

**LUGAR: OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD**

**ACTIVIDAD: Comité Virtual de Gestión y Desempeño**

**CAPACITACION**

**REUNION**


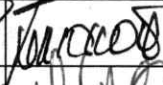
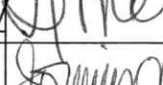







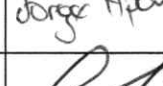

**x**

**ACTA NO. : 008**

**FECHA: 31/08/2023**


**HORA: 08:16 am**

**Asistentes:**

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Miguel Tonino Botta Fernández	Gerente	Gerencia	
Ruth Xiomara Rodríguez	Subgerente	Subgerencia Administrativa	
Maribel Trujillo Botello	Subgerente	Subgerencia Salud	
Doris Angarita Acosta	Asesor	Planeación y Calidad	
Marco Antonio Navarro Palacios	Líder	Gestión y desarrollo del talento Humano	
Nefer Leandro Mora	Líder	Jurídica	
Martin Eduardo Herrera León	Asesor	Control Interno de Gestión	
Gregorio Antonio Leal Castro	Profesional Universitario	Sistemas	
Jonathan A. Gelvez Ramos	Profesional de Apoyo SIG	Oficina de Planeación y calidad	
Leonel Duarte	Profesional Especializado	Oficina de Planeación y calidad	
Jorge Aponte	Profesional de Apoyo Referente Riesgos	Oficina de Planeación y calidad	
Luis Eduardo Velasco	Profesional Apoyo Planeación	Oficina de Planeación y calidad	

**Orden del Día:**

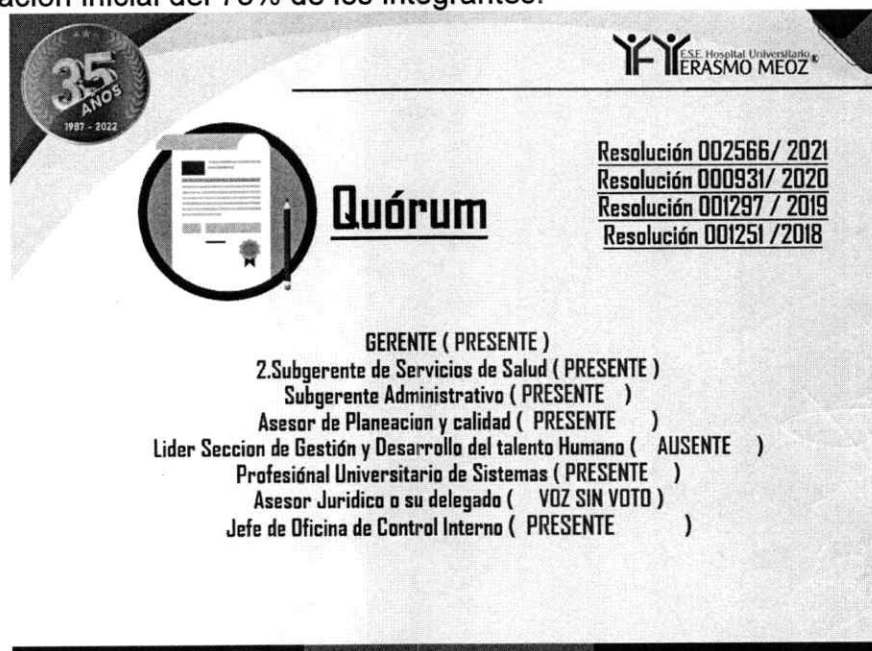
- 1. Apropiación Direccionamiento estratégico
- 2. Seguimiento a compromisos (Revisión Documentación mes de Julio)
- 3. Aprobación de Documentos por parte de los miembros de comité
- 4. Acciones de Mejora producto de autodiagnóstico de MIPG
- 5. Presentación documentos Gestión de cartera
- 6. Seguimiento al Plan de Capacitaciones institucional

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA2 de 17

- 7. Seguimiento al Plan de Bienestar e incentivos
- 8. Gestión del Riesgo ( Informe Semestral SARLAFT e informe semestral SICOF)
- 9. Proposición y varios

Resumen de los temas tratados y conclusiones:

Como fase inicial de la sesión se realiza presentación de la verificación del quórum, con una participación inicial del 75% de los integrantes.



**Quórum**

Resolución 002566/ 2021  
Resolución 000931/ 2020  
Resolución 001297 / 2019  
Resolución 001251 /2018

GERENTE ( PRESENTE )  
2.Subgerente de Servicios de Salud ( PRESENTE )  
Subgerente Administrativo ( PRESENTE )  
Asesor de Planeacion y calidad ( PRESENTE )  
Lider Seccion de Gestión y Desarrollo del talento Humano ( AUSENTE )  
Profesional Universitario de Sistemas ( PRESENTE )  
Asesor Juridico o su delegado ( VOZ SIN VOTO )  
Jefe de Oficina de Control Interno ( PRESENTE )


En esta fase se expone que se encuentra en revisión el acto administrativo que modifica la resolución 002566 de 2021, específicamente el cambio del cargo del Líder de Gestión Jurídica. Este acto administrativo con fecha de 15 de agosto presentada a la gerencia se encuentra en revisión del jurídico externo previa validación desde la jurídica de planeación. En concordancia a lo expuesto, para esta reunión el Dr. Nefer manifiesta que tendrá voz pero no voto, hasta que sea publicada en la página web institucional. El acto administrativo en mención, adopta a su vez el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en su versión 5 de marzo 2023 previa lectura y análisis realizado desde la Oficina de Planeación y calidad y la Oficina de Control Interno de Gestión como líneas de defensa del Modelo.

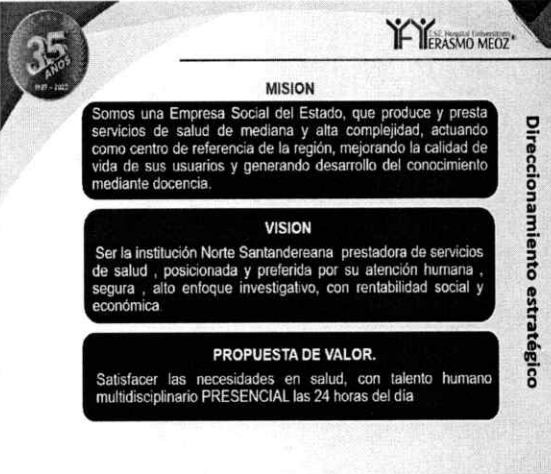
Posterior a esta intervención se realiza ajuste de la presentación del quorum indicando la novedad y se continua con el orden del día a presentar:

TEMAS:

**1. APROPIACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**

Se realiza lectura del direccionamiento estratégico descrito de la siguiente manera

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA3 de 17



**MISION**

Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.


**VISION**

Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud, posicionada y preferida por su atención humana, segura, alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica.

**PROPUESTA DE VALOR.**

Satisfacer las necesidades en salud, con talento humano multidisciplinario PRESENCIAL las 24 horas del día.

