

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTION SEGUNDO TRIMESTRE AÑO 2021

Julio del Año 2021



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

JUNTA DIRECTIVA

DOCTOR GILBERTO ALVAREZ URIBE
Presidente Junta Directiva - Delegado del Señor Gobernador de Cundinamarca

DOCTOR NODIER MARTIN FERRO
Delegado del Señor Secretario de Salud de Cundinamarca

DOCTOR MIGUEL DARIO RICO ACOSTA
Representante de los Profesores Eméritos del HUS

SEÑORA ANA FLORISA MORENO DE RODRIGUEZ
Representante de los Usuarios

SEÑOR HERNAN ORLANDO MAHECHA CAMACHO
Representante de los Gremios de la Producción

LICENCIADO EDIWIN DARIO ARCHILA HERNANDEZ
Representante del sector Científico

DOCTOR EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Secretario
Gerente del HUS

COMITÉ DIRECTIVO

DOCTOR EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Gerente

DOCTORA LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Director Científico

LICENCIADA NUBIA GUERRERO PRECIADO
Director de Atención al Usuario

ABOGADO SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA
Director Administrativo

CONTADOR JOSE JAIME PINZON RIAÑO
Director Financiero

ABOGADO NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
Jefe Oficina Jurídica

ABOGADO YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Control Interno

DOCTOR YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA
Jefe Oficina de Planeación y Garantía de Calidad

Tabla de Contenido

INTRODUCCION

CAPITULO I DIRECCION DE ATENCION AL USUARIO

- 1.1.- Servicio de Urgencias
- 1.2.- Servicio de Referencia y Contrareferencia
- 1.3.- Servicio de Consulta Externa
- 1.4.- Servicio de Enfermería
- 1.5.- Servicio de Atención al Usuario
- 1.6.- Servicio de Hotelería
- 1.7.- Servicio de Estadística

CAPITULO II DIRECCION CIENTIFICA

- 2.1.- Servicio de Hospitalización
- 2.2.- Servicio de Sala de Partos
- 2.3.- Servicio de Salas de Cirugía
- 2.4.- Servicio de Laboratorio Clínico
- 2.5.- Servicio de Patología
- 2.6.- Servicio de Imagenología
- 2.7.- Servicio de Banco de Sangre
- 2.8.- Programa de Donación de Órganos y Tejidos
- 2.9.- Servicio de Farmacia
- 2.10.- Servicio de Nutrición
- 2.11.- Programas de promoción y prevención

CAPITULO III DIRECCION FINANCIERA

- 3.1.- Presupuesto
- 3.2.- Mercadeo y Contratación
- 3.3.- Facturación
- 3.4.- Cartera
- 3.5.- Costos
- 3.6.- Contabilidad
- 3.7.- Tesorería

CAPITULO IV DIRECCION ADMINISTRATIVA

- 4.1.- Talento Humano
- 4.2.- Infraestructura
- 4.3.- Compras Bienes y Suministros
- 4.4.- Tecnología Biomédica
- 4.5.- Sistemas
- 4.6.- Gestión Documental
- 4.7.- Comunicaciones



CAPITULO V OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 5.1.- Informe Ejecutivo Anual del Estado de Control Interno
- 5.2.- Informe Anual de Control Interno Contable
- 5.3.- Plan de Mejoramiento Institucional Informes de Auditorías Internas
- 5.4.- Plan de Mejoramiento Institucional Informe de la Superintendencia Nacional de Salud
- 5.5. Cumplimiento del PUMP.
- 5.6.- Seguimiento Riesgos y Controles.
- 5.7.- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
- 5.8.- Seguimiento al SIA Observa y Publicación en el SECOP
- 5.9.- Plan de Seguimientos.
- 5.10.- Comité de Conciliaciones
- 5.11.- Acreditación
- 5.12.- Cumplimiento del POA 2021 primer trimestre 100%.
- 5.13.- Reporte de Cumplimiento de Envío de Informes a Entes de Control

CAPITULO VI OFICINA JURIDICA

- 6.1.- Defensa Judicial – Procesos Judiciales
- 6.2.- Demandas contra la Entidad
- 6.3.- Demandas a favor de la Entidad
- 6.4.- Procesos Judiciales en provisión contable y cuentas de orden
- 6.5.- Fallos a favor y en contra
- 6.6.- Defensa Judicial – Investigaciones Administrativas
- 6.7.- Defensa Judicial – Derechos de Petición
- 6.8.- Otras gestiones

CAPITULO VII OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

- 7.1.- Programa de Seguridad del Paciente
- 7.2.- PAMEC
- 7.3.- Indicadores Resolución 0256 de 2016
- 7.4.- Gestión del Sistema Único de Habilitación
- 7.5.- Guías de Práctica Clínica
- 7.6.- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG
- 7.7.- Reporte de informes a entes de vigilancia y control
- 7.8.- Asesoría a procesos
- 7.9.- Planes Únicos de Mejora por Proceso PUMP
- 7.10.- Sistema de Gestión Ambiental
- 7.11.- Programa de Gestión al Riesgo
- 7.12.- Auditorías Internas de Calidad HUS, HRZ Y UFZ
- 7.13.- Gestión de Proyectos

CAPITULO VIII HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA

- 8.1.- Servicio de Urgencias
- 8.2.- Servicio de Referencia y Contrareferencia
- 8.3.- Servicio de Consulta Externa
- 8.4.- Servicio de Hospitalización
- 8.5.- Servicio de Sala de Partos
- 8.6.- Servicio de Salas de Cirugía
- 8.7.- Servicio de Laboratorio Clínico



- 8.8.- Servicio de Patología
- 8.9.- Unidad Transfusional
- 8.10.- Servicio de Imagenología
- 8.11.- Servicio de Farmacia
- 8.12.- Servicio de Rehabilitación
- 8.13.- Servicio de Nutrición
- 8.14.- Presupuesto
- 8.15.- Mercadeo y Contratación
- 8.16.- Facturación
- 8.17.- Costos
- 8.18.- Contabilidad
- 8.19.- Talento Humano
- 8.20.- Infraestructura
- 9.21.- Compras Bienes y Suministros
- 8.22.- Tecnología Biomédica
- 8.23.- Sistemas
- 8.24.- Planeación y Calidad
- 8.25.- Servicio de Hotelería
- 8.26.- Servicio de Atención al Usuario

CAPITULO IX UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA

- 9.1.- Servicio de Urgencias
- 9.2.- Servicio de Consulta Externa
- 9.3.- Servicio de Hospitalización
- 9.4.- Servicio de Sala de Partos
- 9.5.- Servicio de Salas de Cirugía
- 9.6.- Servicio de Laboratorio Clínico
- 9.7.- Unidad Transfusional
- 9.8.- Servicio de Imagenología
- 9.9.- Servicio de Terapia Física
- 9.10.- Servicio de Terapia Respiratoria
- 9.11.- Servicio de Fonoaudiología
- 9.12.- Presupuesto
- 9.13.- Mercadeo y Contratación
- 9.14.- Facturación
- 9.15.- Costos
- 9.16.- Contabilidad
- 9.17.- Infraestructura
- 9.18.- Compras Bienes y Suministros
- 9.19.- Tecnología Biomédica
- 9.20.- Sistemas
- 9.21.- Planeación y Calidad
- 8.22.- Servicio de Atención al Usuario



INTRODUCCION

Entre el mes de mayo del año 2020 y el segundo trimestre de 2021 los avances y el comportamiento de los indicadores por cada una de las variables responsabilidad de cada una de las direcciones y dependencias de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana, la E.S.E. Hospital Regional de Zipaquirá y de la Unidad Funcional de Zipaquirá; se presentan las tendencias de producción, facturación, recaudo, gestión presupuestal y de cada uno de los recursos iniciando las presentaciones con las puertas del entrada al proceso de atención como son el Servicio de Urgencias, Consulta Externa, Referencia, Hospitalización, Servicios de Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica, Financiera, Administración, Control Interno, Gestión Jurídica, Gestión de Planeación y Calidad.

Esta misma estructura, se tuvo en cuenta para la presentación del informe de la E.S.E. Hospital Regional de Zipaquirá y de la Unidad Funcional de Zipaquirá instituciones que en forma independiente tuvieron un impacto diferencial motivado por la demanda, la oferta y las decisiones del orden Nacional, Departamental y Municipal relacionados con las diferentes etapas de relacionadas con la Pandemia por el Covid – 19; de todas maneras esta información es insumo importante para la toma de decisiones en el proceso de planificación de la vigencia 2021 en donde; además es necesario tener muy presente el comportamiento de la demanda y la oferta en los años 2018 y 2019 considerados escenarios de mayor regularidad sin pandemia.

A continuación, presentamos la tendencia en el comportamiento de los dos trimestres del año 2021 y su tendencia anual relacionada con los últimos dos años 2019 y- 2020, con sus respectivos análisis.

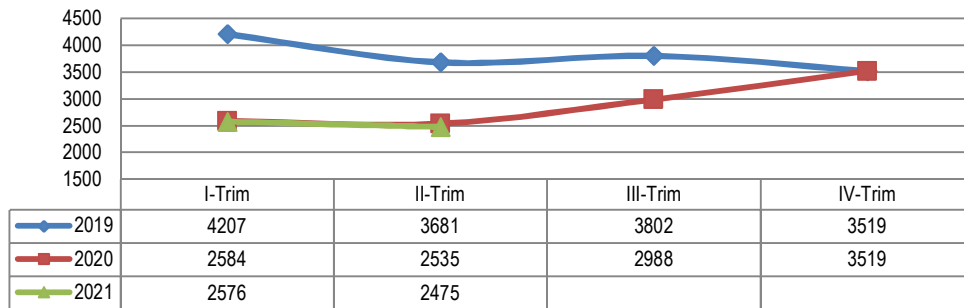
CAPITULO I

DIRECCION DE ATENCION AL USUARIO

1.1.- Servicio de Urgencias

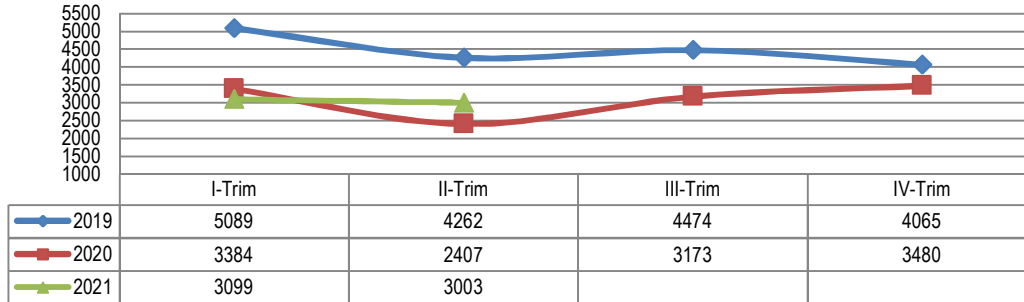
Grafica No. 1

**TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA
COD: 1911**



Grafica No. 2

**NUMERO DE CONSULTAS REALIZADAS EN URGENCIAS POR MEDICO GENERAL
COD:1139**



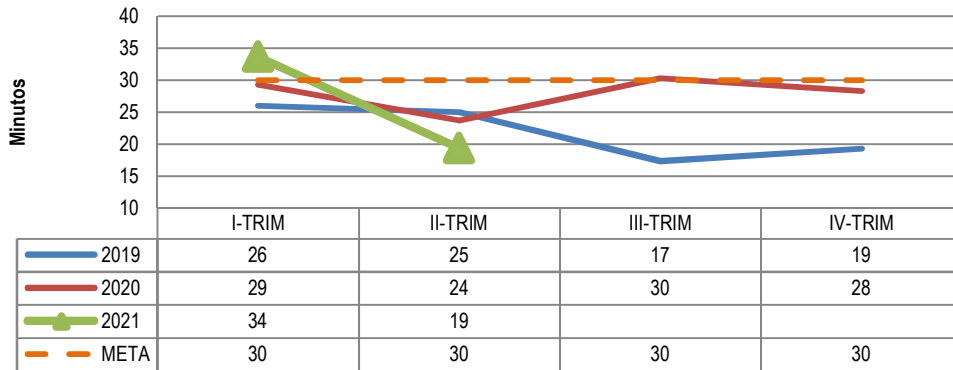
Fuente: Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria – Registro Sistema de Información ALMERA

Para este segundo trimestre del 2021, se mantienen en general la cantidad de atenciones de urgencias respecto al primer trimestre (alrededor de 1000 consultas mes), con discreto incremento respecto al mismo trimestre del año 2020 (2407 a 3003), recordando que durante ese periodo se presentaron las cuarentenas y aislamientos estrictos decretados por el gobierno nacional, departamental y distrital, en donde el flujo de pacientes por demanda espontánea disminuyeron significativamente (menor movilidad y búsqueda de servicios de salud Urgencias), así como remisiones por otras causas diferentes a COVID-19. Por otro lado respecto a años anteriores (por ejemplo 2019), sí se denota un descenso significativo de alrededor de un 30% en la producción general de atenciones de Urgencias, esto explicado por la salida de MEDIMAS EPS de la institución, quien durante ese periodo contractual hizo alto uso del servicio de urgencias; sin embargo observando periodos anteriores 2016-2018, se mantiene la productividad general atribuido a necesidades de la EPS Convida y otros clientes departamentales y distritales. En cuanto a causas de consulta y solicitudes de atención, se mantuvo el alto flujo de pacientes COVID-19 en ciertos periodos, explicado por picos/mesetas de la emergencia sanitaria, pero con otros periodos que generaron consultas de enfermedades crónicas de alta complejidad y enfermedad oncológica. Finalmente frente a proporción (por clasificación TRIAGE), se mantiene en mayor medida TRIAGE III.



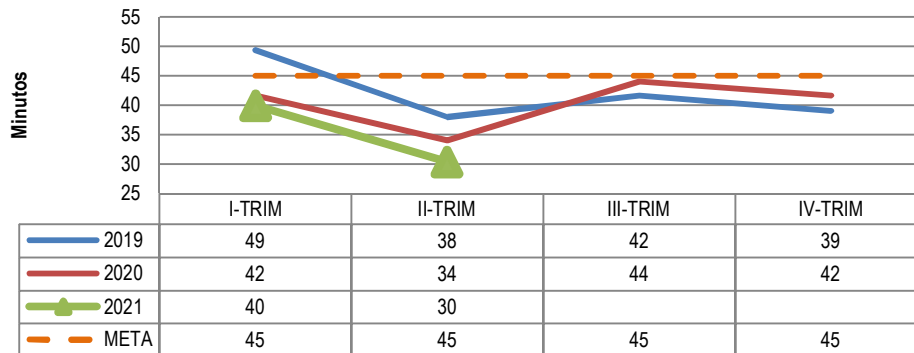
Grafica No. 3

COD 276 - TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION EN URGENCIAS DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE II



Grafica No. 4

COD 1127 - TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION EN URGENCIAS DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE III

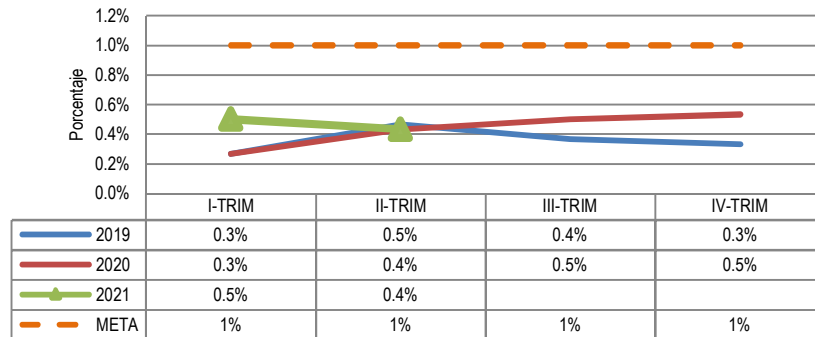


Fuente: Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria – Registro Sistema de Información ALMERA

En cuanto a la oportunidad general del Servicio de Urgencias se notó mejoría de la oportunidad del Triage II en 15 minutos promedio respecto al primer trimestre, dejando el indicador para el segundo trimestre con 11 minutos superando la meta (<30'), esto logrado gracias a la revisión individual de las inoportunidades presentadas (medico/paciente), entre tanto, se identificaron factores relacionados al cargue de notas (nota complementaria vs historia clínica de ingreso) y las dificultades presentadas con la ausencia de enfermera asignada a triage que aumenta las actividades de los médicos de urgencias, esto adicionado a la presencia de unidad externa (carpa, consultorio, triage y zona COVID), que incrementa los tiempos de traslados, uso y retiro de elementos de protección personal (EPP's), entre otros. En cuanto a la oportunidad del TRIAGE III, nos hemos mantenido por debajo de los 45 minutos (meta), con un resultado de 30' para el segundo trimestre y mejoría de 10 promedio, respecto al periodo inmediatamente anterior (40' 2021-I).

Grafica No. 5

COD 278 - PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN URGENCIAS ANTES DE LAS 24 HORAS



Fuente: Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria – Registro Sistema de Información ALMERA

La mortalidad <24 horas durante el segundo trimestre del 2021 representó el 0.4% de las atenciones del Servicio de Urgencias (13 de 3061); de éstos, el 47% correspondieron a atenciones iniciales de Urgencias y el 53% a especialidades medico quirúrgicas. En cuanto a causas inherentes 1 solo paciente requirió levantamiento (causas sin identificar o indicación médico legal), 6 pacientes con causa base a enfermedad por COVID-19, 4 pacientes con causa cardiovascular de base (IAM, ACV) y 1 por enfermedad oncológica terminal. Como novedad durante el trimestre se llevó a investigación un caso de mortalidad (NSP -20211917) cuya conclusión fue: "Posterior a la identificación de factores contributivos y fallas durante el proceso de atención se clasifica novedad de seguridad como presunta COMPLICACIÓN, fallecimiento de paciente secundario a comorbilidades" entre tanto no se presentaron mortalidades atribuidas a eventos adversos. En cuanto al acumulado del semestre, no se evidencian desviaciones frente a periodos anteriores (<1%), aclarando que éste ítem es no controlable en cuanto es atribuido a causas inmanentes, únicamente como medida de investigación a morbilidad relacionada o derivada de la atención en salud.

Grafica No. 6

P.2.7 TASA DE CAIDA DE PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

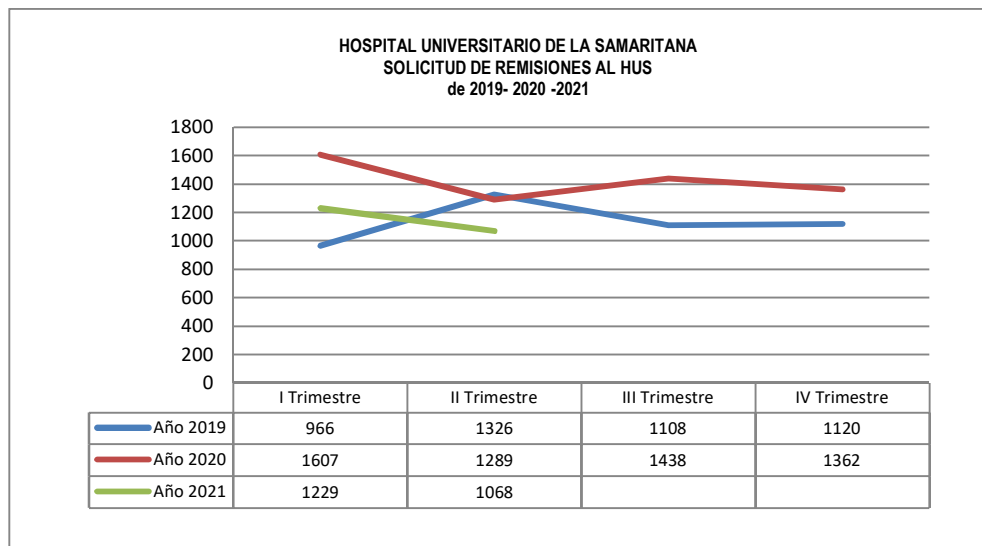


Fuente: Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria – Registro Sistema de Información ALMERA

En el segundo trimestre del 2021 la tasa de caídas fue de 1.0, cuyo resultado se encuentra dentro de la meta establecida por la institución (<2.5) lo que representa al menos 1 caída por cada 1000 atenciones del Servicio de Urgencias, así mismo respecto al periodo inmediatamente anterior se notó un incremento en 0.4. Estos resultados pueden atribuirse al seguimiento y medición de la adherencia al protocolo de prevención de riesgo de caída que para el periodo fue superior al 80% y a los esfuerzos de seguimiento y retroalimentación al personal de enfermería con relación a las barreras de seguridad establecidas para la reducción del riesgo. Como parte del fortalecimiento a la prevención de caídas, se continuarán ejecutando actividades de educación al paciente y familiar en el uso del llamado de enfermería, la importancia de no movilizarse sin supervisión y solicitud de ayuda en los desplazamientos y en especial al baño cuando aplica; así mismo continuar con el fortalecimiento de la educación a los pacientes y cuidadores frente a las medidas de prevención y trabajo continuo para lograr sensibilizar en la conciencia del riesgo durante proceso de atención, sin desconocer su autonomía, pues éste elemento es fundamental en el respeto al paciente en términos de toma de decisiones. Finalmente se resalta la ausencia de eventos centinelas derivados a caídas.

1.2.- Servicio de Referencia y Contra referencia

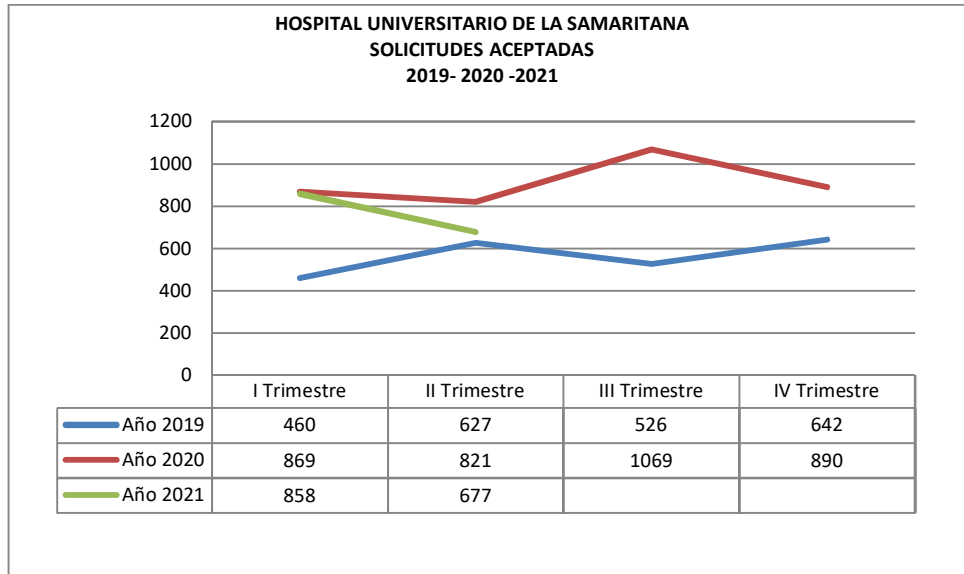
Grafica No. 7
Comparativo Anual 2016-2017-2018–2019-2020



Para el II trimestre del año 2021 el número de remisiones solicitadas al HUS disminuyen respecto al año 2019,2020, la causa principal es el temor de los usuarios a llegar al hospital ya que en este periodo de tiempo se reflejó el pico más alto y letal de la pandemia, los usuarios no consultan sino por patologías Covid a los hospitales del departamento cuando se encuentran muy comprometidos de lo contrario no acuden a los hospitales por otras patologías si no cuando están muy mal, esto hace que se comenten menos pacientes al HUS.

Otro factor importante refleja la situación socio económica del país ya que los pacientes manifiestan no tener los recursos para los desplazamientos del lugar de origen hasta el Hospital Universitario de la Samaritana, no tienen aseguramiento manifestando que la causa principal es la pérdida del empleo.

Grafica No. 8



En el II trimestre del 2021 el porcentaje de aceptación de remisiones por parte de las especialidades del HUS a nivel global disminuyen con respecto al año 2019,2020, las causas atribuibles a la disminución de aceptación por parte del HUS, la sobreocupación en este periodo de tiempo fue alta ya que nos encontrábamos en el pico más fuerte de la pandemia el Servicio de Urgencias se reconvirtió y se ocuparon 10 camas exclusivas para manejo de pacientes con patología Covid de las 48 que existen adicionalmente las camas en hospitalización se encontraban ocupadas en las áreas Covid. La aceptación de pacientes para UCI se disminuyó también ya que se dio prioridad a los pacientes que se encuentran en la Institución en Urgencias, Salas de Cirugía, Hospitalización. Durante este trimestre la Oficina de referencia y contra referencia continua como responsable de recolectar y reportar la información para Covid 19 (No. de Camas UCI y de Cuidados Intermedios para COVID), en las plataformas de la Secretaria Distrital de Salud (SIRC), Secretaria de Salud de Cundinamarca, en las tres jornadas mañana, tarde y noche.

1.3.- Servicio de Consulta Externa

La consulta asignada y la realizada, en el II trimestre de 2021 presentó un **aumento** por encima del **200%** comparada con el 2020, por reactivación de la consulta tras la pandemia, que se sintió fuertemente en el II trimestre del 2020 (últimos días de marzo), por lo que se tuvo que bajar la oferta. En el consolidado a **I semestre** presentó un **aumento** de un **10%** y comparado con el 2019, presentó una baja de un 43% en el trimestre. En el 2019 se atendieron en promedio 3.780 consultas mes, en el 2020 - 1.890 y para el 2021 - 2.117 consultas mes (recuperación lenta)

Desde inicio de pandemia se implementó la tele orientación, autorizada por las EPS. Se realizaron **112 atenciones** en el I semestre de 2021, mientras que, en el 2020 fueron 197 tele orientaciones, (disminución por cita presencial).

Tabla No. 1

COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	II TRIM				I SEM			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Horas programadas consulta especializada	5.447	4.763	905	2.715	9.853	9.307	4.781	5.061
Consultas asignadas = programadas	16.257	13.852	2.440	7.857	29.113	27.209	13.595	14.719
Consultas realizadas	13.949	11.455	1.989	6.665	25.023	22.677	11.341	12.701
% Inasistencia	13%	17%	17%	14%	13%	16%	16%	13%
% Cancelación o causa de NO atención	0,9%	0,5%	1,6%	0,7%	1,1%	0,7%	0,9%	0,7%
% cancelación - institucional/programadas	0,4%	0,3%	0,9%	0,5%	0,5%	0,3%	0,6%	0,5%
% Uso de capacidad de oferta (realizada/oferta)	94%	87%	84%	89%	93%	88%	89%	91%
Rendimiento hora medico consulta	2,6	2,4	2,2	2,5	2,5	2,4	2,4	2,5
% Demanda insatisfecha en Consulta	8%	11%	2%	3%	5%	7%	2%	2%

*Sistema de información de Consulta Externa

La **Inasistencia** (ind174. meta 14- ls15%), en el **I semestre**, estuvo en **13%**, bajó un 17% y en el **II trimestre**, estuvo en **14%**, bajó un 14% comparada con el mismo trimestre del año anterior, gracias a la confirmación de citas.

Las tres primeras causas fueron: 1. Dificultad del desplazamiento (por alerta roja y paro nacional a partir del II trim) 2. Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad) 3. Relacionadas con autorización.

La **cancelación** o causa de **NO atención** (Ind. 175, meta 1, ls 1.5%), es cuando el paciente está en el HUS y por alguna causa o motivo, no se puede prestar el servicio programado. La cancelación ha venido aumentando a expensas de la mejora en la captura del dato. **La cancelación o no atención fue del 0,7% tanto en el II trimestre como en el I semestre 2021, el 71% por causa institucional**, falla en asignación de cita, seguida de otros motivos, solicita valoración por otra subespecialidad ejemplo lo ve Oftalmología de úvea y considera que lo debe ver retina; y en 3er. lugar la inasistencia del especialista por motivos no prevenibles. **25% atribuida al paciente** por condición del paciente, seguido de sin resultado de paraclínicos necesarios para definir conducta y 3ª. causa cita mal solicitada y **4% por causa externa**, inactivo en EPS, códigos errados, llegada tarde INPEC.

La **cancelación previa**, es cuando se cancela el servicio programado con mínimo 6 horas de anticipación, esta cancelación correspondió a 26% para el I semestre y 30% en el II trimestre del 2021, por paro nacional.

El uso de la capacidad de oferta (Meta =o >90%), mejoró 2 puntos. Se logró el resultado gracias al ajuste mensual de horas de ofertadas con las Especialidades, de acuerdo a la demanda (ampliación de oferta para el II trimestre en dolor y cuidados paliativos, Medicina Interna, Cirugía general, Anestesia y Dermatología); en los casos de disminución de oferta por baja demanda, en Oftalmología general. Debido a la emergencia sanitaria por covid 19, bajo los lineamientos Distritales y/o Departamentales, se han ido restaurando o restringiendo los servicios, dando así la continuidad de la atención.

Como dificultades está: 1. inasistencia 2. La cancelación (institucional, por paciente o por causa externa) 3. Falta de ampliación de oferta o contratación de más especialistas en las especialidades de alta demanda (Reumatología, Nefrología y reapertura de Endocrinología que tiene alta demanda).

Oportunidad en asignación de citas. La demanda aumentó para todas las especialidades, gracias al aumento paulatino de la oferta, en las agendas que así lo requirió, mejoró la oportunidad. Se tuvo en cuenta las recomendaciones de bioseguridad por parte del Ministerio de Salud.

Tabla No. 2

OPORTUNIDAD EN ASIGNACIÓN DE CITAS	II TRIM				I SEM			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Oportunidad en cita Medicina interna (15 días)	1	1	2	1	1	1	2	1
Oportunidad en cita Cirugía (20 días)	1	5	10	0	1	4	5	1
Oportunidad en cita Ginecología (5 días)	1	0	1	0	1	0	3	0
Oportunidad en cita Obstetricia (5 días)	0	0	1	0	0	0	2	0
Oportunidad en Anestesia (10 días)	1	1	1	1	1	1	2	0
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	2	8	8	1	2	5	6	1

*Sistema de información de Consulta Externa

En **Medicina Interna**, resultado obtenido, gracias a la ampliación paulatina de agendas en coordinación con los Especialistas. En **Cirugía General**, resultado logrado en coordinación con el Subdirector de Cirugía, con la ampliación de la oferta de acuerdo a la demanda. En **Ginecología**, resultado gracias a la oferta de lunes a viernes y al ajuste de la oferta de acuerdo a la demanda. Para **Obstetricia**, gracias a la oferta de lunes a viernes que satisface la demanda. **Anestesia**, no tiene una meta establecida por norma, cada vez que se requiere se ajustan agendas en coordinación con Anestesia. La oportunidad en las **demás especialidades** mejoró frente a 2019 y 2020, gracias al aumento paulatino de la oferta, en las agendas que así lo requirió. Se habilitó Cirugía hepatobiliar en febrero (4 pacientes en el semestre- 1 por mes desde marzo). En junio, se habilitó Fisiatría y se cerró Endocrinología.

Procedimientos realizados en Consulta Externa, en el II trimestre de 2021 presentó **aumento** de más de **200%**, comparado con el 2020, por aumento de la demanda tras la reactivación de servicios por la pandemia. En el **I semestre** presentó **aumento** de un **12%**. Los procedimientos se retomaron desde el año anterior teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad del Ministerio de Salud. (Cardiología, Neurología, Neuropsicología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Urología, Dermatología, Ginecología y Fisioterapia). A partir de junio, se retomaron las pruebas de función pulmonar (suspendidas por alto manejo de aerosoles).

Tabla No. 3

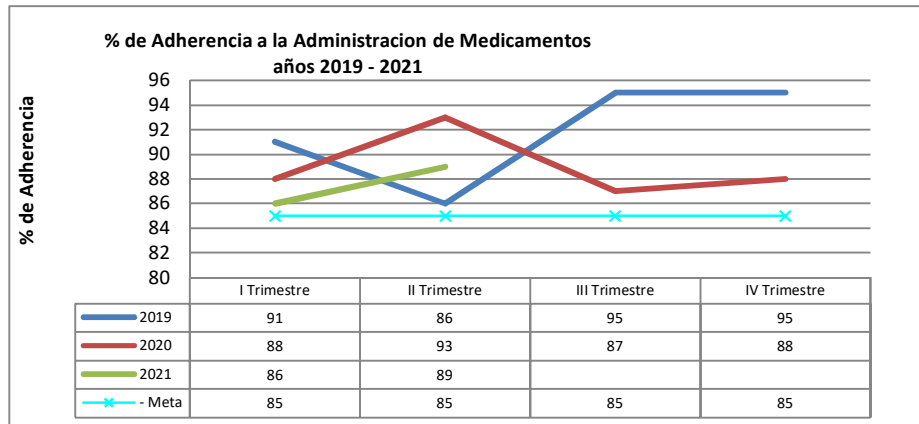
COMPORTAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y/O TERAPÉUTICO REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA	II TRIM				I SEM			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Horas programadas procedimientos	4.734	3.665	659	2.842	9.075	7.309	4.054	4.511
No. Procedimientos programados	5.014	4.035	355	1.827	8.930	8.445	3.106	3.275
No. Procedimientos realizados	4.631	3.594	294	1.580	8.229	7.588	2.706	2.870
% Inasistencia en procedimientos	7%	10%	16%	12%	7%	9%	12%	11%
% Cancelación Procedimiento o no atención	1,0%	0,6%	1,1%	2%	1%	1%	1%	2%
% cancelación - institucional/programadas	0,2%	0,2%	0,3%	1,3%	0,2%	0,1%	0,5%	0,9%

*Sistema de información de Consulta Externa

La **inasistencia** (ind 1057 meta 8, ls 10%) estuvo en **12%**, **bajó** un 17%. Las tres primeras causas fueron: 1. Dificultad del desplazamiento (por alerta roja y paro nacional a partir del II trimestre) 2. Llegada tarde y 3. Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad). **La cancelación o no atención** (Ind. 1064, meta 1- ls 1.5%) fue del **2%** tanto en el **II trimestre** como en el I semestre 2021, aumentó un punto comparado con el mismo trimestre del año anterior. El **79%** por causa **institucional**, otros motivos, inconvenientes de facturación y falla en la comunicación, falla en asignación de cita y no llamado del paciente para la atención, **17%** atribuida al **paciente**, por llegada tarde, falta de preparación (para procedimientos endoscópicos gastroenterológicos), condición del paciente (enfermo o síntoma que no permitió la atención) y **3%** por **causa externa**, sin medicamento, autorización con códigos errados o incompleta.

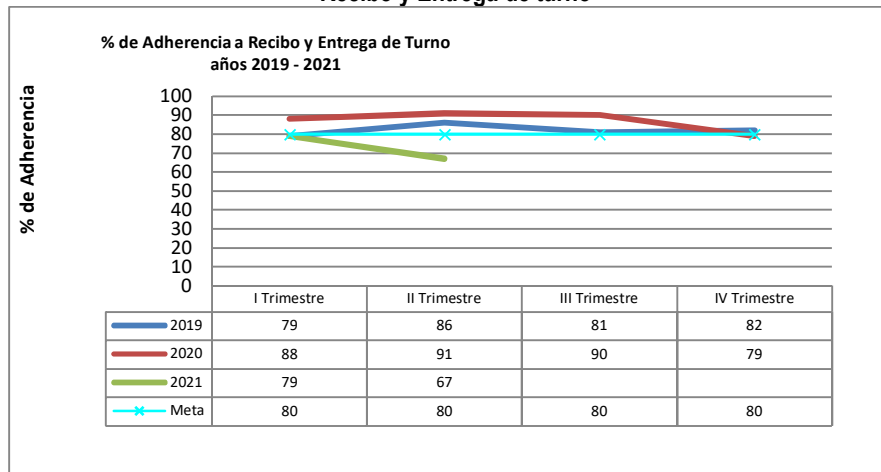
1.4.- Servicio de Enfermería

Grafica No. 9
Terapia Farmacológica
Medición de Adherencia a Procesos Prioritarios



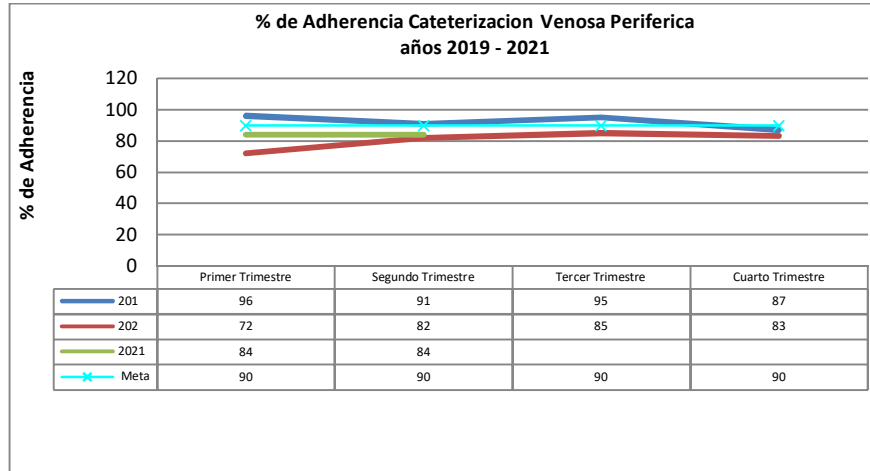
Para el segundo trimestre del año 2021, se observa un comportamiento similar a los años anteriores y se ha alcanzado la meta definida, el acumulado del primer semestre en comparación con el año anterior disminuyó en 3 % su adherencia. Los ítems de menor cumplimiento en la verificación mediante lista de chequeo fueron los relacionados con los registros de medicamentos en el plan de manejo, notas de enfermería, o evolución y lo relacionado con la información del medicamento que se va a administrar, sus efectos y solicita autorización para administrarlo (Consentimiento)

Grafica No. 10
Recibo y Entrega de turno



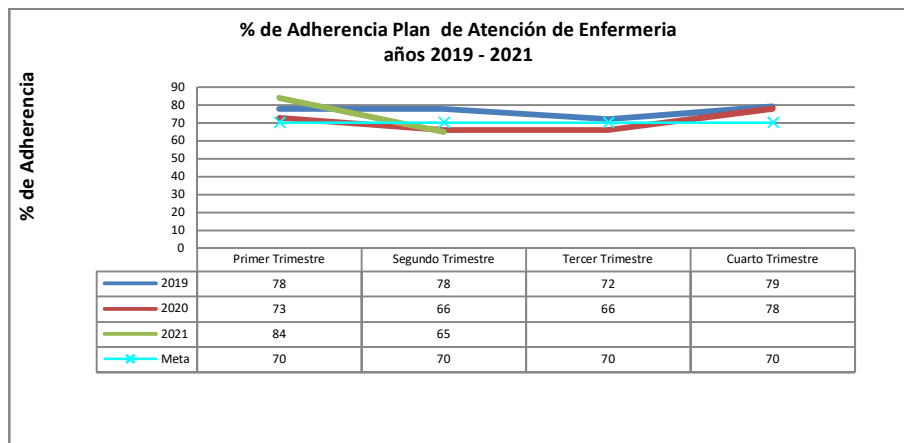
Para el segundo trimestre de 2021 se observa disminución del 12% con relación al I trimestre, no se logra la meta propuesta y en comparación con los años anteriores la tendencia es descendente. Aun se continúa con déficit del número de personas lo cual impide la asignación oportuna del recurso necesario para dar inicio al recibo y entrega de turno lo cual afecta el desarrollo del procedimiento de forma adecuada y se ve afectada la continuidad de la información necesaria para el cuidado de los pacientes,

Grafica No. 11
Cateterización Venosa Periférica



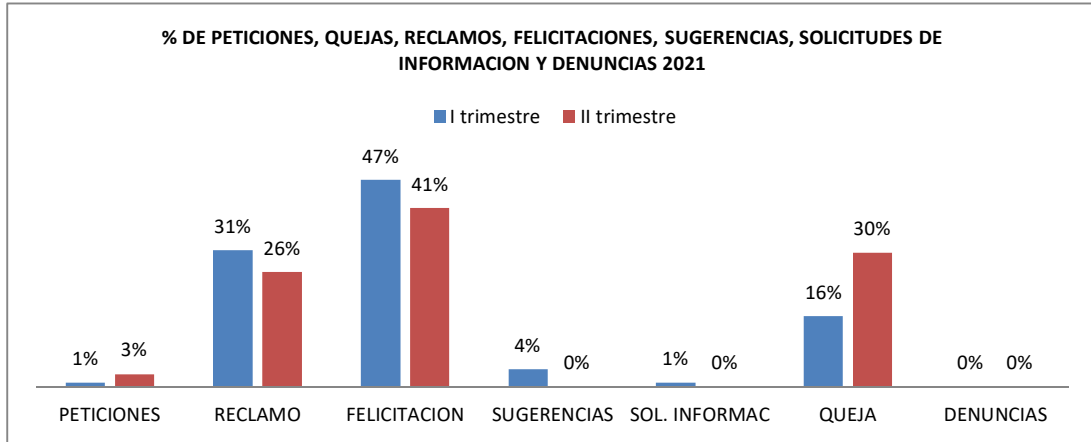
El comportamiento del indicador para el segundo trimestre de año es similar al trimestre anterior, no lográndose alcanzar la meta definida, pero comparado con el IV trimestre del año 2020 en el que se aplica nueva forma de medición no se encuentra variación. Revisando los aspectos de menor adherencia se encuentra el relacionado con el registro de del consentimiento informado, así como también sobre la preparación del material a usar antes de realizar el procedimiento incluyendo guardián y utiliza EPP. Se está adelantando un PUMP, se actualizó el protocolo, se continúa el seguimiento a la adherencia. La tasa de flebitis para el último trimestre se encuentra dentro de metas.

Grafica No. 12
Adherencia Plan de Cuidado de Enfermería



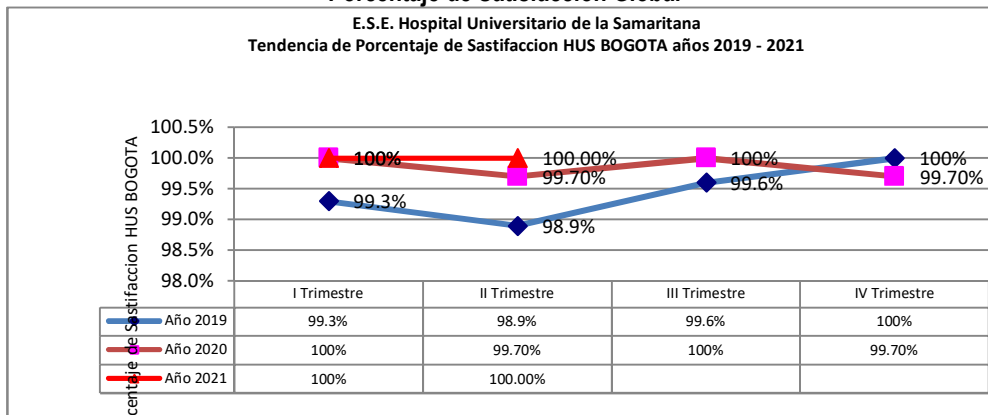
El comportamiento del indicador de adherencia para el segundo trimestre del año disminuyó en un 9% con relación al I trimestre, fue similar en comparación con el año anterior y disminuyó en el 13% en comparación al año 2019, no lográndose alcanzar la meta definida. Estos resultados se deben analizar teniendo en cuenta que al no contar con el personal de enfermería suficiente en los diferentes servicios, la razón enfermero / paciente no favorece el cuidado de enfermería, aumenta la rotación e impacta en el cumplimiento de las actividades, se pierde la continuidad del cuidado y dificulta la formulación y el seguimiento en la ejecución de los PAE.

Grafica No. 13
Peticiones, Quejas y Reclamos



1.5.- Servicio de Atención al Usuario

Grafica No. 14
Atención al Usuario y su Familia HUS Sede Bogotá
Porcentaje de Satisfacción Global



Fuente: Encuestas de Satisfacción Almera

El porcentaje de Satisfacción Global del Usuario en HUS Bogotá: durante el transcurso del II Trimestre fue muy alta, igual a 100 % (meta el 97%), en comparación con los años anteriores se observa que **aumento**, la cual es resultante de las acciones implementadas por el hospital (Ver el análisis del Indicador de la Proporción de la Satisfacción del Usuario, Res 0256/2016).

Grafica No. 15
Resolución 0256 de 2016 Ministerio de Salud y Protección Social
Indicador de HUS Bogotá Proporción de Satisfacción del Usuario, según Resolución 0256/ 2016

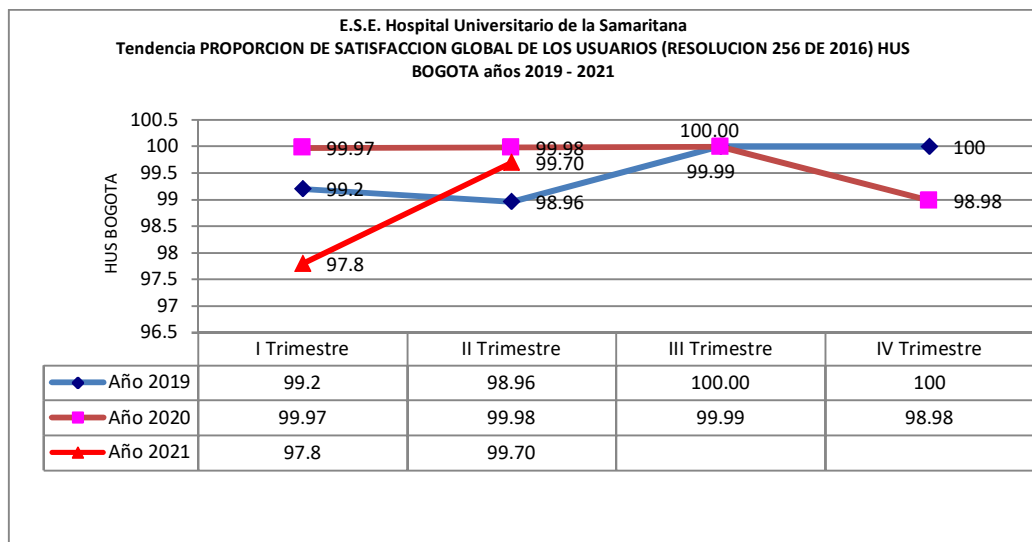
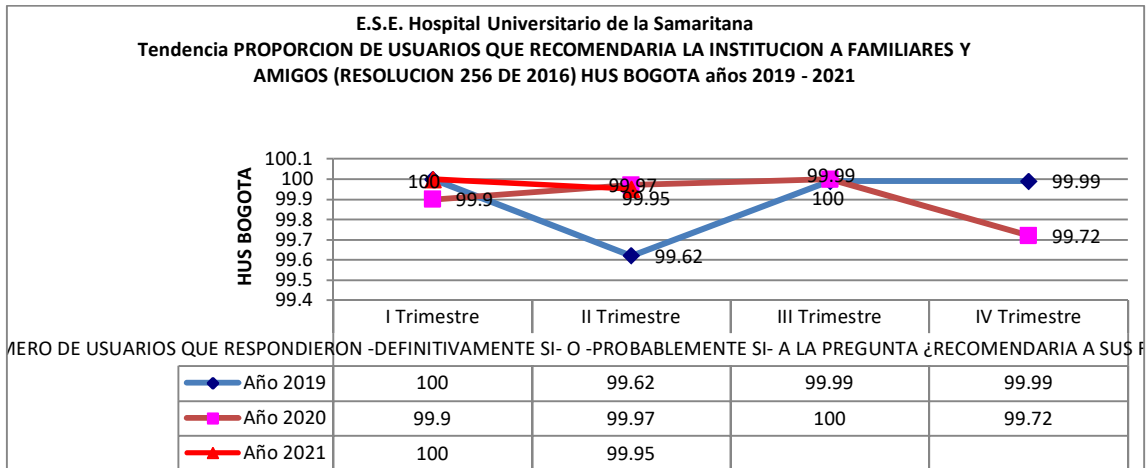


Tabla No. 4

	PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE LOS USUARIOS (RESOLUCION 256 DE 2016)							
	¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?							
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre	
	"Muy Buena"	"Buena"	"Muy Buena"	"Buena"	"Muy Buena"	"Buena"	"Muy Buena"	"Buena"
Año 2019	96,2 (279)	3 (9)	89 (259)	9,96 (29)	96,3 (283)	3,7 (11)	96,9 (284)	3,1 (9)
Año 2020	97,8 (375)	2,2 (9)	91,7 (375)	8,3 (34)	82,8 (337)	17,2 (70)	86,7 (353)	12,3 (50)
Año 2021	88,6 (373)	9,2 (38)	89,1 (352)	10,6 (42)				

Del total de 395 Usuarios de salud encuestados, 352 manifestaron que su experiencia global frente a los servicios de salud recibidos fue entre "muy buena y 42 buena" en el HUS Bogotá y en % de satisfacción global este resultado implica que un 99,7 % están muy satisfechos con la atención recibida, lo cual es resultante de las acciones implementadas por el hospital a través de los planes de mejora formulados e implementados a través del enfoque de gestión por proceso, mejoramiento en la oportunidad de la atención en el servicio de Urgencias, de la hotelería y ambiente hospitalario, ejecución del Programa de humanización que estimula la atención humanizada en salud, estimulación por el respeto de los derechos de los usuarios, identificación oportuna de las necesidades del usuario (Pte./Familia), búsqueda de satisfacción de las mismas a través de Rondas y Visitas a Pacientes hospitalizados, fortalecimiento de servicio al cliente, educación al paciente y cuidador frente a su Patología o cumplimiento de medidas de bioseguridad para mitigar el riesgo de contagio por COVID 19, información médica diaria a pacientes hospitalizados y a sus familiares vía telefónica, el alto nivel científico de la institución brindado por el equipo interdisciplinario y apoyo de los colaboradores del área administrativa, acompañamiento, orientación y apoyo a los pacientes/ Familia altamente vulnerables con apoyo del Grupo de las Trabajadoras Sociales e Informadoras y Orientadoras (Tercera edad, materna, en condición de discapacidad, etnias...)o al final de la Vida.

Grafica No. 16
Indicador: Proporción de lealtad del usuario hacia la IPS, según Resolución 0256/ 2016.

Tabla No. 5

	PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMENDARIA LA INSTITUCION A FAMILIARES Y AMIGOS							
	¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?							
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre	
	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"
Año 2019	97,6 (283)	2,4 (7)	97,6 (284)	2,1 (6)	99,7(293)	0,3 (1)	98,3 (288)	1,7 (5)
Año 2020	99,2 (401)	0,7 (3)	98,8 (404)	1,2 (5)	100,0 (407)	0,0	98,0 (398)	1,7 (7)
Año 2021	97,8 (403)	2,2 (9)	96,5 (381)	3,5 (14)				

La proporción de lealtad del usuario hacia la HUS Bogotá es muy alta como resultado del proceso de mejoramiento continuo en la prestación de servicios del HUS a través de múltiples estrategias implementadas y descritas en el Indicador de “% de Satisfacción Global” y en medio de la Emergencia Sanitaria que vive nuestro País por la Pandemia COVID 19, que llevo a la Institución a realizar ajustes a su proceso de atención por esta causa, atendiendo a las necesidades del País, del Departamento de Cundinamarca y por ende de la Comunidad.

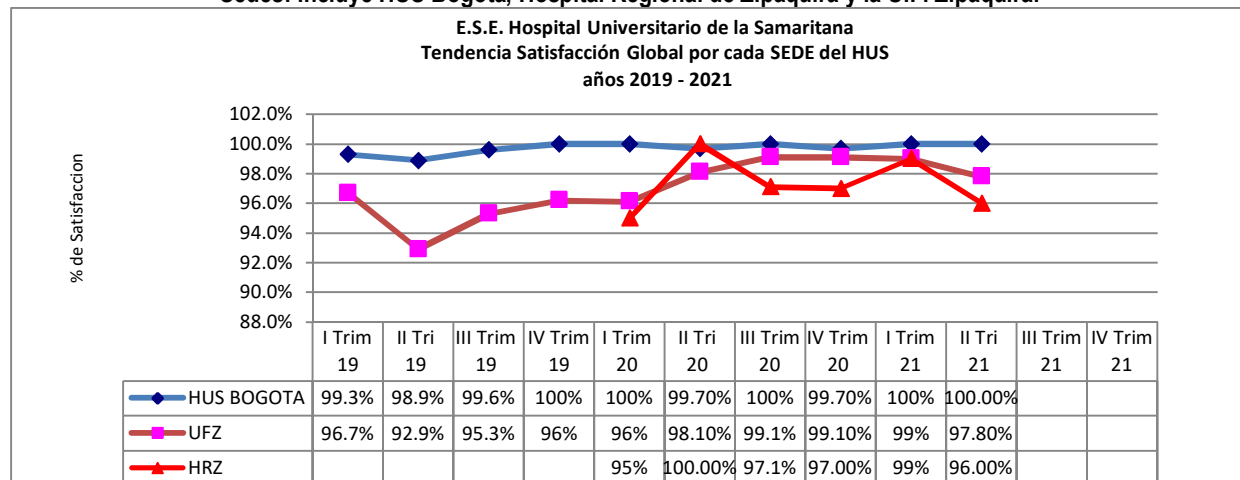
Grafica No. 17
Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa de Satisfacción Global por Sedes: incluye HUS Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y la U.F. Zipaquirá.


Tabla No. 6

	HUS BOGOTA				Unidad Funcional de Zipaquirá				Hospital Regional de Zipaquirá			
	I Trim 2019	II Tri 2019	III Trim 2019	IV Trim 2019	I Trim 2020	II Tri 2020	III Trim 2020	IV Trim 2020	I Trim 2021	II Tri 2021	III Trim 2021	IV Trim 2021
Año 2019	99,3%	98,9%	99,6%	100%	96,7%	92,9%	95,3%	96%				
Año 2020	100%	99,70%	100%	99,70%	96%	98,10%	99,1%	99,10%	95%	100%	97,1%	97,00%
Año 2021	100%	100%			99%	97,80%			99%	96,00%		

Fuente: Encuestas de Satisfacción

Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente y/o buscar la solución a las dificultades percibidas, como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, las Informadoras realizaron durante la II trimestre un total de 1107 **Rondas** (Saludo de Bienvenida) y 309 **Visitas** (el Paciente ya lleva hospitalizado más de 3 días). Se socializó a **1626** Usuarios la Declaración Institucional de los “ **Derechos y Deberes de los Usuarios en Salud**”., de manera individual al igual que en las salas de espera de los servicios, a través de charlas, adicionalmente se brindaron TIPS de emergencias y desastres, segregación de residuos, puntos ecológicos, rol de la oficina de la Dirección de Atención al Usuario, mecanismos de interposición de PQRSD, haciendo énfasis en medidas de **BIOSEGURIDAD por la Pandemia COVID 19**.

Pandemia Covid 19: La Dirección de Atención al Usuario continua brindando atención a Pacientes ambulatorios o familiares de Pacientes hospitalizados, realizando actividades de información y orientación a usuarios, según necesidad, rondas, visitas al Paciente hospitalizado y de Urgencias, educación en medidas de bioseguridad COVID 19, identificando necesidades, socialización de la declaración Institucional de los Derechos y Deberes del Usuario, canales de interposición de peticiones, realizando actividades lúdicas a través de “Sami Divierte y Enseña”, se continúa la “Celebración de Cumpleaños de Pacientes Hospitalizados”, para entretención, apoyo psicológico, distracción a nuestros pacientes,. en medio de las limitaciones derivadas de la emergencia sanitaria, manejando todas las medidas de protección y bioseguridad en esta etapa de tantos altibajos emocionales para el Paciente y su familia.

POA II Trimestre 2021 Programa de Humanización. De 49 actividades programadas se cumplió con el 100% de las mismas, según cronograma de las 7 Líneas estratégicas del Programa de Humanización.

Otro mecanismo de Fortalecimiento de la comunicación del Familiar con el paciente hospitalizado a través de las Informadoras y Orientadoras: el total de elementos recepcionados de aseo y pertenencias que traen los familiares para los pacientes que se encuentran en el servicio de Urgencias o en Hospitalización en el II trimestre 2021 fue de **657**. Con el ánimo de promover la Humanización de a atención se entrega formato de tarjeta, para que el familiar le envíe un mensaje de apoyo y fraternidad, beneficio de su salud mental y emocional.

Estrategia de humanización de la atención, en época de pandemia Covid 19, suministro de teléfonos celulares para facilitar la comunicación de pacientes con sospecha o diagnóstico de infección por Covid: se continúa con este canal de comunicación, médica diaria a familiares de pacientes hospitalizados, que continúan bajo custodia de las profesionales de enfermería. Por otra parte Trabajo Social continúa apoyando la comunicación con la familia o red de apoyo o con el servicio médico tratante y dejan los registros en la historia, incluyendo las llamadas telefónicas. Desde la Dirección de Atención al Usuario a través del equipo de Trabajadoras Sociales y de las Informadoras y Orientadoras se brinda **acompañamiento a los familiares de los Pacientes Fallecidos**, se colabora con trámites administrativos con el fin de realizar acompañamiento emocional e integral al final de la vida. **Total acompañamientos a familiares en el II trimestre 2021 fue de 50 familias.**

Estrategia de SAMI Divierte y Enseña: Se realizaron **179 actividades** lúdicas con los Pacientes hospitalizados ejecutadas por las Informadoras y Orientadoras asignadas a la Dirección (3 Colaboradoras). En el II trimestre 2021 se continuó con la estrategia de **Celebración de los Cumpleaños de cuatro (4) Pacientes Hospitalizados**, cumpliendo con todas las medidas de bioseguridad y brindando apoyo emocional, acogida en esta fecha especial a pesar de la restricción de visitas de familiares por la Pandemia COVID 19.



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tel. 4077075

www.hus.org.co

“Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada”

Estrategia de la DAU del “**Pacto por el trato Amable**”. Se continuó realizando los talleres que consiste en que todo colaborador interno involucrado en alguna queja o reclamo por posible falta de trato amable se cita y se realiza un taller de sensibilización buscando fortalecer la cultura de atención humanizada en el HUS: en el II trimestre 2021 se realizaron **8 pactos**.

Plan de Acción Política Pública de Participación Social 2021: El 22 de abril de 2021 fue aprobado y firmado por el Gerente el Plan de Acción de la Política de Participación Social 2021 (con alcance a las Unidades funcionales: HRZ y UFZ), el cual se lidero por la Dirección de Atención al Usuario el cual se formuló con la participación de la Asociación de Usuarios del HUS, Subdirectora de la Defensoría del Usuario, Líder de Proyecto de Trabajo social, Líderes de la oficina de Atención al usuario del HRZ, UFZ (con el aval del Director y Coordinadora General respectivamente) y sus equipos de trabajo. El 27 de abril de 2021 se reportó en plataforma PISIS la programación de Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud SOPORTE (soportes del cargue y Validación en plataforma PISIS). El 10 Mayo de 2021 Se publicó el Plan de Acción Aprobado en página web del Hospital en el Link de Atención al Ciudadano (fechas) SOPORTE (LINK de publicación https://www.hus.org.co/recursos_user/politicas/PlandeAccionpp2021.pdf). Se emitió el Informe trimestral de **Participación Social** a la Secretaría de Salud de Cundinamarca: Actas del Comité de Ética, Indicador de satisfacción, Informe ejecutivo de las reuniones mensuales de la Asociación de usuarios y Satisfacción del Usuario.

MIPG: Se cumplió con la actividad de Elaborar, publicar en Página Web del Hospital y reportar en plataforma PISIS el Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vigencia 2021: Se cumple con el 100% las actividades programadas.

POA I Semestre 2021. Se cumplieron todas las actividades programadas relacionadas con el cumplimiento del Programa de Humanización, sostenimiento de la satisfacción global, gestión.

Gestión del Riesgo: Se realiza seguimiento al Mapa de Procesos de la Dirección de Atención al Usuario. y su Familia, realizando seguimiento a través de los controles definidos evidenciando que durante el I y II trimestre de 2021 No se materializaron, lo cual se reportó a la Oficina de Planeación a través de matriz definida por esa instancia.

Trabajo Social cuenta con identificación de los riesgos actualizada en el año 2021, tales como Posibilidad de Reporte no oportuno a Entes de Control de casos críticos de pacientes detectados, Posibilidad de Gestión inadecuada del trámite de solicitudes médicas de servicios (Oxígenos, ambulancia, medicamento, remisiones y contra-remisiones y citas para toma de exámenes), y Posibilidad de seguimiento inoportuno de casos especiales en los servicios por Trabajo Social. Estos riesgos luego del análisis de los controles no requieren ser intervenidos y por ende no se incluyen en el PUMP 2021.

Tabla No. 7

REQUIMIENTO CON CORTE A: (Fecha)	PROCESO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	¿El riesgo se ha materializado?	¿La causa que originó la materialización del riesgo se encuentra claramente identificada?	Indique la causa que originó la materialización del riesgo	¿Los controles operan de acuerdo con las variables definidas en su diseño?	¿Los controles permitieron disminuir el nivel de riesgo inherente?	Si la respuesta en alguna de las preguntas de control es NO, informe si su propósito alguna acción por parte del responsable del proceso para mejorar el diseño y/o efectividad de los controles.	Observaciones frente al diseño de los controles	¿Considera que existen otros riesgos que deben incluirse dentro de su proceso?	Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál y/o cuáles son los riesgos que deben incluirse?	¿Ha socializado el riesgo, el control o los controles y actividades realizadas en su equipo de trabajo?	Actividades establecidas en el PUMP para abordar los riesgos (Extremo, Alto, Riesgo Materializado)	Porcentaje de avance	Indique las debilidades que se presentaron durante la ejecución de las actividades
				SI/NO	SI/NO/NA	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	ID Almera			
30 de junio de 2021	Atención al Usuario y su familia	Posibilidad de NO detección de casos críticos para la intervención social	Procesos	No	NA	NA	SI	SI	NA	SIGUE IGUAL	No	NA	SI	NO	NA	N/A
30 de junio de 2021	Atención al Usuario y su familia	Posibilidad de Gestión inadecuada del trámite de solicitudes médicas de servicios (Oleaje, ambulancia, medicamento, laboratorio, radiación, remisiones y contrarremisiones y citas para toma de exámenes)	Procesos	No	NA	NA	SI	SI	NA	SIGUE IGUAL	No	NA	SI	NO	NA	N/A
30 de junio de 2021	Atención al Usuario y su familia	Posibilidad de NO realización de seguimiento oportuno a los pacientes hospitalizados	Procesos	No	NA	NA	SI	SI	NA	SIGUE IGUAL	No	NA	SI	NO	NA	N/A
30 de junio de 2021	Atención al usuario y su familia	Incumplimiento en la generación de respuesta PQRSD a los Usuarios. No se generan las respuestas dentro de los términos de ley	Procesos	No	No	NA	SI	SI	NA	SIGUE IGUAL	No	NA	SI	NO	NA	N/A
30 de junio de 2021	Atención al usuario y su familia	Posibilidad de generar respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido)	Procesos	No	No	NA	SI	SI	NA	SIGUE IGUAL	No	NA	SI	NO	NA	N/A
30 de junio de 2021	Atención al usuario y su familia	Posibilidad de identificación inoportuna de las necesidades del Usuario	Procesos	No	No	NA	SI	SI	NA	SIGUE IGUAL	No	NA	SI	NO	NA	N/A
30 de marzo	Atención al usuario y su familia	Posibilidad de identificación inoportuna de las necesidades del Usuario en los Puntos de Información y Orientación al usuario o durante Rondas y visitas a pacientes hospitalizados	Procesos	No	No	NA	SI	SI	NA	SIGUE IGUAL	No	NA	SI	NO	NA	N/A

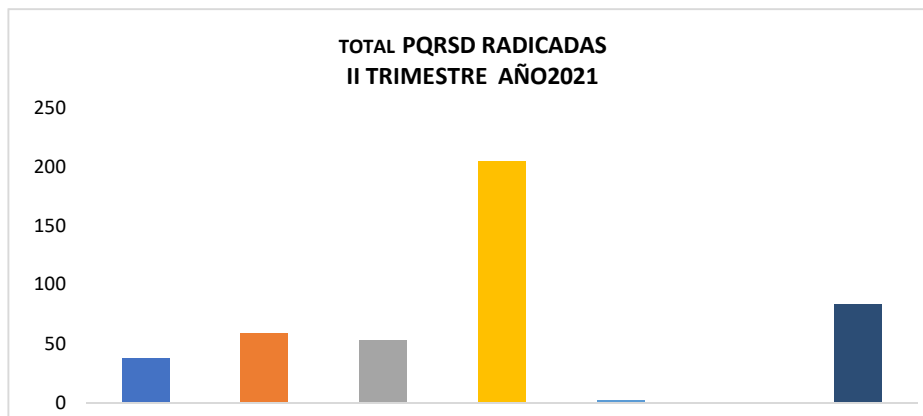
Se realiza seguimiento en el II Trimestre a los indicadores de los riesgos

Tabla No. 8

RIESGO	INDICADOR	% CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE
Posibilidad de generar respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido)	Total de QR identificadas con respuesta inadecuada en el trimestre / total de respuestas tramitadas en el trimestre *100	TOTAL QR identificadas con respuesta inadecuada en el trimestre = 0 TOTAL Respuestas Tramitadas = 97 $= 0 * 100 / 97 = 0$
Probabilidad de no formulación ni o ejecución planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.	Total de planes de mejora formulados por PQRSD / total PQRSD que requieren plan de mejora *100	Total de planes de mejora formulados por PQRSD = 2 Total PQRSD que requieren plan de mejora = 4 *100 $= 2 * 100 / 4 = 50\%$
Posibilidad de identificación inoportuna de las necesidades del Usuario en los Puntos de Información y Orientación al usuario o durante Rondas y visitas a pacientes hospitalizados	Total de QR interpuestos por de Pacientes hospitalizados Visitados o atendidos en puntos de Información / Total de QR *100	Total de QR interpuestos por de Pacientes hospitalizados Visitados o atendidos en puntos de Información = 0 Total de QR = 97 $0 / 97 * 100 = 0$

PAMEC de Acreditación y PUMP: se cumple con el 100% las actividades programadas. Durante el 12, 13 y 14 se recibió visita del ICONTEC y hubo seguimiento a la gestión de Atención al usuario (gestión de la Dirección de atención al usuario, de PQRSD, Planes de Mejora formulados 2020 y 2021 con fuente , PQRSD, Encuestas y Satisfacción al Usuario) al igual seguimiento al Programa de Humanización. Se reconoce como fortaleza la humanización de la atención al paciente y familia, se debe fortalecer hacia el cliente Interno (trabajador, colaborador).

Grafica No. 18
Informe de Gestión Felicitaciones, Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes,
Total de las Peticiones II Trimestre Año 2021

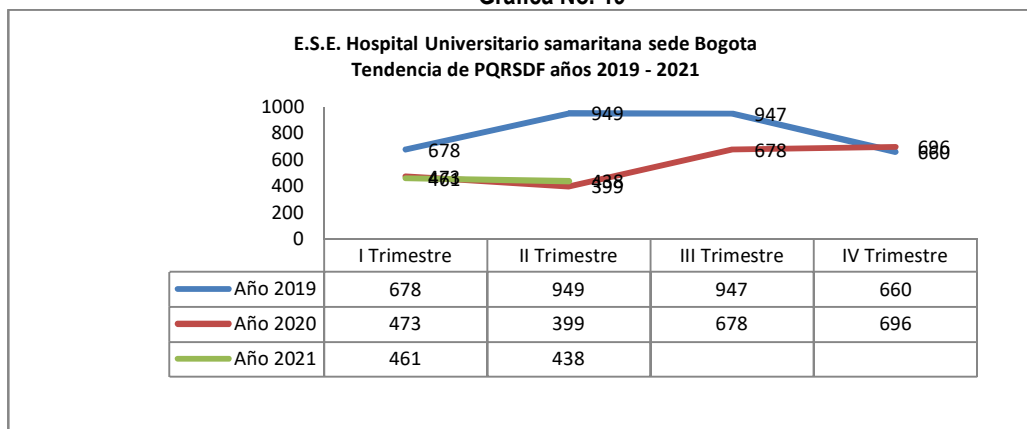


Durante el II trimestre del año 2021 se recibieron un total de 901 PQRSD, evidenciando que las solicitudes de información fueron 450 y representan un 49,9% de total de las radicaciones, y en las cuales se identifica como causa de la solicitud principalmente medios para asignación de citas, copia de historia clínica y solicitudes de radicación de hojas de vida entre otros. De las 901 manifestaciones el 21,7 % con (196) tiene relación con algún derecho del usuario vulnerado por los funcionarios de la ESE, desde la Subdirección de defensoría al Usuario se informa al jefe del Servicio correspondiente y se solicita la formulación e implementación de las acciones de mejora pertinentes, los planes de mejora formulado son aprobados por la dirección del servicio al que se solicitó, y se realiza seguimiento al cargue del plan de mejora en Almera y al cumplimiento de las acciones proyectadas

Comportamiento de PQRSD II Trimestre durante los últimos tres Años

Los siguientes gráficos presentan la tendencia de las manifestaciones recibidas durante los últimos cuatro años.

Grafica No. 19



Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2021 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Realizando un análisis comparativo del II trimestre del 2019 al II trimestre de 2021 encontramos: Para el 2019 se presentaron un total de 949 manifestaciones mientras que para el mismo periodo para el año 2020 se evidencian 399 manifestaciones una disminución del 4,6% y para el mismo periodo en el año 2021 se presentaron un total de 438 manifestaciones que en relación año 2019 disminuye un 4,2% y con relación al mismo periodo del año 2020 hay un aumento de 4,6%. Observando una variación en estos periodos se disminuye para el año 2020 y se aumenta para

el año 2021 esta variación es acorde con los cambios que ha presentado el HUS en cuanto a la prestación de los servicios por pandemia ya que para el año 2020 se disminuyó la prestación de los servicios y para el año 2021 nuevamente se reabren todos los servicios. De acuerdo con su clasificación las quejas y reclamos presentan una tendencia a la baja mientras que las solicitudes de información presentan un comportamiento constante durante los tres años objeto de estudio; es de resaltar que las radicadas por concepto de peticiones presentan un comportamiento con tendencia al aumento a lo largo del periodo de análisis.

Total, Quejas y Reclamos II Trimestre Año 2021

Para el segundo trimestre del año 2021 se presentaron un total de 96 QR.

Tabla No. 9
Comparativo QR II Trimestre Últimos Tres Años

COMPARATIVO II TRIMESTRE 2019 – 2021						
Quejas y Reclamos	II TRIM 2019	%	II TRIM 2020	%	II TRIM 2021	%
Quejas	53	11%	16	21%	37	39%
Reclamos	411	89%	62	79%	59	61%
TOTAL	464	100%	78	100%	96	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2021 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Realizando un análisis del comportamiento de las quejas y reclamos presentadas durante el segundo trimestre de los años 2019, 2020 y 2021 encontramos que en el año 2020 presento un importante disminución en la radicación de quejas y reclamos lo cual se reflejó en que mejoro la asignación de citas, la atención en medio de la PANDEMIA COVID 19 y a su vez producto de la disminución de la demanda de servicios por las restricciones establecidas por la misma como se presenta en el Servicio de Urgencias, agendamiento de citas por Consulta Externa y ambulatorias y la hospitalización de Pacientes, para el II de 2021 se ve un aumento leve en comparación con el año 2020 lo cual repercute a que se realizaron más aperturas de más servicios.

Tabla No. 10
Canales de Ingreso II Trimestre 2021

CANAL DE INGRESO PQRSD II TRIM 2021					
CLASIFICACIÓN	Buzón	Personal	Telefónica	Página WEB	Correo Electrónico
Quejas	20	7	0	8	2
Reclamos	19	7	0	21	12
Felicitaciones	40	6	0	6	1
Solicitud Información.	1	0	0	43	160
Sugerencia	2	0	0	0	0
Denuncias	0	0	0	0	0
Peticiones	0	2	0	19	62
TOTAL	82	22	0	97	237

Fuente: Base de datos Matriz Almera PQRSD Almera año 2021

El HUS cuenta con diferentes canales establecidos para la recepción de las PQRSD, después de analizada la información se puede indicar que el canal que más es atractivo al peticionario es el correo electrónico por medio del cual se evidencia una radicación de 237 manifestaciones que representa un 184% de uso con respecto a los otros canales, lo que permite concluir que por la facilidad de uso y acceso para el usuario es la herramienta más efectiva para realizar las manifestaciones y dar la respuesta a las PQRSD. En segundo lugar, como canal de ingreso se encuentra la página Web con un total de 97 radicaciones correspondientes al 22,1 %. Es de anotar que se cuenta con 11 buzones de sugerencias, ubicados por los distintos pisos y accesibles al usuario de tal forma que sea más practica la radicación de la manifestación, sin embargo y curiosamente este medio no es tan utilizado ya que se evidencia solamente 82 manifestaciones radicadas por este medio el cual tiene un 18,7% de uso con respecto a los demás canales, así mismo se evidencia el uso de los otros canales en una baja proporción.

Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el II Trimestre 2021 HUS Bogotá

A continuación, se describen las 5 principales causas que originaron las manifestaciones presentadas en el II trimestre año 2021.

Tabla No. 11

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	TOTAL II TRIM
AJ	Falta de calidez y trato amable.	28
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	12
R	R Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la citas: call center, gastroenterología, neumología, Rx, cardiología, etc.	10
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	7
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	5

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2021 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Del total de 97 Quejas y Reclamos radicados en el segundo trimestre del año 2021, se concluye que las 5 primeras causas identificadas representan un 22,1% del total de los inconformismos radicados en el trimestre:

1a. causa AJ: la falta de calidez y trato amable, con (28) QR por la misma causa que equivale al 28,8% y en comparación con al año anterior para el mismo periodo se evidencia un aumento del 0,8%. **2ª. causa AG:** Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Auxiliar de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx. **3ª. Causa R:** Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de las citas: call center, gastroenterología, neumología, Rx, cardiología, etc. **4ª. Causa S:** Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente. **5ª. Causa Z:** Perdida de elementos personales del usuario.

Porcentaje de PQRSD con Respuesta en el Termin de Ley I Trimestre 2021

Para el II trimestre del 2021 se observa que se radicaron 385 manifestaciones como son peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias; de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 15 días hábiles al 91 %, que corresponde a 350 peticiones, quedando 35 correspondientes al 9% sin contestar, es decir la respuesta de estas peticiones se debe emitir posterior al 1 Julio de 2021, en conclusión, durante el II trimestre /2021, se da respuesta al 100% de todas las PQRSD en términos de ley.

Tabla No. 12

II Trimestre año 2021						Respuesta en el termino de la Ley		
Peticiones según clasificación	ABR	MAY	JUN	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Quejas	9	14	14	37	9%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo	29	78%
Reclamos	25	12	22	59	14%		48	81%
Solicitud Inf.	127	47	30	204	49%		200	98%
Sugerencias	1	0	1	2	0%		2	100%
Denuncias	0	0	0	0	0%		0	1%
Peticiones	17	28	38	83	20%		71	86%
TOTAL	179	101	105	385	100%		350	91%

Fuente: Base de datos Matriz Almera PQRSD año 2021 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Trabajo Social

A continuación se presenta el informe consolidado de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social en el segundo trimestre de 2021 y el consolidado del semestre. Se realiza descripción cuantitativa y cualitativa de los datos frente a trámites administrativos, acciones sociales e intervención con población diferencial.

Tabla No. 13
Acciones Administrativas

PERIODO	1. TRAMITES MEDICAMENTOS	2. TRAMITES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS	3. TRAMITES OXIGENOS	4. TRAMITES REMISIONES	5. TRAMITES DIALISIS AMBULATORIAS
II TRIM 2017	153	41	165	168	30
II TRIM 2018	179	76	179	188	38
II TRIM 2019	247	95	139	248	18
II TRIM 2020	195	86	74	139	11
II TRIM 2021	193	41	275	243	14

Tabla tomada de informe Trabajo Social II trimestre 2021 xls.

En la tabla anterior nos muestra la variabilidad de los datos cuantitativos que está relacionada con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes y por la atención de Pacientes Covid19. Respecto a la oportunidad de las EPS frente a estos trámites en el último trimestre encontramos promedio de respuesta en días: para remisiones 5,2 días, exámenes 8,5 días, oxígenos 3,4 días y medicamentos 2,5 días. Promedio que semestralmente se siguen manteniendo gracias a la gestión realizada por el equipo de Trabajo Social ante las diferentes EAPB excepto la oportunidad de respuesta para los exámenes el cual se aumentó considerablemente debido a que las Biopsias por microscopia no las están autorizando en el HUS y la ubicación por parte de la EAPB es muy demorada. Un dato a mencionar está relacionado con los trámites de remisiones, el cual ha aumentado en el último año debido a que por protocolo administrativamente se deben colocar en remisión todos los pacientes de EAPB con los cuales no tenemos contrato, al igual que el trámite de oxígeno domiciliario y remisiones a Unidades de Cuidados Intensivos con ocasión a la Pandemia por Covid19.

Otras de las actividades que realiza Trabajo Social actualmente son:

6. AFILIACIONES POR OFICIO (pacientes sin seguridad social)	Se realizó afiliación por oficio a 106 pacientes en el I semestre en el HUS que llegaron sin afiliación a una EAPB o menores que nacieron en el Hospital. (52 Afiliaciones II trimestre de 2021)
7. SEGUIMIENTOS PACIENTES (COVID19)	Durante el semestre se realizaron 314 seguimientos a pacientes negativos para Covid19 Ambulatorios. (190 seguimientos pacientes en el II trimestre).

Gestión Social
Tabla No. 14

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS II TRIMESTRE AÑO 2017	USUARIOS INTERVENIDOS II TRIMESTRE AÑO 2018	USUARIOS INTERVENIDOS II TRIMESTRE AÑO 2019	USUARIOS INTERVENIDOS II TRIMESTRE AÑO 2020	USUARIOS INTERVENIDOS II TRIMESTRE AÑO 2021
ORIENTACION Y GESTON DE ALBERGUE	71	76	88	54	14
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	7	5	1	2	1
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	5	6	4	3	9
GESTION HABITANTES DE CALLE	20	6	12	5	4
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	6	3	2	2	2
REUBICACIONES A ICBF	3	0	1	1	1
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	26	35	13	19	27
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	2	0	2	1	3
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	9	41	62	97	69
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	8	0	0	1	2
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	15	30	15	6	27
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	7	3	5	2	1
GESTION POBLACION INPEEC	0	21	31	6	7
TOTAL	179	226	236	199	167

Tabla tomada de informe Trabajo Social II trimestre 2021.

La tabla anterior nos indica las acciones de Trabajo Social relacionadas con la atención de población vulnerable, las cuales fueron identificadas y a las que se realiza Estudio Social y se establece plan de tratamiento. Instituciones como Bienestar Familiar, Secretaría de Integración Social, Alcaldías Municipales, Comisarías y Fiscalía en las cuales se favorece la restitución de los derechos de los pacientes. Trabajo social colabora con la orientación y el apoyo psicosocial a los paciente que requieren algún tipo tramite, respondiendo a inter-consultas, brindando orientación a los familiares que no cuentan con red familiar en Bogotá para que se ubiquen el albergues cerca al hospital, realiza

reporte y seguimiento a los casos que se presentan de paciente víctima de algún tipo de violencia, se comunica con las diferentes entidades del estado para lograr la ubicación de los pacientes que están en abandono. Teniendo como base las particularidades de las poblaciones se favorece los procesos de inclusión, restitución de derechos y otros respetando siempre sus conocimientos, cultura, creencias o situación por la que afrontan, las cuales están directamente relacionadas con su proceso salud-enfermedad. La disminución en la identificación de algunas poblaciones estuvo determinada en este último trimestre por que ha bajado el ingreso de pacientes Venezolanos y a que la gestión de albergue no se ha podido efectuar por la limitante en los albergues para recibir pacientes en tiempos de Pandemia.

Indicadores

Tabla No. 15
Indicador: Reubicación Familiar, Social e Institucional de Pacientes.

FORMULA	II TRIMESTRE 2018	II TRIMESTRE 2019	II TRIMESTRE 2020	II TRIMESTRE 2021
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	49/48	60/60	10/8	15/16
Total % Reubicación	97.9%	100%	80%	94%

Tabla tomada de informe Trabajo Social II trimestre 2021.

Como se puede evidenciar en la tabla anterior la necesidad manifiesta por nuestros usuarios frente a la reubicación social e institucional de pacientes está en promedio en un 94% en el año 2021, situación dada por la ausencia de red de apoyo familiar en dos casos de pacientes. Así mismo es pertinente señalar que Trabajo Social ha tenido que dejar de realizar búsqueda activa de pacientes con necesidad de ubicación en albergue, teniendo en cuenta que ya no se cuenta con el recurso para apoyar esta gestión desde el HUS y por la situación que generó la Pandemia que impide nos reciban en los albergues algunos pacientes o familiares.

Tabla No. 16
Indicador Estudios Sociales Realizados a Pacientes Hospitalizados

FORMULA	II TRIMESTRE 2018	II TRIMESTRE 2019	II TRIMESTRE 2020	II TRIMESTRE 2021
% DE ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS = # de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados / total de ingresos hospitalarios*100	1922/2710	2077/2977	1262/1838	1459/2099
Total % Estudios Sociales	70,9%	69,7%	69%	69%

Tabla tomada de informe Trabajo Social II trimestre 2021.

El indicador de Estudios Sociales se ha fortalecido año tras año y se ha mantenido por encima de la meta que es 50%, lo cual favorece el acompañamiento a nuestros pacientes y apoyo en intervenciones psicosociales.

Tabla No. 17
Indicador: Porcentaje de Remisiones Efectivas desde Hospitalización

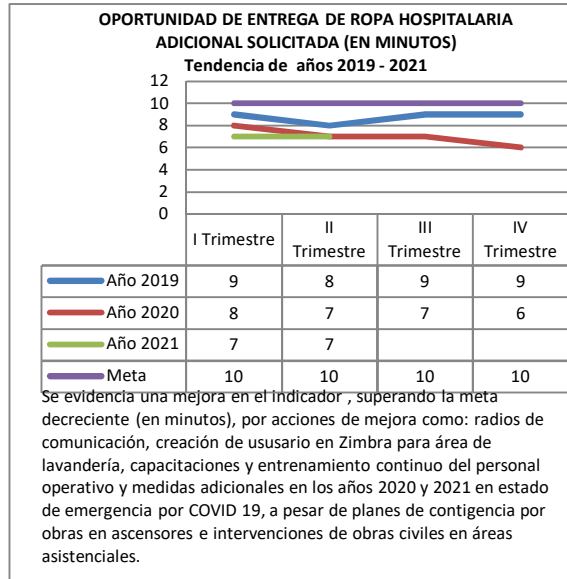
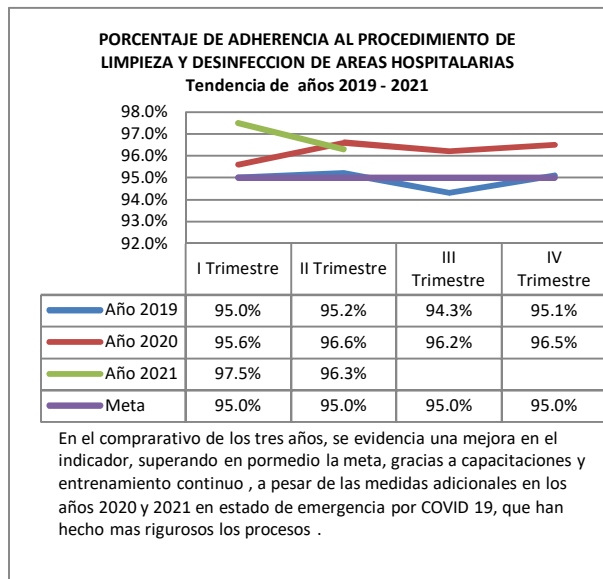
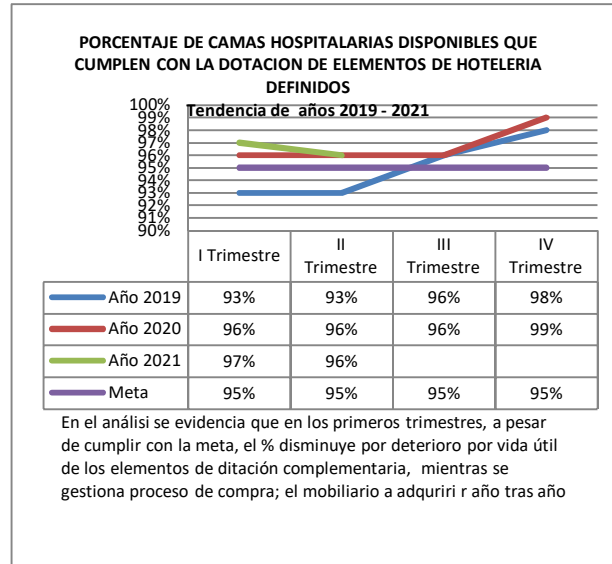
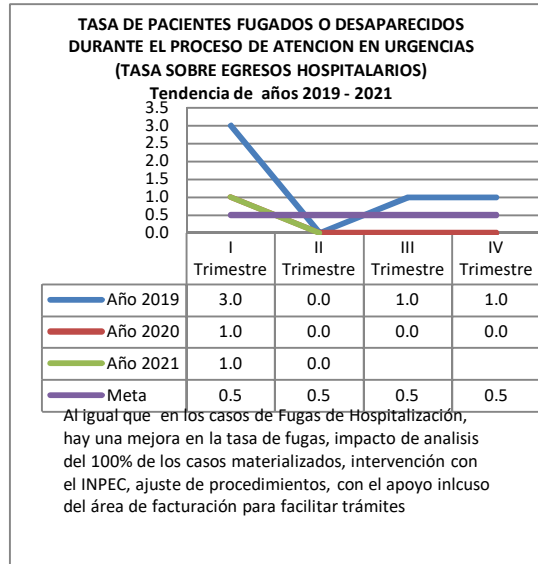
FORMULA	II TRIMESTRE 2018	II TRIMESTRE 2019	II TRIMESTRE 2020	II TRIMESTRE 2021
% DE REMISIONES EFECTIVAS DESDE HOSPITALIZACIÓN # Remisiones efectivas desde Hospitalización / número de remisiones solicitadas en Hospitalización por el equipo médico.*100	94/188	108/248	65/139	82/243
Total % Remisiones Efectivas	50%	44%	47%	34%

Tabla tomada de informe Trabajo Social II trimestre 2021.

Este porcentaje de remisiones efectivas se ha visto afectado por todos los trámites de pacientes que deben ser colocados administrativamente en remisión por no contrato de la EAPB con la Institución y que finalmente deben ser canceladas porque son autorizados los tratamientos en el HUS. En una menor proporción debido a otras causas de cancelación como: cambio en la condición clínica del paciente, salida a casa o fallecimiento.

1.6.- Servicio de Hotelería

Indicadores del Proceso 2º. Trimestre 2021: De los resultados se tiene en cuenta la articulación con gestión de los riesgos evidenciados, los indicadores generan resultados con una tendencia positiva, para sostenimiento de medidas

Grafica No. 20 Grafica No. 21

Grafica No. 22

Grafica No. 23

Actividades en Emergencia Sanitaria por Covid 19: Aseo, Lavandería, Vigilancia:

En cuanto a las adecuaciones de áreas definidas para sintomáticos respiratorios o con COVID 19, por demanda de pacientes y/o por intervenciones de infraestructura: UCI PISO 4, Cancha Polideportivo, Expansión de Urgencias, se sigue apoyando la logística con mobiliario, elementos para lavado de manos, ajuste de rutas sanitarias, manteniendo adicionalmente de manera trazable las medidas adicionales, con capacitaciones y re socializaciones al personal de aseo del protocolo 03HH09 limpieza y desinfección de áreas asistenciales y administrativas incluyendo anexos

técnicos de ante emergencia sanitaria por COVID 19 en procedimientos Ingreso y egreso de pacientes y visitantes, colaboradores y estudiantes con apoyo en despliegue de medidas de protección como higienización de manos, distanciamiento, cambios de horarios de visitas; medidas en distribución de alimentos a pacientes como protección de alimentos, evitar ingresar a áreas COVID en donde el personal de enfermería apoya la gestión. En los demás procesos como manejo de residuos hospitalarios, servicio de alimentos, se adoptan medidas adicionales, incluyendo normas de bioseguridad, uso de Elementos de protección personal, con los respectivos informes a COPASS.

PUM Hotelería: Se sigue de manera trazable a actividades incluidas en el PUM con fuente de Auditoría de Control Interno, que tiene que ver con seguimiento a la **Gestión del Riesgo**, con ajuste de matriz bajo metodología del DAFP, (evaluación de controles y seguimiento). Así mismo se incluyen actividades con fuente de Auditoría externa de CONVIDA, por observaciones en manejo de bolsas para residuos. **En el reporte de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad se reporta un cumplimiento al Pum del 83% a Junio de 2021**, donde se comparte una actividad con la Oficina de Planeación (Gestión Ambiental) que tiene que ver con seguimiento a trazabilidad de disposición final de residuos; actividades que se deben llevar sistemáticamente al mes de Diciembre de 2021.

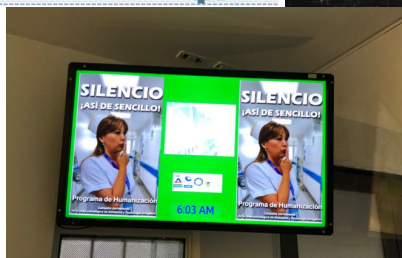
Acreditación estándar de Ambiente Físico: como líder de estándar, con el grupo de autoevaluación se realizan actividades de seguimiento a la única Oportunidad de Mejora de mantenimientos preventivos y correctivos en la Institución, derivada del informe 2020, presentado en la entrevista de evaluación con el ICONTEC lo pertinente. Así mismo se realiza trabajo conjunto para Rita de Acreditación y Visita de Evaluación con contenido de cartillas, video y apoyo logístico. Adicionalmente en vivita de Evaluación se realiza la presentación, soportes físico de actividades como evidencia de actividades de mejora. Para el segundo trimestre, se inicia con la ejecución de actividades del PAMEC generado de la última autoevaluación, para continuar en el tercer trimestre de 2021 con el avance de los mismos.

PAMEC Acreditación PACAS y Seguridad del Paciente: En las actividades coyunturales de ambiente Físico, se aporta a PACAS y eje de **Seguridad del Paciente** para visita de evaluación las actividades realizadas: Ajuste a procedimiento de Ingreso y Egreso de Paciente y Visitantes para priorizar personas en condición de discapacidad y que tengan criterio para agilizar su ingreso con todo el ciclo PHVA, socialización, medición y toma de decisiones frente a resultados.

POA/Programa de Humanización: Línea Estratégica de Ambiente y Tecnología: En las actividades de POA que comparte con la Línea Estratégica de Ambiente y Tecnologías Amigables del Programa de Humanización Para el periodo y con el apoyo del área de Arquitectura, se apoya la logística en la apertura de la UCI 4 Piso y Fisioterapia, **propendiendo de espacios humanizados** en dichas áreas, con ambientes armoniosos que puedan dar tranquilidad es el estado vulnerable del paciente y su familia, con imágenes de la naturaleza y viabilizando estimulación auditiva (UCI Piso 4 y Sala de Partos), esperando implementar en el tercer trimestre sonidos de la naturaleza y/o música ambiental. Adicionalmente en Salas de Partos se adquieren sillas para adecuación de sala de acompañamiento de familiar hacia la materna.



Se continúa con la publicación por medios masivos de frases motivadoras y reflexivas bajo nuestro modelo de atención expresadas por nuestros colaboradores. Se están renovando contenidos de Campañas para iniciar su despliegue en el tercer trimestre de 2021, y se siguen publicando las campañas de cartelera del HUS y pantallas imágenes alusivas a espacios libre de humo (articulado don el programa de salud ocupacional), cuidado de las instalaciones, beneficios del silencio, correcta segregación de residuos. **El resultado del indicador de la línea estratégica es del 91% cumpliendo la meta;** se continuara con la sostenibilidad de acciones y las actividades para tercer trimestre de 2021.



Comités: Sea apoya la secretaría de los Comités de Emergencias Hospitalario y Grupo Administrativo de Gestión Ambiental (GAGAS), realizando apoyo en soportes para visita de Acreditación, seguimiento a reuniones, asistencia, compromisos, planes de Acción 2021, registrando actas de cada sesión que se encuentran en Almera para consulta.

Plan de Adquisiciones 2021: Continuando con el seguimiento a los procesos de contratación de servicios y adquisición de bienes bajo el presupuesto aprobado para las tres sedes del HUS, el apoyo de las áreas transversales que realizan dichos procesos, a la fecha **se adjudicó y contrató la compra del 100% de loza y menaje, materiales de hotelería; y el 80% del mobiliario,** cuyos elementos desiertos están en proceso de adquisición luego del análisis de la no presentación de ofertas.

Supervisión de Contratos: Se lleva sin novedades la supervisión de los contratos de prestación de servicios de Aseo, Lavandería y residuos Hospitalarios para las tres sedes del HUS y a la fecha se notifica a Dirección Financiera necesidades para garantizar servicios a 31 de Diciembre de 2021.

Gestión del Riesgo: Seguimiento a Riesgos de Hotelería Hospitalaria

En el segundo trimestre y en el seguimiento a la eficiencia y eficacia de las actividades inmersas en los controles descritos en la matriz de riesgos bajo la metodología del DAFT, y luego de analizar riesgos materializados en periodo, **no hubo materialización de ninguno de ellos**, reportando lo pertinente en la matriz de seguimiento trimestral, sin novedades.

Igualmente se sostiene todas las actividades de los controles como son socializaciones, mediciones de adherencia, toma de decisiones entre otros, y todas ellas enmarcadas en la mejora continua ninguno de ellos. En el segundo trimestre de 2021, en el análisis, monitoreo, evaluación y seguimiento del proceso de Hotelería Hospitalaria de acuerdo a lo formulado en la matriz del DAFT2021 para tal fin; no hubo materialización de los riesgos y se revisaron los controles que no tuvieron eficacia ni eficiencia adicionalmente:

- Se publica en abril la matriz de riesgos del procedimiento de Hotelería Hospitalaria con 7 riesgos y 14 controles.
- Se publica la matriz de riesgos de corrupción para seguimiento y se revisan los controles de dichos riesgos de corrupción.
- Realizar seguimiento a los riesgos formulados e identificar si hubo materialización de los riesgos
- Participación del equipo de Hotelería Hospitalaria para en actividades operativas
- Se monitorizan riesgos residuales teniendo en cuenta los controles o barreras existentes
- Se allega en el mes de Julio de 2021 el formato *Reporte de monitoreo de riesgos 05GC79*, el seguimiento riesgos y sus controles a la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, con copia a la Dirección de Atención al Usuario. De igual forma en el Informe de Gestión Trimestral numeral 3.2.4.5, se incluye el tema para conocimiento desde la Gerencia hacia las áreas transversales.

Seguimiento a Controles de Riesgos Materializados y Análisis, Monitoreo, Evaluación y Seguimiento de sus controles

De riesgo materializado y sus controles del primer trimestre y en el seguimiento a la eficiencia y eficacia de las actividades inmersas en los controles descritos en la matriz de riesgos, y se analiza que los controles han sido efectivos y no se hacen modificaciones a los mismos. Sosteniendo con el apoyo de la Dirección de Administrativa lo pertinente con la empresa de Vigilancia con evaluaciones, a capacitaciones (definidas como control) y seguir midiendo su adherencia con toma de decisiones.

1.7.- Servicio de Estadística

Los reportes de norma trimestrales se deben presentar en el mes siguiente a cada uno de los trimestres, es así como en el II trimestre de 2021 se reportaron en el mes de julio los reportes correspondientes al II trimestre de 2021 así:

- Resolución 2193 de 2004 en el componentes de producción en la Plataforma SIHO del Ministerio de Protección Social, correspondiente al I trimestre de 2021
- Resolución 2193 de 2004 en el componentes de calidad en la Plataforma SIHO del Ministerio de Protección Social, correspondiente al I trimestre de 2021
- Resolución 256 de 2016 informe de indicadores trazadores de calidad de Bogotá y Zipaquirá, plataforma PISIS del Ministerio de Protección Social, correspondiente al I trimestre de 2021

Referente a los Informes Mensual se le dio trámite a los siguientes reportes:

- SIVISALA. Archivo con los registros de atenciones de seguridad y salud en el trabajo, envió por correo a la Secretaria de Salud de Cundinamarca de los meses de marzo, abril y mayo de 2021
- Resolución 202 de 2021, modificatoria de la resolución 4505 de 2012, se enviaron los archivos con la estructura dada por la resolución, a cada una de las diferentes aseguradoras. Se realizaron tres reportes correspondientes a marzo, abril y mayo de 2021

Análisis de Indicadores**Oportunidad Respuesta a las Solicitudes de Información de Historia Clínica**

Los resultados del indicador del segundo trimestre de 2021 se mantiene por debajo de la meta en 1.9 días, siendo un resultado muy favorable teniendo en cuenta el ajuste de la meta a 5 días calendario, por la nueva normatividad. Comparativamente con el resultado del mismo trimestre en el año 2020 subimos en 0.8 días esto básicamente porque en el 2020 el número de solicitudes, como efecto inicial de la pandemia bajo significativamente, a diferencia del año 2019 en el que teniendo un comportamiento normal de solicitudes donde el indicador fue de 5,5 en este año se ve una mejora de 2.4 días; esta mejora básicamente está dada por el trámite de solicitud y respuesta por correo electrónico con lo que se logra más agilidad en el trámite de respuesta.

Porcentaje de Recién Nacidos Registrados en el HUS

En el resultado de los dos últimos trimestres se registra un porcentaje muy satisfactorio dado que se han registrado los porcentajes más altos de registros civiles de nacimiento realizados en la Institución, en este II trimestre tenemos el porcentaje más alto del 35.2%, teniendo como factores incluyentes el hecho que no tenemos restricción en el horario de realización de los registros civiles en las horas hábiles de trabajo del funcionario encargado de esta actividad. Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m., con excepción de la hora de almuerzo.

Plan de Acción en Salud

Desde la oficina de Estadística se ha dado cumplimiento a las estrategias 4.1, 50, 51 y 52

50, 51 y 52 Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo al lineamiento en el HUS Bogotá. Se reporta desde Estadística Bogotá Hospital Regional, Unidad Funcional y Samaritana Bogotá	Reporte al SIVISALA de los meses de marzo, abril y mayo de 2021
4.1 Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) Resolución 256 de 2016. Bogotá y Zipaquirá	Reporte Resolución 256 de 2016 de los meses de marzo, abril y mayo de 2021

Acreditación – Matriz de Indicadores ICONTEC

Para la visita de seguimiento de Acreditación por parte de los auditores de ICONTEC, la Institución debió presentar el cuadro de los indicadores de las diferentes áreas y procesos de la Institución; desde la oficina de Estadística se realizó la construcción de este cuadro con los datos consolidados al año 2020 y primer trimestre de 2021, realizando la validación de los datos reportados con anterioridad, coherencia con los nuevos datos presentados, retroalimentar a las diferentes áreas y seguimiento para la corrección de los datos según las observaciones realizadas. Se realizó la entrega oportuna a la oficina de Planeación para el envío oficial a ICONTEC.

Administración Indicadores Plataforma de Almera

Se continúa con la parametrización de nuevas fichas de indicadores y ajustes a las ya existentes, según los requerimientos de cada uno de los procesos, abalados por el líder del proceso y/o director correspondiente, se realiza acompañamiento a los usuarios que la han requerido en el momento que se encuentran cargando datos y/o análisis de los indicadores.

PQR.

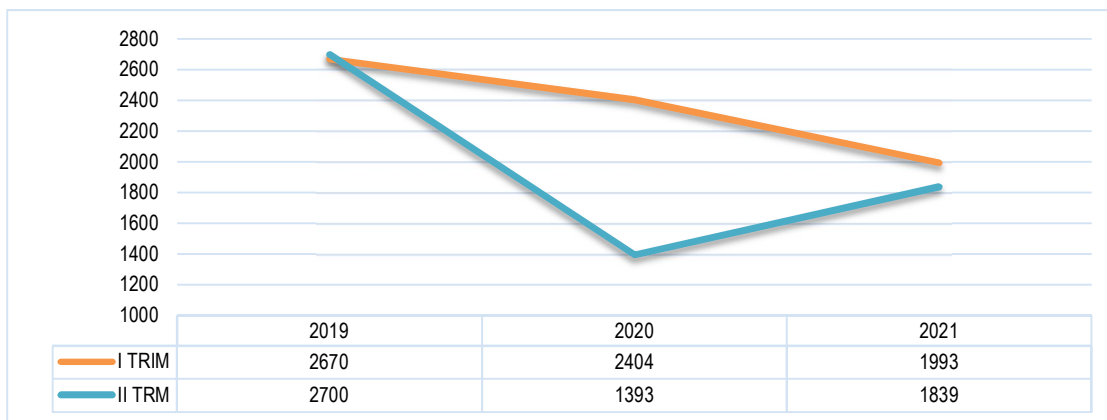
Se gestionaron 46 peticiones de forma oportuna en el segundo trimestre del presente año, relacionadas con información sobre el trámite para acceder a información de historia clínica o a solicitud de copias de registros de historia clínica. Durante este periodo no se ha requerido la realización de planes de mejoramiento como tampoco se ha registrado ninguna PQR por deficiencia como producto de la prestación de nuestros servicios.

CAPITULO II

DIRECCION CIENTIFICA

2.1.- Servicio de Hospitalización

Grafica No. 24
Comparativo total egresos hospitalarios I-II Trimestre -2019 - 2021



Fuente: Sistema de información del HUS- Almera

En el II trimestre del 2021 respecto al mismo periodo del año 2020 se presentó a manera general un aumento en los egresos del 32% correspondiente a 446, ocasionado por el fortalecimiento a la estrategia de gestión de camas que se viene realizando. Respecto al mismo periodo del año 2019 se evidencia una disminución del 31% correspondiente a 861 egresos, razonable por dos consideraciones: contrato con Medimas y operación normal de los servicios en el contexto de NO Pandemia. Respecto a la capacidad disponible es importante resaltar que para el segundo trimestre de 2021 se disminuyó en 7 el número de camas de hospitalización adultos pasando de 119 a 106, aumentando las camas de cuidado intensivo adulto en 6, pasando de 21 a 27 e incrementando en 2 el número de camas de cuidado intermedio pasando de 5 a 7. La disminución de los egresos para el segundo trimestre de 2021 respecto al mismo trimestre de 2019 se generó en mayor proporción con las especialidades quirúrgicas atendiendo las directrices del gobierno nacional, departamental y distrital, conforme a la evolución de la pandemia por la cual durante los picos se restringe la cirugía ambulatoria, la cirugía para aquellos pacientes que requirieran reserva de hemocomponentes o reserva de cama de Cuidados intensivos. En el año 2019 se contó con la prestación de servicios a la población usuaria de MEDIMAS, contrato que no continuó en los años subsiguientes. Los *Egresos Quirúrgicos* presentaron una disminución del 8% respecto al segundo trimestre del 2020 correspondientes a 267 egresos y un incremento del 11% (100) respecto al primer trimestre del 2021, ocasionado por el cambio en la dinámica de cierre y reapertura de salas de cirugía conforme a la evolución de la pandemia. Los *Egresos No quirúrgicos* tienen un comportamiento similar en egresos, presentando en el II trimestre del 2021 un incremento del 48% (233) respecto al mismo periodo del año 2020 y una disminución del 32% (340) egresos respecto al mismo periodo del 2019 teniendo en cuenta lo descrito anteriormente sumado a la disminución de la capacidad instalada de camas. En el segundo trimestre de 2021 se evidencia para la especialidad de Medicina Interna un incremento en el número de egresos del 66% (219) respecto al mismo trimestre del 2020, y 17% más que el I trimestre del 2021; Cirugía General presentó un incremento del 17% respecto al II trimestre del 2020 y disminuyó en un 26% respecto al primer trimestre de 2021. Neurocirugía presentó un incremento del 70% en los egresos vs el mismo periodo del año 2020 y sin variaciones respecto al primer trimestre del 2021. Ortopedia presentó un incremento del 81% en los egresos vs el mismo periodo del año 2020 y una disminución del 23% respecto al primer trimestre de 2021. En el caso de obstetricia se observó una disminución del 26% en el segundo trimestre de 2021 vs el mismo trimestre de 2020 y una disminución del 18% respecto al primer trimestre de 2021.

Dentro de las principales causas de egreso para este trimestre se evidencio: COVID-19 virus identificado, Neumonía debida a otros virus, Infección de Vías urinarias, Parto único espontaneo, Recién Nacidos pre término en comparación al mismo periodo del 2020 que fueron: parto único espontaneo, Infección de Vías urinarias, Pre eclampsia severa, Cesárea, Falso trabajo de parto antes de la semana 37 de gestación.

Eficiencia tecnica hospitalaria (general institucional)

Tabla No. 18
Comparativo Indicadores eficiencia técnica, I - II trimestre Año 2019-2021
UCI Adultos, UCI Neonatal, Hospitalización adultos, Hospitalización Ginecoobstetricia

Descripción	% OCUPACIONAL			PROMEDIO DIA ESTANCIA			GIRO CAMA		
	Meta	I TRIM	II TRIM	Meta	I TRIM	II TRIM	Meta	I TRIM	II TRIM
2019	= o menor al 90%	99%	130%	= o menor a 7.6	8,13	8,51	= o mayor a 4.4	4,36	4,36
2020		105%	58%		8,55	8,27		3,92	2,38
2021		87%	87%		8,62	9,42		3,27	3,43

Fuente: Sistema de informacion Almera

Se evidencia que el porcentaje ocupacional institucional para el II trimestre de 2021 fue del 87% dando respuesta oportuna a la ubicación de pacientes que se encuentran en urgencias y postoperatorios ambulatorios que requieran hospitalización y cumpliendo con la meta establecida de $\leq 90\%$. Respecto al mismo periodo del 2020 se presenta un aumento de 29% dadas las razones descritas anteriormente por influencia de la pandemia siendo todo lo contrario respecto al año 2019 que la diferencia fue de -43% dada las condiciones para el normal funcionamiento de los servicios y debido a que los pacientes con orden de hospitalización que físicamente se encontraban en el servicio de urgencias sumaban a hospitalización lo cual superaba su capacidad instalada.

En cuanto al promedio día de estancia y giro cama se observa que para los periodos del primer-segundo trimestre de 2020- 2021 no se logra la meta; unicamente el giro cama para los mismos periodos del 2019 se encuentra sobre el limite establecido, por lo cual se realizo analisis con las diferentes especialidades generando como resultado el replanteamiento de las metas institucionales por servicio y/o especialidad considerando que nuestra institucion por ser de alta complejidad atendemos pacientes con multiples comorbilidades, con manejo multidisciplinario. Es importante resaltar que el promedio día y giro cama se han visto afectados por causas extra institucionales como: demora por parte de las EPS en la ubicación de pacientes de patologia oncologica, renales, para continuar manejo integral por especialidades como hematologia, reumatologia; demora en la entrega de oxigeno domiciliario (situacion agudizada en los picos de pandemia), demora en entrega de medicamentos como anticoagulantes. Otras causas: atencion de pacientes extranjeros irregulares y en abandono social.

Unidad de cuidados Intensivos General (no COVID-19)

Tabla No. 19
Comparativo Indicadores eficiencia técnica, I - II trimestre Año 2019-2021

Descripción	% Ocup			P.D.E.			Giro Cama		
	Meta	I Trim.	II Trim	Meta	I Trim.	II Trim	Meta	I Trim.	II Trim
2019	= 0 menor al 90%	96%	90,3%	= o menor a 10,9	8,04	6,6	= o mayor a 2,3	3,5	3,5
2020	= 0 menor al 90%	93%	78,2%	= o menor a 10,9	9,05	9,0	= o mayor a 2,3	3,3	2,5
2021	= 0 menor al 90%	90%	90%	= o menor a 10,9	7,95	6,5	= o mayor a 2,3	3,8	5,2

Fuente: Sistema de informacion Almera

En la tabla anterior se evidencia que el porcentaje ocupacional para el II trimestre de 2021 fue del 90% dando respuesta oportuna a la ubicación de pacientes que se encuentran en urgencias, hospitalización y postoperatorios que requieran cuidados intensivos y cumpliendo con la meta establecida de $\leq 90\%$.

El promedio día estancia del II trimestre fue de 7,95 días siendo el mas bajo en comparacion a los I y II trimestres de 2019 y 2020, estando por debajo 2,95 días de la meta establecida. El giro cama mejoro en 2,7 respecto al mismo periodo comparado con el 2020 y al igual que a 2019 mejoro 1,7. Se puede evidenciar que para este trimestre se presento una buena eficiencia tecnica en el servicio de UCI no covid.

Egresos y eficiencia técnica hospitalaria (pacientes COVID-19)

La institución ha venido reorganizando y/o expandiendo las camas conforme a la dinámica de la pandemia por SARS Cov2 como también a los compromisos adquiridos con la Secretaria de Salud Departamental, Distrital; logrando una capacidad máxima (pacientes Covid) para el segundo trimestre de 2021: 19 camas de cuidado intensivo, 5 camas para cuidado intermedio y 7 camas para hospitalización; a diferencia del primer trimestre de 2021: 18 camas de cuidado intensivo, entre 2 a 5 camas para cuidado intermedio y 20 camas para hospitalización.

Tabla No. 20
Indicadores áreas Covid-19: Porcentaje ocupacional, Giro Cama, Promedio Día estancia

VARIABLES	CUIDADO INTENSIVO COVID					INTERMEDIOS COVID					HOSPITALIZACION GENERAL COVID				
	2020			2021		2020			2021		2020			2021	
	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim
Total egresos	59	96	65	76	86		23		2	20	85	189	161	124	125
Promedio día estancia	4,3	9	11,5	7,89	13,7		5,3		12	6	4	5,2	3,6	4,5	5,1
Giro cama	2,8	4,6	3,1	1,7	1,8		1,1		2	1,8	4	9	7,9	3,1	7,4
% Ocupacional	48,8%	70,8%	85,9%	83%	94%		42,3%		74,2%	89%	18,8%	64,7%	37%	54%	77%

Fuente: Sistema de información Almera

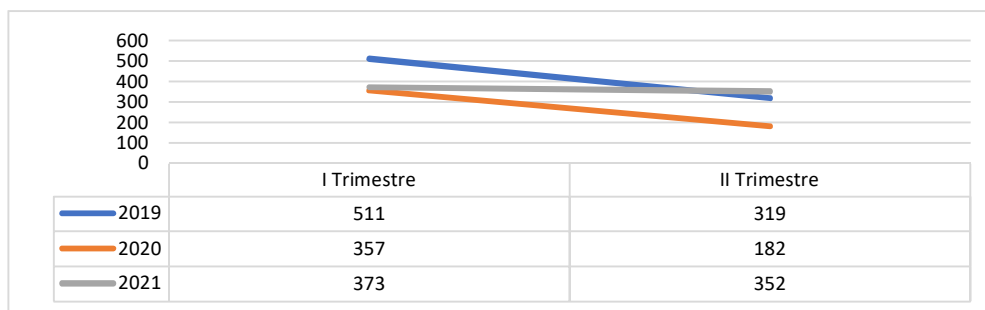
Respecto al Cuidado intensivo adulto, se evidencio un incremento en el porcentaje ocupacional siendo el máximo alcanzado en el segundo trimestre de 2021 con un 94% comparando trimestralmente desde el inicio de la pandemia. En este mismo trimestre se evidencio un incremento significativo en el promedio día estancia dado el estado de gravedad con que llegaron los pacientes, con mayores comorbilidades y al ser de un promedio de edades menores con mayor resistencia por lo tanto mayor tiempo de recuperación. El giro cama no tuvo cambios significativos.

Se evidencio para el segundo trimestre de 2021 un incremento en el porcentaje ocupacional de cuidado intermedio adulto con una disminución marcada en el promedio día estancia (de 12 a 6 días) y un giro cama sin cambios significativos.

