



**¡Trabajamos por mi Nariño,  
tu salud,  
nuestro compromiso!**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE**

**SEGUIMIENTO A LA GESTION DE LOS COMITES INSTITUCIONALES  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE  
PERIODO ENERO – DICIEMBRE DE 2020**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION**

**SAN JUAN DE PASTO, SEPTIEMBRE DE 2021**

**CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolivar - San Juan de Pasto / Nariño**  
Conmutador **7333400** \* Fax **7333408** y **7333409**  
**[www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co)** \*mail: **[hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)**



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO

ALCANCE

METODOLOGÍA

CRITERIOS

DESARROLLO DEL INFORME

INFORMACIÓN GENERAL

FINALIDAD DE LOS COMITÉS

RESOLUCIÓN DE CREACIÓN Y/O MODIFICACIÓN Y SUS INTEGRANTES

PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES Y SU CUMPLIMIENTO

COMPROMISOS Y SU CUMPLIMIENTO

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

## INTRODUCCION

La oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento de sus funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y la Resolución 1035 del 14 de agosto de 2014, *“por medio de la cual se determina la integración de los Comités constituidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE”*, presenta el informe de seguimiento a la gestión de los Comités Institucionales del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, para el periodo comprendido entre enero 1 a diciembre 31 de 2020, seguimiento que se realiza como parte del Plan de Trabajo para la vigencia 2021.

## OBJETIVO

Realizar seguimiento a los comités institucionales constituidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, para verificar el cumplimiento de lo establecido en las Resoluciones de creación y/o modificación, para la vigencia 2020.

## ALCANCE

Realizar seguimiento a los treinta y dos comités institucionales del HUDN ESE, para el período comprendido entre enero 1 a diciembre 31 de 2020.

## METODOLOGIA:

La Oficina de Control Interno de Gestión, mediante circular I-1285 del 12 de julio de 2020, solicitó a los Presidentes y Secretarios de cada uno de los Comités la siguiente información:

1. Diligenciar la matriz de Excel en la cual se solicita relacionar: Resoluciones de creación, modificación y/o revocatoria, integrantes del comité y cargo que ocupan dentro del mismo, periodicidad de las reuniones, reuniones y actas realizadas en el año 2020, compromisos adquiridos en las reuniones, seguimiento, porcentaje de cumplimiento de los compromisos y oportunidades de mejora que se identificaron en las reuniones.
2. Entregar las actas en medio físico y sus anexos para su revisión y verificación del cumplimiento.
3. Se revisaron las actas y se realizó un muestreo de los compromisos pactados en las diferentes reuniones, de los cuales se solicitó evidencias para verificar su cumplimiento.

## CRITERIOS

Resolución de creación y sus modificatorias de cada uno de los comités institucionales  
Normatividad vigente aplicable.

## **DESARROLLO DEL INFORME**

### **1. INFORMACION GENERAL**

Del seguimiento realizado se obtuvo que el Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, a 31 de diciembre de 2020 contaba con treinta y dos (32) comités institucionales.

Trece (13) comités no presentaron información: Código azul, conciliación y defensa judicial, Jurídico, gestión ambiental, responsabilidad social empresarial, contratación de prestación de servicios de salud, técnico gerencial, comité institucional de gestión y desempeño, activos fijos, técnico evaluador de glosas definitivas, evaluador de cartera incobrable, comité integral de gestión en contratación, facturación, cartera y glosas, comité técnico para COVID.

Por lo anterior no se puede determinar cuáles son los comités que se encuentran inactivos.

El comité de Código azul se reactivó en el mes de diciembre de 2020.

El comité técnico evaluador de cartera incobrable se derogo en el mes de agosto de 2020 y el procedimiento establecido para el análisis y revisión de las facturas incobrables fue adoptado por el comité de sostenibilidad contable.

## 2. FINALIDAD DE LOS COMITÉS

No.	NOMBRE	FINALIDAD
1	COMITÉ DE ARCHIVO Y TICS	Creado como organismo asesor de la función archivística y de TIC (Tecnología de Información y Comunicaciones)
2	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	Creado como cuerpo evaluador y de seguimiento a la calidad, custodia y adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica y demás registros asistenciales de cada una de estas.
3	COMITÉ DE ESTADISTICAS VITALES	Tiene a su cargo la responsabilidad de ejercer la vigilancia y el control sobre los certificados de nacido vivo y defunción
4	COMITÉ DE CODIGO AZUL	Que el HUDN cuente con un grupo de personas que se concentren en mejorar la competencia y los tiempos de respuesta, manejo terapéutico rápido, ordenado, efectivo, oportuno y coordinado a los pacientes en paro cardiorespiratorio, a través de un equipo asistencial en salud con personal entrenado y con funciones especialmente determinadas con el fin principal de reestablecer las funciones cardiovasculares y reducir la morbilidad a corto y largo plazo.
5	COMITÉ IAMI	Cumplir con las normas establecidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de la protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades en salud materna e infantil.
6	COMITÉ VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COVE	Es el responsable de captar la ocurrencia de eventos de interés en salud pública en la IPS y generar en forma oportuna y continua información útil y necesaria para los fines del sistema de vigilancia en salud pública, según los modelos y protocolos de vigilancia que se establezcan en el sistema. Además, de coordinar la participación de la IPS en las estrategias de vigilancia planteadas por la autoridad sanitaria del Ente Territorial con las prioridades en salud pública para prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atente contra la salud individual o colectiva en su área de influencia.
7	COMITÉ TECNICO PARA COVID 19 DEL HUDN	Definir planes de mejora frente al manejo de casos específicos COVID 19 y documentar en un acta lo concluido en el comité técnico.
8	COMITÉ DE TRANSFUSION SANGUINEA	Fomentar el uso más adecuado de la sangre y sus derivados.

9	COMITÉ DE CONVIVENCIA Y CONCILIACION LABORAL	Prevenir las diversas formas de agresión, maltrato, trato desconsiderado y ofensivo y en general todo ultraje a la dignidad humana que se ejercen sobre quienes realizan sus actividades en el contexto de una relación laboral en el HUDN.
10	COMITÉ DE CAPACITACIÓN ESTIMULOS E INCENTIVOS	Coordinar y aplicar los procedimientos de evaluación y selección del mejor empleado o grupo interno de trabajo para el otorgamiento de estímulos e incentivos y conceptuar sobre los procesos de capacitación según lo establecido en el Acuerdo 012 de 2006 y acuerdo 07 de 2007, expedidos por la Junta directiva del HUDN.
11	COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	Órgano de carácter científico y multidisciplinario, asesor permanente de la Gerencia en cuanto a la adopción d normas, políticas y procedimientos para el manejo integral de los medicamentos y dispositivos médicos y para liderar y desarrollar el programa de tecnovigilancia y farmacovigilancia institucional.
12	COMITÉ DE CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Optimizar los procesos y actividades tendientes al desarrollo de los contratos que se suscriben para su óptimo funcionamiento y el cumplimiento de los objetos institucionales mediante la observancia de los principios de celeridad y eficiencia.
13	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST	Su alcance está determinado por toda la serie de procesos y actividades tendientes a garantizar en la organización que su personal cuente con los recursos necesarios para desempeñar sus funciones de una manera segura, sin necesidad de exponerse a ninguna clase de riesgos o por lo menos minimizarlos.
14	COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	Adelantar sus programas relacionados con la seguridad de la comunidad hospitalaria, por lo cual realiza capacitaciones, simulacros de emergencias ante un posible evento catastrófico.
15	COMITÉ DE CONCILIACIÓN Y DEFENSA JUDICIAL	Considerado como un a instancia administrativa que actúa como sede de estudio, análisis y formulación de políticas sobre prevención del daño judicial y defensa de los intereses de la entidad.
16	COMITÉ JURÍDICO	Brindar una orientación jurídica para el desarrollo de la Institución.

17	COMITÉ ASESOR DE CONTRATACIÓN Y EVALUADOR	Asesorar al Gerente para contratar en todas las etapas del proceso contractual.
18	COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA	Propender por la humanización en la atención en salud de los usuarios, promover el mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio público de la salud, fomentar el ejercicio y protección de los derechos y deberes de los usuarios y fomentar los mecanismos de participación social en salud en la prestación de los servicios de salud.
19	COMITE DE BIOETICA CLINICA Y ETICA EN LA INVESTIGACION (Bioética médica)	Salvaguardar los principios metodológicos y éticos sobre actividad investigativa, académica y asistencial en la Promoción de buenas conductas en la labor del personal médico y paramédico de la entidad y a su vez, promover entre la comunidad académica y de investigadores la reflexión colectiva del quehacer, la pertinencia y la proyección de la en la investigación en lo relacionado con la recta acción, convivencia y responsabilidad social.
20	COMITÉ DOCENCIA SERVICIO	Orientar y definir las políticas generales para la organización y desarrollo de las relaciones Docencia Servicio en el HUDN ESE e impulsarla con un sentido ético y científico en procura de la información al servicio de la comunidad.
21	COMITÉ TECNICO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	Generación de saber a través de la puesta en marcha de proyectos de impacto científico, técnico y social que conduzca a la conforman de líneas de investigación institucionales o de cooperación bajo convenios docente asistenciales como estrategia para la producción de nuevas iniciativas académicas.
22	COMITÉ DE GESTIÓN AMBIENTAL	Promover el manejo eficiente de los recursos naturales que posibilita el desarrollo económico y social sostenible del ambiente, a través de la ejecución de la política y programas ambientales, coordinando y liderando interinstitucionalmente a través de la evaluación, la prevención, y la mitigación de los impactos ambientales generados por los diversos procesos, productos y servicios desarrollados en el Hospital y la promoción de la ética, la cultura y la educación ambiental.
23	COMITÉ DE ACTIVOS FIJOS	Asesorar a la institución en el uso, administración, custodia y baja de los bienes del Hospital.
24	COMITÉ DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	Fomentar una cultura que permita maximizar el desarrollo sostenible de participación social en la prestación de servicios de salud.