Direccionamiento estratégico

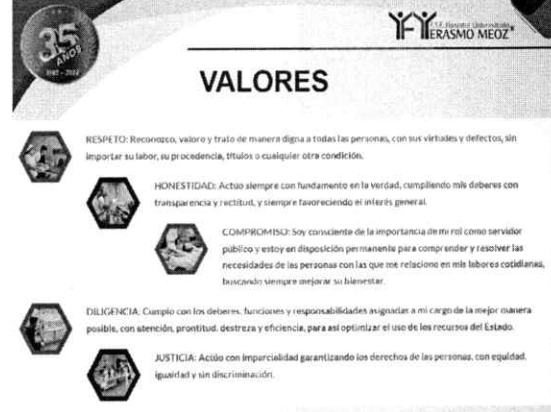


**OBJETIVOS ESTRATEGICOS**

POSICIONAMIENTO

SOLIDEZ Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA RENTABILIDAD SOCIAL

ATENCION HUMANA SEGURIDAD DEL PACIENTE DOCENCIA E INVESTIGACION



**VALORES**

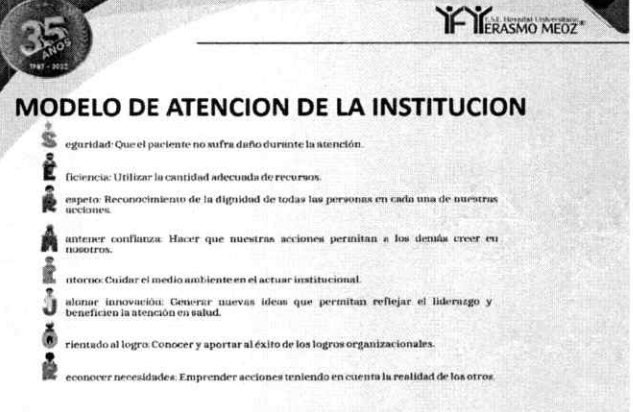
**RESPETO:** Reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

**HONESTIDAD:** Actos siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

**COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, basando siempre en mejorar su bienestar.

**DILIGENCIA:** Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

**JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.



**MODELO DE ATENCION DE LA INSTITUCION**

**Seguridad:** Que el paciente no sufra daño durante la atención.

**Eficiencia:** Utilizar la cantidad adecuada de recursos.

**Respeto:** Reconocimiento de la dignidad de todas las personas en cada una de nuestras acciones.

**Anterior confianza:** Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros.

**Entorno:** Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional.

**Alentar innovación:** Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud.

**Orientado al logro:** Conocer y aportar al éxito de los logros organizacionales.

**Reconocer necesidades:** Emprender acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros.

## 2. VERIFICACION DE COMPROMISOS ANTERIORES

Seguidamente se realizó el respectivo seguimiento a los compromisos del acta, descritos a continuación:


### Acta de Mayo

Compromisos		
DESCRIPCION	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Informe ejecutivo de Avances actualización Tablas de retención documental	Oficina de CEGDOC	30 de Julio de 2023

**PRESENTACION CEDGOC / CONTRATISTA**

### Acta de Julio

DESCRIPCION	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Seguimiento a los subsistemas de SARLAFT y SICOF	Lider Financiero / Planeación y calidad	31 Agosto 2023
Establecer el seguimiento a las gestión documental conforme a los lineamientos impartidos en el comité	Oficina de Planeación y calidad	Octubre 2023
Establecer las acciones producto de autodiagnóstico de MIPG	Oficina de planeación y calidad	Septiembre 2023

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 4 de 17

Se realiza presentacion de las Tablas de retencion documental previamente revisadas por los lideres y coordinadores de oficinas, avaladas por lideres de procesos y confirmadas por la Oficina de Planeacion y calidad en relacion a estructura y coherencia con el Manual de Funciones y organigrama funcional propuesto en este comité.

Se socializa a los miembros del comité, que la revision de las TRD conto adicionalmente con revision de la subgerencia de servicios de salud y la subgerencia administrativa.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ		GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACIONES OFICIALES										CODIGO: IC-FO-020	
		TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL										VERSION: 2	
												FECHA: AGO 2017	
												Página 1 de 1	
DEPENDENCIA:	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD											200	
Subdependencia:	Apoyo Diagnóstico											240	
Unidad Productora:	No aplica												
CODIGO	Nombre de SERIE S y Subseries Documentales	Soporte o Registro	LEY o norma de calidad que aplica a la produccion documental de cada Serie Documental o Registro	Clasificación de la información		TIEMPOS DE RETENCION			DISPOSICION FINAL				PROCEDIMIENTOS
SECCION				Pública	Reservada clasificada	Archivo de Gestión	Archivo Central	CT	E	D	S		
96.02.06	Actas de Descarte y Eliminación de Ordenes Médicas												
	Propuesta de eliminación	papel											
	Acta	papel		X		2	8	X				X	
	Arquives y soportes	papel											
	Comunicaciones oficiales	papel											
													El tiempo de retención en el AG comienza a contar una vez finalizado el año en que se produjo el documento. Se conservará en su totalidad original y procesamiento de la información de acuerdo a lo establecido en el Manual de Retención Documental de la Entidad y posteriormente se transferirá al Archivo Histórico para su conservación total. <b>Norma normativa:</b> Ley 2712 de 2014, artículo 113 del Congreso de la República de Colombia Acuerdo 027 de 2008 del Archivo General de la Nación Acuerdo 080 de 2005 del Archivo General de la Nación artículo 9 Circular 02 de 2013 Num 8 tiempos de retención y disposición final
96.02.06	Actas de empujame de Nutrición y Dietética												
	Convocatoria	Dic.											
	Acta	papel		X		3	7					X	
	Documentos de trabajo	papel											
	Comunicaciones oficiales	papel											
													El ser documento de Gestión, un archivo secundario. Una vez cumplido el tiempo de retención en el AG de Gestión se transfiere al Archivo Central el, cumplido el tiempo de permanencia en el archivo central, el de Gestión Documental debe aplicar la eliminación aplicando el procedimiento aprobado para la eliminación de documentos. <b>Norma normativa:</b> Ley 2712 de 2014, artículo 113 del Congreso de la República de Colombia Acuerdo 027 de 2008 del Archivo General de la Nación Acuerdo 080 de 2005 del Archivo General de la Nación artículo 9 Circular 02 de 2013 Num 8 tiempos de retención y disposición final

Se somete a consideración de 08 días por parte de los miembros del comité para su aprobación de 30 días con el objetivo de gestionar el documento de Memoria Historia de la ESE y de esta manera realizar su respectiva presentacion al Comité departamental cuya finalidad sera la convalidacion acorde a los lineamientos del Archivo General de la Nacion.

El documento TRD se emite con aprobacion del 100% por parte de los miembros del comité, y se ratificara en el acta del mes de Septiembre.

Continuando con los compromisos se menciona que los expuestos en el acta anterior se colocaron como punto del orden del dia, con el objetivo de abordar con mayor precision los temas de interes.

### 3. APROBACION DE DOCUMENTOS

De acuerdo a las estrategias diseñadas en el comité anterior frente a la revision documental, se expone que el avance obtuvo un resultado del 37% frente a la documentacion presentada en el mes de Julio y agosto.

Los documentos a presentar en este comité, obtuvieron previamente la revision de las subgerencias validando la informacion expuesta de acuerdo a sus competencias. Los








GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

ACTA

FECHA: SEP 2017

PAGINA5 de 17

documentos asistenciales validados por la Subgerencia de Servicios de salud y los documentos administrativos validados por la Subgerente Administrativa.

