

REUNIÓN	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO	ACTA No. Lleve un consecutivo de las Actas de reunión realizadas, codificar	
FECHA	2 de noviembre de 2022	HORA DE INICIO	2:30PM
LUGAR	SALA DE JUNTAS	HORA FINAL	4:40 PM

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

AVANCES AL PLAN DE ACION DE MIPG, CRONOGRAMAS DEL DECRETO 612 DE 2018 Y AL PLAN ANTICORRUPCION CORTE SEPTIEMBRE DE 2022

TEMAS A TRATAR

1	Avance de actividades del plan de Acción de mipg vigencia 2022
2	Exposición por cada uno de los responsables de las políticas
3	Avance de actividades del plan de Acción de Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2022v3
4	Exposición por cada uno de los responsables de los componentes
5	Exposición de las actividades involucradas en el cronograma del Decreto 612 de 2018
6	Compromisos del Acta Anterior

REVISIÓN DE COMPROMISOS ACTA ANTERIOR: APLICA

NO APLICA

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

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

Desarrollo de la reunión

1. Verificación del quórum
2. Seguimiento del III trimestre del Plan de Acción de MIPG
3. Seguimiento del III trimestre del Plan de Acción de PAAC
4. Seguimiento a los cronogramas del D. 612- MIPG
5. Seguimiento a los Compromisos del Acta Anterior

1. El procedió a verificar el quórum del Comité.

Dr. Edgar Silvio Sánchez Villegas- Gerente

Ing. Leonardo Duarte Díaz- Jefe de la Oficina Asesora de planeación y Garantía de la calidad

Dra. Neidy Tinjacá- Asesora Jurídica- Asistencia virtual

Dra. Liliana Cepeda- Directora Científica Delega a Claudia Reyes-

Dra. Sandra Rodríguez- Directora Administrativa

Dr. José Jaime Pinzón – Director Financiero

Dra. Martha González- Subdirectora de Desarrollo Humano

Dra. Luz Dary - Subdirectora de Personal

Dra. Marisol Garavito- Subdirectora de Defensoría al Usuario

Dra. Nubia Guerrero- Directora de Atención al Usuario

Ing. Alfredo Téllez- Subdirector de Sistemas

Dr. Jairo Castro Director Hospital regional de Zipaquirá – Asistencia Virtual

Dra. Ana Carolina Serna- Coordinadora del Unidad funcional de Zipaquirá – Asistencia Virtual

Dra. Yetica Hernández – Oficina de control Interno- Asistencia virtual

Invitados:

Dr. William Rodríguez- Oficina de planeación y Garantía de la Calidad

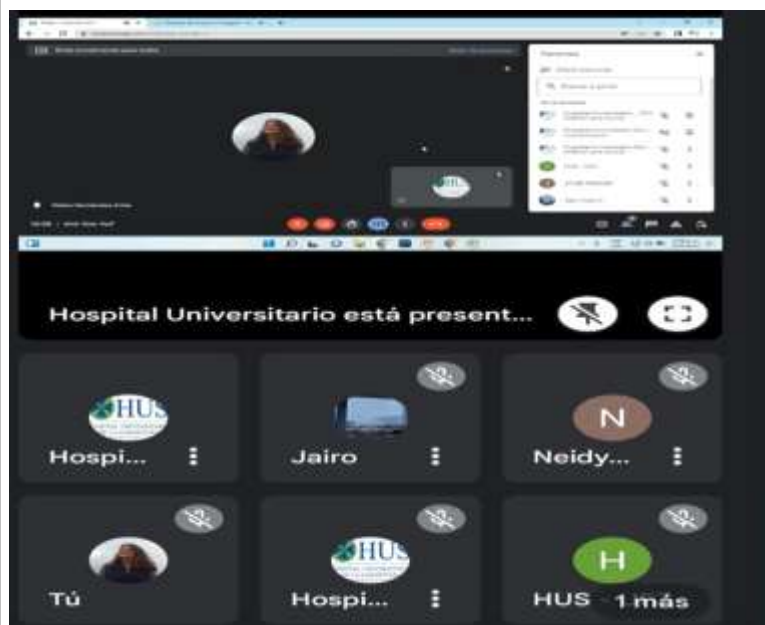
Dr. Mauricio O'Byrne - Subdirector Científico de HRZ

Dr. Francisco Avellaneda- Subdirector Científico de la UFZ

Dr Yulieth Ximena Montes Ruiz- Lider Siau UFZ

Dr. Jaime Ortiz -Lider Siau de HRZ

Dr. Francisco Colorado- Referente de Riesgos



La Señora Clara García comenta que el desarrollo de la socialización de los temas se hará de acuerdo al orden de las actividades contempladas en el trimestre de julio a septiembre, sin embargo, aclara que para esta reunión no se socializará componente de Rendición de cuentas que hace parte del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, por cuanto se realizó en la reunión anterior.

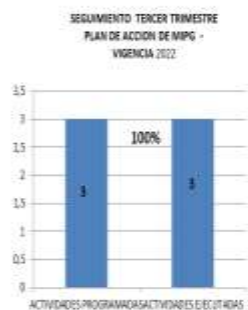
2. INFORME CONSOLIDADO DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2022 DE MIPG



Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

mipg
2022

3. SEGUIMIENTO DEL III TRIMESTRE DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG



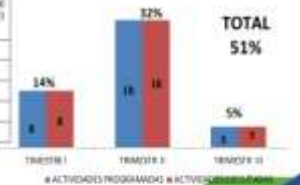
Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

mipg
2022

3. SEGUIMIENTO DEL III TRIMESTRE DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG

PERIODO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE PERIODO	PORCENTAJE ACUMULADO
TRIMESTRE I	8	8	100%	100%
TRIMESTRE II	18	18	100%	100%
TRIMESTRE III	3	3	100%	100%
CUATRO IV	0	0	0%	0%
TOTAL	29	29	100%	100%

AVANCE DEL PLAN DE ACCIÓN
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
VIGENCIA 2022



3. SEGUIMIENTO DEL III TRIMESTRE DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG

1. POLITICA DE INTEGRIDAD

- Seguimiento a la publicación de Bienes y Rentas y Conflicto de Intereses de los funcionarios públicos

2. POLITICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO

- Análisis de los Indicadores de Res 256 de las tres sedes

3. GESTION DOCUMENTAL

Implementación del sistema integrado de conservación

POLITICA DE INTEGRIDAD

Realizar seguimiento a la publicación de la declaración de bienes y renta y conflicto de interés

Declaración de Bienes y Renta

- Total de funcionarios que deben declarar: 291
- Total de funcionarios que ya declararon: 237
- Funcionarios faltantes por declaración (No vencimiento): 54
- **Cumplimiento en declaración: 81% de reporte a III Trimestre 2022**

Declaración Conflicto de Interés

- Total de funcionarios que deben reportar: 26 Gerentes Públicos
- Total de funcionarios oficiados y sujetos de seguimiento para el reporte: 21
- Total de funcionarios que ya reportaron: 11
- Funcionarios faltantes por reportar (No vencimiento): 15 Gerentes Públicos
- **Cumplimiento en reporte: 42% de reporte a III Trimestre 2022**

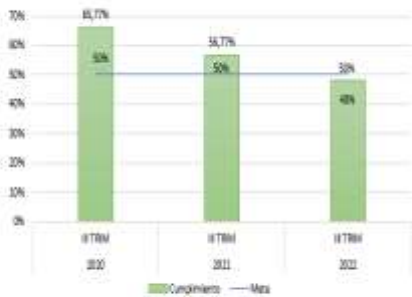


EVALUACION DE DESEMPEÑO- INDICADORES HRZ III TRIMESTRE

Proporción de partos por cesárea

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Domini	Código	Indicador						
Efectividad de la atención	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	50%	48,17%	56,77%	65,77%	NA	NA

P.1.3 PROPORCIÓN DE PARTOS POR CESÁREA

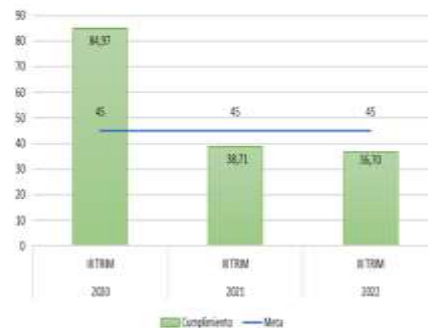


La proporción de cesáreas evidenció para el tercer trimestre 2022 una variación negativa del 10% con relación al mismo periodo del 2021 por incremento de referencias del área de influencia para mediana complejidad e incremento de las atenciones por urgencias obstétricas sin alto riesgo obstétrico, que se presentaron como consecuencia de la demanda espontánea, generando mayor proporción de partos vaginales. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de mortalidad perinatal

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Domini	Código	Indicador						
Efectividad de la atención	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	45	36,70	38,71	84,57	NA	NA

P.1.4 TASA DE MORTALIDAD PERINATAL

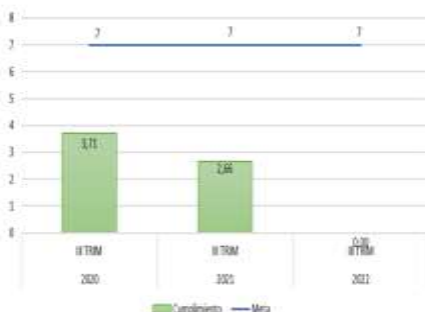


La tasa de mortalidad perinatal evidenció para el tercer trimestre 2022 una variación negativa del 5,2% con relación al mismo periodo del 2021 por el incremento de atenciones en urgencias obstétricas por demanda espontánea y referencias originadas en el área de influencia orientadas a la mediana complejidad sin alto riesgo obstétrico. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.2	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	7	0,36	2,66	3,71	NA	NA

P.2.2 TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER (ISTU-AC)

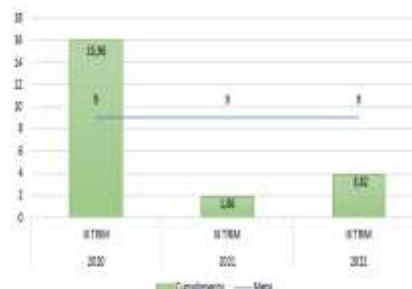


La tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter presentó variación negativa del 100% comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis debido a adherencia a los protocolos institucionales principalmente a la técnica del procedimiento y y mantenimiento del dispositivo unidos a la estrategia multimodal de lavado de manos. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC)

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.3	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC)	9	3,81	1,88	11,94	NA	NA

P.2.3 TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER (ITS-AC)



La tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter presentó variación positiva del 196% comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Esta condición se dio principalmente por incremento en la complejidad de las patologías, incremento en las atenciones de urgencias y la ocupación en hospitalización y alta rotación de personal en hospitalización. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de endometritis pos cesárea

Proporción de endometritis pos parto vaginal

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.5	Proporción de endometritis pos cesárea	5%	0,00%	0,00%	0,00%	NA	NA

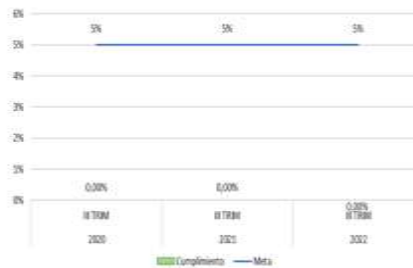
P.2.5 PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS CESÁREA