En el servicio de Hospitalización COVID se evidenció en el segundo trimestre del 2021 un incremento en el porcentaje ocupacional del 23% respecto al primer trimestre del mismo año con un promedio día estancia con un leve incremento del 0,6 respecto al primer trimestre del 2021, obedeciendo principalmente la dificultad con la entrega de Oxígeno domiciliario por parte de las EPS, debido a desabastecimiento nacional.

Sala de egreso

Grafica No. 25
Tránsito de pacientes Sala de egreso. I –II Trimestre 2019 a 2021

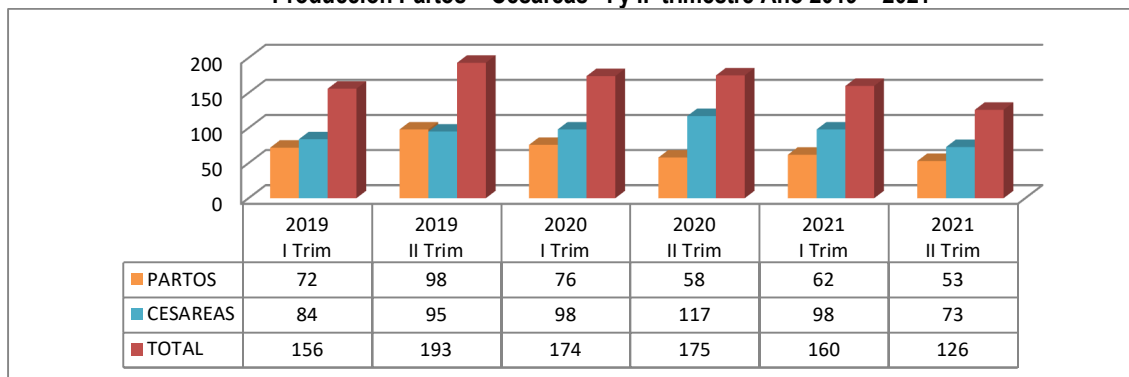


Fuente: Sistema de información ALMERA

Otro espacio que tiene a cargo el programa de educación es la sala de egreso, área física en la cual concluyen el proceso de internación los pacientes antes de salir del HUS. Como se observa en la tabla para el segundo trimestre de 2021 se incrementó en un 93% el número de pacientes que pasaron por sala de egresos vs el primer trimestre del mismo año y un incremento del 9,4% respecto al del 2019. Este resultado refleja el fortalecimiento de la estrategia de gestión de camas que se viene realizando. Se puede mencionar que dentro de los avances que se han proyectado en esta área está el de sistematizar la información que se lleva allí, al igual que desde el mes de junio 2021, se inició a realizar registros de enfermería de las condiciones con las cuales llega el paciente y sale de la institución, además se deja registro de la sesión educativa que recibe cada paciente al igual que a la remisión a programas de P y D de acuerdo con el ciclo de vida de cada uno.

2.2.- Servicio de Sala de Partos

Grafica No. 26
Producción Partos – Cesáreas I y II trimestre Año 2019 – 2021



Fuente: Sistema de información Almera

Para el II trimestre de 2021 se evidencio una disminución en el número de partos tanto por vía vaginal como por cesárea. En general descendió en un 28% (-49) respecto al mismo periodo del 2020; del 35% (-67) respecto al mismo periodo del 2019 y una disminución del 21% (-34) con relación al primer trimestre de 2021. La disminución que se viene presentando obedece en parte a factores sociales por pandemia, las campañas masivas nacionales, departamentales y distritales respecto a: eliminación de barreras mediante interrupción voluntaria del embarazo (IVE) conforme a lo establecido en la sentencia 355 de 2006, fortalecimiento de programas ambulatorios de planificación familiar, como a la implementación de método seguro efectivo y de larga duración para la planificación post evento obstétrico, el cual debemos fortalecer institucionalmente en articulación con las EPS.

Tabla No. 21
Proporcion de partos por cesareas comparativo I - II trimestre 2019-2021

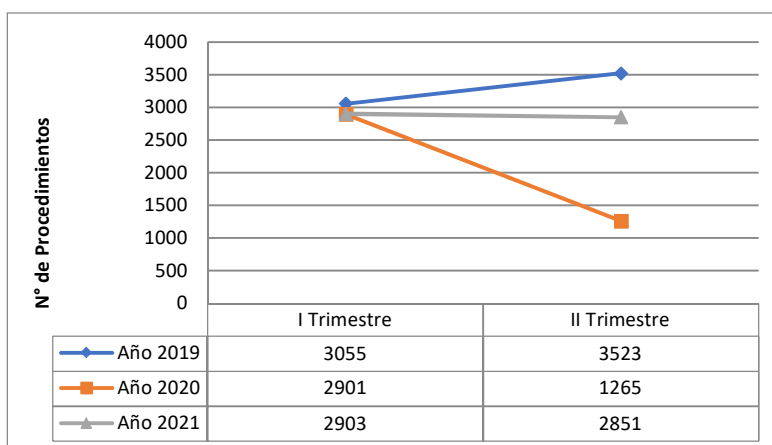
I Trim 2019	II Trim 2019	I Trim 2020	II Trim 2020	I Trim 2021	II Trim 2021
53%	49%	56%	65%	60%	58%

Fuente: Sistemas de informacion Almera

Para el II trimestre del 2021 se presentó una disminución en la proporción de partos por cesárea respecto al primer trimestre del mismo año y al II trimestre del año 2020. Resultados esperados teniendo en cuenta a que somos centro de referencia en alto riesgo obstétrico, siendo las causas más frecuentes para atención de parto por cesárea las relacionadas a las maternas como aquellas pacientes con múltiples antecedentes de cesárea segmentaria previa, trastornos hipertensivos del embarazo y alteraciones en la placentación (acretismo placentario) y de causas neonatales la prematuridad y anomalías congénitas, entre otras.

2.3.- Servicio de Salas de Cirugía

Grafica No. 27
N° Procedimientos Quirúrgicos I-II trimestre años 2019-2021



Fuente: Sistema de información Dinámica

Con relación a los procedimientos quirúrgicos se evidencia para el segundo trimestre del 2021 una disminución del 2% respecto al primer trimestre del mismo año, equivalente a 52; con un incremento del 56% respecto al segundo trimestre de 2020 y disminución del 19% (-672) lo cual es esperado debido a las restricciones por la pandemia por Covid-19.

Es importante resaltar que a pesar del tercer pico de pandemia, el aumento en la producción del segundo trimestre obedeció a la gestión desde el proceso de programación de cirugía respecto al monitoreo permanente de base de datos de pacientes pendientes por operar, articulación con especialidades y alistamiento de los pacientes desde la fase preoperatoria para las fechas de levantamiento de restricciones durante la pandemia y al manejo adecuado de quirófanos para la atención de cirugías de urgencias.

En la tabla a continuación se presentan los procedimientos quirúrgicos realizados por cada especialidad:

Tabla No. 22
N° Procedimientos quirúrgicos por especialidad. I - II Trimestre 2019-2021

ESPECIALIDAD	I Trim 2019	II Trim 2019	I Trim 2020	II Trim 2020	I Trim 2021	II Trim 2021
CIRUGIA BARIATRICA	19	25	6	4	11	17
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	51	64	37	44	17	53
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	33	27		0	0	0
CIRUGIA MAMA Y TUMORES TEJ BLANDOS	21	29	22	0	27	7
CIRUGIA DE TORAX	20	13	14	5	24	16
CIRUGIA GENERAL	375	379	263	134	287	236
CIRUGIA PLASTICA	531	711	557	305	263	405
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	124	135	97	71	123	114
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	165	181	267	173	371	255
MAXILOFACIAL CIRUGIA PLASTICA	101	76	114	46	57	102
NEUMOLOGIA	76	42	49	10	33	56
NEUROCIROGIA	165	164	124	33	131	119
OFTALMOLOGIA	279	312	252	136	233	236
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	858	823	787	216	1050	980
OTORRINOLARINGOLOGIA	71	107	160	4	43	17
UROLOGIA	166	165	152	84	213	212
CIRUGIA PEDIATRICA					7	15
CX ORAL MAXILOFACIAL					13	11
TOTAL	3055	3253	2901	1265	2903	2851

Fuente: Sistema de información Dinámica

Para el segundo trimestre de 2021 las cinco especialidades con mayor participación en la producción quirúrgica fueron: Ortopedia con 34% con una variación positiva del 17% respecto al mismo periodo del año 2020 y del 9% en el 2019; en segundo lugar, Cirugía Plástica con el 14%, especialidad que para el año 2020 tuvo una participación del 24% y para el año 2019 un 22%; en tercer lugar Ginecoobstetricia con el 9% con una variación negativa del 5% respecto al año 2020, para el 2019 quien ocupo este lugar fue Cirugía General con un 12%; el cuarto lugar en la participación de la producción quirúrgica lo ocupo Cirugía General con una participación del 8% con una diferencia de -3% respecto al 2020 y -4% vs 2019; también ocupa este lugar la especialidad de Oftalmología con una participación del 8% respectivamente con una disminución del -3% respecto del año 2020 y del -2% para el año 2019; en quinto lugar, lo ocupo Urología con una participación del 7% y en igual porcentaje para el año 2020, con respecto al 2019 su participación disminuye en un 5%.

Producción por grupo quirúrgico

Tabla No. 23
Número de Procedimientos por Grupo Quirúrgico - II Trimestre 2019 a 2021

Descripción II Trimestre	Grupo 2-6		Grupo 7-10		Grupo 11-13		Grupo 20-23		Total
	No	% part	No	% part	No	% part	No	% part	
2019	484	15%	1578	49%	695	21%	496	15%	3253
2020	214	17%	597	47%	289	23%	165	13%	1265
2021	513	18%	1286	45%	627	22%	425	15%	2851

Fuente: Sistema de información Dinámica

En la tabla se evidencia que los procedimientos por grupos quirúrgicos presentaron un incremento en cada uno de estos para el segundo trimestre del año 2021 con respecto al año anterior en el mismo periodo, situación que se ha dado por la afluencia de pacientes por el servicio de urgencias que requerían la realización de cirugías de manera prioritaria como también a lo explicado anteriormente. El incremento de los grupos más bajos obedece a la restricción de cirugía de pacientes que requieran reserva de cama posterior al procedimiento quirúrgico.

Los procedimientos del grupo del 2 al 6 para el segundo trimestre aumentaron con respecto al año 2020 y 2019 respectivamente; para el grupo 7 al 10 durante este periodo las especialidades con mayor participación corresponden a: Ortopedia 42%, Cirugía Plástica 13% y Cirugía General 10% (Lavado quirúrgico más desbridamiento, Limpieza más desbridamiento quirúrgico y Colectectomía por laparoscopia); en el grupo del 11 al 13 se presentó un incremento con respecto al año anterior; en este grupo las especialidades con mayor participación corresponden a: Ortopedia 33%, Cirugía Plástica 26% y Cirugía General 7% (RAFI de tibia, Colgajo local de piel compuesto y traqueotomía); para el grupo quirúrgico de mayor complejidad la participación de las especialidades se presenta en el siguiente orden: Oftalmología 38%, Neurocirugía 20% y Ortopedia con el 16%, siendo los procedimientos más representativos: Vitrectomía posterior, Artrodesis de columna y RAFI de pelvis.

Cancelación Quirúrgica

Tabla No. 24
Cancelación de cirugía de causa institucional. I - II Trimestre 2019 a 2021

Descripción	I TRIM 2019	II TRIM 2019	I TRIM 2020	II TRIM 2020	I TRIM 2021	II TRIM 2021
% Cancelación	2%	1%	0,50%	0,4%	0%	0%
Nº cancelaciones	23	13	5	1	0	0
Nº cirugías programadas	1201	1181	1017	277	568	454
Meta	2 a 2,5					

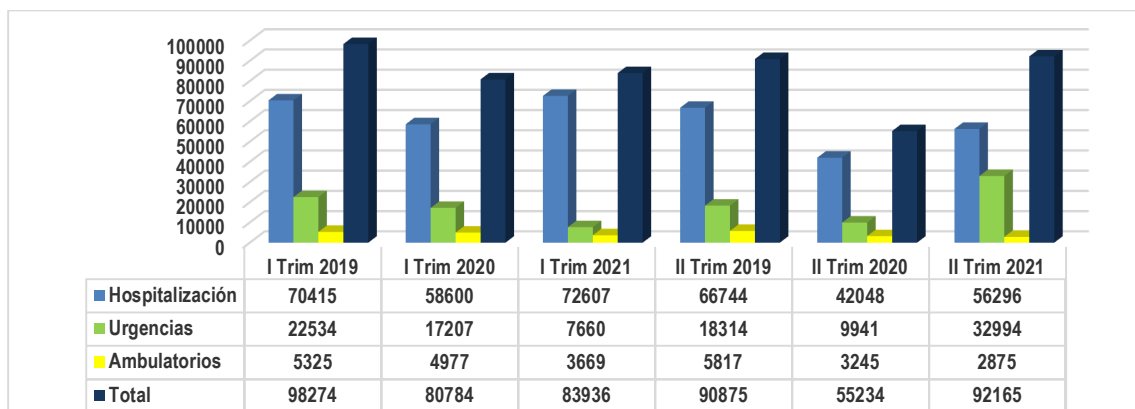
Fuente: Área de estadística

Con relación al por porcentaje de cancelación de cirugía atribuible a la institución como se puede observar en la tabla anterior, para el primer y segundo trimestre del 2021 no se presenta ninguna cancelacion. Para los trimestres de los años 2019 y 2020 se presenta una disminucion paulatina. Los resultados del año 2021 obedece a las medidas de control establecidas que disminuyen la probabilidad de cancelación institucional, al validar previamente a la programación quirúrgica los insumos, equipos, talento humano y requerimientos especiales disponibles para atención de cirugía programada, como tambien a la disminucion del numero de irugias dada las directrices nacionales, departamnetales y distritales por Pandemia COVID-19.

En cuanto a las cancelaciones presentadas en el primer semestre de 2019, se puede identificar que existían factores que influyeron en la planificación de la programación quirúrgica y en la gestión de insumos, para lo cual se han ido implementando estrategias de control que han disminuido en los semestres del 2020 y 2021 el número de cancelaciones por causa intrainstitucional.

2.4.- Servicio de Laboratorio Clínico

Grafica No. 28
Comparativo Producción Laboratorio Clínico I - II trimestre de 2019 a 2021



Fuente: Área de Estadística HUS 2021

Para el segundo trimestre de 2021 se presentó un incremento en el número de exámenes de laboratorio clínico del 60 % (36.931) respecto al mismo periodo del 2020. Con relación al comportamiento en los diferentes servicios comparado el II trimestre 2021 vs el 2020 tenemos un incremento del 25% en hospitalización (14.248 exámenes); incremento del 70% (23053 exámenes) en urgencias y disminución en servicio ambulatorio del 12% representado en una diferencia de 370 exámenes. Este comportamiento obedeció: a.- la mayoría de pacientes hospitalizados presentaron una gran variedad de comorbilidades; b.- se incrementó la oferta de camas de cuidado intensivo adulto lo cual aumento el número de exámenes de laboratorio clínico por paciente; c.- primera causa de egreso hospitalario en el primer trimestre de 2021 y de igual manera ocurre con el servicio de urgencias fue infección de virus **SARS-CoV-2** lo cual conlleva a un mayor número de exámenes.

Tabla No. 25
Pruebas RT – PCR para SARS CoV2

Resultado	Año 2020		Año 2021	
	I trim	II trim	I trim	II trim
Positivo	0	121	222	306
Negativo	8	556	370	326
Total	8	677	592	632

Fuente: Sistemas LABCORE

El 20 de marzo de 2020 se inició la toma de muestras para **RT-PCR** a los primeros pacientes con sospecha de infección por SARS CoV-2. De marzo de 2020 a junio de 2021 se han tomado y procesado 4.180 muestras para RT-PCR SARS CoV-2, con un índice de positividad del 34%. El segundo trimestre de 2021 presenta un porcentaje de positividad del 48% vs el 18% en el mismo trimestre del 2020, comportamiento que esta acorde con los resultados a nivel nacional y es coherente con la evolución de la pandemia por COVID-19, especialmente con el pico presentado en el II Trimestre de 2021.

Tabla No. 26
Prueba Antígeno SARS CoV-2 – I y II TRIMESTRE DE 2021

AÑO 2021			
Resultado	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	TOTAL
Positivo	18	97	115
Negativo	122	179	301
Total	140	276	416

Fuente: plataforma SIMMUESTRAS

Durante el II trimestre de 2021 se realizaron 276 pruebas de antígeno para **SARS CoV-2**, cuyo resultado positivo se obtuvo en un 35%. Con relación al I trimestre del 2021, se observa un incremento de muestras del 50%, correspondiente a 136 muestras, explicado por el comportamiento de la pandemia. Es importante anotar que en el año 2020 en este mismo periodo no se realizan pruebas de Antígeno. Este se implementó en la Institución a partir del mencionado año.

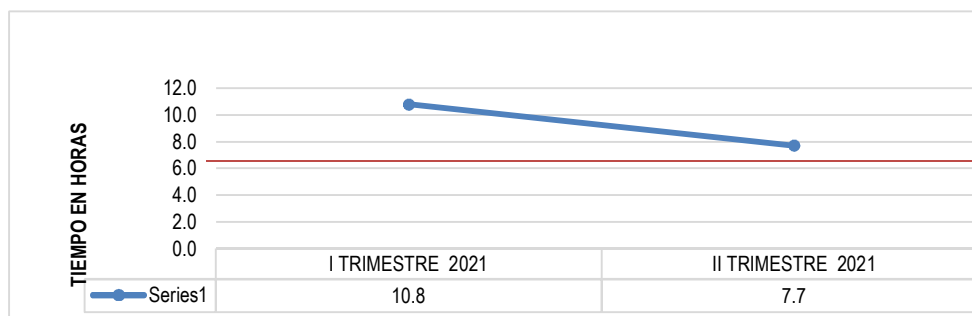
Tabla No. 27
Pruebas Anticuerpos IgG / IgM SARS CoV-2 I y II Trimestre 2021

Resultado	I TRIMESTRE 2021	II TRIMESTRE 2021	TOTAL
Positivo	58	75	133
Negativo	43	45	88
Total	101	120	221

Fuente: Plataforma SIMMUESTRAS

Las pruebas de detección de Anticuerpos IgG/IgM específicas contra **SARS-CoV-2** indican exposición, probable infección, o vacunación. Son pruebas complementarias que se implementaron en agosto de 2020. En el II trimestre de 2021 se realizaron 120 pruebas para Anticuerpos **SARS CoV-2**, con un porcentaje de positividad del 63%, frente a un 57% observado en el I trimestre de 2021.

Grafica No. 29
Oportunidad de ciclo completo de Laboratorio Clínico-Servicio de urgencias. I-II Trimestre de 2021



Fuente: SGI ALMERA

Con el fin de dar cumplimiento a oportunidades de mejora dejadas por ICONTEC en visita de acreditación 2019 se realiza la medición del ciclo completo de laboratorio Clínico desde la solicitud de la orden hasta la interpretación del examen en DGH (servicio de urgencias), iniciando desde el tercer trimestre de 2020. Como se observa en la gráfica se presenta una mejora para el segundo trimestre de 3.1 horas respecto al primer trimestre, resaltando que en ambos trimestres se cumple con la meta establecida de 12 horas. En parte el resultado obtenido refleja las acciones de socialización, seguimiento y retroalimentación al personal médico del servicio.

Grafica No. 30
Porcentaje de muestras de laboratorio clínico rechazadas para procesamiento

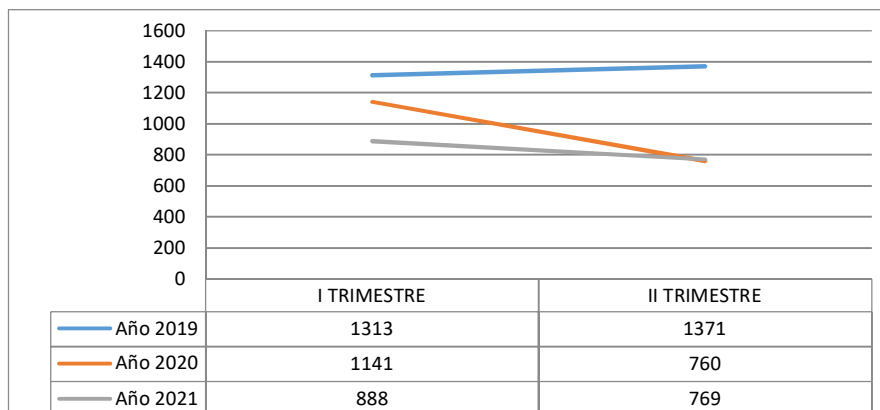


Fuente: LABCORE

De 19485 muestras tomadas en el II trimestre de 2021, 195 correspondiente a un 1% fueron rechazadas por encontrarse coaguladas, hemolisadas, entre otras causas, evidenciando en el análisis pacientes con accesos venosos difíciles y patologías de base. La Meta definida es de 2%. A partir del mes de agosto se dará inicio al curso virtual en toma de muestras sanguíneas y de hemocultivos. Igualmente se realizarán referencias bibliográficas, con el fin de confirmar o determinar nuevas metas.

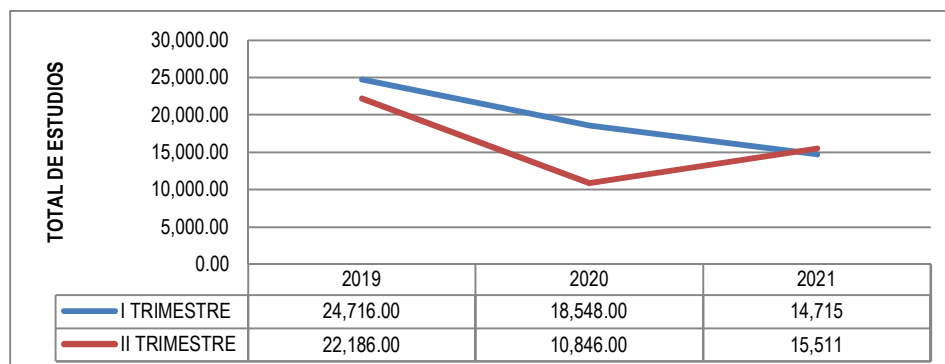
2.5.- Servicio de Patología

Grafica No. 31
Comparativo Producción Patología. I - II trimestre de 2019 a 2021



Fuente: Sistema de información Almera 2019-2021

En el segundo trimestre del año 2021 se evidencia un incremento en el procesamiento de muestras del 1% respecto al mismo periodo del año 2020, una marcada disminución (44%) respecto al mismo periodo del año 2019 y una disminución del 13% con relación al primer trimestre del 2021. La disminución en los mencionados periodos son el resultado de las restricciones conforme a la dinámica de la pandemia por Sars Cov2 en cuanto a procedimientos quirúrgicos y diagnósticos ambulatorios.

2.6.- Servicio de Imagenología
Grafica No. 32
Comparativo Producción imágenes diagnósticas. I - II Trimestre del 2019 a 2021


Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial

En el comparativo de producción para el II Trimestre de 2021 y I trimestre de 2021 se observa un aumento de aproximadamente el 30% en el total de estudios realizados: hospitalización 4 %, Urgencias 5%, ambulatorio 17%, sin embargo como se observa la mayor producción se refleja en el comparativo del 2019, la cual empieza a disminuir notablemente para el II trimestre del 2020, donde se presenta la productividad más baja con 10.846 estudios. Esta disminución en la producción de servicios está relacionada a las medidas tomadas por el gobierno nacional, distrital, departamental con el fin de disminuirla velocidad de propagación del virus SARS Cov2; resaltando que para el año 2019 se prestaba servicios a los afiliados de Medimas que representaron una parte importante en la venta de servicios.

Tabla No. 28
Producción imágenes diagnósticas (desagregada). I - II trimestre de 2019 al 2021

IMAGEN DIAGNÓSTICAS						
SERVICIOS	I Trimestre 2019	II Trimestre 2019	I Trimestre 2020	II Trimestre 2020	I Trimestre 2021	II Trimestre 2021
TAC	3.440	3.092	2.740	1.987	2.830	2.873
Resonancia	529	551	473	211	311	245
Ecografía	3.345	3.580	2.542	1.469	1.927	1.626
Intervencionismo	458	463	446	133	408	439
Convencional	11.339	8.079	7.676	4.372	5.897	6.212
Mamografía	135	160	31	2	11	5
Hemodinamia	277	241	330	98	88	176
Doppler	871	678	693	425	521	490
Menores	181	309	384	140	175	284
Portátiles con fluoroscopia (salas de Qx)	281	268	120	28	79	81
Portátiles en habitación	3769	2.856	2851	2.195	2.479	3.080
TOTAL	24.625	20.277	18.286	11.060	14.715	15.511

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial

Los estudios de radiología convencional para el segundo trimestre de 2021 siguen siendo los de mayor participación con un 40 %, Tomografía con un 19%, ecografía con un 10.4%. El estudio de Tomografía aumento su participación en los periodos de 2020 y 2021 por la indicación para pacientes diagnosticados o con sospecha de Covid 19.

Respecto a radiología intervencionista los procedimientos realizados en el segundo trimestre de 2021 fueron: nefrostomias, derivaciones de vía biliar, biopsias percutáneas, Drenajes de colección profunda, necrólisis, pasó de catéteres centrales y de hemodiálisis; los cuales para el 2021 a pesar de la disminución en la producción, la modalidad aumento su participación pasando de 2% para el 2019 y del 1.8% para el 2020 al 2,8% para el 2021, fortaleciendo de esta manera la prestación de servicios de alta complejidad.

Tabla No. 29
Oportunidad en lectura de imágenes diagnosticas I - II trimestre 2019 a 2021

Descripción	I TRIM 2019		II TRIM 2019		I TRIM 2020		II TRIMESTRE 2020		I TRIM 2021		II TRIMESTRE 2021		META	
	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg
TAC Contrastado	39	28	39	28	39	32	32	25	27	20	27	23	28	24
Resonancia	91	93	109	113	82	75	78	47	52	38	53	42	72	72
Ecografía	21	13	19	18	18	15	17	11	12	12	14	12	18	18
Intervencionismo	31	24	38	46	31	28	18	9	15	13	8	7	28	24

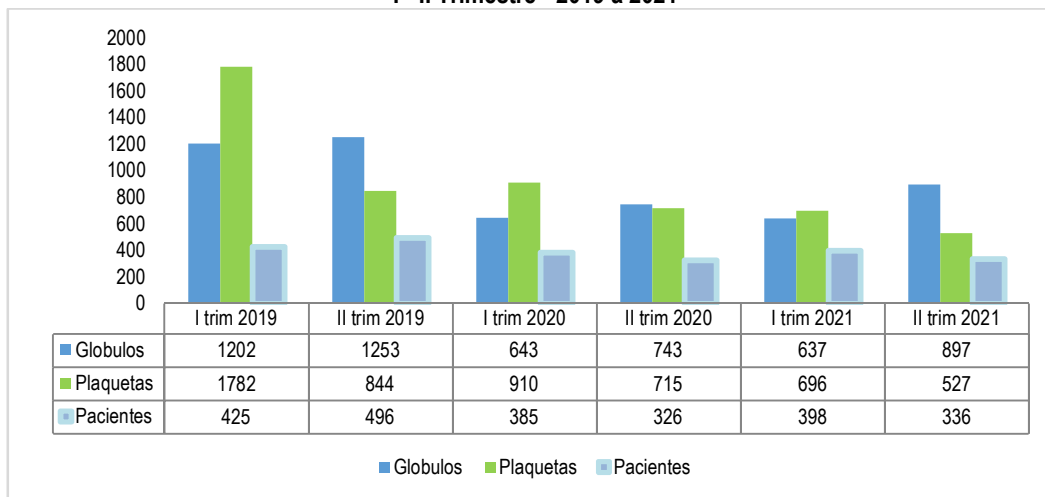
Fuente: Sistema de informacion RIS

Como se observa en el comparativo la oportunidad de Imágenes Diagnosticas muestran una mejora significativa para los servicios de Hospitalización, Urgencias, respecto a las vigencias anteriores. Esto obedece en gran parte a la concertación realizada en febrero de 2021 entre la Dirección Científica, la líder de imagenología y la empresa prestadora de servicios de imagenología en cuanto a la reducción del tiempo de lectura, el seguimiento y retroalimentación, lo cual mejoro el rendimiento de los flujos de trabajo e impactó en los tiempos de atención, que son medidos desde la generación de la orden hasta la entrega del resultado.

En los estudios programados para Hospitalización se pasó en el 2019 de 48 horas a 36 horas en el 2020 y a 26 horas en los periodos comparados, mejorando la oportunidad, aproximadamente en 13 horas. Para el servicio de Urgencias se pasó de 45 horas en las 2019 a 30 horas en el 2020, a 21 horas en 2021 para los periodos comparados mejorando el tiempo total aproximadamente en 9 horas. Los indicadores de oportunidad en las diferentes modalidades son medidos desde la generación de la orden médica hasta la entrega del resultado por medio del sistema de información RIS que es cuando su lectura está en estado aprobado por medio de interfaz a la historia clínica del paciente.

2.7.- Servicio de Banco de Sangre

Grafica No. 33
Comparativo trimestral hemocomponentes transfundidos vs pacientes
I - II Trimestre - 2019 a 2021



Fuente: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

Para el segundo trimestre de 2021 se evidencio un aumento del 3% en pacientes transfundidos respecto al mismo periodo del año 2020, y del 32%vs el mismo periodo del 2019. El resultado obedece a las medidas tomadas a nivel nacional, departamental y distrital durante la evolución de la pandemia por COVID-19, como: restricción para cirugía selectiva, realización de prueba cruzada de una unidad de glóbulos rojos para más de un paciente, transfusión de isogrupo salvo en urgencias vitales, entre otras. En el II trimestre del 2021 los servicios que demandaron mayor número de hemocomponentes fue medicina interna (751), UCI adultos (396) a diferencia del mismo periodo del 2020 que fue UCI adultos (512), Medicina interna (321), Cirugía General (227); en el 2019 se comporta igual que el 2020 en cuanto a la demanda de hemocomponentes por servicio y/o especialidad.

Tabla No. 30
Comparativo Donantes I-II trimestre año 2019-2020-2020

Periodo	N° Donantes Potenciales Flebotomía				% Donantes Potenciales Flebotomía			
	Diferido permanente	Diferido temporal	Aceptados	Total Potenciales	Diferido permanente	Diferido temporal	Aceptados	Total %
I Trim 2019	72	429	2334	2835	2,5	15,1	82,3	100
II Trim 2019	91	553	2287	2931	3,1	18,8	78,1	100
I Trim 2020	157	418	2061	2636	5,9	15,9	78,2	100
II Trim 2020	75	273	1305	1653	4,5	16,5	78,9	100
I Trim 2021	63	330	1819	2212	2,9	14,8	82,3	100
II Trim 2021	39	239	1895	2173	1,8	10,9	87,3	100

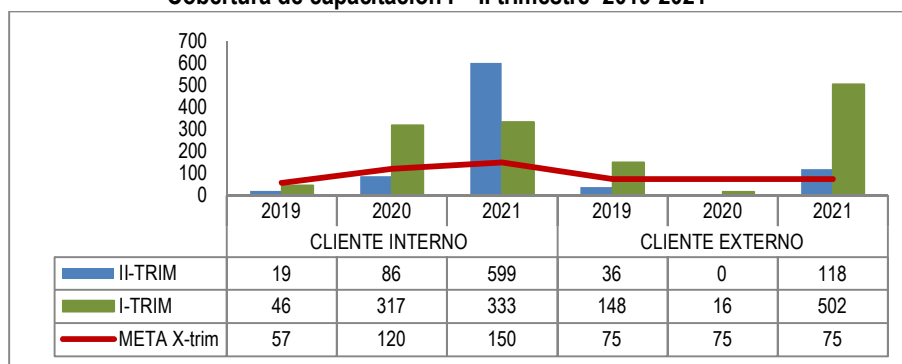
Fuente: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank

Con relación al total de potenciales donantes se evidencio en el II trimestre del 2021 un aumento del 23% (520) respecto al II trimestre del 2020; disminución del 26% (-758) respecto a 2019. Es importante resaltar que durante el 2020 a pesar de la pandemia por COVID-19 se mantuvieron las jornadas de donación de hemocomponentes, con el fin de poder dar respuesta a la demanda intra y extra institucional. El comportamiento para esta vigencia se encuentra acorde con el comportamiento Nacional. Respecto a los donantes aceptados se ve el incremento paulatino en el primer y segundo trimestre de 2021 debido a que hubo mayor número de potenciales donantes con cumplimiento de criterios para donación como edad entre 18 a 65 años, no estar tomando medicamentos como antibióticos, anti convulsionantes, no cirugía antes de 6 meses, pareja estable en los últimos 6 meses. En cuanto a la satisfacción de la demanda con nuestros convenios interinstitucional y extra institucional; tomando como meta las cifras nacionales emitidas por el Instituto Nacional de Salud- INS se mantuvo un resultado **“satisfactorio”** representado en un 95% (institucional), 92% (extra institucional) y promedio general del 93%. El cubrimiento parcial presentado en el segundo trimestre obedeció a la mayor demanda de componente globular de O Rh positivo, negativo y componente plaquetario.

2.8.- Programa de Donación de Órganos y Tejidos

Actividades de promoción a la donación

Grafica No. 34
Cobertura de capacitación I – II trimestre 2019-2021

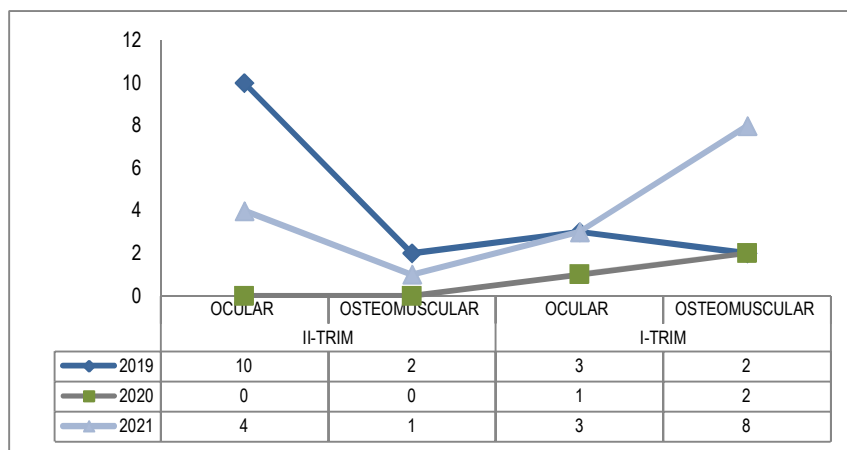


Fuente: Elaboración propia del programa, informes de gestión 2021

Como se puede observar en la gráfica se presentó un comportamiento favorable en el aumento de la cobertura para este indicador en actividades de promoción, dirigidas tanto a cliente externo e interno logrando sobrepasar la meta trimestral durante el año 2021, comparado con los mismos periodos de años anteriores. Esto obedece principalmente a la estrategia generada con la Subdirección de Talento humano en sede Bogotá y la oficina de Talento Humano del Hospital Regional de Zipaquirá para incluir el tema en los procesos de inducción; con Banco de sangre al realizar acompañamiento en las jornadas de donación de hemocomponentes y a través del curso virtual de Donación de Órganos.

- Información:** para el II trimestre se logra una cobertura de capacitación de 599 colaboradores de las 2 sedes adscritas al programa hospital generador de vida y 118 de cliente externo, logrando la cobertura del 100% para la meta trimestral y cumpliendo la meta anual en comparación al del año 2020.
- Educación:** en el II-trimestre del año 2021 se logró la participación de 188 personas al curso virtual de gestión operativa de la donación de órganos de los cuales logran terminar satisfactoriamente.
- Comunicación:** Se elaboró y difundió por redes sociales dos piezas comunicativas promoviendo la cultura de la donación de órganos y tejidos a los colaboradores y cliente externos.
- Gestión:** Se obtiene el segundo puesto en el concurso Orden al mérito responsabilidad social dona Bogotá 2021: Promoción a la donación con fines de trasplantes, organizado por el Consejo de Bogotá. Ceremonia que se llevó a cabo el día 25 de abril de 2021 en conmemoración al día distrital de la donación de órganos con fines de trasplantes.

Grafica No. 35
Comparación trasplantes. I-II trimestre 2019 – 2021

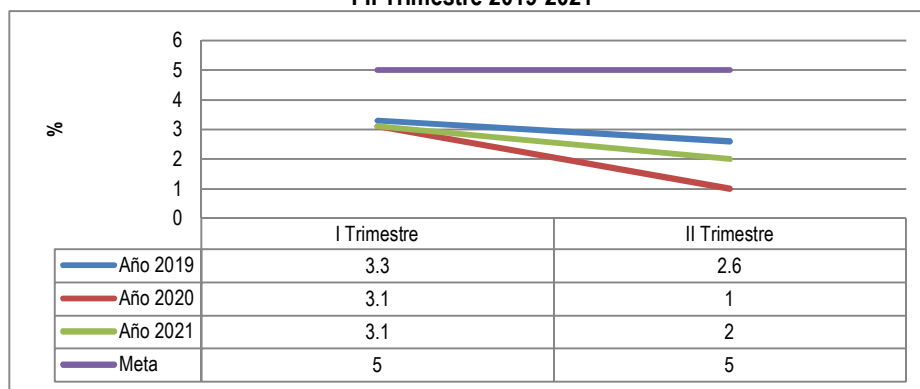


Fuente: Sistema de información ALMERA

Para el II trimestre del año 2021 comparativamente con el año 2020 se observa un aumento en el número de trasplantes, sin embargo, comparativamente con el año 2019 se observa una tendencia a la disminución esto debido a los inconvenientes en la oferta de tejidos para trasplantes oculares y estrictiones nacionales para realización de las cirugías por contingencia Covid.

2.9.- Servicio de Farmacia

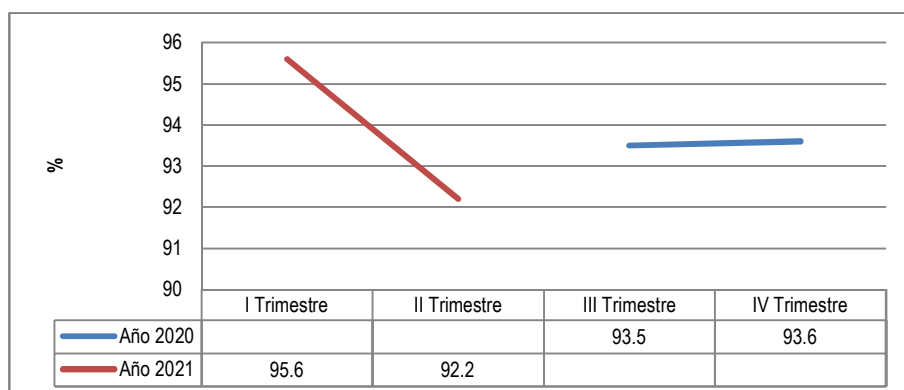
Grafica No. 36
Porcentaje de novedades de seguridad asociados al uso de dispositivos médicos
I-II Trimestre 2019-2021



Fuente: Sistema de información Almera

Para el segundo trimestre vs el primer trimestre del 2021 se presenta una disminución del 1,1% en novedades de seguridad del paciente asociadas a Dispositivos Médicos (11 de 500), disminución de 1% respecto al mismo periodo del año 2020 y del 0,4 respecto al mismo periodo del 2019, resultados por debajo de la meta establecida del 5%, reflejando que las barreras establecidas durante el ciclo de vida del dispositivo tienen efecto sobre la seguridad del paciente. Las 11 novedades fueron: 1 Evento adverso clasificado como error de uso del cual se realizó capacitación al personal objeto por parte del proveedor en el servicio de urgencias; 6 incidentes adversos clasificados como fallas o mal funcionamiento, falta de disponibilidad y Desalojado/desconectado/eliminado. Cada una de las novedades clasificadas como incidentes y evento adverso, fueron notificadas a los proveedores y reportadas al ente regulador Invima.

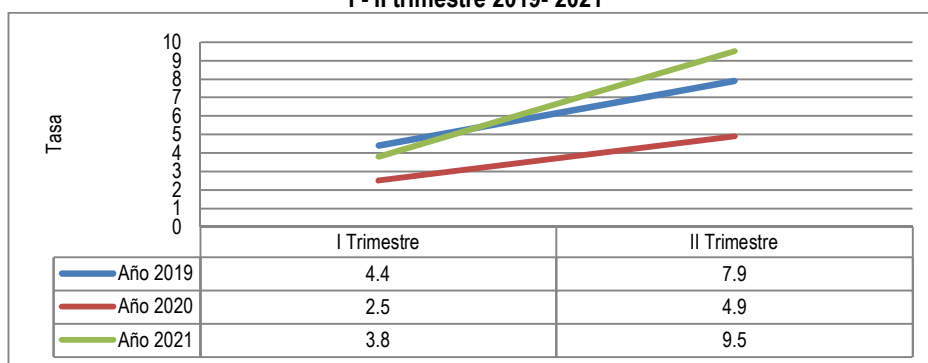
Grafica No. 37
Proporción de intervenciones farmacéuticas aceptadas I – II Trimestre 2019-2021



Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencial

Este indicador se comienza a medir a partir del III trimestre del año 2020, con una meta de 85% o más. Como se observa en todos los periodos de medición el resultado ha estado por encima de la meta establecida, sin embargo para el II trimestre de 2021 se presenta una disminución del 4,4 respecto al primer trimestre. Entre el tipo de intervenciones que constituyen una aceptación sin modificación de la farmacoterapia se encuentran: las intervenciones realizadas al personal de enfermería como clarificación/ corrección de administración, cambio en la vía/método de administración y educación al personal sobre administración correcta de medicamentos. Igualmente, intervenciones realizadas al personal de farmacia como clarificación/corrección de la dispensación, y preparación, gestión de medicamentos. intervenciones realizadas sobre el personal médico como inicio de monitorización clínica, clarificación de prescripción; y otras intervenciones como notificación a farmacovigilancia y educación sanitaria a paciente o cuidador.

Grafica No. 38
Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)
I - II trimestre 2019- 2021

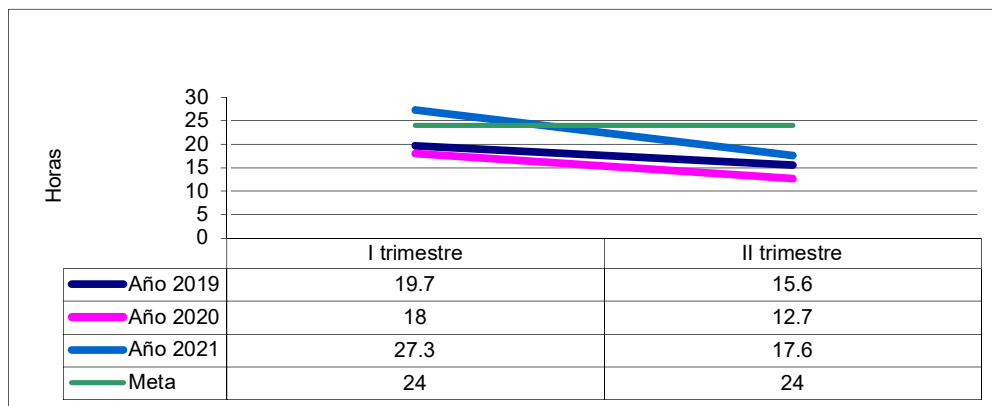


Fuente: Sistema de información Almera

Una Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) es cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis normales, por esta razón son eventos adversos no prevenibles y su indicador no tiene meta. Para el segundo trimestre 2021 se evidencia un valor de 9.5 el cual representa un aumento del 53 % con respecto al 2020 y del 17% con respecto a 2019. Esto debido posiblemente al inicio en el aumento de reportes desde farmacovigilancia activa por entrevista a pacientes con el retorno de los estudiantes de rotación de la Universidad Nacional y más con la participación activa de los pasantes.

2.10.- Servicio de Nutrición

Grafica No. 39
Oportunidad de respuesta a interconsultas de Nutrición. I – II Trimestre 2019 a 2021

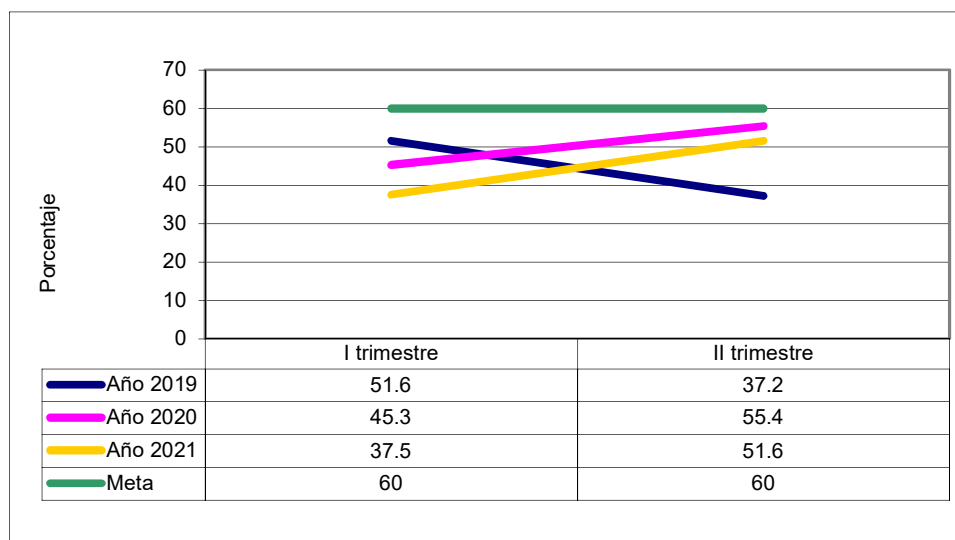


Fuente: Indicadores Almera

En la gráfica anterior se observa para el segundo trimestre de 2021 un cumplimiento en la respuesta a la interconsulta de nutrición frente a la meta establecida de 24 horas, mejorando notoriamente vs el primer trimestre del mismo periodo, incrementando en 4,1 horas respecto al II trimestre de 2020 y de 2,1 vs el 2019. Los resultados se pueden asociar a la disminución de interconsultas en 2020 como consecuencia de la pandemia y el incremento paulatino en 2021 similar a periodos de pre-pandemia, sumado a la alta rotación de profesionales Nutricionistas los últimos siete meses. En el momento el equipo de nutrición cuenta con el 86% de las profesionales asistenciales dada la dificultad para su consecución.

Porcentaje de cumplimiento, tamización nutricional

Grafica No. 40
Porcentaje de tamización nutricional en paciente hospitalizado. I – II Trimestre 2019 a 2021



Fuente: Sistema de información Almera 2019 al 2021

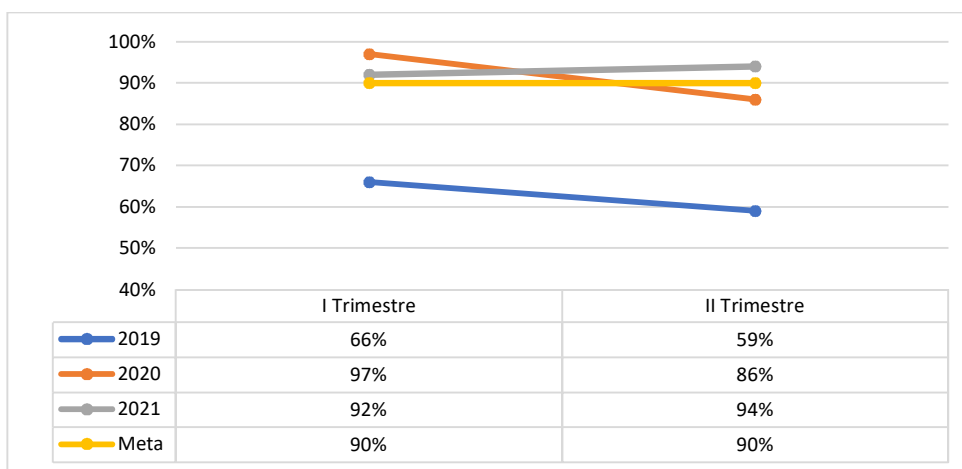
La meta establecida para este indicador es la realización de tamizaje nutricional dentro de las primeras 48 horas de ingreso al servicio de hospitalización adultos al 60% de los pacientes. Como se observa en la gráfica en el segundo trimestre de 2020 se presentó el mayor cumplimiento acercándose a la meta; en el segundo trimestre de 2021 se presenta un incremento del 14,1% respecto al primer trimestre y un incremento frente a los trimestres de años anteriores excepto el primer trimestre de 2019. Dentro de los hallazgos en la tamización de este segundo trimestre se encontró ausencia de riesgo en el 58.4%; riesgo medio en el 25%; riesgo alto en el 7.7% y el 8.9% presentó desnutrición ya instaurada.

De la población con riesgo medio, alto y desnutrición el 68% recibió soporte nutricional por vía oral. El resto del grupo corresponde a pacientes con fallecimiento o egreso antes de 72 horas o limitación del esfuerzo terapéutico por mal pronóstico. Se debe mencionar que a un sector importante de pacientes hospitalizados se les aplica directamente valoración nutricional completa y se les define conducta obviando la tamización dada la indicación de instaurar tempranamente Terapia Médica Nutricional por vías diferentes a la oral. En definitiva, la condición de la pandemia por el Covid-19 y la rotación de profesionales principalmente en los últimos 7 meses han afectado la dinámica propia de la asistencia nutricional. Pese a lo anterior, el equipo se adapta paulatinamente a la situación, se cuenta nuevamente con profesionales altamente responsables y dispuestas a brindar la mejor atención al paciente y sus familias.

2.11.- Programas de promoción y prevención

Estrategia IAMII

Grafica No. 41
Comparativo educación Estrategia IAMII. I - II Trimestre 2019-2021



Fuente: Tablero seguimiento estrategia IAMII

Como complemento al desarrollo, implementación y adherencia de la estrategia IAMII, en el HUS, el programa de educación trabaja sobre dos aspectos la cobertura en actividades educativas a población materno- infantil dentro del proceso de atención a esta misma población, lo cual incluye la atención en consulta externa e internación y por otra parte desde el segundo trimestre del 2019 en la aplicación de instrumento que pueda evaluar la comprensión de la educación que se brinda en hospitalización y los resultados obtenidos para el año 2019 fueron en el primer trimestre 66% y segundo trimestre 59%, en el 2020 se logro el 97% y 86 % respectivamente en el primer y segundo trimestre, para el año 2021 fue del 92% y 94 % respectivamente. Se puede observar que los datos han venido mejorando secundario a nuevas estrategias para realizar capacitación de esta población y el trabajo articulado con el personal asistencial.

Tabla No. 31
Seguimiento a riesgos por procesos

N°	PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS I - II Trimestre 2021				
		N°	Riesgos I Trimestre	N°	Riesgos II Trimestre	Plan mejora
1	Atención al paciente Hospitalizado	2	Posibilidad de enfermedad TROMBOEMBOLICA en paciente con riesgo detectado	1	Crisis convulsiva en paciente hospitalizado-neurocirugía	NA
			Posibilidad de Displasia Broncopulmonar			
2	Atención Farmacéutica	1	Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos farmacéuticos	1	Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos farmacéuticos	
		1	Posibilidad de dispensar erróneamente la fórmula médica	1	Posibilidad de dispensar erróneamente la fórmula médica	Plan mejora
4	Imágenes diagnosticas	0	No se materializaron	1	Posibilidad de Extravasación de medio de contraste	Plan mejora
3	Atención al paciente quirúrgico	0	No se materializaron	0	No se materializo	

Tabla No. 32

N°	PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS I, II Trimestre 2021				
		N°	Riesgos I Trimestre	N°	Riesgos II Trimestre	Plan mejora
5	Esterilización	0	No se materializaron	0	No se materializo	
6	Banco de sangre	0	No se materializaron	0	No se materializo	
7	Apoyo diagnóstico	0	No se materializaron	0	No se materializo	
8	Educación medica	0	No se materializaron	0	No se materializo	
9	Investigación	0	No se materializaron	0	No se materializo	
TOTAL		3		4		

En el segundo trimestre de 2021 se materializo el 15% (4) de los 26 riesgos definidos en los procesos nuevo asistenciales, de apoyo diagnóstico y terapéutico: Hospitalización (1), Atención Farmacéutica (2), Imágenes diagnosticas (1). El 100% de los riesgos fueron revisados y analizados. El 50% de los riesgos materializados fueron de Causa No Prevenible: Crisis convulsiva en paciente de Neurocirugía, (1) No disponibilidad de medicamento (1). De los análisis realizados dos de los riesgos (farmacia e imágenes diagnosticas) cursan con acciones de mejora. Es importante continuar realizado la verificación periódica de la efectividad de los controles dado que permite que la institución cuente con procesos más seguros que conlleven a toma de decisiones oportunas contribuyendo al mejoramiento continuo.

Conclusiones

Para el segundo trimestre de 2021 se mantuvo el porcentaje ocupacional del 87% respecto al primer trimestre aun presentándose el tercer pico de pandemia por COVID-19, en parte por la gestión de camas que se viene realizando de manera multidisciplinaria y el seguimiento a egresos a través del aplicativo de desarrollo institucional, en razón al cual ha cambiado la interacción del Equipo de trabajo asistencial, mejorando las acciones, la comunicación entre los diferentes servicios y participantes. El efecto del tercer pico de la pandemia impacto en la producción de los servicios hospitalarios con la disminución de los procedimientos quirúrgicos, egresos hospitalarios, procedimientos en sala de hemodinamia, radiología intervencionista, entre otros; como también el o no contar en los años 2020 y 2021 con el contrato de MEDIMAS. La eficiencia técnica en los servicios de internación se vio afectada por la

atención a pacientes infectados por Sars Cov2 dada las condiciones en que ingresaron a la institución respecto a lo pacientes atendidos en el primer y segundo pico de pandemia. El Hospital en respuesta al tercer pico de pandemia reorganizó los servicios hospitalarios con el fin de atender la demanda de pacientes con sospecha o confirmado por Sars Cov2, realizando la gestión oportuna en talento humano, medicamentos, insumos y tecnologías.

No se presentó cancelación de cirugía en el primer y segundo trimestre del 2021, debido en gran medida a la gestión que se viene realizando por el proceso de programación de cirugía. En el segundo trimestre de 2021 se estructuró y se puso en marcha el curso virtual “Gestión Operativa de la Donación de Órganos”, extendido a la Red Hospitalaria de Cundinamarca y Distrito Capital logrando una inscripción inicial de 1795 personas entre profesionales, técnicos de diferentes disciplinas del área de la salud. La labor conjunta de los integrantes del proceso de atención farmacéutica y los estudiantes de farmacia de la universidad nacional, contribuye al mejoramiento y monitoreo continuo de todos aquellos procesos en los que se realiza uso de productos farmacéuticos, esto a través de la conciliación medicamentosa y el seguimiento fármaco terapéutico lo cual se ve reflejado en la disminución de la tasa de eventos relacionada con medicamentos no prevenibles.

Se contó con la visita de la Secretaria de Salud de Bogotá el 21 de junio en punto de colecta extramural (Centro Comercial Porvenir), exaltando la labor de los colaboradores en su trato humanizado hacia los donantes, así mismo como el trabajo desarrollado durante la promoción en los puntos y la educación de los donantes. El ajuste a los tiempos de lectura realizados por medio de acuerdo de servicio con la SAS del grupo de Radiólogos el cual se mantiene, continuo impactando positivamente sobre los tiempos de atención de los pacientes en Imágenes diagnósticas.

Recomendaciones

Continuar con la medición de la oportunidad en los egresos hospitalarios con la herramienta informática implementada. En Bogotá, implementar estrategias de promoción a la donación de sangre, con visitas programadas antes de las jornadas para mantener los stocks para nuestros convenios intra y extra institucionales y contribuir así al aumento y cumplimiento del indicador. Analizar la posibilidad de emitir resultados de laboratorio clínico y de imágenes diagnósticas a través de página web con el fin de acortar los tiempos y abrir más canales a disposición de nuestros usuarios. Continuar en la implementación de los Programas Piel Sana, Clínica sin Dolor, Unidad Salvamento de extremidad (pie diabético), Programa Rehabilitación post COVID-19.

Continuar con la sistematización de la información mediante el trabajo en equipo de Sistemas, Estadística, Planeación y Dirección Científica para el análisis de indicadores y otros que facilite la toma de decisiones Gerenciales. Fortalecer las referencias comparativas de los procesos dependientes de la Dirección Científica con el fin de confirmar o implementar prácticas seguras en el contexto de la gestión clínica.

Anexo 1 Planes de mejoramiento

Planes de Mejoramiento de los Procesos de la Dirección Científica

Con corte al segundo trimestre del se cuenta con 73 planes de mejoramiento en total, con 12 fuentes diferentes, establecidos por los procesos que dependen de la Dirección Científica con fuentes; auditorías internas 47 % (35), de proceso 22%(16), auditorías externas 15%(11), otras 13.6 (10), PQRS 1.3% (1). Con 11 fuentes donde 38.3% (28) tienen como fuente la autoevaluación de acreditación

de los cuales el 26% (19) lograron el cumplimiento del 100%, el 73% (54) se encuentran en desarrollo de las actividades programadas. Los procesos que tienen más planes de mejoramiento son Hospitalización con 24%(18), Apoyo Diagnostico 19% (14), seguido de Imágenes Diagnosticas 15%(11); los demás procesos tienen menos de 7 planes de mejoramiento.

Tabla No. 33

No	PROCESO	PROCESO		PQRS	AUDITORIAS INTERNAS				AUDITORIAS EXTERNAS				OTRAS	TOTAL	TERMINADOS	EN DESARROLLO	TOTAL
		AUTOCONTROL	REFERENCIACIÓN	PQRS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	AUDITORIA INTERNA HABILITACIÓN	AUTO EVALUACION ACREDITACIÓN	CONTROL INTERNO	ACREDITACION - ICONTEC	AUDITORIA EXTERNA EPS	AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 9001	AUDITORIA EXTERNA SS DISTRITAL					
1	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	7				2	8						1	18	6	12	18
2	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	1				1	2			1			1	6		6	6
3	BANCO DE SANGRE	1					2				2		1	6	2	4	6
4	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	2	1				1		1				2	7		7	7
5	ESTERILIZACIÓN	1	1			1				1			1	5	2	3	5
6	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1		1	2	1	5						1	11	1	10	11
7	APOYO DIAGNOSTICO LAB CLINICO						7		1		5		1	14	7	7	14
8	APOYO DIAGNOSTICO PATOLOGIA						2							2		2	2
9	INVESTIGACION	1											1	2	1	1	2
10	EDUCACION MEDICA												1	1		1	1
11	AUDITORIA CONCURRENTE							1						1		1	1
TOTAL		14	2	1	2	5	27	1	2	2	5	2	10	73	19	54	73

Tabla No. 34

#	ID	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DEL HALLAZGO	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIÓN
1	329	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	"Realizar referenciación con indicadores internacionales, así como ajuste de tasas, teniendo en cuenta el desarrollo de centros de excelencia (neurocirugía) y servicios de ortopedia y materno infantil". OM PARCIAL 2. Establecer los indicadores de efectividad clínica del centro de neurocirugía dentro del proyecto de certificación como centro de excelencia que permita realizar la comparabilidad de los mejores resultados de desenlace clínico a nivel nacional e internacional para la toma de decisiones clínicas. El HUS debe precisar la metodología bajo la cual desea continuar trabajando su proyecto de centro de excelencia, que les facilite definir la estructura del modelo de atención, y definición de indicadores de monitoreo y desenlaces clínicos OPORTUNIDAD NUEVA	PAMEC	100%	
2	330	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE 3. Fortalecer la captura de datos en el diagnóstico principal y secundario que les permita identificar el perfil de morbilidad, mortalidad y facilitar la implementación de metodologías de agrupación diagnóstica. OPORTUNIDAD NUEVA	PAMEC	50%	OM de Investigación (Martha Bohórquez)
3	331	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE 4"Fortalecer la identificación e intervención de riesgos en el plan de tratamiento y las actividades de prevención secundaria y terciaria, de acuerdo con patología prevalentes en los servicios". OPORTUNIDAD PARCIAL 5. Robustecer la intervención que se realiza a pacientes crónicos en el HUS. OPORTUNIDAD AUTOEVALUACIÓN	PAMEC	100%	
4	346	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE 36. Estandarizar la metodología de identificación de riesgos clínicos e intervención que aplica el personal médico para la totalidad de los servicios hospitalarios, incluidas las unidades especiales. OPORTUNIDAD NUEVA 37."Fortalecer y sistematizar la priorización e intervención de riesgos clínicos individuales, su análisis y realimentación sobre su comportamiento, en la generalidad de los servicios, desplegando los resultados a los colaboradores para su apropiación y participación" e "Identificar y gestionar riesgos clínicos en alcance a los procesos de atención relacionados con la atención ambulatoria". OPORTUNIDAD PARCIAL 38. Gestionar la efectividad clínica de los procesos asistenciales hospitalarios y ambulatorios a partir de la definición de GRD, identificación de riesgos clínicos, guías de práctica clínica entre otros elementos del modelo de atención. OPORTUNIDAD NUEVA 39. Fortalecer la identificación y gestión de los riesgos clínicos individuales, riesgos poblacionales, entre otros; que les permita definir estrategias efectivas de la mitigación de estos en los servicios hospitalarios y ambulatorios OPORTUNIDAD NUEVA 40. Definir estrategias para el registro clínico del Riesgo individual dentro del Historial clínico	PAMEC	75%	Se encuentra en proceso de recolección de datos para un análisis inicial, se cuentan con reportador.

#	ID	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DEL HALLAZGO	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIÓN
			(Incluir el campo de Riesgo Clínico Individual en la Historia Clínica Ambulatoria) OPORTUNIDAD TRASLADADA PAMEC 2019. 41. Definir estrategias que logren la articulación de las morbilidades por servicio con la identificación de los riesgos individuales. OPORTUNIDAD TRASLADADA PAMEC 2019. 42. Actualizar los mapas de riesgos del HUS y fortalecer el equipo que trabaja en el tema. OPORTUNIDAD AUTOEVALUACIÓN			
5	353	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE 63. "Evaluar sus indicadores de estancia y establezcan un programa concreto orientado a reducir las estancias prolongadas y a evaluar las causas administrativas o clínicas que repercuten en la estancia e introducir las mejoras a que haya lugar todo lo cual contribuirá al uso óptimo de las camas instaladas". OPORTUNIDAD PARCIAL 64. Revisar la forma de monitoreo del indicador de giro cama e intervenir de acuerdo con los resultados obtenidos. OPORTUNIDAD NUEVA	PAMEC	98,30%	
6	355	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE 67. "Evaluar el impacto de la sala de egresos implementada recientemente, sistematizar sus actividades con alcance a todos los servicios y realizar los ajustes que correspondan". OPORTUNIDAD PARCIAL 68. Realizar el análisis de los datos de las mediciones disponibles de la sala de egresos, articulado a un programa de egreso, y de las intervenciones hasta ahora realizadas que les permitan mejorar la efectividad de estas y les facilite la toma de decisiones. OPORTUNIDAD NUEVA	PAMEC	100%	
7	374	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE 101. Fortalecer los análisis de mortalidad perinatal de manera conjunta entre obstetricia y la unidad de recién nacidos, que les permita impactar de manera positiva en los desenlaces clínicos. OPORTUNIDAD NUEVA	PAMEC	100%	
8	375	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE 102. Definir los casos de fiebrietas bajo que categoría se incluyen en los indicadores de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que los resultados no se correlacionan con los indicadores reportados de infecciones asociadas al cuidado de la salud. OPORTUNIDAD NUEVA	PAMEC	100%	
9	445	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PUMPPG Revisar, actualizar y documentar la estructura documental que corresponda al proceso (Caracterización, protocolos, procedimientos), con incorporación de cambios normativos incluyendo el sistema de Gestión Ambiental	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	50%	Se encuentra pendiente el seguimiento que realiza la persona de planeación por esto se encuentra en el 50%
10	471	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE 109. Definir el espacio de análisis de los resultados consolidados periódicos de los casos de mortalidad institucional, en el marco del proceso de mejoramiento continuo y que contribuye al proceso formativo del Hospital. OM NUEVA- EJE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Líder: Dirección Científica	ACREDITACIÓN	100%	
11	552	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PUMPPG Definir estrategias para mejorar la calidad del registro clínico y de las actividades del servicio (Planillas de registro de temperatura, etc.)	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	83,00%	Actividad vencida desde mayo del 2020, actualmente se encuentra desarrollado por III trimestre que quedo a cargo de Auditoría Concurrente.
12	2125	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMEE AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 • Evolución y revista médica entrega de turno médico y documentación relacionada, • Fortalecer la difusión e implementación del procedimiento de alta hospitalaria	ACREDITACIÓN	23%	Está en proceso de socialización.
13	2126	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAME AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 • Fomentar y mejorar el despliegue del procedimiento de solicitud de segundo concepto médico en los clientes internos y externos. • Mejorar la verificación de las solicitudes de segunda opinión y aplicación del procedimiento de solicitud de segundo concepto médico, dada su baja demanda hasta el momento.	ACREDITACIÓN	8%	Está en proceso de solicitud referenciación con otras instituciones para actualización del procedimiento.
14	2127	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 • Fortalecer y estandarizar el registro e identificación de los riesgos individuales en la historia clínica- hospitalización	ACREDITACIÓN	99%	
15	2128	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAME AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 • Actualizar el procedimiento de atención. • Difundir sistemáticamente el proceso de conocimiento e implementación del ciclo de atención en el personal administrativo. • Identificar posibles acciones de mejora frente a las desviaciones evidenciadas en el seguimiento realizado a los indicadores con el fin de evidenciar, resultados diferentes.	ACREDITACIÓN	10%	En proceso de construcción
16	2129	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 Realizar sensibilización con los médicos para la entrega de información al paciente como a su familia	ACREDITACIÓN	30%	En proceso de construcción actividad programada para Agosto.
17	2130	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	PAMECAE AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 Actualizar la plataforma estratégica alineada a todas las unidades funcionales. Definir los criterios para unificar y actualizar la documentación con el Hospital Regional y Unidad Funcional de Zipaquirá. Incluir en la plataforma de indicadores los correspondientes a estas sedes.	ACREDITACIÓN	47%	En desarrollo
18	2089	ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	Hallazgo de la Contratoría de Cundinamarca: EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.	OTRAS	74%	Pendiente continuar con la evaluación y seguimiento trimestral a la efectividad de los controles identificados en la matriz de riesgo del proceso, el plan inicio el 9 de marzo y termina el 7 de enero del año 2022
19	2152	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Fortalecer en los servicios la generación oportuna de la entrega de la orden de patología y la facturación con el fin de favorecer la oportunidad en la entrega de resultados	AUTOEVALUACIÓN-ACREDITACIÓN 2020	18,33%	En desarrollo El plan de mejoramiento se implementó el 8 de junio del presente año y se encuentra programado hasta el 31 de diciembre
20	2153	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Actualizar la plataforma estratégica alineada a todas las unidades funcionales.	AUTOEVALUACIÓN-ACREDITACIÓN 2020	41,67%	En desarrollo Los documentos del Proceso se encuentran en actualización, se

#	ID	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DEL HALLAZGO	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIÓN
						encuentran pendiente dos actividades que iniciaron el 1 de julio y van hasta el 15 de diciembre
21	2033	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Fortalecer la adherencia del talento humano en los procesos propios del servicio de salas de cirugía	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	75%	Pendiente continuar con las socializaciones de los documentos del Proceso, evaluar y medir su adherencia. Esta actividad inicio el 3 de mayo y termina el 31 de diciembre
22	2034	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Incidente presentado en salas de cirugía durante la atención quirúrgica por caída de paciente	AUTOCONTROL	5%	Se encuentra en revisión el procedimiento de sujeción terapéutica, esta actividad empezó el 30 de junio y termina el 31 de diciembre
23	2097	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento, por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.	OTRAS	80%	Pendiente continuar con la evaluación y seguimiento a la efectividad de los controles identificados en la matriz de riesgo del proceso, esta actividad inicio el 9 de marzo y termina el 7 de enero del año 2022
24	2100	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Fortalecer la adherencia del talento humano a los procesos y procedimientos propios del proceso de anestesia en el manejo, uso y administración del medicamento (remifentanil)	HALLAZGO AUDITORIA EXTERNA EPS CONVIDA	55%	Pendiente continuar con los seguimientos periódicos al manejo de medicamentos anestésicos en salas de cirugía, esta actividad inicio el 3 de mayo y termina el 31 de diciembre
25	371	BANCO DE SANGRE	Revisar y validar la información suministrada en relación con la oportunidad en la administración de Hemocomponentes previo a la emisión de los datos OPORTUNIDAD PARCIAL 97. Evaluar y ajustar el indicador de oportunidad código rojos y urgencia vital que permita el monitoreo sistemático de la oportunidad en la entrega del Hemocomponentes desde la activación del código rojo o urgencia vital y la administración del mismo. OPORTUNIDAD NUEVA 98. Revisar y ajustar la ficha técnica del indicador de oportunidad en la administración de Hemocomponentes con el fin de monitorear el ciclo total de hemovigilancia desde la solicitud hasta la administración de Hemocomponentes y la toma de decisiones en relación con las metas establecidas.	ACREDITACION - ICONTEC	100%	Ya se dio cierre desde almera, pero queda de actividad constante.
26	2159	BANCO DE SANGRE	Definir los criterios para unificar y actualizar la documentación con el Hospital Regional y Unidad Funcional de Zapaquirá	ACREDITACION - ICONTEC	47%	Queda pendiente revisión de documentos de la 2 actividad y pendiente tercera actividad con socialización de los mismo
27	2056	BANCO DE SANGRE	Desarrollar nueva versión del curso de medicina Transfusional, para generar mayor adherencia a los procesos asistenciales en cuanto a la cadena transfusional.	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	75%	falta actividad 4 que es el cierre del curso
28	2057	BANCO DE SANGRE	ref: Informe de adherencia a la estrategia multimodal al Proceso del Banco de Sangre. Inadecuada adherencia a la estrategia multimodal por el personal del banco de sangre - riesgo (53-84%)	AUTOCONTROL	100%	
29	2090	BANCO DE SANGRE	Hallazgo de la Contraloría de Cundinamarca: EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.	OTRAS	83%	Pendiente 3 actividad de Realizar evaluación y seguimiento efectividad de los controles identificados en las matrices de riesgo del proceso, ya que vamos en el II trimestre y falta dos trimestres del año
30	2111	BANCO DE SANGRE	SEGUIMIENTO A LA TRAZABILIDAD DE LA NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN (RAT) SEVERAS, AMENAZA A LA VIDA O MUERTE: Diligenciamiento incompleto del formato y evidencias que permitan la trazabilidad total del caso RAT y un análisis para identificar la causa de la RAT.	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	67%	pendiente 2 actividad Seguimiento y verificación del correcto diligenciamiento del formato evidenciado en el comité de transfusiones, ya que son en el mes de mayo, se presentaron RAT
31	345	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Explorar las estrategias de vigilancia proactiva en Tecnovigilancia planteadas por el INVIMA para que puedan ser acogidas por la institución aquellas que les apliquen. OPORTUNIDAD NUEVA	ACREDITACION - ICONTEC	66%	En desarrollo Pendiente terminar e implementar el formato de AMFE para la vigilancia proactiva (catéter venoso central); socialización, implementación y seguimiento
32	2164	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	ACREDITACION AUTOEVALUACION 2020 Fortalecer el despliegue en el Manejo de medicamentos de control especial	ACREDITACION	3,3%	En desarrollo. El 3,33% corresponde a 1 actividad al

#	ID	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DEL HALLAZGO	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIÓN
						10% y 2 actividades sin iniciar las cuales tienen como fecha de finalización el 24/04/2022
33	2067	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Generación de productos farmacéuticos vencidos	AUTOCONTROL	75%	En desarrollo. el 75% corresponde 3 actividades cumplidas al 100% y 1 actividad sin iniciar la cual tiene como fecha de finalización el 31/08/2021
34	2068	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Documentos del sistema de gestión de calidad desactualizados o con pérdida de vigencia	AUTOCONTROL	70%	En desarrollo. El 70% corresponde 2 actividades cumplidas al 100% y 1 actividad al 10% sin iniciar la cual tiene como fecha de finalización el 31/12/2021
35	2069	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Definir estrategias de monitoreo y seguimiento a la calidad del registro de los formatos de Hoja de Gastos (Verificar que los utilizados estén normalizados a nivel institucional)	OTRAS	36,7%	En desarrollo. El 36,67% corresponde a 1 actividad al 90%, 1 actividad al 20% y 1 actividad sin iniciar la cual tiene como fecha de finalización el 30/09/2021
36	2070	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	El proceso de inducción y entrenamiento en el cargo no cuenta con los requisitos necesarios para obtención de certificación ISO9001:2015	REFERENCIACIÓN	13,3%	En desarrollo. El 13,33% corresponde a 1 actividad al 40% y 1 actividad sin iniciar las cuales tienen como fecha de finalización el 31/12/2021
37	2093	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Hallazgo de la Contraloría de Cundinamarca: EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.	OTRAS	83,3%	En desarrollo. El 83,33% corresponde a 2 actividades al 100% y 1 actividad al 50% la cual tienen como fecha de finalización el 07/01/2022
38	2051	ESTERILIZACION	Ajustar y actualizar los procesos prioritarios de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3100 del 2019, en lo concerniente al proceso de esterilización	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	62%	En desarrollo
39	2052	ESTERILIZACION	Actualización de inventario correspondiente a los equipos de cirugía cardiovascular, vascular periférico, tórax, urología, plastia, ortopedia, oftalmología por obsolescencia y compra de nuevos equipos	Autocontrol	100%	Finalizado
40	2094	ESTERILIZACION	Hallazgo de la Contraloría de Cundinamarca: EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.	OTRAS	80%	Pendiente continuar con la evaluación y seguimiento a la efectividad de los controles identificados en la matriz de riesgo del proceso, actividad en desarrollo
41	2099	ESTERILIZACION	Desconocimiento en las áreas asistenciales del concepto del tiempo de vencimiento según el empaque de esterilización	Auditoria externa EPS	83,3%	En desarrollo
42	2113	ESTERILIZACION	Parametrizar indicadores para las cancelaciones de los ciclos en los métodos de vapor saturado, óxido de etileno, peróxido de hidrogeno.	Referenciación	100%	Finalizado
43	1991	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Disponen de un área de toma de muestras con tres (3) cubiculos y en uno de ellos ubican una colchoneta para la toma de muestras pediátricas por lo que es importante realizar los ajustes en la infraestructura que garantice la privacidad, comodidad y seguridad en la toma de muestras pediátricas.	ACREDITACION - ICONTEC	100%	
44	368	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Establecer mecanismos de control de calidad en la fase pre-analitica que mitigue los riesgos asociados a traslado, centrifugación y separación muestras biológicas y garanticen la viabilidad de estas en el procesamiento y entrega de resultados	ACREDITACION	100%	
45	377	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Fortalecer la evaluación del ciclo total de atención desde la solicitud del examen hasta la interpretación de este en la historia clínica teniendo en cuenta la definición operacional de los indicadores definidos, unidades de medición y metas con el fin de tomar acciones de mejoramiento oportunas y seguras.	ACREDITACION	100%	
46	340	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Fortalecer los mecanismos de control de calidad externo para la tecnología POCT que permita garantizar la exactitud y precisión de los resultados que aporte a la toma de decisiones seguras y oportunas en el marco de la gestión clínica. No reportan casos de efectos indeseados asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro.	ACREDITACION	100%	
47	1992	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Dentro de la gestión de riesgos institucional definieron un (1) riesgo relacionado con la posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto en donde las causas identificadas fueron: no adherencia al procedimiento técnicos; no adherencia a los programas de reactivo y tecno vigilancia; no adherencia al procedimiento de procesamiento análisis y reporte de resultados; personal no capacitado y factores sicosociales; el riesgo fue categorizado como extremo, definieron los controles en cada proceso y frente al riesgo residual el riesgo fue categorizado alto; definieron como tratamiento del riesgo reducir el riesgo sin embargo no fue posible evidenciar la implementación del plan de tratamiento es procedente avanzar en la implementación del plan de tratamiento relacionados con el riesgo residual del programa de reactivovigilancia articulado con el plan	ACREDITACION	100%	

#	ID	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DEL HALLAZGO	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIÓN
			único de mejoramiento y PAMEC institucional			
48	2154	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Fortalecer la interfaz para entrega de resultados con firma digital	ACREDITACION	20%	Fecha de terminación 12/11/2021
49	2156	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Proponer mecanismos que disminuyan el impacto de la alta rotación de personal en enfermería en el desempeño de las actividades del laboratorio.	ACREDITACION	20%	Fecha de terminación 12/11/2021
50	2157	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Ante la implementación de nuevas pruebas para diagnóstico de COVID 19, se hace necesario implementar de igual manera los controles de calidad externos, de acuerdo con los lineamientos y protocolos nacionales e internacionales	ACREDITACION	25%	Fecha de terminación 11/12/2021
51	2091	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Hallazgo de la Contraloría de Cundinamarca: EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.	OTRAS	75%	Fecha de terminación 07/01/2022
52	2027	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Revisar para establecer una meta más retadora al indicador de "Porcentaje de muestras rechazadas" (Oportunidad de mejora visita septiembre 2020 ISO 9001:2015)	AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	70%	Fecha de terminación 31/12/2021
53	2028	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Análisis de la información. Disciplina para registrar el resumen del análisis del comportamiento del indicador "Número de producto no conforme"	AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	75%	
54	2029	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Precisar en el formato de producto no conforme que la "acción correctiva inmediato" es una corrección.	AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	0%	Fecha de terminación 31/12/2021
55	2030	APOYO DIAGNOSTICO	Conservar soportes de las reuniones con el laboratorio clínico de referencia	AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	100%	Fecha de terminación 30/06/2021
56	2031	APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO	Fortalecer la gestión del riesgo en el proceso	AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	100%	
57	2163	APOYO DIAGNOSTICO-PATOLOGIA	Actualizar la plataforma estratégica alineada a todas las unidades funcionales. Definir los criterios para unificar y actualizar la documentación con el Hospital Regional y Unidad Funcional de Zipaquirá. Incluir en la plataforma de indicadores los correspondientes a estas sedes	ACREDITACION	20%	
58	2162	APOYO DIAGNOSTICO-PATOLOGIA	Ajustar la ficha del indicador con el fin de ajustar los tiempos de medición de acuerdo a la identificación de las brechas que no permiten el cumplimiento de la oportunidad en la entrega de resultados desde el servicio de patología	ACREDITACION	50%	
59	1996	AUDITORIA CONCURRENTE	El área de auditoría concurrente y cuentas medicas realizan funciones diferentes de acuerdo a los procedimientos	AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	68%	En proceso de actualización del procedimiento de
60	356	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Fortalecer el traslado, la entrega y recibo de los pacientes a los servicios de apoyo diagnostico	SEGURIDAD DEL PACIENTE	43.3%	Actividades gestionadas desde la subdirección de Enfermería paquete Instruccional de caídas, pendiente subir las listas de chequeo ya aplicadas y su análisis para el cierre del plan. Se solicitaron los soportes por medio de correo electrónico y verbalmente.
61	2035	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Materialización del riesgo de extravasación de medio de contraste.	SEGURIDAD DEL PACIENTE	3%	Ya se identificaron los puntos de actualización del protocolo, se realizó envío al regional para aportes desde imágenes diagnósticas, y se debe incluir pasos por lista de chequeo para riesgo de extravasación por condiciones clínicas o fisiológicas de los pacientes.
62	2037	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Aumento de la PQRS por inoportunidad en la respuesta telefónica para asignación de citas en Imágenes Diagnósticas.	PQRS	26.67%	Pendiente evaluación de la adherencia de acuerdo a funciones.
63	2038	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Se requiere contar con la documentación completa de los procesos prioritarios de Imágenes diagnósticas de acuerdo a los requerimientos de 3100	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	7%	Se revisó listado maestro pendiente definir inicio con Tatiana del Hospital Regional ya contamos con algunos documentos alineados.
64	2061	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	% De ocupación del Área de resonancia Magnética de 50%	AUTOCONTROL	6.67 %	Se realiza reunión con mercadeo donde se revisan las tarifas investigadas, se organiza el excel con cada institución, en la misma reunión se revisa con costos (Ivan Charry) los costos de resonancia los cuales se deben revisar ya que se evidencio en ejercicio que la mano de obra y el costo total podría ser más alto. Pendiente presentar consolidado para análisis a la dirección científica.
65	2092	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Hallazgo de la Contraloría de Cundinamarca: EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un	OTRAS	70%	

#	ID	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DEL HALLAZGO	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIÓN
			adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.			
66	360	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	77. "Fortalecer la evaluación de pares respecto a la lectura y validación, con profesionales pares de forma objetiva, que realmente evidencia posibles brechas en el proceso". OPORTUNIDAD PARCIAL 78. Fortalecer la metodología de evaluación de concordancia inter-observador de calidad en la lectura e interpretación de imágenes diagnósticas a partir de un muestreo representativa y cálculo de grado de concordancia basados en la mejor evidencia disponible. OPORTUNIDAD NUEVA 79. Fortalecer la evaluación de pares respecto a la lectura y validación, con profesionales pares de forma objetiva, que realmente evidencia posibles brechas en el proceso. OPORTUNIDAD TRASLADADA PAMEC 2019	ACREDITACIÓN	17%	Pendiente actualización del sistema para realizar la evaluación sobre el sistema .
67	372	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Ajustar las metas de los indicadores de oportunidad en el ciclo total de atención de imágenes diagnósticas a los servicios ambulatorios y hospitalarios que incluya la interpretación por parte del médico tratante que permita la toma de decisiones clínicas oportunas. OPORTUNIDAD NUEVA	ACREDITACIÓN	100%	
68	2149	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 Articular imágenes diagnósticas (rechazo de imágenes diagnósticas) con seguridad del paciente	ACREDITACIÓN	17%	Se cuenta con el indicador de % de estudios repetidos y se adiciono el control de imágenes rechazadas por el especialista por medio del sistema de información.
69	2150	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 Articular imágenes diagnósticas (entrega equivocada de resultados de imágenes diagnósticas) con seguridad del paciente	ACREDITACIÓN	17%	Se realiza medición mensual y análisis de los casos que se presentan de entrega equivocada de los resultados de imágenes diagnósticas.
70	2151	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	AUTOEVALUACION ACREDITACION 2020 Actualizar la plataforma estratégica alineada a todas las unidades funcionales. Definir los criterios para unificar y actualizar la documentación con el Hospital Regional y Unidad Funcional de Zipaquirá. Incluir en la plataforma de indicadores los correspondientes a estas sedes	ACREDITACIÓN	7%	Se revisó listado maestro pendiente definir inicio con Tataiana del regional ya contamos con algunos documentos alineados. Se enviaron 5 documentos más.
71	2109	INVESTIGACIÓN	Crear e implementar un indicador que mida la participación de estudiantes en el proceso de investigación	Autocontrol	100%	El indicador se encuentra en ALMERA pendiente de medición semestral
72	2095	INVESTIGACIÓN	Hallazgo de la Contraloría de Cundinamarca: EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.	OTRAS	83%	
73	2096	DOCENCIA	Hallazgo de la Contraloría de Cundinamarca: EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Control débil Condición: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.	OTRAS	89%	Fecha de terminación 07/01/2022

CAPITULO III
DIRECCION FINANCIERA

3.1.- Presupuesto

Presupuesto Consolidado E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana Vigencia 2019-2021

Tabla No. 35
Ingresos- ESE Hospital Universitario de la Samaritana

CONCEPTO	Año 2019			Año 2020			Año 2021			var. % Aprob. 2021 / 2020	var % recon 2021 / 2020	Var % rec 2021/202 0
	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO			
DISPONIBILIDAD INICIAL	46.250	46.250	46.250	61.448	61.448	61.448	48.968	48.968	48.968	25%	25%	25%
INGRESOS CORRIENTES	110.669	83.081	19.749	155.796	85.379	46.951	141.601	104.817	43.415	10%	-19%	8%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	80.616	78.318	14.985	141.921	68.797	30.369	114.730	100.480	39.077	24%	-32%	-22%
...OTROS INGRESOS	500	209	209	500	362	362	500	222	222	0%	63%	63%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	29.553	4.554	4.554	13.374	16.220	16.220	26.371	4.115	4.115	-49%	294%	294%
INGRESOS DE CAPITAL	1.200	798	798	1.200	979	979	1.200	553	553	0%	77%	77%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	57.268	49.654	49.654	75.483	40.754	40.754	78.558	38.898	38.898	-4%	5%	-5%
TOTAL INGRESOS	215.388	179.784	116.451	293.926	188.559	150.131	270.326	193.236	131.834	9%	-2%	-12%

Cifras en Millones de Pesos - Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de Junio

El presupuesto de ingresos y gastos aprobados para la vigencia 2021 está conformado para el Hospital Universitario de la Samaritana, Hospital Regional de Zipaquirá y la Unidad Funcional de Zipaquirá observándose la siguiente variación, del año 2019 al 2020 del 36% y 2020 al 2021 del -8%. En cuanto a los Recaudos del 2020 al 2021 existe una variación del -12%, todo esto obedece a la disminución de la disponibilidad inicial para la vigencia 2021 es de \$48.968 millones y para el 2020 fue de \$61.448 millones La disminución de este rubro de -9%, a la fecha no hemos recibido aportes por concepto de transferencias para compra de insumos atención covid-19, recursos del ministerio de salud y/o apoyo a pago de personal, entre otros. Con una ejecución del 49%.

Tabla No. 36
Gastos – ESE Hospital Universitario de La Samaritana

CONCEPTO	Año 2019				Año 2020				Año 2021				2021/ 2020	2021/ 2020	2021/ 2020
	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	VAR % PAGOS
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	118.869	75.778	50.699	42.451	184.026	105.099	68.709	54.862	163.869	109.044	75.329	61.116	2%	8%	10%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	28.221	24.692	11.151	2.786	49.012	24.155	11.619	1.467	46.652	31.449	14.580	2.833	30%	25%	93%
INVERSION	44.681	105	-	-	27.338	955	733	283	17.888	3.179	965	249	-447%	3308%	-162%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	23.617	21.215	17.938	15.095	33.549	32.075	26.803	20.495	41.917	39.558	28.890	23.863	23%	8%	16%
TOTAL GASTOS	215.388	121.791	79.789	60.332	293.926	162.284	107.865	77.107	270.326	183.230	119.764	88.061	13%	11%	14%

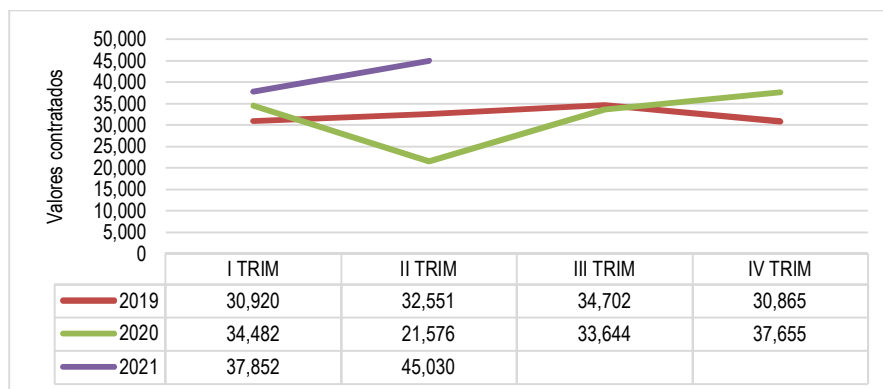
Cifras en Millones de Pesos - Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de Junio

Referente a los gastos se presenta aumento del 2020 y 2021, debido al aumento de las cuentas por pagar de la vigencia 2020 en un 25% y por el mayor valor comprometido en contratos que cubren hasta mediados de julio y el año 2021. La ejecución del gasto del 68%, por compromisos adquiridos durante el periodo por los contratos asistenciales y laborales.

3.2.- Mercadeo y Contratación

Grafica No. 42
Comportamiento valores contratados Años 2019 a 2021 I y II Trimestre consolidado

Cifras en Millones de pesos



Fuente: Informes de Gestión años 2019 a 2021 – Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

Tabla No. 37

Valores Contratados 2019 a 2021 – I y II Trimestre – Acumulado

Cifras en Millones de pesos

CONSOLIDADO POR TRIMESTRES						
	2019	%	2020	%	2021	%
I TRM	30.920	24%	34.482	27%	37.852	46%
II TRM	32.551	25%	21.576	17%	45.030	54%
III TRIM	34.702	27%	33.644	26%		
IV TRIM	30.865	24%	37.655	30%		
TOTAL	129.038	100%	127.357	100%	82.882	100%

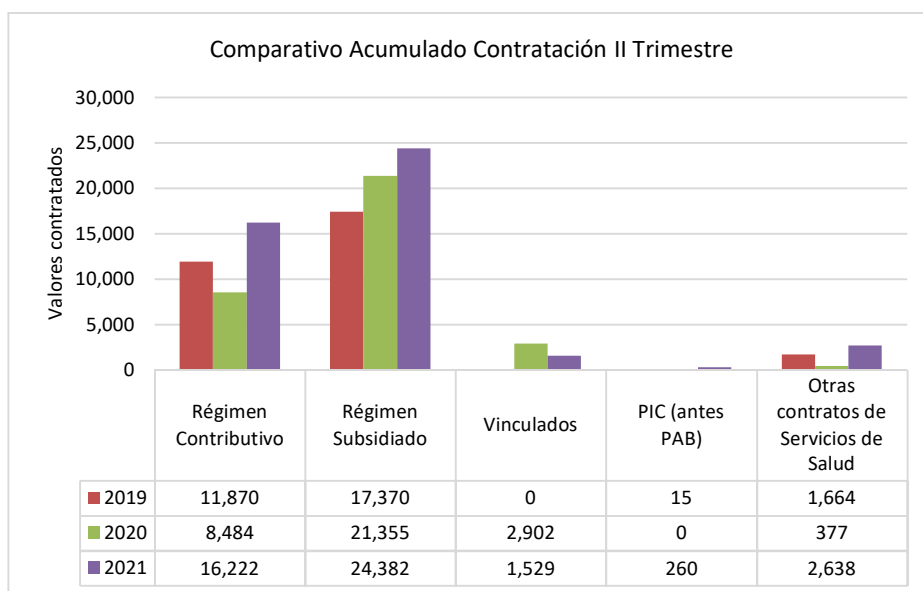
Fuente: Informes de Gestión años 2019 a 2021 – Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

Como se evidencia en la tabla es relevante la afectación de la prestación del servicio de salud por la declaración de la emergencia sanitaria dada por SARS COVID-19, en el año 2020 se generaron unas ventas de \$127.357 millones de pesos, la variación fue de -1.3%, comparado con el año 2019.

Comparando el I semestre de los años evaluados se determina que la variación en la prestación de los servicios entre los años 2019 y 2020 fue del -12%, comparando los años 2020 y 2021 existe una recuperación del 48% en el mismo periodo esto se da por el ingresar a funcionar el I Hospital Regional.

Para el año 2019 el trimestre que más aporte en ventas fue el III trimestre con un 27 % de participación, para el año 2020 fue el IV trimestre con ventas representativas de \$37.655 millones de pesos, en el año 2021 se ha visto la recuperación ya que la tendencia para el I semestre se encuentra en aumento.

Grafica No. 43
Comportamiento Valores Contratados Años 2018 a 2021 I – II Trimestre Consolidado
Cifras en Millones de pesos



Fuente: Informes de Gestión años 2018 a 2020 – Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

Tabla No. 38
Valores Contratados 2018 a 2021 - I – II Trimestre – Acumulado
Cifras en Millones de pesos

CONSOLIDADO II TRIMESTRE								
RÉGIMEN	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
Régimen Contributivo	1.460	4,3%	11.870	38,4%	8.484	25,6%	16.222	36,0%
Régimen Subsidiado	31.378	91,7%	17.370	56,2%	21.355	64,5%	24.382	54,1%
Vinculados	0	0,0%	0	0,0%	2.902	8,8%	1.529	3,4%
PIC (antes PAB)	21	0,1%	15	0,1%	0	0,0%	260	0,6%
Otras contratos de Servicios de Salud	1.362	4,0%	1.664	5,4%	377	1,1%	2.638	5,9%
TOTAL	34.221	100,0%	30.920	100,0%	33.118	100,0%	45.030	100,0%

Fuente: Informes de Gestión años 2018 a 2020 – Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

3.3.- Facturación

El Hospital Universitario de La Samaritana, ha venido presentado una importante recuperación en sus ventas debido a la reapertura gradual en la prestación de servicios de Salud en sus diferentes sedes, posterior esto, a la estrictos controles decretados durante la emergencia sanitaria que fueron consecuentes en la disminución de ventas en las sedes del HUS. El siguiente cuadro ilustra las variaciones que se presentaron en el primer semestre de los años 2019 al 2021:

Tabla No. 39
Comparativo Venta de Servicios de Salud I Semestre E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana Vigencias 2019 - 2021

Cifras en Millones de pesos

Centro de Atención HUS	2019	Part. %	2020	Part. %	2021	Part. %	Var. (\$) 2020 - 2021	Var. (%) 2020 - 2021
Hospital Universitario de La Samaritana	59.980	74%	43.407	63%	53.338	53%	9.931	23%
HUS - Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá	2.457*	3%	15.905	23%	34.964	35%	19.059	120%
HUS - Unidad Funcional de Zipaquirá	18.838	23%	9.485	14%	12.178	12%	2.693	28%
Total General	81.275	100%	68.797	100%	100.480	100%	31.683	46%

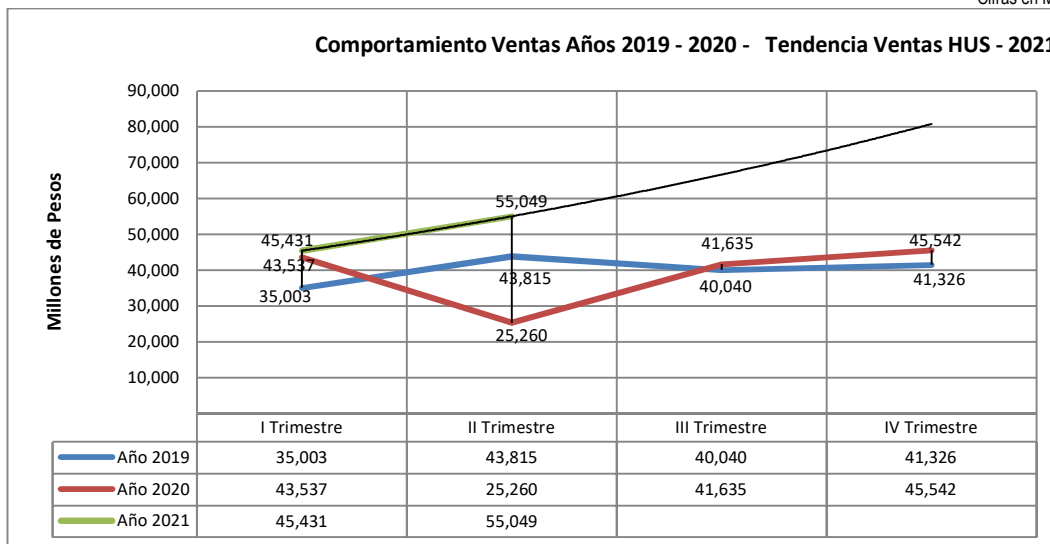
Fuente: Sistema de Información – Modulo Contable – Software Dinámica Gerencial

*Estas ventas corresponden a los meses de Noviembre y Diciembre de 2019 – Inicio de actividades Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá.

Importante resaltar el incremento del 120% de las ventas del Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá, esto por ser referente en atención COVID-19 en el Departamento de Cundinamarca.

Grafica No. 44
Comportamiento tendencia venta de Servicios de Salud por Trimestre E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana Vigencias 2019 - 2021

Cifras en Millones de pesos

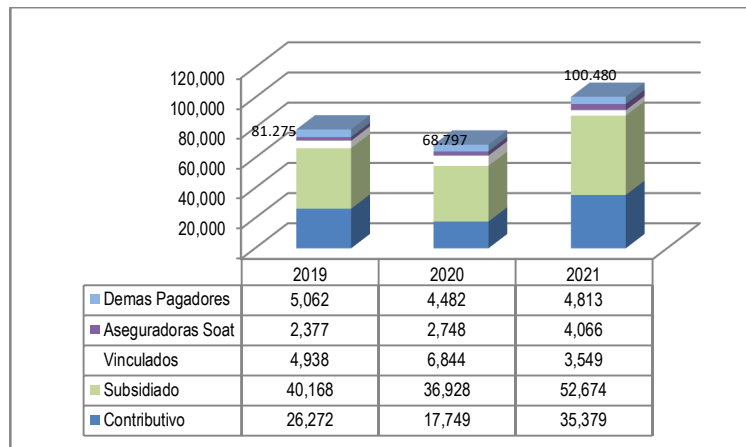


Fuente: Sistema de Información – Modulo Contable – Software Dinámica Gerencial

La presente grafica ilustra una tendencia a la baja de un 73.4% en el segundo trimestre del año 2020 en comparación al patrón comparado en el año 2019, pese a que aún para esta fecha, no se encontraba en funcionamiento el Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá. Mientras que para este mismo periodo, en el año 2021, se evidencia una conducta positiva al alza con un porcentaje de variación del 133.2% respecto al año 2020, debido a la reapertura de servicios que se encontraban suspendidos temporalmente, y a la exclusividad para la prestación de servicios de salud para COVID-19 en el Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá. Para los siguientes trimestres se espera una tendencia al alza en la prestación de servicios del Hospital Universitario de La Samaritana con la apertura del 100% de todos los servicios incluyendo servicios ambulatorios.

Grafica No. 45
Consolidado Facturación por Régimen E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana II Trimestre Vigencias 2019 – 2021

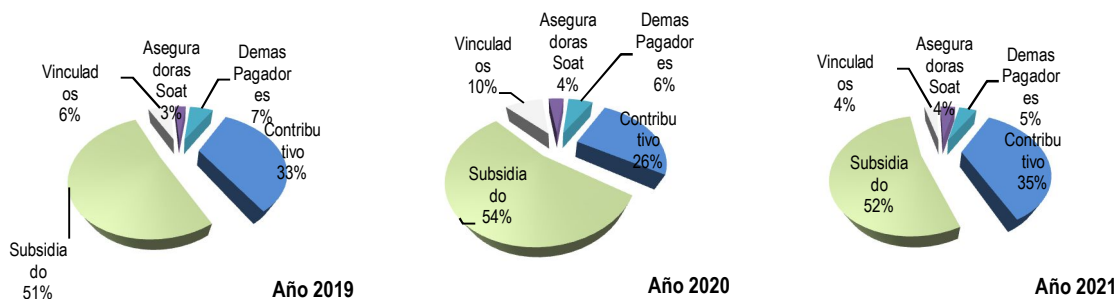
Cifras en Millones de pesos



Fuente: Sistema de Información – Modulo Contable – Software Dinámica Gerencial

Analizando los trimestres históricos nos muestra que el **Régimen Subsidiado** es la mayor influencia en las ventas verificando una disminución entre los años 2019 y 2020 equivalente a \$3.240 millones de pesos. Se resalta que para el año 2021 las ventas han aumentado referente al año 2020 en \$15.746 millones. El **Régimen Contributivo** se incrementó en \$17.630, equivalente al 99% al año 2020 al 2021

Grafica No. 46
Porcentaje de Participación Venta de Servicios de Salud por Régimen I Semestre E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana Vigencias 2019 – 2021



Al analizar los porcentajes de participación en las ventas de servicios de salud para el régimen subsidiado se tienen 51% para el año 2019, 54% para el año 2020 y 52% para el año 2021 las ventas más representativas son con las EPS CONVINDA, EPS ECOOPSOS, EPS COMPARTA. Para el Régimen Contributivo se tienen 33% para el año 2019, 26% para el año 2020 y 35% para el año 2021 las ventas más representativas son con las EPS FAMISANAR, NUEVA EPS, COMPENSAR EPS, SURA EPS, SANITAS EPS. El restante para completar el 100% están distribuidos en Vinculados, Aseguradoras Soat y demás pagadores.

Tabla No. 40
Radicación oportuna comparativo I Semestre E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana vigencias 2019 - 2021

Cifras en Millones de pesos

Sede HUS	2019			2020			2021		
	Vlr Facturación	Vlr Rad.	% Rad.	Vlr Facturación	Vlr Rad.	% Rad.	Vlr Facturación	Vlr Rad.	% Rad.
Hospital Universitario de La Samaritana - BOG	50.752	47.464	94%	38.425	29.656	77%	42.005	40.463	96%
HUS Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá	0,00	0,00	0%	13.744	10.398	76%	25.860	25.215	97%
HUS Unidad Funcional de Zipaquirá	15.569	14.855	95%	8.319	6.112	73%	10.813	8.698	80%
Totales	66.321	62.319	94%	60.488	46.166	76%	78.678	74.376	94%

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera– Software

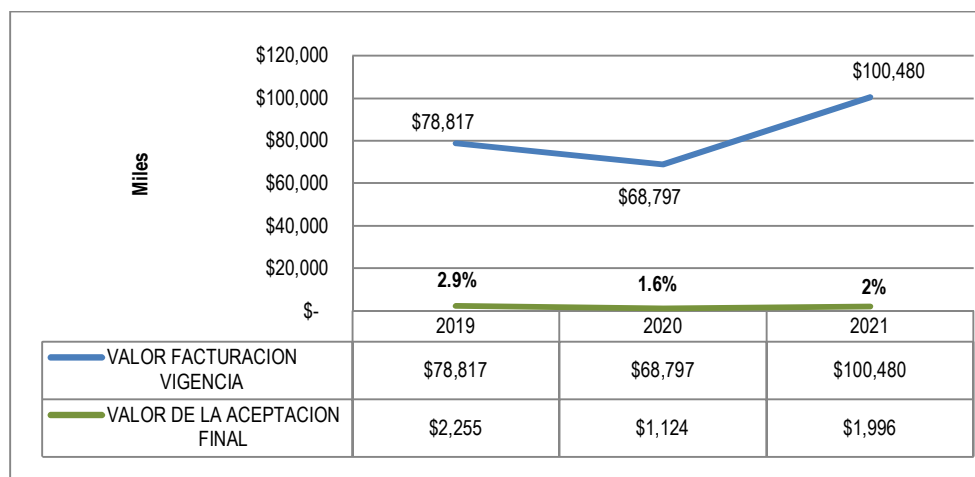
Para el primer semestre del 2021, el porcentaje consolidado de radicación oportuna de cuentas se ubica en un 94%. Dentro de la mejora continua para ir alcanzando de manera gradual la meta establecida en el PAS, se ajustó el cronograma de radicación de cuentas para ser ejecutado dentro de los 15 primeros días del mes y de esta forma tener un rango más amplio para la recepción de certificados de radicación emitidos por las ERP, igualmente para garantizar el giro directo de recursos.

Objeciones y Glosas

Al cierre del I Semestre de 2021 las cifras reflejan la optimización y mejoramiento en el proceso operativo y planes de ejecución desarrollados para el periodo, atípicamente tuvimos un pico importante de glosa notificada por las ERP pasando de **\$ 6.434 Millones** en el I Semestre del 2020 a reportar **\$16.678 Millones** en el 2021 con un incremento del **38%** asociado a auditorías externas extemporáneas o inoportunas; importante referir la gestión complementaria dentro del área, con ciclos de conciliaciones realizadas por valor de **\$ 4.933 Millones** en el II Trimestre .

De un saldo de glosa tramitado en la Vig.2020 por **\$ 7.448 Millones** pasamos en la Vigencia 2021 a **\$ 11.419 Millones** gestionados con un aumento en la respuesta a glosa de un **35%** importante como referente de resultado y gestión.

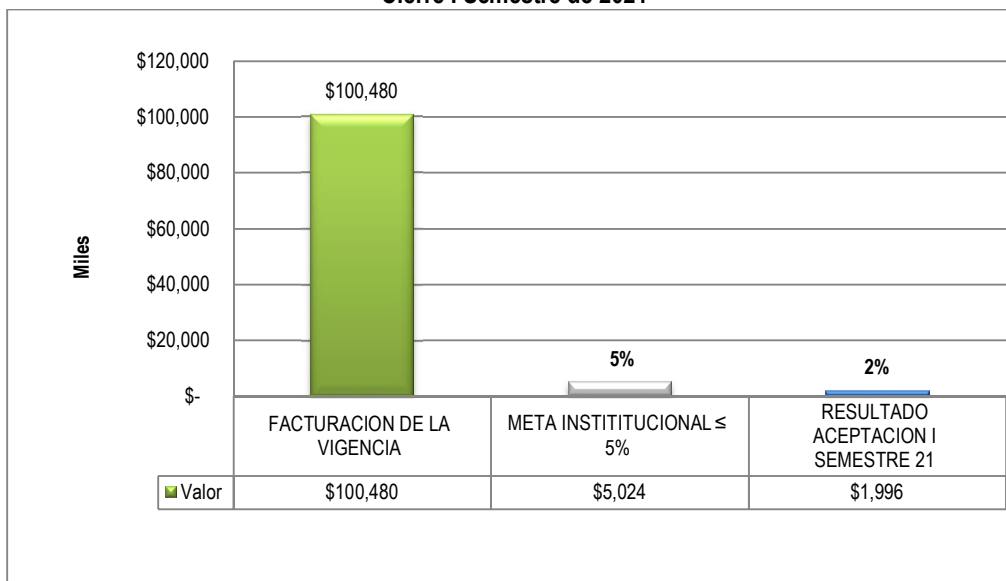
Grafica No. 47
Glosa Aceptada vs Facturación Cierre I Semestre 2019-2020-2021



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Junio de 2021

En la gráfica se refleja el cumplimiento al % de aceptación final por glosa a pesar del leve crecimiento sobre la vigencia 2020 más el incremento en las ventas logrando cerrar el periodo con un excelente control y resultado; para la vigencia 2021 se cerró con aceptación de \$ 54.510.377 Millones producto de una dinámica sectorial en los tiempos de notificación de los resultados de auditoria y por mayor % de la operación de la vigencia 2020, esperamos para el segundo semestre, disminuir saldos del 2020 y tener mayor gestión relacionada a la vigencia actual.

Grafica No. 48
Resultado Glosa aceptada frente a la Meta Institucional
Cierre I Semestre de 2021



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Junio de 2021

Como resultado importante en el I Semestre de 2021 y aplicando los estándares del indicador Instrucional de aceptación de glosa final $\leq 5\%$ sobre la facturación, se cierra con un valor de **\$1.996 Millones** sobre un techo proyectado en la meta de máximo **\$ 5.024 Millones** frente a la cifra de la Facturación del periodo que reporto **\$ 100.480 Millones**; con los datos descritos se cumplió estrictamente la meta al finalizar con el **2%**.

Tabla No. 41
Valor Consolidado por Estado y Régimen de la Glosa Años 2019-2020-2021

ESTADO DE LA GLOSA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA			UF ZIPAQUIRA			HOSPITAL REG. ZIPAQUIRA		CONSOLIDADO		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2020	2021	2019	2020	2021
GLOSA RADICADA	\$24.410.089	\$ 11.282.155	\$33.938.539	\$2.368.134	\$2.169.099	\$4.242.612	\$440.759	\$4.485.874	\$29.631.183	\$14.184.642	\$43.051.005
REG. CONTRIBUTIVO	\$ 4.385.288	\$ 1.903.888	\$ 5.179.628	\$1.240.178	\$ 760.136	\$2.181.089	\$286.341	\$2.067.529	\$ 5.687.675	\$ 2.975.750	\$ 9.428.247
REGI. SUBSIDIADO	\$13.561.088	\$ 5.618.676	\$ 4.998.698	\$ 831.692	\$ 240.506	\$ 488.802	\$ 44.158	\$ 939.079	\$16.303.292	\$ 5.903.725	\$ 6.426.902
OTROS PAGADORES	\$ 6.463.712	\$ 3.759.589	\$23.760.212	\$ 296.264	\$1.168.456	\$1.572.721	\$110.259	\$1.479.265	\$ 7.640.215	\$ 5.305.166	\$27.195.855
GLOSA GESTIONADA	\$34.296.434	\$ 12.644.267	\$15.350.009	\$2.646.332	\$2.294.922	\$2.506.437	\$ 97.101	\$3.816.257	\$42.360.439	\$15.608.060	\$22.024.247
REG. CONTRIBUTIVO	\$ 4.248.956	\$ 2.129.213	\$ 4.716.790	\$1.136.654	\$ 815.819	\$1.325.282	\$ 68.688	\$1.537.047	\$ 5.584.089	\$ 3.050.605	\$ 7.579.120
REGI. SUBSIDIADO	\$16.411.632	\$ 6.424.319	\$ 5.888.426	\$ 750.066	\$ 274.858	\$ 390.656	\$ 20.223	\$ 990.403	\$20.481.732	\$ 6.751.536	\$ 7.269.809
OTROS PAGADORES	\$13.635.845	\$ 4.090.734	\$ 4.744.792	\$ 759.612	\$1.204.244	\$ 790.498	\$ 8.189	\$1.288.806	\$16.294.617	\$ 5.805.918	\$ 7.175.317
GLOSA ACEPTADA	\$ 1.843.189	\$ 1.065.544	\$ 1.646.940	\$ 412.145	\$ 55.527	\$ 142.852	\$ 3.162	\$ 179.259	\$ 2.255.334	\$ 1.124.234	\$ 1.996.712
REG. CONTRIBUTIVO	\$ 449.579	\$ 187.531	\$ 206.109	\$ 281.465	\$ 26.738	\$ 87.697	\$ 2.827	\$ 66.452	\$ 731.044	\$ 217.097	\$ 386.503
REGI. SUBSIDIADO	\$ 971.150	\$ 686.897	\$ 1.024.686	\$ 87.581	\$ 11.502	\$ 37.594	\$ -	\$ 82.392	\$ 1.058.732	\$ 698.399	\$ 1.146.088
OTROS PAGADORES	\$ 422.459	\$ 191.115	\$ 416.144	\$ 43.097	\$ 17.287	\$ 17.560	\$ 334	\$ 30.414	\$ 465.557	\$ 208.737	\$ 464.120
GLOSA EN PROCESO	\$10.806.031	\$ 4.934.707	\$11.615.080	\$1.651.620	\$1.060.039	\$2.865.230	\$439.494	\$2.198.104	\$13.598.293	\$ 6.434.241	\$16.678.415
REG. CONTRIBUTIVO	\$ 1.622.695	\$ 844.891	\$ 1.495.333	\$1.042.688	\$ 775.534	\$1.616.653	\$263.653	\$1.322.099	\$ 2.683.185	\$ 1.884.079	\$ 4.434.086
REGI. SUBSIDIADO	\$ 7.727.638	\$ 2.311.827	\$ 1.441.579	\$ 473.701	\$ 140.954	\$ 289.405	\$ 48.223	\$ 264.047	\$ 9.104.736	\$ 2.501.004	\$ 1.995.032
OTROS PAGADORES	\$ 1.455.697	\$ 1.777.988	\$ 8.678.167	\$ 135.229	\$ 143.550	\$ 959.171	\$127.617	\$ 611.958	\$ 1.810.371	\$ 2.049.157	\$10.249.297

Nota: En el valor consolidado se incluye cifras de la UF Girardot /Cifras coincidentes con 2193 y Carpeta Respaldo Financiero

Cuadro Excel No.1 / Fuente: Sistema de información – Reporte Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Junio de 2021

Para el II trimestre se presenta un crecimiento del **66%** en la recepción de glosa y devoluciones notificadas por diferentes ERP frente al mismo periodo del año 2020, esto se fundamentó principalmente en notificación de glosa extemporánea entre Enero y Junio de 2021 por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca por valor de **\$ 9.247 Millones**, ADRES por la suma de **\$9.466 Millones** y CONVIDA EPS por **\$ 1.490 Millones**, se resalta que los tiempos de ingreso de la Objeción a DGH al utilizar el método de “migración masiva” trabajado previamente y puesto en funcionamiento por el área, ha sido una herramienta de éxito para evitar atrasos operativos y registro de las cifras. Con respecto a la vigencia 2019 se desarrolló el modelo de saneamiento responsable, cierre de periodos con conciliaciones y re clasificación de los mercados. La aceptación presenta un incremento frente al II trimestre de las vigencias 2020 que se asocia a mayor ingreso de glosa, cierre de conciliaciones, ajustes y actualización de transacciones en el área de cartera, mayor ejecución y oportuna respuesta; resultado que afecta positivamente la disminución en los saldos de glosa en trámite; para la vigencia 2019 como se ajustó los tipos de mercado especialmente de otros pagadores hasta lograr datos más homogéneos, coherentes y correctamente distribuidos.

