

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS

II TRIMESTRE 2018

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA
GERENTE

2018



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



CAPÍTULO I

DIRECCION CIENTIFICA



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

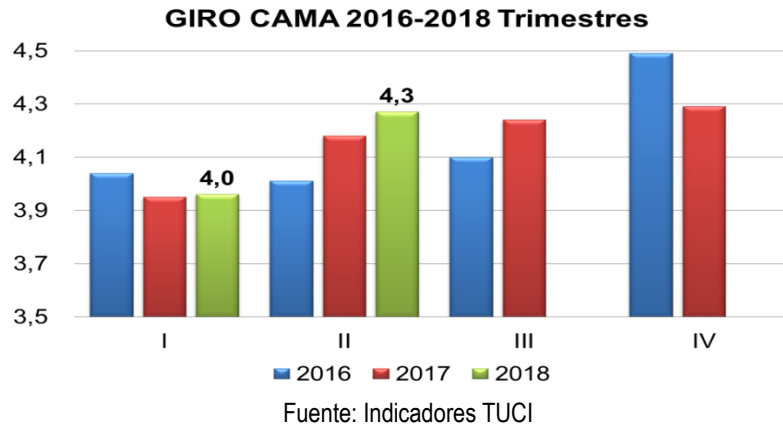


1.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

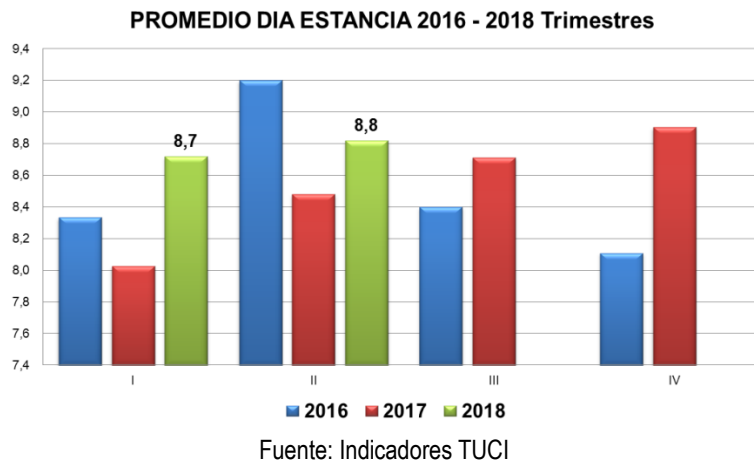
GESTIÓN DEL PROCESO

- Eficiencia Técnica: (Giro Cama; Promedio Día Estancia, *Oportunidad respuesta interconsulta*)

Gráfica N° 1



Gráfica N° 2



Se notó aumento de la rotación de camas en el periodo frente a vigencias anteriores, relacionado a implementación de auditoria concurrente y gestión directa con aseguradores (contratación, remisiones, autorizaciones, etc.) favoreciendo el alta y definición de conductas oportunamente.

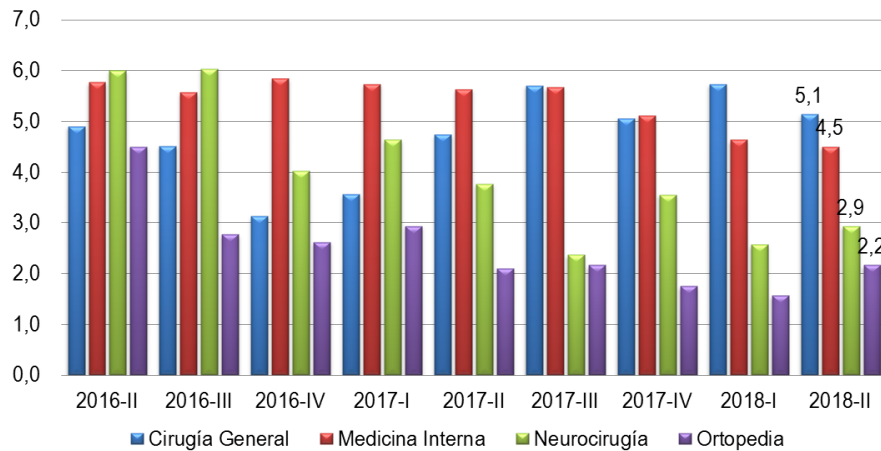
Se nota con más frecuencia el rechazo de pacientes y familiares a las condiciones de manejo ambulatorio (PHD, crónicos, etc.) ofrecidas por los aseguradores, argumentando percepción de mejores condiciones en la institución que de los sitios externos. Continúa el ingreso elevado de pacientes con necesidad de cuidado crítico (UCI e intermedios adultos), las cuales no son satisfechas en todas las ocasiones por no cama

disponible, atribuible a la complejidad de los pacientes internados así como las limitaciones para la resolución extra institucional (remisiones cuidados crónicos, PHD, medicamentos, etc.) y otras condiciones para el alta, sin embargo para los últimos periodos se ha notado aumento progresivo en la rotación de cama en UCI adultos, lo cual se relaciona con la disminución de ingreso de paciente crónico, entre tanto mayor ingreso de paciente agudo con menor tiempo de estancia en la unidad.

En los servicios clínicos como medicina interna, continúa el ingreso de pacientes de alta complejidad y necesidad de estancia prolongada relacionada a la propia atención incluso con tratamientos de larga estancia plenamente justificados, con algunas inoportunidades derivadas para el alta temprana (consecución de oxígeno, unidad de diálisis ambulatoria, medicamentos para completar tratamientos, etc.)

Gráfica N° 3

**Oportunidad Respuesta Interconsulta en Horas
2016-2018 Trimestres**



Fuente: Indicadores TUCI

- Continúa la oportunidad de respuesta de interconsulta por debajo a las 6 horas en hospitalización, esperado para el proceso, promedio 4 horas para los servicios priorizados.
 - Se mantiene la oportunidad del servicio de cirugía general, atribuida a la disminución significativa de personal en formación (residentes) para el apoyo asistencial de los especialistas del servicio, sin embargo sin superar el umbral de 6 horas propuesto como meta.
 - Como fase de implementación del centro de excelencia de neurocirugía, se observa tendencia hacia la mejoría en la oportunidad de respuesta de interconsulta, sin embargo sin diferencias significativas respecto al periodo anterior (alrededor de 3 horas), resaltando variación en relación al año 2016 (cercana a 5 horas).
- Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

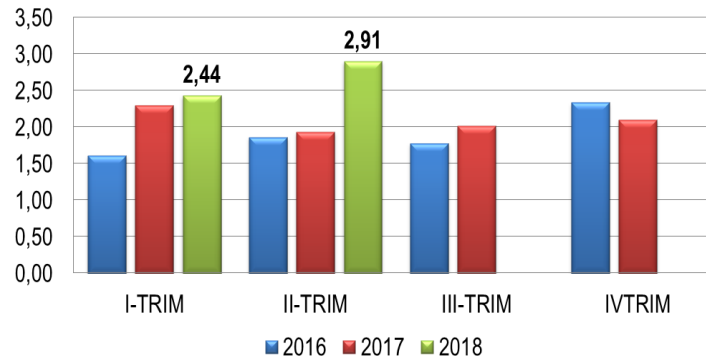
Gráfica N° 4



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



TASA DE INFECCION ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD POR DIAS DE ESTANCIA

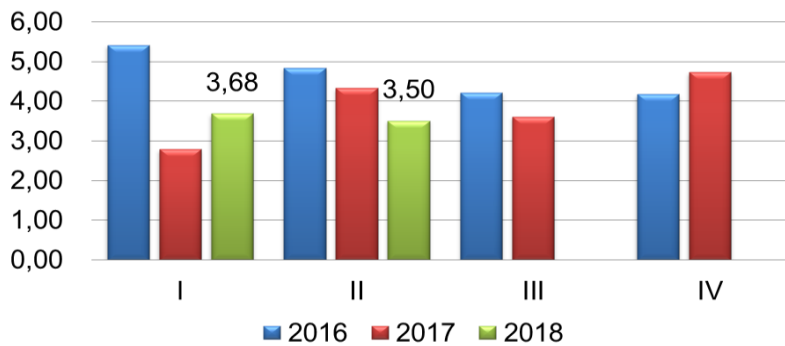


Fuente: Indicadores TUCI

- Continuamos con el indicador global por debajo de la meta (<3.0), incluso a estándares nacionales (<5.0), sin embargo llama la atención tendencia creciente en los últimos periodos, el cual sigue siendo atribuible a limitaciones en acceso a productos para la adecuada higienización (jabones, gel, etc.).
- No se presentaron brotes durante el periodo.
- No se observaron desviaciones significativas en los indicadores de adherencia a la estrategia multimodal (alrededor del 80% para hospitalización), sin embargo aún continúa en valores por debajo de lo esperado.

Gráfica N° 5

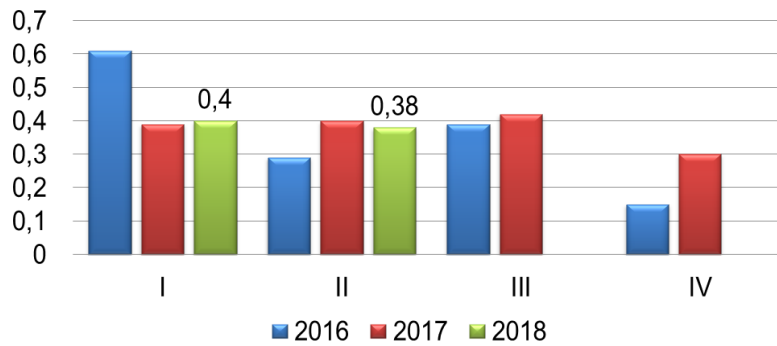
% MORTALIDAD HOSPITALARIA >48 HORAS DEL INGRESO



Fuente: Indicadores TUCI

Gráfica N° 6

% MORTALIDAD HOSPITALARIA < 48 HORAS DEL INGRESO



Fuente: Indicadores TUCI

- Se presentó 1 mortalidad materna en el periodo.
- No se observaron desviaciones significativas en los indicadores de mortalidad institucional durante el periodo.
- Se está trabajando para la implementación de modelos para los análisis de mortalidad hospitalaria, el cual debe iniciar el tercer trimestre del año.
- La mortalidad institucional se mantiene relacionada en alta medida a patología oncológica y crónica compleja (escalas de severidad elevadas), proporcional a la elevada demanda de camas en las unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos.
- Se denotan cambios epidemiológicos en la población atendida que se hospitaliza en la institución (pendiente perfil epidemiológico institucional para documentar cambios percibidos por los servicios hospitalarios y modificaciones de indicadores).

PQRS

Tabla N° 1

PQRS 2018-II TRIMESTRE	%
FELICITACIONES	53%
RECLAMO	23%
QUEJA	19%
SOL. INFORMAC	4%
PETICIONES	1%
SUGERENCIAS	1%
DENUNCIAS	0%
TOTAL	100%

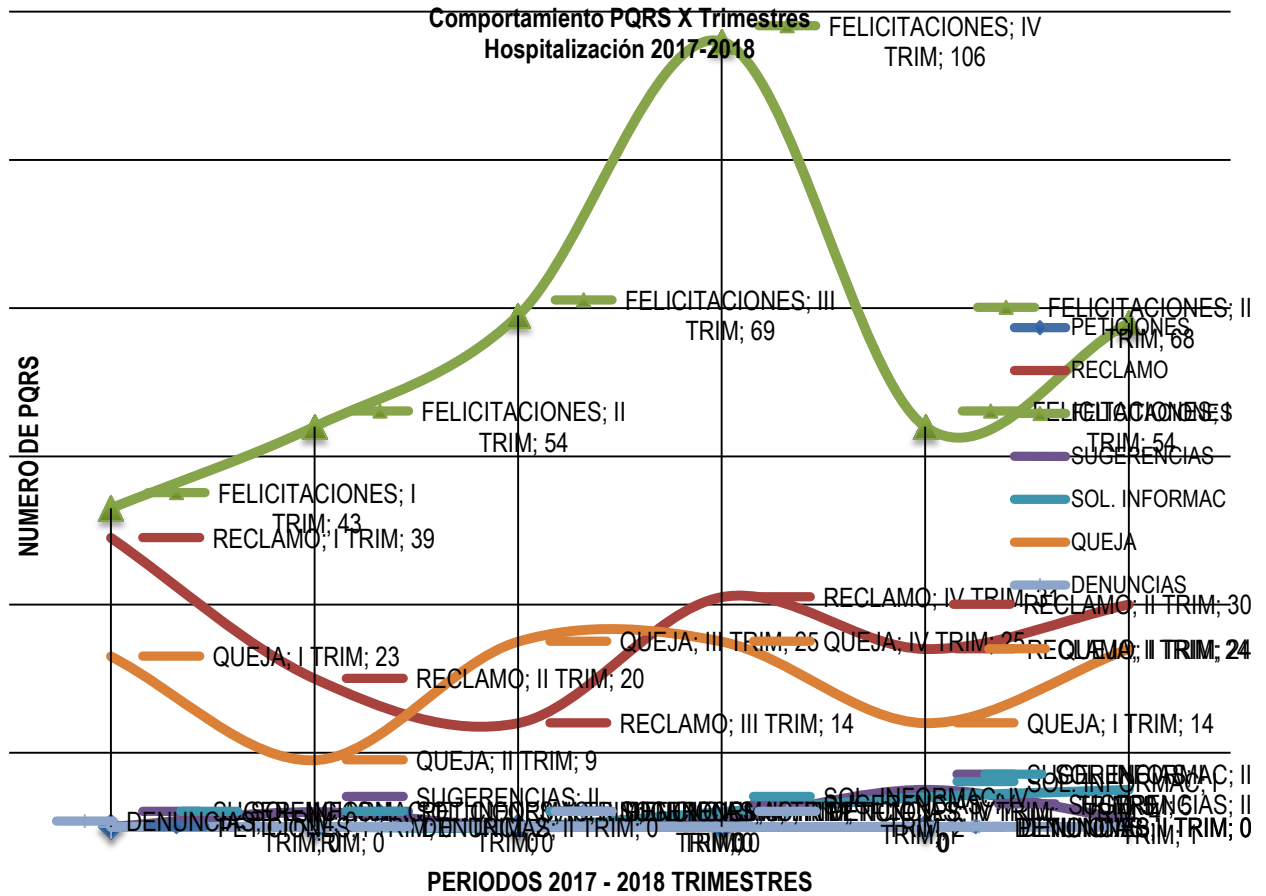
Fuente: Registro Subdirección defensoría del Usuario

Tabla N° 2

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	TOTAL	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	15	28%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	10	19%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	10	19%
AS	Causas externas al HUS	3	6%
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	2	4%
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización	2	4%
AU	Demora en la autorización de la Eps	2	4%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	2	4%
Z	Perdida de elementos personales del usuario	2	4%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, aux de enfermería, Enfermeras, camilleros, técnicos de RX.	1	2%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	1	2%
K	Demora en la atención en cirugía ambulatoria	1	2%
AK	No privacidad durante el proceso de atención del paciente	1	2%
T	Falta de comunicación y/o información médica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	1	2%
Q	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de HC, etc	1	2%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	0	0%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0	0%
AR	Presuntas fallas administrativas en la entrega de un paciente fallecido	0	0%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de Defunción, nacido vivo, etc.	0	0%
V	Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad	0	0%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico	0	0%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	0	0%
TOTAL		54	100%

Fuente: Registro Subdirección defensoría del Usuario

Gráfica N° 7



Fuente: Registro Subdirección defensoría del Usuario

Se observa que en el IV trim del 2017 las QR asociadas a la causa (U) fueron del 6%, para el año 2018 disminuye estas QR donde en el I trim 2018 no se presentaron QR y en el II trim del 2018 son el 4% del total de QR del proceso, así mismo se resalta que no se presentaron denuncias de alto impacto, ni grandes desviaciones de indicadores en el último periodo.

De acuerdo al comportamiento presentado en los últimos tres trimestres es decir desde el IV trim del 2017 al II trim del 2018 se observa que del total de QR asociadas a la causas (I) del IV trim del 2017 son el 26%, el I trim 2018 es el 32% y para el II trim 2018 se tiene un 19% también se concluye que al momento de implementar o iniciar el plan de mejora al principio del año 2018 posiblemente se aumenta las QR asociadas a esta causa, sin embargo en la implementación del plan de mejora se formula en el mes de febrero pero su ejecución empieza en el mes de mayo, por lo que se aclara que los planes de mejora incluidos en el PUMP se diseñaron para la vigencia, de ésta forma se continuarán con las actividades planteadas esperando el cierre en el mes de diciembre para evaluar efectividad de las acciones.

OTROS

SALA DE EGRESO

Para el primer semestre del año se obtuvieron los siguientes movimientos generales:

Tabla N° 3

MES/2018	Nº INGRESOS	PROMEDIO TIEMPO TRASLADO EN HORAS	PROMEDIO TIEMPO ESTANCIA EN HORAS	ESPECIALIDAD REPRESENTATIVA
Enero	38	00:32:00	01:35:00	GINECOLOGIA
Febrero	142	00:37:00	01:38:00	GINECOLOGIA
Marzo	133	00:51:00	01:48:00	GINECOLOGIA
Abril	146	00:39:00	02:10:00	GINECOLOGIA
Mayo	160	00:41:00	01:44:00	GINECOLOGIA
Junio	264	00:15:00	02:17:00	GINECOLOGIA

Fuente: Libro de Registro Sala de egreso

- Ingresos se refiere al número de pacientes que ingresaron a la sala de egreso durante el periodo con un aproximado de 800 representando el 20% del total de egresos institucionales.
- El tiempo en traslado se refiere al momento en que se genera la orden física por médico tratante hasta el arribo efectivo a la sala de egreso, promedio en tiempo 35 minutos.
- Tiempo estancia se refiere al tiempo que dura sentado en la sala hasta el momento de la salida de la institución, promedio 1:50 minutos
- Especialidad representativa se refiere al servicio que más pacientes envía a la sala de egreso.

Otros datos obtenidos:

1. Hora promedio en que se genera la orden de traslado por el servicio tratante 12 del día.
2. Hora promedio en que el paciente sale de la institución 3 de la tarde.

Conclusiones:

1. Los tiempos de uso de cama hospitalaria muestran que la mayoría de las órdenes de egreso se generan hacia el mediodía, posterior a revista médica de todos los pacientes del servicio.
2. El tiempo de estancia en la sala de egreso favorece elementos de educación al alta (autocuidado, condición salud de enfermedad, entre otros) y procesos administrativos necesarios para la salida efectiva (facturación, generación de epicrisis, etc.), sin ocupación de cama concomitante y por tanto alistamiento de la misma para la rotación.
3. Se observa aprendizaje progresivo de los servicios en cuanto al envío de los pacientes a la sala de egreso, mostrando en junio 264 traslados, lo que representa un 30% del total de egresos institucionales, respecto al 4% del mes de enero.

Se hace necesario comparar tiempos de alta obtenidos con datos de alistamiento de cama (aseo, desinfección, etc.) y con la asignación de cama a paciente (ingreso nuevo).

PROGRAMAS DE PYP

Dentro del periodo se desarrollaron las siguientes actividades, incluidas en los programas orientados a



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



los riesgos poblacionales y a las necesidades identificadas en la prestación de los servicios de salud:

3. El Programa Habilitación y/o rehabilitación física provee de manera lúdica y mediante acciones pedagógicas en las áreas de consulta externa y hospitalización, en diversas temáticas de interés orientadas en brindar educación sobre hábitos de vida saludable, discapacidad, y manejo de patologías crónicas (HTA, ECV, DM, EPOC), con una cobertura total de 441 pacientes capacitados entre pacientes, familiares para el trimestre en relación.
4. En el Programa IAMII, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMI con enfoque integral, se capacitaron el periodo un total de 229 maternas, sobre los diferentes temas contemplados en el programa (lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido), desde el área ambulatoria y hospitalaria; así mismo se ha realizado seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, abordando un total de 303 maternas, para la detección de signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS origen. Igualmente en alcance en el área ambulatoria ha permitido brindar educación a 212 gestantes y maternas que asisten a citas de control pre y pos obstétrico en el periodo, permitiendo abordar la población en riesgo desde las diferentes áreas, contemplados desde el ciclo de atención, así mismo en la búsqueda de la articulación con la red de prestadores, se realizó la remisión de un total de 473 usuarias de los servicios de ginecobstetricia, quienes fueron atendidos en la Institución, permitiendo dar continuidad de la atención de los servicios, posterior al egreso.
5. En el Programa Madre-Padre Canguro se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicional al trabajo interdisciplinario que conjunto ha permitido identificar los diferentes riesgos abandono o deserción del problema, permitiendo el control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro. Adicionalmente se dio inicio al programa desde la valoración intrahospitalaria permitiendo abordar la atención al neonato canguro desde el nacimiento, garantizando la oportunidad de la atención en menos de 43 horas, para la adaptación canguro, hasta el alta al proceso ambulatorio. Se identifica también como fortaleza, la oportunidad de programación de cita de primera vez de programa canguro ambulatorio, encontrándose por debajo de los 2 días, permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Como oportunidad de mejora se estableció la medición de tiempos de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 72 horas, garantizando la continuidad de los servicios pese a las diferentes barreras que puedan referir los cuidadores. Estos esfuerzos han permitido garantizar la atención del recién nacido tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, dentro de los lineamientos nacionales del programa canguro, permitiendo en el periodo mantener controlada las principales causas de inasistencia, con un promedio inferior al 13%, con una deserción del 0% del recién nacido canguro.
6. Para el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, se obtuvo cobertura útil del programa del 100% de vacunados, en relación de los recién nacidos vivos institucionales, adicional de una cobertura adicional del 100% en vacunación en BCG, para el recién nacido con criterios que por condiciones clínicas pudo ser vacunado dentro del programa.
7. El Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel, desde el enfoque preventivo, sigue desarrollando acciones educativas y de capacitación que permiten valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden desarrollar UPP durante la atención, así como conocer y aplicar las medidas que pueden disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. Para el periodo se han capacitado un total de 226 colaboradores de las áreas asistenciales. Para este

año, y teniendo en cuenta el paquete instruccional de Prevención de lesiones de piel, el promedio de Tasas de pacientes que presentaron UPP en el periodo dentro la atención fue de 0.2, logrando mantener estable la presencia de este tipo de eventos durante la atención en salud, frente al periodo anterior, logrado a través de la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas y una valoración adecuada del riesgo mediante la evaluación prioritaria de la escala de Braden, y la implementación de acciones de prevención de desarrollar úlceras por presión. Así mismo se ha logrado aumentar el número de intervenciones educativas al paciente y cuidador desde un enfoque preventivo, a un total de 445 personas, permitiendo generar conciencia de autocuidado y medidas de prevención para el cuidado de la piel, desarrollado por equipo de enfermería en los diferentes servicios asistenciales.

8. Programa Educación para la salud, ha permitido proveer herramientas de autocuidado e inclusión de la familia y cuidador en el cuidado del paciente, fortaleciendo la promoción de la salud, los riesgos individuales, colectivos y los cuidados extrahospitalarios, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento, y el fortalecimiento de hábitos saludables en relación a la situación en salud del usuario. Se han capacitado un total de 2.230 personas entre familiar y cuidador, lo que corresponde a un familiar y cuidador capacitado por cada paciente hospitalizado en los diferentes servicios asistenciales, dando cubrimiento al 100% de los usuarios hospitalizados en el periodo. Adicional para este periodo, se pudo evaluar la comprensión de la información brindada en marco de las intervenciones educativas, permitiendo evidenciar que tan clara y significativa fue la información brindada en los diferentes momentos de la hospitalización, teniendo como resultado que el 89% de la población intervenida logra comprender la información, y es capaz de reconocer los principales procesos en relación a seguridad de paciente, identificación de riesgos, trato humanizado, autocuidado y demás temas de interés dentro de la estancia hospitalaria.

Tabla N° 4

PROGRAMA	VARIABLE	2017	2018
		II TRIM	II TRIM
Habilitación y Rehabilitación Física	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	441 personas
IAMII	# gestantes y/o maternas a quien se realizo seguimiento del programa IAMII	ND	303 pacientes
	# de usuarias remitidas a la EAPB origen, de acuerdo a lineamientos del programa	ND	473 pacientes
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	233 pacientes	212 pacientes
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	184 pacientes	229 pacientes
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0,0%	0,0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100,0%	100,0%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0,0%	0,0%
	% Canguro fallidos nacidos extrainstitucional	0,0%	0,0%
	% inasistencia al programa madre y padre canguro	16.2%	13.9%
	% Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100,0%	100,0%
	Oportunidad de atención plan canguro primera vez en días	ND	1.6 días

	Oportunidad respuesta a interconsulta adaptación canguro intrahospitalario en horas (meta: menor a 72 Horas)	ND	42.8 Horas
Programa Ampliado de Inmunizaciones	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100,0%	100,0%
	% Recién nacidos vacunados con BCG con criterios clínicos	100,0%	100,0%
Clínica Cuidado de las heridas y de la Piel	Promedio de Tasa de UPP en el periodo	0.29	0.2
	# de personas asistenciales de unidades capacitadas en el periodo sobre prevención de UPP	193 funcionarios	226 funcionarios
	# de pacientes y cuidadores capacitados en prevención de lesiones y cuidado de la piel	240 paciente y cuidador	445 paciente y cuidador
Programa Educación en salud	#de personas a quien se les brindo educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	2.230 paciente y cuidador
	% Comprensión de la educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	89.6%

Fuente: Indicadores TUCI

1.2 GESTIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN QUIRÚRGICO

GESTIÓN DEL PROCESO

Levantar datos para la elaboración de reglas de asignación de tiempos de Quirófano.

Promedio de tiempos históricos Solicitados / utilizados por especialidad y/o cirujano.

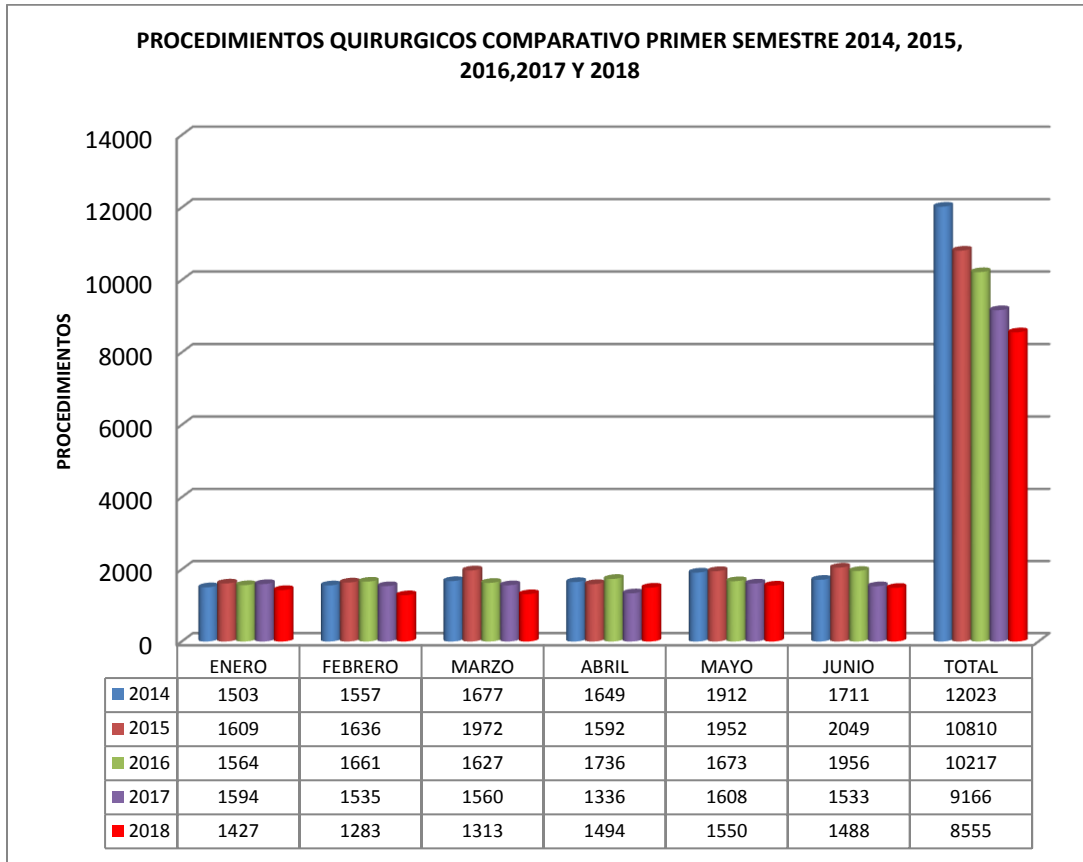
- Seguimiento diario de tiempos y movimientos en Quirófano a través del monitoreo permanente en formato 05PQX04-V4.
- Registro por especialidad de tiempos y movimientos que nos permitan definir el uso de los quirófanos por especialidad y por Cirujano.

1. REGLAS ESTABLECIDAS:

- Inicio de Cirugía a las 07:00, se modificó el ingreso del personal de enfermería ingresan 06:30 horas. Agilizo el tiempo final de la Cirugía electiva y la Cirugía electiva programada no se prolonga en la noche.
- Evaluación periódica de oferta de horas quirófano por especialidad y tiempo de utilización para asignar y reasignar bloques Quirúrgicos.
- Seguimiento por Auditoria concurrente de la radicación de cirugía v/s programación y realización del procedimiento.
- Actas y acuerdos de seguimiento con auditoria concurrente para cumplimiento de tiempo de Radicación y ejecución del procedimiento.
- Reunión diaria con la participación de Farmacia, material de osteosíntesis, auditoria, instrumentación, esterilización y coordinación Quirúrgica con la asistencia de alguna especialidad si se requiere para verificación y confirmación de insumos y dispositivos.
- Se dio atención a los procedimientos programados en el día a día en cada bloque asignado por especialidad, pero afecto la demanda la contratación durante los meses de marzo y abril, castigando especialmente especialidades como Cirugía general y Oftalmología con disminución hasta del 50% de su productividad.
- De tal forma que la ocupación de Quirófano durante febrero, marzo y abril de 2018 fue de un 65%, se tenían asignados los bloques quirúrgicos pero la oferta siempre fue mayor que la demanda, nuestro mayor asegurador y aportante durante estos meses disminuyó las autorizaciones y así el flujo de pacientes. La especialidad que mantuvo la productividad secundaria al trauma fue ortopedia quien tiene asignados dos bloques Quirúrgicos con un porcentaje ocupacional del 98%.
- Igualmente se generó una demanda de atención de pacientes de mayor complejidad por demanda espontánea pero la no disponibilidad de U.C.I. para procedimientos complejos retrasó programaciones en Neurocirugía, y durante el semestre un 7% de los Quirófanos permaneció ocupado por pacientes de U.C.I. ante la no disponibilidad de la misma.

- En marzo aumenta la demanda de Quirófanos obedeciendo a mayor número de contrataciones, aumento de las autorizaciones por parte de convida y la consolidación del H.U.S. como atención de alto riesgo ginecoobstetra. de procedimientos y de mayor complejidad, ampliando un bloque quirúrgico día para atención de obstetricia.

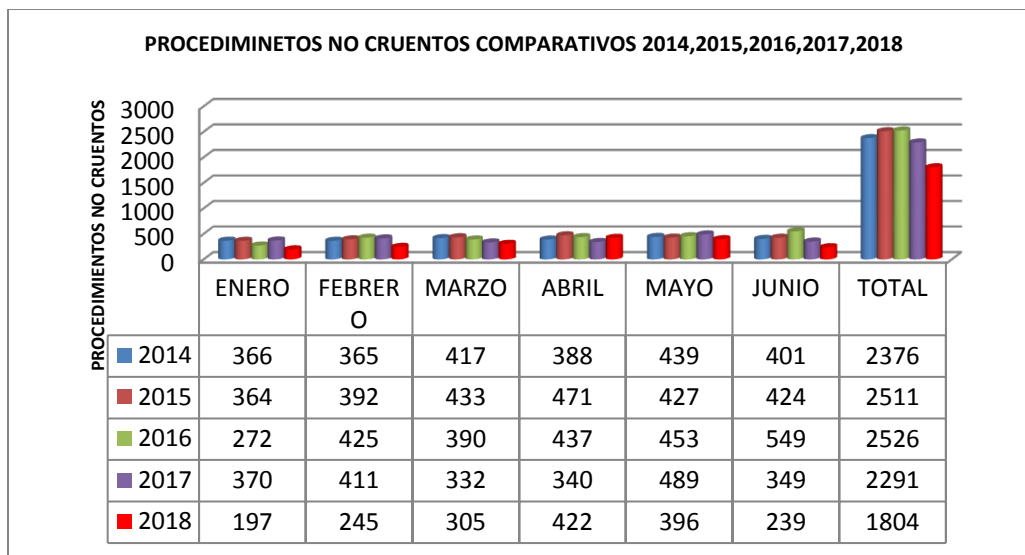
Gráfica N° 1



Fuente: Indicadores TUCI

Se observa una disminución de procedimientos quirúrgicos del 29% relacionados con el año de mayor productividad 2014, obedeciendo a migración de procedimientos de grupos menores no cruentos a hospitales de segundo y tercer nivel y a la disminución de la demanda por contratación que castigo la actividad quirúrgica sobre todo durante los meses de marzo y abril de 2018, impactando severamente especialidades como Cirugía y Oftalmología.

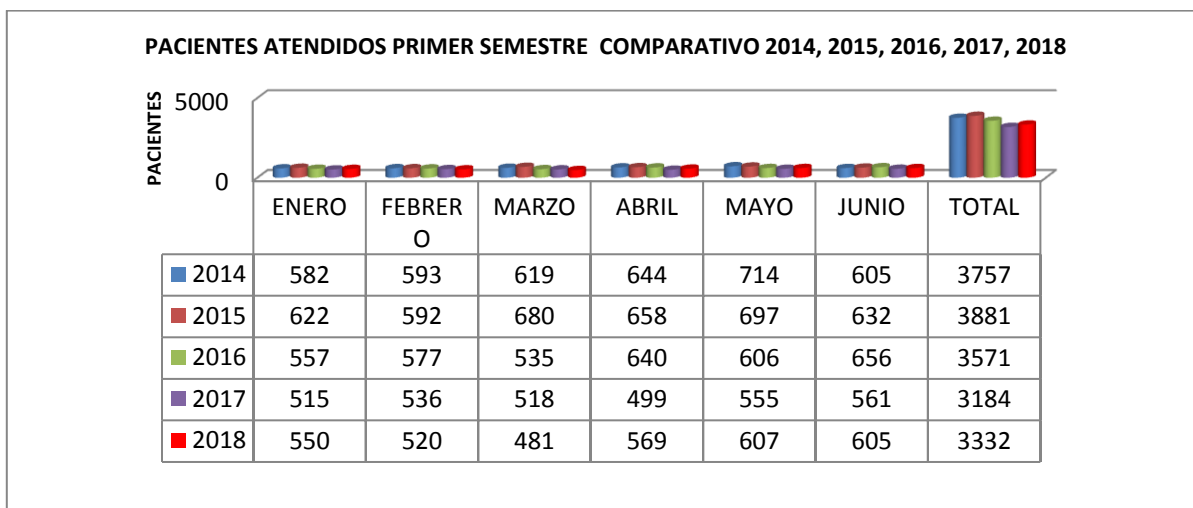
Gráfica N° 2



Fuente: Datos Estadística

La disminución de procedimientos no cruentos representa un 24%, que impacta sobre la totalidad de procedimientos quirúrgicos que disminuyeron un 29%, estos procedimientos no cruentos están representados por procedimientos de grupos 2 al 6 de complejidad.

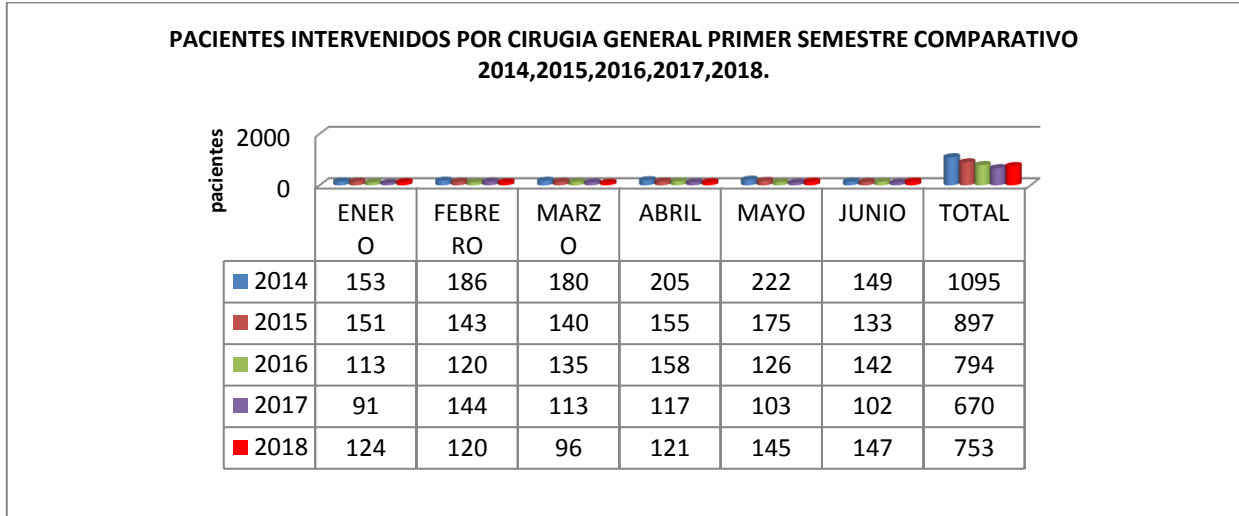
Gráfica N° 3



Fuente: Indicadores TUCI

El número de pacientes atendidos disminuyó un 14%, comparado con el año de mayor productividad 2015, pero se observa que se incrementa el volumen de pacientes intervenidos a partir de abril, igualmente la complejidad de los procedimientos aumenta sobre todo en paciente de grupos del 11 al 13 y del 20 al 23.

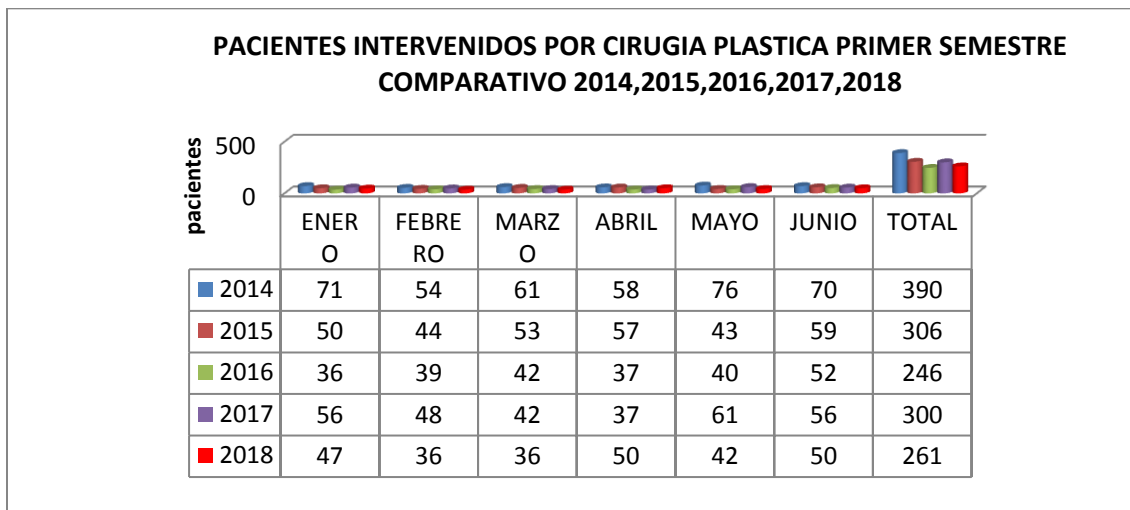
Gráfica N° 4



Fuente: Indicadores TUCI

Cirugía general durante marzo de 2018 disminuyó drásticamente la producción hasta un 50%, en acompañamiento con auditoria concurrente y asistiendo cada caso desde la autorización, localización y los recursos se logra aumentar la productividad siendo un 11% mayor que en el año 2017, se reasigna un bloque quirúrgico adicional los días martes y jueves de mayor demanda.

Gráfica N° 5

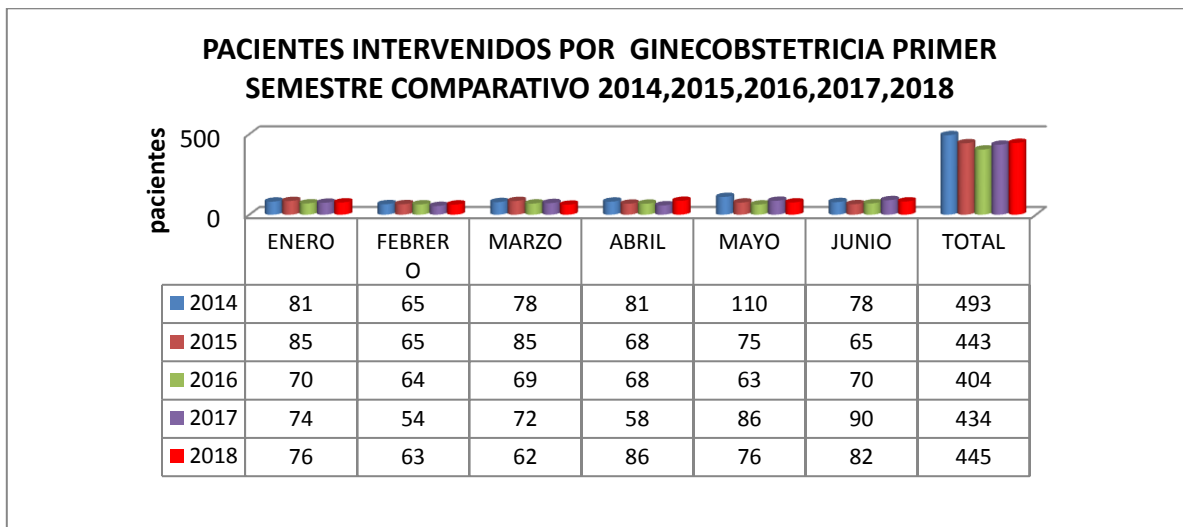


Fuente: Dinámica gerencial

Cirugía Plástica presenta una disminución del 33% comparada con el primer semestre del año 2014, igualmente se observa el impacto de la demanda en marzo, la disminución de procedimientos está reflejada

en la práctica de Cirugía estética. Se asina un bloque quirúrgico que no se ha modificado durante el primer semestre.

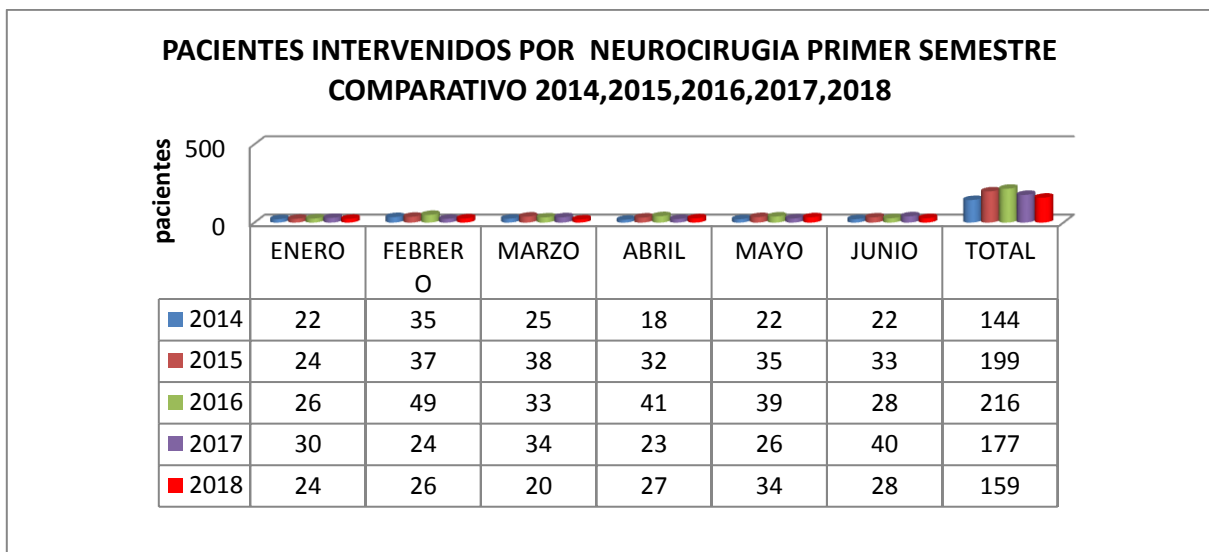
Gráfica N° 6



Fuente: Dinámica gerencial

La cirugía de Ginecología se ha incrementado, sobre todo en lo relacionado con alto riesgo, el 2018 fue el semestre de mayor productividad después del año 2014.

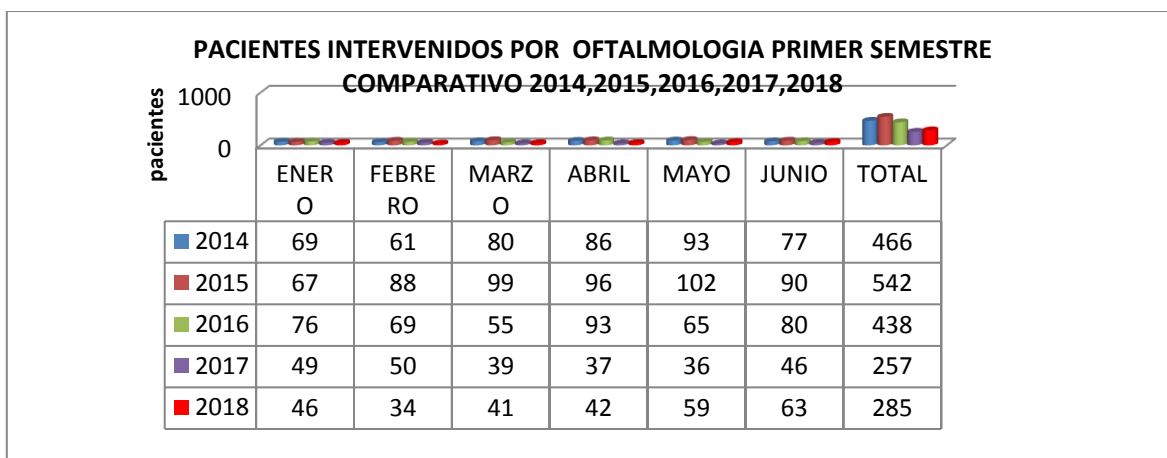
Gráfica N° 7



Fuente: Dinámica gerencial

Neurocirugía ha disminuido su productividad en un 20% comparado con el año 2016, pero durante los meses de mayo y junio aumento la productividad, la cual está sujeta a la disponibilidad de UCI. Se mantiene la asignación de un bloque Quirúrgico del cual utilizan un 60%.

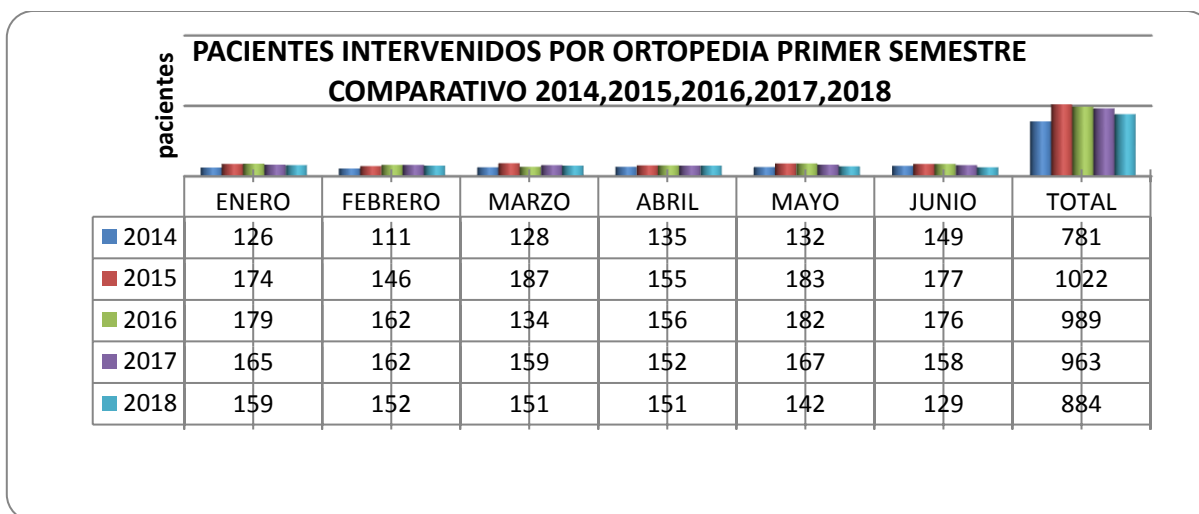
Gráfica N° 8



Fuente: Dinámica gerencial

Oftalmología presenta un descenso del 47% de productividad asociado a disminución de la demanda durante febrero, marzo y abril del 2018 y a la demora en la programación, se intervino el servicio a través de auditoria concurrente, cambio de coordinador y se muestra un ascenso en la productividad durante los meses de mayo y junio. Se tiene asignado un bloque quirúrgico con una ocupación del 50%.

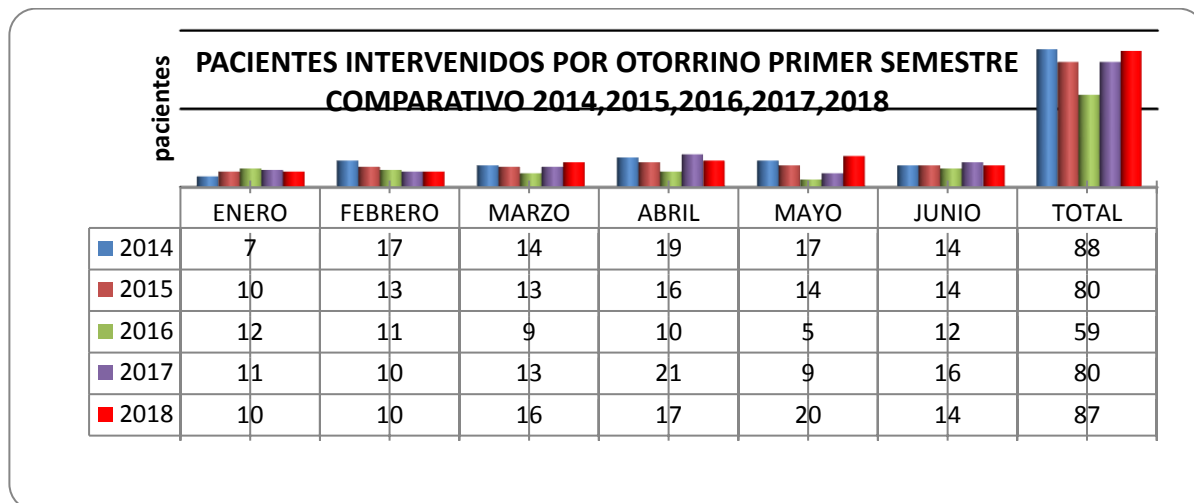
Gráfica N° 9



Fuente: Dinámica gerencial

Ortopedia ha disminuido en un 14%, obedeciendo a la no autorización de reemplazos articulares por aseguradoras, atendiendo trauma proveniente de los diferentes sectores de Cundinamarca, pero en junio se observa que el trauma también ha disminuido afectando la productividad, dos bloques quirúrgicos asignados que ha permanecido con una ocupación del 96.5% .