25	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Instancia de carácter asesor técnico-científico dentro de la institución, cuya finalidad principal es la de proponer y adoptar medidas de prevención y control de los incidentes y los eventos adversos prevenibles, a la disminución y gestión del riesgo en la atención en salud, apuntando a la implementación y fortalecimiento de barreras de seguridad y en general el cumplimiento de los principios básicos de seguridad del paciente.
26	COMITÉ TÉCNICO GERENCIAL	Es la máxima instancia de planeación, decisión, y coordinación institucional del HUDN ESE, cumpliendo las funciones de realizar el direccionamiento estratégico de la empresa y la toma de decisiones que se ajusten a la misión, visión, objetivos y metas. Como también evaluar periódicamente el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos y la toma de decisiones en cuanto a la desviación de los mismos.
27	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO	Órgano encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el modelo y que no sean obligatorios por mandato legal.
28	COMITÉ TECNICO DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE	Instancia asesora del área contable de la Entidad que procura por la generación de información contable confiable, relevante y comprensible.
29	COMITÉ TECNICO EVALUADOR DE GLOSAS DEFINITIVAS	Creado con el fin de identificar las fallas o deficiencias en los procesos técnico-administrativos y técnico científicos respecto al manejo de las objeciones y/o glosas.
30	COMITÉ EVALUADOR DE CARTERA INCOBRABLE	Conocer la totalidad de las facturas incobrables con afectación a los ingresos de la entidad, quienes emitirán concepto técnico, concepto jurídico, concepto financiero, registrándolo en la ficha técnica preestablecida.
31	COMITÉ INTEGRAL DE GESTION EN CONTRATACION, FACTURACION, CARTERA Y GLOSAS	Es una instancia asesora de la entidad encargada del estudio y análisis relacionados con la ejecución y resultados del proceso de venta de servicios de atención e salud de alta complejidad, tarifas institucionales, facturación, proceso de objeciones y devoluciones y proceso de cartera. Recomendando las actuaciones necesarias a la administración y a los líderes de proceso involucrados.
32	COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO	Es un órgano de asesoría y decisión en los asuntos de control interno del HUDN ESE, en su rol de responsable y facilitador, hace parte de las instancias de articulación para el funcionamiento armónico del sistema de Control Interno.

### **3. SEGUIMIENTO A LOS COMITES INSTITUCIONALES**

#### **3.1. COMITÉ DE ARCHIVO Y TIC**

Resolución 2126 del 31/07/2019, Por medio de la cual se unifica y se reglamenta el comité de Archivo y TIC del HUDN

Resolución 0003 del 01/01/2020, Por medio de la cual se modifica el artículo segundo de la composición del comité

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente – Gerente

Secretario - Coordinador Gestión de la Información

Subgerente Administrativo y Financiero

Jefe de la oficina Jurídica

Jefe de la oficina de Planeación

Jefe de la oficina de Control Interno

Invitados con voz pero sin voto, funcionarios o particulares que puedan hacer aportes en los asuntos tratados en el comité.

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Trimestral, extraordinarias cuando por solicitud se requiera

Para la vigencia se evidencia una acta de reunión de noviembre de 2020, el acta no se encuentra numerada, se encuentra sin firmas, anexa lista de asistencia

Incumpliendo la Res 2126 /2019, artículo cuarto. Reuniones: “...se reunirá de manera ordinaria y por convocatoria del secretario técnico cada tres (3) meses...”

El secretario del Comité informa “Por motivo de la pandemia no se cumplió con la periodicidad de las reuniones según la resolución”

#### **COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES**

1. Hacer la implementación de antenas WIFI para lograr la cobertura necesaria del sistema de información.
2. Adelantar estudio técnico para la adquisición de equipos de backups o copias de respaldo de información.
3. Avanzar y hacer seguimiento en el proceso de elaboración de tablas de retención documental.
4. Hacer seguimiento a los planes de acción de Gerencia de la Información para el proceso de acreditación con ICONTEC

#### **CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS**

El comité informa un cumplimiento del 0%

#### OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE

1. Elaboración y Aprobación de las Tablas de Retención Documental.
2. Apego de los Archivos de Gestión del Hospital a las Tablas de Retención Documental.
3. Seguir avanzando en el proceso de depuración de Archivo Central y Archivo Clínico.

En la MATRIZ DE OPORTUNIDADES DE MEJORA del informe de Acreditación se registra la siguiente oportunidad de mejora:

-“Realizar otro simulacro que les permita identificar la calidad de las respuestas del personal y mejoren los tiempos de respuesta a este.” (servidores y soporte)

-“Elaborar un plan de reposición de equipos, que por cumplan con los criterios definidos para la evaluación de obsolescencia, articulado con el plan de presupuesto anual.”

#### OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CIG

En el año 2019 se contrató la asesoría de una profesional en archivística y gestión documental, para implementar las tablas de retención documental del HUDN, y la revisión de los documentos relacionados en las tablas.

En el año 2020 se contrató con la misma profesional, cambiando el objeto contractual, a la fecha no ha cumplido con el compromiso establecido en la vigencia 2019 de “Elaboración y Presentación de las TRD”.

No se evidenció:

-El Procedimiento para la eliminación de Historias Clínicas, compromiso presentado en el seguimiento anterior (2019).

-La consecución de espacio físico dentro del Hospital para Almacenamiento de la documentación pendiente por eliminar, compromiso presentado en el seguimiento anterior.

-Se observó un proceso de depuración en archivo central; se han depurado 450 cajas del archivo.

-Se observó un trabajo en el archivo clínico con las historias clínicas que han cumplido su ciclo de vida de 15 años, siendo reclasificadas y en proceso de depuración y eliminación, conforme a la normatividad vigente.

El secretario del comité informa, con relación a los compromisos adquiridos en el acta de noviembre de 2020: “Los seguimientos y cumplimientos se efectuaron en la vigencia 2.021”

### 3.2. COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

Resolución 1063 del 31/12/2008, por medio de la cual se modifica la organización y funcionamiento del comité

## INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente – Gerente  
Secretario - Técnico Administrativo Estadística  
Subgerente de Prestación de Servicios  
Coordinadora GIT Quirófanos y Sala de Partos  
Coordinador de Información y Sistemas  
Coordinadora GIT Hospitalización  
Coordinador de Medicina Interna  
Coordinador de Neurocirugía  
Auditor Medico  
Coordinadora de Urgencias y Consulta Externa  
Coordinador de Neonatología  
Coordinador de Gineco-obstetricia  
Coordinador de Cirugía  
Coordinador de Médicos Hospitalarios

## PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Mensuales, Extraordinaria a solicitud de cualquiera de sus miembros

Se evidenció tres (3) actas de reuniones realizadas en el año, en los meses: julio, septiembre y diciembre de 2020, Incumpliendo la resolución 1063 de 2008. Art quinto. Convocatoria. “... se realizara el primer jueves de cada mes a las 11:00 a.m...”

Las actas no se encuentran firmadas, se anexa lista de asistencia

## COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

- 1- Respuesta a solicitud ampliación descripción evento usuario Fran Javerson Bernal
- 2- Modificación aplicativo institucional para registrar el tamizaje respiratorio Res.521/2020
- 3- Revisión de la obligatoriedad de expedir copia de HC en facturación con apoyo del área jurídica en análisis cláusulas contractuales, análisis en la nueva contratación
- 4- Analizar viabilidad de construcción en lote de San Fernando área de archivo clínico
- 5- Solicitud de auditoria a cuentas para evidenciar que funcionarios están haciendo mal uso del ingreso a consulta de HC
- 6- Solicitud de depuración de usuarios NO existentes y usuarios reales y activos.
- 7- Implementación de Modulo Estudiante DGH
- 6- Análisis Utilidad y rigurosidad de los 31 folios reglamentarios en HC
- 8- Evaluación por parte de cada área sobre de lista de chequeo para validar la pertenencia de todos los documentos de HC.
- 9- Oficiar a gestión humana para que expida a la oficina de sistemas, listado de personas internas y externas vigentes en el hospital para la correspondiente depuración de cuentas
- 10- Informar sobre obligatoriedad en la HC, hasta tanto se realice la valoración de la pertinencia y de la lista de chequeo de HC.
- 11- Evaluación de consentimientos informados antes de ser autorizados por la oficina de calidad para luego subir a Intranet

## **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS**

El comité informe un cumplimiento del 100%

## **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

El comité no registra

En la MATRIZ DE OPORTUNIDADES DE MEJORA del informe de Acreditación se registra la siguiente oportunidad de mejora:

-“Desarrollar un formulario en la Historia Clínica electrónica que les permita registrar el resultado de la revisión de los casos clínicos, de tal manera que se puedan identificar y consolidar. “

## **OBSERVACIONES DE CIG**

Según muestreo de compromisos se evidencia:

- Se da respuesta al señor Fran Javerson Bernal
- Con el área de sistemas se revisó y verifico en el sistema Dinámica Gerencial, el cumplimiento de las tareas asignadas al área en cuanto a:
- Se implementa registro de tamizaje respiratorio.
- Teniendo en cuenta el listado de personas internas y externas vigentes en el hospital, entregado por la oficina de Talento Humano, se procedió a la depuración de usuarios no existentes, usuarios reales activos y usuarios por roles, actividad que se realiza de manera mensual
- Con relación a la implementación del Módulo de Docencia de DGH se evidencia que se entregó a los estudiantes, equipos portátiles, se extendió la red y se realizó una prueba piloto, de la que se pudo identificar lugares donde no hay cobertura inalámbrica, siendo importante llegar a feliz término con el desarrollo y la implementación de este módulo, teniendo en cuenta que, el HUDN tiene como característica principal el ser un Hospital Universitario, y en segundo lugar, que en acta No.2 de septiembre de 2020, el comité autorizó la implementación y desarrollo.
- con respecto a analizar a la viabilidad de construcción en lote de San Fernando el área de archivo clínico, no se evidencia registros socializados en reunión de Comité

### **3.3. COMITÉ DE ESTADÍSTICAS VITALES**

Resolución 0237 del 10/03/2014, Por medio de la cual se modifica la Res 2708 de 1999 y se adopta el comité de vigilancia epidemiológica COVE, el comité de infecciones asociadas a la atención en salud, el comité de estadísticas vitales y otros comités afines conformados para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública

### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Subgerente de prestación de servicios – Presidente  
Técnico de estadística - Secretario  
Gerente  
P.E. vigilancia Epidemiológica  
Asesor de auditoria medica

### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Trimestrales

Se observó Acta No. 1 de Agosto 20 de 2020, Acta No. 2 de Sept. 25 de 2020, Incumplimiento la Resolución 0237 de 2014, COMITÉ ESTADISTICAS VITALES, literal D. periodicidad de las reuniones: ...se reunirá por lo menos cada tres meses...”a la periodicidad de las reuniones

Las actas no se encuentran firmadas, se anexa lista de asistencia

### COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

- 1- comunicación a los jefes de área, médicos y personal asistencial que atiende hechos vitales sobre el cambio en el proceso de acuerdo a la circular
- 2- iniciar con proyección de borrador de modificaciones a proceso de EEVV
- 3- comunicación a jefes de área, médicos y personal asistencial sobre la impresión de certificados de defunción
- 4- comunicar a jefes de área, médicos y laboratorio sobre la prioridad en el diligenciamiento de la hemoclasificación en antecedentes de nacido vivo

### PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

El comité informa que los compromisos se cumplieron en el 100%

### OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE

El comité no reporta oportunidades de mejora

En la MATRIZ DE OPORTUNIDADES DE MEJORA del informe de Acreditación se registra la siguiente oportunidad de mejora:

-“Fortalecer los procesos de capacitación y realimentación de resultados, complementado con otras estrategias que defina el Hospital con el fin de mejorar la calidad del diligenciamiento.”