El comportamiento de la glosa final aceptada a pesar de incremento en las ventas y mayor glosa recibida para el periodo, responsablemente se logró cumplir con el indicador Institucional de aceptación al cerrar con el **2%** para el I Semestre. Logramos incrementar para el 2021 el valor de la glosa tramitada frente a las vigencias anteriores, importante como resultado de gestión, para la vigencia 2019 se reflejó una cifra muy alta de respuesta asociada al saneamiento responsable y a respuesta de glosa de otras vigencias que entraron en proceso conciliatorio, importante para el próximo trimestre mantener los estándares de respuesta oportuna, la solicitud y gestión en la conciliación, cierre de periodos y gestión pronta a devoluciones de alto costo y alto monto dentro de los planes de trabajo del área.

Dentro de acciones paralelas se determinó dentro del área, llevar los saldos de glosa especialmente de Aseguradoras y Entes Territoriales de vigencias anteriores por glosa no conciliada a una segunda estancia ante la Súper Intendencia Nacional de Salud, como lo refiere la norma. Los saldos de glosa pendientes por tramitar para el II Trimestre del 2021 comparado con la vigencia 2020 se incrementan, evento con alertas tempranas de futura materialización con CONVIDA EPS, Secretaria de Salud de Cundinamarca y ADRES con repesas de auditoria; evento no prevenible ante el no cumplimiento de las ERP a los tiempos normativos y de ley frente a la obligatoriedad de notificar la glosa a los 30 días posterior a la radicación.

La gestión realizada frente a las conciliaciones y el cumplimiento al cronograma definido en un 100% cerró en **\$ 4.993 Millones**, se promovió el cierre de periodos y el nuevo ciclo de programación de citas; buscando disminuir los saldos de glosa sin acuerdos finales y lo más importante, mantener al día la operación con aporte de flujo de recursos e inclusión de los montos conciliados dentro de los presupuestos de recaudo en el área de cartera.

3.4.- Cartera

Durante el II trimestre del 2021 el área de cartera continuo con el proceso de depuración de saldos de cartera entre las diferentes EAPBS, donde se adelantaron cruces con las siguientes entidades : Famisanar, Capresoca, Secretaria de Salud de Cundinamarca, Hospital de Chía, Salud total, Medisalud, Emcosalud, Comfachoco, Unión temporal Salud Sur2, Pijaos, Gobernación de Risaralda, Colsanitas, Seguros del Estado, Asociación indígenas del Cauca, Instituto Departamental de Nariño, Savia Salud, Gobernación del Guaviare, Huila y Magdalena, Consorcio Fondo de atención PPL, Capital Salud.

Cartera Radicada a la Oficina Jurídica para cobro

Cats Sas \$ 172.829.165 radicado en Mayo 4 del 2021

Ecoopsos: \$ 3.391.166.598 saldo incumplimiento acuerdo de pago radicado en Mayo 10 del 2021

Coomeva \$ 697.491.216 radicado en Junio 10 del 2021



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tel. 4077075

www.hus.org.co

“Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada”

Tabla No. 42
Cartera a Junio 30 del 2021 por Sede

Millones de pesos

SEDE	JUNIO 2019	JUNIO 2020	JUNIO 2021	VARIACION EN \$ 2021-2020	VARIACION EN % 2021-2020
BOGOTA	171.300	145.136	154.347	9.211	6%
UNIDAD ZIPAQUIRA	37.809	31.043	34.501	3.458	11%
HOSPITAL REGIONAL	-	12.627	40.798	28.171	223%
GIRARDOT	9.148	7.419	6.704	715	-10%
VEGA	40	21	20	1	-5%
DEUDAS DE DIFICIL COBRO	14.675	20.740	21.712	972	5%
OTROS DEUDORES	3.509	3.167	4.912	1.745	55%
TOTAL	236.481	220.153	262.994	42.841	19%

Como se observa la cartera a Junio 30 del 2021 el mayor incremento frente a Junio del 2020 corresponde al Hospital regional.

Tabla No. 43
Comportamiento Cartera Corriente y no Corriente Junio 2019-2020 y 2021

Millones de pesos

CUENTAS POR COBRAR	JUNIO 2019	JUNIO 2020	JUNIO 2021	VARIACION EN % 2021-2020	VARIACION EN \$ 2021-2020
CUENTAS POR COBRAR CORRIENTE RADICADA Y PEND. DE RADICAR	120.366	93.682	123.804	32%	30.122
CUENTAS POR COBRAR NO CORRIENTE	101.440	106.000	117.478	11%	11.478
GIROS PENDIENTES DE SOPORTE	- 17.571	- 4.676	- 16.165	246%	-11.489
DEUDAS DE DIFICIL COBRO	14.675	20.740	21.712	5%	972
TOTAL CUENTAS POR COBRAR	218.910	215.746	246.829	14%	31.083

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera

El incremento en ventas en Junio del 2021 frente al 2020 generó un incremento en la cartera corriente radicada como la pendiente de radicar en \$ 31.083 millones. Con respecto a la cartera no corriente en parte corresponde al saldo reconocido y adeudado por Convida sin imputación presupuestal que aún se encuentra pendiente de definir su pago. Con respecto a la cartera adeudada por Secretaria de Salud de Cundinamarca de vigencia 2020 hacia atrás se encuentra en parte en la glosa notificada a la E.S.E Hospital Universitario la Samaritana en la actual vigencia, donde la misma ya fue respondida, en espera de conciliación entre las partes.

Tabla No. 44
Cartera Entidades Principales a Junio del 2021

Millones de pesos

ENTIDAD	JUNIO 2019	JUNIO 2020	JUNIO 2021	Variación junio 2020-2021
CONVIDA	64.721	58.877	61.639	2.762
MEDIMAS	19.631	19.932	14.139	- 5.793
EPS FAMISANAR	12.245	9.412	14.140	4.728
DEPARTAMENTO DE CUND	10.181	10.471	14.218	3.747
CAPRESOCA	9.301	10.270	10.184	- 86
COOMEVA	3.003	3.122	2.834	- 288

NUEVA EPS	6.601	5.145	13.424	8.279
ECOOPSOS	11.332	3.828	4.548	720
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS		12.144	10.600	- 1.544
SALUDVIDA	5.877	4.555	4.537	- 18
SEGUROS DELE STADO	3.984	3.663	3.613	- 50
COMPARTA	4.005	3.837	3.959	122
FOSYGA-CONSORCIO SAYP- ADRES	13.984	14.588	14.956	368
OTRAS ENTIDADES	30.257	19.525	34.471	14.946
SUBTOTAL CARTERA	195.122	179.369	207.262	27.893
CAFESALUD	7.140	7.035	7.035	-
SALUDCOOP	3.079	2.906	2.906	-
ECOOPSOS			2.665	
OTRAS ENTIDADES DE DIFICIL RECAUDO	4.456	10.799	9.146	- 1.653
TOTAL CARTERA SERVICIOS DE SALUD	209.797	200.109	229.014	28.905
OTROS DEUDORES DIFERENTES A VTA DE SERVICIOS	3.509	3.167	4.238	1.071
TRANSFERENCIAS	-	-	674	674
MAS FACTURACIÓN PENDIENTE DE RADICAR	23.175	16.877	29.068	12.191
TOTAL CARTERA	236.481	220.153	262.994	42.841
MENOS GIROS PEND. DE SOPORTE	- 17.571	- 4.676	- 16.165	- 11.489
TOTAL CARTERA	218.910	215.477	246.829	31.352

Fuente: Sistema de Información – Módulo Cartera

- CONVIDA: En trámite de legalización cruce de cartera, a la fecha existen 25.000 millones sin presupuesto vigencias 2020 y 2019.
- FAMISANAR: Del valor adeudado a Junio 30 del 2021 existe un 45% de glosas y devoluciones en proceso de conciliación y en trámite de respuesta por parte de la ESE. En el mes de Julio se aclaró un giro de vigencias anteriores sin identificar que correspondía a la EPS, valor que fue descargado en julio cuyo monto asciende a la suma de \$ 1.350 millones.
- DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA: EL 65 % del valor adeudado corresponde a glosa extemporánea, la cual ya fue contestada pendiente de conciliación entre las partes para definir los derechos ciertos a favor de la ESE.
- CAPRESOCA: Existe un acuerdo de pago por valor de \$ 6.301 millones pagaderos en 5 cuotas a partir de Diciembre del 2021, en trámite por parte de cartera la radicación ante jurídica de \$ 1.787 millones sin respaldo presupuestal.
- COOMEVA: Con dicha entidad se cuenta con acuerdo de pago de cartera por vigencias 2019 hacia atrás, se tramito ante jurídica la suma de \$ 445 millones para cobro, en trámite por parte de objeciones la gestión de devoluciones ratificadas por valor de \$ 849 millones.
- NUEVA EPS: Del valor adeudado \$ 13.424 millones, la suma de \$ 8.700 millones corresponde a cartera inferior a un año, presentamos fecha de conciliación de cartera para la primera semana de agosto, con respecto a la cartera superior a un año existe un valor de \$ 634 millones por acuerdo de pago ante Supersalud para el 31 de Julio del 2021, en trámite aclaración del saldo de la partida no conciliada.
- SALUDVIDA EN LIQUIDACION: Pendiente de respuesta por reclamación de acreencias.
- FOSYGA: Actualmente la E.S.E presenta aproximadamente un 60% en glosa.
- EMPRESA PROMOTORA ECOOPSOS: En trámite conciliación de cartera para definir cuantía para cesión de recursos.

Con respecto a las carteras radicadas en vigencia 2020 ante Supersalud para conciliación entre las partes se suscribieron las siguientes actas para pago a más tardar el 31 de julio del 2021:

Convida acta no. 10743 por valor de \$ 154.674.374

Nueva acta no. 10746 por valor de \$ 637.210.319

Reclamaciones de Acreencias

En el mes de mayo se realizó reclamación de acreencias ante EMDISALUD por valor de \$ 1.894.064.210.
Se realizó la reclamación de acreencias ante AMBU por valor de \$ 436.936.886 el 2 de julio del 2021.

Tabla No. 45
Comportamiento Recaudo por Régimen a Junio 2019-2020-2021

Millones de pesos

Concepto	JUNIO 2019			JUNIO 2020			JUNIO 2021			Variación \$2021-2020	Variación en \$ 2021-2020
	Recaudo vig.actual	Recaudado Anterior	Total Recaudado	Recaudo vig.actual	Recaudado Anterior	Total recaudado	Recaudo vig.actual	Recaudado Anterior	Total Recaudado	Recaudo vig.actual	Recaudo Anterior
Régimen Contributivo	1.455	4.397	5.852	4.874	12.615	17.489	11.017	10893	21.910	6.143	- 1.722
Régimen Subsidiado	7.742	39.777	47.519	21.754	22.713	44.467	23.843	23088	46.931	2.089	375
...Población Pobre no afiliada	1.954	1.919	3.873		298	298	198	3129	3.327	198	2.831
SOAT (Diferentes a ECAT)	899	1.178	2.077	1.221	1.448	2.669	1.473	636	2.109	252	- 812
ADRES (Antes FOSYGA)	4	56	60		938	938	50	584	634	50	- 354
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	10	-	10	-		-		0	-	-	-
Otras Ventas de Servicios de Salud	2.921	2.327	5.248	2.520	2.742	5.262	2.497	568	3.065	- 23	- 2.174
Total venta de servicios de salud	14.985	49.654	64.639	30.369	40.754	71.123	39.078	38.898	77.976	8.709	- 1.856

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera

El recaudo de cartera corriente a Junio 2021 vs 2020, presento un incremento del 26%, el cual se encuentra en los regímenes subsidiado y contributivo, no obstante el de vigencias anteriores disminuyó dado que a pesar de tener reconocimiento de cartera por parte de Convida de vigencias 2020 hacia atrás existe una partida sin presupuesto por \$25.000 millones, pendiente definir el pago.

Cronograma de citas

A finales del mes de Junio nos establecieron fechas de conciliación de cartera con:

Nueva Eps: Agosto 8 del 2021

Comparta: Presencial julio 30 del 2021

Ecoopsos: Julio 30 del 2021

3.5.- Costos

Tabla No. 46

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
-CIFRAS EN MILLONES						
	2019	2020	%VAR	2021	\$ VAR	%VAR
MANO DE OBRA	29.630	39.749	34%	44.361	4.612	12%
INSUMOS	13.295	13.161	-1%	19.088	5.927	45%
GASTOS GENERALES	4.748	2.549	-46%	4.768	2.219	87%
DEPRECIACION	1.318	1.308	-1%	2.253	945	72%
COSTOS INDIRECTOS	19.068	32.436	70%	33.693	1.257	4%
TOTAL COSTOS DE VENTAS	68.059	89.202	31%	104.163	14.961	17%
GASTOS ADMON	4.991	5.467	10%	6.646	1.179	22%
TOTALES	73.050,18	94.668,66	30%	110.809,48	16.141	17%
VENTAS	78.817,66	68.797,47	-13%	100.480,09	31.682,62	46%

Tabla No. 47

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA SIN REGIONAL						
CIFRAS EN MILLONES						
	2019	2020	%VAR	2021	\$ VAR	%VAR
MANO DE OBRA	29.630	26.684	-10%	27.919	1.235	5%
INSUMOS	13.295	10.318	-22%	12.665	2.346	23%
GASTOS GENERALES	4.748	2.316	-51%	1.852	-463	-20%
DEPRECIACION	1.318	1.293	-2%	1.715	422	33%
COSTOS INDIRECTOS	19.068	22.916	20%	23.679	762	3%
TOTAL COSTOS DE VENTAS	68.059	63.528	-7%	67.830	4.302	7%
GASTOS ADMON	4.991	4.203	-16%	4.333	130	3%
TOTALES	73.050,18	67.730,53	-7%	72.163,35	4.433	7%
VENTAS	78.817,66	52.892,60	-33%	65.516,11	12.623,51	24%

En el análisis comparativo del consolidado general de las tres unidades por rubros de costos de los años 2020 vs 2021 en el semestre comprendido de Enero a Junio presentaron un aumento a nivel general en el TOTAL COSTOS DE VENTAS esto se debe al aumento en la mano de obra, insumos, gastos generales, depreciación ya que en este periodo se realizaron las adecuaciones de las partes asistenciales de nuevos espacios para atención del COVID-19 en su tercera ola de crecimiento de contagios.

También se incrementó la mano de obra ya que se encuentra involucrada con esta atención, esto generó un mayor consumo de insumos para la atención del COVID-19 a comparación del periodo 2020, también tenemos que tener en cuenta el incremento que se está dando en la depreciación ya que se ingresaron activos para depreciar de la unidad funcional y hospital regional que anteriormente no se tenían en cuenta o se manejaban de otra manera contable. Se ve un crecimiento en las VENTAS presentadas a comparación de los otros periodos, también esto se debe por el cobro de los servicios de atención al COVID y aperturas de especialidades que no podíamos tener en uso en el inicio de la pandemia.

Podemos ver que en el consolidado sin el Hospital regional tenemos un aumento en los COSTOS DE VENTAS y VENTAS en el cual el más representativo es la depreciación que tiene un incremento por lo que anteriormente mencionado de la entrada de activos a depreciación, también podemos decir que se realizó una disminución en los gastos generales por que la mayoría de los gastos generales fueron generados por el hospital regional y también tuvimos un aumento en los insumos que se proporcionan para evitar el COVID-19.

Tabla No. 48

ENERO A MARZO DE 2018 - 19 - 20-21								
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA-CIFRAS EN MILLONES								
	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
MANO DE OBRA	9.940	10%	9.865	-1%	10.826	10%	10.689	-1%
INSUMOS	6.678	16%	5.627	-16%	5.695	1%	5.050	-11%
GASTOS GENERALES	942	30%	860	-9%	853	-1%	494	-42%
DEPRECIACION	561	-40%	629	12%	605	-4%	695	15%
COSTOS INDIRECTOS	7.083	14%	7.913	12%	8.833	12%	9.649	9%
TOTAL COSTOS DE VENTAS	25.204	11%	24.894	-1%	26.813	8%	26.576	-1%
GASTOS ADMON	2.019	1%	1.867	-8%	1.585	-15%	1.171	-26%
TOTALES	27.222	10%	26.761	-2%	28.397	6%	27.747	-2%
VENTAS	27.241	7%	26.659	-2%	27.485	3%	25.376	-8%

En el análisis comparativo consolidado de Bogotá por rubros de costos de los años 2020 vs 2021 se presentaron disminución general en el TOTAL COSTOS DE VENTAS esto se debe a la disminución en la mano de obra, insumos, gastos generales esto debido a consecuencias del COVID-19 que se presentaron en el 2020 como también se ve una disminución en la VENTAS presentadas de un periodo a otro.

3.6.- Contabilidad

Estados Financieros Comparativos de Junio de 2019 a 2021

Los Estados Financieros representan la información de todas las actividades financieras, económicas y sociales de la Entidad, estos han sido realizados según lo establecido en la Resolución 414 de 2014, Resolución 139 de 2015 y normas concordantes aplicables al Marco Normativo de las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF para entidades que no cotizan en el mercado de valores y no captan recursos del público. A continuación se describe la situación presentada en estos periodos comparativos.

Tabla No. 49
Estado de Situación Financiera Consolidado Comparativo Junio de 2019 - 2021 (Cifras en millones de pesos)

BALANCE CONSOLIDADO JUNIO	2019	2020	2021	Análisis vertical		Análisis horizontal (21-20)	
				2021	2020	Variación	%
CORRIENTE	161.964	168.352	162.202	49	56	-6.150	-4
EFFECTIVO Y EQUIVALENTES A EFEC	55.639	73.032	44.195	13	24	-28.837	-39
CUENTAS POR COBRAR	101.972	88.091	107.243	33	29	19.152	22
INVENTARIOS	4.207	5.894	9.103	3	2	3.208	54
OTROS ACTIVOS	146	1.334	1.662	1	0	327	25
NO CORRIENTE	110.038	134.667	165.683	51	44	31.016	23
INVERSIONES E INSTRU. DERIVADOS	183	183	196	0	0	13	7
CUENTAS POR COBRAR	44.185	42.240	45.107	14	14	2.867	7
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	58.181	83.755	112.277	34	28	28.522	34
OTROS ACTIVOS NO CTES	7.488	8.488	8.102	2	3	-386	-5
TOTAL ACTIVO	272.001	303.020	327.885	100	100	24.865	8
CORRIENTE	27.187	39.044	37.843	87	87	-1.201	-3
NO CORRIENTE	5.532	5.783	5.555	13	13	-228	-4
TOTAL PASIVO	32.720	44.827	43.398	100	100	-1.429	-3
PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS	239.282	258.193	284.487	100	100	26.294	10
TOTAL PATRIMONIO	239.282	258.193	284.487	100	100	26.294	10
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	272.001	303.020	327.885	100	100	24.865	8

Fuente: Balance de prueba Módulo de Información Financiera NIIF Sistema Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH)

Activo: A Junio de 2021 presenta un aumento del 8% al pasar de \$303 mil millones de pesos, a \$327 mil millones de pesos. Las cifras más representativas de este incremento, están dadas en el incremento de los inventarios que

pasan de \$4,2 a \$9,1 mil millones por la necesidad de stock de almacén para la operación del Hospital Regional de Zipaquirá, la Propiedad Planta y Equipo que pasa de \$83 a \$112 mil millones equivalente a \$28.522 millones de pesos representados principalmente en la adquisición de bienes para la dotación del Hospital Regional de Zipaquirá y el ingreso de los bienes muebles ubicados en la Unidad Funcional de Zipaquirá. Se cuenta con 10 terrenos, 9 Edificios, 19 vehículos entre otros y Equipo médico por \$69.207 millones de pesos. Las Inversiones presentan una valorización de \$13 millones de pesos. El valor total de la Cartera asciende a \$246.829 millones de pesos, el valor neto de la cartera es \$152.350 millones de pesos al descontar un deterioro acumulado de \$94.479 millones de pesos, con una participación del 47% en el activo, de las cuales la cartera corriente esta en \$107.243 millones de pesos, la No corriente \$45.107 millones de pesos y la de difícil cobro en \$21 mil millones de pesos, el deterioro tiene un cubrimiento del 65% de las cuentas catalogadas de difícil recaudo y cuentas a más de 249 días de rotación, en los porcentajes indicados por área de cartera. Las deudas de difícil recaudo pasaron de \$20 mil millones de pesos a \$21 mil millones de pesos con un aumento del 13% dado en parte a la liquidación de la EPS Unicajas - COMFACUNDI. El Efectivo y Equivalente al efectivo tiene una participación del 13% en el activo, y presenta disminución del 39% en relación al año anterior, por un valor cercano a los \$28 mil millones de pesos al pasar de \$73 mil millones de pesos a \$44 mil millones de pesos, por la utilización de recursos de convenios recibidos el año anterior para continuar con la operación del Regional y otros recursos financieros, de igual forma impacta la disminución de los recaudos en venta de servicios de salud en el año 2020 producto de la emergencia sanitaria por la COVID-19 declarada por el gobierno nacional el 12 de Junio de 2020 que incidió en toda la vigencia.

Pasivo: Se presenta una disminución del 3% al pasar de \$44 mil millones de pesos a \$43 mil millones de pesos dado por la cancelación de saldos de cuentas por pagar durante la vigencia cuyo saldo disminuye en un 3%. El pasivo total incluye Beneficios a empleados por \$4.943 millones de pesos, y Provisiones de demandas acumuladas por \$3.721 millones de pesos con 150 procesos jurídicos. Se han recibido ingresos por descuentos por pronto pago en lo corrido del año por un valor de \$99 millones de pesos.

Patrimonio: Se incrementó en un 10% de la vigencia Junio 2021 frente al año 2020, al pasar de \$258.193 millones, a \$284.487 millones, dado por principalmente por el impacto en la adquisición de equipos para actualizar la tecnología biomédica de Salas de Cirugía y Apoyo diagnóstico reflejados en el activo, y por los resultados del ejercicio de vigencias anteriores y de la vigencia actual. El Estado de Resultados representa las operaciones ordinarias y extraordinarias con el fin de calcular el resultado o déficit operacional del ejercicio.

Tabla No. 50
Estado de Resultados Consolidado
Comparativo Segundo Trimestre 2019-2021
Estado de Resultados Consolidado Bogotá – Regional – UF Zipaquirá

(Cifras en millones)

CUENTA	2019	2020	2021	inc o dis \$	%
				(21-20)	(21-20)
INGRESOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	78.818	68.797	100.480	31.683	46
COSTO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS	68.059	89.202	104.163	14.961	17
UTILIDAD O PÉRDIDA BRUTA	10.758	-20.404	-3.683	16.721	82
GASTOS DE ADMÓN. Y OPERACIÓN	10.355	11.802	11.149	-653	-6
DE ADMINISTRACIÓN	4.991	5.467	6.646	1.179	22
DETERIORO, DEPRECIACIONES Y AMORT.	5.364	6.335	4.503	-1.832	-29
RESULTADO OPERACIONAL	403	-32.207	-14.833	17.374	54
SUBVENCIONES Y TRANSFERENCIAS	2.237	15.419	6.353	-9.066	-59
OTROS INGRESOS	3.447	3.292	1.358	-1.934	-59
OTROS GASTOS	3.328	1.746	2.178	431	25
RESULTADO DEL PERIODO	2.758	-15.242	-9.299	5.943	39

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) - (Cifras Millones de Pesos)

Los Ingresos acumulados por ventas de servicios de salud con corte a Junio de 2021 aumentan en un 46% al pasar de \$68.797 millones de pesos a \$100.480 millones de pesos, dado a la reactivación de los servicios de salud que se

encontraban suspendidos como consecuencia de la emergencia sanitaria por la pandemia de la COVID-19. Los ingresos por ventas de servicios diarios ascendieron a la suma de \$558 millones de pesos. Si bien los costos asociados a estos Ingresos disminuyen, estos se ven impactados principalmente por la continuidad de los costos de operación del Hospital Regional de Zipaquirá y la Unidad Funcional de Zipaquirá que continua con costos fijos, a pesar de los traslados de algunos servicios al otro hospital, y los mayores costos asociados a la Pandemia de la COVID-19 en medicamentos, insumos y elementos de protección personal. Las subvenciones por donaciones y transferencias ascienden a \$6.353 millones de pesos, con una disminución del 59% en comparación con el año anterior dado en parte a las donaciones recibidas para el manejo de la pandemia COVID19. Esta cuenta incluye los recursos transferidos por el gobierno que ascienden a \$4.457 millones de pesos y donaciones por \$1.894. Se recibieron recursos en virtud de estampillas departamentales por valor de \$2.130 millones de pesos, aporte por parte del Ministerio de Salud a través de ADRES camas de cuidados Intensivos e Intermedios por valor de \$200 millones de pesos para la sede Bogotá y \$1.783 millones de pesos para el Hospital Regional de Zipaquirá.

Los Gastos de Administración y Operación presentan una disminución del 6% dado principalmente por la disminución en el deterioro de cartera que para la vigencia junio de 2020 estaba en \$5.368 y para la vigencia junio de 2021 cerró con \$3.588 esto debido a la baja en Facturación que empezó a presentarse desde marzo de 2020 por la pandemia sanitaria del COVID19, y esto según la política Contable NIIF que indica que el deterioro se realiza a la facturación que supere los 249 días de mora en el pago. Los Otros ingresos disminuyen en un 59% al pasar de \$3.292 millones de pesos a \$1.358 millones de pesos, debido al decremento en los intereses financieros presentados el año 2021, por la disminución significativa del efectivo en bancos.

Por los motivos expuestos anteriormente se presenta un resultado del ejercicio a Junio de 2021 de -\$9.299 millones de pesos, de los cuales Hospital Samaritana Bogotá \$-3.747, Zipaquirá UF \$-3.349 y Regional \$-2.202

Tabla No. 51
Indicadores Financieros – Consolidados

LIQUIDEZ	Fórmula 2021	Unidad	jun-19	jun-20	jun-21	DETALLE
CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	(\$162.202 - \$37.843)	MILLONES	134.776	129.308	124.359	El Hospital cuenta con \$124.359 millones de pesos, para desarrollar su objeto social, la disminución del Capital de trabajo de una vigencia a otra está dada por la utilización de recursos de Convenios para gastos de operación del Hospital Regional.
CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - cartera cte.)	(\$162.202 - \$89.821) - \$37.843	MILLONES	52.151	55.682	34.538	Al restar la Cartera Corriente al Capital de Trabajo anterior, como medida de autocontrol y gestión, contamos con \$34.538 millones para realizar las actividades.
RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	(\$162.202 / \$37.843)	VECES	5,96	4,31	4,29	El Hospital tiene disponibilidad suficiente para responder por las obligaciones a corto plazo. Por cada peso que debe, tiene 4.29 pesos de respaldo para pagar sus deudas.
ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	(\$43.398 / \$327.885)	VECES	0,12	0,15	0,13	El Hospital tiene un grado de endeudamiento bajo en relación al total de los activos, de cada 100 pesos en el activo se deben 13 pesos.
ACTIVIDAD	Fórmula 2021	Unidad	jun-19	jun-20	jun-21	DETALLE
VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/días)	(\$100.480 / 180)	MILLONES	438	382	558	Para el último periodo las ventas diarias han aumentado del 46% que equivale a 176 millones de pesos, en gran medida debido a la reprogramación y reactivación en los servicios de salud suspendidos en virtud de la contingencia por la pandemia COVID-19 principalmente en el Hospital Regional.
ROTACIÓN DE CARTERA DÍAS (Total cartera * días) / Total ventas Dic fin	(\$207.259 * 180) / \$100.480	DÍAS	249	300	279	Con corte a Junio de las dos últimas vigencias el comportamiento se ha mantenido en 249 días para recuperar la cartera.
ROTACIÓN DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	(\$104.163 / \$9.103)	VECES	8,09	7,57	11,44	El inventario ha rotado 11 veces en lo que va corrido del año en relación con el costo total
EBITDA	Fórmula 2021	Unidad	jun-19	jun-20	jun-21	DETALLE
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	(-9.299 + 4.503)	MILLONES	8.123	-8.906	-4.796	Para los últimos dos años presenta un resultado negativo dado el resultado del periodo, para la vigencia 2021 presenta un valor de -\$4.796 millones de pesos.
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	(-4.796 / 100.480)	%	10%	-13%	-5%	En términos porcentuales la participación de las ventas en los dos últimos años, presenta un % negativo, para la vigencia de Junio de 2021 cierra con un -5%.

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) - (Cifras Millones de Pesos)

Tabla No. 52
Activos Fijos

Detalle	Junio 2019	Junio 2020	Junio 2021	Variación	%
Terrenos	13.251	13.825	13.825	0	0,00
Edificaciones	22.690	24.105	28.527	4.422	18,35
Planta, ductos y túneles	977	1.245	5.599	4.353	349,65
Redes, líneas y cables	631	971	1.890	919	94,66
Maquinaria y equipo	933	1.065	7.400	6.335	594,63
Equipo médico y científico	34.418	54.453	71.189	16.736	30,74
Muebles y enseres y equipo de oficina	1.074	2.545	3.523	978	38,45
Equipo comunicación computación	4.612	6.677	8.576	1.899	28,45
Equipo de transporte	791	1.163	1.957	794	68,30
Equipo de comedor cocina despensa y hotelería	2.304	6.143	7.817	1.674	27,25
Total	81.681	112.191	150.303	38.112	33,97
(-) Depreciación Acumulada	-23.500	-28.436	-38.025	-9.590	33,72
Valor Neto de la Propiedad Planta y Equipo	58.181	83.755	112.277	28.522	34,05

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) - (Cifras Millones de Pesos)

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta un aumento del 34,05% equivalente a \$28.522 millones de pesos. El aumento de forma general se justifica por la adquisición de bienes para el Hospital Regional de Zipaquirá y por el ingreso de los activos de la E.S.E Hospital San Juan de Dios utilizados actualmente en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

Análisis comparativo de los periodos Junio 2021-2020 (NIIF)

Variación absoluta- Análisis horizontal:

Terrenos

No presenta diferencias entre los periodos Junio de 2020 y 2021.

Edificaciones

La variación absoluta del segundo trimestre 2020-2021 de \$4.422 millones, corresponde a las adecuaciones realizadas en las edificaciones del Hospital como son: Nueva Unidad de Cuidados Intensivos del 4to piso, Centro de Nutrición, Reforzamiento estructural y renovación de techos de la Unidad Funcional de Zipaquirá y la Sede Bogotá, Consultorio de urología, Subdirección de Sistemas, imágenes diagnósticas, fisioterapia, bodega de farmacia, entre otros.

Plantas ductos y túneles

Para el periodo 2020-2021 se presenta un aumento en la variación de \$4.353 millones debido tanto a la adquisición del Manifold de la nueva planta eléctrica para la Sede Bogotá por valor de \$980 millones de pesos como del ingreso de los equipos parte del convenio celebrado entre el Departamento de Cundinamarca - Secretaria Salud y el HUS para la operación del Hospital Regional de Zipaquirá, asimismo se hizo la adquisición de la nueva subestación eléctrica para la sede Bogotá y el inicio de la construcción de la Planta de Tratamiento de aguas residuales en Junio de 2021.

Redes líneas y cables

Respecto a la variación del segundo trimestre del 2021 en comparativo con el del 2020 se presenta un aumento de \$919 millones con una variación relativa del 94,66%. La principal causa del aumento es la adecuación y modernización de las redes hidráulicas de suministro de agua potable y evacuación de aguas lluvias y negras para el Hospital Regional de Zipaquirá (\$309 millones de pesos). De igual manera se considera el ingreso de los equipos parte de la red contra incendios, red de datos y redes de aire dentro del convenio de operación del Hospital Regional de Zipaquirá previamente mencionado.

Maquinaria y equipo

Este grupo está compuesto por los rubros de equipo de música, herramientas y accesorios, maquinaria y equipo. Comparativo 2021-2020. La variación es de \$6.335 millones de pesos que se presenta principalmente por el ingreso que se ha realizado en Julio de 2020 del convenio tripartita HUS – Gobernación de Cundinamarca - Alcaldía de Zipaquirá, comprende los bienes adquiridos para la puesta en funcionamiento del Hospital Regional, ingresos que corresponden a ascensores, Unidades de Enfriamiento de agua, Motobombas, Transformadores, Ventiladores de aire, Campanas de extracción, cajas de filtros y compresores. De igual manera se hizo la adquisición de tres nuevos ascensores para la sede Bogotá dando cumplimiento a la norma técnica colombiana.

Equipo médico y científico

La variación absoluta que se presenta en las vigencias 2021-2020 (\$16.736 millones) obedece a dos factores fundamentales: el primero obedece a las adquisiciones de equipos con el fin de actualizar la tecnología biomédica de la institución en sus tres sedes, destacando el ingreso de Equipos de Rayos X por un valor cercano a los \$3.100 millones de pesos, Equipo 3D de Neurocirugía por \$258 millones, máquinas de anestesia y actualización de equipos instrumentales de cirugía. El segundo factor se debe a las donaciones por parte del Departamento y otras entidades del Estado de equipos biomédicos para la atención y el manejo de la pandemia COVID-19, de manera que se puedan dotar nuevas unidades de cuidado intensivo y áreas de hospitalización (Ventiladores, Monitores de Signos Vitales, Torres de UCI, entre otros). Para mejorar las condiciones de las unidades de cuidado intensivo adulto, se adquirieron 10 nuevas camas tipo UCI.

Muebles y enseres y equipo de oficina

La variación absoluta del año del 2021 comparado con el año 2020, presenta un aumento de \$978 millones de pesos a consecuencias de las adquisiciones realizadas durante este periodo de toda clase de mobiliario para uso de la institución en cada una de las distintas áreas. Se destaca la compra de sillas ergonómicas, tándem, puestos de trabajo, escritorios, gabinetes aéreos y divisiones de oficina, así como la renovación mobiliaria de algunas áreas administrativas como Compras, Oficina Jurídica, Sistemas y Talento Humano en la Sede Bogotá y del área administrativa del Hospital Regional de Zipaquirá. Al igual que las demás clases, este rubro se ve afectado de manera considerable por la inclusión de los bienes muebles propiedad de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios Liquidada, que generan un beneficio económico en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

Equipo de comunicación y computación.

Analizando el segundo trimestre del 2021 comparado con su homólogo de la vigencia 2020, nos hallamos ante una variación absoluta positiva (aumento) en \$1.899 millones de pesos cuya principal causa es que durante esta vigencia, se realizó el ingreso de los bienes contemplados en el convenio para la operación del Hospital Regional de Zipaquirá y donde se incluyen equipos de computación y comunicación tales como Servidores, UPS, central telefónica, antenas de circuito cerrado de televisión, Switches, cámaras IP, entre otros. Se realizó compra de nuevos equipos de cómputo para el Hospital Regional de Zipaquirá en Agosto de 2020 y se recibió una donación de computadores por parte del Departamento de Cundinamarca para la sede Bogotá en Marzo de 2021 por un valor cercano a los \$434 millones de pesos.

Equipo de transporte

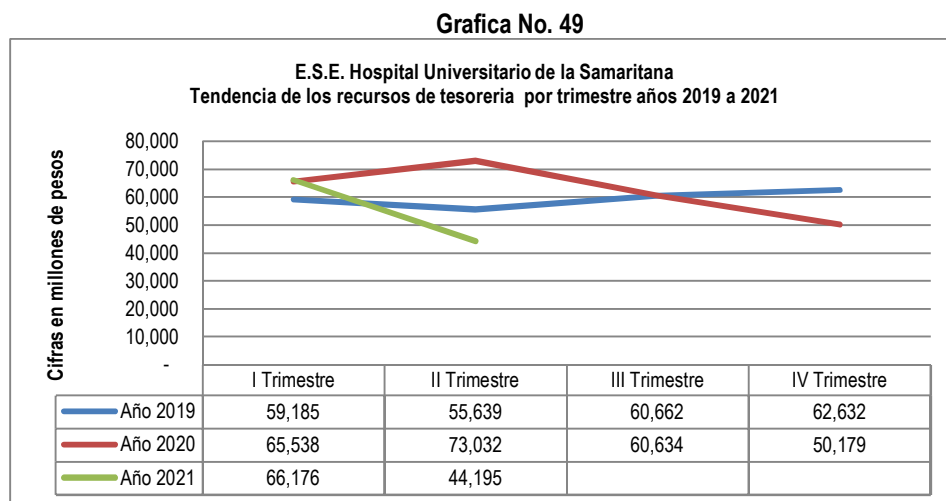
Para los segundos trimestres 2021-2020 en este rubro se presentó una variación absoluta por valor de \$794 millones debido a que se realizaron los ingresos de la ambulancias medicalizadas de placas ODT524 y ODT525 donadas por la Gobernación de Cundinamarca en Diciembre de 2020, se ingresaron los vehículos que tiene la Entidad en operación en la Unidad Funcional de Zipaquirá y se hizo la adquisición de dos vehículos tipo furgón para el transporte de insumos entre las sedes Bogotá, UFZ y HRZ. La variación relativa para este periodo es del 68,30%.

Equipo de comedor, cocina, despensa y hotelería.

Tanto la variación absoluta (\$1.674 millones de pesos) como su relativa 27,25%, para el comparativo del segundo trimestre del 2021 con el segundo trimestre del 2020, se ve afectada por la adquisición de camas hospitalarias, camillas, lavamanos, dispensadores de agua, mesones de trabajo, carros termos para los servicios y refrigeradores. De igual manera, se adquirieron gran cantidad de bienes de hotelería para las habitaciones, consultorios y las Unidades de Cuidados Intensivos en las sedes Bogotá y Hospital Regional de Zipaquirá para el manejo de la pandemia COVID-19.

3.7.- Tesorería

El comportamiento del efectivo y sus equivalentes durante los trimestres de las vigencias de 2019 a 2021, ha presentado variaciones, especialmente en el 2021, donde se evidencia una disminución del 39% con respecto a 2020, debido a que se ejecutaron los recursos de convenios pendientes cuyo plazo vencía el 30 de junio de 2021, y a la fecha no se han recibido transferencias por este concepto; adicionalmente, se presenta una disminución en el recaudo, por la situación que actualmente vive el país con ocasión a la pandemia; sin embargo, se ha manteniendo un promedio de flujo de caja de \$57.622 millones, para la operación institucional como se muestra a continuación:



Fuente: Dinámica Gerencial-módulo Información Financiera NIIF años 2019 a 2021

A continuación se presenta comparativo del total del efectivo y sus equivalentes con su variación porcentual para el segundo trimestre de los años 2019 a 2021:

Tabla No. 53

Composición del total efectivo y equivalentes
del II trimestre de 2019 a 2021
(Cifras en millones de pesos)

	2019	2020	2021	Incr o dism 2019-2020 (%)	Incr o dism 2020-2021 (%)
CAJA GENERAL	\$32	\$51	\$47	59%	-7%
CUENTAS CORRIENTES	\$15.996	\$14.583	\$13.649	-9%	-6%
CUENTAS DE AHORROS	\$13.229	\$16.387	\$30.499	24%	86%
EFFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	\$26.382	\$42.012	\$0	59%	-100%
TOTAL RECURSOS TESORERIA	\$55.639	\$73.032	\$44.195	31%	-39%

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo Información Financiera NIIF 1er Trimestre de 2019 a 2021

Analizando la tabla anterior, se observa que el recaudo de la caja general comparado entre el segundo trimestre de 2020 y 2021 presenta una disminución en promedio del -7% debido a un menor número de consignaciones en tránsito del último día de cada mes, así mismo, se evidencia una disminución del -100% en el efectivo de uso restringido debido a que se realizó una reclasificación del saldo de esta cuenta, a las cuentas de ahorro, considerando lo expuesto en la descripción del catálogo general de la cuenta 1132 “Efectivo de uso restringido” en el cual se indica, que allí debe reposar el valor de los fondos en efectivo y equivalente que, por embargos, no están disponibles para su uso inmediato por parte de la empresa.

Cabe resaltar que el Hospital no tiene cuentas embargadas por ningún motivo. A la fecha, se tienen recursos con destinación específica tales como: estampilla \$13.622 millones, proyectos \$2.684. Finalmente, en la vigencia 2021 se tiene una disponibilidad total de recursos por un valor de \$44.195 millones, para ejercer el objeto social y para atender las cuentas por pagar e impuestos. En tal sentido, se recomienda continuar con una buena gestión de recaudo de cartera, para así mismo aumentar la disposición total de recursos y atender oportunamente las obligaciones adquiridas por la Institución.

Tabla No. 54
E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana- Bogotá
Presupuesto Ingresos- ESE Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2019			AÑO 2020			AÑO 2021			variación aprobado 2020/2021	variación reconocimientos 2020/2021	variación recaudos 2020/2021
	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO			
DISPONIBILIDAD INICIAL	46.250	46.250	46.250	49.609	49.609	49.609	46.277	46.277	46.277	-7%	-7%	-7%
INGRESOS CORRIENTES	63.158	64.737	16.546	65.681	54.519	32.619	72.169	55.826	27.207	10%	2%	-17%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	55.967	59.980	11.789	57.498	43.407	21.508	65.987	53.338	24.719	15%	23%	15%
...OTROS INGRESOS	203	203	203	500	348	348	500	157	157	0%	-55%	-55%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	6.690	4.554	4.554	7.683	10.763	10.763	5.683	2.331	2.331	-26%	-78%	-78%
INGRESOS DE CAPITAL	1.200	798	798	1.200	979	979	1.200	553	553	0%	-44%	-44%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	40.149	40.149	40.149	62.955	33.249	33.249	47.014	29.127	29.127	-25%	-12%	-12%
TOTAL INGRESOS	158.534	151.935	103.744	179.445	138.356	116.457	166.661	131.784	103.164	-7%	-5%	-11%

Cifras en Millones de Pesos - Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de Junio

El Presupuesto de Ingresos aprobado para la vigencia 2021 para el Hospital Universitario de la Samaritana respecto de la vigencia 2020 disminuye el 25% del valor aprobado en las cuentas por cobrar (otras vigencias). En los Recaudos observamos se presenta un menor valor recaudo en el concepto de ingresos por transferencias siendo menores en la vigencia 2021.

Tabla No. 55
Gastos – ESE Hospital Universitario de La Samaritana Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2019				AÑO 2020				AÑO 2021				Var compro 2020/2021	Var pagos 2020/2021
	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	90.060	58.688	38.545	32.518	105.355	55.838	39.614	33.366	94.315	56.533	40.599	33.808	1%	1%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	25.304	22.635	10.628	2.439	30.788	15.996	8.434	916	28.501	17.007	8.525	1.391	6%	52%
INVERSION	22.218	105	-	-	25.236	733	733	283	17.888	3.179	965	249	333%	-12%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	20.953	18.953	15.880	13.287	18.066	17.166	13.410	9.729	25.957	24.675	17.810	14.670	44%	51%
TOTAL GASTOS	158.534	100.382	65.053	48.243	179.445	89.733	62.192	44.294	166.661	101.393	67.899	50.119	13%	13%

Cifras en Millones de Pesos - Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de Junio

Referente a los gastos efectuados y comparados del año 2019 al 2020 se presenta una disminución del 11% y del 2020 al 2021 un incremento del 13%, en mayor incidencia están las cuentas por pagar (vigencias anteriores que aumentaron producto del cierre de la vigencia 2020, seguido en gastos de inversión.

Tabla No. 56
Valores contratados 2019 a 2021 II Trimestre acumulado HUS -Bogotá

Cifras en Millones de pesos

CONSOLIDADO POR TRIMESTRES BOGOTA						
	2019	%	2020	%	2021	%
I TRM	25.061	25%	23.388	30%	20.445	48%
II TRM	24.400	25%	13.094	17%	21.894	52%
III TRIM	26.323	27%	19.165	24%		
IV TRIM	22.671	23%	22.812	29%		
TOTAL	98.455	100%	78.460	100%	42.339	100%

Fuente: Informes de Gestión años 2018 a 2021 – Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

Para el año 2019 el aporte de la sede Bogotá en la prestación del servicio fue de 76% del consolidado, para el 2020 se nota que el II trimestre las ventas disminuyeron significativamente (44%) debido a las medidas decretadas por el Gobierno Nacional, se observó una favorable recuperación en el último trimestre por la demanda en la prestación de los servicios. Comparando el I semestre de los años evaluados se determina que la variación en la prestación de servicios entre los años 2019 y 2020 fue del -26%, comparando los años 2020 y 2021 existe una recuperación del 16% en el mismo periodo.

Teniendo en cuenta que el distrito durante el I trimestre del año 2021, adopto medidas restrictivas, la demanda ha sido favorable para la prestación de servicio en el área de consulta externa y se tiene proyectado apertura de servicios que han tenido restricción.

Tabla No. 57
E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana Bogotá
Costos

ENERO A JUNIO DE 2019 - 20 - 21						
CIFRAS EN MILLONES						
	2019	2020	%VAR	2021	\$VAR	%VAR
MANO DE OBRA	20.919	20.680	-1%	21.377	696	3%
INSUMOS	12.228	9.624	-21%	11.952	2.328	24%
GASTOS GENERALES	1.737	1.829	5%	1.379	-450	-25%
DEPRECIACION	1.232	1.213	-2%	1.465	252	21%
COSTOS INDIRECTOS	16.800	18.279	9%	19.319	1.040	6%
TOTAL COSTOS DE VENTAS	52.917	51.624	-2%	55.491	3.867	7%
GASTOS ADMON	3.298	2.356	-29%	2.199	-157	-7%
TOTALES	56.215,09	53.979,93	-4%	57.689,83	3.710	7%
VENTAS BOGOTÁ	59.979,67	43.407,41	-28%	53.337,92	9.930,51	23%

En el análisis comparativo consolidado de Bogotá por rubros de costos de los años 2020 vs 2021 de Enero a Junio se presentaron aumento general en el **TOTAL COSTOS DE VENTAS** esto se debe al aumento en insumos por la tercera ola del COVID-19, depreciación por los activos que se ingresaron para el proceso, en cambio los gastos generales tuvieron una disminución de -25 a comparación de los periodos anteriores como también se ve un aumento en la **VENTAS** presentadas de un periodo a otro a comparación de como veníamos en el primer trimestre que tuvimos una disminución.

Tabla No. 58
Estado de Resultados Sede Bogotá

ESTADO DE RESULTADOS CON CORTE A JUNIO DE 2019-2021						
CUENTA		HUS BOGOTÁ				
		2019	2020	2021	inc o dis \$ 2020-2021	%
43	INGRESOS OPERACIONALES	59.980	43.407	53.338	9.931	23
63	COSTO DE VENTAS	52.917	51.624	55.491	3.867	7
	UTILIDAD BRUTA	7.063	(8.217)	(2.153)	6.064	-74
51	GASTOS ADMINISTRATIVOS	3.298	2.356	2.199	(157)	-7
53	PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	4.503	4.154	2.618	(1.537)	-37
	UTILIDAD OPERACIONAL	(739)	(14.727)	(6.970)	7.757	-53
44	TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	2.237	9.361	3.797	(5.564)	0
48	OTROS INGRESOS	3.421	2.977	1.235	(1.741)	-59
58	OTROS GASTOS	2.436	1.688	1.810	123	7
	UTILIDAD DEL EJERCICIO	2.483	(4.077)	(3.747)	330	-8

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) - (Cifras Millones de Pesos)

Al cierre de la vigencia Junio de 2021 en Bogotá se presentan las siguientes variaciones con respecto a la vigencia Junio de 2020:

- Las ventas aumentan en un 23% en \$9.931 millones, dado por la reactivación de los servicios de salud durante la pandemia del COVID-19, reprogramación de servicios ambulatorios, consultas especializadas y procedimientos quirúrgicos.
- Los costos aumentan en un 7% por valor de \$3.867 millones (que incluye mano de obra, insumos, gastos generales, depreciaciones y costos indirectos).
- Los gastos de administración disminuyen en \$157 millones.
- Las transferencias y subvenciones de \$3.797 millones, comprenden estampillas departamentales por \$2.130 millones de pesos, convenio de renovación de UCI por \$200 millones, convenio 967/2020 por \$342 millones de pesos y donaciones en especie de equipos médicos, insumos y equipos de cómputo por \$1.123 millones de pesos.
- Los otros ingresos disminuyen en \$1.741 millones de pesos por la disminución en tasas de interés, lo que disminuye los ingresos financieros.

CAPITULO IV

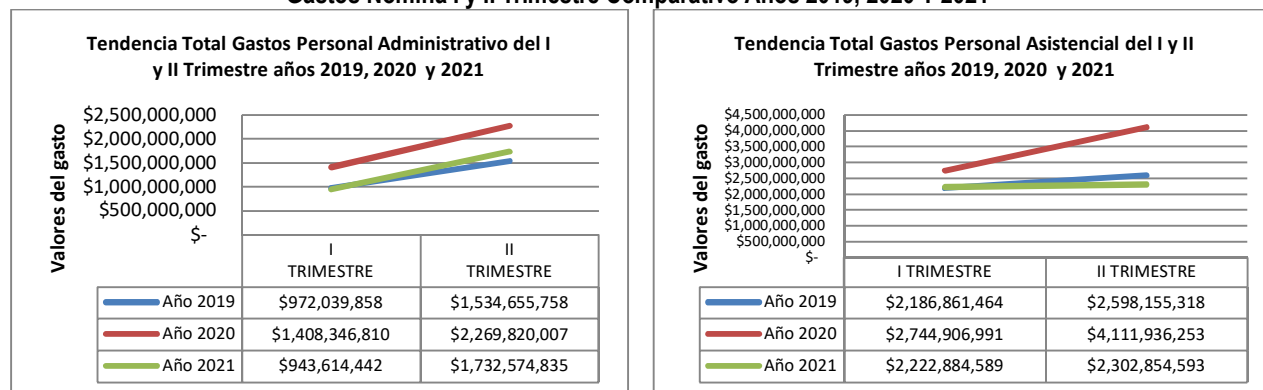
DIRECCION ADMINISTRATIVA

4.1.- Talento Humano

Nomina Planta de Personal

Grafica No. 50

Gastos Nomina I y II Trimestre Comparativo Años 2019, 2020 Y 2021



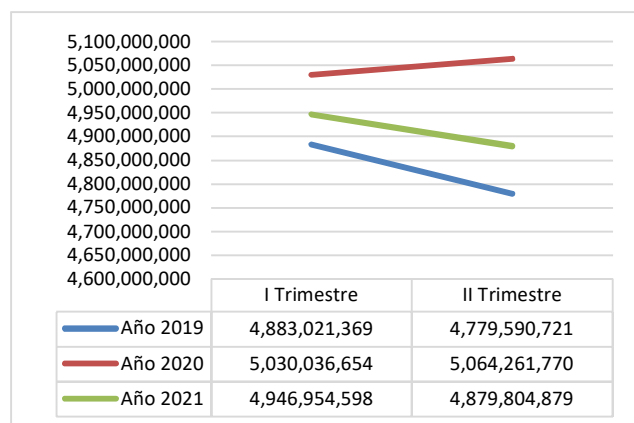
Fuente: Subdirección de Personal – Nómina – Año 2021 – Informe de Gestión

En el II trimestre de 2019 y 2020, se evidencia incremento en comparación al I trimestre para el mismo periodo, tanto en los servidores asistenciales como en los administrativos, debido a que en el II trimestre se generan los pagos de la prima de servicios de los servidores, incrementando de esta forma los gastos de un periodo a otro. Además, para el II trimestre del 2020 se generó un aumento en los valores de los gastos de nómina, en comparación al año 2019, ya que hubo ingresos de personal y liquidación de aproximadamente 22 funcionarios por renuncias voluntarias tanto de personal Administrativo como Asistencial dentro del I y II trimestre de la vigencia 2020. Para la vigencia 2021, los gastos de nómina se ven disminuidos en comparación a la vigencia 2020 y se mantienen frente al mismo periodo del 2019, aunque a la fecha no se ha realizado el incremento salarial. Los gastos de nómina de los servidores asistenciales, siempre será mayor a los gastos de nómina de los servidores administrativos, al ser una población mayor.

Contratación Prestación de Servicios Empresa Temporal y Cooperativa HUS, UFZ Y HRZ:

Grafica No. 51

HUS Bogotá I y II Trimestre Facturación Temporal 2019 – 2020 - 2021 Asistencial - Administrativo

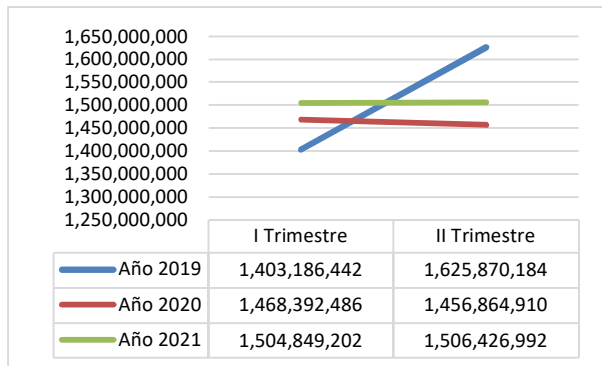


Para el II Trimestre de 2021 se observa un valor facturado de \$4.879.804.879 con un promedio de trabajadores en misión de 597, se evidencia una reducción en la facturación respecto al I trimestre de 2021 esto se debe a que no se ha contratado del 100% el personal especialmente en el área asistencial; además, para el II trimestre de 2020 la tendencia es el incremento en la facturación con respecto al I trimestre 2020, debido a las novedades presentadas. Con respecto al II trimestre 2019 se observa una disminución en la facturación comparado al I trimestre 2019, esto obedece Hospital a partir del mes de febrero de 2019.

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Grafica No. 52

Cooperativa de Trabajo Asociado de Servicios en Salud COOPSEIN Cta Facturación I y II Trimestre 2019 -2020 -2021

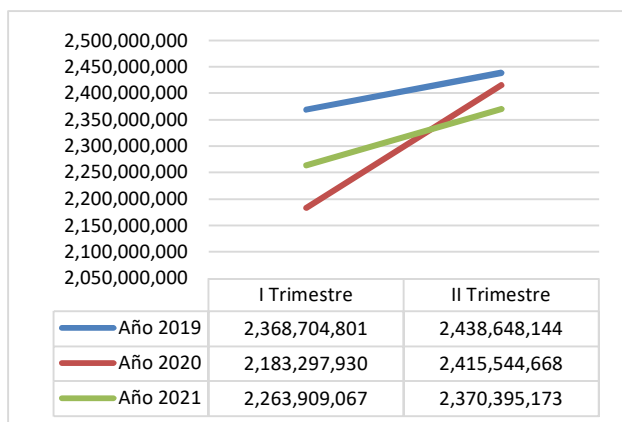


Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Para el II Trimestre 2021, se observa un valor facturado de \$1.506.426.992 con un promedio de 146 asociados, no hay mayor incremento en la facturación comprado con el I trimestre 2021, se presenta el mismo caso para el I y II trimestre 2020. Para el caso del II trimestre 2019 se evidencia una tendencia a incrementar la facturación con respecto al I trimestre 2019, esto se debe a la contratación que se realizó para los procesos de PIC Zipaquirá, Cogüa y concurrencia.

Grafica No. 53

Unidad Funcional Zipaquirá Facturación I y II Trimestre 2019 – 2020- 2021 Asistencial- Administrativo

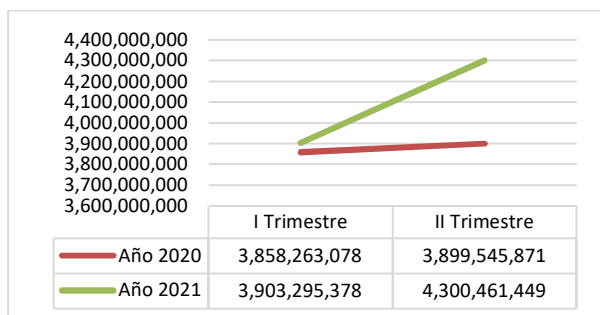


Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Para el II Trimestre 2021 se observa un valor facturado de \$2.370.395.173, con un promedio de trabajadores en misión de 299, presentando un incremento con respecto al I trimestre 2021, debido al refuerzo que se realizó en los centros de costos de Hospitalización, y sala de partos. Además, el I trimestre de 2020 respecto al II trimestre de 2020, la tendencia en la facturación es de aumento, esto se debe al apoyo contratado para cubrir las necesidades de las áreas para la atención por Covid-19. Para el II trimestre 2019 se presenta un incremento en la facturación con respecto al I trimestre 2019, debido al incremento anual y a las novedades presentadas en el periodo.

Grafica No. 54

Hospital Regional de Zipaquirá Temporal Facturación I y II Trimestre 2020-2021



Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Se observa para el II Trimestre de 2021 un valor facturado de \$4.300.461.449 con un promedio de 470 trabajadores en misión, con tendencia a aumentar la facturación con respecto al I trimestre 2021, dado que se realizó contratación gradual para apoyo en la gestión administrativa y asistencial. Además, el para el II trimestre 2020 no hay mayor incremento en la facturación comparado con el I trimestre 2020.

A continuación se relaciona el consolidado de colaboradores por los diferentes tipos de vinculación y/o contratación al 30 de junio de 2021:

Tabla No. 59
Relación y Proporción de Personal Asistencial y Administrativo HUS Bogotá, Unidad Funcional Zipaquirá y Hospital Regional Zipaquirá

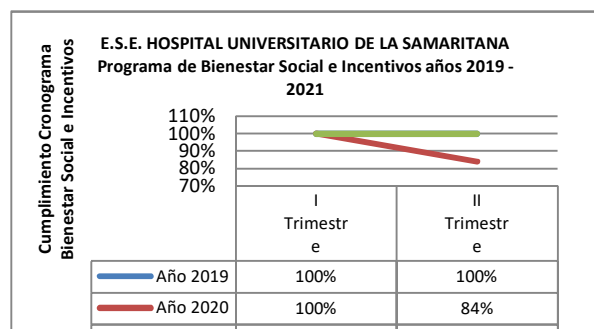
PERSONAL	ASISTENCIAL	ADMINISTRATIVO	TOTAL
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA –BOGOTÁ			
No. colaboradores	994	537	1531
UNIDAD FUNCIONAL ZIQAQUIRÁ			
No. colaboradores	337	125	462
HOSPITAL REGIONAL ZIQAQUIRÁ			
No. colaboradores	669	239	908
TOTAL PERSONAL	2000	901	2901
PROPORCIÓN	68%	32%	100%

Fuente: Subdirección de Personal - Gestión del Talento Humano

Inducción, Reinducción y Entrenamiento en Puesto de Trabajo: Para el II Trimestre de 2021, se proyectaron 5 actividades que fueron ejecutadas en su totalidad, realizando las 3 jornadas de Inducción de forma virtual, socializando las generalidades institucionales a un total de 103 colaboradores de los diferentes tipos de contratación del cual se realiza la evaluación Post-test obteniendo un resultado satisfactorio a total. Se llevó a cabo la Reinducción en el mes de junio por medio de la Ruta de la Acreditación con una participación de aproximadamente 1.300 colaboradores, en cuanto al seguimiento de Entrenamiento en Puestos de Trabajo se siguen realizando a través de los líderes de proceso.

Bienestar Social e Incentivos: El Programa de Bienestar Social Laboral e incentivos esta definido en 64 actividades para el año 2021 las cuales se desarrollaran a traves de las siguientes líneas estratégicas: Deportiva, recreativa y Familiar, Artística y Cultural, Promoción y Prevención de la Salud, Arte y Manualidades, Mejoramiento Clima Laboral e Incentivos al Desempeño.

Grafica No. 55

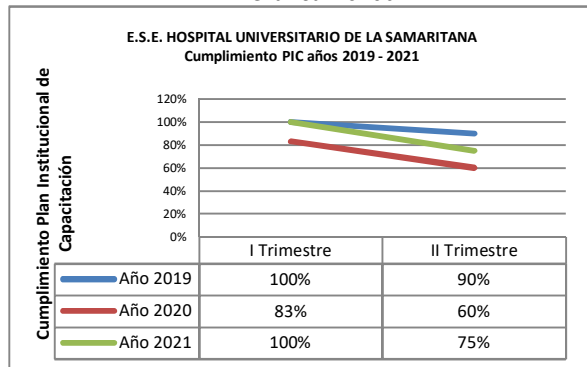


Fuente. Cronograma de bienestar e incentivos 2021

Para el II trimestre del año 2021 se proyectaron 15 actividades las cuales se cumplen al 100% donde se logró unificar con nuestros aliados estratégicos las actividades desarrolladas como son fechas especiales, en cuanto a las demás actividades se realizó los mensajes de condolencia y nacimientos, apoyo educativo, ruta de la acreditación, día del servidor público, jornada estilos de vida saludable, día del niño y por último día de la familia. Durante el I semestre del año 2021 del cronograma propuesto se ha cumplido con el 100% de actividades programadas.

Plan Institucional de Capacitación

Grafica No. 56



Para el II Trimestre de 2021, se proyectaron 16 actividades de las cuales se ejecutaron un total de 12 actividades dando un cumplimiento al 75% del cronograma proyectado, las 4 actividades no realizadas son en relación a capacitaciones externas que no se lograron concertar por disponibilidad. En cuanto al acumulado en el I semestre del año 2021 se cuenta con un 92% de cumplimiento al cronograma propuesto para la vigencia de un total de 58 actividades programadas se han cumplido 47 capacitaciones programadas.

Fuente. Cronograma de Plan institucional de capacitación 2021.

Evaluación de Desempeño Laboral:

Para el II trimestre 2021 se cuenta con un total de 208 funcionarios inscritos en carrera administrativa de 308 funcionarios de planta que corresponden al 67% del total de la planta de personal, de los cuales se tienen 202 concertaciones para la vigencia, una no se realizó debido a que la funcionaria se encuentra en incapacidad y las otras 4 debido a un error que genero el aplicativo, dichos errores fueron notificados a la CNSC de los cuales se está a la espera de la solución por parte de dicha entidad para proceder a realizar las evaluaciones. Se espera realizar la evaluación parcial eventual del I semestre del 2021 la cual se debe realizar después del 30 de Julio del 2021.

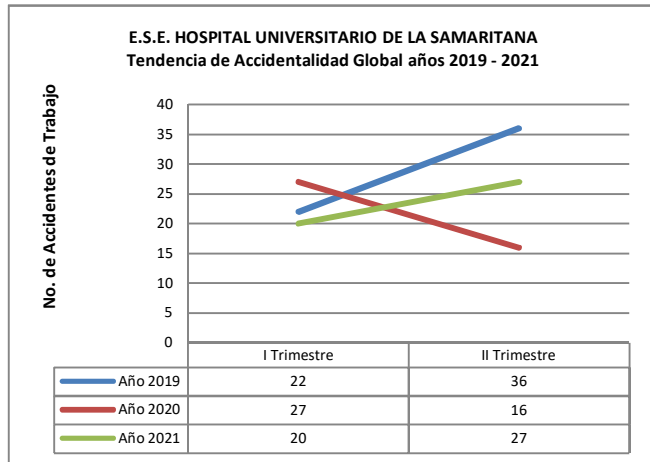
Voz Cliente Interno:

Durante el II trimestre del año 2021 se recibieron un total de 96 manifestaciones de las cuales el 65% corresponden a quejas y reclamos las cuales están relacionadas a dificultades en clima laboral, posible incumplimiento a funciones por parte de algunos colaboradores, incumplimiento a pagos y temas relacionados a Seguridad y Salud en el Trabajo de las cuales se dio trámite y respuesta oportuna a cada una de las manifestaciones, el 28% corresponden a traslados por competencia para la UFZ y el HRZ, se tiene un 3% que corresponde a felicitaciones y fueron informadas a los servicio de urgencias, desarrollo humano, comunicaciones y educación médica por su compromiso y labor realizada, y las solicitudes de información con el 3% y por último el 1% a sugerencias. Del total de quejas y reclamos recibidas el 66% son anónimas. En comparación con los últimos tres años se observan un aumento significativo para el I semestre del 2021 con un total de 194, año 2020 con 123 y para el año 2019 un total 101 manifestaciones.

Seguridad y Salud en el Trabajo:

Durante el II trimestre se programaron 14 actividades en el plan anual de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo entre las cuales se encontraban capacitar en Investigación de Accidentes de trabajo y Enfermedades Laborales a los integrantes del COPASST, realizar investigación de Enfermedad Laboral, socialización estilos de vida saludables, actividades de capacitación para atenuación del riesgo osteomuscular en la población trabajadora, Capacitar a los Integrantes del comité PESV en la actualización de la norma entre otras, para las cuales se tuvo un cumplimiento del 100% de las actividades

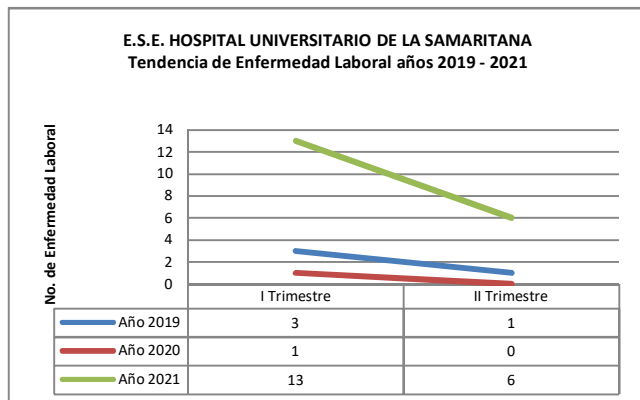
Grafica No. 57



Accidentalidad Total en Colaboradores: Durante el segundo trimestre de año 2021 se materializaron 27 accidentes de trabajo de los cuales el 40.7% corresponde a factores de riesgo locativo por caídas a nivel, torceduras, golpes con elementos (Mobiliario) entre otros, seguido del factor de riesgo mecánico con 29.6% dado a cortaduras, atrapamientos y lesiones con herramientas y el tercer factor de riesgo con una participación del 14.8% del total de accidentes de trabajo fue el Biológico por punzadas con jeringas al momento Del total de accidentes del trimestre el 67% corresponden al Consorcio ADN, el 26% a personal de Planta y el 7% a coopsein.

Fuente. Informes de Seguridad y Salud en el Trabajo de aliados estratégicos 2021

Grafica No. 58



Enfermedad Laboral: Para la vigencia del segundo trimestre el año 2021 se presentaron 6 enfermedades laborales directas por Covid-19 en funcionarios de planta, donde todos fueron tratados por la ARL POSITIVA, y se les realizó seguimiento biológico y psicosocial en aras de retomar sus actividades laborales con normalidad. Por parte de las empresas aliadas se tuvo un total de 49 enfermedades laborales directas por el diagnóstico Covid-19 Positivo, donde cada una de la ARLs a las cuales se encuentran afiliadas las empresas trataron a los colaboradores.

Fuente. Dictamen de enfermedad laboral ARL Positiva 2021

Vacunación

De acuerdo al Plan Nacional de Vacunación emitido por el Gobierno Nacional que dio inicio a la vacunación en el territorio nacional en el mes de Febrero del 2021, el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA priorizó a su Talento Humano en Salud por medio del la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social para las Etapas 1 y Etapa 2, según la clasificación estipulada en el Decreto 109 de 2021.

En el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, se llevaron a cabo diferentes jornadas de vacunación en alianza con la Subred Centro Oriente y el acompañamiento de la Secretaria de Salud Distrital, las cuales se desarrollaron de la siguiente manera:

Tabla No. 60

VACUNACION TALENTO HUMANO HUS BOGOTA			
JORNADA	FECHAS	1° DOSIS	2° DOSIS
PRIMERA	FEBRERO 25,26 Y 27	1092	
SEGUNDA	MARZO 18,19 Y 20	19	1092
TERCERA	MARZO 30 Y 31	342	
CUARTA	ABRIL 9	72	
QUINTA	ABRIL 20		168
SEXTA	ABRIL 30		71
SEPTIMA	JUNIO 23		153
TOTAL VACUNADOS HUS		1525	1484

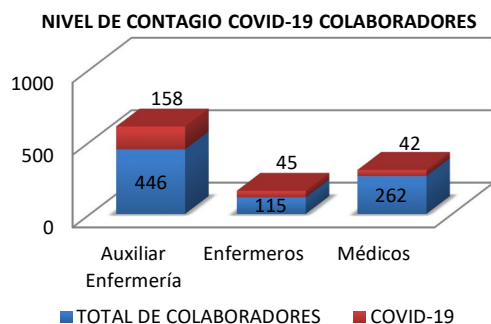
Fuente: Matriz de Vacunación Secretaria de Salud Distrital

Se observa que se logra un total de 1484 colaboradores vacunados a través de las jornadas de vacunación realizadas y adicionalmente se continua con el seguimiento de los colaboradores para completar su esquema.

Covid - 19

Desde el inicio de la pandemia se realiza seguimiento a todos los colaboradores que presentan síntomas y son positivos para COVID-19 del cual se tiene al I Semestre del 2020 un total de 245 colaboradores descritos a continuación:

Grafica No. 59



Fuente: Seguimiento colaboradores positivos corte Junio 30 de 2021

Tabla No. 81

PERFIL	TOTAL DE COLABORADORES	COVID-19	% DE CONTAGIO
Auxiliar Enfermería	446	158	35,4%
Enfermeros	115	45	39,1%
Médicos	262	42	16,0%
TOTAL	823	245	29,8%

Esta actividad de priorización se realizó con todos los colaboradores de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, E.S.E. Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá, Centro de Salud de Cogua y Puesto de Salud San Cayetano, posterior al cargue del Talento Humano en Salud, cada uno de los colaboradores

evidenció su priorización en el aplicativo Mi Vacuna cada uno de ellos en Etapas 1 y Etapa 2, según la clasificación estipulada en el Decreto 109 de 2021; esta priorización en Mi Vacuna se considera requisito para la aplicación de la vacuna.

A la fecha el hospital cuenta con un total de 1510 colaboradores, de los cuales fueron vacunados en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana un total de 1238 colaboradores lo cual corresponde al 82% y adicionalmente 110 colaboradores fueron vacunados en otras instituciones que corresponden al 7%, para un total del 89% de colaboradores vacunados. En cuanto a personal en formación se cuentan con 242 estudiantes de los cuales fueron vacunados 215 estudiantes. El restante de colaboradores priorizados para la aplicación de la vacuna, 18 de ellos informaron su disentimiento de forma verbal o escrita, y 62 no han recibido vacuna por novedades como padecer de Covid-19 menos de 90 días, licencias de maternidad entre otras.

4.2.- Infraestructura

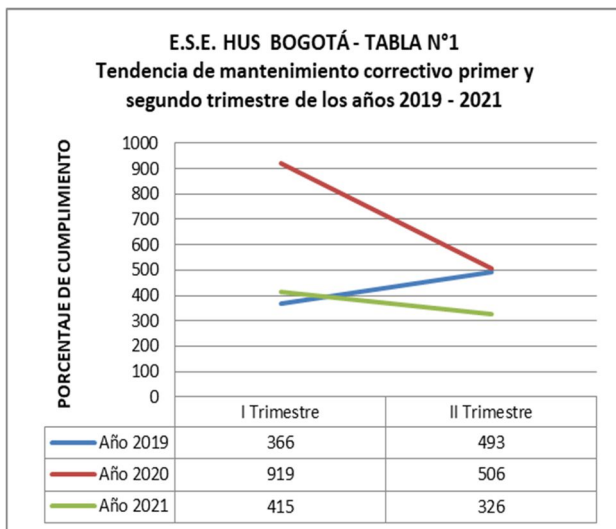
Indicador de Porcentaje de Cumplimiento de Mantenimientos Preventivos

Indicador 1810. Es importante destacar que durante todos los años se ha dado cumplimiento al plan de mantenimiento según número de actividades de mantenimiento preventivo ejecutadas respecto a las actividades de mantenimiento preventivo programadas satisfaciendo y superando la meta, la cual está establecida en un 90%, de igual se evidencia que se está acatando lo estipulado en la circular 029.

Fuente: 05GIF15-V1 Plan de Mantenimiento Preventivo de las Instalaciones Físicas de Servicios y Solicitud de Mantenimiento y 05GIF04-V1 Orden de trabajo

Grafica No. 60

Indicador de Porcentaje de Cumplimiento de Mantenimientos Correctivos



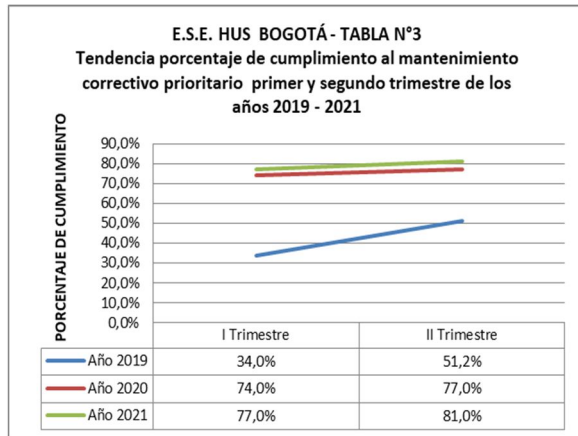
En visita de auditoria de ICONTEC se dejó la observación que este indicador no realizaba ninguna medición de utilidad para el proceso, por esta razón en reunión realizada el 19 de mayo con el área de estadística se solicitó la inactivación del indicador en cuestión 1811 y sus variables código 1117 “numero de mantenimientos correctivos de infraestructura realizados” y 3260 “numero de mantenimientos de infraestructura realizados”.

De acuerdo a lo anterior, se considera pertinente la creación de un nuevo indicador que mida los mantenimientos correctivos de la institución, el cual no se manejará con una relación o razón, sino que se analizará esta única variable en el tiempo, evaluando el comportamiento del mantenimiento correctivo, siendo este resultado del impacto del mantenimiento preventivo, es decir, que siempre existirá una correlación.

Teniendo en cuenta la implementación de mesa de ayuda (2019) y la curva de aprendizaje de su uso y de socialización de todos los usuarios de dicho software se evidencia una tendencia razonable en el 2019, y así en el 2020 se evidencia su uso masivo siendo esto positivo, pero al evidenciarse que habían muchas necesidades correctivas por lo tanto se reforzó la estrategia plan padrino y 4p para que esta tendencia decreciera y en el 2021 sigue disminuyendo, ya que se han seguido implementando mejoras para el mantenimiento preventivo que han repercutido en dicha variable.

Grafica No. 61

Indicador Porcentaje de Cumplimiento al Mantenimiento Correctivo Prioritario (en el tiempo establecido 1 día)

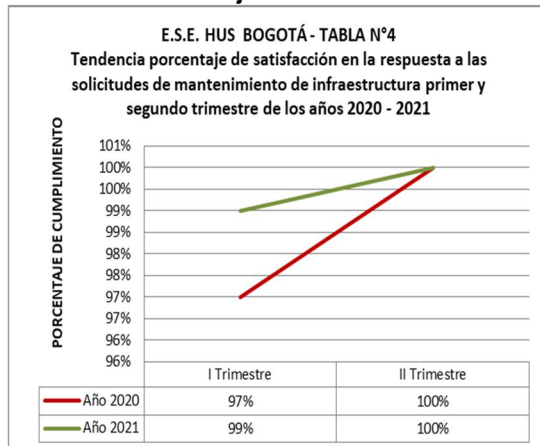


Aunque se obtuvo un resultado muy desfavorable en el 2019, desde dicho año se tiene la certeza de su veracidad, ya que años anteriores los datos que alimentaban este indicador se fundamentaban en lo descrito en las ordenes de trabajo, pero posteriormente a la implementación de mesa de ayuda en el 2019 como única fuente de recepción de solicitudes de mantenimiento generó que se cambiara la fuente de los datos llevándose de manera automatizada por medio de esta nueva herramienta. Por lo tanto desde dicho momento de iniciaron las implementaciones de medidas y estrategias para su mejora es por ello que se evidencia una mejora significativa del 2019 al 2021, aunque aun no se ha logrado la meta (90%).

Al analizar las ordenes que tuvieron un tiempo de solución mayor a lo establecido en el procedimiento se identificó que la gran mayoría de estas ordenes estuvieron afectadas por el tiempo transcurrido en un fin de semana, ya que el coordinador de mantenimiento que maneja el aplicativo de mesa de ayuda tiene acceso de lunes a viernes solamente. Por la anterior razón se excluyen de los datos de numerador y denominador las solicitudes de los fines de semana y días festivos. Se realiza esta observación en la ficha del indicador.

Grafica No. 62

Indicador de Porcentaje de Satisfacción



Desde el año 2020 se determinó que la calificación de satisfacción, es mejor evaluar el cumplimiento con respecto a una meta y no, el promedio de los datos, por ello el presente análisis se refleja a partir de dicha vigencia en adelante. Aun así se sigue considerando que la fuente de la información es poco real ya que el formato de orden de trabajo es diligenciado manualmente y el personal que da recibido, en ocasiones, no diligencia dicha sección.

Adicionalmente se determina que el nivel de calificación sobre el que se realiza la medición (numerador 3.5) se ajustó dejándolo en calificación de 4 al igual que la meta del indicador se ajustó, pasando de 80% pasa a 90% con límites inferior de 70 y superior 95%.

Fuente: Aplicativo Mesa de ayuda de Arquitectura.

Indicador Porcentaje de Cumplimiento al Mantenimiento Correctivo No Prioritario (en el tiempo establecido 8 días)

Con el fin de evaluar los tiempos en la solución de mantenimientos correctivos de las áreas que no se encuentran priorizadas, tiempo que no debe superar ocho (8) días los tiempos estipulados en el procedimiento número de solicitudes de mantenimiento no prioritario resueltas en el tiempo estipulado (8 días) / número de solicitudes de mantenimiento no prioritario recibidas) * 100. Dicho indicador está formalizado a partir del mes de abril del año en curso.

Logros

Tabla No. 62

Contratos de obra mas representativos ejecutados o iniciados en el primer trimestre y segundo trimestre del 2021

NOMBRE PROYECTO	CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR CONTRATO (pesos)	% AVANCE FISICO	ESTADO
Remodelación y adecuación de la Unidad de Cuidados Intensivos del 4to piso mediante sistema de precios unitarios fijos sin formula de reajuste de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá	CTO. 786-2019	13-ene-20	28-abr-21	1.080.010.211	149,9%	TERMINADO
Mantenimiento correctivo y adecuaciones de las obras civiles necesarias para la realización de los cambios generales de cubiertas en las áreas asistenciales y administrativas	CTO. 811-2019	3-ene-20	27-ago-21	1.398.671.632	128,60%	CONSTRUCCIÓN
Servicio de la elaboración del plan de regularización y manejo para el Hospital Universitario de la Samaritana, acompañamiento de la gestión de la planeación, revisión y elaboración de esquemas básicos de arquitectónicos Hospitalarios, así como la implementación de normas de habilitación.	CTO. 619-2020	23-jul-20	22-jul-21	458.210.735	40%	ESTUDIOS Y DISEÑOS
Elaboración de estudios, diseños técnicos y estudios previos (de la obra y la interventoría) para la modernización del sistema de ventilación mecánica de salas de cirugía, central de esterilización y unidad de cuidados intensivos adultos (segundo piso), de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá.	CTO. 705-2020	26-ago-20	8-feb-21	100.539.230	100%	LIQUIDADO
Adecuación y mantenimiento del ambiente y áreas del centro de almacenamiento, preparación y distribución de alimentos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, Bajo el cumplimiento de la resoluciones 4445 del 1996, 2674 del 2013 y 3100 del 2019, mediante el sistema de contratación de precios unitarios fijos.	CTO. 734-2020	18-sept-20	15-mar-21	227.543.455,3 2	111,44%	LIQUIDADO
El suministro, obra civil, eléctrica, instalación y puesta en marcha de tres (03) ascensores para el edificio asistencial. Con el fin de mejorar el transporte vertical	CTO. 925-2020	28-oct-20	27-ene-22	940.485.560	94,200%	CONSTRUCCIÓN
Adecuaciones de la subestación eléctrica que incluya el suministro, instalación y puesta en funcionamiento de una planta eléctrica de mínimo 600KVA, dando cumplimiento en el servicio de implementación de la actualización del sistema eléctrico según normatividad RETIE y NTC 2050	CTO. 926-2020	28-oct-20	27-jul-21	1.539.550.000	86,65%	CONSTRUCCIÓN
Adecuación y mantenimiento del servicio de imágenes diagnosticas de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, Bajo el cumplimiento de las Resoluciones 4445 de 1996, 14861 del 1985 y 3100 del 2019, mediante el sistema de contratación de precios unitarios fijos.	CTO.1024-2020	16-dic-20	15-mar-21	123.001.073	100,00%	LIQUIDADO
Realizar las gestiones necesarias frente al Instituto Distrital de Patrimonio Cultural, la Curaduría urbana y las demás entidades necesarias, para la obtención de la licencia de construcción de la segunda etapa del reforzamiento estructural	CTO.1133-2020	28-dic-20	27-sept-21	39.270.000	10,00%	ESTUDIOS Y DISEÑOS
Adecuación del oratorio del Hospital Regional de Zipaquirá mediante sistema de precios unitarios fijos.	CTO. 1221-2020	30-dic-20	29-mar-20	81.789.600,34	100,00%	LIQUIDADO
Adecuaciones eléctricas derivadas del aumento de la capacidad de carga en la central de esterilización del Hospital Regional de Zipaquirá, que garanticen el cumplimiento de RETIE y demás actividades necesarias para dar alcance a las normas de habilitación descritas en la normativa vigente	CTO. 1222-2020	8-ene-21	7-feb-21	88.569.963,00	100,00%	TERMINADO
Contratar la consultoría de estudio técnicos y diseños necesarios para el urbanismo y la obra de rehabilitación de la vía vehicular interna perimetral y circulaciones peatonales internas de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana - Bogotá y actualización y articulación del nuevo sistema de alcantarillado pluvial	CTO. 1225-2020	4-ene-21	3-oct-21	126.330.000	50,00%	ESTUDIOS Y DISEÑOS
Contratar la obra para el suministro e instalaciones de las conexiones eléctricas y polo a tierra (acometida) de la Unidad de Cuidados Intensivos ubicada en el cuarto piso del edificio asistencial de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana - Bogotá, así como los equipos de ventilación mecánica y mobiliario fijo para dar cumplimiento a la resolución 4445 de 1996 y 3100 de 2019	CTO. 1240-2020	12-ene-21	11-jul-21	472.981.879,6 1	114,18%	CONSTRUCCIÓN
adecuación mediante el sistema de precios unitarios fijos sin formula de reajuste del servicio de terapia física y terapia respiratoria	CTO. 1241-2020	25-ene-21	24-jul-21	299.876.322,1 1	98,65%	CONSTRUCCIÓN
Adecuaciones y mantenimiento de las áreas o ambientes correspondientes al servicio de urología de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, mediante el sistema de contratación de precios unitarios fijos.	CTO. 1242-2020	5-ene-21	3-sept-21	364.019.855,5 0	55,01%	CONSTRUCCIÓN
Adecuación y mantenimiento de las áreas o ambientes correspondientes al servicio farmacéutico de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, mediante el sistema de contratación de precios Unitarios Fijos.	CTO. 231-2021	5-mar-21	4-ago-21	130.718.005,0 0	97,00%	CONSTRUCCIÓN
Suministro, Obra Civil, Eléctrica, Instalación y Puesta en Marcha de Planta de Tratamiento de Aguas Residuales para la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.	CTO. 301-2021	9-mar-21	9-sept-21	945.667.311,0 0	97,00%	CONSTRUCCIÓN
Interventoría Técnica, Administrativa y Financiera del Servicio de Suministro Obra Civil, Eléctrica, Instalación y Puesta en Marcha de Planta de Tratamiento de Aguas Residuales para la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.	CTO. 384-2021	14-abr-21	14-nov-21	45.987.550,00	50,00%	CONSTRUCCIÓN
La obra para realizar el mantenimiento y adecuaciones del servicio de Hospitalización ubicado en el cuarto Sur y norte del edificio asistencial de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana - Bogotá.	CTO. 607-2021	24-may-21	23-oct-21	534.728.191,3 6	55,00%	CONSTRUCCIÓN

Todos los equipos industriales de uso hospitalario y demás equipos de apoyo se les tienen garantizado el mantenimiento tanto preventivo como correctivo con el fin de garantizar su disponibilidad y calidad de funcionamiento por medio de contratos específicos para cada grupo, siendo esto de gran importancia para asegurar adecuada prestación de los servicios que ofrece el hospital.

4.3.- Compras Bienes y Suministros

Durante el segundo trimestre 2021 en la subdirección de bienes, compras y suministros se reciben 165 estudios previos, de los cuales se realiza una (1) convocatoria pública - No. 12 cuyo objeto es: "Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para los Equipos Industriales de Uso Hospitalario", siendo así un acumulado para el primer semestre 2021 de doce (12) convocatorias públicas, las cuales fueron publicadas y adjudicadas en este periodo; de manera total (convocatorias públicas No. 1 – 2 – 3 – 4 – 9 y 12) y de manera parcial (convocatorias públicas No. 5 – 6 – 7 – 8 – 10 y 11), adelantándose los procesos para los ítems declarados de desierto a través de contratación directa (por su naturaleza) de acuerdo a lo establecido en el Manual de contratación del Hospital.

Tabla No. 63

CONVOCATORIAS PÚBLICAS I Y II TRIMESTRE 2019 - 2021	2019	2020	2021
I TRIMESTRE	8	9	11
ADJUDICADAS I TRIMESTRE	8	9	6
II TRIMESTRE	1	0	1
ADJUDICADAS II TRIMESTRE	1	0	6

Fuente: Subdirección Bienes, Compras y Suministros – Carpeta compartida – Informe de Gestión 2021 II Trimestre

Para los estudios previos restantes, se adelantaron procesos bajo la modalidad de contratación directa (aclarando que algunos fueron gestionados en su totalidad y otros pasan al siguiente trimestre (III) para su culminación). De los procesos culminados se presenta a la oficina jurídica 246 solicitudes – SUM para elaboración de contratos y 6 oficios para realización de contratos una vez adjudicadas las 6 Convocatorias públicas adelantadas en el segundo trimestre (de la No. 7 a la No. 12); de igual manera se presentan 157 solicitudes – SUM para elaboración de actas de Adición y prórroga (143), modificación de contratos (10), modificación, adición y prórroga (1), suspensiones (1), reinicio (1) y reversión (1). Con lo anterior podemos definir que durante el primer semestre 2021 se reciben 440 estudios previos, se generan solicitudes (SUM) para elaboración de contratos, adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, reversiones y se presentan 12 oficios para elaboración de contratos productos de las adjudicaciones de las 12 convocatorias públicas desarrolladas en este periodo.

Tabla No. 64

	2020 I TRIMESTRE	2020 II TRIMESTRE	2021 I TRIMESTRE	2021 II TRIMESTRE
CONTRATOS	379	186	393	246
ADICIÓN, PRORROGA	111	245	118	143
MODIFICACIÓN	4	124	8	10
MODIFICACIÓN, ADICIÓN, PRORROGA	0	0	0	1
SUSPENSIONES	4	10	3	1
REINICIO	0	4	0	1
SESIÓN	0	1	0	0
ANULADOS	0	3	0	0
REVERSIÓN	0	0	1	1

Fuente: Subdirección Bienes, Compras y Suministros – Carpeta compartida – Informe de Gestión 2021 II Trimestre

4.3.1 Almacén General – Activos Fijos

Plan Anual de Compras

Durante el segundo trimestre del año 2021 se ha realizado el proceso de estudios previos para compra directa de suministro de insumos médico quirúrgico, materiales de apoyo clínico, desinfección, rx, esterilización aseo, papelería, consumibles de equipo médico, dispensados por el Almacén General para cubrir los requerimientos de las áreas hospitalarias, asistenciales y administrativas del Hospital Universitario de La Samaritana Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá.

Tabla No. 65
Ejecución de los contratos formalizados durante el segundo trimestre en cada vigencia de los años 2019, 2020 y 2021

CONTRATOS PERFECCIONADOS SEGUNDO TRIMESTRE				
AÑO	TOTAL CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR PRESUPUESTO	% DE EJECUCIÓN
2019	28	\$ 2.752.779.222	\$7.984.000.000	34%
2020	36	\$ 3.763.201.829	\$12.556.000.000	29%
2021	53	\$ 4.016.883.623	\$10.967.000.000	36%

Fuente: Informe de ejecución contratos Almacén General.

El incremento en número de contratos del 2019 al 2020 obedece a la puesta en marcha del Hospital Regional de Zipaquirá y el incremento entre el 2020 y 2021 la variable fue pandemia COVID19, toda vez que algunos insumos se adquirieron conforme al stock ofertado a menor precio. Es importante resaltar que durante el segundo trimestre del 2020 se recibió mediante Resolución 970 de la Gobernación de Cundinamarca \$3.000.000.000 para compra de insumos de protección personal de funcionarios y para la atención a pacientes.

Activos Fijos

En el Segundo Trimestre para los años 2019, 2020 y 2021 se muestran, cantidades y valor de los bienes que ingresaron al HUS Bogotá y UFZ Y HRZ, originados en compras y donaciones los cuales representan un incremento en el patrimonio del Hospital, los cuales conforme a los procedimientos se identificaron y se trasladaron a los responsables con la respectiva instalación de la plaqueta.

Tabla No. 66

INGRESOS ACTIVOS	AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021	
	CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VALOR
SEGUNDO TRIMESTRE						
TOTAL	144	\$1.924.923.648,00	444	\$3.121.687.383,00	443	\$2.008.809.641,00

Fuente: Dinámica Gerencia-Módulo de Activos fijos.

El incremento en las cantidades de ingresos de activos fijos están representados en equipos para salas UCI de origen donaciones para atender contingencia COVID-19.

4.4.- Tecnología Biomédica

HUS-BOGOTÁ

Indicadores en Servicios Urgentes – Oportunidad de Respuesta (1814) – Oportunidad de Solución (1816) - Fuente: Tablero de Control TB y ALMERA.

Primer trimestre del año 2021 se atendieron 4 requerimientos; 3, 0 y 1 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 2 de muebles asistenciales y 2 equipos de diagnóstico. En promedio se tuvo en tiempo de respuesta de 10 minutos y tiempo de solución de 251 min aproximadamente, cumpliéndose el límite de tiempo permitido para respuesta que es de 15 minutos, pero excediendo el límite de solución que es de 180 minutos, debido a que el indicador muestra el tiempo que los equipos presentan falla sin tener en cuenta los tiempos requeridos para llegada de repuestos o tiempos de espera en cola por ocupación de técnicos en atención por prioridad y orden de llegada, como es este el caso. **Segundo trimestre del año 2021** no se presentaron requerimientos.

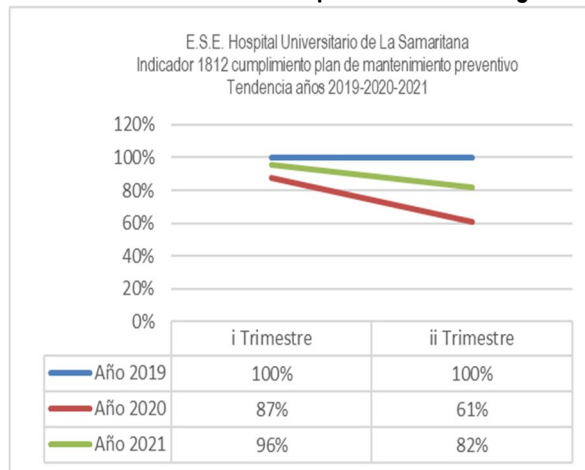
Indicadores en Servicios No Urgentes – Oportunidad de Respuesta (1815) – Oportunidad de Solución (1817) - Fuente: Tablero de Control TB y ALMERA.

Primer trimestre del año 2021 se atendieron 30 requerimientos; 3, 14 y 13 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo todos de muebles asistenciales. En promedio se obtuvo un tiempo de respuesta de 8 minutos aproximadamente y solución de 31 minuto aprox. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta 45 minutos y solución de 300 minutos. **Segundo trimestre del año 2021** se atendieron 7 requerimientos; 6, 1 y 0 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 5 de muebles asistenciales. En promedio se obtuvo un tiempo de respuesta de 7 minutos aproximadamente y solución de 42 minuto aprox. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta y solución.

Indicador de Mantenimiento Preventivo

Grafica No. 63

Cumplimiento de Cronograma Actividades con Recurso propio (1812).



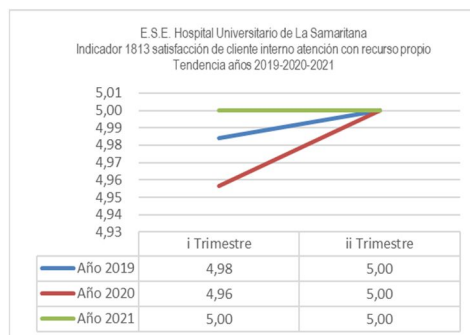
Primer trimestre del año 2021 se programaron 514 actividades; 80, 230 y 204 en cada mes del trimestre respectivamente. Se ejecutaron 496 actividades (96%); 74, 224, 198 en cada mes del trimestre respectivamente. Lo no realizado se debió principalmente a equipos que están pendientes de baja y otros por inhabilidad del servicio por reformas locativas. **Segundo trimestre del año 2021** se programaron 484 actividades; 137, 121 y 226 en cada mes del trimestre respectivamente. Se ejecutaron 392 actividades; 115, 98, 179 en cada mes del trimestre respectivamente. Igualmente, lo no realizado se debió principalmente a equipos que están pendientes de baja y otros por inhabilidad del servicio por reformas locativas. Adicionalmente hay otros equipos pendientes de repuestos y accesorios para calibración.

Fuente: Tablero de Control TB y ALMERA

Indicador Satisfacción de Cliente Interno

Grafica No. 64

Atención Recurso Propio (1813)



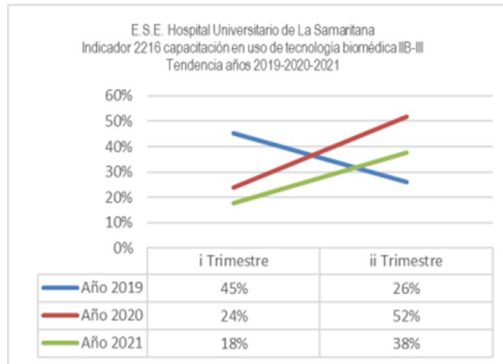
De los indicadores 1814 – 1815 - 1816 y 1817 se puede extraer que para el primer trimestre de 2021 se atendieron 34 requerimientos y para el segundo trimestre 7 requerimientos, los cuales obtuvieron la máxima calificación por parte de los servicios atendidos. La medición de satisfacción de nuestros clientes internos nos permite confirmar que la percepción que los servicios tienen de la oportunidad en atención y solución del servicio de tecnología biomédica frente a sus solicitudes, es la misma que se ve reflejada en las gráficas de los indicadores anteriores; es decir, una percepción de prestación de servicio buena.

Fuente: Tablero de CONTROL TB y ALMERA

Indicador de Capacitaciones Realizadas

Grafica No. 65

Capacitaciones Tecnología Riesgo IIB-III (2216)



En el primer semestre se realizan 222 capacitaciones al personal asistencial del manejo y cuidado de las tecnologías categorizadas con riesgo IIB y III, (Meta: 400 personas capacitadas). No hay comparativos anuales aún en ALMERA, ya que este indicador fue ajustado recientemente al igual que todos los demás del área de Tecnología Biomédica, sin embargo, los datos de años anteriores se toman del tablero de control del área ya que esta es la fuente para ALMERA. Al ser este un indicador de carácter acumulativo, la tendencia de la gráfica no es relevante ya que el sentido es cumplir el 100% al final del 4 trimestre y si se observan los datos el acumulado en la mitad del año 2021 es del 56%.

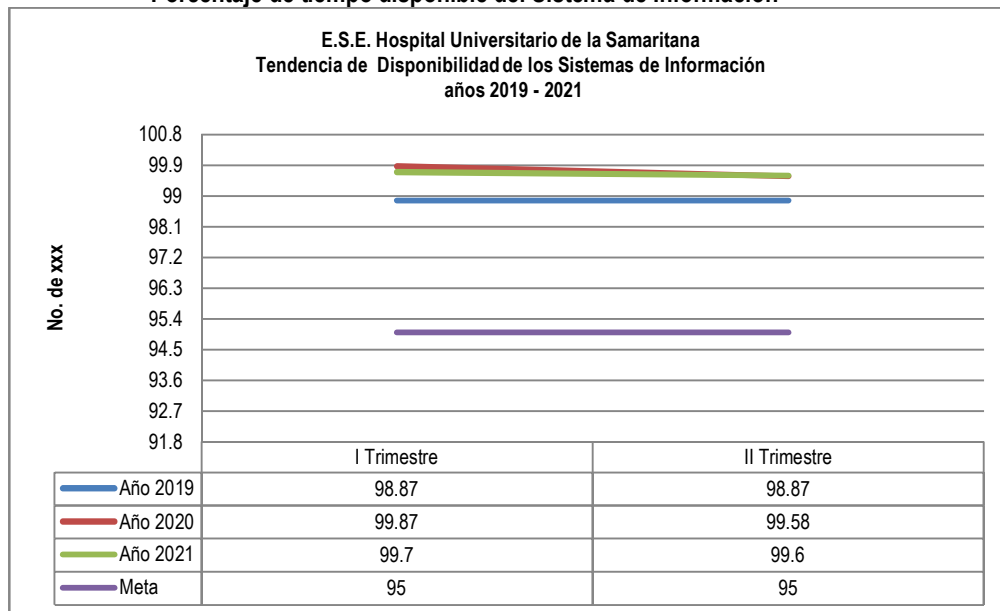
Fuente: Tablero de CONTROL TB y ALMERA

4.5.- Sistemas

Indicadores

Grafica No. 66

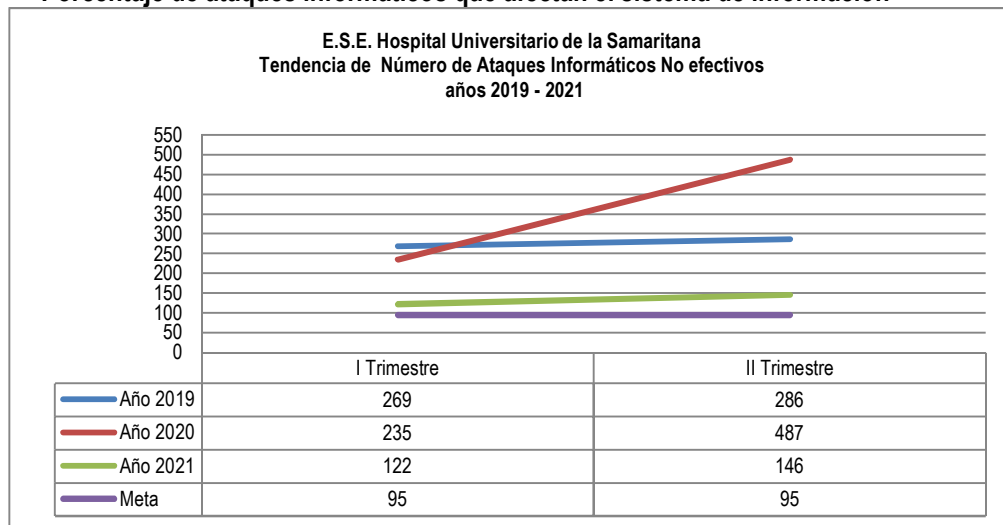
Porcentaje de tiempo disponible del Sistema de Información



Fuente Almera

En el segundo trimestre se presentó falla en la telefonía por 3 horas se activó la contingencia para salida de llamadas por UNE, Falla en salida de correos por 1 hora, Falla de canal dedicado de Cogua y san Cayetano por una (1) hora.

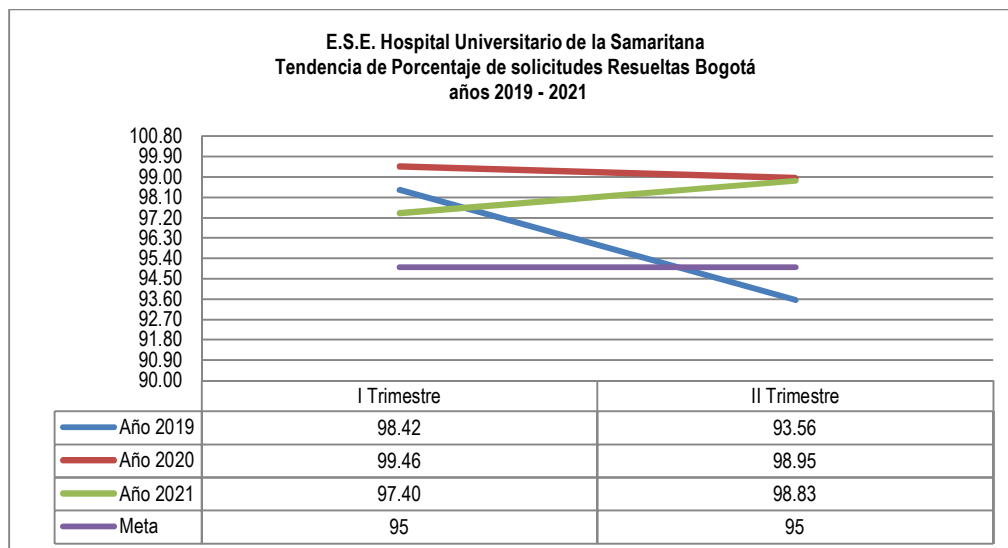
Grafica No. 67
Porcentaje de ataques informáticos que afectan el sistema de información



Fuente Checkpoint

De acuerdo al histórico del indicador en el 2021 disminuyó el número de ataques controlados por el sistema de seguridad lo que evidencia que la continua gestión en la administración de las políticas de seguridad evidencia que se minimiza el riesgo de ataques efectivos que se puedan. Se realizará la evaluación de nuevos indicadores de seguridad para implementar que nos continúe monitoreando el grado de efectividad de nuestra seguridad informática.

Grafica No. 68
Indicadores de Mesa de Ayuda



Fuente Mesa de Ayuda

Se registraron 2898 solicitudes y quedaron pendientes de respuesta 34, se mantiene el porcentaje de respuesta a las solicitudes de soporte teniendo en cuenta que desde Bogotá se presta el soporte a todas las sedes del HUS. El 80%

La oportunidad de respuesta promedio del 80% de las solicitudes de soporte es del menor a dos (2) días manteniendo la tendencia con respecto a trimestres y vigencias anteriores cabe aclarar que el soporte especializado se realiza desde Bogotá a todas las sedes.

4.6.- Gestión Documental

- Organización de Acervo Documental: Se da cumplimiento de la meta establecida para el primer y segundo trimestre de acuerdo a lo establecido en el cronograma para la vigencia 2021 correspondiente a los expedientes contractuales de 2020.
- Cronograma de Tránsito Documental: Se cuenta con 47 dependencias de las cuales en la vigencia 2021 para el primer y segundo trimestre, 40 cumplieron el proceso de transferencias documental en un avance del 85% del total, el 15% restante solicitó ampliar el plazo.
- Plan Institucional de Archivos PINAR: El Plan se articula con el Programa de Gestión Documental con un avance del 43%, logrando: la Capacitación de las 3 sedes en los procesos de gestión documental adoptados.
- Se identificaron y se definieron los riesgos de seguridad de los soportes documentales (físicos y electrónicos) alineándolos a los activos de información clasificándolos en Clasificados y Confidenciales.

4.7.- Comunicaciones

Se continúa el fortalecimiento de la comunicación externa logrando proyectar información de interés en los diferentes medios de comunicación, a continuación, se detalla los medios en los cuales hizo presencia el HUS.

Tabla No. 67

Medio	Nombre del Medio	Información	mes
Prensa Digital	Revista Semana www.semana.com	ocupación de camas UCI para atender la covid-19	Abril
Radio	La FM	ocupación de camas UCI para atender la covid-19	Abril
Prensa Digital	RPTV NOTICIAS	Pandemia aumentó consumo de drogas en el mundo	Abril
Prensa Digital	El Nuevo Siglo	Concejo entregó Orden al Mérito por donación de órganos	Mayo
Televisión	RCN TV	¿Qué es la muerte cerebral y cómo se puede confirmar?	Mayo
Prensa Digital	The New York Times	Situación del HUS frente al paro nacional	Mayo
Radio	Blue Radio		
Radio	RCN	ocupación de camas UCI	Junio
Televisión	RCN	ocupación de camas UCI	Junio

La oportunidad de las solicitudes de comunicaciones está en 5 días logrando mejorar ya que comparado con años anteriores el tiempo en días estaba en 8.

CAPITULO V

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Objetivo

Evaluar de manera independiente, objetiva y oportuna el Sistema de Control Interno, a través de seguimientos y auditorías, generando alertas tempranas que contribuyan con el mejoramiento continuo en la gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana que sirva como apoyo a la toma de decisiones del nivel Directivo. En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

5.1. Informe ejecutivo anual del estado de Control Interno.

Los resultados de la autoevaluación del MECI 2020 con la encuesta elaborada por Control Interno fueron los siguientes:

Tabla No. 68

DESCRIPCION	Número de preguntas	AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN
		VIGENCIA 2017	VIGENCIA 2018	VIGENCIA 2019	VIGENCIA 2020
		CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO
MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN					
Componente Talento Humano	35	4,14	4.247	3,542	4,761
Componente Direccionamiento Estratégico	39	4,17	3.837	3,906	4,617
Componente Administración de Riesgos	31	4,22	3.708	3,747	4,693
MODULO DE CONTROL Y EVALUACION Y SEGUIMIENTO					
Componente Autoevaluación Institucional	8	3,6	3.144	3,597	4,317
Componente Auditoria Interna	13	3,62	3.647	3,976	4,660
Componente Planes de Mejoramiento	12			4,575	4,784
EJE TRANSVERSAL - INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	55	4,27	3.652	3,697	4,692
TOTAL PREGUNTAS	193				
CUMPLIMIENTO		4,00	3.706	3,863	4,646

El cumplimiento de la Autoevaluación de la vigencia 2020 incremento en 0.783 puntos con respecto a la vigencia 2019, siendo el Componente de Talento humano el que más incremento, con 1.219 puntos con relación a los demás componentes. Se presentó auditoría sobre la implementación del MECI en la vigencia 2020, para lo cual se tuvo como insumo entre otros aspectos la información publicada en la intranet y la autoevaluación del grado de implementación diligenciada por los funcionarios- Directivos mediante una encuesta.

Nivel de Implementación del MECI según la Calificación del DAFP

Tabla No. 69
Resultados del DAFP año 2020

DIMENSION	COMPONENTES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO DE REFERENCIA
		2020	
D1	Talento Humano	73.6	90.2
D2	Direccionamiento Estratégico y Planeación	55.6	98.2
D3	Gestión con valores para resultados	67.3	97.9
D4	Evaluación de resultados	55.1	97.6
D5	Información y Comunicación	70.7	98.3
D6	Gestión del Conocimiento y la innovación	56.2	98.2
D7	Control Interno	66.5	97.4
	Resultado institucional	67	97.8

Se socializaron los resultados mediante el informe cuatrimestral, al igual que en el Comité Coordinador de Control Interno y se hizo video explicativo en YouTube. Se diseñó curso Quizizz de MIPG. Nota: Se recomienda reactivar el Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG, elaborar y ejecutar el plan de acción que permita medir la mejora, y realizar la autoevaluación de la vigencia 2021. El tema lo lidera la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

Tabla No. 70
Resultados de las Vigencias Anteriores.

COMPONENTES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	DIMENSIÓN DE MIPG
	2019		2018			2017			
Componente de ambiente de control	67.5	98	63,8	98,31	3	66.5	85.5	2	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación
Componente de gestión del riesgo	75.2	98	52,1	95,50	2	70	88.4	3	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación
									Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de actividades de control	82	98	54,3	94,21	2	74.4	90.7	4	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación
									Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de información y comunicación	75.5	98	64,6	96,82	3	71.8	84.8	4	Dimensión de información y comunicación
Componente de actividades de monitoreo	71.5	98	57,7	98,64	2	72.5	88.1	4	Dimensión de control interno
Resultado institucional			58,6	80,01	2	72.7	87.1	4	
	72.8	98							

(Nota: el resultado no se obtiene de sumar y dividir las calificaciones de cada dimensión, el resultado está en el informe emitido por el DAFP y se conocen los parámetros y/o variables estadísticas utilizados)

Tabla No. 71

FACTOR	RESULTADOS DAFP-2016	RESULTADOS DAFP-2015	RESULTADOS DAFP-2014	RESULTADOS DAFP-2013
ENTORNO DE CONTROL	1,23	1,91	2,28	2,19
	INICIAL	BASICO		
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,43	3,71	2,93	3,16
	INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2,98	3,45	2,47	2,44
	INTERMEDIO	INTERMEDIO		
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,64	4,11	2,45	2,47
	INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
SEGUIMIENTO	3,26	3,7	3,09	2,86
	INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	42,75%	59,40%	41,01	40,60%
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
CONVENCIONES: INICIAL : 0-10, BASICO: 11-35 INTERMEDIO: 36 –65, SATISFACTORIO: 66-90 AVANZADO: 91 - 100				

5.1.1 Informe Semestral estado de Control Interno. 100% de cumplimiento.

Se radicó y publicó en términos el informe semestral de los siguientes cortes:

11 de julio de 2020 con oficio 7099-1 se radicó al comité directivo el informe semestral.

En Enero 18 de 2021 con radicado 2021110001408-1 se radico a la Gerencia el Informe Semestral, correspondiente a Julio – Diciembre de 2020 y se publicó en el sitio WEB de la E.S.E.

En atención a lo estipulado en el [Decreto 2106 de 2019](#) “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” (artículo 156), donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública

Con las recomendaciones de estos informes se debe elaborar el plan de del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

5.1.2 Comité Coordinador de Control Interno.

Con la resolución No. 221 del 03 de Mayo de 2021 se modificó y actualizó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Empresa social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana y se dictan otras disposiciones”

Conforme a Cronograma de Reuniones Ordinaria del Comité de Coordinación de Sistema de Control Interno vigencia 2021, se establecieron 3 reuniones obligatorias, la primera se realizó el día jueves 11 de Marzo de 2021 en la Sala de Juntas de la Gerencia, donde fue aprobado el plan de auditorías de la vigencia 2021, la segunda se hizo 21 de abril de 2021, donde se realizó capacitación sobre MIPG, y se informó por parte de la oficina de planeación sobre la metodología para construir la matriz de riesgo de corrupción y la matriz de riesgos de los proceso e informó sobre el avance de la gestión del riesgo.

5.1.3 Fortalecimiento del MECI

Año 2021 Las actividades se realizarán a partir del segundo trimestre de esta vigencia.

Año 2020: Videos sobre: Explicación sencilla sobre Control Interno. 41 visitas. Consulta resultados MIPG 2019. 289 visitas. Conflicto de intereses 28 visitas en YouTube y 116 reproducciones en Facebook, capacitación en zoom 26 participantes.

Cursos: Se ha buscado llegar a funcionarios que por sus actividades no tienen acceso al computador para consultar el correo, a través de la creación del grupo en WhatsApp MECI-HUS de la Samaritana que en la actualidad se aumentó de 130 a 134 participantes. Por este medio se les envía la información sobre control interno. Se desarrolló herramienta Quizizz en la cual se elaboró curso virtual de MIPG y de transparencia y lucha contra la corrupción.