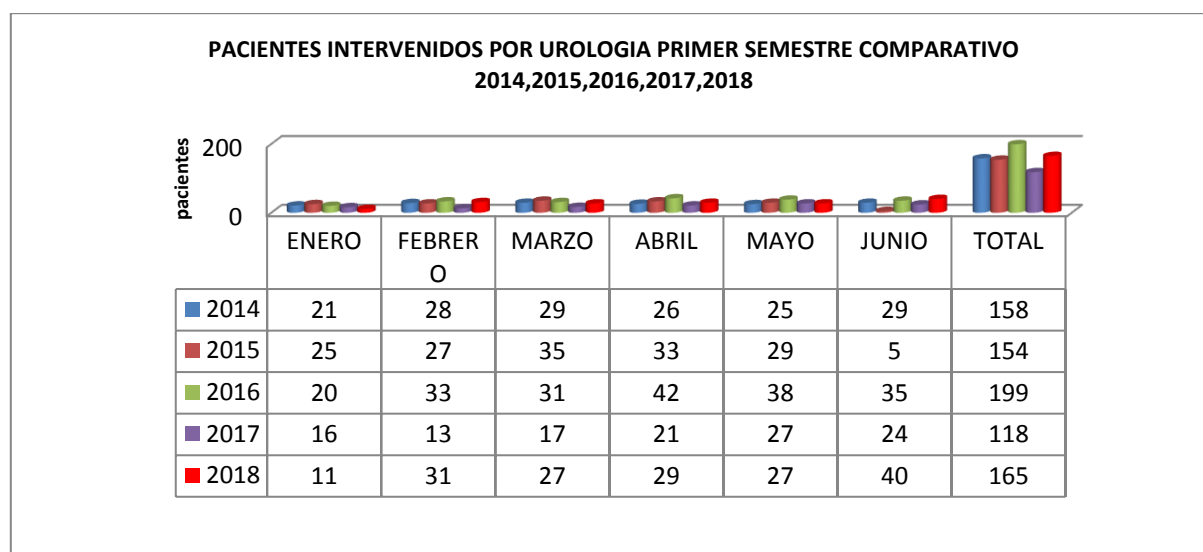
Gráfica N°10



Fuente: Dinámica gerencial

Otorrino tiene un comportamiento similar durante los semestres de los años anteriores y el semestre del año actual, igualmente se intervino y se llegó a un acuerdo según el seguimiento por auditoria sobre oportunidad.

Gráfica N° 11



Fuente: Dinámica gerencial

Urología una vez se interviene y se asigna un bloque de acuerdo a la demanda aumento su productividad en un 28%

Elaborar propuestas para sistema de reglas para asignación de tiempos de quirófano

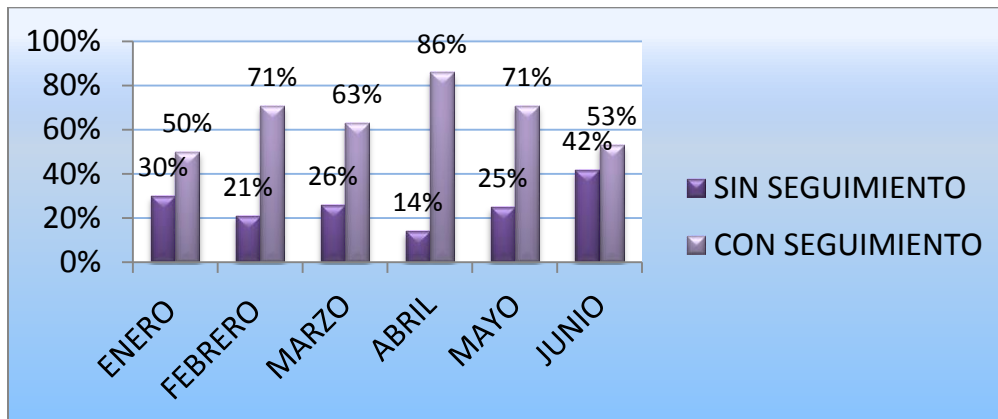
Con el seguimiento a través de tiempos y movimientos la productividad por cirujano, y el uso de los bloques quirúrgicos por especialidad de acuerdo a la demanda.

De acuerdo con el resultado del monitoreo se realiza seguimiento y concertación de programaciones con las diferentes especialidades, disminución de los días de espera, agilidad en las autorizaciones. De manera que se impactara en la productividad.

La productividad está sujeta a los contratos vigentes y a las autorizaciones de convida como nuestro mayor proveedor.

CIRUGIAS RADICADAS POR ESPECIALIDAD VS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS – CIRUGIA GENERAL

Gráfica N° 12



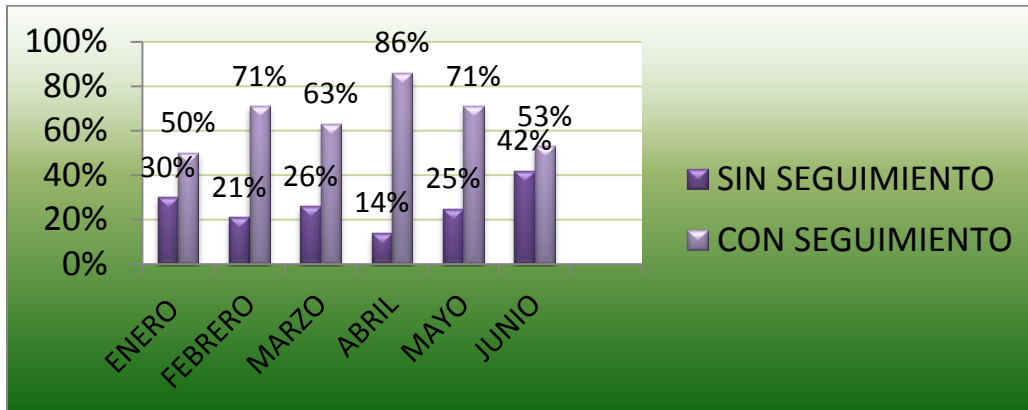
Fuente: Libro de radicación de procedimientos

De acuerdo a la gráfica anterior se logra evidenciar el porcentaje de cirugías radicadas de Cirugía General en la oficina de programación que fueron realizadas.

Se identifica que en el I semestre del año las cirugías realizadas sin seguimiento (es decir dentro del mismo mes) no supero el 60%, de acuerdo a la auditoria concurrente se evidencia una mejora en la productividad superando el 70%, en el mes de enero se logró una productividad el 100%. Este seguimiento se realiza en cada una de las especialidades, a través de cartas correos y concertación con cada uno de los líderes y coordinadores con el fin de mejorar la productividad en cada uno de los servicios y evitar hojas de ruta y autorizaciones vencidas.

CIRUGIAS RADICADAS POR ESPECIALIDAD VS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS UROLOGIA

Gráfica N° 13

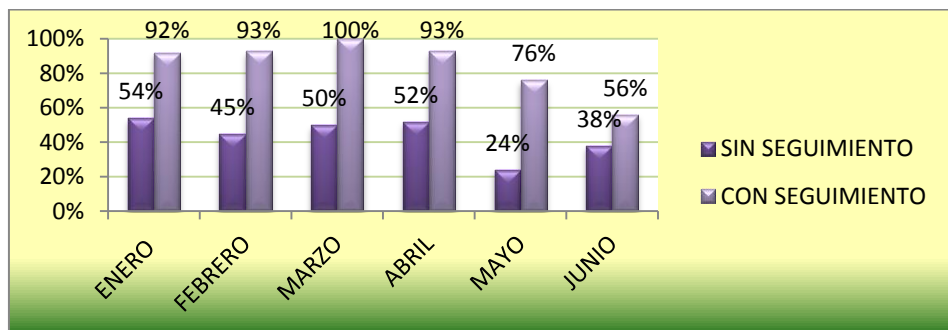


Fuente: Libro de radicación de procedimientos

De acuerdo a la gráfica anterior se logra evidenciar el porcentaje de cirugías radicadas de Urología en la oficina de programación que fueron realizadas. Se identifica que en el I semestre del año las cirugías realizadas sin seguimiento (es decir dentro del mismo mes) no supero el 50% ,de acuerdo a la auditoria concurrente se evidencia una mejora en la productividad superando el 50%, en el mes de abril se logró una productividad del 86% sin embargo la productividad de esta especialidad continua en un bajo porcentaje en comparación a las demás especialidades adicionalmente la especialidad refiere que durante el primer trimestre tuvieron inconvenientes para la programación por causales tales como insumos (canastillas, camisas de uréteres, entre otros) esto ha afectado la programación y por ende la productividad del servicio. Este seguimiento se realiza en cada una de las especialidades, a través de cartas correos y concertación con cada uno de los líderes y coordinadores con el fin de mejorar la productividad en cada uno de los servicios y evitar hojas de ruta y autorizaciones vencidas

CIRUGIAS RADICADAS POR ESPECIALIDAD VS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS ORTOPEDIA

Gráfica N° 14



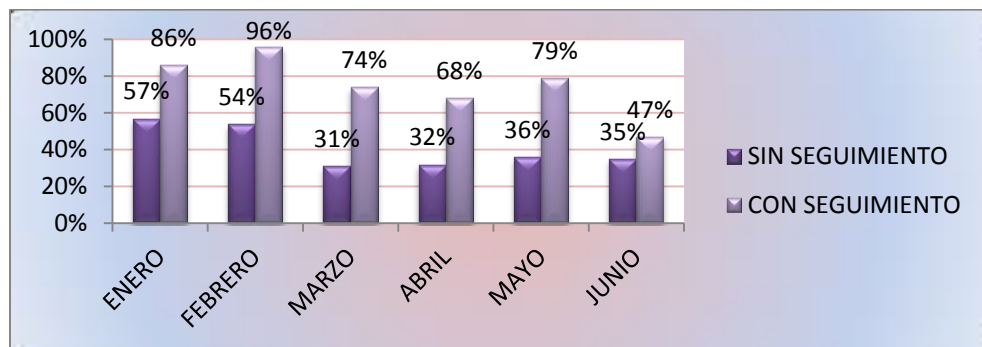
Fuente: Libro de radicación de procedimientos

De acuerdo a la gráfica anterior se logra evidenciar el porcentaje de cirugías radicadas de Ortopedia en la oficina de programación que fueron realizadas.

Se identifica que en el I semestre del año las cirugías realizadas sin seguimiento (es decir dentro del mismo mes) no supero el 60%, de acuerdo a la auditoria concurrente se evidencia una mejora en la productividad superando el 70%, en el mes de marzo se logró una productividad el 100% durante el mes de junio la productividad estuvo al 56% debido a que se priorizaron las urgencias. Este seguimiento se realiza en cada una de las especialidades, a través de cartas correos y concertación con cada uno de los líderes y coordinadores con el fin de mejorar la productividad en cada uno de los servicios y evitar hojas de ruta y autorizaciones vencidas

CIRUGIAS RADICADAS POR ESPECIALIDAD VS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS OFTALMOLOGIA

Gráfica N° 15



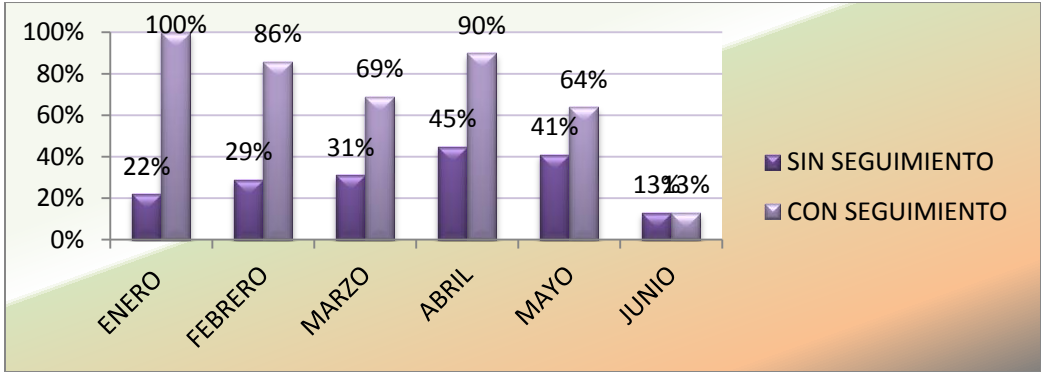
Fuente: Libro de radicación de procedimientos

De acuerdo a la gráfica anterior se logra evidenciar el porcentaje de cirugías radicadas de oftalmología en la oficina de programación que fueron realizadas.

Se identifica que en el I semestre del año las cirugías realizadas sin seguimiento (es decir dentro del mismo mes) no supero el 60%, de acuerdo a la auditoria concurrente se evidencia una mejora en la productividad superando el 70%, en el mes de febrero se logró una productividad el 96% durante el mes de junio la productividad estuvo al 47% debido a que se priorizaron las urgencias, a falta de algunos insumos tales como cassetts de faco equipo crio dificultades con contratación de banco de córnea, y a la no programación de pacientes. Este seguimiento se realiza en cada una de las especialidades, a través de cartas correos y concertación con cada uno de los líderes y coordinadores con el fin de mejorar la productividad en cada uno de los servicios y evitar hojas de ruta y autorizaciones vencidas.

CIRUGIAS RADICADAS POR ESPECIALIDAD VS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CIRUGIA PLASTICA

Gráfica N° 16



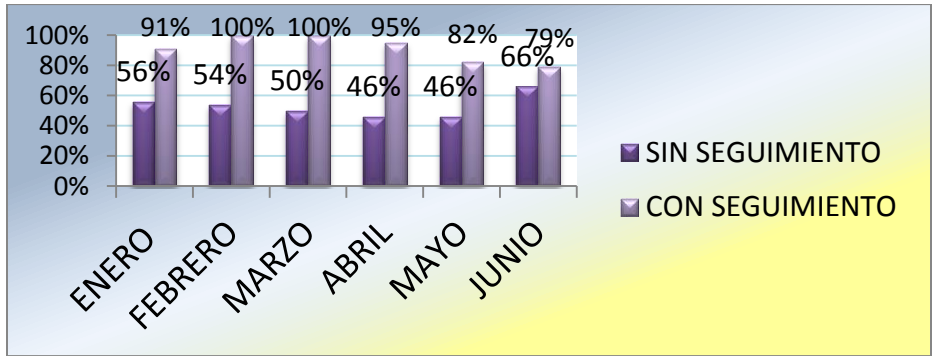
Fuente: Libro de radicación de procedimientos

De acuerdo a la gráfica anterior se logra evidenciar el porcentaje de cirugías radicadas de Cirugía Plástica en la oficina de programación que fueron realizadas. Se identifica que en el I semestre del año las cirugías realizadas sin seguimiento (es decir dentro del mismo mes) no supero el 50%, de acuerdo a la auditoria concurrente se evidencia una mejora en la productividad superando el 70%, en el mes de enero se logró una productividad el 100% para el mes de abril se logró un 90%, durante el mes de junio la productividad estuvo al 13 % debido a que se priorizaron las urgencias.

Este seguimiento se realiza en cada una de las especialidades, a través de cartas correos y concertación con cada uno de los líderes y coordinadores con el fin de mejorar la productividad en cada uno de los servicios y evitar hojas de ruta y autorizaciones vencidas.

CIRUGIAS RADICADAS POR ESPECIALIDAD VS PROCEDIMIENTOS GINECOLOGIA

Gráfica N° 17

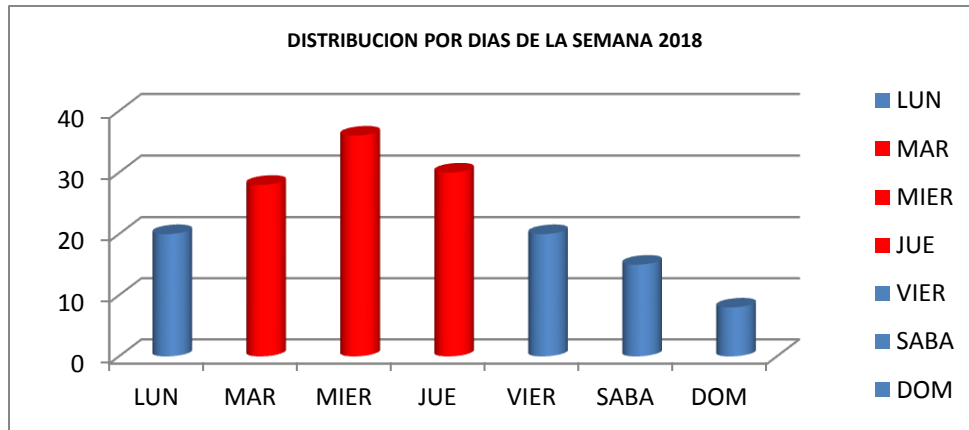


Fuente: Libro de radicación de procedimientos.

De acuerdo a la gráfica anterior se logra evidenciar el porcentaje de cirugías radicadas de ginecología en la oficina de programación que fueron realizadas. Se identifica que en el I semestre del año las cirugías realizadas sin seguimiento (es decir dentro del mismo mes) no supero el 70%, de acuerdo a la auditoria concurrente se evidencia una mejora en la productividad superando el 70%, en el mes de febrero y marzo se logró una productividad el 100% durante el mes de junio la productividad estuvo al 79% debido a que se priorizaron las

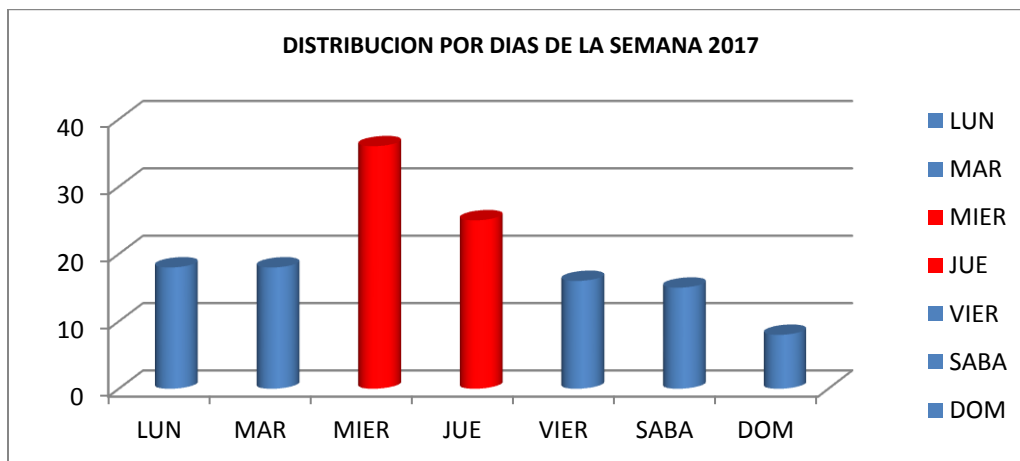
urgencias, y a la no programación de pacientes. Este seguimiento se realiza en cada una de las especialidades, a través de cartas correos y concertación con cada uno de los líderes y coordinadores con el fin de mejorar la productividad en cada uno de los servicios y evitar hojas de ruta y autorizaciones vencidas.

Gráfica N° 18



Fuente: Cuadro de programación de cirugía.

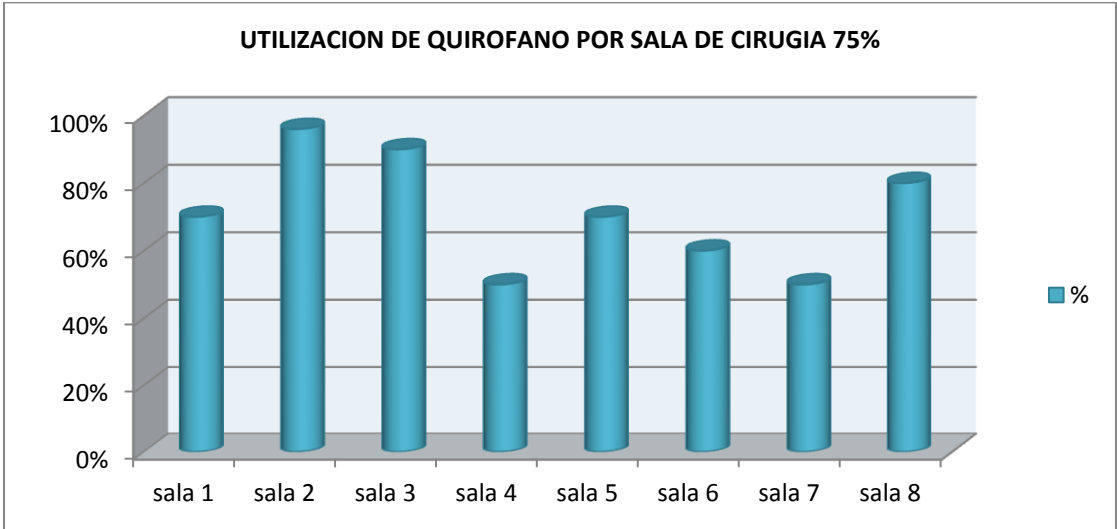
Gráfica N° 19



Fuente: Cuadro de programación de cirugía.

Los picos Quirúrgicos en el volumen Quirúrgico durante el año 2018 se dieron entre martes y miércoles representados por ortopedia con una ocupación del 98% de horas asignadas durante estos días y de acuerdo a las agendas de los especialistas. Durante la vigencia 2017 los mayores picos se presentaron durante los días miércoles y jueves, variabilidad reflejada por agendamiento de Cirujanos y Oftalmólogos cuya demanda era mayor y disminuyó para el periodo 2018

Gráfica N° 20



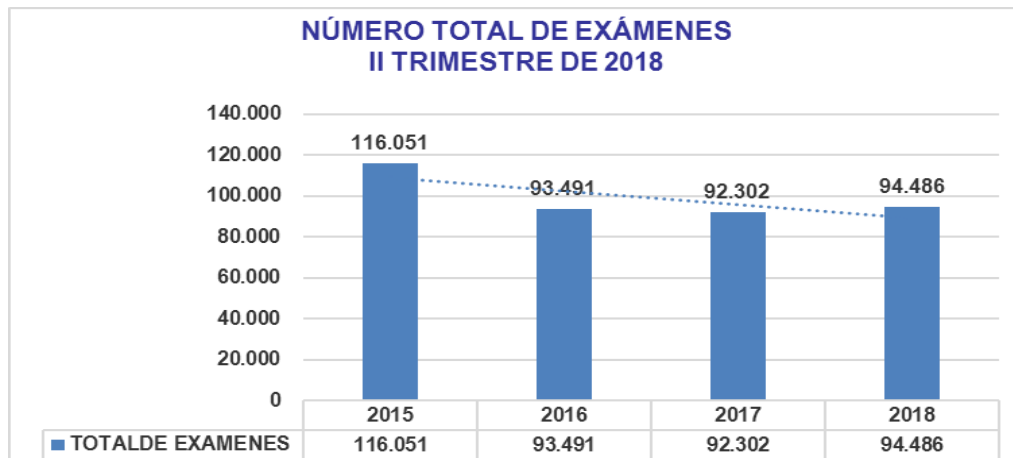
Fuente: Cuadro de programación de cirugía.

Con el aumento de la productividad quirúrgica y la complejidad de los procedimientos hay un incremento de la utilización de Quirófanos del 75%.

1.3 GESTIÓN DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO

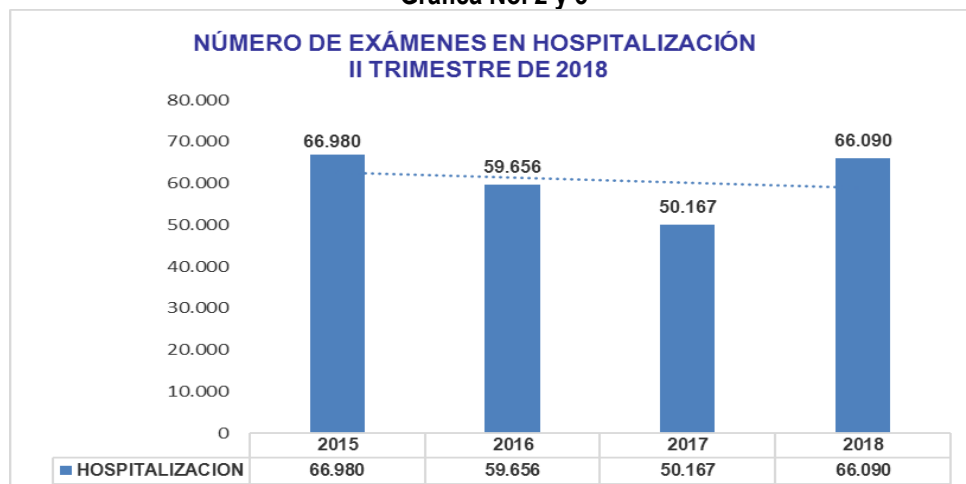
GESTIÓN DEL PROCESO PRODUCTIVIDAD GENERAL DEL LABORATORIO CLÍNICO

Gráfica No. 1 (Fuente LABCORE)

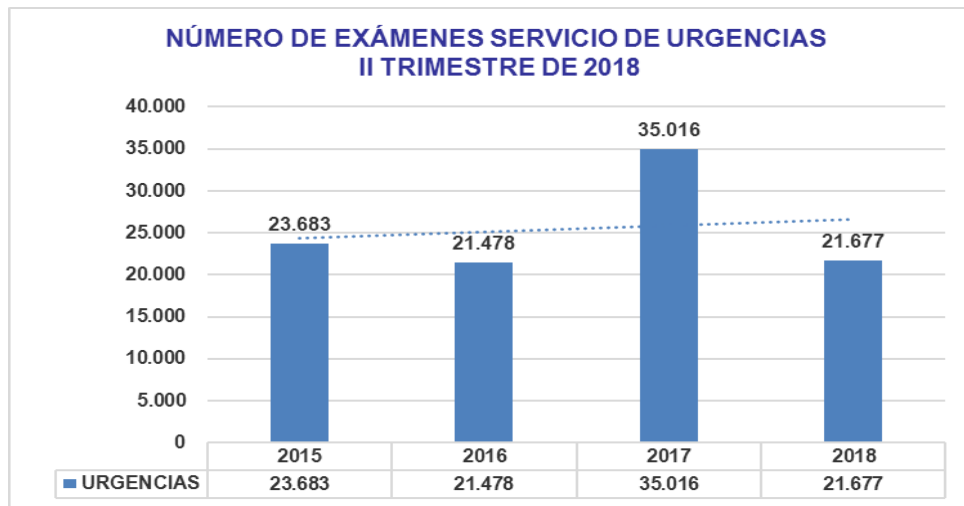


Comparativamente al II trimestre 2018 vs 2017, se observa en el 2018 un ligero incremento de un 2.4 % volumen total de exámenes con respecto al 2017. Adicionalmente la relación número de exámenes por orden se en general es de 3.8 en el 2017 y 3.5 en el 2018.

Gráfica No. 2 y 3



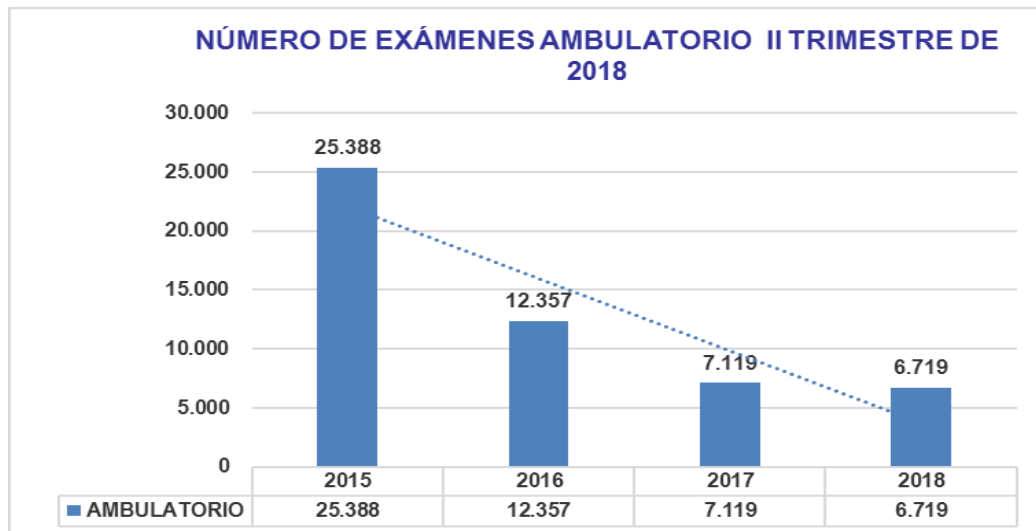
Fuente: LABCORE



Fuente: LABCORE

En el 2018 en el servicio de Hospitalización se observa un incremento del 32 % mientras urgencias se presenta una disminución del 38%. Esta variación obedece a que se están realizando ajustes en la base de datos de LABCORE. Anteriormente no se discriminaba el servicio ni la especialidad. En la actualidad dicha información se registra y los pacientes que se encuentran en urgencias, pero administrativamente son hospitalizados se evidencian en la migración de la información.

Gráfica No. 4

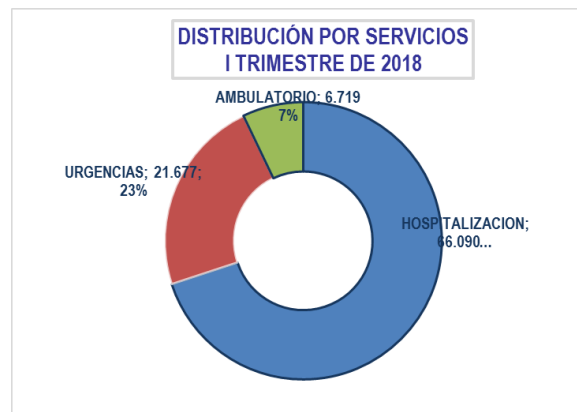


Fuente: LABCORE

Se observa una disminución del 6% en el número de exámenes en el 2018 frente al 2017. Generado por la disminución de contratos, relación número de exámenes por orden que paso de 2.3 en el 2017 a 1.9 en el 2018.

Se presenta un mayor número de solicitudes de exámenes acorde a la complejidad de la Institución, lo que hace que se continué incrementando los exámenes de baja frecuencia de solicitud y de alto costo.

Gráfica No. 5

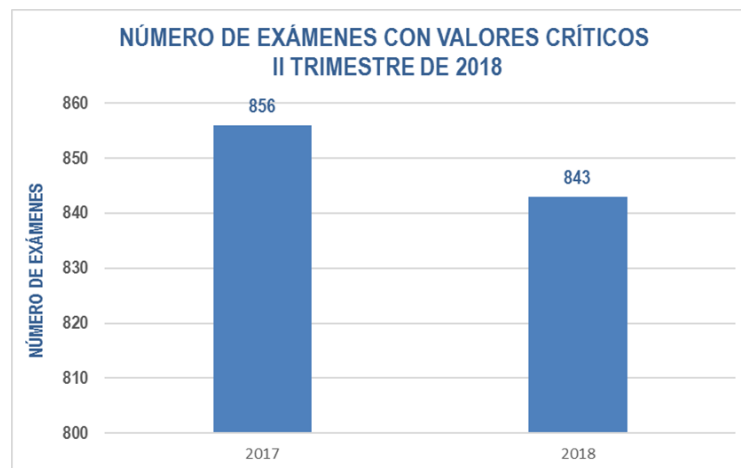


Fuente: LABCORE

El servicio con mayor utilización del Laboratorio Clínico es el Servicio de Hospitalización, seguido por urgencias y con una menor participación Ambulatorio. La mayor participación en el Laboratorio Clínico del Servicio de Hospitalización, con un 73% del total de exámenes de laboratorio, siendo la Unidad de Cuidados intensivos el servicio con mayor número de solicitudes. Seguido por urgencias con un 23% y un menor número de ambulatorio con un 7%.

INFORME DE VALORES CRITICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

Gráfica No. 6



Fuente: LABCORE

Se observa en el II trimestre de 2018 una ligera disminución (2%) en el reporte de informe de exámenes con valores críticos. Es de anotar que este comportamiento se define de acuerdo a las patologías atendidas en los diferentes servicios. Se encuentra implementado el sistema de registro e información y nos encontramos junto con auditoría concurrente en proceso de verificación de registro en historia Clínica con definición de conducta médica, con el fin de garantizar una adecuada atención en salud en cumplimiento de los atributos de calidad en oportunidad, continuidad, seguridad.

Gráfica No. 7



Fuente: LABCORE y registros de auditoría concurrente

Se realiza reunión en conjunto Auditoría concurrente, hospitalización y laboratorio clínico para revisar y retroalimentar los hallazgos del informe de II trimestre 2018 de Resultados críticos informados. Concluyendo:

1. El 87% de los paraclínicos reportados y que tuvieron respectiva revisión por auditoría fueron útiles para modificación de conducta médica a través de la respectiva interpretación de los mismos.
2. Históricamente no se contaba con ninguna medición. Se considera que es un gran avance respecto
3. Se detectan 3 momentos importantes para la medición y el correspondiente seguimiento:
 1. Bacteriólogo valida y reporta a enfermería: Tiempo controlado y gestionado desde el laboratorio clínico
 2. Enfermería y reporta al médico: No se evidencia registro en enfermería del momento en que recibe el dato e informa a médico tratante
 3. Tratante se recibe la llamada o información del laboratorio y modifica conducta: Algunos médicos refieren que no reciben la información del resultado crítico por ello es importante revisar la comunicación entre los servicios. Cabe anotar que, el médico realiza la intervención sobre el paciente, pero el reporte en la Historia Clínica no es posible registrar en tiempo real, por Tal motivo el tiempo de oportunidad es mayor se encuentra en promedio de 14 horas. (5 horas en urgencias y 22 horas en hospitalización)

Con el objeto de mejorar los tiempos de respuesta y la comunicación entre los servicios, es importante replantear los acuerdos entre servicios y realizar reunión con el personal de enfermería, de esta forma

generar compromisos de registro en historia clínica del reporte crítico. A partir de la renovación de acuerdos de servicios de debe actualizar el respectivo protocolo 03AD15 Alarma de resultados críticos.

El 84 % de paraclínicos reportados y revisados fueron interpretados para definición eficaz de conducta médica. Es dato es un buen resultado y demuestran la adherencia al proceso por parte del personal médico. En la UCI enfermería tiene la potestad de acuerdo a lo hablado en su momento con la Dra. María Teresa Ospina de toma la decisión clínica necesaria cuando se recibe el reporte crítico, pero es importante que se diligencie en historia clínica.

En urgencias y Medicina interna se va a realizar énfasis debido a que estos son los servicios a los que más reportes se notifican. Se estudiará en su momento con la dirección científica la posibilidad de reportar Críticos a un médico hospitalario definido en las noches debido a que un 55% de los reportes se generan en este turno. Se concluye de esta reunión que se ha venido realizando un buen trabajo para dar cumplimiento a dos de las actividades propuestas para solucionar las siguientes oportunidades de mejora incluidas en el PAMEC:

Sistematizar y fortalecer el monitoreo a la entrega de los resultados críticos, desde los diferentes servicios de hospitalización, para su correlación oportuna. Analizar la implementación de reporte y alertas sobre resultados críticos de exámenes de laboratorio

Las actividades cumplidas para este periodo son:

Definir metodología por medio de auditoría concurrente para el monitoreo de los estudios críticos entregados a las diferentes áreas desde apoyo diagnóstico e imágenes diagnósticas y su correlación oportuna por medio de la historia clínica del paciente. Medición de la oportunidad de entrega de resultados críticos desde su identificación hasta la entrega del resultado

Queda pendiente generar el indicador de este proceso en TUCI

OPORTUNIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO

El laboratorio Clínico realiza las mediciones de oportunidad de:

Tabla No. 1

II TRIMESTRE DE 2018		
NOMBRE DEL INDICADOR	2017 (MINUTOS)	2018 (MINUTOS)
OPORTUNIDAD DE FACTURACION EN EL LABORATORIO CLINICO PARA CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO	7,2	7,2
OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS A PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO	7,5	7,2
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	39,6	39
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO CLINICO EN LA UNIDAD CUIDADOS	45,8	40

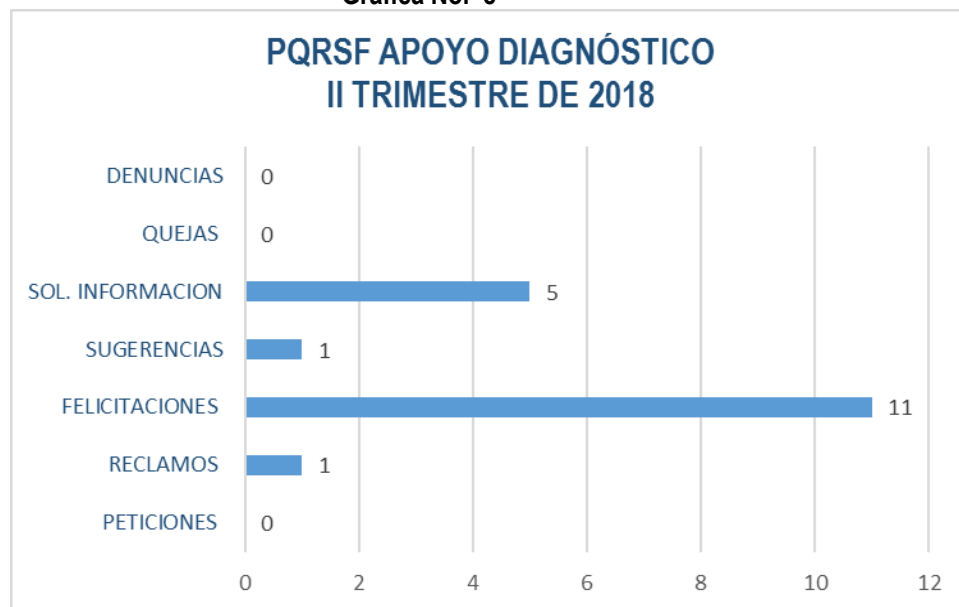
II TRIMESTRE DE 2018		
NOMBRE DEL INDICADOR	2017 (MINUTOS)	2018 (MINUTOS)
INTENSIVOS		
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO CLINICO EN LA HOSPITALIZACION	42,6	42,5

Fuente: LABCORE

Las oportunidades reportadas y medidas por LABCORE, se reporta el momento desde que llega la muestra al Laboratorio hasta el momento en que se valida el resultado. En PAMEC registramos las acciones a tomar con respecto a los diferentes momentos. Con el fin de dar cubrimiento a la medición de la oportunidad global.

PQRS

Gráfica No. 8



Fuente: ORFEO

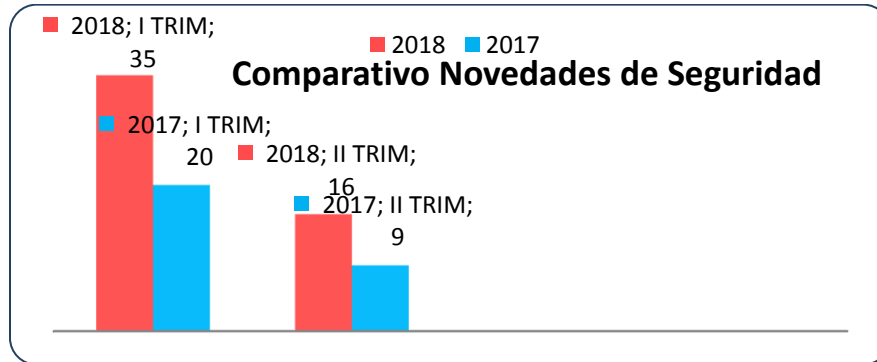
Es de resaltar que las felicitaciones por la atención, se ha venido incrementando, éstas van dirigidas al personal de atención de usuario ambulatorio, en toma de muestras y facturación.

GESTIÓN DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desde la coordinación de calidad del laboratorio clínico se promueve de manera constante la notificación de novedades de seguridad del paciente en el aplicativo institucional dispuesto para tal fin, se mantiene comunicación permanente con el programa de seguridad del paciente y es este equipo el encargado de notificar y consolidar todas las novedades reportadas al servicio correspondiente, en el servicio de laboratorio

clínico se analizan cada una de las novedades relacionadas con toma de muestras, resultados de laboratorio, entre otras y se determina el tipo de novedad: INCIDENTE, EVENTO ADVERSO O COMPLICACIÓN, de acuerdo a la investigación realizada y al daño sobre el paciente. Las novedades reportadas por trimestre en los años 2017 y 2018 se muestran a continuación.

Gráfica No. 9



Fuente: Novedades de seguridad del paciente

El consolidado de todas las novedades reportadas en el año y su respectiva clasificación se presentan en el siguiente cuadro:

Tabla No. 2

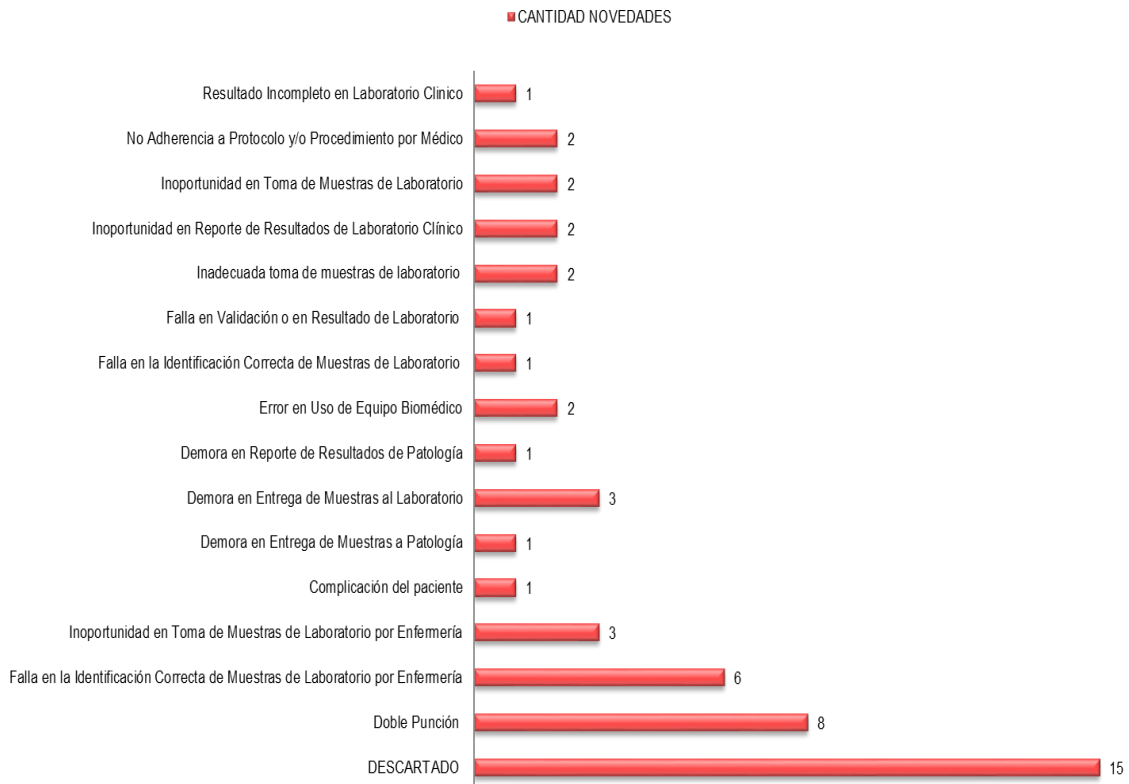
NOVEDADES DE SEGURIDAD REPORTADAS POR APLICATIVO LABORATORIO CLÍNICO 2018													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
FASE PRE-ANALÍTICA EXTRA	3	3	4		1	6							17
SISTEMAS		2											2
INTRALABORATORIO	2	1	1	2									6
COMPARTIDA													0
PATOLOGÍA		1				1							2
GASES ARTERIALES													0
REACTIVO-VIGILANCIA													0
TOMA DE MUESTRA - AMB	2	1	3	2	1								9
TOMA DE MUESTRA - HOSP-URG													0
REPETIDO/DESCARTADOS	3	8	1	1		2							15
SIN CLASIFICAR													0
TOTAL	10	16	9	5	2	9	0	0	0	0	0	0	51
COMPLICACIONES	2	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	
INCIDENTES	5	7	5	3	1	7	0	0	0	0	0	0	
DESCARTADOS/REPETIDOS	3	8	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
EVENTOS ADVERSOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Novedades de Seguridad de Paciente

De igual forma cada novedad de seguridad es materia de investigación, se identifica la causa raíz, se implementan de acciones de mejora o medidas correctivas inmediatas y se socializa al personal involucrado. Toda novedad es clasificada por tipo de la siguiente manera:

Gráfica No. 10

NOVEDADES DE SEGURIDAD POR TIPO



Fuente: ORFEO

Algunas de las novedades de seguridad luego de ser revisadas son descartadas debido a que se considera que no hubo ningún indicio de atención insegura y que el paciente no fue afectado. Para este año 2018 se han descartado 15 novedades la mayoría de estas correspondió a notificaciones en las cuales el paciente se negó a una toma de muestra, por lo tanto, se considera que no hay error del equipo médico, sino que es decisión propia de cada paciente. Las novedades de seguridad en su mayoría son trabajadas en bloque y se realiza una sola acción de mejora que abarca varias novedades de seguridad, tal es el caso del curso de toma de muestra.

IDENTIFICACIÓN DE PRODUCTOS O SALIDAS NO CONFORMES (PNC)

En el Laboratorio clínico se han definido 9 PNC los cuales se detectan al interior del equipo de trabajo y se trabaja en ellos para que su recurrencia disminuya. A continuación, se encuentra la representación gráfica del número de PNC presentados el año inmediatamente anterior Vs este año:

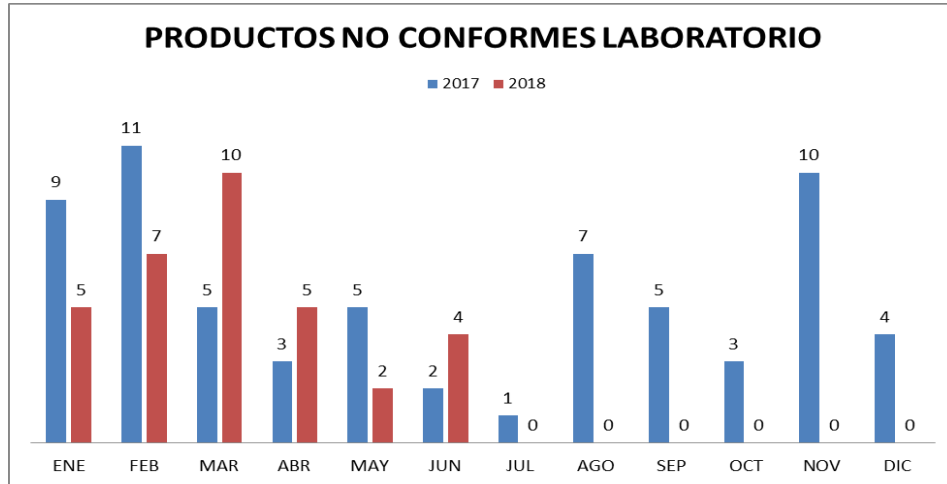


Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



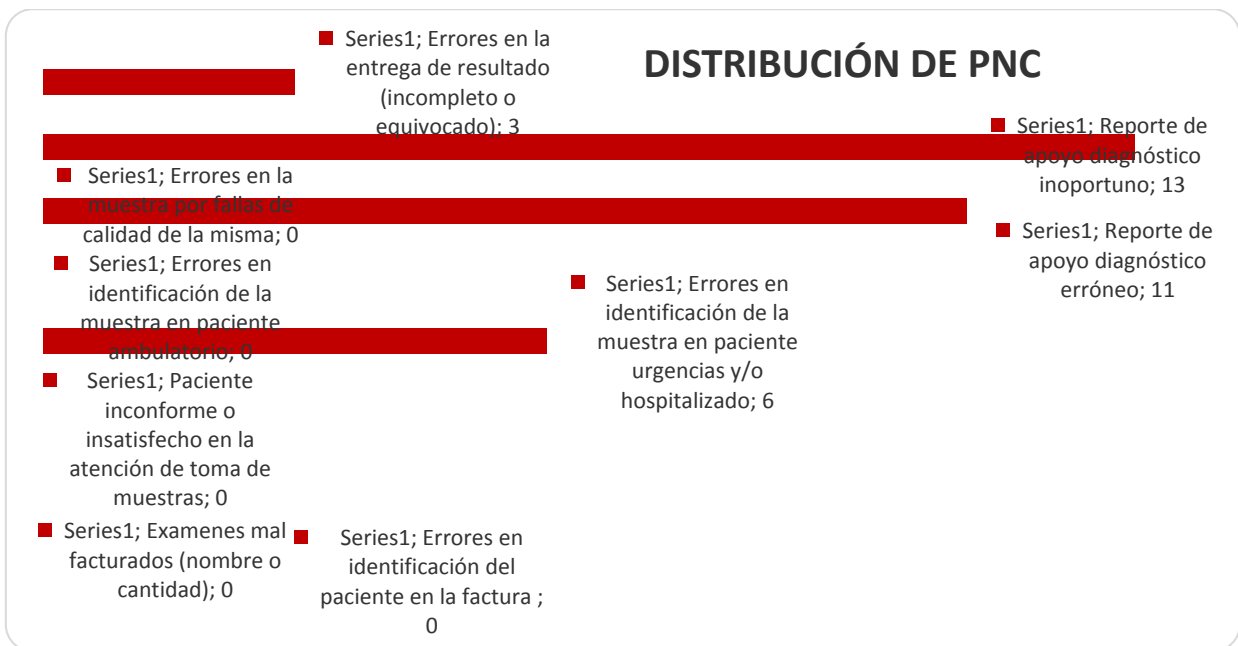
Gráfica No. 11



Fuente: Registro Productos No Conformes

La presentación de casos de PNC es variable y no se identifica tendencia en el número de los mismos, sin embargo, se encuentra tendencia con respecto al tipo de PNC como se representa en seguida:

Gráfica No. 12



Fuente: Registro Productos No Conformes

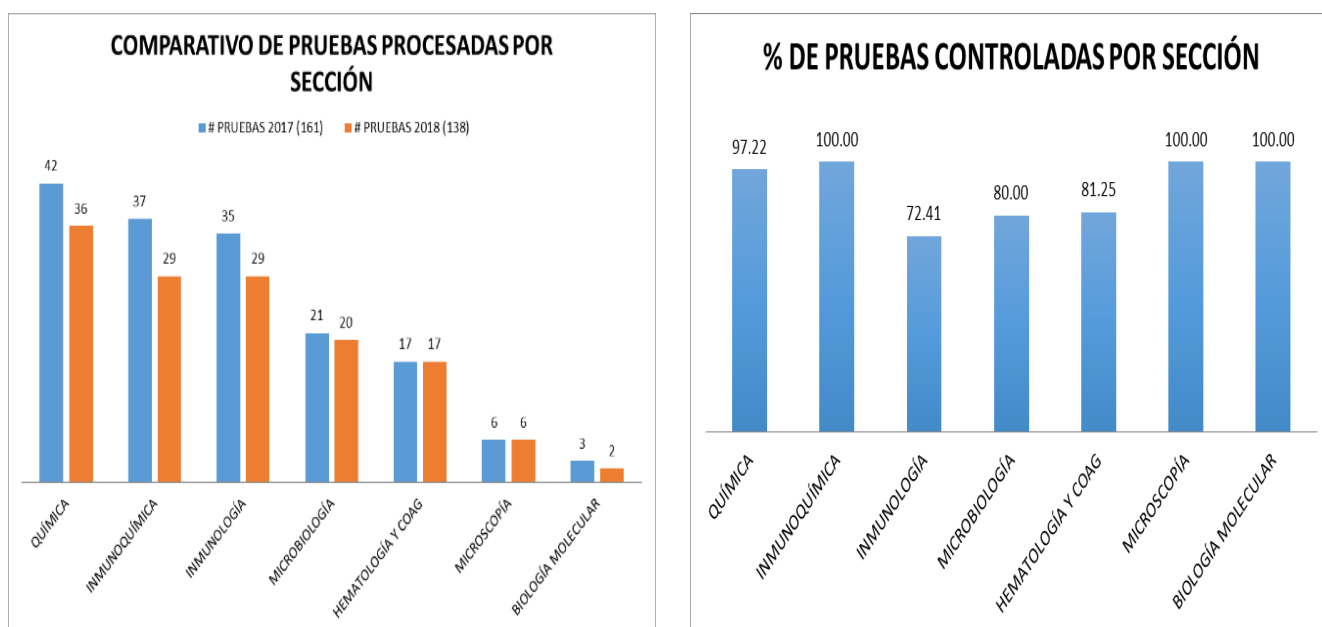
Se observa así que el PNC más repetitivo es el dado por la inoportunidad en el reporte, el cual ya tiene plan de mejora inmerso en el PUMP, seguido por el reporte de apoyo diagnóstico erróneo y errores en la identificación de la muestra, para este contexto se tratan los casos de manera puntual. Se realiza para ello Identificación, investigación, análisis y tratamiento.