La proporción de endometritis postcesárea no presentó variación comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis. Es evidente la adherencia a protocolos institucionales, técnicas quirúrgicas y lavado de manos. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.4	Proporción de endometritis pos parto vaginal	5%	0,00%	0,00%	0,00%	NA	NA

P.2.4 PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS PARTO VAGINAL

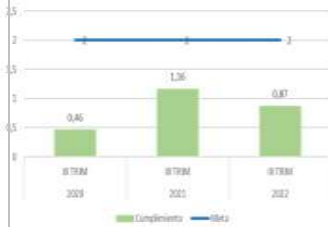


La proporción de endometritis postparto vaginal no presentó variación comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis. Es evidente la adherencia a protocolos institucionales, técnicas asépticas y lavado de manos. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	2	0,87	1,26	0,45	NA	NA

P.2.6 TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

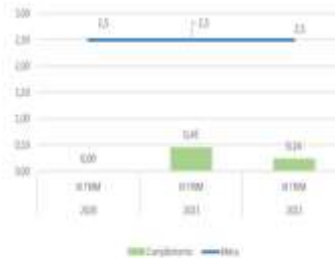


La tasa de caídas en el servicio de hospitalización presentó variación negativa del 25% comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Esta disminución obedeció al reporte oportuno de las novedades y su respectivo análisis, al fortalecimiento de la adherencia a protocolos y se continúa trabajando en los planes de mejora instaurados orientados a mitigar el riesgo de caídas. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	2,5	0,24	0,45	0,08	NA	NA

P.2.7 TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

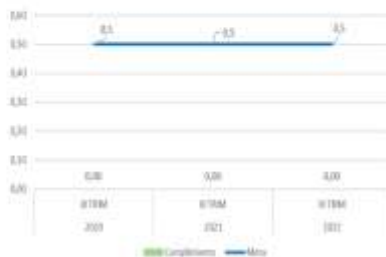


La tasa de caídas en el servicio de urgencias presentó variación negativa del 47% comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Esta disminución obedeció al reporte oportuno de las novedades y su respectivo análisis, fortalecimiento de la adherencia a protocolos, y se continúa trabajando en los planes de mejor instaurados orientados a mitigar el riesgo de caídas. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0,5	0,00	0,00	0,00	NA	NA

P.2.8 TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA



La tasa de caídas en el servicio de consulta externa no presentó variación comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0,5	0,00	0,00	0,00	NA	NA

P.2.9 TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA



La tasa de caídas en el servicio de apoyo diagnóstico no presentó variación comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador	Indicador					
Seguridad de la atención	P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	2%	0,66%	1,37%	0,58%	NA	NA

P.2.10 PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN



La proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos presentó una variación negativa del 10,3% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, por el cumplimiento del cronograma de capacitaciones en diluciones de medicamentos y las constantes rondas realizadas en los diferentes servicios. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador	Indicador					
Seguridad de la atención	P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	2%	0,02%	0,02%	0,00%	NA	NA

P.2.11 PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS

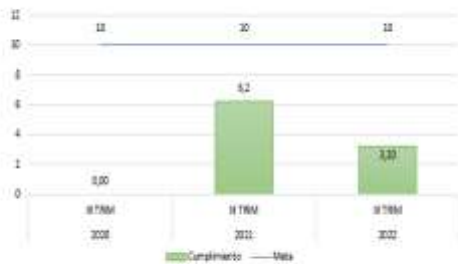


La proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias no presentó variación entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, por el cumplimiento del cronograma de capacitaciones en diluciones de medicamentos y las constantes rondas realizadas en los diferentes servicios. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador	Indicador					
Seguridad de la atención	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	3,0	9,20	6,2	0	NA	NA

P.2.14 TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENOS DE 15 DÍAS

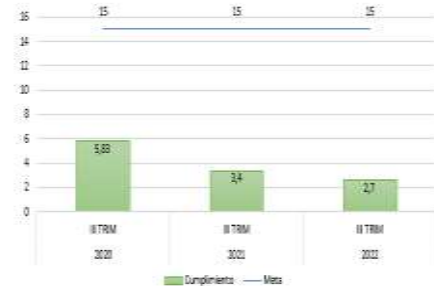


La proporción de reingreso de pacientes al servicio de hospitalización presentó variación negativa del 48% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. La principal causa corresponde a patologías respiratorias de la población pediátrica y adulta probablemente asociado a la falta de adherencia a tratamiento en casa por parte del paciente y exacerbaciones del cuadro clínico respiratorio por la temporada invernal. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador	Indicador					
Experiencia de la atención	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	15	2,7	3,4	5,8	NA	NA

P.3.3 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA



El tiempo de espera para la asignación de citas en Medicina Interna presentó variación negativa del 20,6% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. La mejora en la oportunidad se dio por el incremento en agendas de Consulta Externa pasando a 5 días por semana 8 horas/día. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de cancelación de cirugía

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Denominador	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	2,5%	3,00%	0,00%	0,00%	NA	NA

P.2.14 PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA



La proporción de cancelación de cirugías no presentó variación entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Este resultado obedece al control en cuanto a la programación quirúrgica y la adherencia a los procedimientos de programación quirúrgica establecidos. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Denominador	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	1	1,1	0,0	0	NA	NA

P.3.4 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA

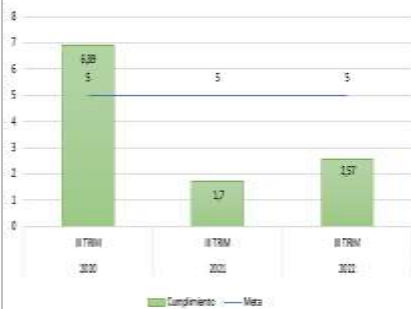


El tiempo de espera para la asignación de citas en Pediatría presentó variación negativa del 316% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Esta situación obedeció a la baja demanda en la consulta de la especialidad pediátrica por la no disponibilidad de especialistas por ausencia durante el proceso de vacunación. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Denominador	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	5	2,57	1,7	6,89	NA	NA

P.3.6 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA

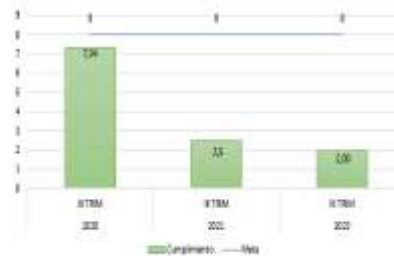


El tiempo de espera para la asignación de citas en Obstetricia presentó variación positiva del 51% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El incremento en el tiempo de espera se dio por el incremento en la demanda de atención en alto riesgo obstétrico. El plan de mejora incluyó el incremento de agendas en alto riesgo. Es de anotar que el indicador se encuentra en

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Denominador	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	8	1	2,5	7,34	NA	NA

P.3.5 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE GINECOLOGÍA

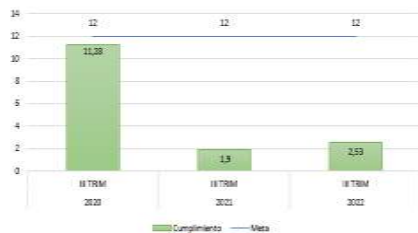


El tiempo de espera para la asignación de citas en Ginecología presentó variación negativa del 57% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. La mejora en la oportunidad se dio por el incremento en agendas de Consulta Externa pasando a 2 días por semana 8 horas. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	12	2,53	1,9	11,28	NA	NA

P.3.7 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE CIRUGÍA GENERAL

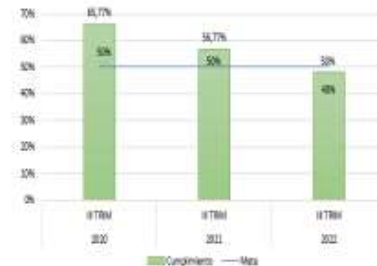


El tiempo de espera para la asignación de citas en Cirugía General, presentó variación positiva del 33% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El incremento en el tiempo de espera se dio por el incremento en la demanda de atención postpandemia. El plan de mejora incluyó el incremento de agendas. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de partos por cesárea

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Efectividad de la atención	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	50%	48,17%	56,77%	65,17%	NA	NA

P.1.3 PROPORCIÓN DE PARTOS POR CESÁREA

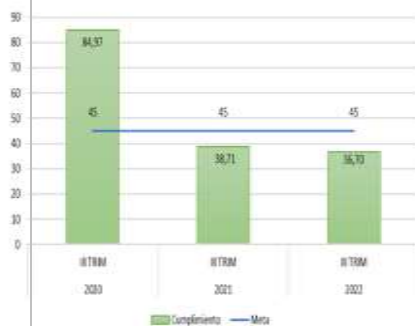


La proporción de cesáreas evidenció para el tercer trimestre 2022 una variación negativa del 15% con relación al mismo periodo del 2021 por incremento de referencias del área de influencia para mediana complejidad e incremento de las atenciones por urgencias obstétricas sin alto riesgo obstétrico, que se presentaron como consecuencia de la demanda espontánea, generando mayor proporción de partos vaginales. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de mortalidad perinatal

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Efectividad de la atención	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	45	36,70	38,71	84,97	NA	NA

P.1.4 TASA DE MORTALIDAD PERINATAL

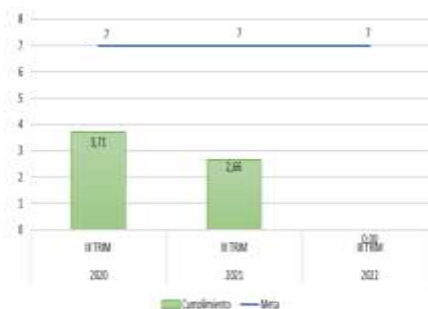


La tasa de mortalidad perinatal evidenció para el tercer trimestre 2022 una variación negativa del 5,2% con relación al mismo periodo del 2021 por el incremento de atenciones en urgencias obstétricas por demanda espontánea y referencias originadas en el área de influencia orientadas a la mediana complejidad sin alto riesgo obstétrico. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.1.2	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	7	0,00	2,66	3,71	NA	NA

P.2.2 TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER (ISTU-AC)

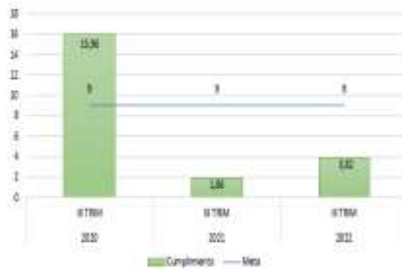


La tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter presentó variación negativa del 100% comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis debido a adherencia a los protocolos institucionales principalmente a la técnica del procedimiento y mantenimiento del dispositivo unidos a la estrategia multimodal de lavado de manos. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador	Indicador					
Seguridad de la atención	P.2.3	Tasa de incidencia de infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)	0	3,81	1,86	11,96	NA	NA

P.2.3 TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER (ITS- AC)

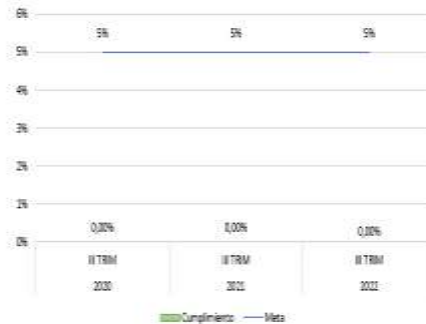


La tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter presentó variación positiva del 106% comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Esta condición se dio principalmente por incremento en la complejidad de las patologías, incremento en las atenciones de urgencias y la ocupación en hospitalización y alta rotación de personal en hospitalización. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de endometritis pos cesárea