A continuacion se detallan los documentos a presentar:

PROCESO:		GESTION TALENTO HUMANO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Copia de TH-FO-015 INSPECCION DE GABINETES CONTRA INCENDIOS</li> <li>☐ Copia de TH-FO-037 FORMATO INSPECCION BOTIQUIN Y CAMILLA</li> <li>☐ Copia de TH-FO-039 FORMATO INSPECCION EXTINTORES</li> <li>☐ DT-MA-021 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE IMAGENES DIAGNOSTICAS v2</li> <li>☐ DT-PR-043 PROCEDIMIENTO DE ATENCION AUDIOLOGICA VS 3</li> <li>☐ DT-PT-071 PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTEE v2</li> <li>☐ IC-FO-005 SOLICITUD DE ELABORACION, MODIFICACION YO ELIMINACION DE DOCUMENTOS V7 (B)</li> <li>☐ IC-FO-043 FORMATO DE IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE INFORMACION (1)</li> <li>☐ TH-FO-002 FORMATO REQUISITOS PARA INGRESO Y PERMANENCIA</li> <li>☐ TH-FO-041 FORMATO PARA ELABORACION INFORME DE INSPECCION SEGURIDAD</li> <li>☐ TH-PR-008 PROCEDIMIENTO DE ENCARGO</li> <li>☐ TH-PR-010 PROCEDIMIENTO DE ELECCIONES</li> <li>☐ TH-PR-013 PROCEDIMIENTO DE COMISION DE ESTUDIOS EN EL EXTERIOR</li> <li>☐ TH-PR-024 PROCEDIMIENTO DE HISTORIAS LABORALES</li> <li>☐ TH-PR-026 PROCEDIMIENTO INDUCCION ENTRENAMIENTO Y CAPACITACION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</li> <li>☐ TH-PR-027 PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO DE ENFERMEDAD LABORAL VS 03</li> <li>☐ TH-PR-028 PROCEDIMIENTO DISEÑO ELABORACION Y SOCIALIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SST</li> <li>☐ TH-PR-029 PROCEDIMIENTO REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO VS 03</li> <li>☐ TH-PR-030 PROCEDIMIENTO EVALUACIONES OCUPACIONALES DE INGRESO PERIODICAS Y DE RETIRO VS 05</li> <li>☐ TH-PR-031 PROCEDIMIENTO INSPECCION BIOMECANICA DEL PUESTO DE TRABAJO VS 04</li> <li>☐ TH-PR-032 PROCEDIMIENTO DE INSPECCION DE SEGURIDAD Y DOTACION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</li> <li>☐ TH-PR-033 PROCEDIMIENTO DE MONITOREO Y MEDICIONES AMBIENTALES</li> <li>☐ TH-PR-034 PROCEDIMIENTO PREVENCIÓN PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS</li> <li>☐ TH-PR-035 PROCEDIMIENTO MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS EVALUACION Y VALORACION DE LOS RIESGOS</li> <li>☐ TH-PR-036 PROCEDIMIENTO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA PARA LOS DIFERENTES FACTORES DE RIESGOS VS 05</li> <li>☐ TH-PR-DO-010 PROCEDIMIENTO DE MODIFICACION AL MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES 13 JUL 2023</li> <li>☐ TH-PR-NO-006 PROCEDIMIENTO DE PRESUPUESTO DE COSTOS Y GASTOS DE PERSONAL 13 JUL 2023</li> <li>☐ TH-PR-NO-008 PROCEDIMIENTO SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES 19 JUL 2023</li> <li>☐ TH-PR-NO-009 PROCEDIMIENTO DE PLANES DE CARGOS 19 JUL 2023</li> </ul>		X		Se actualiza por fechas y cambios normativos fuente control interno de gestión
PROCESO:		ATENCION HOSPITALARIA		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
HS-PT-014 PROTOCOLO DONACION DE ORGANOS Y TRASPLANTES		X		Se actualiza por mejoramiento continuo, se incluye RUTA CRITICA DEL POTENCIAL DONANTE FALLECIDO DE ORGANOS Y TEJIDOS
HS-PT-013 PROTOCOLO DECLARACION DE MUERTE CEREBRAL ok		X		Se realiza ajuste a los criterios de Realización de prueba
FORMATO DE CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA	X			Se crea como estrategia de control paso IAMII Consejería
PROTOCOLO VALORACION NUTRICIONAL EN PEDIATRIA		X		Se actualiza por tiempo establecido reconociendo las funciones establecidas bajo la estrategia IAMII, cambio normativo y egreso del paciente
PROTOCOLO CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION DEL NIÑO PEQUEÑO		X		Se actualiza incluyendo estrategia de lactancia materna articulada a las estrategias de la secretaria y del IDS
PROCESO:		APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
DT-PG-005 PROGRAMA DE ATENCION NUTRICIONAL v2		X		
DT-PR-037 PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESO Y CONTROL DE CALIDAD DEL BANCO DE LECHE HUMANA VS3 EDITABLE		X		



GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

ACTA

FECHA: SEP 2017


PAGINA 6 de 17

PROCESO:		ATENCION URGENCIAS		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
UR-PT-004 PROTOCOLO MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ALTAS Y BAJAS vs 03		X		Se ajusta todo el procedimiento conforme a los lineamientos y auditoria de secretaria de salud
PROCESO:		ATENCION QUIRURGICA		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
AQ-PL-001 PLAN DE CONTINGENCIA QUIROFANO VS 05		X		Se actualiza anexando los procedimientos a ejecutar en piso 11 en contingencia y el inicio de la Fase III del proyecto
PROCESO:		EGRESO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
EG-PT-001 PROTOCOLO SEGUIMIENTO POST-EGRESO DE PACIENTES VERSION		X		Se incluye el Egreso y seguimiento oncología clínica, Certificación de prestación de servicios, seguimiento a través de línea IAMII, entrega de plan de salida
EG-PR-001 PROCEDIMIENTO DE EGRESO Y SEGUIMIENTO POSTGRESO DE PACIENTE A LA ESE HUEM (1)		X		Se actualiza por mejoramiento, se incluye observación de subgerencia en relación a respuestas negativas estableciendo casos de manejo
PROCESO:		INGRESO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
IN-PR-001 PROCEDIMIENTO DE INGRESOS DE PACIENTES VS 03		X		Se incluye ingreso de servicios como banco de sangre, programa madre canguro, rehabilitación, vacunación, pruebas PPD, vigilancia y control de la herida, radioterapia, oncología, laboratorio clínico, radiología y endoscopia.

Los documentos presentados son aprobados en su totalidad

#### 4. Acciones de Mejora producto de autodiagnóstico de MIPG

Se realiza presentación de la ejecución del 75% del cronograma presentado en el mes anterior, Los resultados de los autodiagnosticos del Modelo Integrado de Planeacion y gestion MIPG son una fuente primordial para el mejoramiento continuo de la institucion, por ende, la Gerencia realiza intervencion manifestado el compromiso que tienen los lideres de las politicas en el proceso de autoevaluacion y su valioso aporte en la

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 7 de 17

generacion de acciones de mejora que contribuyan a optimizar y aumentar el desempeño institucional.

La presentacion estuvo a cargo del Profesional Luis Eduardo velasco indicando por politica las acciones de mejora priorizadas y el enfoque preventivo que estas tienen en relacion a la prestacion de los servicios de salud.