Además, se toman medidas correctivas inmediatas o planes de mejora PUMP y se socializa con el personal involucrado.

GESTIÓN DE LA CALIDAD ANALÍTICA

En el laboratorio clínico se garantiza la trazabilidad y confiabilidad de cada uno de los resultados emitidos es por ello que cada una de las pruebas procesadas en el servicio cuenta con controles de calidad que permiten la validación de los exámenes, a continuación, se exponen los exámenes realizados por área del laboratorio en comparación con el año inmediatamente anterior y el porcentaje de pruebas controladas.

Gráfica No. 13 y 14



Fuente: informes Área de Calidad Laboratorio Clínico

El trabajo conjunto del personal que procesa los exámenes, el proveedor de reactivos, la coordinación de calidad y asesoría externa de control de calidad permite realizar análisis de desempeño de cada prueba, generar acciones correctivas inmediatas y preventivas sobre los analitos procesados, obteniendo altos estándares internacionales de desempeño.

Una de nuestras áreas de menor volumen, de gran importancia es Biología Molecular y en ella se observa evaluación de desempeño excelente.

Gráfica No. 15

Biología Molecular



6. Evaluación del Desempeño

6.1 Resultados Individuales

Código de su laboratorio: **09520**

Técnica utilizada: ANYPLEX TM II Detección MTB/MDR/XDR

Fármacos	Isoniacida	Rifampicina	Fluoroquinolonas	Inyectables
Total de aislamientos evaluados	9	9	9	9
Total de resultados correctos	9	9	9	9
Total de resultados no correctos	0	0	0	0
Verdaderos sensibles	4	4	6	7
Verdaderos resistentes	5	5	3	2
Falsos resistentes	0	0	0	0
Falsos sensibles	0	0	0	0
Sensibilidad	100%	100%	100%	100%
Especificidad	100%	100%	100%	100%
Eficiencia	100%	100%	100%	100%

Fuente: Informe INS

Por su parte, el área Biología Molecular presenta un desempeño excelente ratificado por el Instituto nacional de Salud mediante el informe del programa Ensayos de Aptitud en Micobacterias (PREAM) el cual certifica una eficiencia del 100% para la prueba procesada por nuestro laboratorio clínico.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

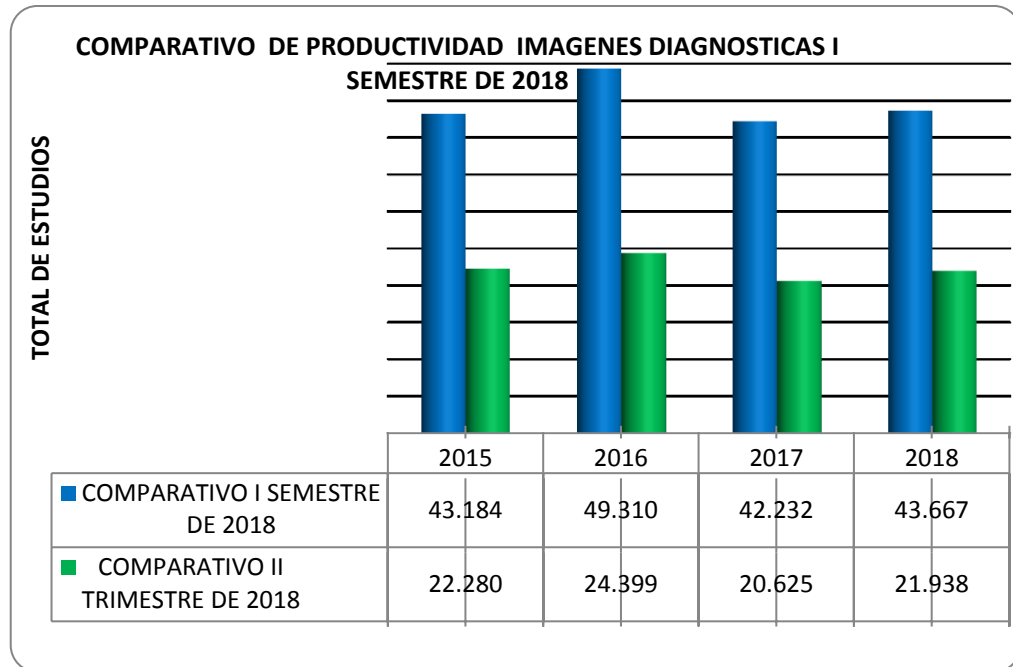
“Humanización con sensibilidad social”



1.4 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

GESTIÓN DEL PROCESO

PRODUCTIVIDAD



Grafica 1 comparativo de productividad Imágenes Diagnósticas I Semestre de 2018
Fuente : Sistema de Información Dinámica Gerencial

La variabilidad frente al año inmediatamente anterior es de un 3.4% frente al año 2017; el año que nos refleja mayor productividad es el año 2016, al revisar puntualmente el aumento significativo de la vigencia esta dado por las modalidades de convencional puntualmente, seguido de ultrasonido; modalidades que son rutinarias en áreas de imágenes diagnósticas. En el comparativo trimestral frente a las anteriores vigencias se refleja la misma dinámica un pico de productividad en el 2016 dado por estudios convencionales y un aumento para el año 2018 de las modalidades diagnósticas especializadas las cuales se relacionan a continuación:

Variabilidad acumulada I semestre de 2018

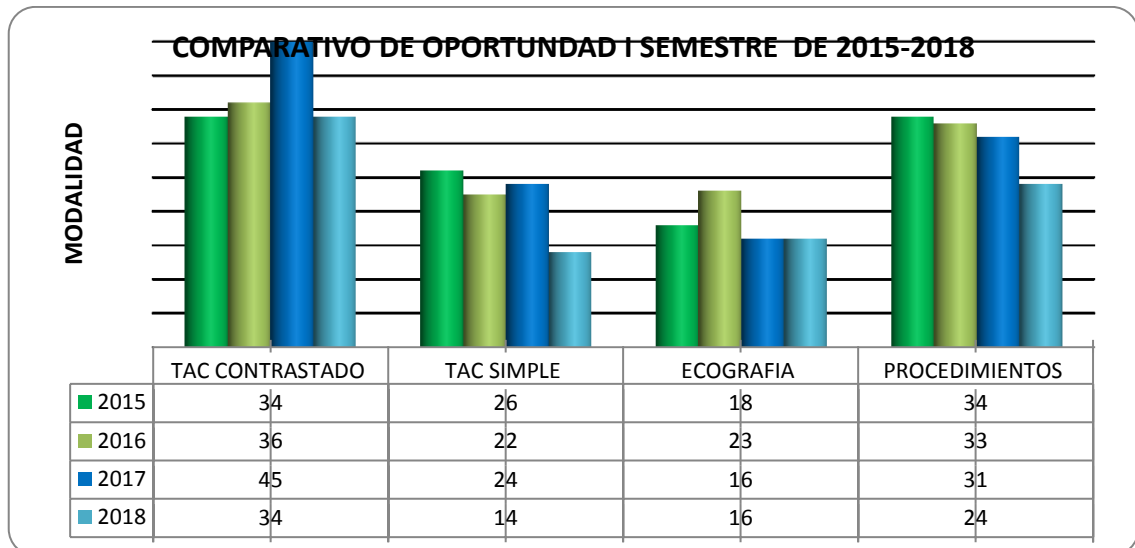
Hemodinámica:	56%	(+169)
Intervencionismo:	43%	(+282)
Resonancia:	25%	(+185)
Portátiles sin:	17%	(+1022)
Tomografía:	10%	(+530)

Las modalidades con disminución significativa para el I semestre de 2018 frente a las anteriores vigencias se encuentran:

Doppler: -13% (-260)
Ecografía:- 6% (-360)
Convencional: - 1% (-274)

Sin embargo debe aclararse que la globalidad y el mayor número de estudios realizados siempre van a estar en las modalidades de radiología convencional, ecografía y tomografía sin embargo las modalidades de alto costo son las que reflejan un aumento importante.

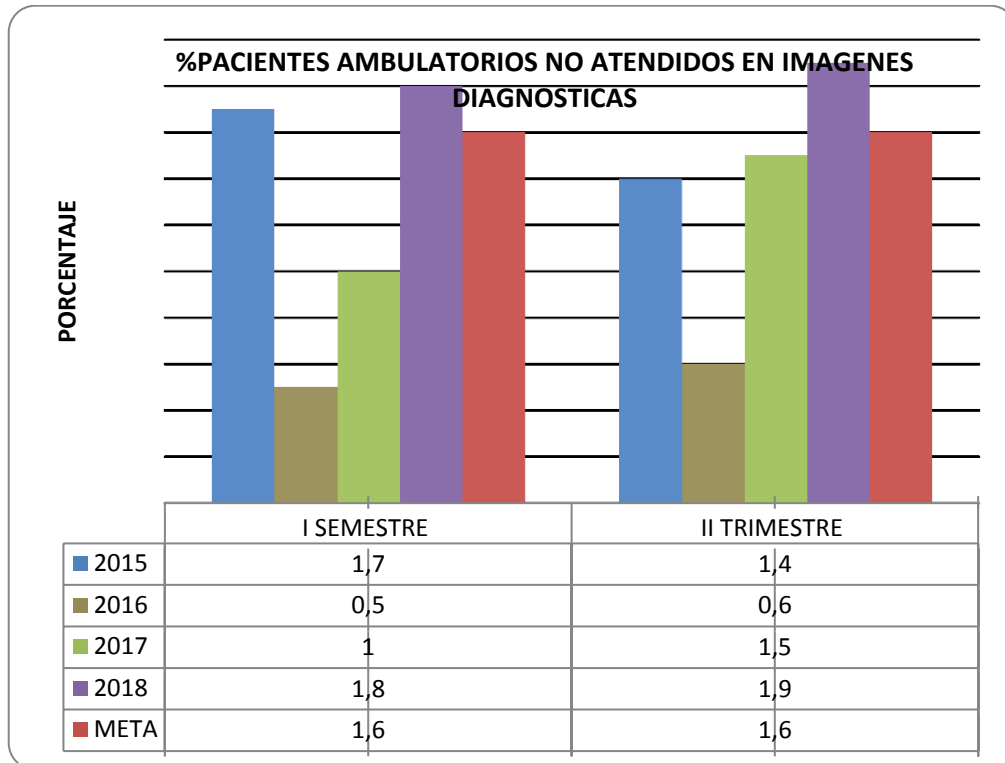
OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:



Grafica 2 comparativo de Oportunidad Imágenes Diagnosticas I Semestre de 2018 Fuente : Sistema de Información RIS.

En el comparativo acumulado para el año 2018 se refleja una mejora significativa en los tiempos de intervencionismo esto relacionado que para el II trimestre de 2018 para los meses de Mayo y Junio se lograron unos tiempos oportunos debido a la dinámica de programación conjunta entre médicos especialistas y residente, dentro de las actividades de mejora hemos implementado la prioridad de programación a los TAC simples ya que esto favorece la rotación de pacientes sobre todo para el servicio de urgencias; aunque los tiempos de TAC Contrastado han mejorado notoriamente frente a las vigencias anteriores es necesario realizar intervenciones de mejora que impacten sobre los tiempos de programación, los cuales se ven afectados por pacientes con preparaciones inadecuadas, pacientes no trasladados para la toma del estudio ó pacientes con condiciones clínicas que no permiten la realización del estudio, estas variables externas afectan directamente los tiempos de realización

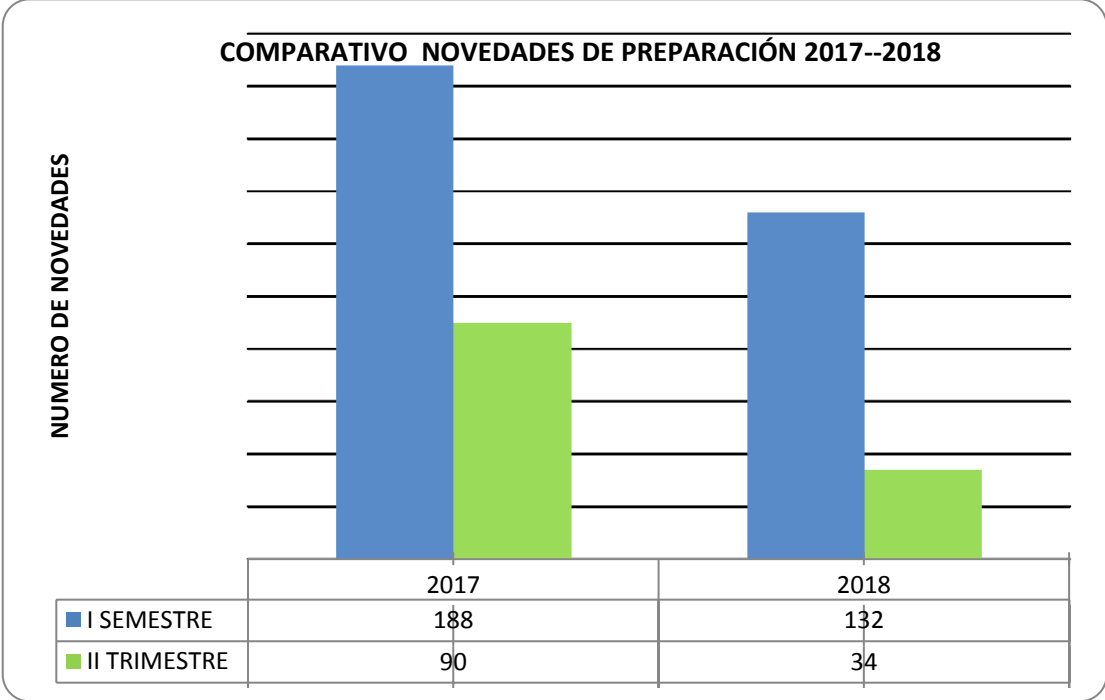
PORCENTAJE DE PACIENTES AMBULATORIOS NO ATENDIDOS



Grafica 3 comparativo de Pacientes no atendidos Imágenes Diagnósticas I semestre y II Trimestre de 2018
Fuente : Sistema de Información RIS.

Este indicador hace referencia al número de pacientes no atendidos programados para imágenes diagnósticas de forma ambulatoria, el indicador en los últimos trimestres ha mostrado una tendencia al aumento, si bien es cierto el número de pacientes ambulatorios atendidos ha tenido un leve aumento; el indicador de cancelaciones o pacientes no atendidos se ha visto afectado debido a las cancelaciones de usuarios correspondientes a **INPEC**, En los seguimientos realizados se encontraron varias fallas tanto de programación como de coordinación de traslados de los usuarios, por tal motivo ya en conjunto con el área de consulta externa y representantes de entidad se han llegado a acuerdos con el fin de mejorar el proceso de programación de los usuarios de tal manera que se beneficien las dos entidades, actualmente se está realizando la programación de brigadas para los usuarios en fechas establecidas por medio de cronograma, se está acordando mutuamente para cuando puede coordinarse el traslado y se está llevando puntualmente el registro de inasistencias y cancelaciones para esta entidad.

NOVEDADES DE PREPARACIÓN



Grafica comparativo de Novedades de preparación y causas de retraso en la atención Imágenes Diagnosticas
Fuente : Aplicativo Institucional Novedades de preparación y causas de retraso en la atención.

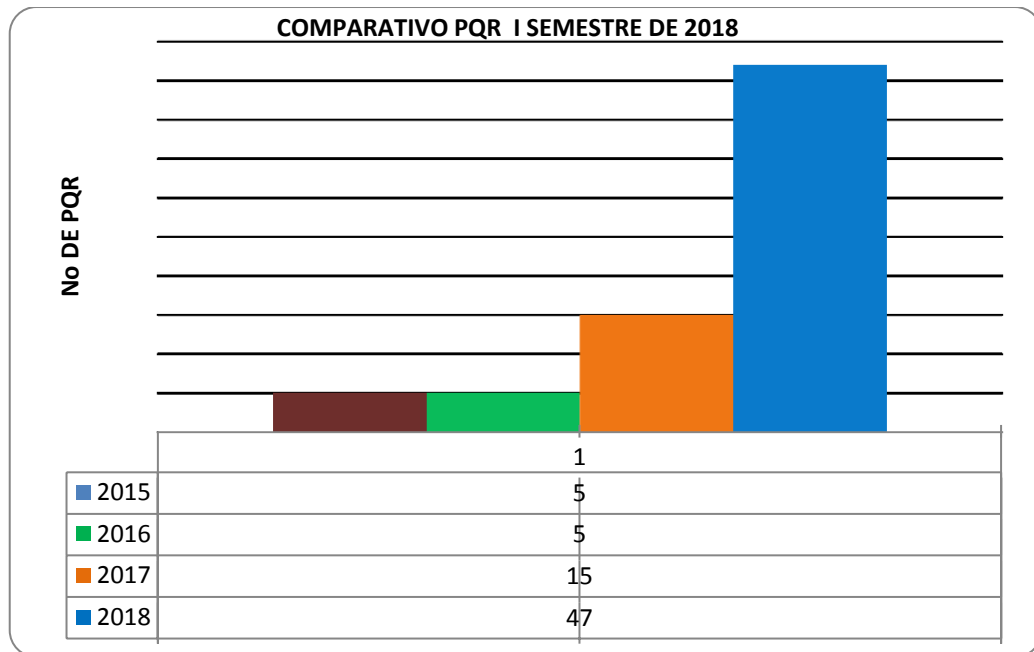
Se realiza el comparativo de Novedades de preparación de pacientes programados de los servicios de urgencias y hospitalización aunque en el comparativo se refleja una mejora con respecto al año 2017 en el acumulado semestral y trimestral; es necesario especificar que las novedades de preparación siguen siendo una variable de afectación de los tiempos de oportunidad en la realización de los estudios, sobre todo en la modalidad de tomografía, por lo cual es necesario intervenir con acciones educativas ya que en el análisis realizado se identificó que la causa más relevante corresponde a insuficiente agua, la cual debe ser administrada a los pacientes con orden de tomografía contrastada de abdomen total, la intervención educativa consistirá en realizar nuevamente socialización de las pautas de preparación, y se adicionará la instalación visual de estas pautas en cada una de las estaciones de enfermería priorizando el servicio de urgencias.

P.Q.R:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”





Para el primer semestre de 2018 se recibieron un total de **47 PQR** , en comparación con el año 2016 que para el I semestre se recibieron 5 PQR , y para el año 2017 en el I semestre se recibieron 15 PQR, el 78% de PQR para el 2018 corresponden a las dificultades de los usuarios ambulatorios para la comunicación de forma telefónica, para solicitud de cita, algunas de las llamadas son direccionadas a la defensoría del Usuario donde el paciente manifiesta su inconformismo por la falta de oportunidad telefónica, debido a que esta inoportunidad de atención telefónica es generalizada para los apoyos Diagnósticos se adelantaron varias reuniones tanto con la dirección científica , subdirección de consulta externa , e Imágenes diagnósticas donde se puntualizó lo siguiente:

1. En la primera reunión sostenida con el área de consulta externa y sistemas se había planteado la posibilidad de subir una línea de Call Center a Imágenes diagnósticas con el fin de poder contar con estadísticas del número de llamadas entrantes, contestadas y abandonadas. Lo cual no fue posible debido a ajustes del mismo.
2. En la segunda reunión realizada en la dirección científica se concluyó que esta estrategia no solucionaría el problema raíz, solo nos daría datos estadísticos, y se refirió que la congestión de llamadas de apoyo diagnóstico es generalizado lo cual llevó a definir que es necesario contar con un Call Center más robusto que permita el ingreso de mas líneas disponibles con el fin de incluir toda la parte de apoyo Diagnóstico.
3. La necesidad fue elevada a la alta gerencia por medio de la subdirección de consulta externa quien lidera el proceso de Call Center y se encuentra en curso la gestión de mejorar el Call Center.

PLANES UNICOS DE MEJORA PUM

ACTIVIDADES CONSIGNADAS EN PUIM 2018

Actualización de los procedimientos técnicos existentes: Se avanzó en la actualización de 14 documentos correspondientes a procedimientos técnicos y un protocolo, los cuales ya se encuentran en el área de planeación.

Documentación de los procedimientos técnicos para la modalidad de resonancia : se adelantaron 4 procedimientos técnicos nuevos correspondientes a esta modalidad

Medir la adherencia al manual e calidad de imagen: Se realiza por medio del indicador de estudios repetidos y se aplicará evaluación de conocimiento.

Demora en la respuesta telefónica para la solicitud de los procedimientos ambulatorios: esta oportunidad de mejora es reiterada y deberá ser trabajada de forma coordinada con el área ambulatoria y la alta gerencia ya que está identificado que es un problema institucional.

GESTION DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- Se realizó la actualización del protocolo de administración de medios de contraste reforzando todo el tema de riesgos durante la administración de mismo
- Se implementó para los pacientes ambulatorios la indentificación de riegos de caída y alergia por medio de manilla de indentificación, con indentificación de riesgos con sticker rojo o fuccsia según corresponda.

Se trabajó conjuntamente con el area de sistemas y auditoria concurrente en la revisión, ajuste y nuevas interfaces del sistema de información RIS y Dinámica gerencial con el fin de garantizar la oportuna migración de los resultados a la HC del paciente dando alcance al cumplimiento de los requerimientos realizados por el comité.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



1.5 GESTIÓN DEL PROCESO BANCO DE SANGRE

GESTIÓN DEL PROCESO

Durante el segundo trimestre del 2018 en comparación con el año anterior se observa un aumento del 16% unidades producidas, esto se debe al trabajo realizado en sensibilización de nueve (9) nuevas empresas para lograr aumento de las unidades recolectadas, así mismo se logró mantener fidelización de 10 empresas y 24 municipios en este trimestre, se logró gran acogida con las campañas de sensibilización que incluye: contactar emisoras, canal comunitario, parroquia, afiches, envió de correos electrónicos, llamadas telefónicas y generar convenio de participación y apoyo en la promoción con el grupo de activistas por la Paz que fomenta la donación voluntaria y altruista. Por otro lado, se espera mayor articulación de la promoción de la donación con nuestras redes sociales como (Facebook y twitter) ya que nos ayuda a motivar e invitar a los donantes a los diferentes lugares y generar mayor impacto en la población juvenil.

Así mismo, es importante mencionar como en informes anteriores que seguimos trabajando en lograr apropiación y reconocimiento de la institución sobre los municipios para lograr fidelización de los municipios hacia el HUS y así minimizar los ingresos de otros bancos de sangre en Cundinamarca sin seguir conductos regulares haciendo que nuestro cumplimiento de metas sea muy difícil.

Se observa que en comparación con el trimestre del año anterior las jornadas de donación de sangre no han tenido ningún incremento, generando un impacto favorable, ya que hemos mantenido la misma cantidad de campañas en el trimestre y sostenido la producción de las unidades de sangre. Así mismo, es importante mencionar la gestión realizada en la búsqueda de empresas y nuevamente incorporarnos en espacios públicos de Bogotá; sin embargo, se siguen presentando demoras del LSPC por darnos las autorizaciones al ingreso del municipio que perjudican el ingreso al mismo y conllevan a cancelación de la jornada. No obstante, se sigue trabajando en estrategias con municipios de (Cajicá, Tocancipá, Ubaté, Chía y la Mesa) logrando que perciban que somos la cabeza de red y que apoyamos a todo el departamento para que nos permitan el ingreso y predilección en el municipio.

Para lograr este reconocimiento con los municipios mencionados anteriormente, se trabajó el día mundial del donante de sangre (14 junio) con un despliegue en la empresa fidelizada (gobernación de Cundinamarca), municipio Cajicá y en la sede Bogotá, con el distrito para dar mayor cobertura y reconocimiento al hospital frente a esa hermosa labor de sensibilización (imagen 1)



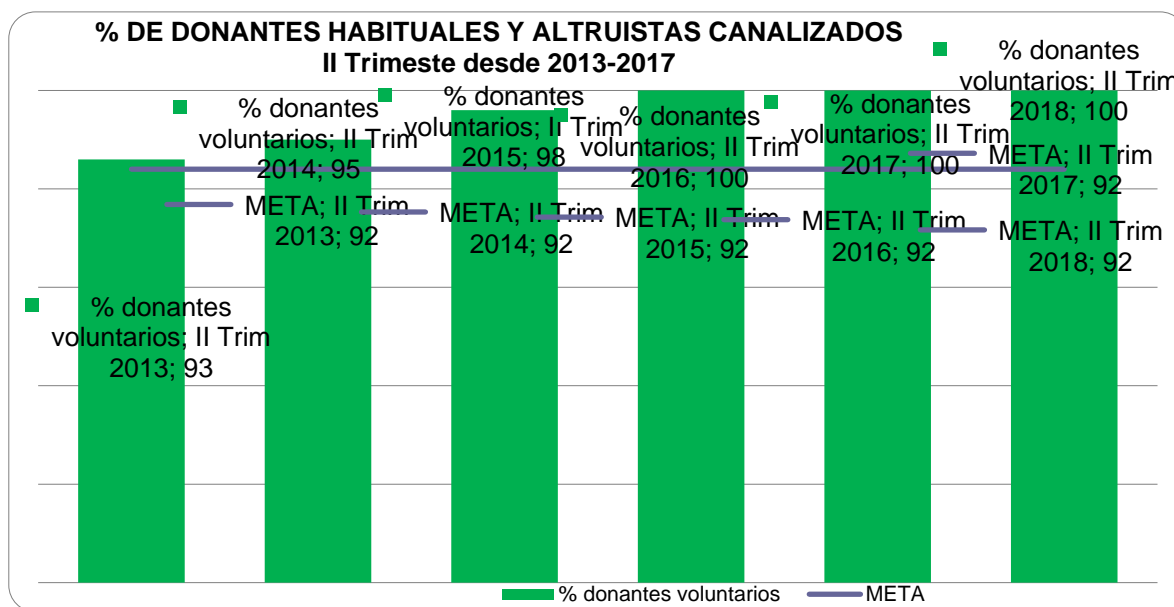
Imagen1: Día mundial del Donante de sangre 14 Junio 2018

Se comparte la imagen institucional en conmemoración del día del donante de sangre junto con las imágenes de los donantes a los que se les hizo reconocimiento en el hus y Cajicá. También por facebook live se hace transmisión en vivo de la emisión de la emisora radio el dorado de la gobernación. Se obtuvo un alcance de más de 4.000 seguidores en la red.

Durante el II trimestre el donante **mejoro su percepción e imagen del banco de Sangre** queriéndose acercar a donar y esto se ve impactado con el aumento de las unidades recolectadas en un 15%. Así mismo, durante este trimestre se logró un pequeño incentivo para los donantes en su momento de donar, para generar mejor percepción del HUS y todo esto se vea reflejado con la fidelización de donantes voluntarios y altruistas.

Gracias a todos estos esfuerzos por mantener la sensibilización y la promoción de nuestros donantes fidelizados (ver gráfica 1), el indicador de porcentaje de donantes voluntarios y altruista canalizados se ha mantenido, demostrando que tanto en comparación con el II trimestre del año anterior hemos logrado mantener la voluntariedad de nuestros donantes en un 100%.

Gráfica 1. % de Donantes Voluntarios



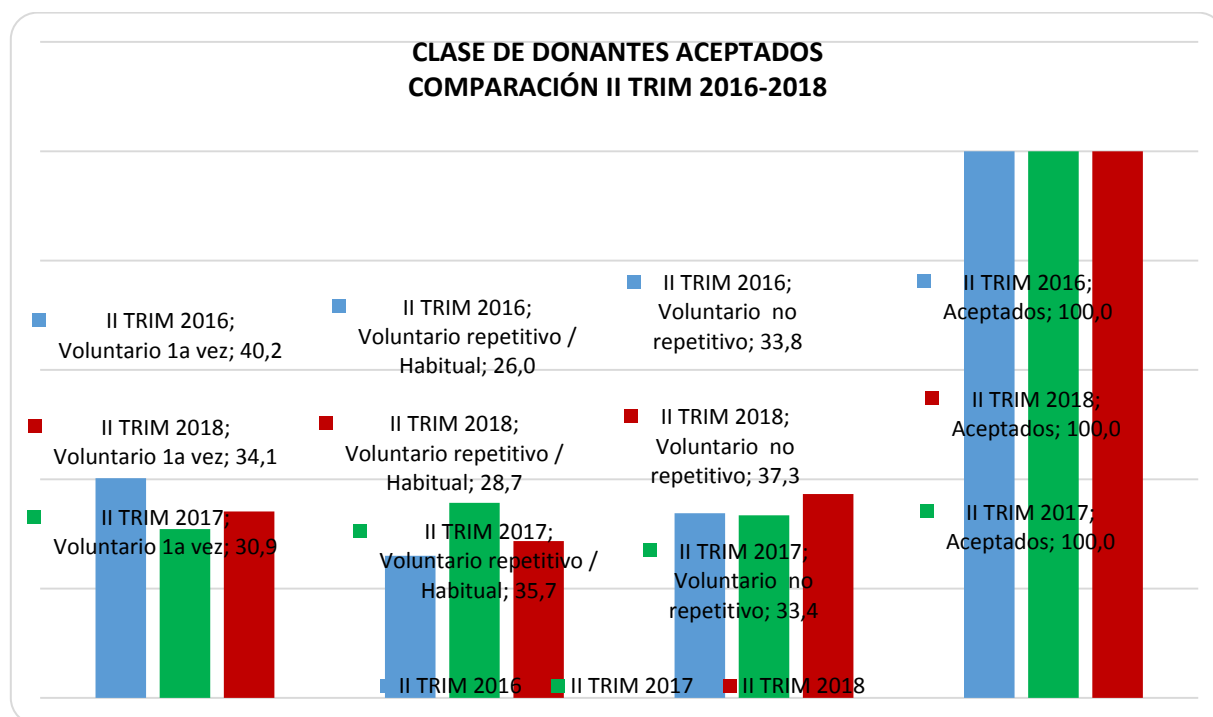
Fuente: % Donantes voluntarios y altruista canalizados. Comparación II Trim 2013 al II Trim 2018

En cuanto a este indicador es importante mencionar que el resultado de este II trimestre en mantener el 100% de voluntariedad; se debe al constante apoyo y concientización de nuestros colaboradoras que trabajan constantemente en estrategias de disminuir los donantes en reposición demostrándolo en este indicador. Estas estrategias impactan ya que no se cuentan con donantes en reposición y observando el trabajo en la sensibilización de nuevas empresas y municipios para lograr aumento de donantes de primera vez en un 34,1%, y estos en un futuro se vea reflejado en nuestros donantes voluntarios HABITUALES; este indicador se encuentra en 28,7% y en espera que durante este II semestre del 2018, se aumente la voluntariedad.

En cuanto a donantes voluntarios no repetitivos en un 37.3% ha aumentado comparado con el trimestre del año anterior ya que se ha generado nuevas estrategias para buscar a los donantes y se vuelvan a fidelizar (email y llamadas) invitándolos nuevamente a donar. Así mismo, se espera que para III trimestre logremos mantener este indicador de donantes voluntarios habituales en aumento y cumplir la meta del PAS de aumento en un 2%. (Gráfica 2).

Todo esto se logró debido al fortalecimiento de las actividades de una bacterióloga dedicada a la promoción y a reorganización de actividades de las auxiliares que apoyan las llamadas a invitar a nuestros donantes a donar nuevamente con nosotros, se espera un mayor apoyo por parte de la red departamental para que durante esta vigencia se logre afianzar y fortalecer la prestación de servicios de salud.

Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados

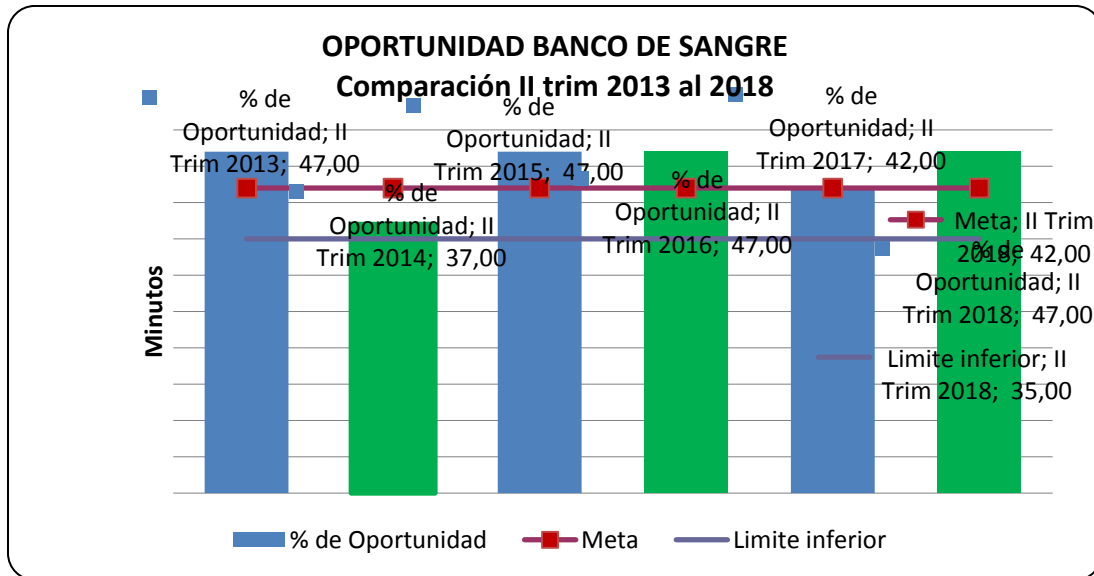


Fuente: Clase de donantes aceptados. Comparación II Trim 2016 -II Trim 2018

Por otro lado, en comparación con el II trim del 2017 se observa un aumento del 25% en las unidades transfundidas, evidenciando un aumento del 70% en transfusión de plasma fresco congelado y en un 35% crioprecipitado, Justificado por un aumento de transfusión en los siguientes servicios como: cirugía vascular, ginecología y ortopedia.

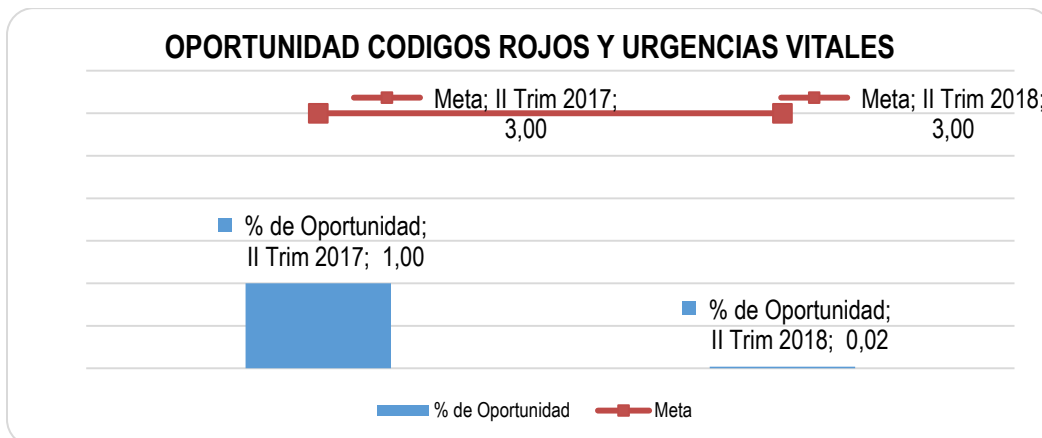
Es importante mencionar que se tiene una oportunidad de despacho de hemocomponentes en este II Trim 2018 es de 47 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, observando que se encuentra por encima de la meta actual de 42 minutos. Este comportamiento se mantiene durante este periodo de tiempo, evidenciando tendencia por aumento de pacientes y unidades transfundidas en los servicios demandantes; es importante mencionar dos eventos adicionales que se presentaron en este II Trimestre y

son: 1) aumento de pacientes que requirieron pruebas adicionales como adsorción, fenotipos, entre otros, para búsquedas de unidades compatibles todo enmarcado según su patología. 2) Se realizó renovación tecnológica en el equipo de inmunohematología, lo cual generó capacitaciones constantes, acompañamientos por casa comercial para lograr que no se vea tan afectada la oportunidad del servicio por los cambios tecnológicos. (Gráfica 3).



Gráfica 3. Oportunidad de despacho de hemocomponentes
Fuente: Oportunidad del STS. Comparación II Trim 2013 - 2018

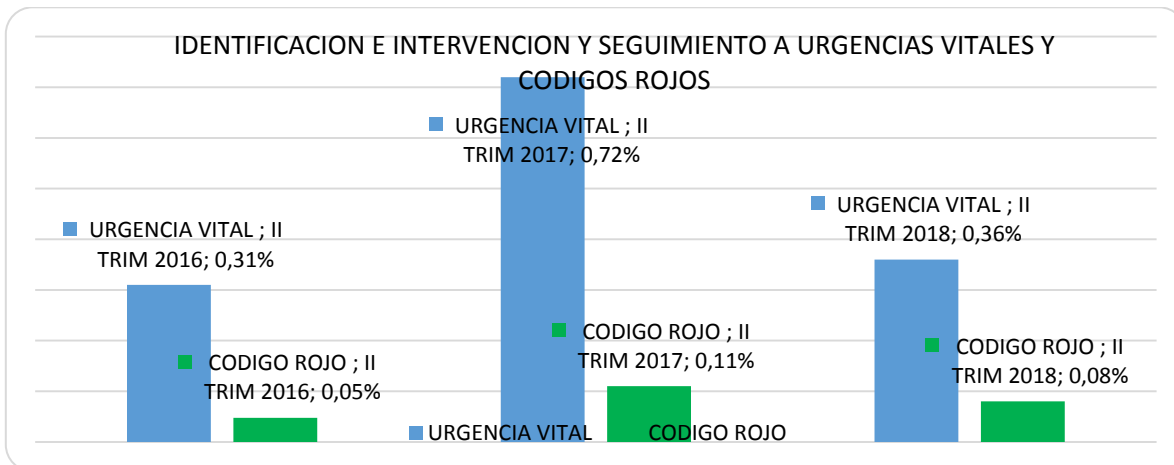
Se dio respuesta oportuna a las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el II trimestre del 2018 se cuenta con una oportunidad de 2 segundos en atención ante la emergencia; esto quiere decir que nuestra respuesta es oportuna ante la emergencia, logrando contribuir y cumplir con la meta general de la unidad en salas de partos en menos de los 3 minutos. (Gráfica 4).



Gráfica 4. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos
Fuente: Oportunidad del STS códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación II Trim 2017 y II Trim 2018

Así mismos, se observa una disminución en urgencias vitales en 0.36% en comparación con el II trim del 2017 que equivalía a un 0.72% y al igual una disminución en códigos Rojos 0.08%. Se atiende un promedio de 11 órdenes de pacientes en urgencias vitales y códigos en un promedio de 832 unidades transfundidas (Grafica 5), la oportunidad de 2 segundos para este tipo de emergencias.

Es importante mencionar que esta no se cuenta dentro de la oportunidad general, ya que el tiempo de respuesta es de menos de 30 segundos y se estaría alternado el resultado de la oportunidad general.

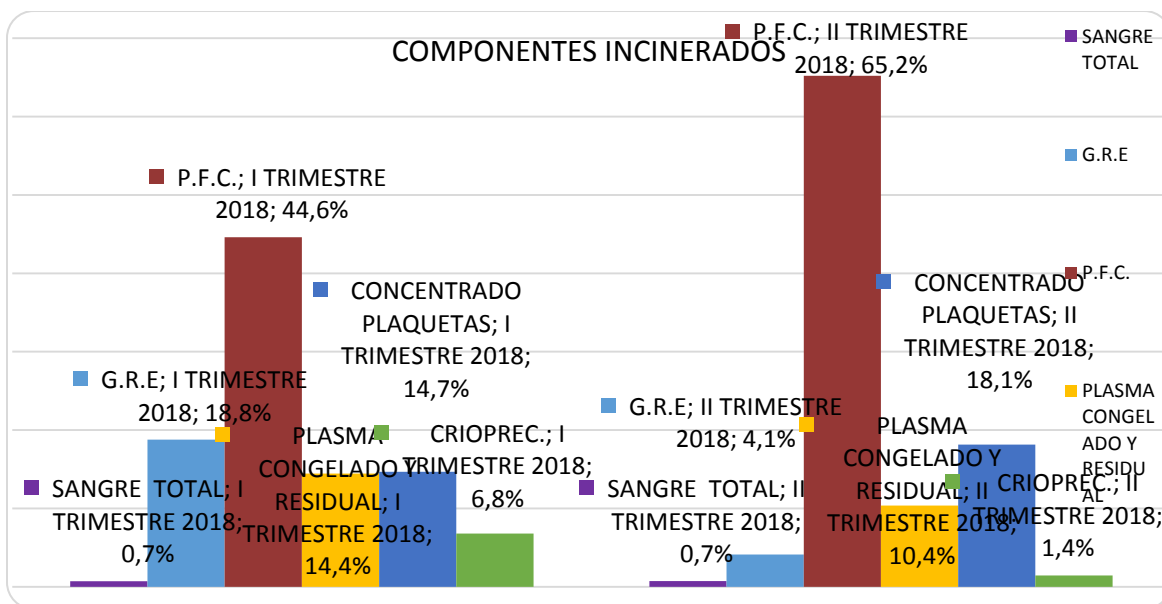


Gráfica 5. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos
Fuente: STS en códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación II Trim 2016 - 2018

Para este informe del II trimestre del proceso de banco de sangre se observa un promedio de unidades transfundidas por paciente es de 5.4 con un aumento del 11% comparado con el trimestre del año anterior, evidenciando el aumento generalizado de las transfusiones por servicio y la complejidad de los pacientes para la transfusión de una unidad compatible. Sin embargo, se seguirá reforzando las actividades del programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre y la adherencia a los médicos, nuevos residentes y estudiantes, logrando así un mejor impacto en el promedio de unidades transfundidas. Así mismo seguir impulsando el curso virtual de medicina transfusional que apoye esta gestión, que tuvo su segunda versión en este I trimestre y a las jornadas de capacitación e inducción que ha participado el banco de sangre.

Es importante mencionar que el banco de sangre de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana fue escogido dentro de un grupo de hospitales, para realizar prueba piloto de implementación de la GPC del uso de componentes sanguíneos, la cual, se ha estado trabajando junto al ministerio y el IETS, para lograr su implementación con actividades para lograr se ejecución y darle a conocer a todo el hospital la GPC.

En cuanto a las causas de incineración, se evidencia que la causa de mayor descarte es por control de calidad en un 39.85%, seguido de sin capacidad de almacenamiento en un 13.065 debido a insuficiencias de ultracongeladores de -80°C para asegurar la estabilidad de la cadena de frío del componente por 1 año. Relacionado con lo anterior, en la Grafica 6 se evidencian que el mayor componentes descartado es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 65.2%, seguido de plaquetas en un 18.1% debido a control de calidad de las unidades y aumento de incineración por sin capacidad de almacenamiento como se mencionó anteriormente.



Gráfica 6. Componentes Incinerados 2018
Fuente: Componentes Incinerados. I y II Trim -2018

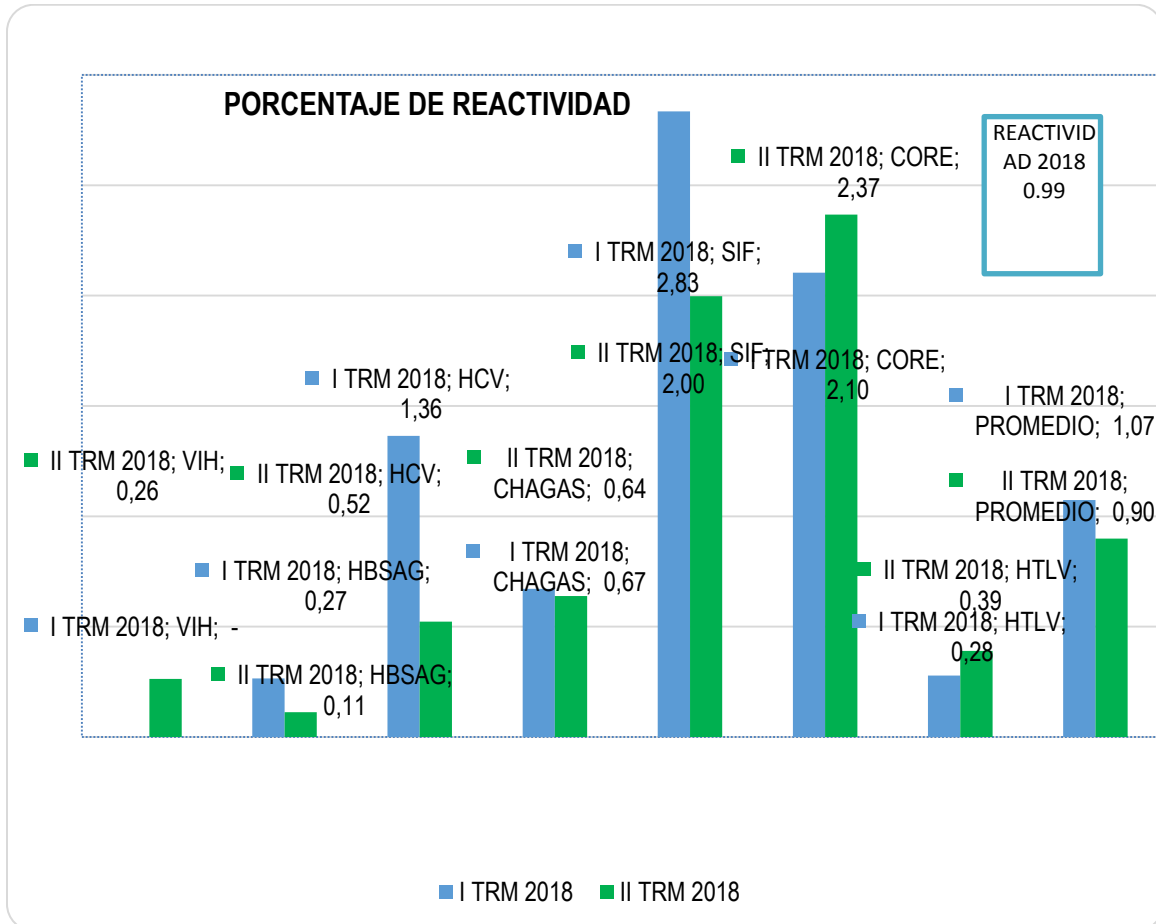
Adicionalmente, en cuanto al porcentaje de reactividad para el I trimestre del 2018, es importante mencionar se presentó una reactividad mayor en el marcador de en CORE 2.37%, seguido de SIFILIS en un 2.0%; cabe recalcar que nuestra reactividad se encuentra en un 0.99% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 7). Es importante mencionar que no se ha realizado cierre del primer y segundo trimestre en porcentaje de Positividad ya que se cuenta con 3 meses para lograr la ubicación efectiva de los donantes reactivos y a problemas de envío de exámenes confirmatorios durante el I trim del 2018.

En cuanto a la canalización se generaron estrategias de ubicación efectiva del donante de sangre cuando se encuentra reactivos como teléfonos adicionales, de establecer horas de llamada para poderlo contactar y ubicación por correo electrónico; se sigue trabajando en lograr aumentar el indicador en un 100% y en espera de gestionar más apoyo por parte del LSPC y SDS para impactar la canalización y prestar servicios de salud con excelencia y contribuir a la comunidad.

Así mismo, a nivel nacional se han tomado medidas para realizar seguimiento, monitoreo de todos los donantes a nivel nacional, y desde el INS (Instituto nacional de salud) se creo SIHEVI, es un aplicativo es un desarrollo del Instituto Nacional de Salud (INS) que tiene como objetivo fortalecer el Sistema de Información de la Red Nacional de Bancos de sangre y Servicios de Transfusión así como servir de base del Programa de Hemovigilancia. Por ello, es un aplicativo usado por los bancos de sangre existentes en el país (con Código Nacional otorgado por el INS y en funcionamiento de acuerdo a concepto de "Cumple" emitido por el INVIMA), servicios de transfusión registrados en la base de habilitación del Ministerio de Salud, así como las autoridades del orden Departamental, Distrito Capital y Nacional.

Es importante mencionar, en cuanto a las de reportes a los entes de vigilancia y control por el proceso del banco de Sangre, se ha cumplido a cabalidad con estos informes enviados a los diferentes entes; sin

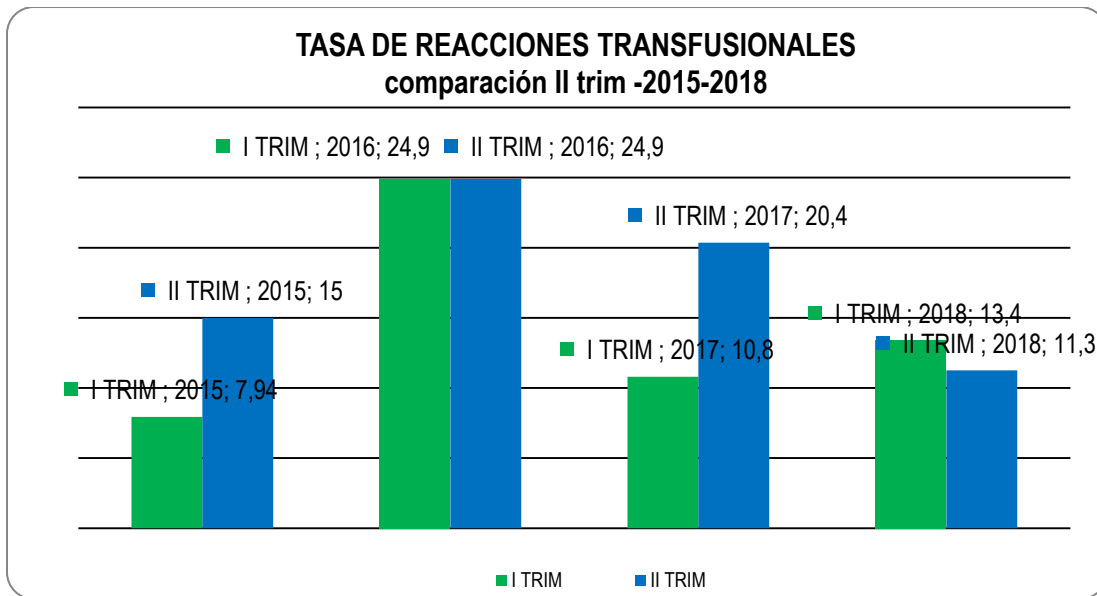
embargo, se presentó retrasos en el envío de mayo y junio, ya que se generaron unas actualizaciones por parte del INS que perjudico que migrara la información adecuadamente a la plataforma del INS.