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador	Indicador					
Seguridad de la atención	P.2.5	Proporción de endometritis pos cesárea	5%	0,00%	0,00%	0,00%	NA	NA

P.2.5 PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS CESÁREA

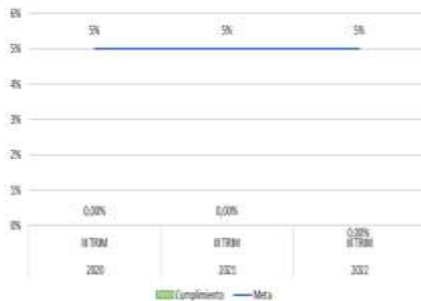


La proporción de endometritis postcesárea no presentó variación comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis. Es evidente la adherencia a protocolos institucionales, técnicas quirúrgicas y lavado de manos. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de endometritis pos parto vaginal

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador	Indicador					
Seguridad de la atención	P.2.4	Proporción de endometritis pos parto vaginal	5%	0,00%	0,00%	0,00%	NA	NA

P.2.4 PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS PARTO VAGINAL

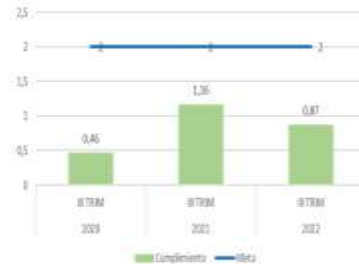


La proporción de endometritis postparto vaginal no presentó variación comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis. Es evidente la adherencia a protocolos institucionales, técnicas asépticas y lavado de manos. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador	Indicador					
Seguridad de la atención	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	2	0,87	1,36	0,46	NA	NA

P.2.6 TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

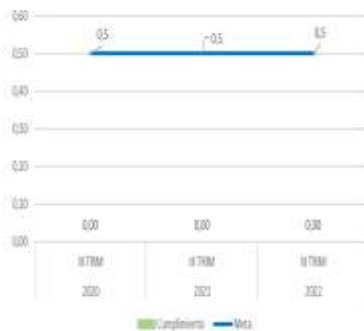


La tasa de caídas en el servicio de hospitalización presentó variación negativa del 25% comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Esta disminución obedeció al reporte oportuno de las novedades y su respectivo análisis, al fortalecimiento de la adherencia a protocolos y se continúa trabajando en los planes de mejora instaurados orientados a mitigar el riesgo de caídas. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0,5	0,00	0,00	0,00	NA	NA

P.2.8 TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

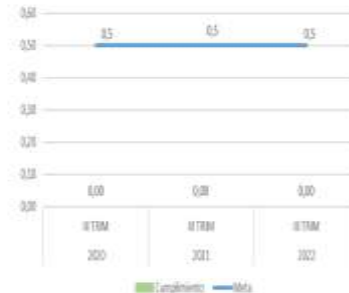


La tasa de caídas en el servicio de consulta externa no presentó variación comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0,5	0,00	0,00	0,00	NA	NA

P.2.9 TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA



La tasa de caídas en el servicio de apoyo diagnóstico no presentó variación comparativa entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. No se presentaron casos en el periodo de análisis. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	2%	0,94%	1,07%	0,54%	NA	NA

P.2.10 PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN



La proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos presentó una variación negativa del 10,2% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, por el cumplimiento del cronograma de capacitaciones en diluciones de medicamentos y las constantes rondas realizadas en los diferentes servicios. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	2%	0,02%	0,02%	0,00%	NA	NA

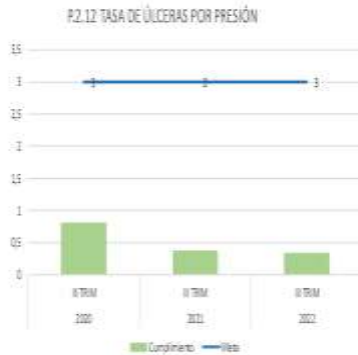
P.2.11 PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS



La proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias no presentó variación entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, por el cumplimiento del cronograma de capacitaciones en diluciones de medicamentos y las constantes rondas realizadas en los diferentes servicios. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de úlceras por presión

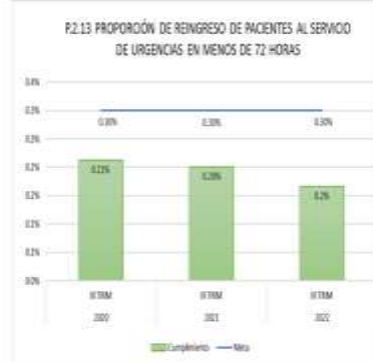
Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.12	Tasa de úlceras por presión	3	0,39	0,35	0,6	NA	NA



La tasa de úlceras por presión presentó variación negativa del 3% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, por la adherencia a protocolos y la adecuada referencia de los servicios al programa, garantizando la respuesta terapéutica oportuna. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas

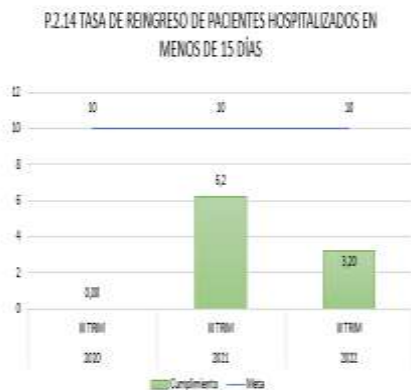
Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	0,30%	0,2%	0,2%	0,2%	NA	NA



La proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias no presentó variación entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, por el fortalecimiento en la educación brindada a los pacientes al momento del egreso de la institución. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	10	3,20	5,2	0	NA	NA



La proporción de reingreso de pacientes al servicio de hospitalización presentó variación negativa del 48% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. La principal causa corresponde a patologías respiratorias de la población pediátrica y adulta probablemente asociado a la falta de adherencia a tratamiento en casa por parte del paciente y exacerbaciones del cuadro clínico respiratorio por la temporada invernal. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	15	2,7	3,4	5,8	NA	NA

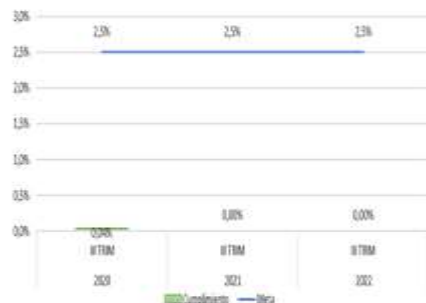


El tiempo de espera para la asignación de citas en Medicina Interna presentó variación negativa del 20,6% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. La mejora en la oportunidad se dio por el incremento en agendas de Consulta Externa pasando a 5 días por semana 8 horas/día. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de cancelación de cirugía

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Seguridad de la atención	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	2,5%	0,0%	0,0%	0,04%	NA	NA

P.2.14 PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA

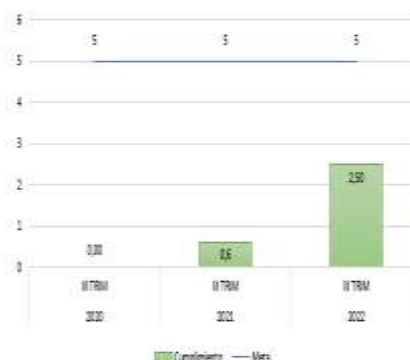


La proporción de cancelación de cirugías no presentó variación entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Este resultado obedece al control en cuanto a la programación quirúrgica y la adherencia a los procedimientos de programación quirúrgica establecidos. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	5	2,5	0,6	0	NA	NA

P.3.4 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA

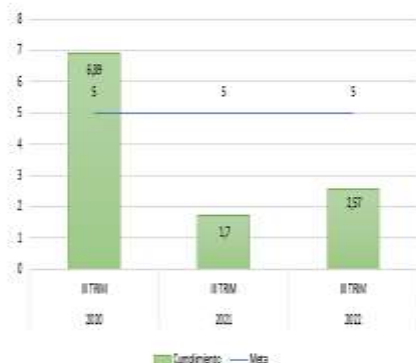


El tiempo de espera para la asignación de citas en Pediatría presentó variación negativa del 316% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. Esta situación obedeció a la baja demanda en la consulta de la especialidad potenciada por la no disponibilidad de especialistas por renuncia ilicitud en proceso de selección. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	5	2,57	1,7	6,89	NA	NA

P.3.6 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA

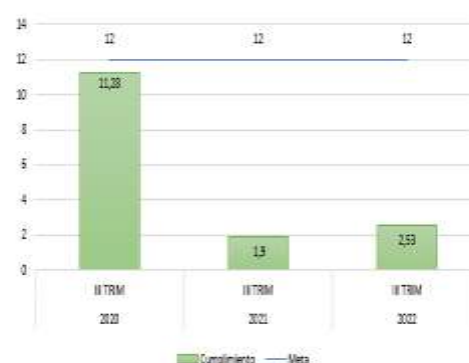


El tiempo de espera para la asignación de citas en Obstetricia presentó variación positiva del 51% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El incremento en el tiempo de espera se dio por el incremento en la demanda de atención en alto riesgo obstétrico. El plan de mejora incluyó el incremento de agendas en alto riesgo. Es de anotar que el indicador se encuentra en

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	12	2,53	1,9	11,28	NA	NA

P.3.7 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE CIRUGÍA GENERAL

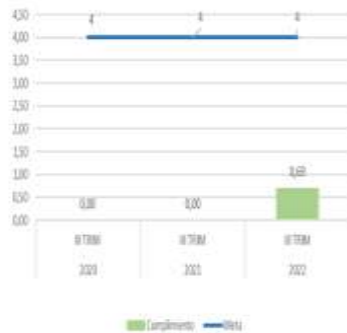


El tiempo de espera para la asignación de citas en Cirugía General presentó variación positiva del 33% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El incremento en el tiempo de espera se dio por el incremento en la demanda de atención postpandemia. El plan de mejora incluyó el incremento de agendas. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	4	0,69	0,00	0,00	NA	NA

P.3.8 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFÍA

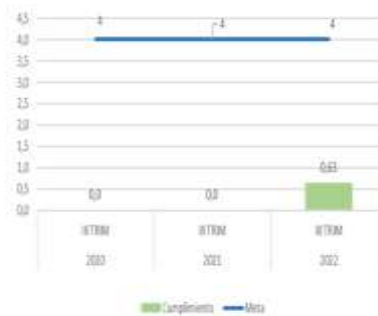


El tiempo de espera para la asignación de citas en Ecografía presentó variación positiva del 100% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El resultado se dio por inicio de la medición e incremento en la demanda de atención. El plan de mejora incluyó el incremento de agentes. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear	4	0,69	NA	NA	NA	NA

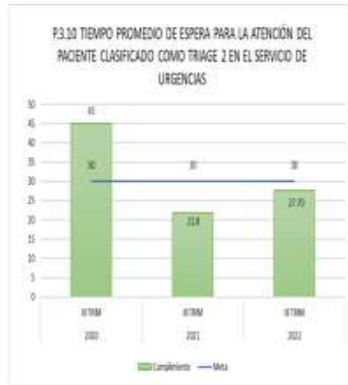
P.3.9 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR



El tiempo de espera para la asignación de citas en Resonancia Magnética presentó variación positiva del 100% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El resultado se dio por inicio de la medición e incremento en la demanda de atención. El plan de mejora incluyó el incremento de agentes. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	30	27,7	21,8	45	NA	NA



La atención en Triage II, tuvo un aumento del 13% en comparación con el segundo trimestre de 2022, sin embargo, estos datos se encuentran dentro de los rangos permitidos máximos para el indicador. Este aumento fue ocasionado a que en el segundo trimestre de 2021 sólo estábamos atendiendo patologías respiratorias causadas por el tercer pico de la pandemia por Covid 19 y durante el año 2022, dada la reapertura de servicios del hospital, aumentó la demanda de pacientes con patologías de mayor complejidad.

Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado a III trimestr + 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.12	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera	20	15,50	15,8	43,5	NA	NA

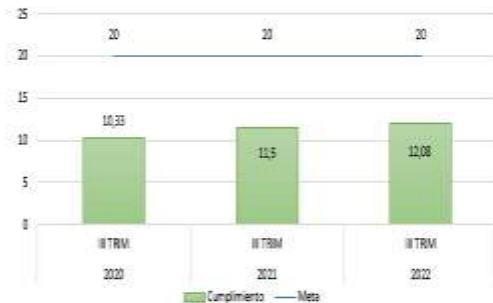


El tiempo de espera para la realización de Cirugía Reemplazo de cadera presentó variación negativa del 2% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, considerada como no representativa. El resultado se dio por incremento en la demanda de atención y el momento de la estancia hospitalaria que angustió mayor presión en la ocupación. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.11	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	20	12,08	11,5	10,33	NA	NA

P.3.11 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS

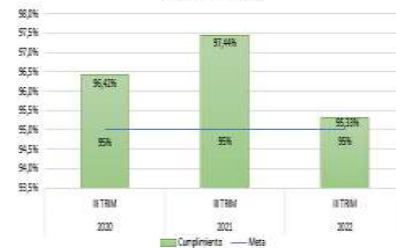


El tiempo de espera para la realización de Cirugía de cataratas presentó variación positiva del 5% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El resultado se dio por incremento en la demanda de atención. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.14	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	95%	95,33%	97,44%	96,42%	NA	NA

P.3.14 PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS EN LA IPS

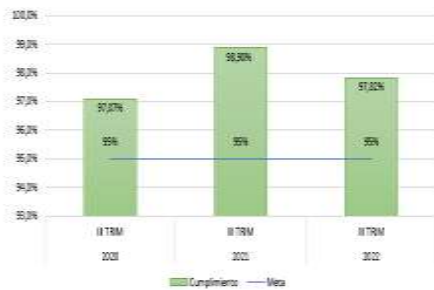


La medición de la lealtad de los usuarios presentó variación negativa del 2% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, considerada como no representativa. Es de anotar que el indicador se encuentra por encima de la meta.

Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	95%	97,82%	98,50%	97,87%	NA	NA

P.3.15 PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍA SU IPS A FAMILIARES Y AMIGOS

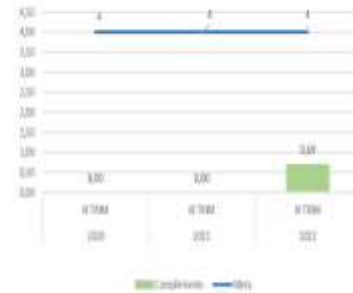


La medición de la lealtad de los usuarios presentó variación negativa del 2% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, considerada como no representativa. Es de anotar que el indicador se encuentra por encima de la meta.

Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	4	0,89	0,00	0,00	NA	NA

P.3.8 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFÍA

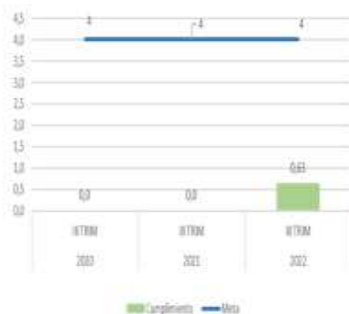


El tiempo de espera para la asignación de citas en Ecografía presentó variación positiva del 100% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El resultado se dio por inicio de la medición e incremento en la demanda de atención. El plan de mejora incluyó el incremento de agendas. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear	4	0,63	NA	NA	NA	NA

P.3.9 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

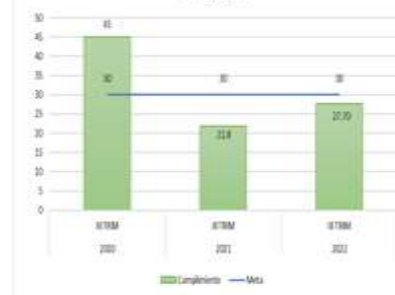


El tiempo de espera para la asignación de citas en Resonancia Magnética presentó variación positiva del 100% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El resultado se dio por inicio de la medición e incremento en la demanda de atención. El plan de mejora incluyó el incremento de agendas. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta.

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias

Información general de indicadores			Meta	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	30	27,7	21,8	45	NA	NA

P.3.10 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE 2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

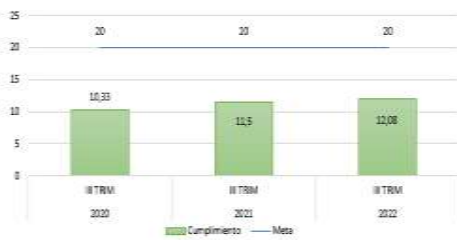


La atención en Triage II, tuvo un aumento del 13% en comparación con el segundo trimestre de 2022, sin embargo, estos datos se encuentran dentro de los rangos permitidos máximos para el indicador. Este aumento fue ocasionado a que en el segundo trimestre de 2021 sólo estábamos atendiendo patologías respiratorias causadas por el tercer pico de la pandemia por Covid 19 y durante el año 2022, dada la reapertura de servicios del hospital, aumentó la demanda de pacientes con patologías de mayor complejidad.

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.11	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	20	12,08	11,5	10,33	NA	NA

P.3.11 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS

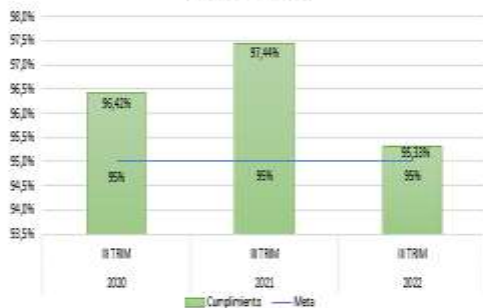


El tiempo de espera para la realización de Cirugía de cataratas presentó variación positiva del 5% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021. El resultado se dio por incremento en la demanda de atención. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta

Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.14	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	95%	95,33%	97,44%	96,42%	NA	NA

P.3.14 PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS EN LA IPS



La medición de la lealtad de los usuarios presentó variación negativa del 2% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, considerada como no representativa. Es de anotar que el indicador se encuentra por encima de la meta.

Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera

Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre + 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.12	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera	20	15,50	15,8	43,5	NA	NA

P.3.12 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE REEMPLAZO DE CADERA

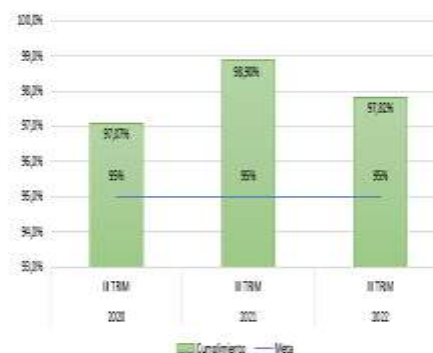


El tiempo de espera para la realización de Cirugía Reemplazo de cadera presentó variación negativa del 2% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, considerada como no representativa. El resultado se dio por incremento en la demanda de atención y el incremento de la estancia hospitalaria que originó mayor presión en la ocupación. Es de anotar que el indicador se encuentra en cumplimiento de la meta

Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos

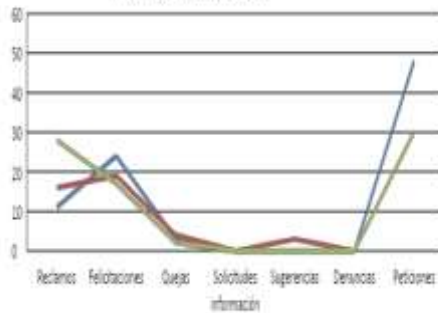
Información general de indicadores			Meta Indicador	Resultado III trimestre 2022	Resultado III trimestre 2021	Resultado III trimestre 2020	Causas de no cumplimiento de metas	Acciones de mejora
Dominio	Código	Indicador						
Experiencia de la atención	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	95%	97,82%	98,50%	97,07%	NA	NA

P.3.15 PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍA SU IPS A FAMILIARES Y AMIGOS



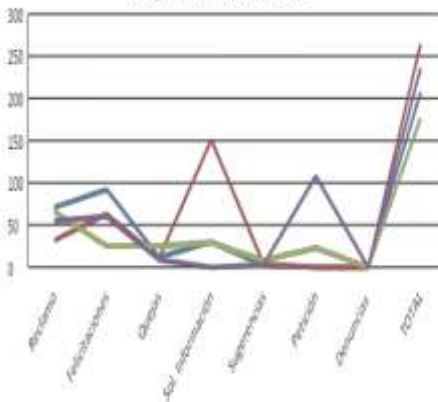
La medición de la lealtad de los usuarios presentó variación negativa del 2% entre el tercer trimestre del 2022 con relación al mismo periodo del 2021, considerada como no representativa. Es de anotar que el indicador se encuentra por encima de la meta.

Total PQRSDF III trimestre 2022



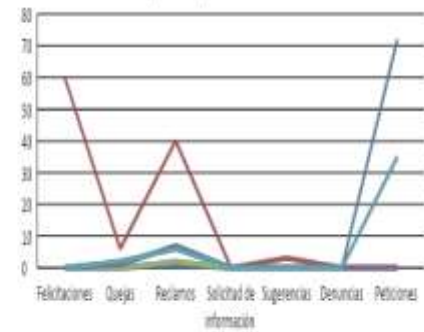
Durante el III trimestre del año 2022 recepción, clasificación y trámite 235 PQRS de las cuales el 33% corresponde a peticiones con 108 manifestaciones, el 25% a felicitaciones con 60 manifestaciones, el 22% corresponde reclamos con 35 peticiones, un 4% de quejas con 9 manifestaciones, un 1% de sugerencias con 5 peticiones. Es importante resaltar el compromiso de los funcionarios frente a la política de humanización y el impacto de la estrategia del "FACTO POR EL TRATO AMABLE" que se viene desarrollando.

Comparativo PQRSDF 2019-2022



Realizando un comparativo con los años anteriores se evidencia que hubo un aumento significativo en las peticiones con un 20% debido a historias clínicas o validación de incapacidades, asignación de citas, por lo que se fortaleció los canales de comunicación basados en las carteras institucionales: los medios para la asignación de citas teléfono 4981968 y línea WhatsApp 3142948008. Adicional las informaciones y orientaciones en sus interacciones socializan los trámites del SUIIT, Sistema Único de Información de trámites a través de líneas educativas y de fácil comprensión.

Canales de recepción PQRSDF III trimestre 2022



Se observa que el canal más utilizado por los usuarios para interponer las PQRSDF en el tercer trimestre fue el buzón con 109 manifestaciones, en el segundo lugar está el correo con 73 manifestaciones, en tercer lugar la página web con 43 manifestaciones.