Año 2019: Las 3 líneas de defensa 1400 visitas
Responsabilidad social empresarial / acreditación en salud 211
Inducción sobre control interno 89 visitas

Se capacitó al personal del proceso de atención farmacéutica en gestión del riesgo (para lo cual se analizó el mapa de riesgos que tenían vigente y sus controles) se transmitió la capacitación por Facebook la cual tiene 250 reproducciones.

5.2.- Informe Anual de Control Interno Contable

Calificaciones obtenidas luego de rendir el informe de control interno contable en el validador de la CGR – CHIP:



Tabla No. 72

VIGENCIA	CALIFICACIÓN	RANGO	TOTAL RECOMENDACIONES
2013	4,09	SATISFACTORIO	8
2014	3,96	SATISFACTORIO	21
2015	3.78	SATISFACTORIO	19 - 13 correspondiente a años anteriores. 16 correspondiente al año 2015 Total 29 Se atendieron en su totalidad 4 recomendaciones. Parcialmente se atendieron 21 y 4 no se atendieron.
2016	3.65	ADECUADO Nuevos rangos resolución 193 de 2016 exp por la contaduría general de la Nación 1-3 DEFICIENTE 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015 15 recomendaciones del año 2016.
2017	4.27	EFICIENTE	Cuatro recomendaciones vigentes del 2014 12 recomendaciones pendientes del 2015 18 recomendaciones pendientes del 2016 16 recomendaciones de la vigencia 2017
2018	4.31	EFICIENTE	Cuatro recomendaciones vigentes del 2014 12 recomendaciones pendientes del 2015 18 recomendaciones pendientes del 2016 16 recomendaciones de la vigencia 2017 Se elaboró por parte del proceso de Gestión financiera el correspondiente plan de mejoramiento.
2019	4.27	EFICIENTE	15 recomendaciones. Se reiteran 2. Se debe elaborar plan de mejoramiento para atender las desviaciones encontradas el cual se debe ejecutar en la vigencia 2020
2020	4.59	EFICIENTE	15 Recomendaciones 2019 y 18 recomendaciones pendientes vigencias anteriores. 10 Recomendaciones con Plan de mejoramiento, 20 e atendieron con actividades propias del proceso 03 Plan de mejoramiento.

Auditoria para rendir Informe sobre Derechos de Autor

Tabla No. 73

VIGENCIA	HALLAZGOS	CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES
2013	6 HALLAZGOS	Se atendió uno de seis hallazgos. 16%
2014	9 HALLAZGOS	Se atendieron 3 de 9 recomendaciones. 33.33%
2015	Se reiteran 6 y dos nuevas. Total 8	Se atendieron 3 de 8 recomendaciones 37.5%
2016	19 HALLAZGOS Y 5 RECOMENDACIONES	Se realizaron actividades para atender las recomendaciones pero las 5 recomendaciones siguen vigentes 0%
2017	12 y 12 recomendaciones	Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.
2018	2016 5 recomendaciones 2017 7 recomendaciones 2018 6 recomendaciones Total 18 recomendaciones	Pendiente entrega del plan de mejoramiento
2019	7 recomendaciones nuevas Se reiteran las anteriores	Se debe elaborar plan de mejoramiento para atender las recomendaciones del informe
2020	12 Recomendaciones de vigencias anteriores continúan vigentes. 8 Recomendaciones nuevas.	Se unifica en una sola recomendación, pendientes 11 recomendaciones de vigencias anteriores Se cumple una recomendación de vigencias anteriores.

5.3.- Auditoria para la Evaluación por Dependencias.

Se radicó el correspondiente informe final el 03 de marzo de 2021, radicado 2021110002299-1, correspondiente a la vigencia 2020. Cumplimiento de las metas Promedio de 9.2¹ Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento por parte de las direcciones y oficinas asesoras correspondiente a la vigencia 2020.

¹ Cumplimiento metas del POA 2020

Indicadores Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditorias. 100%.

Se han realizado 13 Auditorias de 25 para un Cumplimiento del 52%

Tabla No. 74

PROCESO	OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD	No	AUDITORIA	CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE
TODOS LOS PROCESOS	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.	1	INFORME SEMESTRAL DEL MECI	100% X 2
TODOS LOS PROCESOS	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.	2	AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	100%
TODOS LOS PROCESOS	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Lograr la Auto sostenibilidad Financiera.	3	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE	100%
TODOS LOS PROCESOS	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.	4	AUDITORIA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	100%
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN INVESTIGACIÓN DOCENCIA	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Garantizar un Sistema de Información	5	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR	100%
TODOS LOS PROCESOS	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Lograr la Auto sostenibilidad Financiera	6	AUDITORIA DE AUSTERIDAD DEL GASTO (ARTÍCULO 2.8.4.8.2 del DECRETO 1068 de 2015)	100% X 2
TODOS LOS PROCESOS	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	7	INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA CONTROL INTERNO	100% x 2
TODOS LOS PROCESOS	Fortalecer la Prestación se servicios de Salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Garantizar un Sistema de Información	8	AUDITORIA PARA REVISAR LEY ANTITRÁMITES-CERO PAPEL- INDICE DE TRANSPARENCIA ITA Y SUIT	
TODOS LOS PROCESOS	Fortalecer la Prestación se servicios de Salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Lograr Auto sostenibilidad Financiera	9	POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN E IRREGULARIDADES QUE HAYA ENCONTRADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES SOBRE ACTOS DE Corrupción (Seguimiento a las funciones de advertencia en comité coordinador de Control Interno)	
GESTIÓN JURÍDICA	Fortalecer la Prestación se servicios de Salud. Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad.	10	AUDITORIA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA Y SECOP	100% VERIFICACION DE LA MATRIZ DE CONTROL DE LEGALIDAD / SIA OBSERVA vigencia 01-01-2020 hasta 31-03-2021
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Fortalecer la Prestación se servicios de Salud.	11	AUDITORIA A PROCESOS DISCIPLINARIOS	100%
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA GESTION DEL TALENTO HUMANO	Fortalecer la Prestación se servicios de Salud. Garantizar un sistema de información eficiente y eficaz	12	GESTION PQRS	
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN GESTION DEL TALENTO HUMANO	Fortalecer la Prestación se servicios de Salud. Garantizar un sistema de información eficiente y eficaz	13	AUDITORIA DE GESTIÓN DOCUMENTAL De cumplimiento del plan de mejoramiento archivístico de que trata el DECRETO 106 de 2015. TRD Y TVR	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	14	AUDITORIA DE CUMPLIMIENTOS A PLANES (POA-PI y PLANES DECRETO 612 DE 2018), PROGRAMAS Y PROYECTOS	
TODOS LOS PROCESOS	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	15	SEGUIMIENTO A RIESGOS Y CONTROLES ANÁLISIS DE RIESGOS Y CONTROLES DE CORRUPCIÓN. Evaluación de la política y programa de administración de riesgos, atendiendo la metodología adoptada por la entidad.	
TODOS LOS PROCESOS	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	16	SEGUIMIENTO A LA AUTOEVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MIG. EVALUACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO, ALERTANDO SOBRE CAMBIOS QUE PUEDAN AFECTAR LOS OBJETIVOS DE LA ENTIDAD. SEGUIMIENTO A LA APROPIACIÓN DE LOS VALORES Y PRINCIPIOS DEL SERVICIO PÚBLICO. EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO. GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES.	
TODOS LOS PROCESOS	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	17	AUDITORIA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS. (RIESGOS Y SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL) Evaluación de la política y programa de administración de riesgos, atendiendo la metodología adoptada por la entidad.	
TODOS LOS PROCESOS	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Lograr la Auto sostenibilidad Financiera	18	GESTION AMBIENTAL (POLITICA, PROCESO, PROCEDIMIENTO, INDICADORES Y PLANES DE MEJORAMIENTO)	
GESTIÓN FINANCIERA	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Lograr la Auto sostenibilidad Financiera	19	ARQUEOS DE RECURSOS PUBLICOS	
GESTIÓN FINANCIERA-GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Lograr la Auto sostenibilidad Financiera	20	AUDITORIA CONTROL INTERNO CONTABLE (INVENTARIOS- ACTIVOS FIJO-SUBVENCIONES)	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	21	AUDITORIA AL CUMPLIMIENTO SARLAFT.	
GESTIÓN FINANCIERA FACTURACION Y RECAUDO	Fortalecer la prestación de servicios de salud. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad. Lograr la Auto sostenibilidad Financiera	22	AUDITORIA CARTERA, FACTURACION E INGRESOS ABIERTOS	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	23	EVALUACION DE LA GESTIÓN - SEGUIMIENTO A INDICADORES	
TODOS LOS PROCESOS	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	24	AUDITORIA RENDICIÓN DE INFORMES A ENTES EXTERNOS	
TODOS LOS PROCESOS	Cumplimiento de los 6 objetivos estratégicos de la entidad, misión y visión.	25	INFORME DE AUDITORIA PLAN DE SEGUIMIENTOS	100%

Se recomienda que incluyan las acciones de mejora en los PUMP 2021 de los procesos correspondientes, y de esta manera dar cumplimiento al Decreto 1499 de 2017.

Tabla No. 75
Comparativo Vigencias Anteriores.

VIGENCIA	PROGRAMADAS	REALIZADAS	TOTAL	CUMPLIMIENTO
2014	8	7	7	87.5%
2015	17	17	17	100%
2016	5	9	9	100%
2017	13	13	13	100%
2018	20	17	17	85%
2019	21	19	22	90.47%
2020	23	25	25	100%
2021	25	13	EN DESARROLLO	52%

Se realizó en el primer trimestre revisión de los planes de mejoramiento elaborados producto de los informes de auditoría de la vigencia 2020, el resultado es el siguiente:

Tabla No. 76

ITEM	DESCRIPCION	NUMERO DE HALLAZGOS	HALLAZGOS CUMPLIDOS	%	HALLAZGOS CON PLAN DE MEJORA	%	HALLAZGOS NO ATENDIDOS	%
2	AUDITORIA CONTROL INTERNO CONTABLE 2019	33	30	91%	10	30%	3	9%
3	AUDITORIA INFORME DE CARTERA I TRIMESTRE 2019-2020	11	4	36%	1	9%	7	64%
4	AUDITORIA EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIA 2019	30	30	100%	0	0%	0	0%
5	AUDITORIA AUTOEVALUACIÓN MECI 2019	2	1	50%	0	0%	1	50%
6	AUDITORIA VERIFICACIÓN HARDWARE Y SOFTWARE VIGENCIA 2019	12	12	100%	1	8%	0	0%
7	AUDITORIA ARQUEOS DINEROS PÚBLICOS EN CAJA MENOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA	5	5	100%	5	100%	0	0%
8	AUDITORIA SEGUIMIENTO INGRESOS ABIERTOS MARZO DE 2020	4	4	100%	1	25%	0	0%
9	AUDITORIA VERIFICACIÓN DEL CARGUE DE LA CONTRATACIÓN SISTEMA ELECTRÓNICO DE CONTRATACIÓN PÚBLICA SECOP I	2	2	100%	0	0%	0	0%
11	AUDITORIA SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y SUS CONTROLES 2020	5	5	100%	0	0%	0	0%
12	AUDITORIA INFORME DE GESTIÓN PQRSD VIGENCIA 2020	15	15	100%	0	0%	0	0%
13	AUDITORIA VERIFICACIÓN CONTRATACIÓN EN EL MARCO COVID-19	3	3	100%	1	33%	0	0%
14	AUDITORIA SEGUIMIENTO A PROCESOS INSTITUCIONALES Y RIESGOS ASOCIADOS VIGENCIA 2019-2020	6	6	100%	1	17%	0	0%
15	AUDITORIA VERIFICACIÓN DEL CARGUE DE LA CONTRATACIÓN SECOP I Y SIA OBSERVA	5	5	100%	2	40%	0	0%
16	AUDITORIA TRÁMITES DE PROCESOS DISCIPLINARIOS VIGENCIA 2020	5	5	100%	5	100%	0	0%
17	AUDITORIA GESTIÓN DE MIPG VIGENCIA 2020	23	7	30%	0	0%	16	70%
18	AUDITORIA CONFLICTO DE INTERESES	6	6	100%	1	17%	0	0%
19	AUDITORIA RIESGOS Y SEGUIMIENTOS A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MÁTRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2020	7	7	100%	3	43%	0	0%
21	AUDITORIA SEGUIMIENTO ACTIVIDADES GESTIONADAS EN ALMERA DE INFORMES RADICADOS A ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL 2020	3	3	100%	0	0%	0	0%
23	AUDITORIA INFORME DE SEGUIMIENTO RECOMENDACIONES SEGREGACION EN LA FUENTE, DESACTIVACIÓN, ALMACENAMIENTO, RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL PROCESO DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES "PGIRHS" EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA VIGENCIA 2020	9	9	100%	2	22%	0	0%
24	AUDITORIA DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS - SARLAFT 2020	13	13	100%	2	15%	0	0%
25	AUDITORIA ACTIVOS FIJOS (Bogotá y Zipaquirá)	4	4	100%	4	100%	0	0%
	TOTAL	203	176	87%	39	19%	27	15%

Producto de la revisión se detectó que no se proporcionó información de las siguientes observaciones:

Tabla No. 77
Informe Institucional de Control Interno Contable Vigencia 2019

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REALIZÓ PLAN DE MEJORA		DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA Y/O COMO SUBSANO EL HALLAZGO
	SI	NO	
Se recomienda generar conciencia en todos los responsables de los hechos económicos, el control interno contable es transversal a todas las áreas de la E.S.E., de esta forma se garantiza que las recomendaciones se incluyan en los planes únicos de mejora de cada proceso, se dé cumplimiento oportuno por parte de los responsables, a las actividades por que derivan de la competencia de cada uno y así generar compromiso global y mayor impacto en el resultado del control interno contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.			El equipo de trabajo sugiere que estas recomendaciones quede por fuera del listado
Se recomienda que al Plan Único de Mejora por Proceso - PUMP de los procesos de la E.S.E. se integren los hallazgos y/o observaciones de la Auditorías de control interno contable de la E.S.E. de las vigencias anteriores que aún se encuentran en desarrollo e incluir las del presente informe.			El equipo de trabajo sugiere que estas recomendaciones quede por fuera del listado
Se reiteran las recomendaciones de las vigencias anteriores, que se señalan en el seguimiento a las recomendaciones que se encuentran en desarrollo.			

Tabla No. 78
Auditoría Informe Cartera Primer Trimestre 2019 y 2020

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REALIZÓ PLAN DE MEJORA		DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA Y/O COMO SUBSANO EL HALLAZGO
	SI	NO	
La venta de servicios de salud por regímenes en comparación con el primer trimestre del 2019, refleja un aumento de 8.545.505 millones se debe tener en cuenta que este aumento debe ser consecuente con los gastos fijos de funcionamiento del Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá.			No existe comparativo por no estar en HRZ en el año 2019, Tiene HRZ Apalancamiento Financiero por 5 años para funcionamiento y equilibrio financiero
El mapa y/o matriz de riesgos institucional de la vigencia 2019, no identifica ningún riesgo directamente relacionado con los procedimientos de recaudo y/o cartera.			No se ha realizado actividad alguna, se actualizará la matriz en reunión febrero 17 de 2021
Los recaudos efectivos, a menos de 60 días, por las ventas de servicios de salud en el periodo enero marzo 2019 fueron del 11.09% y en el periodo enero - marzo de 2020 del 18.38%			la observación que realiza cartera que no existe justificación técnica para dejar en plan de mejora o realizar actividades
Los recaudos de las vigencias anteriores en el periodo enero - marzo de 2019, (recaudo de la cartera vigencia 2018) es del 15.22% y del periodo enero - marzo de 2020 (recaudo de la cartera vigencia 2019) es del 12.59%. La Cartera por deudor de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana - Bogotá + unidad funcional de Zipaquirá, del periodo: enero - marzo 2019 y de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana - Bogotá + Hospital regional Zipaquirá + Unidad funcional Zipaquirá, del periodo : enero - marzo 2020, la cartera por deudor registra: Al comparar la cartera por deudor en los periodos enero - marzo 2019 y enero - marzo 2020, se registra un incremento del 8.6% para el periodo de la vigencia 2020.			la observación que realiza cartera que no existe justificación técnica para dejar en plan de mejora o realizar actividades
Comparados los periodos enero - marzo 2020, la cartera por deudor, la confirmación de cartera por regímenes, de mayor a menor registra: - El régimen subsidiado, le corresponde a este régimen el de mayor volumen de cartera en la E.S.E.S. y que observo una tendencia decreciente en 3.52 puntos porcentuales - El régimen contributivo, ascendió en el volumen de la cartera para el periodo de 2020 en 4.46 puntos porcentuales. - La cartera registrada por SOAT - ECAT se mantuvo en alrededor de 10%. - La cartera de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda - secretarías departamentales registro una variación porcentual menor de 1 punto. - En otros deudores de servicios de salud el porcentaje permanece alrededor del 3.5% en ambos periodos. - Y en otros deudores la cartera en ambos periodos se encuentra alrededor del 1.5%.			la observación que realiza cartera que no existe justificación técnica para dejar en plan de mejora o realizar actividades
Con las conclusiones anteriores y por estar directamente correlacionados y concomitantes se evidencia el siguiente comportamiento de la información reportada en los formatos de facturación y cartera por deudor.			
La cartera de otros deudores por conceptos diferentes a venta de servicios de salud para el periodo enero - marzo de 2019 registra una cartera por valor de 3.012.513.679 en el rango mayor de 360 días y para el periodo enero - marzo de 2020 un valor de 3.088.069.728 en el rango de 181 a 360 días.			la observación que realiza cartera que no existe justificación técnica para dejar en plan de mejora o realizar actividades

Tabla No. 79
Auditoria Informe de Gestión MIPG

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REALIZÓ PLAN DE MEJORA		DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA Y/O COMO SUBSANA EL HALLAZGO
	SI	NO	
Gestión documental. Se debe elaborar un documento estableciendo el mecanismo para los riesgos de pérdida, de información en su soporte físico.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Se debe impulsar desde la alta dirección la implementación del sistema de costos.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Continuar con la implementación de ALMERA incluyendo los procesos de apoyo y revisado que los indicadores establecidos en la caracterización coincidan con la información de ALMERA.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Se debe fortalecer la participación ciudadana y de los grupos de interés en la rendición de cuentas (sindicato, proveedores, veedurías, asociaciones de usuarios, etc.), se deben elaborar planes de mejora resultado de las observaciones de la ciudadanía en la rendición de cuentas y de la autoevaluación, se deben establecer incentivos para la participación.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
No hay cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010 - Comisión Nacional del Servicio Civil.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externo, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existentes y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos de interés.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Brindar apoyo comunicacional a todos los procesos para desplegar la información que apoye el desarrollo de sus diferentes actividades y el cumplimiento de los objetivos propuestos			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés - asuntos de interés - canales).			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización, transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Se debe incluir en ALMERA los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, de igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollen de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
Se debe definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se debe formular indicadores COMPUESTOS.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION
La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.			NO HUBO ASISTENCIA A LA REVISION

Indicador del Proceso Porcentaje de Seguimiento a Planes de Mejoramiento 100%

Se han realizado el 100% de los seguimientos que por norma se deben realizar y radicar en el ente de control.

Tabla No. 80

Cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional – Contraloría Segundo Semestre 85.09%

DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2020	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2019	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2018	AUDITORIA ESPECIAL FINSEMA 2015 - 2018	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2017	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2016
Concepto sobre La Gestión		Con observaciones	Con observaciones	SIN HALLAZGOS	NA	Con OBSERVACIONES
Opinión sobre los Estados contables	Limpia o sin Salvedades	Con Salvedades	Con salvedades		NA	Con salvedades
Opinión Presupuestal	Limpia o sin Salvedades					
Concepto gestión Inversión y Gasto	Con Observaciones					
Concepto revisión de la Cuenta	Favorable					
Concepto Calidad Control Fiscal Interno	Efectivo					
Fenecimiento	Se fenece	No Fenece	Se fenece		No se fenece de forma	Se fenece
Primer trimestre						27.50%
Segundo trimestre		85.09%	56%		47.22%	51.00%
Tercer trimestre						67.15
Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL			96.12%		100%	91.92%
	TOTAL DE HALLAZGOS: 13	TOTAL DE HALLAZGOS: 8	TOTAL DE HALLAZGOS: 12	TOTAL DE HALLAZGOS: 0	TOTAL DE HALLAZGOS: 1	TOTAL DE HALLAZGOS: 12
Nivel de cumplimiento	En Elaboración el Plan de Mejoramiento; Conforme a lo establecido en la Resolución No. 278 de Mayo de 2021, Artículo tercero: Plazo. ... dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la comunicación del informe final de Auditoria		Plan Cumplido		Según el informe de la contraloría páginas 133 y 134 se da por cumplido el plan de mejoramiento antes de tiempo informe radicado el 28 de octubre de 2019 radicado c 19118000107	Plan Cumplido
					Plan cumplido.	

La Contraloría de Cundinamarca con **Resolución 278 de mayo de 2021**, modificó el formato de seguimiento de los planes de mejoramiento y la metodología para evaluarlos, siendo el cambio más significativo que las actividades propuestas solo tendrán un peso porcentual en la calificación de un 20% y la efectividad de las mismas tendrá un peso del 80%, esta efectividad será evaluada por el ente de Control bajo condiciones que aún no se conocen.

El 18 de junio de 2021, se socializó al comité directivo la resolución 278 de 2021 de la Contraloría departamental, la cual contiene los nuevos lineamientos para la elaboración de planes de mejoramiento.

Se elevó consulta al ente de control con oficio 5339-1 del 21 de junio de 2021, el ente de control dio respuesta con oficio C21117800214 radicado en el HUS el 29 de junio de 2021, respuesta que en realidad no arroja muchas luces sobre la forma de evaluación.

Con oficio 5921-1 del 12 de julio de 2021 se remitió a la oficina control disciplinario, para que se investigue porque algunas áreas o procesos no enviaron los avances correspondientes al plan de mejoramiento de la vigencia 2019 antes 15 de junio tal y como lo había solicitado la oficina de control interno con oficio 4729-1 del 26 de mayo de 2021.

5.4.- Planes de Mejoramiento suscritos con la Superintendencia Nacional de Salud

Cumplimiento del Plan de Mejoramiento Suscrito con la Superintendencia Nacional de Salud – Año 2014.

Con oficio 123861 de 10 de octubre de 2017, se radicó el avance y soportes del plan de mejoramiento el cual reporto un porcentaje de cumplimiento del 99.32%. Con oficio del 4 de abril de 2019 se envió a la Superintendencia Nacional de Salud el avance correspondiente a uno de los tres hallazgos que se encuentran pendientes. Se encuentra pendiente por cumplir: Acuerdos de gestión, hoja testigo de historias laborales inactivas, actualización caracterizaciones de los procesos de: Atención al paciente extramural, atención al paciente quirúrgico, atención farmacéutica.

Cumplimiento del Plan de Mejoramiento Suscrito con la Superintendencia Nacional de Salud – Año 2015. Cerrado.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Superintendencia Nacional de Salud vigencia 2015.

El 4 de abril de 2019 se radicó en la Superintendencia Nacional de Salud el seguimiento al plan de mejoramiento en el cual se observa que 11 de los 13 componentes se encuentran en un estado cerrado, quiere decir que el avance es del 84.61%.

Con oficio del 21 de junio de 2019 No 2019400003200-2 la Superintendencia Nacional de Salud le informó al Gerente que cerraban 12 de los componentes y dejaban abierto solo el que tiene que ver con el tema del integrante de la Junta Directiva por el sector científico externo, en ese oficio de la Superintendencia Nacional de Salud se informa que se dio traslado a la procuraduría para lo de su competencia.

Cumplimiento Plan de Mejoramiento Visita Año 2020.

Con radicado 2020100007888-1 de fecha 13 de agosto de 2020, la E.S.E. radicó plan de mejoramiento correspondiente al informe acto de visita 000214 de 16 de junio de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud con radicado No. 202043301560811 de 30 de diciembre de 2020 informa que de acuerdo a la metodología establecida y una vez revisadas y analizadas en su contenido cada una de las acciones planteadas, así como los tiempos y responsables de la ejecución de las actividades que apuntan a subsanar los hallazgos identificados, APRUEBA el Plan de mejoramiento que estará sujeto a seguimiento por parte de la Superintendencia.

En este mismo comunicado se insta a que se envíe el Plan de Mejoramiento en formato Excel con los soportes de los avances de las acciones ejecutadas a la fecha. Una vez finalizado el término previsto para culminar cada una de las acciones propuestas en el Plan de mejoramiento, deberá haber ejecutado el total de las acciones de mejora propuestas, para lo cual deberá los avances correspondientes en cada corte y el cumplimiento total de las acciones aprobadas con las evidencias y soportes correspondientes.

El jueves 21 de enero de 2021, vía correo electrónico, la Gerencia de la E.S.E., remite a la Superintendencia Nacional de Salud el seguimiento al Plan de Mejoramiento, informando que el porcentaje de cumplimiento es del 95% y adjunta las evidencias y soportes del cumplimiento de las acciones de mejoramiento.

El 9 de julio de 2021 la entidad fue notificada de la apertura de un proceso sancionatorio en contra del Gerente, derivado del hallazgo 1 de la visita realizada en agosto de 2020.

Con oficio del 5568-1 de 2021 se remitió a la oficina de control disciplinario para que se investigue por que no se ha enviado a la oficina de control interno la totalidad de los soportes del plan de mejoramiento, toda vez que este debe ser cumplido al 100% para evitar sanciones.

5.5. Cumplimiento del PUMP. 66.66%

5.81. Hallazgo. Estandarizar la evaluación de los riesgos y controles del hospital, para que permitan hacer una autoevaluación de los mismos por parte de los líderes de los procesos y una evaluación por parte de la oficina de control interno. **Esta actividad se realizará en el segundo semestre de 2021.**

Acción de mejora. Parametrizar una encuesta que permita la evaluación de los riesgos y controles.

5.8.2. Hallazgo. **Cumplimiento del 100%** Continuar con la digitalización de todo el archivo de la oficina.

Acción de Mejora. Escaneo del archivo de gestión de cada vigencia. Actividad cumplida evidencia en los archivos digitales de la Secretaria de Control Interno.

5.8.3. Hallazgo. **Cumplimiento del 100%**. Masificar la capacitación por parte de control interno a los funcionarios y partes interesadas. Acción de mejora. Producir videos con información relevante para la consulta permanente del cliente interno y externo. Actividad cumplida, Curso Quizizz MIPG y Lucha contra la Corrupción.

5.6.- Seguimiento Riesgos y Controles.

Riesgos del proceso de auditoría y control

En el mapa de riesgos se identificaron dos riesgos así:

Posibilidad de emitir informes de auditoría sesgados a causa de influencias de terceros que limiten la independencia de la evaluación. Posibilidad de entrega parcial, ocultamiento y/o no entrega de información por parte del proceso auditado que origine un informe que no proporcione el panorama integral de lo evaluado. Nota: La oficina de control interno hace una auditoría anual para el seguimiento de indicadores riesgos y controles.

5.7.- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

Tabla No. 81

VIGENCIA	ACTIVIDADES A EJECUTAR	ACTIVIDADES EJECUTADAS AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO
2014	19	7	37%
2015	16	6	37,5%
2016	33	12	36.36%
			Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 65,9%
2017	41	28	68.29%
			Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 90%
2018	35	24	68%
			Avance 86%
2019	35	29	83%
			Promedio de cumplimiento 90%
2020	38	20	Avance 86%
			Promedio de Cumplimiento 63.15%
2021	44	3	Avance 45.6%
			Actividades Cumplidas 3

5.8.- Seguimiento al SIA Observa y Publicación en el SECOP



Con radicado 2021110003603-1 se elaboró un informe de verificación al Control de legalidad de la contratación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, régimen especial, vigencia 01-01-2020 hasta 31-03-2021, contratos rendidos con documentos reportados y requeridos, con acta de inicio en el aplicativo SIA OBSERVA en donde se informa que el indicador de cumplimiento del control de legalidad² para la vigencia 2020 y el periodo 01-01-2021 a 31-03-2021 es de 53.64%

En el segundo semestre se incluirá en la auditoría la revisión del SECOP

5.9.- Plan de Seguimientos.

Se realizó auditoría para el seguimiento de los siguientes temas:

- Entrenamiento en el puesto de trabajo – Vigencia 2021
- Plan de Seguimientos vigencia 2021 – Habilitación
- Acuerdos de Gestión – Vigencia 2021
- Covid-19 – Vigencia 2021
- Pre auditoria ICONTEC ISO 14001 Version 2014
- Cartera mayor a 360 días – Vigencia 2021
- Aplicación Decreto 2365 de Diciembre de 2019
- Implementación de Factura Electrónica – Vigencia 2021
- Curso Virtual: Integridad, Transparencia y lucha contra la Corrupción – Vigencia 2021
- Posible incumplimiento del Contrato vigencia 2021
- Actas Comité Directivo – Vigencia 2020 Y 2021
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG – Vigencia 2021
- Auditoría Concurrente – Vigencia 2021
- MIPG Segunda Línea de Defensa – Vigencia 2021
- Uso del recaudo de la Estampilla – Vigencia 2021
- Inventarios, Propiedades, Planta y Equipo, Activos Intangibles – Vigencia 2021
- Soporte de la Supervisión de Contratos – Vigencia 2021
- Tercera línea de Defensa MIPG – Vigencia 2021
- Publicación de la Declaración de Renta de los Gerentes Públicos de la entidad y otros
- Seguimiento Hospital Regional de Zipaquirá

La auditoría fue socializada a los responsables y publicada en la página web, producto de las recomendaciones se espera la elaboración de los planes de mejoramiento.

5.10.- Comité de Conciliaciones

Se ha asistido a las reuniones informadas del comité de conciliaciones.

5.11.- Acreditación

14 de abril 2021. Se solicitó al estándar de direccionamiento actualizar la información correspondiente al PAMEC (avance y evidencias)

16 de abril 2021. Se solicitó mediante oficio 3501-1 al estándar de direccionamiento la fijación de un cronograma de reuniones y temas a tratar.

² El control de legalidad para la vigencia 2020 es de 47.77% y para el periodo 01-01-2021 hasta 31-03-2021 el indicador de cumplimiento es del 98.72%

16 de abril de 2021. Se solicitó mediante oficio 3502 -1 al estándar de gerencia la fijación de un cronograma de reuniones y temas a tratar.

21 de abril de 2021. Se realizó reunión del estándar de direccionamiento y gerencia y se estipuló que el 3 jueves cada tres meses de se realizará reunión de 3 a 4 de la tarde.

10 de mayo de 2021. Preparación para acreditación.

26 de mayo. Referenciación comparativa

23 de junio de 2021. Preparación para acreditación.

5.12.- Cumplimiento del POA 2021 primer trimestre 100%.

Tabla No. 82

Descripción de estrategias y actividades	II Trim	Resultado II Trim	% Alcanzado II Trim	EVIDENCIA
Incluir en los informes de gestión trimestrales los avances de los planes de mejoramiento producto de producto de las auditorías internas y externas (control interno, planeación, entes de control)	50%	100%	100%	La evidencia son los informes de gestión radicados en la gerencia / correo electrónico correspondientes al primer y segundo trimestre de 2021
Verificar cada tres meses la publicación de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la oficina de control interno	50%	100%	100%	En febrero 18 de 2021 oficio 1776-1 El 8 de abril de 2021 se entregó informe de verificación de publicación y elaboración de planes de mejoramiento / oficio 3264-1
Verificar y reportar el cumplimiento de los planes de mejoramiento a la contraloría y a los miembros del comité responsables del cumplimiento	50%	100%	100%	El seguimiento al plan de mejoramiento de la contraloría se hace de manera semestral (terminos contados a partir de su aprobación). La entidad radicó el seguimiento al plan de mejoramiento el 8 de julio de 2021, dentro de los términos establecidos por el ente de control. Oficio 5878-1 del 8 de julio de 2021
Realizar seguimiento anual a los controles establecidos por la institución	NA	NA	NA	La entidad se encuentra en el proceso de actualización de los mapas de riesgos / controles de los procesos, por tal motivo el cumplimiento de esta actividad se verá reflejada en el segundo semestre de 2021

5.13.- Reporte de Cumplimiento de Envío de Informes a Entes de Control

Se ha cumplido con el reporte de informes que está a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno.

Se registró en el sistema de Gestión Integrado ALMERA, todos los informes a entes de control que fueron actualizados por los líderes de los procesos. Lo anterior, con el fin que aparezca en tablero de actividades de cada proceso los informes pendientes por entregar y se pueda hacer monitoreo por parte de los responsables.

Se realizó auditoría de seguimiento a este tema vigencia 2020 y se solicitó en la vigencia 2021 la actualización de los informes a entes externos a cada una de las Direcciones y Oficinas Asesoras mediante correo electrónico fechado Marzo 25 de 2021.

CAPITULO VI

OFICINA JURIDICA

6.1.- Defensa Judicial – Procesos Judiciales

Este informe incluye tanto los procesos en los que la institución es demandada como demandante al cierre del 2do Trimestre de 2021, vale la pena aclarar que la totalidad de los procesos a este periodo se realiza del consolidado total, es decir el reporte del 1er semestre coincide con el 2do trimestre, razón por la cual se hará el análisis conjunto tanto del trimestre como del semestre. Con respecto a la participación por valor de las pretensiones en cada jurisdicción, observamos que de una cuantía que asciende a **\$63.319.969.828**, la Jurisdicción Contenciosa Administrativa presenta un mayor valor de **\$62.351.186.978**, correspondiente al 98% y la Jurisdicción Ordinaria presenta un valor de **\$968.782.850**, que corresponde al 2%. Esta diferencia se debe a que en la mayoría de los casos los demandantes deben acudir a la jurisdicción contenciosa por las características de la entidad. A 30 de junio de 2021 se registran 162 procesos judiciales activos en los cuales el Hospital Universitario de La Samaritana es parte; discriminando por jurisdicción, tenemos que en la Contenciosa Administrativa se encuentran activos 129 procesos (80%), y en la Jurisdicción Ordinaria 33 procesos (20%). Es importante resaltar que, se iniciaron 10 procesos penales por el delito de hurto por medios informáticos en los que el Hospital se encuentra vinculado como víctima, los cuales no se contabilizan dentro de los 162 procesos.

Tabla No. 83
Comparativo Procesos Judiciales Segundo Trimestre (I Semestre) Vigencias Anteriores (Análisis General):

Jurisdicción	NÚMERO TOTAL DE PROCESOS							
	A 2do trimestre 2018		A 2do trimestre 2019		A 2do trimestre 2020		A 2do trimestre 2021	
	No.	Cuantía	No.	Cuantía	No.	Cuantía	No.	Cuantía
Contencioso Administrativa	108	\$44.629.270.173	119	\$ 51.030.432.955	123	\$ 56.341.672.549	129	\$ 62.351.186.978
Ordinaria	7	\$2.837.267.615	45	\$ 2.409.297.909	36	\$ 1.176.743.682	33	\$ 968.782.850
TOTAL	115	\$47.466.537.788	164	\$ 53.439.730.864	159	\$ 57.518.416.231	162	\$ 63.319.969.828

Realizando un comparativo entre el número total de procesos judiciales en los que el HUS es parte a 2do trimestre (1er semestre) de las vigencias, 2018, 2019, 2020 y 2021 podemos indicar que entre los años 2018 y 2019 se dio un aumento de (29%), entre los años 2019 y 2020 se generó una disminución del (3%) y para el mismo periodo de los años 2020 a 2021 se refleja un incremento del (2%).

6.2.- Demandas contra la Entidad

Tabla No. 84

Jurisdicción	Número	Participación	Cuantía
ADMINISTRATIVA	117	78%	\$56.376.912.229
ORDINARIA	33	22%	\$968.782.850
TOTAL	150	100%	\$ 57.345.695.079

Del consolidado general a segundo trimestre de 2021 (I Semestre), tenemos un total de 150 demandas en contra de la Entidad, de las cuales 117 que representan un (78%), se encuentran en la Jurisdicción Administrativa con cuantías que ascienden a un monto de \$56.376.912.229 y, 33 demandas que representan el (22%) en la Jurisdicción Ordinaria con un total de las cuantías por un valor de \$968.782.850.

Demandas contra la Entidad - Jurisdicción Contenciosa.

Los procesos en contra el HUS que se adelantan en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, para el 2do trimestre 2021 se encuentran discriminados así:

Tabla No. 85

Contencioso Administrativo	A I Trimestre Año 2021			A II Trimestre Año 2021		
	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía
Reparación directa (falla médica)	84	74%	\$54.516.113.756	84	72%	\$54.507.694.581
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	1	0,9%	\$51.754.560	1	1%	\$51.754.560
Reparación directa (agresión física)	1	0,9%	\$8.419.175	1	1%	\$8.419.175
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	1	0,9%	\$29.010.828	1	1%	\$29.010.828
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	0,9%	\$2.466.666	1	1%	\$2.466.666
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	26	23%	\$898.834.861	28	23%	\$1.384.134.842
Ejecutivo	0	0%	0	1	1%	\$393.431.577
Total parcial	113	100%	\$55.506.599.846	117	100%	\$56.376.912.229

A segundo trimestre de 2021, se encuentran activos 117 procesos en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa; el mayor porcentaje de procesos en esta jurisdicción se evidencia en el medio de control de Reparación Directa con una representación porcentual de (74%), procesos cuyas pretensiones ascienden a \$54.567.868.316 siendo la causa más representativa dentro de este medio control, los procesos de reparación directa por falla médica, con un total de 84 casos activos. Para el 2do trimestre de 2021, se encuentran activos 30 procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho, que representan el (25%) del total de los procesos tramitados ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, cuyas pretensiones ascienden a \$1.415.612.336, siendo los más representativos dentro de este medio control los procesos en los que se pretende la declaratoria de un contrato realidad, con un total de 28 procesos.

Tabla No. 86

Comparativo Vigencias 2018 a 2021 Jurisdicción Contenciosa Administrativa:

Podemos evidenciar que en las vigencias 2018, 2019, 2020 y 2021 a segundo trimestre, el medio de control más

	A II Trimestre Año 2018			A II Trimestre Año 2019			A II Trimestre Año 2020			A II Trimestre Año 2021		
	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía	No.	%	cuantía
Reparación directa (falla médica)	73	78%	\$42.704.419.987	77	70%	\$43.975.288.359	82	74%	\$49.780.696.162	84	72%	\$54.507.694.581
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	1	1%	\$51.754.560	1	1%	\$51.754.560	1	0,9%	\$51.754.560	1	1%	\$51.754.560
Reparación directa (Agresión Física)	-	-	-	-	-	-	1	0,9%	\$8.419.175	1	1%	\$8.419.175
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	9	10%	\$108.718.128	6	5%	\$68.972.305	-	-	-	-	-	-
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	.7	8%	\$93.368.499	5	4%	\$69.529.387	1	0,9%	\$29.010.828	1	1%	\$29.010.828
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	1%	\$2.466.666	1	1%	\$2.466.666	1	0,9%	\$2.466.666	1	1%	\$2.466.666
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	1	1%	\$37.902.011	20	18%	\$437.300.528	24	21,6%	\$501.754.701	28	23%	1.384.134.842
Controversia Contractual	1	1%	\$1.021.232.310	1	1%	\$1.021.232.310	-	-	-	-	-	-
Ejecutivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1%	\$393.431.577
Total parcial	93	100%	\$44.019.862.161	111	100%	\$45.626.544.115	111	100%	\$50.397.806.092	117	100%	\$56.376.912.229

representativo sigue siendo la reparación directa por falla médica, teniendo en cuenta que para la vigencia 2018, con 73 procesos registró un porcentaje del 78%, para el año 2019, con 77 procesos representó un 70%, para la vigencia 2020, con 82 procesos con un porcentaje de 74% y para la presente anualidad, se obtuvo un 72% con 84 procesos.

Tabla No. 87

Contencioso Administrativo	2018	2019	2020	2021	2018-2019	2020-2021
Reparación directa (falla médica)	73	77	82	84	6%	2%
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	1	1	1	1	0,0%	0,0%
Reparación directa (Agresión física)	0	0	1	1	100%	0,0%
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	9	6	1	0	-83%	-100%
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	5	1	1	-80%	0%
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	1	1	1	0,00%	0%
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	1	20	24	28	20%	17%
Controversia Contractual	1	1	0	0	-100%	0%
Ejecutivo	0	0	0	1	0%	100%
Total parcial	93	111	111	117	18%	2%

Respecto a la vigencia inmediatamente anterior, se observa un incremento del (2%) en las acciones de Reparación Directa por falla médica, sin embargo, si lo confrontamos con el incremento del (6%) que se presentó para las vigencias 2018-2019 en este mismo medio de control, podemos observar que el número de demandas en contra del Hospital por medio de las cuales se busca resarcir un daño ocasionado por una presunta falla médica, no han tenido un aumento progresivo entre 2020-2021.

Demandas contra la Entidad - Jurisdicción Ordinaria.

En cuanto a los procesos contra el HUS que se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria se discriminan de la siguiente manera para el 2do trimestre del 2021:

Tabla No. 88

Jurisdicción Ordinaria	A I Trimestre Año 2021			A II Trimestre Año 2021		
	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía
Laboral contrato realidad	29	94%	\$918.778.830	31	94%	\$950.028.510
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	1	3%	\$14.754.340	1	3%	\$14.754.340
Acción de Reintegro	1	3%	\$4.000.000	1	3%	\$4.000.000
Total parcial	31	100%	\$937.533.170	33	100%	\$968.782.850

A 2do trimestre de 2021 se encuentran activos 33 procesos en la Jurisdicción Ordinaria, evidenciando un incremento de 2 demandas, respecto el trimestre anterior.

Tabla No. 89
Comparativo Vigencias 2017 a 2020 Jurisdicción Ordinaria:

Ordinario	A II Trimestre Año 2018			A II Trimestre Año 2019			A II Trimestre Año 2020			A II Trimestre Año 2021		
	#	%	Cuantía	#	%	Cuantía	#	%	Cuantía	#	%	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	3	9%	\$30.190.140	3	2,5%	\$30.190.140	0	0%	\$ 0	0	0%	\$0
Laboral contrato realidad	8	62%	\$449.759.808	38	95%	\$1.606.624.515	34	95%	\$1.157.989.342	31	94%	\$950.028.510
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	3	0%	\$42.508.680	1	2,5%	\$14.754.340	1	3%	\$14.754.340	1	3%	\$14.754.340
Ejecutivo contractual	1	11%	\$86.949.384	1	11%	\$86.949.384	0	0%	\$0	0	0%	\$0
Acción de Reintegro	0	0%	\$0	0	0%	\$0	1	3%	\$4.000.000	1	3%	\$4.000.000
Total parcial	16	100%	\$609.408.012	43	100%	\$1.738.518.379	36	100%	\$1.176.743.682	33	100%	\$968.782.850

Realizando un comparativo en la Jurisdicción Ordinaria, el mayor número de procesos en los que se acciona al HUS a segundo trimestre de las vigencias del 2018, 2019, 2020 y 2021, es en el que se pretende se declare la existencia de contrato realidad, presentándose el aumento más representativo en demandas de esta clase al segundo trimestre del 2018 con un total de 38 demandas. Para el segundo trimestre de 2021, se evidencia una disminución de 3 demandas en los procesos cuya pretensión es la declaración de la existencia de un contrato realidad en comparación con el segundo trimestre del año 2020.

6.3.- Demandas a favor de la Entidad

Se presentan los procesos contenciosos administrativos y ordinarios en que el HUS es la parte actora a 2do trimestre de 2021 así:

Tabla No. 90

Contenciosa Administrativa	Causas	A I trimestre de 2021		A II trimestre de 2021	
		No.	Cuantía	No.	Cuantía
Reparación Directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Reparación Directa	Infracción normatividad de manejo de medicamentos	1	\$82.811.600	1	\$82.811.600
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	4	\$1.378.660.426	4	\$1.378.660.426
Contractual	Incumplimiento contrato	2	\$2.459.485.606	2	\$2.459.485.606
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Ejecutivo	Incumplimiento contractual	1	\$1.049.725.000	1	\$1.049.725.000
Contractual	Restitución de inmueble	1	\$39.000.000,00	1	\$39.000.000,00
Nulidad y Restablecimiento del Derecho	Nulidad Resolución Reliquidación Pensional	1	\$797.624	1	\$797.624
TOTAL GENERAL		12	\$5.974.274.749	12	\$5.974.274.749

Para 2do trimestre de 2021 se cuentan un total de 12 procesos adelantados por el HUS, incoados ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, con unas pretensiones que ascienden a \$5.974.274.749.

Tabla No. 91
Comparativo Demandas a favor de la Entidad Vigencias 2018, 2019, 2020 y 2021:

Contenciosa Administrativa	Causas	A II trimestre de 2018		A II trimestre de 2019		A II trimestre de 2020		A II trimestre de 2021	
		No.	Cuantía	No.	Cuantía	No.	Cuantía	No.	Cuantía
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Reparación directa	Infracción normatividad de manejo de medicamentos	-	-	-	-	1	\$82.811.600	1	\$82.811.600
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	2	\$1.194.101.884	3	\$1.315.723.610	4	\$1.378.660.426	4	\$1.378.660.426
Contractual	Incumplimiento contrato	0	\$0	1	\$2.066.054.029	2	\$2.459.485.606	2	\$2.459.485.606
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Ejecutivo	Incumplimiento contractual	0	\$0,00	1	\$1.049.725.000	1	\$1.049.725.000	1	\$1.049.725.000
Contractual	Restitución de inmueble	1	\$39.000.000,00	1	\$39.000.000	1	\$39.000.000	1	\$39.000.000
Nulidad y Restablecimiento del Derecho	Nulidad Resolución Reliquidación Pensional	0	\$0	0	\$0	1	\$797.624	1	\$797.624
Total parcial		5	\$2.233.284.410	8	\$5.403.888.840	12	\$5.974.274.749	12	\$5.974.274.749
Ordinaria	Causas	A II trimestre de 2018		A II trimestre de 2019		A II trimestre de 2020		A II trimestre de 2021	
		No.	Cuantía	No.	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No.	Cuantía
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530	0	\$0	0	\$0
Laboral	Laudo Arbitral	1	\$350.000.000	1	\$350.000	0	\$0	0	\$0
Total parcial		2	\$ 670.779.530	2	\$1.923.980.029	0	\$ 0	0	\$0
TOTAL GENERAL		8	\$2.904.063.940	10	\$5.932.594.370	12	\$5.974.274.749	12	\$5.974.274.749

A segundo trimestre del año 2018 el Hospital adelantaba 5 procesos en la Jurisdicción Contenciosa, con unas pretensiones que oscilaban en \$2.233.284.410 y 2 ante la jurisdicción Ordinaria, por un cuantía de \$670.779.530; para la vigencia 2019 a 2do trimestre se presentaron 3 procesos más en la Jurisdicción Contenciosa, para un total de 8 procesos con unas pretensiones que ascienden a \$5.403.888.840 y en la Jurisdicción Ordinaria 2 procesos en esta jurisdicción con una cuantía de \$670.779.530.

Finalmente, para la vigencia 2020 el número de procesos a favor del HUS en la Jurisdicción Contenciosa aumentó a 12 demandas con unas pretensiones iguales a \$5.943.866.457, en la Jurisdicción Ordinaria para el 2do trimestre del 2020 no se reportan procesos activos, ya que fueron archivado los 2 procesos que venían siendo tramitados para las vigencias anteriores.

Para el mismo periodo de la presente vigencia 2021 el número de procesos iniciados por el HUS en calidad de demandante ante la Jurisdicción Contenciosa se mantuvo en 12 demandas, con unas pretensiones iguales a \$5.974.274.749; en la Jurisdicción Ordinaria para el segundo trimestre del 2021 no se reportan procesos activos. Lo anterior evidencia una constante gestión de la Oficina Asesora Jurídica en la interposición de demandas que buscan la reclamación judicial de los derechos que el Hospital reclama ante instancias judiciales.

6.4.- Procesos Judiciales en provisión contable y cuentas de orden

Para el 1er semestre del 2021, se encuentran el Provisión Contable bajo la cuenta denominada Litigios y Demandas \$3.756.624.534,55, representado en 20 procesos con calificación alta de pérdida del proceso.

6.5.- Fallos a favor y en contra

Contestaciones de Demanda a 2º. Trimestre de 2021:

Para el segundo trimestre de 2021 se contestaron un total de ocho (8) demandas, de las cuales 1 se contestó en la Jurisdicción Ordinaria y 7 en la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Tabla No. 92

Comparativo Contestaciones de Demandas a 1er. Semestre Vigencia 2018, 2019, 2020 y 2021.

NÚMERO TOTAL DE CONTESTACIONES DE DEMANDAS EN 1ER SEMESTRE				
Jurisdicción	A 1er semestre 2018	A 1er semestre 2019	A 1er semestre 2020	A 1er semestre 2021
Contencioso Administrativa	8	4	2	7
Ordinaria	1	9	4	1
TOTAL	9	13	6	8

En cuanto a contestaciones de demandas a primer semestre, para el año 2018 se presentaron 9 contestaciones de demanda, 8 de ellas en la Jurisdicción Contencioso Administrativa y 1 en la Jurisdicción Ordinaria. En la vigencia de 2019 se contestaron un total de 13 demandas, 4 ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa y 9 ante la Ordinaria. Finalmente, en el primer semestre de 2020 se contestaron 6 demandas, 2 ante la Jurisdicción Contenciosa y 4 ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa.

Respecto del año 2021, para el segundo trimestre, se contestaron un total de 8 demandas, 7 ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa y 1 ante la Ordinaria.

Fallos a Favor y en Contra del HUS en Segunda Instancia a 1er. Semestre de 2021.

Durante el primer semestre de 2021, la entidad no suscribió acuerdos conciliatorios en trámites prejudiciales, ni judiciales, así como tampoco, se profirieron laudos arbitrales en que se vinculara a la entidad. En el transcurso del primer trimestre de 2021 ninguna autoridad judicial falló demandas a favor o en contra del Hospital en segunda instancia. Sin embargo, a segundo trimestre de la presente vigencia se profirieron los siguientes fallos:

Con relación a las sentencias judiciales proferidas en primer semestre de 2021: En el primer semestre de 2021 se profirieron seis (06) sentencias en primera instancia favorables para el Hospital; y una (01) sentencia en segunda instancia que confirmó la negación de las pretensiones.

- Expediente No. 25899333300220160015500 del Juzgado 2 Administrativo Oral de Circuito Judicial de Zipaquirá, dentro de la jurisdicción administrativa, en un proceso de reparación directa, accionado por Diana Carolina Arboleda Hincapié, en el que se aduce falla en la prestación del servicio de salud (error en el diagnóstico de embarazo ectópico). La sentencia fue proferida el 21 de enero de 2021 que negó las pretensiones; fue aceptado el recurso de apelación a la parte demandante, mediante auto notificado el día 20 de mayo de 2021. El día 02 de junio de 2021 el Apoderado del Hospital presentó dentro de término los alegatos de conclusión.
- Expediente No. 11001310501320180063600 del Juzgado 13 Laboral del Circuito de Bogotá, dentro de la jurisdicción ordinaria, proceso ordinario laboral, accionado por Carmen Lilia Ahumada Cendales, en el que se aduce la existencia de contrato realidad. El día 06 de abril de 2021 se llevó a cabo Audiencia de trámite y juzgamiento en primera instancia (art. 80 del CPT y SS), profiriéndose sentencia absolutoria, la cual fue apelada por el apoderado de la parte demandante. Por ello, mediante oficio No. 162-2021 se ordenó remitir el proceso al Honorable Tribunal Superior de Bogotá D.C. para conocer del recurso de apelación interpuesto contra la sentencia primigenia.
- Expediente No. 25899333300220160027900 del Juzgado 02 Administrativo de Zipaquirá, dentro de la jurisdicción administrativa, proceso de reparación directa, accionado por Ana Claudia Garzón Alfonso y William Rodrigo Cañón Castillo, en el que se aduce falla en la prestación del servicio que ocasiono lesiones al menor Ian Samuel Cañón Garzón, el 26 de octubre de 2014. El 02 de junio de 2021 se emitió sentencia de primera instancia que, negó las pretensiones de la demanda.
- Expediente No. 25899333300320180004900 del Juzgado 03 Administrativo del Circuito de Zipaquirá, dentro de la jurisdicción administrativa, proceso de reparación directa, accionado por Luz Dary Muñoz Díaz y otros, en el que se aduce falla en la prestación del servicio médico; la sentencia de primera instancia se dio el 20 de febrero de 2021 y negó las pretensiones de la demanda.
- Expediente 11001334306120160013000 del Juzgado 61 Administrativo del Circuito de Bogotá, dentro de la jurisdicción administrativa, proceso de reparación directa, accionado por Emma Liliana Rodríguez Vergara y otros, en el que se aduce falla en la prestación del servicio que causa la muerte del señor Jorge Leonardo Rodríguez Vergara; el 18 de diciembre de 2020 se falla la sentencia de primera instancia, notificada el 25 de enero de 2021, negando las pretensiones de la demanda. (debido a la fecha de notificación de la sentencia a la E.S.E. HUS, se refiere en el presente informe)
- Expediente No. 25899333300220190003501 del Juzgado 02 Administrativo Oral del Circuito de Zipaquirá, dentro de la jurisdicción administrativa, proceso de nulidad y restablecimiento del derecho, accionado por Rafael Arcángel Ortiz Pacheco, en el que se aduce la existencia de un contrato realidad; la sentencia de primera instancia fue proferida el 28 de enero de 2021, y notificada el 05 de marzo de 2021, negando las pretensiones de la demanda.
- Expediente No. 11001310502320190081601 del Tribunal Superior de Bogotá – Sala Laboral (Expediente No. 11001310502320190081600 del Juzgado 23 Laboral del Circuito de Bogotá), dentro de la jurisdicción ordinaria, proceso ordinario laboral, accionado por Sandra Rocío Fúquene Gordillo, en el que se aduce la existencia de contrato realidad; la sentencia de primera instancia fue proferida el 13 de julio de 2020 con fallo que negó las pretensiones de la demanda; la sentencia de segunda instancia fue proferida el 20 de mayo de 2021 por el Tribunal Superior de Bogotá - Sala Laboral, confirmando la sentencia de primer grado.

6.6.- Defensa Judicial

Defensa Judicial – Acciones de Tutela: (indicador de proceso):

A continuación se relaciona la gestión de las acciones de tutela al 2do trimestre de 2021, en los que se detalla motivo específico que motivó la presentación de la acción constitucional establecida para el amparo de los derechos fundamentales, acción contemplada en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, se relaciona el número por trimestre y el total al 1er semestre de 2021.

Tabla No. 93

MOTIVO ESPECÍFICO	EN I TRIM 2021	%	EN II TRIM 2021	%	TOTAL A 1ER SEM 2021	%
AUTORIZACIÓN	8	21%	27	38%	35	31%
CITA ESPECIALISTA	0	0%	2	4%	2	2%
EXÁMENES	1	3%	3	4%	3	3%
MEDICAMENTOS	1	3%	2	4%	3	3%
PAGO INCAPACIDADES	0	0%	3	4%	3	3%
PETICION	2	6%	1	1%	3	3%
REINTEGRO	2	6%	2	3%	4	4%
REEMBOLSO	0	0%	2	4%	2	2%
SOLICITUD CIRUGÍA	4	11%	1	1%	5	5%
SOLICITUD INFORMACIÓN	1	3%	0	0%	1	1%
TOMA DE PRESION - INPEC	0	0%	1	1%	1	1%
REVISION DE CAMARAS POR HURTO	0	0%	1	1%	1	1%
PAGO DE BONOS PENSIONALES	0	0%	1	1%	1	1%
NUEVA VALORACION DE PCL	0	0%	1	1%	1	1%
SOLICITUD DIETA - INPEC	0	0%	1	1%	1	1%
TRATAMIENTO INTEGRAL	7	18%	18	26%	25	22%
TRASLADO	2	3%	4	4%	6	6%
AFILIACION	0	0%	1	1%	1	1%
OTRAS	10	26%	0	0%	10	9%
Total general	38	100%	71	100%	109	100%

En el 2do trimestre de 2021 se tramitaron 71 Acciones de Tutela, de las cuales la mayor participación se encuentra en solicitud autorización (38%), seguido de tratamiento integral con un (26%). De acuerdo al consolidado a 1er semestre de 2021, se han tramitado un total de 109, acciones de tutela, en las cuales se presenta la mayor participación en autorizaciones con 35 acciones y participación del (31%), seguido de tratamiento integral con un total de 25 acciones constitucionales (22%). En lo que respecta a la decisión definitiva proferida por los despachos judiciales tenemos que: (i) Para el 2do trimestre de 2021 la decisión más representativa es la que no se emite orden al HUS con el 56% y la decisión por medio de la cual se desvincula a la entidad con un (35%). (ii) En las decisiones judiciales a 1er semestre de 2021, se puede observar que de 109 acciones de tutela gestionadas, tan solo en 5 se emite orden al HUS, la mayor participación se encuentra en decisiones de no emitir orden al HUS en (49%) y 54 tutelas tramitadas, seguido de la orden de desvincular con un porcentaje del (31%) con 34 tutelas.

Lo mencionado anteriormente se puede detallar en la siguiente tabla:

Tabla No. 94

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ORDEN AL HUS	EN I TRIM 2021	%	EN II TRIM 2021	%	TOTAL A 1ER SEM DE 2020	%
DESVINCUA	10	26%	24	35%	34	31%
EXHORTA	1	3%	0	0%	1	1%
FALLO NO HA SIDO NOTIFICADO	0	0%	2	3%	2	2%
NIEGA	11	29%	2	3%	13	12%
NO EMITE ORDEN AL HUS	14	37%	40	56%	54	49%
ORDENA	2	5%	3	4%	5	5%
Total general	38	100%	71	100%	109	100%

De acuerdo a las entidades accionadas, se puede observar lo siguiente:

Tabla No. 95

ACCIONADO	EN I TRIM 2021	%	EN II TRIM 2021	%	TOTAL A 1ER SEM 2021	%
ASMET SALUD E.P.S.	4	11%	1	1%	5	5%
CONVIDA E.P.S	8	21%	9	13%	17	16%
COOSALUD E.P.S.	0	0%	1	1%	1	1%
ECOPSOS E.P.S	2	5%	3	5%	5	5%
EPC ACACIAS - META	0	0%	2	3%	2	2%
COLTEMPORA S.A	2	5%	2	3%	4	4%
FAMISANAR E.P.S.	1	3%	4	6%	5	5%
HUS	2	5%	1	1%	3	3%
MEDIMAS E.P.S	1	3%	1	1%	2	2%
OTROS	18	47%	47	66%	65	59%
Total general	38	100%	71	100%	109	100%

En el 2do trimestre de 2021, el HUS es accionado en el 1% de las acciones constitucionales interpuestas con un total de 1 tutelas, en la mayoría nos vinculan como entidad prestadora del servicio de salud, el mayor porcentaje de tutelas están dirigidas en contra de Convida E.P.S con un 13%. Con relación al 1er semestre podemos indicar que en porcentaje de las tutelas en el que nos accionan también es bajo con un 3% del total de las acciones constitucionales del semestre y la mayor entidad accionada al igual que en el 2do trimestre es la EPS Convida con un 16%.

Comparativo Vigencias 2018, 2019, 2020 y 2020 1er. Semestre:

Por Motivo:

En la siguiente tabla se relaciona el total de las Acciones de Tutela en las que se vinculó a la entidad al segundo trimestre en las vigencias 2018, 2019, 2020 y 2021; se detalla también el motivo por el cual se promovió la acción constitucional.

Tabla No. 96

Motivo	Año 2018 a 1er sem	Año 2019 a 1er sem	Año 2020 a 1er sem	Año 2021 a 1er sem	Comparativo 2018-2019 (aumento o disminución porcentual)	Comparativo 2019-2020 (aumento o disminución porcentual)	Comparativo 2020 - 2021 (aumento o disminución porcentual)
AUTORIZACION	0	0	49	35	0%	100%	-29%
CITA ESPECIALISTA	8	0	15	2	-100%	100%	-85%
ENTREGA HISTORIA CLINICA	0	0	1	0	0%	100%	-100%
EXAMENES	12	0	7	3	-100%	100%	-57%
MEDICAMENTOS	10	0	13	3	-100%	100%	-76%
PAGO INCAPACIDAD MÉDICA	0	3	7	3	100%	57%	-57%
PETICION	0	0	5	3	0%	100%	-40%
REINTEGRO	0	3	6	4	100%	50%	-6%
REMISIÓN	18	0	10	0	-100%	100%	-100%
REEMBOLSO	0	0	0	2	0%	0%	100%
SOLICITUD	0	0	1	0	0%	100%	-100%
SOLICITUD CIRUGÍA	29	57	17	5	50%	-70%	-70%
SOLICITUD INFORMACIÓN	1	23	10	1	95%	-56%	-90%
TOMA DE PRESION INPEC	0	0	0	1	0%	0%	100%
REVISION DE CAMARAS POR HURTO	0	0	0	1	0%	0%	100%
SOLICITUD PROCEDIMIENTO	0	7	12	0	100%	71%	-100%
SOLICITUD REMISIÓN – TRASLADO	0	35	0	6	100%	-100%	100%
TRATAMIENTO INTEGRAL	0	1	43	25	100%	97%	-41%
VALORACIÓN MEDICA	0	0	3	1	0%	100%	-66%
OTRAS	17	159	24	11	89%	-85%	-54%
Total General	95	288	223	107	67%	-19%	-52%

Al comparar el segundo trimestre de 2021 con el mismo periodo de vigencias anteriores, se puede realizar el siguiente análisis:

En el 2do trimestre de los años 2018 y 2019, se informa un aumento del 67% en el total de las acciones constitucionales tramitadas para el 2do trimestre de 2019, teniendo en cuenta que al 2do trimestre del año 2018 se reportó un total de 95 tutelas y en el mismo periodo de 2019 se reportaron 288 acciones constitucionales, lo que representa un aumento de 193 tutelas gestionadas para 2019.

Entre 2019 y 2020, se resalta una disminución de -19% en las acciones de Tutela, ya que al 2do trimestre del año 2019 se gestionaron 288 Tutelas, mientras que para el 2020 se habían gestionado un total de 223, lo que genera un incremento de 65 tutelas más en esa anualidad.

Entre 2020 y 2021, se resalta una disminución del -52% ya que al 2do trimestre del año 2020 se gestionaron 223 Tutelas, mientras que para el 2021 se han gestionado un total de 107, lo que genera una disminución en 65 tutelas más en esta anualidad.

Frente a la decisión del fallo de las acciones constitucionales para los años 2018, 2019, 2020 y 2021 se pasa a relacionar, así:

Tabla No. 97

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ORDEN AL HUS	A 1ER SEMESTRE DE 2018	%	A 1ER SEMESTRE DE 2019	%	A 1ER SEMESTRE DE 2020	%	A 1ER SEMESTRE DE 2021	%
DESISTIMIENTO	1	1%	0	0%	1	0%	0	0%
DESVINCULA	11	12%	56	19%	48	22%	34	31%
EXHORTA	0	0%	0	0%	1	0%	1	1%
FALLO NO HA SIDO NOTIFICADO	4	4%	79	27%	62	28%	2	2%
NIEGA	23	24%	54	19%	35	16%	13	12%
NO EMITE ORDEN A HUS	49	52%	75	26%	67	30%	54	49%
ORDENA	5	5%	16	6%	8	4%	5	5%
PREVIENE	0	0%	8	3%	0	0%	0	0%
REQUIERE	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%
TUTELAN	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%
Total general	95	100%	288	100%	223	100%	109	100%

Con respecto a las decisiones emitidas por los despachos judiciales y conforme a la información reportada en los anteriores informes de gestión de la Oficina Jurídica, a 1er semestre del año 2018 se profirieron 5 órdenes a la entidad, en el mismo periodo de 2019 se profirieron 16, para el 1er semestre de 2020 se profirieron 8 órdenes y para el primer semestre de 2021 se profirieron 5 órdenes por parte de los despachos judiciales, que para los periodos comparados no superó un 6% del total de las acciones tramitadas.

Es importante resaltar que en las acciones de tutela en las que se profiere orden al HUS, la orden judicial impartida obedece al objeto social de la entidad (prestador del servicio de salud), es decir como entidad vinculada y no por ser accionadas directamente, lo que se puede observar que en 34 acciones de tutela (31%) la orden judicial es desvincular a la entidad.

Defensa Judicial – Investigaciones Administrativas

A 2do trimestre del año 2021 se encuentran activos **83** procesos, de los cuales **21** que representa un **25.30%** se tramitan por incumplimientos normativos y **62** que representa el **74.70%** por irregularidades en la prestación del servicio médico, se realizaron 6 actuaciones dentro de los procesos Administrativo Sancionatorio que se adelantan en contra de la entidad, consistente en aporte de documentos dentro de indagaciones preliminares y descargos.

Al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el **58.1%** (48 procesos) se encuentran en la Secretaría de Salud Departamental y el **38.2%** (32 procesos) en la Secretaría de Salud Distrital, seguido por la Superintendencia Nacional de Salud **2.4%** (2 procesos), y CAR Cundinamarca con **1.3%** (1 proceso).

Por unidad funcional tenemos 43 procesos, es decir, el **51.4%**, se tramitan en contra del Hospital Universitario de la Samaritana -Bogotá, 14 es decir el **16.5%**, en la Unidad Funcional Girardot, 20 que representan el **24.9%** en la Unidad Funcional de Zipaquirá y en el Hospital Regional de Zipaquirá 6 que representan el **7.2%**.

Procesos que ingresaron a 2do trimestre de 2021: Al 2do trimestre de 2021, 3 procesos provienen de la Secretaria Distrital de Salud; se inician por presuntas irregularidades en la prestación del servicio y 3 procesos provienen de la Secretaria Departamental de Salud; se inician por presuntas irregularidades en la prestación del servicio.

Decisiones Favorables a la entidad notificadas al 2do trimestre de 2021: A 2do trimestre de 2021 se archivaron 4 procesos, con decisión favorable a la entidad identificados con los radicados 2019-2615, Caducidad facultativa Sancionatoria; 2020-Q065, 2020-Q220 No existe mérito para dar inicio al procedimiento administrativo Sancionatorio y 2017-H212 Resuelve el recurso de reposición en donde revoca la sanción que impuso al HUS.

Decisiones No Favorables a la entidad notificadas al 2do trimestre de 2021: A 2do trimestre de 2021 la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá notifica al HUS el resuelve del Recurso de Reposición del expediente 2017-2047, donde Confirma la resolución 6580 de 5 de noviembre de 2019 mediante la cual se sanciona al HUS con una multa de 120 SMMV equivalentes a la suma de (\$3.312.464,00)

Aspecto a Resaltar: se debe resaltar que en el proceso 2019-Q055 se SANCIONA la entidad con veinte (20) salarios mínimos legales vigentes, equivalentes NOVECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE. (\$908.526.00), del cual se interpuso un recurso de reposición y en subsidio de apelación por los hechos ocurridos en el puesto de salud de San Cayetano.

Comparativo Vigencias Anteriores (2018, 2019, 2020 y 2021) a 1er. Semestre.

A continuación se relacionan los comparativos tanto en actuaciones, motivo de queja y las entidades que adelantan los procesos administrativos sancionatorios a 1er semestre de las vigencias 2018, 2019, 2020 y 2021.

Actuaciones que iniciaron en el 1er. Semestre de 2021:

Tabla No. 98

Actuación	A 1er semestre 2018	A 1er semestre 2019	A 1er semestre 2020	A 1er semestre 2021	Comparativo 2018-2019	Comparativo 2019-2020	Comparativo 2020-2021
Indagación preliminar (aporte documentos)	0	3	5	13	100%	66%	140%
Descargos	4	1	1	7	-75%	0%	600%
Alegatos	4	3	0	1	-25%	-100%	100%
Recursos	4	0	0	2	-100%	0%	100%
Total	12	7	6	23	-41%	-14%	283%

De acuerdo con la tabla anterior se puede resaltar que a 1er semestre de 2019 se realizaron un total de 7 actuaciones, presentando una disminución del 41% respecto del mismo periodo de la vigencia 2018.

Al 1er semestre de 2019 se realizaron 7 actuaciones, que representan una disminución del 14% en comparación con el 1er semestre de la vigencia 2020. Finalmente podemos destacar que en el mismo periodo de la vigencia del 2021 se realizaron 23 actuaciones, que representan un aumento del 283% respecto al 1er semestre de 2020.

Motivo de Queja:

Tabla No. 99

Motivo de Queja	A 1er semestre 2018	%	A 1er semestre 2019	%	A 1er semestre 2020	%	A 1er semestre 2021	%
Incumplimientos normativos	21	29%	21	31%	22	35%	21	25%
Irregularidades prestación servicio médico	51	71%	46	69%	41	65%	62	75%
Total	72	100%	67	100%	63	100%	83	100%

Con relación al motivo de queja tenemos que las irregularidades por prestación del servicio médico representan el mayor peso porcentual dentro la totalidad de las investigaciones administrativas al 1er semestre de las vigencias comparadas, con un (71%) para el año 2018, un (69%), para el año 2019, un (65%) para el año 2020 y un 75% para la presente anualidad. A 1er semestre de 2018 se encontraban 72 procesos activos, 21 de ellos por incumplimientos normativos y 51 por irregularidades en la prestación del servicio médico. Durante el mismo periodo del año 2019, se encontraban 67 procesos activos, 21 por incumplimientos normativos y 46 por irregularidades en la prestación del servicio médico. Para el mismo periodo de la vigencia 2020, se tramitaban 63 procesos, 22 por incumplimientos normativos (35%) y 41 por irregularidades en la prestación del servicio médico (65%).

Finalmente para la vigencia del año 2021, se evidencia un total de 83 procesos activos, de los cuales 21 se encuentran en incumplimiento normativos con una participación del (25%) y las restantes 62 con un porcentaje del (75%). De acuerdo a lo anterior podemos evidenciar un aumento en el número investigaciones administrativas para el primer semestre de 2021, respecto al mismo periodo del año 2020.

Entidad que adelanta el Proceso Administrativo Sancionatorio:

Tabla No. 100

Comparativo por entidad que adelanta el proceso administrativo a 2do trimestre de 2021 y vigencias anteriores.

Entidad	A 1er semestre 2018	%	A 1er semestre 2019	%	A 1er semestre 2020	%	A 1er semestre 2021	%
CAR - Cundinamarca	1	1%	1	1%	1	2%	1	1%
Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Girardot	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
INVIMA	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%
Secretaría de Salud de Cundinamarca	46	64%	43	64%	40	63%	48	58%
Secretaría De Salud Distrital	22	31%	20	30%	20	32%	32	38%
Superintendencia Nacional De Salud	2	3%	2	3%	2	3%	2	3%
Total General	72	100%	67	100%	63	100%	83	100%

De acuerdo a la entidad que adelanta el proceso administrativo sancionatorio podemos indicar que a 1er semestre de las vigencias comparadas, la Secretaria de Salud Departamental tiene a su cargo la mayor cantidad de investigaciones administrativas en contra de la entidad como se detalla a continuación:

Para la vigencia 2018 a 1er semestre se encontraban en trámite en la Secretaría de Salud Departamental 46 procesos que correspondían al (64%), del total de los procesos activos y 22 en la Secretaria Distrital de Salud Distrital que representaron un (31%).

En el mismo periodo de la vigencia 2019, la Secretaría de Salud Departamental adelantaba un total 43 procesos (64%), y la Secretaria Distrital de Salud 20 procesos (30%).

En lo que respecta a la vigencia 2020, se encontraban activos 40 procesos ante la Secretaria de Salud Departamental, equivalente al (63%), y 20 procesos equivalente a un (32%) en la Secretaría Distrital de Salud.

Finalmente para la vigencia del 2021, la Secretaría de Salud Departamental adelanta un total de 48 procesos que representa el (58%), y la Secretaria Distrital de Salud 32 procesos que equivalen al (38%).

6.7.- Defensa Judicial – Derechos de Petición

(indicador de proceso)

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, se relacionan los derechos de petición tramitados:

Tabla No. 101

TIPO	1er trimestre 2021	%	2do trimestre 2021	%	1er Semestre 2021	%
Certificación Contratos	207	84%	67	100%	274	87%
Otros	39	16%	0	0%	39	13%
Total general	246	100%	67	100%	313	100%

Se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido en el 1er semestre de 2021, Como se puede observar la mayoría de los derechos de petición dirigidos al área jurídica se refieren a solicitudes de certificación de contratos, esta tendencia se mantiene para el 1er semestre de 2021.

Tabla No. 102
Comparativo a 1er. Semestre de las Vigencias 2018, 2019, 2020 y 2021.

TIPO	1er semestre de 2018	1er semestre de 2019	1er semestre de 2020	1er semestre de 2021
Certificación Contratos	192	451	251	274
Otros	9	5	18	39
Total general	201	456	269	313

Podemos observar que la tendencia en respuesta los semestres comparados se mantienen siendo los tipos de derechos de petición más gestionados aquellos que solicita la certificación de contratos.

6.8 Otras gestiones

Tabla No. 103

GESTIÓN	1er trimestre 2021	%	2do trimestre 2021	%
Productividad - invitaciones a contratar	243	12%	66	5%
Evaluaciones Jurídicas	417	21%	269	21%
Contratos suscritos	356	18%	273	21%
Adiciones y prórrogas	68	4%	140	11%
Aprobación de pólizas	617	33%	383	30%
Liquidaciones vigencias	225	12%	151	12%
TOTAL	1701	100%	1282	100%

Comparando la gestión contractual a lo largo de la vigencia 2021, debemos mencionar que la gestión más representativa corresponde a la aprobación de pólizas con un (33%) para el primer trimestre y un (30%) para el 2do trimestre, se debe resaltar un incremento significativo en las actas de adición y prórrogas suscritas para el 2do trimestre de la vigencia.

Tabla No. 104
Comparativo en 1er. Semestre de las Vigencias, 2018, 2019, 2020 Y 2021

GESTIÓN	1ER SEM 2018	1ER SEM 2019	1ER SEM 2020	1ER SEM 2021
Invitaciones a contratar	56	66	307	309
Evaluaciones Jurídicas	235	231	554	686
Contratos suscritos	344	381	536	629
Adiciones y prórrogas	73	145	467	208
Aprobación de pólizas	263	372	1.308	1000
Liquidaciones	1.175	291	361	376
Total	1.175	1.486	3.533	3208

Realizando el comparativo de las vigencias a 1er semestre se puede evidenciar una disminución en el total de gestiones realizadas teniendo en cuenta que para el 2020 se habían realizado 3.533 y para el mismo periodo de esta vigencia 3.208 con una disminución del (10%).

Tabla No. 105
Cobro Jurídico de Cartera del Hospital – (indicador de proceso)

CARTERA 2021				
I TRIMESTRE			II TRIMESTRE	
Tipo	Capital	No. Procesos	Capital	No. Procesos
Cartera limpia	\$35.750.282.713	25	\$17.746.193.297	19
Conflicto de Glosas	\$760.701.922	7	\$760.701.922	7
Total general	\$36.510.984.635	32	\$18.506.895.219	26

Tipo de Cartera a 1er. Semestre de 2021 –

Al discriminar por tipo de cartera encontramos que referente al valor la participación corresponde a 27% de conflicto de glosas y 73% de cartera limpia.

A la fecha se encuentran activos **26** procesos por un valor de **\$18.506.895.219** correspondiente a la suma de capital de los cuales, **12** se encuentran en proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud y **14** se tramitan ante la Jurisdicción Ordinaria. Se realizó la devolución de cinco (5) procesos al área de cartera tramitados en contra de las empresas EMCOSALUD COOPERATIVA, EQUIDAD SEGUROS, CONVIDA EPS, NUEVA EPS Y SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ, por la suma de \$18.154.279.105 los cuales se detallan a continuación:

Proceso radicado con el número 1-2020-384542, tramitado en contra de Emcosalud Cooperativa por un valor \$144.308.820: se realizó audiencia de conciliación el 16 de abril de 2021 donde la parte convocada propone acuerdo por \$116.201.009 se suspende la audiencia para someter a ficha por los nuevos lineamientos del convocante, se reanuda conciliación el día 1 de junio del 2021 donde la apodera de Emcosalud manifiesta que no se puede realizar el acuerdo ya que la convocada es la Cooperativa mas no la sociedad clínica, donde nuevamente se suspende esperando los nuevos lineamientos de la parte convocada, finalmente el día 10 de junio de 2021 la parte convocada no realiza propuesta de pago y no tiene animo conciliatorio, como consecuencia el abogado conciliador Superintendencia Nacional de Salud declara como no acordada el trámite de conciliación, el proceso es devuelto al área de cartera el día 30 de junio de 2021.

Proceso radicado con el numero 2020 82305438892, tramitado en contra de Convida EPS, por un valor de \$8.351.775.212: se realizó audiencia el día 2 de junio de 2021, la parte convocada no propone un acuerdo por el valor en objeto, pero se deja pactado realizar con la convocada una reunión para depurar las facturas en cuestión, declarando el abogado conciliador de la Superintendencia Nacional de Salud no acuerdo de pago, el proceso es devuelto al área de cartera el día 30 de junio de 2021.

Proceso radicado con el numero 2020 82305222132, tramitado en contra de Convida EPS, por un valor de \$1.240.820.702: se realizó audiencia el día 3 de junio de 2021, la parte convocada realiza propuesta de pago por un valor de \$154.674.374 y se suspende la audiencia por parte del convocante, para someter a ficha por los nuevos parámetros del convocado al comité de la HUS, se solicita al área de cartera cruce de cuentas y certificación sobre el valor hasta la fecha donde se nota que el valor ofrecido por la parte convocada coincide con el valor que adeuda al hospital. El 16 de junio se reanuda la audiencia de conciliación, llegando a conciliar sobre el valor de \$154.674.374 donde Convida EPS se compromete a realizar el pago el último día hábil del mes de junio de 2021 por giro directo, el proceso es devuelto al área de cartera el día 30 de junio de 2021.

Proceso radicado con el numero 2020 82305552702, tramitado en contra de Nueva EPS, por un valor de \$2.952.545.216: se realizó audiencia el día 2 de junio de 2021 la parte convocada realiza propuesta por un valor de \$637.201.009 y se suspende la audiencia por parte del convocante, para someter a ficha por los nuevos parámetros del convocado al comité de la HUS, se solicita al área de cartera cruce de cuentas, la cual informa que Nueva EPS

ha cancelado hasta la fecha un total de \$459.285.443. Se reanuda nuevamente la audiencia el 16 de junio donde se llega a un acuerdo parcial sobre la propuesta realizada por la convocada, dejando la salvedad de que el saldo puede ser reclamado por el HUS sea nuevamente en conciliación o por las respectivas acciones Judiciales, donde se compromete a realizar el pago el último día hábil del mes de junio por pago directo, el proceso es devuelto al área de cartera el día 30 de junio de 2021.

Proceso radicado con el número 20218230067582, tramitado en contra de la EPS Convida por valor de \$237.044.304: se realizó audiencia el 25 de junio 2021 donde la parte convocada no se presentó, la que asistió a la audiencia fue Comparta EPS, la cual no trae propuesta de pago, declarando el abogado conciliador de la Superintendencia Nacional de Salud no acuerdo de pago, el proceso es devuelto al área de cartera el día 30 de junio de 2021.

Procesos Iniciados en el 1er. Semestre de 2021:

A continuación, se detallan los procesos iniciados durante el 1er semestre de 2021 y cuya asciende en intereses y capital a **\$701.261.738**.

Tabla No. 106

CLIENTE	CAPITAL	UNIDAD FUNCIONAL	Valor Deuda (intereses mas capital)	TIPO DE CARTERA	DESPACHO	TIPO DE PROCESO/ ESTADO
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	\$237.044.304,00	BOGOTA	\$341.069.095,00	Cartera limpia	Superintendencia Nacional de Salud	CONCILIADO
DEPARTAMENTO DE BOYACA	\$152.032.873,00	BOGOTA	\$187.363.478,00	Cartera limpia	Superintendencia Nacional de Salud	PENDIENTE FIJAR FECHA AUDIENCIA
CATSS	\$150.109.000,00	BOGOTA	\$172.829.165,00	Cartera limpia	Superintendencia Nacional de Salud	PENDIENTE FIJAR FECHA AUDIENCIA

Tabla No. 107
Clasificación de Procesos por Jurisdicción Activos a 1er. Semestre de 2021

PROCESOS EN CURSO	N°	CAPITAL	(INTERESES MÁS CAPITAL)
Jurisdicción Ordinaria	14	\$10.933.401.297	\$14.853.509.938
Superintendencia Nacional De Salud	12	\$7.573.493.922	\$7.938.544.874
Total general	26	\$18.506.895.919	\$22.792.054.812

Se encuentran activos 26 procesos por un valor de \$18.506.895.919 correspondiente a la suma de capital, suma que con intereses asciende a la suma de \$22.792.054.812 de los cuales, 12 se encuentran en proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud por valor de \$7.573.493.922 y 14 se tramitan ante la Jurisdicción Ordinaria por valor de \$10.933.401.297 valor capital.

Evaluación Porcentual por Entidad:

Al discriminar la cartera en el Área Jurídica a 1er semestre de 2021 por deudor, encontramos que el mayor valor lo representa Convida EPS, con un porcentaje del (58%) y un valor de \$14.752.804.986, seguido por la Nueva EPS un (8%) y una deuda de **\$2.952.545.216**.

Acuerdos de Pago

Acuerdo de pago de Ecoopsos: El Acuerdo de Pago celebrado con Ecoopsos EPS, reporta incumplimiento por el área de cartera, una vez se realizó la revisión por parte de la Oficina Jurídica de los requisitos para demandar, se evidencio que no existe certeza respectó a los valores adeudados por parte de la EPS Ecoopsos, pues han venido pagando, razón por la cual se devolvió el expediente al área de cartera el día 27 de julio de 2021, a fin de que se realice cruce de los valores y se remita a la oficina jurídica con la certeza del valor sobre el cual se va a demandar quedando de enviar al área jurídica para iniciar las respectivas acciones Judiciales.

Tabla No. 108
Análisis Comparativo a 1er. Semestre 2018, 2019, 2020 y 2021.

Tipo de Cartera	A 1er semestre 2018	Valor deuda (intereses más capital)	A 1er semestre 2019	Valor deuda (intereses más capital)	A 1er semestre 2020	Valor deuda (intereses más capital)	A 1er semestre 2021	Valor deuda (intereses más capital)
Cartera limpia	18	\$15.497.181.272	21	\$26.869.886.446	15	\$8.975.723.338	19	\$21.842.321.801
Glosas	24	\$6.678.872.275	16	\$4.338.399.823	8	\$945.791.580	7	\$949.733.011
Total	42	\$22.176.053.547	37	\$31.208.286.269	23	\$9.921.514.918	26	\$22.792.054.812

Respecto a la tabla, comparando el 1er semestre de 2018 con el mismo periodo de 2019, tenemos que para el 2019 se presentó una disminución de 5 procesos con respecto a 2018, porcentualmente indicaría una disminución del 12% en el número total de procesos. Haciendo el mismo análisis del 1er semestre de 2019 con el de 2020, observamos una disminución de 14 procesos en cobro jurídico con respecto al 2019, lo que porcentualmente representa disminución de (38%) en el número de procesos. Para la vigencia del 2021, observamos un aumento de 3 procesos con respecto a 2020, lo que porcentualmente representa un aumento del (13%).

Indicadores propios del proceso

Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%): En el 1er semestre 2021 se han gestionado un total de 94 requerimientos judiciales los cuales fueron contestados dentro de los términos procesales.

Porcentaje de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados. (100%): Al 1er semestre de 2021, se han gestionado el 100% de los procesos remitidos por el área de cartera, reportándose un cumplimiento del 100%, para este trimestre fueron remitidos 3 procesos y gestionando la misma cantidad.

PQRS

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, en el 1er semestre 2021 se gestionaron 57 derechos de peticiones a las cuales se les dio respuesta dentro de los términos, reportándose un cumplimiento del 100%.

Planes Únicos de Mejora

En cumplimiento de la actividad planificada en el plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca a desarrollar durante la vigencia 2021 relacionada con: “Informar a la gerencia y a la oficina de planeación y calidad cada 3 meses el avance del cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno”. Se procede realizar el siguiente reporte respecto al avance de los planes de mejora producto de la Auditorías realizadas por parte de control interno en primer semestre de 2021.

A primer trimestre de 2021, la Oficina de Control Interno, realizó las siguientes auditorías a las cuales luego del análisis realizado, la Oficina Jurídica no consideró oportuno realizar plan de mejoramiento.

Auditoria de gestión por dependencias.(ORFEO N°2021110002299-1)

Informe de austeridad del gasto. (ORFEO N°2021110002964-1)

Informe de control interno contable. (ORFEO N°2021110002184-1)

Informe de autoevaluación meci vigencia 2020.

La Oficina Jurídica dio respuesta a la Oficina de Control Interno vía correo electrónico, indicando que no consideraba oportuna la inclusión de planes de mejoramiento producto de estas auditorías, razón por la cual para el primer trimestre de 2021 no fueron incorporados planes de mejoramiento. Adicional a ello para el segundo trimestre de 2021, la Oficina de Control Interno realizó la siguiente Auditoria a la cual luego del análisis realizado, la Oficina Jurídica no considero oportuno realizar plan de mejoramiento.

Auditoria de seguimiento a procesos institucionales y los riesgos asociados 2021 (ORFEO 2021110004982-1)

Al respecto, la Oficina Jurídica dio respuesta el día 09 de junio de 2021 a la Oficina de Control Interno, vía correo electrónico, indicando que no se consideraba pertinente la inclusión de planes de mejoramiento producto de la

auditoria adelantada, razón por la cual para el primer semestre de 2021 no fueron incorporados planes de mejoramiento.

Seguimiento a actividades relacionadas con Auditorias de Control Interno 2020:

Producto de las Auditorias que Control Interno realizó en vigencia 2020, se planificaron una serie de actividades por parte de la Oficina Jurídica, relacionadas con la Auditoria de contratación Covid y La Auditoria de Ley de transparencia, los cuales tienen el siguiente avance:

Auditoria Covid: Se realizó cronograma que define el plan de trabajo a realizar para mejorar en el cumplimiento de la Ley de archivo (Ley 594 de 2000) en el cual se definen las actividades a realizar durante la vigencia.

El día 31 de marzo se realizaron capacitaciones a los colaboradores de la Oficina Jurídica, respecto del manejo del archivo documental, capacitación realizada por la Oficina de gestión documental.

El día 05 de abril de 2021 se realizó por parte de la Oficina de Gestión Documental Auditoria Archivo 1er trimestre de 2021 en el cual se verificó el archivo de los expedientes contractuales vigencia 2020 a lo que concluyó: “se da cumplimiento del 100% del proceso de organización, calificación, ordenación, foliación y expurgo documental de la serie de contratos correspondientes a la vigencia 2020”. Auditoria que se realizara nuevamente una vez culmine el segundo trimestre del año en curso.

Auditoria Ley de Transparencia:

El día 05 de abril de 2021 Fueron publicados en la página web de la entidad los procesos judiciales informando el riesgo de pérdida de los mismos, lo cual es posible evidenciar ingresando al Link <https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=11915>, trámite que se realiza de manera trimestral y en consecuencia se realizara nuevamente una vez culmine el segundo trimestre del año en curso.

Seguimiento Planes de Mejora Contraloría de Cundinamarca

Respecto al cumplimiento de las actividades planificadas en el plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca 2019 a desarrollar durante la vigencia 2021, tenemos:

Hallazgo No.1: De acuerdo con la verificación y análisis realizado a los estados financieros a 31 de diciembre de 2019 y lo verificado de la vigencia 2020, la comisión auditora establece que el control interno contable de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana es deficiente. **Actividades: (i)** Revisión y Actualización procedimiento cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y tramites arbitrales. **(ii)** Realizar documento cuatrimestral de revisión conjunta de los procesos judiciales en contra de la entidad con el proceso de gestión jurídica para verificar la provisión de litigios y demandas

Cumplimiento: soportes.

- Modificación realizada al procedimiento de provisión contable, Documento 02GJ15-V2, visible en el aplicativo Almera.
- Acta de conciliación y causación de la provisión contable a corte 30 abril de 2021, con su respectivo balance de prueba.

Hallazgo No.4: Auditoria de desempeño y cumplimiento, evolución a la contratación administrativa, informes de supervisión: Respecto a los contratos seleccionados en la muestra y de acuerdo a las documentales aportadas por la entidad que obra dentro de los expedientes contractuales, los productos extralegales tales como actas, informe periódico, listados, capacitaciones etc, que indiquen el cumplimiento de los objetivos específicos, todos los formatos de la muestra cuentan con un formato general de supervisión que no describe actividades para el cumplimiento, ni observaciones presentadas durante la ejecución. Evidenciándose debilidades en los controles de supervisión, acordes con los lineamientos establecidos en el Manual de Contratación, Supervisión e interventoría.

Actividades: (i) Capacitación a los supervisores sobre sus funciones, estatutos y manual de contratación de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana. (ii) Actualización formato de informes de supervisión o interventoría de contratos 05GJ03-V2, aprobado por comité de compras, contratos. Aprobado por comité de compras, contratos y procedimiento de ejecución contractual 02GJ01. (iii) Socialización formato de informe de supervisión o interventoría de contratos 05GJ03 y de ejecución contractual 02GJ01.

Cumplimiento soportes:

- Soportes de las capacitaciones realizadas a la fecha, de los supervisores sobre sus funciones, estatutos y manual de contratación de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Procedimiento actualizado código 02GJ01.
- Actualización formato de informes de supervisión o interventoría de contratos 05GJ03-V2.
- Anexo Formato de socialización de procedimiento actualizado 02GJ01 y 05GJ03-V2.

Hallazgo No. 5: publicación de todas las etapas contractuales en el SECOP: Al realizar la verificación en la muestra de contratación seleccionada (11 contratos) de la vigencia 2019 se verifico que la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, realiza la publicación de los contratos en el SECOP I, teniendo en cuenta lo contemplado en el capítulo XI Artículo 14 de estatuto de contratación Acuerdo 08 de 2014 del 03 de junio de 2014, verificación que hace parte de los papeles de trabajo de esta auditoría. No obstante el reporte al SECOP se realiza de manera extemporánea, sin tener en cuenta los tres días que indica la normatividad. **Actividades:** (i) Modificación procedimiento reporte de los procesos contractuales del HUS-SECOP 02 DE16-V1. (ii) Socialización a quienes intervienen en el cargué de la información del procedimiento reporte de los procesos contractuales del HUS SECOP 02DE16. (iii) Crear formato informe trimestral publicación SECOP

Cumplimiento soportes:

- Modificación al procedimiento reporte de los procesos contractuales 02DE16-V2 visible en el aplicativo Almera de fecha 31/03/2021 con código 05GC01-V2.
- Formato de Socialización a quienes intervienen en el cargué de la información del procedimiento reporte de los procesos contractuales del HUS SECOP 02DE16, de fecha 30 de marzo de 2021.
- Formato informe trimestral publicación SECOP.

Hallazgo No. 6: Evaluación a la rendición de la cuenta Matriz de Legalidad: Realizando el análisis a la matriz de legalidad que hasta la fecha se ha rendido en el aplicativo SIA OBSERVA, se encuentra lo siguiente: Toda la contratación fue rendida bajo la modalidad del régimen especial, razón por la cual se realiza la siguiente clasificación de acuerdo al procedimiento calidad y cumplimiento en el cuadro que está en el informe de total de los 1083 contratos relacionados, tan solo 6 cumplen con el lleno de los requisitos legales en el aplicativo SIA OBSERVA.

Actividades: (i) Hacer revisión y ajuste a la matriz de legalidad. (ii) Crear Formato de informe trimestral Publicación SIA OBSERVA.

Cumplimiento soportes:

- Acta de reunión suscrita el día 22 de febrero de 2021 con los colaboradores del área de contratación para análisis y modificación de la Matriz de legalidad del Aplicativo SIA OBSERVA.
- Formato informe trimestral de verificación contratos suscritos, con relación a la publicación applicativa SIA OBSERVA.

Hallazgo No. 8: Plan de auditorías, en la información allegada manifiesta la oficina de control interno, que los resultados a la oficina correspondiente y se les dio a conocer que en algunas no se están adelantado los planes de mejoramiento; de todas maneras, se evidencia que no hay un seguimiento adecuado que permita dar mejores resultados, el grupo auditor deja observaciones para que se adelante seguimiento a los planes de auditoria establecidos por el área encargada. **Actividades:** (i) Generar planes de mejoramiento a las recomendaciones, hallazgos y/o observaciones identificados en los informes de las auditorias de Control Interno. (ii) Informe trimestral,

radicados a la Gerencia y a los directores, de las acciones de mejora desarrolladas y documentadas Vs. Hallazgos y/o observaciones de los informes de Control Interno de acuerdo a las directrices emanadas por la Gerencia y las Direcciones. (iii) Informar a la gerencia y a la oficina de planeación y calidad cada 3 meses el avance del cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno.

Cumplimiento soportes:

- Informe trimestral, radicados a la Gerencia y a los directores de las acciones de mejoras desarrolladas y documentadas Vs. Hallazgos y/o observaciones de los Informes de control de acuerdo a las directrices emanadas por la Gerencia y Direcciones.
- Oficio enviado a Gerencia y a la Oficina de Planeación y calidad, en el cual se informa que el Informe de Gestión de la Oficina Jurídica se encuentra en construcción debido a que a la fecha no se ha cerrado el segundo trimestre de 2021 y se realiza una relación de los avances generados respecto a los planes de mejoramiento producto de las Auditorías de Control Interno para la vigencia 2021.

Hallazgo No.7: Evaluación al sistema de control interno: La entidad auditada para su calificación tomo como herramienta el documento de metodología de la función pública estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento, por lo anterior expuesto la comisión auditoria deja esta observación. **Actividades:** Realización de los comités institucionales de gestión y desempeño en el que incluya la revisión de la matriz de riesgos institucionales.

Cumplimiento:

- Me permito anexar Acta de reunión capacitación actualización y seguimiento gestión del riesgo jurídica de fecha 27 de abril de 2021.

Seguimiento POA 1er. Semestre 2021.

Por medio de la presente me permito remitir informe de seguimiento del POA 1er Semestre de 2021:

Estrategia: 10.2 y 58.1.

Meta de Producto Anual: Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas. **Nombre de Indicador:** % de cumplimiento del plan de mejoramiento.

Descripción de la Formula: No. Actividades ejecutadas /No. Actividades programadas en los planes de mejoramiento*100. **Descripción de Estrategias y Actividades a cargo de la Oficina Asesora Jurídica:** Incluir en los informes de gestión trimestrales los avances de los planes de mejoramiento producto de producto de las auditorías internas y externas (control interno, planeación, antes de control). **Reporte de cumplimiento:** Anexo informe de gestión correspondiente al 1er trimestre y segundo trimestre de 2021, en los cuales se reportan los avances de los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y externas que la Oficina Asesora Jurídica, está adelantando a primer semestre de 2021. **Avance 1er semestre 2021:** 100 %=100% de cumplimiento.

Estrategia: 42.1

Meta de Producto Anual: Implementación de una Planta De Tratamiento de Aguas Residuales PTAR en el HUS Bogotá. **Nombre de Indicador:** Porcentaje de avance del Proyecto de Implementación de una Planta De Tratamiento de Aguas Residuales PTAR. **Descripción de la Formula:** (Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Número total de etapas del proyecto ciclo de vida) definidas para la vigencia X 100.

Descripción de Estrategias y Actividades a cargo de la Oficina Asesora Jurídica: Adjudicación y contratación.

Reporte de cumplimiento: Anexo contrato de obra y suministro N°301 de 2021, celebrado entre la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y Consorcio PTAR 2021. **Avance 1er semestre 2021:** 100% = 100%.

Estrategia: 48.1

Meta de Producto Anual: Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en el HUS Bogotá.

Nombre de Indicador: Porcentaje de avance del Proyecto de dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas 4 piso. **Descripción de la Formula:** (Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Número total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100. **Descripción de Estrategias y Actividades a cargo de la Oficina Asesora Jurídica:** contratación. **Reporte de cumplimiento:** Anexo contrato de compraventa N° 418 de 2021 celebrado entre la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y Técnica Electro Médica S.A. evidenciando un 100% de cumplimiento. **Avance 1er semestre 2021:** 100% = 100%.

Estrategia: 50.1

Meta de Producto Anual: Implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del HUS Bogotá. **Nombre de Indicador:** Porcentaje de avance del Proyecto de sistema de protección contra incendios. **Descripción de la Formula:** (Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Número total de etapas del proyecto ciclo de vida) definidas para la vigencia X 100. **Descripción de Estrategias y Actividades a cargo de la Oficina Asesora Jurídica:** Elaborar minuta de contrato de diseños y estudios.

Reporte de cumplimiento: Anexo contrato de prestación de servicios número 285 de 2021, celebrado entre el Hospital Universitario de la Samaritana y Tecno fuego S.A.S., evidenciando un 100% de cumplimiento.

Avance 1er semestre 2021: 100% = 100%.

Estrategia: 56.2

Meta de Producto Anual: Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas últimas. El cumplimiento de la meta se realizará producto del promedio de los tres (3) indicadores. **Nombre de Indicador:** % de entrega cartera que cumple los requisitos para trámites jurídicos. **Descripción de la Formula:** Número de documentación para recuperación de cartera radicada con la totalidad de los requisitos a la Oficina Asesora Jurídica / Número de trámites judiciales y jurisdiccionales adelantados por la Oficina Asesora Jurídica *100. **Descripción de Estrategias y Actividades a cargo de la Oficina Asesora Jurídica:** Realizar los trámites judiciales y jurisdiccionales correspondientes, frente a la documentación radicada por el área de Cartera que cumpla con la totalidad de los requisitos normativos. **Reporte de cumplimiento:** Para primer trimestre de 2021, el área de cartera remitió dos (2) trámites para inicio de cobro jurídico, los cuales fueron efectivamente tramitados ante la Superintendencia Nacional de Salud, el monto de estos asciende a la suma de \$389.077.177 los cuales de detallan en la siguiente tabla:

Tabla No. 109

Cliente	Capital	Valor con Intereses	Fecha de Remisión	Fecha gestión	Observación
Secretaria de Salud de Boyacá	\$237.044.304	\$341.069.095	04/01/2021	18/01/2021	Se está a la espera de fijación de fecha de audiencia de conciliación.
Departamento de Boyacá	\$152.032.873	\$187.363.478	04/01/2021	18/01/2021	Se está a la espera de fijación de fecha de audiencia de conciliación.

Para primer segundo trimestre de 2021, el área de cartera remitió un (1) trámites para inicio de cobro jurídico, el cual fue efectivamente tramitados ante la Superintendencia Nacional de Salud, el monto de estos asciende a la suma de \$150.109.000 el cual se detalla en la siguiente tabla:

Tabla No. 110

Cliente	Capital	Valor con Intereses	Fecha de Remisión	Fecha gestión	Observación
Secretaría de Salud de Boyacá	\$150.109.000	\$172.829.165	04/05/2021	28/05/2021	Se radica solicitud ante la Súper Salud.

Indicador de Cumplimiento: Número de documentación para recuperación de cartera radicada con la totalidad de los requisitos a la Oficina Asesora Jurídica (3) / Número de trámites judiciales y jurisdiccionales adelantados por la Oficina Asesora Jurídica (3). Porcentaje de cumplimiento al 1er semestre 100%.

Avance 1er semestre 2021: 3/3= 100%.

Estrategia: 57.1

Meta de Producto Anual: Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico.

Descripción de la Formula: Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas.

Descripción de Estrategias y Actividades a cargo de la Oficina Asesora Jurídica:

Ejecución del 83% de la Política de daño antijurídico

Reporte de cumplimiento: A fin de evidenciar el cumplimiento de la actividad en relación se aportaron los siguientes soportes:

- Informe de Auditor judicial mensual y trimestral.
- Certificación de publicación de los procesos judiciales y acciones constitucionales 1er semestre de 2021.
- Auditoria judicial de la base de datos de procesos judiciales de la entidad, primera segunda y tercera víctima.
- Cronograma de capacitación del personal médico asistencial, realizado por parte de los abogados externos y auditora médica.
- Inscripción de capacitaciones de los abogados colaboradores del área jurídica, sobre actualización en procedimiento Contencioso administrativo.

Informes al Comité de Conciliación sobre el estado Acciones de Repetición adelantadas por la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana

Reporte de cumplimiento: Se encuentra programado Comité de Conciliación y defensa judicial para el día 23 de julio de 2021, en el cual se realizará la exposición sobre el estado de las acciones repetición adelantadas por la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.

Análisis y exposición semestral por parte de los abogados colaboradores de la Oficina Asesora Jurídica de boletines jurídicos expedidos por entes administrativos o judiciales sobre asuntos jurídicos relevantes para la gestión de la Oficina Asesora Jurídica.

Reporte de cumplimiento: Acta de reunión, en la cual se realizó la exposición de los boletines jurídicos por parte de los colaboradores de la Oficina Jurídica.

Análisis de las causas y planes de mejoramiento adoptados por las áreas involucradas producto de las sanciones impuestas a la entidad con ocasión de procesos administrativos sancionatorios.

Reporte de cumplimiento: Acta de Comité de Conciliación y Defensa Judicial en la cual se expuso el plan de mejora generado como consecuencia de la sanción impuesta, mediante Resolución 2134 del 13 de noviembre del 2020, la cual fue notificada a la institución el día 23 de mayo de la presente anualidad.

Avance 1er semestre 2021: 100 %=100% de cumplimiento.

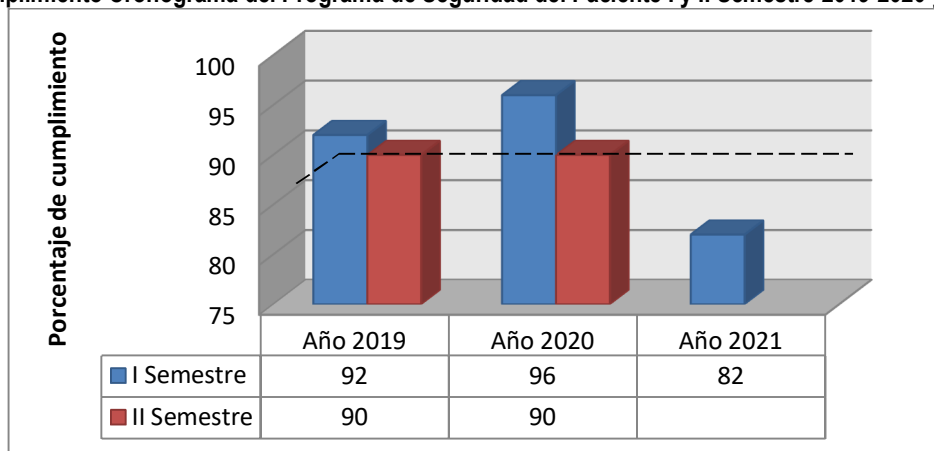
CAPITULO VII

OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

7.1.- Programa de Seguridad del Paciente

La política de Seguridad del Paciente “Primero no Hacer daño”, se ejecuta a nivel institucional a través del Programa de Seguridad del paciente, el cual se implementa a través de la ejecución del cronograma del Programa, proyectado a través de las 6 líneas estratégicas del programa, que para el II semestre de 2020, contó con un porcentaje de cumplimiento del 90% y para el I semestre de 2021 del 82%, a continuación, se muestra un comparativo de cumplimiento de las últimas dos vigencias.

Grafica No. 69
Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente I y II Semestre 2019-2020 y 2021



Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente, años:2019,2020 y 2021

Para las vigencias 2019 y 2020 se observa un cumplimiento dentro de la meta establecida de ejecución del programa la cual es del 90%. En cuanto al I semestre del 2021 con un total de 74 actividades ejecutadas de las 90 actividades programadas, se obtiene un cumplimiento del 82%; reflejo del ajuste de personal de dedicación exclusiva a la implementación y ejecución del programa, así como la curva de aprendizaje del nuevo personal. A continuación, se describen los porcentajes de cumplimiento acumulado del año por cada una de las líneas estratégicas para el I semestre de 2021:

Tabla No. 111
Porcentaje de avance del Programa de Seguridad por Líneas estratégicas

Línea estratégica	Planeada	Ejecutada	%
1. Integración del Programa de Seguridad del Paciente con el Sistema de Gestión de la Calidad institucional	10	8	80%
2. Gestión del riesgo en la Seguridad del Paciente	3	3	100%
3. Fortalecimiento de las buenas prácticas para la Seguridad del paciente en todos los individuos inmersos en el proceso de atención en salud en la ESE Hospital Universitario Samaritana (Cliente interno-externo)	18	8	44,4%
4. Fortalecimiento del Sistema de Información para la Seguridad del Paciente consistente en la identificación, clasificación, análisis y seguimiento de las Novedades de Seguridad que se presenten e identifiquen en la Institución	33	32	97%
5. Fortalecimiento de la Formación Continua en Seguridad del Paciente alineado al Plan Institucional de Capacitación	19	17	89,5%
6. Articulación del Programa de Seguridad del Paciente con Hospital Universitario	7	6	85,7%

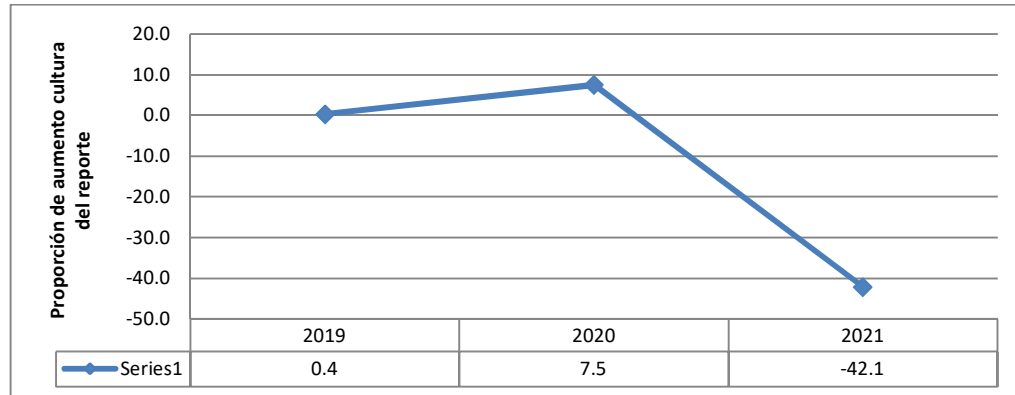
Fuente: Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente 05GC42

En cuanto a los aspectos de mayor relevancia para la gestión del programa de Seguridad, se encuentran:

Línea 4: Cultura del reporte y Gestión de novedades de seguridad

Grafica No. 70

Proporción de aumento de cultura del reporte de Novedades de Seguridad del Paciente I Semestre 2018- 2019-2020 y 2021



Fuente: Base del reporte de novedades 05GC35 años: 2018, 2019,2020 y 2021

Tabla No. 112

Porcentaje de avance del Programa de Seguridad por Líneas estratégicas

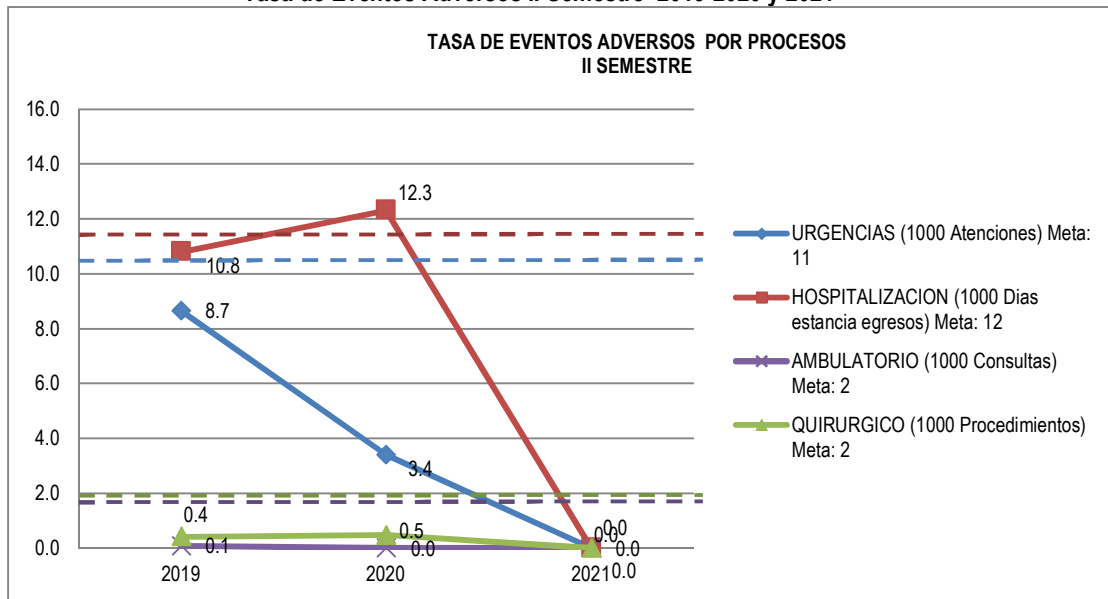
AÑO	Cultura del Reporte I Semestre	
	# Reportes	Proporción de aumento
2019	1711	0,4
2020	1840	7,5
2021	1065	-42,1

Fuente: Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente 05GC42

Para el I semestre de 2021; se observa un decrecimiento en la cultura del reporte comparado con las vigencias inmediatamente anteriores, producto de la alta rotación a nivel institucional; por lo que a razón de esto desde el programa y sub programas de Seguridad del paciente se fortalece la cultura del reporte con diferentes estrategias como la educación en puesto de trabajo, participación en equipos primarios de diferentes áreas y servicios, a través del curso virtual de Buenas Prácticas , correo institucional y pantallas institucionales. En cuanto a la Gestión de Novedades de Seguridad del Paciente; para el II semestre de 2020 , se calcula la tasa de eventos adversos por procesos de atención, a través del denominador más sensible según características de atención ,encontrándose una desviación por encima de la meta permitida para este semestre en el proceso de Hospitalización, cuya principal causa generadora de esta desviación es la demora en la realización de procedimiento y administración de medicamentos secundario la inadecuada planeación de disponibilidad de recursos (insumos, dispositivos médicos, equipos biomédicos y medicamentos) y en segundo lugar las IAAS (infecciones asociadas a la atención en salud secundario a la no adherencia a normas de bioseguridad .En cuanto al proceso quirúrgico y ambulatorio se encuentran por debajo de la meta de eventos adversos permitidos y en el Proceso de atención al paciente de urgencias, se observa una disminución sustancial en la tasa de eventos adversos, considerándose un comportamiento negativo de este indicador dada la disminución del universo (número de atenciones) y la cultura del reporte en urgencias la cual también presenta una sustancial disminución en comparación al mismo semestre de la vigencia anterior .

De estos presuntos eventos adversos el 65% cuentan con la implementación de correcciones y acciones correctivas, llevadas al PUMP (Plan Único de Mejora por Procesos).