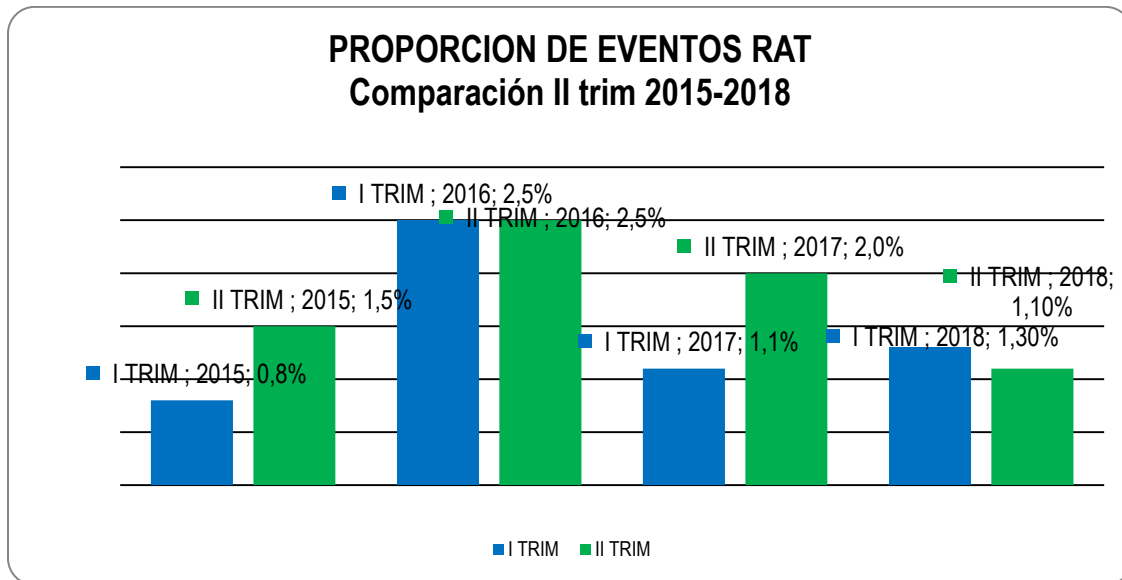
Gráfica 8. % de Reactividad
Fuente: % de reactividad. Comparación I y II Trim 2018

Por otro lado, es importante recalcar que durante este II trimestre, **se mejoró la parte de contratación**, ya que había sido muy difícil lograr los convenios institucionales, por toda la tramitología administrativa que presenta el HUS. Se cuenta convenio con Hospital San Rafael de Facatativá y el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa, la ESE San Francisco de Gacheta, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital san Martín de Porres de Chocontá, Hospital San Rafael de Cáqueza, ESE Hospital san Vicente de Paúl Nemocón, ESE Hospital el Salvador de Ubaté y ESE Hospital San Rafael de Pacho. En espera que se fortalezca el área de mercadeo para lograr aumentar convenios y aumentar con más STS de Cundinamarca y lograr ser el Banco de Sangre de Cabeza de Red.

Es necesario recalcar que para este II trimestre del 2018 el porcentaje de despacho externo aumento evidenciando que se acrecentó en los glóbulos al igual que el componente plaquetario.



Gráfica 9. Tasa de Complicaciones Transfusionales
Fuente: tasa de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT). Comparación II Trim 2015-2018

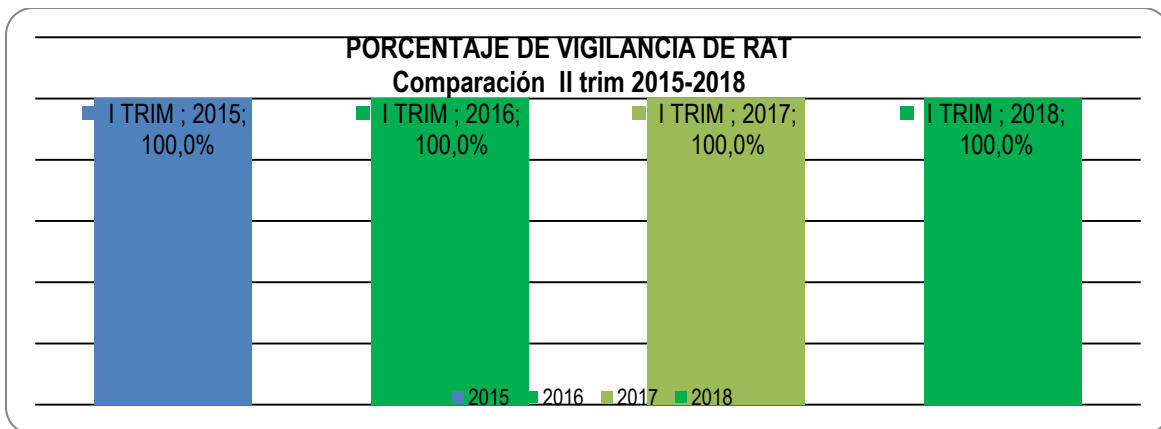


Gráfica 10. Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales
Fuente: Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales (RAT). Comparación II Trim 2015-2018

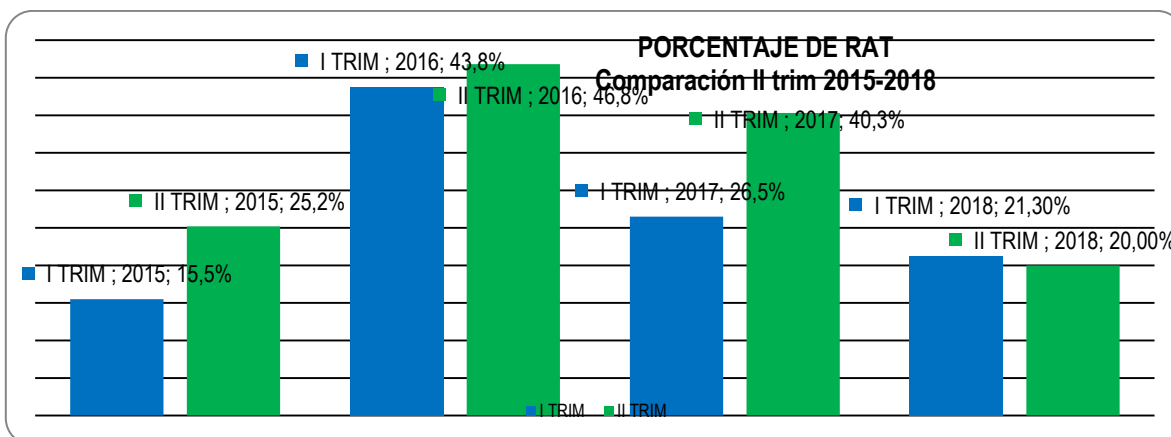
En el segundo trimestre del 2018 en cuanto a Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 11.3 y 1.1% por debajo de la meta establecida de 30 y 0.30% del indicador respectivamente (Gráfica 9 y 10), comparado con el trimestre del año anterior evidenciando un 20.4 y 2.0%, se evidencia que se ha logrado fortalecer el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre, en el reporte y tener mayor adherencia a todos los procesos

logrado por contar un profesional exclusivo para realizar estas actividades y así de esta manera lograr capacitaciones continuas con médicos y el área de enfermería para que nos siga impactando el proceso. Sin embargo, se espera continuar capacitaciones y reinducciones para lograr mayor adherencia en la cadena transfusional y en espera lograr que el curso de medicina transfusional que tiene su primera versión se logre obligatorio y nos ayude impactar en todo el proceso.

Se analizaron por el comité de transfusiones hasta la fecha un total de 11 RAT generando un cumplimiento del 100% (Grafica 11) de las RAT notificadas y analizadas por nuestro comité; sin embargo es importante mencionar que no se realizó un comité en el mes de junio, ya que se presentó el día mundial del donante de sangre y se debió dar participación activa a nivel nacional, evidenciando que de 890 pacientes transfundidos se ha presenta un porcentaje de RAT del 20% en la institución (Gráfica 12). En espera de mantenernos durante esta vigencia 2018 ya que se tienen programadas capacitación y mayor seguimiento a toda la cadena transfusional para generar impacto el indicador de tasa de reacciones adversas y así garantizar un sistema integral de gestión de la calidad y manejo de nuestros eventos asociados a la Transfusión.

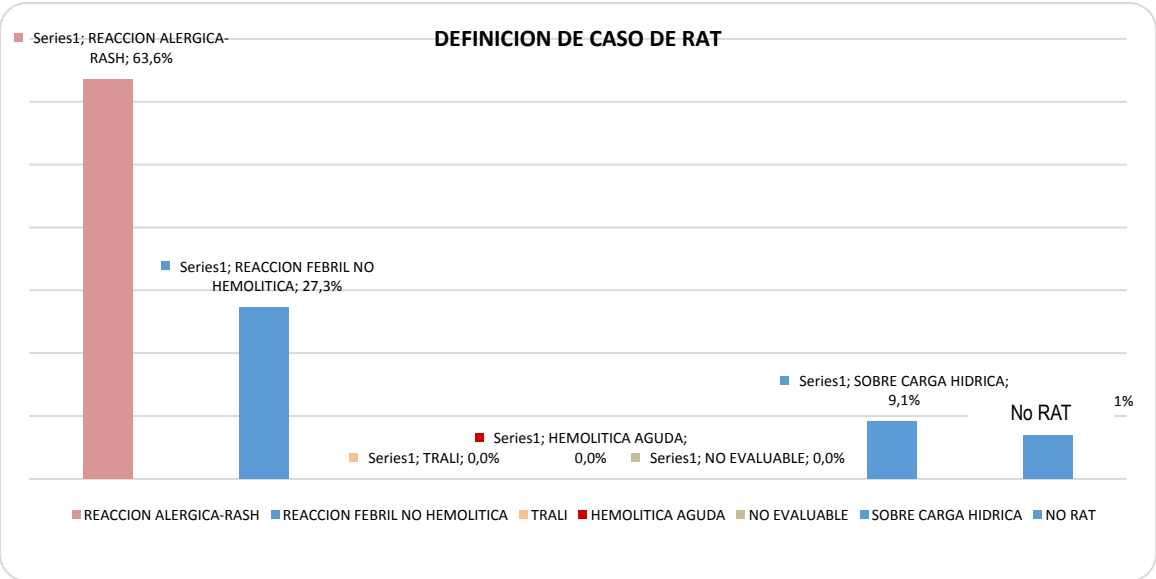


Grafica 11. % de vigilancia de Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Tasa de Reacciones Adversa Comparación II Trim 2015 vs 2018

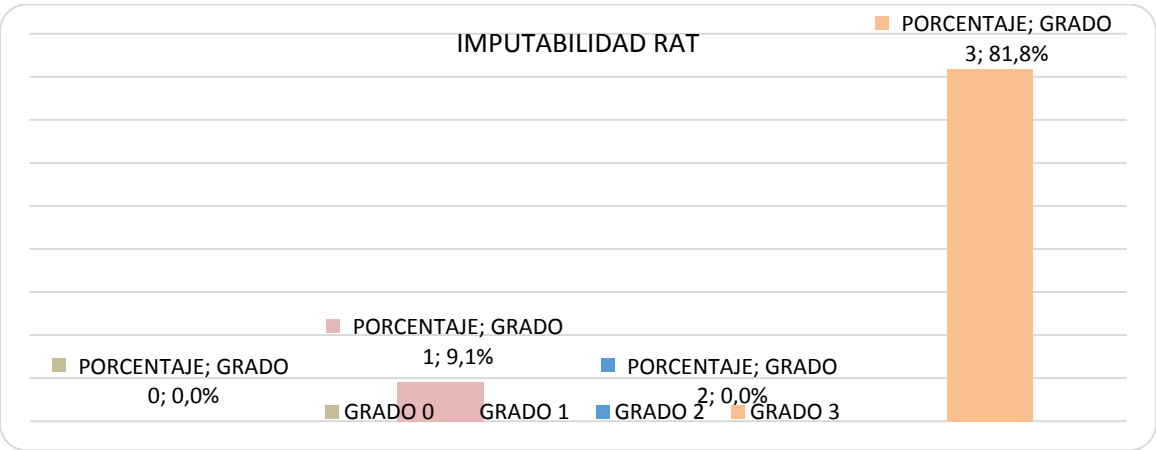


Grafica 12. % de Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Porcentaje de Reacciones Adversa. Comparación II Trim 2015 vs 2018

Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS es reacción alérgica en un 63.6% seguidas de Reacciones Febriles No Hemolíticas en un 27.3% (gráfica 13) de nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia más al grado tres(3) en un 81.8% (gráfica 14); así mismo, en severidad el grado leve en un 90.9% (Gráfica 15), en cuanto al componente más involucrado ha sido el Glóbulo rojo en un 54,5% (gráfica 16) y el servicio donde se genera mayor Reporte y seguimiento de las RAT es Medicina Interna en un 54.5%

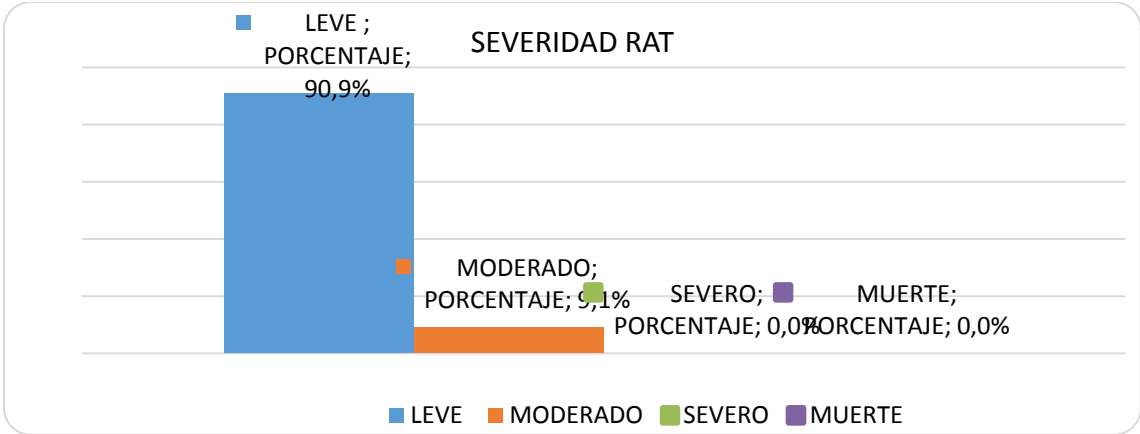


Grafica 13. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. Consolidado Semestre 2018.

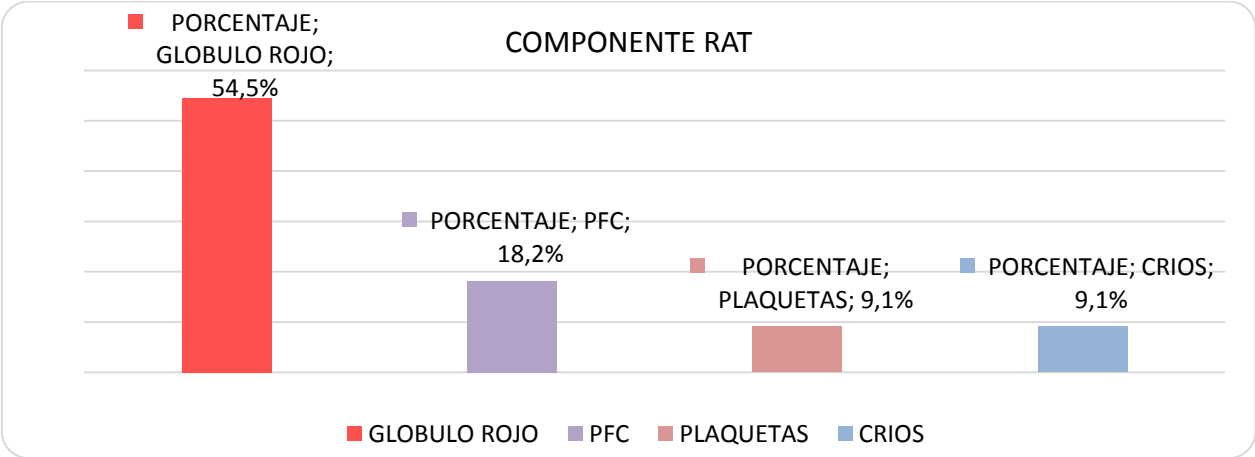


Grafica 14. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. Consolidado Semestre 2018.





Grafica 15. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. Consolidado Semestre 2018.



Grafica 16. % de Componente de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Componente de Reacciones Adversa. Consolidado Semestre 2018.

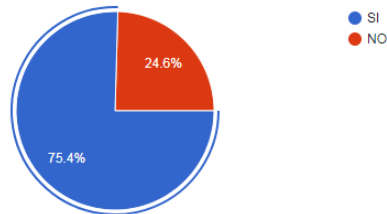
PQRS

Durante el II trim del 2018 no se generó PQRS para el proceso del banco de sangre. Sin embargo por la oficina de atención al ciudadano se generó una solicitud de aclaración de cuando íbamos al municipio de Tocancipá a realizar jornada de donación

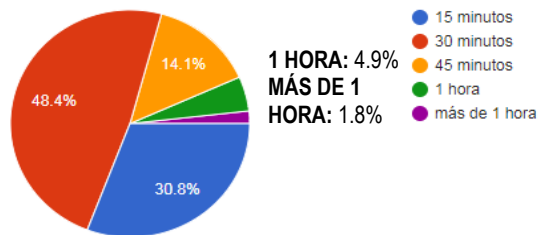
Es importante mencionar que se incorporó una encuesta de satisfacción para las jornadas de donación extramural, tomando como base la encuesta institucional, demostrando el trabajo realizado por nuestras profesionales extramuralmente es excelente. La encuesta tiene como Sistema de medición: Google Forms; a través de correos electrónicos, se les envió a un total 448 donantes con registro email en sus datos personales y respondieron la encuesta un total de 155 donantes; preguntándoles lo siguiente:



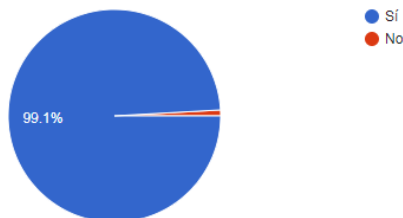
1. ¿Sabe a quién llamar o a dónde acudir, si después de la atención en el Banco de Sangre tuviera alguna inquietud o complicación en su condición de salud?



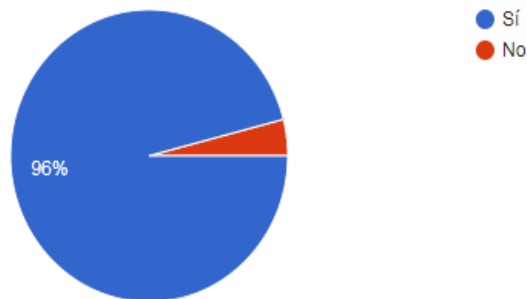
2. ¿Cuánto fue el tiempo promedio en la atención del banco de sangre?



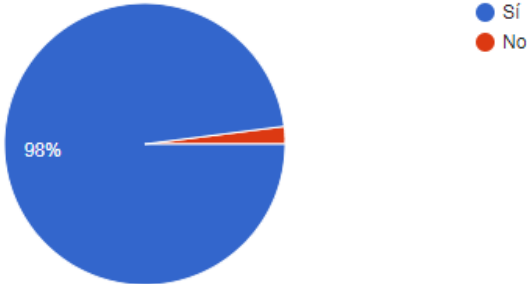
3. ¿Le dieron sus recomendaciones post-donación al finalizar la donación de sangre?



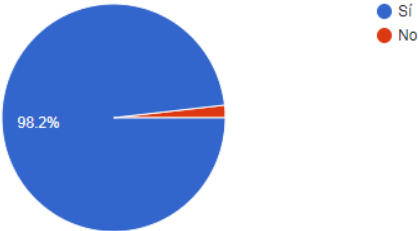
4. ¿Durante el proceso de atención de donación estuvo acompañado (a) de forma permanente por el Profesional que le atendió?



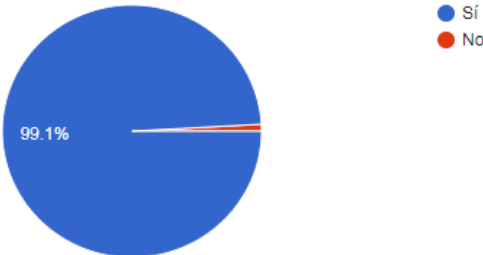
5. ¿Le dieron a conocer y explicaron la declaración y consentimiento del Donante antes de que se realizara la extracción de la sangre?



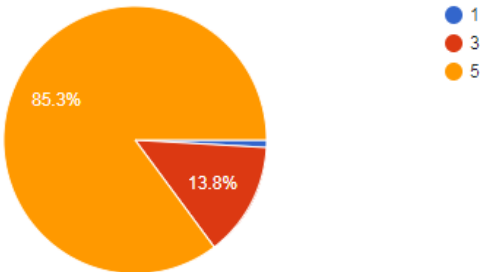
6. Durante su atención, ¿El Profesional de la Salud le permitió expresar sus dudas o inquietudes con respecto a la donación de sangre?



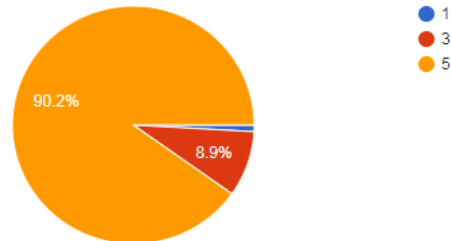
7. ¿Volvería a donar sangre en este banco de sangre?



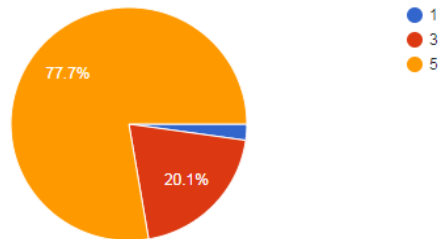
8. Cómo se sintió con el trato que le ofreció el médico del banco de sangre?:



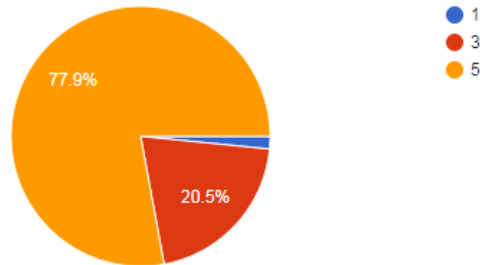
9. ¿Cómo se sintió con el trato que le ofreció el personal de salud que le extrajo la sangre?



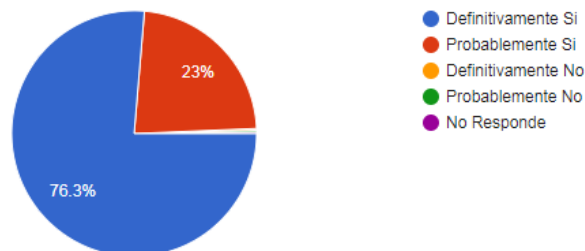
10. ¿Cómo califica las condiciones de privacidad y confidencialidad que le brindaron durante su atención? (Tono de voz, manejo de la Información, espacio físico)



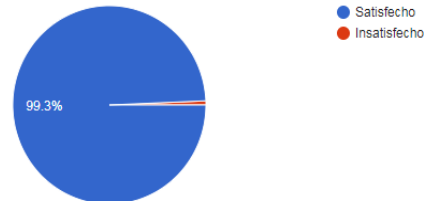
11. ¿Cómo califica Limpieza y aseo del área donde lo atendieron?



12. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos el banco de sangre del HUS?



13. ¿Cómo se sintió con la atención recibida en el banco de sangre del HUS?



En cuanto a la encuesta de satisfacción del II trim del 2018, para la atención de donantes en sede, no se ha remitido de atención al usuario el informe del trimestre, en espera que se envíe el consolidado para analizar resultados.

Planes Únicos de Mejora PUMP

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 3 hallazgos, estos corresponden a: 1 acciones específicas de la vigencia del 2016, 2 del 2017 donde no se logró el cierre.

De las cuales se encuentra:

1. Mejoramiento en el Servicio Transfusional y Banco de Sangre (área Física)
2. Recibir tercer informe de resultado Control de calidad Externo de Inmunohematología

Así mismo, en cuanto a la acción Atrasada se encuentra el proceso de la unidad móvil ya que es un proceso largo y depende de varias interdependencias del hospital.

Para el III trimestre del 2018, se va a reevaluar y estructural las acciones de mejora en cuanto a la unidad móvil y al área física del banco, ya que no depende de nosotros sino de un proceso de interrelación con varias áreas del hus y así se logre el cierre de los ciclos efectivos.

Gestión del Riesgo

En cuanto al seguimiento de la gestión de riesgo para el I trimestre del 2018 para el banco de sangre se encuentra en la pirámide documental, en espera de fortalecer los riesgos priorizados y seguir gestionando para que el riesgo no se materialice, impulsando y fortaleciendo los controles establecidos como son el reentrenamiento al personal y fortalecer las barrera de seguridad del sistema informático.

Visita vigilancia y Control (Invima)

Durante la visita en este II trimestre del 2018 se obtuvo el concepto técnico de **CUMPLE** con todos los requisitos exigidos en la normatividad vigente para bancos de sangre categoría A y especifican que vuelven a revisar algunos criterios de no cumplimiento o por mejorar en nuestra próxima visita de auditoria por parte del ente de control. Es importante mencionar que en cuanto a planta física Nos dieron calificación de No cumplimiento siendo este un Riesgo Crítico para el proceso del banco de sangre, ya que ellas manifiestan que existen contraflujos dentro de los procesos dentro del Banco de Sangre con respecto al traslado de las unidades de sangre y fueron muy reiterativas exponiendo la necesidad de evaluar la capacidad instalada del

banco de sangre, especificando que las instalaciones como están ahora no cumplirían con BPS (normatividad a expensas de salir en septiembre 2018); ya que no cuentan con suficiente espacio para el flujo de personas y con los espacios acordes de acuerdo a la tecnología presente actualmente. Sin embargo, se le informa que se está trabajando en un plan institucional (Plan Rector) que contempla al Banco de Sangre y sus nuevas adecuaciones para mejorar la ubicación y diseño de las mismas.

Adicionalmente, en cuanto a higiene y bioseguridad, obtuvimos calificación de No cumplimiento siendo este un Riesgo Mayor para el proceso del banco de sangre, durante la visita evidenciaron el envío de las muestras el 15 de mayo pero sin obtención del resultado.

En cuanto a equipos médicos, obtuvimos calificación de No cumplimiento siendo este un Riesgo Mayor para el proceso del banco de sangre, recalando que no los procesos internos en cuanto a contratación de la institución no pueden postergar las fechas y dejar los equipos sin cronograma de mantenimientos, calibraciones calificaciones y demás por que ponen en riesgo la seguridad de los componentes y demás áreas hospitalarias

Es importante mencionar las felicitaciones de forma verbal a los programas de Tecnovigilancia y reactivovigilancia ya que alcanzaron un grado de implementación del 100% (alto), debido al personal que lidera cada uno de estos programas. Así mismo, como el equipo del Banco de sangre es un equipo comprometido y a la forma como se llevan los procesos en el banco de sangre y a la gestión que se realiza por la líder del proceso.

Sistema Único de Acreditación

En cuanto al seguimiento del PAMEC, por parte del Banco de Sangre se evidencian 2 mejoras en el hallazgos N° 59 “Aún no se han establecido los tiempos de la atención oportuna y retraso de la atención por lo que debe establecerse la línea base, definición de indicadores y fuente de la información, además se requiere mejorar la trazabilidad completa implementando la medición desde la solicitud médica” y N° 61 “No se demuestra confiabilidad y validez en los indicadores del programa de hemovigilancia”, en los estándares del Proceso de atención del cliente asistencial (PACAS) relacionados en el PAMEC.

Según los hallazgos se definieron las siguientes oportunidades u acción de mejora 1. Establecer las diferencias entre atención oportuna y retraso de la atención, que permitan gestionar adecuadamente la intencionalidad de los estándares de acreditación basado en claridad de conceptos, definición de indicadores y fuente de la información y 2. Organizar y ajustar registro correspondiente a los resultados de los indicadores del programa, de tal forma que la información demuestre la confiabilidad y validez necesaria, en el cual se describen actividades específicas de mejoramiento para dar respuesta a los mismos y que tienen como responsable de la ejecución a la líder del Banco de Sangre.

En cuanto al seguimiento del PAMEC, se realizó verificación por la oficina de planeación y gestión de la calidad, en revisar las actividades de cumplimiento de las acciones descritas en el PAMEC para dar cumplimiento a los mismos.

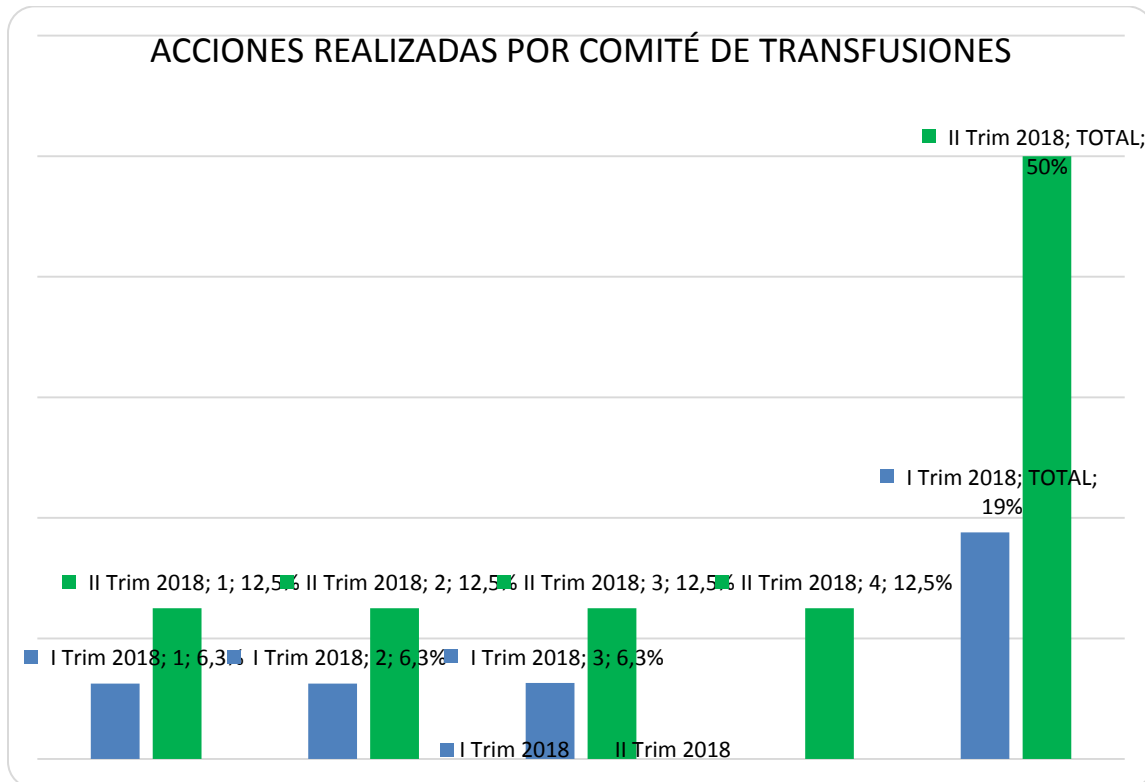


Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



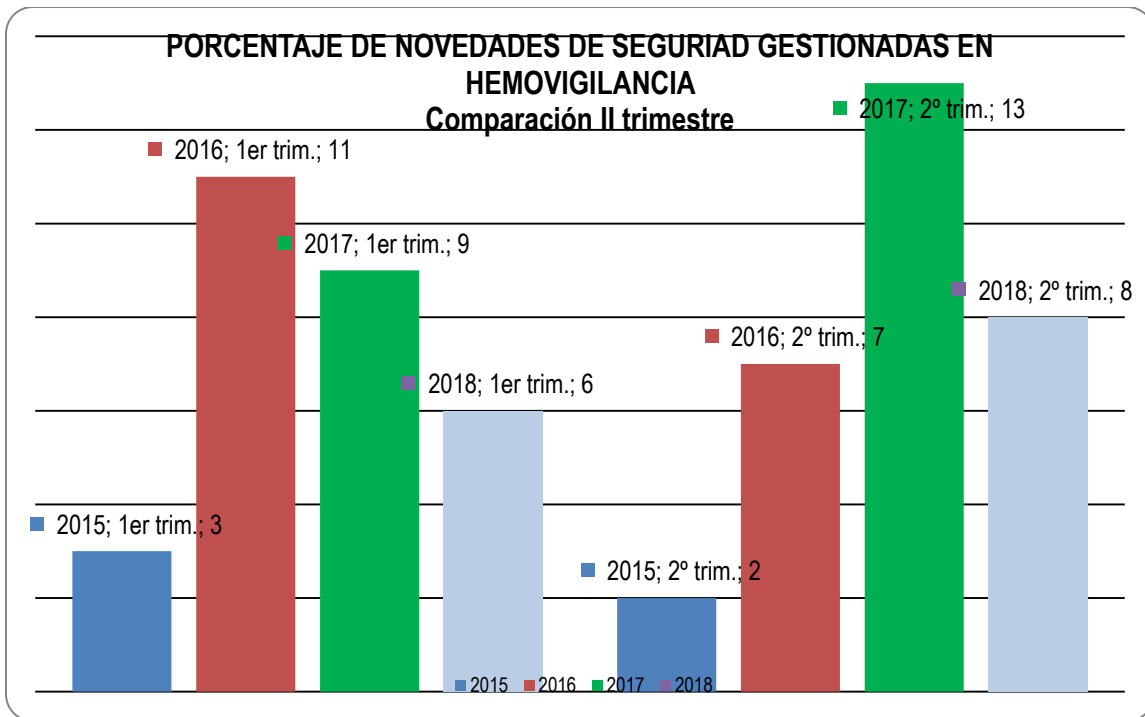
Plan de Acción del Comité de Transfusiones

En cuanto al plan de acción del comité de transfusiones, es importante mencionar que de las 4 actividades por ejecutar durante esta vigencia 2018, se tiene a la fecha el siguiente porcentaje en la ejecución del plan de acción del comité del 50%, cumpliendo con lo estipulado en el cronograma.

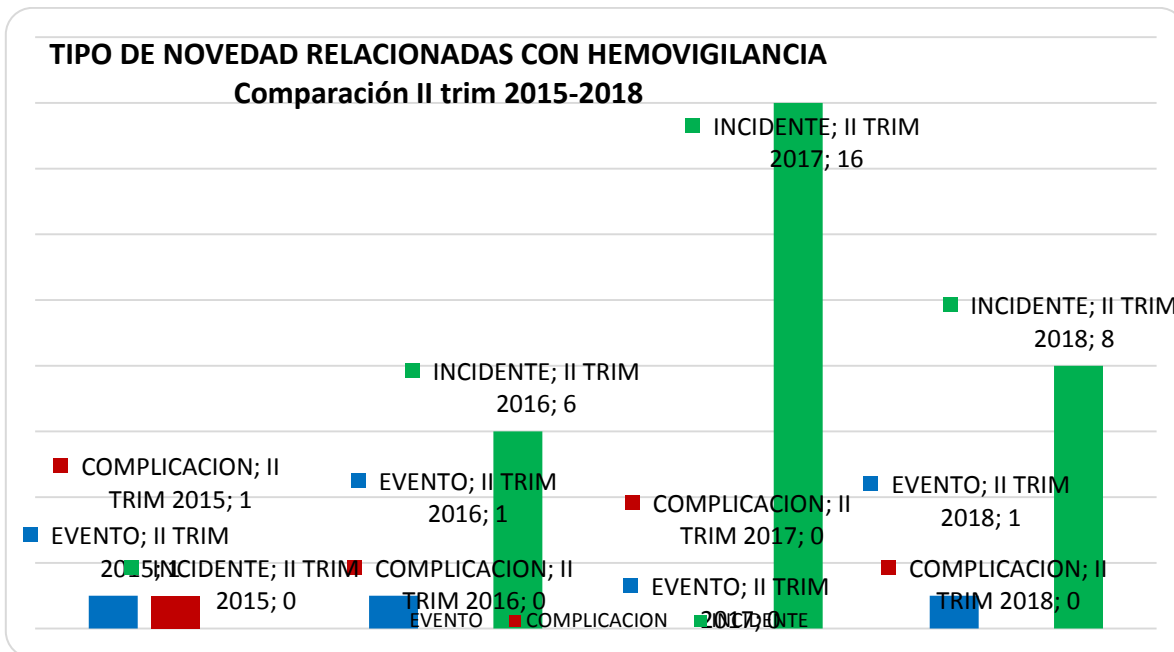


Programa Hemovigilancia

En este segundo trimestre del 2018 se obtiene un cumplimiento del 78% de las actividades del programa de Hemovigilancia para este trimestre, de 51 actividades planteadas, se ejecutaron 40 de las planteadas en este trimestre; entre las actividades planteadas se realizó reportes de las novedades y haciendo los análisis pertinentes frente al comité de seguridad, quedando sin cumplir participación comité de seguridad por eventualidades del mismo y comité de transfusiones por el día mundial del donante de sangre. Durante este II trimestre se gestionaron y se analizaron un total de 8 incidentes (Gráfica 18), por metodología ANCLA estipulada por el HUS, logrando esclarecer que eran Incidentes relacionados con Sangre; sin embargo, se espera fortalecer las capacitaciones e inducciones con médico, enfermeras, para evitar reprocesos en la cadena transfusional (Gráfica 19).



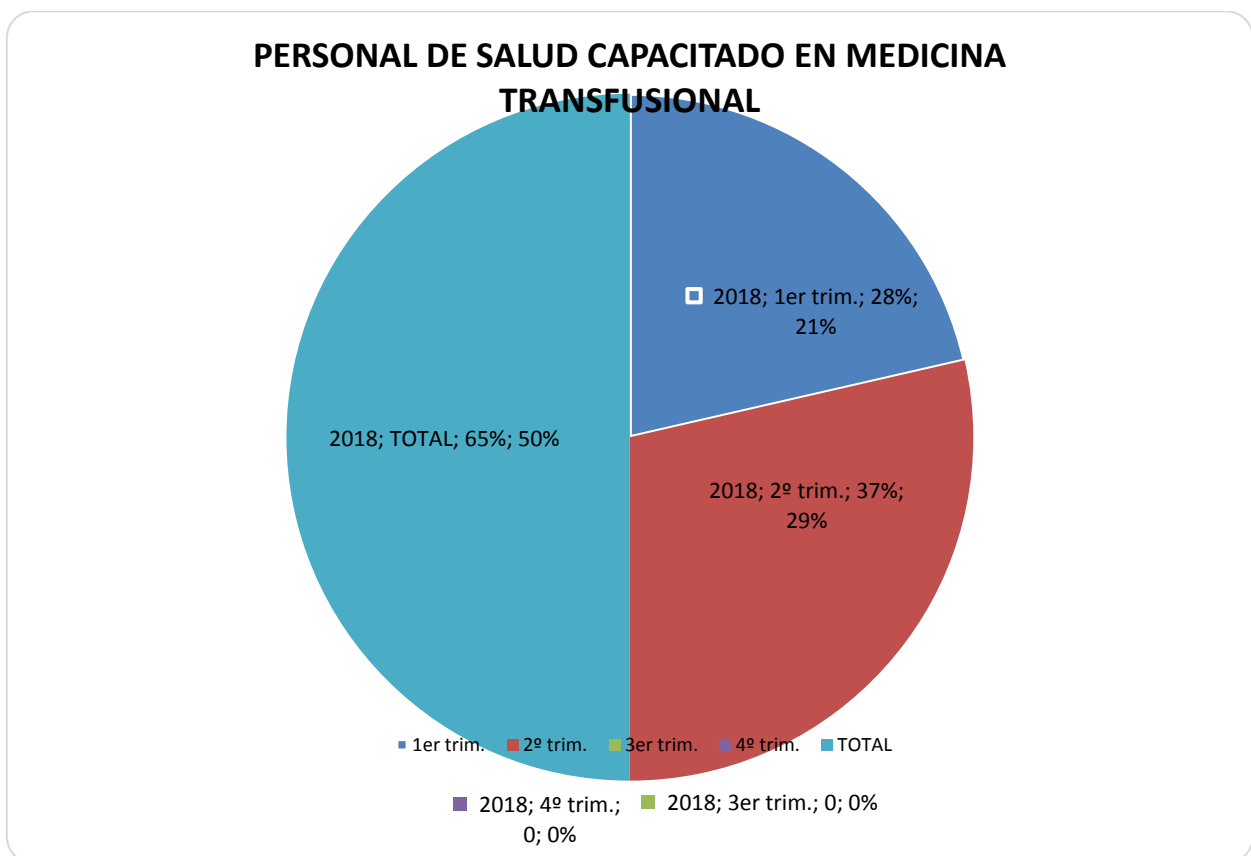
Gráfica 18. Comparación informe de novedades gestionadas
Fuente: Informe de novedades gestionadas Comparación II Trim 2015- 2018.



Gráfica 19. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia
Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia. Comparación II Trim 2015 -2018

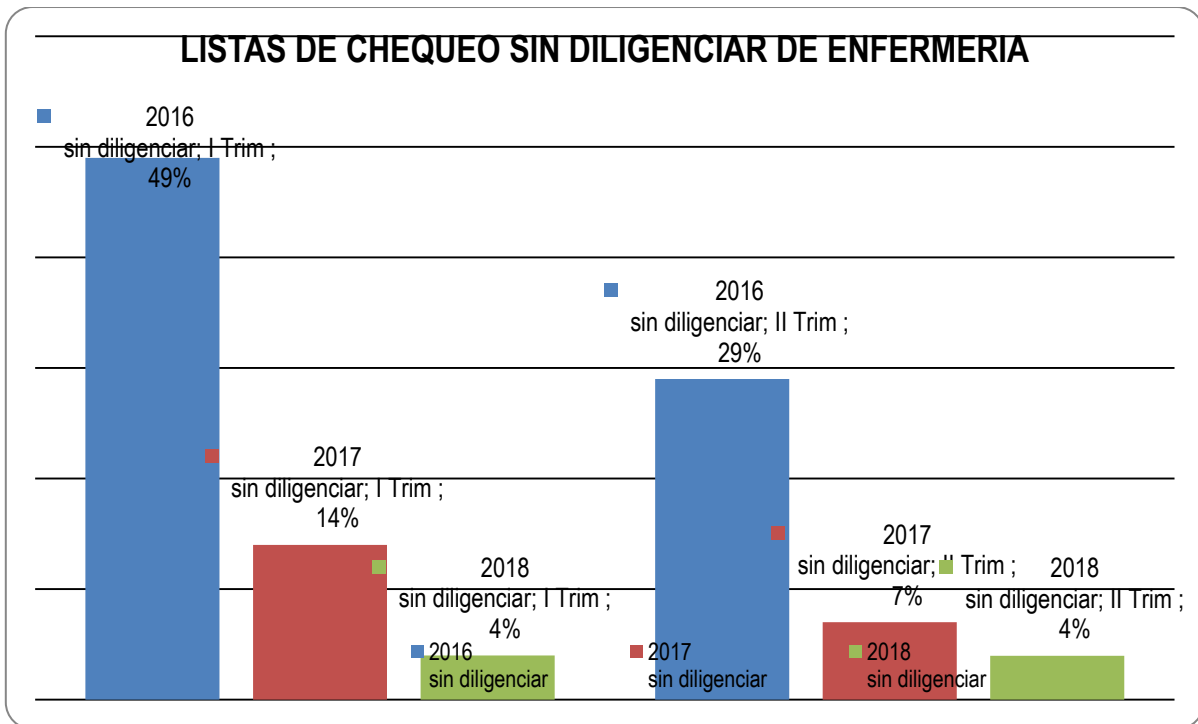
Así mismo, es importante mencionar que gracias al apoyo de la profesional en las actividades de hemovigilancia, se lograron capacitar en puesto de trabajo y en jornada de inducción a médicos, enfermeras y camilleros de todos los servicios logrando un 27.78% de cobertura al personal y quedando pendiente adherencia a ese personal.

Es importante mencionar que en nuestra segunda versión el curso de medicina transfusional de carácter obligatorio, tuvo una gran acogida en inscripción debida a la promoción que se le hizo al curso, inscribiéndose un total de colaboradores de 421; sin embargo, no se ha realizado cierre del curso por falta del personal de TICS, impidiendo la consolidación de la información. Sin embargo es importante mencionar, que a la fecha van realizando el curso 300 colaboradores que equivale al 71%.

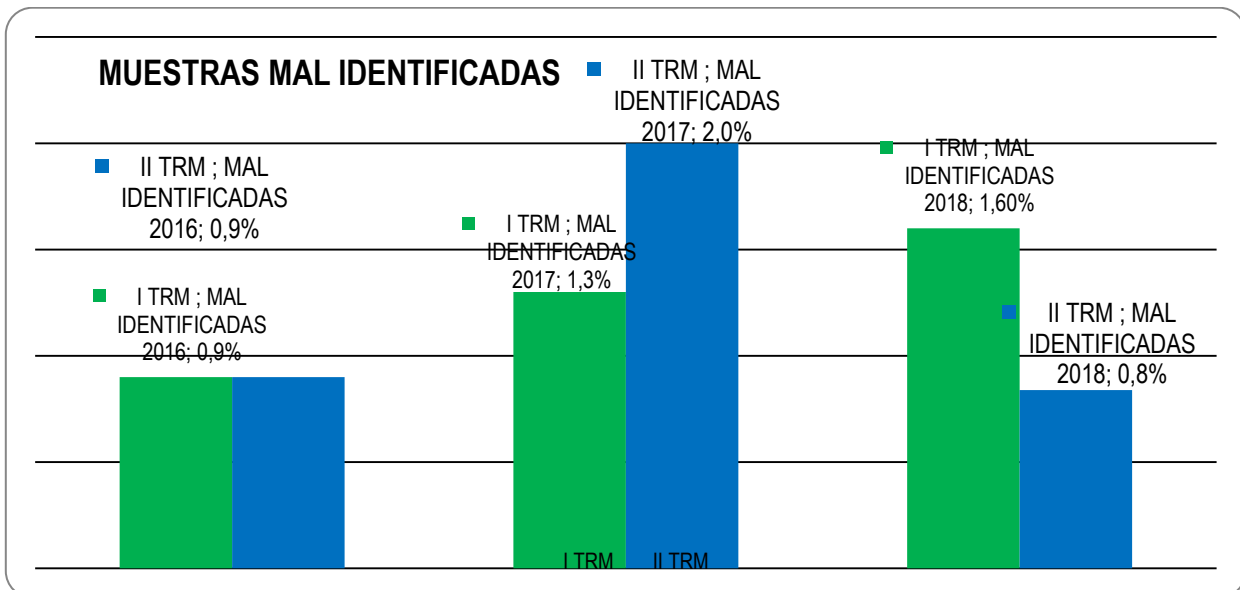


Gráfica 21. Personal capacitado en medicina transfusional.
Fuente: Consolidado I semestre 2018

Por otro lado, se continúa trabajando en las listas de Chequeo de enfermería evidenciando que se logró una disminución al 4% de ordenes sin diligenciar comparado con el año anterior que fue del 7%, generado por las capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos, marcaje de muestras, etc y todos los procesos que tienen que ver con la cadena transfusional hacia el personal de enfermería (Gráfica 21).



Gráfica 21. Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusional.
Fuente: Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusión. Comparación I y II Trim 2016 -2018.



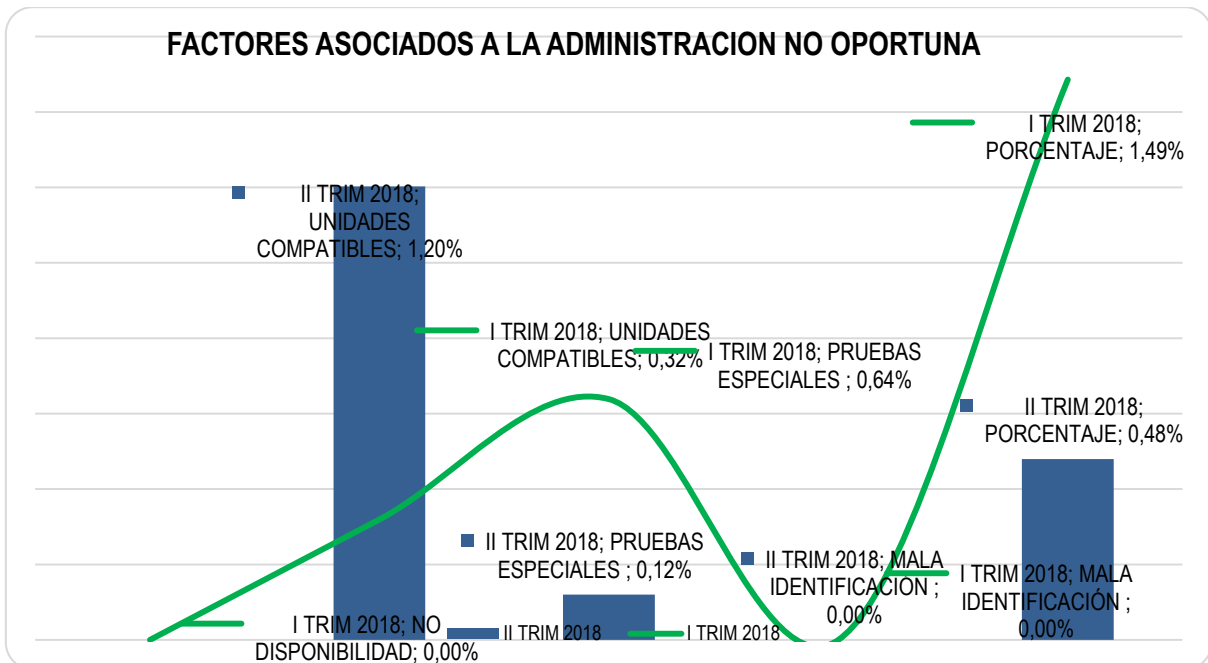
Gráfica 22. Muestras mal Identificadas proceso transfusional.
Fuente: muestras mal identificadas en el proceso transfusión. Comparación I y II 2016 -2018.

Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas en el proceso de transfusión (enfermería) impactando la disminución en el proceso llegando en este segundo trimestre a un 0.8% de muestras mal identificadas en un promedio de 625 órdenes analizadas (Gráfica 22).