Cinco primeras causas de PQRSDF

ORIGEN CONSECUTIVO O DE CAUSA PQRSDF	CODIGO	5 PRIMERAS CAUSAS DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMESTRE AÑO 2022	TOTAL II TRIM (PQR)	CODIGO	5 PRIMERAS CAUSAS DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMESTRE AÑO 2022	TOTAL II TRIM (PQR)
1	AJ	Falta de calidad y trato amable	18	AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes.	15
2	AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	12	AJ	Falta de calidad y trato amable.	14
3	E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, urgencias)	6	AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	5
4	AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	5	AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	4
5	U	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx. Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	4	R	Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de citas: call center, gastro, neuro, Rx, cardiología, etc.	4

Se evidencia que durante este trimestre las 5 dos primeras causas varían de casilla entre ellas y su número de inconformidades es alto, y se identifica una nueva causa de dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de citas: call center, etc., se están generando acciones de verificación y seguimiento con el apoyo de el líder de salud pública.

Barreras de acceso de los canales de atención a la ciudadanía

Desde Atención al Usuario se pudo identificar en este trimestre que una de las barreras al acceso de los canales de comunicación es el desconocimiento de los trámites de manera digital, sin embargo se ha socializado un Rotafolio todos los trámites del SUIIT a pacientes y usuarios.

Se presenta dificultad en la comunicación con el central de citas para la asignación (medicina general, pediatría) ó no se valida la IPS de los usuarios.

Denuncias por posible acto de corrupción

Durante el tercer trimestre 2022 no se presentó ninguna denuncia por posible acto de corrupción.

INDICADORES DE LA RES 256 DE 2016 – HUS BOGOTA

Se presenta el reporte de 37 indicadores de obligatorio cumplimiento en Almera.

Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad MOCA = # actividades ejecutadas / # actividades programadas *100

No. actividades ejecutadas 34 / No. actividades programadas 37 x 100 = 91,8%

INFORMACIÓN GENERAL DE INDICADORES			RESULTADOS I TRIMESTRE 2021	RESULTADOS I TRIMESTRE 2022	RESULTADOS II TRIMESTRE 2021	RESULTADOS II TRIMESTRE 2022	RESULTADOS III TRIMESTRE 2021	RESULTADOS III TRIMESTRE 2022	META INDICADOR (5) Año 2022
Dominio	CÓDIGO (2)	INDICADOR (3)	RESULTADO OBTENIDO (4)	RESULTADO OBTENIDO (4)	RESULTADO OBTENIDO (4)	RESULTADO OBTENIDO (4)	RESULTADO OBTENIDO (4)	RESULTADO OBTENIDO (4)	
Efectividad de la atención	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	60%	64,9%	45%	61,9%	61%	64,9%	65%
	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	49	52,6	24	66,1	29	29,8	45
	P.1.5	Relación Morbilidad Materna Extrema(MME) / Muerte Materna temprana (MM)	0	0	0	0	0,1	0	35
	P.1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo							
	P.1.13	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave		0		0		0	0%
	P.1.17	Proporción de personas con hipertensión arterial estudiadas para enfermedad renal crónica		45,8%		44,30%		36,44%	
	P.1.18	Proporción de personas con Diabetes Mellitus estudiadas para enfermedad renal crónica		32,60%		3,07		3,33	
	P.1.19	Proporción de personas en Diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl		53,10%		41,90%			
	P.2.1	Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	1,91	0	2,2	1,2	4,4	1,3	7
P.2.2	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC) UCIA	2,81	2,04	5,15	1,5	0	2,55	7	
P.2.2	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC) UCIN								
P.2.3	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC) UCIA	5,05	0,9	2,68	1,61	0,8	0,08	9	
P.2.3	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC) UCIN		5,02		3,03		2,14		
P.2.4	Proporción de endometritis pos parto vaginal	0%	0%	0%	0,8%	0%		5%	
P.2.5	Proporción de endometritis pos cesárea	0,60%	0%	0,80%	0%	0%		5%	

Seguridad de la atención	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,81	0,81	0,8	0,62	0,7	0,87	2
	P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	0,59	1,49	0,98	0,44	1,4	0,20	2,5
	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0	0,12	0	0	0	0,11	0,5
	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica.	0	0	0,3	0	0,4	0	0,5
	P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	0,05%	0,17%	0,3%	0,12%	0,5%	0,45%	1%
	P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0,05%	0,02%	0,03%	0,02%	0,02%	0%	1%
	P.2.12	Tasa de úlceras por presión.	2,9	2,22	2,48	2,75	3,2	1,75	3
	P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas		0%		0%		0%	0,30%
	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	3,19	3,28	3,52	1,34	0	1,74	10
	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	0%	0%	0%	0,12%	0,2%	0,24%	2,5%
Experiencia de la atención	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	1,2 días	0,09 días	1,1 días	0,6 días	1,7 días	0,23 días	10 días
	P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	0,3 días	0,6 días	0,1 días	1 días	2,2 días	0,9 días	8 días
	P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	0,3 días	0,2 días	0,1 días	2 días	2,5 días	0,2 días	4 días
	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	1,7 días	0,6 días	0,4 días	0,5 días	2,6 días	0,04	15 días
	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	1,2 días	3,07 días	1,7 días	2,9 días	1,5 días	1,4 días	4 días
	P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear	3,9 días	3,4 días	6,9 días	3,4 días	1,4 días	2,2 días	4 días
	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	33 minutos	25,8 minutos	19 minutos	31,6 minutos	22 minutos	32 minutos	30 minutos
	P.3.11	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	24 días	17,3 días	12 días	24,5 días	14,9 días	19,2	20 días
	P.3.12	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera	16,6 días	7,4 días	26 días	10,6 días	11,9 días	8,5 días	20 días
	P.3.13	Tiempo promedio de espera para la realización de la cirugía para revascularización miocárdica		1 días		0 días		1 día	20 días
	P.3.14	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	99,70%	99,20%	99,70%	99,70%	98,7%	100%	95%
	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	100%	100%	100%	99,70%	98,7%	100%	95%

De los 35 indicadores no se observa registro en el aplicativo P 1.6, P 1.9,92.2,P2.4 Y P2.5.

3. SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN - GESTIÓN DOCUMENTAL

Dentro del sistema Integrado de Conservación de la entidad se establecieron seis (6) programas con sus respectivos cronogramas; para el tercer trimestre de la vicia se realizaron actividades en tres (3) de los seis (6) programas, así:

PROGRAMA DE ALMACENAMIENTO Y REALMACENAMIENTO

Se realizó socialización de Tablas de retención Documental en la entidad y Circular Reglamentaria 2017400000125 emanada por la entidad "Directrices para el uso de carpetas Institucionales de archivo. En un avance del 20% del HUS Bogotá, Hospital Regional y Unidad Funcional se encuentran incluidos en el cronograma.

PROGRAMA DE INSPECCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO E INSTALACIONES FÍSICAS

El área de mantenimiento realizó inspección en el archivo central de centrales eléctricas y cableado expuesto instalando tapas para cubrir y evitar riesgo al interior del archivo central.

PROGRAMA PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y ATENCIÓN DE DESASTRES

Se realizó instalación de extintores en los depósitos documentales y demarcación de rutas (archivo central, archivo historias clínicas, archivo historias laborales, archivo cartera).

3. SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN - GESTIÓN DOCUMENTAL

3. SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN - GESTIÓN DOCUMENTAL

PROGRAMA DE ALMACENAMIENTO Y REALMACENAMIENTO



- Socialización de Tablas de relación Documental en la entidad.
- Solicitar Cédula Registral 2017400000128 emitida por la entidad.
- Directrices para el uso de carpetas institucionales de archivo.
Avance del 20% del HUS Bogotá Hospital Regional y Unidad Funcional se encuentran incluidos en el cronograma.

PROGRAMA DE INSPECCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO E INSTALACIONES FÍSICAS



El área de mantenimiento realiza inspección en el archivo central de centrales eléctricas y cableado expuesto instalando tapas para cubrir y evitando riesgo al interior del archivo central.

PROGRAMA PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y ATENCIÓN DE DESASTRES

- Instalación de extintores en los depósitos documentales. (archivo central, archivo historias clínicas, archivo historias laborales, archivo cartera)



- Demarcación de rutas de evacuación del archivo central, archivo historias clínicas, archivo historias laborales, archivo cartera



3. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC III TRIMESTRE 2022

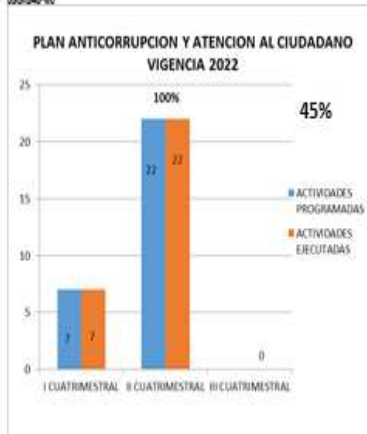
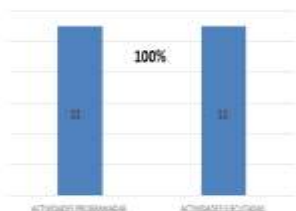
4. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC INFORME CONSOLIDADO DEL SEGUNDO CUATRIMESTRE

PAAC 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO



SEGUIMIENTO AL PAAC III TRIMESTRE DE 2022



PERIODO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	% CONSOLIDADO
I CUATRIMESTRE	7	7	100	11
II CUATRIMESTRE	22	22	100	34
III CUATRIMESTRE	0	0	0	0
TOTAL	29	29	100	45

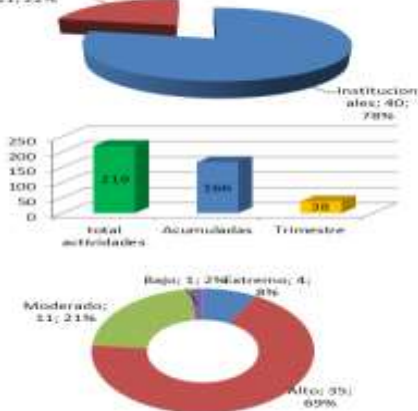


3. SEGUIMIENTO DEL III TRIMESTRE DEL PLAN DE ACCIÓN DE PAAC

1. COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO
 - Monitoreo a los riesgos de Corrupción y Riesgos por proceso
2. COMPONENTE DE RACIONALIZACION DE TRAMITES
 - Monitoreo a la estrategia de racionalización de tramites
 - Reporte trimestral de los tramites inscritos
3. COMPONENTE MECANISMOS PARA LA MEJORA EN LA ATENCIÓN EN SALUD
 - Informe de PQRSD ,identificando Análisis de barreras , Denuncias por corrupción
4. COMPONENTE MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA
 - Actualización del Directorio institucional personal de planta y contratistas



1. ADMINISTRACION DE LA GESTION DE RIESGOS



Durante el tercer trimestre todos los procesos cuentan a lo sumo con un riesgo cargado en Almería y han iniciado su gestión (11 de corrupción y 40 de proceso).

El plan 2303 y 2321 con el que se ejecuta la gestión de riesgos tiene un total de 219 actividades planificadas de las que se han ejecutado 166, solo algunas actividades se atrasaron y los procesos fueron avisados para su ajuste.

Los riesgos en su mayoría se encuentran clasificados en nivel alto y moderado (86%), se han ido ajustando algunas posiciones en la medida que se ejecutan los planes de mejora (planes de manejo de riesgos).