### OBSERVACIONES DE CIG

En actas de reunión de comité no se evidenció la presentación de informes de análisis de estadísticas vitales que permitan identificar errores susceptibles de corrección, por el mal diligenciamiento de los certificados de defunción y nacido vivo.

El informe de análisis de estadísticas vitales del segundo semestre de 2020, presentado para la Evaluación de Seguimiento de Acreditación se tiene, que fueron devueltos para ajustar certificados de defunción y nacido vivo así:

año 2019: 15.5%

Il semestre de 2020: 30.9%

corte 17 de febrero de 2021: 21%

Identificando como las principales causas de devolución: “debilidades en la secuencia fisiopatológica que llevó al fallecimiento, la falta de diagnóstico etiológico y el uso de siglas y abreviaturas”. Además de lo anterior, consideran que a las causas de requerimiento de ajustes de los certificados se presentó por los fallecimientos asociados al Covid-19, habida cuenta que no “contaban con la experiencia en la forma de certificar estos casos”; razón por la cual participaron en las capacitaciones de actualización para el diligenciamiento de los certificados

-No se observó plan de trabajo anual, informe de análisis de estadísticas vitales vigencia 2020, listas de asistencia a capacitaciones en el diligenciamiento y cumplimiento de procedimientos para el diligenciamiento de certificados de defunción y nacido vivo

-De lo anterior se concluye que el comité no está ejerciendo control y vigilancia sobre el diligenciamiento con información de calidad, de los certificados de nacido vivo y certificados de defunción, toda vez que los porcentajes por devolución de los mismos lo revelan.

### **3.4. COMITÉ DE CODIGO AZUL**

Resolución 754 del 28/09/2017, Por medio del cual se conforma el Comité

Resolución 2943 del 31/12/2020, Por medio de la cual se reforma la res 0754 de 2007, se adopta su reglamento y se dictan otras disposiciones

#### **INTEGRANTES DEL COMITE**

Director científico – Subgerente de Prestación de servicios – Presidente

Coordinación de urgencias – coordinadora de urgencias – Secretaria

Médico especializado en urgencias, urgenciólogo

Coordinación de medicina interna, médico internista

Coordinación de cirugía general, cirujano general

Coordinación de anestesia, anestesiólogo

Representantes asistenciales: líder médico general y líder enfermera jefe de reanimación

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Semestral, Extraordinaria Cuando se requiera

Para la vigencia 2020 no se realizaron reuniones, el comité se reactivó en diciembre de 2020

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE**

Manifiesta la Secretaria del comité, coordinadora del servicio de urgencias: “Teniendo en cuenta que ingrese a la Institución en el mes de Abril y que no se entregó información correspondiente al Comité durante el 2020, se realizó la Modificación de dicha Resolución del comité en Diciembre del 2020.”

Durante 2020 Se realizó la búsqueda de información sobre el Comité por lo tanto se modificó la Resolución existente del 2007

#### OBSERVACIONES DE CIG

Para el seguimiento de las vigencias 2018, 2019 y 2020, el comité no entregó información, no se contaba con un responsable de este comité.

### 3.5. COMITÉ IAMII

Resolución 2319 del 16/08/2019, Por medio de la cual se dictan normas para el desarrollo y sostenibilidad de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque integral IAMII

#### INTEGRANTES DEL COMITE

Presidente - Subgerente de Prestación de Servicios

Secretaria - Coordinadora IAMI

Referente Estrategia IAMMI institucional

Enfermera del programa Madre Canguro

Psicóloga

Nutricionista

Líder de promoción y prevención

Líder de referencia y contrareferencia

Asesor de planeación

Asesor Auditoría Médica

Representante grupo de apoyo comunitario IAMMI

Coordinaciones de: Gineco-obstetricia, Pediatría, Hospitalización, Quirófanos y sala de partos.

Apoyo terapéutico, Banco de Leche humana, Atención al usuario, Ayudas diagnósticas,

Consulta externa y urgencias, Epidemiología.

#### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Cada tres meses, extraordinaria cada vez que se requiera

En la matriz diligenciada se observó tres actas de reuniones realizadas en los meses de junio, julio y octubre, Incumpliendo la resolución 2319 de 2019, art. Primero. "... se reunirá cada tres meses y de manera extraordinaria cada vez que se lo requiera"

#### COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

- Actualizar política de IAMII con consideración de la pandemia
- Buscar estrategias para capacitar el grupo de apoyo
- Solicitar al IDSN apoyo para capacitación en AIEPI e higiene bucal
- Elaborar el plan de acción de celebración de SMLM enviar a entes territoriales
- Elaborar el informe de celebración de SMLM enviar a entes territoriales
- Apoyar con educación en técnica de extracción manual de leche materna en los servicios
- Generar certificado de plan de capacitación de Estrategia IAMII
- Realizar ronda para verificar el cumplimiento de Decreto 1397 de 1992 en oficina de nutrición

## **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS**

El comité informa que los compromisos se cumplieron en un 100%, a excepción del compromiso: Apoyar con educación en técnica de extracción manual de leche materna en los servicios que se cumplió en un 50%.

## **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE**

El comité no presentó oportunidades de mejora

## **OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CIG**

El comité diligencio la matriz de Excel, pero no presentó las actas físicas para su revisión, como tampoco los documentos que evidencian los compromisos cumplidos.

No se evidenció:

- La política de IAMII actualizada y publicada
- Las estrategias de capacitación, como tampoco, capacitaciones realizadas con el grupo de apoyo y el IDSN
- El plan de acción de la celebración de la SMLM, seguimiento y cierre.
- El informe de la celebración de la SMLM y su envío a los entes territoriales
- Las rondas de verificación, en cumplimiento del Decreto 1397 de 1992 (Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones)

### **3.6. COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA - COVE**

Resolución 2708 del 17/11/1999, Por medio del cual se crea el comité de vigilancia epidemiológica en salud pública

Resolución 0358 del 23/03/2004, por medio de la cual se reforma el comité, en sus integrantes

Resolución 0237 del 10/03/2014, Por medio de la cual se crea el comité de vigilancia epidemiológica y se señala su integración

## **INTEGRANTES DEL COMITE**

Subgerente de prestación de servicio – presidente  
Profesional especializado vigilancia epidemiológica – secretaria  
Coordinador comité de vigilancia epidemiológica  
Profesional especializado SST  
Coordinador unidad neonatal  
Coordinador UCI  
Coordinador medicina interna  
Coordinador cirugía general  
Coordinador ayudas diagnosticas

Coordinador servicio farmacéutico

## PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Trimestral, Extraordinaria cuando se requiera

Se evidenció cuatro actas de reuniones realizadas en los meses de mayo, junio, agosto y octubre de 2020

Las actas no se encuentran firmadas, anexa listas de asistencia

## COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

1. análisis inmediato de IAAS
2. plantear estrategias novedosas de higiene de manos desde cada coordinación
3. plantear nuevas acciones para medición de consumo de antibióticos
4. reunión con uci para tema de revisión de IAAS
5. revisar funcionamiento de lavamanos en consulta externa y urgencias.
6. retroalimentar de forma inmediata los hallazgos encontrados con respecto a la adherencia y técnica de la higiene de manos
7. monitorización limpieza y desinfección terminal en la unidad del paciente.
8. colocar un gato hidráulico en las puertas de habitaciones de aislamiento para que se mantengan cerradas. "

## CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

El comité informa que los compromisos se cumplieron en un 100%, a excepción del compromiso relacionado con plantear estrategias novedosas para evaluación de higiene de manos, que se cumplió en un 50%

## OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE

1. fortalecer las acciones de prevención de infecciones desde cada una de las coordinaciones asistenciales
2. aumento de IAAS en el servicio de uci
3. dotación de gato hidráulico en habitaciones de aislamiento
4. liderazgo desde cada coordinación asistencial para el fortalecimiento de la estrategia multimodal de higiene de manos

En la MATRIZ DE OPORTUNIDAD DE MEJORA del informe de Acreditación se registra las siguientes oportunidades de mejora:

-“Mejorar sustancialmente la adherencia de los cinco momentos de lavado de manos de manera particular el quinto, primero y cuarto.

-“Consolidar las estrategias propuestas para fortalecer el conocimiento del momento de higiene de manos con mayor adherencia por parte de los trabajadores.

### OBSERVACIONES DE CIG

Se evidenció:

Informe epidemiológico para cada trimestre del año, socializados y analizados en las reuniones de comité

Registro de asistencia a capacitación de higiene y lavado de manos al personal del hospital, estudiantes, pacientes y acompañantes.

Como estrategia de lavado de manos, que se colocaron guardianes de higiene de manos, en todos los servicios y en sitios estratégicos.

### 3.7. COMITÉ TECNICO COVID 19 DEL HUDN

Resolución 1024 del 11/05/2020

#### INTEGRANTES DEL COMITE

Dr. Marco Antonio Solarte – Presidente

Subgerente de Prestación de Servicios

Dr. Ricardo Estrada, Médico Especialista en Medicina de Urgencias – Secretario Técnico

Dr. Diego Fernando Taramuel – Médico Internista

Dr. Andrés Ricaurte, Médico Especialista Ginecología

Dr. Héctor Sánchez, Coordinador UCI adulto

Dr. Álvaro Portilla, Coordinador Medicina Interna

Dra. Jenny Erazo, unidad de Neonatología

#### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

El día jueves de cada semana, Extraordinariamente cuando convoque el presidente

#### OBSERVAIONES DE CIG

El comité no presento las actas físicas para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento y verificar el cumplimiento de la gestión.

