
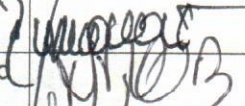
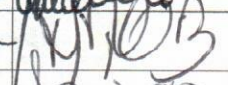
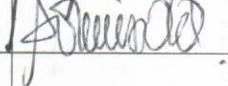
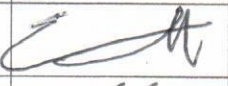





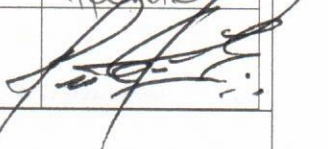
	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 1 de 15

LUGAR: OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

ACTIVIDAD: Comité Virtual de Gestión y Desempeño **CAPACITACION** **REUNION** **x**

ACTA NO. : 004 **FECHA: 27/04/2023** **HORA: 08:15 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	Lider	Gestión y desarrollo del talento Humano	—
Enmanueli Caicedo Fuentes	Asesor Jurídico	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	
Carlos Aponte	Profesional de Apoyo SIG	Oficina de Planeación y calidad	
Luis Eduardo Velasco	Profesional Apoyo Planeación	Oficina de Planeación y calidad	




Orden del Día:

0. Verificación del Quórum.
1. Apropiación Direccionamiento estratégico
2. Seguimiento a compromisos:
 - 2.1. Curso de transparencia y acceso a la información
 - 2.2. Diagnóstico y evaluación de la actualización de la plataforma estratégica
3. Aprobación de Documentos por parte de los miembros de comité MES DE ABRIL

4. Seguimiento al Plan de Gerencia de Información / Gobierno Digital
5. Seguimiento a procesos de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo / Gestión Ambiental / Calidad
6. Seguimiento a Plan de Bienestar e incentivos
7. Seguimiento a procesos de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo / Gestión Ambiental / Calidad
8. Seguimiento a Plan de formación continua
9. Seguimiento a la Gestión de riesgos institucionales
10. Definición de directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (FURAG, Autodiagnósticos y políticas institucionales)
11. 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

1. GERENTE (PRESENTE)
2. Subgerente de Servicios de Salud (PRESENTE)
3. Subgerente Administrativo (PRESENTE)
4. Asesor de Planeacion y calidad (PRESENTE)
5. Lider Seccion de Gestión y Desarrollo del talento Humano (AUSENTE)
6. Profesion Universitario de Sistemas (PRESENTE)
7. Asesor Juridico o su delegado (PRESENTE)
8. Jefe de Oficina de Control Interno (PRESENTE)

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA3 de 15

TEMAS:

1. APROPIACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

Se realiza lectura del direccionamiento estratégico descrito de la siguiente manera

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

PLATAFORMA ESTRATEGICO

OBJETIVOS ESTRATEGICOS



POSICIONAMIENTO

SALUD Y SUSTENIBILIDAD FINANCIERA RENTABILIDAD SOCIAL

ATENCION HUMANA SEGURIDAD DEL PACIENTE DOCENCIA E INVESTIGACION

VALORES

- RESPECTO:** 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:** Actuar 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, buscando siempre mejorar su bienestar.
- DILIGENCIA:** Cumplo 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

- S**eguridad: Que el paciente no sufra daño durante la atención.
- E**ficiencia: Utilizar la cantidad adecuada de recursos.
- R**espeto: Reconocimiento de la dignidad de todas las personas en cada una de nuestras acciones.
- A**nterior confianza: Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros.
- E**ntorno: Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional.
- J**almar innovación: Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud.
- R**entado al logro: Conocer y aportar al éxito de los logros organizacionales.
- E**conocer necesidades: Emprender acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros.