Algunos procesos reportaron materialización de riesgos y realizaron el respectivo plan que permita su control.

Se sugirieron riesgos estratégicos y se cargaron en su mayoría en Almería

Se publicó la matriz de riesgos institucional debidamente formalizada en la página web

RECOMENDACIONES

- Continuar ejecutando los planes de manejo de riesgos
- Declarar las materializaciones cuando sucedan y realizar las correcciones
- Aplicar los controles existentes
- Ajustar los riesgos en Almería si se así se requiere.
- Presentar el informe trimestral
- Desarrollar la evaluación y cierre de los riesgos 2022
- Realizar ajuste y/o actualización de los riesgos de corrupción, estratégicos, de proceso y salud

El líder de riesgos Francisco Colorado hace una presentación de los riesgos que al corte del tercer trimestre tiene la institución que en total son 51 (11 de corrupción y 40 de proceso), para la gestión de los riesgos se han ejecutado los planes ID 2303 y 2321, el primero ya realizado y el segundo con un desarrollo del 75%, comenta que los riesgos en general han permanecido en la posición del trimestre pasado, por cuanto no se han ejecutado actividades de control dentro de los planes de manejo de riesgos para este trimestre y las materializaciones se sucedieron únicamente en un proceso (Gestión farmacéutica).

Por otra parte al definirse los objetivos estratégicos se considero en la medida que se pudiera no crear nuevos riesgos sino utilizar algunos de los de proceso, por lo anterior solo se requiere crear riesgos en Gestión financiera, Inteligencia de Mercados e Ingeniería Hospitalaria.

Igualmente informa que la matriz de riesgos institucionales correspondiente al tercer trimestre fue firmada por el señor Gerente y cargado en la página web del HUS.

Finalmente sugiere que se debe fortalecer la declaración y análisis de materialización de los riesgos, la aplicación de los controles existentes, ejecución de actividades de los planes de manejo de riesgos y entrega de informes de riesgos a tiempo.

2. RACIONALIZACION DE TRAMITES

- Monitoreo Estrategia de Racionalización- de Examen de laboratorio

Estrategia de Racionalización- de Examen de laboratorio , se solicito la prórroga ante el SUIIT así:

- Implementar la mejora para el mes de diciembre de 2022
- Actualización en el aplicativo SUIIT mes de enero 2023
- Socialización se realizará de febrero a abril de 2023
- Implementación de encuestas mayo, junio de 2023
- Informe de la encuesta para junio de 2023.

Esta pendiente por parte de la Oficina de control interno solicitar quitar la verificación de seguimiento para poder realizar la prórroga

RACIONALIZACION DE TRAMITES

- Reporte trimestral de los tramites inscritos en el SUIIT

HISTORIA CLINICA

Fecha de operación para formatos integrados

Se han formado integrados: 1/1/2023

Seleccione el periodo a reportar los datos de operación

Al: 31/12/22 Desde: 01/10/22

Consulte otro periodo

Se informará cuando se agregaron los datos de operación para todos los formatos del formato

Se realizó actualización de los datos, estos se reportarán al Terminal Único de Reporte de Atención al Cliente (SUICAT) en el informe de final de año

Formato	10	11	12	Total
¿Cómo se actualizó mediante procedimiento?	22	29	24	75
¿Cómo se actualizó mediante formulario?	66	66	44	176
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	22	28	28	78
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	1	1	1	3

RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA

Fecha de operación para formatos integrados

Se han formado integrados: 1/1/2023

Seleccione el periodo a reportar los datos de operación

Al: 31/12/22 Desde: 01/10/22

Consulte otro periodo

Se informará cuando se agregaron los datos de operación para todos los formatos del formato

Se realizó actualización de los datos, estos se reportarán al Terminal Único de Reporte de Atención al Cliente (SUICAT) en el informe de final de año

Formato	10	11	12	Total
¿Cómo se actualizó mediante procedimiento?	22	24	41	87
¿Cómo se actualizó mediante formulario?	14	18	18	50
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	23	23	18	64
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	2	3	3	8

REPORTE DE TRAMITES INSCRITOS EN EL SUIIT III TRIMESTRE

ASIGNACION DE CITAS MEDICAS

Fecha de operación para formatos integrados

Se han formado integrados: 1/1/2023

Seleccione el periodo a reportar los datos de operación

Al: 31/12/22 Desde: 01/10/22

Consulte otro periodo

Se informará cuando se agregaron los datos de operación para todos los formatos del formato

Se realizó actualización de los datos, estos se reportarán al Terminal Único de Reporte de Atención al Cliente (SUICAT) en el informe de final de año

Formato	10	11	12	Total
¿Cómo se actualizó mediante procedimiento?	423	432	312	1167
¿Cómo se actualizó mediante formulario?	114	129	124	367
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	187	202	182	571
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	1	1	1	3

REPORTE DE TRAMITES INSCRITOS EN EL SUIIT III TRIMESTRE

LABORATORIO CLINICO

Fecha de operación para formatos integrados

Se han formado integrados: 1/1/2023

Seleccione el periodo a reportar los datos de operación

Al: 31/12/22 Desde: 01/10/22

Consulte otro periodo

Se informará cuando se agregaron los datos de operación para todos los formatos del formato

Se realizó actualización de los datos, estos se reportarán al Terminal Único de Reporte de Atención al Cliente (SUICAT) en el informe de final de año

Formato	10	11	12	Total
¿Cómo se actualizó mediante formulario?	24	28	14	66
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	24	28	14	66
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	1	1	1	3

TERAPIAS

Fecha de operación para formatos integrados

Se han formado integrados: 1/1/2023

Seleccione el periodo a reportar los datos de operación

Al: 31/12/22 Desde: 01/10/22

Consulte otro periodo

Se informará cuando se agregaron los datos de operación para todos los formatos del formato

Se realizó actualización de los datos, estos se reportarán al Terminal Único de Reporte de Atención al Cliente (SUICAT) en el informe de final de año

Formato	10	11	12	Total
¿Cómo se actualizó mediante formulario?	23	28	18	69
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	23	28	18	69
¿Cómo se actualizó mediante SUICAT (Procedimiento de flujo y personal)?	1	1	1	3

3. INFORME TRIMESTRAL DE GESTION PQRS D PACIENTE FAMILIA

SEDE BOGOTA- Dra Marisol Garavito

En conclusión durante el III trimestre del año 2022 se presentaron un total de 548 manifestaciones donde las peticiones ocupan el mayor volumen de radicaciones, son el 57% las cuales en su gran mayoría son para pedir información de medios para asignación de citas, copia de historia clínica y solicitudes de empleo entre otros, se observa que las Quejas y Reclamos ocupan solo un 27,9% del total de las manifestaciones radicadas, cabe destacar que las felicitaciones han aumentado y ocupan un 12.5% del total de las manifestaciones lo que evidencia que la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados es buena.

ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA DISMINUCIÓN DE LAS 5 PRIMERAS CAUSAS POR PQRSDF:

Con el fin de fortalecer la mejora de la atención, la Alta Gerencia para el 2022 continúa monitoreando las primeras cinco (5) causas de las Quejas y Reclamos, a través del "Plan Operativo Anual (POA) institucional 2022 donde a su vez se definió como meta anual para esta vigencia la disminución progresiva en un 2% de QR con relación al total de PQRS D interpuestas por nuestros usuarios en parte como resultado de su experiencia en el hospital.

Este proceso se está fortaleciendo mediante un acompañamiento a los Líderes de los procesos en el análisis y la formulación de Planes de mejora los cuales deben ser revisados por los directores de cada proceso, ya que son ellos quienes revisan y aprueban, acorde con lo establecido en el procedimiento respectivo.

Para el III Trimestre 2022 se solicitaron 3 y formularon # 1 Planes de Mejora, relacionados con las 5 primeras causas, ya enunciadas.

De 9 Planes de Mejora Formulados durante los dos trimestres anteriores, se realizó seguimiento a su cumplimiento con corte al 30 de septiembre de 2022, encontrando como resultado:

- 1) **ID 2492:** 2 actividades para este periodo con cumplimiento 1 actividad 10% y otra al 100%
- 2) **ID: 2496:** 4 actividades para este periodo con un cumplimiento parcial de tres actividades y 1 al 100%.
- 3) **ID: 2497:** 1 actividad para este periodo la cual se cumplió en 100%
- 4) **ID: 2498:** 3 actividades para este periodo con un cumplimiento parcial de dos actividades y 1 al 100%.
- 5) **ID: 2316:** No hay actividades para este periodo sin embargo el plan esta ejecutado en un 70% a la fecha
- 6) **ID: 2422:** No hay actividades para este periodo sin embargo el plan esta ejecutado en un 56,67% a la fecha
- 7) **ID 2421:** No hay actividades para este periodo sin embargo el plan esta ejecutado en un 70% a la fecha
- 8) **ID: 2389:** 1 actividad para este periodo con cumplimiento 100%
- 9) **ID: 2538:** "Quejas y Reclamos del servicio de facturación por causa de falta de calidez y trato amable", el plan aún no ha sido aprobado.

BARRERAS DE ACCESO:

Teniendo en cuenta que el trámite de asignación de citas que genera barrera para acceso a los servicios ha sido identificado como uno de los que más peticiones presenta, y se mantiene con respecto a los anteriores trimestres, como acción de mejora se continua ejecutando el plan de Mejoramiento que está en Almera, con ID 2389; con un avance de implementación del 87,50%.

Es importante mencionar que de las 548 manifestaciones radicadas (0) cero fueron identificadas como denuncias por actos de corrupción.

La participación ciudadana se continúa fortaleciendo a través de la información brindada por los orientadores e informadores, a través de la socialización de derechos y deberes, canales para interponer PQRSDF; en el trimestre se socializo a un total de 1481

usuarios.



3. MECANISMOS PARA LA MEJORA EN LA ATENCIÓN EN SALUD



INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN PQRSDF PACIENTE-FAMILIA-BOGOTÁ



Comparando el III trimestre en los últimos tres años, encontramos que con respecto al año 2020 se observa un aumento de aproximadamente 64 manifestaciones y con respecto al año inmediatamente anterior es decir al 2021, aumento de 158 manifestaciones, cabe mencionar que en las vigencias anteriores no se contaba con alta afluencia de usuarios para la prestación de los servicios por limitaciones propias de la pandemia lo que reducía en gran medida la presencialidad de los usuarios y esto disminuyó la radicación de peticiones; el aumento en gran medida se debe a la reactivación de los servicios.

SUBDIRECCIÓN DEFENSORÍA DEL USUARIO:
Dirección de Atención al Usuario



CANALES DE INGRESO III TRIMESTRE 2022



CLASIFICACIÓN	CANAL DE INGRESO PQRSDF III TRIM 2022					TOTAL
	Buzón	Personal	Telefónica	Página WEB	Correo Electrónico	
Quejas	34	21	0	11	7	73
Reclamos	23	15	1	9	32	80
Felicidades	51	3	1	13	0	68
Sol.int.	0	0	0	5	0	5
Sugerencias	7	0	0	0	1	8
Denuncias	0	0	0	1	0	1
Peticiones	2	2	0	17	262	313
TOTAL	117	41	2	56	332	548

El canal más usado por los ciudadanos para interponer sus PQRSDF es el correo electrónico.

Se continúa socializando y promocionando a nuestros usuarios el uso de los diferentes canales de interposición de sus peticiones, lo cual se realiza principalmente por las informadoras de la dirección de atención al usuario y las de la subdirección de la Defensoría del Usuario a través de charlas en las salas de bienvenida del HUS, publicaciones en los buzones de peticiones y sugerencias.