### 3.8. COMITÉ DE TRANSFUSION SANGUINEA

Resolución 0352 del 10/05/2010, por medio de la cual se crea el comité

#### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente - Gerente

Secretario - Coordinadora Técnica Banco de Sangre

Coordinadores de Áreas Y GIT

## PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Trimestral, extraordinaria cada vez que se requiera

Se evidenció tres actas de reuniones realizadas en el mes de marzo, julio y octubre de 2020 Incumpliendo la Resolución 0352, artículo 3, “el comité se reunirá por convocatoria que realice el líder, cada tres meses...”.

Las actas no se encuentran firmadas, se anexa lista de asistencia

## COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

- 1.Revisión guía de transfusión de componentes sanguíneos en neonatos
- 2- Mejorar oportunidad en el envío de plasma
- 3- Presentar indicadores con base a circular 082
- 4-Socializar proceso de Promoción y Captación de Donantes voluntarios de Sangre
- 5- Revisar el proceso del consentimiento informado con el área de sistemas
- 6- Aumentar la meta de diligenciamiento completo y correcto del protocolo de transfusión de hemocomponentes

## PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

El comité informa un cumplimiento del 100%

## OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE

Fortalecer el diligenciamiento completo y correcto del protocolo de hemocomponentes

## OBSERVACIONES DE CIG

Se evidenció registros de los compromisos adquiridos y su cumplimiento

### 3.9. COMITÉ DE CONVIVENCIA Y CONCILIACION LABORAL

Resolución 0474 del 12/05/2014, Por medio de la cual se modifica y adiciona la resolución 0810 de 2012 de conformación del comité de convivencia para la vigencia 2020-2022

## INTEGRANTES DEL COMITE

Representante del empleador:

Jefe Nancy Carlosama - Profesional Especializado de hospitalización - presidente

Clara Caicedo Maya. Profesional Especializado Talento Humano – Secretaria

Jaime Acosta Bastidas - profesional universitario farmacia

Representante de los trabajadores:

Robinson Bejarano - profesional universitario planeación

Jefe Ángela Quiroz - enfermera hospitalización

## PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Trimestralmente y conforme a requerimientos allegados

Se evidenció 7 actas de reuniones celebradas en el año 2020, un acta de apertura de elecciones de representantes de comité, un acta de cierre y escrutinio de elecciones y un acta para sensibilización y socialización de las funciones y normatividad legal vigente para los nuevos miembros del comité.

Las actas se encuentran firmadas y en orden de numeración de acuerdo a su cronología.

## COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

Atención de quejas interpuestas y conciliación de casos

## PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

El comité informa que los compromisos se cumplieron en un 100%

## OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE

1. Establecer un Plan de trabajo para cada vigencia que no solo contemple la programación de reuniones ordinarias, sino actividades preventivas del acoso laboral.
2. Adelantar sesiones más concretas, donde en la medida de lo posible se evacúe las intervenciones de ambas partes y se realice sesión conciliatoria.

## OBSERVACIONES DE CIG

No se evidenció:

- informe anual se la gestión del comité, incumpliendo la resolución 0474 de mayo de 2014, art 25, Funciones del secretario técnico del comité, numeral 8: "elaborar informe trimestral sobre la gestión del comité..."
- Informe de gestión de los miembros del comité, del periodo que termina, correspondiente a 2018-2020.
- De las reuniones realizadas por el comité en el año 2020 tuvieron dos sesiones de conciliación, el comité no pudo solucionar cinco caso porque no existió ánimo de conciliación por las partes y fueron remitido a la Procuraduría Regional Nariño y un caso, por no ser competencia del Comité, por tratarse de personal de contrato, que también fue remitido a la Procuraduría Regional Nariño.

## 3.10. COMITÉ DE CAPACITACION, ESTIMULOS E INCENTIVOS

Acuerdo 002 del 18/02/2009, por medio del cual se compilan otros acuerdos y se reorganiza el comité

## INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente Comisión Personal – Aux de la salud Marta Romo  
Secretaria - PE Recursos Humanos  
PE de Urgencias y Consulta Externa  
Gerente  
Subgerente Prestación Servicios  
Subgerente Administrativa y Financiera

OBSERVACIONES DE CIG

## PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Trimestral, extraordinaria conforme con requerimientos allegados

Se realizaron cinco reuniones: en los meses de febrero, marzo y tres en septiembre de 2020

El comité informa “Por motivo de pandemia, el Comité no efectuó reuniones en los meses de Abril a Agosto de 2020”

No se evidenció reuniones realizadas en el último trimestre de la vigencia 2020.

Las actas se encuentran en orden de numeración, firmadas y con los soportes correspondientes a los temas tratados

## COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

Se revisa la solicitud de capacitación realizada por docencia universitaria en buenas prácticas clínicas, así como priorizar los temas de capacitación.

Realizar un informe por parte de talento humano donde se haga una revisión de quejas y reclamos, informe de clima laboral y riesgo psicosocial, con el propósito de obtener un diagnóstico y así poder escoger la mejor alternativa para impactar el clima laboral en la organización

"Presentación del informe en lo referente a clima organizacional se tiene una puntuación baja en lo relacionado a comunicación e integración con un porcentaje de 71%, esta variable hace referencia al grado de retro alimentación, cooperación efectiva, solidaridad entre el equipo, basados en la aplicación de mecanismos claros y equitativos de trabajo y una adecuada resolución de conflictos, por lo anterior es importante realizar un refuerzo frente a procesos de comunicación efectiva y asertiva en los diferentes grupos de funcionarios, en cuanto a lo relacionado con trabajo en equipo también tiene un porcentaje bajo de 55% se ve la importancia de recalcar en los funcionarios puesto que es de vital importancia lograr responsabilidades compartidas y empatía por las necesidades del otro"

Se revisa las propuestas para los cursos de soporte vital básico y avanzado; se acepta por parte del comité el módulo de actualización de las claves para la gestión de cartera en el sector público – capacitación priorizada del PIC 2020

## PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

El comité informa que los compromisos se cumplieron en un 100%

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE**

1. Priorizar el Plan Anual de Capacitación 2020 con base en los efectos de la pandemia, implicaciones de la no presencialidad e implementación de nuevas estrategias de capacitación virtual.
2. Solicitar a los proveedores de los cursos de soporte vital básico y avanzado, el certificado de la American Health Association (AHA) como requisito para contratación.
3. Se identificó la necesidad de realizar talleres extramurales como estrategia de disminución de estrés e intervención al Clima Laboral.

#### **OBSERVACIONES CIG**

Se evidenció Plan anual de capacitaciones

No se evidencia:

- Informe anual de la gestión del comité, presentado a la junta directiva.
- Evaluación, seguimiento e informe final de la gestión del PIC año 2020
- Documentos que soportan actividades de capacitación de:  
Programa de aprendizaje institucional, capacitaciones de sábado y martes  
Capacitación con especialistas de los días jueves  
Viernes de calidad  
Capacitación con junta directiva
- Informe anual de la gestión del comité de capacitación

#### **3.11. COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA**

Resolución 1511 del 20/11/2012, Por medio de la cual se reorganiza el comité

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente - Gerente  
Secretario - Director Técnico del Servicio Farmacéutico  
Subgerente de Prestación de Servicios  
Asesor de Auditoria Medica o su delegado  
Asesor de la Oficina de Calidad  
PE de Ayudas Diagnosticas  
PE de Hospitalización  
PE de Urgencias y Consulta Externa  
PE de Soporte Terapéutico  
PE de Quirófano y Sala de Partos  
PE de Vigilancia Epidemiológica  
Líder de Seguridad del Paciente  
Responsable del proceso de Farmacovigilancia  
Responsable del proceso de Tecnovigilancia  
Responsable del proceso de Reconciliación medicamentosa

## PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Mensualmente, Extraordinaria cuando se requiera

Según matriz diligenciada se observó 17 actas de reuniones realizadas en el año 2020

Se evidenció el cumplimiento en la periodicidad de las reuniones

Según matriz, las actas no llevan un número consecutivo coherente con la cronología de las reuniones.

## COMPRÓMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

Se cita algunos de los compromisos:

1. Crear un comité científico interdisciplinario enfocado en Covid 19.
  2. Adquirir las cantidades suficientes de pruebas rápidas para Covid 19
  3. Establecer el protocolo para utilización de pruebas rápidas para detección de Covid-19
  4. Elaborar/actualizar los planos: arquitectónico, rutas de persona, rutas materiales, ruta de residuos, sistemas de aires (flujos y diferenciales de presión), de evacuación.
  5. Revisar, aprobar y publicar todos los procesos, procedimientos, instructivos y formatos enviados.
  6. Realizar mantenimiento al piso de la central de mezclas
  7. Actualizar el plano de evacuación, instalar sensores de humo y extintores, realizar simulacros de evacuación, se compromete al señor Frank Serrano, a revisar lo de los planos con el Arquitecto Hidalgo y solucionar lo que está pendiente para pasarlo a AUTOCAD
  8. Enviar un oficio a INVIMA, en el que se notifique que una vez se termine la emergencia sanitaria se solicitará la visita para la Recertificación en BPE de la central de mezclas parenterales
  9. Gestión de compras pendientes para la Recertificación en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) ante el INVIMA
  10. Realizar oficio a Sistemas de Seguridad y salud en el trabajo referente a máscaras para preparación de oncológicos.
  11. Enviar a los asistentes al Comité, la relación de los productos incluidos en el Listado Básico Institucional de productos farmacéuticos para proceder a su aprobación por parte del COFYTE.
- Entre otros

## PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

Dos de los compromisos se cumplieron en un 90%, uno en un 60% y 46 se cumplieron en un 100%

## OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ

El comité no registra

En la MATRIZ DE OPORTUNIDADES DE MEJORA del informe de Acreditación se registra la siguiente oportunidad de mejora:

-“Analizar y definir en la instancia que corresponda, los dispositivos médicos que van a ser reutilizados en el Hospital, teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité de no reutilizar

dispositivos médicos que no cuenten con la recomendación del fabricante para su reuso. Oportunidad que involucra a la Subgerencia de Prestación de Servicio, Servicio farmacéutico y quirófanos.”

#### **OBSERVACIONES DE CIG**

De acuerdo a la matriz diligenciada y los documentos citados, se realizó el seguimiento al cumplimiento de compromisos pactados en cada acta y se pudo verificar el cumplimiento de los compromisos y tareas.