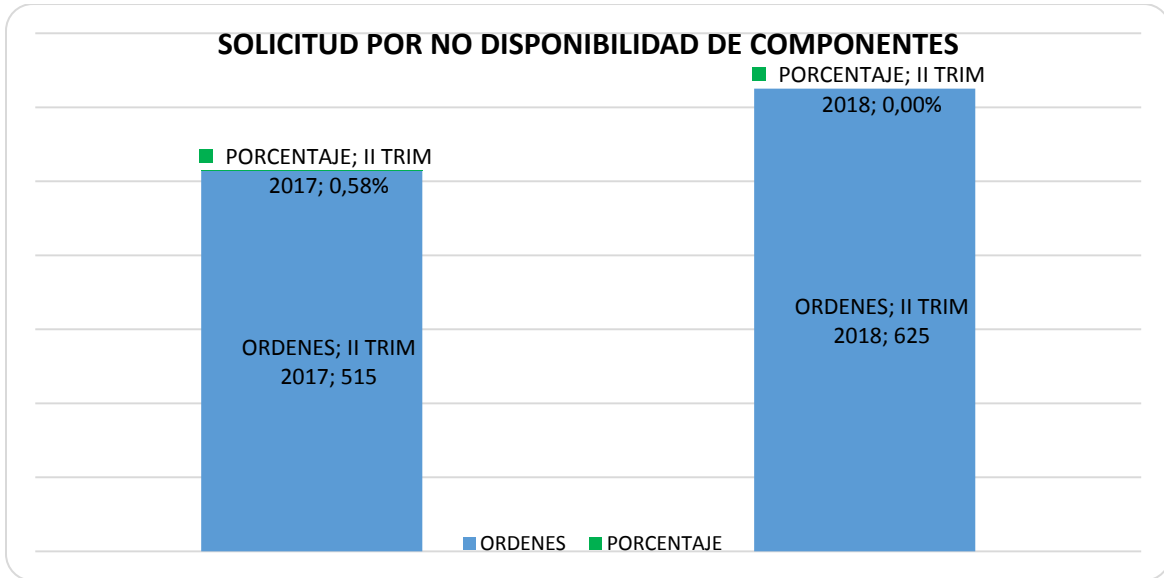
Así mismo se observa que los servicios que más impactan son urgencias y Sala de Partos, por otro lado se evidencio el trabajo de los servicios de urgencias y salas de cirugía. En espera de que durante el próximo trimestre se evidencia que los servicios que aumentaron logren una disminución. En espera de lograr estrategias para disminuir ese porcentaje y lleguemos a menos del 1%, es de aclarar que ninguna de estas muestras ha llegado algún evento asociado a la transfusión solo han sido incidentes, gracias a las barreras de control en cada uno de los procesos del STS.

Por otro lado se analizaron todos los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 1.49% en este segundo trimestre, teniendo mayor impacto pruebas especiales 0.12%, debido a que se debieron realizar búsqueda de unidades hacia pacientes con pruebas como fenotipificación, absorción, auto absorción entre otras para encontrar unidades compatibles. (Gráfica 23). Así mismo, se ve reflejado en un 1.20% por búsqueda de unidades compatibles se presentaron 9 pacientes que por la compatibilidad le dieron incompatibles, lo cual se volvió a iniciar el proceso retrasando solo 1 la no oportunidad en él envió de unidades compatibles en el mes de junio.

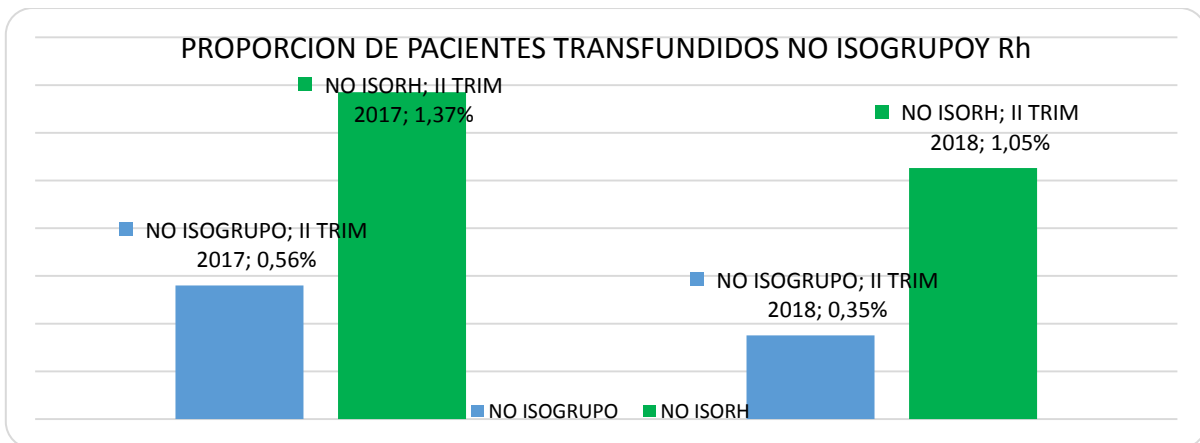
En cuanto al indicador por no disponibilidad de hemocomponentes en un 0.0% en un promedio de 625 ordenes, esto se debió a que en este trimestre se tuvo hemocomponentes y no genero retrasos en la solicitud de hemocomponentes (Gráfica 24)



Gráfica 23. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2018
Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación I y II Trim 2018.

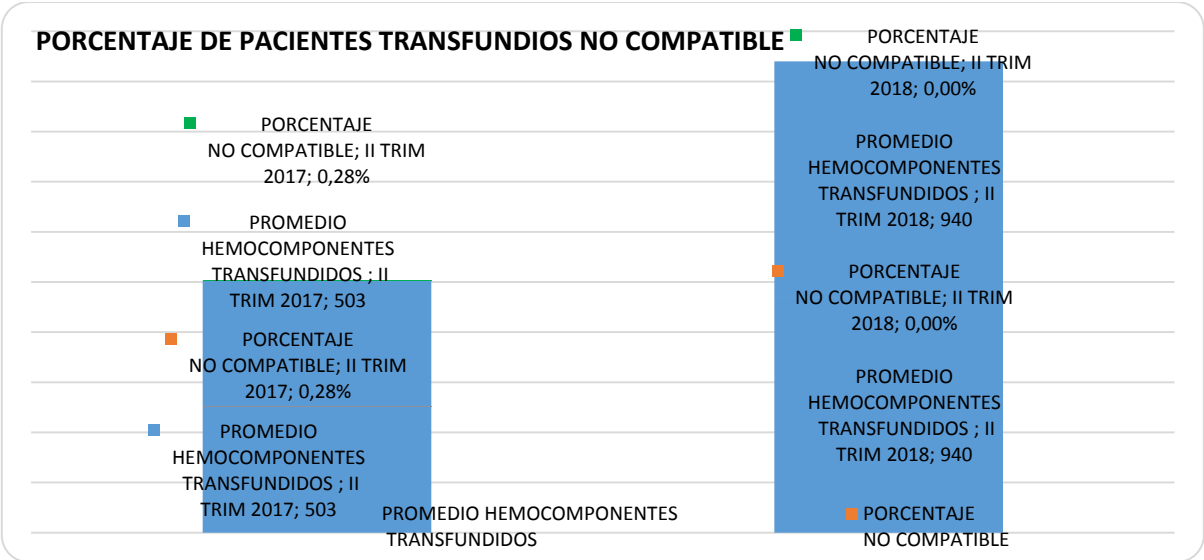


Gráfica 24. Solicitud por No Disponibilidad. 2018
Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación II Trim 2017-2018.



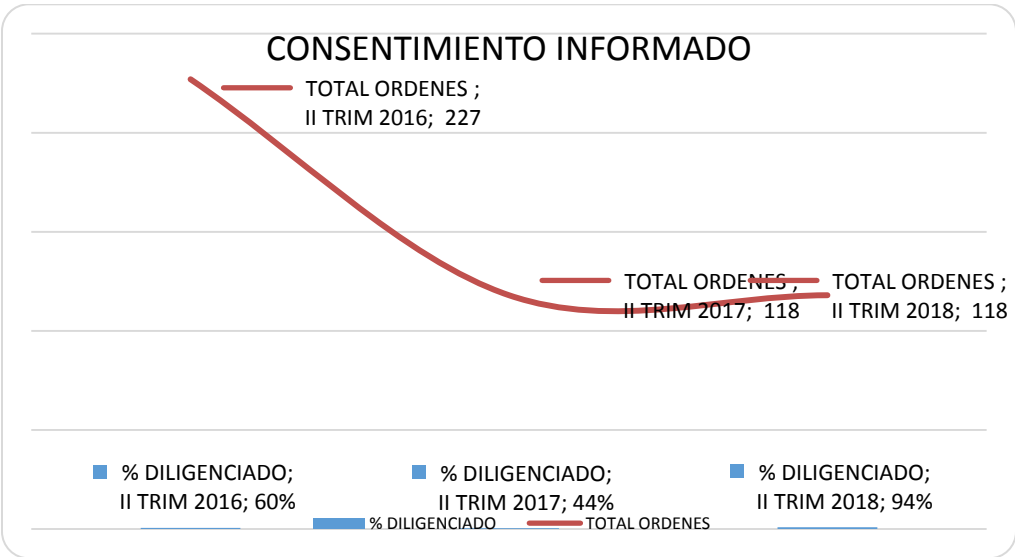
Gráfica 25. Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y Rh.
Fuente: Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo. Comparación I Trim vs III Trim 2017.

Así mismo, en este II trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y Rh en un promedio de 832 hemocomponentes transfundidos, lo que evidencia que a nivel del STS Lo que más se transfunde sin compatibilidad es el de Rh en un 1.05% por evitar vencimiento de unidades negativas o por fenotipos del paciente y por códigos rojos y/o urgencias vitales que ameritan la transfusión urgente de las unidades; a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde como primera opción transfusional su mismo GRUPO ABO o transfundiéndolo la segunda opción transfusional como lo es “O”, sin presentar ningún daño o evento al paciente. (Gráfica 25)



Gráfica 26. Proporción de pacientes transfundidos no compatible
Fuente: Proporción de fallas en la identificación hemocomponentes. Comparación I 2017-2018.

Por otro lado, durante II trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible, evidenciando que en este trimestre no se presentó ningún evento de transfusión no compatible (0.0%) en un total promedio de 832 hemocomponentes transfundidos, terminando este año con un indicador de transfusión no compatible en 0.00%.



Gráfica 27. Consentimientos informados de Transfusión
Fuente: Porcentaje de consentimientos informados para la transfusión. Comparación II Trim 2016-2018

Para finalizar, durante el II trimestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados se aumentó, ya que se generaron estrategias internas dentro del STS la cual mejoro este indicador significativamente, en lo que consiste en cada despacho de hemocomponente, deben traer el consentimiento informado diligenciado y este a su vez es escaneado en el STS, para la posterior revisión del médico del STS, pasando de un promedio de supervisión de consentimiento de un 20% a un 90%.

Debido a esto se logró mantener un total de 94% de consentimientos diligenciados sobre el total de los pacientes transfundidos; es importante mencionar que la auditoria que se tenía, se revisaba el consentimiento en 5 requisitos de diligenciamiento; a partir de la visita de acreditación si tiene todo el consentimiento diligenciado se toma como diligenciado y si falta un ítem se audita como no diligenciado, logrando dar mayor confiabilidad al dato y así mismo al indicador.

Cabe recalcar que desde el comité de transfusiones se está trabajando en que el documento del consentimiento informado sea más claro para los pacientes y así lograr mayor adherencia al instructivo para médicos del consentimiento informado y la Cartilla para pacientes sobre el acto transfusional.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



1.6 PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

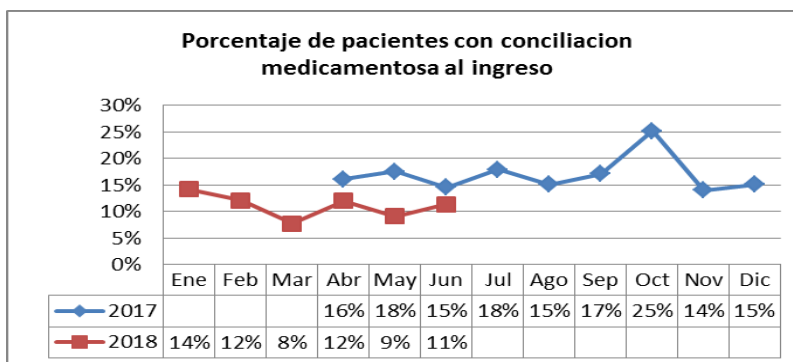
GESTIÓN DEL PROCESO

En aras del cumplimiento de la Política de Calidad, el Mejoramiento Continuo, una mayor articulación con la Misión del Hospital, la humanización, **mayor enfoque en procesos asistenciales y en el uso seguro de medicamentos**, el Servicio Farmacéutico realizó en el año 2017 reestructuración a los indicadores, los cuales se armonizan con los planes de mejora de **Accreditación** y son de mayor impacto en la medición de los procesos que contribuyen a mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos y demás productos farmacéuticos. Por lo anterior de algunos indicadores no se cuenta con datos de años anteriores para realizar comparación, los indicadores vigentes del proceso son:

Indicadores de Conciliación Medicamentosa

Gráfica N° 1

Porcentaje de pacientes con conciliación medicamentosa al ingreso

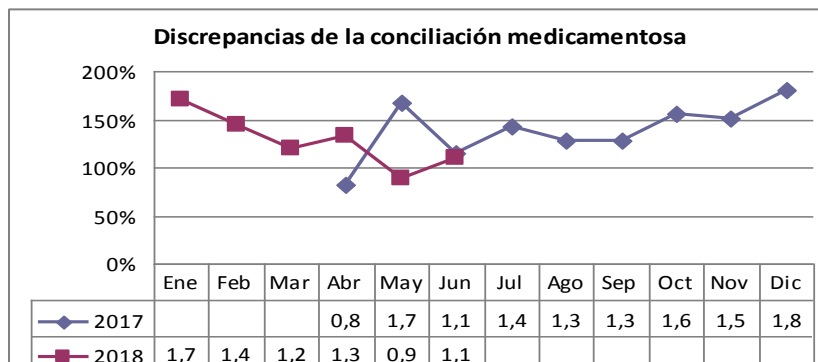


Fuente: Indicadores TUCI

Se presenta una disminución en la adherencia al protocolo en el segundo trimestre del año en curso con relación al mismo periodo del año 2017. Se observa, sin embargo, una tendencia en el porcentaje de adherencia para el año en curso. Ya que no se cumple con la meta establecida para este indicador como acciones de mejora se ha identificado la adherencia al protocolo por cada proceso, encontrando así que para el mes de junio de 2018 el porcentaje de adherencia en el Servicio de Urgencias es del 49%, de igual forma se identifica que el porcentaje de adherencia para el periodo mencionado en Hospitalización es del 0%. Dicha información se envió a la respectiva subdirección para que se tomaran las medidas pertinentes. Desde el Servicio Farmacéutico se adelantan socializaciones del protocolo en las Inducciones de Internos del año en curso, adicionalmente se esta gestionado con Educación Médica un Curso Virtual sobre el Protocolo de Conciliación con el propósito de aumentar la adherencia al mismo.

Gráfica N° 2

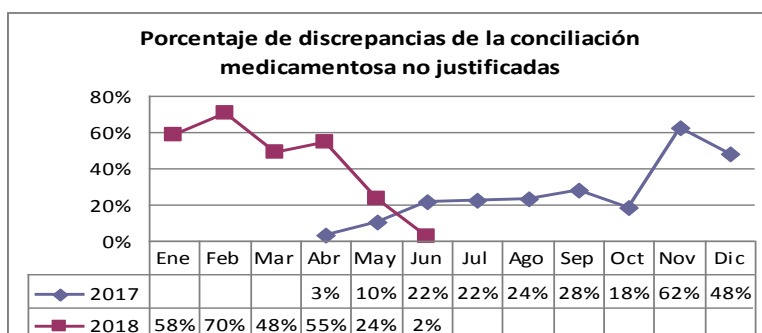
Discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas



Fuente: Indicadores TUCI

El número de discrepancias por paciente en el segundo trimestre de 2018 es similar al del periodo evaluado en el año anterior. Es posible afirmar que se tiene aproximadamente una (1) discrepancia por paciente (el indicador no cuenta con alguna meta definida). Lo anterior es de esperar entendiendo que en un gran porcentaje la causa de consulta e ingreso a la institución no esta relacionada con las patologías crónicas de cada paciente, lo que genera la variación de su farmacoterapia durante el ingreso hospitalario.

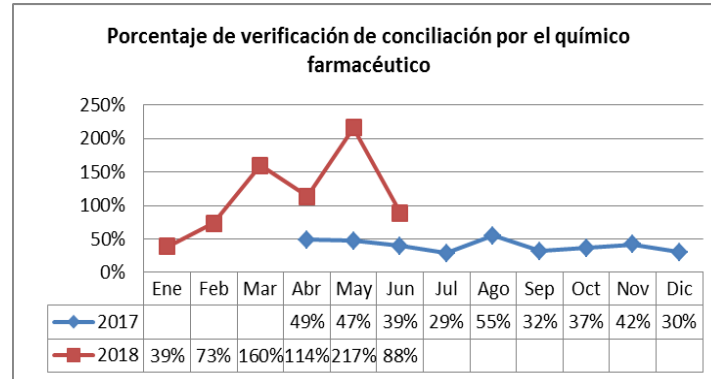
Gráfica N° 3 Porcentaje % de Discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas



Fuente: Indicadores TUCI

El porcentaje de discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas para el segundo trimestre del año en curso aumento con relación al mismo periodo evaluado en el año anterior. Para el último mes reportado el valor se encuentra dentro de la meta fijada. La tipificación como justificadas o no de de las diferentes discrepancias identificadas dependen del criterio del Químico Farmacéutico responsable del proceso. De igual forma gracias a la interacción con los médicos del Servicio de Urgencias se ha resaltado la necesidad de describir o ampliar las justificaciones de las diferentes modificaciones a la farmacoterapia de los pacientes. Por lo anterior el indicador vuelve a normalizarse en el mes de junio de 2018. Adicionalmente para cada discrepancia no justificada se realizó el respectivo registro a través del Modulo de Seguridad del Paciente como Error en la Conciliación Medicamentosa.

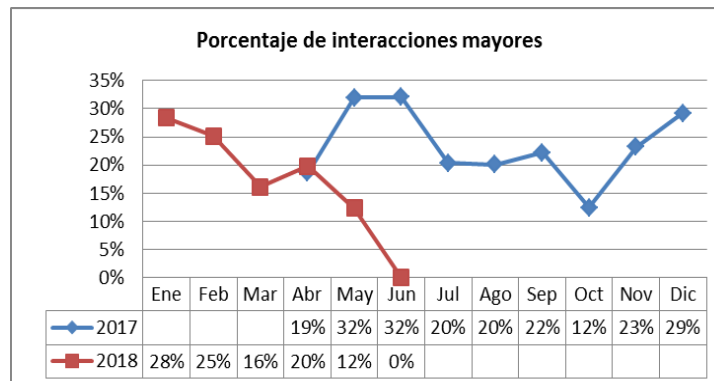
Gráfica N° 4 Porcentaje de verificación de conciliación por el químico farmacéutico



Fuente: Indicadores TUCI

Se observa un porcentaje mayor de verificaciones del protocolo realizadas por el Químico Farmacéutico en el segundo trimestre del año 2018 con relación al mismo periodo evaluado en el año 2017. Lo anterior relacionado a la presencia de estudiantes de la Universidad Nacional del pregrado en Farmacia que como parte de sus prácticas asistenciales se encuentran apoyando la actividad bajo la supervisión del Químico Farmacéutico responsable. De igual forma vale la pena señalar que en la actualidad el Químico Farmacéutico responsable tiene una mayor dedicación dentro de sus funciones al seguimiento y gestión del protocolo. Finalmente para el periodo evaluado el indicador se encuentre dentro de la meta fijada.

Gráfica N° 5 Porcentaje de interacciones mayores

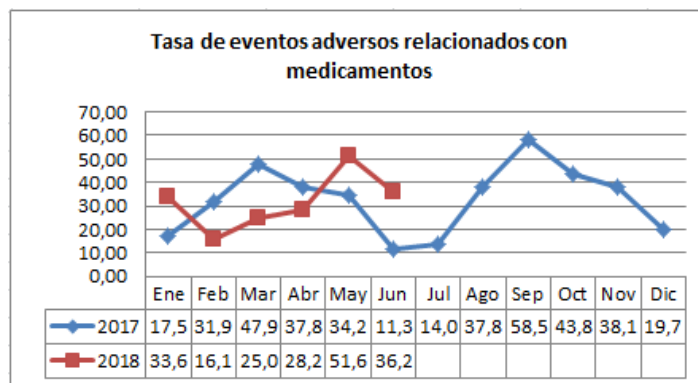


Fuente: Indicadores TUCI

El indicador muestra un descenso con relación al trimestre del año anterior, considerando que se registran y notifican únicamente las interacciones medicamentosas de tipo mayor que tienen una correspondencia con la evidencia clínica del paciente que se está verificando. Los valores propios del año 2017 obedecen a una interpretación diferente, en la cual se registraba toda interacción medicamentosa de tipo mayor que se identificara sin tener en cuenta su manifestación clínica. Finalmente para el periodo evaluado el indicador se encuentre dentro de la meta fijada.

Indicadores de Farmacovigilancia

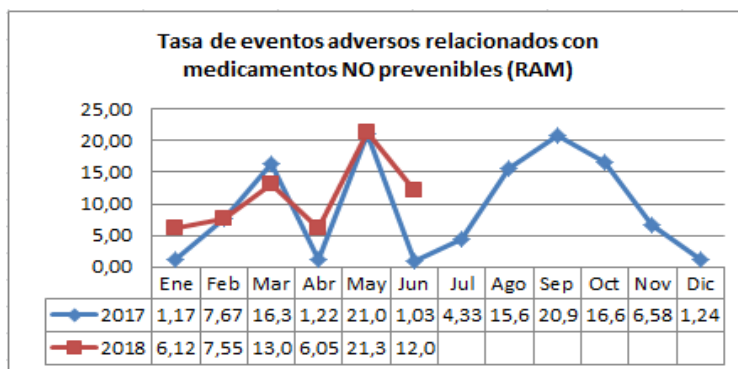
Gráfica N° 6 Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos



Fuente: Indicadores TUCI

Este ítem describe tanto los eventos prevenibles como las reacciones adversas a medicamentos o eventos no prevenibles. Se evidencia un aumento en eventos en parte como resultado del aumento en novedades de seguridad para este trimestre debido a un mayor número de observadores en búsqueda activa de novedades de seguridad desde el servicio farmacéutico: Conciliación medicamentosa, No Pos, Farmacovigilancia activa, Seguimiento Farmacoterapéutico y Auxiliares de farmacia. Junio registra un descenso posiblemente por la gestión realizada para disminuir los eventos en aumento desde febrero y a la disminución de reportes por farmacovigilancia activa debido a la jornada de descanso de los estudiantes que hacen estos reportes.

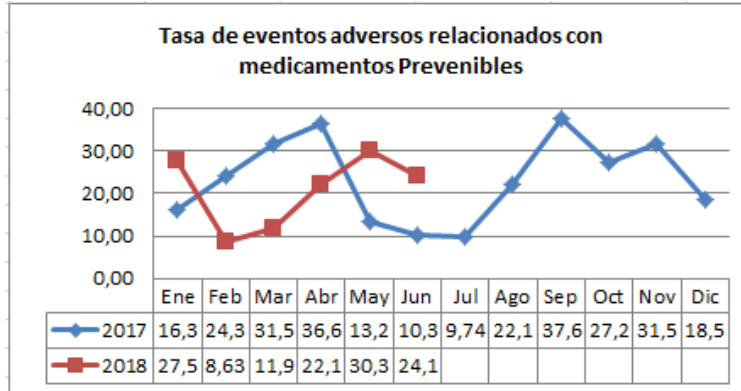
Gráfica N° 7 Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)



Fuente: Indicadores TUCI

Este indicador no tiene meta depende de la evidencia de RAMs en las entrevistas a pacientes en farmacovigilancia activa, en junio se evidencia el mismo comportamiento en los 2 años debido a que los estudiantes de Química Farmacéutica de la Universidad Nacional son los que aportan a un mayor número de entrevistas y en este periodo no se encuentran haciendo práctica.

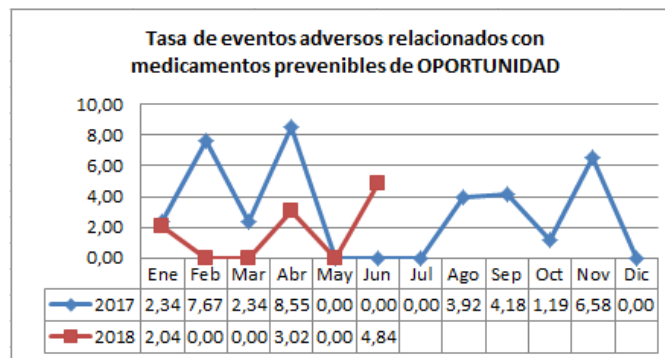
Gráfica N° 8 Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles



Fuente: Indicadores TUCI

Se evidencia un aumento en eventos en parte como resultado del aumento en novedades de seguridad para este trimestre debido, como se explicó anteriormente, a un mayor número de observadores en búsqueda activa de novedades de seguridad desde el servicio farmacéutico: Conciliación medicamentosa, No Pos, Farmacovigilancia activa, Seguimiento Farmacoterapéutico y Auxiliares de farmacia. De igual manera se evidencian resultados por fuera de la meta (20 eventos/1000) pacientes para el segundo trimestre. Como acción a este hallazgo se viene trabajando en la creación del Manual de Uso seguro de medicamentos el cual ya se encuentra en la Intranet con el código 01AF09-V1. Para evaluar los conocimientos sobre el uso seguro de medicamentos se generó una lista de verificación aplicada a médicos (as), enfermeras (os), auxiliares de enfermería y una evaluación observacional a los servicios de enfermería para hacer una socialización más oportuna y que la socialización del Manual aplique eficientemente a las necesidades del personal asistencial del HUS.

Gráfica N° 9 Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de OPORTUNIDAD



Fuente: Indicadores TUCI

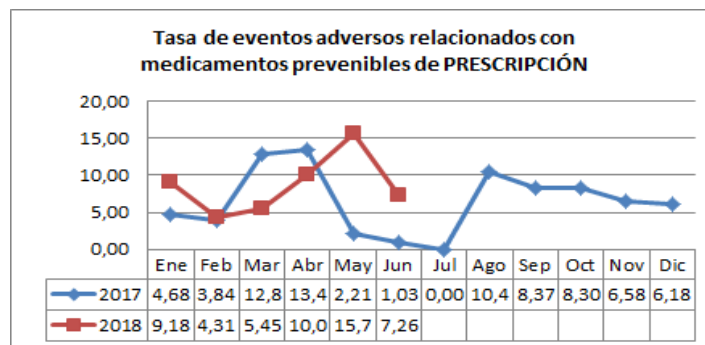
La meta para este ítem es de 3 eventos/1000 paciente. Los eventos presentados con los cuales se punteó la meta en abril y se sobrepasó en junio están relacionados con los siguientes temas:

1. Desabastecimientos a nivel Nacional por parte de laboratorios de algunos medicamentos.
2. Demoras en la entrega de nutriciones parenterales por fallas en la central de mezclas del tercero.
3. Fallas en la comunicación al personal auxiliar de farmacia sobre nuevas medidas tomadas en la entrega de medicamentos al servicio de recuperación en salas de cirugía.

Las acciones tomadas fueron respectivamente:

1. Informar por correo al personal médico y seguridad del paciente para que gestionaran intercambios terapéuticos a los pacientes. (Copias de correos de Luis Angel)
2. Se solicitó explicación al tercero, se recibió visita donde expusieron las razones en la demora y se hizo acta de compromiso retomando los tiempos de entrega establecidos. (Copia acta visita Unidosis)
3. Se socializó medida y se indicó no adoptar hasta no constatar adherencia por todo el personal de farmacia. (Copia acta de socialización al personal)

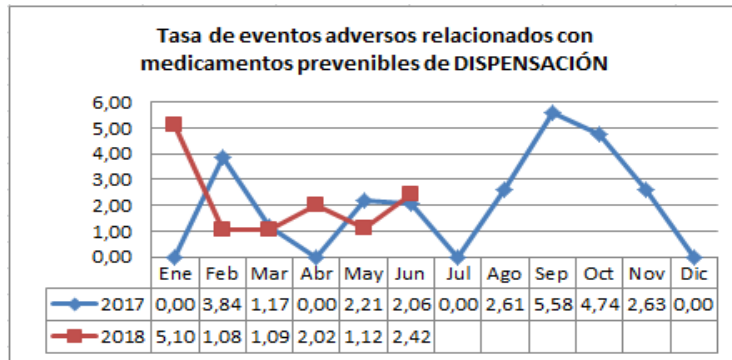
Gráfica N° 10 Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de PRESCRIPCIÓN



Fuente: Indicadores TUCI

Este ítem es el que más relevancia y aporte tuvo al aumento de los eventos prevenibles. La meta es 4 eventos/1000 pacientes como acción de mejora se viene trabajando desde comienzo de año inicialmente con la socialización a los respectivos servicios con el impacto, entre otros, de la formulación tardía sobre la seguridad de los pacientes, se evidenció que la especialidad que más aportó en este periodo fue Medicina Interna, por lo tanto en reunión con dirección asistencial, auditoria concurrente y subdirección de hospitalización se determinó evaluar la posibilidad de implementar la formulación continua. El tema se solicitó tratar en Comité de Historias Clínicas con lo cual se espera su aval y requisitos pertinentes desde Gestión de la Información. Sin embargo la socialización en mayo de lo evidenciado con el aumento de los eventos fue útil para la disminución en junio.

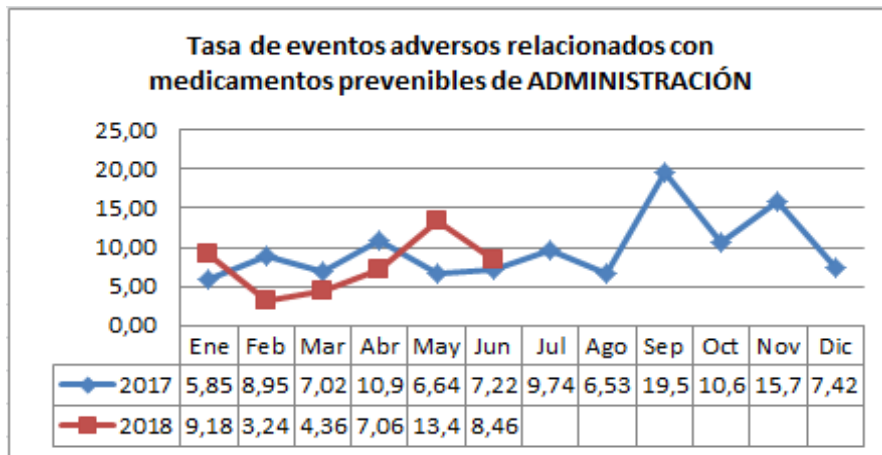
Gráfica N° 11 Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de DISPENSACIÓN



Fuente: Indicadores TUCI

La meta para esta tasa es de 9 eventos/1000 paciente. Se evidencia una tendencia de disminución a los eventos en el último trimestre comparado con el año anterior, lo cual se debe en parte a la constancia en el desarrollo de las reuniones de equipo primario donde participa todo el personal del servicio farmacéutico y se tratan temas respectivos para generar conciencia del impacto en el proceso de dispensación sobre la seguridad de los pacientes. Sin embargo en junio se evidencia un aumento que corresponde a una falla de comunicación en el servicio farmacéutico para el despacho de medicamentos desde la farmacia central a salas de recuperación en cirugía, lo cual ya quedó informado correspondientemente.

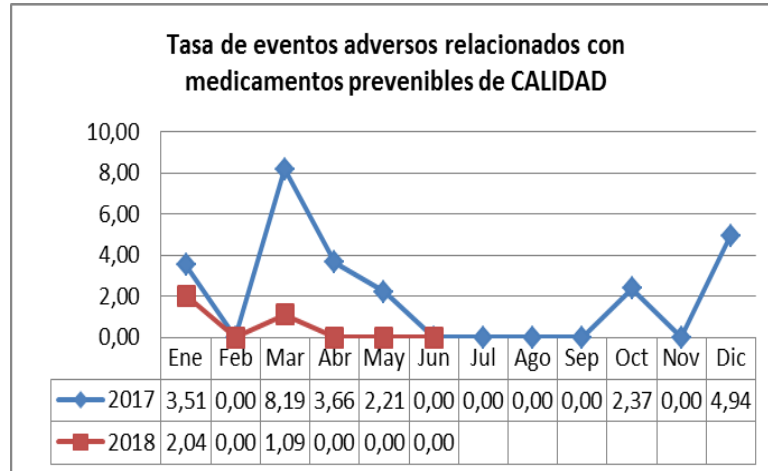
Gráfica N° 12 Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de ADMINISTRACIÓN



Fuente: Indicadores TUCI

La meta para esta tasa es de 9 eventos/1000 pacientes. Se evidencia aumento en la tendencia de los eventos, en parte por el aumento en el número de reportes, su análisis es correspondiente con el de la tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles. El descenso en junio corresponde con la retroalimentación en el desarrollo de la lista de chequeo para el manual de uso seguro de medicamentos.

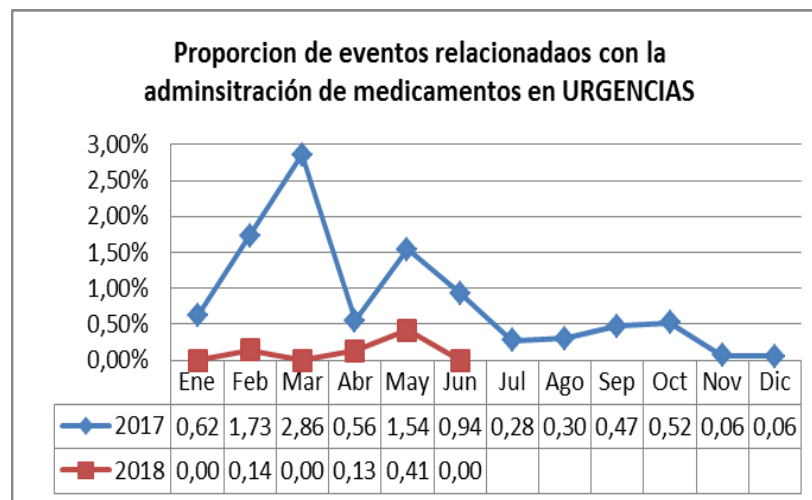
Gráfica N° 13 Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de CALIDAD



Fuente: Indicadores TUCI

No se presentaron eventos reportados relacionados con este ítem en el último trimestre

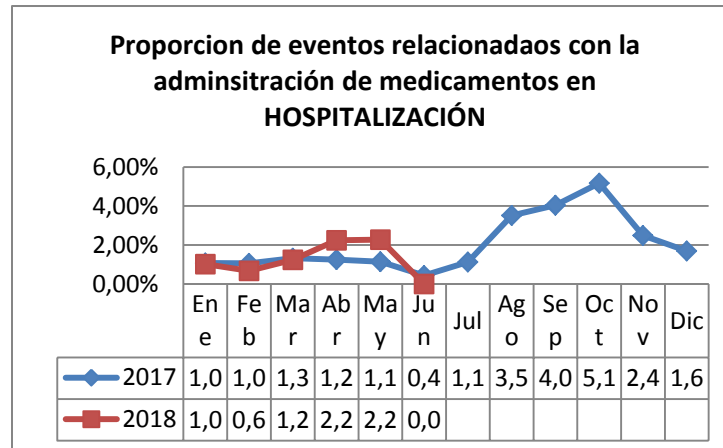
Gráfica N° 14 Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias



Fuente: Indicadores TUCI

En esta gráfica se puede observar una disminución de eventos comparado con el año anterior con lo cual se puede concluir una mejoría en la gestión de la seguridad de los pacientes para este servicio. (Falta el dato de egresos hospitalarios para analizar junio)

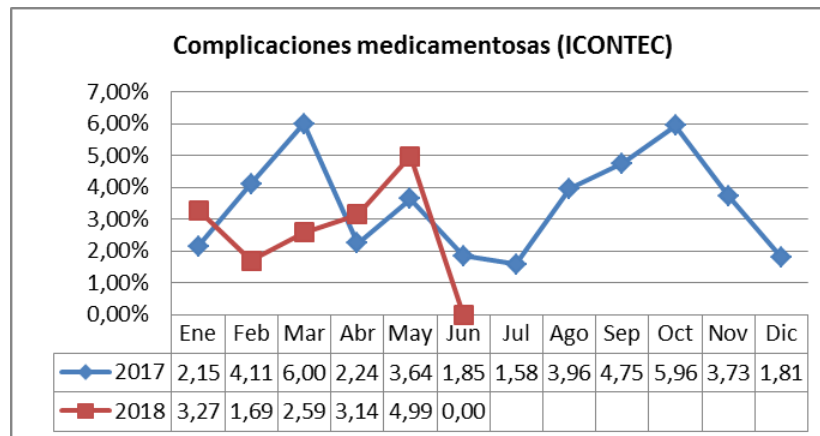
Gráfica N° 15 Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización



Fuente: Indicadores TUCI

Comparado con el año anterior se evidencia un aumento de eventos que puede coincidir y ser evaluado según el análisis de los resultados para la tasa de eventos adversos prevenibles con la gestión de las mismas acciones de mejora en conjunto explicadas en los análisis anteriores. (Falta el dato de egresos hospitalarios para analizar junio)

Gráfica N° 16 Complicaciones medicamentosas

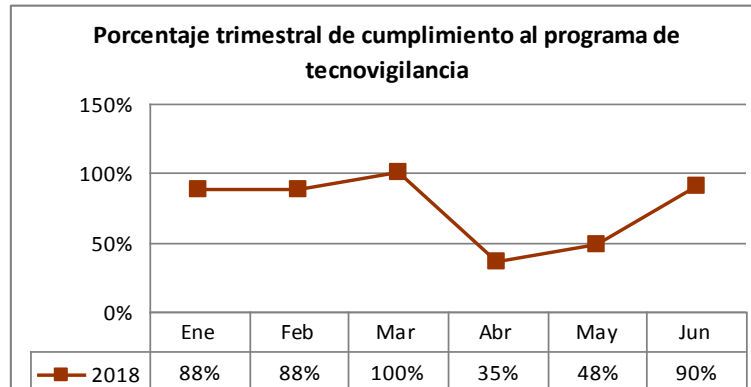


Fuente: Indicadores TUCI

Las complicaciones medicamentosas son una suma de los eventos y RAMs por periodo, se puede evidenciar una tendencia de aumento lo que nuevamente coincide con la explicación presentada al comienzo de los análisis de farmacovigilancia sobre el aumento de observadores en la búsqueda activa por parte del servicio farmacéutico. (Falta el dato de egresos hospitalarios para analizar junio)

Tecnovigilancia

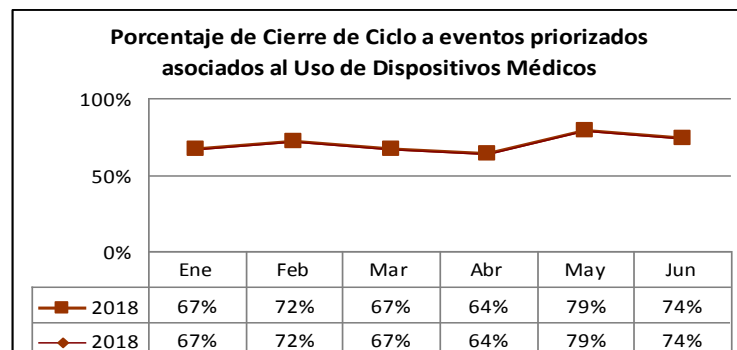
Gráfica N° 17 Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de tecnovigilancia



Fuente: Indicadores TUCI

Se dio cumplimiento al 100% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 25 actividades realizadas en el primer trimestre frente a 25 actividades programadas. Para el segundo trimestre del año 2018 se dio cumplimiento al 90% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 28 actividades realizadas en frente a 31 actividades programadas. Se esta trabajando de la mano con el servicio de enfermería, equipos biomédicos y el servicio farmacéutico para dar cumplimiento al 10% restante.

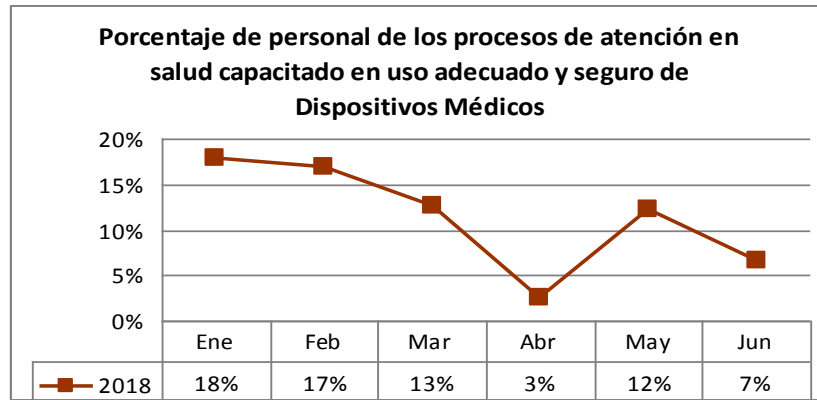
Gráfica N° 18 Porcentaje de Cierre de Ciclo a planes de mejoramiento a eventos priorizados asociados al Uso de Dispositivos Médicos



Fuente: Indicadores TUCI

A la fecha (segundo trimestre) se tienen 67 novedades de seguridad asociadas al uso de DM, de las cuales 48 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 71%. Es de aclarar que algunas novedades de seguridad están sujetas a las respuestas de los proveedores, las cuales tienden a demorarse entre 1 a 3 meses, según donde tengan la casa matriz (esto es por el envío y análisis de las muestras que quedan como evidencia).

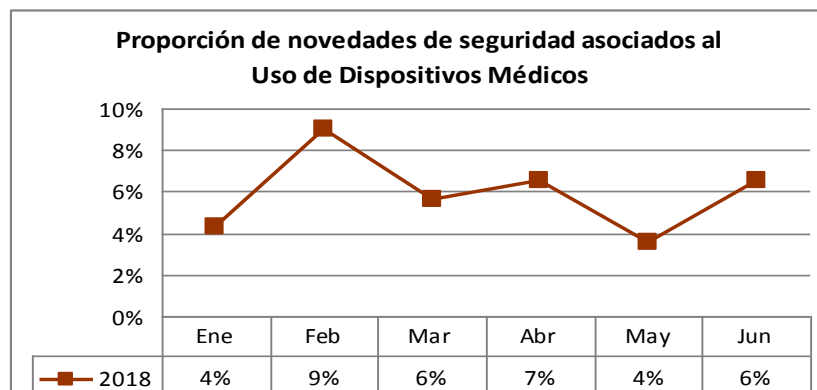
Gráfica N° 19 Porcentaje de personal de los procesos de atención en salud capacitado en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos



Fuente: Indicadores TUCI

Al segundo trimestre se tiene el 21% del personal vinculado capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico. Es de aclarar que en el mes de abril tuvimos una baja en las capacitaciones, debido a que nuestros esfuerzos se enfocaron al tema del galardón hospital seguro.

Gráfica N° 22 Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos

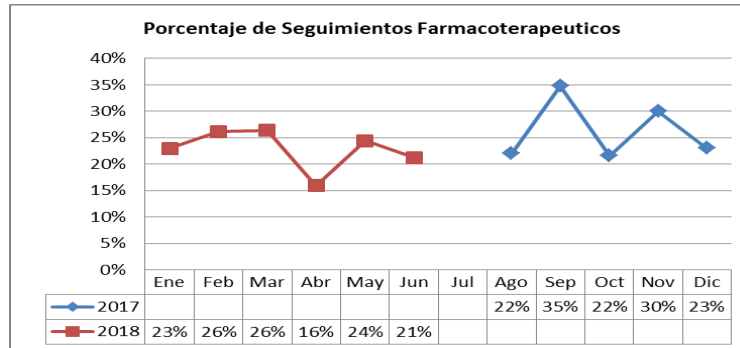


Fuente: Indicadores TUCI

Para el segundo trimestre del 2018 se tuvo una porción de 5.6% de novedades de seguridad asociadas a DM del total en ese trimestre, en relación con el primer semestre que fue del 6.3%, (esto debido a los desabastecimientos ocurridos entre febrero y marzo). El aumento de mayo a junio esta asociado a un aumento en el reporte de las novedades por parte de los colaboradores del HUS, ya que el total de reportes de novedades se mantienen equidistantes 770 en el primer trimestre a 849 en el segundo trimestre de 2018.

Indicadores de Seguimiento Farmacoterapéutico

Gráfica N° 23 Porcentaje % Seguimientos farmacoterapéuticos:

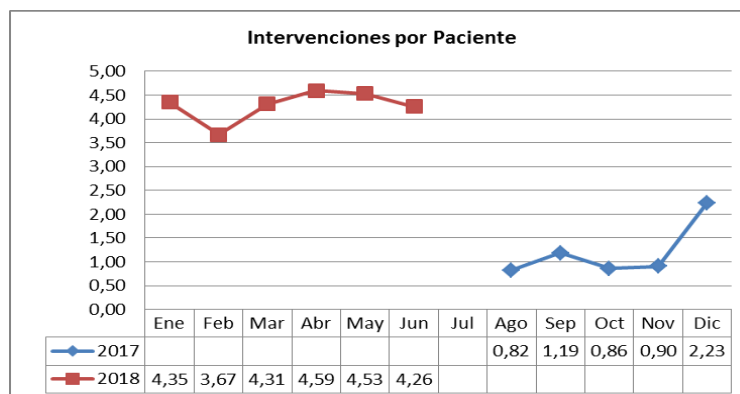


Fuente: Indicadores TUCI

El programa de seguimiento Farmacoterapéutico se desarrolla bajo el protocolo definido en la intranet (03AF56-V3) utilizando una matriz de riesgo Farmacoterapéutico y la herramienta MTM. Dado que para el segundo trimestre del año 2017 no se cuentan con datos del programa (la implementación se desarrolló en agosto de ese mismo año), el trimestre abril-junio (A/J) de 2018 se comparará con el inmediatamente anterior, es decir enero-marzo (E/M).

En el trimestre E/M se encontró un promedio de 25% de seguimientos farmacoterapéuticos, frente a un 20.3% para A/J, en esta disminución influyen varios factores como el periodo de vacaciones de una de las químicas farmacéuticas a cargo del proceso y la aplicación de la lista de chequeo del manual de uso seguro de medicamentos dentro de la institución lo que limitó el tiempo destinado a el programa de seguimiento. Igualmente, se aclara que el número de paciente que cumplen con las características definidas para hacer parte del programa y el número de pacientes con estancia hospitalaria mensual no es constante; por lo tanto, para este indicador no se establece una meta, esto dadas las fluctuaciones que pueden presentar los factores que lo componen.

Gráfica N° 24 Tasa de Intervenciones Farmacéuticas realizadas por paciente



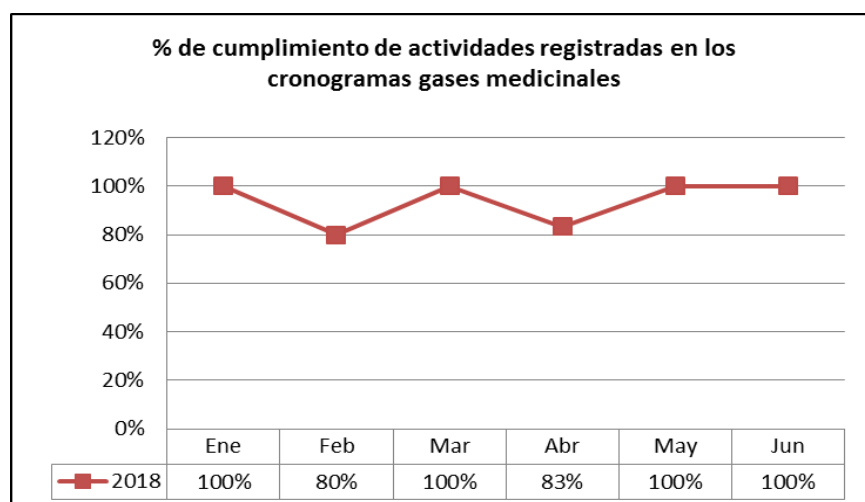
Fuente: Indicadores TUCI

En cuanto al número de intervenciones realizadas por paciente, se encuentra que para los 2 trimestres, las acciones se han mantenido constantes con un promedio de 4.2 intervenciones ya sea al personal asistencial o pacientes. Para este indicador se tiene como meta establecida 1 intervención por individuo. El mes de febrero se evidencia un número menor, esto dado que como se mencionó anteriormente, el indicador depende dos factores que pueden mostrarse igualmente variables, estos son el número de pacientes seguidos, es decir que cumplen con los criterios de inclusión, y el número de intervenciones realizadas.

Es importante resaltar que desde el mes de febrero se empezó a caracterizar el tipo de intervenciones efectuadas con el fin de visualizar los problemas relacionados con la terapia mas frecuentes. Como son problemas por prescripción, administración, dispensación, educación sanitaria, oportunidad y otros.

Indicadores de Gases Medicinales

Gráfica N° 25 % de cumplimiento de actividades registradas en los cronogramas gases medicinales



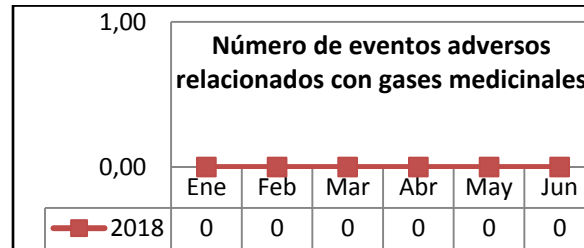
Fuente: Indicadores TUCI

Este indicador evidencia el cumplimiento de las actividades registradas en los cronogramas de gases medicinales mediante la relación entre el número de actividades ejecutadas y el número de actividades planeadas, se observa que para el primer trimestre del año, hay un bache en el mes de febrero y en el segundo trimestre también existe el bache en el mes de abril.

Este fenómeno corresponde a la gestión compartida entre el área de gases medicinales y equipo biomédico, debido a que el sistema de aire medicinal cuenta con equipos de su competencia, es decir que deben ser gestionados y calibrados por ellos.

El trámite administrativo parece ser una barrera fuerte para lograr la gestión oportuna en el aseguramiento metrológico adecuado de los instrumentos de medida lo que ha generado la disminución del indicador y con ello el no cumplimiento de la meta. En cuanto al resto del cronograma, se evidencia la ejecución adecuada y oportuna para su cumplimiento, en cuanto a mantenimiento preventivo y correctivo de equipos e instalaciones, capacitaciones, auditorías y validaciones del sistema.

Gráfica N° 26 Número de eventos adversos relacionados con gases medicinales



Fuente: Indicadores TUCI

El indicador evidencia el número de eventos adversos relacionados con gases medicinales sobre el número de eventos adversos totales y de lo cual permite observar que la gestión farmacéutica enmarcada en gases medicinales ha trabajado en pro de la seguridad del paciente, mediante capacitaciones y charlas sobre el manejo seguro de los gases medicinales a nivel técnico y asistencial. Por otro lado, se asegura que las condiciones de los equipos se encuentren en correcta operación y mantenimiento lo que permite asegurar la distribución continua del gas medicinal a las áreas asistenciales sin ninguna novedad o contratiempo, manteniendo al final un indicador en meta durante el primer semestre del año.

PQRS

En el primer semestre de 2018 se presentaron PQRS e presentaron siete (7) PQRS por parte de los usuarios.

