

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 1 DE: 41	

No. de Acta: 01	Fecha: 05/06/2024	Coordinador: Ing. Luis Antonio Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad
Lugar: Sala de juntas gerencia	Hora Inicio: 3:00p.m.	Hora Final: 6:00p.m.

OBJETIVO: REUNIÓN REVISIÓN POR DIRECCIÓN VIGENCIA 2023

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

ASISTENTES:

- DR. ANTONIO JOSÉ VEIRA DEL CASTILLO – GERENTE
- DR. GERMAN CIFUENTES VILLOTA – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
- DR. JAIME ALBERTO ARTEAGA CORAL – SUBGERENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
- DRA. SYLVIA RENGIFO MUÑOZ – JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA
- DR. OMAR ERNESTO CÓRDOBA SALAS – JEFE OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
- DR. BYRON EDUARDO RIASCOS MONTENEGRO – PROF. ESP. AUDITORIA MEDICA
- DRA. LEIDY JOHANA LONDOÑO CAMACHO - PROF. ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- ING. LUIS ANTONIO MUESES CORAL – PROF. ESP. DE PLANEACIÓN Y CALIDAD – OPS
- ING. CLAUDIA HELENA ARÉVALO CAICEDO – PROF. ESP. DE PLANEACIÓN Y CALIDAD – OPS
- ING. MARÍA CAMILA SANTACRUZ BURBANO – INGENIERA AMBIENTAL - OPS
- JEFE. MILENA MUÑOZ ORDOÑEZ – PROF. APOYO SUBGERENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
- ASS. VALERIA GÁLVEZ BURGOS – ADMINISTRADORA DE SERVICIOS DE SALUD - OPS

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo de bienvenida
2. Presentación Revisión por Dirección según agenda
3. Intervenciones
4. Compromisos para la siguiente vigencia

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA:

1. **Saludo de bienvenida**

Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, da el saludo de bienvenida, menciona que la revisión por dirección se realiza dando cumplimiento a uno de los requisitos de las normas “ISO 45001:2018; ISO 9001:2015; ISO 14001:2015, el cual nos invita a hacer una evaluación de los sistemas de gestión de calidad, justamente para verificar la adecuación (relacionada con el cumplimiento de los requisitos de las tres normas), conveniencia (relacionada con los objetivos del hospital) y eficacia (relacionada con el cumplimiento de las metas).

2. **Presentación Revisión por Dirección según agenda**

A continuación, se desarrolla la agenda que incluye las entradas establecidas en las normas con sus respectivos resultados correspondientes a la vigencia 2023.



ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 2 DE: 41



A. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS

COMPROMISOS DE PREVIAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN

COMPROMISOS	RESPONSABLES	ESTADO ACTUAL
se requiere implementar acciones correctivas y preventivas para los indicadores que no alcanzaron la meta establecida del 90% durante la vigencia 2023	Lideres de Proceso	En la vigencia 2023, 17 de 50 subprocesos no cumplieron con la meta establecida del 90%, por lo cual el día 29 de abril del 2024, mediante correo electrónico se realiza solicitud de planes de acción, y a la fecha 5 subprocesos cumplieron efectivamente. Cabe resaltar que la Oficina Asesora Jurídica envió correo manifestando que el indicador no cumplido no es perteneciente de su área, por lo cual se hace necesario revisar y redireccionar al área correspondiente.
Integrar guías de práctica clínica para el plan de manejo clínico.	Subgerencia de Prestación de Servicios	El día 29 de abril del 2024, mediante correo electrónico se realiza solicitud. Con respuesta por parte del auditor medico con fecha 3 de mayo, en el que manifiesta que en el primer semestre del año se realizo reunión en conjunto con Subgerencia de Prestación de Servicios. Esta pendiente despliegue y publicación.
Priorizar la aprobación del organigrama ante la Junta Directiva del HUDN	Alta Dirección	Pendiente
Reactivar rendición de cuenta interna.	Alta Dirección	Pendiente

3 (43%) de 7 compromisos establecidos en Revisión por la Dirección - vigencia 2022, se les dio cumplimiento al 100%

Se da lectura a los compromisos de la Revisión por Dirección vigencia 2022, tomando en consideración mantener el primer compromiso, teniendo en cuenta que hasta el momento no se han cambiado los indicadores y es importante que se alcance la meta; en cuanto al segundo compromiso, tomo la palabra el Dr. Byron Riascos – Prof. Esp. de Auditoria Medica, manifiesta que ya se realizo reunión con Subgerencia de Prestación de Servicios, con comité de guías y con los especialistas, ya se retomó el tema, quedaría pendiente el despliegue y publicación de las nuevas guías (Se encuentra cumplimiento parcial, pendiente la etapa final); En cuanto al tercer compromiso, se debe revisar nuevamente el tema y empezar a trabar en ello; para finalizar, en el cuarto compromiso, se propone utilizar la misma información de esta reunión y establecer un dialogo con los trabajadores y socializarles como va el hospital.

B. CAMBIOS EN:

1. Cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SIG

A continuación, se presentarán los cambios en cuestiones tanto internas como externas pertenecientes al Sistema Integrado de Gestión (SIG)

**CAMBIOS EN CUESTIONES INTERNAS
PERTENECIENTES AL SIG**

- 1 Posesión de nuevo equipo directivo
- 2 Formulación de nuevo Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2024 - 2028
- 3 Inclusión de alianzas estratégicas para el desarrollo de actividades lúdico - pedagógicas para incrementar la cultura ambiental en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.
- 4 Comunicación de las iniciativas y los programas ambientales del hospital a las partes interesadas internas y externas. Generando canales de comunicación abiertos con la comunidad y los pacientes.

**CAMBIOS EN CUESTIONES EXTERNAS
PERTENECIENTES AL SIG**

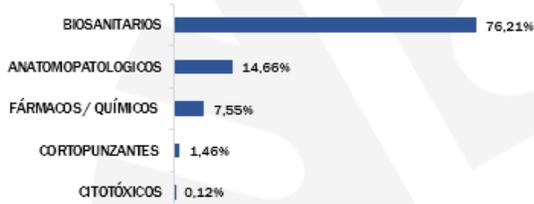
- 9 Envío de enmienda por parte de ICONTEC a las normas de sistemas de gestión
- 10 Actualización de normatividad en materia ambiental
- 11 Actualización de normatividad relacionadas con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

2. Aspectos ambientales significativos

GESTIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS

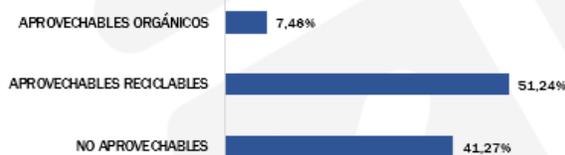
RESIDUOS PELIGROSOS

GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS - 2023	
Total residuos esterilizados por autoclave de alta eficiencia en HUDN	115,861 kg
Valor ahorrado por residuos esterilizados por autoclave de alta eficiencia en HUDN	\$ 410.654.400
Total residuos incinerados por gestión externa	36.164,4 kg



RESIDUOS NO PELIGROSOS

GESTIÓN DE RESIDUOS NO PELIGROSOS - 2023	
Residuos aprovechables orgánicos por compostaje HUDN	35.225,55 Kg
Residuos aprovechables inertes comercializados	48.714,02 Kg
Valor por comercialización de residuos aprovechables	\$ 17.146.569,50
Resmas recicladas año 2023	910
Valor ahorrado por resmas recicladas 2023	\$ 17.195.000



Camila Santacruz - ingeniera ambiental- menciona que los aspectos ambientales se manejan bajo cinco programas, siendo el mas grande el de Gestión de hospitalarios, se manejan dos grupos grandes de residuos: Peligrosos pertenecientes al 76% que son tratados en el hospital, lo cual da un valor aproximado del ahorro de 410 millones y esto equivale a 115 mil toneladas anuales a corte 2023, y de residuos mandados a incinerar están alrededor de 36 toneladas. En los residuos no peligrosos el fuerte es aprovechables reciclables que se tiene la entrega con EMAS para que les den disposición final y reaprovechamiento, adicionalmente se tiene las resmas recicladas; también se tiene los residuos aprovechables orgánicos esto suma aproximadamente el 60% los residuos no peligrosos se los aprovecha, sea por comercialización o compostaje para zonas verdes y enviamos el 41% a relleno sanitario incluyendo los residuos peligrosos.

CENTRAL DE DILUCIONES

Se continua la operación de la central, trabajando de domingo a domingo, con 12 horas de operación y 4 rutas diarias

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SEMESTRE A 2023	CANTIDAD SEMESTRE B 2023
Promedio litros preparados diariamente día ordinario	350 LITROS/DÍA	293 LITROS/DÍA
Promedio de litros preparados fines de semana domingos y festivos	200 LITROS /DÍA	218 LITROS /DÍA

La central de diluciones se implementa con el fin de establecer procedimientos y dosificaciones idóneas requeridas en el ambiente hospitalario, dando como resultado el aseguramiento de la calidad en los procesos de limpieza y desinfección. Previniendo riesgos por error en dosificación y tiempo de estabilidad del producto. Durante la implementación de la central de diluciones, se ha ido ajustando la entrega de desinfectante relacionado a la necesidad de las áreas y los servicios, razón por la cual, el remanente de desinfectante ha disminuido, por consiguiente, se disminuye el consumo del desinfectante y el desperdicio del mismo.

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
		HOJA: 5 DE: 41		

Camila Santacruz - ingeniera ambiental- menciona que para hacer el proceso de limpieza y desinfección en áreas hospitalarias se divide en dos grandes grupos, desinfección de superficies y de unidad del paciente, para estandarizar la distribución y concentración del desinfectante, se estandarizo mediante central de diluciones. Se presenta por semestre A y B del año 2023, se evidencia eficiencia en la limpieza diaria, y en cuento a los litros preparados para fines de semana se debe a las brigadas de limpieza, lavando escaleras, paredes, utilizan maquinas, pero el fin es la seguridad del paciente y trabajadores.

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA

PARÁMETRO	LÍMITE MÁXIMO PERMISIBLE RES. 0631/2015 ART. 14 Y 16	RESULTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.	UNIDADES
DB05	≤ 225	240	mg O2/L
DQ0	≤ 300	439,4	mg O2/L
GRASAS Y ACEITES	≤ 15	25,5	mg/L

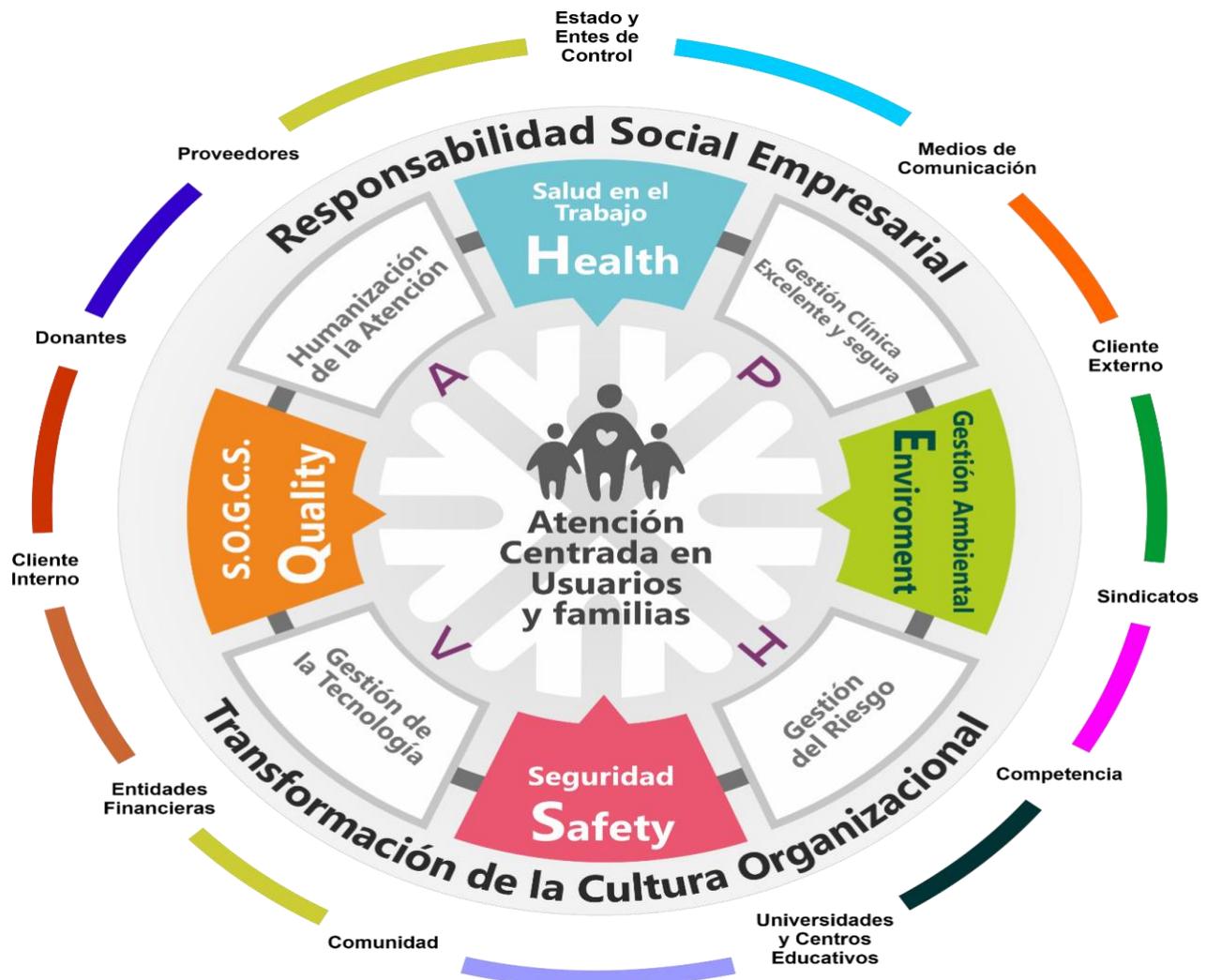
Se realizó la caracterización de aguas residuales y se envió a EMPOPASTO S.A. E.S.P. dando cumplimiento a la resolución 0631 de 2015 vigencia 2023.