2. VERIFICACION DE COMPROMISOS ANTERIORES

Se realizó el respectivo seguimiento con cumplimiento del 100% adjuntando los respectivos soportes:

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Realizar revisión y autodiagnóstico que permita evaluar la necesidad de actualizar la Plataforma Estratégica	Asesor de planeación y calidad	31 de abril de 2023

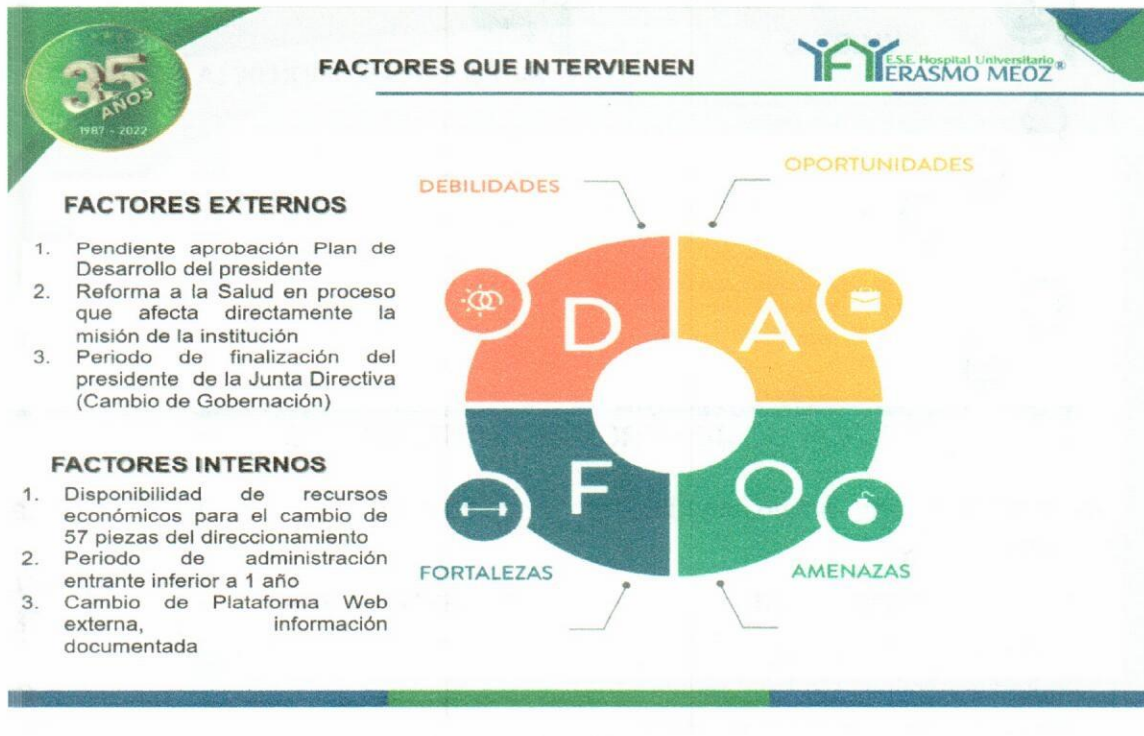
Se realiza presentación por parte del area de planeación de la explicación por la cual, se recomienda no ejecutar la actualización del direccionamiento estratégico en esta vigencia toda vez que de acuerdo a recomendaciones del Asesor Externo Consulto FDF en su

bitacora de Noviembre y diciembre del 2022 expone que si el proceso de acreditación se efectua en junio del 2023, el despliegue de la plataforma estrategica generaría un riesgo para el proceso de visita de otorgamiento.

De igual forma el cambio del direccionamiento estrategico conduce a un gasto presupuestal en afiches, publicidad de las oficinas administrativas, cambios de diseño en pagina y redes lo que no asegura su continuación por el cambio de administración realizado en el 2024.

Se socializa a los miembros del comité los requisitos para actualiza la plataforma estratégico

Criterio	Viabilidad	Fecha Propuesta
Caracterización de partes interesadas	Viable	Junio
Identificación de necesidades y expectativas de usuarios	Viable	Encuestas Ejecutadas Octubre- Diciembre
Identificación de expectativas de lideres / colaboradores	Viable	Encuestas Ejecutadas Octubre- Diciembre
Capacitación del Direccionamiento estratégico	Viable	Junio – Agosto





Una vez finalizado el debate en el comité, se da por aprobado que lo mas conveniente para la institucion es seguir utilizando la actual plataforma estrategica acorde a los cambios propuestos por el Gobierno Nacional y la presentación de la Reforma a la salud.