Planes Únicos de Mejora PUM

De acuerdo al autocontrol para el primer semestre del año 2018 el PUMP (Plan Único de Mejora por Proceso) del Servicio Farmacéutico, se tiene un total de cuarenta y un (41) acciones de mejora con un avance aproximado del ochenta y seis por ciento 86%, un porcentaje de cumplimiento cercano al ochenta y uno por ciento 81%, y un porcentaje de cierre de ciclo aproximado a un cincuenta y cinco 55%. Al desagregar doce (12) acciones de mejora que vienen del año pasado, cuatro (4) corresponde a hallazgos dejados por auditoría externa de EPS Famisanar, una (1) de autocontrol de gases medicinales, diecinueve (19) acciones son producto de la auditoría que realizó el INVIMA con el fin de conceder el Certificado de Buenas de Manufactura para producción de aire medicinal en sitio por compresor, una (1) acción corresponde a seguridad del paciente de en la realización del Manual de Uso Seguro de Medicamentos, y cuatro (4) corresponden a Auditoría Interna HSEQ. Se informa que de las doce (12) acciones de mejora que vienen del año pasado, una de estas está relacionada con capacitar al personal de la farmacia en los riesgos del proceso, se le dará cierre con resultado de encuesta de riesgos que realiza la *Oficina Asesora de Planeación*; otra compete a la publicación del Manual de Seguridad y Salud Laboral cuyo responsable es *Gestión de Talento Humano*; otra acción referente a la gestión, y adecuación de espacios que cumplan con requisitos normativos para el Servicio Farmacéutico, le compete a *Gestión de la Infraestructura*; y una quinta tiene que ver con afectación del costo promedio en el sistema de información Dinámica Gerencial, hallazgo que dejó la Revisoría Fiscal, y que debe ser trasladado al proceso de *Gestión de la Información*, ya que en el 2017 se trabajó con el proceso de Gestión Financiera llegando a la conclusión que la causa del hallazgo radica en el sistema de información Dinámica y que por tanto el hallazgo debe ser trasladado al proceso de Gestión de la Información.

PAS Plan de Atención en Salud

El porcentaje de cumplimiento de las acciones del Plan de Atención en Salud PAS es de un 100%, ya que para el proceso de Atención Farmacéutica se cumplió con las actividades establecidas para la meta de producto anual, y corresponde a haber obtenido el Certificado INVIMA de Buenas de Manufactura para producción de aire medicinal en sitio por compresor. Resolución número 2018007149 del 19 de febrero de 2018, por la cual se concede la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales, a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, identificado con NIT 899999032-5.

Gestión del Riesgo

Los riesgos que se materializaron durante el 2018 son Vencimiento de Productos Farmacéuticos, y Facturación Inadecuada. La facturación inadecuada se debió en gran medida a la actualización del sistema de información Dinámica Gerencial en el mes de Febrero esto se evidencio en el aumento de la cantidad y valor de sobrantes y faltantes, la actualización del sistema genero diferentes inconvenientes dado que el pasar de la facturación manual de productos farmacéuticos a realizarlo mediante interfaz, requirió de adaptación a las nueva plataforma por parte de médicos, enfermeros y el personal del servicio farmacéutico. Si bien esta actualización es una mejora en su arranque represento dificultades, que en su mayoría se solucionaron mediante capacitación y generación de experticia, sin embargo siguen presentándose inconvenientes con el sistema Dinámica como lo son las devoluciones de productos farmacéuticos que se están realizando en decimales y no números enteros afectando el inventario; otro es que aún no han capacitado a todo el personal de enfermería en la solicitud de dispositivos médicos a través del sistema y por lo tanto siguen realizando este proceso de forma manual; el sistema no permite el registro del Código Único de Medicamentos (CUM) por cada medicamento adquirido, el sistema de información no tiene ningún tipo de alerta para el manejo de fechas de vencimiento, Dinamica no permite trazabilidad de solicitud-envío de productos entre farmacias. Para lograr una mejora significativa en las barreras de seguridad y disminuir la probabilidad de materialización de estos riesgos, se requiere de herramientas tecnológicas y de automatización de procesos que permitan realizar una adecuada trazabilidad a los productos farmacéuticos (por ejemplo códigos de barras, QRs...), ya que actualmente el sistema de información no permite generar una adecuada trazabilidad a los productos farmacéuticos.

Sistema Único de Acreditación

Ver arriba en Gestión del Proceso el análisis de cada uno de los indicadores de Conciliación Medicamentosa, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Seguimiento Farmacoterapéutico.

Otros

SERVICIO FARMACEUTICO

En relación al servicio farmacéutico, para dar cumplimiento a la normatividad legal vigente se requiere:

INFRAESTRUCTURA



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



Se requiere demarcación del área donde se estacionan los carros de medicamentos de farmacia central y urgencias. Mantenimiento al piso de farmacia de salas de cirugía. Ventilación en las áreas de almacenamiento, en el área de medicamentos de control especial y farmacia urgencias, también se requiere en esta área sistema de drenaje que permita su fácil limpieza y sanitización. Falta de extintores en la farmacia de urgencias, bodegas de productos farmacéuticos, señalización.

El servicio farmacéutico tiene problemas de espacio para dar cumplimiento con todas las áreas que requiere la norma, generando riesgos de incumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento, pérdida, vencimientos, falta de oportunidad; por la fragmentación de las áreas de almacenamiento, es importante que se genere un proyecto de expansión de servicios que se tenga en cuenta la farmacia ya que el aumento de camas o servicios genera aumento de insumos, de personal e infraestructura del servicio farmacéutico, en especial la farmacia de salas de cirugía, y el área de almacenamiento de líquidos no cumple con las condiciones mínimas de habilitación.

SEGURIDAD

Es necesario dar mayor seguridad al servicio farmacéutico por tanto es importante que el área de arquitectura realice un diagnóstico de las puertas del servicio (Ej: Bodega de Medicamentos) y de un concepto referente a la seguridad; en pasadas ocasiones se ha solicitado la instalación de chapas de seguridad y mejoramiento de las puertas. Se están almacenando líquidos en la bodega donde se encuentra también el archivo, también está pendiente la instalación de cámaras de seguridad del área de almacenamiento de líquidos.

Los encargados de las cámaras de seguridad realizaron visita a cada una de las farmacias con el fin de realizar diagnóstico de necesidad de las cámaras de seguridad, sin embargo a la fecha no han instalado ninguna.



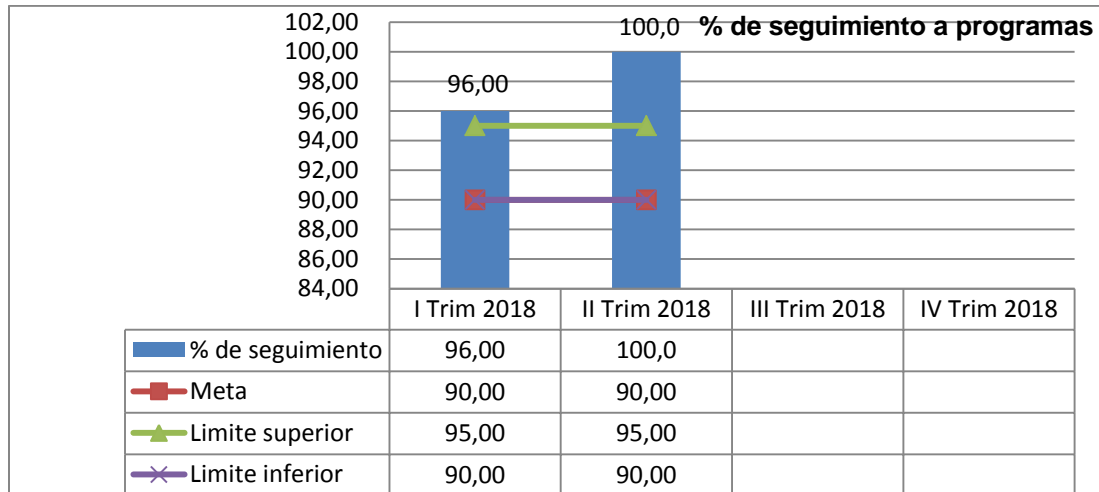
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



1.7 PROCESOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

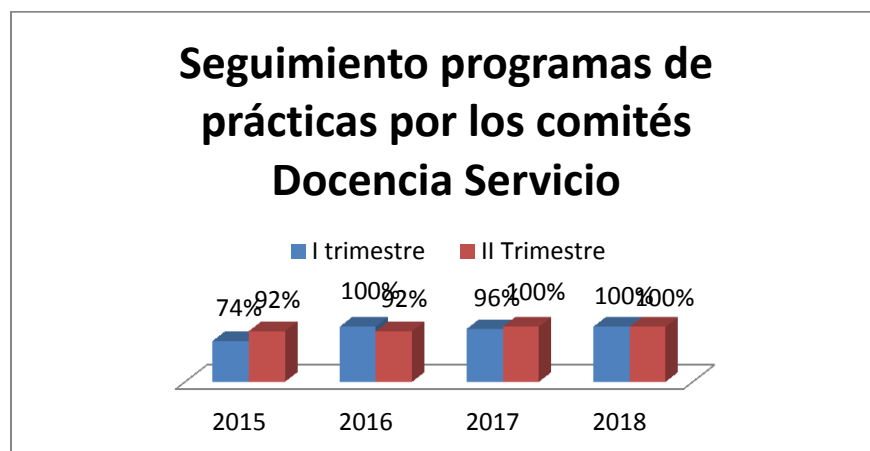
GESTIÓN DEL PROCESO

Grafica No 1.
Seguimiento a los programas desarrollados en el HUS



Fuente: Tabla de trabajo convenios de Docencia

Gráfica No 2.



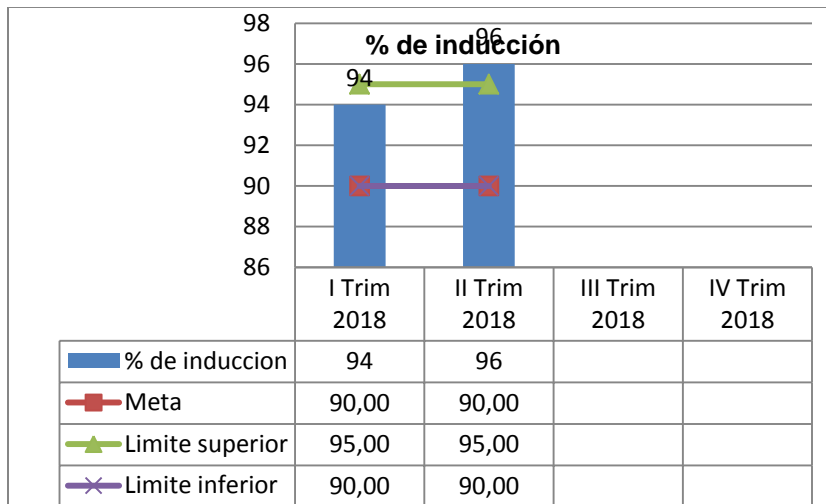
Fuente: Tabla de trabajo convenios de Docencia

El cumplimiento de los comités se ha mantenido de acuerdo a la normatividad exigida, esto ha generado una mayor cohesión con las Universidades, así como un seguimiento en el cumplimiento de los compromisos que se adquieren en el mismo por parte de los actores de la relación Docencia Servicio.

Se ha logrado que las Universidades no aplacen los comités dentro del trimestre, como se presentaba en los anteriores periodos.

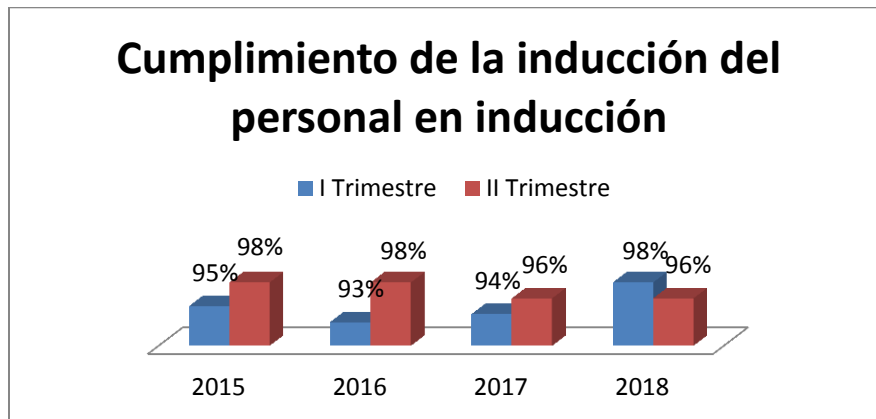
Gráfica No. 3

PORCENTAJE DE INDUCCION A PERSONAL EN FORMACION



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

Gráfica No. 4



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

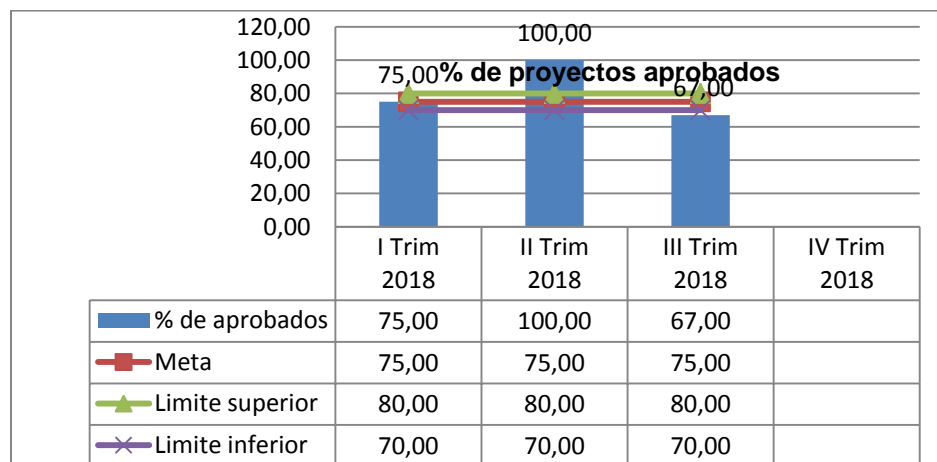
Se ha identificado dentro del seguimiento que se realiza mensual desde la coordinación de Bienestar Académico, que el factor para el resultado de este indicador, es el incumplimiento a la inducción por parte de los médicos residentes, a pesar de las medidas implementadas se ha detectado que algunos servicios

permiten que el estudiante inicie sus actividades, sin el debido cumplimiento de la inducción y/o reinducción pertinente para la legalización de su ingreso al HUS.

Se tiene previsto para mejorar la cobertura en la inducción generar un comunicado desde la Dirección Científica, solicitando el cumplimiento de este requisito a los especialistas a cargo de estudiantes de posgrado.

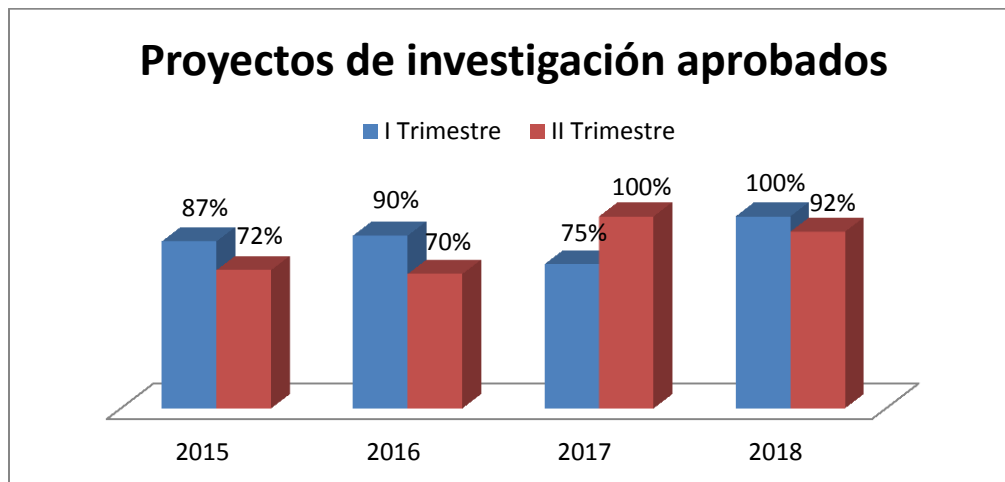
INDICADORES DE INVESTIGACIÓN

Grafica N° 5



Fuente: Tabla de seguimiento de proyectos CIHUS

Grafica N° 6



Fuente: Tabla de seguimiento de proyectos CIHUS

El Centro de Investigación del Hospital Universitario del Samaritana CIHUS, ha realizado acompañamiento a un total de 561 proyectos de investigación hasta la fecha, para el segundo trimestre, se han evaluado ocho (8) proyectos, detectando una leve disminución en la producción científica, atribuida de acuerdo a lo informado por los jefes del servicio, a la disminución de flujo de pacientes tanto en la consulta externa como a nivel hospitalario, teniendo en cuenta que el HUS se centra en la investigación clínica la fuente primaria de información son los pacientes; por ahora para fortalecer la producción hemos implementado algunas estrategias tales como creación de alianzas estratégicas entre las diferentes especialidades y entre los grupos de investigación institucionales, externos como los de las universidades con quienes contamos con convenios docencia asistenciales, y además apoyar a los investigadores en la culminación de los proyectos que se tienen en desarrollo de años anteriores para lograr, culminación y publicación de los mismos durante el año en curso.

A pesar de lo anterior el CIHUS, sigue en su labor de realizar las asesorías necesarias para contribuir al desarrollo científico de los diferentes grupos de investigación, como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla N° 1
Asesorías Realizadas 2018

Calcificación	II trimestre 2017	%	II trimestre 2018	%
1. Inducción proyectos	19	34%	21	38%
2. Revisión de Protocolos	21	38%	20	36%
3. Revisión de Artículos	3	5%	8	14%
4. Revisión de Poster	0	0%	7	13%
5. Realización de Base de Datos	0	0%	15	27%
6. Seguimiento a proyectos	8	14%	8	14%
7. GrupLAC - CvLac	5	9%	5	9%
8. Inducción a publicación	0	0%	16	29%
9. Asesorías vía Web (correo, skype)	0	0%	0	0%
TOTAL	56	100%	100	179%

Fuente: Relación de asesorías, base de datos CIHUS

Se lograrán realizar el 100% de las asesorías solicitadas para el segundo trimestre 2018, las cuales brindan respuesta a las necesidades de los investigadores, con mayor prevalencia se observa el seguimiento a proyectos de investigación, seguido de la inducción de proyectos nuevos y la revisión de protocolos. Durante este trimestre se enfatizó en la culminación de los proyectos en curso, orientación sobre recolección de datos y estrategias de análisis estadísticos identificando la necesidad permanente que cuentan los diferentes investigadores en la adquisición de un software estadístico institucional que permita dar soporte a los investigadores.

Vinculación de estudiantes en los proyectos de investigación 2014-2017

En el segundo trimestre del año 2017 se vincularon cuatro (4) estudiantes de diferentes carreras y especialidades en proyectos de investigación, para el mismo periodo en lo corrido del año en vigencia se lograron vincular seis (6) estudiantes predominando los estudiantes de especialización docencia universitaria, estudiante de internado de medicina y residentes.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Grafica N°7

Relación de estudiantes en proyectos de investigación 2017-2018.



Fuente: Base de datos proyectos de investigación CIHUS

En relación a los reportes de caso, actualmente para el segundo trimestre del 2018 se han reportado siete casos de las especialidades de medicina interna Bogotá y Zipaquirá, gastroenterología; con una contribución importante de estudiantes de pregrado de medicina representa 61%, Fellow de gastroenterología el 22% y residentes con un 17%, vinculados a esta modalidad de investigación.

DESARROLLO DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO

- Se obtuvo el registro calificado para el desarrollo en el HUS, de la segunda especialidad de Medicina Materno Fetal con la Universidad de El Bosque
- Participación en las entrevistas de selección del posgrado base de Medicina Interna en la Universidad de la Sabana para el II sem 2018
- Se logró en articulación con la Universidad Javeriana proponer un piloto de autoevaluación para las condiciones como Hospital Universitario
- Se continúa trabajando en articulación con la Universidad Javeriana, la industria farmacéutica y la Gobernación de Cundinamarca, el curso de Enfermedades Obstructivas Crónicas y Asma para el lanzamiento el próximo trimestre.
- Se desarrolló una rotación internacional por el servicio de Dermatología, de una estudiante Colombiana de la Universidad Souza Marques.

MODELO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Se realiza el plan de gestión para el 2018



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



PLAN DE ACCIÓN DEL MODELO DOCENCIA SERVICIO FASE II – 2018

Tabla N° 2

No	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	META TRIMESTRAL 2017				CUMPLIMIENTO
					I	II	III	IV	III TRIMESTRE
1	Garantizar el Conocimiento del MDI y mejoramiento del nivel académico e investigativo del personal estudiantil y docente del HUS	Lograr el conocimiento y la implementación del Modelo de Docencia e Investigación en el 100% de los programas académicos del HUS	Mantener la socialización del Modelo Docencia e Investigación (MDI) a los estudiantes que ingresan al HUS	No. de estudiantes que ingresan a rotar en el HUS con inducción del MDI/Total de personal con estudiantes que rota en el HUS*100	90%	90%	90%	90%	90%
			Cumplimiento de actividades de educación no formal	No. de actividades de educación no formal desarrollados/ Total de actividades de educación no formal propuestas en el plan *100	0%	20%	20%	30%	20%
2	Implementar y evaluar el modelo	Desarrollar en los programas de internado y posgrado base los programas académicos propios del HUS	Desarrollo de los programas académicos de los servicios con rotaciones de internado base, de acuerdo al MDI.	No. de Programas académicos desarrollados del programa de pregrado base de Medicina, de acuerdo al MDI/ Total de programas base que se desarrollan en el HUS de pregrado de Medicina			50%	50%	NA
3	Monitorear la implementación del MDI	Evaluar los planes de mejora suscitados de la implementación del MDI	Seguimiento a los planes de mejora suscitados de las auditorías internas, acreditación y PAMEC	No. de actividades cerradas de los planes de mejora / Total de actividades propuestas en los planes de mejora*100		20%	40%	40%	20%
			Desarrollar y aplicar una nueva encuesta de satisfacción a estudiantes base, residentes y docentes del HUS.	Encuesta desarrollada			50%	50%	NA

No	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	META TRIMESTRAL 2017				CUMPLIMIENTO
					I	II	III	IV	III TRIMESTRE
			Generar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas	Acciones de mejora propuestas en el PUMP				1	NA
3	Consolidación del Modelo de Docencia e Investigación en todo el HUS y sus Unidades Funcionales	Mejoramiento del Talento Humano en Salud egresado del HUS para el Departamento y el país	Realizar seguimiento a los 12 grupos de investigación reconocidos por Colciencias.	Actas de seguimiento de los grupos de investigación	25%	25%	25%	25%	50%

Fuente: plan de Acción modelo docencia servicio

PQRS DOCENCIA

Tabla N° 3

Petición No.	Peticionario Paciente	Clasificación Inicial	Contenido
5332	Estudiante	Solicitud de información	Internado II semestre 2018
11662	Estudiante	Solicitud de información	Internado II semestre 2018
11542	Estudiante	Solicitud de información	Posibilidad de desarrollo proyecto de investigación
11452	Estudiante	Solicitud de información	Rotación especial
12262	Docente	Solicitud Información	Rotaciones estudiantes de colegio
12502	Funcionario anónimo	Solicitud información	Cursos virtuales
12382	Estudiantes	Solicitud información	Rotación Internacional, laboratorio neurocirugía

Fuente: base de datos PQR

Gestión

A cada una de las solicitudes se les dio respuesta oportuna por Orfeo.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



INVESTIGACIÓN

No se presentaron solicitudes

PAS

Las actividades propuestas para el PAS, se tienen en desarrollo de la siguiente manera:

Tabla N° 4

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	Evidencia
Completar y dar cumplimientos a los documentos solicitados en la Resolución 3409 de 2012	Realizar las Autoevaluaciones con los estudiantes de internado y residentes base (30%)		50%	50%	Se realizó la autoevaluación, con metodología piloto cualitativamente y cuantitativamente
	Presentar en el PUMP, los planes de mejora y los avances de los hallazgos en las autoevaluaciones de Docencia (30%)		25%	25%	Se planteó el PUMP con los hallazgos de la autoevaluación
Cumplimiento del desarrollo del Modelo de Docencia e Investigación del HUS (II fase)	Cumplimiento del plan de acción avalado para la vigencia (100%)	25%	25%	25%	Se ha desarrollado el plan sus soportes reposan en la subdirección
	Seguimiento a los Grupos de Investigación avalados por Colciencias (20%)	100%	100%	100%	Se cuenta con las Actas de reunión de Seguimiento con los grupos de Investigación

Fuente: PAS 2018

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Desarrollo y mantenimiento de los siguientes cursos virtuales, los cuales actualmente se encuentran inactivos, dado que se presentó una coyuntura en la persona encargada de la coordinación de TICS.

Tabla N° 5

Cursos virtuales
Atención integral a víctimas de violencia sexual
Buenas prácticas es seguridad del paciente
Buenas prácticas seguridad del paciente



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Diplomado formación de docentes
Herramientas virtuales para la educación y el trabajo
Medicina transfusional

Fuente: Plataforma Moodle HUS

Solicitud de referenciación por parte del Instituto Nacional de Cancerología, en lo concerniente a nuestro proceso actual para postularnos como Hospital Universitario

LOGROS

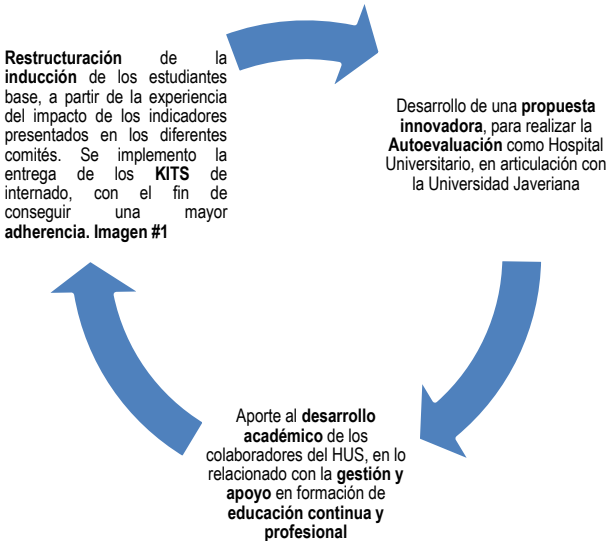


Imagen No. 1 KIT Inducción estudiantes rotantes base



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



CAPACITACIONES GENERADAS DESDE LOS CONVENIOS DE DOCENCIA SERVICIO

Tabla N° 6

INSTITUCIÓN	CURSO	No. BENEFICIARIOS
U. El Rosario	Diplomado en "Seguridad del paciente"	1 participantes
	Curso BLS-ACLS	20 participantes
	Curso VIH	10 participantes
	Curso de Responsabilidad Sanitaria	20 participantes
Icontec	Curso de Gestión del conocimiento	30 participantes
	Curso segunda y tercera victima	32 participantes
U. Tolima	Curso redacción científica	10 participantes
U. Cundinamarca	Diplomado Aplicación de estrategias TICS, como apoyo en el cuidado de la salud	20 participantes
U. Andes	Diplomado Enseñanza del aprendizaje en Centros de Práctica	6 participantes
	Curso Práctica reflexiva en Salud	2 participantes
	Curso Método de enfoque estratégico	2 participantes
TOTAL		153

Fuente: Listados capacitaciones, base de datos Educación Médica

VIERNES ACADÉMICO

Tabla N° 7

CHARLAS MAGISTRALES DIRIGIDAS A ESTUDIANTES, INTERNOS, RESIDENTES Y FUNCIONARIOS DEL HUS 2018					
MES	DIA	SERVICIO	TEMA	PONENTE	No Asistentes
ABRIL	6	CX PLÁSTICA MAXILOFACIAL Y DE MANO Dr. Juan Camilo Noreña	Signos predictivos del trauma facial	Dra. Eliana Primavera Quirot Casado	28
ABRIL	13	CIRUGIA GENERAL Acelity 3223874737	Manejo de Abdomen Abierto	Dr. Manuel Cadena	47
ABRIL	20	TALENTO HUMANO	Convocatoria Armada Naval	Sargento Mayor Polo	20

CHARLAS MAGISTRALES DIRIGIDAS A ESTUDIANTES, INTERNOS, RESIDENTES Y FUNCIONARIOS DEL HUS 2018					
		Dr. Cesar Moreno		Ferreira Eduardo	
ABRIL	27	Protección Médico Legal	Enfermedades de Notificación Obligatoria	Dr. Luis Hernando Valero	36
		3147060237			
MAYO	4	CIRUGIA GENERAL	Modelo de Salud	Dr. Alfonso Cruz	39
		Dr. Alfonso Cruz			
MAYO	11	INFECTOLOGIA	Actualización de profilaxis quirúrgica	Dr. Carlos Eduardo Pérez	48
		Dr. Carlos Pérez			
MAYO	18	Educación Médica e Investigación	Modelo de Investigación del HUS	Dra. Anyela Mancilla	19
		Dra. Andrea Carolina Morales Guerrero			
MAYO	25	FISIOTERAPIA	PENDIENTE	PENDIENTE	27
		Dra. Nair Díaz			
JUNIO	1	ANESTESIA	Uso de la Ecografía en Disnea	Dr. Erving Abril	41
		Dra. Marcela Jáuregui			
JUNIO	8	Protección Médico Legal	Aspectos legales del servicio legal Obligatorio	Dr. Luis Hernando Valero	17
		3147060237			
JUNIO	15	ORTOPEDIA	Cirugía de Trauma e infecciones, embolismo graso	Dr. Andres Alberto Ponzón. Especialista Ortopedia y Trauma	25
		Dr. Omar Peña			
JUNIO	22	URGENCIAS	PROGRAMA DE TRASPLANTES	Dra. Andrea Forero Umbarila	16
		Dra. Gina Lacoraza			
JUNIO	29	INFECTOLOGIA	DEFECTOS CONGENITOS	Dr. Ignacio Zarante - Médico Ginetista	27
		Dr. Carlos Pérez			
TOTAL					709

Fuente: Listados charlas académicas

1.8 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

ANALISIS COMPARATIVO DE LA PRODUCCION DE SERVICIOS DEL I SEMESTRE 2018 CON LAS VIGENCIAS 2015 A 2017

1.8.1 CONSULTA EXTERNA.

El área de consulta externa de la sede hospitalaria cuenta con 56 consultorios, sin embargo, la oferta de servicios de salud no ocupa permanentemente los consultorios construidos; por ejemplo, el consultorio destinado exclusivamente a cardiología sólo es utilizado cuatro horas al día tres veces a la semana, esto ocurre por los equipos propios del servicio que no permiten que este consultorio sea compartido con otras especialidades. 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 centro de salud de San Cayetano cuenta con dos consultorios para atención médica, uno para atención de enfermería y otro para atención odontológica.

En la tabla 1 se encuentra el comparativo de 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 1. Comparativo de la producción de servicios en promoción y prevención Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud primer semestre durante las vigencias de 2015 al 2018

CONCEPTO	2.015	2.016	2.017	2.018
Dosis de Biológicos Aplicados	10.723	12.883	17.036	18.012
Controles de Enfermería	2.161	2.618	2.612	2.831
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	7.067	11.407	16.642	13.114
Citologías Cervicovaginales	1.620	1.898	1.758	1.860
Actividades de Salud Pública	21.571	28.806	38.048	35.817

FUENTE: Oficina de Salud Pública, oficina de patología

Se observa en el tema de los biológicos aplicados un comportamiento ascendente se explica básicamente por las estrategias implementadas desde Salud Pública con el fin de mantener coberturas útiles en la población asignada lo que impactó positivamente en un incremento del 5,7% en la cantidad de biológicos aplicados con respecto al año anterior. Las actividades de enfermería muestran una tendencia al incremento explicado por el fuerte impacto de programas de promoción y prevención como lo es la estrategia SAMIIS, sin embargo, en éste primer semestre del 2018 hay un descenso explicado por las dificultades en la captación de la población objeto puesto que las actividades extramurales de captación se realizan con el personal de PIC que aún no ha sido contratado por los Municipios de Zipaquirá y San Cayetano. La tendencia observada en las citologías vaginales es el resultado del esfuerzo de los funcionarios de salud pública por captar efectivamente la población objeto a pesar de la poca aceptación de las mujeres con aseguramiento subsidiado para la realización de la prueba.

En tabla dos se encuentra la producción de servicios de medicina general en toda la unidad funcional de Zipaquirá, se incluye la información de los centros de salud.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



TABLA 2. Comparativo de la producción de servicios en medicina general Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud primer semestre vigencias 2015 al 2018

CONSULTA MEDICINA GENERAL	2.015	2.016	2.017	2.018
horas medico programadas consulta	12.186	13.389	12.607	12.647
capacidad de oferta	35.097	37.768	35.436	35.629
No de consultas agendadas	35.097	37.768	35.436	35.629
No de consultas asignadas	34.415	34.623	33.914	32.787
No de consultas realizadas	31.240	31.695	31.262	29.625
Consulta no realizadas por inasistencia del pte	2.216	2.928	2.652	3.162
% Uso capacidad de oferta	89,0%	83,9%	88,2%	83,1%
% de inasistencia	6,4%	8,5%	7,8%	9,6%
rendimiento hora medico consulta	2,6	2,4	2,5	2,3
rendimiento hora medico consulta esperado	2,88	2,82	2,81	2,82

FUENTE: Oficina de Salud Pública, Oficina de estadística, software Dinámica Gerencial

Se evidencia un leve incremento en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, dado por la estabilidad en la contratación, y por consiguiente hay un leve incremento de la capacidad de oferta (0.5%); pero la asignación se disminuyó en un 3,3% y la consulta efectivamente realizada se disminuye en un 5,2% debido al incremento en la inasistencia de los pacientes que se incrementó en un 19,2%; esto impactó el desempeño en el rendimiento expresado en el indicador de rendimiento hora médico que disminuye (-5,5%). Esta situación es debida a la baja consulta esperada en el primer mes del año situación que se comienza a revertir con el paso de los meses.

En la tabla tres se muestran la producción de servicios de medicina especializada.

TABLA 3. Comparativo de la producción de servicios en medicina especializada en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre durante las vigencias 2015 al 2018

Medicina Especializada	2.015	2.016	2.017	2.018
Horas medico programadas en consulta	6.587	6.624	7.553	8.842
Capacidad de oferta	19.761	19.872	22.659	26.526
No de consultas agendadas	19.761	19.872	22.659	26.526
No de consultas asignadas	20.941	22.805	23.266	26.466
No de consultas especialistas	18.355	20.717	20.724	25.571
Consulta no realizadas por inasistencia del paciente	1.619	2.088	2.542	895
% Uso capacidad de oferta	92,9%	104,3%	91,5%	96,4%
% de inasistencia	7,7%	9,2%	10,9%	3,4%
Rendimiento hora medico consulta	2,8	3,1	2,7	2,9
Horas programadas procedimientos	360	592	516	689
No procedimiento programados	1.080	2.272	2.064	3.142

Medicina Especializada	2.015	2.016	2.017	2.018
No procedimientos realizados	1.309	2.637	2.459	3.437
Procedimientos no realizados por inasistencia de paciente	0	0	0	0
% de realización de procedimientos	121%	116%	119%	109%
% de inasistencia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rendimiento hora medico procedimiento	3,6	4,5	4,8	5,0
Días espera asignación cita medicina general	2	2	1	1
Días espera asignación cita medicina interna	7	15	7	8
Días espera asignación cita pediatría	2	11	4	6
Días espera asignación cita cirugía	3	3	4	3
Días espera asignación cita ginecología	12	16	8	5
Días espera asignación cita obstetricia	5	3	6	2
Días espera asignación demás especialidades	10	11	8	10
días espera asignación cita anestesiología	2	0	0	0
días espera asignación cita cardiología	25	22	13	27
días espera asignación cita cirugía plástica	5	8	6	8
días espera asignación cita cirugía vascular periférica	7	21	5	5
días espera asignación cita dermatología	3	6	5	10
días espera asignación cita gastroenterología	27	9	8	4
días espera asignación cita neurología	NA	15	5	15
días espera asignación cita neumología	3	6	13	4
días espera asignación cita oftalmología	6	15	5	15
días espera asignación cita ortopedia	8	11	11	10
días espera asignación cita otorrinolaringología	15	17	28	19
días espera asignación cita psiquiatría	9	11	4	8
días espera asignación cita urología	10	6	5	5

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Con el incremento en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia (17.1% mayor), dado por la estabilidad en la contratación y la presencia de nuevas especialidades como neumología, neurología y ortopedia y del consecuente incremento de la capacidad de oferta, hubo un incremento del 13,8% en las citas asignadas, y un incremento del 23,4% en la cantidad de consultas realizadas, el rendimiento expresado tanto en las consultas realmente realizadas como en el indicador de rendimiento hora médico se incrementan pero no en lo esperado y se explica por la dificultad en la consecución de autorizaciones para la prestación de servicios médicos especializados con las EPS con las cuales tenemos contratación vigente; nuestra medida de prevención de sobreagendamiento que permitía que la consulta realizada no fuera menor a la esperada, nuevamente comenzó a ser efectiva a partir del mes de marzo; sin embargo, los ajuste implementados desde finales del año anterior en diferentes especialidades logró controlar los tiempos de espera se encontraban incrementados por fuera de los valores permitidos por norma llevando a unos valores aceptables. La inasistencia se disminuyó en un 69%.

1.8.2 URGENCIAS



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



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 11 camas adultos, es de resaltar que la observación de pediátricos se realiza directamente en el servicio de pediatría. En la tabla cuatro se observa el comportamiento de urgencias.

TABLA 4. Comparativo de la producción de servicios en urgencias, Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre vigencias 2015 al 2018

URGENCIAS	2.015	2.016	2.017	2.018
horas médico general programadas URGENCIAS	17.280	17.280	22.080	23.040
No pacientes clasificados como Triage 1	605	202	14	11
No pacientes clasificados como Triage 2	12.296	11.476	641	488
No pacientes clasificados como Triage 3	9.412	10.198	16.640	17.889
No pacientes clasificados como Triage 4	3.090	5.040	9.068	8.855
No pacientes clasificados como Triage 5	0	0	1.496	950
Total Triages	25.403	26.916	27.859	28.193
Total Consultas	22.067	21.506	23.103	24.305
tiempo promedio de espera en minutos para consulta	34	38	31	30
tiempo de espera en minutos atención triage II	30	34	30	23
No PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS	3.955	3.823	2.737	4.482
PTES CON CODIGO AZUL en urgencias	88	109	112	114
No transfusiones en urgencias	11	0	0	0
No de reingresos entre 24 y 72 horas después del egreso	81	225	645	481
Pacientes con soporte vital por más de 1 hora en el servicio	88	109	112	114

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Desde el año 2010 se implementó formalmente la actividad de clasificación de prioridades de atención en urgencias (TRIAGE). La cantidad de personas que se presentaron al servicio de urgencias ha mantenido una tendencia oscilante pero hacia el final del periodo de observación se presenta un leve aumento del 1,2%. Durante las vigencias comparadas la cantidad de horas médico ofertadas se han ajustado hasta lograr un equilibrio, sin embargo en el primer semestre de la última vigencia se realizó un ajuste que se manifiesta en un incremento del 4,3%. Por otro lado la cantidad de consultas realizadas en el servicio continua con una tendencia al incremento, con respecto a la última vigencia el incremento fue de 5,2%.

El tiempo de espera para recibir atención se encuentra con una franca tendencia a disminuir, para los clasificados como Triage II la disminución del tiempo fue del 25% mientras que para el total de la población atendida fue del 2,7% menos; vale la pena mencionar que los tiempos de espera se encuentran dentro de lo considerado por la normatividad vigente. Los pacientes complicados que requieren intervenciones importantes en el servicio de urgencias se observan con tendencia al aumento progresivo en el tiempo, sin embargo, en el comparativo de las dos últimas vigencias no hubo variaciones, estas intervenciones en la mayoría de los casos son efectivas aunque se presentan mortalidades por las patologías asociadas y ocurren cuando ha transcurrido más de una hora de soporte vital.

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 una tendencia al aumento, siendo un 63,8% mayor al comparar con la última vigencia.

1.8.3 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Nuestra institución provee servicios de segundo nivel de atención a la red norte del Departamento, por lo tanto somos centro de referencia para las instituciones de primer nivel del área de influencia; en la tabla cinco se observan el comportamiento de referencia y contrareferencia.

TABLA 5. Comparativo del uso del sistema de referencia a la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2015 al 2018

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
No de remisiones solicitadas al HUS por IPS de origen de mayor a menor	562	524	616	391
CHÍA	45	26	44	22
CHOCONTÁ	38	79	87	85
TABIO	26	20	23	27
SESQUILÉ	35	30	52	23
CAJICÁ	80	81	115	80
TENJO	22	21	28	20
SOPÓ	33	37	43	18
TOCANCIPÁ	14	10	10	6
NEMOCON	31	22	41	16
PACHO	8	8	0	4
SUESCA	46	34	26	22
GUATAVITA	27	17	40	11
BOGOTA	18	19	9	11
GUASCA	5	15	10	5
GACHETÁ	7	9	10	5
OTROS	127	96	78	36
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	562	524	616	391
PPNA - EVENTOS NO POS	16	22	45	39
Régimen subsidiado	459	445	502	294
Régimen contributivo	58	51	58	45
soat ecat	24	4	9	13
Otros	5	2	2	0
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	562	524	616	391
MED. INTERNA	126	91	121	99
CIRUGÍA	139	126	156	78

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
OBSTETRICIA	174	191	208	106
PEDIATRÍA	58	69	103	63
ORTOPEDIA	40	24	13	21
PSIQUIATRIA	9	6	2	6
CIRUGÍA PLASTICA	1	0	0	2
UROLOGÍA	2	2	1	0
GASTROENTEROLOGÍA	1	1	1	7
OFTALMOLOGÍA	0	5	1	3
OTROS	12	9	10	6
No de remisiones aceptadas por IPS de origen de mayor a menor	330	290	379	246
CHÍA	26	14	22	11
CHOCONTÁ	20	46	43	44
TABIO	16	8	17	20
SESQUILÉ	24	16	31	16
CAJICÁ	58	55	81	59
TENJO	15	11	16	13
SOPÓ	20	19	29	12
TOCANCIPÁ	9	6	7	5
NEMOCON	23	15	30	11
PACHO	4	4	0	2
SUESCA	20	15	20	16
OTROS	95	81	83	37
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	330	290	379	246
PPNA - EVENTOS NO POS	12	17	35	25
Régimen subsidiado	260	238	297	178
Régimen contributivo	37	31	41	32
soat ecat	16	3	3	11
Otros	5	1	3	0
No de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	330	290	379	246
OBSTETRICIA	93	109	122	66
CIRUGIA	108	84	110	47
MEDICINA INTERNA	49	31	59	56
PEDIATRIA	39	36	68	47
ORTOPEDIA	27	16	9	12
PSIQUIATRIA	6	3	1	3
CIRUGIA PLASTICA	0	0	0	1
UROLOGÍA	0	1	1	0

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
GASTROENTEROLOGÍA	0	5	1	6
OFTALMOLOGÍA	0	1	1	3
Otras	8	4	7	5
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	58,7%	55,3%	61,5%	62,9%
OBSTETRICIA	53,4%	57,1%	58,7%	62,3%
CIRUGIA	77,7%	66,7%	70,5%	60,3%
MEDICINA INTERNA	38,9%	34,1%	48,8%	56,6%
PEDIATRIA	67,2%	52,2%	66,0%	74,6%
ORTOPEDIA	67,5%	66,7%	69,2%	57,1%
PSIQUIATRIA	66,7%	50,0%	50,0%	50,0%
CIRUGIA PLASTICA	0,0%	NA	NA	50,0%
UROLOGÍA	0,0%	50,0%	100,0%	NA
GASTROENTEROLOGÍA	0,0%	500,0%	100,0%	85,7%
OFTALMOLOGÍA	NA	20,0%	100,0%	100,0%
Otras	66,7%	44,4%	70,0%	83,3%
No de remisiones rechazadas por causa	232	234	237	145
NO PERTINENCIA DE LA REMISIÓN	17	77	10	7
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	131	112	135	69
FALTA DE CAMAS	4	9	34	9
FALTA DE ESPECIALISTA	46	17	19	23
NO HAY CONTRATO	0	0	1	1
REQUIERE U. SALUD MENTAL	0	1	1	1
FALTA DE PROCEDIMIENTO (TAC)	34	18	37	35
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS	671	747	861	1020
HOSPITAL DE LA SAMARITANA	152	190	178	155
CLINICA EUSALUD	42	24	36	60
CLINICA CANDELARIA DIOSALUD	0	0	0	0
CLINICA LA MAGDALENA	13	22	17	13
HOSPITAL CARDIOVASCULAR	20	46	25	3
HOSPITAL SAN RAFAEL	13	11	1	3
HOSPITAL SANTA CLARA	13	5	0	1
CLINICA FUNDADORES	25	12	2	19
HOSPITAL MEREDIC	9	7	3	12
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR	18	21	29	21
CLINICA ZIPAQUIRÁ	0	0	38	14
OTROS	366	409	532	719

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	671	747	861	1.020
PPNA - EVENTOS NO POS	8	7	12	28
Régimen subsidiado	261	301	344	351
Régimen contributivo	339	347	427	554
soat ecat	59	50	77	86
Otros	4	42	1	1
No de remisiones realizadas por causa	671	747	861	1020
FALTA DE ESPECIALISTAS	41	96	153	234
FALTA APOYO DIAGNOSTICO	4	95	90	112
CONTRAREMISION	3	0	1	0
REQUIERE UNIDAD DE SALUD MENTAL	0	21	36	48
REQUIERE INTERMEDIOS	0	7	29	29
REQUIERE UCI	0	130	159	121
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	581	334	290	400
NO HAY CONTRATO	31	15	55	45
TRASLADO PRIMARIO	11	49	48	31

FUENTE: Oficina de referencia y contrareferencia Unidad Funcional Zipaquirá

Como es de esperarse los municipios más proximales a la Unidad Funcional son los que tienen mayor peso porcentual en cuanto a solicitudes de referencias, al momento de evaluar el comportamiento comparativo se evidencia un quiebre en la tendencia ascendente observada del 2015 hasta el 2017 en cuanto a la solicitud de referencias presentando para el año 2018 una disminución del 36,5%, explicado porque es el asegurador quien define el sitio de destino del paciente. Esta disminución afecta todos los regímenes de aseguramiento vinculado (13,3% menos), subsidiado (41,4% menos) y contributivo (22,4% menos).

Las especialidades básicas son las más solicitadas en las referencias, sin embargo es evidente una disminución en todas las solicitudes, sólo se observan incrementos en ortopedia, gastroenterología, oftalmología y psiquiatría; especialidades con las cuales se ha incrementado la oferta de servicios; el porcentaje de aceptación es del 62,9% manteniendo la tendencia de incremento observada durante todo el periodo de observación.

En números absolutos se incrementó en un 18,5% la necesidad de remitir pacientes desde la Unidad funcional, el nivel de complejidad que requiere el paciente sigue siendo la primera causa de remisión, luego está la falta de especialidades tales como neurocirugía, hematología, oncología e incluso algunas de las especialidades que se ofertan en la Unidad Funcional pero no de manera permanente como es el caso de neurología, cardiología, ortopedia; luego se ubican la necesidad de UCI para el manejo de los pacientes. El sitio de remisión está determinado principalmente por el asegurador quien a través de su red de prestación de servicios debe garantizar la continuidad y oportunidad de la atención en salud de sus afiliados. Así las cosas y dado que en la Unidad Funcional el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al régimen de aseguramiento subsidiado la institución receptora más frecuentemente utilizada es la sede Bogotá del Hospital Universitario de la Samaritana.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



1.8.4 APOYO DIAGNOSTICO

Contamos con un laboratorio clínico de segundo nivel, perfectamente dotado en infraestructura y en equipamiento, en la tabla seis se evidencia el comportamiento del laboratorio clínico.

TABLA 6. Comparativo de la Producción de servicios en el laboratorio clínico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2015 al 2018

LABORATORIO CLINICO	2.015	2.016	2.017	2.018
NRO EXAMENES DE LABORATORIO HOSPITALIZADOS	16.719	16.948	18.231	19.298
NRO ORDENES	5.650	6.446	6.199	6.703
NRO EXAMENES DE LABORATORIO EXTERNOS	43.986	51.064	48.710	54.715
NRO ORDENES	11.215	11.860	11.537	12.767
NRO EXAMENES DE LABORATORIO URGENCIAS	37.011	37.235	39.950	47.372
NRO ORDENES	9.469	13.754	12.921	14.603
NRO EXAMENES DE LABORATORIO TOTALES	97.716	105.247	106.891	121.385
NRO ORDENES TOTALES	26.334	32.060	30.657	34.073
EXAMENES REALIZADOS	97.716	105.247	106.891	121.385
COAGULACION	2.203	2.906	3.011	3.704
HEMATOLOGIA	17.729	16.891	15.583	17.959
INMUNOHEMATOLOGIA	1.593	1.624	1.532	1.622
INMUNOLOGIA	2.422	2.153	2.386	2.665
MICROBIOLOGIA	5.819	6.828	7.826	8.392
PARASITOLOGIA	2.146	1.900	1.661	1.485
QUIMICA	49.863	51.606	51.092	60.345
ESPECIALES	3.461	6.708	7.492	7.508
REMISIONES ESPECIALES	2.731	5.508	7.242	7.925
UROANALISIS	9.749	9.123	9.060	9.780
EXAMENES FACTURADOS	97.716	105.247	106.891	58.438
EXAMENES REPETIDOS	1.207	1.356	917	1.060
COAGULACION	220	215	91	113
HEMATOLOGIA	404	417	244	308
INMUNOHEMATOLOGIA	16	15	21	38
INMUNOLOGIA	19	35	50	52
MICROBIOLOGIA	49	77	56	84
PARASITOLOGIA	12	12	15	17
QUIMICA	395	452	352	329
ESPECIALES	34	93	59	67
REMISIONES ESPECIALES	0	0	0	0
UROANALISIS	58	40	29	52
EXAMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACION	16.719	16.948	18.231	19.514
Medicina Interna	6.496	4.882	7.102	7.891

LABORATORIO CLINICO	2.015	2.016	2.017	2.018
Cirugia	2.687	3.796	2.246	2.796
Go	5.075	4.920	6.408	6.183
Ortopedia	10	148	0	186
Pediatría	987	1.237	1.066	986
Recien Nacidos	1.464	1.878	1.253	1.405
otras	0	87	156	67
HORAS BACTERIOLOGA	5.798	5.778	5.778	5.778
EXAM. NO REALIZADOS POR	48	89	115	117
FALTA DE REACTIVOS	15	0	0	0
DAÑOS EN LOS EQUIPOS	0	0	0	0
NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCION	0	89	115	117
OTROS	33	0	0	0
USO HOSPITALARIO DE LABORATORIO No ORDENES POR EGRESO	1,7	2,0	1,9	2,1
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN EN HOSPITALIZACION	3,0	2,6	2,9	2,9
RELACION LABORATORIOS/EGRESO	4,9	5,2	5,5	6,0
USO AMBULATORIO DE LABORATORIO No ORDENES POR CONSULTA	0,6	0,6	0,6	0,5
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN CONSULTA EXT	3,9	4,3	4,2	4,3
RELACION LABORATORIOS / CONSULTAS EXTERNAS	2,4	2,5	2,4	2,1
USO EN URGENCIAS DELABORATORIOS No ORDENES POR ATENCIÓN DE URGENCIAS	0,4	0,6	0,6	0,6
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN URGENCIAS	3,9	2,7	3,1	3,2
RELACION LABORATORIOS / CONSULTAS DE URGENCIA	1,7	1,7	1,7	1,9
PROMEDIO GENERAL DE EXAMENES POR ORDEN	3,7	3,3	3,5	3,6
PRODUCTIVIDA LABORATORIO	16,9	18,2	18,5	21,0
% DE EXAMENS REPETIDOS	1,2%	1,3%	0,9%	0,9%
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO HOSPITALIZACION	53	51	50	47
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO URGENCIAS	48	47	48	48

FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

De manera global se observa un incremento del 13,6% en los exámenes solicitados y realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, explicado por los aumentos del volumen de atenciones en los servicios ofertados. En cuanto a los servicios de hospitalización los que más solicitan laboratorios son cirugía y obstetricia explicada 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. En la tabla siete se observa el comportamiento del servicio de apoyo diagnóstico de imágenes.