Sin embargo, es importante aclarar, que los resultados de la caracterización no cumplen los límites máximos permisibles, lo que puede generar sanciones para el Hospital. Para dar cumplimiento es necesario la implementación de una Planta de Tratamiento de Aguas Residuales - PTAR



Camila Santacruz - ingeniera ambiental (OPS) - menciona que se toma un aproximado de 40 parámetros en la resolución 0631, al ser uno de los hospitales mas grandes, los resultados de la caracterización se los entregamos a empopasto y ellos definen si cumple o no, se propone adelantar un estudio de investigación con el apoyo de la universidad de Nariño para realizar un diagnóstico del tipo de solución a implementar, se acuerda realizar una reunión extraordinaria con la participación del investigador Alejandro Galeano para conocer el alcance de la propuesta.

3. Necesidades y expectativas de las partes interesadas



El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que se debe tener en cuenta que hay partes interesadas internas y externas y el hospital cuenta con una matriz de partes interesadas en la que se prioriza teniendo en cuenta cual es el impacto que tiene esa parte interesada con los tres sistemas de gestión de la calidad, alineado a indicadores institucionales, el análisis de dicha matriz da como resultado que existen las evidencias de la retroalimentación de las partes interesadas priorizadas las cuales se evalúan con los métodos y las frecuencias establecidas en la misma.

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
		HOJA: 7 DE: 41		

C. GRADO EN EL QUE SE HAN CUMPLIDO LAS POLÍTICAS Y LOS OBJETIVOS DEL SIG

CUMPLIMIENTO POR OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (CALIDAD)

OBJETIVOS	META	CUMPL	ANÁLISIS
Asegurar el mantenimiento del SUA, el SIG y el reconocimiento como hospital universitario	> 90%	100%	Se cumple con la meta establecida ya que se cuenta con certificaciones vigentes de acreditación y de HSEQ
Mantener alta eficiencia de la gestión clínica, administrativa, financiera y jurídica implementando controles efectivos a los riesgos	> 90%	91,72%	Se cumple con la meta establecida realizando la consolidación de los indicadores asistenciales clínicos y jurídicos y aplicando la Gestión integral del riesgo
Fortalecer el portafolio de servicios y crecimiento en el mercado optimizando los recursos institucionales disponibles	> 90%	100%	Se cumple con la meta establecida y se realiza la actualización del portafolio de servicios para ésta vigencia
Garantizar atención en salud competitiva, integral y humanizada innovando en la prestación de servicios, tecnologías y herramientas.	> 90%	91,01%	Se cumple con la meta establecida debido a que se implementaron acciones para el fortalecimiento de la humanización institucional, se dio apertura a nuevos servicios como por ejemplo cirugía de mano y tórax, entre otros
Invertir en el talento humano institucional para la competitividad, servicio humanizado y la gestión del riesgo clínico	> 90%	75,68%	No se cumple con la meta establecida, debido a que faltaba fortalecer a talento humano en cursos que son de obligatorio cumplimiento de estándares de habilitación, se debe fortalecer el riesgo clínico. Sin embargo, ya se están trabajando estrategias de capacitación al personal para tener el cumplimiento de los requisitos
Trascender y adaptar a la institución con éxito ante las diferentes realidades implementando análisis del entorno.	> 90%	100%	Se cumple con la meta establecida, sin embargo es necesario revisar el análisis del entorno institucional y determinar su actualización, debido a nuevo equipo directivo y nuevo plan de desarrollo institucional.

1 de 6 objetivos estratégicos (calidad), equivalente al 17% presenta incumplimiento.

El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que los objetivos estratégicos analizados corresponden a la vigencia 2020-2024, y se obtiene un cumplimiento del 93%, se recomienda avanzar con la formulación de la nueva planeación estratégica la cual definirá nuevos objetivos estratégicos, previo análisis del plan de desarrollo de la vigencia anterior.

CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE GESTIÓN AMBIENTAL

OBJETIVOS	META	CUMPL	ANÁLISIS
Disminuir la producción de residuos sólidos peligrosos	55%	75%	Se cumple debido a la desactivación de residuos biosanitarios por medio de autoclave de alta eficiencia.
Optimizar y racionalizar el consumo de agua potable para el aprovechamiento del recurso	- 1%	-3%	El cumplimiento de este indicador puede variar dependiendo de la ocupación de camas hospitalarias, atención en urgencias y consulta externa. Ya que esta relacionado con los indicadores hospitalarios (giro cama, promedio estancia y porcentaje ocupacional) a menor tiempo de estancia, mayor consumo de agua.
Optimizar y racionalizar el consumo de energía para el aprovechamiento de este recurso	-3%	-14%	El cumplimiento se debe a la participación de los colaboradores en el programa de uso y ahorro eficiente de energía, como también el incremento de luminarias LED en la institución.
Promover cultura de coeficiencia, de calidad ambiental y de desarrollo armónico en los empleados y beneficiarios de los servicios del Hospital	80%	96%	El cumplimiento se debe a la participación de los colaboradores en el despliegue de actividades de educación ambiental.
Fomentar la cultura ambiental de segregación en la fuente	80%	90%	Gracias a la adherencia de los colaboradores al plan de gestión de residuos y la cultura del reciclaje.
Evitar la segregación de vertimientos nocivos para el medio ambiente mediante la implementación del programa manejo seguro de sustancias químicas y la caracterización de las aguas residuales que genera el Hospital	CUMPLE	NO CUMPLE	El HUDN no cuenta con Planta de Tratamiento de Aguas Residuales - PTAR El HUDN cuenta con el programa manejo seguro de sustancias químicas y manejo de residuos hospitalarios, los cuales buscan controlar las cargas contaminantes dando una correcta disposición final a restos de sustancias químicas y medicamentos vencidos, y promueve el uso de productos biodegradables.

1 de 6 objetivos de Gestión Ambiental, equivalentes al 17% presentan incumplimiento

CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBJETIVOS	META	CUMPL	ANÁLISIS
Prevenir la incidencia de enfermedades de origen laboral asociadas a la exposición a radiaciones ionizantes.	1 caso por cada 100 trabajadores	0 casos	No se han presentado casos de enfermedad laboral asociados a este tipo de riesgo, pues los controles desde la parte de infraestructura, funcionamiento adecuado de los equipos gracias a su mantenimiento oportuno, dosimetría personal y uso de elementos de protección personal, ha permitido un control sobre la exposición a radiaciones ionizantes.
Identificar y valorar los peligros ocupacionales asociados a los procesos del Hospital e implementar los controles para disminuir la probabilidad de ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y sus consecuencias.	Documento actualizado	Se cumple documento actualizado	Se cuenta con un documento que contempla la identificación de los peligros, su valoración y los controles establecidos por la organización para su gestión.
Evaluar la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la entidad, a través los indicadores propios del SGSST.	Cumplimiento meta indicadores	Se cumple	Los indicadores propuestos cumplen con las metas planteadas en un 100% de los casos
Cumplir la normatividad nacional vigente aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad.	100%	100%	Se cumple en un 100% con los estándares en materia de seguridad y salud, lo cuales se aglutinan en la Resolución 0312 de 2019 a partir de una lista de chequeo de 60 ítems y sus respectivos indicadores de evaluación de desempeño global del sistema SST.



ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 9 DE: 41



CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBJETIVOS	META	CUMPL	ANÁLISIS
Mantener la tendencia de los últimos 3 años de la frecuencia de la accidentalidad laboral durante la vigencia.	1 por cada 100 trabajadores	100%	De acuerdo a la frecuencia de accidentalidad de los últimos tres años se presenta una tendencia a mantener proporción de accidentes en menos de 1 por cada 100 trabajadores así: 2021 (0,6), 2022 (0,7), 2023 (0,5). resultado se puede interpretar a partir de la implementación de controles a los riesgos propios de la labor a partir de participación efectiva de los colaboradores
Mantener la tendencia de los últimos 3 años de la frecuencia de la accidentalidad laboral por riesgo biológico durante el año 2023.	2 por cada 100 trabajadores expuestos	se presentan 0,9 accidentes por riesgo biológico	La frecuencia de accidentalidad causado por riesgo biológico en los últimos tres años indica un cumplimiento de la meta así: 2021 (0,9), 2022 (1,5), 2023 (0,8). cumplimiento de la meta se explica dada la implementación de inspecciones integrales de bioseguridad con enfoque en el modelo de seguridad basado en el comportamientos.
Efectuar estrategias para la prevención de riesgo psicosocial.	Cobertura 90% de los servicios priorizados	95%	La cobertura para el año 2023 fue del 95 alcanzado superando la meta propuesta, esto se logro por adecuación de los espacios de intervención de acuerdo a disponibilidad de tiempo y dinámicas propias de los servicios.

En cuanto a la política y los objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo, se refleja el cumplimiento de los 7 objetivos en su totalidad

El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que se debe evaluar la pertinencia de mantener los objetivos de Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo, teniendo en cuenta la actualización del análisis del contexto y el nuevo plan de desarrollo vigencia 2024-2028

La Dra. Leidy Londoño – Prof. Esp. de Seguridad y Salud en el Trabajo, menciona que en cuanto a necesidades de la institución en lo relacionado a SST, se debe tener en cuenta el proyecto de cambio de ascensores de la torre antigua, siendo este un riesgo bastante alto, así mismo es importante evaluar el tema del archivo clínico, por la posibilidad de materialización del riesgo de colapso estructural y el tema de bodega central de farmacia la cual presenta riesgo de hacinamiento, para las personas que trabajan o transitan por esas áreas.

D. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SIG, INCLUIDAS LAS TENDENCIAS RELATIVAS A:

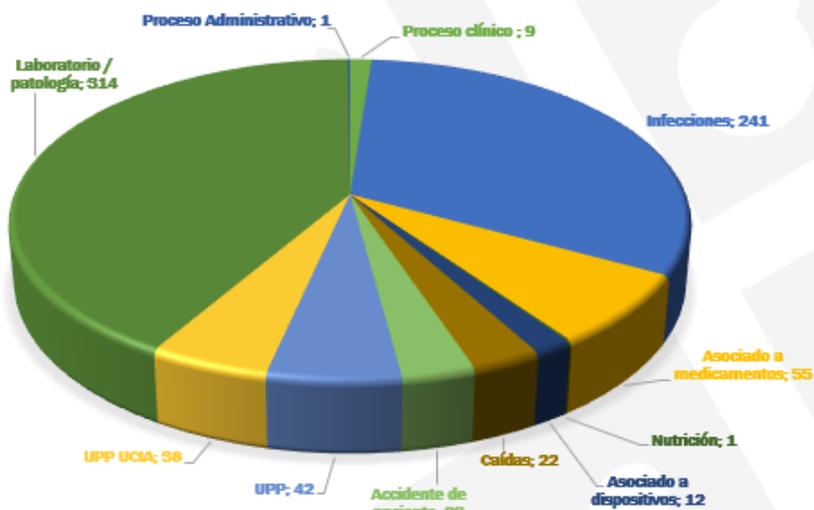
1. Incidentes, no conformidades, acciones correctivas y mejora continua.

TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS 2023

Para la vigencia 2023 se clasifica como evento adverso un total de 758 reportes, que corresponde al 18.67% del total de reportes realizados. De igual manera frente a los egresos institucionales se presenta un porcentaje de 4.2%, con una tasa de 42.3 por mil usuarios.

Desde el programa de seguridad del paciente se realiza análisis de cada uno de los reportes para su respectiva clasificación y frente a los que se clasifican como evento adverso e incidentes se realiza agrupación por causas similares con la finalidad de que desde los procesos implicados se formulen planes de acción a las cuales se les realiza seguimiento para determinar el impacto de las acciones y el cierre de los mismos.

Las metas planteadas corresponden a referenciación de indicadores nacionales y aprobados por el comité de seguridad del paciente, durante la vigencia se cumple la meta, se realiza seguimiento desde el comité de seguridad del paciente ante el riesgo de sobrepasarla el resultado global frente a los egresos institucionales.



Se da lectura al ranking de eventos adversos año 2023.

El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que este tema tiene que ver con el reporte que se hace desde Seguridad del Paciente, y muestra los principales eventos adversos y tipos de eventos.

El Dr. Omar Córdoba – jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión, manifiesta que frente al riesgo asociado al laboratorio clínico y a patología es importante conocer las razones del incremento de la cantidad de reportes, al solicitar la información a la coordinadora del área ella manifiesta que se hace una búsqueda activa de manera permanente lo cual ha generado un incremento considerable lo cual aporta a la cultura de seguridad del paciente.



ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 11 DE: 41



INCIDENTES REPORTADOS 2023

TIPO	TOTAL GRAL
No adherencia a protocolos lab. CI	443
Cancelación Cirugía	227
Asociado a dispositivo médico	84
Asociados a medicamentos	74
Preparación prequirúrgica	62
Reingreso por misma causa	59
Resbalón	43
Fallas de identificación	28
Retiro dispositivos	28
Vena extravasada	22
Toma - Reporte - Revisión de ayudas DX	20
Zona blanqueable	18
Traslado paciente	14
Fallas en comunicación	13
Signos de fiebricitis	11
Registros clínicos	8
Sobrecupo servicio	8
Equimosis por punción	8
Preparación estudios gastroenterol	7
Sin consentimiento informado	7
Solicitud Ayuda Dx - Laborat	5
Ingesta químico	5
No entrega de soporte nutricional	4
Acciones para prevención de Inf.	2
Inoportunidad programación QX	2
Adm. inadecuada de alimentación a neonato	1
Auto / heteroagresión	1
Fuga de Paciente	1
Material de osteosíntesis incompleto o inadecuado	1
Estancia prolongada	1
Reacción a transfusión / Disponibilidad de hem	1
Paciente egresa con catéter perif	1
Inadecuada preparación Ay. DX	1
Brincoaspiración	1
TOTAL	1211

Al revisar las principales fuentes de incidentes en la institución se evidencia que:

El 37% de los incidentes se relacionan con adherencia a protocolos en laboratorio clínico, este tipo de incidentes son identificados y gestionados por el servicio de ayudas diagnósticas y se incluyeron en el seguimiento por parte del programa de seguridad del paciente en la vigencia 2023.

Los incidentes relacionados con cancelación de cirugía programada corresponden al 19% del total de incidentes institucionales y se identifica como principales causas: revisión de ayudas diagnósticas, seguimiento clínico a paciente hospitalizado, daño en equipos institucionales y tiempos quirúrgicos prolongados de cirugías previas; no se genera daño en el paciente y en el seguimiento realizado la conducta quirúrgica se resuelve en tiempo promedio de 48 horas.

Los incidentes relacionados con dispositivos médicos corresponden a un 7% del total de incidentes y para la vigencia 2023 se asocian a disponibilidad y funcionamiento inadecuado.

En los incidentes relacionados con medicamentos que corresponden al 6%, se incluyen los asociados a fallas en el uso y adherencia a guía de uso seguro de medicamentos, que no generaron daño en el paciente.

Los incidentes asociados a preparación prequirúrgica corresponden al 5%, se identifican fallas en adherencia a guía de seguridad quirúrgica como preparación de piel, retiro de joyas, ropa, maquillaje de uñas previo al traslado de paciente a quirófano. Lo cual genera retraso en el inicio del procedimiento ante la necesidad de cumplir con los requisitos de seguridad quirúrgica.

El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que hay mas incidentes que eventos lo que significa un aporte a la cultura de seguridad.

AUDITORÍA EXTERNA 2023

En la auditoria externa realizada por ICONTEC, se identificaron 3 no conformidades menores, que se relacionan a continuación:

PLAN DE ACCIÓN N°	PROCESO	% AVANCE
2	Laboratorio Clínico	100%
1	Unidad de Recuperación Post Anestésica - URPA	100%
3	Hospitalización	69%
PROMEDIO		90%

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 12 DE: 41	

La Ing. Claudia Arévalo – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que estos son resultados de evaluación a partir de las fuentes de evaluación externa, los cuales encontraron 3 no conformidades menores, de los cuales 2 de ellas se cumplen al 100% y una de ellas perteneciente a hospitalización la cual se encuentra en el 69% de cumplimiento.

AUDITORÍA INTERNA 2023

En la auditoria interna, se identificaron 6 no conformidades menores, para las cuales se formularon 7 planes de acción, que se relacionan a continuación:

PLAN DE ACCIÓN N°	PROCESO	% AVANCE	ANÁLISIS
2	Talento humano	100%	Cumple
3	SIG DOFA	100%	Cumple
1	Gestión Ambiental	90%	Cumple
6	Farmacia	89%	Cumple
4A	Consulta Externa	67%	El incumplimiento del plan de acción N° 4A se debe a que de 6 acciones propuestas, se ha dado cumplimiento a 4
4B	Urgencias	38%	El incumplimiento del plan de acción N° 4B se debe a que de 7 acciones propuestas, se ha dado cumplimiento a 3
5	Gestión Ambiental-sustancias químicas	18%	El incumplimiento del plan de acción N° 5 se debe a que de 7 acciones propuestas, únicamente se ha dado cumplimiento a una de ellas.

La Ing. Claudia Arévalo – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que en la auditoría interna identificaron 6 no conformidades menores para los cuales se formularon 7 planes de acción, de los cuales 2 de ellos cuentan con un cumplimiento del 100% y los demás continúan en seguimiento, en cuanto al plan de acción N° 5 perteneciente a Gestión Ambiental – Sustancias químicas, la Ing. ambiental OPS – Camila Santacruz manifiesta que tienen una desviación con la ingeniera química.

➤ Seguimiento a planes de acción y oportunidades de mejora – visita de acreditación 2022

La Ing. Claudia Arévalo – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que las siguientes son oportunidades de mejora dejadas en la visita de acreditación 2022, las cuales se les hizo seguimiento en el año 2023.

PLAN DE ACCIÓN N°	PROCESO	% AVANCE
5	Laboratorio	100%
7	Laboratorio	100%
11	Banco de Sangre	100%
6	Laboratorio	100%
39	Hospitalización	100%
54	Vigilancia Epidemiológica	100%
10	Banco de Sangre	100%
34	Vigilancia Epidemiológica	100%
29	Seguridad del Paciente	100%
8B	Hospitalización	100%
21	Gestión de la Información	100%
13	Control Interno de Gestión	100%
37	Soporte Terapéutico	100%
30	Seguridad del Paciente	100%
25	Talento Humano	100%
57	Seguridad del Paciente	100%

PLAN DE ACCIÓN N°	PROCESO	% AVANCE
22	Gestión de la Información	100%
31	Seguridad del Paciente	100%
50	Subgerencia Administrativa y Financiera Talento Humano	100%
33	Seguridad del Paciente	100%
52	Ambiente Físico	100%
12	Banco de Sangre	100%
9	Seguridad del Paciente	100%
32	Seguridad del Paciente	100%
23	Soporte Terapéutico	100%
27	Mantenimiento	100%
23	Soporte Terapéutico	100%
27	Mantenimiento	100%
26	Mantenimiento	100%
2	Planeación	100%
1	Direccionamiento	100%
53	Vigilancia Epidemiológica	100%
20	Gestión de la Información	100%
56	Planeación*	98%

PLAN DE ACCIÓN N°	PROCESO	% AVANCE
35	Urgencias	97%
44	Estadística	97%
28	Planeación	96%
4	Planeación	96%
41	Subgerencia de Prestación de Servicios	95%
8A	Hospitalización	94%
16	Docencia Universitaria e investigación	94%
51	Ambiente Físico	93%
18	Gestión de la Información	93%
17	Gestión de la Información	93%
47	Talento Humano	93%
38	SST	93%
14	Subgerencia Administrativa y Financiera Talento Humano	92%

PLAN DE ACCIÓN N°	PROCESO	% AVANCE
46	Subgerencia de Prestación de Servicios	92%
45	Planeación	92%
19	Gestión de la Información	91%
24	Talento Humano	90%
48	Gestión de la Información Planeación	90%
3	Vigilancia Epidemiológica	88%
15	Planeación	64%
42	Subgerencia de Prestación de Servicios	48%
40	Servicio Farmacéutico Subgerencia de Prestación de Servicios	29%
43	Subgerencia de Prestación de Servicios	16%

DE LOS 54 PLANES DE ACCIÓN:

- 49** Alcanzaron cumplimiento mayor al 90%
- 02** Se encuentran con cumplimiento parcial
- 02** Se encuentran con alto riesgo de incumplimiento
- 01** Se encuentran sin avance o el avance es marginal

La formulación y el seguimiento de dichos planes de acción se realizó en la vigencia 2023.

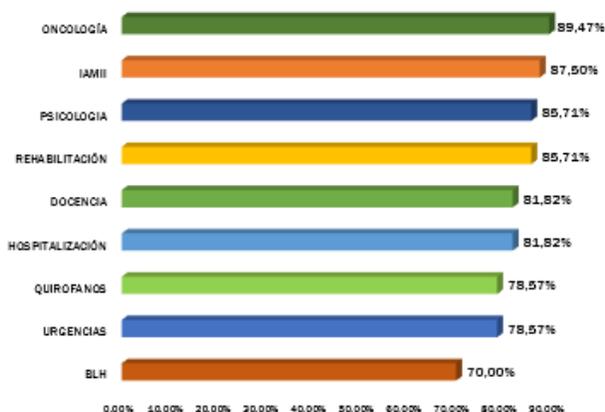
De la visita 2023 se tienen 83 planes de acción, los cuales están pendiente realizarles seguimiento

La Ing. Claudia Arévalo - Prof. Esp. Planeación y Calidad (OPS), menciona que cinco planes de acción corresponden a oportunidades reiteradas de la visita de acreditación 2023, los cuales se encuentran en proceso de seguimiento

2. Resultados de seguimiento y medición.

INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES ASISTENCIALES

El HUDN cuenta con 50 subprocesos (24 administrativos y 26 asistenciales), de los cuales 33 subprocesos correspondientes al 66% del total de subprocesos analizados cumplen con la meta, estando por encima del 90%. Y los 17 subprocesos restantes (8 administrativos y 9 asistenciales), correspondientes al 34%, con datos faltantes para ingreso y sin reporte oportuno y adecuado, representando incumplimiento para el cierre del año 2023.

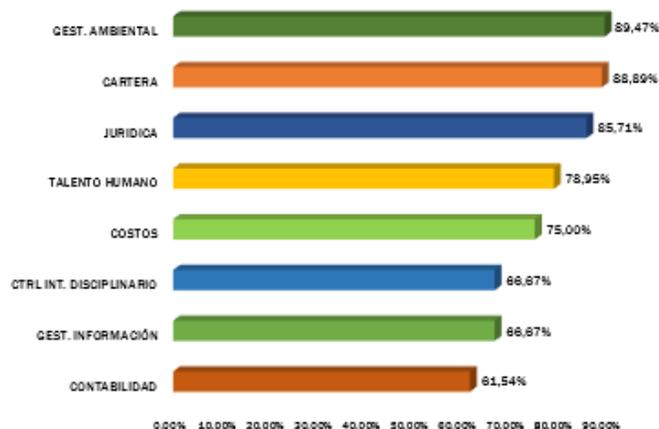


El incumplimiento de estos indicadores pueden ser por causas atribuibles a:

- Recursos sobrantes pendientes por invertir; falta de adherencia en normas de bioseguridad
- Sobre cupo de capacidad en el ingreso de médicos internos
- incumplimiento de indicador por infraestructura de piscina, la cual no permite que se pueda ingresar a otro resto de pacientes que esta en lista de espera.

Entre otros.

INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES ADMINISTRATIVOS



El incumplimiento de estos indicadores pueden ser por causas atribuibles a:

- Falta de compromiso por parte de los colaboradores, a participar en capacitaciones y diligenciamiento de encuestas.
- Incumplimiento de limites máximos permisibles en aguas residuales.

Entre otros.

De 50 subprocesos del HUDN, 17 de ellos presentan incumplimiento en sus indicadores, siendo 9 asistenciales y 8 administrativos. Teniendo en cuenta que a los lideres responsables se les solicito plan de acción, dando cumplimiento a 5 de ellos.

CUMPLIMIENTO POR EJE DE ACREDITACIÓN 2023

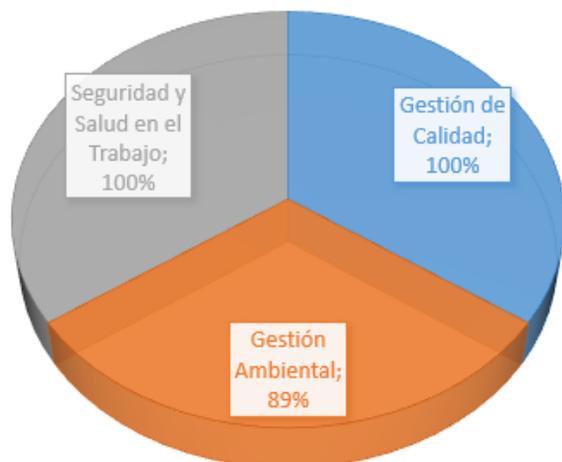
EJE DE ACREDITACIÓN	TOTAL	% CUMPLIMIENTO
1. Atención centrada en el usuario de los servicios de salud.	37	97,30%
2. Gestión clínica excelente y segura.	205	92,68%
3. Humanización de la atención en salud.	4	100,00%
4. Gestión del riesgo.	157	87,90%
5. Gestión de la tecnología.	38	86,84%
6. Proceso de transformación cultural permanente.	15	93,33%
7. Responsabilidad social.	14	85,71%
TOTAL GENERAL	470	90,85%

Se visualiza el cumplimiento de los siete (7) principios de acreditación, siendo 4 de ellos efectivos, dando cumplimiento a la meta planteada inicialmente. Por lo que se refiere a los 3 porcentajes resaltados en color rojo, pertenecientes a los principios: 4 (Gestión del riesgo), 5 (Gestión de la tecnología) y 7 (Responsabilidad social), representando estos incumplimientos, siendo su resultado menor al 90%

Esto se refleja igualmente en el incumplimiento de los indicadores tanto asistenciales como administrativos, teniendo en cuenta que en "Gestión del Riesgo" se encuentra incluido lo relacionado con Gestión Financiera, Banco de leche y Docencia e Investigación; en cuanto a "Gestión de la Tecnología" se ve reflejado en el 66,67% de los indicadores de Gestión de la Información y por ultimo lo relacionado con "Responsabilidad Social" se refleja el incumplimiento de Gestión Ambiental, teniendo en cuenta que este proceso forma parte de las estrategias contempladas en el programa de RSE.

El Ing. Luis Mueses - Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona la evaluación del cumplimiento por eje corresponde a la alineación de la totalidad de los indicadores institucionales equivalentes a 470 lo cual se debe reevaluar puesto que se observa un desequilibrio en la cantidad de indicadores que se asocian a cada eje.

CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN 2023

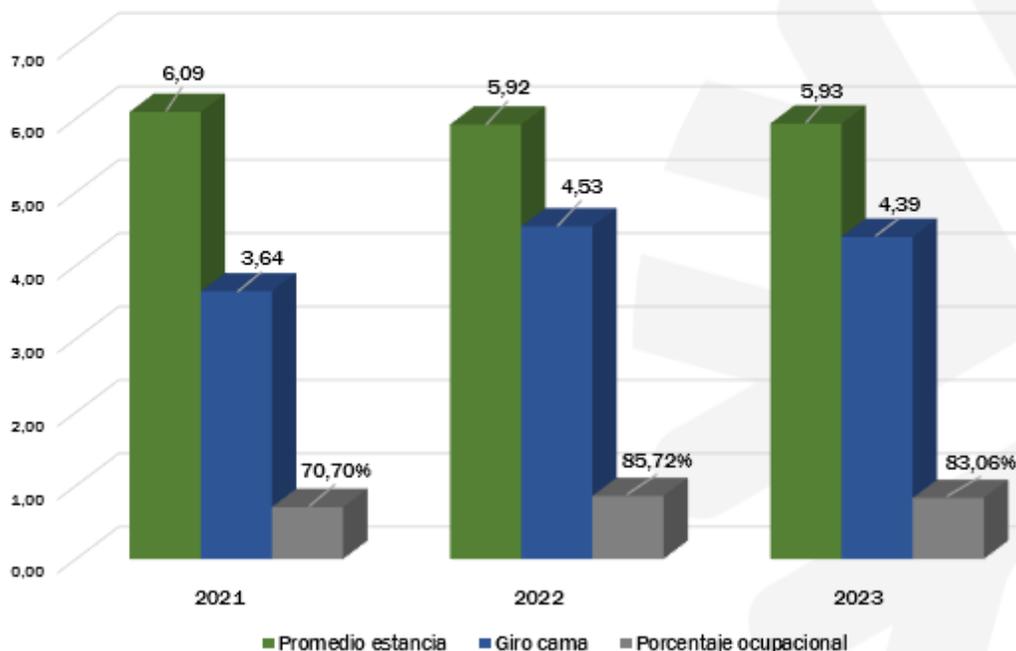


Estos datos corresponden al cumplimiento de los indicadores por cada Sistema, evidenciando el cumplimiento del 100% en la totalidad de los indicadores pertenecientes a Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión de Calidad.

Por otra parte esta el Sistema de Gestión Ambiental, de los cuales 2 de 19 indicadores evidencian incumplimiento, esto siendo equivalente al 11%, por lo cual no alcanza la meta del 90% de cumplimiento, obteniendo un 89%.

Así mismo, se alinean los indicadores en cada sistema de gestión para evaluar su cumplimiento.

INDICADORES DE PRODUCCIÓN



CUMPLIMIENTO INDICADORES DE CALIDAD

NOMBRE DE INDICADOR	2021	2022	2023	INTERPRETACIÓN
Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud (PAMEC) (Res.408.2018).	93%	100%	91%	Tendencia: la tendencia es creciente comparado con las vigencias 2021 y 2022 . Se cumple con la meta establecida del 90% obteniendo un 91%, debido a que es un proceso progresivo y se evidencia la ejecución y seguimiento de los planes de acción para el periodo 2023. El éxito del cumplimiento de la meta se basa en: fortalecimiento del equipo de calidad, fortalecimiento en el conocimiento a través de capacitación en análisis de causas, diplomado en acreditación en salud y diferentes referenciaciones con hospitales acreditados y asesoría de expertos que a su vez contribuyo para que todos los lideres ejecuten las actividades y/o acciones propuestas, generando cumplimiento, impacto , resultado y cierre de ciclo de los planes
Mantener los certificados del sistema integrado de gestión (HSEQ) iso9001, iso14001, iso45001.	100%	100%	100%	La tendencia se mantiene, teniendo en cuenta que el hospital conserva las 4 certificaciones, comparado con las vigencias 2021 y 2022 los cuales son certificados de HSEQ y Acreditación en salud. Por lo cual se da cumplimiento a la meta anual del 100%. El éxito del cumplimiento de la meta se basa en la ejecución planes de acción HSEQ y Acreditación por parte de los lideres.
Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades acreditadas (Res.408 2018).	3,9	3,86	3.62	La tendencia es Decreciente, comparado con los periodos 2021 y 2022. El HUDN obtuvo una calificación por el ente acreditador de 3,62 lo que significa que la institución cuenta con acreditación en salud, se cumple con la meta establecida para el año. Este cumplimiento se ve reflejado por la ejecución de actividades de los planes de mejora presentados por cada uno de los equipos de mejoramiento institucional en la visita realizada por el ente acreditador. El éxito se basa en el fortalecimiento y apropiación de conocimiento de análisis de causa y acreditación lo cual conlleva a que los lideres se apersonen de sus procesos y procedimiento para el mejoramiento continuo.



ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 18 DE: 41

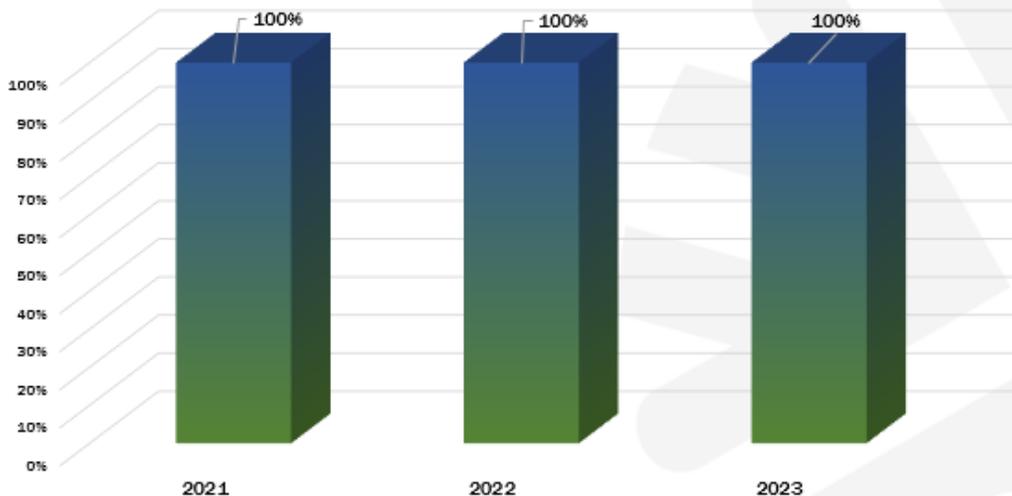


CUMPLIMIENTO INDICADORES DE CALIDAD

NOMBRE DE INDICADOR	2021	2022	2023	INTERPRETACIÓN
Participación en ponencias y postulación a premios de gestión empresarial.	100%	100%	100%	Cumple con la meta propuesta debido a que las postulaciones se realizan a medida que se generan por parte de las diferentes instituciones. Postulaciones realizadas: VIII Congreso Nacional de Neonatología, Top Ranking LATAM, HOSPIRANK, NEWSWEEK, CORESPONSABLE RSE, TOP BENCH, CALOSTROTHERAPIA. ponencias: Laboratorio biología molecular, premio Top bench campana de la vida, proyecto cáncer gástrico (3 ponencias), ACV (2 ponencias), congreso de neonatología, proyecto Test de igma, iniciativa calostro terapia (2 ponencias), maratón de infecciones (4 ponencias) El éxito se debe a la proactividad de los líderes de los diferentes servicios y áreas del hospital e incentivos en el fortalecimiento en la investigación científica a su vez de la búsqueda activa de las diferentes convocatorias por parte de planeación. el Top Bench de calostrotterapia en cual se presenta en fase de visita técnica presencial para el mes de febrero de 2024
Seguimiento a planes de acción de acreditación y HSEQ.	84%	100%	91%	seguimiento de los planes de acción. El éxito se fundamenta en que se fortaleció el equipo de calidad, lo cual ha facilitado el seguimiento de planes de acción pudiendo cumplir con las metas establecidas, se actualizó el procedimiento de Sistema de mejoramiento institucional, se creó nueva metodología de evaluación de planes de acción, se fortaleció conocimiento de personal de HUDN, en el tema de análisis de causas de planes de acción. Se realizó el total de seguimiento a planes de acción derivados de: Auditoría externa HSEQ 2022 (7 Planes) Auditoría Interna 2022 (22 planes) Informe de Acreditación (54 planes) planes de autoevaluación 2023(25 planes)
PROMEDIO	91%	96%	91%	

A continuación, se presenta los indicadores de reporte obligatorio, los cuales para el año 2023 se dio cumplimiento del 100% en ellos.

RESULTADOS DE EVALUACIÓN SGSST



Las evaluaciones realizadas a través de los estándares mínimos aplicables al Sistema de Gestión de SST, revelan una tendencia favorable en cuanto a su cumplimiento, teniendo en cuenta que los últimos dos años evidencia cumplimiento del 100%, resultado que se relaciona con la destinación de recursos que han facilitado la ejecución de los planes de acción y plan anual de trabajo.