En relacion al siguiente del Curso de transparencia y acceso a la información se evidencia cumplimiento del 100% con registro de 54 colaboradores con el certificado

3. APROBACION DE DOCUMENTOS

PROCESO:		ATENCION QUIRURGICA		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
CARACTERIZACION ATENCION QUIRURGICA		X		Se actualiza por mejoramiento alineación al ciclo de atención se incluye coordinación de anestesia, equipo Instrumentador y central de esterilización

PROCESO:		INFORMACION Y COMUNICACIÓN		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
IC-FO-009 FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CONSULTA EXTERNA VS 07		X		Se actualiza criterios de evaluación y requerimiento de información
IC-FO-010 FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION HOSPITALIZACION VS 06		X		Se actualiza criterios de evaluación y requerimiento de información
IC-FO-011 FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION URGENCIAS		X		Se actualiza criterios de evaluación y requerimiento de información
IC-FO-012 FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION APOYO DIAGNOSTICO VS 06		X		Se actualiza criterios de evaluación y requerimiento de información
IC-IN-004 INSTRUCTIVO PARA LA EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS		X		Se incluyen los ajustes para la evaluación de satisfacción de los usuarios
IC-FO-036 FORMATO CONTROL INFORMACION DE QUIROFANOS		X		Se actualiza por periodo de tiempo
IC-FO-046 FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL			X	Este formato se debe eliminar porque a la fecha no se implementa y el formato se puede realizar a través de formato de visita intrahospitalaria

No se realiza aprobación de la solicitud emitida por la Oficina de SIAU sino que se refuerza y se invita a la oficina a continuar con su implementación toda vez que el documento representa un factor importante en el proceso de acreditación.

PROCESO:		INFORMACION Y COMUNICACIÓN		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
IC-PR-017 PROCEDIMIENTO PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD		X		Se actualiza conforme a los lineamientos del IDS participación social en salud 2023
IC-PR-015 PROCEDIMIENTO EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS		X		Se define calculo de muestras
PROCESO:		MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
MATRIZ MAPA RIESGOS DE LA FUNCION PUBLICA	X			Se define mapa de riesgos como actualización documental identificando factores causa raíz factores internos y externos
MANUAL DE ENFOQUE DE GESTION DEL IRESGO INSTTUCIONAL	X			Se crea por necesidad de los lineamientos de la circular 4-5 y 5-5
MC-FO- CRONOGRAMA MAPA RIESGO	X			Se crea como mecanismo de control
MC-GI-005 GUIA DE ENFOQUE DE GESTION DEL RIESGO INSTTUCIONAL		X		Se actualiza el marco normativo y se integran los subsistemas de riesgos.
PROCESO:		GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
TH-MO-001 MODELO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO POR COMPETENCIAS REVISADO		X		Se actualiza conforme a las necesidades de la institución
EQUIPOS DE EMERGENCIA A VERIFICAR.	X			Control de verificación
TH-FO-010 FORMATO INFORME DE PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO		X		Actualización por requerimientos de la ARL
PROCESO:		ATENCION HOSPITALARIA		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
INSTRUCTIVO INDICACIONES PRE Y POS PROCEDIMIENTO DE COLONOSCOPIA PACIENTE HOSPITALIZADO	X			Se crea por necesidad del servicio, anteriormente se encontraba en la categoría de Formato como mecanismo d entrega al paciente, sin embargo en la actualidad esto es solo para personal asistencial como un instructivo para ejecutar el procedimiento
INSTRUCTIVO INDICACIONES PRE Y POS PROCEDIMIENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PACIENTE HOSPITALIZADO	X			
INSTRUCTIVO INDICACIONES PRE Y POS PROCEDIMIENTO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA- PACIENTE HOSPITALIZADO	X			
INSTRUCTIVO INDICACIONES PRE Y POS PROCEDIMIENTO DE LIGADURAS ESOFAGICAS PACIENTE HOSPITALIZADO	X			