SUBDIRECCIÓN DEFENSORÍA DEL USUARIO:
Dirección de Atención al Usuario



CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS GESTIONADOS EN EL II TRIMESTRE Vs III TRIMESTRE HUS BOGOTÁ



ORDEN CONSECUTIVO DE CAUSA DE QR	CODIGO CAUSA	PRIMERAS CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMESTRE AÑO 2022	II TRIMESTRE (QR)	CODIGO	PRIMERAS CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS III TRIMESTRE AÑO 2022	III TRIMESTRE (QR)
1	AJ	Falta de calidez y trato amable.	26	AJ	Falta de calidez y trato amable.	34
2	G	Demora en la programación de cirugía, Amb y Hospitalización.	13	R	Demora en la programación de cirugía, Amb y Hospitalización.	19
3	R	Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la cita: call center, gastro.	11	R	Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la cita: call center, gastro, neuro, RA.	15
4	V	Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención a elementos.	10	V	Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención a elementos.	11
5	U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	6	S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	8

Se evidenció durante este trimestre, que la primera, segunda, tercera y cuarta causa del segundo trimestre se mantienen y están en aumento, la quinta causa del II trimestre desaparece y aparece la causa "posibles novedades de seguridad", todo ello tiene implicación debido a la liquidación de la EPS convida, que ha generado en los usuarios incertidumbre frente a la continuidad de sus tratamientos, ha dificultado la asignación de citas y programación de procedimientos.

SUBDIRECCIÓN DEFENSORÍA DEL USUARIO:
Dirección de Atención al Usuario



PORCENTAJE DE PQRSDF CON RESPUESTA EN EL TÉRMINO DE LEY III TRIMESTRE 2022



Peticiones según clasificación	III Trimestre año 2022					%	Respuesta en el término de la Ley	
	JUL	AGOS	SEP	TOTAL	Formula		total de peticiones con respuesta en el término de la Ley PQRSDF	% de peticiones con respuesta en términos de ley
Quejas	23	30	20	73	15%	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e informes con) / total de peticiones quejas, reclamos, sugerencias e informaciones recibidas en el periodo	67	92%
Reclamos	27	29	24	80	17%		74	93%
Solicitud Inf	1	2	2	5	1%		5	100%
Sugerencias	3	1	4	8	2%		6	75%
Denuncias	0	1	0	1	0%		1	0%
Peticiones	94	115	114	313	93%		290	93%
TOTAL	138	179	164	480	100%		443	92%

Fuente: Base de datos Matriz Atención PQRSDF año 2022 Proceso Atención al Usuario y su Familia

SUBDIRECCIÓN DEFENSORÍA DEL USUARIO:
Dirección de Atención al Usuario

Del total 480 manifestaciones PQRSDF se dieron respuesta oportuna al peticionario al 92%, dentro de los primeros 15 días hábiles que corresponde a 443 peticiones, quedando pendiente dar respuesta a 37 peticiones, posterior al 30 de septiembre de 2022, por lo tanto, se concluye que durante el III trimestre 2022, se dio respuesta al 100% de todas las PQRSDF en términos de ley.

CANALES QUE GENERAN BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS IDENTIFICADOS POR LAS PQRSDF



Fuente: Base de datos Almera PQRSDF año 2022 Proceso Atención al Usuario y su Familia

Durante el tercer trimestre del año 2022, a la luz de las PQRSDF, interpuestas por paciente y familia se identifica que hay barreras de acceso a: Historia Clínica, exámenes de laboratorio, Asignación de Citas, entrega de resultados de terapia y radiología.

En las barreras de acceso identificadas, se puede observar que uno de los canales que presenta mayor barrera; es el de asignación de citas por la central de citas (Empresa Contratista del HUS), frente a esta barrera ya se está trabajando en la mejora con el Plan de Mejoramiento ID 2389



DENUNCIAS POR ACTOS DE CORRUPCION

Durante el tercer trimestre del año 2022, no se presentaron denuncias, como se evidencia en estadísticas del sistema de información Almera.

INFORME REGIONAL DE ZIPAQUIRA- Dr. Jaime Ortiz

con relación al mismo periodo del año anterior, tuvo una variación positiva del 31% reflejado en el aumento de las felicitaciones por la buena percepción del servicio prestado en el Hospital Regional de Zipaquirá.

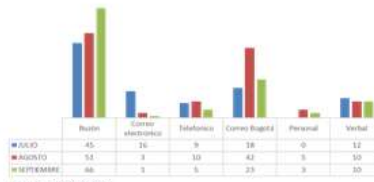
Durante el tercer trimestre del año 2022, a la luz de las PQRSDF, interpuestas por paciente y familia se identifica que la principal barrera de acceso es la dificultad para acceder a la asignación de citas.

Durante el tercer trimestre del año 2022, no se presentaron denuncias, como se evidencia en estadísticas del sistema de información Almera.

Como acciones de mitigación para mejorar los inconvenientes presentados en nuestra institución se están realizando llamadas para la asignación de citas, se realizan ajustes en los horarios de break y almuerzo a los agentes para optimizar la asignación de citas."

CANALES DE INGRESO III TRIMESTRE 2022

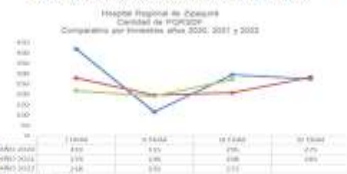
HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA
CANALES DE INGRESO DE LAS PQRSDF
III TRIM 2022



Fuente: Cuadro de producción 302

El medio de recepción de las PQRSDF, más utilizado en el Hospital Regional de Zipaquirá en todos los periodos por nuestros usuarios son los buzones (182), seguida de los dos correos institucionales (83 - 20). Teniendo en cuenta que hay otros canales de ingreso de PQRSDF como verbales y telefónicas estos son solucionados de manera inmediata y para este periodo fueron 57.

COMPARACION DE CANTIDAD DE PQRSDF I, II, III TRIMESTRE AÑOS 2020, 2021 Y 2022



Variación positiva del 31% reflejado en el aumento de las felicitaciones por la buena percepción del servicio prestado en el Hospital Regional de Zipaquirá.

CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS GESTIONADOS EN EL II TRIMESTRE VS III TRIMESTRE HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA

059/840-VI

COMPARATIVO DE LAS PRIMERAS CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS DEL I TRIM VS II TRIM AÑO 2022

II Trimestre (casos) II Trimestre 2022			II Trimestre (casos) III Trimestre 2022		
COGNO	CAUSA DE QUEJA / RECLAMO	TOTAL II TRIM 2022	COGNO	CAUSA DE QUEJA / RECLAMO	TOTAL III TRIM 2022
Q	Demora respuesta: falta en el proceso de atención en el servicio de urgencia.	35	Q	Demora preparación de Citas, exámenes y hospitalización.	14
I	Demora en la atención en el Banco de enfermería.	13	AG	Segue mejor la calidad de la atención que ofrece el personal enfermería, salud de enfermería, etc.	11
N	Demora en la preparación de diagnóstico Amb y Hospitalización.	10	Q	Demora por procesos: falta en el proceso de urgencia.	7
AF	Segue mejor la calidad del personal administrativo.	6	AH	Segue mejor la calidad de la atención que ofrece el personal médico.	5
AG	Segue mejor la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería.	5	U	Falta de comunicación, y/o comunicación en el proceso de atención del paciente.	5

Fuente: Cuadro de reproducción 302

Se evidencia que en el código Q el volumen de QR disminuyó para el III Trim del año 2022 debido a las acciones que se implementaron con relación al conocimiento de los tiempos del triaje. Para el código N hubo un aumento por causas administrativas y para el código AG fue por temas de contratación de personal.

DIRECCIÓN DEFENSORÍA DEL USUARIO:
Atención al Usuario HRZ.

PORCENTAJE DE PQRSDF CON RESPUESTA EN EL TÉRMINO DE LEY III TRIMESTRE 2022

059/840-VI

III Trimestre año 2022						Respuesta en el término de la ley		
Periódicos según Clasificación	Julio	Agosto	Septiembre	Total	%	Formula	Total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los términos de ley PQRSDF	% De peticiones con respuesta en términos de ley
Quejas	10	11	15	36	100%	El total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e informaciones) / El total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informaciones) recibidas en el periodo.	36	100%
Reclamos	26	35	30	91	100%		91	100%
Solicitud inf.	8	6	5	19	100%		19	100%
Sugerencias	0	0	0	0	2%		0	100%
Consultas	0	0	0	0	0%		0	100%
Peticiones	10	21	9	40	100%		40	100%
Total	54	77	59	190	100%	188	99%	

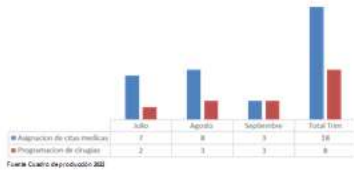
Fuente: Cuadro de reproducción 302

Podemos observar que hay un cumplimiento del 99% en términos de ley para las respuestas de las manifestaciones recepcionadas en el tercer trimestre del año 2022, en el Hospital Regional de Zipaquirá.

DIRECCIÓN DEFENSORÍA DEL USUARIO:
Atención al Usuario HRZ.

FORTALECIMIENTO A LOS CANALES DE ATENCION

Hospital Regional de Zipaquirá
Barreras de acceso identificadas
III Trim 2022



Fuente: Cuadro de reproducción 302

Durante el tercer trimestre del año 2022, a la luz de las PQRSDF, interpuestas por paciente y familia se identifica que la barrera de acceso es la dificultad para acceder a la asignación de Citas.

DIRECCIÓN DEFENSORÍA DEL USUARIO:
Atención al Usuario HRZ.

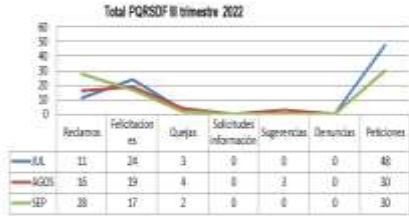
FORTALECIMIENTO A LOS CANALES DE ATENCION

DENUNCIAS POR ACTOS DE CORRUPCION

Durante el tercer trimestre del año 2022, no se presentaron denuncias, como se evidencia en estadísticas del sistema de información Almera.



DIRECCIÓN DEFENSORÍA DEL USUARIO:
Atención al Usuario HRZ.



Durante el III trimestre del año 2022 respondimos, clasificamos y tramitamos 235 PQRSDF de los cuales el 33% correspondió a peticiones con 108 manifestaciones el 25% a felicitaciones con 60 manifestaciones, el 23% correspondió a quejas con 35 peticiones, un 4% de quejas con 11 manifestaciones, un 1% de sugerencias con 2 peticiones. Es importante resaltar el compromiso de la institución frente a la política de humanización y el impacto de la estrategia de "FACTO POR EL TRATO AMABLE" que se viene desarrollando.



Realizando un comparativo con los otros establecimientos se evidencia que hubo un aumento significativo en las peticiones con un 20% solicitando informes clínicos o estadísticos de incapacidades, asignación de días, por lo que se fortaleció los canales de comunicación colocando en las cabinas telefónicas los medios para la asignación de días telefónico 4057369 y línea WhatsApp 3142549338. Además las informaciones y orientaciones en sus referencias sociales se tramite del SUIF, Sistema Único de Información de Inhabilitación a través de línea telefónica de Bot-compras.