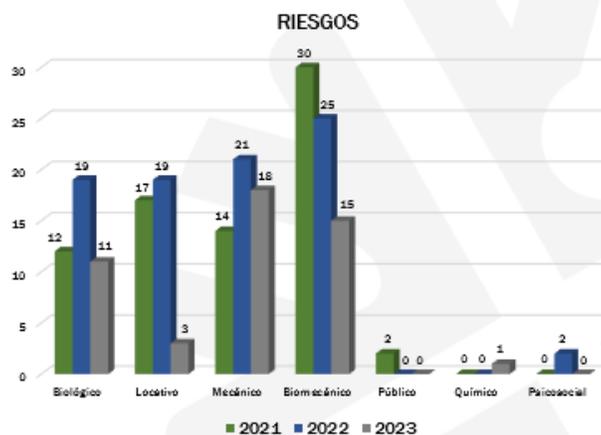
INDICADORES RESOLUCIÓN 0312 DE 2019

NOMBRE DEL INDICADOR	2021	2022	2023	INTERPRETACIÓN
Frecuencia de accidentalidad	0,6	0,7	0,3	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron menos de un accidentes de trabajo al mes
Severidad de accidentalidad	2,1	2,0	1,5	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdió 1,4 días por accidente de trabajo.
Proporción de accidentes de trabajo mortales	0	0	0	En el año, el 0% de accidentes de trabajo fueron mortales
Prevalencia de la enfermedad laboral	30	52,0	52	Por cada cien (100) trabajadores se encuentra un resultado de 52 casos enfermedades por COVID-19.
Incidencia de la enfermedad laboral	4	0	0	Por cada 100.000 trabajadores existen 0 casos nuevos de enfermedad laboral relacionadas con COVID 19
Ausentismo por causa médica	0,9	2,2	1	En el mes se perdió del 1% de días programados de trabajo por incapacidad médica

Se observa un desempeño favorable de los indicadores, entendiendo que han mantenido o disminuido sus cifras.
En el momento se cuenta con 10 casos activos de enfermedad laboral.

ACCIDENTALIDAD

MES	AÑOS		
	2021	2022	2023
Enero	5	6	6
Febrero	5	2	6
Marzo	5	7	7
Abril	3	8	3
Mayo	5	8	4
Junio	7	4	3
Julio	8	6	10
Agosto	2	8	5
Septiembre	7	11	4
Octubre	12	10	2
Noviembre	6	9	5
Diciembre	10	7	5
TOTAL	75	86	60



De acuerdo al comportamiento de la accidentalidad, se observa un mayor número de AT en servicios como Quirófano y Urgencias, esto obedece al tipo de actividades, el volumen de pacientes y número de colaboradores que hacen parte de estos servicios. Se disminuyeron los accidentes teniendo en cuenta las actividades de prevención, como las intervenciones por puestos de trabajo y el fortalecimiento de las acciones organizacionales en Seguridad del Paciente, control de infecciones, grupos primarios para la gestión de las necesidades de los grupos de trabajo y el fortalecimiento de los procesos de talento humano.



	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 20 DE: 41	

La Dra. Leidy Londoño – Prof. Esp. de Seguridad y Salud en el Trabajo, manifiesta que, cabe destacar que todos los accidentes en la institución son leves, el foco de riesgo para accidentes graves son las olimpiadas deportivas, porque no se tienen los controles adecuados, por tal razón se propone evaluar la viabilidad de suspenderlas.

3. Resultados de la evaluación del cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos.

REQUISITOS LEGALES

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

	MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO							CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
								FRSOC-036	12 DE JUNIO DE 2015	
								VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
								02	23 DE ABRIL DE 2021	
			HOJA: DE:							

IDENTIFICACIÓN								EVALUACION DE CUMPLIMIENTO				
N°	CATEGORIA	TIPO	NUMERO	AÑO	Emisor	Nombre de la legislación	N° Artículo aplicable	Descripción del artículo	Fecha	Concepto	Evidencia de cumplimiento	Responsable del cumplimiento

GESTIÓN AMBIENTAL

	MATRIZ IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS							CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
								FRAMB-055	8 DE MAYO DE 2015	
								VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
								02	15 DE AGOSTO DE 2018	
			HOJA: DE:							

N°	ASPECTO	TIPO	NUMERO	AÑO	EMISOR	NOMBRE DE LA LEGISLACIÓN	N° ARTICULO APLICABLE	DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO	TIPO (int. o ext.)	FECHA DE EVALUACIÓN	CONCEPTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO
----	---------	------	--------	-----	--------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	---------------------	----------	----------------------------	--------------------------------------

REQUISITOS LEGALES

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

NORMA	ACCIONES	AVANCE
RES 3100 (SUH)	40	39%
DEC 1011 (PAMEC)	588	93%
ISO 9001 (SCA)	5	93%
ISO 14001 (SGA)	3	69%
ISO 45001 (SGSST)	2	100%

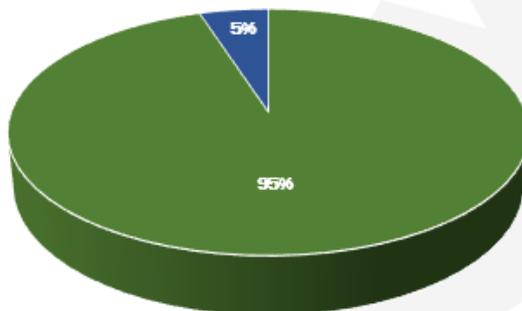


ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 21 DE: 41



EVALUACIÓN TOTAL DE REQUISITOS SGSST AÑO 2023



En total se evaluaron 511 requisitos legales de los cuales 5% se encuentran en cumplimiento parcial en los siguientes temas: sistema de ventilación Patología, obsolescencia de ascensores, equipos industriales de lavandería, control sobre los aportes a Seguridad social de los OPS , control sobre las actividades de los terceros.

La Dra. Leidy Londoño – Prof. Esp. de Seguridad y Salud en el Trabajo, menciona que el 5% de cumplimiento parcial se debe a: el nivel de concentración del formaldehído en el área de patología siendo el químico de más difícil manejo y peligroso, de acuerdo a la información suministrada por la ingeniera ambiental al respecto se adelantó una adecuación física y de equipos para mejorar la extracción, otros temas importes son: los equipos de lavandería, el control de los aportes de seguridad social de los trabajadores vinculados por OPS y el control sobre las actividades de los terceros frente al cumplimiento de la normatividad y las condiciones mínimas de seguridad que tienen que tener para desarrollar las tareas, como lo son las escaleras y los andamios que deben ser certificados.

EVALUACIÓN TOTAL DE REQUISITOS GESTIÓN AMBIENTAL

ASPECTOS AMBIENTALES	N° DE NORMAS APLICABLES	CUMPLIMIENTO
Manejo integral de residuos	89	89
Calidad de aire	28	28
Programa de sustancias químicas	24	24
Programa uso y ahorro eficiente del agua	14	14
Vertimientos	13	12
Programa uso y ahorro eficiente de energía	5	5
Recursos naturales	1	1
Otros	10	10

4. Resultados de la auditoría.

RESULTADO DE AUDITORÍAS

AUDITORÍA	PLANES DE ACCIÓN	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS	PLANES SIN INICIAR	% CUMPLIMIENTO	ANÁLISIS
Informe de Acreditación (110 hallazgos)	83	0	-	83	0%	La formulación de los planes de acción esta programado para iniciar en el mes de junio, por parte de los lideres.
Auditoría Interna 2023 (6 hallazgos)	7	4	3	-	57%	Los 3 planes abiertos pertenecen a: Consulta Externa (67%) y Urgencias (38%) por el incumplimiento en la asignación de citas y Gestión Ambiental (18%) por el incumplimiento de 5 de 6 acciones propuestas.
Auditoría externa HSEQ 2023 (3 hallazgos)	3	2	1	-	67%	El plan de acción abierto pertenece a hospitalización (guía de trasfusión sanguínea) con un 69%, teniendo en cuenta que esta pendiente la socialización de documentos actualizados

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 23 DE: 41	

La Ing. Claudia Arévalo – Prof. Esp. Calidad, menciona que el informe de acreditación 2023 generó 110 hallazgos, para lo cual se tiene previsto formular 83 planes de acción, los cuales están programados para iniciar en el mes de junio del presente año; por auditoría interna se tienen 6 hallazgos, de los cuales se formularon 7 planes de acción y se encuentran 4 de ellos cerrados, equivalentes al 57%; y en auditoría externa HSEQ 3 hallazgos, de los cuales se formularon 3 planes y ya se encuentran cerrados 2 de ellos equivalentes al 67%.

CALIDAD

RENOVACIÓN DE LAS CERTIFICACIONES:



AUDITORÍAS EXTERNAS A BANCO DE SANGRE:

- INVIMA para aplicación de herramienta de IVC con concepto técnico de CUMPLE. Se presentan únicamente 3 hallazgos para lo cuales se formulan 3 planes de acción.
- IDSN para revisión de cumplimiento de SIHEVI con cumplimiento del 100%.

AUDITORÍAS EXTERNAS DE VIGILANCIA:

- IDSN para revisión de cumplimiento de habilitación se presentaron 27 hallazgos con 40 acciones de intervención y se formuló 1 plan de mejoramiento con seguimiento hasta el mes de marzo con avance 39% dado que las enfermeras que estaban apoyando no cuentan con delegación formal.
- IDSN LSP para aplicación de herramienta de IVC de estándares de calidad para Laboratorios clínicos de la red departamental de laboratorios con cumplimiento de 95,9%

La Ing. Claudia Arévalo – Prof. Esp. Calidad, menciona que en cuanto a la auditoría externa de vigilancia por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), de los 27 hallazgos, se formuló internamente un plan de acción, el cual incluye 40 acciones.

La Dra. Sylvia Rengifo – jefe de la Oficina Asesora Jurídica, menciona que se encuentra en proceso de elaboración de estudio previo para la compra de una máquina de anestesia y 4 electro bisturís para dotar las áreas de quirófano y así dar cumplimiento a los requisitos de habilitación de acuerdo a la res 3100 del 2019.

AUDITORÍAS EXTERNAS DE EAPB

EAPB	FECHA	TEMA	PUNTAJE OBTENIDO 0/100	No DE PLANES DE ACCIÓN GENERADOS	% AVANCE	ANÁLISIS
ASMET	13/09/23	RIA MATERNO PERINATAL	100	0	No aplica	No aplica
SANIDAD MILITAR	30/11/23	AUDITORÍA DE CALIDAD	100	0	No aplica	No aplica
MALLAMAS	23/11/23	AUDITORÍA DE CALIDAD	97,3	13	67%	Se continúa observando los tiempos prolongados de asignación de citas especializadas de consulta externa, y no se garantiza la asignación por medio de teléfonos, WhatsApp, o página de internet para los usuarios que solicitan la cita, limitando la accesibilidad. Asignación de agenda que también se aplica a solicitud de citas para ayudas diagnósticas (TAC y Resonancia).
SANITAS	08/05/23	RIA MATERNO PERINATAL	89,7	24	79%	Continua con documentación pendiente de Unidad Neonatal, se continua con la ausencia de habitaciones de aislamiento (ante cámara a manera de filtro y presión del aire de acuerdo a la patología del paciente), no se ha adquirido barrera física entre camillas que permita la privacidad de las pacientes y se continua con colchoneta de mesa quirúrgica en mal estado.
ASMET	23/08/23	RIA CÁNCER	89	1	90%	Se continua avanzando en garantizar citas de cuidado paliativo y de nutrición a los pacientes nuevos que ingresan al servicio de oncología para así otorgar con un tratamiento integral, y falta articular las diferentes EAPB los casos de abandono posterior al esfuerzo institucional de mantenerlos adheridos al tratamiento

AUDITORÍAS EXTERNAS DE LA WORLD STROKE ORGANIZATION (ACV)

EAPB / ASEGURADOR	FECHA	TEMA	PUNTAJE OBTENIDO 0/100	NUMERO DE PLANES DE ACCIÓN GENERADOS	% AVANCE	ESTADO
WORLD STROKE	4-sep-23	PROGRAMA DE ACV	98	8	38%	EN GESTIÓN

AUDITORÍAS EXTERNAS DE LA REGIONAL 3 – IPS DONADORA DE ÓRGANOS

EAPB / ASEGURADOR	FECHA	TEMA	PUNTAJE OBTENIDO 0/100	NUMERO DE PLANES DE ACCIÓN GENERADOS	% AVANCE	ESTADO
REGIONAL 3	8-jun-23	IPS DONADORA DE ORGANOS	100	1	46%	EN GESTIÓN



ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 25 DE: 41



La Ing. Claudia Arévalo - Prof. Esp. Calidad, menciona que el hospital obtuvo una certificación como centro esencial y para poder llegar al siguiente nivel se debe comprar el angiografo que también se encuentra en proyecto. Según auditoría externa de la regional 3, el hospital se encuentra habilitado como IPS donadora de órganos.