PROCESO:		AMBIENTE Y RECURSO FISICO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
MANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE FLOTA VEHICULAR DE LA ESE HUEM		X		Acorde al marco normativo y actualización por periodo de tiempo

PROCESO:		INFORMACION Y COMUNICACIÓN		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
MC-CA-001 CARACTERIZACION MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		X		Se actualiza de acuerdo a ciclo de atención se incluye actividades de paciente trazador
DI-CA-001 CARACTERIZACION DOCENCIA E INVESTIGACION		X		Se incluye actividades de Gestión de conocimiento que incluye (cursos, semilleros, diplomados)
CARACTERIZACION ATENCION QUIRURGICA		X		Se alinea al ciclo de atención y se incluye actividades de anestesiología, instrumentador y central de esterilización
MANUAL DE CONTROL DOCUMENTAL		X		Se actualiza de acuerdo a los hallazgos de auditoria de control interno en referencia a las fechas de vencimiento.
CARACTERIZADOR CONSULTA EXTERNA		X		Actualización acorde al ciclo

4. SEGUIMIENTO AL PLAN DE GERENCIA DE INFORMACIÓN / GOBIERNO DIGITAL

Se realiza presentación de las estrategias elaboradas por la Oficina de TICs en cumplimiento a la Política de Gobierno Digital

Estas estrategias parte de la estructuración que se viene implementando desde el principio de año con la Historia Clínica WEB en cumplimiento a la normatividad de integración e interoperabilidad de la misma.

De acuerdo a presentación del Coordinador de TICs la ESE da cumplimiento a la norma y asegura su política de Privacidad y confidencialidad de la información realizando seguimiento y control a los riesgos identificados.

Desde el profesional Universitario de sistemas (miembro del comité) se ejecutarán las acciones pertinentes a garantizar aspectos como seguridad, plan de contingencia, privacidad de la información y gestión de tramites.

Desde la Subgerencia de servicios de salud se indica que este proceso no deberá afectar la prestación de servicios, e invita a trabajar directamente con los líderes y coordinadores de área en identificar posibles fallas en el sistema y alternativas en caso de alguna contingencia.

5. SEGUIMIENTO A PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS

Se realiza seguimiento al Plan de Bienestar e incentivos vigencia 2023, indicando desde el profesional psicologo organizacional la explicación de los rubros obtenidos para dicho Plan.

Se menciona que desde talento humano en el I trimestre no se ha obtenido resultado para recursos pecuniarios en el I trimestre sin embargo los No pecuniarios es acorde al Modelo estrategico de talento humano.

En este espacio se socializa a profundidad los cambios del Modelo de Gestión del talento humano con las siguientes presentaciones:




Modelo de Gestión del Talento Humano por Competencias


Objetivo

Implementar un Modelo de Gestión del Talento Humano por competencias, que permita identificar y responder a las necesidades de los colaboradores, basados en la plataforma estratégica institucional, con el propósito de alinear el actuar de los colaboradores con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

Modelo de Gestión del Talento Humano por Competencias




	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	<p style="text-align: center;">ACTA</p>	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA9 de 15