TABLA 7. Comparativo de la producción de servicios en apoyo diagnóstico de imágenes en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2015 al 2018



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



IMAGENOLOGIA	2.015	2.016	2.017	2.018
Ecografías realizadas consulta externa	1.414	2.046	2.217	2.749
Ecografías realizadas hospitalización	768	492	856	871
Ecografías realizadas urgencias	1.676	1.773	2.219	2.477
Ecografías	3.858	4.311	5.292	6.097
Oportunidad ecografía en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	3	6	3	3
Radiografías realizadas consulta externa	2.853	2.760	2.377	2.879
Radiografías realizadas hospitalizados	606	578	560	489
Radiografías realizadas urgencias	8.004	7.509	7.610	8.195
Radiografías	11.463	10.847	10.547	11.563
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 (15,2%) y también en las radiografías realizadas (9,6%) durante el 2018. En ecografías el servicio que mayormente se incrementó fue el de consulta externa (24%) por el aumento en la demanda que obligó a un incremento en la oferta de horas especialista, mientras que en radiología el comportamiento fue el mismo el mayor incremento se ubica en consulta externa (21,1%). En la tabla ocho observamos el comportamiento de la unidad fija de recolección de sangre.

TABLA 8. Comparativo de la producción de servicios en el puesto fijo de recolección de sangre de la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2015 al 2018

BANCO DE SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	17	12	18	11
UNIDADES RECOLECTADAS	888	599	500	336
UNIDADES PROCESADAS	0	0	0	0
UNIDADES PRODUCIDAS	0	0	0	0
UNIDADES ENTREGADAS ZIPAQUIRA	328	370	393	478
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	301	334	350	352
UNIDADES DE PLAQUETAS	12	6	19	52
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	7
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	38	30	24	67
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS ZIPAQUIRA	235	220	265	352
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	187	196	239	275
UNIDADES DE PLAQUETAS	12	0	19	36
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	7
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	36	24	7	34

BANCO DE SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS POR SERVICIO	235	220	265	352
URGENCIAS	11	0	0	0
CIRUGIA	96	139	103	152
PEDIATRIA	5	8	15	5
MEDICINA INTERNA	73	33	103	142
GINECOLOGIA	50	40	44	53
SALAS DE CIRUGIA	0	0	0	0
No UNIDADES CRUZADAS	468	379	393	435
No UNIDADES RETORNADAS NO USADAS	0	0	0	0
No TRANSFUCIONES AUTOLOGAS	0	0	0	0
No PACIENTES TRASFUNDIDOS	82	80	110	127
UNIDADES DISTRIBUIDAS VENDIDAS	76	82	49	53
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	76	69	49	49
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	0	0	0
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	0	0	0	4
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	311	302	314	405
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	263	282	288	324
UNIDADES DE PLAQUETAS	12	0	19	36
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	7
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	36	20	7	38
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	300	302	314	405
UNIDADES DESECHADAS ZIPAQUIRA POR	12	22	37	55
VENCIMIENTO	7	16	30	30
REACTIVIDAD	0	0	0	0
ALMACENAMIENTO INADECUADO	0	0	0	0
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE (PLASMA FRESCO SIN PROCESAR)	0	0	0	0
OTROS	5	6	7	25
HORAS Bacterióloga PROGRAMADAS	1.152	1.152	1.152	1.152
% DE CONSUMO INTERNO	75,3%	65,4%	76,8%	85,1%
% DE DESPACHO EXTERNO	23,2%	22,2%	12,5%	11,1%
% DE UNIDADES TRASFUNDIDAS	71,6%	59,5%	67,4%	73,6%
UNIDADES TRASFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	50,2%	58,0%	67,4%	80,9%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRASFUNDIDO	2,9	2,8	2,4	2,8

BANCO DE SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018
PROPORCION DE UNIDADES DESECHADAS	3,7%	5,9%	9,4%	11,5%
% UNIDADES DESECHADAS POR VENCIMIENTO	58,3%	72,7%	81,1%	54,5%
% UNIDADES DESECHADAS POR REACTIVIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% UNIDADES DESECHADAS POR OTROS	41,7%	27,3%	18,9%	45,5%

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 sin embargo en la última vigencia se observa una disminución del 38,9% debido a la dificultad de conseguir sitios para las jornadas de recolección, por lo tanto la cantidad de unidades recolectadas fue menor en un 32,8%. Hay un incremento del 32,8% en las unidades transfundidas, especialmente lo concerniente a glóbulos rojos; además hay un aumento del 8,2% en las unidades vendidas debido a contratación con otras instituciones de salud. Hay una proporción de unidades desechadas del 11,5% básicamente por vencimiento de las mismas.

1.8.5 SALAS DE CIRUGIA Y SALAS DE PARTO

El área de quirúrgica cuenta con 5 salas de cirugía de las cuales sólo 2 funcionan; en cuanto a las salas de parto la unidad funcional cuenta con una sala para atención del parto. En la tabla nueve se observa el comportamiento en cuanto al número de procedimientos quirúrgicos.

TABLA 9. Comparativo de la producción de servicios en el área quirúrgica por número de procedimientos realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre vigencias 2015 al 2018

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
NUMERO DE QUIROFANOS	2	2	2	2
NUMERO HORAS QUIROFANO PROGRAMADAS EN CIRUGIA ELECTIVA	1.190	1.220	1.220	1.210
NUMERO HORAS QUIROFANO UTILIZADAS EN CIRUGIA ELECTIVA Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas	1.209	836	829	966
HORAS DISPONIBLES DE QUIROFANO PARA URGENCIAS	4.344	4.368	4.344	4.344
HORAS UTILIZADA DE QUIROFANO EN URGENCIAS Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugía de urgencias	1.706	2.779	1.251	1.298
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	1.190	1.220	1.220	1.210
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	4.344	4.368	4.344	4.344
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	1.190	1.220	1.220	1.210
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	4.344	4.368	4.344	4.344
Total Intervenciones	2.061	2.107	1.912	2.094

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
ELECTIVA CON ESTANCIA	63	49	28	70
AMBULATORIAS	931	1.002	759	920
URGENTES	1.067	1.056	1.125	1.104
NRO DE PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS REALIZADAS	2.061	2.107	1.912	2.094
GENERAL	789	804	756	850
REGIONAL	643	684	541	603
LOCAL	629	619	612	641
Otro	0	0	3	0
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX PROGRMADA	0,8	0,9	0,6	0,8
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX URGENCIAS	0,2	0,2	0,3	0,3
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA CIRUJANO CX PROGRMADA	0,8	0,9	0,6	0,8
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA ANESTESIOLOGO CX PROGRMADA	0,8	0,9	0,6	0,8
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EN SALAS DE CIRUGIA POR GRUPO QX	1607	2011	1693	1910
2	56	57	172	95
3	209	356	375	446
4	363	309	265	259
5	215	314	278	314
6	248	288	251	325
7	574	523	471	507
8	471	546	493	616
9	455	441	384	365
10	681	1193	689	862
11	27	46	18	25
12	64	48	24	37
13	40	52	32	65
20	79	114	105	189
21	6	2	8	0
22	1	0	0	0
23	0	0	0	0
Sin dato	0	0	0	0
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EQUIVALENTES	2071	2652	2017	2454
No PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR CIRUGIA	1,7	2,0	1,9	2,0
NRO CIRUGIAS PROGRAMADAS	1021	1158	818	1032
CIRUGIAS CON ESTANCIA CANCELADAS	0	0	0	0
CIRUGIAS AMBULATORIAS CANCELADAS	40	107	31	42
NRO CIRUGIAS CANCELADAS POR	40	107	31	42
CRITERIO MEDICO DE ANESTESIA	18	58	9	25

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
CRITERIO MEDICO DE CIRUJANO	1	1	1	0
ROPA	0	0	0	0
MATERIAL QUIRURGICO	0	9	6	2
AUSENCIA DE PROFESIONAL	0	12	4	0
AUSENCIA DE PACIENTE	17	17	9	10
OTROS	4	10	2	5
% DE CANCELACION DE CIRUGIAS PROGRAMADA	3,9%	9,2%	3,8%	4,1%
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA CON ESTANCIA	0	0	0	0
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA AMBULATORIA	61	42	38	50
No DE PACIENTES OPERADOS EN EL QUE EL DX PREVIO NO SE CORRELACIONA CON EL DX POSQUIRURGICO	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS TRANSOPERATORIOS	0	0	3	0
QUIRUGICOS	0	0	0	0
ANESTESICOS	0	0	3	0
OTROS	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS POSOPERATORIO IDENTIFICADOS	0	0	0	0
QUIRUGICOS	0	0	0	0
ANESTESICOS	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0
No DE REINTERVENCIONES	5	1	0	0
CLASIFICACION DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS	0	0	0	0
LIMPIAS	791	885	601	772
LIMPIAS CONTAMINADAS	1141	1100	1212	1145
SUCIAS	122	115	94	139
INFECTADAS	7	7	5	38
INFECCIONES IDENTIFICADAS EN HERIDAS QX	0	0	0	0
LIMPIAS	0	0	1	0
LIMPIAS CONTAMINADAS	7	11	0	5
SUCIAS	1	1	0	0
INFECTADAS	0	0	0	0
INFORMES QUIRURGICOS INCOMPLETOS	0	0	0	0
REGISTROS ANESTESICOS INCOMPLETOS	0	0	0	0
DIAS ESPERA CIRUGIA ELECTIVA	6,1	5,8	5,2	4,1
Cirugía General	5	5	5	5
Ortopedia	4	4	4	4
Ginecología	4	7	5	4
OTORRINOLARINGOLOGIA	7	5	5	4
UROLGIA	6	9	6	5
MAXILOFACIAL	4	4	4	3

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
OFTALMOLOGIA	5	8	5	5
CIRUGIA PLASTICA	7	4	6	3
CIRUGIA VASCULAR	9	8	8	6
ODONTOLOGIA INTEGRAL	11	7	5	3
Otros procedimientos anestésicos en salas	0	0	0	0
LEGRADOS	170	161	134	141
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	1.063	1.324	1.341	1.439
...Cirugías grupos 7-10	2.209	2.703	2.037	2.350
...Cirugías grupos 11-13	131	146	74	127
...Cirugías grupos 20-23	86	116	113	190
Total Procedimientos	3.489	4.289	3.565	4.106

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 9,5% en el 2018. De manera recíproca los procedimientos quirúrgicos también mantienen una tendencia al aumento (12,8%), al comparar por procedimientos equivalentes en el año 2018 se aumentaron en un 21,7%. El tipo de anestesia mayormente utilizado es la anestesia general, luego la regional, y finalmente la local. La tendencia del indicador de porcentaje de cirugías canceladas es oscilante en el 2018 se ubica en un 4,1% lo que significa un incremento del presenta una curva descendente del 7,4%, comparado con la vigencia anterior, vale la pena recalcar que todos fueron reprogramados y realizados. El tiempo de oportunidad para cirugía programada disminuyó a 4,1 días en el 2018 lo que representa un 20,6% menos que en el año 2017.

En cuanto al tiempo programado para cirugía electiva vale la pena mencionar que la Unidad Funcional de 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.

1.8.6 HOSPITALIZACION

El área de hospitalización para el año 2018 cuenta con 102 camas distribuidas así: En ginecología y obstetricia 18 camas, en pediatría 24 camas, en neonatos 6 cunas y 6 incubadoras, en medicina interna (tercer piso) 25 camas y en quirúrgicas (segundo piso) 23 camas. El comportamiento de los indicadores de hospitalización se observan en la tabla diez.

TABLA 10. Comparativo de la producción de servicios en el área de hospitalización en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2015 al 2018

Hospitalización	2.015	2.016	2.017	2.018
NRO CAMAS	93	94	93	92
DIA CAMA DISPONIBLE	16.830	17.185	16.890	16.584
DIAS CAMAS TEMPORALES (EXPANSIÓN)	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0	0	0	0

Hospitalización	2.015	2.016	2.017	2.018
DIA CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	307	105	303	1.878
Total de Egresos	3.390	3.266	3.321	3.200
NO QUIRURUGICOS	1.982	1.875	1.725	1.607
OBSTETRICOS	929	1.009	1.075	1.066
QUIRURGICOS	479	382	521	527
NRO DIAS CAMA OCUPADA	11.142	11.750	12.428	12.108
NRO DIAS ESTANCIA EGRESOS	11.534	12.048	12.622	12.248
NRO DE REINGRESOS	14	8	11	10
% OCUPACIONAL	66,2%	68,4%	73,6%	73,0%
PROMEDIO DIA ESTANCIA	3,4	3,7	3,8	3,8
GIRO CAMA	12,2	11,6	11,9	11,6
% DIAS CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% DIAS CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	1,8%	0,6%	1,8%	11,3%
% DE REINGRESOS	0,4%	0,2%	0,3%	0,3%
PARTOS POR CESAREA	179	183	206	170
PARTOS VAGINALES	423	462	467	516
% DE CESAREAS	29,7%	28,4%	30,6%	24,8%
TOTAL PARTOS	602	645	673	686

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Se evidencia una tendencia sostenida a la disminución del número de camas en promedio disponibles para cada vigencia, esto se explica por las intervenciones de mantenimiento de infraestructura que hay que realizar a las instalaciones, pero por otro lado para optimizar el recurso y disminuir costos; en consecuencia los días camas disponibles también muestran esa tendencia sostenida a la disminución (1,8% menos).

Aunque hay una tendencia global durante el periodo de observación al incremento de los egresos hospitalarios en el 2018 hay una disminución que es leve del 3,6%, aunque hay aumentos en los egresos quirúrgicos (1,2%). El porcentaje ocupacional tiene una tendencia global al aumento siendo las dos últimas vigencias los mejores registros de ocupación en todo el periodo observado (73%), el promedio día estancia con una muy leve tendencia al aumento (0,7% más), el giro cama se observa con una leve tendencia a disminuir (2,1%).

INFORME AUDITORIA MÉDICA CONCURRENTE

GESTIÓN DEL PROCESO

A continuación se presenta informe de gestión del proceso de auditoria médica concurrente correspondiente al II trimestre, teniendo en cuenta iniciación de proceso de planeación, implementación y despliegue desde el mes de agosto del 2017.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



El área de Auditoría Concurrente del Hospital Universitario de la Samaritana se realiza continuo e integralmente seguimiento diario a la atención brindada a los pacientes hospitalizados por las diferentes especialidades y seguimiento mensual a los indicadores de GESTION propios de cada auditor e indicadores generales de Proporción y Oportunidad de Interpretación de paraclínicos, estancias prolongadas, proporción general de cirugía autorizadas vs realizadas las cuales son producto de la gestión e interacción con otras dependencias. Estos indicadores impactan directamente en la Calidad de atención a nuestros usuarios y en el riesgo de glosa por conceptos tales como: inoportunidad, pertinencia, seguridad, accesibilidad y continuidad.

OBJETIVO: Desarrollar, continua e integralmente las acciones de seguimiento en la atención en salud que se le brinde a los pacientes del HUS con la revisión de los procesos asistenciales de forma sistemática y continua para la evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad

ALCANCE: El seguimiento de gestión realizado a diario durante el II trimestre en el área / especialidad de los pacientes hospitalizados en el HUS hasta el seguimiento de los indicadores que se realiza de manera mensual.

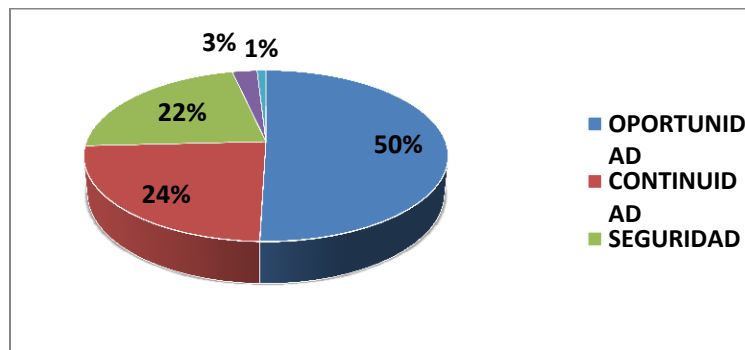
Indicadores de Gestión de Auditoría Médica Concurrente

PROPORCION DE NOVEDADES DE IMPACTO POR PACIENTES ASIGNADOS:

Durante el II TRIMESTRE del año en curso se identificaron 791 novedades de impacto por Auditoría Médica Concurrente las cuales fueron notificadas a las diferentes áreas implicadas tanto intra-institucionales como extra-institucionales que dependen directamente de la EAPB, esto con el objetivo de que las novedades internas del HUS sean gestionadas y resueltas, a partir del mes de mayo se consideró identificar dentro de las novedades de impacto el atributo de calidad afectado según el hallazgo evidenciado con el fin de determinar porcentualmente cual es atributo con mayor afectación durante la prestación del servicio en el HUS como se describe en la siguiente gráfica:

GRAFICA N° 1

PORCENTAJE DE AFECTACION DE ATRIBUTO DE CALIDAD- NOVEDADES AUDITORIA II TRIMESTRE



Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente II trimestre. 2018- Área Auditoría Concurrente

Como se observa en la gráfica anterior el atributo de calidad con mayor afectación dentro de las novedades identificadas con la respectiva auditoria de historia clínica se encuentra en primer lugar la OPORTUNIDAD en la prestación de servicios con un porcentaje del 50% en relación a todas las novedades reportadas por el grupo auditor, en segundo lugar CONTINUIDAD con un 24%, en tercer lugar SEGURIDAD con un 22% por todos las novedades de seguridad reportadas, en cuarto lugar ACCESIBILIDAD con un 3% y por ultimo PERTINENCIA con un 1%, sin embargo es importante aclarar que en el hallazgo pueden haber más de un atributo de calidad afectado sin embargo se considera priorizar solo uno.

TABLA N° 1.

PRINCIPALES NOVEDADES DE IMPACTO DURANTE EL II TRIMESTRE 2018

CONSOLIDADO NOVEDADES II TRIMESTRE	
NOVEDADES INTRAINSTITUCIONALES	NOVEDADES EXTRAINSTITUCIONALES
Inoportunidad de realización de procedimientos en cirugía vascular periférica, hemodinámica, por falta de insumos	Remisión a otras IPS por no contrato con algunas EPS
Inoportunidad por realización de procedimientos quirúrgicos por no haber disponibilidad de UCI post quirúrgica.	Inoportunidad por medicamentos e insumos ambulatorios (Rivaroxaban, bolsas de carallas y colostomía)
Tramite de consecución de insumos por parte de farmacia y compras	Tramite de oxigeno domiciliario.
Inoportunidad para realización de procedimientos no quirúrgicos por falta de preparación del paciente.	Remisión a otras especialidades como oncología, remato oncológica , cardiovascular, coproctología y cirugía de tórax
Inoportunidad para realización de procedimientos no quirúrgicos de radiología por motivo que no migra al sistema la orden del estudio.	Remisión a IPS de crónicos y PHD.
Inoportunidad en respuesta de interconsultas de reumatología hematología, endocrino, neuropsicología, dermatología, neumología	Remisión a otro nivel de complejidad (II nivel)
Inoportunidad en programación de procedimiento de radiología intervencionista.	Inoportunidad en autorización de procedimientos por la EPS.
No disponibilidad de cama en UCI- Unidad de Cuidado Intermedio	Autorización de diálisis ambulatoria
Inoportunidad en la realización y lectura de electromiografía, electroencefalogramas	autorización de exámenes no ofertados en el HUS, perfusión miocárdica, video cápsula, esfinteromanometría
Inoportunidad en reportes de patología	autorización de plan canguro

Inoportunidad en programación y realización de ayudas diagnósticas de cardiología (ecocardiograma, reportes de holter, eco te, implante de marcapaso bicameral, arteriografía) y en programación de procedimiento en hemodinamia por disponibilidad de sala.	
Inoportunidad en realización de ayudas diagnósticas (doppler portal, doppler venoso)	
Inoportunidad en Inicio de trámites administrativos (autorizaciones- remisiones)	
Inoportunidad en realización de espirometría.	
Inoportunidad de colonoscopia por inadecuada preparación, reprogramación de procedimiento gastroenterología (endoscopia) por daño de equipo.	
No identificación oportuna de paciente NN para determinar el pago de la cuenta (admisiones)	
Fallas en el ingreso del paciente desde admisiones.	
Fallas en el carestream	
Relacionados con registros médicos	

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente I trimestre. 2018- Área Auditoria Concurrente

Se identifica en general en el II trimestre los mismos tipos de NOVEDADES identificadas en el I trimestre, sin embargo se evidenciaron hallazgos Intra- institucionales relacionados con Inoportunidad en inicio de trámites administrativos (autorizaciones- remisiones) por el área administrativa y asistencia la inoportunidad en inicio del trámite asistencial de la remisión por no contrato, adicionalmente se evidenciaron hallazgos de mal diligenciamiento de datos en la admisión de los pacientes y la no identificación oportuna del paciente NN para corrección del ingreso de consecutivo a cedula.

Durante la actividad diaria de auditoria medica concurrente se gestiona directamente tanto en el área asistencia como administrativa los hallazgos de inoportunidad que pueden potencializar estancia injustificada e incumplimiento de los atributos de calidad durante la prestación del servicio, sin embargo se genera la novedad de impacto y es enviada al área correspondiente si el hallazgo persiste pese a la intervención respectiva por el auditor, es reportada en la **ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVA** los días martes para la gestión respectiva por el área correspondiente con el aval del Director Científico, el impacto se ve reflejado en la disminución progresiva de días de demoras Intra-institucionales.

GRAFICA N° 2.

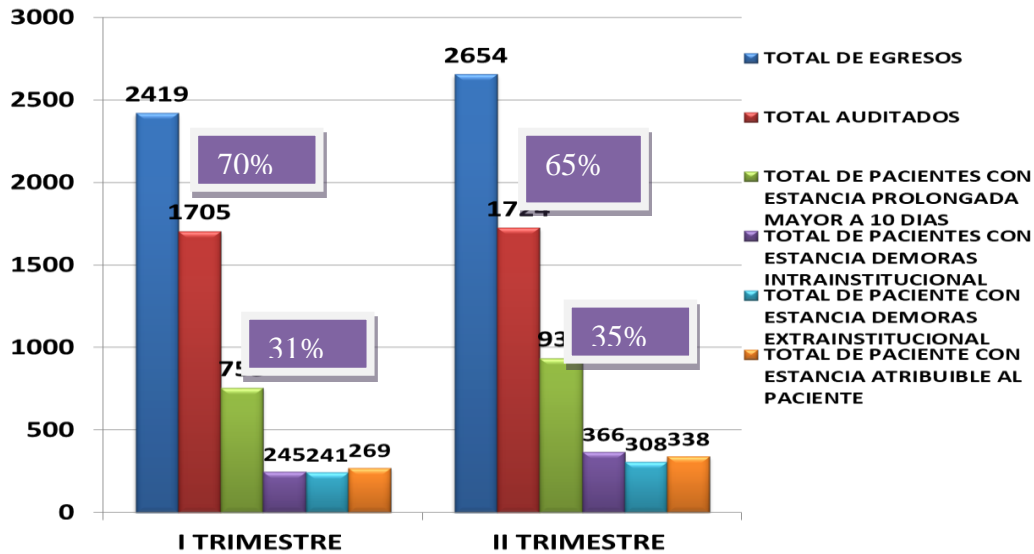
TOTAL DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN HOSPITALIZACION COMPARATIVO I- II TRIMESTRE 2018:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”





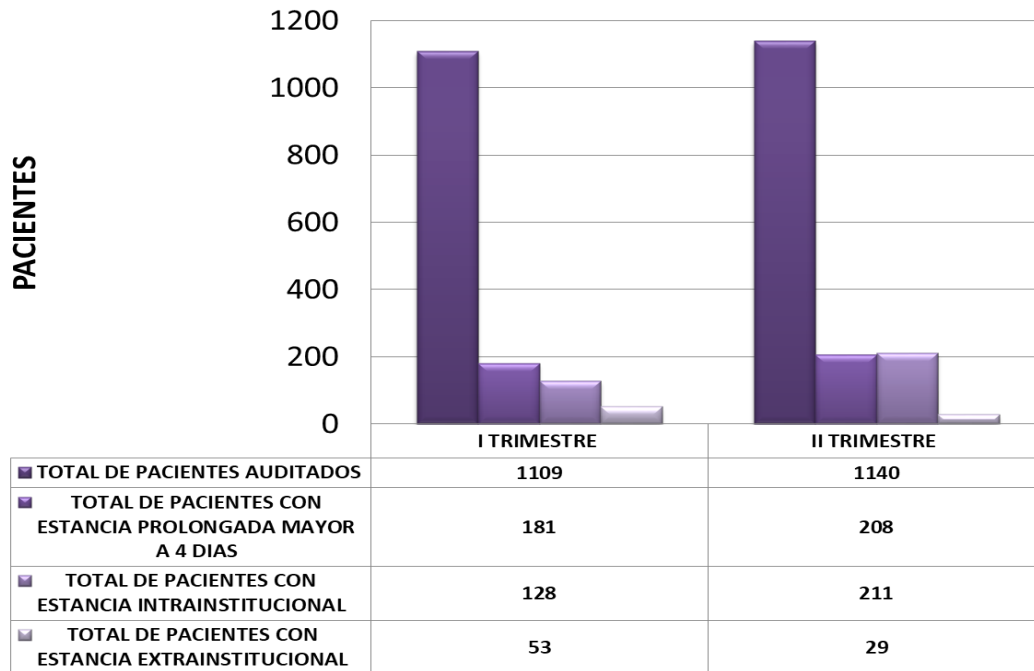
Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II TRIMESTRE 2018- Área Auditoria Concurrente.

En la Grafica anterior se evidencia el comparativo consolidado de pacientes con estancia prolongada en hospitalización en relación al total de egresos en los dos primeros trimestres del año en curso, en la primera columna se evidencia el total de egresos correspondiente a cada trimestre, evidenciando un incremento del II trimestre, en la segunda columna el total de pacientes auditados donde se evidencia en el I trimestre una auditoria al 70% del total de pacientes egresados y en el II trimestre el 65% identificando claramente una disminución atribuible al aumento del total de egresos por incremento del giro cama, en la tercera columna se evidencian el total de pacientes con estancia prolongada evidenciando en el I trimestre un porcentaje de 31% en relación al total de egresos y en el II trimestre un 35% con aumento del 4% dentro de las principales causas se identifican el incremento de demoras intra- intrainstitucionales, extra- institucionales, causas atribuibles al paciente tanto por la patología de base como causas sociales que afectaron el egreso efectivo y prolongaron la estancia. En la cuarta columna se evidencia el total de pacientes que cumplían con criterios de estancia prolongadas y a los cuales se les identifico durante la concurrencia demoras intra-institucionales identificando claramente en el segundo trimestre un incremento en relación al primer trimestre, dentro de las causas se atribuye el hecho a realización de seguimiento más meticuloso por el grupo auditor en la revisión diaria de los tipos de demoras más comunes identificadas en los meses anterior con mayor registro este mismo incremento se identifica en el total de paciente con demoras extra-institucionales sin embargo a pesar de identificar demoras la estancia hospitalaria podría estar clínicamente justificada por el estado del paciente.

GRAFICA N°3.

TOTAL DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN URGENCIAS COMPARATIVO I- II TRIMESTRE 2018



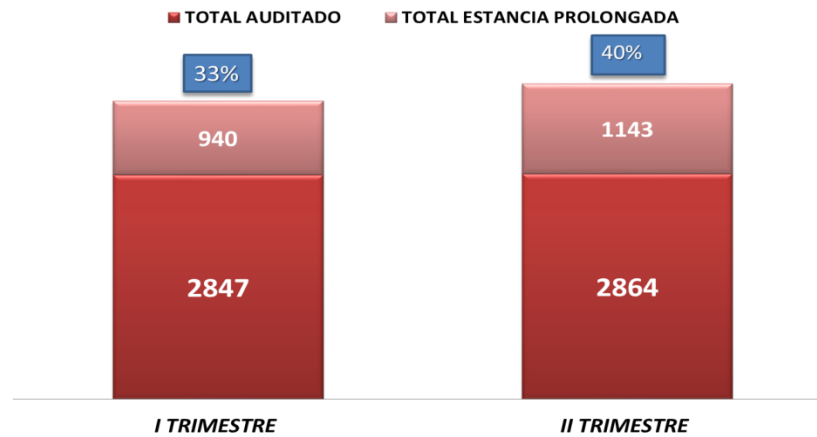


Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II TRIMESTRE 2018- Área Auditoria Concurrente.

En el I trimestre del año en curso en total se atendieron en urgencias 4242 pacientes en total y en el I trimestre 4345 evidenciando claramente un incremento lo cual produjo en los tres meses de este trimestre un sobrecupo constante que tuvo mayor impacto en el mes de mayo por factores externos dentro de los cuales se evidencio cierre de las IPS de mayor atención de MEDIMAS por lo cual la demanda espontánea tuvo un incremento significativo, sin embargo como se puede observar el total de pacientes auditados no tuvo variable importante, en el total de paciente con estancia prolongada el incremento es proporcional al aumento de pacientes atendidos y al leve aumento de pacientes auditados del I al II trimestre, sin embargo si se evidencia un ascenso significativo y de impacto en los pacientes con demoras intra- institucionales con una diferencia de 83 pacientes asociadas en su mayoría a la no disponibilidad de cama de hospitalización tanto por el giro cama, por la falta de implementación del procedimiento de asignación de camas de hospitalización (fase aprobación documental) y las demoras administrativas para el egreso efectivo de los pacientes. En relación al total de pacientes con demoras extra-institucionales se evidencia un descenso significativo relacionado a que en este trimestre no hubo trámites de remisión a otras especialidades no ofertadas en el HUS como lo son unidad de salud mental, oncología, otorrino y oftalmología que si impactaron en el I trimestre.

GRAFICA N° 4 .

PROPORCION ESTANCIA PROLONGADAS EN RELACION A PACIENTES AUDITADOS EN EL HUS COMPARATIVO I- II TRIMESTRE 2018

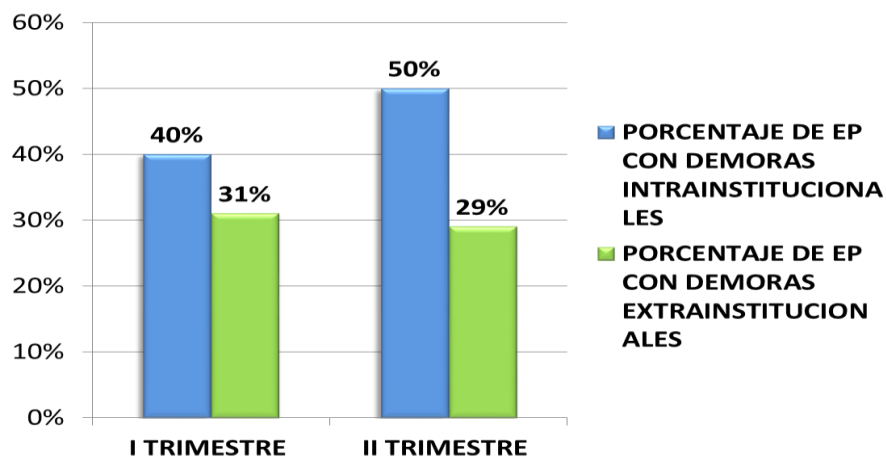


Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente II TRIMESTRE 2018- Área Auditoría Concurrente.

Como se evidencia en la gráfica anterior la proporción de pacientes con estancia prolongadas en relación al total de pacientes auditados se evidencia en relación al total de pacientes auditados no se evidencia una variable significativa, sin embargo si hay un aumento significativo en relación al total de pacientes identificados con estancia prolongada tanto en urgencias como en hospitalización teniendo en cuenta la estancia promedio para los mismos con un incremento del 6%, atribuible a varios factores como: el 6% del total de pacientes con estancia prolongadas corresponden a neonatos con estancia promedio mayor a 14 días por ganancia de peso, el 36% del total de pacientes con estancia prolongada corresponde al servicio de medicina interna, los pacientes atendidos en el HUS son pacientes de alta complejidad con múltiples comorbilidades y estudio de patologías asociadas al motivo de ingreso.

GRAFICA N°5

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS DEMORAS INTRA-INSTITUCIONALES Y DEMORAS EXTRA-INSTITUCIONALES EN EL HUS



Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente II TRIMESTRE 2018- Área Auditoría Concurrente

En la gráfica anterior se evidencia el porcentaje de pacientes con estancia prolongadas en el HUS con identificación de demoras intra- extra-institucionales, identificando claramente un mayor impacto en las demoras intra- institucionales en relación a las extra-institucionales las cuales dependen directamente del asegurador. Por lo tanto en relación a las demoras intra-institucionales se evidencia en el II trimestre un ascenso significativo del 10% del total en comparación al I trimestre, atribuible a factores tanto de afinamiento de metodología de determinación y seguimiento a los tipos de demoras internas por auditoria medica concurrente sin embargo en el proceso de hospitalización en el I trimestre los tipos de demoras que generaron mayor impacto fueron inoportunidad de respuesta de interconsulta de especialidades no ofertadas 24x7 como lo son(dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, reumatología, endocrinología), inoportunidad de ayudas diagnósticas, adquisición de insumos, medicamentos, inoportunidad en programación de cirugías, en el mes de marzo inoportunidad en programación y lectura de procedimientos de neurología y en febrero inoportunidad en realización, lectura de ayudas diagnosticas de neurología; y en el II trimestre los tipos de mayor impacto fueron inoportunidad de respuesta de interconsultas, inoportunidad de ayudas diagnósticas, en el mes de abril hubo en menor proporción al I trimestre inoportunidad en adquisición de insumos por el proceso de licitaciones el cual fue concluido al mediados de abril, inoportunidad en reportes de patología, inoportunidades en toma de biopsias de medula ósea y persiste inoportunidad en ayudas diagnosticas de cardiología por lo cual será priorizado el mismo en JULIO para mitigar dichas inoportunidades ya que el posterior a la retroalimentación del servicio de neurología se evidencio claramente el impacto positivo con 2%.

En el proceso de urgencias las principales demoras identificadas en pacientes con estancia mayor a 4 días en el I trimestre fueron Inoportunidad de disponibilidad de cama en hospitalización, inoportunidad de respuesta de interconsulta los fines de semana por oftalmología, urología, otorrinolaringología; inoportunidad de ayudas diagnósticas y no disponibilidad de camas en UCI por lo tanto se identificaron en este trimestre 11 pacientes con soporte ventilatorio e inotrópico con estancia mayor a 4 días en reanimación. En el segundo trimestre en este proceso los tipos de demoras de mayor impacto fueron la no disponibilidad de cama en hospitalización con un número importante de pacientes por el sobrecupo constante en promedio día en urgencias hubo 70 pacientes; la no disponibilidad de cama en UCI con identificación de 14 pacientes con soporte ventilatorio en reanimación y en tercer lugar las inoportunidades identificadas por falta de continuidad en trámites administrativos de las áreas de admisiones, autorizaciones y referencia y contrarreferencia del HUS. (INFORMACION DISCRIMINADA EN BASE DE DATOS DE AUDITORIA CONCURRENTE).

En relación al porcentaje de demoras Extra- institucional de pacientes con estancia prolongada en el HUS se identifica en el I trimestre un porcentaje del 31 % y en el II trimestre el 29% con un descenso no tan significativo, atribuible a diferentes factores. En el proceso de hospitalización los tipos de mayor impacto en el I TRIMESTRE fueron autorización de oxígeno domiciliario, remisión a otras especialidades (ONCOLOGIA, UCI, II NIVEL), remisión por no contrato, remisión para realización de ayudas diagnosticas no ofertadas en el HUS, autorizaciones para de unidad renal ambulatorio y autorización de medicamentos e insumos ambulatorios. En el II TRIMESTRE los tipos de demoras con mayor impacto fueron autorización de oxígeno domiciliario, remisión a otras especialidades (ONCOLOGIA, UCI, II NIVEL), remisión para realización de ayudas diag-

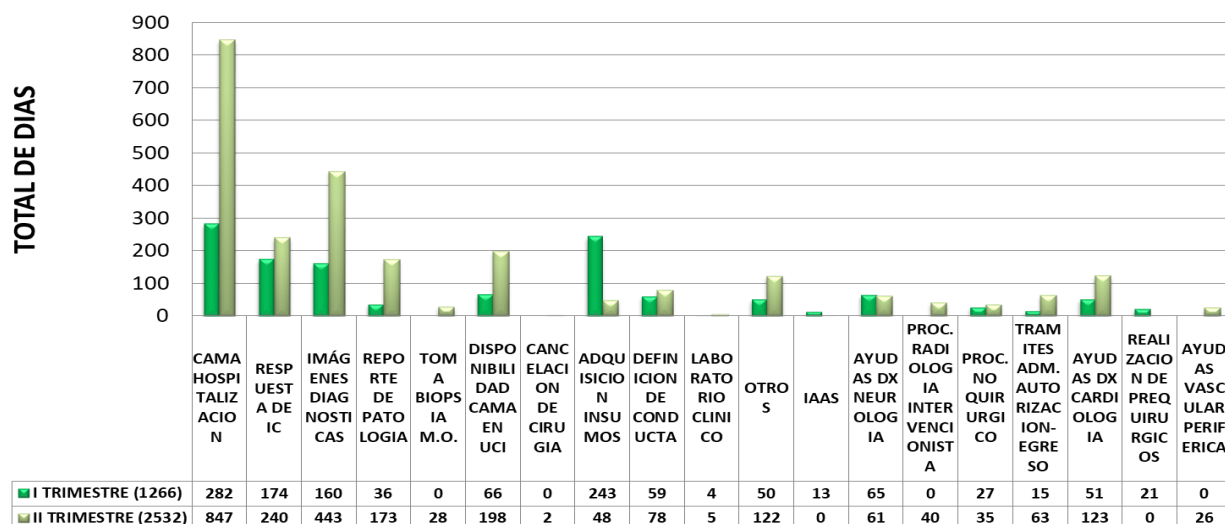


noticias no ofertadas en el HUS, autorizaciones para de unidad renal ambulatorio y demoras por limitación sociales atribuibles al paciente.

En el proceso de urgencias las demoras extra-institucionales de mayor impacto en el I trimestre fueron remisión a otras especialidades (SALUD MENTAL, UCI, ONCOLOGIA, OTORRINO, OFTALMOLOGIA), autorización de oxígeno domiciliario, remisión por no contrato que tuvo mayor impacto en enero por el proceso de concertación de relaciones contractuales con las EPS, remisión por no contrato y remisión de unidad de Cuidados crónicos. En el II trimestre las principales demoras fueron autorización de oxígeno domiciliario, remisión a otras especialidades, remisión por no contrato, remisión a unidad de cuidado crónico, remisión a otro nivel de complejidad II nivel, ayudas diagnosticas no ofertadas en el HUS y demoras por autorización de procedimiento por parte de la EPS. (INFORMACION DISCRIMINADA EN BASE DE DATOS DE AUDITORIA CONCURRENTE).

GRAFICA N°6

TOTAL DE DIAS POR TIPO DE DEMORA INTRAINSTITUCIONAL EN EL HUS COMPARATIVO I – II TRIMESTRE 2018



Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II TRIMESTRE 2018- Área Auditoria Concurrente

En la gráfica anterior se evidencia el total de días por tipo de demora discriminado por I – II trimestre del 2018, para el I trimestre se identificaron un total de 1266 días que en relación al total de días estancia hospitalaria de este trimestre que fueron 21.011 días corresponde al 6%, es importante aclarar que en el mes de enero no se determinó por el grupo auditor los días de demora por lo tanto este total de días solo correspondería al mes de febrero y marzo evidenciándose claramente un sub-registro.

En este trimestre los tipos de demoras que presentaron mayor impacto en días corresponde a **disponibilidad cama de hospitalización** con 282 días (afectación de pacientes del servicio de urgencias con orden de hospitalización sin poder subir a piso por no disponibilidad de cama), en segundo lugar **adquisición de insumos – medicamentos** con 243 días, este tipo de demora tuvo un mayor impacto en el mes de febrero por el proceso de contratación de proveedores de insumos medico quirúrgicos y medicamentos que finalmente se resolvió hasta mediados de marzo e inicios de abril, lo cual coincide en la gráfica con el descenso de días en este tipo de demora en el II trimestre; en tercer lugar **respuesta de interconsulta de servicios subespecialidades** con un total de 174 días y en cuarto lugar demoras por **imágenes diagnósticas** con un total de 160 días, durante este trimestre este tipo de demora no se encontraba discriminado el servicio de doopler y pletismografía es decir las inoportunidades identificadas por estas ayudas diagnosticas eran sumadas a imágenes en genera, pero del II trimestre se discrimino estas ayudas como un tipo de demora único por cirugía vascular periférico quien es la especialidad encargada para realización de los mismos y se determina la importancia por dicha medición la realización de caracterización de dichas ayudas diagnosticas para medir con exactitud la inoportunidad.

En relación a II trimestre se identificaron un total de 2532 días que en relación al total de días de estancia hospitalaria de este trimestre que fueron 23.386 días corresponde al **10%**, se evidencia un ascenso en relación al trimestre anterior que es atribuible a múltiples factores como los son: 1. Sub-registro de días en el I trimestre por falta de medición en el mes de enero, 2. Ajustes en la metodología interna de medición por auditoria concurrente de las demoras con el objetivo de ser más exactos con los días para generar la respectiva retroalimentación, 3. Sobrecupo constante en urgencias que sobrepasa el 200% de la capacidad instalada tanto en este servicio como en hospitalización para la respectiva asignación de cama por lo tanto se evidencio un incremento significativo en urgencias de pacientes con estancia prolongada (estancia mayor a 4 días en urgencias) y finalmente este tipo de demora solo es gestionable con el egreso efectivo y oportuno que hasta el momento es problemática institucional y se encuentra en proceso de ajustes con la implementación del procedimiento de asignación de camas de hospitalización.

Las demoras identificadas han sido durante la concurrencia reportadas a las áreas competentes para la respectiva gestión y consolidado 3 veces por semana y entregado en entrega de turno administrativa sin embargo por los hallazgos evidenciados se considera de vital importancia retroalimentar a los procesos con mayor impacto de inoportunidad como lo son **IMÁGENES DIAGNOSTICAS, OPORTUNIDAD EN REPORTE DE PATOLOGIA, AYUDAS DIAGNOSTICA DE CARDIOLOGIA, RESPUESTA DE INTERCONSULTA, INOPORTUNIDAD EN TOMA DE BIOPSIA DE MEDULA OSEA. AYUDAS DIAGNOSTICAS DEL SERVICIO DE VASCULAR PERIFERICO** con el objetivo de sugerir planes de mejora para darle continuidad a la prestación del servicio y mitigar glosas por pertinencia de estancia por inoportunidad y mejorar el indicador general.

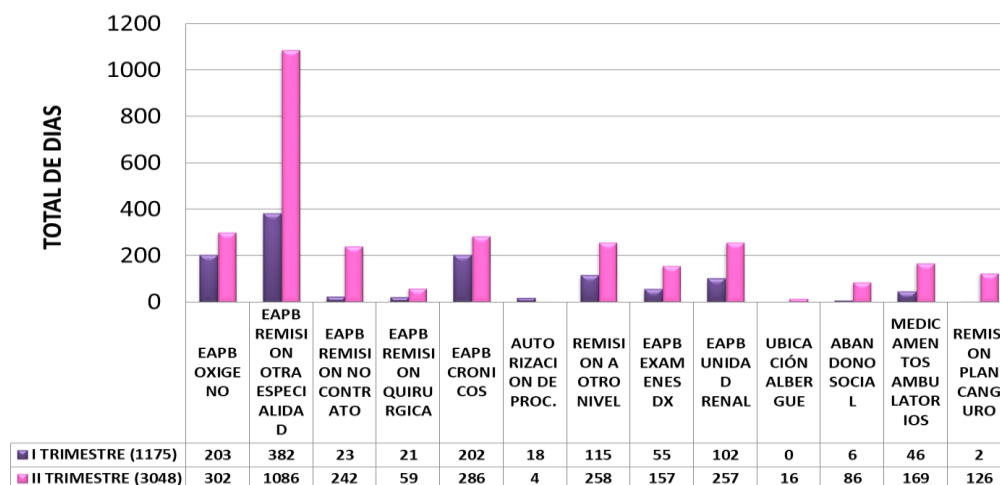
GRAFICA N°7

TOTAL DE DIAS POR TIPO DE DEMORA EXTRAINSTITUCIONAL EN EL HUS COMPARATIVO I – II TRIMESTRE 2018



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"





Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II TRIMESTRE 2018- Área Auditoria Concurrente

En la gráfica anterior se evidencia el total de días por tipo de demora discriminado por I – II trimestre del 2018, para el I trimestre se identificaron un total de 1175 días de inoportunidad extra-institucional que en relación al total de días estancia hospitalaria de este trimestre que fueron 21.011 días corresponde al 6%, identificando claramente que los tramites que más generan impacto son **REMISION A OTRAS ESPECIALIDADES**, **AUTORIZACION DE OXIGENO DOMICILIARIO**, **REMISION A UNIDAD DE CUIDADOS CRONICOS**, **REMISION A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD PHD- II NIVEL**, estos trámites dependen directamente de la EAPB.

En relación al segundo trimestre se evidencia un aumento significativo del total de días de demoras externas con una diferencia de 1873 días en relación al trimestre anterior, en general los días de demora del II trimestre que corresponde a 3048 en relación al total de días estancia hospitalaria que fueron 23.386 días corresponde al 13% del total días estancia, se identifican los mismos tipos de demora de mayor impacto al trimestre anterior, sin embargo se evidencia incremento en los tramites de **REMISION POR NO CONTRATO**, **REMISION PARA AYUDAS DIAGNOSTICAS NO OFERTADAS EN EL HUS**, **PACIENTES ABANDONO SOCIAL**, **AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y AUTORIZACION DE PLAN CANGURO**.

Todos los pacientes con identificación de estancia prolongada con demoras administrativas extra- institucionales fueron priorizados con los auditores externos de las EPS para la respectiva gestión y respuesta efectiva por lo tanto en la gráfica anterior se evidencian los seguimientos realizados:

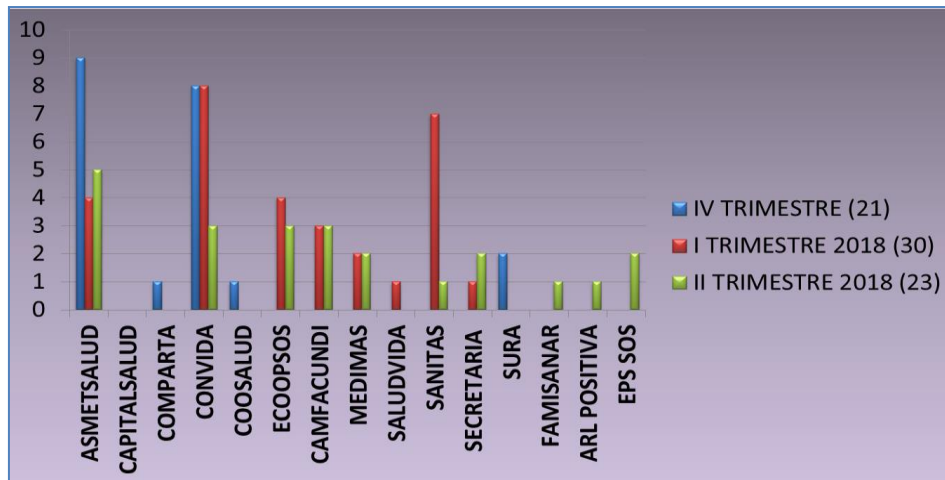
GRAFICA N° 8.

ACOMPañAMIENTO DE AUDITORIA CONCURRENTE EXTERNA



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"





Fuente de información: Actas de seguimiento mensual con las EAPB I-I TRIMESTRE 2018

En la gráfica anterior se evidencia en el IV trimestre del 2017 se realizó seguimiento con 5 EAPB de pacientes con estancia prolongada para un total de 21 seguimientos en comparación con el I trimestre del 2018 se realizó seguimiento con 9 EAPB especialmente con relación contractual vigente para un total de 30 seguimientos donde se priorizaron paciente con EP, Novedades de seguridad, tramites extra-institucionales pendientes (UNIDAD CRONICOS, UCI, exámenes no ofertados, entre otros), en relación a II TRIMESTRE se evidencian 21 seguimientos con acompañamiento a 3 EPS (FAMISANAR, ARL POSITIVA y EPS SOS), se evidencia descenso de 9 en relación al trimestre anterior secundario a que CONVIDA tuvo receso de contrato con CONSULTING S.A.S. en el mes de mayo y efectivamente desde el mes de Junio no hay auditores externos de CONVIDA, lo cual afecta los seguimientos ya que es la EPS con mayor representatividad en la institución.

ESTANCIA PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

Durante el II trimestre del año en curso se auditaron todos los pacientes de UTR y programados a procedimientos quirúrgicos tanto ambulatorio como de hospitalización con identificación los siguientes hallazgos relevantes:

- Uno de los hallazgos más comunes de la PROGRAMACION se determina el tiempo estimado para cada procedimiento (hoja de ruta) el cual no coincide con el tiempo real, lo que ocasiona el retraso de la programación general del día lo cual influye en la productividad de los quirófanos por lo tanto se sugieren acciones correctivas desde el área asistencia tales como adherencia a guías de práctica clínica basadas en la evidencia para determinar tiempo estimados de procedimiento quirúrgico y en los casos que se requiera mayor tiempo haya una justificación concisa.
- Con respecto a la eficiencia en el traslado de pacientes entre servicios se evidencian demoras para los traslados postquirúrgicos al área de hospitalización, donde la principal causa está asociada es la falta de implementación del Procedimiento de asignación de camas por el área de Hospitalización, adicionalmente existen pacientes con estancia prolongada mayor a 48 horas en las camas 298, 299, y 300 al no contar con disponibilidad en la UCI y retrasos en el proceso administrativo extra-institucional por parte de las EAPB cuando se inicia trámite de remisión.