### **3.12. COMITÉ DE CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

Resolución No. 0171 de 20/01/2017, Por medio de la cual se modifica parcialmente el manual de procedimiento interno de contratación

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente - Subgerente de Prestación de servicios  
Secretario – Profesional especializado de finanzas  
Profesional Universitario de Cartera  
Subgerente Administrativo y Financiero  
Profesional Especializado Atención al usuario  
Coordinadora de Facturación  
Profesional Especializado de servicio farmacéutico  
Jefe Oficina Jurídica  
Profesional Especializado Auditoria Medica

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Mensualmente

#### **OBSERVACIONES DE CIG**

El comité no presentó información para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento y verificar su gestión.

### **3.13. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - COPASST**

Resolución 0912 del 09/04/2018

Resolución 1013 del 08/05/2020, Por medio de la cual se conforma el comité para la vigencia 2020 - 2022 Representantes del empleador

#### **INTEGRANTES DEL COMITE**

Representantes del empleador

Principales:

Ing. Luis Antonio Mueses, Ing. Flor Riascos y Enfermera. Rubiela Margot Estrada.

Suplentes:

Ing. Stefany Jiménez Jurado, Dra. Ana Hilda Sibaja, Dra. Alis Silvana Trejo.

Representantes de los trabajadores:

Principales:

Dra. Sofía Liliana Calderón Hidalgo, Enfermera Ana Lucia Galindo González,  
Dra. Katherine Alexandra Benavides.

Suplentes:

Eliana Martha Sánchez Rodríguez Juan Carlos Hernández

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Mensuales, Extraordinaria cuando se requiera

Para la vigencia 2020, se evidenció reuniones mensuales

Se evidenció algunas actas sin enumerar, otras con error en la numeración y con firmas incompletas.

De acuerdo a las actas, los temas tratados no permiten evidenciar la gestión del comité y la participación activa de los integrantes del mismo.

#### **COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES**

El comité informa que ningún compromiso, por lo tanto, No aplica el porcentaje de cumplimiento

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE**

Establecer compromisos y responsables de las diferentes actividades.

En el informe de evaluación de seguimiento de Acreditación, “como retos se plantean, “seguir fortaleciendo el proceso de capacitación continua; apoyar la gestión del SST, así como la supervisión de los terceros; mantener el control operacional asociado a los trabajos en alturas, trabajo confinado, exposiciones a riesgos biológicos, mecánicos, y eléctricos.”

#### **OBSERVACIONES DE CIG**

Teniendo en cuenta la auditoria interna realizada para el periodo enero – octubre de 2020, lo registrado en el informe de evaluación de seguimiento de acreditación y la mejora identificada en las reuniones, esta oficina realizara el seguimiento correspondiente a la vigencia 2021.

### **3.14. COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS**

Resolución 0611 del 14/07/2009, por medio de la cual se dictan otras disposiciones que contienen la reglamentación del comité

Resolución 1206 del 04/06/2020 por medio de la cual se designa al Subgerente de Prestación de Servicios como líder del plan de acción COVID 19 al interior del HUDN

#### **INTEGRANTES DEL COMITE**

Nivel directivo = nivel decisorio

Responsable - Gerente

Subgerente Administrativo y Financiero

Subgerente de Prestación de Servicios

Nivel técnico-asesor = nivel de apoyo estratégico

Responsable – asesor de planeación

Jefes y Coordinadores de áreas administrativas

Nivel operativo

Responsable - Técnico Operativo Emergencias y Desastres

Jefes y Coordinadores de áreas asistenciales y administrativas

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Cada dos meses, Extraordinaria cada que una situación así lo amerite

Se evidenció 5 actas de reuniones realizadas en los meses de febrero, marzo, mayo agosto, diciembre de 2020, Incumpliendo lo que establece la Resolución 0611, art. Octavo "... se reunirá cada dos meses de manera ordinaria y extraordinaria cada que una situación así lo amerite"

Las actas se encuentran firmadas por el Subgerente de Prestación de Servicios – designado como líder del plan de acción COVID-19 y el Técnico Operativo Emergencias y Desastres – secretario del Comité

Se evidenció reportes diarios al IDSN, Ministerio de Salud, Alcaldía de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud

#### **COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES**

Se registran compromisos de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud

1.Verificar capacidades de atención de pacientes

2.Capacitar y Reportar oportunamente cualquier exposición ocupacional, especialmente las relacionadas con el COVID-19, utilizando la ruta para el reporte consignada en los lineamientos para la prevención, control y reporte de accidentes por exposición ocupacional al COVID-19

3. Realizar el reporte al SIVIGILA, DLS, Protocolo de atención paciente COVID, Estrategias para reemplazar THS confirmado
4. Formular un plan de institucional de formación continua según lineamientos del ministerio de salud y la protección social, ejecutar el plan, obtener evidencias documentales
5. Elaborar el Plan de Contingencia por festividades de fin de año y carnavales 2021, teniendo en cuenta disponibilidad, turnos del personal, suministros, medicamentos, capacidad de atención, reservas de alimentos, oxígeno, agua, combustibles y demás requerimientos que hace el IDSN al respecto.

#### **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS**

El comité informa un cumplimiento del 100%

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE**

El comité no registra oportunidades de mejora

En la MATRIZ DE OPORTUNIDADES DE MEJORA del informe de Acreditación se registra las siguientes oportunidades de mejora:

-Avanzar en simulacros y simulaciones e involucrar a servicios operados por terceros y como estrategia para el equipo de salud enfrentándolo a situaciones probables de emergencia y desastre que pone a prueba la capacidad de respuesta.

-Realizar simulacros de evacuación de pacientes y usuarios en áreas de hospitalización e implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados obtenidos.

#### **OBSERVACIONES CIG**

Se evidenció cumplimiento del 100% de los compromisos relacionados con la información de COVID 19, que de acuerdo a normatividad vigente se debió entregar al Ministerio de Salud y demás entes gubernamentales.

### **3.15. COMITÉ DE CONCILIACION Y DEFENSA JUDICIAL**

Resolución 0802 del 10/09/2009, Por medio de la cual se reorganiza el comité. Modificada parcialmente por la Resolución 0114 del 19 de enero de 2018, por la cual se establecen las políticas de prevención del daño antijurídico, la defensa judicial y fija las directrices para la aplicación de los mecanismos de solución de conflictos del HUDN

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente: Gerente  
Secretaria Técnica: Jefe Oficina Jurídica  
Subgerente Administrativo y Financiero  
Subgerente de Prestación de Servicios

### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Trimestral y cuando las circunstancias lo exijan

### OBSERVACIONES DE CIG

El comité no presentó información para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento y verificar su gestión.

### 3.16. COMITÉ JURIDICO

Resolución 0775 del 07/04/2003, por el cual se crea el comité

Resolución 0365 del 19/02/ 2020, Por el cual se conforma y regula el funcionamiento del comité

### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente - Asesor Jurídico

Secretario - Profesional Universitario Control Interno Disciplinario

Profesional Especializado de Control Interno Disciplinario

Profesional Especializado de Recursos Humanos

Profesional Especializado de la oficina jurídica

Asesor Jurídico Externo

### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Mensualmente, Extraordinaria cuando sea necesario y urgente a petición de la Gerencia

### OBSERVACIONES DE CIG

El comité no presentó actas para su revisión, por lo tanto, no se pudo realizar seguimiento y verificar su gestión.

### 3.17. COMITÉ ASESOR DE CONTRATACIÓN Y EVALUADOR

Acuerdo No. 006 - 2014 - Art. 16

Acuerdo No. 014 del 26 de Septiembre de 2019

Acuerdo No. 009 del 22 de julio de 2020

Resolución 2945 del 7/11/2019, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación del HUDN ESE

Resolución 0986 del 4/05/2020, por medio de la cual se modifica el manual de contratación en el capítulo II: Funciones del secretario técnico del comité

Resolución 1574 del 12/07/2020, por medio de la cual se modifica parcialmente la Resolución 2945 de 2019

### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Gerente o su delegado - presidente  
Profesional Universitario oficina jurídica – secretaria técnica  
Subgerente de Prestación de Servicios  
Subgerente Administrativo y Financiero  
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica  
Profesional Especializado de Recursos Financieros Coordinador de Medicina Interna

### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

No se establece

El comité presentó un registro de 77 actas  
Una vez revisada la documentación física entregada, se observó 84 actas de reuniones realizadas en la vigencia 2020, de las cuales:

25 actas se encuentran totalmente firmadas por los integrantes del comité que participaron en la reunión.

59 actas se encuentran con firmas incompletas, como por ejemplo: Firmadas únicamente por la secretaria del comité. Firmadas por la Gerente – Presidente y la Secretaria del comité. Firmadas por la secretaria y un integrante del comité, entre otras situaciones.

Por otra parte se evidenció, que las actas presentan error en su numeración, así: Numero 40 número no asignado, número 50 del 26/06/2020, acta sin número del 8/07/2020, número 68 del 10/09/2020

El comité informa que no aplica dejar compromisos en las reuniones

### OBSERVACIONES DE CIG

Se observó oficio I-3287 del 23 de abril de 2020, por medio del cual se remite actas del 21 de enero de 2020 al 19 de marzo de 2020, del comité de contratación, para la firma de los miembros del comité. Por lo que se evidenció actas que fueron firmadas por algunos integrantes del comité, en el mes de abril y mayo de 2020

Se observó oficios de abril y mayo de 2020, de algunos miembros del comité, dirigidos a la señora Gerente, presidente del comité, en los cuales manifiestan que las actas no recogen las apreciaciones de los integrantes del comité ni de los invitados técnicos y que se deben redactar de manera textual, teniendo en cuenta los audios y no de manera general como se están realizando.

Por otra parte, manifiestan que las actas son elaboradas por una contratista, auxiliar administrativo y no por la Secretaria Técnica del comité – Profesional de la oficina Jurídica como lo establece el estatuto contractual y el manual de contratación.

### 3.18. COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA

Resolución 1690 del 26/12/2013, Por medio de la cual se reorganiza el comité y se establece su reglamento, se adopta el decálogo de los derechos y deberes de los usuarios

Resolución 0067 del 02/01/2019, Por la cual se establece y se adopta los derechos y deberes de los pacientes al interior del HUDN

Resolución 0636 del 16/03/2020, Por medio de la cual se modifica la resolución 1690 de 2013 y se reorganiza el comité

#### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente - Gerente

Secretaria - PU Atención al Usuario

Subgerente de prestación de servicios

Asesor de Calidad

Asesor de Auditoria Médica

PE Atención al Usuario

Un Representante del Equipo médico elegido por y entre el personal de la Institución

Un Representante del Personal de enfermería elegido por y entre el personal de la Institución

Dos Representante de la Asociación de Usuarios de la Institución

Dos delegados elegidos por y entre os representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los comités de participación comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicio

P.E. Talento Humano

#### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Bimensual, extraordinaria cuando se requiera

Se observó cuatro actas: dos actas en el mes de marzo y dos en el mes de septiembre de 2020

Incumpliendo la Resolución 1690, art 7- SESIONES DEL COMITÉ: "...se reunirá como mínimo una vez cada dos meses.."