Modelo de Gestión del Talento Humano por Competencias





<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">P</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Planificación del talento humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructura interna orgánica y funcional. • Planta de personal. • Plan de cargos y asignaciones civiles. • Estudio previo adquisición de bienes y servicios. • Plan anual de vacantes. • Plan de previsión del recurso humano. • Plan estratégico de talento humano. 	<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">H</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Gestión del empleo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos de selección. • Evaluación de procesos precontractuales de prestación de servicios. • Vinculación. • Registro de historias laborales. • Movilidad. • Prevención control disciplinario interno. • Apoyo jurídico. • Desvinculación laboral. • Comité de comisión de personal. • Comité evaluador. • Secretaría técnica, comité de conciliación y defensa judicial. • Equipo de trabajo y grupo de apoyo de buen gobierno e integridad. • Proceso de elecciones (representante del sector científico de la E.S.E. ante la junta directiva, representante del personal médico y enfermería ante el comité de ética hospitalaria, representantes de los trabajadores ante los comités de convivencia laboral, COPASST y comisión de personal). 	<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">V</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Gestión del rendimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del desempeño. • Acuerdos de gestión. 	<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">A</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Gestión de las relaciones humanas y sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medición y gestión de clima organizacional. • Medición y gestión de cultura organizacional. • Fomento de la cultura organizacional. • Formulación de políticas para flexibilización de jornada laboral. • Fortalecimiento de estrategias para la valoración positiva de los colaboradores, por medio de estímulos e incentivos. • Bienestar social que involucre todos los tipos de vinculación. • Batería de riesgos psicosocial. • Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos. • Vigilancia epidemiológica. • Atención de emergencias y desastres. • Prevención de consumo de sustancias psicoactivas. • Promoción y prevención de la seguridad y salud en el trabajo. • Comité de emergencias y desastres. • Equipo de trabajo y grupo de apoyo de bienestar social y laboral. • Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). • Comité de convivencia laboral. • Comité de seguridad vial.
<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">A</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Organización del trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de funciones y perfiles de los empleos. • Plan institucional de formación y capacitación continua. • Registro sistematizado del recurso humano. • Sistema de evaluación de desempeño. 	<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">A</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Gestión del desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan institucional de formación y capacitación continua. • Proceso de inducción y re inducción. • Entrenamiento • Promoción y carrera. 	<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">A</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Gestión de la compensación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nómina, salarios y prestaciones sociales. • Seguridad social y cesantías. • Parafiscales. 	



En este espacio interviene la Dra. Maribel identificando que el modelo no integra el componente que como hospital Universitario debe establecer para evidenciar los procesos de formación continua, por ende, se solicita a la Oficina de Docencia iniciar la documentación de sus procesos en los terminos de 03 meses apartir de este comité.

6. SEGUIMIENTO A PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA

En este punto del orden del día, se socializa las siguientes presentaciones por parte del área de talento Humano

<div style="text-align: center;">   </div> <h2 style="text-align: center; color: blue; margin-top: 20px;">INFORME PRIMER TRIMESTRE PLAN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN 2023</h2>	<div style="text-align: center;">   </div> <h2 style="text-align: center; color: blue; margin-top: 20px;">OBJETIVO</h2> <p style="text-align: center;">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</p>
---	--



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 Trimestre del año 2023 se tenían programadas 200 Capacitaciones de las cuales se realizaron 193 dando un cumplimiento del 96.5%.

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



COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACION INSTITUCIONAL

Para el primer Trimestre del año 2023 el Plan de Formación y Capacitación tuvo una cobertura del 92.94%. Capacitando en total a 17.932 Personas de 19.293 que se tenían programadas. Esta población esta 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	6029
Epidemiología	Protocolo de Higiene de Manos , Plan Institucional de Vacunación	1548
Humanización	Guías de Practicas Clínicas	453
Seguridad del Paciente	Detección, Notificación Y Análisis De Sucesos De Seguridad	482



7. Seguimiento a procesos de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo / Gestión Ambiental / Calidad

Se realiza presentación del seguimiento a los diferentes sistemas integrados de Gestión