Desde planeacion y calidad se realizara permanentemente acompañamiento a las politicas faltantes con el objetivo de que en el proximo comité queden plasmadas en su totalidad las acciones previstas en esta vigencia.

Se recuerda al profesional el cargue de las acciones en el Plan Unico de mejora y se desarrolla como estrategia en la sesion el envio de correo electronico desde la gerencia para recordar el compromiso de las politicas pendientes por autodiagnostico.

La Subgerencia de servicios de salud interviene manifestando su preocupacion por el tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones priorizadas y sensibiliza a los miembros del comité en la importancia de generar unas acciones integradas a todo el modelo de acreditacion de la ESE HUEM.

La oficina de planeación y calidad como línea de defensa, y acorde a sus roles y responsabilidades, establece el compromiso de replantear el cronograma y realizar mayor seguimiento a los autodiagnósticos pendientes.

**Ver anexo A: Acciones producto de autodiagnóstico de MIPG (Aplicativo PUM)**

### **5. Presentación documentos Gestión de cartera**

Se realiza presentación del documento de Gestión de Cartera institucional por parte del Lider Financiero, se expone en el comité que las observaciones presentadas en el anterior comité fueron subsanadas en su totalidad.

El documento en mención, conto con la revisión de la Subgerente administrativa y el apoyo profesional de la Oficina de Planeación y calidad la Dra. Mónica Ortega.

La Subgerencia de servicios de salud interviene en este punto indicando que para la ESE HUEM es importante ahora realizar la documentación de los procedimientos que se adhieren al Manual de Cartera, indicando los responsables directos, los tiempos y la hoja de ruta para una adecuada gestión de Cartera.

La Gerencia expone que ese compromiso estará a cargo del Líder Financiero y deberá ejecutarlo en un plazo no mayor a 2 meses, toda que la ESE HUEM debe tener definidos y actualizados sus procesos y procedimientos en especial este tema tan álgido para la institución.






El manual trae consigo dos fichas técnicas de saneamiento tipo anexo los cuales son aprobados a su vez en este documento con el objeto de implementar en el menor tiempo posible.

## 6. Seguimiento al Plan de Capacitaciones institucional

Como punto del orden del día, se realiza presentación por parte de los profesionales de apoyo de la oficina de Gestión y desarrollo del talento humano del seguimiento frente al Plan Institucional de Capacitaciones con la siguiente estructura:

**INFORME PRIMER SEMESTRE PLAN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN 2023**

**OBJETIVO**

Contribuir al mejoramiento institucional promoviendo el fortalecimiento de las competencias, conocimientos y desarrollo integral de los servidores públicos, mediante estrategias que faciliten el aprendizaje individual y colaborativo en concordancia con las necesidades detectadas

El Plan de Formación y Capacitación para la vigencia 2023 se consolidó en el mes de enero, donde a través de las diferentes dependencias se identificaron las necesidades de Educación continuada que requieren los colaboradores y la necesidad de socializar y capacitar al personal en los distintos temas.

Para dar cumplimiento a requisitos de Habilitación se programó la socialización de las guías de práctica clínica de los diferentes servicios, quienes con los especialistas idóneos realizan su socialización

**CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACION INSTITUCIONAL I TRIMESTRE**


Para el Primer Semestre del año 2023 se tenían programadas 432 Capacitaciones de las cuales se realizaron 418 dando un cumplimiento del 96.75%.

Este seguimiento se realiza mensual a cada área donde se solicita el acta, listado de asistencia y soportes de la Formación y Capacitación que se realiza, Información que se solicita por correo electrónico para posterior revisión

**AREAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL 100% DEL PLAN DE CAPACITACIONES**

- Consulta Externa
- Banco de Sangre
- Biomédica
- Cirugía General y Especialidades Quirúrgicas
- Enfermería
- Docencia
- Ginecología y Obstetricia
- Epidemiología
- Ingeniería Ambiental
- Imagenología
- Planeación
- Instrumentación Quirúrgica
- Rehabilitación
- Mantenimiento
- Medicina Interna y Especialidades Medicas
- Nutrición y Dietética
- Seguridad del Paciente
- Pediatría
- Talento Humano
- SIAU
- Urgencias Adultos y Pedátricas

**CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACION INSTITUCIONAL**



**COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACION INSTITUCIONAL**


Para el primer Semestre del año 2023 el Plan de Formación y Capacitación tuvo una cobertura del 94.08%. Capacitando en total a 36.926 Personas de 39.248 que se tenían programadas. Esta población está compuesta por colaboradores, Usuarios y partes interesadas que conforman la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Para las socializaciones y capacitaciones de los diferentes temas se realizan algunas de forma presencial (Exposición magistral, Charlas, Folletos, Cursos) y Virtual ( Plataformas digitales, Formularios de Google )

**TEMAS CON MAYOR NUMERO DE PERSONAS CAPACITADAS**

AREA	TEMA	# DE PERSONAS
Enfermería	Recibo y Entrega de Turno, identificación correcta del Paciente, Prevención de Caídas	6240
Epidemiología	Protocolo de Higiene de Manos, Plan Institucional de Vacunación	1623
Talento Humano - SOSST	Uso De Elementos de Protección, Prevención de Sustancias	3022
Seguridad del Paciente	Detección, Notificación y Análisis De Sucesos De Seguridad	597

**COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACION**



El periodo de evaluación fue el I semestre 2023 obteniendo resultados positivos en la política de gestión del conocimiento y el plan institucional de capacitaciones. La ESE HUEM se consolida como un referente en la gestión del conocimiento a través del desarrollo de un consolidado plan de capacitaciones que permite a los colaboradores fortalecer las competencias y habilidades para el desarrollo de sus labores.

2

2



## 7. Seguimiento al Plan de Bienestar e incentivos

Seguidamente se expone el cumplimiento del Plan de Bienestar e incentivos 2023 con la siguiente estructura:

<b>Fechas especiales</b>	20 fechas celebradas
<b>English Does Works</b>	Se han realizado 4 ofertas con un total de 21 inscritos, donde han aprobado 6 colaboradores
<b>Olimpiadas Deportivas HUEM 2023</b>	Se inscribieron 734 personas entre colaboradores y aliados estratégicos
<b>BICIHUEM</b>	En la presente vigencia se han inscrito 15 colaboradores y se han entregado 13 incentivos de tipo compensatorio.
<b>DÍA DEL SERVIDOR PÚBLICO</b>	542 colaboradores participantes.
<b>DÍA DE LA FAMILIA</b>	El día viernes 30 de junio para los administrativos y el personal asistencial o con atención al público de manera escalonada hasta el 31 de agosto, como tipo compensatorio para dar cumplimiento a la Ley 1361 de 2009.
<b>BRIGADISTAS</b>	Entre primer y segundo trimestre se han otorgado 140 incentivos de tipo compensatorios.
<b>PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL Y FÍSICO</b>	34 atenciones en el primer semestre del 2023.
<b>FERIA DE VIVIENDA</b>	185 colaboradores
<b>DONACIÓN DE LECHE MATERNA</b>	Una colaboradora ha recibido el incentivo por donación de leche materna.
<b>DONACIÓN DE SANGRE</b>	5 colaboradores han recibido el incentivo de tipo compensatorio.
<b>REPORTES DE SUCESOS DE SEGURIDAD</b>	10 Colaboradores han accedido a incentivos de tipo compensatorios.