Se observó dos actas con firmas incompletas y una sin firmas que anexa lista de asistencia.

#### COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

1. Modificación de resolución de comité de ética hospitalaria
2. Entrega de información de acciones por parte de integrantes del Comité de Ética Hospitalaria
3. Revisión y aprobación del plan de acción de comité de ética hospitalaria
4. Circular sobre la entrada de la plataforma dinámica
5. Oficios de presentación plan de acción de los servicios de urgencias y hospitalización
6. Orificio de socialización procesos de riesgo publico
7. Presentación informe de PQRSF con ajustes
8. Intervención con área de ginecología
9. compra de 5 tablets
10. modificación de ruta de riesgo público

El comité informa que los compromisos se cumplieron en un 100%, a excepción de los compromisos de Intervención con área de ginecología, compra de 5 tablets y modificación de ruta de riesgo público que no se cumplieron

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE**

El comité no presentó oportunidades de mejora

#### **OBSERVACIONES DE CIG**

Se evidenció:

- informe consolidado de PQRS primer semestre de la vigencia 2020, el cual fue socializado ante el comité, en el mes de septiembre de 2020. No se evidenció informe del segundo semestre de 2020
- Plan de mejora para el comité de ética hospitalaria, los servicios de hospitalización, urgencias y quirófanos.
- No se evidenció la información de acciones entregada por los integrantes del comité.

#### **3.19. COMITÉ DE BIOETICA CLINICA Y ETICA EN LA INVESTIGACION (bioética medica)**

Resolución 1408 del 09/11/2012 por medio de la cual se crea el comité

Resolución 0457 del 02/03/2018, Por medio de la cual se deroga la resolución 1408 de 2012 y se establece el comité

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente - Gerente  
Secretario Técnico - Coordinación Universitaria  
Auditor médico  
Dos Representantes del gremio médico del Hospital  
Representante de la academia nacional de medicina  
Un Enfermero (a) profesional  
Un Representante del IDSN  
Un representante de la liga de usuarios  
Capellán de la institución  
Epidemióloga de investigación

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Mensualmente, Extraordinaria cuando por necesidad se solicite

Según información presentada en la matriz para el año 2020 se realizó 1 reunión en el mes de julio, Incumpliendo la resolución 0457 de 2018, art 9, sesiones del comité. “el comité sesionara una vez por mes de manera ordinaria, ...”

El comité informa que las reuniones se realizan “a demanda según requerimiento de proyectos” pero no se evidencia el acto administrativo, que así lo determine

### COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

Conceptos de aceptación proyectos presentados por pandemia

### PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

El comité informa un cumplimiento del 100%

### OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ

El comité no presentó oportunidades de mejora

### OBSERVACIONES DE CIG

En el seguimiento anterior (2019) se quedó este compromiso: Avanzar en el proyecto Hospital Universitario, no se evidenció avances del proyecto

El comité no presentó actas físicas para su revisión, únicamente diligenció la matriz en Excel, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento y verificara su gestión..

### 3.20. COMITÉ DE DOCENCIA – SERVICIO

Resolución 3023 del 27/11/2017, Por medio de la cual se modifica el comité

Resolución 1976 del 11/09/2020, por medio de la cual se reorganiza el comité

### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente - Gerente

Secretario - Coordinador Docencia Universitaria

Representante de la universidad con la cual se tiene convenio

Director o jefe del área de educación de la institución que sirve como escenario de práctica

Representante de los estudiantes que este rotando en el escenario de la práctica

### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Trimestral, Extraordinaria cuando se requiera,

Por cada convenio servicio se realizara un comité

Se evidenció 8 actas de reuniones del comité docencia servicio y 2 actas de reuniones con las universidades pontificia universidad javeriana de Cali y la universidad de Cartagena

No se evidenció el acta No. 1

Se observa actas a partir del No. 2

Se evidenció: 6 actas firmadas, 1 acta con firmas incompletas, 3 actas sin firmar

Las actas no contienen documentos anexos de los temas tratados en reunión

No se observó documentos que evidencien el cumplimiento de las tareas

#### COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

1. Pago contraprestación en especie por parte de la universidad javeriana de Cali
2. P. E. oficina jurídica, socializar reglamento interno de internado rotatorio del HUDN
3. Revisión de la concurrencia de los especialistas en los escenarios de prácticas, análisis jurídico y revisión de convenios vigentes
4. Oficiar a las universidades el tiempo en el que terminen las actividades académicas de los estudiantes aspirantes a realizar el rotatorio I 2020
5. Proyectar el informe sobre la suspensión de internado rotatorio acorde al incidente presentado el día 1 de abril por los estudiantes mencionados en acta

#### PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

El comité informa un cumplimiento del 100%

#### OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE

El comité no presentó oportunidades de mejora.

En el informe de evaluación de seguimiento de Acreditación, “Como retos se plantean el fortalecer la rotación o vinculación de programas de residencia con más universidades, cumplir con los requisitos para ser reconocidos como Hospital Universitario, lograr el reconocimiento del grupo de investigación, y fortalecer la vinculación de Docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica y académica investigativa.”

#### OBSERVACIONES DE CIG

No se evidenció:

- Propuesta de modificación del reglamento interno del internado rotatorio del HUDN, el cual se dejó bajo la responsabilidad del profesional especializado de la oficina jurídica.
- Trámite /o documento para el pago en especie por parte de la universidad pontificia javeriana de Cali, solicitado por la gerente de la fecha, como apoyo para la dotación de los espacios para las actividades académicas.
- Cronograma de convocatoria para internado
- Informe de actividades del primer semestre de 2020,
- Anexo técnico plan de prácticas de estudiantes, por universidades
- Propuesta de contra prestación del convenio docencia universitaria, con la universidad Mariana del descuento solicitado por el señor Rector de la universidad
- Informe de ingreso internado 2 de 2020 y finalización internado 2 de 2019

### **3.21. COMITÉ TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION**

Resolución No. 1142 del 30/04/2018, por medio de la cual se crea el comité

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente - Asesor de planeación y calidad  
Secretario Técnico - Profesional investigación  
Profesional área Auditoria medica  
Coordinación docencia servicios  
Un medico  
Una enfermera  
Un representante de las coordinaciones asistenciales  
Dos Representantes de la academia líderes en investigación (sector privado o público)

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Bimensual, Extraordinaria cuando por necesidad se solicite

Según información presentada en la matriz, se observó 9 actas de reuniones llevadas a cabo durante el año 2020

El comité no entrego actas para su revisión y verificación del cumplimiento de compromisos y tareas

#### **COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES**

-Aprobación reporte de caso, publicación artículo, actualización investigadores proyectos de Neurología.

-Conceptos de aceptación de proyectos presentados por pandemia o seguimiento a proyectos en red.

-Entrega de conceptos de rechazo y aprobación de proyectos presentados

#### **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS**

El comité informa que los compromisos se cumplieron en un 100%

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE**

El comité no describe oportunidades de mejora

En la MATRIZ DE OPORTUNIDADES DE MEJORA del informe de Acreditación se registra las siguientes oportunidades de mejora:

- "fortalecer la unidad de investigación en términos de estructura, tecnología y talento humano, entre otros, que aporte al desarrollo de la Unidad de Investigación, favoreciendo el cumplimiento de los requisitos para certificarse como Hospital Universitario.

-Dar continuidad al proceso de evaluación de competencias a terceros, docentes e investigadores.”

#### **OBSERVACIONES DE CIG**

El comité no presentó información para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento.

### **3.22. COMITÉ ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL**

Resolución 1017 del 30/10/2006, Por medio de la cual se modifica el comité

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente – Gerente  
Secretario – Profesional Gestión Ambiental  
Subgerente Administrativo y financiero  
Subgerente de Prestación de Servicios  
Coordinador Salud Ocupacional  
Coordinador de Apoyo Logístico  
Enfermera de Vigilancia Epidemiológica

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Mensual, Extraordinaria cuando así se estime conveniente

#### **OBSERVACIONES DE CIG**

El comité no presentó información para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento y verificar el cumplimiento de los compromisos.

### **3.23. COMITÉ DE ACTIVOS FIJOS**

Resolución 0678 del 14/03/2019, por medio de la cual se crea el comité

Resolución 1896 del 12/7/2018, Por medio de la cual adopta el manual de activos fijos

Resolución 0060 del 15/01/2020, Por medio de la cual se modifica los integrantes del comité

#### **INTEGRANTES DEL COMITE**

Presidente – Gerente  
Secretario - Profesional Universitario Activos Fijos  
Subgerente Administrativo y Financiero  
Jefe de Oficina Jurídica  
Profesional Especializado Recursos Físicos  
Profesional Universitario Contabilidad - contador  
Profesional Especializado Gestión de la Información  
Técnico operativo de Gestión ambiental

Profesional especializado del Servicio Farmacéutico

#### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Trimestral, Extraordinaria cuando las necesidades del servicio así lo requieran

#### OBSERVACIONES DE CIG

El comité no presentó las actas físicas para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento.

### **3.24. COMITÉ DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL**

Resolución 0199 del 18/03/2009, Por medio de la cual se modifica el comité

#### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente – Gerente  
Secretario - Asesor de Calidad  
Profesional Especializado de Recursos Humanos  
Coordinadora de apoyo Logística  
Coordinador de Facturación  
Un Representante de la Junta Directiva  
Dos representantes de la Liga de usuarios  
Un representante de la Oficina Jurídica  
Asesor Auditoría Médica  
Asesor de Planeación  
Ingeniero Ambiental  
Coordinador de Ayudas Diagnósticas y Banco de Sangre  
Coordinador de salud Ocupacional  
Coordinadora de Atención al Usuario  
Coordinadora de los GIT de Hospitalización

#### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

No específica

#### OBSERVACIONES DE CIG

El comité no presentó información para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento.