Presentación de los estándares mínimos cargado al I trimestre 2023 a su ARL



EVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0312 del 2019

ESTÁNDARES		RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBTENIDO	PORCENTAJE DEL ESTÁNDAR EVALUADO
PLANEAR	1 RECURSOS (10%)	10,0 0%	10,00 %	100%
	2 GESTIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (15%)	15,0 0%	12,00 %	80%
HACER	3 GESTIÓN DE LA SALUD (20%)	20,0 0%	20,00 %	100%
	4 GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS (30%)	30,0 0%	30,00 %	100%
	5 GESTIÓN DE AMENAZAS (10%)	10,0 0%	10,00 %	100%
VERIFICAR	6 VERIFICACIÓN DEL SG-SST (5%)	5,00 %	5,000% %	100%
ACTUAR	7 MEJORAMIENTO (10%)	10,0 0%	10,00 %	100%
			TOTAL	97,00%

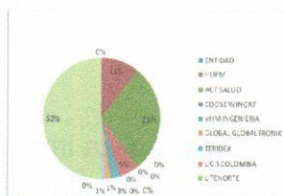


ACCIONES DE MEJORA:

- Identificación y evaluación para la adquisición de bienes y servicios.
- Evaluación y selección de proveedores y contratistas.



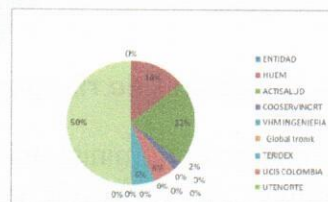
ACCIDENTALIDAD PRIMER TRIMESTRE 2023



ENTIDAD	ACCIDENTABILIDAD
HUEM	8
ACTUALUD	22
COOSERVINT	0
VHM INGENIERIA	0
GLOBAL	0
GLOBALTRONIK	0
TERIBEX	4
UCS COLOMBIA	4
UTENORTE	0
SERVICIOS VIVIR	0
GLOBAL INGENIERIA	0
GLOBALTRONIK	0
UTM ARCHIVO	1
UTM ADMINISTRATIVA	1
UTM ARCHIVO	0
TOTAL	38

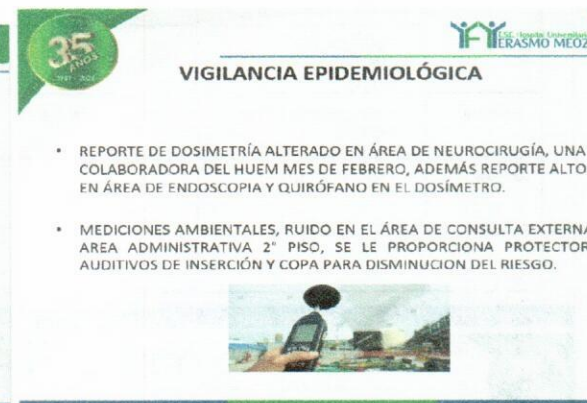
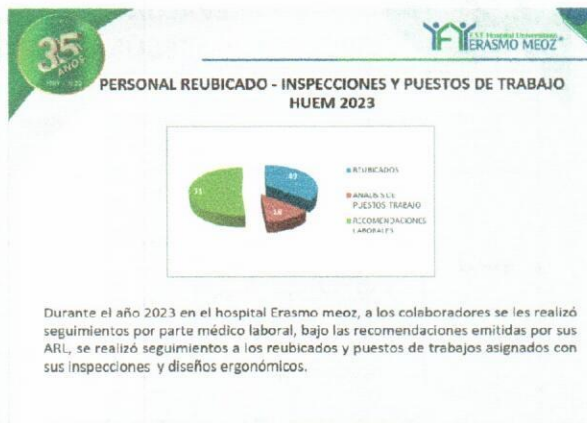
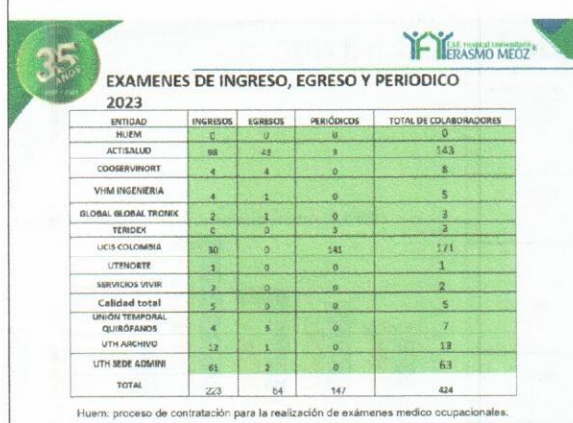
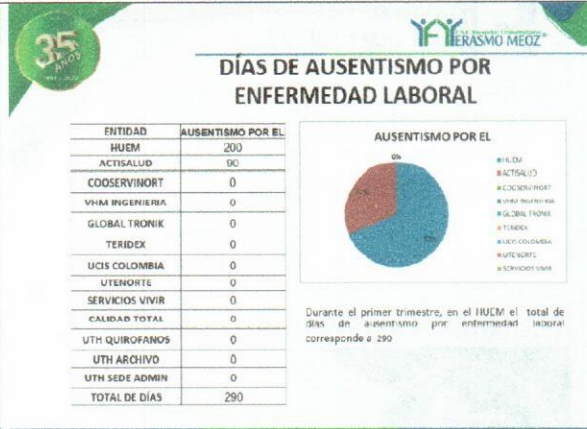
Durante el Primer trimestre 2023, en la institución se presentaron 38 accidentes de trabajo, con la mayor accidentalidad en actualud 22 colaboradores.