PROGRAMA O INICIATIVA	INCENTIVO	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO Y PERIODICIDAD	OBSERVACIONES
 <b>BICIHUEM</b>	Medio día compensatorio	Asistir 30 veces (días) en bicicleta a trabajar, aplica solo previa inscripción.	Acumulable hasta 4 incentivos o 2 días compensatorios, se otorgan por colaborador hasta 10 incentivos al año.
 <b>BRIGADISTAS</b>	Un día compensatorio	Cumplir con las tareas designadas y/o programadas de manera trimestral.	No acumulable.
 <b>DONACIÓN DE SANGRE</b>	Medio día compensatorio	Donar sangre en el banco de la institución.	Acumulable hasta 2 incentivos o 1 día compensatorio.
 <b>REPORTES DE SUCESOS DE SEGURIDAD</b>	Medio día compensatorio	Mayor número de sucesos de seguridad reportados trimestralmente, 1 administrativo, 1 atención ambulatoria, 1 atención quirúrgica, 1 atención hospitalaria y 1 apoyo diagnóstico y terapéutico.	Acumulable hasta 2 incentivos o 1 día compensatorio.
 <b>HUMANIZACIÓN</b>	Medio día compensatorio	Cumplir con las acciones de promoción de la humanización trimestralmente, 1 administrativo, 1 atención ambulatoria, 1 atención quirúrgica, 1 atención hospitalaria y 1 apoyo diagnóstico y terapéutico.	Acumulable hasta 2 incentivos o 1 día compensatorio.
 <b>DONACIÓN DE LECHE MATERNA</b>	Un día compensatorio	Donar leche materna 12 veces por trimestre.	Acumulable hasta 2 incentivos o 2 días compensatorio.
 <b>DOCENCIA AD HONOREM</b>	Un día compensatorio	Los dos Docentes ad Honorem por rotación y disciplina mejor calificadas en encuesta realizada a profesionales en formación por semestre.	No acumulable.
 <b>INVESTIGACIÓN</b>	Un día compensatorio	Proyecto de investigación presentado.	No acumulable.
 <b>CORAL</b>	Un día compensatorio	Cumplir con el 100% de los ensayos y el 80% de las presentaciones programadas de manera trimestral.	Acumulable hasta 2 incentivos o 2 días compensatorio.
 <b>GRUPO DANZAS HUEM</b>	Un día compensatorio	Cumplir con el 100% de los ensayos y el 80% de las presentaciones programadas de manera trimestral.	Acumulable hasta 2 incentivos o 2 días compensatorio.

SERVIDORES PUBLICOS

INCENTIVO	VALOR INCENTIVO	INCENTIVOS OTORGADOS	VALOR TOTAL INCENTIVOS
AUXILIOS EDUCATIVOS	PRIMARIA	169.600	0
	SECUNDARIA	169.600	0
	UNIVERSITARIO O PREGRADO	169.600	0
BECAS	SECUNDARIA	100%	0
	UNIVERSITARIO A PREGRADO	80%	2
LENTES	220.300	0	0
PROTESIS DENTAL	237.600	0	0
CALAMIDAD FAMILIAR	1.160.000	5	5.800.000
CAPACITACION -	1.160.000	0	0
NACIMIENTO POR HIJO	142.000	0	0
<b>TOTAL</b>			<b>16.255.010</b>

HUOS - SERVIDORES PUBLICOS

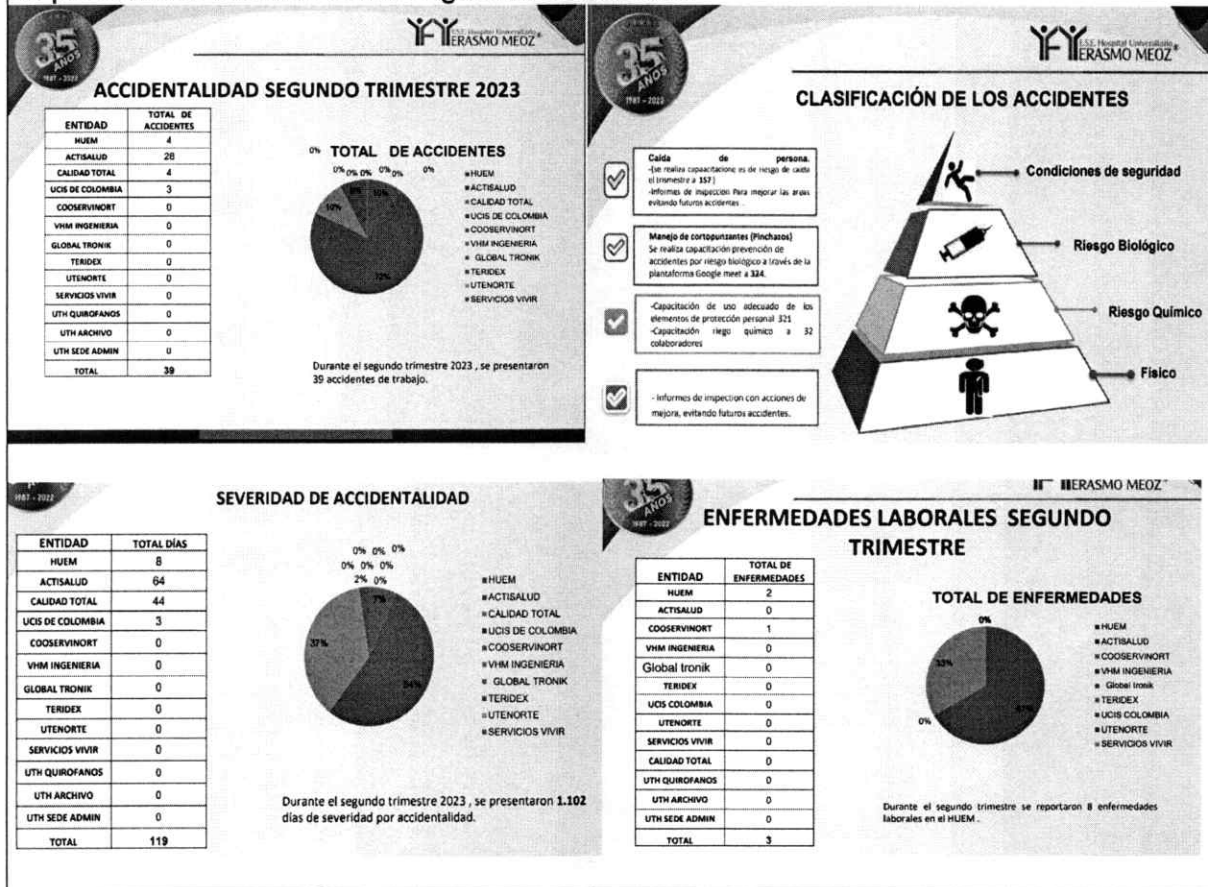
INCENTIVO	VALOR INCENTIVO	INCENTIVOS OTORGADOS	VALOR TOTAL INCENTIVOS
AUXILIOS EDUCATIVOS	PRIMARIA	169.600	0
	SECUNDARIA	169.600	0
	UNIVERSITARIO O PREGRADO	169.600	0
BECAS	PRIMARIA	100%	0
	SECUNDARIA	100%	0
	UNIVERSITARIO A PREGRADO	50%	4
DISCAPACIDAD	1.160.000	2	2.320.000
AYUDA FUNERARIA	500.000	0	0
<b>TOTAL</b>			<b>36.874.452</b>

En este punto desde planeación se sensibiliza al líder de gestión de talento humano en fortalecer el cumplimiento del Plan de Bienestar e incentivos con el objetivo de terminar la vigencia con un cumplimiento superior al 90%.