5. Consulta y la participación de los trabajadores

Periodo de aplicación:	Del 28 de diciembre de 2023 al 12 de enero de 2024
Muestra:	# de participantes: 24 (66,6%) / Población: 30 Coordinadores y Líderes de proceso (100%)
Participantes:	Asistenciales: 15 (62,5%) Administrativos: 9 (37,5%)

Evaluación de Mecanismos de Capacitación y Formación en 2023



La encuesta se estructuró a partir de la evaluación de 7 estrategias, donde 1 es la mínima puntuación y significa "Muy Insatisfecho" y donde 5 es la máxima calificación y significa "Muy Satisfecho". Para identificar el resultado por cada actividad, se obtiene el promedio de 24 respuestas. Cabe mencionar que las actividades con un impacto positivo son aquellas con una valoración ≥ 4 .

Por lo anterior, el Plan de Capacitación y Formación 2024 del HUDN se encuentra estructurado a partir de los resultados de esta fuente diagnóstica, así como la articulación con los ejes del plan nacional de capacitación y formación y ejes de acreditación institucional.



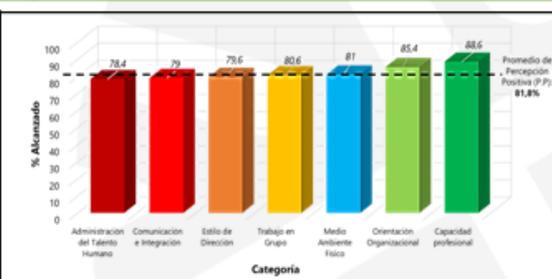
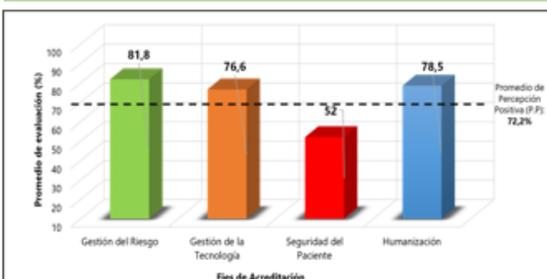
ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 26 DE: 41



Ficha Técnica: Encuesta virtual de percepción de Cultura Organizacional y Clima Laboral

Características de la Herramienta:	Digital creada mediante Google Forms Link de acceso: https://forms.gle/Eq84EBzME4wE9EM17	
Plazo de aplicación:	Del 17 al 28 de abril de 2023	
Muestra:	435 (30,8%) / Población de 1412 (100%)	
Participantes:	Asistenciales: 316 (72,6%) Administrativos: 119 (27,4%)	Nivel Asistencial: 284 (65,2%) Nivel Técnico: 18 (4,1%) Nivel Profesional: 133 (30,5%)
Nivel de confianza: 95%	Margen de error: 5%.	



En ambas evaluaciones, las categorías con la mayor percepción positiva son gestión del riesgo y capacidad profesional, debido al continuo proceso de formación y despliegue sobre temáticas relacionadas con la misión, los objetivos, las estrategias, los valores y las políticas de una entidad. Se destaca que se han realizado (2) procesos de reinducción anuales de forma masiva a todos los colaboradores. La categoría con la menor percepción positiva es Seguridad del paciente y administración del TH, probablemente debido a la falta de fortalecimiento de competencias blandas en este aspecto, así como la relación que este aspecto tiene con el estilo de dirección, donde los líderes de proceso, son los llamados a fomentar en primera instancia, el trabajo en equipo. Dichos aspectos se priorizarán en el Plan de trabajo a desarrollar en 2024.

Encuesta virtual de percepción sobre el Programa de Bienestar Social 2023

Periodo de aplicación:	Del 11 de diciembre de 2023 al 09 de enero de 2024	
Muestra:	# de participantes: 448 (30,1%) / Población: 1437 (100%)	
Participantes:	Asistenciales: 322 (72%) Administrativos: 126 (28%)	Nivel Asistencial: 309 (68,9%) Nivel Técnico: 19 (4,2%) Nivel Profesional: 120 (26,9%)



Por lo anterior, se evidencia que las actividades en color verde registran un nivel de percepción de 4 o más, lo cual indica que en promedio, los servidores públicos se encuentran "satisfechos" o "muy satisfechos" con el desarrollo de las mismas. En consecuencia, los resultados sugieren que las condiciones logísticas se pueden mantener para 2024.

Por otra parte, las actividades marcadas en color naranja, demuestran una posible alerta, toda vez que pudieron existir condiciones logísticas, comunicacionales o presupuestales que impidieron que dichas actividades alcancen un nivel de satisfacción óptimo.

Finalmente la(s) actividad(es) remarcada en color "rojo" significa que la actividad debe ser replanteada en cuanto a su ejecución logística, presupuestal o administrativa, toda vez que implica un mayor grado de insatisfacción.

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO: FRARD-019	FECHA DE ELABORACIÓN: 22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11 DE ABRIL DE 2024		
		VERSIÓN: 02	HOJA: 27 DE: 41	

6. Riesgos y oportunidades



SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS

TIPO DE RIESGOS	% CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	ANÁLISIS
CLÍNICOS	50%	Se maneja mediante el Método Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se encuentra pendiente el levantamiento de riesgos clínicos institucionales.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%	Las verificación del sistema de gestión de SST se maneja a través del comportamiento de los indicadores de la Resolución 0312 de 2019 y los indicadores trimestrales del POA. Se ha demostrado un cumplimiento de estos indicadores en un 100%
GESTIÓN AMBIENTAL	67%	El cumplimiento se relaciona con los indicadores de Gestión Ambiental, por lo cual no se alcanza el 100% porque no se cumplen todos los indicadores.
SARLAFT	100%	Se le realiza seguimiento diario y se reporta mensualmente a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)
CORRUPCIÓN	100%	Dando cumplimiento al decreto 612 de 2018, el HUDN cuenta con su respectiva matriz de corrupción.
SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	50%	En el año 2023, posterior al evento presentado en el mes de abril, se empezó con la creación de la matriz perteneciente a Seguridad de la Información, bajo la Metodología de Análisis y Gestión de Riesgos de los Sistemas de Información (MAGERIT), el cual esta el proceso.
PROCESO	100%	Se maneja mediante la metodología de la V6 del DAFF, se cuenta con 126 riesgos, realizando seguimiento cuatrimestral.

Valeria Gálvez de la oficina de planeación, menciona que las tipologías de riesgos que están en rojo, presentan un avance inferior al 100%, ocasionado por el incumplimiento de algunos indicadores asociados. Por recomendación de acreditación se debe realizar un levantamiento de riesgos clínicos institucionales, En cuanto a



ACTA DE REUNION

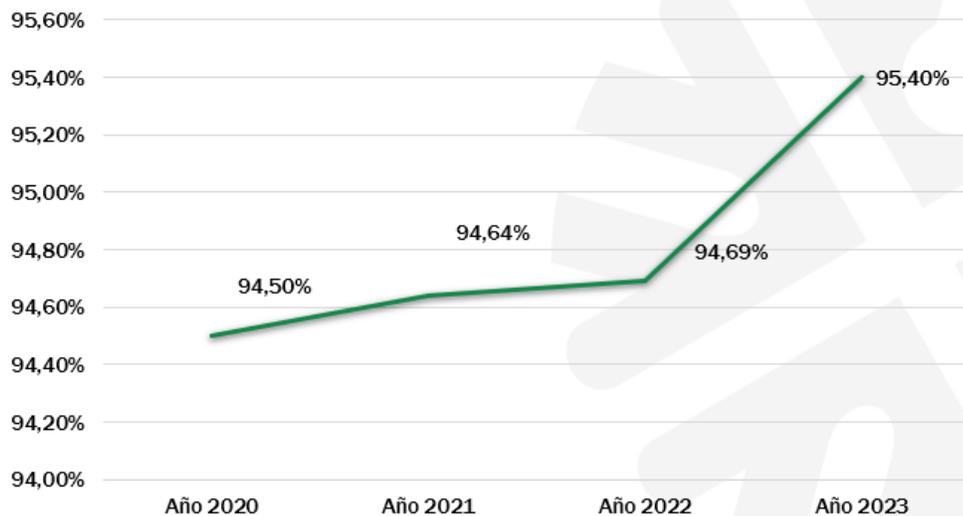
CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 28 DE: 41



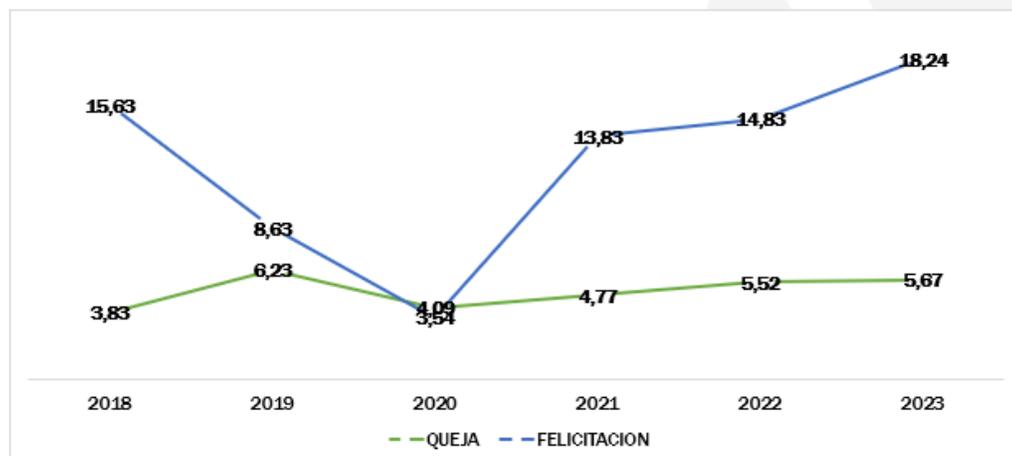
los riesgos de Gestión Ambiental, el incumplimiento se debe a que no se alcanza el 100% en los indicadores del proceso, y en cuanto a los riesgos de Seguridad de la información, se encuentran en proceso de creación, hasta el momento se cuentan con los activos de información.

7. Satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes; (ISO 9001:2015)

SATISFACCIÓN GLOBAL HUDN COMPARATIVO AÑOS 2020 A 2023



COMPARATIVO DE QUEJAS Y FELICITACIONES AÑOS 2018 A 2023

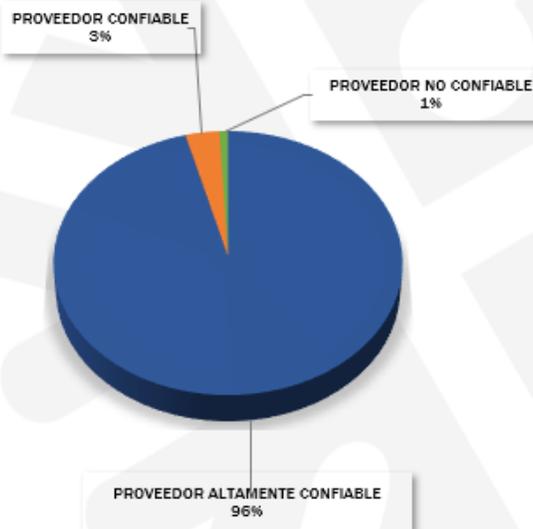


Lo anterior representa las manifestaciones de los usuarios a través de quejas y felicitaciones, se toma el dato de acuerdo a la tasa por mil pacientes atendidos, por tanto para el año 2023 por cada mil pacientes atendidos 18,24 presentan felicitaciones y para las quejas por cada mil pacientes atendidos 5,67 se manifiestan solicitando una mejora en la prestación del servicio

8. Desempeño de los proveedores externos; (ISO 9001:2015)

PROCESO	TOTAL CONTRATOS SUPERVISADOS	PROVEEDOR ALTAMENTE CONFIABLE	PROVEEDOR CONFIABLE	PROVEEDOR NO CONFIABLE
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	3	3		
GESTIÓN AMBIENTAL	4	4		
TALENTO HUMANO	9	9		
APOYO LOGÍSTICO	7	7		
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	12	10	1	1
MANTENIMIENTO	19	19		
INFRAESTRUCTURA	3	3		
AYUDAS DIAGNOSTICAS	25	25		
SERVICIO FARMACÉUTICO	24	21	3	
QUIRÓFANOS Y GINECOBSTETRICIA	6	6		
BANCO DE LECHE HUMANA	9	9		
TOTAL	121	116	4	1

PROVEEDORES



PROVEEDOR NO CONFIABLE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

# CONTRATO	PROVEEDOR	OBJETO CONTRACTUAL	% EVALUACIÓN
063.CD.2023	SISTEMAS Y ASESORIAS DE COLOMBIA SYAC	Contratar la prestación del servicio de mantenimiento, actualizaciones, soporte, horas de desarrollo del software dinámica gerencial y atención presencial para atender solicitudes del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. por parte de personal calificado, conforme a la propuesta presentada por la empresa sistemas y asesorías de Colombia S.A - SYAC S.A	55%

De acuerdo al procedimiento PRABA-006 V05, el cual menciona que la evaluación de proveedores se debe realizar así: con puntaje mayor o igual a 90 puntos, el proveedor es altamente confiable, entre 70 y 89 puntos, es confiable y menor a 70 puntos es no confiable. Teniendo en cuenta lo anterior, cabe mencionar que de un total de 121 contratos supervisados por las diferentes áreas del HUDN, 1 de ellos esta catalogado como no confiable,

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 30 DE: 41	

perteneciente al proveedor de Sistemas y Asesorías de Colombia (SYAC), el cual obtuvo un 55% en la evaluación que realizan desde el proceso de Gestión de la Información.