DÍAS AUSENTISMO POR CAUSAS MÉDICAS PRIMER TRIMESTRE



Durante el primer trimestre, en el HUEM el ausentismo por causas médicas fue de 2340 días en total.

ENTIDAD	TOTAL DÍAS
HUEM	807
ACTUALUD	1224
COOSERVINT	137
VHM INGENIERIA	0
Global tronik	20
TERIBEX	0
UCS COLOMBIA	311
UTENORTE	0
SERVICIOS VIVIR	0
GLOBALTRONIK	0
UTM ARCHIVO	0
UTM ARCHIVO	0
UTM ARCHIVO	14
TOTAL	2840



El informe detallado se encuentra dispuesto para consulta a través del Anexo A. Comité del mes de Abril.

8. Seguimiento a la Gestión de riesgos institucionales

De acuerdo a la Política de Administración del riesgo institucional se realiza intervención por parte del Ingeniero Jorge Aponte profesional adscrito a la Oficina de Planeación y

calidad en la cual se socializa a los miembros los avances del cronograma de gestión de riesgo



DOCUMENTOS ACTUALIZADOS

- GUIA DE ENFOQUE Y GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL (ELIMINAR).
- MANUAL DE ENFOQUE Y GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL (ACTUALIZADA CIRCULAR EXTERNA 4-5 2021).
- CRONOGRAMA PARA LA GESTION DEL RIESGO.
- MATRIZ DE MAPA DE RIESGOS(CODIFICACION Y SU METODOLOGIA PRACTICA).

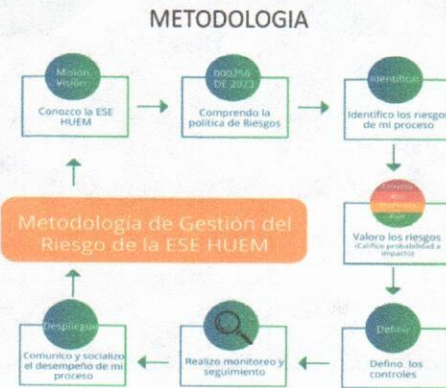


<https://herasmomeoz.gov.co/wp-content/uploads/2023/02/resolucion-000256-politica-riesgo-2023-1.pdf>

Se realiza comparativo con la vigencia anterior identificando un análisis del mismo, en la cual la ESE ha trabajado de manera articulada con los 20 procesos institucionales acordes a la Guía de Administración del riesgo y las circulares de la SUPERSALUD 4-5 y 5-5 de 2021.