Canales de recepción PQRSDF III trimestre 2022



Se observa que el canal más utilizado por los usuarios para reportar los PQRSDF en el tercer trimestre fue el buzón con 108 manifestaciones, en el segundo lugar está el correo con 73 manifestaciones, en tercer lugar el página web con 43 manifestaciones.

Cinco primeras causas de PQRSDF

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	JUL	AGO	SEP	TOTAL
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo (secretarías, secretarías, registros)	4	5	6	15
AJ	Falta de calidad y trato amable	1	4	9	14
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, sala de enfermería, enfermería, quirófanos, quirófanos de día	1	1	2	5
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico	2	0	2	4
B	Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de fechas, mal servicio, gastos, rearme, Rx, cartografía, etc.	1	2	1	4

De los 235 PQRSDF las cinco primeras causas sumo un total de 42 manifestaciones para un porcentaje del 17%.

4.MECANISMOS DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA

Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA

mipg 2022

- Actualización y publicación del directorio institucional de funcionarios y contratistas en página web. <https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=11912>
- Link : Transparencia y Acceso a la Información Pública/Estructura orgánica y Talento Humano /numeral 3.5 **Directorio de información de servidores públicos y contratistas**

**ACTUALIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL
DIRECTORIO INSTITUCIONAL DE FUNCIONARIOS
EN PÁGINA WEB.**

**ACTUALIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL
DIRECTORIO INSTITUCIONAL CONTRATISTAS EN
PÁGINA WEB.**

CD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INGRESO	DOMICILIO OFICIAL	CORREO INSTITUCIONAL	ESTADO CIVIL	ESTADO	GRADO	ASIGNACIÓN
4433274	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433275	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433276	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433277	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433278	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433279	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433280	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433281	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433282	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433283	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433284	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433285	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433286	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433287	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433288	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433289	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433290	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433291	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433292	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433293	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433294	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433295	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433296	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433297	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433298	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433299	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433300	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1



CD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INGRESO	DOMICILIO OFICIAL	CORREO INSTITUCIONAL	ESTADO CIVIL	ESTADO	GRADO	ASIGNACIÓN
4433301	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433302	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433303	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433304	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433305	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433306	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433307	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433308	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433309	M	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1
4433310	F	1979	2010	AV. PUEBLO LIBRE 1508	hualpa@hualpa.com	1	1	1	1



Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

4. SEGUIMIENTO A LOS CRONOGRAMAS DEL D. 612-

1. Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Plan Institucional de Capacitaciones
3. Plan Bienestar
4. Programa Anual de Vacantes
5. Plan Anual de Adquisiciones





Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

SEGUIMIENTO A LOS CONOGRAMAS DECRETO
612/2018



Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

DEPUES
ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO
612/2018



Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

DEPUES
ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO
612/2018



GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Actividades de capacitación para atenuación del riesgo cardiovascular.

Sketches enfocados en estilos de vida saludable, los cuales consisten en crear conciencia en los colaboradores sobre alimentación saludable, alimentación a horas e importancia de la actividad física en los espacios laborales.



GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Implementar actividades del informe de Análisis de puestos de trabajo año 2022.

Implementar actividades del informe de Análisis de puestos de trabajo año 2022.

33 puestos de trabajo

ANTES



DEPUES



GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Actividades de capacitación para atenuación del riesgo osteomuscular en la población trabajadora capacitó y se establecieron ejercicios de estiramientos y cambios de posturas en los sitios de trabajo en aras de mitigar una posible enfermedad laboral por patologías osteomusculares.



Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO
612/2018



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES

- ❖ Preparación del paciente para el acto quirúrgico: Se realizó a 37 colaboradores con pre test y pos test que dan cuenta de la adherencia a la información brindada.
- ❖ Diplomado en Gestión del Riesgo empresarial: Diplomado brindado por la ESAP, inscritos 5 colaboradores de la Dirección Financiera.
- ❖ Curso de Desarrollo Phytón: 4 colaborado CURSO DE DESARROLLO PHYTON se inscribieron al curso con el SENA, se encuentra en ejecución.
- ❖ Diplomado en control social LEY 1757: Se realiza inscripciones con la Escuela Superior de Administración pública, con 26 colaboradores inscritos.
- ❖ Capacitación en Gestión Documental. A 73 colaboradores en temas como deterioro de documentos, derechos humanos, fundamentos básicos.



Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada

ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO
612/2018



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES

- ❖ Programación neurolingüística: Gestionado con la Cámara de Comercio de Bogotá para una funcionaria del área de Control Interno
- ❖ Humanización de la atención: Realizado a 24 colaboradores del área con lista de asistencia y pretest – postest. - Atención Paciente Quirúrgico
- ❖ Capacitación en protección radiológica: Radiaciones ionizantes, se gestiona con la ARL positiva se realizo de forma virtual con la participación de 44 colaboradores.
- ❖ Curso Soporte Vital Básico: Gestionada por la Subdirección de desarrollo humano para 87 funcionarios (as) del área asistencial.
- ❖ Plan de seguridad vial: Gestionada con la ARL positiva, para 4 participantes socializados.



ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO
612/2018

mipg
2022

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES

- ❖ Ingreso y Egreso de pacientes: Auto capacitación para el personal de vigilancia realizado a 33 colaboradores.
- ❖ Jornada de capacitación para el fortalecimiento del cuidado de enfermería (auto capacitación): xii coloquio de enfermería: auto capacitación realizada con 420 asistentes
- ❖ Código de Integridad (Socialización) Y Conflicto De Interés realizó la socialización a 112 colaboradores nuevos y 403 estudiantes (325 pregrado 28 internos, 50 residentes), se realizó puesto a puesto a 449 colaboradores para un total de 852 personas socializadas.
- ❖ Resolución de conflictos, roles y responsabilidades, comunicación asertiva, trabajo en equipo, habilidades blandas, respeto y resiliencia Total 428 colaboradores capacitados en la vigencia.
- ❖ Se realizaron 20 actividades

ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO
612/2018

mipg
2022

PLAN BIENESTAR

Para el tercer trimestre del año 2022 se ejecutaron 13 actividades

Día del médico internista	Día de servicios generales
Día del comunicador social	Día del nutricionista,
Día de ingeniero	Día del epidemiólogo
Día del químico farmacéutico	manejo del estrés
Celebración cumpleaños colaboradores,	jornada de relajación
Taller prevención cardiovascular,	pausas activas
Ruta de amor y amistad	
Mensaje de condolencia y nacimientos,	

Logrando cumplir el 100% del cronograma proyectado para este año y el 51.6% del acumulado del cronograma propuesto para todo el año 2022.

ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO
612/2018

mipg
2022

PLAN BIENESTAR

FECHAS ESPECIALES



PLAN BIENESTAR

Mensaje de Condolencias y Nacimientos



Adicionalmente desde la Subdirección de Desarrollo Humano se gestionaron los bonos exequiales y los ramos de flores realizando el acompañamiento a los DOS (2) colaboradores.

PLAN BIENESTAR

Pausas Activas

Apoyo de la ARL Positiva 5 jornadas de pausas activas puesto a puesto dando participación a todos los colaboradores del Hospital.



PLAN BIENESTAR

Taller cardiovascular



PLAN BIENESTAR

Manejo de estrés

Relajación



ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO 612/2018



PROGRAMA ANUAL DE VACANTES

ITEM	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	Realizar trimestralmente monitoreo de la situación de pre pensión de los servidores públicos.	37 Funcionarios en estado de pre pensionados
2	Identificar cantidad y denominación de los empleos que quedarían vacantes durante la vigencia de presente plan, por desvinculación del servidor por cumplir requisitos de pensión.	37 Funcionarios en estado de pre pensionados
3	Actualizar mensualmente el aplicativo de vacantes en el SIMO	Actualización mensual en la pagina del CNSC Empleados públicos activos 260 y 116 vacantes
4	Trimestralmente monitorear y realizar seguimiento a las vacantes que se generen durante el periodo	Trabajadores oficiales 37 activos y 12 vacantes total 297 cargos activos y 128 vacantes total de cargos 425



ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO 612/2018



PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES

- Modificaciones al PAA** (Adiciones a vigencias futuras y Disminución quedando a corte 30 de septiembre el valor total de \$229.078'562.909.
Publicado en pagina web link: <https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=16761>
Sistema electrónico de Contratación Pública **SECOPI II** link: <https://www.contratos.gov.co/consultas/consultarArchivosPMGeneral.do>.

2. Procesos programados y ejecutados

PROCESO	PROGRAMADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
DIRECCIÓN PRODUCTIVIDAD	48	48	\$2.293.308.304
CONVOCATORIA PÚBLICA	1	1	\$ 3.993.038.800,00
CONTRATACIÓN DIRECTA DIFERENTE A PRODUCTIVIDAD	161	161	\$ 35.638.779.072,00
TOTAL PROCESOS Y VALOR	410	410	\$24.916.422.776



ACTIVIDADES DE LOS CONOGRAMAS DECRETO 612/2018



PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES

Convocatoria Pública

- Adquisición, Instalación y Puesta en funcionamiento de un (1) Tomógrafo Computarizado Para Bogotá
- Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para los Equipos Industriales de Uso Hospitalario como lo son: Sistema de Ventilación Mecánica y Aire Acondicionado, Electrobombas, Enfriadores de Agua, Compresores de Diversas Aplicaciones, Plantas Eléctricas y Calderas
- Prestación de Servicio Integral de Provisión Ropa de Propiedad del Contratista con Recolección, Lavado, desinfección, planchado y distribución de ropa hospitalaria

Por la modalidad de Contratación Directa, se adelantaron cuatrocientos treinta (430) procesos para la adquisición de Bienes y Servicios.

Total ejecutado III trimestre 2022 - Plan Anual de Adquisiciones **\$50.323'015.753**



5. Seguimiento a los compromisos del Acta anterior

COMPROMISO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO
Publicación de procedimientos para la toma de las decisiones en las diferentes áreas.	Se realizo la consulta a diferentes entidades de Régimen Especial – ESE No se encontró que tuvieran publicados todos los documentos. Se encuentra el Mapa de Procesos y en algunos las caracterizaciones	Propuesta para su Aprobación 1. Publicación del Mapa de Procesos y las caracterizaciones - Se esta cumpliendo Una vez expuesta la propuesta de aprueba por parte del Comité Institucional de Gestion y Desempeño.
Solicitud de la prórroga y/o eliminacion de la Estrategia de Racionalizacion de tramite de laboratorio clinico	Correo de solicitud de prórroga y/o eliminacion del tramite de racionalizacion de laboratorio clinico. El concepto de DAFP mas favorable para la entidad era realizar la no era viable hace prórroga por pasar a la siguiente vigencia y la entidad no incurriria en incumplimientos o dejar que la estrategia no se desarrollo en su totalidad.	Eliminacion de la estrategia de racionalizacion del tramite de Laboratorio Clinico.

Una vez socializados todos los temas, se da por terminada la reunion a las 4:30 PM

COMPROMISOS ADQUIRIDOS DURANTE LA REUNIÓN.

Incluir los compromisos en el Plan de Mejora Único por Procesos según el Proceso que le aplica

#	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1			
2			
3			

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA REUNIÓN.

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

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

FIRMA DE LOS ASISTENTES A LA REUNIÓN

#	NOMBRE COMPLETO	CARGO Y/O ACTIVIDAD	FIRMA
1	Lista de Asistencia		
2			