Grafica No. 71
Tasa de Eventos Adversos II Semestre 2019-2020 y 2021



Fuente: Base del reporte de novedades 05GC35 años: 2019,2020 y 2021

De estos presuntos eventos adversos el 65% cuentan con la implementación de correcciones y acciones correctivas, llevadas al PUMP (Plan Único de Mejora por Procesos), a continuación se relacionan los ID de estas acciones correctivas en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, implementadas y desarrolladas en la vigencia 2020:

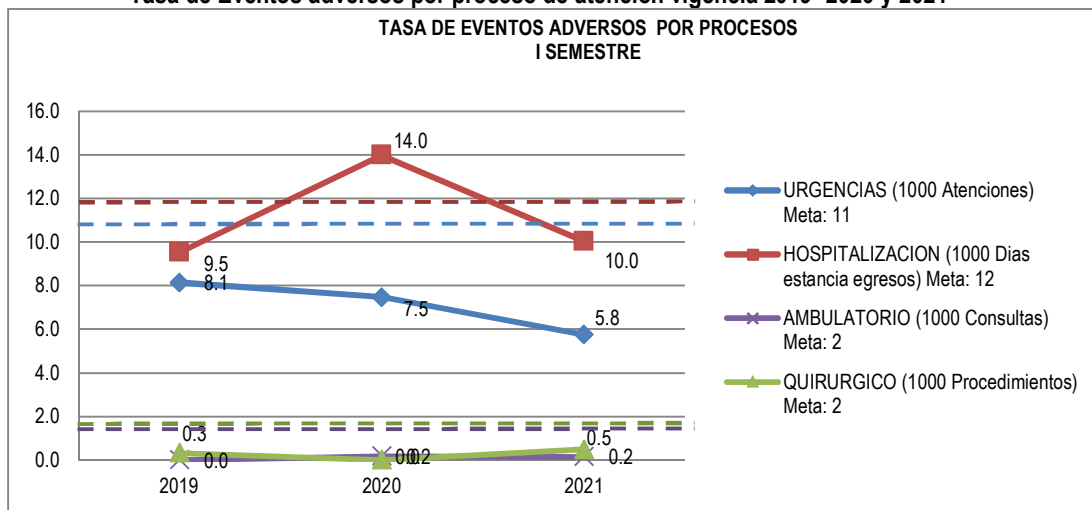
Tabla No. 113
ID planes de mejoramiento 2020

EVENTOS ADVERSOS 2020	PLAN DE MEJORA
Flebitis química	ID 509
Flebitis mecánica	ID 256
Infección de Torrente sanguíneo	ID 337
Ulceras por presión	ID 836

Fuente: ALMERA

En cuanto a la gestión de novedades de seguridad del paciente, para el I semestre de 2020, se recibe un total de 1065 reportes de Novedades de Seguridad, de las cuales posterior a su revisión, investigación y análisis fueron clasificadas en Evento Adverso, Incidente y Complicación, descartándose los reportes repetidos y de causa extra institucional o de riesgo laboral, los cuales se re direccionan al área encargada de su gestión. A continuación se encuentra un gráfico que muestra la tasa comparativa de eventos adversos por procesos de atención prioritarios durante I semestre de las últimas 3 vigencias, encontrando que en comparación con la vigencia anterior el proceso de hospitalización muestra una disminución y por ende una tasa controlada de eventos adversos por debajo de la meta establecida, al igual que los demás procesos que presentan de igual manera una tendencia a la disminución, esto producto de la disminución en la cultura del reporte y del universo con el que se calcula el indicador, como lo sería en el caso de urgencias el número de pacientes atendidos, en hospitalización la disminución del promedio de días estancia, en quirúrgico la disminución de procedimientos realizados y número de consultas en ambulatorio.

Grafica No. 72
Tasa de Eventos adversos por proceso de atención vigencia 2019- 2020 y 2021



Fuente: Clasificación Base del reporte de novedades 05GC35 2019- 2020 y 2021

En cuanto a la gestión realizada se cuenta con un PUMP que da respuesta a la ocurrencia de 41 casos relacionados con No adherencia a protocolo y/o procedimientos de cateterización venosa periférica.

Línea 3 y 4: Fortalecimiento de los sub programas de vigilancia y paquetes instruccionales de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

Se cuenta con 21 paquetes instruccionales de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, a través de los cuales se despliegan diferentes barreras de seguridad y controles para la prevención del riesgo a nivel institucional, los cuales se encuentran en diferentes niveles de implementación. Para el II semestre de 2021 posterior a la parametrización realizada en ALMERA, se consolidó la información de cada uno de estos paquetes instruccionales y se sistematizaron los seguimientos para la verificación del cumplimiento y avance. Para el I semestre se da priorización por Comité de Seguridad a aquellos paquetes instruccionales que dan cumplimiento a las metas internacionales para la Seguridad del Paciente, a continuación se muestra el porcentaje de evaluación obtenido en las diferentes mediciones de implementación.

Tabla No. 114
Porcentaje de implementación de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

Nombre de Paquete Instruccional	I Seguimiento 2019	II Seguimiento 2019	I Seguimiento 2020	II Seguimiento 2020	I Seguimiento 2021
1 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN	94	96	89	100	96
2 MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	90	93	94,4	91,2	77
3 PROCESO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	93	95	96	97,5	96
4 MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICO	81	91	86	100	93,5
5 ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	90	96	97,4	81,6	85
6 GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES	74	71	48	70	43
TOTALES	87,00	90,33	85,47	90	82

Nivel Bajo de implementación: Paquetes con puntaje de implementación < del 50%	
Nivel Medio de implementación: Paquetes con puntajes de implementación entre el 50% y el 70%	
Nivel Alto de implementación: Paquetes con puntaje implementación > del 70%	

Fuente: Formato de evaluación y seguimiento a Paquetes instruccionales 05GC55

En cuanto a los sub programas de Vigilancia, cuya implementación institucional se encarga de la detección, evaluación y prevención de los riesgos, se realiza verificación del cumplimiento del cronograma de cada programa a través de las líneas estratégicas de cada uno. Para el II semestre de 2020, se parametriza dicho cumplimiento en coordinación con el referente de cada sub programa en relación a aquellas líneas que producto del seguimiento del I semestre, se deben fortalecer. A continuación se muestra el porcentaje de evaluación obtenido en los seguimientos realizados. Cuya meta establecida de cumplimiento se encuentra en el 90%, obteniendo para el I semestre de 2021 un promedio de cumplimiento del 95%.

Tabla No. 115
Porcentaje de implementación de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

PROGRAMA	% DE CUMPLIMIENTO I SEMESTRE 2021
HEMOVIGILANCIA	95%
TECNOVIGILANCIA	94%
REACTIVO VIGILANCIA	100%
FARMACOVIGILANCIA	90%
BIOVIGILANCIA	98%
IAAS	93%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	95%

Fuente: Formato de evaluación y seguimiento a Paquetes instruccionales 05GC55

Línea 5: Formación continua

El equipo de Seguridad del Paciente, emplea durante la vigencia 2020 y I semestre de 2021 diferentes estrategias para el abordaje de colaboradores y socialización de temas de interés en Seguridad del paciente, como lo son las metas internacionales para la Seguridad del Paciente, reporte de novedades de seguridad, política de seguridad, guía de reacción inmediata a novedades de seguridad y comunicación de eventos adversos al paciente y su familia, a continuación se relaciona el número de personas que han recibido educación relacionada ,a través de la Ruta de Acreditación, curso virtual, educación en puesto de trabajo, capacitaciones virtuales, entre otras estrategias :

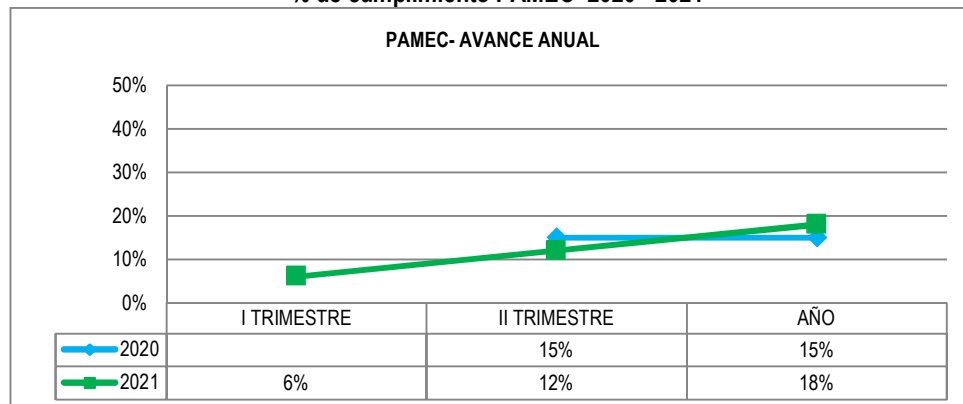
Tabla No. 116

II SEMESTRE 2020	I SEMESTRE 2021
1000 colaboradores	2087 colaboradores

Fuente: Formato de Seguimiento de educación en Seguridad del Paciente

7.2.- PAMEC

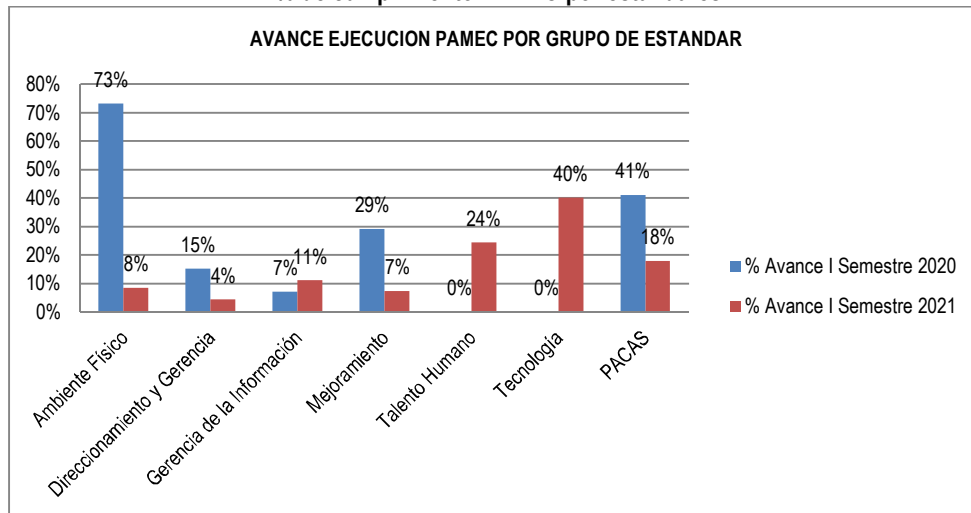
Grafica No. 73
% de cumplimiento PAMEC 2020 - 2021



Fuente: Sistema de Gestion Almera – Informe Gestion II trimestre 2020

Para el año 2021 se cuenta con meta anual de PAMEC del 90%, la cual se distribuye entre trimestres con meta 25% para cada trimestre, durante el año 2021 se cuenta con un porcentaje de avance anual del 18% en el cual se continua por debajo de la meta establecida dado que para el II trimestre se debe contar con el 50% de ejecución, sin embargo respecto al año anterior se evidencia aumento en la ejecución del 3 puntos porcentuales, al realizar revisión por trimestre cada trimestre del año se evidencia que durante el II Trimestre del año 2020 se realizó mejor ejecución en acciones del PAMEC.

Grafica No. 74
% de cumplimiento PAMEC por estandares



Fuente: Sistema de Gestión Almera- Informe Gestion II trimestre 2020

El avance en la ejecución por grupos de estándares de acreditación en la meta anual definida para el año 2021, se encuentra gestión de la teconologia con mayor porcentaje 40% de cumplimiento seguido de talento humano con 24% y PACAS 18%, en comparacion con el año 2020 se evidencia mejor ejecucion de actividades por parte de los estandares de talento humano y gestion de la tecnologia; teniendo en cuenta que la meta establecida por trimestre es de 25% para el II Trimestre 2021 se tendria meta de 50% de ejecucion en la cual ninguno de los estandares se encuentra dentro de la meta a diferencia del año anterior en el cual el estandar de ambiente fisico ya se encontraba por encima de la meta.

Para el año 2021 se cuenta con segundo año de implementación del sistema de gestión integral ALMERA por medio del cual se realiza ejecución y seguimiento del PAMEC, el cual aún se encuentra en proceso de fortalecimiento en el uso adecuado de esta herramienta por parte de los colaboradores del HUS, con el fin de obtener toda la información completa en relación a la ejecución de las actividades programadas que permita obtener seguimiento acertado, ya que se ha evidenciado que no se registra ejecución de actividades en ALMERA y esto hace que se evidencien porcentajes bajos de ejecución del PAMEC.

Como plan de acción para el II semestre del 2021 se realizará seguimiento con mayor periodicidad por parte de los asesores de la oficina de planeación y garantía de la calidad a los grupos de estándares con el fin de brindar asesoría en el uso adecuado de la herramienta, así como en la ejecución de las actividades programadas y de esta manera lograr aumento en el porcentaje de ejecución del PAMEC y lograr meta establecida para el año 2021.

7.3.- Indicadores Resolución 0256 de 2016

Tabla No. 117
Informe de Gestión Indicadores 256

INFORMACIÓN GENERAL DE INDICADORES			RESULTADOS I TRIMESTRE 2021	RESULTADOS II TRIMESTRE 2021	META INDICADOR (5)
Dominio	CÓDIGO (2)	INDICADOR (3)	RESULTADO OBTENIDO (4)	RESULTADO OBTENIDO (4)	
Efectividad de la atención	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	59,5%	44,7%	50%
	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	49	24	45
	P.1.5	Relación Morbilidad Materna Extrema(MME) / Muerte Materna temprana (MM)			
Seguridad de la atención	P.2.1	Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	1,91	2,20	7
	P.2.2	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	2,81	5,15	7
	P.2.3	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)	5,05	2,68	9
	P.2.4	Proporción de endometritis pos parto vaginal	0%	0%	5%
	P.2.5	Proporción de endometritis pos cesárea	0,6%	0,8%	5%
	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,81	0,8	2
	P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	0,59		2,5
	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0		0,5
	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica.			
	P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización			1%
	P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0,05%	0,03%	1%
	P.2.12	Tasa de úlceras por presión.	2,9		3
	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	2,65		10
	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	0%	0%	2,5%
	Experiencia de la atención	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	1,2 días	1,1 días
P.3.5		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología			
P.3.6		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia			
P.3.7		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	1,7 días	0,4 días	15
P.3.8		Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía			4
P.3.9		Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear			
P.3.10		Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	33 minutos	19 minutos	30
P.3.11		Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	24 días	12 días	20
P.3.12		Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera	16,6 días	26 días	20
P.3.14		Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	99,7%	99,7%	95%
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	100%	100%	95%	

De los 55 indicadores de la Resolución 256 se observa en el aplicativo Almera 28 (50,9%) indicadores parametrizados, por lo tanto faltan por parametrizar 27 (49%); en el primer trimestre del año 2021 únicamente hay registro de datos en 21 indicadores (75%), superando la meta en 17 indicadores (80%); y en el segundo trimestre del año 2021 únicamente hay registro de datos en 17 indicadores (60,7%), superando la meta en 16 indicadores (94%). Las acciones de mejora que deben realizarse en el tercer trimestre son parametrizar los 27 indicadores e incorporarlos al aplicativo para la utilización de HUS, HRZ y UFZ; corregir las fichas de los indicadores parametrizados que afectan la definición operacional y/o el registro de datos, para posteriormente registrar los datos con retroactividad al 1er. Trimestre 2021; tomar las decisiones pertinentes para alcanzar la meta en el Ind. Código P.3.12.

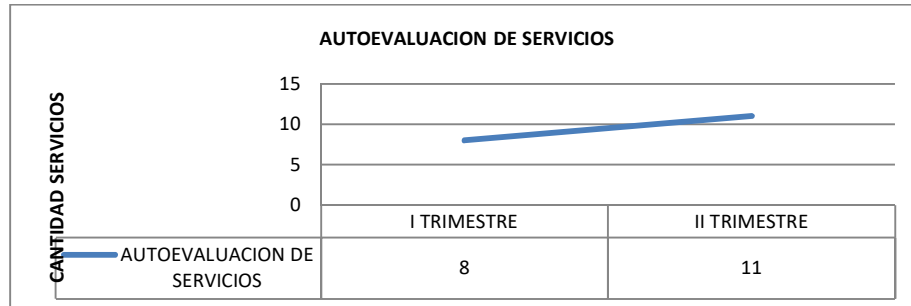
7.4.- Gestión del Sistema Único de Habilitación

Dentro de las actividades desarrolladas para el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación, se realiza acompañamiento en la realización de la autoevaluación de los servicios habilitados, al igual que la verificación de la normatividad anexa al cumplimiento del Sistema Único de Habilitación según lo establecido en la Resolución 3100 del 2019.

Dentro del proceso de autoevaluación de cumplimiento de condiciones de habilitación se evaluación los siete estándares descritos en la Resolución 3100 del 2019:

- Estándar de Talento Humano
- Estándar de Infraestructura
- Estándar de Dotación
- Estándar de Medicamentos , dispositivos médicos e insumos
- Estándar de Procesos Prioritarios
- Estándar de Historias Clínicas
- Estándar de Interdependencia

Grafica No. 75



El proceso de acompañamiento de la autoevaluación del cumplimiento de los estándares de habilitación en los servicios habilitados de acuerdo al grupo al cual pertenece se puede evidenciar que para el primer trimestre se realizó acompañamiento a 8 servicios y durante el segundo trimestre se realiza acompañamiento al proceso de autoevaluación de 11 de servicios así:

Tabla No. 118

TRIMESTRE	GRUPO Y/O SERVICIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
I TRIMESTRE	Servicio de Farmacia	96%
	Grupo Consulta Externa	90%
	Imágenes Diagnosticas Ionizantes	94.4%
	Imágenes Diagnosticas No Ionizantes	90%
	Hemodinamia	94.5%
	Servicio de Urgencias	95%
	Servicio de Terapias	95%
	Servicio de Vacunación	94.4%
II TRIMESTRE	Estándar de Equipos Biomédicos	90%
	Grupo Quirúrgico	99.3%
	Servicio de Patología	98 %
	Servicio de Laboratorio Clínico	100%
	Grupo Hospitalización	94.5%
	Estándar de Infraestructura	85%
	Estándar de Medicamentos	95%
	Hemodiálisis	96.5%
	Diagnostico Vascular	96%
	Servicio Gestión Pretransfucional	97%
Estándar de Talento Humano	80%	

Dentro del proceso de autoevaluación de cumplimiento de los estándares de habilitación en el primer trimestre se realiza a 8 servicios con un 93.6% y en el segundo trimestre se realiza a 11 servicios con un 93.7%, se puede observar que se mantiene el porcentaje de cumplimiento de servicios.

A continuación se realiza la descripción de las novedades transitorias de habilitación realizadas con el objetivo de atender pacientes con diagnostico o sospecha de Covid 19.

Novedades Apertura de Servicio Transitorio

Tabla No. 119

NOMBRE SEDE	GRUPO CAPACIDAD INSTALADA	DESCRIPCION CAPACIDAD INSTALADA	HABILITADAS EN REPS	EXPASIVAS	TOTAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADAO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	CAMAS	Adultos	106	0	106
	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	5	2	7
	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	11	16	27

Tabla No. 120

NOMBRE SEDE	GRUPO CAPACIDAD INSTALADA	DESCRIPCION CAPACIDAD INSTALADA	HABILITADAS EN REPS	EXPASIVAS	TOTAL
HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA	CAMAS	Pediatría	18	0	18
	CAMAS	Adultos	32	43	75
	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	8	0	8
	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	12	53	65

Logros

- Se realiza acompañamiento a los líderes de procesos en la aplicación del instrumento de autoevaluación del cumplimiento de los estándares de habilitación en salud.
- Acompañamiento y gestión en el proceso de autoevaluación de los servicios habilitados en REPS, bajo la resolución 3100.
- Se realizan las novedades en el REPS, de acuerdo a las necesidades identificadas en el Hospital para la atención de los pacientes.
- Se da continuidad al reporte de ocupación de acuerdo a los establecido de domingo a domingo, de acuerdo a la información brindada por las sedes funcionales.
- Se desarrollan actividades de recolección de información, con los líderes de los servicios, para realizar el proceso de actualización del portafolio de servicios.
- Se realiza el proceso de la actualización del portafolio de servicios del Hospital Regional de Zipaquirá, Unidad Funcional de Zipaquirá.
- Se realiza acompañamiento a las auditorías externas tanto de EPS con las que el hospital tiene convenios, al igual que las visitas de secretaria de salud de Bogotá.
- Se desarrollan las auditorías internas relacionadas al sistema único de habilitación del hospital.

7.5.- Guías de Práctica Clínica

Despliegue de GPC Institucional:

En cuanto al despliegue de GPC que contemplan 4 procesos grandes que son: Adopción, Difusión e Implementación, Evaluación de la Adherencia, y Retroalimentación de los resultados que se han venido desarrollando:

- Se realizaron reuniones con los subdirectores y líderes de los diferentes servicios a fin de trabajar y asesorar la consolidación del proceso de adopción e implementación, en las cuales también se explicaron los formatos institucionales bajo los cuales se están consolidando los procesos de adopción e implementación y los pasos que conllevan a la consolidación de estos.

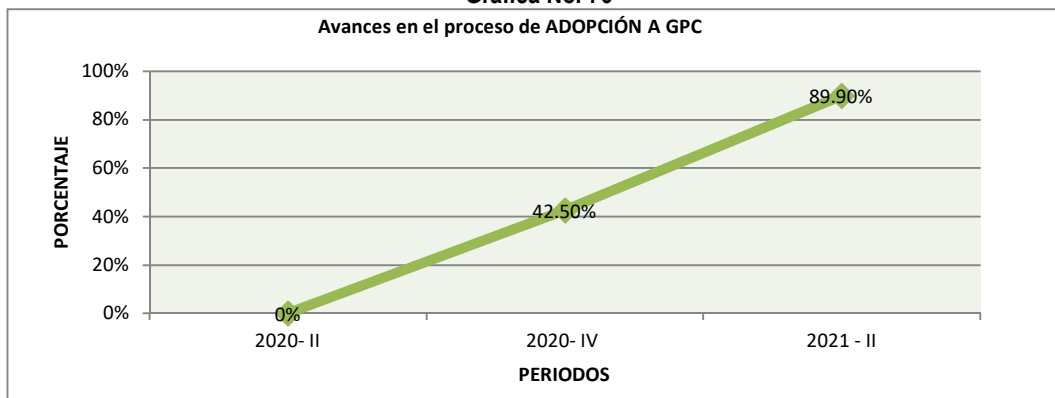
Como es de su conocimiento, se hace mención de los servicios en los cuales no se ha logrado consolidar estos procesos: Cirugía General, Cirugía Plástica, Infectología, Reumatología, Urgencias y Urología, a pesar del oficio entregado a Dirección Científica

- b. En cuanto a los avances en los procesos de adopción e implementación se evidenció un aumento importante con base en final de 4to trimestre de 2020 y este primer semestre de 2021. En el PROCESO DE ADOPCIÓN DE GPC recordamos que iniciamos el proceso con 0% de avances dada la perdida documental, ante lo cual encontramos:

Tabla No. 121

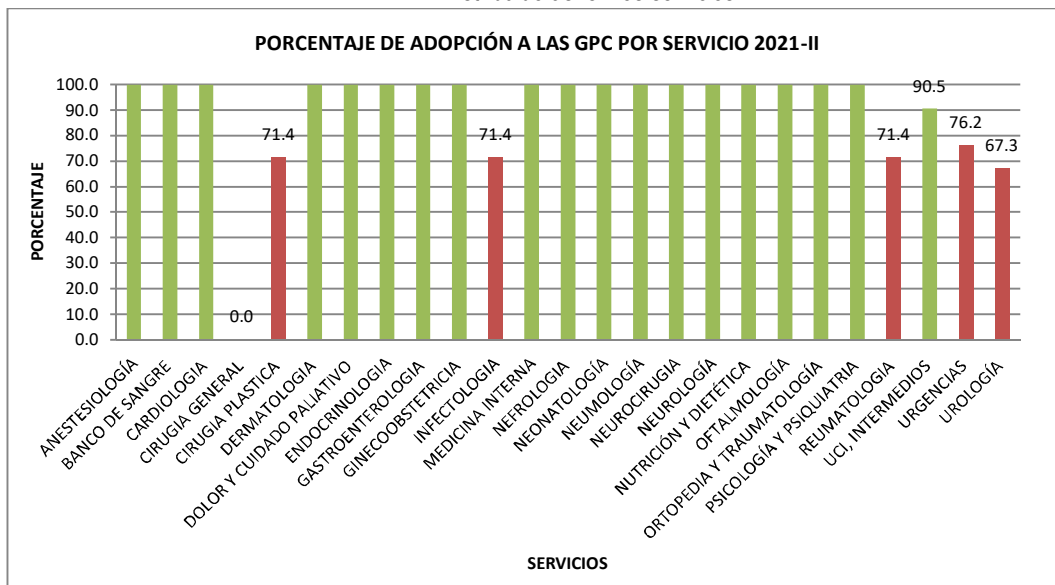
Avances en el proceso de ADOPCIÓN A GPC		
2020 - II	2020- IV	2021 - II
0%	42,5%	89,9%

Grafica No. 76



Grafica No. 77

Distribuido así en los servicios:

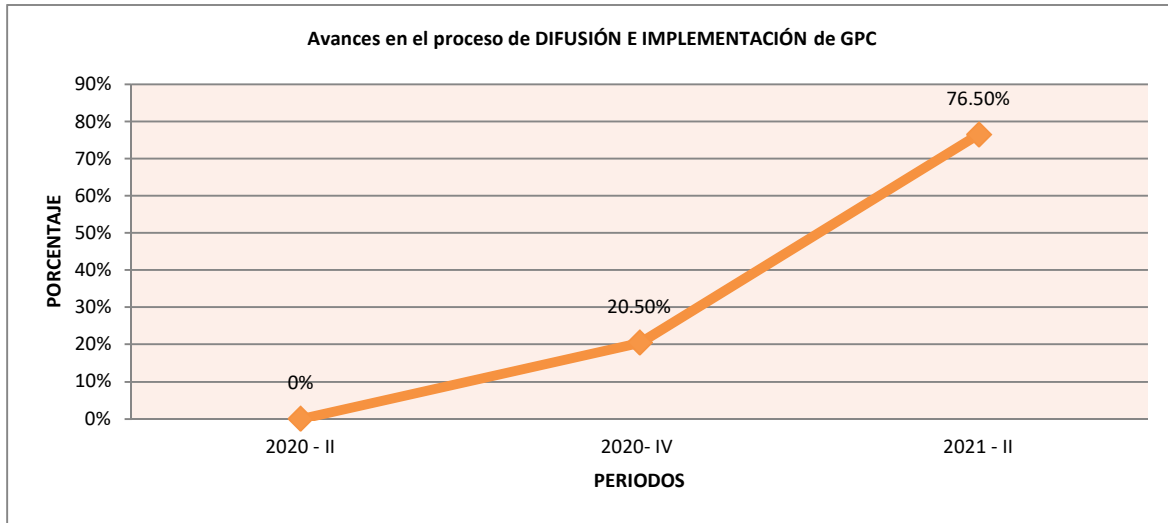


- c. En el Proceso de Implementación de GPC recordamos que iniciamos el proceso con 0% de avances dada la perdida documental, ante lo cual encontramos:

Tabla No. 122

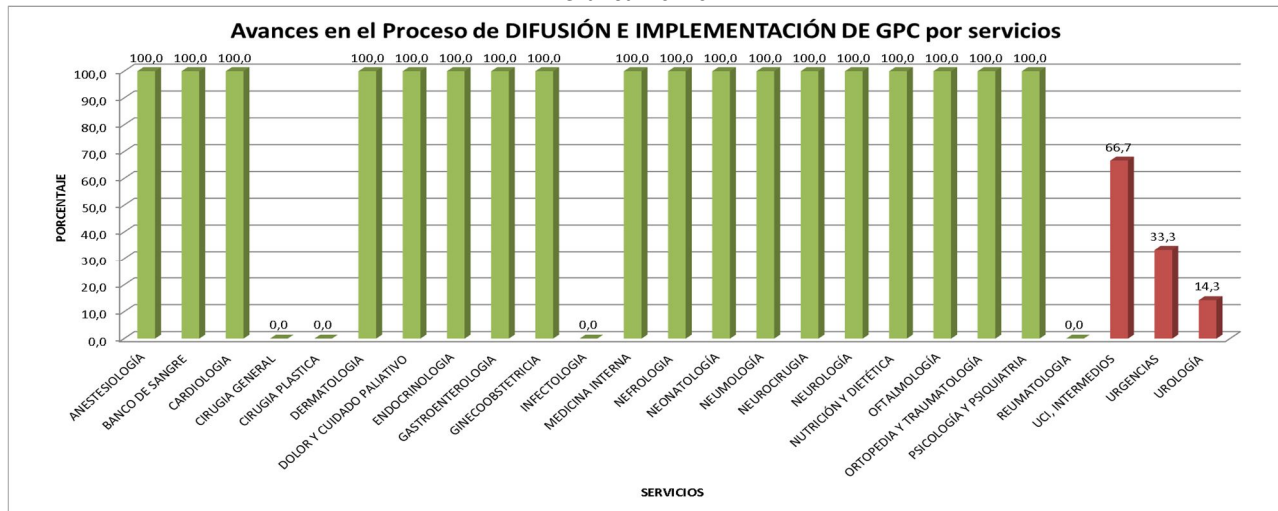
Avances en el proceso de DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN A GPC		
2020 - II	2020- IV	2021 - II
0%	20,5%	76,5%

Grafica No.



Distribuidos así por servicio:

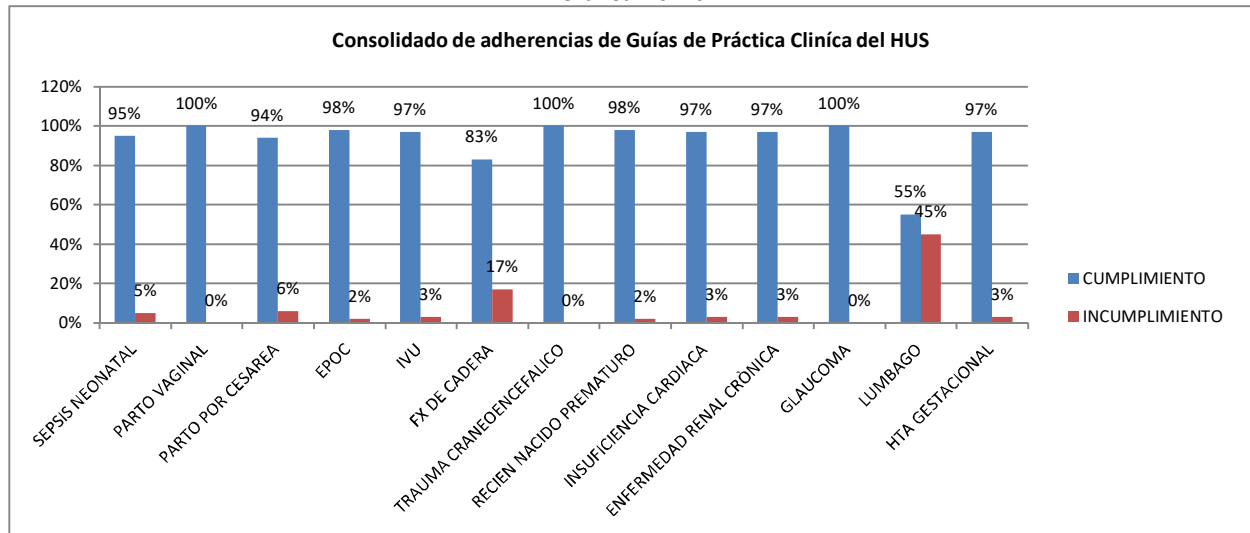
Grafica No. 78



- d. En cuanto a Evaluación de Adherencia a las GPC para este primer semestre se tuvo en cuenta los resultados de 2 verificaciones a saber:
- e. Evaluación de adherencia a las GPC realizada a través de la historia clínica del 14 de junio al 28 junio 2021 por auditoría concurrente, en la cual se priorizaron 11GPC relacionadas con las primeras causas de morbilidad de 2019 con base en sus recomendaciones trazadoras y solo se tuvo en cuenta historias clínicas del primer trimestre, para un total de 515 historias clínicas auditadas, obteniendo un porcentaje de adherencia general a las GPC del 93% (se anexa informe entregado por auditoría concurrente).

El resultado por cada una de las GPC evaluadas es:

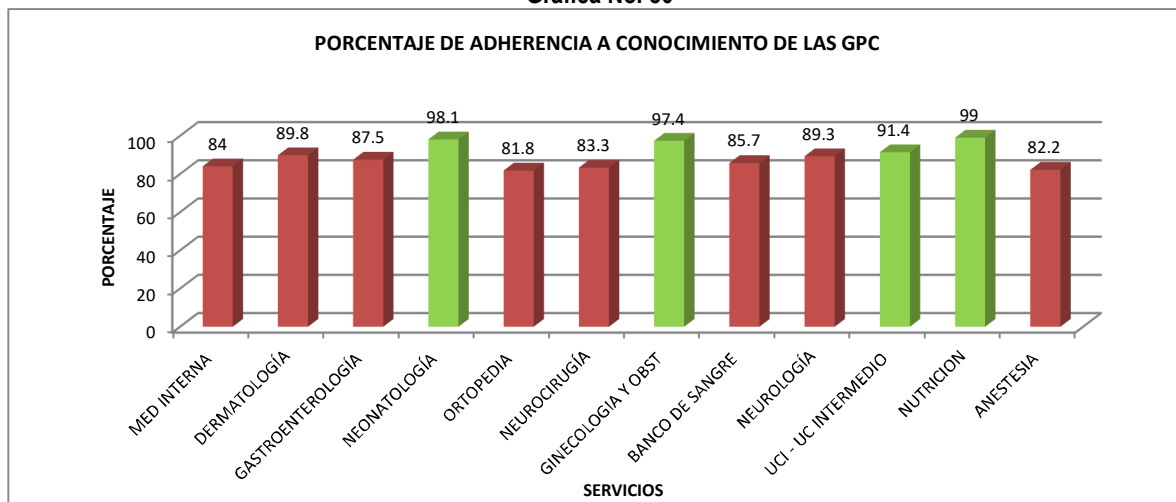
Grafica No. 79



Evaluación de Adherencia al conocimiento de las GPC adoptadas e implementadas en cada uno de los servicios por parte del personal relacionado con los procesos de despliegue de las GPC, para lo cual se proyectó un cuestionario fundamentado en las recomendaciones trazadoras o priorizadas de cada una de las GPC, que el pasado 07 de julio se envió al correo institucional de cada uno de los líderes, subdirectores o representantes de los servicios, junto con las instrucciones para su desarrollo. Es importante mencionar que no se evaluaron los servicios de Cardiología, Endocrinología, Nefrología, Neumología y Dolor y cuidado paliativo, puesto que en el momento de la evaluación no se contaba con líderes en estas áreas. Del mismo modo no se realizó evaluación de los servicios que no han iniciado el proceso de despliegue de GPC, puesto que los requisitos de adopción e implementación son fundamentales.

Se obtuvo un porcentaje del 89,1% de adherencia general al conocimiento de los profesionales a las GPC, solo participaron 163 profesionales, de 12 servicios y se destaca que solo 8 de los líderes de estos servicios tuvieron participación. El porcentaje de adherencia al conocimiento en cada uno de los servicios se especifica en la siguiente gráfica:

Grafica No. 80



- f. En cuanto al proceso de retroalimentación de los resultados de las actividades aplicadas para evaluar la adherencia a las GPC se realizó dicha actividad con los servicios de: Medicina Interna, Dermatología, Gastroenterología, Neonatología, Ortopedia y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Banco de Sangre, Neurología, UCI- UC Intermedios y Nutrición. No se logró establecer contacto con Neurocirugía.
- g. Así mismo se retroalimento nuevamente el proceso de despliegue institucional de las GPC a través de presentación Power Point como queda constancia en las actas.
- h. Se llevó a cabo la auditoria a las actividades realiza para la evaluación de adherencia a las GPC en las cuales se evidencia:

En cuanto a la evaluación de adherencia realizada por auditoria concurrente a las historias clínicas se evidencia:

Sesgos en la evaluación de adherencia dado que varias de las historias evaluadas no aplicaban para los criterios planteados

En algunas evaluaciones se realizó inadecuado filtro de las historias clínicas acorde con la especialidad relacionada con el despliegue de las GPC, ejemplo: La GPC para el manejo de dolor lumbar debe ser evaluada en la intervención realizada por Neurocirugía quien realizo la adopción e implementación de esta GPC.

En cuanto a la evaluación de adherencia al conocimiento a las GPC se evidencia:

Se llevó a cabo a través de link virtual abierto por 3 días lo cual puede generar sesgos en el sentido en que permite la suplantación de la identidad y/o la solución del mismo en conjunto

Se evidencio que el cuestionario no permite la resolución del cuestionario una sola vez sino las veces que el participante desee razón por la cual se duplican las respuestas, por lo cual solo se tuvo en cuenta las primeras respuestas.

De esta actividad de auditoria se concluyó:

Se evidencian los resultados de las actividades planteadas para la evaluación de adherencia de las GPC, las cuales deben fortalecerse y requieren de mayor compromiso por parte de cada uno de los servicios relacionados con el despliegue de las GPC.

Los resultados de adherencia a las GPC por historia clínica es óptimo (93%) pero se requiere interiorizar más la información de cada una de las GPC acorde con el resultado de adherencia al conocimiento de las GPC (89.1%).

Es imperioso definir criterios claros de abordaje metodológico para evaluar la adherencia las GPC por historia clínica.

Se deben realizar diferentes actividades evaluativas de conocimiento a las GPC de manera dinámica y sistemática.

7.6.- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG

El Decreto 1083 de 2015, Decreto Único del Sector Función Pública, modificado por el Decreto 1499 de 2017, establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual surge de la integración de los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, y de la articulación de este con el Sistema de Control Interno.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión del Hospital, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los usuarios, con integridad y calidad en el servicio. Este

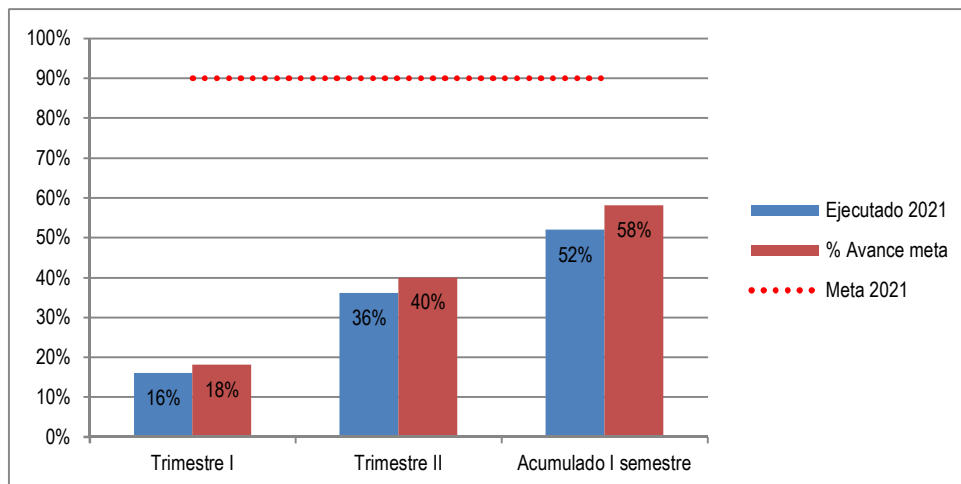
Modelo opera bajo 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional, las cuales implementadas de manera articulada permiten que el MIPG funcione adecuadamente.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, utiliza un instrumento para orientar la implementación, operación, evaluación y seguimiento de este Modelo en el Hospital, articulando dependencias, recursos, actividades, dimensiones, y políticas de gestión y desempeño, teniendo en cuenta la normatividad que rige el requisito de MIPG a implementar o mejorar.

Este instrumento se denomina Plan Anual de Implementación y Mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. En este sentido, en el segundo trimestre del 2021, se culminaron 9 actividades de las 25 programadas para la presente vigencia, logrando una ejecución del 36% en este trimestre y un avance del 40% frente a la meta del año en este mismo período. Teniendo en cuenta el acumulado a primer semestre, se han ejecutado 13 actividades alcanzando un avance general del Plan Anual de Implementación y Mantenimiento del MIPG del 58% frente a la meta del año 2021.

A continuación, los valores ejecutados y los porcentajes de avance frente a la meta del año 2021 por cada uno de los trimestres y el acumulado respectivo a primer semestre:

Grafica No. 81



Fuente: Plan Anual MIPG 2021

A continuación, se presentan los principales productos obtenidos por la entidad con el desarrollo del Plan Anual de Implementación y Mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG:

- Resolución número 278 del 10 de junio de 2021, “Por medio de la cual se modifica el manual de contratación Resolución 530 de 2018 y procedimiento de ejecución contractual código 02GJ01-V7, ajustado”. Lo anterior para incorporar lo relacionado con conflictos de interés.
- Actualización de procedimientos precontractuales asociados al proceso de Gestión de Bienes y Servicios con códigos 02GBS08-V6 Compra por convocatoria pública – 02GBS09-V8 Etapa precontractual contratación directa; lo anterior para incorporar lo relacionado con conflictos de interés.
- Actualización de matriz de riesgos de corrupción del HUS, HRZ y UFZ, teniendo en cuenta los procesos priorizados y la incorporación de la tipología sobre conflictos de interés.

- Diagnósticos de políticas de gestión y desempeño del MIPG basados en la medición del desempeño institucional 2020 (obtención de índices de desempeño).
- Estrategia de racionalización de trámites 2021 publicada en SUIT.
- Plan de Acción de la Política de Participación Social 2021 (con alcance a las unidades funcionales: HRZ y UFZ).
- Política de administración del riesgo actualizada (pendiente de aprobación en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno).

7.7.- Reporte de informes a entes de vigilancia y control

En el segundo trimestre del 2021, la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, realizó el reporte oportuno de los informes a su cargo, dando cumplimiento a la matriz de informes a entes de vigilancia y control actualizada para la vigencia 2021. A continuación, se presenta el detalle de estos reportes por cada tipo de información:

- Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de ROS - SARLAFT). Reportado a la UIAF en el marco de la Circular Externa 09 de 2016. Reporte realizado para los meses de abril, mayo y junio de 2021.
- Ausencia de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de Ausencia de ROS - SARLAFT). Reportado a la UIAF en el marco de la Circular Externa 09 de 2016. Reporte realizado para los meses de abril, mayo y junio de 2021.
- Transacciones Individuales en Efectivo – SARLAFT. Reportado a la UIAF en el marco de la Circular Externa 09 de 2016. Reporte realizado para los meses de abril, mayo y junio de 2021.
- Transacciones Múltiples en Efectivo – SARLAFT. Reportado a la UIAF en el marco de la Circular Externa 09 de 2016. Reporte realizado para los meses de abril, mayo y junio de 2021.
- Reporte de Ausencia de Transacciones en Efectivo – SARLAFT. Reportado a la UIAF en el marco de la Circular Externa 09 de 2016. Reporte realizado para los meses de abril, mayo y junio de 2021.
- Información Decreto 2193 de 2004. Reporte entregado a la Secretaría Departamental el 23 de julio de 2021.
- Acta de realización de la Audiencia Pública Participativa de Rendición de Cuentas vigencia 2020. Documento elaborado y publicado bajo los lineamientos de la Circular Externa 008 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Informe de seguimiento y control del Plan Bienal de Inversión Pública en Salud correspondiente a primer semestre del 2021. Reporte realizado el 30 de junio de 2021.
- Informe Sistema de Información de Residuos Sólidos Hospitalarios – SIRHO correspondiente a primer semestre del 2021. Reporte realizado el 22 de julio de 2021.

7.8.- Asesoría a procesos

Durante el primer trimestre de 2021, se atendieron solicitudes y/o desarrollaron actividades con los siguientes procesos:

Direccionamiento Estratégico; Gestión de la Calidad: Se apoyó a estos procesos en la actualización de la matriz de informes a entes de vigilancia y control correspondiente a la vigencia 2021. De igual manera, se brindó el acompañamiento técnico para la revisión y actualización de los siguientes documentos: 01DE06 Política Administración del Riesgo, 02DE17 Procedimiento Auditoría Médica Concurrente. Así mismo, se apoyó la elaboración y presentación de resultados frente al Eje de Enfoque y Gestión del Riesgo en el marco de la visita de Acreditación.

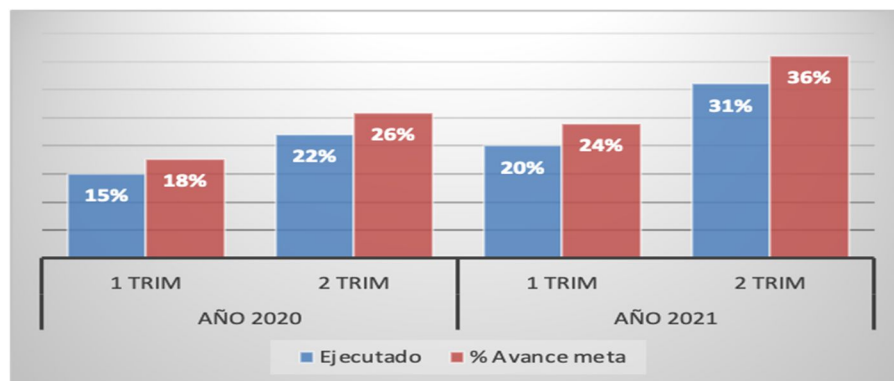
Docencia e Investigación: Se apoyó en la recolección de información frente a los dos Comités que estos procesos manejan en el marco de la visita de Acreditación. De igual manera, en lo que corresponde a Investigación, se brindó el acompañamiento técnico para la revisión de los siguientes documentos: 05GC07-V2 Política de calidad, 05IC10-V3 Carta Comité de Ética en Investigación, 05INV03-V2 Resumen Anteproyecto de Investigación, 05INV04-V2 Autorización de reporte de caso, 05INV05-V1 Tabla de variables, 05INV06-V1 Otorgamiento Aval Institucional, 05INV07-V2 Enmienda de Proyectos de Investigación, 05INV08-V2 Acta de Inicio Proyectos de Investigación, 05INV09-V1 Acta de Cierre Proyectos de Investigación, 05INV10-V1 Solicitud de Acceso a Bases de Datos Historias Clínicas, 05INV11-V1 Seguimiento a Proyectos de Investigación, 05INV12-V1 Declaración de Existencia de Conflicto de Interés del Investigador, 05INV13-V1 Desistimiento Informado, 05INV14-V2 Lista de Chequeo Proyectos de Investigación, 08INV02-V2 Reglamento Interno Grupos de Investigación Institucional, 02INV01-V2 Aval Institucional a los Grupos de Investigación, 02INV02-V1 Solicitud Evaluación Seguimiento y Cierre de Proyectos Investigación, 02INV03-V1 Divulgación de Resultados Proyectos Investigación, 02INV04-V1 Proceso de Investigación, 02INV05-V3 Semillero de Investigación, 02INV06-V1 Monitoreo Actividades Grupos de Investigación.

Auditoría y Control: Se brindó acompañamiento para la validación metodológica de planes de mejora y seguimiento a indicadores de gestión.

Gestión de la Información: Se brindó acompañamiento para la validación metodológica de planes de mejora y seguimiento a indicadores de gestión.

7.9.- Planes Únicos de Mejora por Proceso PUMP

Grafica No. 82
% avance de la meta PUMP.



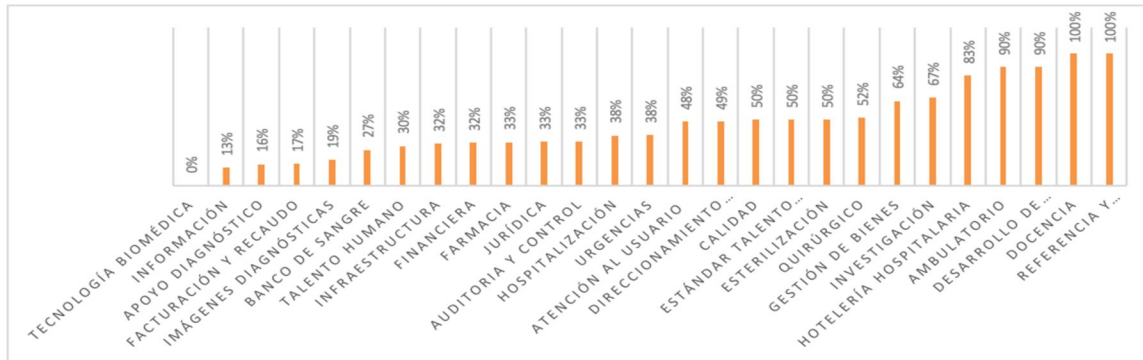
Fuente: Planeación y Calidad

Verificar la formulación de los planes de mejoramiento establecidos en el PUMP por cada uno de los procesos cuyas fuentes pueden ser entre otras, Autocontrol, Auditorías Internas de Calidad (Habilitación, Acreditación, Gestión de Calidad, Gestión Ambiental, Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente, Auditorías de Control Interno, Auditorías de Entes Externos, Revisión Gerencial y PQRS. Para la vigencia 2021 segundo trimestre se obtuvieron 106 planes de mejora con 319 acciones de mejora provenientes de las diferentes fuentes establecidas por la institución. Para el 1 semestre de la vigencia 2021 se programaron 139 actividades con corte a 30 de junio de 2021, de las cuales están en ejecución 93 para un cumplimiento del 67%. Con respecto a los 302 planes de mejora formulados para el año se lleva un 31% de avance y un 36% evaluado con la meta del 85%.

Porcentaje Avance Planes de Mejora por Proceso

A continuación, se evidencia el porcentaje de avance de acciones de mejora por cada uno de los procesos de la institución. Si bien los procesos de Referencia y Contrareferencia y Desarrollo de servicios tiene porcentajes de cumplimiento del 100% y 90% respectivamente, estos están relacionados con las actividades trasladadas del 2020, dado que estos procesos no cuentan con planes de mejora para la vigencia 2021.

Grafica No. 83
Cantidad de actividades de mejora por proceso.



Fuente: Planeación y Calidad%

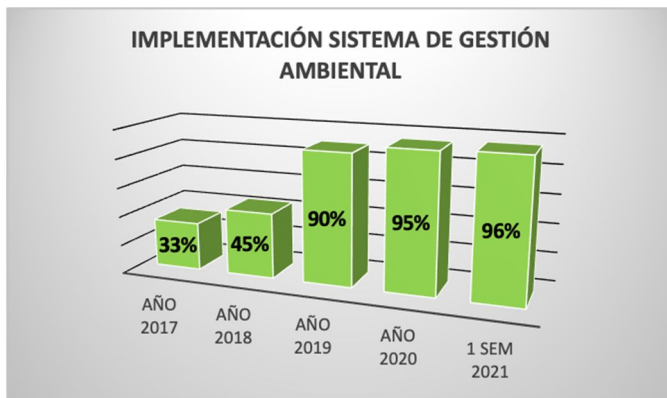
Se evidencia el promedio de avance de cada uno de los procesos por cada una de las fuentes establecidas en los planes de mejora formulados para el 1 semestre de la vigencia 2021. Se observa que 9 procesos formularon planes de mejora con fuente Auditoria de control Interno (Fuente No. 1), para un avance del 57%.

Tabla No. 123

PROCESO/FUENTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	TOTAL
Apoyo Diagnóstico			0%							75%				16%
Atención al Paciente Ambulatorio								75%	100%					90%
Atención al Paciente de Urgencias					40%				33%		34%		48%	38%
Atención al Paciente Hospitalizado					25%					62%	75%			31%
Atención al Paciente Quirúrgico		55%				75%		5%		80%				52%
Atención al Usuario y su Familia	75%	65%						36%	30%					48%
Atención Farmacéutica								0%		53%				33%
Auditoria y Control								33%						33%
Banco de Sangre					14%					45%				27%
Desarrollo de Servicios								90%						90%
Direccionamiento Estratégico	62%		0%											49%
Docencia										100%				100%
Estándar Talento Humano	50%													50%
Esterilización		83%				62%		0%		80%				50%
Facturación y Recaudo	0%		35%					17%	0%	25%				17%
Gestión de Bienes y Servicios	48%			50%				90%		97%				64%
Gestión de la Calidad	94%		45%							0%		68%		50%
Gestión de la Información			40%							0%				13%
Gestión de la Infraestructura					85%	26%	13%						40%	32%
Gestión de Tecnología Biomédica		0%	0%			0%		0%						0%
Gestión del Talento Humano	33%	0%	0%											10%
Gestión Financiera	47%			5%			0%			50%				32%
Gestión Jurídica	47%							13%	13%					33%
Hotelería Hospitalaria	67%	100%												83%
Imágenes Diagnósticas						0%		0%		100%	0%		6%	19%
Investigación								0%		89%				67%
Referencia y Contra referencia								100%						100%
Total general	57%	45%	18%	18%	30%	33%	9%	27%	35%	55%	32%	68%	28%	37%

7.10.- Sistema de Gestión Ambiental

Gráfica No. 84

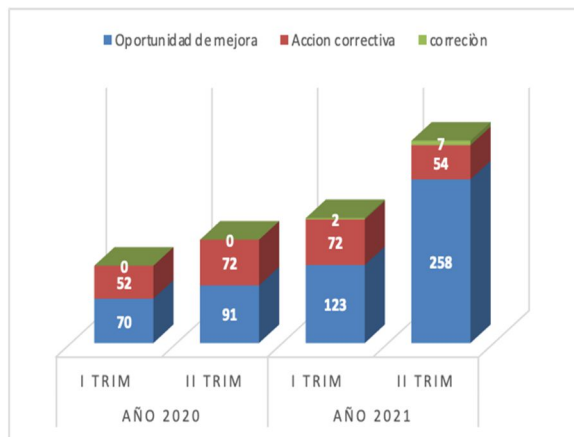


Dónde: 1: Auditoría de control Interno, 2: Auditoría externa EPS, 3: Auditoría externa ICONTEC, 4: Auditoría externa SS Cundinamarca, 5: Auditoría Externa SS Distrital, 6: Auditoría Interna habilitación, 7: Auditoría Interna ISO 14:001, 8: Autocontrol, 9: Gestión del riesgo, 10: Otras, 11: PQR's, 12: Revisión gerencial, 13: Seguridad del paciente.

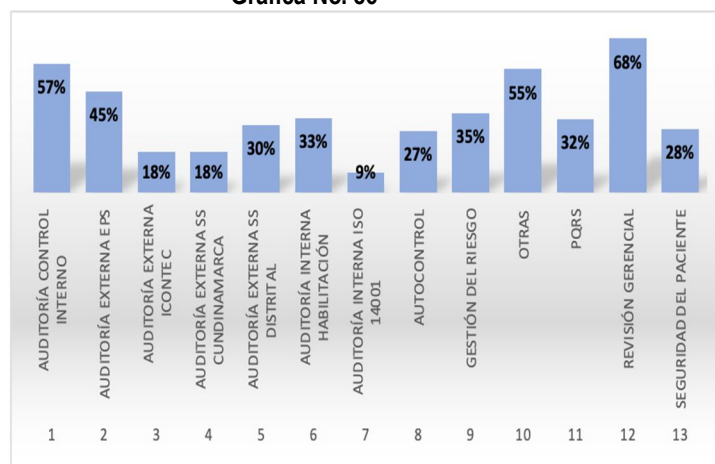
La siguiente grafica muestra el % de avance por cada una de las fuentes establecidas institucionalmente. Se observa que las fuentes con mayor avance corresponden a revisión gerencial (producto de revisiones pro la dirección de los sistemas de gestión, además de las auditorías de control interno (57%). La auditoría interna ISO 14001 corresponde con un 9%, dado que son 4 actividades del proceso de gestión de la tecnología que un no han sido terminadas, y 2 actividades de gestión financiera que tiene plazo de cumplimiento al 31 de diciembre de 2021

gerencial (producto de revisiones pro la dirección de los sistemas de gestión, además de las auditorías de control interno (57%). La auditoría interna ISO 14001 corresponde con un 9%, dado que son 4 actividades del proceso de gestión de la tecnología que un no han sido terminadas, y 2 actividades de gestión financiera que tiene plazo de cumplimiento al 31 de diciembre de 2021

Gráfica No. 85



Gráfica No. 86



Fuente: Planeación y Calidad

Tipo de Acción

De los 106 planes de mejora formulados para la vigencia 2021, el trimestre, 86 corresponden a oportunidad de mejora, siendo el tipo de acción más utilizada por los líderes de procesos lo que equivale a un 81% cuyo objetivo es la mejora continua de la calidad y el incremento de la capacidad de cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos, seguida de la acción correctiva (AC) identificada en 18 planes de mejora lo que equivale al 17%. Por último se identificaron 2 planes de mejora correspondiente a correcciones inmediatas.

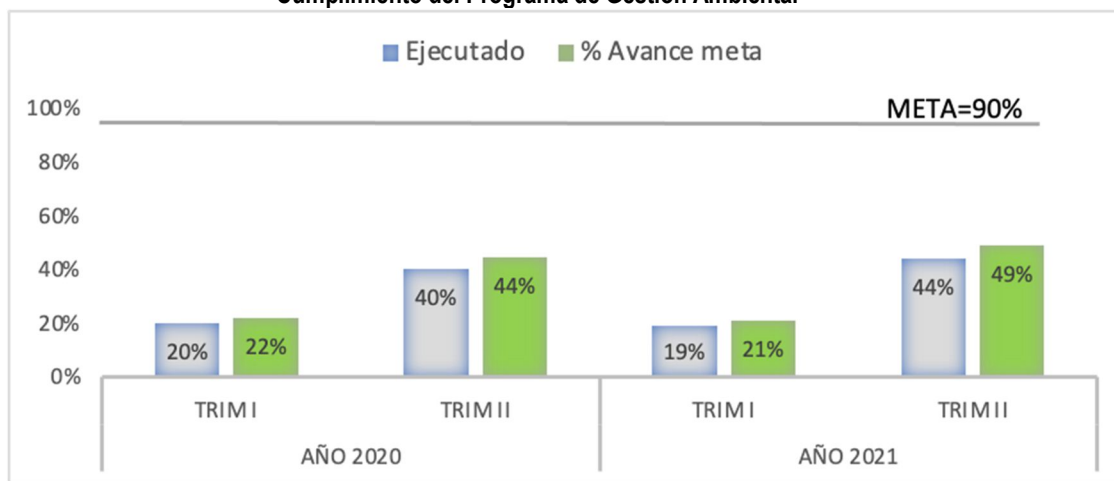
Dentro de las metas establecidas en el Plan Indicativo para el fortalecimiento de la gestión ambiental institucional se enuncian principalmente el sistema de gestión ambiental mediante los lineamientos de la norma ISO 14001:2015 y la ejecución del plan de acción del Programa Hospital Verde.

Para el Sistema de Gestión Ambiental basado en la ISO 14001:2015 se obtiene un avance del 96% en su implementación, esto basado en la evaluación de planes de mejora producto de la auditoria al Sistema de la vigencia anterior y la implementación progresiva de los numerales de la ISO 14001:2015. Para el primer semestre se ha fortalecido los controles para la minimización de los riesgos ambientales significativos de la institución como la implementación de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales PTAR

Grafica. Implementación del Sistema de Gestión Ambiental. Fuente: Gestión Ambiental

Programa de Gestión Ambiental

Grafica No. 87
Cumplimiento del Programa de Gestión Ambiental



. Fuente: Gestión Ambiental

Para la vigencia 2021 se tiene contemplada una meta del 90%, con respecto a la implementación del Programa de Hospitales verdes. Para el primer trimestre se observa un avance del 21% con respecto a la meta mientras que para el 1 semestre se obtuvo un cumplimiento de 100% dado que se cumplieron las 45 actividades programadas del semestre, obteniendo un avance del 49% con respecto a la meta anual.

7.11.- Programa de Gestión al Riesgo

Tabla No. 124
Cumplimiento Cronograma para la Ejecución del Programa Gestión del Riesgo HUS

CUMPLIMIENTO CRONOGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO I Y II TRIMESTRE 2021			
	P	E	% CUMPLIMIENTO
I Trimestre	14	14	100%
II Trimestre	12	11	91,7%

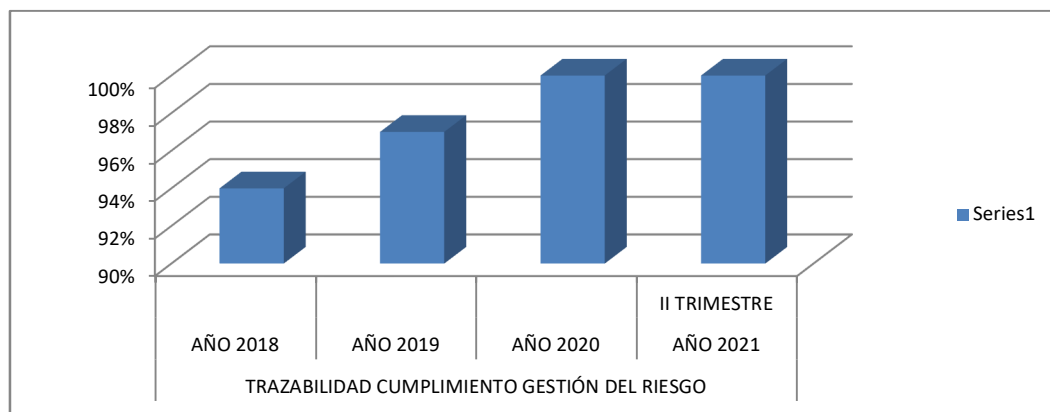
Tabla No. 125

CUMPLIMIENTO LINEAS ESTRATEGICAS II TRIMESTRE GESTIÓN DEL RIESGO				
		ACTIVIDAD		% CUMPLIMIENTO
		P	E	
LINEA 1		1	1	100%
LINEA 2		4	4	100%
LINEA 3		1	1	100%
LINEA 5		1	1	100%
LINEA 6		4	4	100%
LINEA 7		1	0	0%
		12	11	91,7%

Tabla No. 126

TRAZABILIDAD CUMPLIMIENTO GESTIÓN DEL RIESGO			
AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021
			II TRIMESTRE
94%	97%	100%	100%

Fuente: Oficina asesora de planeación y Garantía de la Calidad HUS

Grafica No. 88


Análisis: En el cumplimiento del cronograma para la ejecución del programa de Gestión del riesgo 2021, se programaron 39 actividades para ejecutarlas durante los cuatro trimestres en el HUS, en el primer trimestre se ejecutaron 14 actividades de 14 programadas con 100% de cumplimiento, en el segundo trimestre se ejecutaron 11 actividades de 12 programadas según las líneas estratégicas con un cumplimiento del 91.7%, para un total de 25 actividades ejecutadas durante el primer semestre del 2021 de 39 programadas durante el año en el HUS con un porcentaje de ejecución anual del 64%, y un porcentaje de avance del 71% con respecto al alcance de la meta.

Recomendaciones y Conclusiones

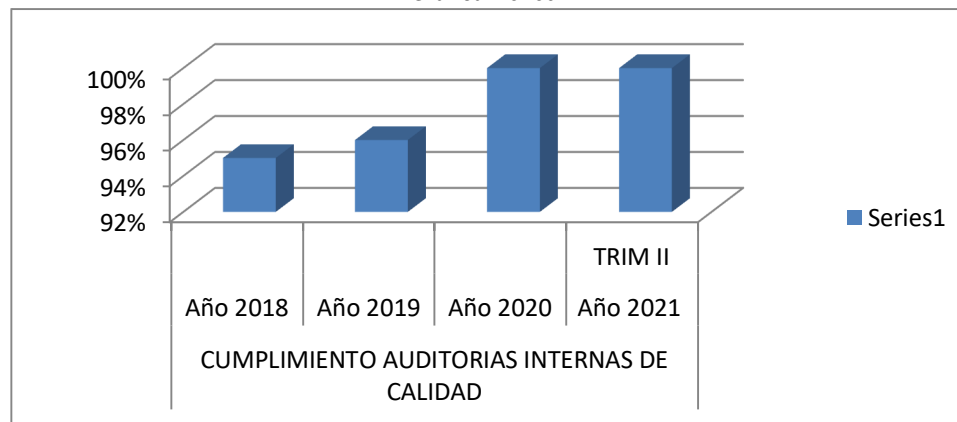
- Realizar seguimientos trimestrales a través de la matriz de reporte de monitoreo de riesgos (05GC79-V1) formulados en cada proceso y sus controles para identificar la materialización de riesgos.
- Realizar y llevar las oportunidades de mejora a Almera producto de riesgos materializados.
- Hacer seguimiento al porcentaje de cumplimiento de las oportunidades de mejora.
- Se realiza seguimiento al cumplimiento del cronograma para la ejecución del programa de gestión del riesgo y consolidado del HUS, HRZ y UFZ por parte de planeación y Garantía de la Calidad.
- A la fecha de la presentación de este informe se han generado 11 oportunidades de mejora con fuente gestión del riesgo en Almera.

7.12.- Auditorías Internas de Calidad HUS, HRZ Y UFZ
Porcentaje Cumplimiento Auditorías Internas de Calidad programadas II Trimestre 2021
Tabla No. 127

% CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD I Y II TRIMESTRE 2021			
	P	E	% CUMPLIMIENTO
I TRIMESTRE	15	13	86.66%
II TRIMESTRE	32	32	100%

Tabla No. 128

CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD			
Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021 TRIM II
95%	96%	100%	100%

Grafica No. 89


Fuente: Oficina asesora de planeación y Garantía de la Calidad HUS

Análisis: Se evidencia el crecimiento del cumplimiento en la ejecución del programa de auditorías internas de calidad durante los años 2020 y lo corrido en el 2021 con un cumplimiento del 100%, gracias al seguimiento del cumplimiento de la realización de las auditorías internas de calidad, por parte de la oficina asesora de planeación y garantía de la calidad.

Recomendaciones:

- Más compromiso con los líderes de proceso en definir las oportunidades de mejora con fuente hallazgo de Auditorías Internas de calidad y subirlas a la plataforma institucional de Almera PUMP.
- Realizar seguimiento de cumplimiento a las oportunidades de mejora formulados con fuente de auditorías internas de calidad.

Conclusiones:

- Las Auditorías que generan Hallazgos con no conformidades generan oportunidades de mejora que nos ayudan a tener el mejoramiento continuo en la institución.
- Se realiza seguimiento de cumplimiento y consolidado de las Auditorías Internas de Calidad del HUS, HRZ y UFZ por parte de planeación y Garantía de la Calidad.
- De las auditorías internas de calidad ISO 9001-2015 realizadas a la fecha de presentación de este informe se han identificado 26 hallazgos de no conformidades y 28 oportunidades de mejora de 13 procesos auditados en el HUS.

7.13.- Gestión de Proyectos

En el aplicativo de Ministerio de Salud y Protección Social Plan Bienal de Inversiones en Salud (PBI), para el periodo 2020-2021, se encuentran registrados 18 proyectos.

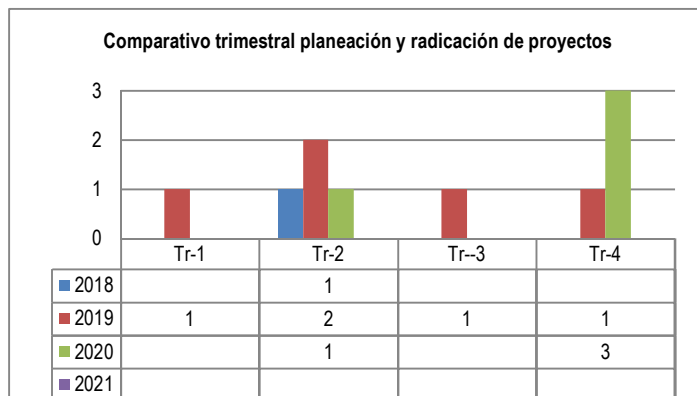
Tabla No. 129

Grupo	Peso porcentual del grupo	No	Proyecto	Radicado	En revisión	En corrección	Viable
proyectos de equipamiento fijo	28%	1	Implementación de acciones por diagnóstico índice de seguridad hospitalaria Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá (subestación eléctrica)	X			X
		2	Dotar 8 salas de cirugía y una de partos del Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá con columnas cilíndricas que permitan mantener equipos y lámparas elevados				
		3	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese Hospital Universitario de la Samaritana	X			X
		4	Implementación de una planta de tratamiento de aguas residuales PTAR en el Hospital Universitario de la Samaritana Cundinamarca	X			X
		5	Adquisición, implementación y pruebas de funcionamiento de una planta de aire medicinal con capacidad de producción entre ciento veinte (120scfm) a ciento cuarenta (140scfm) para el Hospital Regional de Zipaquirá	X			X
proyectos de tecnología biomédica	28%	6	Dotar con equipos para, adquisición de imágenes en quirófano, asistencia robótica de alta precisión en columna, cirugías Neuronavegadas, y microcirugía y endoscopia cerebral, las salas de cirugía del Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá.				
		7	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un tomógrafo computarizado con el objeto de modernizar la tecnología existente en el hospital universitario de la Samaritana Bogotá.	X		X	
		8	Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá	X			X
		9	Dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca	X			X
		10	Actualizar los equipos biomédicos del Hospital Universitario de la Samaritana mediante la adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de tecnologías carentes en la institución y de aquellas que permitan actualizar las existentes identificadas				
Proyectos de infraestructura	44%	11	Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	X		X	
		12	Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS				
		13	Remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana.	X		X	
		14	Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del Hospital Universitario de la Samaritana Cundinamarca	X			X
		15	Implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del Hospital Universitario de la Samaritana Cundinamarca				
		16	construcción de la nueva estructura física para la implementación de la prestación de servicios de salud del municipio de Cogua				
		17	Construcción de una infraestructura para la prestación de servicios de urgencias en la Unidad Funcional de Zipaquirá operada por el Hospital Universitario de la Samaritana.				
		18	Remodelación de la infraestructura física actual de centro de salud de San Cayetano	X		X	
				11	0	4	7

Tabla No. 130

			Diseños de ingeniería	MGA	Viabilidad del proyecto	Etapa Contractual	Ejecucion del proyecto
1	HUS30120	Subestacion electrica	100%	100%	100%	100%	54%
				\$923.727.835	58%		\$1.585.050.007
2	HUS30420	Columnas cieliticas	0%				
3	HUS30218	Ascensores	N/A	100%	100%	100%	50%
				\$282.145.668	30%		\$940.485.560
4	HUS30319	PTAR	100%	100%	100%	100%	56%
			0%				\$945.667.311
5	HRZ30520	Plannta de aire HRZ	N/A	100%	100%		
6	HUS20220	Equipos Centro de excelencia	N/A	67%			
7	HUS20420	Tomografo	N/A	100%	80%		
8	HUS20118	Equipos UCI 4 piso	N/A	100%	100%	100%	60%
						\$2.814.927.648	97%
							\$2.912.830.000
10	HUS20320	Actualizacion de equipos HUS	N/A	N/A	N/A	25%	
11	HUS10318	Reforzamiento HUS	100%	100%	33%		
12	HUS10420	Ventilacion mecanica Cx	75%				
13	UFZ10118	Consulta ext. UFZ	100%	100%	33%		
14	HUS10218	Obra UCI 4 Piso	N/A	100%	100%	100%	94%
						\$1.530.010.872	94%
							\$1.619.931.618
15	HUS10519	Sistema contra incendios HUS	25%				
16	CSC10621	Centro de salud Cogua	50%				
17	UFZ10721	Central urgencias UFZ	8%				
18	CSS10821	Centro salud Sancayetano	100%	100%	33%		

De los proyectos inscritos en Plan Bienal de Inversiones, el 61% se han radicado ante la oficina de desarrollo de servicios para su revisión y así obtener el concepto técnico necesario y poder dar inicio a la su ejecución; como consecuencia de este ejercicio se han logrado 7 viabilidades técnicas, lo cual representa un 39% de los 18 inscritos en el aplicativo del Ministerio de Salud y Protección Social. De estos viabilizados, en la siguiente matriz se observa su estado de avance porcentual en lo referente a la ejecución de actividades (naranja) y a la ejecución presupuestal (verde); el caso particular del Proyecto PTAR no muestra avance presupuestal ya que al corte del 30 de junio, no cuenta con cuentas de cobro radicadas.

Grafica No. 90


El comportamiento del proceso de planeación y radicación de los proyectos ha tenido un comportamiento positivo a lo largo de los trimestres, pasando de un proyecto en 2018, cuando se inició con el proceso de gestión de proyectos, a en 5 en el 2019 y 4 en el 2020, este último fue un año atípico, que al igual que la presente vigencia ha afectado la planeación de los proyectos y en consecuencia su presentación ante la Gobernación de Cundinamarca.

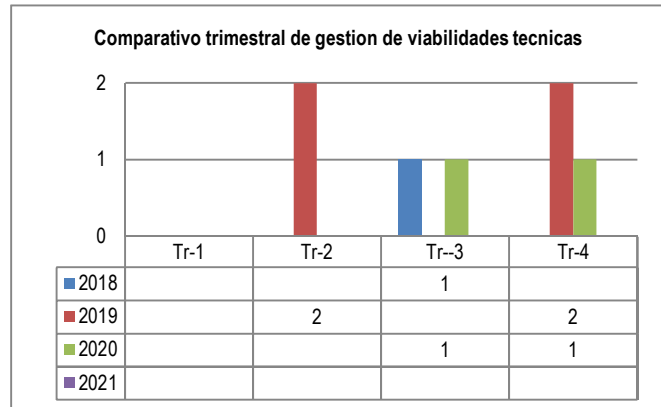
Durante el Primer trimestre de la presente vigencia, se ha trabajado en la subsanación de las observaciones planteadas por el ente territorial a tres proyectos, reforzamiento estructural, tomógrafo Computarizado y consulta

externa de la UFZ; este ejercicio, que se enfoca en el ajuste de hallazgos del ente viabilizador es una constante en el primer trimestre de todas las vigencias, resultado de la presentación de proyectos finalizando la anualidad inmediatamente anterior.

Sumado a lo anterior se ha venido realizado seguimiento a la ejecución de los proyectos que fueron viabilizados y ya han perfeccionado su etapa de contratación; como resultado se evidencia una tendencia baja durante los primeros trimestres de las vigencias

Grafica No. 91

Al igual que con el proceso de radicación de proyectos, la obtención de Viabilidad técnica se ve afectada, esto ya que entre las vigencias 2019-2020, la oportunidad de presentación de proyectos se redujo, por tanto, la obtención de viabilidades se vio disminuida en un 50%, para este primer trimestre la situación se observa con una tendencia similar, dado que la subsanación de observaciones se ha dificultado, ya que varias de estas dependen de la gestión de agentes externos que con la pandemia han demorado en dar respuesta a nuestros requerimientos.



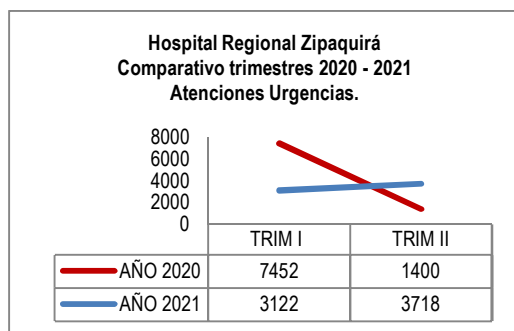
CAPITULO VIII

HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA

8.1.- Servicio de Urgencias

En el servicio de urgencias durante el segundo trimestre de 2021, se evidenció una variación positiva de 166 % en comparación con el mismo trimestre del año 2020, en el número de consultas de urgencias atendidas por encontrarse el país en emergencia sanitaria por pandemia y continuar siendo el Hospital Regional referente COVID-19 de la Sabana Norte y del Departamento de Cundinamarca, incluyendo casos sospechosos y confirmados de COVID-19.

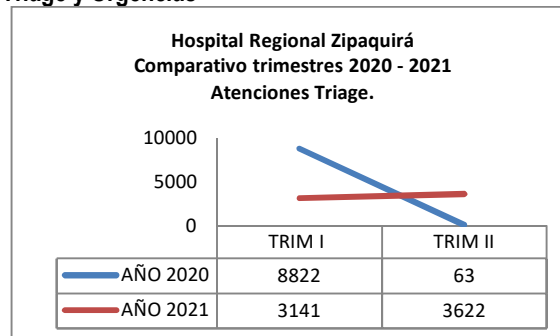
Gráfica No. 92



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Gráfica No. 93

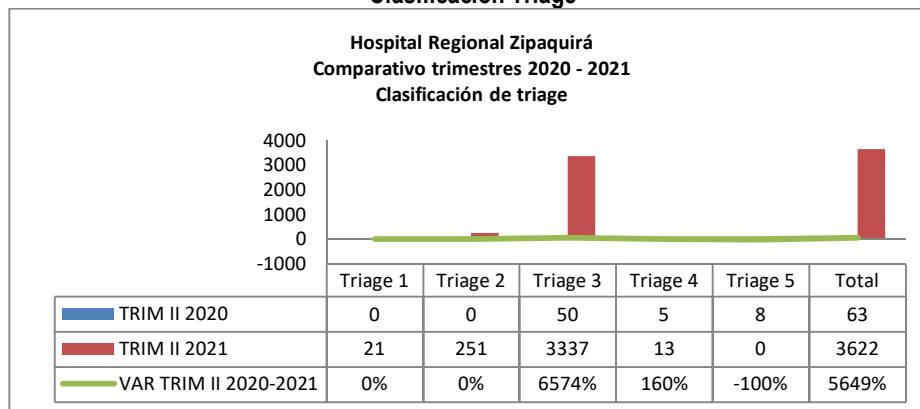
Atención Triage y Urgencias



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El servicio de urgencias realizó atención integral a los usuarios incluyendo la atención inicial de Triage para la clasificación de patología y prioridad en la atención e identificar a pacientes respiratorios y no respiratorios generando así una atención adecuada y disminuyendo el riesgo de contacto frente a la pandemia.

Gráfica No. 94
Clasificación Triage

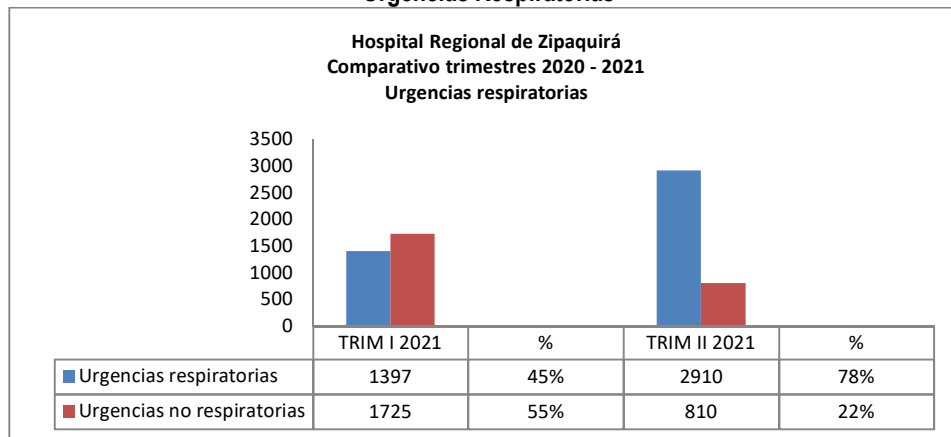


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Se evidenció una variación positiva de 5646 % en valoraciones de atención de Triage, los cuales fueron por patologías respiratorias y secundarias a COVID-19, con respecto al segundo trimestre del 2020; con una variación positiva de 6574% en triage III, esto secundario a la reactivación económica del país y de los servicios

habilitados en la institución e incluidos en el portafolio de servicios. Es de resaltar que los pacientes clasificados como triage 4 y 5 fueron derivados a la atención prioritaria de sus respectivas EPS, específicamente a las IPS primarias de atención. Como consecuencia de la pandemia, dadas las condiciones de la misma con aumento notable de contagios por el tercer pico que inició en el mes de abril y se prolongó durante todo el trimestre y la gran demanda de pacientes, se habilitaron 26 camas, 5 de ellas de cuidado intermedio, en el área de observación urgencias realizando una extensión del servicio de hospitalización. Por la alta demanda de pacientes con criterios de severidad, se dispuso de 4 áreas de reanimación, para la estabilización de los mismos y posterior traslado definitivo a Unidades de Cuidado intensivo. Debido a la alerta sanitaria por pandemia, a partir del primer trimestre de 2021 en desarrollo del segundo pico de COVID-19, se empezó a realizar una revisión exhaustiva de la atención de urgencias respiratorias, observándose una composición del 45% de atenciones de urgencias respiratorias, frente a un 55 % de no respiratorias. Para el segundo trimestre en desarrollo del tercer pico de pandemia, la distribución se modificó al 78% de atenciones de urgencias respiratorias y 22 % no respiratorias.

Gráfica No. 95
Urgencias Respiratorias

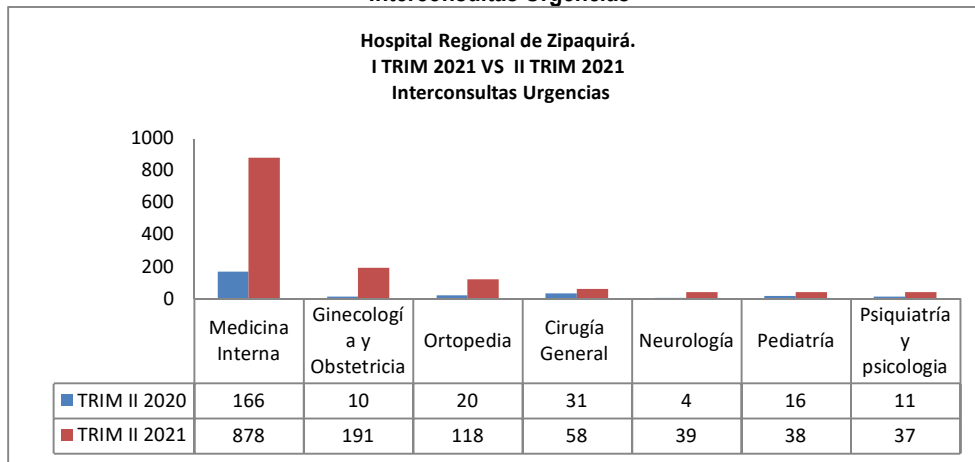


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

De esta forma las atenciones de urgencias respiratorias presentaron una variación positiva del 108 % en el semestre 2021 frente a una variación negativa del 53% de urgencias no respiratorias. Todas estas atenciones en el contexto de atención correspondiente al tercer pico epidemiológico de pandemia COVID-19. Igualmente, así mismo hubo un incremento progresivo en la atención de urgencias durante este trimestre, dado a que se inició la reactivación de los servicios gradualmente. En cuanto a los reingresos por urgencias durante las 24 a 72 horas posteriores a atención, se presentó una variación negativa del 50%. Estos reingresos fueron por patologías de servicio de Ginecología y Ortopedia a quienes previamente se les había dado indicaciones de retorno a atención médica por urgencias.

Durante el segundo trimestre de 2021, secundario a la reactivación de los servicios se aumentó gradualmente el número de interconsultas en el servicio de urgencias. Se presentaron un total de 1043 interconsultas con un 63% del servicio de Medicina Interna con una variación positiva de 429% , la mayoría de ellas por patologías respiratorias y/ o sospechosas para COVID- 19, Ginecología 14% con atención de patologías de alto riesgo obstétrico , Ortopedia 8, Cirugía General 4 %, Pediatría 3% y Psiquiatría 3% ya que se vio un incremento en patologías psiquiátricas secundarias a la atención de pandemia y un 2 % de interconsultas restantes las abarcan los servicios de, Psicología, Urología, Cardiología, Gastroenterología, Cirugía Pediátrica ,Cirugía Plástica y Maxilofacial, y Otorrinolaringología entre otras.

Gráfica No. 96
Interconsultas Urgencias

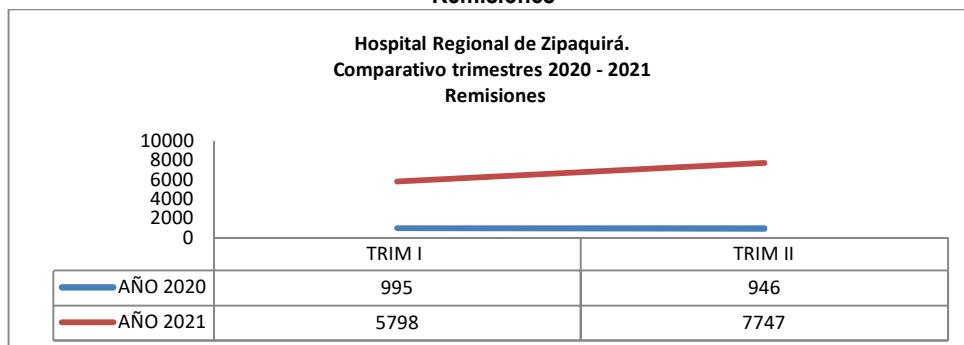


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

8.2.- Servicio de Referencia y Contrareferencia

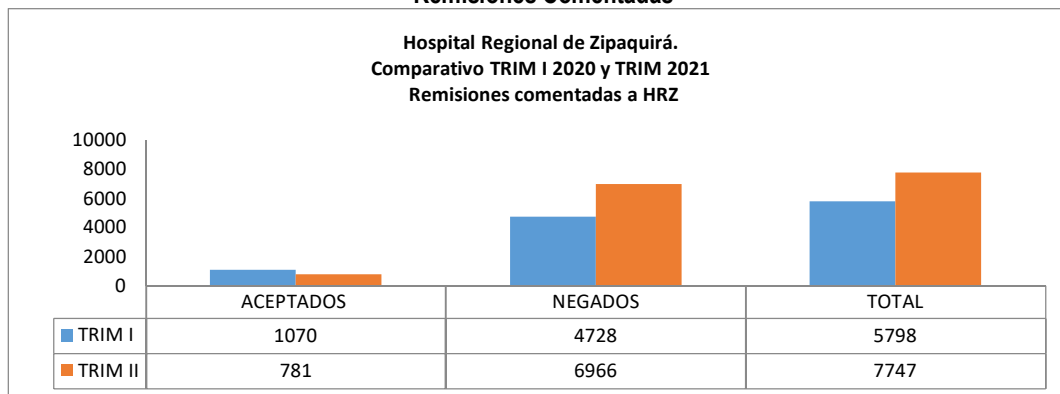
El servicio de referencia recibió a lo largo del segundo trimestre 2021, 7747 solicitudes de remisiones comentadas de los municipios aledaños principalmente del área de influencia tales como Cajicá, Chía, Tabío, Tenjo, Ubaté, Pacho, teniendo una variación positiva de 719%, en comparación con el mismo trimestre del año 2020 dada por la apertura de camas en UCI adultos en expansión para atención de tercer pico pandemia COVID-19 y de servicios de hospitalización COVID. Es pertinente señalar que toda la capacidad instalada de UCI y hospitalización fue concentrada para atención COVID-19.

Gráfica No. 97
Remisiones



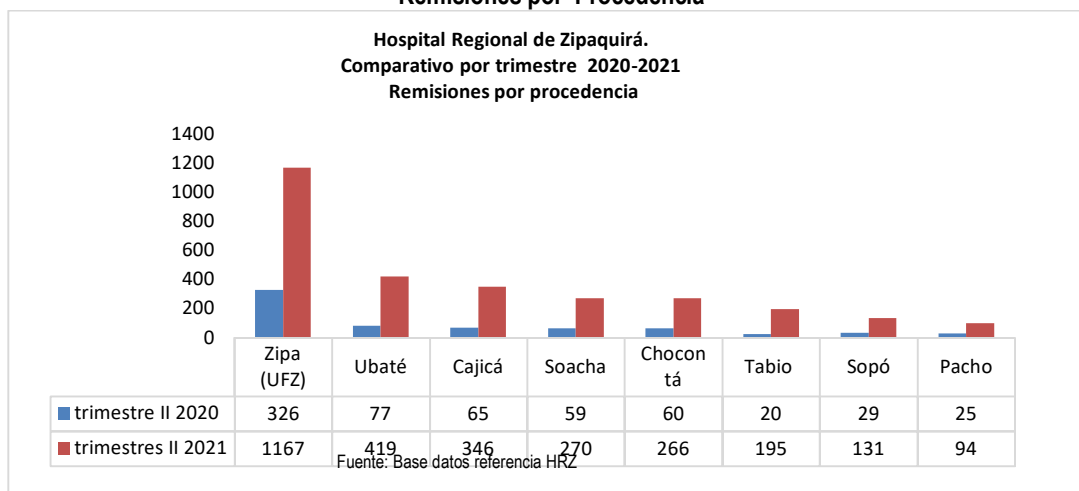
Fuente: Base datos referencia HRZ

De las remisiones comentadas a la institución fueron aceptadas por parte de las especialidades y servicios disponibles 781 correspondientes al 11 % del total. Todas ellas correspondieron a pacientes respiratorios con sospecha o confirmación de COVID-19. Del 89% restante no aceptadas, el 46% de las remisiones solicitaban servicios NO COVID y el 54% restante fueron de servicios de Unidad de Cuidado Intensivo y hospitalización por COVID-19, pero dado el tercer pico de la pandemia y la altísima ocupación superior al 92%, tanto en UCI como en hospitalización no fue posible dar aceptación a todas las solicitudes.

Gráfica No. 98
Remisiones Comentadas


Fuente: Base de datos Referencia HRZ 2021

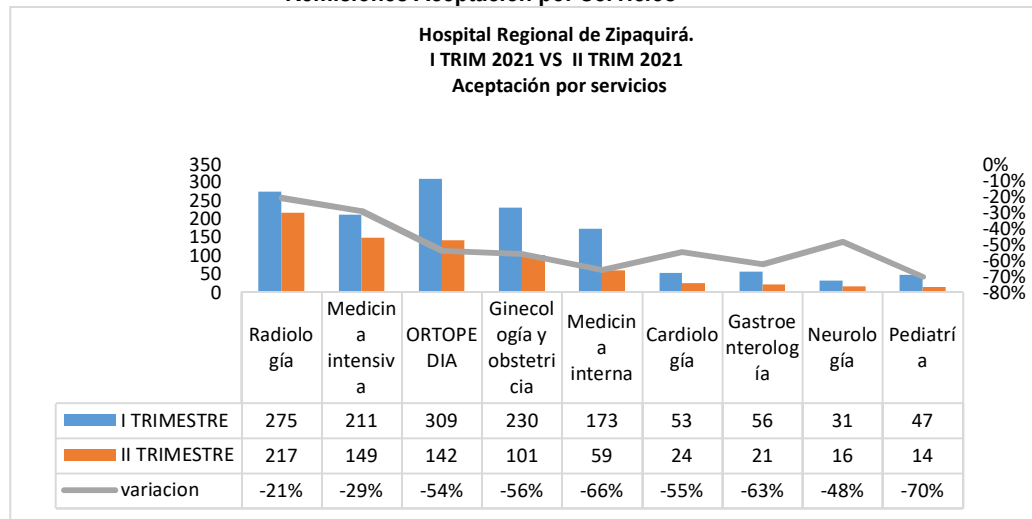
Por procedencia, el 15 % correspondiente a 1167 de remisiones comentadas en el trimestre fueron provenientes de la Unidad Funcional de Zipaquirá y 18 % de las instituciones prestadoras del área de influencia de primer y segundo nivel tales como Ubaté, Cajicá, Sopó, Chocontá, Tabio.

Gráfica No. 99
Remisiones por Procedencia


Por servicio, de las remisiones aceptadas, 217 remisiones que corresponden a un 28% fueron por el servicio de radiología para la toma de estudios diagnósticos complementarios, tales como tomografías axiales computarizadas y ecografías; 149 remisiones correspondientes a 19 % por el servicio de Medicina intensiva y Cuidado crítico, cuyo principal diagnóstico fue COVID-19 en atención al tercer pico de la pandemia; el 18% el servicio de Ortopedia, con diagnósticos de politraumatismos y fracturas de miembros superiores.

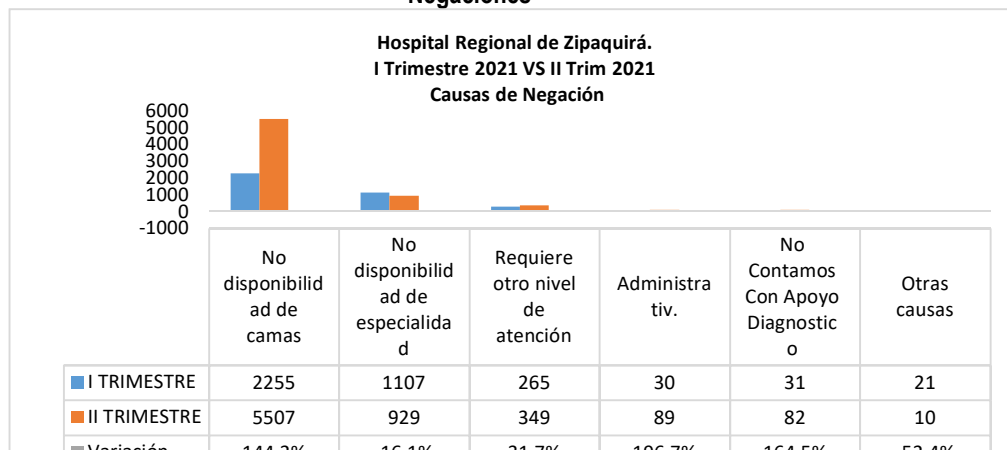
El 13% de las remisiones aceptadas fueron en Ginecología por embarazo de alto riesgo, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino y gestantes con diagnóstico de COVID-19. El porcentaje restante de remisiones incluye la demanda de otras especialidades, tales como Cardiología y Gastroenterología con procedimientos diagnósticos y consulta especializada, Urología, Cirugía Pediátrica, Oftalmología, Cirugía plástica y maxilofacial, entre otras.

Gráfica No.100
Remisiones Aceptación por Servicios



En relación con las remisiones no aceptadas en la institución, el 79% correspondiente a 5507 remisiones comentadas, se dio por no disponibilidad de camas, ya que durante el tercer pico se presentó una ocupación superior al 92% por patología COVID-19 y/o complicaciones adicionales a la misma y un 13% por no disponibilidad de especialidades tales como Neurocirugía, Nefrología, Cirugía cardiovascular, Unidad de cuidado coronario. Otras causas menores representaron el 8% restante.

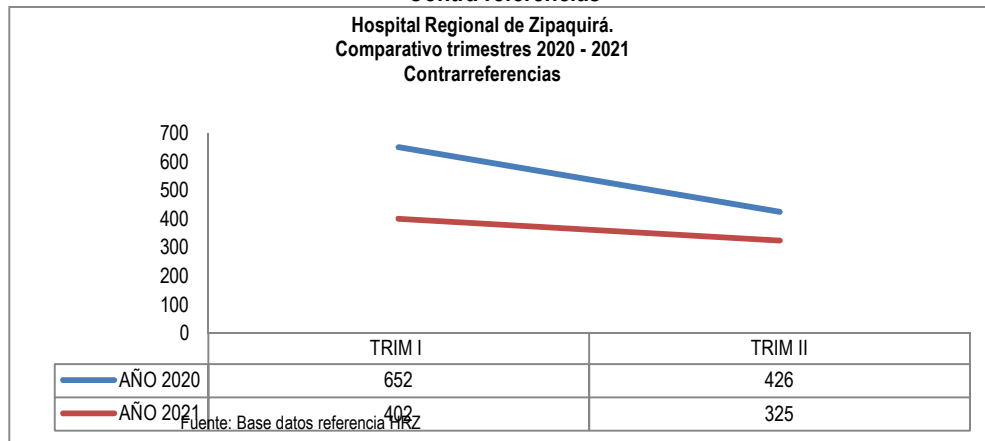
Gráfica No. 101
Negaciones



Fuente: Base datos referencia HRZ

Frente a las contrarreferencias solicitadas por parte del HRZ a otros prestadores y centros de mayor complejidad durante el segundo trimestre del 2021, se evidenció una variación negativa del 24% en comparación con el segundo trimestre del año 2020, como resultado de la consolidación del nivel de complejidad en los servicios prestados por atenciones COVID-19, y la continuidad de la reactivación de servicios progresivamente así como la renegociación de convenios con las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB.

Gráfica No. 102
Contra referencias



La mayor causa de las contrarreferencias a otros sitios de remisión fue por patologías NO COVID. Los servicios más requeridos fueron por requerimiento de Unidad Cuidado Coronario, Terapia de reemplazo renal, Neurocirugía, Oncología, apoyos diagnósticos tales como Colangiografías, Resonancias Nuclear Magnética y apoyos diagnósticos cardiovasculares.

8.3.- Servicio de Consulta Externa

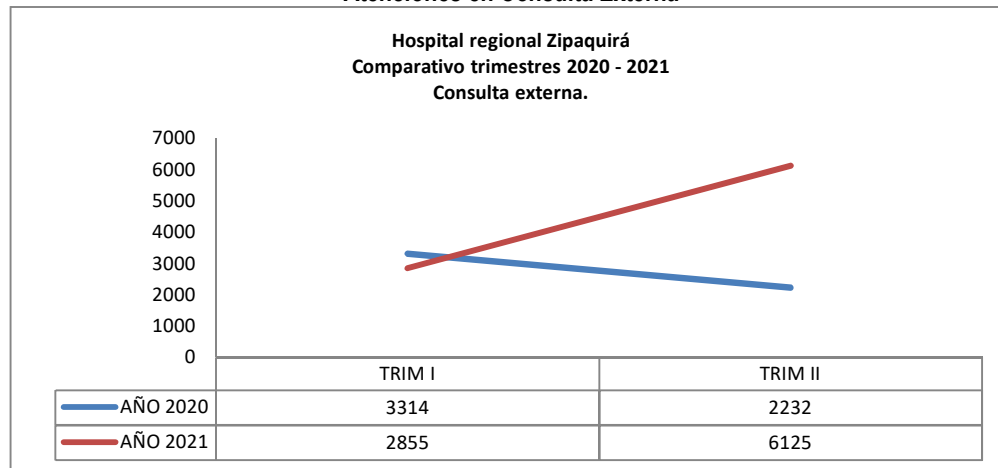
El servicio de Consulta Externa inició su operación el 18 de noviembre de 2019 con un total de 25 consultorios destinados a la atención de 29 especialidades y subespecialidades, tanto para adultos como pediátricas. El portafolio inicial se muestra a continuación.

Tabla No. 131
Portafolio Consulta Externa

PORTAFOLIO CONSULTA EXTERNA. HOSPITAL REGIONAL DE ZIQAQUIRA. DIC 2019		
301-ANESTESIA	327-MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	344-PSICOLOGIA
302-CARDIOLOGIA	329-MEDICINA INTERNA	345-PSIQUIATRIA
304-CIRUGIA GENERAL	330-NEFROLOGIA	348-REUMATOLOGÍA
306-CIRUGIA PEDIATRICA	331-NEUMOLOGIA	355-UROLOGIA
308-DERMATOLOGIA	332-NEUROLOGIA	361-CARDIOLOGIA PEDIATRICA
310-ENDOCRINOLOGIA	333-NUTRICIÓN Y DIETETICA	367-CIRUGIA GASTROENTESTINAL
312-ENFERMERIA	335-OFTALMOLOGIA	369-CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA
316-GASTROENTEROLOGIA	337-OPTOMETRIA	372-CIRUGIA VASCULAR
320-GINECOBSTERICIA	339-ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	385-NEONATOLOGIA
323-INFECTOLOGIA	340-OTORRINOLARINGOLOGIA	

Durante el segundo trimestre del 2021, se registraron agendas de Consulta externa en 26 especialidades (86%). En cifras reales la institución registró 6125 consultas en el II trimestre de 2021 con una disminución en el mes de Mayo y junio como resultado de la activación de la segunda línea de atención COVID-19 en el tercer pico de la pandemia, que incluyó las especialidades de Pediatría y Cirugía General. En total se ofertan 7 consultorios. Consecuencia de la definición del Hospital Regional de Zipaquirá como institución COVID-19 para el norte del departamento, a partir de la tercera semana de marzo del año 2020 se continuó la restricción de atenciones de Consulta Externa por pandemia. Para el segundo trimestre de 2021 y hasta la fecha, se ha sostenido la atención aún en tercer pico desde la finalización de las medidas de aislamiento estricto y con la reactivación económica que generaron una mayor afluencia de pacientes al servicio. En este trimestre, exactamente mayo y junio, se activó segunda línea razón por la cual no se oferto agenda de Pediatría ya que estos profesionales pasaron a dar apoyo a la atención hospitalaria de COVID-19 adultos.

Grafica No. 103
Atenciones en Consulta Externa



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El comportamiento de la Consulta Externa por actividades mostró que para el segundo trimestre de 2020, las consultas representaron el 66.8% del total de actividades y las interconsultas el 33.2% por el incremento progresivo de la demanda. Para el año 2021, las consultas representaron el 100% de las actividades de Consulta Externa. Este notable incremento de la producción fue debido a que en el 2020 el escenario fue normal hasta abril, pero en el año 2021 se levantaron las medidas estrictas de aislamiento por cuenta del COVID-19 y se mantuvo la reactivación del servicio a pesar del tercer pico durante este periodo. La reactivación del servicio de Consulta Externa se dio desde el 12 de mayo del 2020 incluyó las especialidades de Oftalmología, Optometría, Urología, Cardiología, Gastroenterología, Radiología, Cirugía Plástica, Cirugía General, Gineco-Obstetricia de alto riesgo, Ortopedia, Medicina Interna, Anestesia, Neurología y Psiquiatría., Es de anotar el inicio de la oferta en Neurocirugía, Dolor y cuidados paliativos y Reumatología. para 26 especialidades. Por especialidad de manera consolidada, en el segundo trimestre del año 2021 oftalmología registró la mayor participación(18%) seguida de Ortopedia (15%), Cardiología (9%), Gastroenterología(9%), Neurología (8%), Optometría(6%), como resultado del impulso en la reactivación de servicios. En términos porcentuales, las únicas especialidades que mostraron variaciones positivas en la comparación de período, pese a las circunstancias anotadas de la pandemia COVID-19 fueron Cardiología, Cirugía maxilofacial, Cirugía pediátrica, Gastroenterología, Reumatología, Psiquiatría, Otorrinolaringología, Ortopedia, Oftalmología, Optometría, Neurología, Cirugía general, Dermatología, Ginecología, Neumología, Medicina interna. Todas las demás presentaron variaciones negativas.

Tabla No. 132
Atenciones Consulta Externa

Especialidad	TRIM II 2020	TRIM II 2021	VAR TRIM II 2020 Y 2021
Anestesiología	43	126	193%
Cardiología	33	402	1118%
Cirugía Oral Maxilofacial	3	23	667%
Cirugía de tórax	4	0	-100%
Cirugía General	61	114	87%
Cirugía Pediátrica	3	11	267%
Cirugía Plástica	50	66	32%
Cirugía Vascul Periférica	12	78	550%
Dermatología	23	240	943%
Dermatología Pediátrica	44	0	-100%
Gastroenterología	126	425	237%
Gineco Prenatal Alto Riesgo	135	114	-16%
Ginecología y Obstetricia	115	306	166%
Medicina Interna	91	148	63%

Especialidad	TRIM II 2020	TRIM II 2021	VAR TRIM II 2020 Y 2021
Nefrología	2	0	-100%
Neumología	33	79	139%
Neurocirugía	21	18	-14%
Neurología	220	565	157%
Oftalmología	359	1109	209%
Optometría	102	385	277%
Ortopedia	395	944	139%
Otorrinolaringología	197	328	66%
Psiquiatría	14	110	686%
Reumatología	9	57	533%
Urología	137	304	122%
Total	2232	6125	174%

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

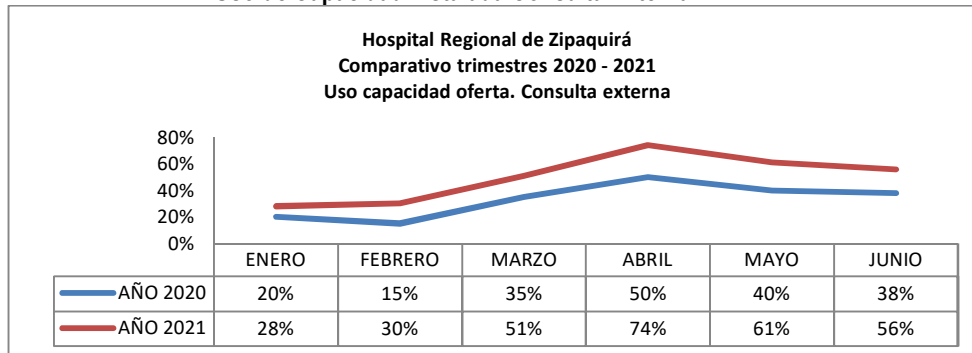
Se ha dado alcance al proceso de consulta telefónica, para pacientes que por sus condiciones de salud no cumplen con los criterios descritos en el procedimiento para asistir de manera presencial. Sin embargo en este segundo trimestre no se realizó esta modalidad de atención debido a que los pacientes requerían valoración de tipo presencial por el periodo tan prolongado de aislamiento y sin acceso a los servicios ambulatorios por la pandemia COVID-19. A pesar de las circunstancias dentro de la pandemia COVID-19 declarada en marzo del año 2020, el indicador de oportunidad en Consulta Externa muestra un comportamiento acorde con la exigencia legal para las especialidades objeto de análisis, excepto para Anestesia en donde la oportunidad está fuera del rango por norma, como se muestra en el cuadro superior. Esto obedece a que en el momento de la emergencia por cuenta de la pandemia el recurso humano de dicha especialidad pasó a apoyar la primera línea de atención COVID-19, como responsable del manejo de la vía aérea intrainstitucionalmente y los procedimientos quirúrgicos fueron diferidos. Para el final del segundo trimestre año 2021, la reactivación de cirugía programada en algunas especialidades como Ortopedia, Otorrinolaringología y Cirugía Plástica ha permitido El incremento de la agenda de manera diaria permitió revertir la desviación del indicador.

Tabla No. 133
Oportunidad de Atención Consulta Externa

ESPECIALIDAD	CANTIDAD CITAS	SUMATORIA DIAS	OPORTUNIDAD
ANESTESIOLOGIA	108	1409	13,05
CARDIOLOGIA	678	8005	11,81
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	124	1025	8,27
CIRUGIA GENERAL	121	1436	11,87
CIRUGIA PEDIATRICA	3	8	2,67
CIRUGIA PLASTICA	49	356	7,27
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	17	47	2,76
DERMATOLOGIA	104	1218	11,71
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	132	1372	10,39
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1	8	8,00
GASTROENTEROLOGIA	382	2617	6,85
GINECOLOGIA PRENATAL ALTO RIESGO	76	358	4,71
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	184	1405	7,64
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	2	15	7,50
MAXILOFACIAL CIRUGIA PLASTICA	27	301	11,15
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	161	1356	8,42
MEDICINA INTERNA	153	3172	20,73
NEUMOLOGIA	76	426	5,61
NEUROCIURUGIA	45	415	9,22
NEUROLOGIA	670	8128	12,13
NUTRICION	12	60	5,00
OFTALMO RETINA	40	112	2,80
OFTALMOLOGIA	629	6007	9,55
OPTOMETRIA	355	3677	10,36
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	726	8475	11,67
OTORRINOLARINGOLOGIA	304	5098	16,77
PEDIATRIA	6	7	1,17
PSICOLOGIA	11	37	3,36
PSIQUIATRIA	107	1420	13,27
REUMATOLOGIA	52	544	10,46
UROLOGIA	258	3939	15,27
TOTAL	5613	62453	11,13

Durante el mes de abril del año 2021, y a pesar de la contingencia del COVID-19, la oferta de especialidades se ha mantenido y ha alcanzado niveles de productividad superiores al año anterior. En mayo se dio apertura a la especialidad de Dolor y Cuidados paliativos ofertando tanto consulta como procedimientos propios de la especialidad. A partir de abril del 2021 la demanda de consulta externa ha aumentado significativamente lo cual ha obligado a realizar apertura de más agendas disponibles y por ende aumento de la cantidad de pacientes que requieren los servicios ofertados.

Grafica No. 104
Uso de Capacidad Instalada Consulta Externa



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En relación con el uso de la capacidad instalada, el primer trimestre 2021 ha mostrado un comportamiento superior al mismo período del año anterior. En términos generales, el año 2021 ha presentado cifras superiores al 50% de uso de dicha capacidad con un pico significativo en abril del 74% a pesar de contar con menos consultorios disponibles por expansiones de hospitalización. El año 2020 en el primer semestre presentó cifras menores al 50% de aprovechamiento de la capacidad instalada. La producción y gestión del servicio se puede observar en el cuadro adjunto. Es relevante mencionar el incremento en el porcentaje de cancelación de consulta, atribuible al paciente, asociado al temor natural por la condición COVID. Este porcentaje se evidenció en cifras de 55% para abril, 53% para mayo 61% y 56% para junio. Por otra parte el porcentaje de inasistencia mostró cifras del 12% para abril, 22% para mayo y 11% para junio, claramente asociados a la atención COVID-19 que generó en la población un alto índice de incumplimiento en las citas.

Tabla No. 134
Gestión Consulta Externa

Consulta Especializada	TRIM II 2020	Abril	Mayo	Junio	TRIM II 2021
Horas médico programadas consulta	697	1078	1139	1272	3489
No de consultas asignadas	834	2766	2951	2914	8631
No de consultas programadas	1733	3059	3182	3472	9713
No de consultas realizadas	770	2265	1926	1934	6125
Total de cancelaciones	204	583	678	585	1846
Total cancelaciones por el paciente	80	320	357	222	899
Cantidad de inasistencias	114	329	658	321	1308
% Cancelación por el paciente	39%	55%	53%	38%	49%
% Cancelación institucional	61%	45%	47%	62%	51%
% Uso capacidad de oferta	44%	74%	61%	56%	63%
% de inasistencia	14%	12%	22%	11%	15%
Rendimiento hora médico consulta	1,10	2,10	1,69	1,52	1,76
Rendimiento hora médico consulta esperado	2,49	2,84	2,79	2,73	2,78

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El rendimiento médico registró para el segundo trimestre de 2021 una variación positiva del 60%, motivada por el aumento de consultas realizadas y el número de horas asignada. El rendimiento esperado tuvo una variación positiva de 11% como resultado del número mayor de consultas programadas.

8.4.- Servicio de Hospitalización

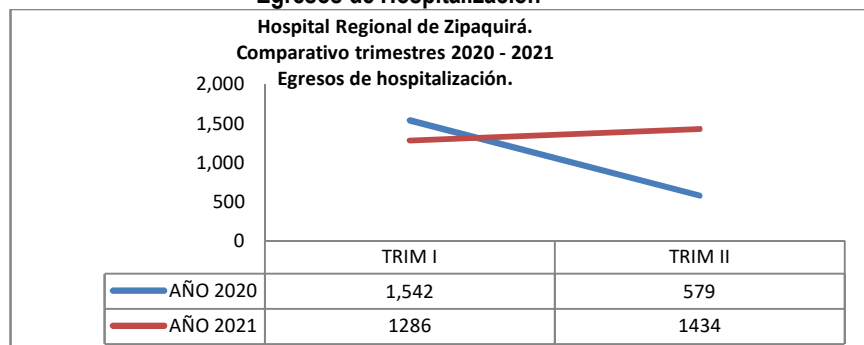
Tabla No. 135
Hospitalización

HOSPITALIZACIÓN	TRIM I 2020	TRIM I 2021	TRIM II 2020	TRIM II 2021
Nro CAMAS	93	177	93	177
DIA CAMA DISPONIBLE	8463	15930	8463	16107
DIAS CAMAS TEMPORALES (EXPANSIÓN)	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	0	0	0	0
NRO DIAS CAMA OCUPADA	5783	8937	3500	12637
NRO DIAS ESTANCIA EGRESOS	8072	8752	3723	9624
% OCUPACIONAL	68,3%	56,1%	41,4%	78,5%
PROMEDIO DIA ESTANCIA	5,23	6,81	6,43	6,71
GIRO CAMA	5,53	2,42	2,08	2,70

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

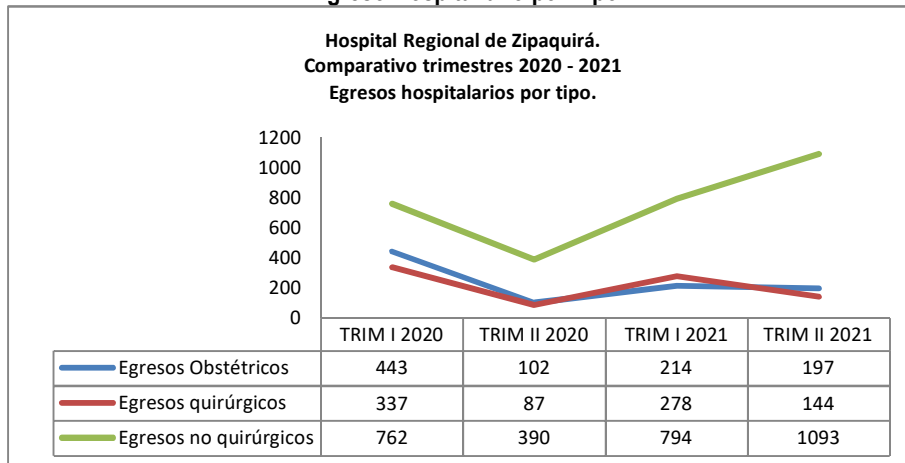
El servicio de hospitalización requirió de su adaptación para la atención de la pandemia COVID-19 tanto en el segundo pico durante TRIM I 2021 como en el tercer pico durante TRIM II 2021. La expansión del mismo llevó a tener 65 camas de UCI adultos y 89 camas de hospitalización adultos, reconvirtiendo las camas de Pediatría y conservando las de Ginecología. En hospitalización se adecuaron 8 camas de hospitalización para NO COVID, con el fin de darle atención a pacientes de ortopedia con traumas y fracturas recibiendo la atención adecuada y oportuna. Comparando los dos trimestres del presente año con los del año inmediatamente anterior se observa que el número de camas tuvo una variación positiva del 90% por efecto de la expansión hospitalaria pasando de 93 a 180. El día cama disponible tuvo una variación positiva del 88% por efecto del mayor número de camas. El número de días camas ocupadas tuvo una variación positiva del 132% como consecuencia de la severidad de casos recibidos por atención de los dos picos COVID-19, lo que también significó un incremento importante en la estancia hospitalaria. El porcentaje ocupacional tuvo una variación positiva del 24%, debido al incremento de los días cama ocupados y disponibles. El promedio de estancia variación positiva del 28% como resultado de la severidad y letalidad de los casos atendidos y el giro cama tuvo una variación negativa del 33%, relacionado igualmente con la estancia prolongada. En cuanto a egresos hospitalarios el primer semestre del año 2021 reportó 2720 en total, mientras 2020 mismo periodo fueron 2121 con una variación positiva del 28% por aumento de capacidad instalada para COVID-19. En cuanto a egresos hospitalarios en el primer trimestre del año 2020 fueron en total 1542 y en el mismo periodo del 2021 fueron 1286 con una variación negativa del 17% dada por el hecho de que en 2020 se contaba con apertura total de servicios pero un número menor de camas (93) mientras en el mismo período del 2021 se dio la apertura de nuevas camas ya mencionada. En el año 2020 segundo trimestre fueron en total 579 y para 2021 mismo período fueron 1434 con una variación positiva del 148% por la apertura de nuevas camas como se mencionó anteriormente.