COMPORTAMIENTO



AÑO	ADHERENCIA
2020	15%
2021	47%
2022	56%
2023	76%



Objetivo 80% Dato 2023 Primer trimestre

<https://herasmomeoz.gov.co/wp-content/uploads/2023/02/resolucion-000256-politica-riesgo-2023-1.pdf>

8. DEFINICIÓN DE DIRECTRICES DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (FURAG, AUTODIAGNÓSTICOS Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES)

De acuerdo los lineamientos de la Función pública se procede a designar al área de planeación para la organización de las mesas de trabajo que permitan el desarrollo de los autodiagnósticos del MIPG y el registro del FURAG vigencia 2022. Este trabajo se realizará articuladamente y en cooperación con la oficina de Control Interno de Gestión activando de esta manera las 03 líneas de defensa del MIPG.

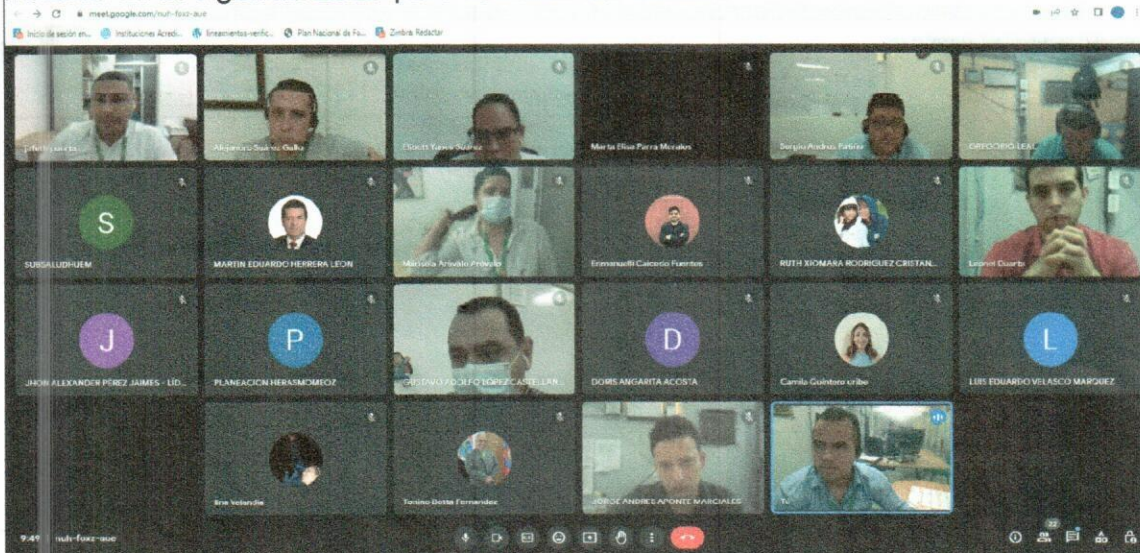
Ver cronograma de Autodiagnóstico MIPG


Los líderes aprueban iniciar los trabajos de diagnóstico y estar pendientes para el cumplimiento del FURAG

9. PROPOSICIONES Y VARIOS

Como último punto del Comité se da el espacio para intervención de proposición y varios. En este espacio el Dr. Martin Eduardo manifiesta que es importante dar una consolidación adecuada de los puntos del FURAG, realizar el ejercicio de autodiagnóstico con la mayor responsabilidad y veracidad de la información.

El área de CEGDOC solicita un espacio para el próximo comité con el objetivo de realizar seguimiento a los procesos de actualización de Tablas de Retención Documental. El coordinador de CEGDOC adjunta en esta sesión un informe de la Gestión Documental trazada en la vigencia 2023 para revisión del comité.



	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
	ACTA	PAGINA 15 de 15

Compromisos

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Seguimiento a las Tablas de retención documental	Oficina de CEGDOC	30 de Junio de 2023
Incluir ajuste de formación continua del talento humano en el Modelo de Plan Estratégico de Talento Humano	Líder de Gestión y desarrollo del talento humano	30 de Junio de 2023

Revisó: Doris Angarita Acosta – Asesor de Planeación