## 8. Informe de SST (Política) e informe de Gestión ambiental

Como octavo punto del orden del día se realiza presentación del Informe de Seguridad y salud en el trabajo dirigido a la Gerencia como soporte legal de la revisión por la dirección.

La presentación conto con la siguiente estructura:



**NUMERO DE DIAS DE ENFERMEDAD AUSENTIMOS LABORAL**

ENTIDAD	TOTAL DIAS
HUEM	450
ACTISALUD	90
COOSERVINORT	7
VHM INGENIERIA	0
Global tronik	0
TERIDEX	0
UCIS COLOMBIA	0
UTENORTE	0
SERVICIOS VIVIR	0
CALIDAD TOTAL	0
UTH QUIROFANOS	0
UTH ARCHIVO	0
UTH SEDE ADMIN	0
<b>TOTAL</b>	<b>547</b>



Durante el segundo trimestre se reportaron 547 días de enfermedades laborales en el HUEM.

**EXAMENES DE INGRESO, EGRESO Y PERIODICO 2023**

ENTIDAD	INGRESOS	EGRESOS	PERIÓDICOS	TOTAL DE COLABORADORES
HUEM	17	8	234	259
ACTISALUD	79	61	802	942
COOSERVINORT	0	0	0	0
VHM INGENIERIA	2	0	2	4
GLOBAL GLOBAL TRONIK	0	0	0	0
TERIDEX	0	0	0	0
UCIS COLOMBIA	0	0	0	0
UTENORTE	0	0	0	0
SERVICIOS VIVIR	0	0	0	0
CALIDAD TOTAL	5	0	0	5
UNIÓN TEMPORAL QUIRÓFANOS	0	0	0	0
UTH ARCHIVO	0	0	0	0
UTH SEDE ADMINI	34	12	0	46
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>81</b>	<b>1038</b>	<b>1256</b>

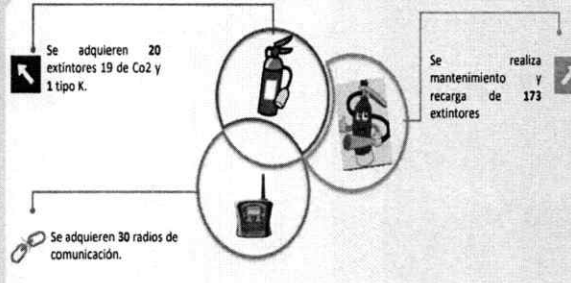
**CAPACITACIÓN DE PREVENCIÓN DE INCIDIOS MANEJO CONTROL DEL FUEGO**



En el mes de mayo y junio se capacitaron un total de 151 colaboradores.



**ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS DE EMERGENCIA**



**LOCKER DE DOSIMETRÍA**



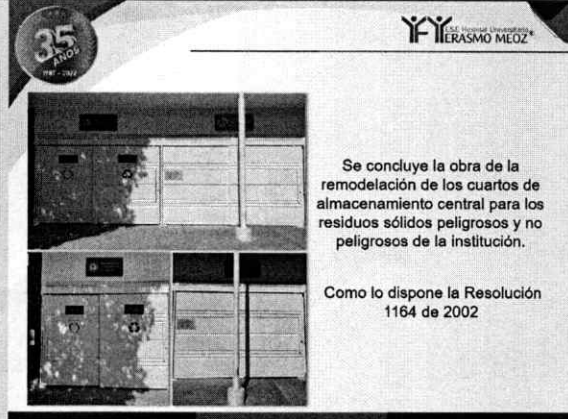
Quirófano, radioterapia, imágenes diagnósticas, endoscopia, urología

Posterior a esta presentación se realiza informe gerencial desde gestión ambiental de la siguiente manera:

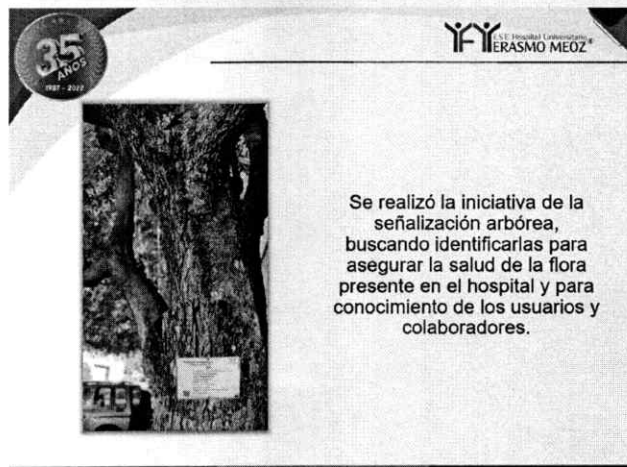




Se realiza el primer informe de Destinación de residuos hospitalarios al IDS, Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Medio Ambiente Municipal, CORPONOR y Contraloría General del Departamento.



La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, es miembro activo a la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables.



En esta espacio se realiza consulta de continuar la sesión a los miembros del comité al superior el tiempo de 2 horas, el comité en pleno aprueba la continuidad 1 hora más.



### 9. Gestión del Riesgo ( Informe Semestral SARLAFT e informe semestral SICOF)

Se realiza presentación desde planeación y calidad del informe que será presentado a la Junta Directiva en relación a la gestión del riesgo y la adopción del Sistema de gestión del riesgo. Este proceso es producto de un trabajo en equipo desde la Oficina de Gestion y desarrollo del talento humano, planeación, subgerencia administrativa, gestión financiera y GABYS que permite dar cumplimiento a las circulares emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

La estructura del informe se realizó de la siguiente manera:

The grid contains 12 thumbnails representing different sections of the report:

- Thumbnail 1:** Informe de Gestión Subsistemas de Administración de Riesgos. SARLAFT Y SICOF. Trimestres I y II Vigencia 2023. Subgerencia Administrativa, Oficina de Planeación y Calidad.
- Thumbnail 2:** Oficial de cumplimiento SARLAFT: Oficina de Subgerencia Administrativa, Juan Torres Rodríguez Ciroviano. Oficial de cumplimiento SICOF: Oficina de planeación y Calidad, Doris Angélica Acosta.
- Thumbnail 3:** ¿QUE ES EL SARLAFT? El Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) en el sector salud de Colombia es un conjunto de políticas, procedimientos, controles y medidas implementadas por las entidades relacionadas con la prestación de servicios de salud, como clínicas, hospitales, EPS (Entidades Promotoras de Salud) y otros actores del sector. El objetivo principal del SARLAFT en el sector salud es prevenir y detectar actividades que puedan involucrar al lavado de activos y el financiamiento de terrorismo en las operaciones y transacciones relacionadas con la salud.
- Thumbnail 4:** Resultados del Avance SARLAFT. La implementación del 22.5% del Subsistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo ha sido completa digitalmente por prevenir y detectar actividades sospechosas en el ESE Meoz. El cumplimiento de estas actividades con determinación para abordar una implementación integral y efectiva del SARLAFT en un tiempo limitado mediante un mecanismo único, transparente y con garantías para el personal que garantiza la integridad de los datos y la confidencialidad de la información. El trabajo realizado en esta área está alineado con las prioridades de la institución para reportar los riesgos financieros.
- Thumbnail 5:** Porcentaje de cumplimiento de Capacitaciones. A la fecha se evidencia el cumplimiento de los planes de capacitación en cuanto al cronograma establecido. De los áreas que se reportaron se cumplió un 90% programado.
- Thumbnail 6:** Porcentaje de cumplimiento de Capacitaciones. Reportes a la UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero). En cumplimiento con las circulares mencionadas se realizan los respectivos reportes realizados por la oficina de cumplimiento de SARLAFT, en su cargo con Subgerencia Administrativa de la ESE Meoz, efectuando sus funciones y enviando los reportes debidos en evidencia de la siguiente manera:

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

FECHA: SEP 2017

PAGINA 15 de 17

ACTA

**¿ QUE ES EL SICOF?**

El Subsistema de Información de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) es un conjunto de sistemas, herramientas y medios implementados por las instituciones y entidades vinculadas con la prestación de servicios de salud. El objetivo principal del SICOF es el mejoramiento de procesos y mitigación de riesgos que pueden involucrar corrupción, opacidad y fraude en las operaciones y procesos dentro de las organizaciones de salud.

En el contexto del mejoramiento de la SICOF, se busca identificar y gestionar los riesgos inherentes a las actividades inherentes, reduciendo los riesgos inherentes y evitando la corrupción y fraude en la prestación de servicios de salud. Las actividades del sector deben establecer mecanismos para la detección temprana de prácticas irregulares, la promoción de una cultura ética y la implementación de controles internos éticos.

El SICOF es el mejoramiento de la SICOF en la normativa emitida por entidades reguladoras y gubernamentales, que promuevan la transparencia y la lucha contra la corrupción en el sector. Las instituciones de salud deben desarrollar planes y estrategias que fomenten la transparencia y el control de riesgos de corrupción y fraude, así como la implementación de canales de denuncia y mecanismos de control.

El objetivo del SICOF es el desarrollo de un sistema de gestión de riesgos que permita detectar, prevenir y mitigar actividades de corrupción, opacidad y fraude en los procesos y servicios de salud. La implementación del SICOF contribuye al mejoramiento de la gestión, la ética y la calidad en la atención médica, y evita prácticas irregulares que puedan afectar la integridad y la reputación del sector.

**SICOF**

Es un subsistema que hace parte del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, por el cual deben adoptarse medidas vigentes por la Superintendencia de Salud.

**OBJETIVO**

Prevenir, controlar y mitigar los riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Caracterizar riesgos de corrupción y opacidad y posibles prácticas de corrupción, e identificar niveles de tolerancia a la corrupción en todos los procesos.

**NECESIDAD**

Cuando identificamos cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas, que esté asociado a un riesgo de abuso de poder o para tener beneficios en cualquiera de los sistemas desarrollados en la entidad.

**Resultados del Avance SICOF**

La implementación del SICOF en el Subsistema de Información de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude ha sido un logro significativo en materia de gestión de riesgos de corrupción, opacidad y fraude. Se han establecido mecanismos de gestión integral y se han implementado acciones de mitigación de riesgos y control de calidad. El SICOF ha permitido mejorar la transparencia y la lucha contra la corrupción en el sector de salud.

Se han establecido mecanismos de gestión integral y se han implementado acciones de mitigación de riesgos y control de calidad. El SICOF ha permitido mejorar la transparencia y la lucha contra la corrupción en el sector de salud.

**Porcentaje de cumplimiento de Capacitaciones**

A la fecha se evidencia el cumplimiento de las capacitaciones requeridas en el marco del programa SARAFT. Que sea en que se implemente, se cumplen en el 90% programado.

Modalidad	Cumplimiento
Presencial	100%
Subgerente Administrativo	100%
Subgerente de Salud	100%
Asesora Planeación	100%
Facilitador	100%
Comité de Seguimiento	100%
Comunicación	100%
Operación	100%
Taller de Trabajo	100%
Reuniones de trabajo	100%

Se tienen en cuenta estas áreas puntualmente ya que están directamente relacionadas con el subsistema de administración de riesgos SICOF y están vinculadas con el proceso de cumplimiento de la contratación y de la calidad.

**Informe de SARAFT a 30 de Junio de 2017**

ETAPA DEL SICOF	CUMPL.
1. Identificación del riesgo	100%
2. Evaluación y Medición	100%
3. Control	100%
4. Seguimiento y monitoreo	100%

**Porcentaje de cumplimiento de Capacitaciones**

La entidad tiene material en desarrollo y la Superintendencia de Salud, la implementación del SICOF en el Subsistema de Información de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude ha sido un logro significativo en materia de gestión de riesgos de corrupción, opacidad y fraude. Se han establecido mecanismos de gestión integral y se han implementado acciones de mitigación de riesgos y control de calidad. El SICOF ha permitido mejorar la transparencia y la lucha contra la corrupción en el sector de salud.

**Reportes**

SICOF, en virtud del cumplimiento de su sistema de administración de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, se reportará a la Comisión Nacional de Rendición de Cuentas en el Área de Banca de la E.S.E. H.U.E.M. donde se le señalará de una manera puntual para la realización de cada informe a cambio de una suma de dinero en efectivo. Teniendo en cuenta esto se hizo la respuesta inspección, vigilancia y control por parte de INVIMA para aclarar los hechos. Dado como resultado que no se evidencian estas actividades como se señaló la denuncia.

Quedando evidenciado la visita en el **CEMCO COMISARIO No. 1202-038-21** Objeto: Realizar visita de inspección técnica en atención a la denuncia con radicado 201710441 del 03/04/2017 y 2017110181 del 04/04/2017, con el fin de verificar el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente en especial el Decreto 1571 de 1993, Decreto 4733 de 2008, Decreto 3770 de 2004, Resolución 001 de 1995 y demás normativas vigentes sancionadas.

En ejecución de sus funciones el Oficial de Cumplimiento de SICOF en su cargo de Asesora de Planeación y Calidad de la E.S.E. H.U.E.M. se realizó el seguimiento y revisión al proceso mencionado anteriormente, cumpliendo sus funciones en la mitigación de los riesgos COF en el hospital.

**¿Ante quien debo reportar actos de corrupción, opacidad y fraude?**

Si se llegase a detectar alguna posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento o de quien delegue la entidad para tal fin, de reportar ante la autoridad competente (Fiscalía, Contraloría, Procuraduría, ) dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, con la salvedad de que la entidad está en obligación de reportar el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y eficiente. En caso de que la Superintendencia solicite un informe sobre los reportes realizados, es de aclarar que dicho informe debe ser estadístico por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.

Se recuerda a los miembros del comité que los oficiales de cumplimiento de SARAFT Y SICOF son la Subgerente Administrativa y la Asesora de Planeación y calidad respectivamente.