El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que, por solicitud de junta se está pensando en migrar a un nuevo sistema de información, para lo cual se debe seleccionar un buen proveedor, un buen sistema de información y un proceso de planeación muy bueno para la transición.

E. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA MANTENER UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG) EFICAZ

ADECUACIÓN DE RECURSOS ISO 9001:2015 AÑO 2023

ACTIVIDAD	RECURSOS	OBSERVACIÓN
Personal	\$115.689.600	Personal de apoyo OPS
Auditoría SUA	\$86.551.965	
Auditoría interna HSEQ	\$ 16.000.000	
Auditoría externa HSEQ	\$22.763.712	
TOTAL	\$ 241.005.277	

El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, manifiesta que para la vigencia 2024, se debe analizar la viabilidad de entrenar a los auditores internos HSEQ.



ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 31 DE: 41



ADECUACIÓN DE RECURSOS ISO 14001:2015 AÑO 2023

ACTIVIDAD	RECURSOS	OBSERVACIÓN
Servicios Técnicos Ambientales	\$ 32.285.100	1 Profesional de apoyo
Manejo integrado de plagas - 019-S.S.C.2023	\$21.745.763	
Manejo integral de residuos peligrosos - 009.S.S.O.2023	\$ 184.998.963	
Contrato toma de muestras, procesamiento, análisis y entrega de resultados para el control de calidad de agua, agua remanente del proceso de hemodiálisis y central de esterilización, control de calidad de superficies, control de calidad de alimentos preparados e indicadores biológicos. - 026.S.S.C.2023	\$27.630.842	
Toma de muestras, procesamiento, análisis y entrega de resultados para caracterización de vertimientos de aguas residuales no domésticas - 054-S.S.C.2023	\$ 4.686.000	
TOTAL	\$ 271.346.668	

Camila Santacruz - ingeniera ambiental - menciona que el manejo de residuos peligrosos en el contrato con EMAS, el contrato 026.S.S.C.2023 pertenece a un seguimiento a la calidad de agua potable, alimentos de nutrición, alimentos de cafetería, limpieza de superficies, teniendo en cuenta que por la licencia debemos enviar indicadores biológicos a Corponariño mensualmente, aquí se hace la muestra y el hace el análisis. Y el contrato 054-S.S.C.2023 pertenece a la caracterización de vertimientos de aguas residuales.

ADECUACIÓN DE RECURSOS ISO 45001:2018 AÑO 2023

CONTRATO	OBJETO	INVERSIÓN
007-SSC-2023	Prestación del servicio profesional de medicina laboral	\$110.295.240
0002-S.S.C.2023	servicio de dosimetría cuerpo entero cristalino	\$36.933.675
046-S.S.C.2023	Recarga y mantenimiento extintores	\$18.411.254
	Servicios profesionales de Terapeuta Ocupacional	\$35.242.911
TOTAL		\$200.883.080

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 32 DE: 41	

Dra. Leidy Londoño – Prof. Esp. de Seguridad y Salud en el Trabajo, menciona que faltaría incluir los 450 millones de retorno a la inversión por parte de la ARL.

Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad (OPS), menciona que, como se puede evidenciar anteriormente, los tres sistemas (ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018) superan la inversión de 600 millones de pesos

F. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y LAS OPORTUNIDADES; (ISO 9001:2015)

MATERIALIZACIÓN RIESGOS HUDN

Para el cierre de la vigencia 2023, se contó con 126 riesgos por proceso institucional, de los cuales 5 de ellos equivalentes al 4% se materializaron. Así:

En el primer trimestre del año, se materializaron 3 riesgos pertenecientes a Gestión de la Información, esto se dio a partir del daño presentado en la restauración de la base de datos del sistema DGH en la última semana de abril (2023). Y para el último trimestre del año, desde la Oficina de Control Interno de Gestión, en un “informe de seguimiento Coomeva”, se identificaron dos riesgos materializados, pertenecientes a proceso de Jurídica y al subproceso de Cartera

Teniendo en cuenta lo anterior, se tomaron las siguientes acciones:

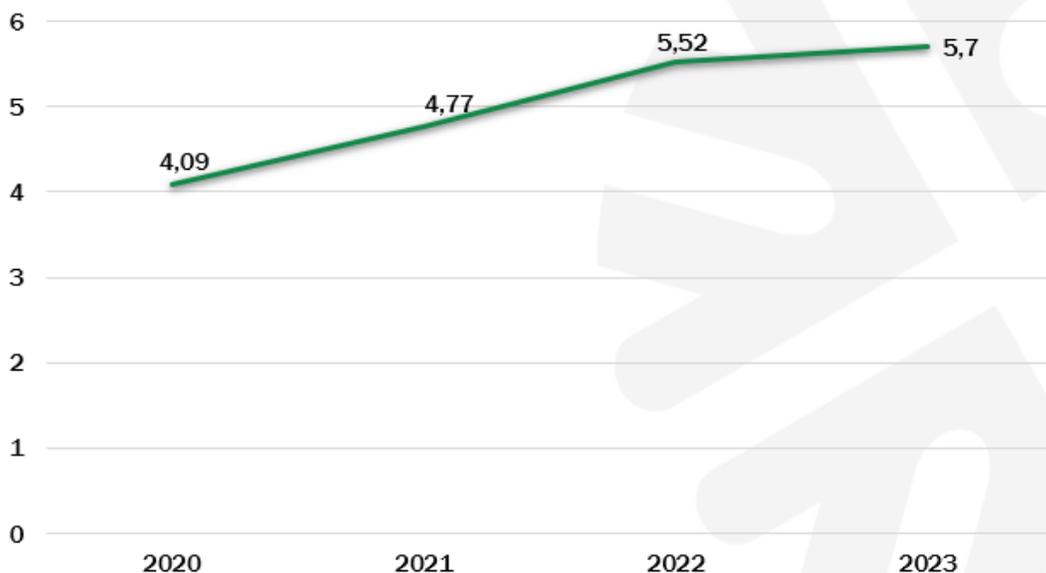
- Realizar análisis en conjunto con el área que se presentó la materialización del o los riesgos.
- Solicitar y documentar mediante plan de acción institucional las acciones correctivas.
- Actualizar riesgos o controles, según lo requiera.
- Realizar seguimiento al plan de acción y a la matriz de riesgos periódicamente.

Valeria Gálvez – del área de planeación y calidad, menciona que la materialización de los tres riesgos pertenecientes a Gestión de la Información se debió a la caída del sistema de información DGH, lo cual ocurrió en el mes de abril del año 2023. Los dos últimos riesgos fueron materializados y realizado el seguimiento mediante un informe de seguimiento en auditoría por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

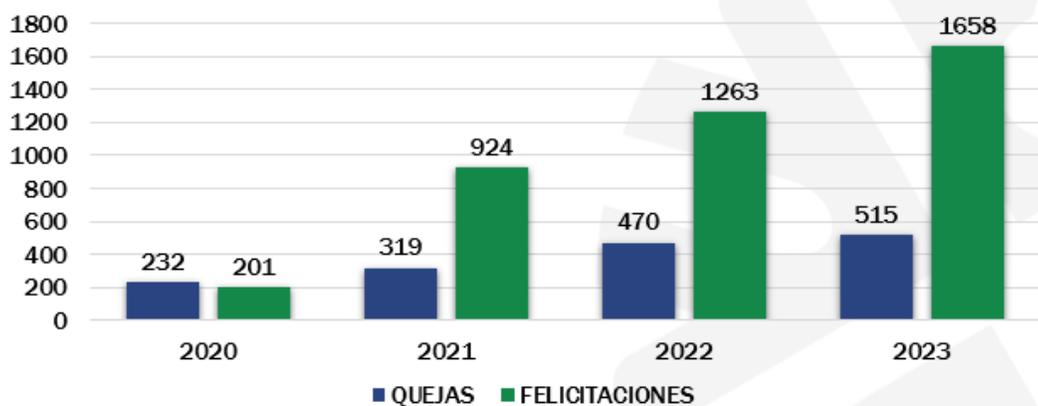
El Dr. Omar Córdoba – jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión, menciona que para el caso de Gestión de la Información se abrieron tres procesos disciplinarios, teniendo en cuenta que no se contaba con las copias de seguridad y lo que quedó fueron los documentos físicos. Pero no sabemos que tanto se perdió.

G. COMUNICACIONES PERTINENTES CON LAS PARTES INTERESADAS, INCLUIDAS LAS QUEJAS; (ISO 14001:2015)

COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE QUEJAS EN LOS AÑOS 2020 A 2023 DE ACUERDO A LA POBLACIÓN ATENDIDA



COMPORTAMIENTO QUEJAS VS FELICITACIONES AÑOS 2020 A 2023



	2020	2021	2022	2023
QUEJAS	54%	26%	27%	24%
FELICITACIONES	46%	74%	73%	76%

Se puede evidenciar la disminución de quejas y el aumento de felicitaciones a través de los años, lo cual es positivo para la institución. Siendo esto un indicador de satisfacción.

H. OPORTUNIDADES DE MEJORA CONTINUA.

PROYECTO: realizar el mejoramiento del área de consulta externa del servicio de **oncología**.
\$ 90.149.901



PROYECTO: rehabilitación de la **fachada** de la torre complementaria.
\$ 86.201.726

PROYECTO: mejoramiento de la **movilidad vehicular** en el interior.
\$ 98.383.006



PROYECTO: mejoramiento del sistema de aire acondicionado y ventilación para el laboratorio **patología** al interior del hospital.
\$ 106.741.414

PROYECTO: adecuaciones de infraestructura física para la instalación de nueva **planta eléctrica**.
\$ 71.937.515



PROYECTO: remodelación de la unidad de **cardiología** no invasiva en el segundo piso.
\$ 718.964.588

PROYECTO: adecuación física para la ampliación del área de **hospitalización** en el segundo piso.
\$ 858.709.324



PROYECTO: adecuación del taller de carpintería de **mantenimiento**.
\$ 286.081.320



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 35 DE: 41



PROYECTO: compraventa, instalación y puesta en funcionamiento de UPS como sistema de respaldo eléctrico de los servicios de **cardiología** y ampliación.
\$ 37.600.000



PROYECTO: mantenimiento preventivo y correctivo de la superficie total de **cubiertas**.
\$ 186.708.765

PROYECTO: mantenimiento preventivo, correctivo y pintura total de la **fachada exterior**.
\$ 477.149.202



PROYECTO: adecuaciones locativas para la instalación de **UPS** de respaldo al interior del hospital.
\$ 61.699.578



VALOR TOTAL DE PROYECTOS: \$ 3.080.326.339

Los anteriores proyectos fueron finalizados en el año 2023, con un total de 3.080.326.339, siendo esto positivo en cuanto a la gestión de recursos y realizando adecuaciones tanto internas como externas del hospital.

PROYECTO AMPLIACIÓN HUDN



	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
		HOJA: 36 DE: 41		

Valeria Gálvez – del área de planeación, menciona que esta fue una idea de proyecto que se realizo en conjunto con los practicantes de arquitectura de la Universidad de Nariño.