Grafica No. 105
Egresos de Hospitalización



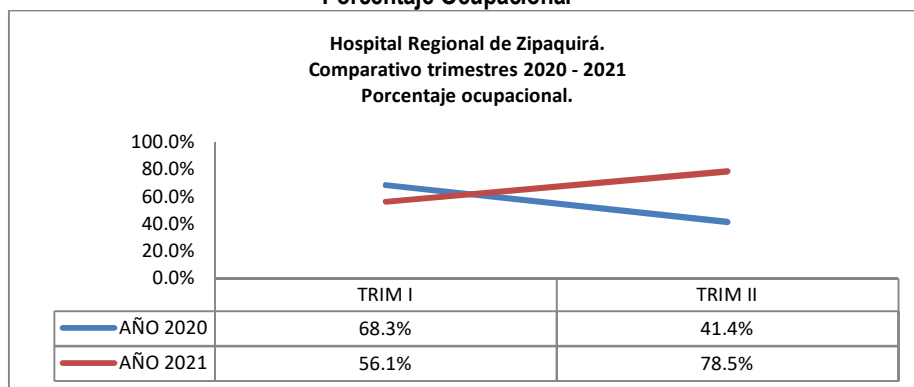
En relación con los egresos hospitalarios no quirúrgicos, en el segundo trimestre 2021 se presentó una variación positiva del 180%, principalmente debido al incremento de egresos por Medicina Interna como resultado de atenciones por COVID-19, ya que en el segundo trimestre del año anterior la pandemia no registraba ningún pico y toda la capacidad instalada de hospitalización estaba disponible para la atención exclusiva de pacientes con infección por SARS-CoV-2 según mandato del ente territorial departamental. En cuanto a los egresos obstétricos, en el segundo trimestre del presente año en comparación con el mismo periodo del año anterior éstos presentaron una variación positiva del 93%, debido al comportamiento de la pandemia con mayor número de maternas infectadas con SARS-CoV2 y atención en paralelo del alto riesgo obstétrico NO COVID por ser el único servicio disponible en la región. Es pertinente anotar que para el mismo trimestre del año anterior, en desarrollo de la pandemia no se presentaron atenciones de maternas COVID. Los egresos quirúrgicos comparativamente entre los dos segundos trimestres de los años 2021 vs 2020 también presentaron una variación positiva del 66%, esto por el apertura de procedimientos quirúrgicos programados desde la consulta externa aumento del trauma en ortopedia y procedimientos ambulatorios.

Grafica No. 106
Egreso Hospitalario por Tipo



Similar es el comportamiento del porcentaje ocupacional con una variación positiva del 90% puesto que en el segundo trimestre del año 2020 fue del 41% y en el mismo período del año 2021 del 78%. Esta situación se dio por el incremento sustancial de los días cama ocupado que se cuadruplicó como consecuencia de la atención del tercer pico epidemiológico COVID-19. El número de días cama disponible también se incrementó al doble por la expansión de capacidad instalada ya señalada en la introducción.

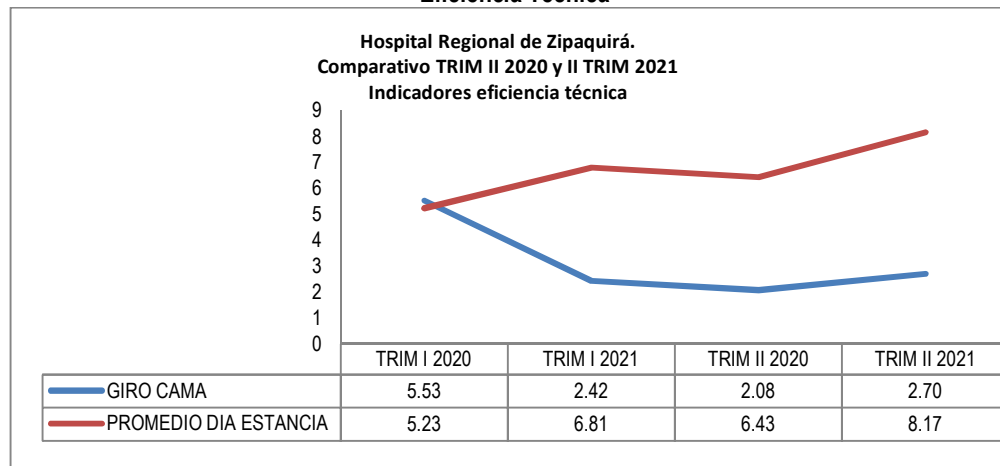
Grafica No. 107
Porcentaje Ocupacional



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El promedio de estancia tuvo una variación positiva del 27% comparados los segundos trimestres del año actual y el anterior, esto por el incremento de los días estancia totales generado por la atención del tercer pico COVID—19 casi 4 veces la cifra del mismo trimestre del año anterior, dada la mayor severidad y letalidad de las atenciones en el tercer pico. El número de egresos tuvo una variación positiva en comparación al mismo periodo del año inmediatamente anterior. El giro cama tuvo una variación positiva del 30%, principalmente por aumento de la letalidad durante este tercer pico epidemiológico.

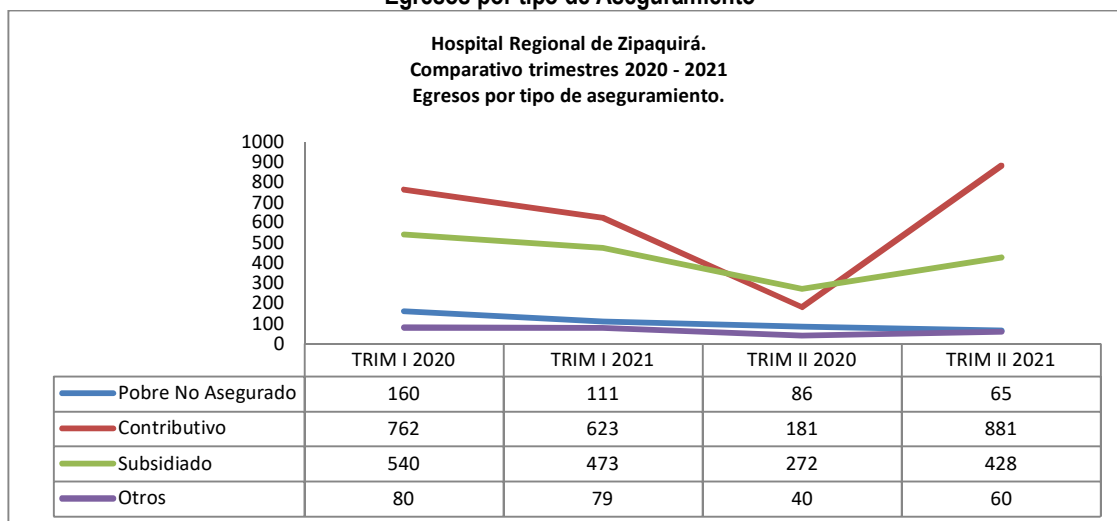
Grafica No. 108
Eficiencia Técnica



: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Por tipo de aseguramiento, en el segundo trimestre del año 2021 comparado con el mismo del año 2020 se puede evidenciar una variación positiva del 387% en atenciones al régimen contributivo y una variación positiva del 57% del régimen subsidiado consolidando la distribución de la cartera de clientes en el régimen contributivo. En cuanto a la población pobre no asegurada encontramos una variación negativa del 24% principalmente debida al fortalecimiento de la afiliación de oficio al Sistema de Seguridad Social en Salud de la población migrante venezolana y a la disminución en las atenciones por demanda espontánea y la recepción de referencias de este grupo poblacional.

Grafica No. 109
Egresos por tipo de Aseguramiento



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

8.5.- Servicio de Sala de Partos

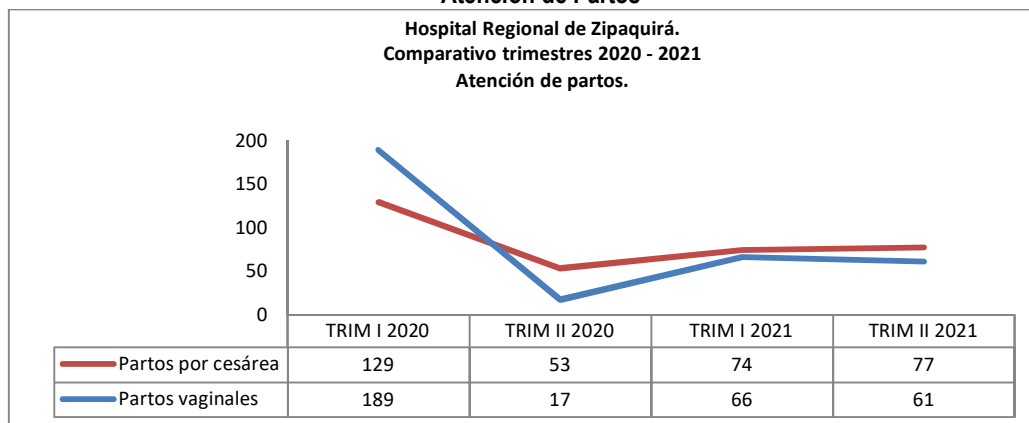
Para el segundo trimestre del 2021 comparativamente con el mismo período del 2020, debido a la atención del tercer pico epidemiológico por COVID-19, presentó una variación positiva del 97% en atención de partos explicada por el aumento de contagios en la población en estado de gestación y una disminución en la demanda espontánea de pacientes no respiratorias (NO COVID). Esto consolida la concentración del alto riesgo obstétrico, situación que en el periodo de estudio de 2020 incluyó el bajo y mediano riesgo. En el segundo trimestre 2021 el servicio atendió 138 gestantes donde el 55% fueron Cesáreas, con una variación negativa del 26% ya explicada y el 45% fueron partos vaginales, con una variación positiva del 259% por razones ya descritas. El 50% fueron partos pretérmino con una variación positiva del 72,5%. De igual manera se evidenció que el 42% de gestantes tenían alto riesgo obstétrico por pobres controles, con una variación positiva del 13% y el 40% de los recién nacidos ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos por bajo peso al nacer, representando una variación positiva del 65%.

Tabla No. 136
Atención de Partos

Especialidad	TRIM I 2020	TRIM I 2021	TRIM II 2020	TRIM II 2021
Partos vaginales	189	66	17	61
Partos por cesárea	129	74	53	77
Total de partos	318	140	70	138
Nacidos vivos		0		140
% cesáreas	41%	53%	76%	56%
Abortos	10	0	0	0
Partos pretérmino	65	63	40	69
Recién nacidos vivos con bajo peso	55	53	34	56
Gestantes con 4 o menos controles prenatales	100	55	52	59

Comparativamente, con el segundo trimestre del año 2020 en el presente año se evidencia en partos vaginales una variación positiva del 259%, por la elección de la vía vaginal para atención a pesar del alto riesgo y condiciones individuales de cada paciente, el uso de camas de hospitalización covid para la atención de los trabajos de parto en maternas sospechosas o confirmadas de COVID-19 y el aumento de contagio a la población gestante.

Grafica No. 110
Atención de Partos

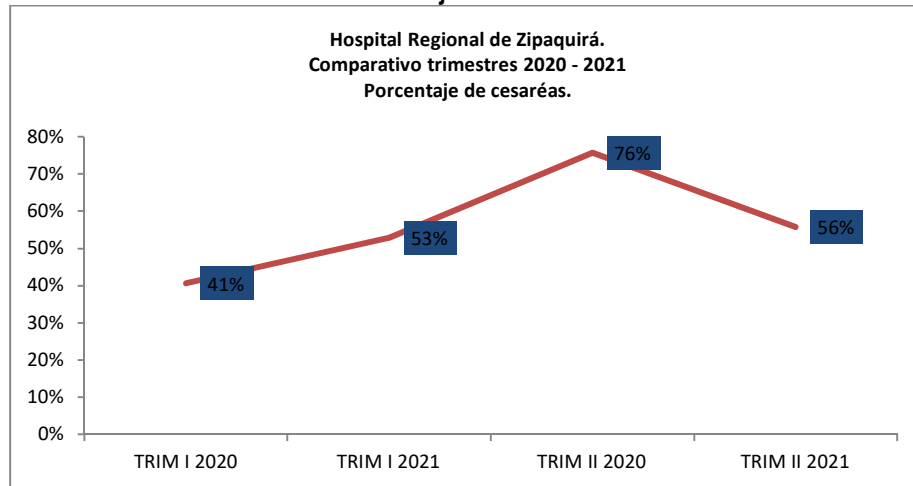


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Zipaquirá, para el primer semestre del año 2021 comparativamente para el mismo periodo del año 2020 fueron los siguientes datos en partos vaginales hubo una variación negativa del 38% principalmente a la exclusividad de atención a pacientes de alto riesgo como elección los

partos por cesárea a pesar de estas hubo una disminución de atenciones por lo que también estas últimas tuvieron una variación negativa del 17%, dando un total de partos de 278 en el primer semestre del año 2021 y 388 en el año inmediatamente anterior mismo periodo, con una variación negativa del 28%. En cuanto a los partos por cesárea podemos encontrar una variación positiva del 45% entre los segundos trimestres de los años 2020 y 2021, cuya causa se origina en la atención exclusiva del alto riesgo obstétrico y por gestantes infectadas con SARS-CoV2 tomándose como mejor vía en beneficio del binomio madre hijo este procedimiento. Esta variación consolida la complejidad del servicio de Obstetricia.

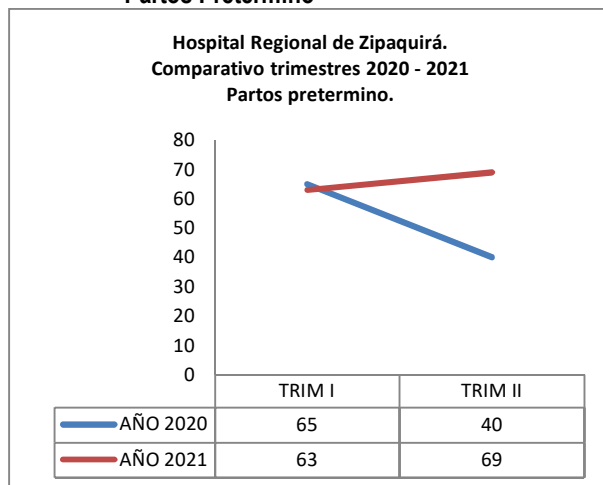
Grafica No. 111
Porcentaje de Cesareas



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

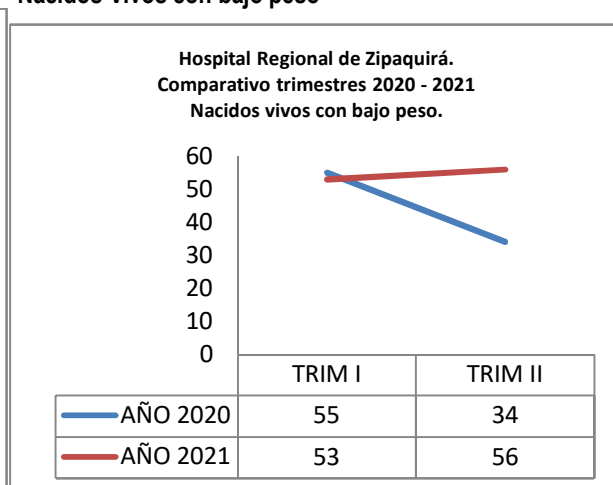
El parto pretérmino pasó en el segundo trimestre del año 2020 con relación al segundo trimestre del presente año, experimentó una variación positiva del 72,5%, generada por un incremento del riesgo obstétrico generado previamente a la atención en el institución. De igual manera el bajo peso al nacer presentó una variación positiva de 64%, que se correlaciona con el riesgo obstétrico ya referido. Finalmente, el porcentaje de la gestión deficiente de la baja y mediana complejidad en la captación de la materna para sus controles.

Grafica No. 112
Partos Pretérmino



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

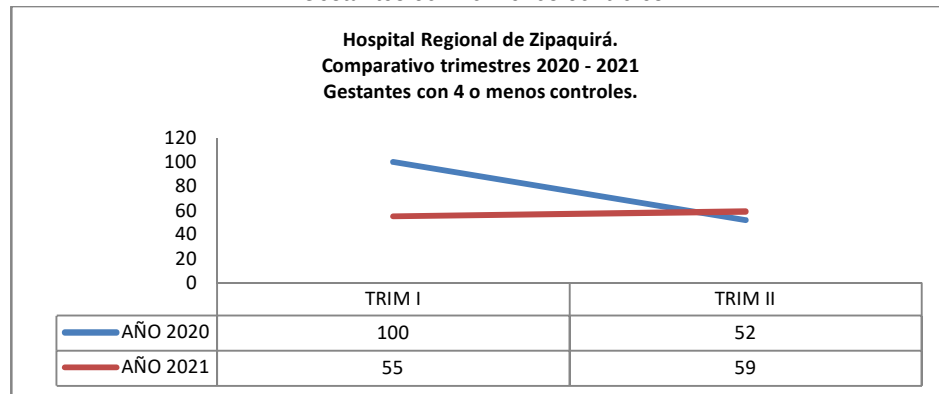
Grafica No. 113
Nacidos Vivos con bajo peso



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En cuanto a nacidos vivos tuvimos una variación negativa del 28% esto debido a la disminución de atenciones totales por atención exclusiva al alto riesgo obstétrico. Por lo anterior se dio una variación positiva del 26% en cuanto a la atención de recién nacidos pretérminos comparando el primer semestre de este año y el mismo periodo del año anterior.

Grafica No. 114
Gestantes con 4 o menos controles

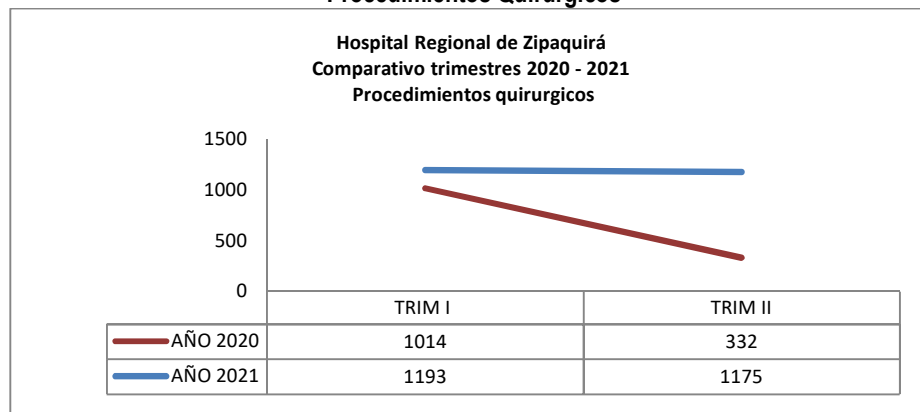


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

8.6.- Servicio de Salas de Cirugía

El segundo trimestre de 2021 mostró una cifra de procedimientos quirúrgicos de 1175 y con respecto al mismo periodo de 2020 representó una variación positiva de 254% .

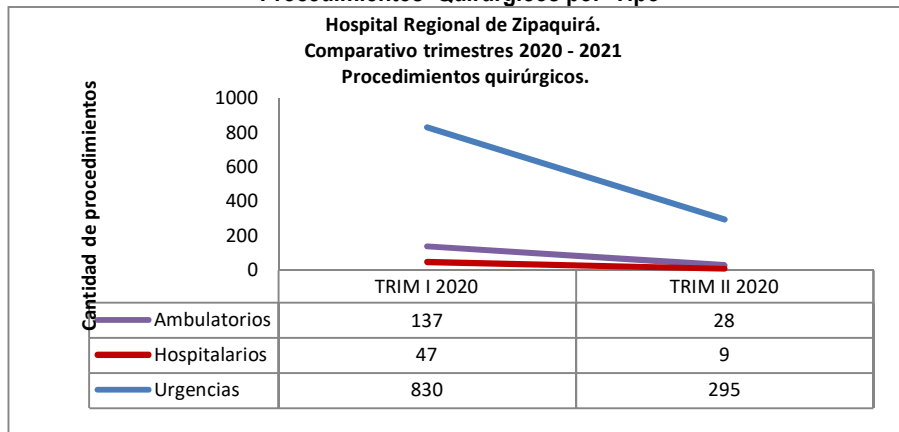
Grafica No. 115
Procedimientos Quirúrgicos



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En cuanto a la cantidad de procedimientos quirúrgicos por tipo de ingreso en el Hospital Regional de Zipaquirá, los de tipo ambulatorio presentaron una variación positiva de 768% explicada por la reactivación de servicios. Para procedimientos programados del paciente hospitalizado se presentó una variación positiva de 3256% debida a la reapertura de los procedimientos quirúrgicos electivos que cumplen con todos los requisitos como no estancia hospitalaria, consumo racional de oxígeno y se presenta una variación positiva de 114% en procedimientos de urgencia como resultado de referencias recibidas de diferentes especialidades incluyendo Obstetricia.

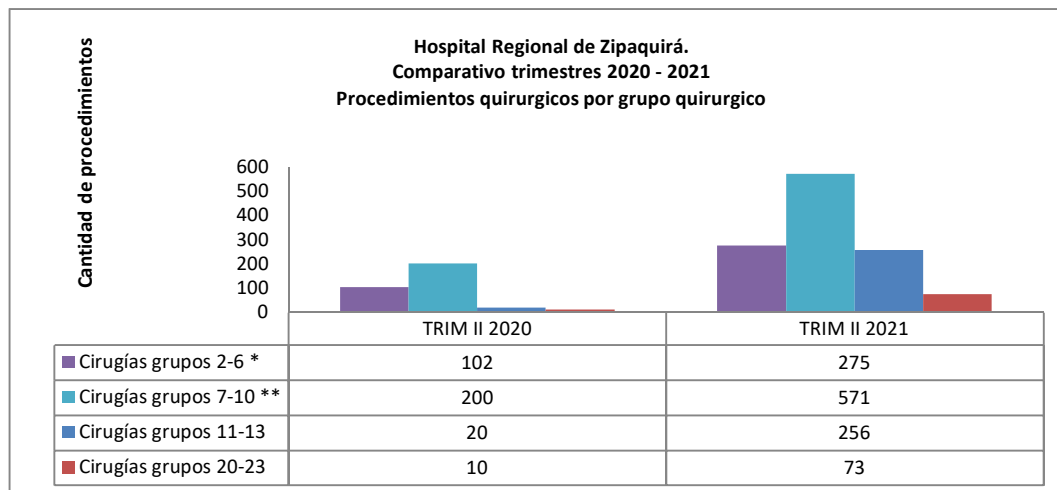
Grafica No. 116
Procedimientos Quirúrgicos por Tipo



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En relación con procedimientos por grupo quirúrgico es de resaltar una variación positiva de 630% en cuanto a la realización de procedimientos del grupo 20-23, de igual manera los del grupo 11-13 con una variación positiva de 1180% a pesar que no se están realizando intervenciones quirúrgicas de alta complejidad como Reemplazos articulares e intervenciones que requieran días de estancia hospitalaria o estancias en UCI.

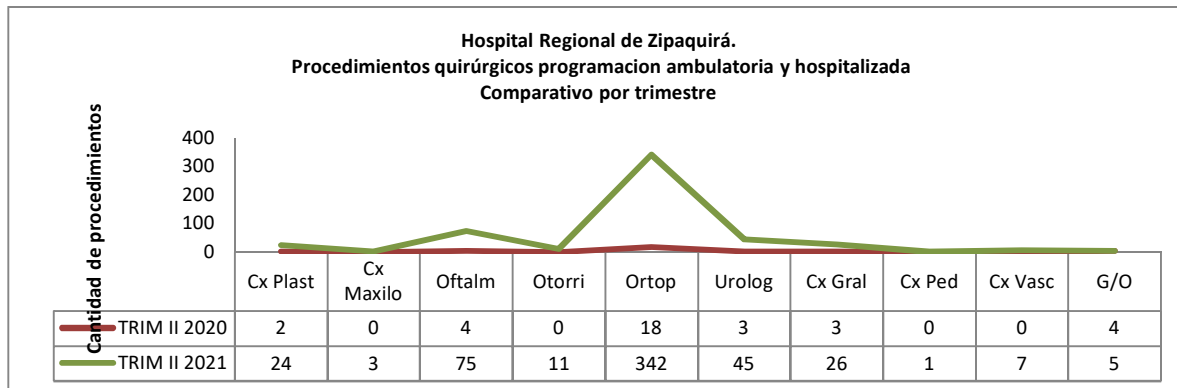
Grafica No. 117
Procedimientos Quirúrgicos por Grupo Quirúrgico



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En relación con los procedimientos programados a nivel ambulatorio y hospitalizado comparando los segundos trimestres 2020-2021, el comportamiento de las especialidades indica que Ortopedia tuvo una variación positiva del 1800% por generación de autorizaciones de las EPS para programación nuevamente de pacientes ambulatorios, Oftalmología con una variación positiva de 1775% , Urología 1400% , Cirugía plástica 1100% , Cirugía general 767% , en último lugar Ginecología con variación positiva de 25% gracias a la reactivación de servicios.

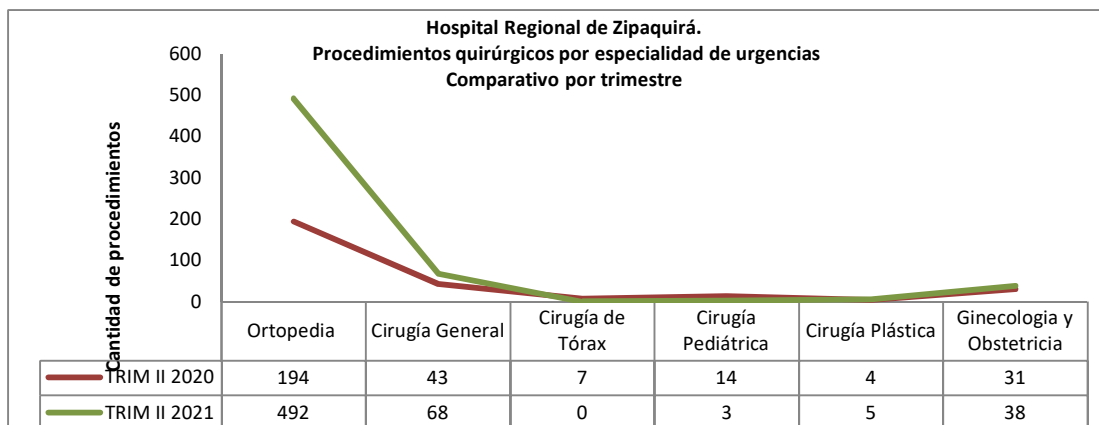
Grafica No. 118
Procedimientos Quirúrgicos Programados



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En cuanto a los procedimientos por urgencias pese a la suspensión ocurrida al final del 2020 por criterio de riesgo, el servicio de ortopedia en el II trimestre del 2021 continuó su crecimiento y consolidación debido a la reactivación económica, la recepción de remisiones por traumas y accidentes de generando una variación positiva de 154%, Cirugía general variación positiva de 58%, Cirugía plástica con variación positiva de 25% y Ginecología 23 % respectivamente y en último lugar variación positiva general de 1100 % en otras especialidades como fueron Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ginecología/Cirugía general. Variación negativa tuvo la especialidad de Cirugía pediátrica con 79%.

Grafica No. 119
Procedimientos Quirúrgicos por Urgencias

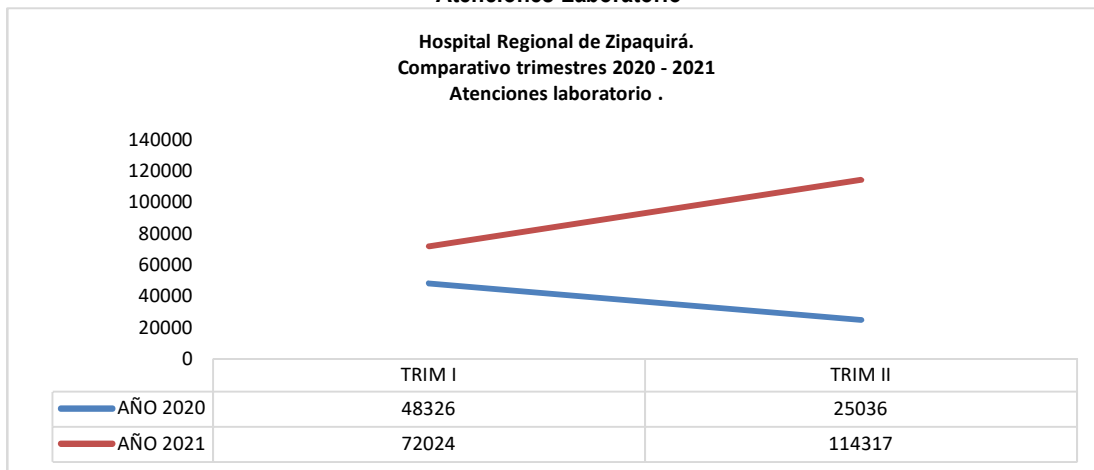


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

8.7.- Servicio de Laboratorio Clínico

Para el trimestre II de 2021 se han realizado 114.317 exámenes de laboratorio, donde 62% pertenecen al servicio de hospitalización, 36% al servicio de urgencias y 2% al servicio de consulta externa. Este aumento obedece al comportamiento epidemiológico en su tercer pico de la pandemia COVID-19. Se observa una variación positiva del 357% en el total de exámenes de laboratorio entre el trimestre II de 2020 y el trimestre II de 2021, esto debido al reconocimiento institucional y la demanda de los servicios prestados, reflejando un aumento especial en el servicio de UCI.

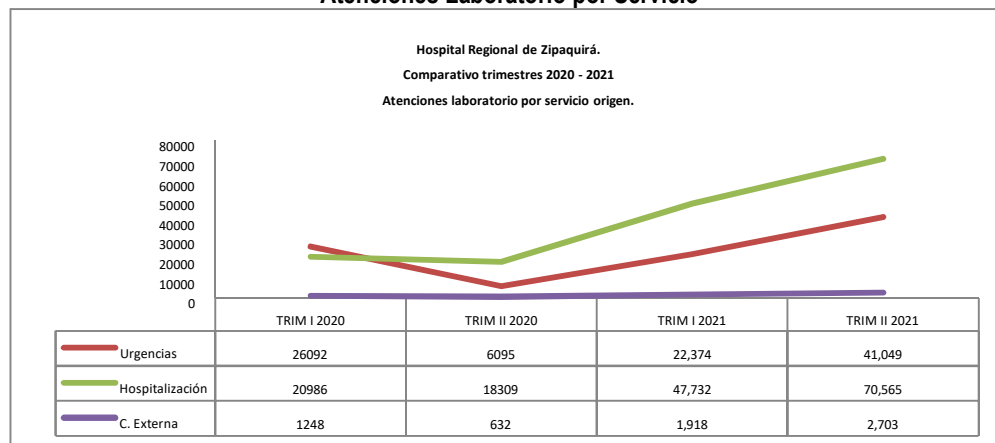
Grafica No. 120
Atenciones Laboratorio



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Los exámenes generados por urgencias obtuvieron una variación positiva del 573%, en números absolutos con un aumento de 34.954 exámenes; para el servicio de hospitalización se presentó una variación positiva del 285% con un aumento de 52.256 exámenes, el servicio de hospitalización y urgencias mantuvieron la demanda en el contexto de la pandemia por COVID-19. La Consulta Externa mostró una variación positiva del 328% por reactivación de servicios en los exámenes especializados acordes a la complejidad del hospital. La distribución de exámenes y órdenes por servicio de origen confirma el incremento en dichos ítems en el II Trimestre del 2021 en comparación II trimestre del 2020 en los exámenes y órdenes de hospitalización por el efecto COVID y la ya señalada demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa y hospitalización.

Grafica No. 121
Atenciones Laboratorio por Servicio



El comportamiento de los exámenes de laboratorio en el II Trimestre del 2020 por área de proceso indica que la química sanguínea representa el 62%, hematología con un 10%, seguido de coagulación 9% y remisiones especial 1% para un total anual. Para el II trimestre 2021, la distribución muestra que para las mismas áreas con porcentajes mayores en: química sanguínea 65%, coagulación 14%, hematología 8% y remisiones especiales 3%, acordes con la atención por COVID-19. Para el área de química las pruebas con mayor productividad fueron Bilirrubinas, LDH,

ASAT/, ALAT, proteína C reactiva, magnesio, nitrógeno ureico, electrolitos, para las pruebas de inmunología se observa en un 6% la ferritina y Troponina, seguido de las pruebas de coagulación con un incremento en Dímero D y remisiones especiales en un 3% con un incremento con la prueba de SARS COV-2- PCR observa un promedio mes en números absolutos de 607 pruebas remitidas. En el consolidado por áreas de proceso, se evidencia un aumento en todas las áreas como resultado de la demanda de urgencias, hospitalización y consulta externa.

Tabla No. 137
Atenciones de Laboratorio

Area	Abril	Mayo	Junio	TRIM II 2021	TRIM II 2020	VAR TRIM II 2020 Y 2021
Coagulación	3805	6084	6325	16.214	2281	611%
Hematología	2406	3038	3131	8.575	2618	228%
Inmunoematología	112	76	85	273	159	72%
Inmunología	1101	2618	2847	6.566	722	809%
Microbiología	813	797	812	2.422	2391	1%
Parasitología	27	15	26	68	33	106%
Química	20206	26542	27190	73.938	15636	373%
Especiales	328	237	296	861	227	279%
Remisiones especiales	1083	1023	941	3.047	344	786%
Uroanálisis	244	129	130	503	278	81%
UFZ_HUS	871	494	485	1.850	347	433%
Total	30996	41053	42268	114.317	25036	357%

Fuente: Sistema Labcore - Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Por especialidad en el servicio de hospitalización, la producción de exámenes mostró que la Unidad de Cuidados intensivos tanto adultos como neonatal representó la mayor variación positiva. En el primer caso fue debida a la expansión de camas por efecto de atención de pandemia como ya se señaló en su momento. En el segundo caso fue debida a la ocupación superior en el 2021 como resultado de concentración de riesgo obstétrico y riesgo COVID por ser la única oferta del mismo en la región. Las cifras mostraron que se pasó del 27% del total de exámenes al 74 % en el II trimestre del 2021 en adultos y la UCI neonatal representó un 13%. Es de anotar que Medicina Interna con participación del 60% en II trimestre 2020 y 11% en el II trimestre 2021 disminuye su participación por la expansión de camas UCI.

Tabla No. 138
Atenciones de Laboratorio

Especialidad	Abril	Mayo	Junio	TRIM II 2021	TRIM II 2020	VAR TRIM II 2020 Y 2021
Medicina Interna	4216	1033	2167	7.416	11041	-33%
Cirugía	26	21	208	255	94	171%
Ginecología y Obstetricia	145	163	106	414	1002	-59%
Otras especialidades	6	1205	0	1.211	267	354%
Pediatría	0	1	30	31	0	0%
Recién Nacidos	53	58	0	111	312	-64%
UCI adultos	7987	21547	22502	52.036	4853	972%
UCI neonatal	2717	3250	3031	8.998	740	1116%
Comité infecciosos	23	70	0	93	238	-61%
Total	15173	27348	28044	70.565	18547	280%

Fuente: Sistema Labcore - Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En cuanto a los resultados críticos se determinó que los exámenes y rangos a reportar con resultados de son la Troponina con un 44%, el potasio 24% y seguido por la Creatinina 13%. Estos se reportan de manera oportuna (60 minutos después de validada la prueba). Con respecto al proceso de remisión al laboratorio de referencia se encuentra que los exámenes con mayor número de remisión son calcio ionizado, parainfluenza y antibiograma-detección de mecanismos de resistencia.

8.8.- Servicio de Patología

Durante el II trimestre del 2021 se realizaron 1209 estudios de patología, mientras en el mismo período de 2020 se realizaron 702 estudios con una variación positiva del 72%, atribuida principalmente a la apertura de los servicios ambulatorios.

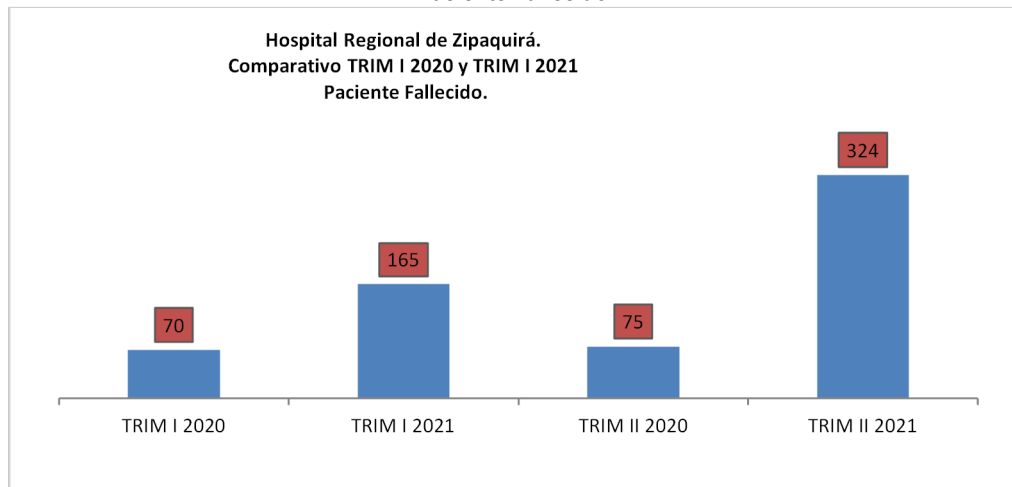
Tabla No. 139
Estudios de Patología

Servicio	Abril	Mayo	Junio	TRIM II 2021	TRIM II 2020	VAR TRIM II 2020 Y 2021
Funcional	100	100	138	338	354	-5%
Neonatología	4	0	0	4	2	100%
Hospitalización	57	32	34	123	82	50%
Urgencias	1	0	0	1	21	-95%
Consulta Externa	42	74	94	210	21	900%
Toma Muestras UF (Citologías)	210	156	167	533	222	140%
Total	414	362	433	1.209	702	72%

Fuente: Sistema Patcore - Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Con respecto a paciente fallecido comparando los segundos trimestres de los años 2020-2021 las cifras fueron de 75 y 324 respectivamente para un aumento del 332%. Es pertinente señalar que en los meses de mayo y junio de 2021 se presentaron las mayores cifras de mortalidad como resultado de la letalidad COVID.

Grafica No. 122
Paciente Fallecido



FUENTE: Base datos fallecidos

En relación con la demanda de pruebas para SARS-Cov-2 el 90% de pruebas se realizan con técnicas moleculares RT-PCR y el 10% se realizan con técnicas de Antígeno SARS- Cov 2. Estas pruebas tienen rendimiento diagnóstico de la RT-PCR con sensibilidad del 90% y especificidad el 99%. Para los resultados de las prueba RT-PCR se evidencia una positividad del 39% y una negatividad del 61%. Para la prueba de antígeno SARS- Cov 2 se evidencia una positividad del 32% y una negatividad del 68%.

8.9.- Unidad Transfusional

En cuanto al Servicio de gestión pre transfusional se observa una satisfacción a la demanda por parte del banco de sangre sede HUS Bogotá del 89.94%. Comparando segundos trimestres del 2020-2021 respectivamente fueron entregados 272 y 721 componentes sanguíneos al servicio de gestión pre transfusional con un aumento del 165%. Con una distribución de componentes sanguíneos de 43% glóbulos, 33% plaquetas, 23% plasma fresco congelado y 5% crioprecipitados.

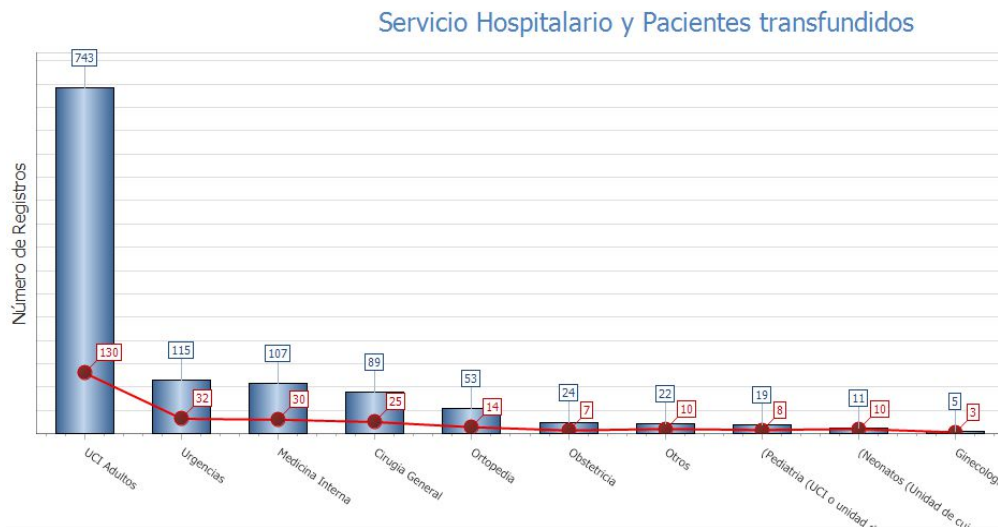
Tabla No. 140
Unidades Otorgadas HUS Bogota

UNIDADES OTORGADAS HUS BOGOTA	Abril	Mayo	Junio	TRIM II 2021	TRIM II 2020	VAR TRIM II 2020 Y 2021
Unidades de sangre total	0	0	0	0	0	0%
Unidades de Gr empaquetados	112	93	103	308	159	94%
Unidades de plaquetas	41	100	96	237	61	289%
Unidades de crioprecipitado	0	0	12	12	8	50%
Unidades Plasma Fresco Congelado	58	24	82	164	44	273%
TOTAL	211	217	293	721	272	165%

Fuente: Sistema SIHEVI - Estadística de HEXABANK

En comparación entre el II trimestre del 2020-2021 se transfundieron 179 y 636 componentes sanguíneos respectivamente con una variación del 256% y una distribución de componentes sanguíneos de 43% glóbulos, 32% plaquetas, 20% plasma fresco congelado, 4% Glóbulos rojos filtrados y 1% de crioprecipitado. Los servicios que presentan mayor número de transfusiones se encuentran UCI 76%, urgencias 6%, cirugía 5%, Medicina interna 4%, Obstetricia 3%, UCI neonatal 3%, Ginecología 1% y servicio de Ortopedia el 1%.

Grafica No. 123
Sistema de Hemovigilancia del Instituto Nacional de Salud I Semestre 2021 (SIHEVI-INS).



Fuente: Sistema SIHEVI - Estadística de HEXABANK

En cuanto a productividad del servicio gestión pre transfusional comparando los mismos períodos, las pruebas de inmunohematología (Pruebas cruzadas) realizadas fueron 154 y 362 respectivamente, con un total de 59 y 137 pacientes transfundidos y un promedio de unidades transfundidas por paciente de 4.03 y 4.64 presentándose un aumento del 15%. Dando un adecuado servicio pero ante todo capacitando al personal del uso racional de los componentes sanguíneos

Grafica No. 124
Pruebas Pre Transfusionales Sistema de Hemovigilancia del Instituto Nacional de Salud (SIHEVI-INS).
Unidades de Globulos Rojos Cruzados en Relación con Globulos Rojos Transfundidos.


. (Fuente sistema SIHEVI)

Para los glóbulos rojos transfundidos comparando los segundos trimestres, se observa un total de 272 y 721 componentes transfundidos con un porcentaje de consumo interno glóbulos y despacho externo de un 98%.

Es importante mencionar que se tiene una oportunidad de despacho de hemocomponentes anual es de 63 min y 1:53 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y 56.16 minutos al servicio de urgencias; este comportamiento está por encima de la meta actual de 42 minutos (Línea de base Bogotá HUS) atribuida a pruebas especiales, glóbulos rojo filtrados y plaquetas filtradas las cuales son solicitadas al Banco de sangre con un tiempo de transporte de 9:39 horas con sus minutos. Para el II trimestre 2021 se dio respuesta oportuna a las Urgencias vitales y códigos rojos con una oportunidad de 2.8 segundos en atención ante la emergencia, lo cual es oportuno.

En el II trimestre de 2021 para la Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 1.070 y 0.33% por debajo de la meta establecida de 10 y 0.30% del indicador respectivamente. (Línea de base HUS Bogotá). Para el I trimestre del 2020 se analizó por el comité de transfusiones una RAT generando un cumplimiento del 100% de las RAT notificadas y analizadas en el comité. Dando un consolidado total para las pruebas positivas del 38% y negativas del 62%. Para el porcentaje de consentimientos informados se ha logrado el cumplimiento en un 80% atribuido a sistematización, capacitación (Folleto del pasos a paso) y seguimiento a las áreas pertinentes. Donde se ha establecido procesos de trazabilidad y seguimiento a consentimiento en la matriz de cadena transfusional evaluando oportunidades, calidad del registro, pertinencia y justificación, con miras a seguimiento médico de un n muestral. (Auditoria Medica).

8.10.- Servicio de Imagenología

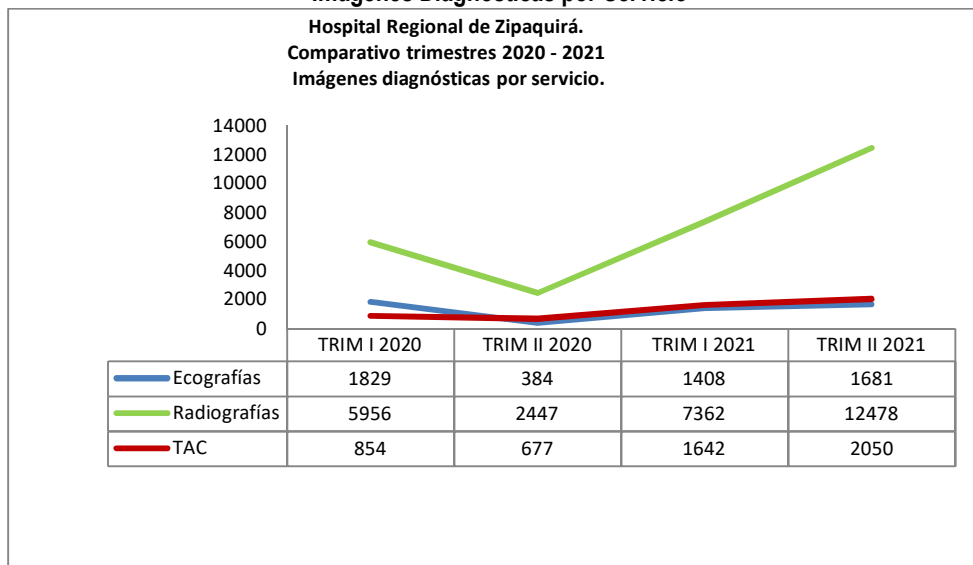
El servicio de Imágenes diagnósticas del Hospital Regional de Zipaquirá oferta Radiología convencional con un equipo fijo y dos equipos portátiles, Ecografía general con tres equipos, Equipo de fluoroscopia Arco en C para apoyo en salas de Cirugía y Tomografía Axial Computarizada para estudios simples y contrastados, contando con personal asistencial calificado y competente como Médicos especialistas en Radiología con cubrimiento de 12 horas /día en semana y Tecnólogos de radiología con cubrimiento de 24 horas de lunes a domingo. En el II Trimestre de 2021 se observa que el servicio de Imágenes Diagnósticas tuvo una producción total de 16.209, con variación positiva de 362% con respecto al II Trimestre de 2020 (3.508). En Ecografía comparando los segundos trimestres de los años 2020-2021, se dio una variación positiva de 338% en general, teniendo todos los servicios de origen variaciones positivas: Urgencias 807%, Consulta externa 648% y Hospitalización 154%. Estas cifras se dieron por la expansión de áreas de UCI y hospitalización para atención de pacientes COVID-19. En Radiología comparando los

segundos trimestres de los años 2020-2021 se observa variación positiva general de 410% (12.478 en 2021), teniendo todos los servicios de origen variaciones positivas: Urgencias 1.582% dado por las atenciones establecidas con protocolo de manejo COVID-19, Consulta externa 1.042% y Hospitalización 229%. De igual forma como se dio para ecografía los incrementos estuvieron motivados por la expansión hospitalaria por COVID-19 y en el caso de la Consulta Externa por la reactivación progresiva de servicios. La tomografía axial computarizada (TAC) es el servicio más relevante para la alta complejidad. Comparando los segundos trimestres de los años 2020-2021 se evidenció un aumento de la producción del 203% (2.050 en 2021) dado por la atención de pacientes COVID-19 cuyo diagnóstico se realiza principalmente por el estudio de TAC Tórax de alta resolución. En Consulta Externa se evidencia un aumento del 3.013%, seguido por urgencias con un 356%, y hospitalización con un 61%.

Tabla No. 141
Ecografías realizadas

IMAGENOLOGÍA	TRIM II 2020	TRIM II 2021	VAR TRIM II 2020 Y 2021
Ecografías realizadas consulta externa	124	928	648%
Ecografías realizadas hospitalización	246	626	154%
Ecografías realizadas urgencias	14	127	807%
Ecografías	384	1681	338%
Radiografías realizadas consulta externa	24	274	1042%
Radiografías realizadas hospitalizados	2111	6955	229%
Radiografías realizadas urgencias	312	5249	1582%
Radiografías	2447	12478	410%
TAC realizadas consulta externa	8	249	3013%
TAC realizadas hospitalizados	423	680	61%
TAC realizadas urgencias	246	1121	356%
TAC	677	2050	203%
Total imágenes diagnósticas	3508	16209	362%

Grafica No. 125
Imágenes Diagnósticas por Servicio



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

8.11.- Servicio de Farmacia

El Hospital Regional de Zipaquirá cuenta con servicio farmacéutico el cual está conformado por bodega de farmacia, farmacia de hospitalización, farmacia de salas de cirugía y farmacia de urgencias, las cuales prestan servicio 24 horas a aceptación de la bodega de farmacia que presta servicio de 7 a.m. a 5 p.m. Para poder cumplir con la misión del servicio farmacéutico en el segundo trimestre del de 2021 se cuenta con 59 contratos de dispositivos médicos y 41 contratos de medicamentos. En relación con la ejecución de contratos para dispositivos médicos para el II trimestre del año 2021, con corte a 30 de junio 2021 donde se observa una ejecución del 59% para el año 2021 y se evidencia una variación positiva del 40% respecto del 2020. El cuadro siguiente muestra el comportamiento del rubro de dispositivos médicos.

Tabla No. 142
Ejecución de Contratos Dispositivos Médicos II Trimestre de 2020 VS 2021

AÑO	# CONTRATOS	VALOR TOTAL HRZ	VALOR EJECUTADO TRIM II	% EJECUCIÓN
2020	34	\$1.819.486.811	\$1.238.965.462	68%
2021	59	\$2.929.735.460	\$1.736.757.265	59%

En relación con la ejecución de contratos para medicamentos en el II trimestre del 2021, con corte a 30 de Junio 2021 donde se observa a una ejecución del 65% para el año 2021 y se evidencia se evidencia una variación positiva 240% con relación al año 2020. El cuadro siguiente muestra el comportamiento del rubro de medicamentos.

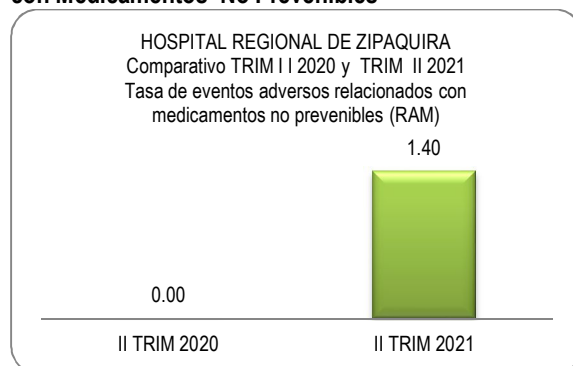
Tabla No. 143
Ejecución de Contratos Medicamentos II Trimestre de 2020 VS 2021

AÑO	# CONTRATOS	VALOR TOTAL HRZ	VALOR EJECUTADO TRIM II	% EJECUCIÓN
2020	12	\$1.179.340.735	\$622.245.142	53%
2021	41	\$3.245.462.652	\$2.118.862.671	65%

Análisis de Indicadores de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia II Trimestre 2020 vs II Trimestre 2021

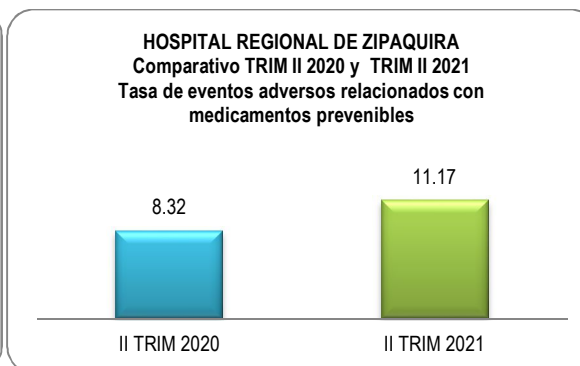
Grafica No. 126

Tasa de Eventos Adversos relacionado con Medicamentos No Prevenibles



Grafica No. 127

Tasa de Eventos Adversos relacionado con Medicamentos Prevenibles

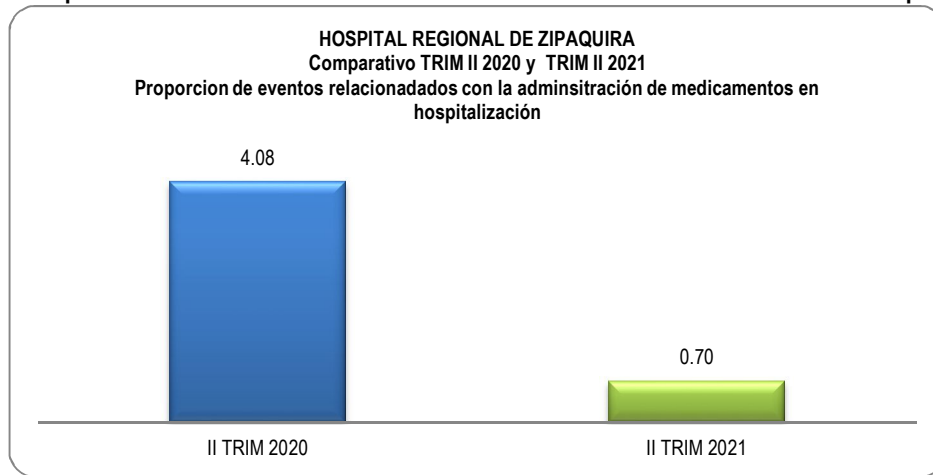


Fuente: Reporte novedades Seguridad del paciente

Durante el II Trimestre del 2020 no se detectó ninguna RAM, por lo que no se puede realizar ningún comparativo del % de variación con el II Trimestre de 2021 donde se presentó una tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM) de 1.4. El aumento de este indicador se explica por la realización de rondas de Farmacovigilancia activa, fortalecimiento de la cultura del reporte en la institución, los reportes de novedades de seguridad, y la implementación de los programas asistenciales de la farmacia (Seguimiento Farmacoterapéutico), donde se detectan este tipo de eventos. Se evidencia variación positiva de 34.26% en los trimestres comparados, debido al incremento en el reporte de novedades asociadas a administración de medicamentos, que se han venido detectando en rondas de Farmacovigilancia activa y de seguridad de paciente. Los eventos reportados incluyeron en su mayoría eventos asociados a la administración de medicamentos. No se presentaron eventos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de Urgencias en los trimestres comparados.

Grafica No. 128

Proporción de Eventos relacionados con la Administración de Medicamentos en Hospitalización

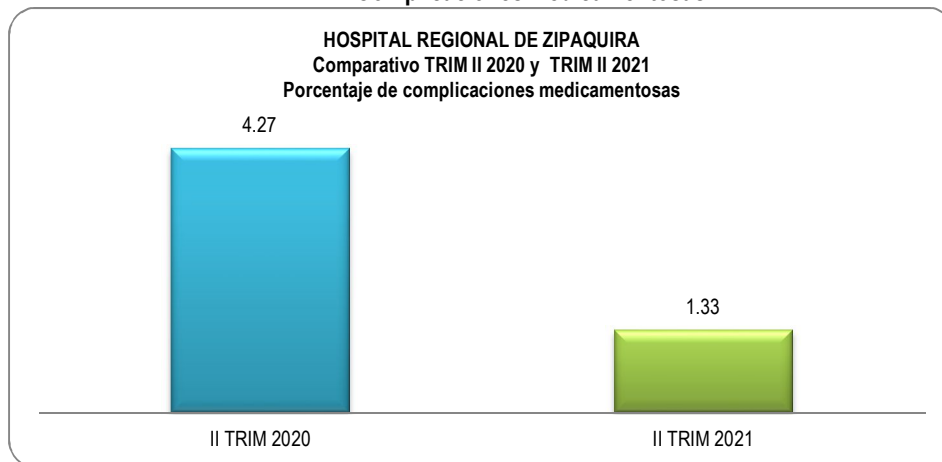


Fuente: Reporte de novedades de seguridad del paciente.

La proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización en los trimestres comparados presenta una disminución de 82.83 % en la variación de dicho indicador entre los trimestres comparados. Esto se debe a la ejecución de estrategias en la administración adecuada de medicamentos y flebitis química y mecánica.

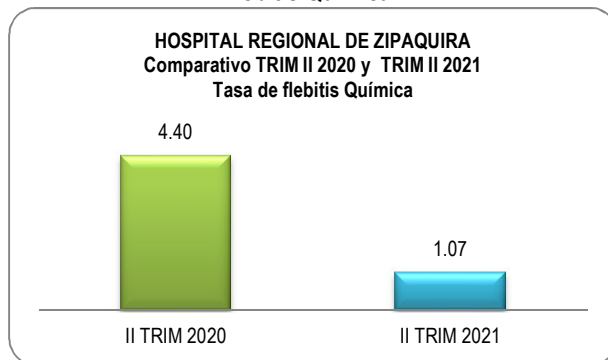
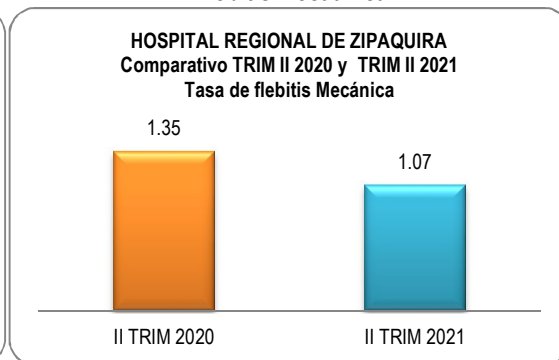
Grafica No. 129

Complicaciones Medicamentosas



Fuente: Reporte de novedades de seguridad del paciente.

Para el indicador porcentaje de complicaciones medicamentosas, en los trimestres comparados se observa una disminución del 68.87% de variación, dado por los planes de mejora de capacitación en el uso seguro de medicamentos, ejecutados con el personal asistencial de los servicios de hospitalización. Además de esto fue implementado en la institución, el programa asistencial de seguimiento farmacoterapéutico, que busca prevenir y solucionar los problemas relacionados con medicamentos, por lo que su presencia en el hospital, explica en cierta medida dicha disminución del indicador. No se presentaron eventos adversos relacionados con gases medicinales en los trimestres comparados.

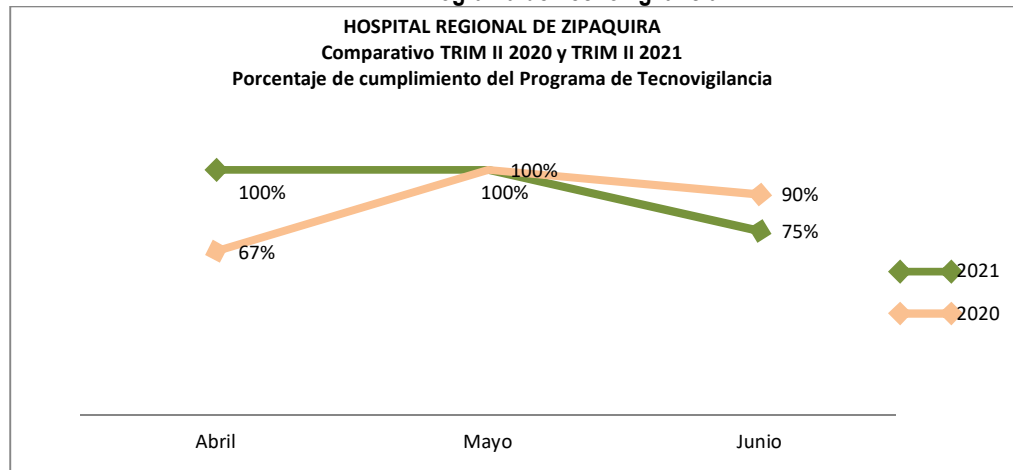
Grafica No. 130
Flebitis Química

Grafica No. 131
Flebitis Mecánica


Fuente: Reporte de novedades de seguridad del paciente.

En el II Trimestre del 2021, se observó una importante disminución del porcentaje de variación tanto para la tasa de flebitis mecánica del 75.65% como para la flebitis química 20,87%. Esto se da gracias a las capacitaciones realizadas con el personal asistencial de enfermería en reconstitución adecuada de medicamentos y técnica de manejo adecuado de catéter venoso de seguridad, como también la revisión continua en los pacientes en Farmacovigilancia activa en los diferentes servicios del hospital.

Análisis de Indicadores de Tecnovigilancia II Trimestre 2020 vs II Trimestre 2021

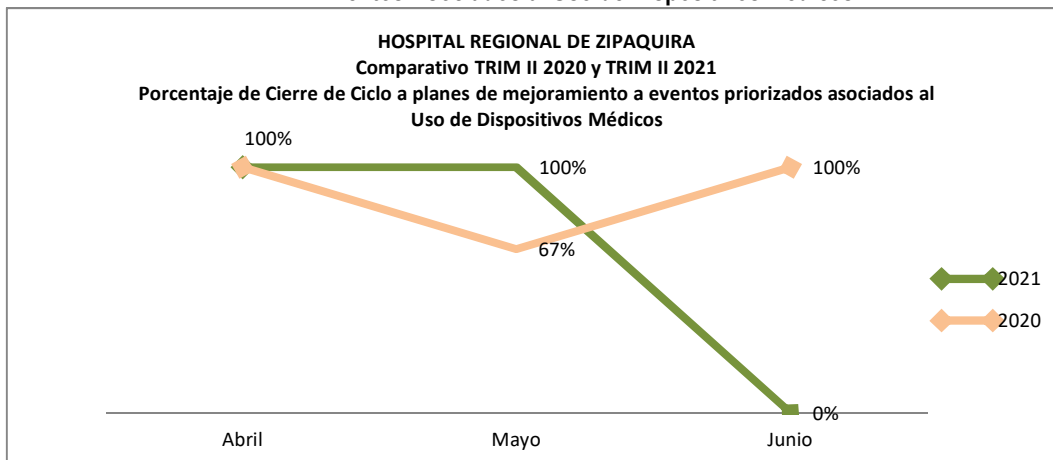
Para el II trimestre de 2020 se dio en promedio de cumplimiento del programa de Tecnovigilancia un 86%, este comportamiento se ve aumentado en el II trimestre de 2021 con un promedio del 92% de cumplimiento como evidencia de mayor adherencia y ejecución del programa de Tecnovigilancia del Hospital Regional de Zipaquirá.

Grafica No. 132
Programa de Tecnovigilancia


Fuente: Programa de Tecnovigilancia para el Hospital Regional de Zipaquirá

El cierre de ciclo de mejoramiento de los eventos en el II trimestre de 2021 fue del 100% para los meses de abril y mayo, sin embargo en el mes de junio por un evento que se presentó el día 28 de junio el cumplimiento es del 0. El porcentaje de cumplimiento es del 67%, menor en comparación con el II trimestre de 2021 donde el promedio es de 89% los cierres de los planes de mejora están asociadas al tipo de evento y la respuesta obtenida por el proveedor según el caso.

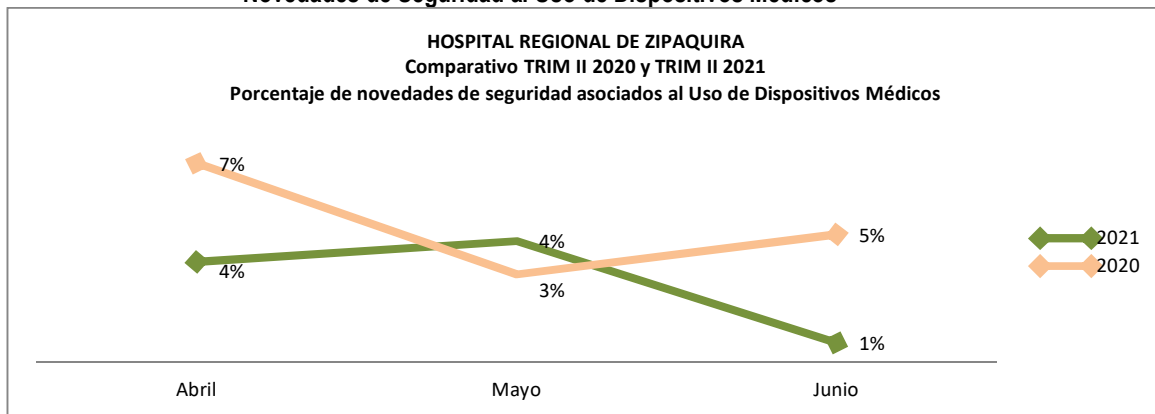
Grafica No. 133
Eventos Asociados al Uso de Dispositivos Medicos



Fuente: Programa de Seguridad del Paciente

En el II trimestre del 2021 en promedio el 3% del total de novedades de seguridad reportadas al programa de seguridad del paciente estuvieron relacionadas con dispositivos médicos; en el II trimestre de 2020 el promedio fue de 5%. La disminución del indicador puede relacionarse con el impacto por las capacitaciones realizadas en el uso adecuado y seguro de dispositivos y equipos médicos.

Grafica No. 134
Novedades de Seguridad al Uso de Dispositivos Medicos



Fuente: Programa de Seguridad del Paciente.

En general se puede observar con los indicadores el fortalecimiento del programa de Tecnovigilancia al realizar el comparativo entre el II semestre del 2020 y el II semestre del 2021, el trabajo conjunto entre el proceso de Atención Farmacéutica y Gestión Biomédica promueve el uso seguro de Dispositivos Médicos con impacto en la calidad y seguridad de la atención al paciente en el Hospital Regional de Zipaquirá.

8.12.- Servicio de Rehabilitación

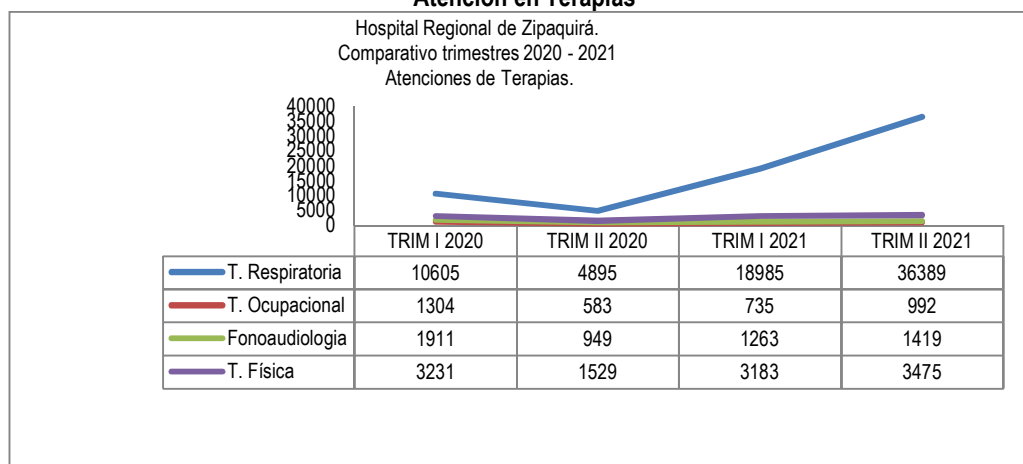
Terapias es un servicio transversal al hospital lo que ha ocasionado una ampliación en el número de terapeutas para dar cubrimiento a los procedimientos que incrementaron por la pandemia, en la tabla se muestra el comportamiento y la diferencia del segundo trimestre de los años 2020 y 2021.

Tabla No. 144
Comparativo Segundo Trimestre 2020-2021

PROCEDIMIENTO	TRIM II 2020	TRIM II 2021	VAR TRIM II 2020 Y 2021
TERAPIA FÍSICA	1529	3475	127%
FONOAUDILOGÍA	949	1419	50%
TERAPIA OCUPACIONAL	583	992	70%
TERAPIA RESPIRATORIA	4895	36389	643%
NEBULIZACIÓN MEDICADA	52	1	-98%
TOMA DE PANEL VIRAL	875	2108	141%
TOMA BORDETELLA	0	0	#DIV/0!
GASES ARTERIALES	1675	10804	545%
GASES ARTERIOVENOSOS	147	401	173%
ÁCIDO LÁCTICO	1621	10731	562%
OXIMETRÍA	2991	24828	730%
CULTIVO DE SECRECIONES	3	40	1233%
	15320	91188	495%

Como se muestra en la tabla el comportamiento del segundo trimestre 2021 fue superior al trimestre 2020 entendiéndose que, en el 2020 los terapeutas del servicio no realizaban rotación en las UCI. Para el 2021 el Hospital realizó una expansión de 23 camas de UCI y el servicio aumento en 8 turnos adicionales para dar cubrimiento, encontrando: una variación positiva y significativa en terapia respiratoria del 643%, en la toma de hisopado 141% y en exámenes diagnósticos 545% que tienen relevancia directa con los predictores de mortalidad en pacientes COVID-19 y se relacionan directamente con la toma de decisión para la intubación o prescripción en el sistema de oxigenación del paciente. Adicionalmente, en 2021 los procedimientos relacionados con todas las terapias aumentaron debido al incremento de pacientes con diagnóstico COVID-19. En el consolidado de procedimientos se tuvo una variación positiva de 564%, sin incluir las actividades de terapias ya señaladas. Por otro lado, en lo relacionado con terapia física ha aumentado el número de procedimientos por la presencia de desacondicionamiento físico en pacientes postcovid-19. Adicionalmente, el hospital ha tenido incremento de pacientes con diagnósticos diferentes a covid-19, de especialidades como ortopedia, neurología y medicina interna quienes han requerido fisioterapia para la recuperación del movimiento corporal. En relación con terapia ocupacional y fonoaudiología se encuentra una variación positiva del 70% y 50% respectivamente esto se debe al comportamiento de los ingresos con diagnósticos de covid en el primer trimestre de 2021, por otro lado y resaltando el compromiso de dichos profesionales se ha logrado mantener entendido que en el 2020 se contaba con 4 profesionales para cada especialidad y en el 2021 se cuenta con 1 terapeuta ocupacional y 2 fonoaudiólogos. Finalmente y según disposiciones de los lineamientos nacionales para el manejo del covid-19 se recomienda no hacer uso de procedimientos como por ejemplo las nebulizaciones medicadas, por tanto, se ha suspendido en el Hospital dando como respuesta una variación negativa del 98% para el segundo trimestre del año 2021.

Grafica No. 135
Atencion en Terapias

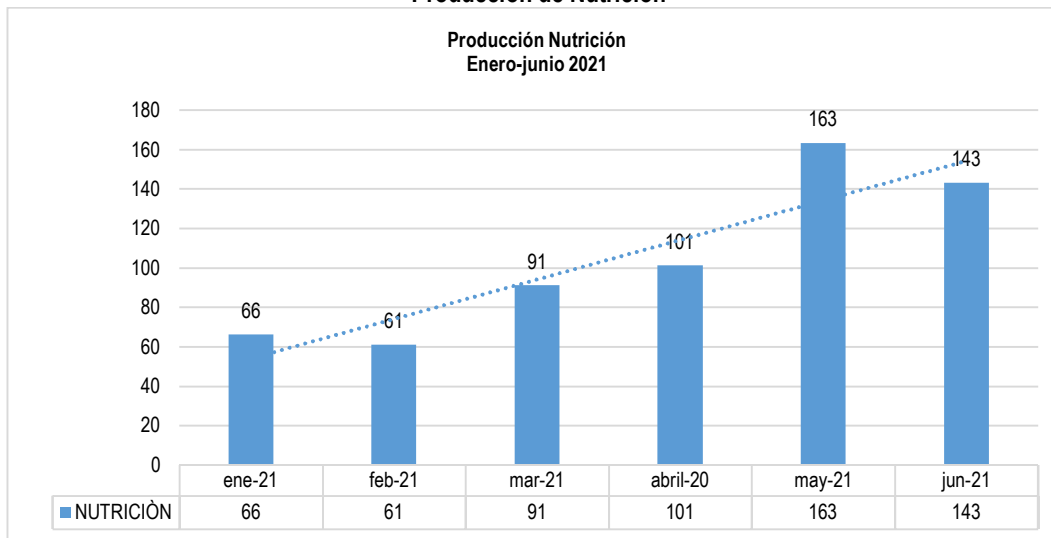


En la gráfica se evidencia lo mencionado anteriormente resaltando el incremento de terapia respiratoria para el segundo trimestre de 2021 en comparación del 2020.

8.13.- Servicio de Nutrición

El servicio de Nutrición es un servicio transversal a todos los procesos del hospital, teniendo en cuenta que todos los pacientes hospitalizados requieren ser alimentados ya sea por vía oral, enteral o parenteral de acuerdo a su estado y/o patologías presentes. Las actividades asistenciales del servicio de Nutrición incluyen prescripción de dietas para los pacientes con vía oral, valoración nutricional a los pacientes interconsultados por otros servicios o que presenten riesgo o desnutrición al realizar tamización nutricional, cálculo y formulación de soporte enteral y parenteral a los pacientes que lo requieran, cálculo de nutrición parenteral a los neonatos que así lo requieran de acuerdo a las órdenes medicas de los Neonatólogos.

Grafica No. 136
Produccion de Nutricion



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el 2 trimestre 2021 se atendieron un total de 407 pacientes por el servicio de Nutrición y Dietética, siendo mayo el mes de mayor número de pacientes atendidos (163). Entre el primer y segundo trimestres del año 2021 se presentó una variación positiva en el número de intervenciones en un 87%.

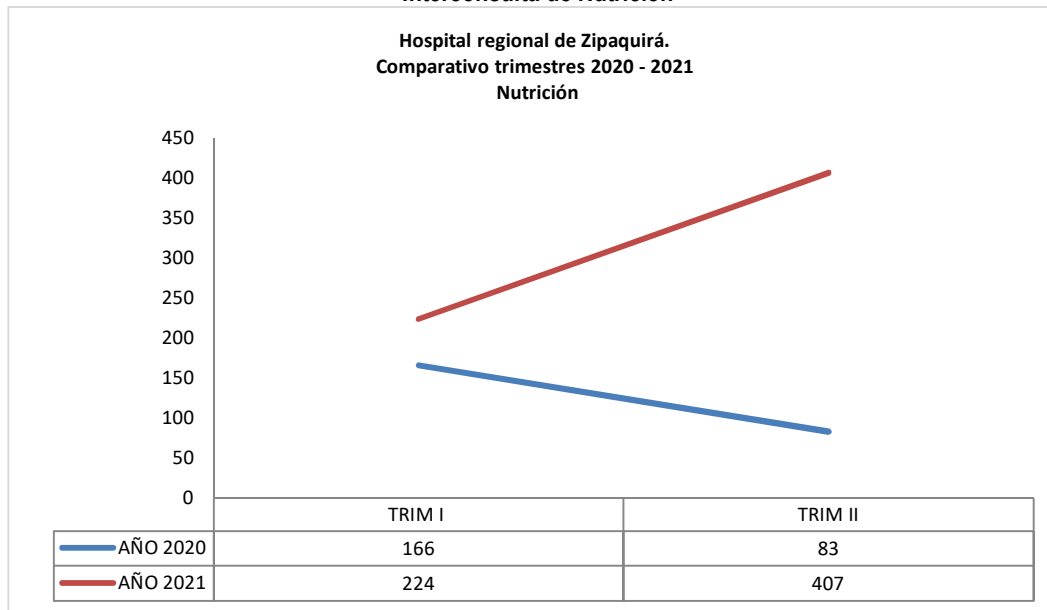
Tabla No. 145
Intervenciones en Nutricion

Servicio	TRIM II 2020	TRIM II 2021
Urgencias	0	9
Hospitalización	35	33
Pediatría	1	2
Ginecología	4	6
UCI	20	267
UCI Neonatal	23	17
Urgencias	0	73
Total	83	407

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre 2021, en comparación con el segundo trimestre-2020, se presentó variación positiva en el número de intervenciones en Nutrición realizadas en 490%, siendo el mayor número en el mes de mayo. Esto debido al aumento en el número de pacientes hospitalizados tanto en UCI como en piso, ya que en estos meses se dio la expansión hospitalaria y de UCI a 65 camas en tres unidades de Cuidados Intensivos y dos pisos de hospitalización, principalmente con pacientes respiratorios de diagnóstico COVID-19 y patologías asociadas.

Grafica No. 137
Interconsulta de Nutricion



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Al ser el servicio de Nutrición Interconsultante y transversal a todos los servicios del Hospital, atiende pacientes de los servicios de Urgencias, Hospitalización, Pediatría, Ginecología, UCI y UCI Neonatal. Los servicios interconsultantes en mayor proporción fueron: UCI y Hospitalización. Para el segundo trimestre -2021 el mayor número de atenciones se presentó en el servicio de UCI con 65,6% de las intervenciones, debido al aumento de pacientes con requerimiento de soporte nutricional, quienes se encontraban en VMI y con requerimiento de soporte nutricional enteral. El segundo servicio interconsultante fue Hospitalización (8,1%), principalmente en pacientes del servicio de Medicina Interna quienes han requerido complementación nutricional y/ adecuación de alimentación para el manejo de sus patologías y mejoramiento del estado nutricional y aquellos pacientes que tras su extubación requieren complementación nutricional para su terapia de rehabilitación nutricional. En el mes de abril se empezó a realizar tamización nutricional, con el objetivo de identificar pacientes con riesgos nutricionales y que requieran intervención nutricional que contribuya disminuir comorbilidades y a mejorar el estado de salud de los pacientes, representando el 18% de las intervenciones nutricionales realizadas en el trimestre.

En todos los servicios del hospital se realizaron actividades de intervención nutricional.

Las intervenciones en Nutrición se realizan con el objetivo de proveer una alimentación adecuada a los pacientes, teniendo en cuenta las diferentes vías que pueden ser utilizadas para este fin. Estas vías pueden ser la vía oral, el soporte nutricional tanto enteral como parenteral y aquellos pacientes con vía oral funcional y que por su estado nutricional lo requieran, se complementan nutricionalmente. Durante el segundo trimestre-2021, al 80,3% de pacientes intervenidos por el servicio de Nutrición, se les inició Soporte nutricional Enteral y/o parenteral y solamente al 19,7% se les realizó complementación nutricional y/o ajuste de dieta intrahospitalaria. Durante el segundo trimestre-2021 fueron atendidos 10 pacientes en consulta Externa de Nutrición y Dietética, de un total de 14 pacientes que solicitaron cita durante el trimestre, con un 71,4% de asistencia.

8.14.- Presupuesto

Tabla No. 146

Ingresos- ESE Hospital Universitario de la Samaritana Hospital Regional Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2020			AÑO 2021			variación aprobado 2020/2021	variación reconocimientos 2020/2021	variación recaudos 2020/2021
	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO			
DISPONIBILIDAD INICIAL	11.838	11.838	11.838	2.690	2.690	2.690	-77%	-77%	-77%
INGRESOS CORRIENTES	76.339	21.363	10.976	51.998	36.808	12.653	-32%	72%	15%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	70.648	15.905	5.518	31.310	34.964	10.809	-56%	120%	96%
...OTROS INGRESOS	-	1	1	-	61	61	0%	6259%	6259%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	5.691	5.457	5.457	20.688	1.784	1.784	263%	-67%	-67%
INGRESOS DE CAPITAL	-	-	-	-	-	-	0%	0%	0%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	-	208	208	19.539	6.402	6.402	0%	2973%	2973%
TOTAL INGRESOS	88.178	33.410	23.023	74.227	45.900	21.745	-16%	37%	-6%

Cifras en Millones de Pesos - Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de Junio

El Presupuesto de Ingresos aprobado para la vigencia 2021 comparado con la vigencia 2020 disminuye, teniendo en cuenta que se elaboró para esta sede a un valor proyectado por recaudos de la facturación por prestación de servicios de salud de la vigencia y vigencias anteriores. En esta sede los ingresos por reconocimientos en venta de servicios de salud han aumentado considerablemente. En los recaudos, la disponibilidad inicial disminuye por el menor valor al cierre de la vigencia 2020 ejecutándose en gran medida estos recursos que eran de convenios interadministrativos.

Tabla No. 147

Gastos- ESE Hospital Universitario de la Samaritana Hospital Regional Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2020				AÑO 2021				variación compromisos 2020/2021	variación pagos 2020/2021
	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	58.260	34.405	19.710	13.896	45.627	37.608	24.616	19.127	9%	38%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	16.017	6.867	2.302	283	15.580	12.689	5.368	1.234	85%	335%
INVERSION	2.102	222	-	-	-	-	-	-	-100%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	11.799	11.555	10.663	8.689	13.020	12.119	8.777	7.313	5%	-16%
TOTAL GASTOS	88.178	53.050	32.675	22.869	74.227	62.417	38.762	27.674	18%	21%

Cifras en Millones de Pesos - Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de Junio

Teniendo en cuenta el presupuesto aprobado y el comportamiento de gastos de la vigencia 2021 han aumentado dado que los ingresos facturados crecen. El presupuesto de gastos se realizó teniendo en cuenta los gastos ajustados con los ingresos que alcanzarían a cubrir hasta mediados de Septiembre.

Tabla No. 148

Presupuesto de Ingresos – Hospital Regional de Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2020			AÑO 2021			2021 / 2020	2021 / 2020
	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	11.838.426.612	11.838.426.612	11.838.426.612	2.690.044.115	2.690.044.115	2.690.044.115	-	-77,28%
INGRESOS CORRIENTES	76.339.148.782	21.363.040.750	10.975.822.794	51.998.059.116	36.808.452.587	12.653.204.099	72,30%	15,28%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	70.647.668.689	15.904.870.807	5.517.652.851	31.309.938.553	34.963.974.910	10.808.726.422	119,83%	95,89%
.....REGIMEN SUBSIDIADO	38.269.969.473	6.358.839.844	3.196.619.163	16.078.710.882	11.586.402.654	4.739.355.125	82,21%	48,26%
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	17.255.036.539	6.145.385.110	1.743.162.464	12.669.864.598	19.454.359.556	4.974.478.499	216,57%	185,37%
.....ENTIDAD	2.964.299.437	1.615.680.852	-	1.138.769.863	1.193.671.738	-	-	-26,12%

TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA									
....OTRAS ENTIDADES	12.158.363.240	1.784.965.001	577.871.224	1.422.593.210	2.729.540.962	1.094.892.798	52,92%	89,47%	
...OTROS INGRESOS	-	952.150	952.150	-	60.546.021	60.546.021	6258,87%	6258,87%	
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	5.691.480.093	5.457.217.793	5.457.217.793	20.688.120.563	1.783.931.656	1.783.931.656	0,00%	0,00%	
INGRESOS DE CAPITAL	-	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%	
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	-	208.346.577	208.346.577	19.538.745.433	6.401.592.928	6.401.592.928	2972,57%	2972,57%	
TOTAL INGRESOS	88.177.575.394	33.409.813.939	23.022.595.983	74.226.848.664	45.900.089.630	21.744.841.142	37,39%	-5,66%	
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	76.339.148.782	21.571.387.327	11.184.169.371	71.536.804.549	43.210.045.515	19.054.797.027	100,31%	70,37%	

Fuente: Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH- Área Financiera HUS

El Presupuesto de Ingresos y Gastos Aprobados para la vigencia 2021 se aprobó por 10 meses por un valor que asciende a \$74.226 millones, en el presupuesto de ingresos se presentaron unas ventas que ascienden a la suma de \$34.963 millones con un recaudo de \$10.809 millones de la actual vigencia y \$6.402 por otras vigencias. En Ingresos por transferencias son los recursos recibidos por la Resolución 1161 del 2020 donde realiza pagos por disponibilidad de camas de Cuidados Intensivos e Intermedios por un monto de \$1.784 millones.

Presupuesto de Gastos
Tabla No. 149
Gastos – Hospital Regional de Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2020				AÑO 2021				2021 / 2020	2021 / 2020
	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	58.260.443.019	34.405.378.388	19.709.934.225	13.896.195.062	45.626.996.950	37.608.215.251	24.616.406.803	19.126.780.752	9%	25%
...GASTOS DE PERSONAL	41.761.824.845	28.178.736.165	15.972.039.278	11.323.436.657	31.639.906.028	28.784.967.471	20.629.352.713	15.957.504.314	2%	29%
.....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	242.849.456	92.218.274	92.218.274	92.218.274	272.465.798	98.527.822	98.527.822	98.527.822	7%	7%
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	41.518.975.389	28.086.517.891	15.879.821.004	11.231.218.383	31.367.440.230	28.686.439.649	20.530.824.891	15.858.976.492	2%	29%
...GASTOS GENERALES	16.246.242.174	6.206.379.596	3.717.632.320	2.552.495.778	13.700.165.608	8.737.439.174	3.901.245.484	3.102.895.672	41%	5%
.....ADQUISICION DE BIENES	3.131.656.319	1.252.378.393	765.721.136	182.746.786	2.785.001.383	1.170.662.682	444.905.433	254.687.638	-7%	-42%
.....ADQUISICION DE SERVICIOS	13.114.585.855	4.954.001.203	2.951.911.184	2.369.748.992	10.915.164.225	7.566.776.492	3.456.340.051	2.848.208.034	53%	17%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	200.000.000	-	-	-	200.000.000	-	-	-		
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	52.376.000	20.262.627	20.262.627	20.262.627	86.925.314	85.808.606	85.808.606	66.380.766	323%	323%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	16.016.603.675	6.867.486.072	2.302.012.284	283.421.693	15.579.881.638	12.689.168.958	5.368.259.382	1.233.663.359	85%	133%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	15.374.500.676	6.592.674.722	2.279.956.914	283.421.693	14.687.297.052	12.235.786.458	4.939.886.312	1.152.553.359	86%	117%
.....MEDICAMENTOS	3.757.276.000	1.350.765.429	627.622.739	114.584.184	4.251.049.747	3.864.954.665	2.040.353.303	313.880.463	186%	225%
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA	11.617.224.676	5.241.909.293	1.652.334.175	168.837.509	10.436.247.305	8.370.831.793	2.899.533.009	838.672.896	60%	75%

LA VENTA										
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	642.102.999	274.811.350	22.055.370	-	892.584.586	453.382.500	428.373.070	81.110.000	65%	1842%
INVERSION	2.101.672.174	221.517.643	-	-	-	-	-	-	-100%	
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	11.798.856.526	11.555.345.511	10.663.468.942	8.689.488.459	13.019.970.076	12.119.409.411	8.777.009.427	7.313.370.140	5%	-18%
TOTAL GASTOS	88.177.575.394	53.049.727.614	32.675.415.451	22.869.105.214	74.226.848.664	62.416.793.620	38.761.675.612	27.673.814.251	18%	19%

Fuente: Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH- Área Financiera HUS

El Presupuesto de Ingresos y Gastos Aprobados para la vigencia 2021 ascienden a \$74.226 millones, se ejecutan unos compromisos por \$62.417 millones equivalentes al 84% del presupuesto total aprobado de gastos, garantizando la cobertura de las necesidades presentadas a la fecha como gastos de personal, adquisición de bienes, adquisición de servicios, adquisición de insumos médico – quirúrgicos para la operación.

8.15.- Mercadeo y Contratación

Tabla No. 150

Valores Contratados 2019 a 2021 II Trimestre Acumulado Hospital Regional de Zipaquirá

Cifras en Millones de pesos

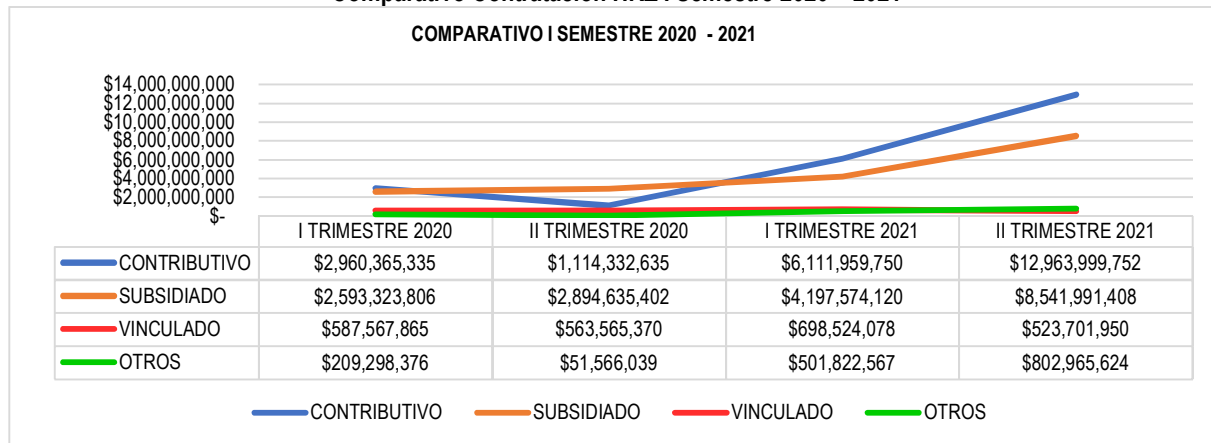
CONSOLIDADO POR TRIMESTRES REGIONAL						
	2019	%	2020	%	2021	%
I TRM	-	0%	7.046	24%	11.602	41%
II TRM	-	0%	3.941	14%	16.924	59%
III TRIM	-	0%	8.822	30%		
IV TRIM	-	0%	9.168	32%		
TOTAL	-	0%	28.977	100%	28.525	100%

Fuente: Informes de Gestión años 2019 a 2021 – Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

Para el año 2020 el aporte de la sede Regional Zipaquirá en la prestación del servicio fue de 23% del consolidado, se nota que el II trimestre las ventas disminuyeron significativamente (44%) debido a las medidas decretadas por el Gobierno Nacional, siendo el hospital regional referente de atención exclusiva a los usuarios diagnosticado con SARS – Covid19. Se observa la recuperación en la venta de servicios para el I semestre del año 2021.

La contratación de servicios de salud y el cumplimiento de las metas propuestas para la vigencia 2021 en el Hospital Regional de Zipaquirá, se concreta con la contratación realizada en sus diferentes modalidades (Capitación y Evento), con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios tanto en régimen contributivo, subsidiado, régimen especial y otros servicios de salud contratados.

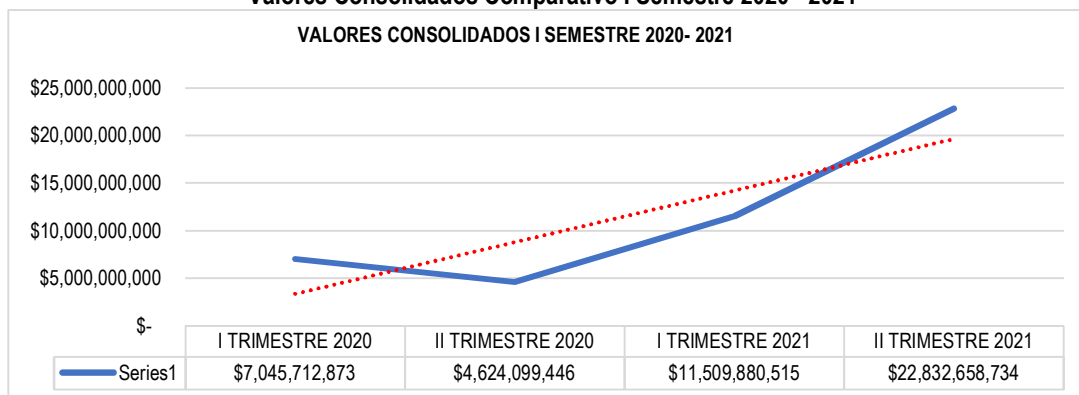
En el año 2021 se continuó con la oferta y contratación para la red de operación en el Hospital Universitario de la samaritana (III nivel), Hospital Regional de Zipaquirá (III Nivel) y Unidad Funcional Zipaquirá (I – II Nivel) con los centros de atención de Cogua (I Nivel) y San Cayetano (I Nivel), lo que permite la integralidad en la atención de acuerdo a niveles de complejidad y referenciación de pacientes, sobretodo en la contratación con el régimen subsidiado, ente territorial y municipal.

Gráfica No. 138
Comparativo Contratación HRZ I Semestre 2020 – 2021


Fuente: Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

En el Hospital Regional, el mayor porcentaje de la contratación para en el I Semestre de 2021 obedece al régimen contributivo con una variable positiva del **136%**, seguido del régimen subsidiado con una variable negativa del **-40%**; debido a que los valores totales contratados para la vigencia actual aumentaron un **394%** siendo Famisanar y Nueva EPS las ERP que más contratan servicios en esta sede.

Para el régimen vinculado se presentó una variable negativa con el **-81%** debido a la disminución de atención a pacientes migrantes en esta sede y para otros servicios refleja una variable positiva con un **215%** ya que se refleja un aumento de atención en pacientes de ARL, SOAT, PIC'S, seguros de vida y régimen especial como lo es la Policía Nacional. Las Entidades contratadas para el Hospital Regional, son extensiones de los contratos ya suscritos, tanto para HUS como para Unidad Funcional Zipaquirá, con Entidades como la Policía Nacional que se firmó un contrato exclusivo para atención en Zipaquirá con todos los niveles de atención.

Gráfica No. 139
Valores Consolidados Comparativo I Semestre 2020 - 2021


Fuente: Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

Para Junio del 2020 la contratación fue de \$ 11.669.812.319 y a Junio del 2021 fue de \$ 34.342.539.249, evidenciando un crecimiento en la contratación en los diferentes regímenes del **194%**, reflejando una tendencia positiva en el I Semestre del 2021.

Es de anotar que para el I Semestre del 2021 se realizaron actividades que fortalecieron el proceso como:

- La actualización de CUPS conforme a las Resoluciones 2238 de 2020 a través de mesas de trabajo con las diferentes especialidades y subespecialidades con el fin de unificar el portafolio de servicios, de acuerdo a los servicios que se prestan, conforme a los servicios habilitados.
- Se aprobó diseño de portafolio de servicios para presentación en PDF de los servicios de HZ.

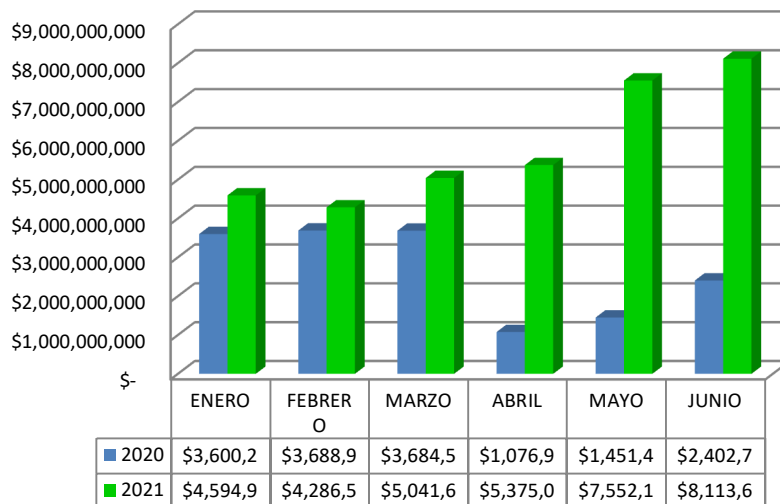
Se realizó contratación exclusiva para el HRZ con:

- Healthy Medical center
- Centro médico San Luis Clínica Quirúrgica S.A.S
- Sistema de terapias Respiratorias S.A.S

8.16.- Facturación

El Hospital Regional de Zipaquirá, acatando las directrices dadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), factura la prestación de servicios de salud a los usuarios de acuerdo con lo establecido en las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y desarrollan.

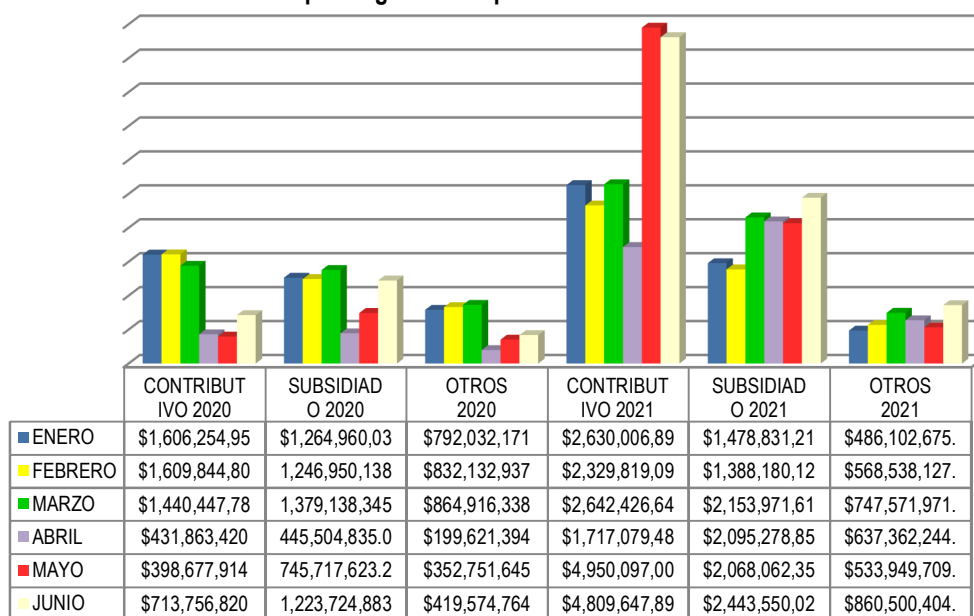
Gráfica No. 140
Facturación Comparativo I Semestre 2020 - 2021



Fuente: Dinámica gerencial

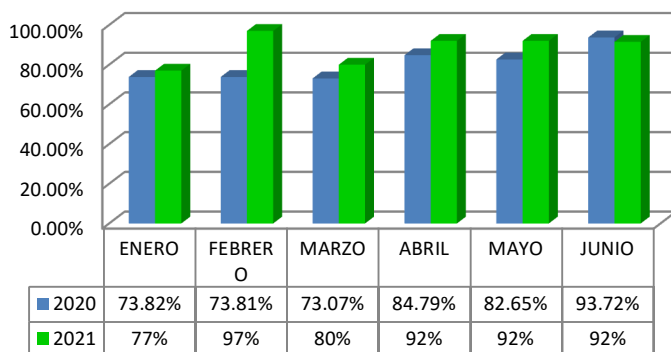
El total de la facturación para el primer semestre del año 2021 fue de \$ 34.963.974.907, manteniendo un promedio mensual de \$ 5.827.329.151, con una variación positiva del 119.83 % con respecto al primer semestre del año 2020.

Para los meses de mayo y junio del 2021, son los meses del año que históricamente más ventas ha tenido el HRZ, representado por el pico de la pandemia COVID-19 incrementado por la alta demanda de las unidades.

Gráfica No. 141
Facturación por Régimen Comparativo I Semestre 2020 - 2021


Fuente: Dinámica gerencial

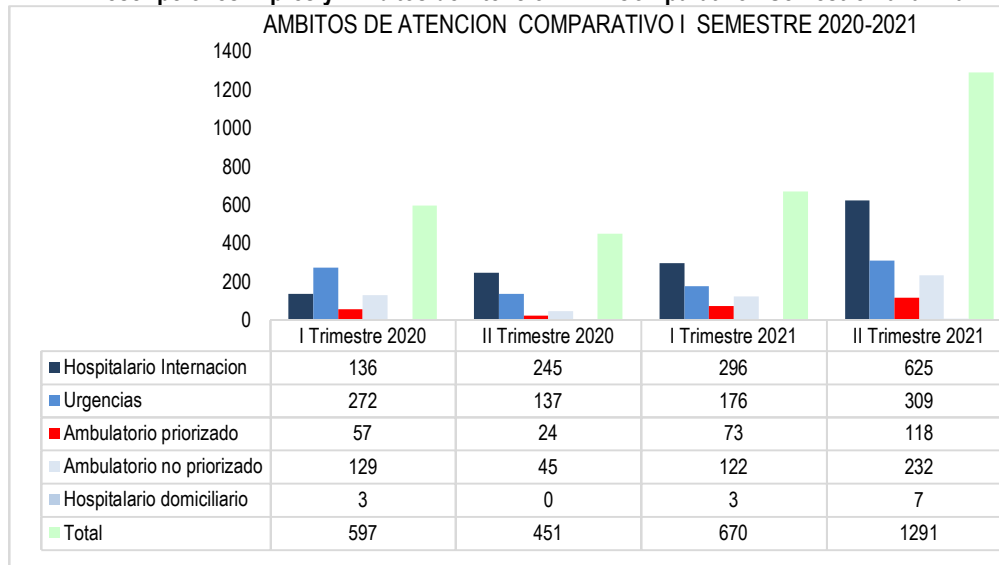
El régimen contributivo para la vigencia 2021 tuvo las ventas más representativas con el 55.78 %, en orden de participación con las EAPB: FAMISANAR, NUEVA EPS, SANITAS y COOMEVA, para el régimen subsidiado el 33.26%, representado en orden de participación con: CONVIDA, ECOOPSOS y COMPARTA respectivamente y otros pagadores el 10.96%. Los centros de costo que registran mayor participación en el segundo semestre del 2021 corresponden a UCI, hospitalización, laboratorio clínico, farmacia y apoyo diagnóstico.

Gráfica No. 142
Porcentaje de Radicación Comparativo I Semestre 2020 - 2021


Fuente: Dinámica gerencial

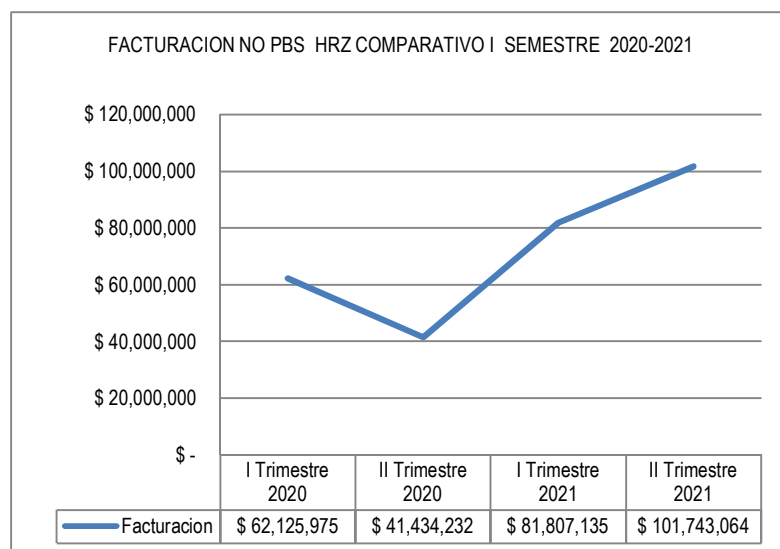
El comportamiento del proceso de radicación del Hospital Regional de Zipaquirá durante el I Semestre del 2021, evidenciándose un aumento del 10 % con respecto al I Semestre del año 2020. La radicación del hospital para el primer semestre del año 2021 se mantuvo en un promedio del 90% notable aumento comparado con el primer trimestre del año 2020, teniendo en cuenta que, por directriz de la dirección financiera, desde el mes de septiembre el HRZ realiza su radicación de forma individual, con su propio cronograma, lo que impacto positivamente.

El comportamiento del proceso de radicación del Hospital Regional de Zipaquirá durante el I Semestre del 2021, evidenciándose un aumento del 10 % con respecto al I Semestre del año 2020. La radicación del hospital para el primer semestre del año 2021 se mantuvo en un promedio del 90% notable aumento comparado con el primer trimestre del año 2020, teniendo en cuenta que, por directriz de la dirección financiera, desde el mes de septiembre el HRZ realiza su radicación de forma individual, con su propio cronograma, lo que impacto positivamente.

Proceso No PBS UPC
Gráfica No. 143
Prescripciones Mipres y Ambitos de Atención HRZ Comparativo I Semestre 2020 - 2021


Fuente Aplicativo Mipres.com

La realización de prescripciones en los diferentes ámbitos de atención en el aplicativo presentó una variación positiva del 87.12% por el aumento en el número de pacientes atendidos y a su vez el requerimiento de tecnologías NO PBSUPC, en el primer semestre de 2021. En los ámbitos hospitalario internación y de urgencias, presentó una variación positiva del 77.97%, por el aumento de pacientes que requerían atención.

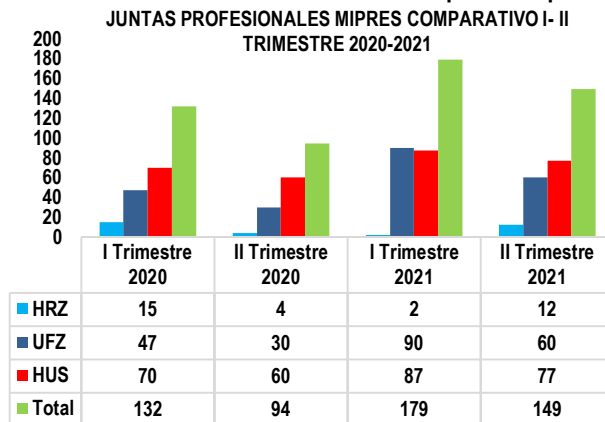
Gráfica No. 144
Facturación No PBS HRZ Comparativo I Semestre 2020-2021


Fuente Aplicativo Mipres.com

La realización de prescripciones en el aplicativo, tuvo una variación positiva del 87,12% en el primer semestre del 2021, por el aumento en el número de pacientes atendidos y a su vez el requerimiento de tecnologías NO PBS UPC en el HRZ.

Gráfica No. 145

Juntas De Profesionales Mipres Comparativo Del I Semestre Del 2020- 2021



La solicitud de tecnologías en los ámbitos de urgencias e internación hospitalaria presentó una variación positiva del 78.26%, por el alto requerimiento de medicamentos en el primer semestre en los meses de abril, mayo y junio del 2021 y en productos nutricionales en el I semestre del 2021 requeridos por los pacientes en internación hospitalaria.

Fuente Aplicativo Mipres.com

8.17.- Costos

Tabla No. 151

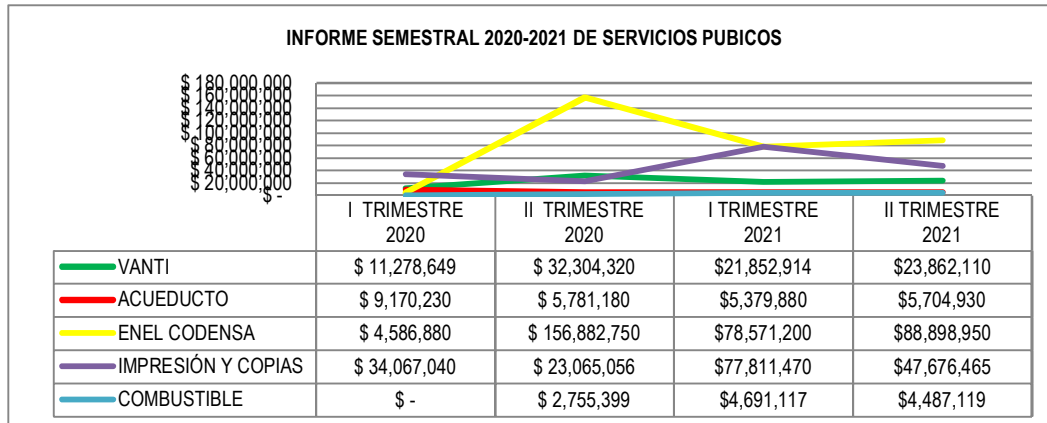
E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana Regional de Zipaquirá

ANALISIS RUBROS					
CIFRAS EN MILLONES					
	2020	%	2021	\$	%
MANO DE OBRA	13.064	0%	16.442	3.377	26%
INSUMOS	2.843	0%	6.424	3.581	126%
GASTOS GENERALES	233	0%	2.916	2.683	1151%
DEPRECIACION	14	0%	537	523	3685%
COSTOS INDIRECTOS	9.520	0%	10.015	495	5%
TOTAL COSTOS DE VENTAS	25.674	0%	36.333	10.659	42%
GASTOS ADMON	1.264	0%	2.313	1.049	83%
TOTALES	26.938,13	0%	38.646,12	11.708	43%
VENTAS REGIONAL	15.904,87	0%	34.963,97	19.059,10	120%

En el análisis comparativo consolidado del Hospital Regional de Zipaquirá por rubros de costos de los años 2020 vs 2021 se presentaron un aumento considerable general en el **TOTAL COSTOS DE VENTAS** esto se debe al aumento de todos los ítems y más representativo en la depreciación por el ingresos de todos los activos al sistema y así mismo darle depreciación, el aumento de los insumos se debe que a inicio de la tercera ola del COVID-19 ya que en el periodo inmediatamente anterior no teníamos una tasa de contagio tan alta a comparación del año 2020.