Ver Anexo: Informe SARAFT e informe SICOF

10. Proposición y varios

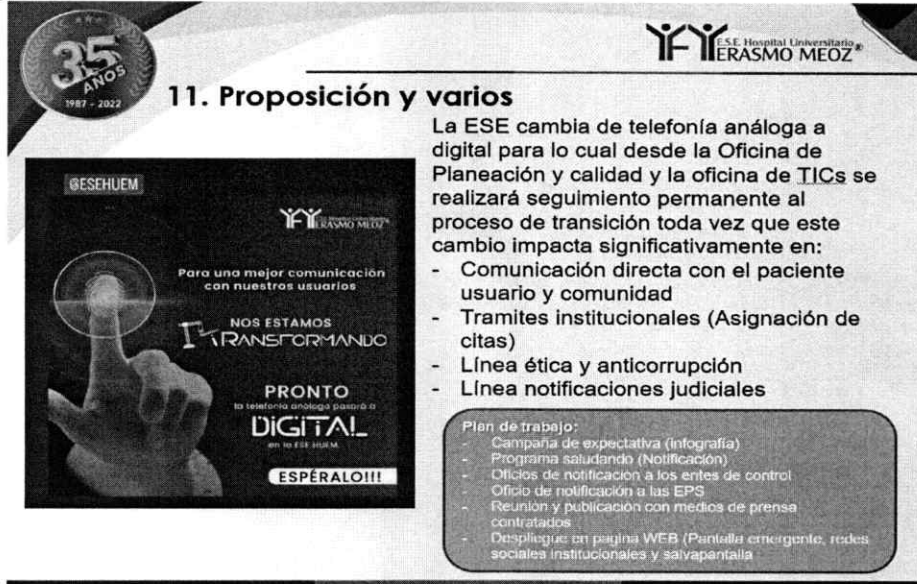
Se realiza presentación de los dos puntos aprobados para proposición y varios de carácter informativo.

En primera medida, se expone el cambio y/o transformación de la telefonía al pasar de analógica a digital, Esta tarea estará a cargo de la Oficina de TICs quien será el responsable de mitigar los riesgos de traumatismo frente a este evento El comité recomienda abordar todos los frentes en especial los puntos de atención al ciudadano con el cual se requiere una comunicación permanente, se recomienda publicar en página

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

web y redes los cambios de numero e identificar y notificar los entes de control de los cambios ejecutados.



**11. Proposición y varios**

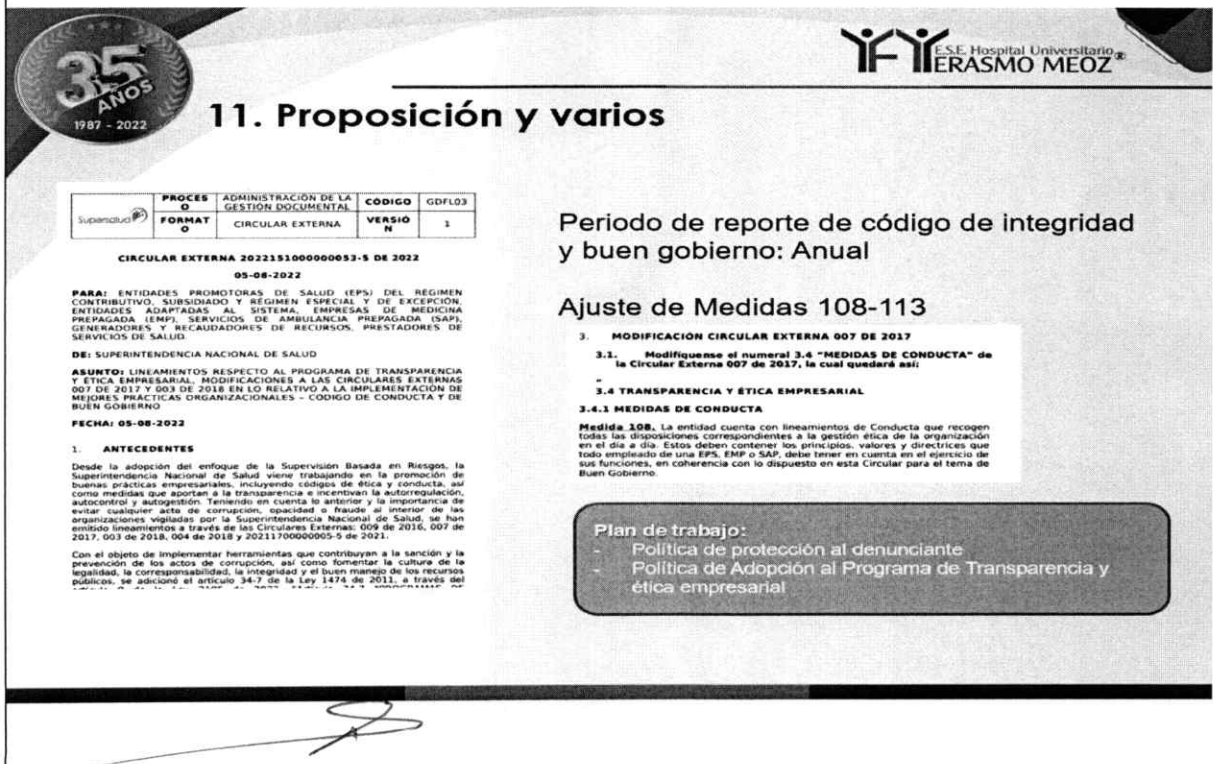
La ESE cambia de telefonía análoga a digital para lo cual desde la Oficina de Planeación y calidad y la oficina de TICs se realizará seguimiento permanente al proceso de transición toda vez que este cambio impacta significativamente en:

- Comunicación directa con el paciente usuario y comunidad
- Tramites institucionales (Asignación de citas)
- Línea ética y anticorrupción
- Línea notificaciones judiciales

**Plan de trabajo:**

- Campaña de expectativa (Infografía)
- Programa saludando (Notificación)
- Oficios de notificación a los entes de control
- Oficio de notificación a las EPS
- Reunión y publicación con medios de prensa contratados
- Despliegue en pagina WEB (Pantalla emergente, redes sociales institucionales y salvapantalla)

Como segunda proposición, la oficina de planeación y calidad expone el cumplimiento del archivo plano GT 001 de la superintendencia nacional de salud en relación al código de integridad y buen gobierno. Esta tarea estará a cargo de la Oficina de Gestión y desarrollo del talento humano.



**11. Proposición y varios**

Periodo de reporte de código de integridad y buen gobierno: Anual

**Ajuste de Medidas 108-113**

3. MODIFICACIÓN CIRCULAR EXTERNA 007 DE 2017

3.1. Modifíquese el numeral 3.4 "MEDIDAS DE CONDUCTA" de la Circular Externa 007 de 2017, la cual quedará así:

3.4 TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

3.4.1 MEDIDAS DE CONDUCTA

**Medida 108.** La entidad cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de una EPS, EMP o SAP, debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en esta Circular para el tema de Buen Gobierno.

**Plan de trabajo:**

- Política de protección al denunciante
- Política de Adopción al Programa de Transparencia y ética empresarial





**Compromisos**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Reportar Archivo Plano GT 001 código de integridad y buen gobierno	Gestión y desarrollo del talento humano	31 Agosto 2023
Fortalecer el cumplimiento del 100% de las acciones producto de autodiagnóstico de MIPG	Oficina de planeación y calidad	Septiembre 2023

Revisó: Doris Angarita Acosta – Asesor de Planeación