CENTRO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS DE EXTREMADURA



Hospital Universitario Ramón y Cajal



Hospital Universitario de Jaén

COMISIÓN AL EXTERIOR

Convenio




CONVENIO DE COOPERACIÓN ESPECIAL DE PROYECTO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN No. CDT_2024_001, CELEBRADO ENTRE LA FUNDACIÓN CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN CIENCIAS APLICADAS "CIDTCA" Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

Entre los suscritos a saber: Por una parte, **RUBIELA MARIBEL ROSERO BENAVIDES**, identificada con cédula de ciudadanía No. 27.381563 expedida en Potosí (N) mayor de edad, domiciliado en Pasto (N), quien actúa en este acto en calidad de representante legal de **LA FUNDACIÓN CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN CIENCIAS APLICADAS "CIDTCA"**, entidad sin ánimo de lucro constituida bajo las leyes de Colombia, domiciliada en Pasto, Nariño, identificada con NIT. 900837776-4, quien en adelante se denominará **CIDTCA**, y **ANTONIO JOSÉ VEIRA DEL CASTILLO** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 16748051, quien actúa en calidad de gerente del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.**, entidad de derecho público con categoría especial, descentralizada por servicios del orden departamental, según acto de creación mediante Ordenanza 067 de 1994 y reorganizada mediante Ordenanza 023 de 2004, identificada con Nit 891.200.528-8, quien en adelante se denominará **HUDN**, hemos convenido celebrar el presente Convenio de Cooperación Especial del Proyecto de Ciencia, Tecnología e Innovación denominada "FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE DESARROLLO TECNOLÓGICO PARA INNOVACIÓN Y COMPETITIVIDAD REGIONAL CENTIR PARA LA TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA DE CTEI A LOS SECTORES PRODUCTIVOS Y SOCIALES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO" con código BPIN No. 2021000100437, fundamentado en las consideraciones y cláusulas que más adelante se señalan:

Clausula 3ª






9. Como parte del proceso de fortalecimiento del Centro de Desarrollo Tecnológico - CIDTCA se creará una unidad de gestión de proyectos de I+D+i cuya operación se realizará en forma conjunta con el Hospital Universitario Departamental de Nariño - HUDN cuyo propósito será la estructuración, ejecución y operación de proyectos asociados al sector salud. Los lineamientos de la creación y operación de la Unidad será liderada por la oficina de docencia e investigación del HUDN conjuntamente con la dirección técnica de CIDTCA, para lo cual se generará un ruta de trabajo y lineamientos de operación de la Unidad de proyectos para la promover la generación de proyectos de carácter científico y tecnológico.

Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad (OPS), menciona que, este convenio que tenemos con el Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Ciencias Aplicadas (DIDTCA) permite que el Dr. Antonio Veira – Gerente del HUDN, viaje al exterior a hacer una referenciación internacional con unos hospitales y centros de investigación de Europa.

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 37 DE: 41	

LAS SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEBEN INCLUIR LAS DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON:

1. Oportunidades de mejora continua y necesidades de recursos.

El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad menciona que, a continuación, se presentaran los compromisos para la siguiente vigencia, con su respectiva asignación de responsables y de recursos.

COMPROMISOS	RESPONSABLES	RECURSOS
Implementar las acciones tendientes al cumplimiento de cambio climático	Coordinador de Emergencias Profesional Gestión Ambiental	No
Fortalecer el conocimiento técnico del equipo auditor en HSEQ y del equipo auditor de habilitación	Gerencia Talento humano Oficina Asesora de planeación	SI
Iniciar con la operatividad del equipo auditor institucional	Talento humano Oficina Asesora de planeación	No
Se considera pertinente realizar actualización del Contexto estratégico (Matriz DOFA), y plataforma estratégica teniendo en cuenta los cambios de la alta dirección y del plan de direccionamiento estratégico	Gerencia Oficina Asesora de planeación	No
Formular planes de acción y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora de acreditación	Líderes de procesos Oficina Asesora de planeación	No
Realizar mesas de trabajo que permitan realizar revisión de los indicadores de gestión especialmente, aquellos procesos que tienen pendiente su actualización.	Líderes de procesos Oficina Asesora de planeación	No
Realizar actividades de sensibilización que permitan fortalecer los conocimientos sobre el Sistema Integrado de Gestión de la Institución.	Oficina Asesora de planeación Talento humano	No



ACTA DE REUNION

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	11 DE ABRIL DE 2024
	HOJA: 38 DE: 41



COMPROMISOS	RESPONSABLES	RECURSOS
Incrementar el porcentaje de cobertura en educación ambiental tanto en cliente interno y externo, generando jornadas de capacitación y sensibilización en cultura ambiental	GESTIÓN AMBIENTAL Y LIDERES DE PROCESOS	SI
Generar estrategias para mejorar la segregación de residuos con el fin de disminuir porcentaje de residuos peligrosos y residuos no aprovechables e incrementar procesos de recirculación de materiales e insumos.	GESTIÓN AMBIENTAL Y LIDERES DE PROCESOS	SI
Generar espacios de capacitación y sensibilización con el fin de tener un mayor control el uso, manejo y disposición final de sustancias químicas	GESTIÓN AMBIENTAL Y LIDERES DE PROCESOS	SI
Gestionar proyecto piloto de investigación, para tratamiento de aguas residuales, que permita dar cumplimiento a los límites máximos permisibles de vertimientos	ALTA DIRECCIÓN, PLANEACIÓN, RECURSOS FÍSICOS, GESTIÓN AMBIENTAL	SI
COMPROMISOS	RESPONSABLES	RECURSOS
Actualizar la documentación que haya cumplido su tiempo de vigencia.	SST	SI
Continuar promoviendo la implementación de los controles frente a los riesgos identificados mediante la ejecución del plan de trabajo propuesto para la vigencia.	SST / Lideres de proceso.	SI
Fortalecer la toma de conciencia frente a los roles y responsabilidades del SIG asignados a los líderes de proceso.	Alta dirección, Planeación, Lideres SIG	SI

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 39 DE: 41	

2. Necesidades de cambio en el SIG.

ACCIONES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA ENMIENDA DE NORMAS ISO

- 1 Actualizar el análisis del contexto, donde se incluya lo relacionado con cambio climático
- 2 Programar simulacros de emergencia de acuerdo al análisis actualizado
- 3 Actualizar del análisis de vulnerabilidad institucional
- 4 Programar simulacros de emergencia de acuerdo al análisis actualizado
- 5 Implementar acciones según los lineamientos de la Circular Externa No 023, emitida por la Secretaria Municipal de Salud de Pasto
- 6 Implementar plan de contingencia por fenómeno del niño
- 7 Supervisar actividades de mantenimiento preventivo y correctivo de elementos de drenaje

El Ing. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad, menciona que, en cuanto a cambios, la enmienda de normas ISO va a generar un ajuste al análisis del contexto y ahí están plasmadas unas actividades que recomiendan hacer desde ICONTEC.

3. Conclusiones sobre la conveniencia, adecuación y eficacia continuas del SIG.

ADECUACIÓN	CONVENIENCIA	EFICACIA
<p>El SIG está adecuado al cumplimiento de requisitos de HSEQ y de acreditación, sin embargo está pendiente la implementación de planes de acción de acreditación 2023</p>	<p>Se requiere actualizar el contexto al nuevo Plan de Desarrollo Institucional, vigencia 2024-2028 y alinearlo al SIG</p>	<p>Teniendo en cuenta los resultados de PAMEC 93%, HSEQ interna 71% y HSEQ Externa 90%, la eficacia del SIG estaría en el 85% de cumplimiento</p>

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 40 DE: 41	

El ng. Luis Mueses – Prof. Esp. Planeación y Calidad (OPS), menciona que, en cuanto a conclusiones, en el tema de adecuación se demuestra que hay un cumplimiento de requisitos y se debe implementar planes de acción de acreditación, en conveniencia, una vez actualizado el plan de desarrollo se debe migrar a los nuevos objetivos, y en términos de eficacia se tiene 93% de cumplimiento de PAMEC, 71% cumplimiento en auditorías internas y 90% en auditoría externa.

Siendo las 6:00 p.m. se da por finalizada la reunión de revisión por dirección y se plantearon los siguientes compromisos:

4. COMPROMISOS PARA LA SIGUIENTE VIGENCIA		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Analizar si los objetivos ambientales y de SST se mantienen para la siguiente vigencia	SST Gestión Ambiental	2024/2025
Realizar estudio de cargas laborales	Alta Dirección	2024/2025
Implementar las acciones tendientes al cumplimiento de cambio climático	Coordinador de Emergencias Profesional Gestión Ambiental	2024/2025
Fortalecer el conocimiento técnico del equipo auditor en HSEQ y del equipo auditor de habilitación	Gerencia Talento humano Oficina Asesora de Planeación	2024/2025
Iniciar con la operatividad del equipo auditor institucional	Talento humano Oficina Asesora de Planeación	2024/2025
Se considera pertinente realizar actualización del Contexto estratégico (Matriz DOFA), y plataforma estratégica teniendo en cuenta los cambios de la alta dirección y del plan de direccionamiento estratégico	Gerencia Oficina Asesora de Planeación	2024/2025
Formular planes de acción y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora de acreditación	Líderes de procesos Oficina Asesora de Planeación	2024/2025
Realizar mesas de trabajo que permitan realizar revisión de los indicadores de gestión especialmente, aquellos procesos que tienen pendiente su actualización.	Líderes de procesos Oficina Asesora de planeación	2024/2025
Realizar actividades de sensibilización que permitan fortalecer los conocimientos sobre el Sistema Integrado de Gestión de la Institución.	Oficina Asesora de Planeación Talento humano	2024/2025
Incrementar el porcentaje de cobertura en educación ambiental tanto en cliente interno y externo, generando jornadas de capacitación y sensibilización en cultura ambiental	Gestión Ambiental Líderes de procesos	2024/2025
Generar estrategias para mejorar la segregación de residuos con el fin de disminuir porcentaje de residuos peligrosos y residuos no aprovechables e incrementar procesos de recirculación de materiales e insumos.	Gestión Ambiental Líderes de procesos	2024/2025
Generar espacios de capacitación y sensibilización con el fin de tener un mayor control el uso, manejo y disposición final de sustancias químicas	Gestión Ambiental Líderes de procesos	2024/2025
Gestionar proyecto piloto de investigación, para tratamiento de aguas residuales, que permita dar cumplimiento a los límites máximos permisibles de vertimientos	Alta dirección Oficina Asesora de Planeación Recursos Físicos Gestión Ambiental	2024/2025
Actualizar la documentación que haya cumplido su tiempo de vigencia.	Seguridad y Salud en el Trabajo	2024/2025

	ACTA DE REUNION	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		02	11 DE ABRIL DE 2024	
			HOJA: 41 DE: 41	

Continuar promoviendo la implementación de los controles frente a los riesgos identificados mediante la ejecución del plan de trabajo propuesto para la vigencia.	Seguridad y Salud en el Trabajo Lideres de proceso	2024/2025
Fortalecer la toma de conciencia frente a los roles y responsabilidades del SIG asignados a los lideres de proceso.	Alta dirección Oficina Asesora de Planeación SIG	2024/2025

ANEXOS

- 1.** Lista de asistencia de reunión - Revisión por Dirección vigencia 2023

FIRMA DE LOS ASISTENTES	
ASISTENTE	FIRMA

	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, INDUCCIÓN, FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRRHU-026	12 de Noviembre de 2006	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		03	05 de Junio de 2015 HOJA: 1 DE: 1	

TEMA:	Reunión Revisión por la Dirección del SIG - vigencia 2023		
FECHA:	05 Junio 2024	HORA DE INICIO:	3:00 PM
RESPONSABLE:	Oficina Asesora de Planeación		

No.	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA DE TRABAJO	FIRMA
1	Milena Muñoz Ochoa	59310194	Ayudo	Sub. salud/C	<i>[Signature]</i>
2	Byron E. Rivas M	1299103	PIOF ESP	Aud. Médico	<i>[Signature]</i>
3	Orma Lizandra Salas	12578620	Asesor	Cont. Inf	<i>[Signature]</i>
4	Claudia Arévalo Caicedo	43.25.605	Prof. Calidad	Planeación	<i>[Signature]</i>
5	Sylvia Benigno	27.14597	Asesora Jurídica	Jurídica	<i>[Signature]</i>
6	Antonio Venk	0674891	Gerente	Gerente	<i>[Signature]</i>
7	German Efraim Vilota	6104987	Subgerente	Subgerente	<i>[Signature]</i>
8	Leidy Lombardo	59310636	Prof. Esp.	SST	Leidy Lombardo
9	M ^{te} Camila Santacruz B.	1.233.189.081	Ing. Ambiental	G. Ambiental	Camila B
10	JAME ANTONIO CORTE	13017054	Subj	Subj	<i>[Signature]</i>
11	Valeria Galvez Burgos	1193461567	Contabilista	Planeación	<i>[Signature]</i>
12	Luis Antonio Mueses C.	711517259	Prof. Calidad	Planeación	<i>[Signature]</i>
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					