Pero debemos dejar claro que los gastos generales son más elevados por implementación de señalizaciones techados y demás refracciones que se llevaron a cabo en el hospital regional en este semestre, también se ve un aumento en la **VENTAS** presentadas de un periodo a otro por la atención a pacientes Covid ya que su estancia genera un ingreso mayor al hospital. Los Costos de junio de 2020 a junio de 2021 aumentaron en \$10.659 Millones, con una variación positiva del 42% reflejando este incremento debido a las normas expedidas por el Gobierno Nacional en relación a mantener el recurso humano y el incremento del consumo de insumos para atender la pandemia y sus variaciones patológicas.

Gráfica No. 146



Fuente: Facturas de servicios públicos del año 2020 y año 2021

Al comparar el comportamiento de los valores pagados por el concepto de Servicios Públicos en el HRZ como Vanti (Gas Natural), Acueducto, Enel Codensa, Impresión & Copias y combustible, durante el I y II trimestres del año 2020 y I y II trimestres del año 2021, se refleja el siguiente comportamiento por cada servicio:

- **Vanti (Gas Natural):** Según los valores reflejados hay una variación positiva de 55 %, donde se evidencia un aumento en el consumo por la demanda de pacientes atendidos en pandemia.
- **Acueducto:** Hay una variación negativa de -26% donde se evidencia una disminución en el consumo.
- **Enel Codensa:** Se observa una variación positiva de 55%, el cual refleja el consumo real del Hospital Regional.
- **Impresión y Copias:** Según los valores reflejados hay una variación positiva del 83%, por motivo de la pandemia se ve el incremento de este servicio en el I semestre de la Vigencia 2021.
- **Combustible:** se genera una variación positiva de 163%, por el aumento de traslado de pacientes durante la pandemia.
- **Impuestos Municipales:** El impuesto predial del Hospital Regional de Zipaquirá según la secretaría de hacienda dirección de rentas y jurisdicción coactiva resolución N°.097 del 25 de marzo de 2021 "POR LA CUAL SE DECLARA EXCLUSIÓN Y EXENCIÓN DEL IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO A BIEN INMUEBLE DE PROPIEDAD MUNICIPIO DE ZIQAQUIRÁ" la cual exime al hospital de su pago.

8.18.- Contabilidad

Tabla No. 152
Estado de Resultados Hospital Regional de Zipaquirá

ESTADO DE RESULTADOS CON CORTE A JUNIO DE 2020-2021				
CUENTA	HOSPITAL REGIONAL ZIQAQUIRA			
	2020	2021	inc o dis \$ 2020-2021	%
43 INGRESOS OPERACIONALES	15.905	34.964	19.059	120
63 COSTO DE VENTAS	25.674	36.333	10.659	42
UTILIDAD BRUTA	(9.769)	(1.369)	8.400	-86
51 GASTOS ADMINISTRATIVOS	1.264	2.313	1.049	83
53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	166	899	732	0
UTILIDAD OPERACIONAL	(11.200)	(4.581)	6.619	-59
44 TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	6.058	2.555	(3.503)	0
48 OTROS INGRESOS	5	31	26	561
58 OTROS GASTOS	3	207	204	100
UTILIDAD DEL EJERCICIO	(5.140)	(2.202)	2.938	-57

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) - (Cifras Millones de Pesos)

En relación con el Hospital Regional Zipaquirá en la vigencia Junio de 2021 se presenta la siguiente situación:

- Venta de servicios de salud por \$34.964 millones - un valor mensual de \$5.827 millones y un aumento del 120%, dado el tercer pico de la pandemia COVID-19 y reactivación de servicios.
- Costos por \$36.333 millones de pesos - un valor mensual de \$6.055 millones, que tienen un aumento mucho menor con relación a las ventas.
- Gastos de administración de \$2.313 millones que incluyen salarios, pólizas de seguro, servicios de aseo y vigilancia, impuestos, entre otros.
- Se recibieron transferencias por \$2.555 millones que incluyen Donaciones en especie de equipos e insumos por \$771 millones de pesos correspondientes principalmente a la habilitación de nuevas Ucis y convenio para renovación de Unidades de cuidado Intensivo e intermedio por \$1.783 millones.

Se presenta un resultado en el periodo de -\$2.202 millones de pesos.

Los estados financieros del Hospital Regional de Zipaquirá se reflejan en la vigencia del II Trimestre 2021 así:

Tabla No. 153
Estado de Resultados – Hospital Regional de Zipaquirá

II TRIMESTRE 2020- II TRIMESTRE 2021					
(Cifras en Miles de Pesos)					
CUENTA	CONCEPTOS	2020	2021	INC o DIS \$ (2020-2021)	INC o DIS % (2020-2021)
43	INGRESOS PRESTACION DE SERVICIOS	15.904.871	34.963.975	19.059.104	120
73	COSTO POR PRESTACION DE SERVICIOS	25.674.217	36.333.248	10.659.031	42
	UTILIDAD BRUTA	(9.769.346)	(1.369.273)	8.400.073	-86
51	ADMINISTRACION	1.263.912	2.312.875	1.048.963	83
53	DETERIORO, DEPREC Y AMORTIZACIONES	166.357	898.823,00	732.466	440
	RESULTADO OPERACIONAL	(11.199.615)	(4.580.971)	6.618.644	-59
44	TRANSFERENCIAS	6.057.977	2.555.275	-3.502.702	-58
48	OTROS INGRESOS	4.612	30.504	25.892	561
58	OTROS GASTOS	3.162,00	206.919	203.757	6.444
	RESULTADO DEL PERIODO	(5.140.188)	(2.202.111)	2.938.077	-57

Fuente: Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH- Área Financiera HUS

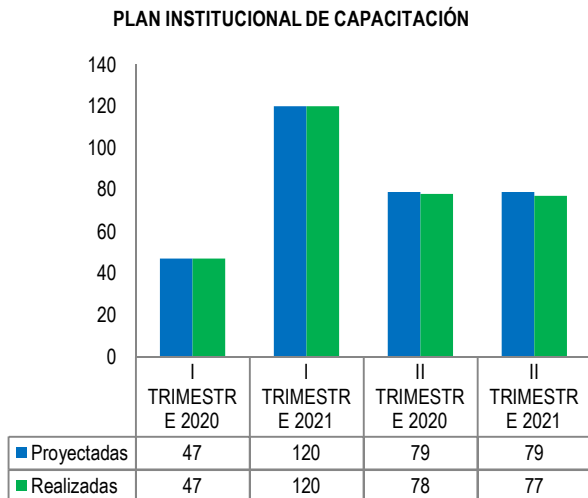
Los Ingresos Operacionales de junio de 2020 a junio 2021 aumentaron en \$19.059 Millones, con una variación positiva del 120% reflejada en la prestación de servicios de Patología COVID19 y que para la vigencia 2021 se refleja el tercer pico de la pandemia aumentando en el Hospital el porcentaje de capacidad y de rotación de pacientes, cumpliendo con las normas de bioseguridad. Dentro de los Gastos de Administración y Operación de Junio de 2020 a Junio de 2021 aumentaron en \$1.781 Millones, con una variación positiva del 125% reflejado en el cumplimiento de las Obligaciones Administrativas del porcentaje de participación como unidad funcional del E.S.E. Hospital Universitario la Samaritana equivalente 34.80% por la Distribución de Costos del Área Financiera HUS.

El Resultado Operacional de Junio de 2020 a Junio de 2021 aumentaron en \$2.938 Millones, con una variación negativa del -57% reflejado por el aumento de los Costos y los Gastos durante el ejercicio de Operación del Hospital Regional de Zipaquirá sobre las Ventas reflejadas en el II Trimestre 2021. El Resultado del ejercicio del Hospital Regional de Zipaquirá para el II Trimestre de la vigencia 2021 refleja pérdida neta de -\$2.202 Millones de Pesos, el HRZ reflejo un aumento en sus ingresos Operacionales a junio del 2021 logrando un margen de diferencia de sus Costos en un 3.76%, con ello se refleja el trabajo realizado para llegar a un punto estable en la utilidad Bruta y en mejora del resultado del periodo. Es de anotar que para la vigencia de 2020 se tenía una pérdida de -\$5.140 Millones de Pesos reflejándose una variación positiva del 43% a la vigencia del 2021.

8.19.- Talento Humano

Capacitación Continua y Permanente

Gráfica No. 147

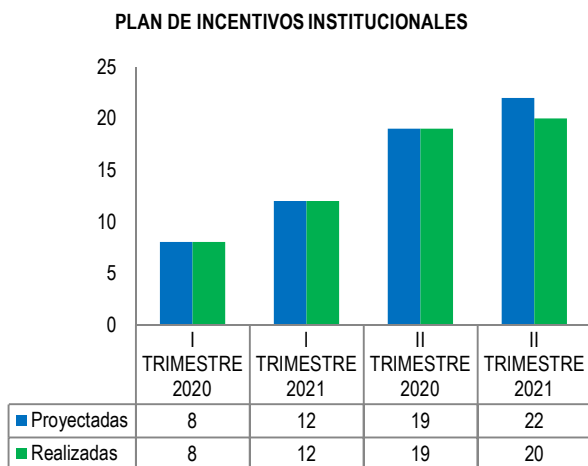


Fuente: Cronograma PIC 2020, Cronograma PIC 2021

De acuerdo con la gráfica. (PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN), se muestra que para el II trimestre de la vigencia 2021 se proyectaron 77 actividades y se ejecutaron 75, para el primer semestre de 2021 se proyectaron 199 capacitaciones y se ejecutaron 197 con un porcentaje de ejecución del 98%, se capacitó en protocolos y procesos de normatividad asociada a la pandemia y al plan nacional de vacunación, se fortalecieron todos los requerimientos relacionados con acreditación planes de mejora y PAMEC, al igual que herramientas a los diferentes procesos para mejorar el clima laboral, al igual ciclo de capacitaciones dirigida a los líderes de los procesos enfocadas en resiliencia organizacional y buena comunicación en ambientes laborales.

Bienestar e Incentivos

Gráfica No. 148

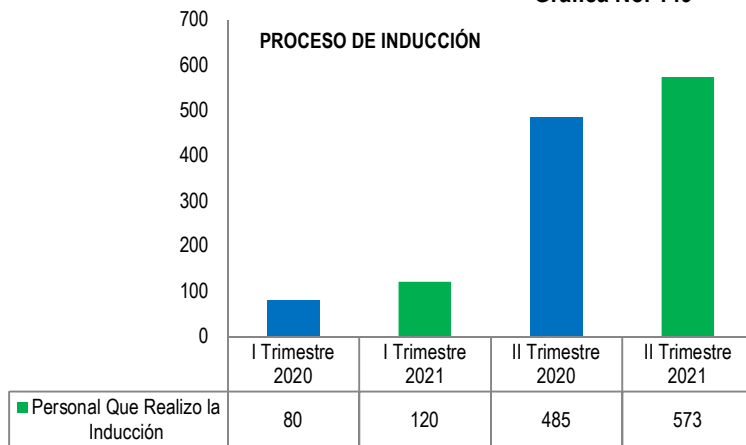


Fuente: Cronograma Plan de Incentivos Institucionales 2020, Cronograma Plan de Incentivos Institucionales 2021

La ejecución del plan de incentivos institucionales para el I semestre de 2021, se realizaron 32 actividades de las 34 proyectadas presentando un incremento del 18.5% en relación al I semestre de 2020, aumentando incentivos de capacitación, campañas de comunicación enfocadas al bienestar de los colaboradores, actividades lúdicas con apoyo de diferentes entidades de seguridad social, espacios de apoyo espiritual y de salud mental buscando calidad de vida para los trabajadores.

Inducción

Gráfica No. 149

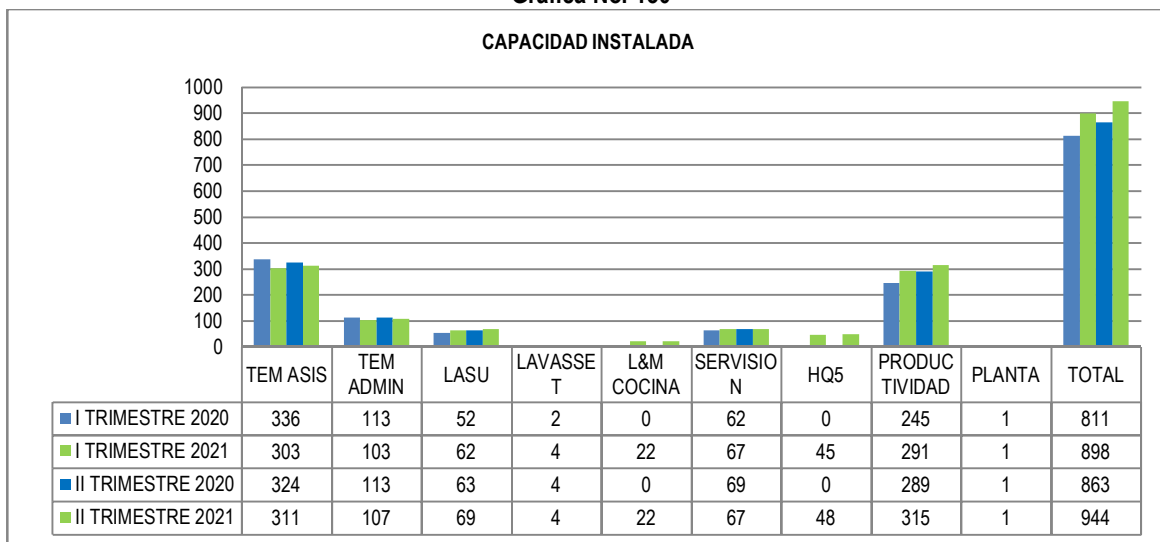


El proceso de inducción para el primer semestre de 2021 presentó un incremento un 0.18, en relación a la cantidad de colaboradores que lo han realizado, comparado con la misma vigencia del 2020, mostrando un total de 573 trabajadores que se han certificado con todos los procedimientos políticas y códigos que contiene la inducción virtual .

Fuente: Matriz inducción 2020, matriz inducción 2021

Capacidad Instalada

Gráfica No. 130



Gráfica No. 04 Fuente: Matriz personal 2020, matriz personal 2021.

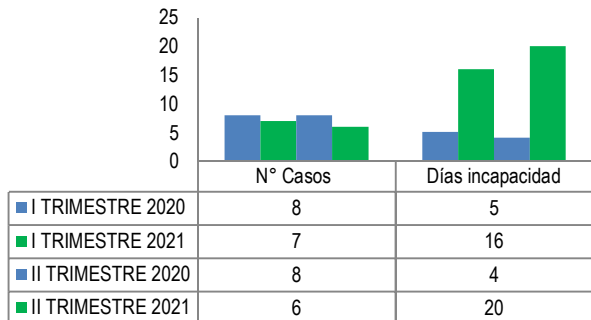
Para el primer semestre del 2021 se incrementó 81 personas contando para esta vigencia con dos aliadas estratégicas que no estaban vinculadas en el I semestre del 2020, la variación presenta un índice positivo del 0.093 % debido al alta ocupación derivada del pico de casos de Covid19 que se presentaron desde el mes de abril de 2021, requiriendo más talento humano en salud, además en esta vigencia se realizó el cambio de empresa de servicios temporales debido a múltiples inconsistencias que venía presentando la anterior aliada estratégica, de esta forma se busca fortalecer los procesos de contratación de los colaboradores del HRZ. El área de productividad presenta el incremento más significativo en la capacidad instalada con relación a las diferentes formas de contratación que maneja el Hospital Regional, la empresa aliada estratégica consorcio CGH ocupa la mayor cantidad de colaboradores contratados equivalente al 44.27% con referencia al total de la capacidad instalada para el I semestre de 2021.

Seguridad y Salud en el Trabajo

Gráfica No. 151

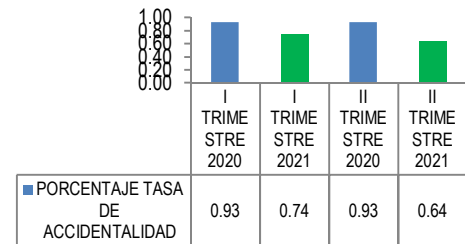
Ausentismo Laboral

COMPARATIVO ACCIDENTALIDAD
I SEMESTRE AÑO 2020 - I SEMESTRE AÑO 2021



Gráfica No. 152

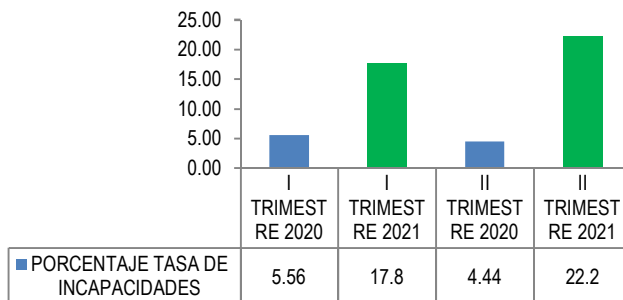
PORCENTAJE TASA DE ACCIDENTALIDAD I
SEMESTRE 2020 - 2021



Fuente: matriz de accidentalidad 2020, matriz accidentalidad 2021

Gráfica No. 153

PORCENTAJE TASA DE INCAPACIDADES I SEMESTRE 2020 - 2021



Fuente: matriz de accidentalidad 2020, matriz accidentalidad 2021

La tasa de accidentalidad para el I semestre de 2021 disminuyó en relación con los datos presentados en el mismo semestre del 2020, reflejando un indicador de 0,69% para esta vigencia con relación al 0.93% del mismo trimestre del 2020, mostrando una disminución significativa derivado de los diferentes programas de promoción y prevención que actualmente maneja el HRZ. La principal causa de accidentes se origina por golpes, contusión o aplastamiento afectando la tasa de 0.033% en relación con los días de incapacidad sobre los días laborados.

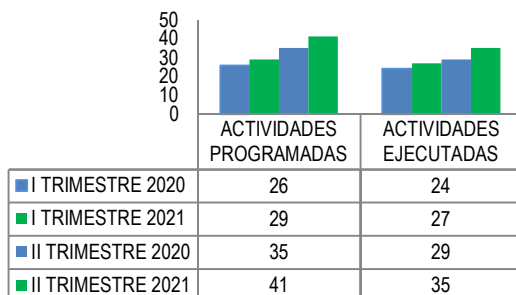
Plan de Trabajo Anual SG- SST

Cumplimiento cronograma Plan de Trabajo SG SST

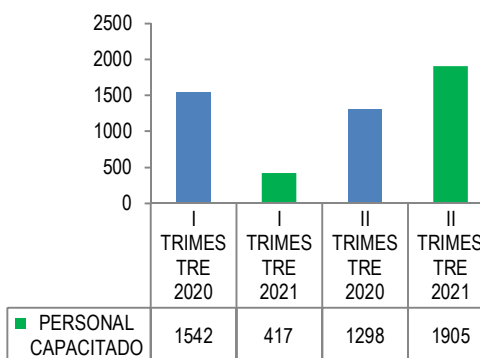
Gráfica No. 154

Gráfica No. 155

COMPARATIVO ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y
EJECUTADAS
I SEMESTRE AÑO 2020 - I SEMESTRE AÑO 2021



PERSONAL CAPACITADO



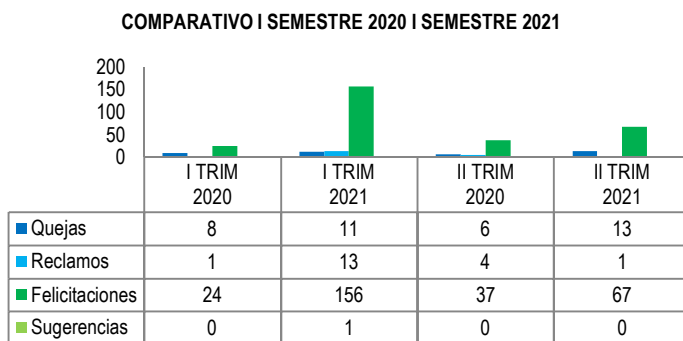
Fuente: cronograma de actividades plan anual 2020, cronograma de actividades plan anual 2021.

De acuerdo con el cronograma de actividades del plan anual de trabajo para el I semestre se programaron 70 capacitaciones y se realizaron 62 dando un cumplimiento del 88.5% con un incremento del 20% de actividades ejecutadas con relación al semestre del 2020, intensificando las capacitaciones en los procesos propios de seguridad y salud en el trabajo al igual que la sensibilización a 1905 colaboradores reflejando un 46% de impacto en todo lo pertinente a los protocolos de bioseguridad, con el fin de generar una cultura de autocuidado en los colaboradores.

Entrega de EPP

Para el I semestre de 2021 se entregó un acumulado de 83.218 de EPP, generando protección y autocuidado a todo el personal del hospital, con relación al primer semestre de 2020 que se entregó un total de 58.078 EPP mostrando una diferencia para la vigencia del 2021 de 141.926 que se asignaron.

Gráfica No. 156
Voz del Cliente Interno



El proceso de voz de cliente interno presentó un aumento del 16% respecto a quejas y reclamos y el 81% de felicitaciones, en comparación con el mismo semestre de la vigencia 2020, reflejando que el proceso de farmacia con más inconformismo refiere por el cliente interno en un 25% frente a los diferentes procesos.

Fuente: Matriz PQRSDf 2021-2020

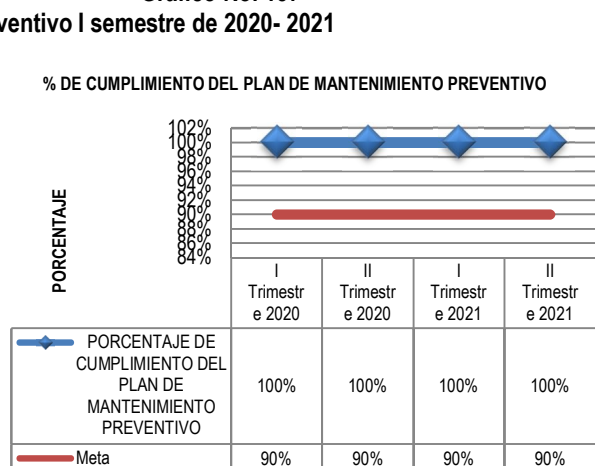
8.20.- Infraestructura

El proceso de Gestión de la infraestructura del Hospital Regional de Zipaquirá centra su esfuerzos en preservar un ambiente físico agradable y seguro, por eso y para darle oportuno cumplimiento al objetivo del estándar, se suscribió el contrato 726-2021 que tiene por objeto el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos industriales con los cuales se podrán garantizar en un 60% la estabilidad del hospital, además cuenta también con recurso propio (7 auxiliares y 1 técnico) que cubre el 40% de las actividades restantes a ejecutar como lo son ordenes de servicio y el plan de mantenimiento correctivo y preventivo planeado para la institución. Para el I semestre del 2021 se generaron 1402 órdenes de servicio relacionado con los mantenimientos del HRZ de los cuales preventivos fueron 708 órdenes equivalentes al 50.4 % y 694 órdenes de mantenimientos correctivos equivalente al 49.6 %. Esta misma vigencia, pero en el año 2020 generaron 245 órdenes de mantenimiento preventivo equivalentes a un 22 % y 873 órdenes de mantenimiento correctivo correspondientes al 78 %.

Tabla No. 154
Porcentaje de cumplimiento mantenimiento preventivo I semestre de 2020- 2021

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	DESCRIPCION			
		I Trimestre 2020	II Trimestre 2020	I Trimestre 2021	II Trimestre 2021
N° actividades de mantenimiento preventivo ejecutadas		73	172	317	391
Número de actividades de mantenimiento preventivo programadas		73	172	317	391
Meta		90%	90%	90%	90%
Resultado Indicador		100%	100%	100%	100%
Interpretación		Excelente	Excelente	Excelente	Excelente

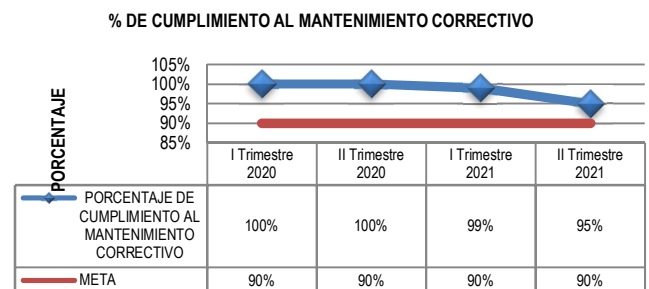
Gráfico No. 157



Las intervenciones que se registran en el indicador están directamente relacionadas con el Plan de Mantenimiento Preventivo de las Instalaciones Físicas, el proceso de gestión de la infraestructura ha encaminado sus esfuerzos en fortalecer estos mantenimientos por áreas ejecutando las actividades descritas en el cronograma tales como (pintura general, iluminación, revisión y ajuste de: redes eléctricas, hidráulicas y sanitarias, mobiliario etc.). El comportamiento del indicador para el I semestre el 2021 presenta crecimiento del 188.9 % en comparación al mismo semestre de la vigencia 2020, lo que indica una variación positiva en el incremento de este indicador pasando de 245 a 708 órdenes ejecutadas para esta vigencia relacionadas con el plan de mantenimiento preventivo. Este aumento obedece a que el personal mejoró su capacidad de desempeño laboral en cuanto a las habilidades adquiridas para realizar las actividades que se les programan y se comienza a ver la adherencia de los funcionarios en la implementación del formato de órdenes de servicio.

Tabla No. 155 **Gráfico No. 158**
Porcentaje de cumplimiento mantenimiento correctivo I semestre de 2020- 2021

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO	DESCRIPCION			
		I Trimestre 2020	II Trimestre 2020	I Trimestre 2021	II Trimestre 2021
N° mantenimientos correctivos ejecutados		594	279	383	311
Numero mantenimientos correctivos solicitados		594	279	385	327
Meta		90%	90%	90%	90%
Resultado Indicador		100%	100%	99%	95%
Interpretación		Excelente	Excelente	Excelente	Excelente

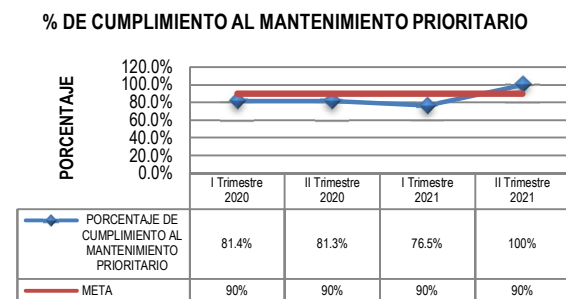


Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

Para el I semestre de la vigencia 2021 Se generaron 694 órdenes de servicio relacionadas con los mantenimientos correctivos las cuales fueron recepcionadas a través del formato Orden de trabajo 05GIF04-V1 del sistema de gestión integral- Almera para la totalidad de los servicios del Hospital Regional de Zipaquirá, Se cumplió con el 97 % de las órdenes de servicio recibidas de las cuales 18 no se pudieron ejecutar en esta vigencia por falta de insumos para la misma vigencia 2020 se generaron 873 órdenes de servicio las cuales fueron ejecutadas al 100%.

Tabla No. 156 **Gráfico No. 159**
Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento prioritario I semestre del 2020-2021

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO PRIORITARIO	DESCRIPCION			
		I Trimestre 2020	II Trimestre 2020	I Trimestre 2021	II Trimestre 2021
N° solicitudes de mantenimiento prioritario resueltas en el tiempo estipulado (1 día)		475	253	293	370
N° solicitudes de mantenimiento prioritario recibidas		583	311	383	370
Meta		90%	90%	90%	90%
Resultado Indicador		81,4%	81,3%	76.5%	100%
Interpretación		Bueno	Bueno	Malo	Excelente



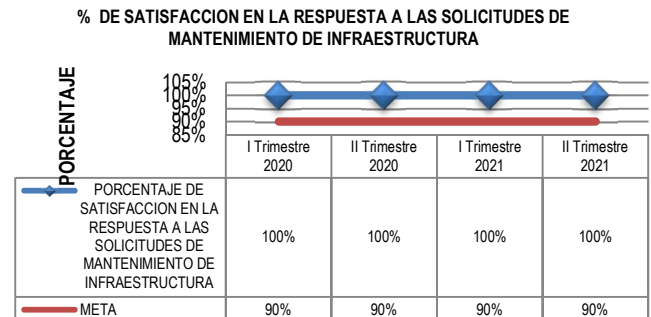
Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

De 753 órdenes de servicio recibidas en el I semestre 2021 se clasificaron 663 como prioritarias (redes eléctricas, iluminación, fugas de agua, gases medicinales, oxígeno) de las cuales 663 se ejecutaron antes de un (1) día y corresponden a 88.25% del total de ordenes priorizadas. Es de anotar que, la diferencia de ordene fueron ejecutadas con posterioridad a un día debido a la adquisición de insumos especiales. El porcentaje de cumplimiento del indicador para el I semestre de la vigencia 2021 comparado con los datos del I semestre 2020 son superiores en un (6.9%) el porcentaje de cumplimiento para la misma vigencia 2020 fue de 81.3 % debido a que para este periodo no se realizaba la clasificación bajo los criterios de priorización.

Tabla No. 157
Porcentaje de satisfacción en la solución de mantenimientos de I semestre del 2020-2021

INDICADOR	PORCENTAJE DE SATISFACCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA	DESCRIPCION			
		I Trimestre 2020	II Trimestre 2020	I Trimestre 2021	II Trimestre 2021
N° solicitudes con calificación superior a 3,5		594	279	383	311
N° solicitudes de mantenimiento recibidas		594	279	383	311
Meta		90%	90%	90%	90%
Resultado Indicador		100%	100%	100%	100%
Interpretación		Excelente	Excelente	Excelente	Excelente

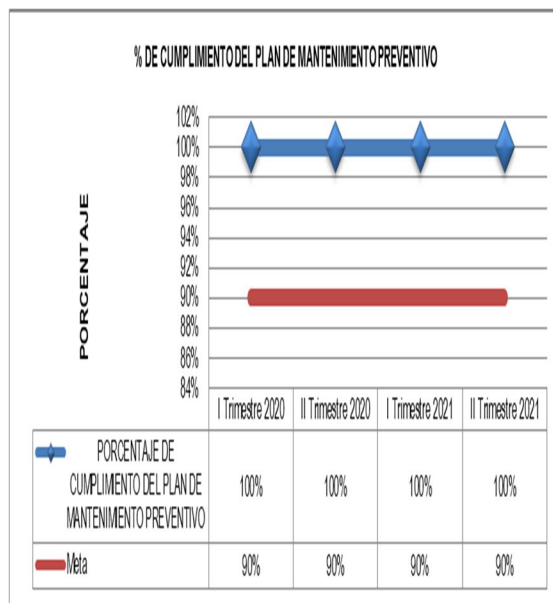
Gráfico No. 160



Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

La prestación del servicio calificada por el cliente interno en las órdenes de servicio bajo los criterios de oportunidad, habilidad, disposición y presentación personal descritas en las órdenes de servicio ejecutadas para el I semestre de 2020 correspondió a una calificación 4.54 sobre 5, para la misma vigencia pero del año 2021 la calificación fue de 4.48, la comparación es negativa respecto a la vigencia 2020 y se ve reflejado en las calificaciones de los criterios de oportunidad por falta de insumos y presentación personal. Es de resaltar que, se cumple con la meta establecida para este indicador en un 100%.

Grafica No. 161
Porcentaje de cumplimiento mantenimiento preventivo primer semestre de 2020- 2021

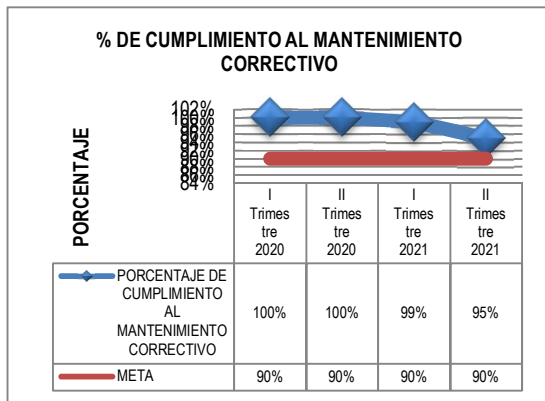


Las intervenciones que se registran en el indicador están directamente relacionadas con el Plan de Mantenimiento Preventivo de las Instalaciones Físicas, el proceso de gestión de la infraestructura ha encaminado sus esfuerzos en fortalecer estos mantenimientos por áreas ejecutando las actividades descritas en el cronograma tales como (pintura general, iluminación, revisión y ajuste de: redes eléctricas, hidráulicas y sanitarias, mobiliario etc.). El comportamiento del indicador para el I semestre el 2021 presenta crecimiento del 188.9 % en comparación al mismo semestre de la vigencia 2020, lo que indica una variación positiva en el incremento de este indicador pasando de 245 a 708 órdenes ejecutadas para esta vigencia relacionadas con el plan de mantenimiento preventivo. Este aumento obedece a que el personal mejoro su capacidad de desempeño laboral en cuanto a las habilidades adquiridas para realizar las actividades que se les programan y se comienza a ver la adherencia de los funcionarios en la implementación del formato de órdenes de servicio.

Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2020-2021

Grafica No. 162

Porcentaje de cumplimiento mantenimiento correctivo primer semestre de 2020- 2021

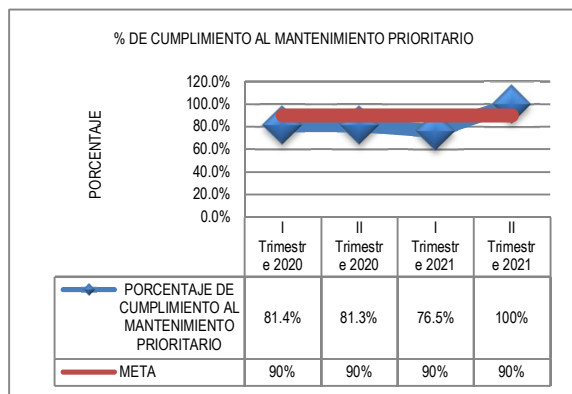


Para el I semestre de la vigencia 2021 Se generaron 694 órdenes de servicio relacionadas con los mantenimientos correctivos las cuales fueron recepcionadas a través del formato Orden de trabajo 05GIF04-V1 del sistema de gestión integral- Almera para la totalidad de los servicios del Hospital Regional de Zipaquirá, Se cumplió con el 97 % de las órdenes de servicio recibidas de las cuales 18 no se pudieron ejecutar en esta vigencia por falta de insumos. Para la misma vigencia 2020 se generaron 873 órdenes de servicio las cuales fueron ejecutadas al 100%.

Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

Grafica No. 163

Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento prioritario primer semestre del 2020-2021

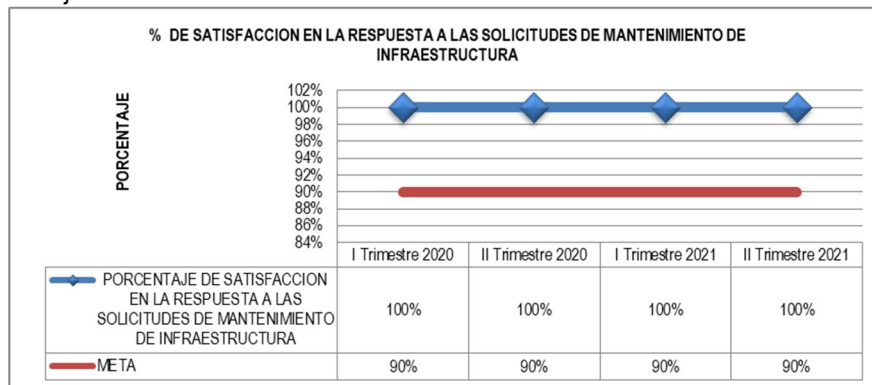


De 753 órdenes de servicio recibidas en el I semestre 2021 se clasificaron 663 como prioritarias (redes eléctricas, iluminación, fugas de agua, gases medicinales, oxígeno) de las cuales 663 se ejecutaron antes de un (1) día y corresponden a 88.25% del total de ordenes priorizadas. El porcentaje de cumplimiento del indicador para el I semestre de la vigencia 2021 comparado con los datos del I semestre 2020 son superiores en un (6.9%) el porcentaje de cumplimiento para la misma vigencia 2020 fue de 81.3 % debido a que para este periodo no se realizaba la clasificación bajos los criterios de priorización.

Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

Grafica No. 164

Porcentaje de satisfacción en la solución de mantenimientos de I semestre del 2020-2021

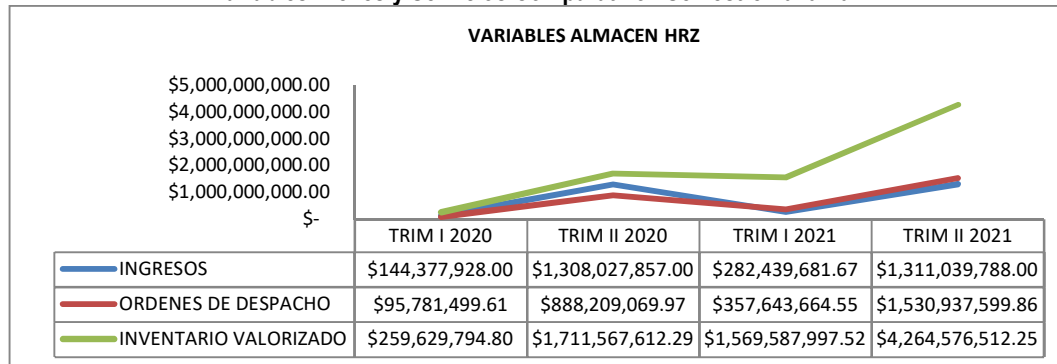


Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

La prestación del servicio calificada por el cliente interno en las órdenes de servicio bajo los criterios de oportunidad, habilidad, disposición y presentación personal descritas en las órdenes de servicio ejecutadas para el I semestre de 2020 correspondió a una calificación 4.54 sobre 5, para la misma vigencia pero del año 2021 la calificación fue de 4.48, la comparación es negativa respecto a la vigencia 2020 y se ve reflejado en las calificaciones de los criterios de oportunidad por falta de insumos y presentación personal.

8.21.- Compras Bienes y Suministros

Gráfica No. 165
Variables Bienes y Servicios Comparativo I Semestre 2020-2021



Fuente. Dinámica Gerencial DGH.

En la Gestión de Bienes y Servicios del HRZ en el margen comparativo entre el I semestre del 202 y 2021 refleja en Ingresos a Inventario una variación positiva del 0,23% por el aprovisionamiento de insumos satisfaciendo las necesidades requeridas por la institución, ante órdenes de salida y/o despachos una variación positiva del 72,36% de acuerdo al crecimiento de las necesidades por cobertura de prestación de servicios en el tercer Pico de Covid-19 y el margen en Inventario valorizado refleja una variación positiva del 149,16% por el crecimiento de la Institución y su prestación de cobertura en Pandemia.

Activos Fijos

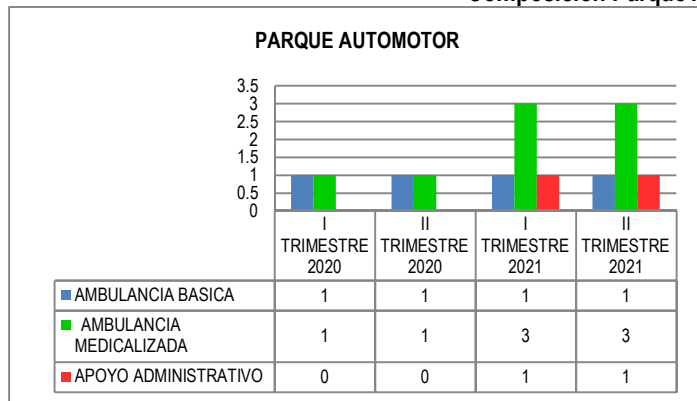
Tabla No. 158
Ingreso de Activos Fijos Comparativo I Semestre 2020-2021

GRUPO	ENERO A MARZO 2020		ABRIL A JUNIO 2020		ENERO A MARZO 2021		ABRIL A JUNIO 2021	
	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR
EQUIPO DE APOYO DIAGNOSTICO	12	\$82.230.948	104	\$1.469.243.314	6	\$108.635.100	100	\$129.124.250
EQUIPO DE COMPUTACION	343	\$908.243.364	0	\$0	0	\$0	0	\$0
EQUIPO DE APOYO TERAPEUTICO	0	\$0	8	\$47.165.650	0	\$0	5	\$36.854.500
EQUIPO DE HOSPITALIZACION	28	\$95.962.300	10	\$798.064.412	2	\$52.122.000	0	\$0
EQUIPO DE HOTELERIA	65	\$880.894.992	7	\$42.340.628	0	\$0	18	\$129.993.500
EQUIPO DE LABORATORIO	2	\$106.499.998	39	\$104.556.413	1	\$26.061.000	0	\$0
EQUIPO DE QUIROFANO	5	\$465.826.462	6	\$156.783.082	2	\$56.464.310	2	\$212.184
EQUIPO DE SERVICIO AMBULATORIO	0	\$0	15	\$85.057.563	0	\$0	1	\$516.460.000
EQUIPO DE RESTAURANTE Y CAFETERIA	2	\$29.334.000	0	\$0	2	\$34.510.000	0	\$0
EQUIPO DE URGENCIAS	7	\$116.603.340	3	\$26.252.969	2	\$29.980.000	0	\$0
EQUIPO DE MAQUINARIA DE OFICINA	567	\$499.484.070	0	\$0	0	\$0	6	\$3.210.620
HERRAMIENTAS Y ACCESORIOS	4	\$62.832.000	5	\$3.734.116	1	\$134.946.000	0	\$0
MUEBLES Y ENSERES	891	\$688.324.202	54	\$72.384.011	0	\$0	0	\$0
PLANTAS DE GENERACION	1	\$63.513.819	0	\$0	0	\$0	0	\$0
VEHICULO TERRESTRE	0	\$0	1	\$159.008.900	0	\$0	0	\$0
EQUIPO DE CALDERAS	0	\$0	1	\$6.889.981	0	\$0	0	\$0
TOTAL	1927	\$3.999.749.495	253	\$2.971.481.039	16	\$442.718.410	132	\$815.855.054

Fuente. Dinámica Gerencial DGH.

Se refleja una variación negativa del 72,54% en la adquisición de los activos entre el 2021 y el 2020, debido a los bienes requeridos para la habilitación de los servicios durante el año 2020 (capacidad instalada).

Gráfica No. 166
Composición Parque Automotor



Fuente: Documentación

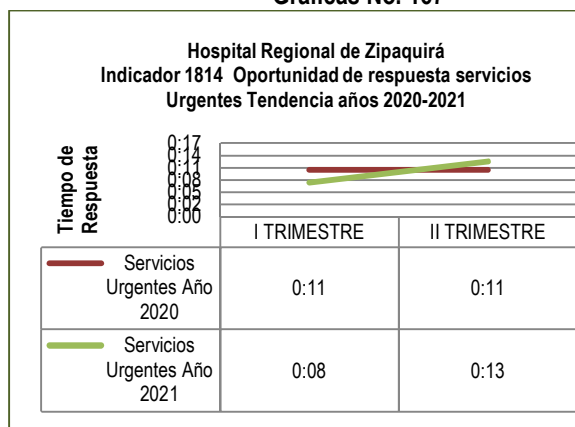
El parque automotor del Hospital Regional de Zipaquirá, en el I semestre de 2020 inició labores en la institución con una ambulancia básica, la cual se presta a la UFZ por necesidad de esa institución en el II trimestre del 2021. De acuerdo a las ambulancias Medicalizadas se observa una variación de 67% por la entrega en donación de los nuevos móviles en la Vigencia del 2020. El vehículo de apoyo Administrativo tiene una variación de un 100% toda vez que, para el I semestre del año 2021 se adquirió Furgón logístico.

8.22.- Tecnología Biomédica

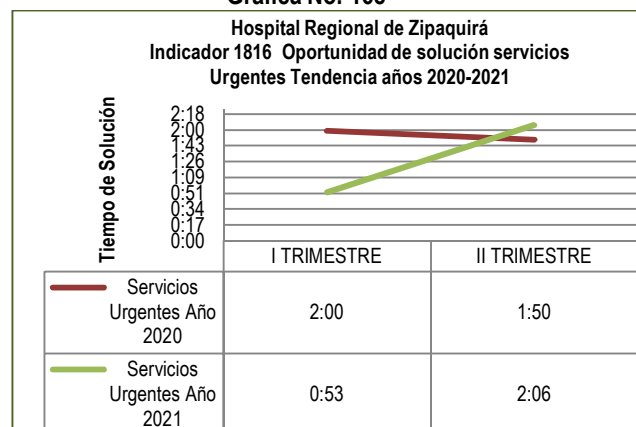
Indicadores en Servicios Urgentes – Oportunidad de Respuestas (1814) – Oportunidad de Solución (1816)

Primer trimestre del año 2021 se atendieron 76 requerimientos; 15, 31 y 30 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 20 de diagnósticos la tecnología más requerida. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta 45 minutos y solución de 300 minutos. **Segundo trimestre del año 2021** se atendieron 155 requerimientos; 95, 40 y 20 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 33 de soporte de vida la tecnología más requerida. En promedio se obtuvo un tiempo de respuesta de 13 minutos aproximadamente y solución de 186 minuto aprox. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta y solución. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta y solución.

Gráficas No. 167

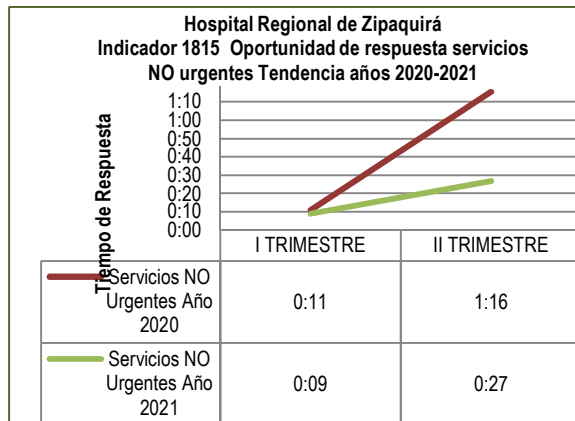


Gráfica No. 168

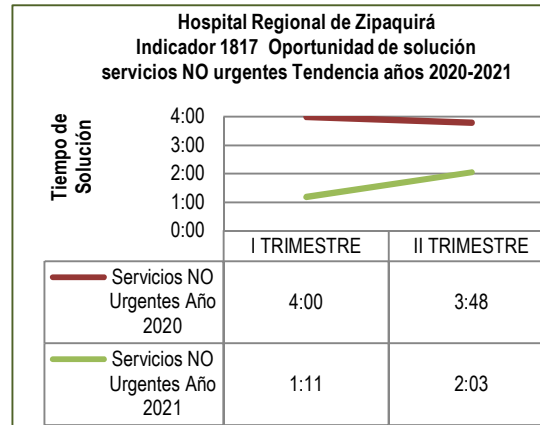


Indicadores en Servicios No Urgentes – Oportunidad de Respuesta (1815) – Oportunidad de Solución (1817). **Primer trimestre del año 2021** se atendieron 31 requerimientos; 1, 7 y 23 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 5 de muebles de uso asistencias la tecnología más requerida. En promedio se obtuvo un tiempo de respuesta de 9 minutos aproximadamente y solución de 71 minuto aprox. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta 45 minutos y solución de 300 minutos. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta. **Segundo trimestre del año 2021** se atendieron 115 requerimientos; 75, 10 y 30 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 33 de terapia y rehabilitación la tecnología más requerida. En promedio se obtuvo un tiempo de respuesta de 27 minutos aproximadamente y solución de 123 minuto aprox. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta.

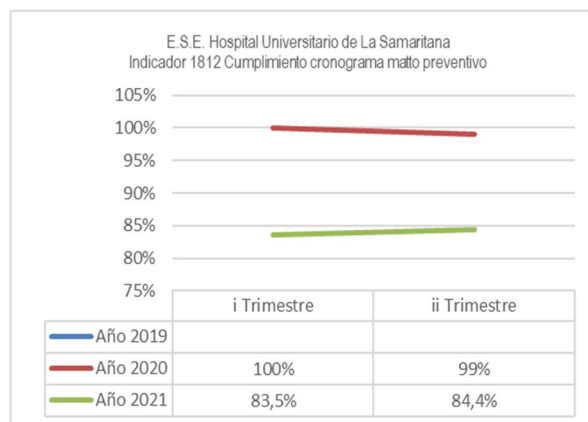
Gráficas No. 169



Gráfica No. 170



Indicador de Mantenimiento Preventivo

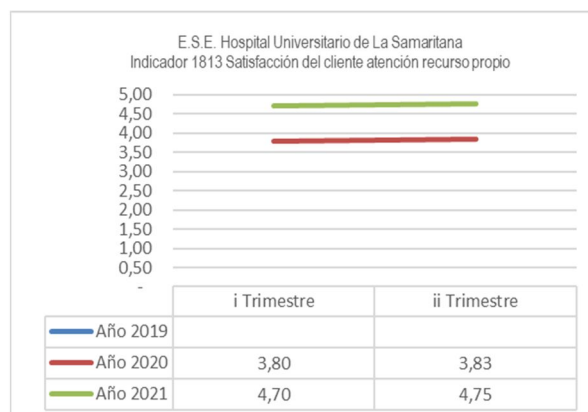


Grafica No. 171

Cumplimiento de Cronograma Actividades con Recurso Propio (1812) **Primer trimestre del año 2021** se programaron 316 actividades; 148, 60 y 108 en cada mes del trimestre respectivamente. Se ejecutaron 264 actividades; 107, 60 y 97 en cada mes del trimestre respectivamente. Lo no realizado se debió principalmente a la no disponibilidad de los equipos. **Segundo trimestre del año 2021** se programaron 1154 actividades; 94, 694 y 366 en cada mes del trimestre respectivamente. Se ejecutaron 974 actividades; 40, 568, 356 en cada mes del trimestre respectivamente. Lo no realizado se debió principalmente a la no disponibilidad de los equipos.

Indicador Satisfacción de Cliente Interno

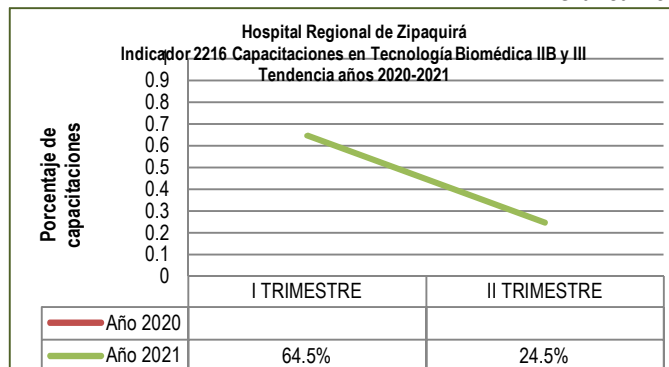
Grafica No. 172
Atención Recurso Propio (1813)



De los indicadores 1814 – 1815 - 1816 y 1817 se puede extraer que para el primer trimestre de 2021 se atendieron 107 requerimientos y para el segundo trimestre 270 requerimientos, los cuales obtuvieron una calificación de 4.7 en el primer trimestre. Y en el segundo 4.75. La medición de satisfacción de nuestros clientes internos nos permite confirmar que la percepción que los servicios tienen de la oportunidad en atención y solución del servicio de tecnología biomédica frente a sus solicitudes, es la misma que se ve reflejada en las gráficas de los indicadores anteriores; es decir, una percepción de prestación de servicio buena.

Indicador de Capacitaciones Realizadas – Capacitaciones Tecnología Riesgo IIB-III (2216)

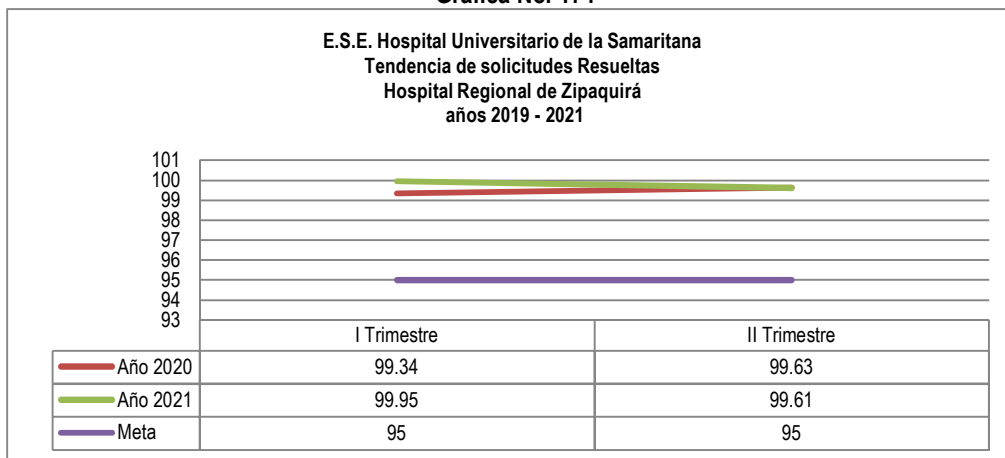
Gráfica No. 173



En el primer semestre se realizan 356 capacitaciones al personal asistencial del manejo y cuidado de las tecnologías. Este indicador es acumulativo y la actividad se realiza siguiendo un cronograma de tecnologías pero también de acuerdo a los requerimientos de los servicios.

8.23.- Sistemas

Grafica No. 174



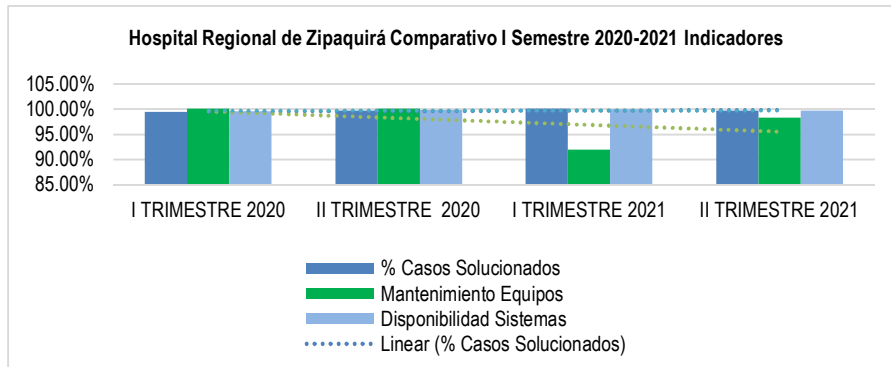
Fuente Mesa de Ayuda

Se registraron 1804 solicitudes y quedaron pendientes de respuesta 7, el uso de mesa de ayuda se inició en el año 2020, se mantiene el número de solicitudes y el % de respuesta. La oportunidad esta en menos de un día mantenido la tendencia con respecto a años anteriores. El objetivo del proceso es Implementar, desarrollar y mantener una plataforma tecnológica de hardware y software que contribuya a la captura, confidencialidad, generación de datos y comunicación de la información entre todos los procesos organizacionales, logrando que la información sea oportuna y confiable para la toma de decisiones del Hospital.

En el Hospital Regional Zipaquirá el área de sistemas se encarga de brindar y gestionar soporte en:

- Aplicaciones Institucionales (Dinámica Gerencial Hospitalaria, Correo Electrónico, Intranet, Almera, Labcore, PACS-RIS, Orfeo, Mesa de Ayuda).
- Soporte de mantenimiento preventivo y correctivo de computadores (240 Computadores)
- Soporte telefonía IP. (27 Teléfonos IP)
- Soporte y administración de 21 Pantallas Industriales.
- Soporte y administración de red LAN y Wifi. (16 Switch – 46 Access Point)

Gráfica No. 175
Indicadores Proceso Gestión de la Información



Fuente: Cronograma de Actividades HRZ

Porcentaje Mantenimiento de Equipos

En el Hospital Regional Zipaquirá el Primer Semestre del año 2021 se programaron 106 equipos de cómputo y se realiza el mantenimiento a 101 con novedad por disponibilidad y acceso; en comparación con el primer semestre del 2020 los equipos eran nuevos y no necesitaban un mantenimiento preventivo

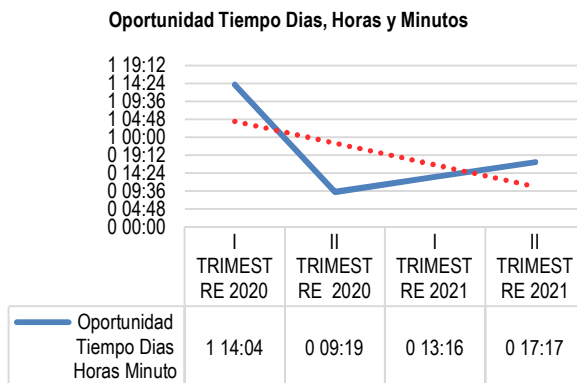
Porcentaje de tiempo disponible del sistema de información

En el Primer Semestre del 2021 el número de minutos de disponibilidad del sistema fue de 259.713 minutos y la cantidad de minutos de no disponibilidad del sistema durante este primer Semestre fue de 927 minutos debido a las ventanas y controles de cambio y problemas eléctricos generados durante el I semestre , en comparación al I semestre del año 2020 el número de minutos de disponibilidad del sistema fue de 261.345 minutos y la cantidad de minutos de no disponibilidad del sistema durante este primer semestre fue de 735 minutos se cumple con la meta del 95% de disponibilidad de la información para el Hospital Regional Zipaquirá.

Porcentaje de casos solucionados I Semestre 2020-2021

En el Primer semestre del 2021 se recibieron 3.743 solicitudes de soporte y en el I semestre del 2020 se recibieron 4.852 cabe destacar que en el primer semestre del 2020 se contaba con el doble de personal para el área de sistemas, adicionalmente la mayoría de los procesos se estaban implementando y los usuarios no contaban con el conocimiento afianzado de sus funciones.

Gráfica No. 176
Oportunidad Tiempo Promedio de Soporte Días, Horas y minutos



Fuente: Mesa de Ayuda Sistemas - Hospital Regional Zipaquirá

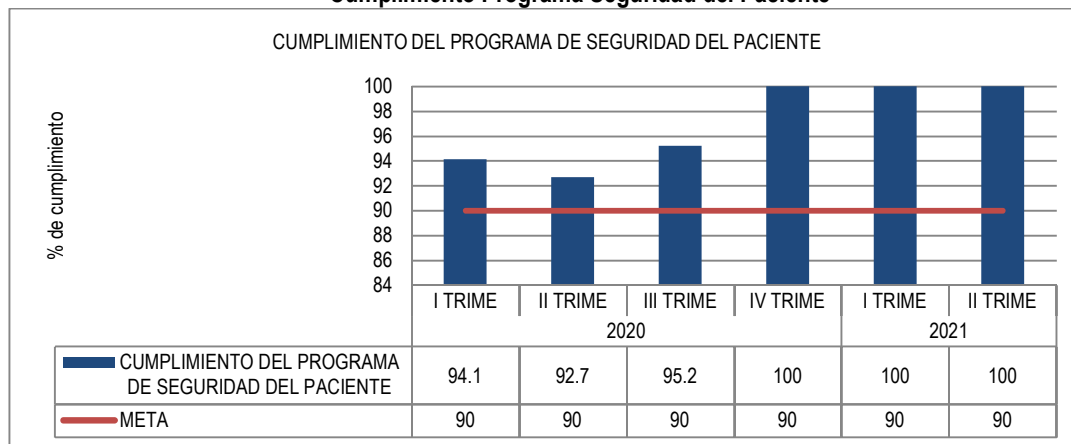
Durante el primer semestre del 2021 la oportunidad de soporte en promedio es de 0 días 15 horas 17 minutos en el cual se mantiene un promedio de solución de casos menor a un día. Durante el primer semestre del 2020 la oportunidad de soporte en promedio es de 0 días 23 horas 41 minutos en comparación con el primer semestre del 2021, el personal de sistemas esta capacitado y con fuertes conocimientos sobre las herramientas de la institución. Continuamente se refuerza el uso de la mesa de ayuda y se realizan capacitaciones al personal nuevo de enfermería recalando a los usuarios el correcto cuidado y manejo de los equipos de computo.

8.24.- Planeación y Calidad

Seguridad del Paciente

Durante el I semestre de 2021 se dio cumplimiento al 100% en el cronograma de seguridad del paciente en comparación con el I semestre de 2020 ya que no se lograron ejecutar todas las actividades debido al inicio de la pandemia por Covid 19, sin embargo, se dio cumplimiento a la meta establecida para el programa de seguridad del paciente la cual es del $\geq 90\%$.

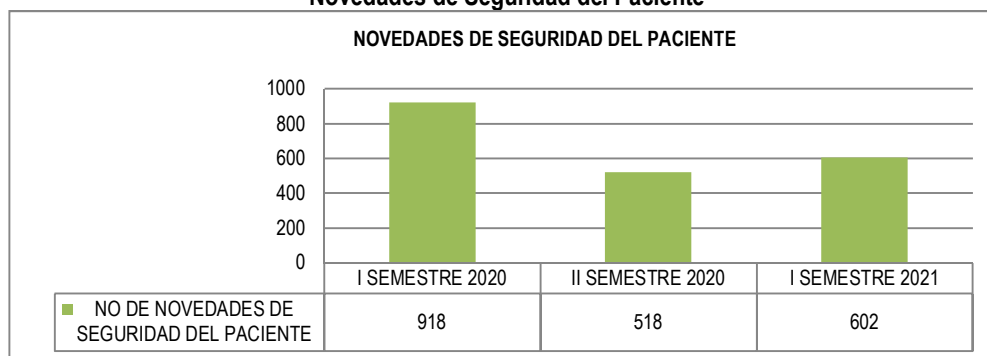
Gráfica No. 177
Cumplimiento Programa Seguridad del Paciente



Fuente: Cronograma seguridad del paciente 2020 y 2021

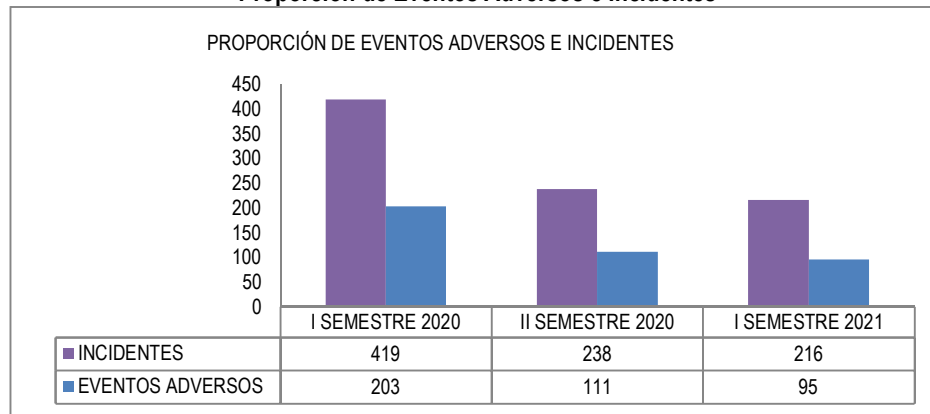
Durante el I semestre de 2021 se reportaron un total de 602 novedades de seguridad del paciente en comparación con el I semestre de 2020 disminuyó el número de reporte en un 34.5% esto debido a la alta rotación del personal, pandemia Covid 19 y la falta cultura del reporte por parte del personal. Se realizó seguimiento a todas las novedades reportadas, su revisión y clasificación fue remitida al Líder del área donde se presentó la novedad, con el objetivo que ellos conozcan que se presenta en su servicio y de considerarlo, generen planes de mejora que permitan evitar que se presenten de nuevo las novedades o reducir su ocurrencia.

Gráfica No. 178
Novedades de Seguridad del Paciente



Fuente: Sistema de información Almera

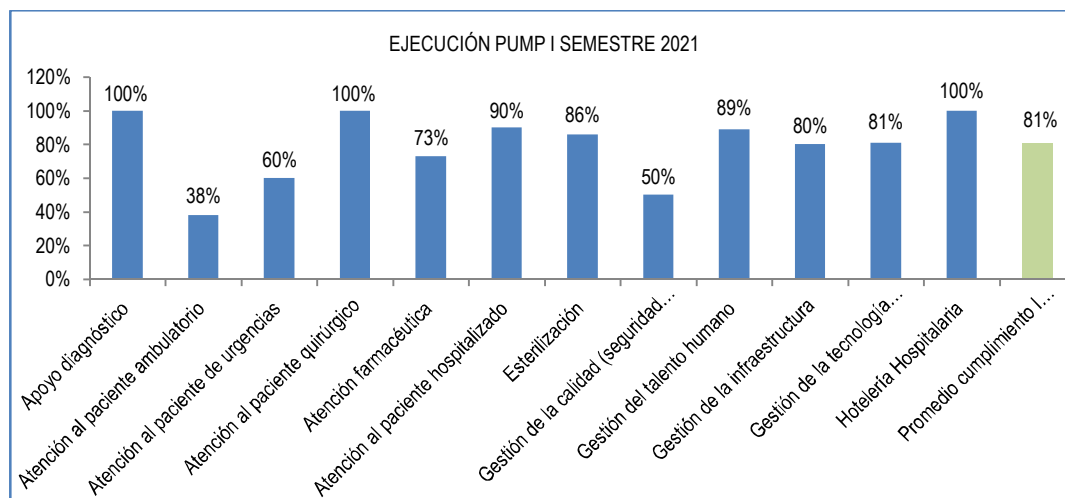
Durante el I semestre de 2020 y I semestre de 2021 sigue prevaleciendo los incidentes sobre los eventos adversos, teniendo como principal causa la no adherencia a protocolos y/o procedimientos por enfermería.

Gráfica No. 179
Proporción de Eventos Adversos e Incidentes


Fuente: Sistema de información Almera

Plan Único de Mejora por Procesos – PUMP

Se realizó seguimiento a la ejecución correspondiente al I semestre de 2021 de los planes de mejoramiento de cada proceso, cuyos hallazgos, en su mayoría, son producto de la autoevaluación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 la cual se realizó en el IV trimestre del año 2020. De esta manera, se muestra a continuación, la ejecución de cada PUMP para el I semestre de la vigencia 2021:

Gráfica No. 180
PUMP I Semestre 2021


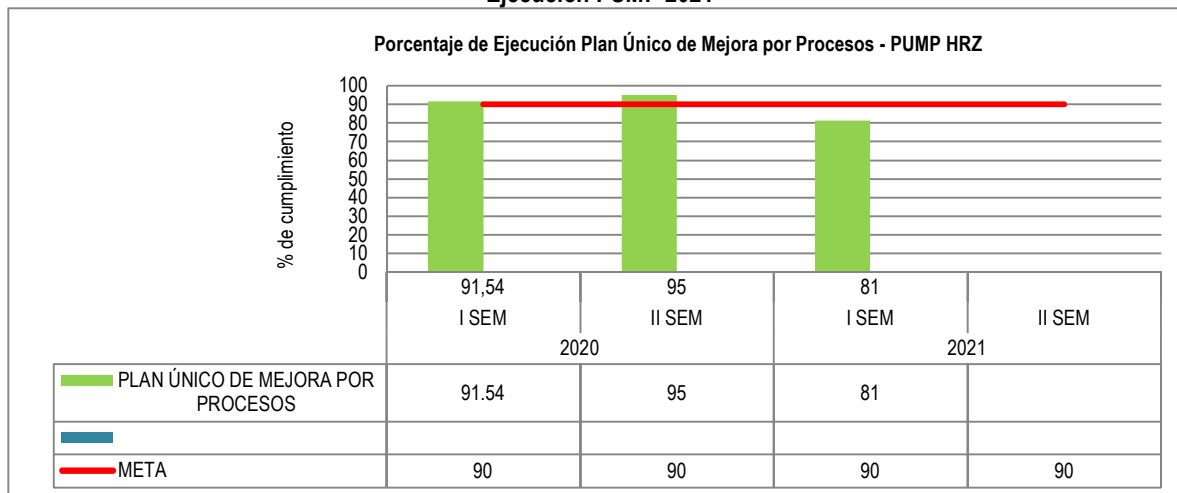
Fuente: PUMP HRZ 2021

Indicador de cumplimiento I semestre 2021:

Nº de actividades ejecutadas / Nº de actividades programadas * 100 = 121 / 149 * 100 = **81%**

El proceso con menor porcentaje de cumplimiento, fue el de atención al paciente ambulatorio con el **38%**, puesto que no ha dado cumplimiento a lo programado en cuanto a la gestión documental: actualización, publicación, divulgación y medición de documentos propios del proceso; seguido está el proceso de gestión de la calidad (programa de seguridad del paciente) con un **50%** de cumplimiento debido a que para el 15/05/2021 debía estar publicado el procedimiento 03PH40 “Cateterización venosa periférica” en la plataforma Almera, sin embargo, a pesar de que este fue actualizado y enviado a HUS Bogotá para su publicación, a corte de 30 de Junio no había sido publicado. El tercer proceso con menor porcentaje de ejecución fue el de atención al paciente de urgencias con el **60%**, teniendo en cuenta que la líder del proceso ingresó en el mes de Marzo de 2021 sin dar cumplimiento al cronograma establecido para la actualización de documentos. En la siguiente gráfica se evidencia el cumplimiento por semestre, desde la vigencia 2020, teniendo en cuenta que el procedimiento institucional establece seguimiento de manera semestral. El I semestre de 2020 tuvo una ejecución del **91,54%** y para el II semestre de 2020 el **95%**, cuya ejecución estuvo por encima de la meta la cual es de **90%**, sin embargo, para el I semestre de 2021 solo se ejecutó un **81%**, lo que puede obedecer a que las acciones de mejora de la vigencia 2021, corresponden a su mayoría los hallazgos encontrados frente al cumplimiento de los estándares de habilitación, entre los cuales está la gestión documental, en la que se depende de HUS Bogotá.

Gráfica No. 181
Ejecución PUMP 2021



Fuente. PUMP HRZ 2020 - 2021

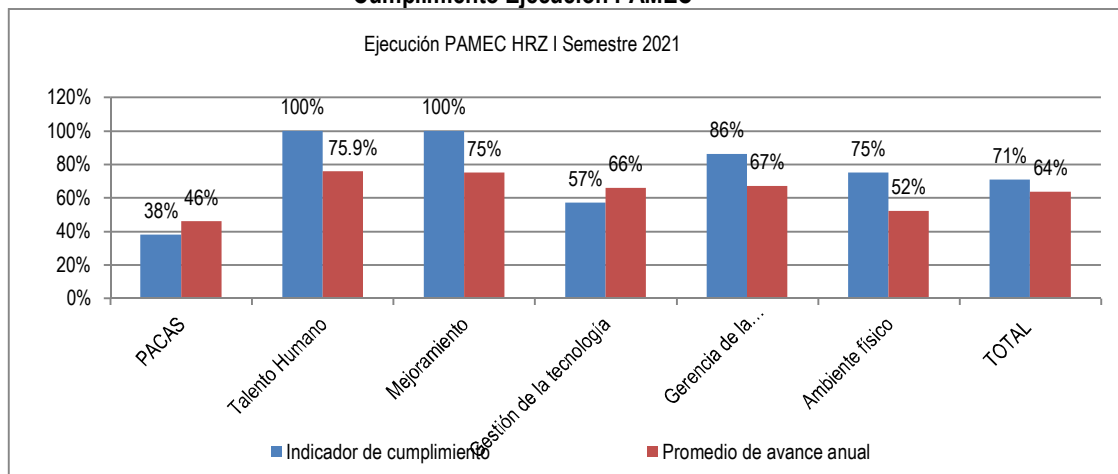
A continuación, se presenta el comparativo del I semestre de 2020 con el I semestre de 2021.

Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud – PAMEC

En el mes de Julio de 2021 se realiza el I seguimiento al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud – PAMEC establecido para la vigencia 2021 en el Hospital Regional de Zipaquirá.

En la siguiente tabla se evidencian los resultados correspondientes a las actividades específicas programadas para cada grupo de estándares:

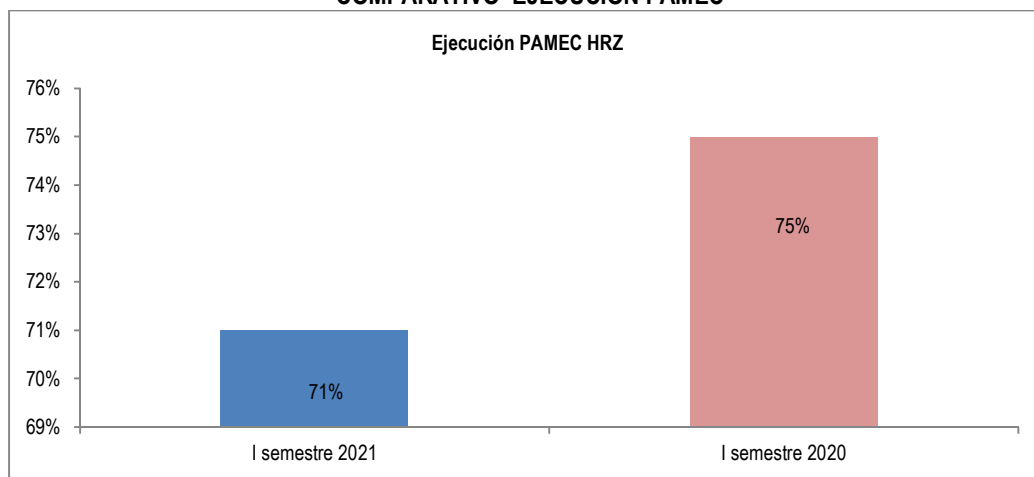
Gráfica No. 182
Cumplimiento Ejecución PAMEC



Fuente: PAMEC HRZ 2021

Como resultado del seguimiento, se obtuvo un cumplimiento promedio del **71%** de las actividades programadas para el primer semestre de 2021, porcentaje menor al obtenido durante el mismo periodo en la vigencia 2021, el cual fue del **75%**.

Gráfica No. 183
COMPARATIVO EJECUCIÓN PAMEC

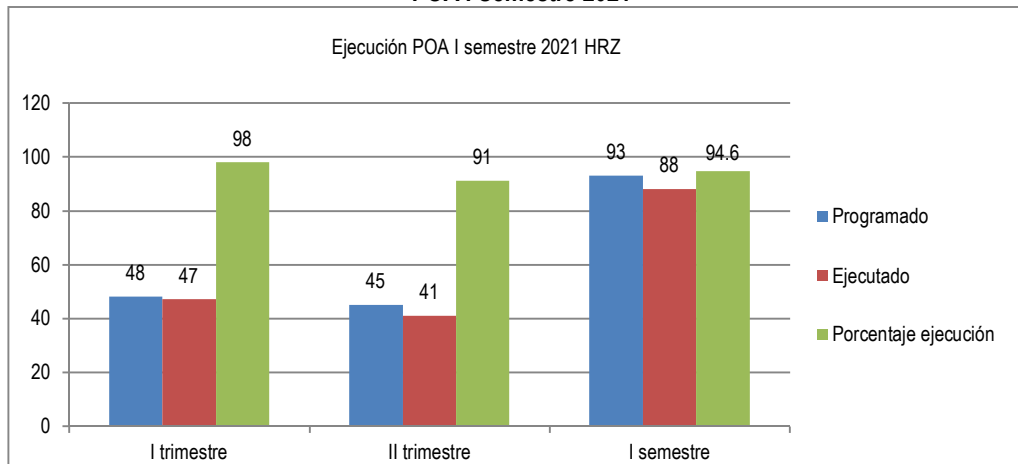


Fuente: PAMEC HRZ 2020 – 2021

Plan Operativo Anual

Durante el I semestre de 2021, el Plan Operativo Anual – POA tuvo una ejecución del **94,6%**, con una ejecución de **88** actividades de **93** programadas, teniendo en cuenta que durante el I trimestre no se ejecutó una actividad, y durante el II trimestre, no se ejecutaron 4.

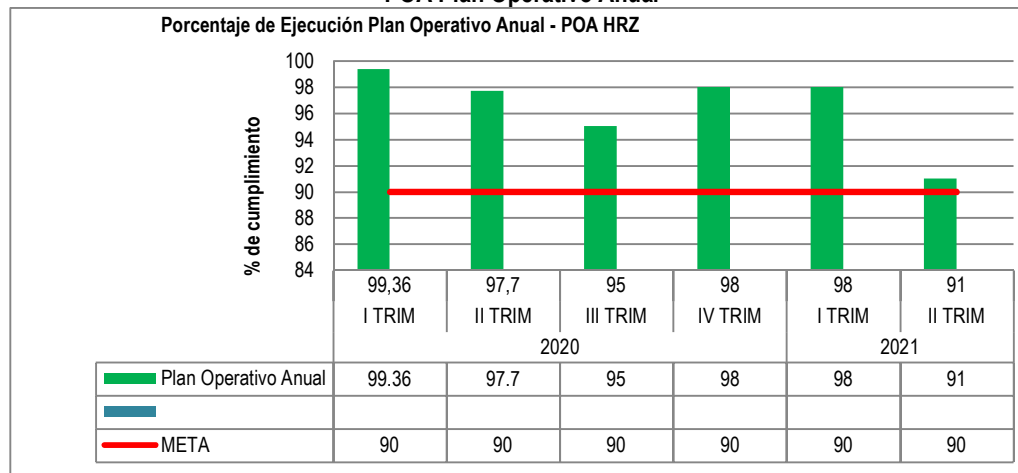
Gráfica No. 184
POA I Semestre 2021



Fuente: POA HRZ 2021

De esta manera, para el I semestre de 2021, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento inferior al porcentaje del I semestre de 2020 el cual fue del **98,53%**. Cabe aclarar que durante el I semestre de 2020, aún se estaba ejecutando en Plan de Acción en Salud – PAS el cual tuvo cierre en el I semestre de 2020.

Gráfica No. 185
POA Plan Operativo Anual



Fuente: POA HRZ 2020 – 2021

Gestión Ambiental

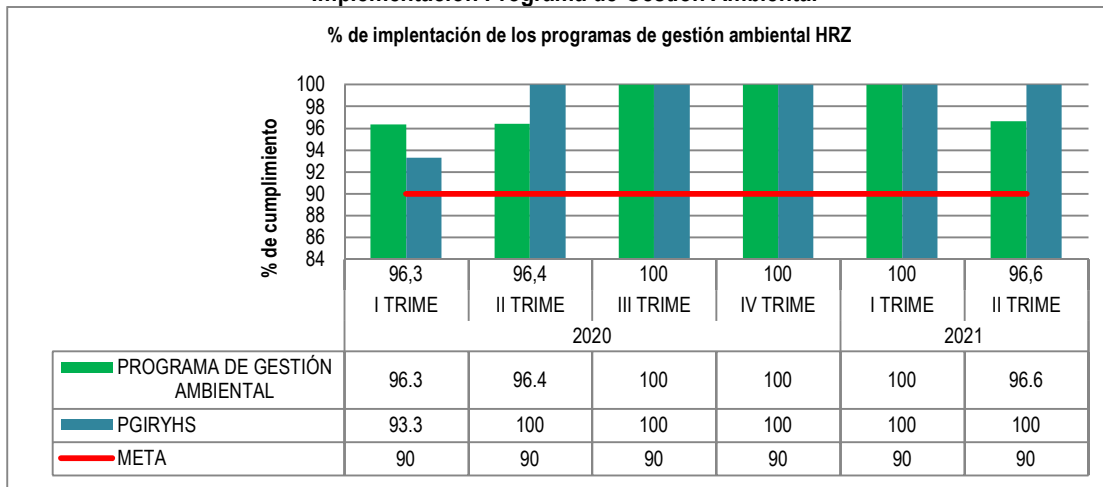
% de Implementación de Plan Acción del Hospital Verde= N° . Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde

% de Implementación de Plan Acción del Hospital Verde= 28 Acciones / 29 Acciones

% de Implementación de Plan Acción del Hospital Verde= **96.6%**

Para el cumplimiento del Programa de Gestión Ambiental de Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) en el segundo trimestre del año se programaron 29 actividades de las cuales se ejecutaron 28 para un cumplimiento general del **96.6%**. El desarrollo del Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRYHS) en el segundo trimestre se cumplió al 100% el desarrollo del programa donde se ejecutaron 13 actividades de las diferentes líneas estratégicas.

Gráfica No. 186
Implementación Programa de Gestión Ambiental



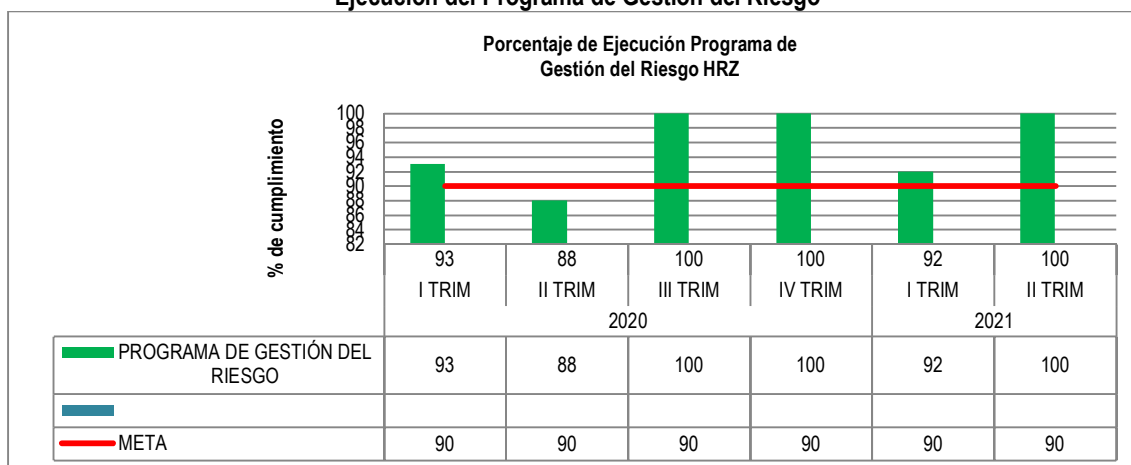
Fuente: Gestión Ambiental

Para el primer semestre del año 2021 se dio un cumplimiento a la meta de $\geq 90\%$ en la implementación de las actividades del Programa de Gestión Ambiental (Hospital Verde) y el Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. Con el desarrollo de estos programas el Hospital cumple con los requisitos legales ambientales y la política ambiental de la institución, donde se busca el fortalecimiento de la gestión ambiental y el fomento de la cultura ecológica de todos sus colaboradores, usuarios y familia.

Programa de Gestión del Riesgo

Durante el I semestre de 2021, el cronograma del programa de gestión del riesgo en el Hospital Regional de Zipaquirá tuvo una ejecución del **96%**, cuyo porcentaje es superior al del cumplimiento del I semestre de 2020, el cual fue de **91%**.

Gráfica No. 187
Ejecución del Programa de Gestión del Riesgo



Fuente. Cronograma de actividades programa gestión del riesgo vigencia 2020 y 2021

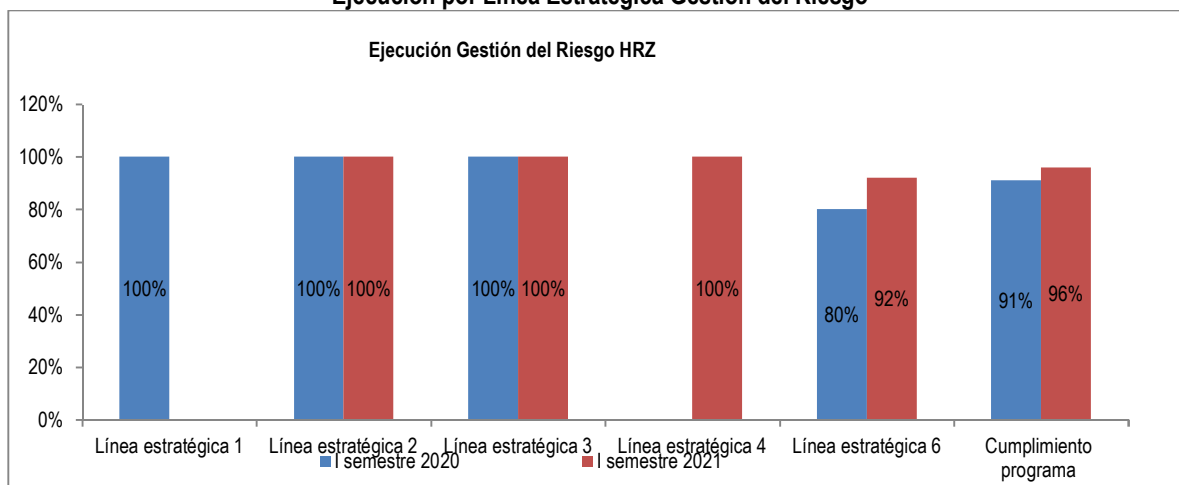
Para el I semestre de 2021, se ejecutaron **27** actividades de las **28** programadas, y para el mismo periodo en la vigencia 2020, se ejecutaron **21** de las **23** actividades programadas; el incumplimiento obedece a la no ejecución de

las jornadas de inducción, que para el 2021, por inicio de la pandemia por Covid 19 no se realizaban reuniones, por lo tanto en el mes de Marzo y Abril de 2020 no se realizaron mientras se adecuaba la inducción a través de la plataforma virtual; y para la vigencia 2021, durante el mes de Febrero no se realizó la inducción debido a que no fue habilitada a tiempo la plataforma virtual.

Dentro de las actividades ejecutadas durante el I semestre de 2021, se encuentra la identificación de riesgos por proceso cuyo producto son las matrices de riesgos por procesos, la consolidación de la matriz de riesgos institucional, la consolidación de la matriz de riesgos de corrupción, el envío de las matrices de riesgos por procesos a HUS Bogotá para la publicación en el Sistema Almera, la socialización de las matrices de riesgos por procesos a los líderes y colaboradores de cada proceso, evaluación de indicadores del programa, y participación del programa de gestión del riesgo en la inducción, donde se socializa la política y el programa institucional para la gestión y administración del riesgo, así como el procedimiento para la actualización de las matrices de riesgos por proceso.

A continuación, se presenta el cumplimiento por líneas estratégicas del programa en comparativo del II trimestre de 2020 con el II trimestre de 2021.

Gráfica No. 188
Ejecución por Línea Estratégica Gestión del Riesgo



Fuente. Cronograma de actividades programa gestión del riesgo vigencia 2020 y 2021

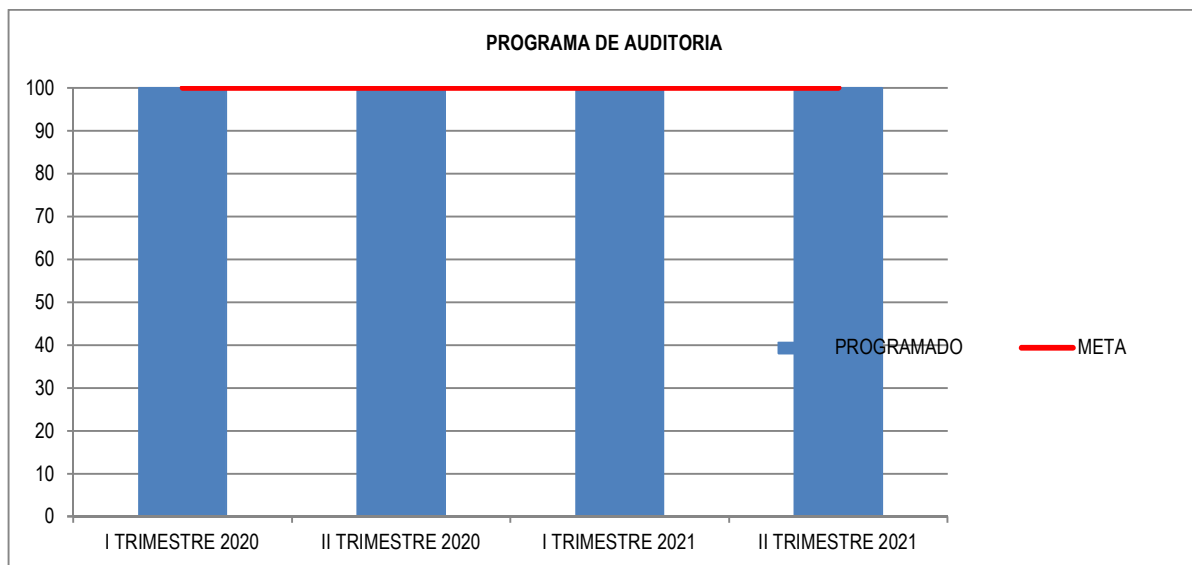
Capacidad Instalada

Durante el I semestre del año 2021, para el Hospital Regional de Zipaquirá, se están prestando los 73 servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Se han realizado solicitudes de expansión de la capacidad instalada de acuerdo a la demanda por la pandemia COVID 19. A continuación se relaciona la capacidad instalada actual incluyendo la expansión hospitalaria:

Tabla No. 159
Capacidad Instalada

GRUPO-CAPACIDAD	SERVICIO	CANTID AD	EXPANSIÓN	TOTAL
AMBULANCIAS	BASICA	1	0	1
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	3	0	3
CAMAS - HOSPITALIZACION	PEDIATRICA	18	0	18
CAMAS- HOSPITALIZACION	ADULTOS	32	43	75
CAMAS- HOSPITALIZACION	OBSTETRICIA	12	0	12
CAMAS-NEONATAL	BASICO NEONATAL	1	0	1
CAMAS-NEONATAL	INTERMEDIO NEONATAL	4	3	7
xxxCAMAS-NEONATAL	INTENSIVO NEONATAL	6	6	12
CAMAS-UCI	INTERMEDIO ADULTO	8	0	8
CAMAS-UCI	INTENSIVO ADULTO	12	53	65
SALAS	PARTO	1	0	1
SALAS	CIRUGIA	2	0	2
SALAS	PROCEDIMIENTO	6	0	6

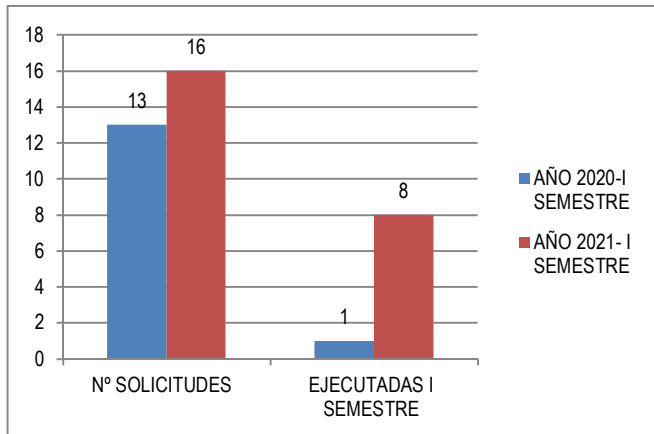
Fuente :Capacidad Instalada año 2021

Programa de Auditoria
Gráfica No. 189
Cumplimiento del Programa de Auditoria


Fuente :Programa auditoria año 2020 y año 2021

Referencias Comparativas

Gráfica No. 190
Referenciación Externa



Sistema Único de Habilitación

De acuerdo a autoevaluación realizada en la vigencia 2020 durante el IV trimestre, se establece una línea base para la realización de planes de mejora por proceso y seguimiento a requisitos bajo la resolución 3100 de 2019; Teniendo en cuenta esto, durante el II trimestre del año 2021 se realizó el segundo seguimiento para cada servicio, dentro de los que se obtuvieron los siguientes porcentajes de cumplimiento por servicio.

Fuente: Referencias año 2020 y 2021

Tabla No. 160
AUTOEVALUACIÓN SUH

SERVICIOS	HABILITADO	AUTOEVALUADO	CUMPLIMIENTO
TODOS LOS SERVICIOS		SI	76,5%
GRUPO: CONSULTA EXTERNA			
CONSULTA EXTERNA GENERAL		SI	76,9%
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA		SI	50,0%
GRUPO: APOYO DIAGNÓSTICO			
TERAPIAS		SI	73,7%
SERVICIO FARMACÉUTICO		SI	90,5%
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS - METODOS DIAGNÓSTICOS CON IMÁGENES OBTENIDAS MEDIANTE EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES		SI	89,6%
DIAGNÓSTICO VASCULAR		SI	65,4%
GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL		SI	100,0%
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		SI	100,0%
LABORATORIO CLÍNICO		SI	97,6%
LABORATORIO DE CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS		SI	100,0%
LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA		SI	100,0%
PATOLOGÍA		SI	100,0%
GRUPO: INTERNACIÓN			
HOSPITALIZACIÓN		SI	83,9%
CUIDADO BÁSICO NEONATAL		SI	77,8%
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		SI	74,1%
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		SI	80,9%
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO		SI	63,8%
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		SI	62,8%
GRUPO: QUIRÚRGICO			
CIRUGÍA		SI	91,8%
GRUPO: ATENCIÓN INMEDIATA			
URGENCIAS		SI	82,7%
TRANSPORTE ASISTENCIAL		SI	93,4%
ATENCIÓN DEL PARTO		SI	91,5%

Fuente: Autoevaluación año 2021

Teniendo en cuenta el gráfico anterior y de acuerdo al seguimiento realizado para este II trimestre año 2021, se hace necesario relacionar los porcentajes faltantes para que cada servicio de cumplimiento a los requisitos de habilitación de la Resolución 3100 de 2019. Para el I Semestre año 2021, se tiene un cumplimiento del **83.6%** para los requisitos de la Resolución 3100 de 2019. A continuación se menciona el comportamiento de cada servicio: En primer momento en cuanto a ítem de todos los servicios el porcentaje faltante es de un 23,5%. En cuanto al grupo de **consulta externa** teniendo en cuenta que para dar cumplimiento a requisitos de consulta externa especializada se debe cumplir con lo que se requiere en consulta externa general, para dar cumplimiento al servicio de consulta externa general faltaría un 23,1% y para dar cumplimiento a todos los requisitos de consulta externa general un 50% para dar cumplimiento al total de requisitos de este servicio. En cuanto al grupo de **apoyo diagnóstico**: Teniendo en cuenta los servicios que se tienen habilitados, a continuación se relaciona el porcentaje faltante de cada servicio para dar cumplimiento al 100% de lo requerido en la Resolución 3100 de 2019, para el servicio de terapias el porcentaje faltante para su respectivo cumplimiento es de **26,3%**, para el servicio de servicio farmacéutico se tiene un faltante del **9.5%**, para el servicio de imágenes diagnósticas un faltante de **9%**, servicio diagnóstico vascular se cuenta con un faltante de **34,6%**, para gestión pre transfusional se cumple con el **100%**, el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico cumple con el **100%** de requisitos, para el servicio de laboratorio clínico para dar cumplimiento tiene un faltante de **2.2%**, para servicio de laboratorio de citologías cervico-uterinas se cuenta el **100%**, en cuanto al laboratorio de histotecnología se cuenta con el **100%** y en cuanto al servicio de patología el porcentaje se cumple con el **100%**. Posteriormente y para el **grupo de internación** la relación de porcentajes faltantes es la siguiente: para el servicio de Hospitalización el porcentaje faltante es de **16,0%**, servicio de cuidado básico neonatal el porcentaje faltante es de **22,2%**, para el servicio de cuidado intermedio neonatal se tiene un faltante de **22,9%**, para el servicio de cuidado intensivo neonatal existe un faltante de **19.1%**, para el servicio de cuidado intermedio adulto **36,2%** y para el servicio de cuidado intensivo adulto el porcentaje faltante es de **37,2%**. **En cuanto al grupo quirúrgico, el porcentaje faltante es de 8.2%** para poder dar cumplimiento a lo solicitado por la resolución 3100 de 2019. Finalmente, en cuanto al **grupo de atención inmediata** la relación de porcentaje faltante es la siguiente: Para el servicio de urgencias el porcentaje faltante es del **17,3%**, para el servicio de atención al parto es de **8.1%** y de transporte asistencial el porcentaje faltante es de **8,5%**.

Plan Anticorrupción

De acuerdo con el plan anticorrupción establecido para el año 2021, para el Hospital Regional de Zipaquirá, durante el I semestre del año, se realizó, en el mes de Mayo, el seguimiento cuatrimestre a la ejecución de las actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 01 de Enero al 30 de Abril de 2021. A continuación se relacionan los resultados de dicho seguimiento:

Tabla No. 161
Seguimiento Plan de Anticorrupción

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	SOPORTE	FECHA PROGR.	
					MAR	ABR
Metodología para la Identificación de Riesgos de Corrupción	Política Administración de Riesgos	1.1 Continuar con la socialización de la Política y el Programa de administración del riesgo a los colaboradores priorizados de la Institución: HUS: Directores, Oficinas Asesoras, Subdirectores, Líderes de Proceso y Líderes de Proyecto. UFZ: Coordinador General Líderes de Servicios de Atención al Usuario, Facturación, Urgencias HRZ: Gestores y Líderes de Proceso	Política y Programa de administración del Riesgo socializada al 40% de los colaboradores priorizados del HUS, UFZ y HRZ	Acta de socialización		30
Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	1.2 Actualizar, publicar y divulgar el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2021	Consolidación del mapa de riesgos institucional	Matriz institucional de riesgos de corrupción		30

Racionalización de Trámites	Priorización de trámites	2.2	Identificar Trámites que se requieran priorizar en el HUS de acuerdo al diagnóstico elaborado en 2020	Trámites priorizados	Priorización de Trámites en el SUIT	30	
Rendición de Cuentas	Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	3.6	Incluir en el PUMP correspondiente la o las oportunidades de mejora identificadas en la audiencia pública de rendición de cuentas.	Plan de Mejora institucional elaborado	Plan de Mejora institucional		30
Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Lineamientos generales para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias	Talento Humano	4.3	Incorporar en el Plan Institucional de Capacitación PIC acorde a los recursos asignados los temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano y atención Humanizada	Temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano incluidos en el PIC	Plan Institucional de Capacitación con temas incluidos	31	
Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información	Lineamientos de Transparencia Pasiva	5.4	Elaborar Informe de PQRSFD y publicarlo por parte de la sede central en la página web del HUS	Informe de PQRSFD elaborado por cada uno de los responsables del manejo PQRSFD del HUS, UFZ, y HRZ y publicado por parte del HUS	Informe de PQRSFD elaborado por cada uno de los responsables del manejo PQRSFD del HUS, UFZ, y HRZ enviado a la dirección de atención al usuario del HUS	31	

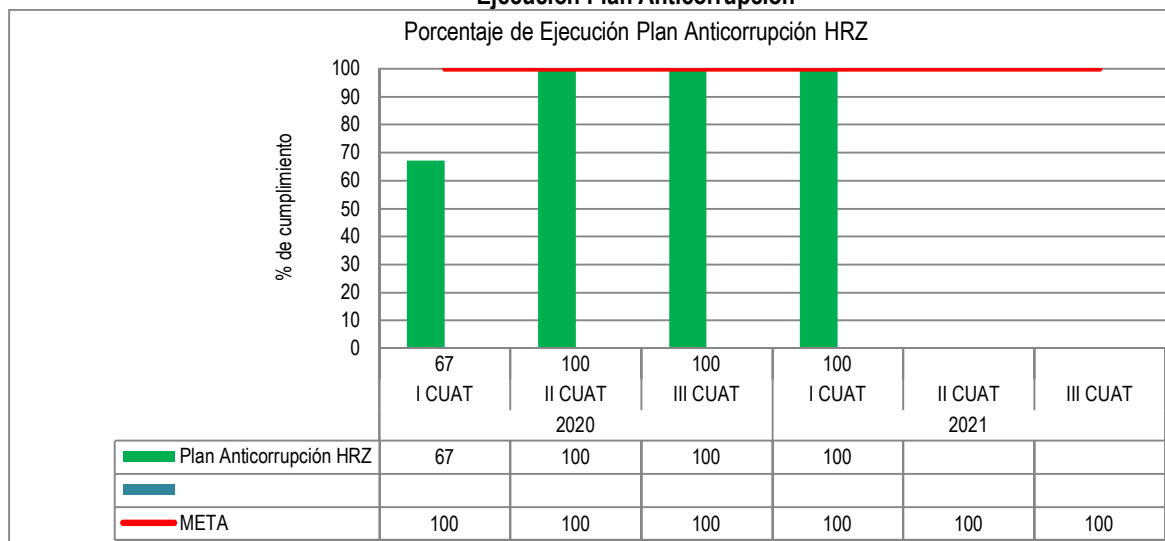
Fuente: Plan Anticorrupción HRZ 2021

 De esta manera, durante el I cuatrimestre de 2021, se dio cumplimiento al **100%** de las actividades programadas.

Indicador de cumplimiento:

$$N^{\circ} \text{ actividades ejecutadas} / N^{\circ} \text{ de actividades programadas} \times 100 = 6 / 6 \times 100 = 100\%$$

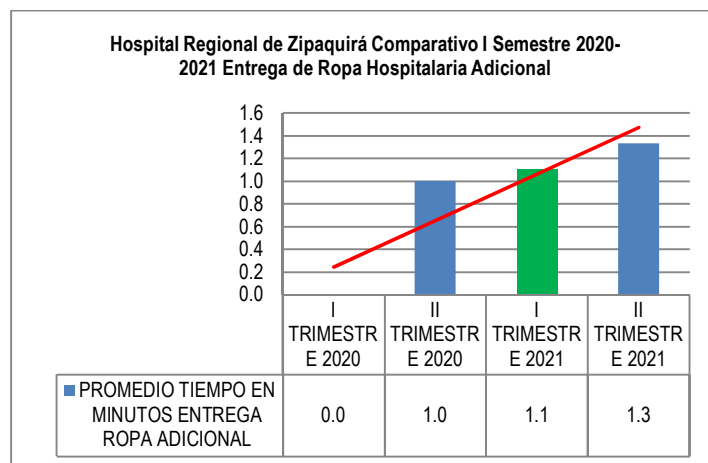
A continuación, se presenta el histórico de cumplimiento por cuatrimestre, desde la vigencia 2020, donde se evidencia incumplimiento del I cuatrimestre de 2020, dado que por el inicio de la pandemia por Covid 19, no se permitió que se realizaran reuniones con aglomeraciones, por lo que no se pudo realizar las jornadas de inducción en los meses de Marzo y Abril, mientras se habilitaba la plataforma virtual.

Gráfica No. 191
Ejecución Plan Anticorrupción


Fuente: Plan Anticorrupción HRZ 2020 – 2021

Recomendaciones Planeación y Garantía de la Calidad

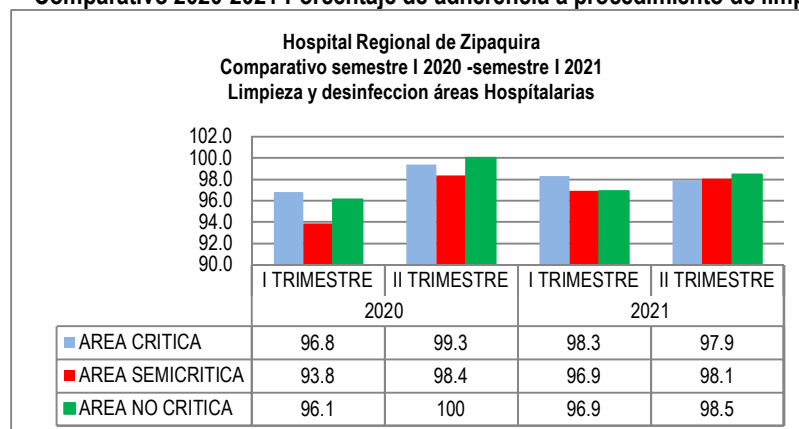
- Articular el proceso de aprobación documental con la HUS Bogotá, dando celeridad a la aprobación de los diferentes documentos que el Hospital Regional envía para aprobación
- A la fecha, no se cuenta con báscula pertinente para el pesaje de los residuos, lo cual, genera inconsistencias en el registro de pesos de residuos peligrosos que se dispone.
- Asignar usuarios del aplicativo ALMERA a los colaboradores del Hospital Regional de Zipaquirá, dando responsabilidad e identidad al mismo.
- Optimizar tiempos de contratación para operación de planta de tratamiento de agua residual.

8.25.- Gestión Hotelaría Hospitalaria
Gráfica No. 192
Oportunidad de Entrega Ropa Hospitalaria Adicional


En el I semestre del 2020 – 2021 el margen de comparación aumentó la tendencia de mejora en el servicio cumpliendo con la meta establecida de menos de 10 minutos en la entrega de ropa adicional hospitalaria con un promedio de un minuto.

Se hace la salvedad que el formato de entrega de ropa hospitalaria adicional se comenzó a diligenciar a partir del mes de junio de 2020 en adelante.

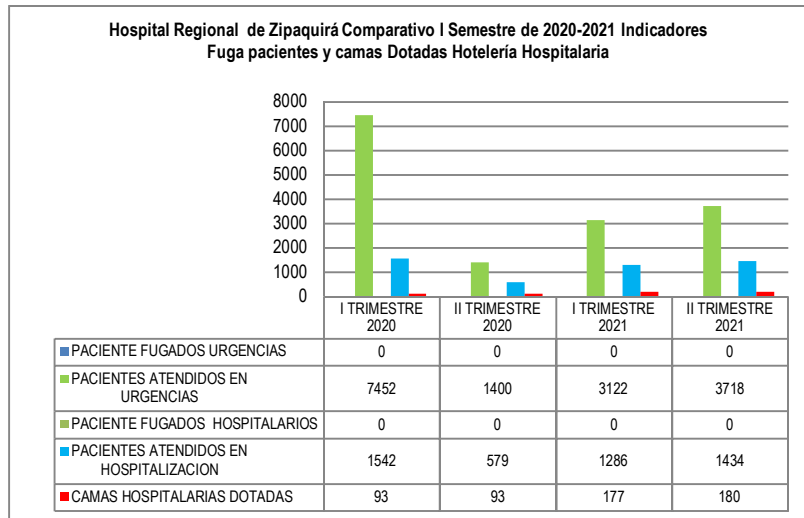
Fuente: Planillas de entrega de ropa hospitalaria 2021 y 2020 (Junio).

Gráfica No. 193
Comparativo 2020-2021 Porcentaje de adherencia a procedimiento de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias


Comparando el I semestre del año 2020 frente al I semestre del año 2021 no se presentó variación lo que indica que hay adherencia del procedimiento de limpieza y desinfección en todas las áreas del HRZ.

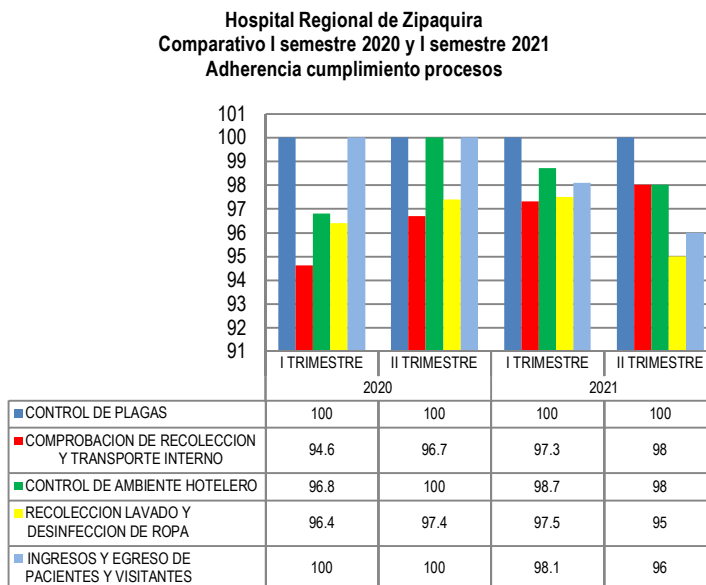
Fuente: Listas de chequeo del proceso hotelaría hospitalaria HRZ 2020- 2021

Gráfica No. 194
Comparativo 2020-2021 Indicadores del Proceso de Gestión Hotelería Hospitalaria



-Durante el I semestre de 202-2021 no se presentaron fugas de pacientes Hospitalizados y en el servicio de urgencias del Hospital Regional de Zipaquirá lo que indica que se está ofreciendo seguridad al paciente dentro de la estadia. Cumpliendo con la meta del 0.50 -Comparando el I semestre del 2020 con 2021 se evidencia un aumento en la tendencia que garantiza una mayor oportunidad en la atención y un servicio humanizado para los pacientes al ofrecer todas las camas dotadas desde el servicio de Hotelería Hospitalaria.

Gráfica No. 195
Comparativo 2020-2021 Comportamiento de Adherencia a Proceso de Hotelería Hospitalaria



Fuente: Listas de chequeo del proceso hotelería hospitalaria 2020-2021

En el proceso de ingresos y egresos de pacientes y visitantes del HRZ comparando el I semestre del año 2020 con 2021 se evidencia que disminuyó el 3% en la adherencia, en razón a lo anterior, se intensificará capacitaciones al personal.

8.26.- Atención al Usuario y su Familia

El segundo trimestre del año 2021 muestra un índice de satisfacción estable, con una percepción del 97% de satisfacción frente a los servicios recibidos. Es de destacar que las manifestaciones dadas por los usuarios resaltan

que la prestación del servicio es de un alto nivel humano y oportuno, teniendo en cuenta que la institución es un referente COVID-19 y que a pesar de todo se ha mejorado la comunicación e información de la salud de los pacientes hacia las familias. Con relación al comportamiento del mismo trimestre del año inmediatamente anterior se observa que también ha sido una constante y que en general los usuarios manifiestan estar satisfechos con los servicios recibidos en el Hospital Regional de Zipaquirá.

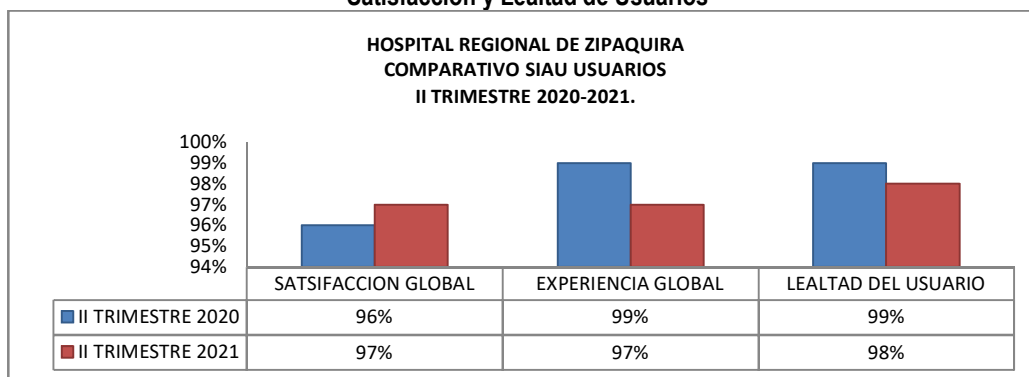
Tabla No. 162
PQRSFD

SIAU	TRIM II 2020	TRIM II 2021	VAR TRIM II 2020 Y 2021
CLASIFICACION PQRSFD			
Reclamos	38	54	42%
Felicitaciones	34	53	56%
Quejas	2	2	0%
Solicitudes información	26	26	0%
Sugerencias	1	1	0%
Denuncias	0	0	0%
Peticiones	19	19	0%
TOTAL	120	196	70%

Fuente: Informe SIAU 2021

Con respecto al comportamiento de PQRSFD durante el segundo trimestre de 2021 se presenta una variación positiva del 29% con respecto al año 2020, ya que en el primer trimestre del año 2020 es menor el número de manifestaciones recepcionadas, por la condiciones de ser una institución referente de COVID – 19 y la atención al público se vio afectada. Es de resaltar que los reclamos para el II trimestre del año 2021 se aumentaron por la falta de información de estado de salud del paciente a sus familiares, seguido por las felicitaciones con una variación positiva del 42%.