En el seguimiento del año anterior, el secretario del comité, ingeniero Luis Antonio Mueses informo: “el comité no se encuentra operativizado y no es obligante”

### **3.25. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Resolución 1066 del 05/08/2013, Por medio del cual se crea el Comité

Resolución 2915 del 30/10/2018, Por medio del cual se modifica el comité en sus integrantes

#### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente - Gerente  
Secretario - Profesional de Seguridad del Paciente  
Subgerente de Prestación De Servicios  
Asesor de Planeación  
Asesor de Auditoria Médica  
PE de Urgencias y Consulta Externa  
Profesional Especializado de Hospitalización  
PE de Ginecología, Quirófanos y Salda De Partos  
Profesional Especializado de Apoyo Terapéutico  
PE de Ayudas Diagnosticas  
PE de Vigilancia Epidemiológica  
PE Servicio Farmacéutico

#### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Mensual, Extraordinaria cuando se requiera

Durante el año 2020 se evidencio dos actas de reuniones llevadas a cabo en el mes de julio y diciembre de 2020, Incumpliendo la Resolución 1066 de 2013, art. 6 convocatorias, sesiones ordinarias y extraordinarias. - el comité se reunir ordinaria una vez al mes y extraordinaria cuando se requiera”

Las actas contienen los anexos de los temas tratados en las reuniones y los documentos mediante los cuales se evidenció el cumplimiento de las tareas planteadas.

Las actas no se encuentran firmadas, anexan listas de asistencia

#### COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

- Realizar plan de mejora para disminuir UPP en el servicio de urgencias
- Revisar el componente de humanización en la atención establecida en la lista de verificación de buenas prácticas y también evaluar la forma de abordar en el momento de la verificación de este ítem, para evitar sesgo en la información.
- Realizar retroalimentación con el equipo de seguridad del paciente.
- Generar acuerdo entre los procesos frente a instructivo de acceso venoso periférico.

#### PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS

El comité informa que los compromisos se cumplieron en un 100%, a excepción del compromiso “Generar acuerdo entre los procesos frente a instructivo de acceso venoso periférico” que se cumplió en un 80%

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE**

- Necesidad de fortalecer el reporte de casos por parte del personal de los diferentes servicios.
- Desde el área de auditoría se plantea que el servicio de urgencias debe realizar intervenciones no solo en los temas que se tratan en este comité, si no en todos los hallazgos que se han identificado desde otros procesos.
- Continuar rondas de seguridad fortaleciendo mantenimiento de equipos
- Fortalecimiento de la entrega de turnos
- Capacitaciones de guías de prácticas seguras

En la MATRIZ DE OPORTUNIDADE DE MEJORA del informe de Acreditación se registra las siguientes oportunidades de mejora:

- “Evaluar el nivel de apropiación conceptual de Gestión de Riesgo, en el marco del modelo Institucional del Sistema de Gestión de Riesgos.” (Proceso de atención de seguridad del paciente)
- “Fortalecer la adherencia a las guías de buenas prácticas por la seguridad del pacientes, incluidas en el plan 2021.
- “Cumplir con la periodicidad de las reuniones del comité de seguridad del paciente, de tal manera que se garantice la revisión y análisis de la gestión del programa, así como el seguimiento a las acciones de mejora propuestas y los resultados del plan de acción.

#### **OBSERVACIONES DE CIG**

Se evidenció:

- Desarrollo del Programa “Tu piel mi piel”
- Capacitaciones y evaluaciones del programa “tu piel mi piel” – UPP - realizadas al personal asistencial
- Con fecha 3 de agosto de 2020 se elaboró Plan de mejora para disminuir la UPP en el servicio de urgencias.
- Informe consolidado de los meses enero a septiembre de 2020 relacionados con: rondas de seguridad, cumplimiento de barreras de seguridad, eventos adversos y reportes,

#### **3.26. COMITÉ TECNICO GERENCIAL**

Resolución 2443 del 03/09/2019, Por medio de la cual se modifica el comité

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente - Gerente  
Secretario - Subgerente Administrativo y Financiero  
Subgerente de Prestación de Servicios  
Asesor de Oficina Jurídica



**¡Trabajamos por mi Nariño,  
tu salud,  
nuestro compromiso!**

Asesor de Planeación y Calidad  
Asesor de Control Interno de Gestión  
Asesor de Auditoría Médica  
Coordinación Atención al Usuario  
Coordinaciones Asistenciales y Administrativas

#### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Mensuales, Extraordinarias Cuando se ameriten

#### OBSERVACIONES DE CIG

El comité no presentó las actas físicas con sus anexos para su revisión, por lo tanto no se pudo realizar el seguimiento

### 3.27. COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO

Resolución 907 del 06/04/2008, por medio de la cual se constituye el comité

#### INTEGRANTES DEL COMITÉ

Presidente - Gerente  
Secretario Técnico - Asesor de Planeación  
Subgerente Prestación de Servicios  
Subgerente Administrativa y Financiero  
Asesor de Control Interno  
Asesor Jurídico  
Prof. Esp. Talento Humano  
Prof. Esp. Recursos Financieros  
Prof. Esp. Recursos Físicos  
Prof. Esp. Gestión de la Información  
Coordinación Docencia e Investigación  
Prof. Esp. Atención al Usuario  
Prof. Esp. SST

#### SUBCOMITE DE BIENESTAR SOCIAL

Resolución 2041 del 23/09/2020, Por medio el cual se conforma el subcomité de Bienestar Social

#### INTEGRANTES DEL SUBCOMITE

Nilsen Arley Alvear Acosta - Gerente  
Magda Nuris Quiroz-Subgerente Administrativo y Financiero  
Clara Caicedo Maya-Profesional Especializado Talento Humano  
Fabián Darío Cerón-Profesional Especializado Jurídica  
Marta Alcira Romo- Representante Sindicato SUNET  
Lucía Villota Romo-Representante Sindicato SUNET  
Viviana Díaz Saavedra-Representante Sindicato SINTRAPROFENAR



## PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Cada tres meses, Extraordinario cuando sea convocado

El comité no presentó las actas físicas para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento y verificar el cumplimiento de la gestión.

## OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE

En la MATRIZ DE OPORTUNIDADES DE MEJORA del informe de Acreditación se registra la siguiente oportunidad de mejora:

- “Reanudar la dinámica de las reuniones de equipos de autoevaluación, grupos primarios, equipo de mejoramiento sistémico, comités y demás instancias, con la frecuencia y la regularidad que les permita consolidar los avances en materia de calidad, generar nuevos desafíos, y avanzar en el cierre de las brechas provenientes de diferentes fuentes de mejora. Una recomendación importante es que hagan seguimiento a la gestión general institucional a través de las herramientas del sistema de acreditación, por ejemplo, los ejes, las calificaciones, los criterios de estándares con bajo nivel de abordaje, etc.”

### 3.28. COMITÉ TÉCNICO DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE

Resolución 1117 de 21/12/2009, Por medio del cual se crea el comité

Resolución 0779 del 11/10/2010, Modifica la resolución 1117

Resolución 1470 del 11/12/2014, Modifica las resoluciones anteriores

Resolución 3032 del 27/11/2017, Modifica el comité

Resolución 1671 del 5/8/2020, Modifica la resolución 1470 de 2014 (las funciones del comité y adopta el procedimiento del comité de cartera incobrable)

## INTEGRANTES DEL COMITE

Presidente - Subgerente Administrativo y Financiero  
Secretario Técnico - PU de Contabilidad  
Profesional Especializado de Recursos Financieros  
Profesional Especializado de Recursos Físicos  
Profesional Especializado de Gestión de la Información  
Profesional Universitario Contador  
Profesional Universitario de Facturación  
Profesional Universitario de Cartera  
Profesional Universitario de Activos Fijos  
Jefe de la Oficina Jurídica o su delegado

## PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Mensual, Extraordinaria cuando se requiera

Se evidenció actas de 6 reuniones realizadas, así:

Acta No. 54 febrero, Acta No. 55 julio, Acta No. 56 agosto, Acta No. 57 octubre, Acta No. 58 y 59 noviembre, Incumpliendo la resolución 3032 de 2017, art. tercero: "... el Comité Técnico de sostenibilidad contable, se reunirá ordinariamente con una periodicidad mensual ..."

Las actas se encuentran firmadas y tienen anexo las listas de asistencia

Las actas anexan las fichas técnicas de análisis y/o reclasificación de sostenibilidad contable y sus soportes

#### COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES

El comité no describe compromisos, por lo tanto no registra cumplimiento

#### OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS POR EL COMITE

El comité no registra

#### OBSERVACIONES DE CIG

-En la revisión de actas se evidenció que la profesional especializada de recursos físicos, no participa en ninguna de las reuniones llevadas a cabo en la vigencia 2020, pese a que se observó, fue citada a las reuniones.

-No se evidenció soporte de las tareas cumplidas

-Todas las actas tienen tareas pendientes, como son:

-Revisión e informe del proceso mandamiento de pago de Coomeva

-Realizar acto administrativo para cruce de saldos con el Hospital San Pedro y reconstrucción de facturas

-Hacer un oficio a la oficina de planeación desde la subgerencia administrativa para que este tema de depuración de pagarés sea parte de las estadísticas de responsabilidad social y se informe en la rendición de cuentas

-En el acta No. 54 de febrero de 2020, el comité informa: "las tareas correspondientes a la oficina jurídica se encuentran pendientes desde la vigencia 2018, el 7 de octubre se remite oficio desde la secretaría de comité, detallando cada una de las tareas pendientes e informando la responsabilidad del asesor jurídico como integrante del comité técnico de sostenibilidad contable. Este oficio no ha tenido respuesta"

-Por otra parte, en el seguimiento realizado en agosto de 2020, correspondiente al seguimiento de los comités institucionales vigencia 2019, esta oficina dejó la observación de compromisos no cumplidos por parte de la oficina jurídica, y desde la Subgerencia Administrativa se requirió su cumplimiento sin obtener respuesta y/o avance de las tareas.

### **3.29. COMITÉ TECNICO EVALUADOR DE GLOSAS DEFINITIVAS**

Resolución 0807 del 27/03/2017, Por medio del cual se crea el comité

Resolución 2805 del 16/10/2019, Por medio del cual se modifica e implementa el comité

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente - Gerente  
Secretario - P.E. de glosas de auditoria medica  
Subgerente Administrativo y Financiero  
Subgerente de Prestación de Servicios  
Asesor de auditoria Médica  
PE de Recursos Financieros  
Profesional Universitario de Cartera  
Coordinadora de Facturación  
Jefe de Oficina Jurídica  
Especialista del área asistencial (invitado si es necesario)

#### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Mensual, Extraordinario cuando sea necesario

#### **OBSERACIONES DE CIG**

El comité no presento las actas físicas para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento.