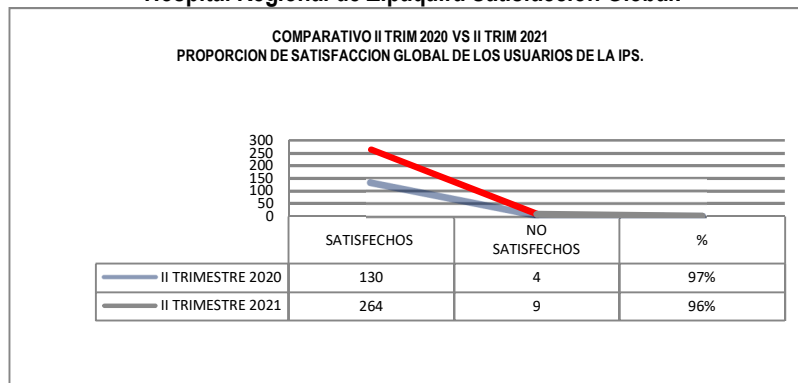
Grafica No. 196
Satisfacción y Lealtad de Usuarios



Fuente: Informe de SIAU – 2021

La percepción de los usuarios con relación al servicio recibido en el Hospital Regional de Zipaquirá es positiva con un porcentaje del 98% para el segundo trimestre de 2021, comparado con el primer trimestre del año 2020. Los usuarios manifiestan sentirse bien atendidos y con un apoyo personalizado, obteniendo una variación negativa del 1%, siendo esta una medida no representativa en comparación con la población total de pacientes atendidos en el hospital regional de Zipaquirá. Tanto en el primer trimestre de 2020, como en el primer trimestre de 2021, los resultados son muy similares. Se continua con la metodología de brindar información todos los días después de las 3 pm por vía telefónica , únicamente al responsable del paciente y se siguen realizando las video llamadas diariamente, siempre y cuando la dinámica de los servicios lo permita.

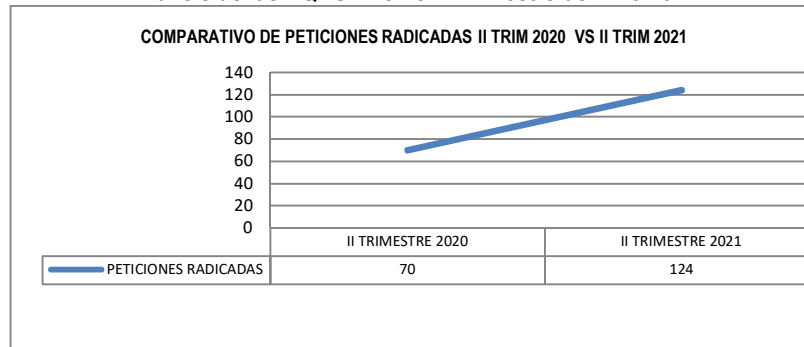
Grafica No. 197
Hospital Regional de Zipaquirá Satisfacción Global.



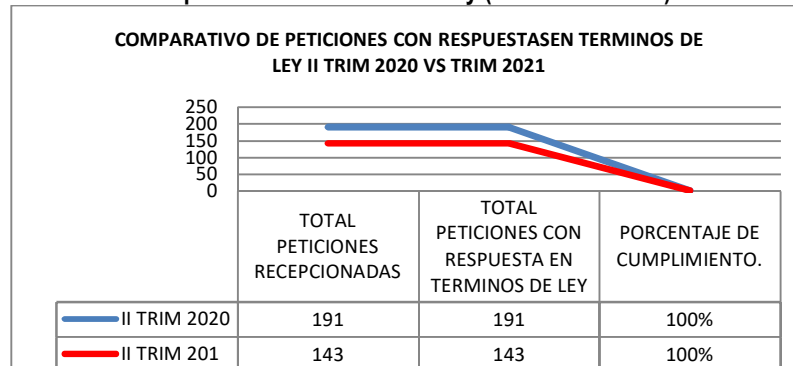
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial.

Analizando la gráfica anterior podemos observar que en el Hospital Regional de Zipaquirá, hubo una variación muy leve en lo que tiene que ver con la satisfacción global, la experiencia global y la lealtad del usuario, donde la percepción del usuario en relación al servicio recibido es muy satisfactoria. Aun cuando el indicador muestra un buen desempeño, se siguen presentando inconvenientes en la falta de adherencia a los mecanismos de información del estado de salud de los pacientes a los familiares por parte de algunos médicos tratantes, sin embargo por parte del servicio se refuerza diariamente que los servicios se comuniquen con las familias.

Grafica No. 198
Análisis de las PQRSDF en el II Trimestre del Año 2021.



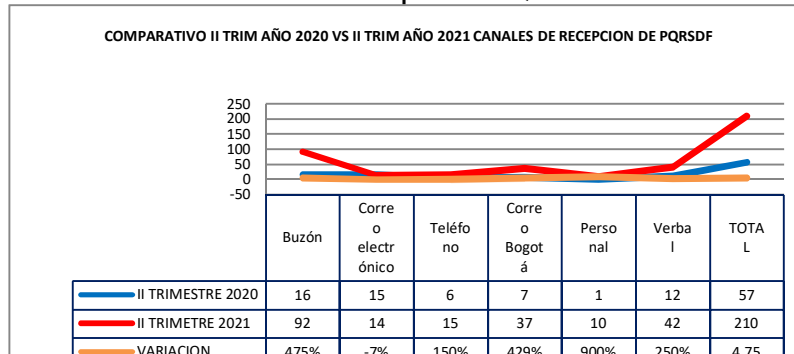
Grafica No. 199
Respuestas en Términos de Ley (Resolución 0256).



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial.

El análisis de la gráfica de oportunidad de respuesta en términos de ley, hay una constante entre el segundo trimestre del año 2020 y el segundo trimestre del año 2021, es importante anotar que en este indicador no tenemos ningún inconveniente con las respuestas oportunas.

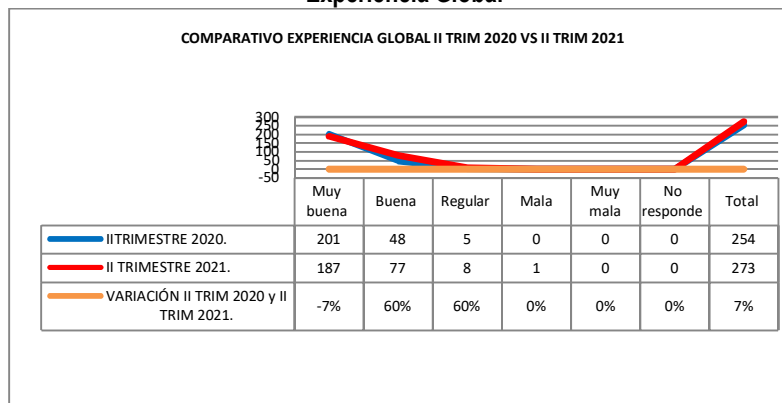
Gráfica No. 200
Canales de Recepción de PQRSDF.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial.

Para el segundo trimestre del año 2021 podemos destacar hubo un incremento positivo del 4.75% en las manifestaciones con relación al segundo trimestre del año 2020 siendo los buzones el medio más utilizado para que los usuarios se manifiesten, seguido está el correo institucional de Bogotá y en tercer lugar fue el correo electrónico del servicio de SIAU del Hospital Regional de Zipaquirá.

Gráfica No. 201
Experiencia Global



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial.

Analizando la gráfica anterior, podemos observar que la experiencia global percibida por los usuarios es de una calificación muy alta, con una variación positiva de un 7%, dándonos la confianza de seguir atendiendo a nuestros pacientes con los más altos estándares de calidad.

CAPITULO IX

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA

9.1.- Servicio de Urgencias

El servicio de urgencias cuenta con un consultorio de Triage, cinco consultorios de atención, una sala de reanimación, una sala de procedimientos menores, una sala ERA, una sala de hidratación y un área de hospitalización para observación con 12 camas, es de resaltar que la observación de pediátricos se realiza directamente en el servicio de pediatría.

Tabla No. 163

Comparativo de la producción de servicios en urgencias, Unidad Funcional de Zipaquirá, 1er. semestre de las vigencias 2018 al 2021.

URGENCIAS	2,018	2,019	2,020	2,021
Horas médico general programadas en urgencias	23,040	24,192	19,584	19,584
# pacientes clasificados como Triage 1	11	17	16	39
# pacientes clasificados como Triage 2	488	480	343	616
# pacientes clasificados como Triage 3	17,889	22,670	11,939	15,871
# pacientes clasificados como Triage 4	8,855	5,456	4,678	124
# pacientes clasificados como Triage 5	950	990	335	15
Total Triages	28,193	29,613	17,311	16,665
Total Consultas	18,388	23,167	12,298	16,526
Tiempo promedio de espera en minutos para consulta	30	37	30	36
Tiempo de espera en minutos atención Triage II	23	26	21	24
# procedimientos en urgencias	4,482	4,480	1,994	1,209
Pacientes código azul en urgencias	114	102	46	33
# transfusiones en urgencias	0	0	87	143
# de reingresos entre 24 y 72 horas después del egreso	481	90	52	45
Pacientes con soporte vital por más de 1 hora en urgencias	114	102	16	39

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

La cantidad de personas que se presentaron al servicio de urgencias para el semestre en observación en comparación con las vigencias 2018 y 2020 presenta un descenso del 37,7%. Por otro lado la cantidad de consultas efectivas realizadas en el servicio, presenta una tendencia al incremento, con respecto a las vigencias mencionadas, el incremento fue de 34,4%. Los procedimientos realizados en el servicio de urgencias, es decir, las pequeñas suturas, lavados gástricos, retiro de cuerpos extraños en cornea, lavado de oídos, etc., presentan un descenso del 39,4% menos al comparar con las vigencias de 2018 y 2020.

9.2.- Servicio de Consulta Externa

El área de consulta externa se cuenta con 56 consultorios. El centro de salud de Cogua cuenta con tres consultorios para atención médica, un consultorio para atención de enfermería y dos consultorios para atención odontológica. El puesto de salud de San Cayetano cuenta con dos consultorios para atención médica, uno para atención de enfermería y otro para atención odontológica. A continuación en la tabla 164 se encuentra la producción de servicios en lo referente a actividades de promoción y prevención incluidas la sede hospitalaria y los centros de salud de San Cayetano y Cogua.

Tabla No. 164

Comparativo de la producción de servicios en promoción y prevención Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud durante el primer semestre de las vigencias de 2018 al 2021.

CONCEPTO	2,018	2,019	2,020	2,021
Dosis de Biológicos Aplicados	18,012	18,994	20,138	20,583
Controles de Enfermería	2,831	2,747	1,657	1,223
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	13,114	11,695	6,599	7,309
Citologías Cervicovaginales	1,860	2,053	876	1,085
Actividades de Salud Pública	35,817	35,489	29,270	30,200

FUENTE: Oficina de Salud Pública, oficina de patología

Para el Primer Semestre de 2021, se observa en los biológicos aplicados un aumento del 2,2% en comparación con las vigencias pasadas de 2018 y 2020. Los controles de enfermería muestran una disminución del 26,2%, esto explicado a la baja en talento humano de Enfermería de Consulta Externa, sin embargo se evidencia aumento del 10,8% para otros controles de enfermería de PyD diferentes a la atención prenatal y el crecimiento y desarrollo, todo esto también debido a la actual pandemia del SARS COV-2 (COVID19). La tendencia observada en las citologías vaginales aumentó en un 23,9%. Esto obedece a la canalización efectiva de pacientes para la toma oportuna de Citologías a pesar de la actual pandemia del SARS COV-2 (COVID19). En tabla XX se encuentra la producción de servicios de medicina general en toda la Unidad Funcional Zipaquirá, se incluye la información de los centros de salud.

Tabla No. 165
Comparativo de la producción de servicios en medicina general Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud durante el primer semestre de las vigencias 2018 al 2021.

CONSULTA MEDICINA GENERAL	2,018	2,019	2,020	2,021
Horas médico programadas consulta	12,647	13,262	7,382	10,175
Capacidad de oferta	37,941	39,786	22,146	30,525
No de consultas agendadas	35,629	36,321	19,585	28,129
No de consultas asignadas	32,787	31,877	22,931	22,704
No de consultas realizadas	29,625	28,786	21,546	19,214
Consulta no realizadas por inasistencia del paciente	3,162	3,091	1,385	3,490
% Uso capacidad de oferta	78.1%	72.4%	97.3%	62.9%
% de inasistencia	9.6%	9.7%	6.0%	15.4%
Rendimiento hora médico consulta	2.3	2.2	2.9	1.9
Rendimiento hora médico consulta esperado	3.0	3.0	3.0	3.0

FUENTE: Oficina de Salud Pública, Oficina de estadística, software Dinámica Gerencial

Se evidencia un aumento del 37,8% en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, esto, dado a la oferta de más horas medico a pesar de algunas dificultades en contratación de recurso humano específicamente para la Unidad Funcional Zipaquirá y el Centro de Salud de Cogua y la actual pandemia; por consiguiente así mismo hay un aumento igual del 37,8% en la capacidad de oferta; esto se evidencio positivamente en la asignación de citas que aumentó en un 43,6%, pero la consulta efectivamente realizada disminuye en un 10,8%; esto impactó el desempeño en el rendimiento expresado en el indicador de rendimiento hora médico que disminuye en un 35,3.% comparado con la vigencia anterior. En la tabla XX se muestran la producción de servicios de medicina especializada.

Tabla No. 166
Comparativo de la producción de servicios en medicina especializada en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre durante las vigencias 2018 al 2021.

MEDICINA ESPECIALIZADA	2,018	2,019	2,020	2,021
Horas médico programadas en consulta	8,842	8,979	3,570	3,438
Capacidad de oferta	26,526	26,937	10,710	10,314
# de consultas agendadas	26,526	26,937	10,710	10,334
# de consultas asignadas	26,466	26,321	9,004	6,964
# de consultas especialistas	25,571	22,881	7,925	5,397
Consulta no realizadas por inasistencia del paciente	895	3,440	1,079	1,567
% Uso capacidad de oferta	96.4%	84.9%	74.0%	52.3%
% de inasistencia	3.4%	13.1%	12.0%	22.5%
Rendimiento hora médico consulta	2.9	2.5	2.2	1.6
Horas programadas procedimientos	689	781	539	1,152
# procedimiento programados	3,437	3,166	1,209	1,629
# procedimientos realizados	3,437	3,166	1,209	1,629
Procedimientos no realizados por inasistencia de paciente	0	0	0	0
% de realización de procedimientos	100%	100%	100%	100%
% de inasistencia	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Rendimiento hora médico procedimiento	5.0	4.1	2.2	1.4
Días espera asignación cita medicina general	1	1	1	5
Días espera asignación cita medicina interna	8	6	3	5
Días espera asignación cita pediatría	6	3	3	5
Días espera asignación cita cirugía	3	1	4	5
Días espera asignación cita ginecología	5	3	5	7
Días espera asignación cita obstetricia	2	2	5	6
días espera asignación cita anestesiología	0	0	0	4

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Con el traslado de varias de las especialidades al Hospital Regional de Zipaquirá y la actual pandemia SARS COV-2 (COVID-19); se evidencia un descenso en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia (3,7% menos); por otro lado la asignación tuvo una disminución del 22,7% en las citas asignadas, y así mismo se evidenció descenso del 31,9% en la cantidad de consultas realizadas. El porcentaje de inasistencia fue de un 22,5% lo que significó un aumento del 87,8% al compararlo con las vigencias anteriores; el rendimiento expresado en el indicador de rendimiento hora médico para el mes en mención se encuentra en 1,6.

9.3.- Servicio de Hospitalización

El área de hospitalización para el año 2021 cuenta con 76 camas distribuidas así: En ginecología y obstetricia 18 camas, en pediatría 10 camas, en neonatos 6 cunas y 6 incubadoras, en medicina interna (tercer piso) 19 camas y en quirúrgicas (segundo piso) 17 camas. El comportamiento de los indicadores de hospitalización se observan en la tabla No. 167.

Tabla No. 167

Comparativo de la producción de servicios en el área de hospitalización en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2018 al 2021.

HOSPITALIZACIÓN	2,018	2,019	2,020	2,021
NRO CAMAS	92	102	81	102
DIA CAMA DISPONIBLE	16,584	18,389	13,706	13,620
Total de Egresos	3,200	3,566	2,647	2,254
NO QUIRURUGICOS	1,607	1,822	1,122	1,041
OBSTETRICOS	1,066	1,169	1,203	834
QUIRURUGICOS	527	575	322	379
NRO DIAS CAMA OCUPADA	12,108	13,208	7,900	8,525
NRO DIAS ESTANCIA EGRESOS	12,248	14,385	9,210	9,156
NRO DE REINGRESOS	10	18	6	2
% OCUPACIONAL	73.0%	71.8%	57.6%	62.6%
PROMEDIO DIA ESTANCIA	3.8	4.0	3.5	4.1
GIRO CAMA	2.9	2.9	2.7	1.8
PARTOS POR CESAREA	170	161	280	202
PARTOS VAGINALES	516	530	609	482
% DE CESAREAS	24.8%	23.3%	31.5%	29.5%
TOTAL PARTOS	686	691	889	684

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Se evidencia que los días camas disponibles disminuyen levemente en un 0,6% y los días cama ocupado aumentaron de igual forma en un 7,9%. Aunque se ha evidenciado temporalmente una tendencia oscilante en aumento durante el periodo de observación de los egresos hospitalarios, para el semestre en observación se evidencia un descenso del 14,8%, a expensas de los egresos quirúrgicos (17,7% más), de los no quirúrgicos (7,2% menos) y en los egresos obstétricos (30,7% menos).

El porcentaje ocupacional ha tenido una tendencia global al aumento, para el semestre en observación se evidencia un aumento leve (8,6% más) por el ajuste del número de camas habilitadas; el promedio día estancia se observa en 4.1 día estancia, lo que evidencia una tendencia al aumento del 16,7% más, el giro cama se observa en 1,8 es decir se presentó un descenso del 32,4% menos. El porcentaje de cesáreas disminuyó en un 6,2% y de partos realizados independientemente de la vía de atención disminuyó en un 23,1% menos.

9.4.- Servicio de Sala de Partos

La unidad funcional cuenta con una sala para atención del parto.

Tabla No. 168

Comparativo de la producción de servicios en el área quirúrgica por número de procedimientos realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2018 al 2021.

QUIROFANOS	2,018	2,019	2,020	2,021
DIAS ESPERA CIRUGIA ELECTIVA	3.4	4.7	0.6	0.8
Ginecología	4	8	5	4
LEGRADOS	141	124	157	225
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	1,439	1,520	520	526

FUENTE: Departamento de estadística, salas de cirugía, software Dinámica Gerencial

9.5.- Servicio de Salas de Cirugía

El área de quirúrgica cuenta con 5 salas de cirugía de las cuales sólo dos están habilitados. En la tabla XX se observa el comportamiento en cuanto al número de procedimientos quirúrgicos.

Tabla No. 169

Comparativo de la producción de servicios en el área quirúrgica por número de procedimientos realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2018 al 2021.

QUIROFANOS	2,018	2,019	2,020	2,021
NUMERO DE QUIROFANOS	2	2	2	2
NUMERO HORAS QUIROFANO PROGRAMADAS EN CIRUGIA ELECTIVA	1,210	1,210	1,200	1220
NUMERO HORAS QUIROFANO UTILIZADAS EN CIRUGIA ELECTIVA Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas	966	732	285	257
HORAS DISPONIBLES DE QUIROFANO PARA URGENCIAS	4,344	4,344	4,368	4344
HORAS UTILIZADA DE QUIROFANO EN URGENCIAS Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugía de urgencias	1,298	991	260	215
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	1,210	1,210	1,200	1220
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	4,344	4,344	4,368	4344
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	1,210	1,210	1,200	1220
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	4,344	4,344	4,368	4344
Total Intervenciones	2,094	1,920	939	1019
ELECTIVA CON ESTANCIA	70	91	37	43
AMBULATORIAS	920	687	48	38
URGENTES	1,104	1,142	854	938
NRO DE PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS REALIZADAS	2,094	1,920	937	1018
GENERAL	850	780	314	148
REGIONAL	603	503	578	643
LOCAL	641	572	45	32
otro	0	65	0	195
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX PROGRMADA	0.8	0.6	0.1	0.1
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX URGENCIAS	0.3	0.3	0.2	0.2
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA CIRUJANO CX PROGRMADA	0.8	0.6	0.1	0.1
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA ANESTESIOLOGO CX PROGRMADA	0.8	0.6	0.1	0.1
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EN SALAS DE CIRUGIA POR GRUPO QX	4,105	4,010	1,300	1261
2	95	80	4	0
3	446	534	86	95
4	259	279	181	233
5	314	362	62	17
6	325	265	187	181
7	507	556	258	310
8	616	420	340	282
9	365	369	76	63
10	862	904	58	13
11	25	21	6	6
12	37	33	9	2
13	65	61	8	19
20	189	125	25	40

QUIROFANOS	2,018	2,019	2,020	2,021
23	0	1	0	0
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EQUIVALENTES	2,454	2,312	657	0
No PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR CIRUGIA	2.0	2.1	1.4	1.2
NRO CIRUGIAS PROGRAMADAS	990	778	85	81
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA AMBULATORIA	50	70	46	37
CLASIFICACION DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS LIMPIAS	772	641	65	46
LIMPIAS CONTAMINADAS	1,145	1,093	785	864
SUCIAS	139	155	77	101
INFECTADAS	38	31	0	0
DIAS ESPERA CIRUGIA ELECTIVA	3.4	4.7	0.6	0.8
Cirugía General	5	5	2	3
Ortopedia	4	4	0	0
Ginecología	4	8	5	4
OTORRINOLARINGOLOGIA	4	5	0	0
UROLGIA	5	7	0	0
MAXILOFACIAL	3	4	0	0
OFTALMOLOGIA	5	6	0	0
CIRUGIA PLASTICA	3	3	0	0
CIRUGIA VASCULAR	6	11	0	0
ODONTOLOGIA INTEGRAL	3	3	1	3
Otros procedimientos anestésicos en salas	0	0	0	0
LEGRADOS	141	124	157	225
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	1,439	1,520	520	526
...Cirugías grupos 7-10	2,350	2,249	732	668
...Cirugías grupos 11-13	127	115	23	27
...Cirugías grupos 20-23	189	126	25	40
Total Procedimientos	4,105	4,010	1,300	1261

FUENTE: Departamento de estadística, salas de cirugía, software Dinámica Gerencial

Se evidencia una tendencia al incremento en el total de personas a quienes se les realizó una intervención quirúrgica durante el periodo de observación del 8,5%, debido al aumento de demanda en atención de pacientes, sin embargo los procedimientos quirúrgicos presentan una pequeña disminución del 3%. El tipo de anestesia mayormente utilizado es la anestesia regional, luego la general, y finalmente la local. La tendencia del indicador de porcentaje de cirugías canceladas se encuentra en 0% debido a las cirugías programadas se han realizado efectivamente. El tiempo de oportunidad para cirugía programada se ubicó en 0,6 días en el semestre observado, lo que representa un aumento del 42,5% más que las vigencias anteriores. En cuanto al tiempo programado para cirugía electiva vale la pena mencionar que la Unidad Funcional Zipaquirá cuenta con dos salas de cirugía con todos los elementos necesarios para funcionar, de lunes a viernes de 7 am. A 7 pm, cuenta con dos equipos quirúrgicos, uno para cirugía programada y otro para urgencias, las restantes doce horas sólo se cuenta con un equipo quirúrgico encargado de las urgencias.

9.6.- Servicio de Laboratorio Clínico

Contamos con un laboratorio clínico de segundo nivel, perfectamente dotado en infraestructura y en equipamiento, en la tabla XX se evidencia el comportamiento del laboratorio clínico.

Tabla No. 170

Comparativo de la Producción de servicios en el laboratorio clínico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2018 al 2021.

LABORATORIO CLÍNICO	2,018	2,019	2,020	2,021
# Exámenes de laboratorio Hospitalización	19,298	24,824	18,111	19,899
# Exámenes de laboratorio Externos	54,715	54,161	25,895	42,294
# Exámenes de laboratorio Urgencias	47,372	53,375	37,359	53,165
# EXÁMENES DE LABORATORIO TOTALES	121,385	132,360	81,365	115,358
EXÁMENES REALIZADOS	121,385	132,360	81,365	115,358
COAGULACIÓN	3,704	4,303	2,343	3,788
HEMATOLOGÍA	17,959	19,906	12,433	15,762
INMUNOHEMATOLOGÍA	1,622	1,830	1,852	1,994
INMUNOLOGÍA	2,665	3,175	2,653	3,283
MICROBIOLOGÍA	8,392	9,518	3,347	3,791
PARASITOLOGÍA	1,485	1,445	799	2,150

LABORATORIO CLÍNICO	2,018	2,019	2,020	2,021
QUÍMICA	60,345	65,642	38,451	59,680
ESPECIALES	7,508	8,796	7,062	7,579
REMISIONES ESPECIALES	7,925	7,368	7,232	6,042
UROANÁLISIS	9,780	10,377	9,262	11,289
EXÁMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN	19,514	24,820	16,471	19,899
Medicina Interna	7,891	10,321	5,463	7,751
Cirugía	2,796	3,466	3,019	3,024
Ginecología y Obstetricia	6,183	8,411	6,060	5,718
Ortopedia	186	11	0	0
Pediatría	986	1,163	566	1,007
Recién Nacidos	1,405	1,280	1,309	2,378
otras	67	168	54	21

FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

De manera global se observa un aumento del 41,8% en los exámenes solicitados y realizados en la Unidad Funcional Zapaquirá, esto explicado por el aumento del volumen de atenciones en los servicios ofertados; de manera más detallada en Urgencias se obtuvo un aumento del 42,3% más, en Hospitalización fue un 9,9% y en Consulta Externa fue de 63,3% más. En cuanto a los servicios de Hospitalización los que más solicitan laboratorios son Medicina Interna, Ginecología y Cirugía explicado por el volumen, la complejidad y comorbilidades de dichos pacientes. La oportunidad en la entrega de resultados se encuentra dentro de lo esperado para el nivel de complejidad.

9.7.- Unidad Transfusional

Tabla No. 171

Comparativo de la producción de servicios en el puesto fijo de recolección de sangre de la Unidad Funcional de Zapaquirá, primer trimestre de las vigencias 2019 al 2021.

UNIDAD FIJA DE RECOLECCIÓN DE SANGRE	2,019	2,020	2,021
JORNADAS DE RECOLECCIÓN REALIZADAS	6	3	8
UNIDADES RECOLECTADAS	177	91	228
UNIDADES ENTREGADAS ZAPAQUIRA	254	159	341
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	200	110	254
UNIDADES DE PLAQUETAS	43	25	64
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	11	24	23
UNIDADES TRASFUNDIDAS ZAPAQUIRA	216	90	152
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	156	66	123
UNIDADES DE PLAQUETAS	46	24	20
UNIDADES TRASFUNDIDAS POR SERVICIO	216	90	152
URGENCIAS	27	38	92
CIRUGIA	44	8	21
PEDIATRIA	2	0	0
MEDICINA INTERNA	1	0	0
GINECOLOGIA	97	18	19
SALAS DE CIRUGIA	45	26	20
No UNIDADES CRUZADAS	224	147	296
No PACIENTES TRASFUNDIDOS	69	32	56

FUENTE: Departamento de estadística, puesto fijo de recolección de sangre

Con el paso del tiempo se ha incrementado paulatinamente las jornadas de recolección de unidades, a pesar de la actual emergencia sanitaria del SARS COV-2 (COVIV-19) para el primer trimestre del año 2021 se pudieron realizar en total 8 jornadas de recolección de sangre, lo que significó un aumento del 166,7% en comparación con las vigencias de 2019 y 2020. Se registra un aumento del 68,9% en las unidades transfundidas, especialmente lo concerniente a plaquetas y glóbulos rojos congelados; por servicios los que disminuyeron fueron Salas de Cirugía (23,1% menos); y los servicios que aumentaron fueron Urgencias (142,1% más), Cirugía General (162,5% más) y Ginecología (5,6% más); para el trimestre en observación hay un aumento del 192,9% en las unidades vendidas debido a contratación con otras instituciones de salud. Se evidencia que para el mes en observación se desecharon 2 unidades las cuales básicamente fueron desechadas por vencimiento de las mismas.

9.8.- Servicio de Imagenología

Contamos con un servicio de radiología convencional y ecografías para consulta externa, hospitalización y urgencias. En la tabla xx se observa el comportamiento del servicio de apoyo diagnóstico de imágenes.

Tabla No. 172

Comparativo de la producción de servicios en apoyo diagnóstico de imágenes en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2018 al 2021.

IMAGENOLOGÍA	2,018	2,019	2,020	2,021
Ecografías realizadas consulta externa	2,749	2,717	1,549	1,943
Ecografías realizadas hospitalización	871	946	628	687
Ecografías realizadas urgencias	2,477	2,731	1,867	3,761
Ecografías	6,097	6,394	4,044	6,391
Oportunidad ecografía en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	4	4	4	4
Radiografías realizadas consulta externa	2,879	4,622	1,075	2,619
Radiografías realizadas hospitalizados	489	537	265	337
Radiografías realizadas urgencias	8,195	9,106	4,743	6,746
Radiografías	11,563	14,265	6,083	9,702
Oportunidad radiografías en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	1	1	1	1

FUENTE: Servicio de radiología, software Dinámica Gerencial

Se observan incrementos en la totalidad de ecografías (58% más) así como también en las radiografías realizadas se evidencia un aumento (59,5% más) durante el periodo en observación. En ecografías se evidencia la siguiente tendencia de aumento: Urgencias (101,4% más), Hospitalización (9,4% más) y Consulta Externa (25,4% más) por el aumento en la demanda de pacientes, así mismo en radiología básica se evidencia la siguiente tendencia de aumento: Urgencias (42,2% más), Hospitalización (27,2% más) y Consulta Externa (143,6% más).

9.9.- Servicio de Terapia Física

Para el apoyo terapéutico en la Unidad Funcional Zipaquirá, se cuenta con los servicios de: Terapia Física.

Tabla No. 173

Producción de servicios para el Apoyo Terapéutico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2019 al 2021.

TERAPIAS	2,018	2,019	2,020	2,021
TERAPIAS FISICA SESIONES	6,987	6,129	1,397	2,308
Sesiones Hospitalización	67	88	75	69
Sesiones Externas	5,169	4,821	1,302	2,120
TOTAL SESIONES	5,236	4,909	1,377	2,189

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Para las terapias respiratorias se evidencia una disminución del 39,3% menos. En cuanto a las terapias físicas se evidencia un aumento del 65,2% más; esto debido a la canalización de pacientes y al ingreso de estudiantes de Fisioterapia quienes apoyan de forma colaborativa y positiva este servicio, y para las terapias de lenguaje se evidencia un descenso del 18,5% menos. (Vale la pena aclarar que las terapias respiratorias solo se están prestando en Hospitalización y las terapias físicas y de lenguaje únicamente se prestan en Consulta Externa secundario a las restricciones previamente citadas).

9.10.- Servicio de Terapia Respiratoria

Para el apoyo terapéutico en la Unidad Funcional Zipaquirá, se cuenta con los servicios de: Terapia Respiratoria,

Tabla No. 174

Producción de servicios para el Apoyo Terapéutico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2019 al 2021.

TERAPIAS	2,018	2,019	2,020	2,021
TERAPIAS RESPIRATORIA SESIONES	13,563	9,633	7,046	4,275
Sesiones Hospitalización	4,157	5,158	2,644	4,275
Sesiones Urgencias	310	417	223	0
Sesiones Externas	1,303	1,219	1,897	0
TOTAL PROCEDIMIENTOS	5,770	6,794	1,315	4,275

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Para las terapias respiratorias se evidencia una disminución del 39,3% menos. En cuanto a las terapias físicas se evidencia un aumento del 65,2% más; esto debido a la canalización de pacientes y al ingreso de estudiantes de Fisioterapia quienes apoyan de forma colaborativa y positiva este servicio, y para las terapias de lenguaje se evidencia un descenso del 18,5% menos. (Vale la pena aclarar que las terapias respiratorias solo se están prestando en Hospitalización y las terapias físicas y de lenguaje únicamente se prestan en Consulta Externa secundario a las restricciones previamente citadas).

9.11.- Servicio de Fonoaudiología

Para el apoyo terapéutico en la Unidad Funcional Zipaquirá, se cuenta con los servicios de: Terapia del Lenguaje.

Tabla No. 175

Producción de servicios para el Apoyo Terapéutico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2019 al 2021.

TERAPIAS	2,018	2,019	2,020	2,021
TERAPIA LENGUAJE SESIONES	1,689	1,202	709	578
SESIÓ.C.EXTERNA (consultas)	1,623	1,135	641	464
SESIÓ.C.EXTERNA (procedimientos)	648	0	0	0
ORD.HOSPITALIZACIÓN	50	47	50	100
SESI. HOSPITALIZACIÓN (interconsulta)	66	67	68	114
TOTAL PROCEDIMIENTOS	1,595	1,866	31	806

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Para las terapias respiratorias se evidencia una disminución del 39,3% menos. En cuanto a las terapias físicas se evidencia un aumento del 65,2% más; esto debido a la canalización de pacientes y al ingreso de estudiantes de Fisioterapia quienes apoyan de forma colaborativa y positiva este servicio, y para las terapias de lenguaje se evidencia un descenso del 18,5% menos. (Vale la pena aclarar que las terapias respiratorias solo se están prestando en Hospitalización y las terapias físicas y de lenguaje únicamente se prestan en Consulta Externa secundario a las restricciones previamente citadas).

9.12.- Presupuesto

Tabla No. 176
Ingresos – ESE Hospital Universitario de La Samaritana Hospital Unidad Funcional Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2019			AÑO 2020			AÑO 2021			Var. aprob 2020/2021	var. recono 2020/2021	Var rec 2020/2021
	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO			
DISPONIBILIDAD INICIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%	0%
INGRESOS CORRIENTES	25.049	18.344	3.202	13.775	9.497	3.355	17.434	12.183	3.555	27%	28%	6%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	24.649	18.338	3.196	13.775	9.485	3.343	17.434	12.178	3.550	27%	28%	6%
...OTROS INGRESOS	-	6	6	-	12	12	-	5	5	0%	-62%	-62%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	400	0	0	0	0	0	-	-	-	0%	0%	0%
INGRESOS DE CAPITAL	0	0	0	0	0	0	-	-	-	0%	0%	0%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	9.342	9.505	9.505	12.528	7.296	7.296	12.005	3.369	3.369	-4%	-54%	-54%
TOTAL INGRESOS	34.391	27.849	12.707	26.304	16.794	10.651	29.439	15.552	6.924	12%	-7%	-35%

Cifras en Millones de Pesos - Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de Junio

El presupuesto de ingresos de la vigencia 2021 ha aumentado con respecto a 2020 en un 12%, por incremento en la apropiación de las ventas de servicios de salud, sin embargo el recaudo ha disminuido en un 35%, refleja un menor recaudo de ventas de servicios de la vigencia y de vigencias anteriores.

Tabla No. 177
Gastos – ESE Hospital Universitario de La Samaritana Hospital Unidad Funcional Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2019				AÑO 2020				AÑO 2021				variación compromisos 2020/2021	variación pagos 2020/2021
	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	28.810	17.090	12.154	9.933	20.411	14.856	9.385	7.600	23.927	14.903	10.114	8.182	0%	8%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	2.918	2.057	523	348	2.208	1.291	883	268	2.571	1.753	686	208	36%	-23%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	2.664	2.262	2.058	1.808	3.684	3.354	2.730	2.077	2.941	2.764	2.303	1.880	-18%	-9%
TOTAL GASTOS	34.391	21.409	14.736	12.089	26.304	19.501	12.997	9.945	29.439	19.420	13.103	10.269	0%	3%

Cifras en Millones de Pesos - Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de Junio

En el Presupuesto de gastos aprobado aumento en gastos de funcionamiento teniendo en cuenta que a esta fecha se tiene estimado para la vigencia 2021 y en el año 2020 era menor, realizándose una adición de este presupuesto en el mes de agosto. Los gastos de operación comercial y prestación de servicios comprometidos crecen teniendo en cuenta el mayor valor en compra de insumos como medicamentos, material médico quirúrgico, entre otros.

9.13.- Mercadeo y Contratación

Tabla No. 178
Valores Contratados 2019 a 2021 II Trimestre Acumulado U.F. Zipaquirá

Cifras en Millones de pesos

CONSOLIDADO POR TRIMESTRES UNIDAD FUNCIONAL						
	2019	%	2020	%	2021	%
I TRM	5.859	20%	4.049	47%	5.806	48%
II TRM	8.151	28%	4.540	53%	6.213	52%
III TRIM	8.380	29%	5.657	66%		
IV TRIM	6.354	22%	5.674	66%		
TOTAL	28.744	100%	8.589	232%	12.018	100%

Fuente: Informes de Gestión años 2019 a 2021 – Matriz de contratación año 2021 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2021

La unidad funcional de Zipaquirá, presta servicios de I Nivel y es evidente los resultados parecidos al hospital regional en el año 2020 aportando un 44% en las ventas total del Hospital Universitario la Samaritana. Un punto favorable para esta sede es la contratación oportuna con las alcaldías Municipales de Cogua, San Cayetano y Zipaquirá activando nuevamente la prestación del servicio en actividades del plan de intervenciones colectivas.

Tabla No. 179
Convenios interadministrativos suscritos de Abril a Junio 2021 con las Alcaldías Municipales de Cogua, San Cayetano y Zipaquirá

N° CONVE- NIO	OBJETO	SEDE	VALOR
CONTRATO 148 / 2021	Contrato interadministrativo para ejecutar las acciones del plan de Intervenciones Colectivas en el Marco del plan de Acción en salud en el Municipio de Cogua	UNIDAD FUNCIONAL DE LA SAMARITANA	\$ 128.000.000
CONTRATO 002 / 2021	Presente de servicios para la ejecución de las actividades de promoción y prevención programadas en el plan de acción de la salud vigencia 2021 en el municipio de san Cayetano Cundinamarca	UNIDAD FUNCIONAL DE LA SAMARITANA	\$ 61.600.000
CONTRATO 282 / 2021	Prestación de servicios para la realización de las actividades del plan de salud pública de Intervenciones colectivas PIC, en su línea operativa promoción de la salud en las dimensiones vida saludable y condiciones no transmisibles convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud del Municipio de Zipaquirá para la vigencia 2021	UNIDAD FUNCIONAL DE LA SAMARITANA	\$ 257.000.000
CONTRATO 115 / 2021	Prestación de servicios para la realización de las actividades del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PIC vida saludable y enfermedades transmisibles y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud del Municipio de Zipaquirá para la vigencia 2021	UNIDAD FUNCIONAL DE LA SAMARITANA	\$ 147.000.000

Fuente: Matriz de contratación convenios año 2021 y minutas suscritas 2021.

9.14.- Facturación

Tabla No. 180
Comparativo Venta de servicios de salud II Trimestre E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana vigencias 2018 - 2021

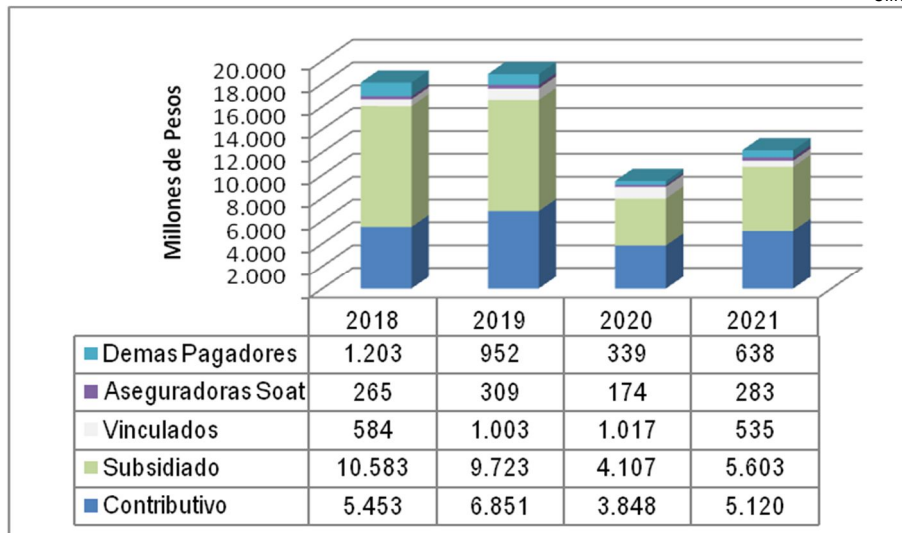
Cifras en Millones de pesos

COMPARATIVO VENTA DE SERVICIOS DE SALUD II TRIMESTRE E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA VIGENCIAS 2018 - 2021				
Centro de Atención HUS	2018	2019	2020	2021
Hospital Universitario de La Samaritana	57.191	59.980	43.407	53.338
HUS - Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá	0	2.457	15.905	34.964
HUS - Unidad Funcional de Zipaquirá	18.088	18.838	9.485	12.178
Total General	75.279	81.275	68.797	100.480

Fuente: Sistema de Información – Modulo Contable – Software Dinámica Gerencial

Gráfica No. 202
Facturación por Régimen HUS – Unidad Funcional Zipaquirá II Trimestre
vigencias 2018 - 2021

Cifras en Millones de pesos

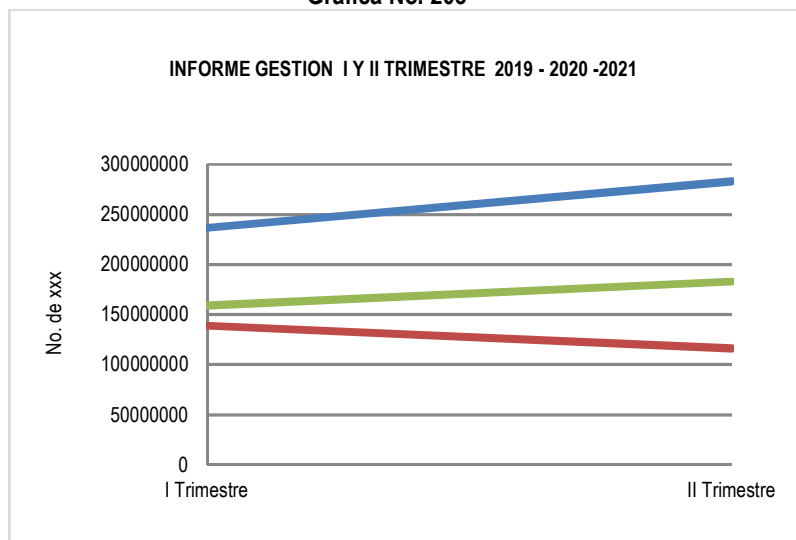


Fuente: Sistema de Información – Modulo Contable – Software Dinámica Gerencial

Tabla No. 181
Facturación y Recaudo

	I Trimestre	II Trimestre
Año 2019	\$ 236.604.140,00	\$ 283.162.500,00
Año 2020	\$ 139.029.412,00	\$ 116.216.050,00
Año 2021	\$ 159.060.297,00	\$ 182.913.111,00

Gráfica No. 203



9.15.- Costos

Tabla No. 182
Unidad Funcional de Zipaquirá Costos

Cifras en Millones

	2019	2020	%VAR	2021	\$VAR	%VAR
MANO DE OBRA	8.711	6.004	-31%	6.543	539	9%
INSUMOS	1.067	694	-35%	713	19	3%
GASTOS GENERALES	3.011	487	-84%	473	-14	-3%
DEPRECIACION	86	81	-6%	250	169	210%
COSTOS INDIRECTOS	2.268	4.638	104%	4.360	-278	-6%
TOTAL COSTOS DE VENTAS	15.143	11.903	-21%	12.339	435	4%
GASTOS ADMON	1.692	1.847	9%	2.135	288	16%
TOTALES	16.835,10	13.750,60	-18%	14.473,52	723	5%
VENTAS ZIPAQUIRA	18.837,99	9.485,20	-50%	12.178,20	2.693,00	28%

En el análisis comparativo consolidado de la Unidad Funcional de Zipaquirá por rubros de costos de los años 2020 vs 2021 se presentaron un aumento general en el **Total Costos de Ventas** esto se debe al aumento en la mano de obra ya que entro en operación la vacunación COVID-19 y digitación y también la apertura de las consultas externas en cual en el periodo anterior se debieron suspender como un aumento en la depreciación todo esto por esto fue al ingreso de los activos fijos ya que en los periodos anteriores no se tenían en cuenta. Se ve un aumento en la **VENTAS** presentadas de un periodo a otro por lo expuesto anteriormente.

9.16.- Contabilidad

Tabla No. 183
Estado de Resultados Unidad Funcional de Zipaquirá

ESTADO DE RESULTADOS CON CORTE A JUNIO DE 2019-2021						
CUENTA	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ					
	2019	2020	2021	inc o dis \$ 2020-2021	%	
43 INGRESOS OPERACIONALES	18.838	9.485	12.178	2.693	28	
63 COSTO DE VENTAS	15.143	11.903	12.339	435	4	
UTILIDAD BRUTA	3.695	(2.418)	(161)	2.258	-93	
51 GASTOS ADMINISTRATIVOS	1.692	1.847	2.135	288	16	
53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	861	2.015	987	(1.028)	0	
UTILIDAD OPERACIONAL	1.142	(6.280)	(3.282)	2.998	-48	
44 TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	-	-	-	-	0	
48 OTROS INGRESOS	26	311	93	(218)	-70	
58 OTROS GASTOS	892	56	160	105	189	
UTILIDAD DEL EJERCICIO	275	(6.025)	(3.350)	2.675	-44	

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) - (Cifras Millones de Pesos)

En la vigencia Junio de 2021 la Unidad funcional Zipaquirá nos arroja el siguiente comportamiento frente a la vigencia Junio de 2020

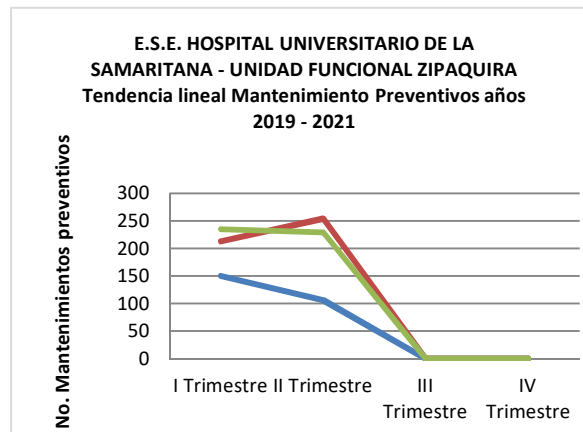
- Las ventas aumentan en un 28% por valor de \$2.693 millones, por reactivación de servicios ambulatorios y cirugías programadas en esta sede.
- Los costos aumentan en \$435 millones equivalente al 4% cuyo valor es equilibrado con las ventas del periodo.
- Los gastos de administración se incrementan en un 16%
- Los otros gastos aumentan en \$105 millones equivalente a un 189% que ocurren principalmente por la aceptación de glosa.
- Se presenta un déficit en el periodo de - \$3.350 millones de pesos.

9.17.- Infraestructura

Indicador de Porcentaje de Cumplimiento de Mantenimientos Preventivos

Tabla No. 184 Grafica No. 204
Porcentaje de cumplimiento mantenimiento preventivo segundo trimestre de los años 2021-2020-2019

Indicador: Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo	Descripción					
	I TRIM 2019	I TRIM 2020	I TRIM 2021	II TRI 2019	II TRI 2020	II TRI 2021
Nº actividades de mantenimiento preventivo ejecutadas	150	213	235	106	254	229
Número de actividades de mantenimiento preventivo programadas	150	213	235	106	254	229
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Resultado indicador	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Interpretación	Excel ente	Excel ente	Excel ente	Excel ente	Excel ente	Excel ente



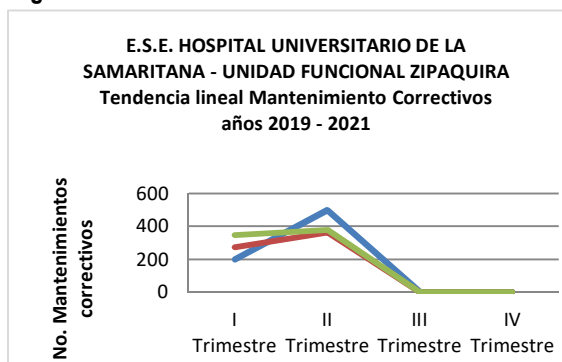
Fuente: Plan de mantenimiento hospitalario 2021.

En el análisis se incluye datos de metas del 90% e interpretación con resultado favorable de los Mantenimientos Preventivos para el segundo trimestre los cuales se han realizado de acuerdo a lo programado con la circular 029 ha sido muy eficiente la implementación del plan padrino por áreas y el programa rotativo de pintura el cual ha tenido un impacto favorable y una muy buena acogida por los clientes internos y externos.

Indicador de Porcentaje de Cumplimiento de Mantenimientos Correctivos

Tabla No. 185 Grafica No. 205
Porcentaje de cumplimiento mantenimiento correctivo segundo trimestre de los años 2019- 2020- 2021

Indicador	Porcentaje de cumplimiento al mantenimiento correctivo	DESCRIPCIÓN					
		I TRIM 2019	I TRIM 2020	I TRIM 2021	II TRI 2019	II TRI 2020	II TRI 2021
Nº mantenimientos correctivos ejecutados		200	272	346	499	364	379
Nº mantenimientos correctivos solicitados		200	272	346	499	364	379
Meta		90%	90%	90%	90%	90%	90%
Resultado indicador		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Interpretación		Excele nte	Excele nte	Excele nte	Excele nte	Excel ente	Excel ente



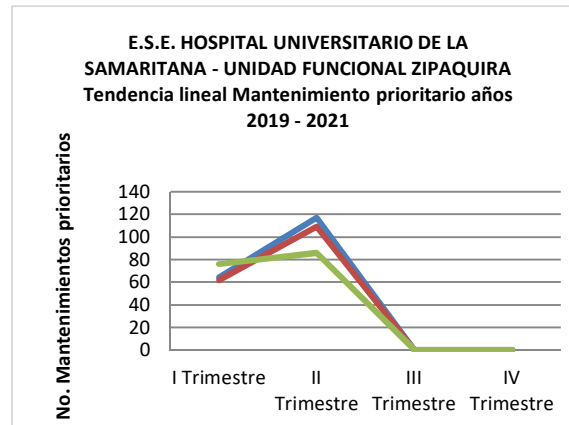
Fuente: Plan de mantenimiento hospitalario 2021

En el indicador de mantenimientos correctivos se ajustó a partir del año 2019 donde se estaba teniendo en cuenta los mantenimiento preventivos vs correctivos en una sola gráfica y no se estaba analizando eficientemente, por tal razón cabe destacar que los mantenimientos correctivos han disminuido con relación a los anteriores años del II trimestre, debido a que se están realizando mantenimiento preventivos programados.

Tabla No. 186 Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento prioritario segundo trimestre de los años 2019- 2020- 2021

Indicador	Porcentaje de cumplimiento al mantenimiento prioritario	Descripción					
		I TRIM 2019	I TRIM 2020	I TRIM 2021	II TRIM 2019	II TRIM 2020	II TRIM 2021
Nº solicitudes de mantenimiento prioritario resueltas en el tiempo estipulado (1 día)		64	62	76	117	109	86
Nº solicitudes de mantenimiento prioritario recibidas		111	70	80	175	121	93
Meta		90%	90%	90%	90%	90%	90%
Resultado indicador		58%	89%	95%	67%	90%	92%
Interpretación		Muy bajo	Bajo	Bueno	Muy bajo	Bueno	Bueno

Grafica No. 206



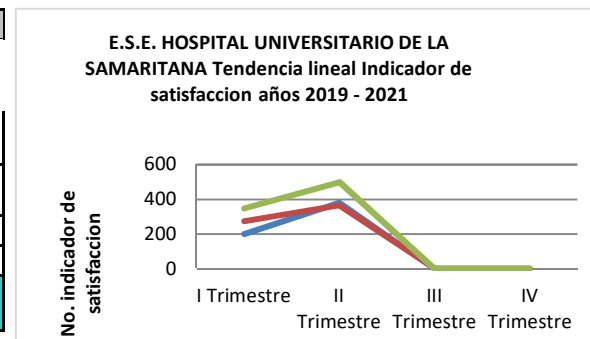
Fuente: Plan de mantenimiento hospitalario 2021

En este indicador de cumplimiento prioritario muestra que en un promedio de 92 % se cumple con la solución de solicitudes prioritarias para lo que va corrido del año 2021, se debe seguir trabajando con la eficiencia del servicio prioritario. Algunas solicitudes no se realizaron en el tiempo por disponibilidad de insumos, pero se solucionan después del día, para lo que va corrido del año la respuesta a los prioritarios ha sido más oportuna con una interpretación bueno.

Tabla No. 187 Promedio de calificación de satisfacción en la solución de mantenimientos segundo trimestre de los años 2019- 2020- 2021

Indicador	Porcentaje de satisfacción en la respuesta a las solicitudes	Descripción					
		I TRI 2019	I TRI 2020	I TRI 2021	II TRI 2019	II TRI 2020	II TRI 2021
Nº solicitudes con calificación superior a 3.5		200	272	346	379	364	499
Nº mantenimientos correctivos solicitados		200	272	346	379	364	499
Meta		90%	90%	90%	90%	90%	90%
Resultado indicador		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Interpretación		Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente

Grafica No. 207



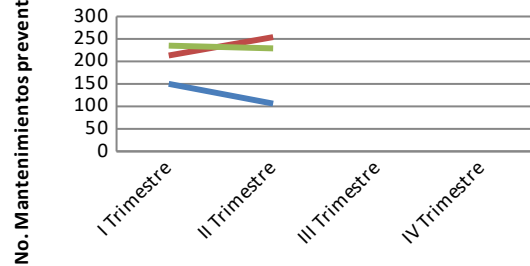
Fuente: Plan de mantenimiento hospitalario 2021

En la UFZ no se cuenta con mesa de ayuda, debemos continuar con las órdenes de mantenimiento las cuales se ha venido socializando con el personal del HUS-UFZ de la importancia de seguir calificando el servicio de mantenimiento para brindar un mejor servicio; Se implementan este indicador a partir del año 2019 en la Unidad Funcional Zipaquirá. Se ha cumplido la meta y el resultado ha sido muy favorable.

Indicadores
Tabla No. 188
Porcentaje de cumplimiento mantenimiento preventivo segundo trimestre de los años 2021-2020-2019

Fuente: Plan de mantenimiento hospitalario 2021. Ajuste del indicador estableciendo una relación entre el N° actividades de mantenimiento preventivo ejecutadas/ Número de actividades de mantenimiento preventivo programadas.

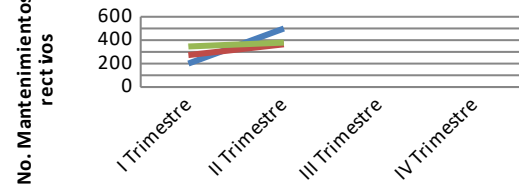
Indicador: Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo	Descripción					
	I TRIM 2019	I TRIM 2020	I TRIM 2021	II TRI 2019	II TRI 2020	II TRI 2021
N° actividades de mantenimiento preventivo ejecutadas	150	213	235	106	254	229
Número de actividades de mantenimiento preventivo programadas	150	213	235	106	254	229
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Resultado indicador	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Interpretación	Excel ente	Excel ente	Excel ente	Excel ente	Excel ente	Excel ente

Grafica No. 208
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - UNIDAD FUNCIONAL ZI-PAQUIRA
Tendencia lineal Mantenimiento Preventivos años 2019 - 2021


En el análisis se incluye datos de metas del 90% e interpretación con resultado favorable de los Mantenimientos Preventivos para el segundo trimestre los cuales se han realizado de acuerdo a lo programado con la circular 029 ha sido muy eficiente la implementación del plan padrino por áreas y el programa rotativo de pintura el cual ha tenido un impacto favorable y una muy buena acogida por los clientes internos y externos.

Tabla No. 189
Porcentaje de cumplimiento mantenimiento correctivo segundo trimestre de los años 2019- 2020- 2021

Indicador	Porcentaje de cumplimiento al mantenimiento correctivo	DESCRIPCIÓN					
		I TRIM 2019	I TRIM 2020	I TRIM 2021	II TRI 2019	II TRI 2020	II TRI 2021
N° mantenimientos correctivos ejecutados		200	272	346	499	364	379
N° mantenimientos correctivos solicitados		200	272	346	499	364	379
Meta		90%	90%	90%	90%	90%	90%
Resultado indicador		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Interpretación		Excele nte	Excele nte	Excele nte	Excele nte	Excel ente	Excel ente

Grafica No. 209
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - UNIDAD FUNCIONAL ZI-PAQUIRA
Tendencia lineal Mantenimiento Correctivos años 2019 - 2021


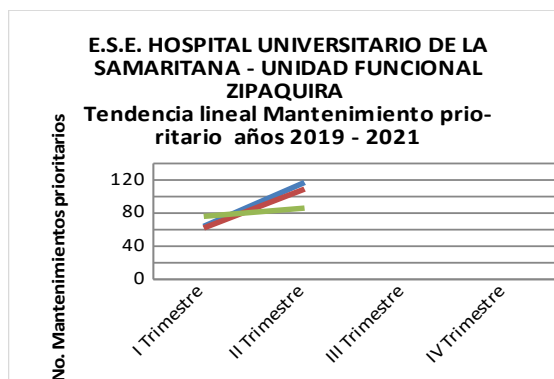
Fuente: Plan de mantenimiento hospitalario 2021. Ajuste del indicador estableciendo una relación entre el N° de mantenimientos correctivos ejecutadas/ Número de mantenimientos correctivos solicitados por mesa de ayuda

En el indicador de mantenimientos correctivos se ajustó a partir del año 2019 donde se estaba teniendo en cuenta los mantenimientos preventivos vs correctivos en una sola gráfica y no se estaba analizando eficientemente, por tal razón cabe destacar que los mantenimientos correctivos han disminuido con relación a los anteriores años del II trimestre, debido a que se están realizando mantenimiento preventivos programados.

Tabla No. 190 Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento prioritario segundo trimestre de los años 2019- 2020- 2021

Indicador	Porcentaje de cumplimiento al mantenimiento prioritario	Descripción					
		I TRIM 2019	I TRIM 2020	I TRIM 2021	II TRIM 2019	II TRIM 2020	II TRIM 2021
Nº solicitudes de mantenimiento prioritario resueltas en el tiempo estipulado (1 día)		64	62	76	117	109	86
Nº solicitudes de mantenimiento prioritario recibidas		111	70	80	175	121	93
Meta		90%	90%	90%	90%	90%	90%
Resultado indicador		58%	89%	95%	67%	90%	92%
Interpretación		Muy bajo	Bajo	Bueno	Muy bajo	Bueno	Bueno

Gráfica No. 210



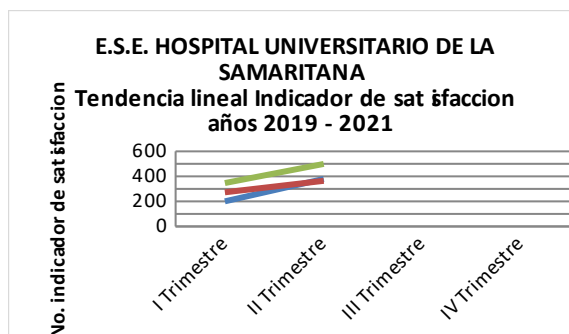
Fuente: Plan de mantenimiento hospitalario 2021

En este indicador de cumplimiento prioritario muestra que en un promedio de 92 % se cumple con la solución de solicitudes prioritarias para lo que va corrido del año 2021, se debe seguir trabajando con la eficiencia del servicio prioritario. Algunas solicitudes no se realizaron en el tiempo por disponibilidad de insumos, pero se solucionan después del día, para lo que va corrido del año la respuesta a los prioritarios ha sido más oportuna con una interpretación bueno.

Tabla No. 191 Promedio de calificación de satisfacción en la solución de mantenimientos segundo trimestre de los años 2019- 2020- 2021

Indicador	Porcentaje de satisfacción en la respuesta a las solicitudes	Descripción					
		I TRI 2019	I TRI 2020	I TRI 2021	II TRI 2019	II TRI 2020	II TRI 2021
Nº solicitudes con calificación superior a 3.5		200	272	346	379	364	499
Nº mantenimientos correctivos solicitados		200	272	346	379	364	499
Meta		90%	90%	90%	90%	90%	90%
Resultado indicador		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Interpretación		Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente

Gráfica No. 211

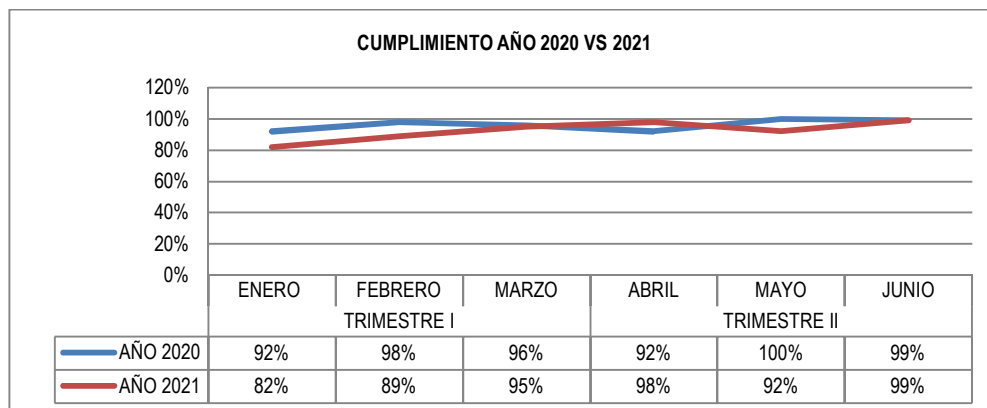


Fuente: Plan de mantenimiento hospitalario 2021

En la UFZ no se cuenta con mesa de ayuda, debemos continuar con las ordenes de mantenimiento las cuales se ha venido socializando con el personal del HUS-UFZ de la importancia de seguir calificando el servicio de mantenimiento para brindar un mejor servicio; Se implementan este indicador a partir del año 2019 en la Unidad Funcional Zipaquirá. Se ha cumplido la meta y el resultado ha sido muy favorable.

9.18.- Compras Bienes y Suministros

Grafica No. 212
Cumplimiento en entrega de insumos año 2020 vs año 2021



Fuente (excel inventario almacen)

9.19.- Tecnología Biomédica

Indicadores en Servicios Urgentes – Oportunidad de Respuesta (1814) – Oportunidad de Solución (1816)
Primer trimestre del año 2021 se atendieron 19 requerimientos; 6, 8 y 5 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 4 equipos de soporte de la vida y 15 equipos de diagnóstico. En promedio se obtuvo un tiempo de respuesta de 11 minutos aproximadamente y solución de 110 minutos aproximadamente. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta 45 minutos y solución de 300 minutos.
Segundo trimestre del año 2021 se atendieron 16 requerimientos; 5, 6 y 5 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 6 equipos de soporte de la vida y 10 equipos de diagnóstico. En promedio también se obtuvo un tiempo de respuesta de 10 minutos aproximadamente y solución de 110 minutos aproximadamente. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta.

Indicadores en Servicios No Urgentes – Oportunidad de Respuesta (1815) – Oportunidad de Solución (1817).

Primer trimestre del año 2021 se atendieron 26 requerimientos; 6, 10 y 10 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 15 equipos de rehabilitación y 11 de diagnóstico. En promedio se obtuvo un tiempo de respuesta de 47 minutos aproximadamente y solución de 195 minutos aproximadamente. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta 45 minutos y solución de 300 minutos. Se rebasa ligeramente el límite en el tiempo de respuesta debido a la cantidad de requerimientos en un momento particular.

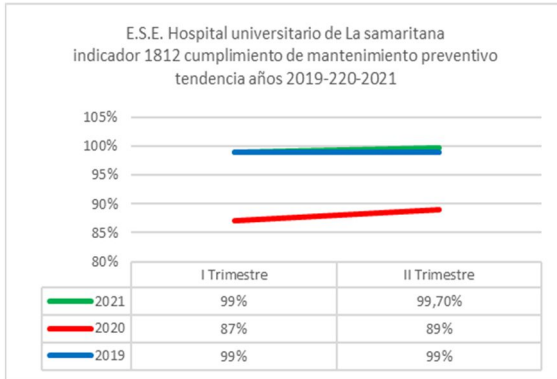
Segundo trimestre del año 2021 se atendieron 25 requerimientos; 5, 12 y 8 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 5 de muebles asistenciales, 9 de rehabilitación y 11 de diagnóstico. En promedio se obtuvo un tiempo de respuesta de 50 minutos aproximadamente y solución de 212 minutos aproximadamente. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta y solución. Se rebasa ligeramente el límite en el tiempo de respuesta debido a la cantidad de requerimientos en un momento particular.



Indicador de Mantenimiento Preventivo

Grafica No. 213

Cumplimiento de Cronograma Actividades con Recurso Propio (1812)

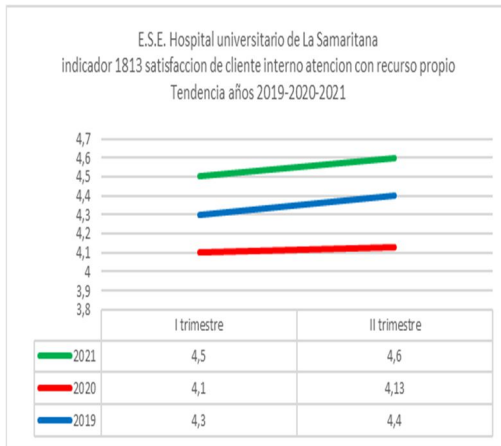


- **Primer trimestre del año 2021** se programaron 203 actividades; y se ejecutaron 201 actividades; Lo no realizado se debió al equipo de rayos x es para dar de baja y la torre de laparoscopia que requiere mantenimiento externo.
- **Segundo trimestre del año 2021** se programaron 533 actividades; Se ejecutaron 531 actividades; lo no realizado se debió principalmente a equipos que están pendientes de repuestos y accesorios.

Indicador Satisfacción de Cliente Interno

Grafica No. 214

Atención Recurso Propio (1813)

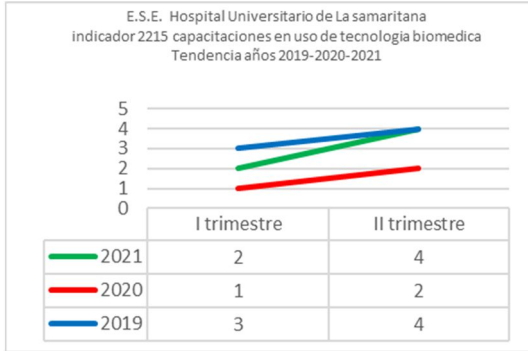


De los indicadores 1814 – 1815 - 1816 y 1817 se puede extraer que para el primer trimestre de 2021 se atendieron 45 requerimientos y para el segundo trimestre 41 requerimientos, los cuales obtuvieron la máxima calificación por parte de los servicios atendidos.

La medición de satisfacción de nuestros clientes internos nos permite confirmar que la percepción que los servicios tienen de la oportunidad en atención y solución del servicio de tecnología biomédica frente a sus solicitudes, es la misma que se ve reflejada en las gráficas de los indicadores anteriores; es decir, una percepción de prestación de servicio buena.

Indicador de Capacitaciones Realizadas

**Grafica No. 215
Capacitaciones Tecnología (2216)**



En el primer semestre se realizan 6 capacitaciones al personal asistencial del manejo y cuidado de las tecnologías.

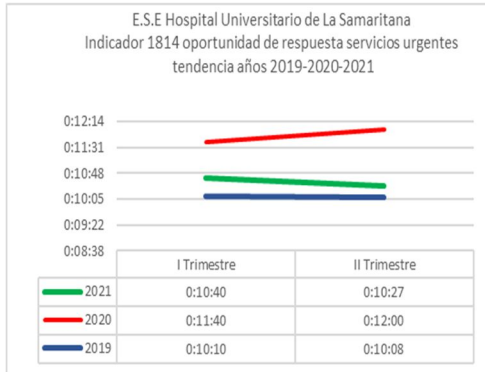
Este indicador es acumulativo y la actividad se realiza siguiendo un cronograma de tecnologías, pero también de acuerdo a los requerimientos de los servicios.

Indicadores en Servicios Urgentes – Oportunidad de Respuesta (1814) – Oportunidad de Solución (1816)

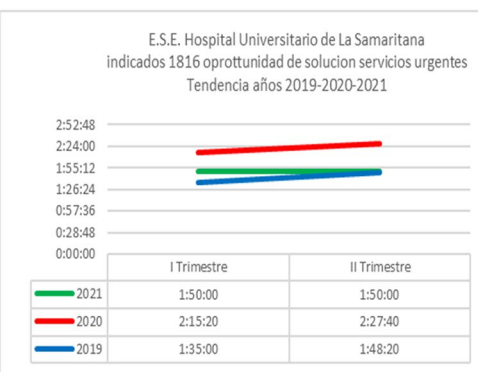
Primer trimestre del año 2021 se atendieron 19 requerimientos; 6, 8 y 5 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 4 de mantenimiento de la vida y 15 equipos de diagnóstico. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta.

Segundo trimestre del año 2021 se atendieron 16 requerimientos; 5, 6 Y 5 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 6 de mantenimiento de la vida y 10 equipos de diagnóstico. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta

Grafica No. 216



Grafica No. 217



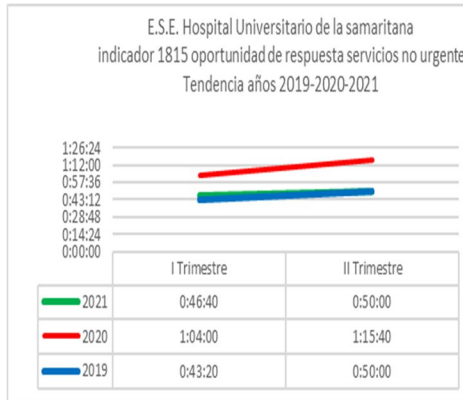
El valor de cada trimestre se obtiene como la suma de los promedios mensuales de los tiempos de respuesta o solución, según sea el caso, **diferentes de cero**, y dividido entre 3

Indicadores en Servicios No Urgentes – Oportunidad de Respuesta (1815) – Oportunidad de Solución (1817)

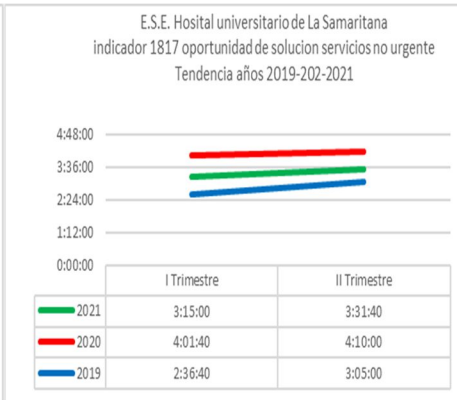
Primer trimestre del año 2021 se atendieron 26 requerimientos; 6, 10 y 10 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 15 equipos de rehabilitación y 11 de diagnóstico. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta y solución.

Segundo trimestre del año 2021 se atendieron 25 requerimientos; 5, 12 y 8 en cada mes del trimestre respectivamente, siendo 5 de muebles asistenciales, 9 de rehabilitación y 11 de diagnóstico. Se conserva el cumplimiento del límite de tiempo permitido para respuesta y solución.

Grafica No. 218



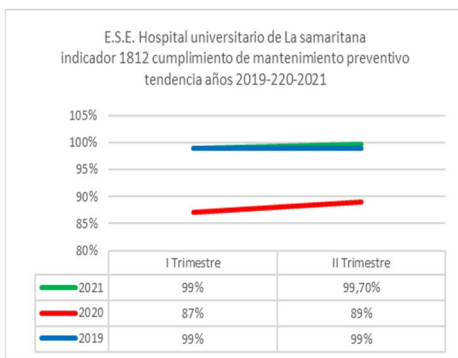
Grafica No. 219



El valor de cada trimestre se obtiene como la suma de los promedios mensuales de los tiempos de respuesta o solución, según sea el caso, **diferentes de cero**, y dividido entre 3

Grafica No. 220

Indicador de Mantenimiento Preventivo – Cumplimiento de Cronograma Actividades con Recurso Propio (1812)

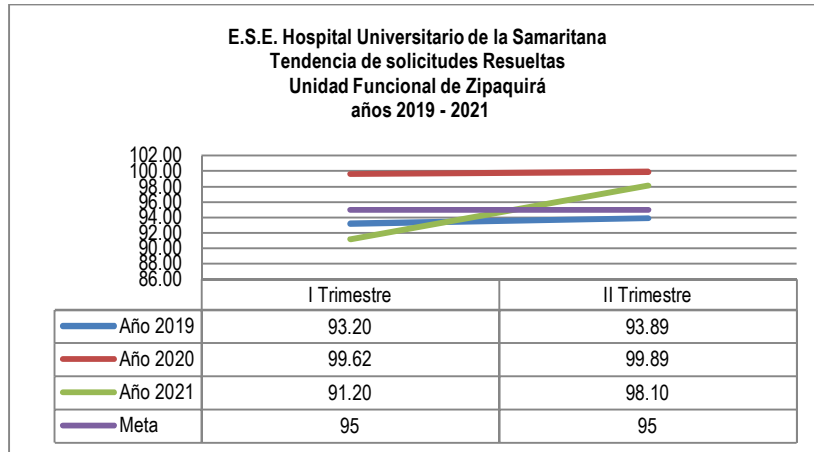


Primer trimestre del año 2021 se programaron 203 actividades; y se ejecutaron 201 actividades; Lo no realizado se debió al equipo de rayos x es para dar de baja y la torre de laparoscopia que requiere mantenimiento externo.

Segundo trimestre del año 2021 se programaron 533 actividades; Se ejecutaron 531 actividades; lo no realizado se debió principalmente a equipos que están pendientes de repuestos y accesorios.

9.20.- Sistemas

Grafica No. 221



Fuente Mesa de Ayuda

Se registraron 1206 solicitudes y quedaron pendientes de respuesta 23, manteniendo el tendencial número de solicitudes.

Logros:

Integración Interfaz HL7 Sistema de Imágenes Diagnosticas y Laboratorio – Dinámica Gerencial Hospitalaria: Se diseñó la mensajería en el estándar HL7 entre el sistema de imágenes diagnosticas de la UFZ - HRZ (LUMIER) y Dinámica Gerencial Hospitalaria logrando la transmisión de la información de las lecturas realizadas de los exámenes solicitados de imágenes diagnosticas integrando la información entre los dos sistemas. Lo mismo se realizó con el sistema de imágenes diagnosticas del Hospital regional de Zipaquirá.

Desarrollo de Aplicativo Entrega de Turno: Seguimiento diario por especialidad de los pendientes por paciente como es Interconsultas, Solicitud de exámenes, Autorizaciones y Referencias, se comenzará su implementación a partir del 1 de agosto.

Identificación de Riesgos Individuales en Historia Clínica: Se desarrolló sobre los modelos de HC de UCI, Hospitalización y Obstetricia, con el objetivo de realizar seguimiento de los riesgos por parte la lider de Hospitalización

Portales Web Laboratorio – Imágenes Diagnosticas: Configuración de Portales de Laboratorio e Imágenes Diagnosticas para que el paciente realice la consulta de los resultados por Web de resultados ambulatorios. Se implementará a partir del 1 de agosto.

Aplicativo Anulación de Ingresos: Se desarrolló e implemento aplicativo para la anulación de ingresos con folios asociados, quedando la trazabilidad de la justificación de la anulación.



051



SC5520-1

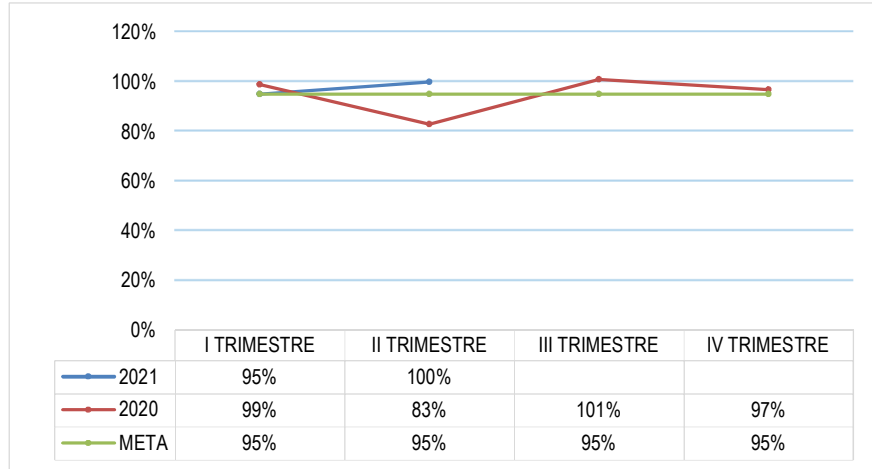


Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

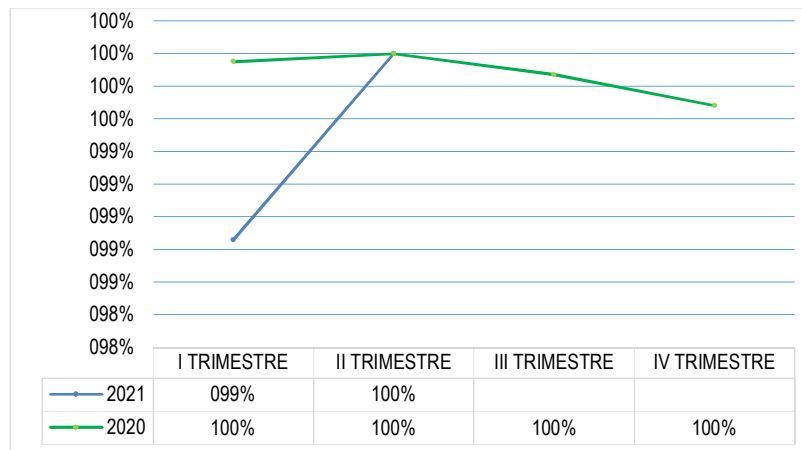
“Humanización con sensibilidad social”

Grafica No. 222
Comparativo Anual Trimestral de Mantenimiento Preventivo



Para el primer trimestre de 2021 estamos justo sobre la meta del 95%, los mantenimientos que no se hicieron se debe a la dificultad para disponer de estos equipos por su horario de servicio y ubicación.

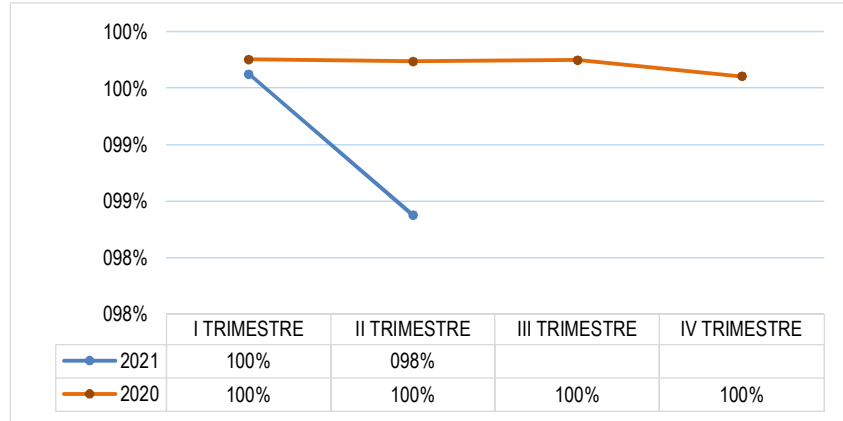
Grafica No. 223
Comparativo Anual Trimestral Disponibilidad del Sistema de Información Zipaquira



La indisponibilidad del sistema en comparación con el año 2020 para el primer trimestre creció, esto debido a fallas eléctricas, mantenimiento del servidor de BD, cambio del servidor de BD y daño del balanceador de UFZ.

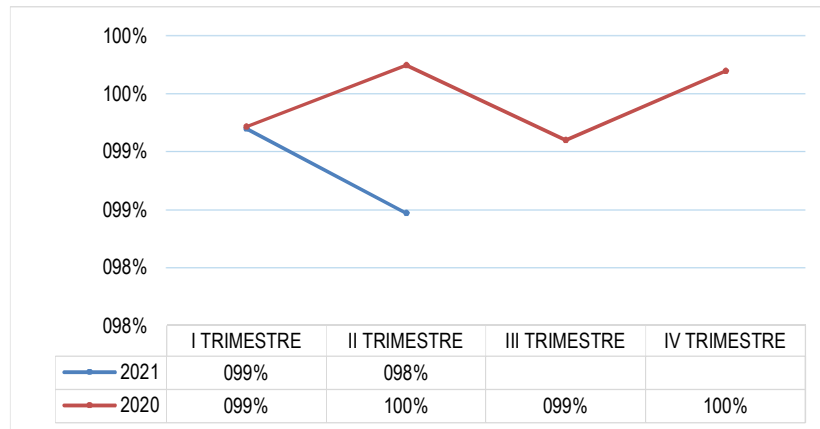
El mantenimiento y cambio del servidor mejoro los tiempos de DGH y disminuyo los bloqueos de BD.

Grafica No. 224
Comparativo Anual Trimestral Disponiobilidad del Sistema de Informacion Cogua



Además de las mantenimientos y cambio de equipos en Cogua se presenta muchos fallas eléctricas lo cual aumenta el tiempo de indisponibilidad del sistema durante el primer trimestre, en el segundo trimestre Junio se presentan fallas a nivel del proveedor del servicio. El mantenimiento y cambio del servidor mejoro los tiempos de DGH y disminuyo los bloqueos de BD.

Grafica No. 225
Comparativo Anual Trimestral Disponiabilid del Sistema de Informacion San Cayetano



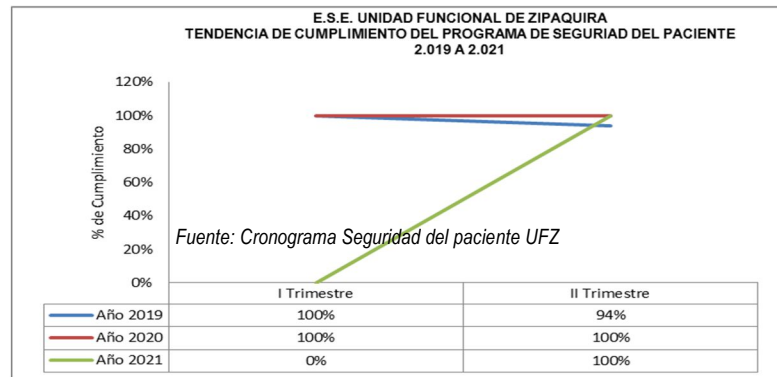
Además de las mantenimientos y cambio de equipos en San Cayetano se presenta muchos fallas eléctricas (más que en Cogua) lo cual aumenta el tiempo de indisponibilidad del sistema, en el segundo trimestre – Junio – se presentan fallas a nivel del proveedor del servicio. El mantenimiento y cambio del servidor mejoro los tiempos de DGH y disminuyo los bloqueos de BD.

9.21.- Planeación y Calidad

Programa de Seguridad del Paciente

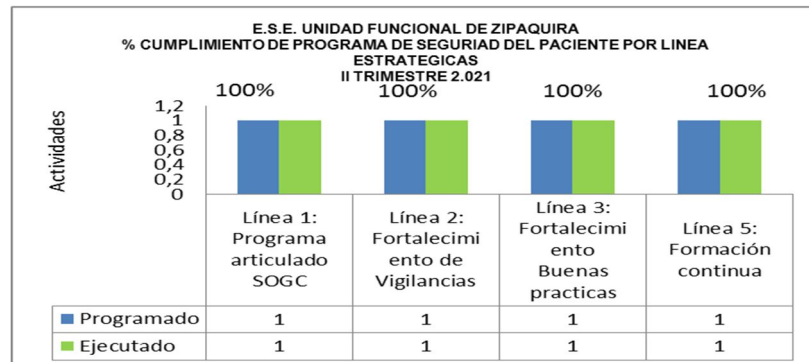
Con relación al cumplimiento del programa de Seguridad del Paciente en la Unidad Funcional de Zipaquirá se puede decir, que durante el primer semestre se dificulta el seguimiento y control de las estrategias y líneas de acción establecidas institucionalmente por cuanto no se contaba con el Talento Humano Profesional o Líder que permitiera garantizar el despliegue e implementación del Programa como tal en la Unidad Funcional y sus Centros de Salud de Cogua y San Cayetano. No obstante, finalizando el trimestre al incorporarse Profesional de Seguridad del Paciente se establece el Cronograma de actividades con el cual se pretende evaluar el cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente obteniendo el talento humano, obteniendo el siguiente resultado:

Grafica No. 226

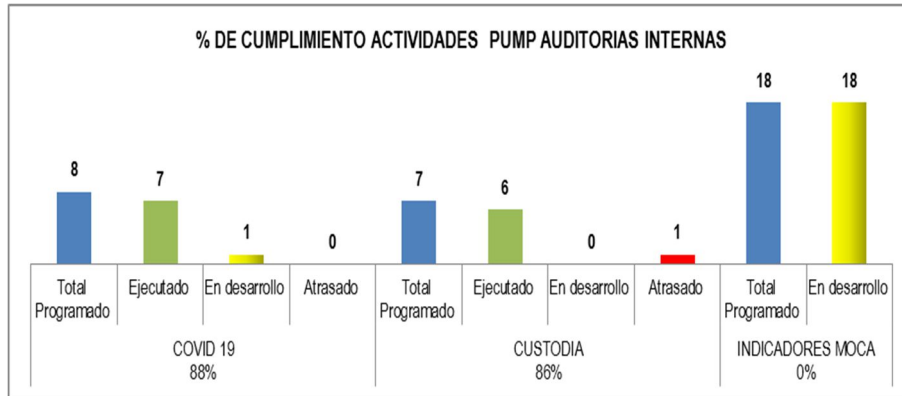
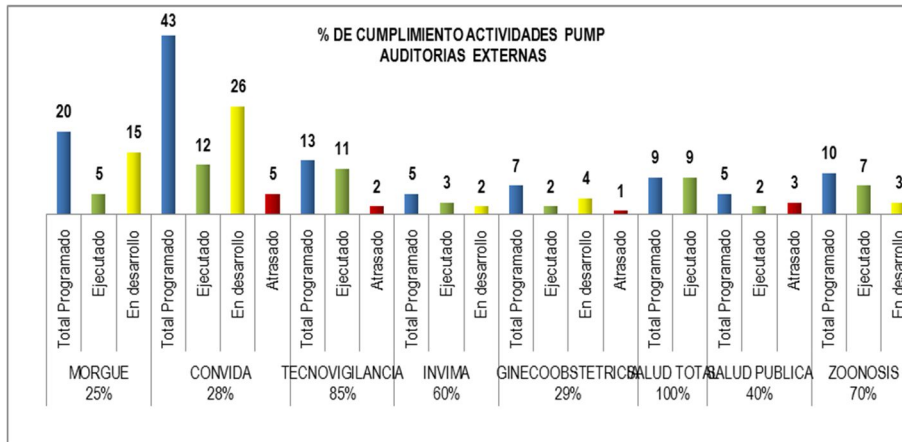


El programa de seguridad del paciente cuenta con un cumplimiento del 6% al finalizar el semestre de acuerdo a lo programado para el año, Se ejecutaron cuatro (4) actividades las cuales fueron programadas para el II Trimestre lo que equivale a un cumplimiento del 100%. A comparación de los años anteriores desde el 2019 al 2021 se ha venido ejecutando acciones encaminadas a dar cumplimiento y despliegue del programa de seguridad del paciente a través de las 6 líneas estratégicas.

Grafica No. 227



Fuente: Cronograma Seguridad del paciente UFZ

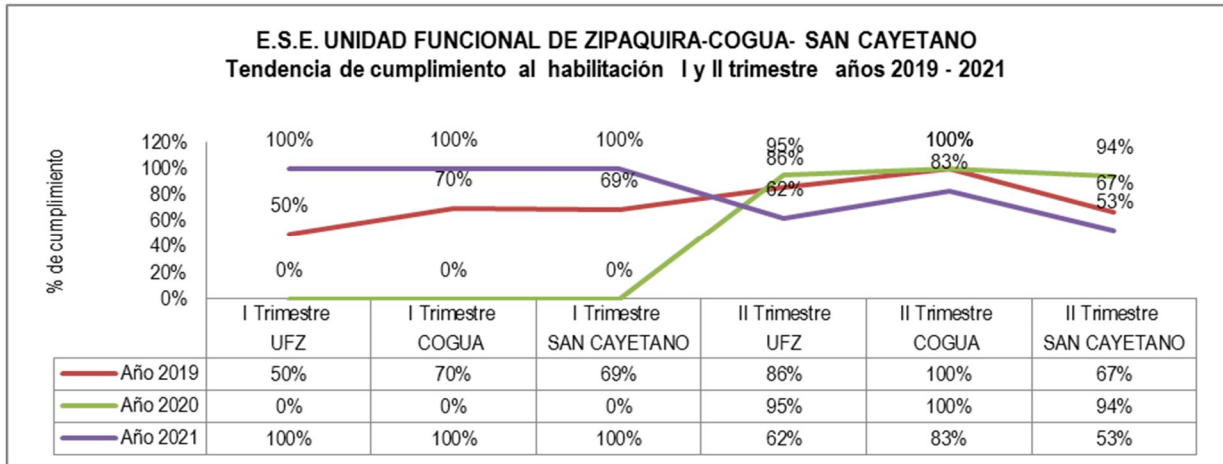
Planes Únicos de Mejora por Proceso PUMP
Grafica No. 228
PUMP formulados para el año 2021 producto de diferentes auditorías internas y externas

Grafica No. 229


Fuente: Matrices de planes de mejoramiento formulados correspondiente a las novedades presentadas durante las auditorías interna y externas.

En el año 2021 se ha avanzado en un 87% el segundo trimestre en los planes de mejora producto de las auditorías Internas realizadas a la Unidad funcional y un 55% en las externas realizadas, no hay comparativo en los años anteriores ya que no había avances significativos en planes de mejora.

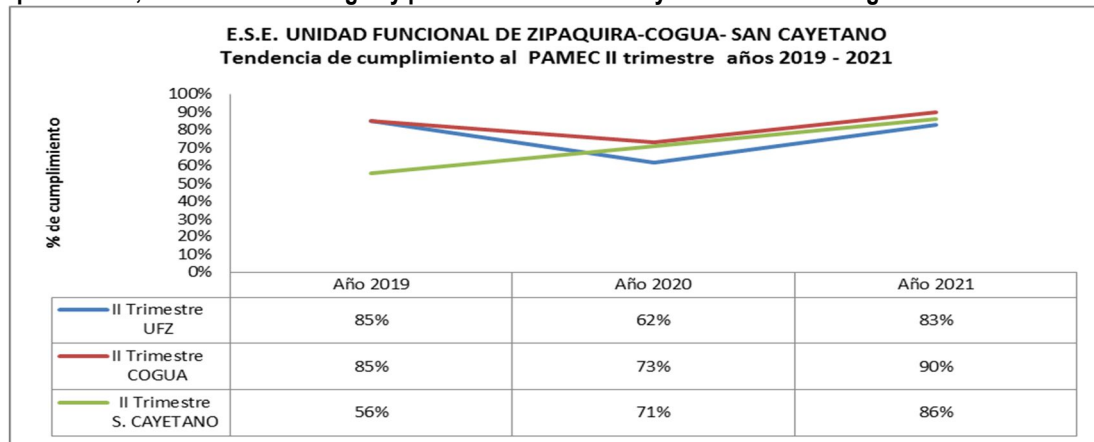
Cumplimiento al Sistema Único de Habilitación

Grafica No. 230
Consolidado PUMP autoevaluación de habilitación vigencia 2021. RES. 3100



Cumplimiento PAMEC – Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

Grafica No. 231
Comparativo de cumplimiento a las actividades específicas de mejoramiento programadas PAMEC 2019-2020-2021 para la UFZ, centro de salud Cogua y puesto de salud San Cayetano durante el segundo trimestre.



Fuente: 05GC24-V3 PUMP PAMEC 2021 UFZ, COGUA, SAN CAYETANO

Se observa un descenso en el cumplimiento del PAMEC en la Unidad funcional así como en el Centro de Salud Cogua debido a la contingencia sanitaria de la pandemia pero para el año 2021 se la logrado mayor cumplimiento al 1er semestre. En el Puesto de Salud de San Cayetano se observa incremento en el cumplimiento en el transcurso de los años y al 1er semestre del 2021.



051



SC5520-1



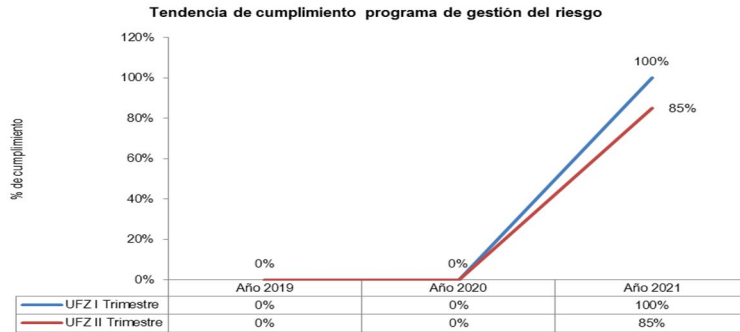
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Programa de gestión del riesgo

Grafica No. 232



Análisis: se observa un aumento significativo en el cumplimiento del programa de gestión del riesgo para este año, con un porcentaje de cumplimiento al cronograma del 100% para el primer trimestre y un 85% para el segundo trimestre. Teniendo en cuenta que en años anteriores no se había ejecutado el programa debido a dificultades de apoyo.

Durante el primer semestre de 2021 se logró un cumplimiento del 91%, que se relaciona con el desarrollo de 59 de las 65 actividades programadas para el semestre. En la siguiente imagen se muestra el cumplimiento para el primer semestre del año 2021 de acuerdo al desarrollo de cada una de las líneas estratégicas.

Tabla No. 192
Ejecución cronograma Gestión Ambiental – UFZ

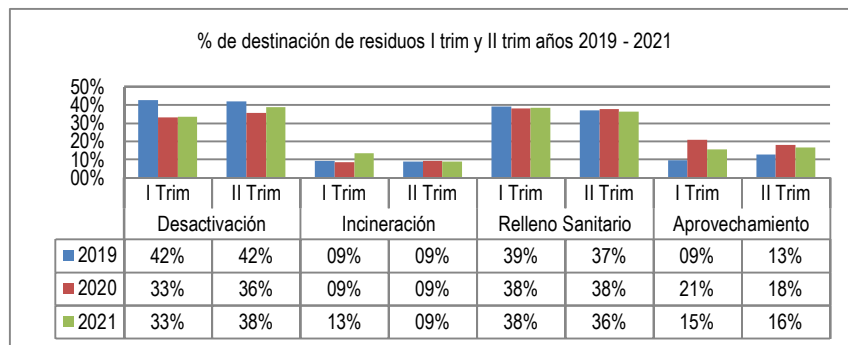
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	Consolidado AÑO 2021			I ER SEMESTRE		
	P	E	%	P	E	%
LÍNEA 1 Liderazgo	67	35	52%	36	35	97%
LÍNEA 2 Sustancias Químicas	15	6	40%	8	6	75%
LÍNEA 3 Residuos	18	7	39%	9	7	78%
LÍNEA 4 Energía	6	2	33%	3	3	67%
LÍNEA 5 Agua	20	9	45%	9	9	100%

Fuente: Cronograma de ejecución Programa de Gestión ambiental 2021

Generación de Residuos Hospitalarios y Consumo de Servicios Públicos

Grafica No. 233

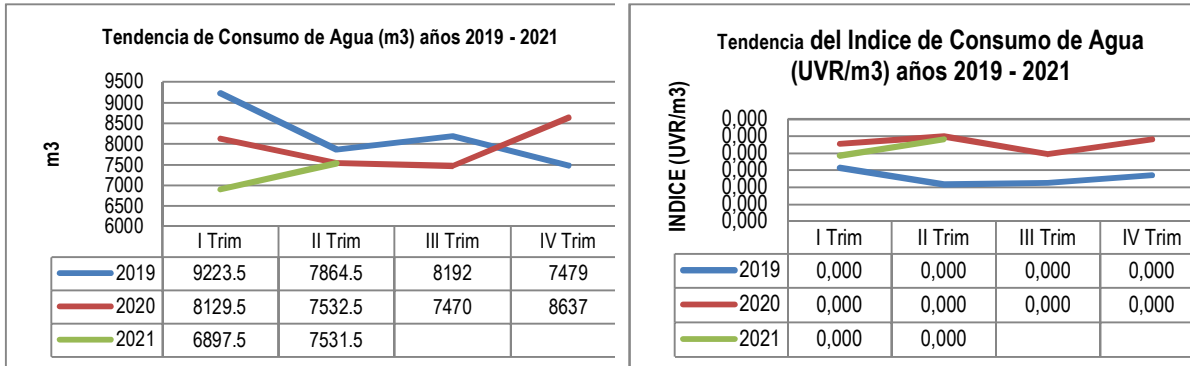
Porcentaje de destinación de residuos primer y segundo trimestre



Fuente: RH1 – UFZ

Con relación a los porcentajes de destinación se cumplió la meta para los residuos desactivados y relleno sanitario (meta ↓40%), con relación a los residuos para incineración se incumplió la meta en el 1er Trimestre 13,3% (meta ↓10%), esto se debió a los residuos de patología e historias clínicas, lo que represento no cumplir la meta de aprovechamiento en el mismo periodo 15,4% (meta ↑16%)

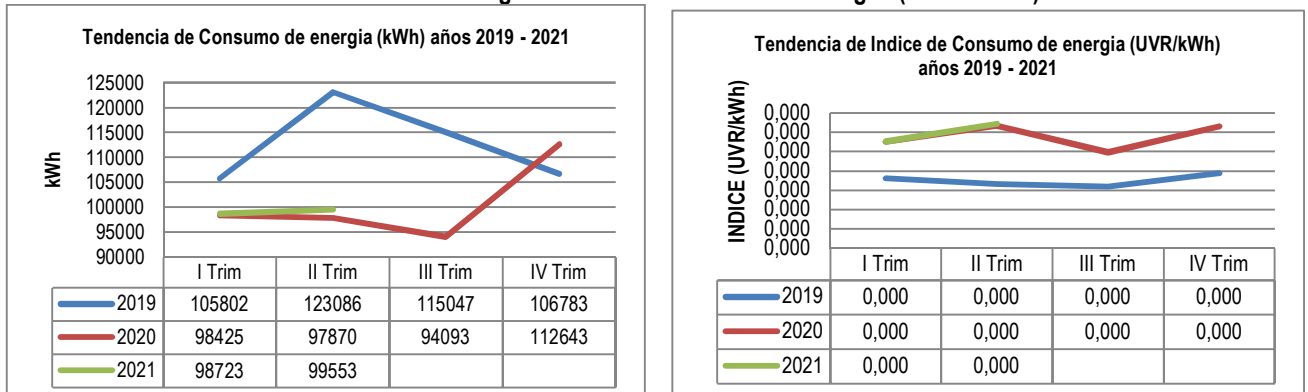
Grafica No. 234
Tendencias de Consumo de agua m³/trim VS Índice consumo agua (UVR/m³/trim)



Fuente: Promedio de lecturas consumo de agua medidores y consumo por facturas EAAAZ

En la gráfica anterior se evidencia que en los tres años evidenciando que el menor consumo corresponde al año 2021, no obstante, realizando esta evaluación con la producción de la UFZ podemos darnos cuenta que para el año 2021 el índice es mucho mayor que en el 2019, pero los datos del 2021 son muy similares a los del año 2020. De acuerdo a esto se puede deducir que el incremento en los índices de consumo se debe a las condiciones por la pandemia con relación a las técnicas de lavado de manos, incremento en las actividades de limpieza y desinfección entre otras actividades donde se realiza consumo de agua.

Grafica No. 236
Tendencias de Consumo de energía kWh/trim VS Índice consumo agua (UVR/m³/trim)



Fuente: Recibos servicio de energía – Codensa UFZ

En la gráfica anterior se evidencia que tanto el consumo de energía kWh/trim, como los índices (UVR/kWh/trim) son muy similares en su comportamiento para el año 2020 y 2021, pero mucho más altos con relación al índice del año 2019.



9.22.- Atención al Usuario y su Familia

Tabla No. 193
(PQRSD) II Trimestre 2021

Clasificación	Comparativo 2019				Comparativo 2020				Comparativo 2021			
	I TRIME	%	II TRIME	%	I TRIME	%	II TRIME	%	I TRIME	%	II TRIME	%
Reclamo	61	17%	65	26,6%	42	18%	16	11%	46	25%	53	24,6%
Felicitaciones	248	70%	100	40,9%	150	65%	81	55%	39	21%	48	22,3%
Quejas	25	7%	29	11,8%	10	4%	10	7%	11	6%	28	13,0%
Sol. Información	6	2%	38	15,5%	20	9%	30	20%	76	41%	77	35,8%
Sugerencias	10	3%	12	4,9	7	3%	10	7%	11(6%)	6%	7	3,2%
Petición	0	0	0	0	1	1%	0	0%	1	0,50%	2	0,9%
TOTAL	350	100%	244	100%	230	100%	147	100%	184	100%	215	100%

Tabla No. 194
Total de peticiones II Trimestre 2021

CLASIFICACION	PQRSD AÑO 2021							COMPARATIVO TRIMESTRES 2021			
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	ITRIM 2021	%	II TRIM 2021	%
Reclamo	11	16	19	20	16	17	99	46	25%	53	24,60%
Felicitaciones	8	15	16	24	14	10	87	39	21%	48	22,30%
Quejas	4	2	5	6	10	12	39	11	11%	28	13%
Sol. Información	25	23	28	33	26	18	153	76	76%	77	35,80%
sugerencias	2	4	5	3	4	0	18	11	6%	7	3,20%
Petición	1	0	0	0	1	1	3	1	0,50%	2	0,90%
Total	51	60	73	86	71	58	399	184	100%	215	100%

Fuente: Base de datos PQRSD 2021 SIAU

Durante el segundo trimestre del 2021 el servicio de Información y Atención al Usuario de la Unidad Funcional recepción, clasificó y tramitó 215 PQRS de las cuales el 35,8% corresponde a solicitudes de información con 77 peticiones, el 24,6% a reclamos con 53 peticiones, el 22,3% corresponde a felicitaciones con 48 peticiones y un 13% de quejas con 28 peticiones, es importante resaltar el compromiso de los funcionarios frente a la política de humanización y el impacto de la estrategia del "PACTO POR EL TRATO AMABLE" que se viene desarrollando En el comparativo de la vigencia se evidencia un aumento significativo en las solicitudes de información en virtud a la Pandemia del COVID-19 se solicitan citas médicas, verificación de incapacidades e Historias clínicas.

Comparativo de comportamiento de PQRSD II trimestre durante los últimos tres años

Realizando el comparativo con los años anteriores se puede identificar que las solicitudes de información han ido aumentando progresivamente, mientras las quejas para este trimestre aumentaron básicamente en el servicio de facturación de consulta externa.

Tabla No. 195
Canales de recepción PQRSD

Clasificación	CORREO	BUZON	TELÉFONO	PERSONAL	TOTAL
Felicitaciones	1	47	0	0	48
Quejas	5	10	0	13	28
Reclamos	12	24	1	16	53
Solicitud de información	64	4	0	9	77
Sugerencias	0	6	0	1	7
Denuncias	0	0	0	0	0
Peticiones	2	0	0	0	2
Total	84	91	1	39	215

Tabla No. 196
Causa quejas y reclamos II trimestre 2021

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ABR	MAY	JUN
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	4	3	1
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	5	1	2
AS	Causas externas al HUS.	16	11	14
R	R Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de las citas: call center, gastro, neuromo, Rx, cardiología, etc.	15	9	8
AJ	Falta de calidez y trato amable.	4	8	8
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	4	3	1
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	5	1	2

De las 167 QRSD las cinco primeras causas suma un total de 109 para un porcentaje del 65%, la primera causa es la **AS** causas externas al hospital (cambio contrato, demora en autorizaciones), **R** Dificultad en la comunicación telefónica para asignación de citas, **AJ** Falta de calidez y trato amable.

Tabla No. 197
Total de solicitudes de información radicadas en el periodo

		TRIMESTRE			TOTAL
		ABR	MAY	JUN	
Solicitud de información	de	36	26	18	80

Durante el segundo trimestre se recepción un total de 80 solicitudes de información y las principales causas fueron solicitud de citas 37, resultado o toma de pruebas Covid-19 15, solicitud historias clínicas 5, toma de muestra y entrega de resultados de laboratorio 3.

Tabla No. 198
Comparativo de solicitudes de información en el periodo 2019-2021

2019		2020				2021					
I TRIME	II TRIME	I TRIME	II TRIME	I TRIME	II TRIME	I TRIME	II TRIME	I TRIME	II TRIME		
Citas medicas	3	citas medicas	26	Solicitud citas	7	Solicitud citas	16	Solicitud citas	37	Solicitud citas	29
Resultados laboratorio	1	call center	4	Resultado laboratorio	3	Resultado laboratorio	3	Historia clínica	5	Historia clínica	10
Historia clínica	2	Resultado laboratorio	3	Jornada de vacunación	1	Jornada de vacunación	2	Resultado o pruebas covid-19	15	hojas de vida	4
		Verificación incapacidad	2	Banco de leche	1	Plan canguro	2	Laboratorio toma de muestra o resultado	3	Vacunación Covid	3
		Banco de leche	1	Pago servicio	1	Historia clínica	1	Verificación incapacidad	3	Verificación incapacidad	2

Tabla No. 199
Porcentaje de PQRSD con respuesta en términos de ley

% de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus (*)								
Formula	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Total I Trim	Total II Trim
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	51	60	68	85	70	57	179	212
# de Peticiones recibidas en el período	51	60	73	86	71	58	184	215
% Cumplimiento	100%	100%	93%	98%	98%	98%	97%	98%

Con respecto al porcentaje de QyR con respuesta en el término de ley durante el segundo trimestre de 2021 la Unidad Funcional ha desarrollado el proceso con un 100% de cumplimiento en donde el 98% corresponde a la entrega de respuestas a los usuarios en los términos de ley y el 2% restante, pertenece a peticiones que se encuentran en trámite porque aún no se vencen los términos.

Es importante resaltar que se han recibido 215 PQRSD durante los meses Mayo, Junio, julio de 2021 de las cuales 48 corresponden a FELICITACIONES y las 167 restantes son (Q,R,S,SI) que se han respondido en términos de ley.

Comparativo PQRSD con respuesta en términos de ley en el periodo 2019-2021

Una vez analizado el comparativo del 2019-2021 se puede analizar que la respuesta en términos de Ley, porcentaje restante pertenece a peticiones que se encuentran en trámite porque aún no se vencen los términos. El proceso de Atención al usuario y su familia en la Unidad Funcional es el encargado de la recepción y trámite de las peticiones, felicitaciones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitud de información y denuncias (PQRSD), a continuación se encuentra el informe del II Trimestre 2021.

Tabla No. 200
Total de peticiones II Trimestre 2021

CLASIFICACION	PQRSD AÑO 2021							COMPARATIVO TRIMESTRES 2021			
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	ITRIM 2021	%	II TRIM 2021	%
Reclamo	11	16	19	20	16	17	99	46	25%	53	24,60%
Felicitaciones	8	15	16	24	14	10	87	39	21%	48	22,30%
Quejas	4	2	5	6	10	12	39	11	11%	28	13%
Sol. Información	25	23	28	33	26	18	153	76	76%	77	35,80%
sugerencias	2	4	5	3	4	0	18	11	6%	7	3,20%
Petición	1	0	0	0	1	1	3	1	0,50%	2	0,90%
Total	51	60	73	86	71	58	399	184	100%	215	100%

Fuente: Base de datos PQRSD 2021 SIAU

Durante el segundo trimestre del 2021 el servicio de Información y Atención al Usuario de la Unidad Funcional recepciono, clasificó y tramitó 215 PQRS de las cuales el 35,8% corresponde a solicitudes de información con 77 peticiones, el 24,6% a reclamos con 53 peticiones, el 22,3% corresponde a felicitaciones con 48 peticiones y un 13% de quejas con 28 peticiones, es importante resaltar el compromiso de los funcionarios frente a la política de humanización y el impacto de la estrategia del "PACTO POR EL TRATO AMABLE" que se viene desarrollando En el comparativo de la vigencia se evidencia un aumento significativo en las solicitudes de información en virtud a la Pandemia del COVID-19 se solicitan citas médicas, verificación de incapacidades e Historias clínicas.

Comparativo de comportamiento de PQRSD II trimestre durante los últimos tres años

Realizando el comparativo con los años anteriores se puede identificar que las solicitudes de información han ido aumentando progresivamente, mientras las quejas para este trimestre aumentaron básicamente en el servicio de facturación de consulta externa.

Tabla No. 201
Canales de recepción PQRSD

Clasificación	CORREO	BUZON	TELÉFONO	PERSONAL	TOTAL
Felicitaciones	1	47	0	0	48
Quejas	5	10	0	13	28
Reclamos	12	24	1	16	53
Solicitud de información	64	4	0	9	77
Sugerencias	0	6	0	1	7
Denuncias	0	0	0	0	0
Peticiones	2	0	0	0	2
Total	84	91	1	39	215

Tabla No. 202
Causa quejas y reclamos II trimestre 2021

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ABR	MAY	JUN
E	Demora en el proceso de facturación (laboratorio clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	4	3	1
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	5	1	2
AS	Causas externas al HUS.	16	11	14
R	R Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la citas: call center, gastro, neum, Rx, cardiología, etc.	15	9	8
AJ	Falta de calidez y trato amable.	4	8	8
E	Demora en el proceso de facturación (laboratorio clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	4	3	1
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	5	1	2

Fuente: Base de datos PQRSD 2021 SIAU

De las 167 QRSD las cinco primeras causas suma un total de 109 para un porcentaje del 65%, la primera causa es la **AS** causas externas al hospital (cambio contrato, demora en autorizaciones), **R** Dificultad en la comunicación telefónica para asignación de citas, **AJ** Falta de calidez y trato amable.

Tabla No. 203
Total de solicitudes de información radicadas en el periodo

PQRSD 2021 II TRIMESTRE				
Clasificación	ABR	MAY	JUN	TOTAL
Solicitud de información	36	26	18	80

Durante el segundo trimestre se recepcióno un total de 80 solicitudes de información y las principales causas fueron solicitud de citas 37, resultado o toma de pruebas Covid-19 15,,m solicitud historias clínicas 5, toma de muestra y entrega de resultados de laboratorio 3.

Tabla No. 204
Comparativo de solicitudes de información en el periodo 2019-2021

2019			2020			2021		
I TRIME	II TRIME		I TRIME	II TRIME		I TRIME	II TRIME	
Citas medicas	3	26	Solicitud citas	7	16	Solicitud citas	37	29
Resultados laboratorio	1	4	Resultado laboratorio	3	3	Historia clínica	5	10
Historia clínica	2	3	Jornada de vacunación	1	2	Resultado o pruebas covid-19	15	4
		2	Banco de leche	1	2	Laboratorio toma de muestra o resultado	3	3
		1	Pago servicio	1	1	Verificación incapacidad	3	2

Tabla No. 205
Porcentaje de PQRSDf con respuesta en términos de ley

% de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus (*)									
Formula	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Total I Trim	Total II Trim	
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	51	60	68	85	70	57	179	212	
# de Peticiones recibidas en el período	51	60	73	86	71	58	184	215	
% Cumplimiento	100%	100%	93%	98%	98%	98%	97%	98%	

Con respecto al porcentaje de QyR con respuesta en el término de ley durante el segundo trimestre de 2021 la Unidad Funcional ha desarrollado el proceso con un 100% de cumplimiento en donde el 98% corresponde a la entrega de respuestas a los usuarios en los términos de ley y el 2% restante, pertenece a peticiones que se encuentran en trámite porque aún no se vencen los términos. Es importante resaltar que se han recibido 215 PQRSDf durante los meses Mayo, Junio, julio de 2021 de las cuales 48 corresponden a Felicitaciones y las 167 restantes son (Q,R,S,SI) que se han respondido en términos de ley.

Comparativo PQRSDf con respuesta en términos de ley en el periodo 2019-2021 Una vez analizado el comparativo del 2019-2021 se puede analizar que la respuesta en términos de Ley, porcentaje restante pertenece a peticiones que se encuentran en trámite porque aún no se vencen los términos.