### **3.30. COMITÉ TECNICO EVALUADOR DE CARTERA INCOBRABLE**

Resolución 2809 del 16/10/2019, Por medio de la cual se implementa el comité

Resolución 1704 del 14/08/2020, Por medio de la cual se deroga la Resolución 2809 de 2019 y el procedimiento establecido por el comité de cartera para el análisis y revisión de las facturas incobrables es adoptada por el comité de sostenibilidad contable, mediante Resolución 1671 del 5/8/2020

#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidenta - Gerente  
Secretario - PE de Recursos Financieros  
Subgerente Administrativo y Financiero  
Profesional Universitario de Cartera  
Profesional Universitario de Contabilidad  
Asesor Oficina Jurídica  
Coordinadora de Facturación  
Subgerente Administrativa y Financiera

### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Mensuales, extraordinaria cuando sea necesario

### **OBSERVACIONES DE CIG**

El comité no presentó información correspondientes al periodo enero – agosto de 2020, fecha hasta la cual estuvo vigente el comité.

### **3.31. COMITÉ INTEGRAL DE GESTION EN CONTRATACION, FACTURACION, CARTERA Y GLOSAS**

Resolución 2762 del 15/10/2019, Por medio de la cual se modifica e implementa el comité

### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente - Gerente  
Secretario - PE de Recursos Financieros  
Profesional Universitario de Cartera  
Subgerente de Prestación de Servicios  
Subgerente Administrativa y Financiera  
Delegado Oficina Jurídica  
Coordinadora de Facturación  
Profesional Especializado Sistemas de la Información  
Auxiliar Administrativo de Facturación  
Profesional Especializado Auditoria Médica  
Responsable del proceso de contratación de servicios de salud

### **PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES**

Cada quince días, extraordinaria cuando las circunstancias lo ameriten

### **OBSERVACIONES DE CIG**

El comité no presentó las actas físicas para su revisión, por lo tanto, no fue posible realizar el seguimiento.

### **3.32. COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO**

Resolución 1879 del 10/07/2018, Por la cual se integra y se establece el reglamento de funcionamiento del comité

### **INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Presidente – Gerente  
Secretario Técnico – Asesor Control Interno  
Subgerente de prestación de servicios  
Subgerente administrativo y financiero  
Asesor de Planeación

#### PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Dos veces al año, Extraordinaria por solicitud de los integrantes

Se observó Acta No. 1 de Febrero 25 de 2020 y Acta No. 2 de Julio 14 de 2020

Las reuniones se realizaron con la siguiente finalidad:

La presentación anual del plan de auditorías y seguimientos vigencia 2020 y el procedimiento señalado para la priorización de estas.

La evaluación del sistema de control interno, informe semestral y modificación del plan anual de auditoría 2020 con ocasión de la emergencia por COVID 19

#### 4. RESUMEN DE LA PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

No.	NOMBRE DEL COMITÉ	REUNIONES PROGRAMADAS/REALIZADAS
1	COMITÉ DE ARCHIVO Y TICS	1/4
2	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	3/12
3	COMITÉ DE ESTADÍSTICAS VITALES	2/4
4	COMITÉ DE CODIGO AZUL	0
5	COMITÉ IAMI	3/4
6	COMITÉ VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COVE	4/4
7	COMITÉ TÉCNICO PARA COVID 19 DEL HUDN	No presento información
8	COMITÉ DE TRANSFUSION SANGUINEA	3/4
9	COMITÉ DE CONVIVENCIA Y CONCILIACION LABORAL	7/4
10	COMITE DE CAPACITACIÓN ESTIMULOS E INCENTIVOS	5/4
11	COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	17/12
12	COMITÉ DE CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	No presento información
13	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST	12/12
14	COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	5/12
15	COMITÉ DE CONCILIACIÓN Y DEFENSA JUDICIAL	No presento información
16	COMITÉ JURIDICO	No presento información
17	COMITÉ ASESOR DE CONTRATACION Y EVALUADOR	77/No establece
18	COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA	4/6
19	COMITÉ DE BIOETICA CLINICA Y ETICA EN LA INVESTIGACION (Bioética médica)	1/12
20	COMITÉ DOCENCIA SERVICIO	10/4
21	COMITÉ TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	9/6
22	COMITÉ DE GESTIÓN AMBIENTAL	No presento información
23	COMITÉ DE ACTIVOS FIJOS	No presento información
24	COMITÉ DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	No presento información
25	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2/12
26	COMITÉ TÉCNICO GERENCIAL	No presento información
27	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO	No presento información
28	COMITE TECNICO DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE	6/12
29	COMITÉ TÉCNICO EVALUADOR DE GLOSAS DEFINITIVAS	No presento información
30	COMITÉ EVALUADOR DE CARTERA INCOBRABLE	No presento información
31	COMITÉ INTEGRAL DE GESTION EN CONTRATACION, FACTURACION, CARTERA Y GLOSAS	No presento información
32	COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO	2/2

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la oficina Jurídica modificar la Resolución 1035 del 14 de agosto de 2014, por medio de la cual se determina la integración de los comités constituidos en el HUDN ESE, teniendo en cuenta que se han creado nuevos comités, se han modificado y otros han sido derogados; recomendación que se dejó en informes anteriores y no se ha tenido en cuenta.
2. Revisar la cantidad de comités existentes vs los comités obligatoriamente exigidos por ley; identificando aquellos que se pueden eliminar, fusionar y/o reactivar, sin dejar de decir que de acuerdo a la necesidad institucional la creación de comités está a su libre decisión.
3. Derogar los actos administrativos de los comités que no se encuentran activos.
4. Dar cumplimiento a las funciones de los comités, establecidas en la resolución de creación y/o modificación, con el propósito de que estas contribuyan a garantizar la gestión del comité y el cumplimiento de los objetivos institucionales.
5. Dar cumplimiento a la periodicidad de las reuniones establecidas en los actos administrativos de creación y/o modificación, y de ser necesario implementar las reuniones virtuales.
6. Programar reuniones virtuales, de tal manera que el comité pueda desarrollar sus funciones y garantizar su gestión, teniendo en cuenta que por la pandemia de Covid 19, difícilmente se puede realizar reuniones presenciales.
7. Anexar a las actas de reunión, los documentos que se generen en cada sesión, las evidencias de las actividades realizadas en cumplimiento de las funciones del comité, así como los compromisos cumplidos; soportes necesarios para el seguimiento anual que realiza la oficina de Control Interno de Gestión.
8. Archivar y custodiar las actas de comité, teniendo en cuenta la Ley 594 de 2000, Ley General de Archivo, las mismas deben estar firmadas y numeradas de acuerdo a su orden cronológico y tener anexo la citación y lista de asistencia.
9. Se recomienda a la Gerencia allegar a la oficina de control interno de gestión copia de los actos administrativos de creación y/o modificación de los Comités, para la vigencia 2021.
10. De conformidad a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, literal 2.2.22.3.8. **Comités Institucionales de Gestión y Desempeño.** En cada una de las entidades se integrará un Comité Institucional de Gestión y Desempeño encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo y que no sean obligatorios por mandato legal. por lo tanto, es importante que la oficina asesora de Calidad y Planeación indique de los comités relacionados en el presente informe, cuáles serán sustituidos, de acuerdo a lo establecido en el presente Decreto.

## CONCLUSIONES

1. De acuerdo a lo reportado en la matriz de seguimiento y la revisión de actas, se puede decir que la gestión de los comités es efectiva y aporta de manera considerable a la Institución.
2. La mayoría de comités no cumplieron con la periodicidad de las reuniones establecidas, los comités informaron que debido a la pandemia actual por COVID-19 se prohibieron las reuniones presenciales.
3. De los treinta y dos (32) comités institucionales, trece (13) no presentaron información y tres (3) comités solo diligenciaron la matriz entregada por control interno y no entregaron la información física, lo que no permitió evidenciar la gestión de los comités.
4. Para la oficina de Control Interno, como oportunidad de mejora de acreditación se estableció: *“Consolidar el proceso de monitoreo que les permita evidenciar de manera sistemática y oportuna la gestión de los comités del hospital, que incluyan la oportunidad de los planes de mejora cuando aplique según hallazgos y observaciones presentadas.”*

Agradezco la atención prestada y espero contar con su disposición para adelantar las acciones de mejora a que haya lugar.

Atentamente,



**ARNULFO BELCAZAR PEREZ**  
Asesor Control Interno de Gestión  
HUDN E.S.E

Responsable del seguimiento  
Ayda Delgado G. Técnico Administrativo CIG

San Juan de Pasto, 04 de octubre de 2021

Doctor  
NILSEN ARLEY ALVEAR ACOSTA  
Gerente HUDN ESE  
Ciudad

Asunto: Informe de seguimiento a los comités institucionales del HUDN, vigencia 2020

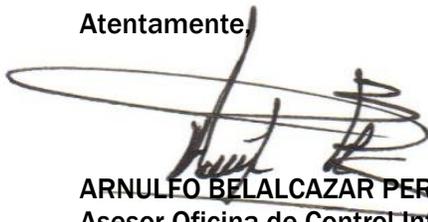
Cordial saludo,

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993, art. 12 literal e, y art. 13, la Resolución 1035 del 14 de agosto de 2014 y en cumplimiento del plan anual de trabajo de la oficina de Control Interno de Gestión, para la vigencia 2021, me permito remitir para su conocimiento y fines pertinentes, el informe de seguimiento de los comités institucionales del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, para el periodo comprendido entre enero 1 y diciembre 31 de 2020.

Cabe precisar, que de acuerdo al nuevo Modelo Integrado de planeación y Gestión MIPG y conforme a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, art. 2.2.22.3.8. **Comités Institucionales de Gestión y Desempeño**. En cada una de las entidades se integrará un Comité Institucional de Gestión y Desempeño encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo y que no sean obligatorios por mandato legal, por lo tanto, es importante que la oficina asesora de Calidad y Planeación, indique de los comités relacionados en el presente informe, cuáles serán sustituidos, de acuerdo a lo establecido en el presente Decreto.

Quedo atento a sus comentarios.

Atentamente,



ARNULFO BELALCAZAR PEREZ  
Asesor Oficina de Control Interno de Gestión  
HUDN ESE.

Proyecto: Ayda Delgado G. Técnico Administrativo OCIG