- La hora de inicio de cirugía establecida por la institución es a las 7:00 am para algunas especialidades y subespecialidades, en el mes de Marzo se tomó como acción correctiva para este hallazgo que la entrada del personal auxiliar de enfermería iniciara a las 6:30 am, lo cual durante el segundo trimestre del año se logró mejoras y aumentos en la productividad de los procedimientos quirúrgicos evitando retrasos en el inicio de las intervenciones quirúrgicas.
- Se evidencio durante el segundo trimestre del año, retraso al momento de trasladar los pacientes programados o urgenciados al quirófano debido a la mala preparación pre operatoria como: (no los dejan bañados en los turnos contrarios, administración de anticoagulantes, detección de infecciones a los pacientes el día del procedimiento quirúrgico, inapropiado manejo de las cifras tensionales y accesos venosos insuficientes – de mal calibre) causando inoportunidad del procedimiento o cancelación por tanto es importante realizar capacitación al personal de salud en cuanto a temas de “previa preparación al paciente quirúrgico” esto con el fin que no se vuelvan a presentar retrasos y demoras en la realización de los procedimientos quirúrgicos por causas prevenibles.
- Incumplimiento de los pacientes ambulatorios, por ubicación geográfica de los paciente con difícil acceso al HUS y dificultad económica para transportarse y en el momento de realizar el seguimiento no se pueden contactar telefónicamente, ya sea, por mal registro en la historia clínica – hoja quirúrgica o por dificultad en la señal de la zona donde vive el paciente durante el mes de mayo se planteó como plan de mejora fortalecer a las especialidades para que también desde allí se haga seguimiento a los pacientes con anterioridad esto con el fin de que los pacientes asistan a tiempo a los procedimientos quirúrgicos y adicionalmente se están llamando los pacientes ubicados geográficamente más retirados del hospital con días de anterioridad para que puedan desplazarse con tiempo al hospital.
- Insuficiencia en cuanto al seguimiento directo de las especialidades a los pacientes autorizados de cirugía, lo cual genera retrasos y vencimiento de la orden para la programación de los procedimientos quirúrgicos generando afectación a la institución, durante el mes de junio se priorizo y se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes y las más atrasadas en productividad se realizó respectiva retroalimentación directamente al líder y/o coordinador de cada una de las especialidades, logrando validar uno a uno los pacientes y los causales de retrasos y así mismo se priorizaron los pacientes próximos a vencer y se logró evidenciar un aumento significativo en cuanto a los procedimientos quirúrgicos en cada una de las especialidades.
- Se evidencia dificultad en cuanto al cumplimiento de los pacientes del INPEC debido a que por su localización geográfica (centros de reclusión como guaduas, Villavicencio) presentan retrasos al momento de llegar al hospital, durante el mes de junio se realizó una articulación con mercadeo y el INPEC para evitar vencimiento de hojas de ruta y se logró gestionar directamente con personal del INPEC y la Directora de consulta externa los datos de los pacientes a operar para que los puedan desplazar al hospital de manera oportuna y así evitar cancelaciones o retrasos al momento de la realización de las cirugías además de esto se logró articular con la persona encargada de INPEC para renovación de hojas de ruta de pacientes vencidos estas hojas de ruta, ya quedaron renovadas y autorizadas durante este mes.

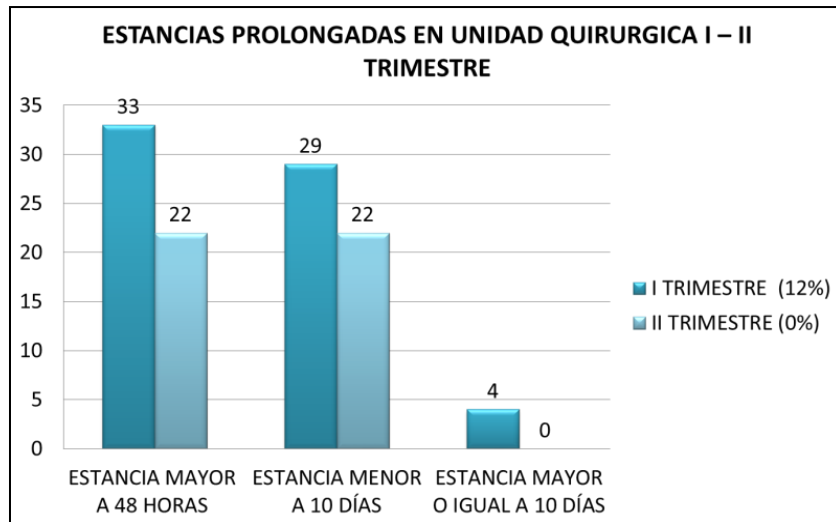
GRAFICA N° 9.

COMPARATIVO ESTANCIAS PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA I – II TRIMESTRE 2018



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”





Fuente: Información tomada de la verificación de Estancias Unidad quirúrgica II trimestre 2018. Área Auditoría Médica

En la gráfica anterior se puede evidenciar un descenso progresivo con respecto a los pacientes en cuidados postquirúrgicos que presentan estancia mayor a 48 horas tanto en UTR como en recuperación quirúrgica, en el II trimestre del 2018 se evidencia una diferencia de 4 pacientes en relación I trimestre, en total en el segundo trimestre de 2018 no se evidencian pacientes con estancias prolongadas mayor a 10 días, adicionalmente como se puede observar en general se evidencia una diferencia de 11 pacientes de los dos trimestres en relación a estancia mayor a 48 horas, esto atribuible a mayor giro cama en UCI – UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEUROLÓGICOS- HOSPITALIZACIÓN por lo tanto los pacientes fueron ubicados con mejor oportunidad en las Unidades, sin embargo se logró evidenciar que durante el II trimestre por falta de disponibilidad de camas en UCI de manera inmediata en postoperatorio los pacientes ventilados y con cirugía contaminada quedaron bloqueando en quirófanos lo cual afecta la programación general del día sin embargo la duración de dicha estancia fue menor a 48 horas en general.

Otro hallazgo identificado consiste en que una vez los pacientes en postoperatorio requieren soporte ventilatorio e inotrópico en la UTR y/o SALA DE CIRUGIA, se verifica la disponibilidad de UCI en el HUS, la especialidad tratante debe dar inicio al trámite de remisión por No contrato y por no disponibilidad de UCI, una vez iniciado el mismo dependemos de la ubicación por parte de la EAPB dentro de la red de prestadores, desafortunadamente generalmente no hay respuesta oportuna por tal motivo el paciente es ubicado finalmente en UCI del HUS una vez haya disponibilidad.



PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS

TABLA N° 2.

PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS COMPARATIVO I – II TRIMESTRE 2018

A continuación se muestra en la anterior tabla el total de pacientes autorizados por la EAPB los fueron 982 pacientes de los cuales han sido intervenidos quirúrgicamente 795 que corresponde a un 82 % de

productividad en todo el semestre del año en curso, a la fecha del total de pacientes autorizados aún falta un 18 % por programar procedimiento quirúrgico que se encuentra limitado a diferentes factores institucionales y extra-institucionales que se evidencian registrados en la matriz de seguimiento de auditoria y finalmente hay pacientes que tienen la fecha vencida de autorización y/o no fue realizado el procedimiento por cambio de diagnóstico.

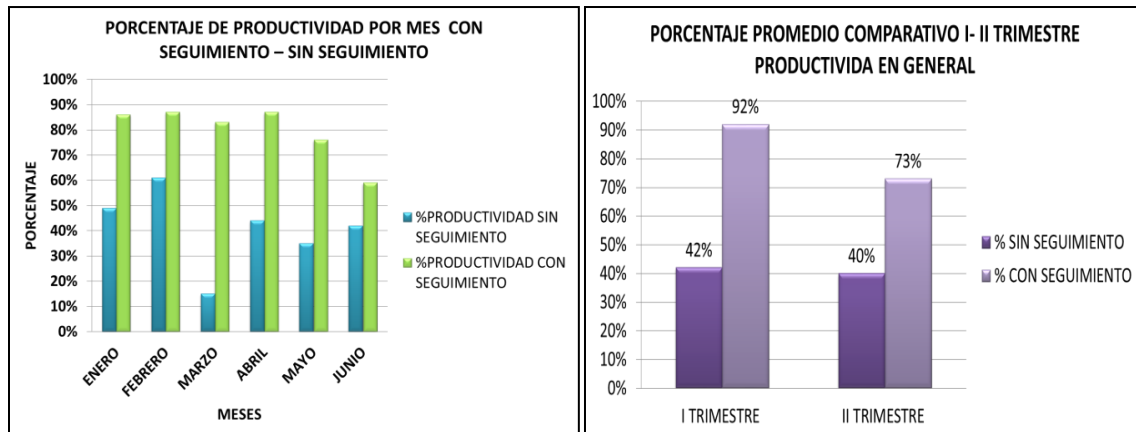
 PROPORCION DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS 													
AUDITORIA MEDICA CONCURRENTE													
PROCESO	GESTIÓN DE AUDITORIA						UNIDAD DE MEDIDA	PORCENTAJE					
META	SEGURIDAD	RIESGO	PROBLEMA			PERIODICIDAD	MENSUAL						
	85%	75-84%	MENOR 74%			FORMULA DEL INDICADOR	Número Total de pacientes programado /Número de pacientes autorizados x 100						
RESPONSABLE	EQUIPO GESTIÓN DE AUDITORÍA												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	
NUMERADOR SIN SEGUIMIENTO	50	84	22	86	78	73	-						393
DENOMINADOR	103	138	147	197	225	172							982
RESULTADO	49%	61%	16%	44%	35%	42%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	41%
NUMERADOR CON SEGUIMIENTO	93	135	130	172	171	94							795
DENOMINADOR	103	138	147	197	225	172							982
RESULTADO	90%	98%	88%	87%	76%	55%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	82%

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de ENERO – JUNIO 2018- Área Auditoria Concurrente.

Se puede evidenciar en la gráfica anterior un ascenso progresivo del total de pacientes autorizados ambulatoriamente a partir del mes de abril por las diferentes EPS para realización de procedimiento en el HUS, esto se encuentra relacionado directamente con la relación contractual con las diferentes EPS que mes a mes se ha ido consolidando, en general la productiva sin seguimiento es inferior al 50% en promedio durante todos los meses y con seguimiento alcanza a encontrarse en RIESGO la meta, sin embargo el seguimiento corresponde al mes de JUNIO se realiza en el mes de JULIO por lo tanto el indicador con segunda revisión aumentaría en el porcentaje acercándose a la meta según la programación.

Grafica N° 10- 11

PORCENTAJE DE PRODUCTIVIDAD GENERAL COMPARATIVO EN MESES DE I – II TRIMESTRE DEL 2018



Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de ENERO – JUNIO 2018- Área Auditoría Concurrente.

En la gráfica N° 9 se evidencia el comparativo de productiva sin seguimiento y con seguimiento evidenciando que en el I semestre del año en curso los meses con menor productividad en general corresponde a MARZO y MAYO secundario a adquisición de insumos y por disponibilidad de algunas especialidades sin embargo con realización de seguimiento por especialidades con priorización de las mismas durante todos los meses fue superior al 75% excepto junio que como fue expuesto con anterioridad el seguimiento continua hasta el mes de JULIO.

En la gráfica N° 10 se evidencia en general que en comparación de los dos trimestres la productividad sin seguimiento no tiene una variable mayor, sin embargo en el II TRIMESTRE la productividad sin seguimiento en promedio es de un 40% evidenciándose claramente en zona de problema, esto se encuentra atribuido a que las especialidades una vez la hoja de ruta es radicada son los mismos los que programan según la disponibilidad de especialistas y disponibilidad de insumos tales como equipo de crio, cassette de faco, polidocanol, canastillas para cirugía de urología, lentes plegables, polidocanol, dificultades contractuales con banco de córnea, instrumentales y equipos biomédicos para la programación oportuna, y se evidenciaron causas atribuibles al paciente como lo son contraindicación por condición clínica, dificultad de contacto telefónico para respectivo seguimiento.

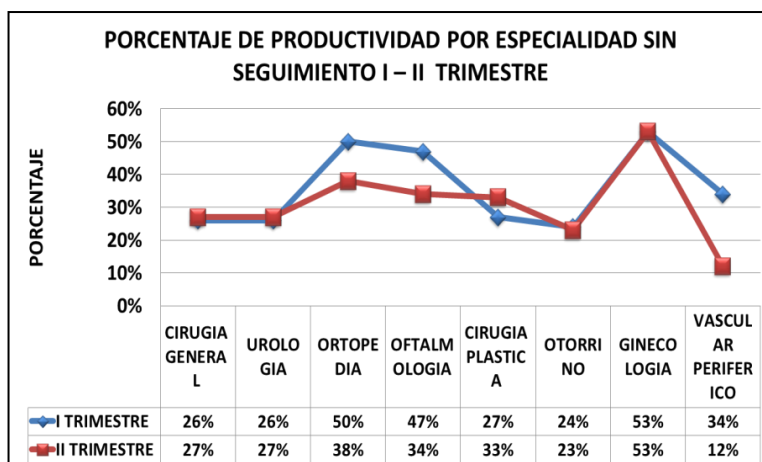
Con el seguimiento por especialidad realizado por auditoría concurrente en el II trimestre alcanza un 73% ya que el seguimiento respectivo de abril es realizado en mayo y el de mayo se ha realizado en junio por tanto el seguimiento de junio se continuara en el mes de julio. Para el mes de Abril se evidencia un total de 48 hojas de ruta vencidas y mayo se evidenciaron en total 13 procedimientos con fecha vencida y/o procedimiento cancelado por cambio de diagnóstico, el porcentaje de productividad con seguimiento se encuentra en zona de riesgo establecida para dicho indicador por lo tanto se priorizaron especialidades con menor productividad pese a los seguimiento realizados como lo fueron OFTALMOLOGIA, UROLOGIA Y CIRUGIA GENERAL para aumentar el promedio.

PRODUCTIVIDAD COMPARATIVO I- II TRIMESTRE DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD SIN SEGUIMIENTO:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"

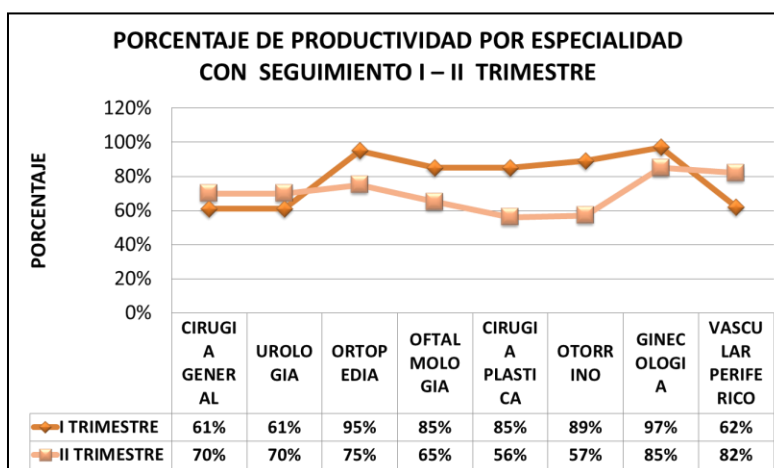




GRAFICA 12. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente UNIDAD QUIRURGICA- Área Auditoria Concurrente

Como se puede observar en la gráfica anterior el comportamiento de programación de procedimiento quirúrgico autorizados en todas las especialidades ha sido muy variable en ambos trimestres, evidenciando igual comportamiento en las especialidades de CIRUGIA GENERAL, OTORRINO, UROLOGIA y GINECOLOGIA, en general la productividad es inferior al 60 % sin realización de seguimiento por auditoria concurrente, sin embargo en el mes de mayo se evidenciaron dos especialidades que estuvieron por debajo de la media las cuales son OFTALMOLOGIA, UROLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA su productividad fue igual e inferior al 30% (dicha especificación por mes se evidencia en informe de graficas reportado por Jefe Auditoria de Unidad 11- 06- 2018).

PRODUCTIVIDAD COMPARATIVO I- II TRIMESTRE DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD CON SEGUIMIENTO:



Grafica N°13. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente UNIDAD QUIRURGICA- Área Auditoria Concurrente.

En la siguiente grafica se puede evidenciar especialidades que han mejorado su productividad general con seguimiento del II trimestre en relación al primero como lo son CIRUGIA GENERAL, UROLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR PERIFERICO y otras con evidencia de descenso significativo de productividad pese al seguimiento realizado como lo fueron OFTALMOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA, OTORRINO Y ORTOPEDIA, en el caso de oftalmología atribuible a limitantes de insumos, cirugía plástica a priorización de procedimiento de urgencia igual que en otorrino, sin embargo el seguimiento se culminara en el mes de JULIO, adicionalmente se presentó en II trimestre aumento de vencimiento de autorizaciones con dificultad de renovación de pacientes del INPEC que se describirá más adelante del presente informe.

En comparación la productividad sin seguimiento y con seguimiento se evidencia un impacto significativo en general por cada una de las especialidades sin embargo se evidencian durante el mismo ciertas limitantes como lo son:

1. **DATOS INSUFICIENTES:** pacientes autorizados sin programar con Imposibilidad para realización de seguimiento por contacto de pacientes por no actualización o datos incorrectos de numero de contacto en la historia clínica y en la ruta quirúrgica.
2. **FALTA DE INSUMOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:** Se evidencio que algunos pacientes no han podido ser programados debido a falta de insumos tales como son guías, polidocanol, falta de contrato con banco de ojos, equipo biomédico crio de oftalmología y casett de faco.
3. **INSUFICIENCIA MEDICOS DE ESPECIALISTAS PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:** Se evidencia déficit de médicos especializados para realización de procedimientos quirúrgicos tales como cirugía bariátrica, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de retina, cirugía de tórax.
4. **NO PREPARACION DEL PACIENTE ANTES DE LA CIRUGIA:** Se evidencia que los pacientes no son preparados antes del procedimiento, ya sea desde su casa o pacientes hospitalizados.
5. **SEGUIMIENTO A LAS ESPECIALIDADES:** Durante el mes de junio se priorizo y se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes y las más atrasadas en productividad se realizó respectiva retroalimentación directamente al líder y/o coordinador de cada una de las especialidades , logrando validar uno a uno los pacientes y los causales de retrasos y así mismo se priorizaron los pacientes próximos a vencer y se logró evidenciar un aumento significativo en cuanto a los procedimientos quirúrgicos en cada una de las especialidades

INTERVENCIONES REALIZADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

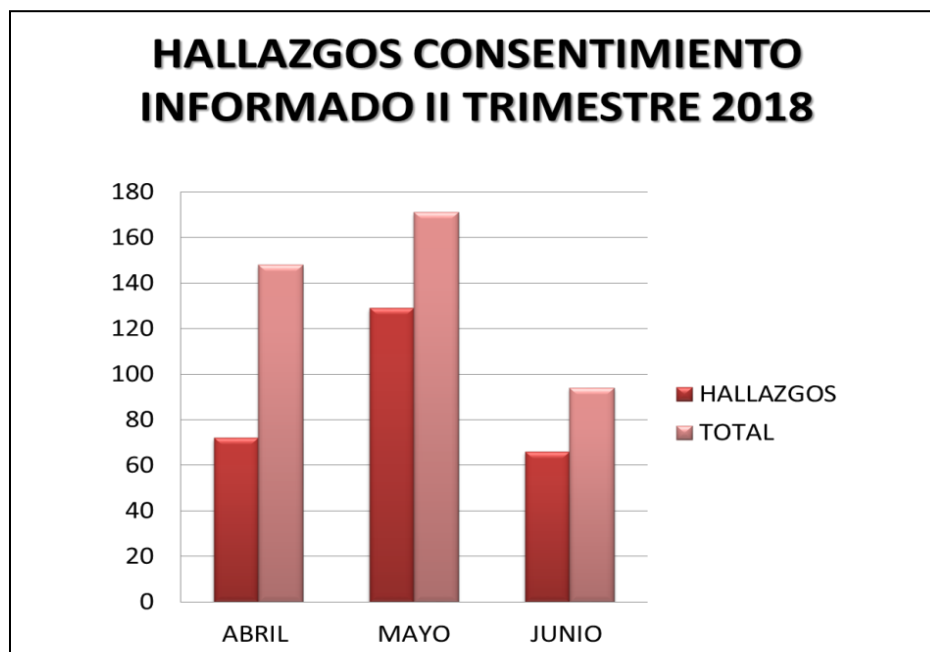
1. Durante el II trimestre se realizó respectivo seguimiento a cada una de las especialidades con procedimientos pendientes, durante el mes de junio se priorizo y se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes y las más atrasadas en productividad se realizó respectiva retroalimentación directamente al líder y/o coordinador de cada una de las especialidades , logrando validar uno a uno los pacientes y los causales de retrasos y así mismo se priorizaron los pacientes próximos a vencer y se logró evidenciar un aumento significativo en cuanto a los procedimientos quirúrgicos en cada una de las especialidades.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



2. Se realizó acuerdos de servicio con el servicio de cirugía general especialmente en cuanto a ordenes vencidas para agilizar procesos y liberar represa de procedimientos quirúrgicos de especialistas en cabeza y cuello, cx de tórax.
3. Durante el mes de junio se fortaleció el seguimiento a especialidades de OFTALMOLOGIA y UROLOGIA, ya que a principios de mes se obtuvo respuesta de adquisición de insumos como canastillas, guías y casset de facos sin embargo se evidenciaba no programación por lo tanto se realizó un seguimiento paciente a paciente con el acompañamiento de Dirección Científica por lo tanto en el mes de junio y principios de julio se coordinó jornadas con RETINOLOGO para programar cirugía repesadas y con UROLOGIA se acordó con Dr. Daza la oportuna programación (SOPORTE ACTAS DE REUNION).
4. Se evidencio vencimiento de autorización de pacientes del INPEC con dificultad para respuesta a renovación por lo tanto se reportaron dichos pacientes a Dr Meneses Subdirector de Mercadeo en relación a la respectiva intervención con área de autorizaciones de Fiduprevisora por lo tanto todas las ordenes fueron renovadas, solo faltando una que corresponde a paciente que ya salió de reclusión. (SOPORTE COREOS ELECTRONICOS).
5. Socialización respectiva en la Auditoria de procedimiento de Consentimiento Informado por cada una de las especialidades priorizando las que tuvieron menor adherencia al diligenciamiento en compañía con Líder de paquete Instruccional del HUS para formalizar el plan de mejora para el respectivo seguimiento.
6. En relación al consentimiento informado se realizó seguimiento en Dinámica gerencia para identificar la utilización de formatos del II trimestre del 2018 identificando lo siguientes hallazgos:



GRAFICAS N°14. Fuente: Dinámica Gerencia – Auditoria Concurrente 2018.

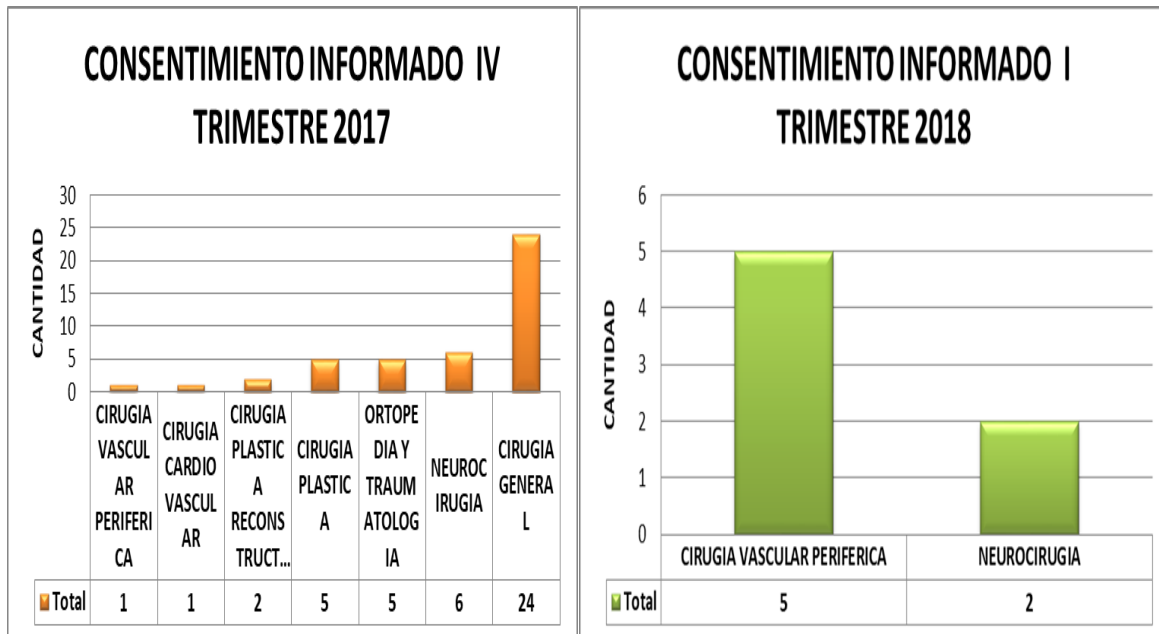
Durante el proceso de seguimiento se auditaron durante el mes de abril 148 consentimientos, de los cuales se evidenciaron 72 con hallazgos lo que corresponde al (49%) de lo identificado, durante el mes de mayo 171 consentimientos informados de los cuales 129 presentaron hallazgos (75.4 %) en el mes de junio se auditaron 94 consentimientos de los cuales 66 fueron identificados con hallazgos lo que corresponde al 70%.

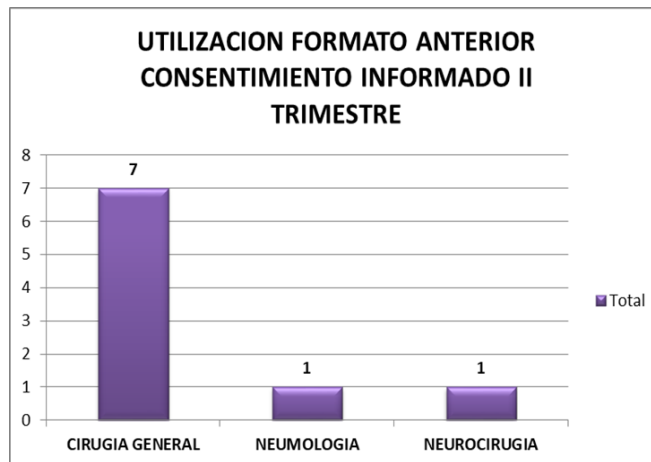
De acuerdo a grafica anterior se logra evidenciar que las especialidades están generando un cumplimiento adecuado en el diligenciamiento del consentimiento informado en ítems como: nombre completo del paciente, fecha del procedimiento, firma del paciente o acudiente y el procedimiento coincide con la orden, lo cual es de importancia ya que se evidencia adherencia a retroalimentación posterior a auditorias de consentimiento informado, sin embargo es importante tener en cuenta que se logra evidenciar que las especialidades están presentando falencias en el adecuado diligenciamiento de los encabezados en el consentimiento informado, se evidencian consentimientos sin firma , sin consentimiento de anestesia al momento de la auditoria , dentro de las especialidades con mayor número de hallazgos son ortopedia y cirugía general seguido de cx plástica y oftalmología, por lo que se realizara retroalimentación a todas las especialidades en cuanto al seguimiento de estos para fortalecer el correcto diligenciamiento del consentimiento informado.

Aun se identifican diligenciamiento de Consentimientos informados realizados en el formato anterior sin embargo la fecha de realización corresponde al tercer trimestre del 2016 y a esta fecha no se había socializado en su totalidad el ultimo formato.

El principal hallazgo evidencia en cuanto diligenciamiento corresponde al ítem de descripción amplia y detalladamente acerca del procedimiento y/o tratamiento donde se evidencian que no quedan registrado el encabezado de CONSISTE EN, BENEFICIOS, EFECTOS INEVITABLES, RIESGOS Y COMPLICACIONES, ALTERNATIVAS DEL PROCEDIMIENTO Y CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO lo cual genera que el consentimiento no sea claro en su contenido.

Se realizó seguimiento al diligenciamiento de consentimiento informado con elaboración en formato anterior evidenciando los siguientes hallazgos en comparación a IV trimestre del 2017- I – II trimestre del 2018:





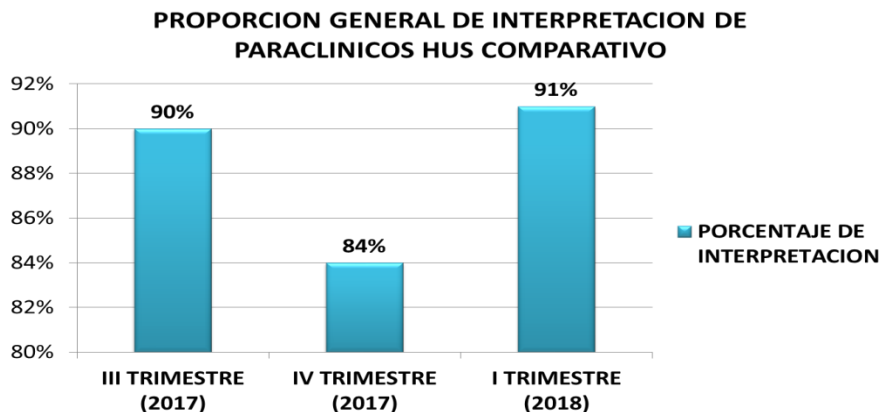
GRAFICAS N°15-16-17. Fuente: Dinámica Gerencia – Auditoria Concurrente Unidad Quirúrgica 2018.

Como se puede observar en el IV trimestre del 2017 en total en dinámica gerencial se evidenciaron realizados 1416 consentimiento informados de los cuales 44 fueron realizados en el formato antiguo que corresponde al 3%, en relación al I trimestre del 2018 en total se evidenciaron 2593 consentimiento informados realizados en DG de los cuales solo 7 fueron diligenciados en el formato anterior corresponden al 0,2% a las especialidades de neurocirugía (2) y cirugía vascular periférica (5) y en el II trimestre se evidenciaron 2562 de los cuales 9 fueron realizados en el formato anterior que corresponde al 0,3% y corresponden a la especialidad de cirugía general (7), neumología (1) y neurocirugía (1), como se puede observar posterior a la retroalimentación del I trimestre la especialidad de vascular periférico se adhirió al formato actual.

OPORTUNIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE PARACLÍNICOS DE LABORATORIO Y APOYO DIAGNOSTICO

PROPORCION INTERPRETACION DE PARACLINICOS

A continuación se muestra la tendencia de proporción de interpretación de paraclínicos durante el III –IV trimestre del 2017 y I trimestre del 2018:



GRAFICA N°18. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II TRIMESTRE 2018.

Para este indicador se considera una meta de cumplimiento igual o mayor al 95% en un rango de seguridad, la medición es realizada de manera retrospectiva a partir del III trimestre del 2017 actualmente la medición corresponde al mes de marzo completando el I trimestre del 2018, en la gráfica anterior se observa una variable significativa entre el III trimestre donde se evidencio una proporción del 90 % en un rango de riesgo y posteriormente en el IV trimestre del 2017 un descenso significativo con un porcentaje de interpretación sobre el 84% evidenciándose rango de problema por lo tanto se consideró prioritario retroalimentar a los líderes del proceso de hospitalización y urgencias sobre estos hallazgos, adicionalmente se socializo al área de sistemas, laboratorio clínico e imagenología las múltiples fallas sobre el proceso de migración de paraclínicos que son un factor de riesgo para que los servicios no realicen la interpretación efectiva y oportuna de paraclínicos solicitados y validados, por lo tanto se realizaron mesas de trabajo durante el mes de abril, mayo y junio directamente con los proveedores de las interfaces labcore- carestream con el objetivo de articular las actividades de mejora.

Los avances alcanzados en el II trimestre del año en curso por la auditoría realizada y la respectiva retroalimentación a las áreas involucradas se evidencia:

1. Ajustes en la historia clínica de DGH donde los registros de horas de todos los formatos de historia clínica fueron validados en hora militar por lo tanto la hora fue estandarizada. (a partir del mes de abril)
2. Ajustes entra las interfaces de DGH y labcore para la respectiva migración de reportes, la validación de códigos con mercadeo y en la última actualización de Labcore cada reporte queda con numero de folio de solicitud (a partir del mes de mayo).
3. Realizaron por parte de los ingenieros del HUS, CARESTREAM y PACRIPS el respectivo diagnóstico de las posibles causas por las cuales no había migración efectiva de las lecturas de las imágenes diagnosticas a DGH, lo cual es un factor atribuible a la no interpretación, actualmente en proceso de ajustes de las interfaces para garantizar dicha migración.

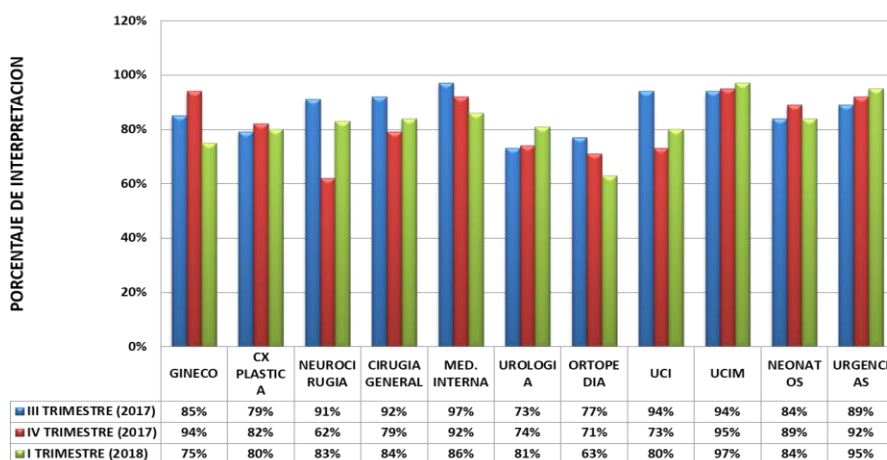
Aún existen limitantes para la respectiva medición e interpretación de los paraclínicos como lo son:

1. En la medición del indicador no existe clasificación de la solicitud como prioritaria o de rutina, por lo cual todos los paraclínicos medidos han sido auditados como de rutina.
2. Se evidencia una falla relevante entre la interfase de DGH y CARESTREAM, ya que la fecha de realización y reporte del examen no corresponde a la identificada en Dinámica Gerencia (resultados de procedimientos), de igual forma se evidencian imágenes diagnosticas que en el momento del egreso aún no se evidencia lectura oficial lo cual contribuye ocasionalmente a que el mismo no quede interpretado.
3. Cuando la lectura es subida de manera manual al PACRIPS dentro del proceso de validación, la misma no migra a DGH.

Se considera continuar reportando los hallazgos evidenciadas para terminar de ajustar lo faltante y finalmente solicitar a COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS el aval para la obligatoriedad de la interpretación tanto de ayudas diagnosticas de laboratorio clínico como de imagenología.

PROPORCION DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DISCRIMINADO POR SERVICIOS:

A continuación se discrimina el indicador de proporción de interpretación de paraclínicos de los diferentes servicios de atención en el Hospital Universitario de la Samaritana:



GRAFICA 19. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II trimestre.

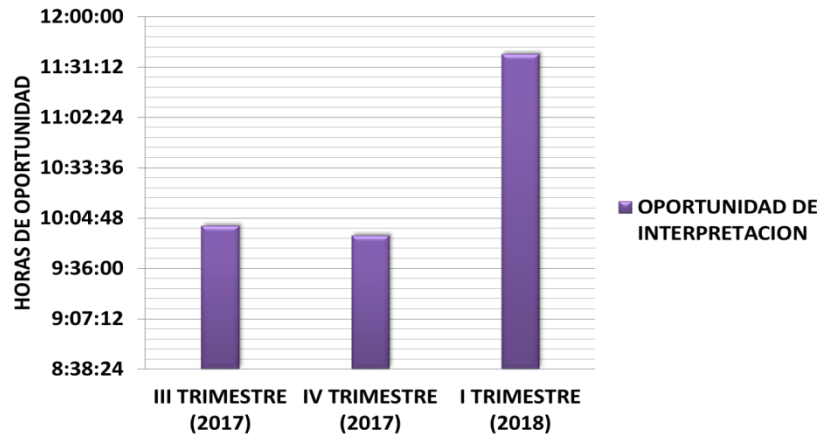
El anterior grafico muestra la proporción de interpretación de paraclínicos (laboratorios e imágenes diagnosticas) de los diferentes servicios, comparativamente entre el III- IV trimestre del 2017 y I trimestre del 2018 donde se puede evidenciar que el único servicio que se encontró en rango de seguridad (> 95%) en el I trimestre del 2018 fue urgencias, el resto de especialidades se encuentran en rango de riesgo (95-90%) y en rango de peligro (> 90%), en general el porcentaje de interpretación ha sido muy variable sin embargo se evidencian especialidades que en todos los trimestres han estado en rango de peligro como lo son CIRUGIA PLASTICA, UROLOGIA, ORTOPE DIA, NEONATOS por lo tanto se deben priorizar los mismos para mejorar el indicador en el HUS.

En general en el III TRIMESTRE 5 especialidades- se encontraron en rango de seguridad y 6 especialidades en rango de peligro y de las mismas el servicio de ortopedia, cirugía plástica y urología presentaron un porcentaje de interpretación menor al 84%. En el II trimestre 4 especialidades se encontraron en rango de seguridad y se evidencia que los servicios de Cirugía plástica, urología, ortopedia persistieron en rango de peligro y se evidencia un descenso significativo de la proporción de interpretación del servicio de cirugía general. En general en promedio de este trimestre la proporción de interpretación estuvo en un 84% lo cual es un rango claramente de peligro por ser un factor de riesgo para objeciones por parte de las EPS, sin embargo se evidencio un factor atribuible las diferentes fallas del sistema de migración de lecturas de ayudas diagnosticas para la no interpretación oportuna y efectiva dentro de la historia clínica.

En el I trimestre del 2018 en la medición se evidencia 2 especialidades en rango de seguridad sin embargo solo 2 especialidades presentaron interpretación inferior al 80% lo cual mejoro en indicador en promedio del trimestre. Se ha identificado en el caso de los servicios de neurocirugía, ortopedia y urología en la medición del indicador que algunos de los paraclínicos ordenados y tomados en urgencias antes de generar la interconsulta posteriormente no son interpretados por la especialidades, por lo tanto es importante definir con el servicio de urgencias el obligatoriedad de interpretación de paraclínicos por los médicos generales quienes ordenan los mismos.

OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DE LABORATORIO EN EL HUS COMPARATIVO III- IV TRIMESTRE 2017 Y I TRIMESTRE 2018.

A continuación se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos de laboratorio en general del Hospital Universitario de la Samaritana durante III- IV TRIMESTRE 2017 y I TRIMESTRE 2018



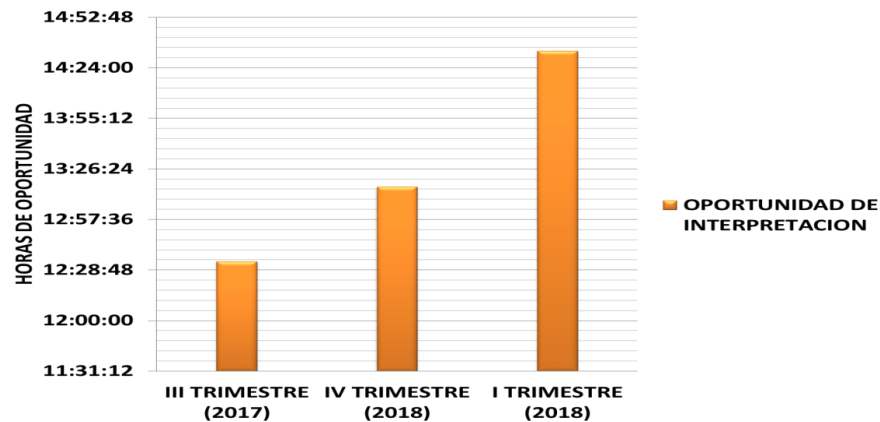
GRAFICA 20. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II trimestre 2018- Área Auditoria Concurrente

En el grafico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos en general para el HUS, donde se evidencia que cumplió con la meta establecida (menor o igual a 24 horas) sin embargo en el I trimestre del 2018 se evidencia un ascenso significativo de la oportunidad de interpretación la cual se toma desde el momento de validación del resultados hasta la interpretación del especialista en la historia clínica de DGH, existen limitantes como la imposibilidad para sin discriminar paraclínicos solicitados como urgentes que se deberían encontrar en un tiempo establecido de interpretación menor a 6 horas, una limitante que se identifica es que no se diligencia en la solicitud del paraclínico si su requerimiento es urgente o de rutina, todos los paraclínicos evaluados fueron tomados como de rutina.

Dentro de los hallazgos evidenciados durante la auditoria se describe la no migración de resultados a DGH lo cual limitaría la obligatoriedad de los paraclínicos, sin embargo ya se retroalimentó a las áreas involucradas y desde el mes de mayo se implementaron los mismos, actualmente continuamos en proceso de monitorización y reporte de cualquier inconsistencia que se evidencie.

OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN EL HUS:

A continuación se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnosticas en general del Hospital Universitario de la Samaritana durante III- IV TRIMESTRE 2017 y I TRIMESTRE 2018:



GRAFICA 21. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II trimestre - Área Auditoria Concurrente.

En el grafico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnosticas en general para el HUS, donde se evidencia que en los tres trimestres la oportunidad identificada ha cumplido la meta establecida (menor o igual a 24 horas) si embargo la oportunidad ha ido de manera decreciente con diferencia no significativa, en la medición no se discriminan paraclínicos solicitados como urgentes que se deberían encontrar en un tiempo establecido de interpretación menor a 6 horas.

Una limitante que se identifica es que no se diligencia en la solicitud del paraclínico si su requerimiento es urgente o de rutina, todos los paraclínicos evaluados fueron tomados como de rutina, adicionalmente existen paraclínicos como electrocardiogramas, monitoria fetales que se excluyeron de la medición ya que el tiempo de validación generalmente no se evidencia en la historia clínica por lo tanto no se podría medir el tiempo entre la validación (realización del examen) y el tiempo de interpretación por el servicio solicitante.

PORCENTAJE DE CONDUCTAS MÉDICAS DEFINIDAS FRENTE A LOS ESTUDIOS CRITICOS DE LABORATORIO ENTREGADOS A LAS DIFERENTES AREAS

En consideración a cumplimiento de oportunidad de mejora establecida en el PAMEC sobre “Fortalecer las estrategias, actividades, monitoreo y ajuste para mejorar el reporte y alertas sobre resultados críticos de exámenes de imagenología diagnóstica y terapéutica y la comunicación efectiva entre los equipos de salud”, el área de laboratorio clínico cuenta con la implementación de: 1. Metodología para la entrega de resultados críticos a las diferentes áreas, 2. Definición de oportunidad de entrega de reporte de resultados críticos por parte de bacteriología. Por lo tanto se consideró para dicha oportunidad de mejora en el proceso de verificación implementar auditoria de efectividad de los reportes críticos en la definición de conducta, por lo tanto desde el mes de abril se inició con dicha auditoria cuyo alcance se encuentra desde el momento del reporte crítico de laboratorio al área asistencia con el objetivo de definir la oportunidad y determinar el porcentaje de conductas medicas definidas frente a los estudios críticos de laboratorio clínico, con entrega de informe trimestral.

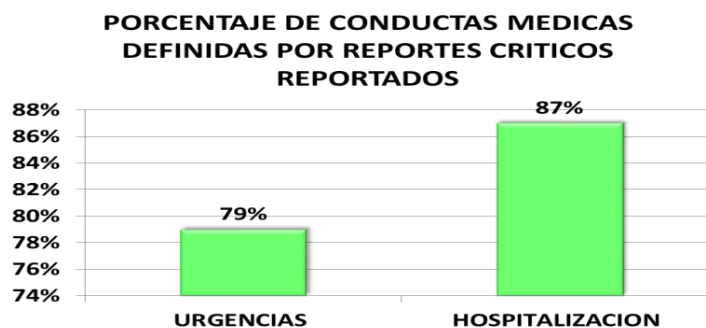
A continuación se presentan los resultados obtenidos frente a dicha auditoria.

Total de reportes críticos reportados por laboratorio clínico	Total de reportes críticos revisados	Total de reportes fin de semana	Total de reportes críticos con intervención por el servicio tratante	Total de paraclínicos revisados pero no interpretados	Oportunidad de interpretación registrada en la historia clínica
466	329	137	276	53	14:00:07

TABLA N°6. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II trimestre - Área Auditoria Concurrente.

Se realizó auditoria de reportes críticos enviados por laboratorio a auditoria concurrente durante los meses de abril, mayo y junio del 2018, se recibieron un total de 466 reportes críticos por laboratorio Clínico de los cuales se realizó auditoria de historia clínica a 329 en general en el HUS correspondientes a días hábiles y 137 no se revisaron por ser laboratorios que correspondían a fines de semana. De los 329 reportes críticos auditados se identificaron 276 con intervención efectiva por el servicio tratante (interpretación y definición de conducta dentro de la historia clínica) lo cual en respuesta al indicado planteado el **84 % de paraclínicos reportados y revisados fueron interpretados para definición efectiva de conducta médica**. Se identificó una OPORTUNIDAD GENERAL de 14:00:07 HORAS sin definición de meta de para el mismo hasta no tener una trazabilidad.

Se realiza discriminación de **PORCENTAJE DE CONDUCTAS MÉDICAS DEFINIDAS FRENTE A LOS ESTUDIOS CRITICOS DE LABORATORIO ENTREGADOS** tanto del proceso de hospitalización como de urgencias, el cual se define en la siguiente gráfica:



GRAFICA 22. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II trimestre - Área Auditoria Concurrente

En hospitalización se reportaron 281 paraclínicos de los cuales 79 no se revisan por ser fin de semana, 202 se consideran para su revisión por ser días hábiles de estos 176 fueron INTERPRETADOS en la historia clínica con definición de conducta que corresponde al 87 %, evidenciando una OPORTUNIDAD DE CONDUCTA EN HOSPITALIZACION de 22:13:09 horas. Se identificó que a 26 de los laboratorios correspondientes a HOSPITALIZACION no se les pudo determinar la oportunidad de definición de conducta debido a causas como: documento mal diligenciado por laboratorio, el laboratorio en abril no reporto en el cuadro enviado el dato del reporte critico por tanto fue dispendioso corroborarlo en historia clínica, el dato del reporte critico no coincidía con el reporte de labcore y los registros médicos, el cambio de documento de nacido vivo a registro civil hacia que la búsqueda posterior no se pudiera realizar, paciente fueron remitidos y fallecidos antes del reporte critico por laboratorio, laboratorio reporta una fecha diferente a la fecha del laboratorio en labcore, reporte de laboratorios realizados en fines de semana.

De los 466 laboratorios críticos reportados a auditoría médica 185 correspondían a URGENCIAS de los cuales 58 no se revisan ya pertenecen a fin de semana, 127 se considera por ser días hábiles de los cuales se determina que 100 laboratorios críticos fueron INTERPRETADOS en la historia clínica con definición de conducta por el servicio tratante que corresponde al 79% del total de paraclínicos auditados en URGENCIAS en el HUS, con una OPORTUNIDAD DE CONDUCTA de 5:47:05 horas. Se identificó que a 27 de los laboratorios revisados correspondientes a URGENCIAS no se les pudo determinar la interpretación de oportunidad debido a causas como: documento mal diligenciado por laboratorio, el laboratorio en abril no reporto en el cuadro enviado el dato del reporte crítico por tanto fue dispendioso corroborarlo en historia clínica, el dato del reporte crítico no coincidía con el reporte de labcore y los registros médicos, paciente fueron remitidos y fallecidos antes del reporte crítico por laboratorio, laboratorio reporta una fecha diferente a la fecha del laboratorio en labcore.

Conclusiones y recomendaciones de la medición de Reportes Críticos:

- Se logra a través de la revisión sistemática y continua de la historia clínica la verificación de efectividad del reporte de laboratorios críticos a las diferentes especialidades a través de la determinación del porcentaje de conductas médicas definidas frente a los estudios críticos reportados a las diferentes áreas y la definición de la oportunidad en horas de interpretación en la historia clínica con definición de conducta médica con el fin de garantizar una adecuada atención en salud en cumplimiento de los atributos de calidad en oportunidad, continuidad, seguridad.
- Le META del indicador de porcentaje de conductas médicas definidas frente a los estudios críticos reportados a las diferentes áreas tanto en GENERAL con discriminación de URGENCIAS y HOSPITALIZACIÓN está por definir según trazabilidad de la medición así mismo como la OPORTUNIDAD DE LA DEFICIÓN DE CONDUCTA una vez es reportado al médico tratante.

GESTION DE RIESGO

Con respecto al control de riesgo se realizaron acciones oportunamente frente a cada una de las novedades presentadas tanto en el área asistencial como administrativa con el objetivo de mitigar cualquier tipo de demora intrainstitucional que afectara en la prolongación de la estancia, sin embargo se considera priorizar a nivel institucional la implementación del procedimiento de asignación de cama en hospitalización para disminuir los días de inoportunidad intra-institucional de urgencias atribuible a las demoras de asignación de cama, potencializar el uso de sala de egreso para mejorar los tiempos del proceso administrativo de la nueva asignación de la cama.

Adicionalmente priorizar en el III trimestre del año en curso retroalimentación de hallazgos a las siguientes áreas donde se evidencia mayores días de inoportunidad que afectan la estancia hospitalaria ya que de los mismos dependen ocasionalmente la definición de conducta como lo son: **IMÁGENES DIAGNOSTICAS, OPORTUNIDAD EN REPORTES DE PATOLOGIA, AYUDAS DIAGNOSTICA DE CARDIOLOGIA, RESPUESTA DE INTERCONSULTA, INOPORTUNIDAD EN TOMA DE BIOPSIA DE MEDULA OSEA y AYUDAS DIAGNOSTICAS DEL SERVICIO DE VASCULAR PERIFERICO.**



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



CAPÍTULO II

DIRECCION DE ATENCIÓN AL USUARIO



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



2.1 ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS

GESTIÓN DEL PROCESO INFORME MENSUAL II TRIMESTRE 2018

MENSUAL COMPARATIVO	ABRIL				MAYO				JUNIO			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 1 EMERGENCIA	30	21	8	15	54	32	10	16	48	30	6	13
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 2 URGENCIAS VITAL	1102	1200	23	51	1128	1255	35	56	1039	1166	22	50
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 3 - URGENCIAS	121	113	1072	1261	129	108	1136	1444	103	95	1144	1267
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 4 PRIORITARIO	158	163	211	255	134	160	233	305	182	156	182	258
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 5 NO URGENCIA	40	59	152	156	20	46	170	175	25	67	168	199
TOTAL PTES CON TRIAGES	1451	1556	1466	1738	1465	1601	1584	1996	1397	1514	1522	1787
TOTAL CONSULTAS	1455	1473	1441	1432	1539	1533	1430	1568	1403	1436	1390	1345
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	50	54	0	0	61	61	0	0	57	49	26	0
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	1278	1308	1213	1182	1350	1364	1162	1378	1238	1283	1122	1133
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	177	165	228	250	189	169	268	190	165	153	268	212
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	69	60	57,44	49,58	70	65,28	58,5	53,09	71	60,7	49,3	50,51
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	48	38	39,39	34,55	48	40,25	40,11	31,11	50	41,51	30,2	36,21
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	48	38	18,58	29,37	48	40,25	22,48	26,08	50	41,51	30,4	28,35
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	13	9	9	13	3	8	19	12	13	16	7	19
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	1	1	1	0	0	1	2	0	0	2	1	0
TOTAL PTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	1039	927	657	902	1097	940	672	988	935	906	801	994

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"



GESTIÓN DEL PROCESO COMPARATIVO 2015- 2018

SEGUNDO TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	132	83	24	44
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	3269	3621	80	157
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	353	316	3352	3972
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	474	479	626	818
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	85	172	490	530
TOTAL PTES CON TRIAGES	4313	4671	4572	5521
TOTAL CONSULTAS	4397	4442	4261	4345
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	168	164	26	0
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	3866	3955	3497	3693
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	531	487	764	652
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	70	61,99	55,08	51,06
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	49,00	39,92	36,57	33,96
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	49,00	39,92	23,82	27,93
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	39	43	35	44
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	1	4	4	0
TOTAL PTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	3071	2773	2130	2884

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

GESTIÓN DEL PROCESO COMPARATIVO SEMESTRE 2015- 2018

PRIMER SEMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	191	165	63	60



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



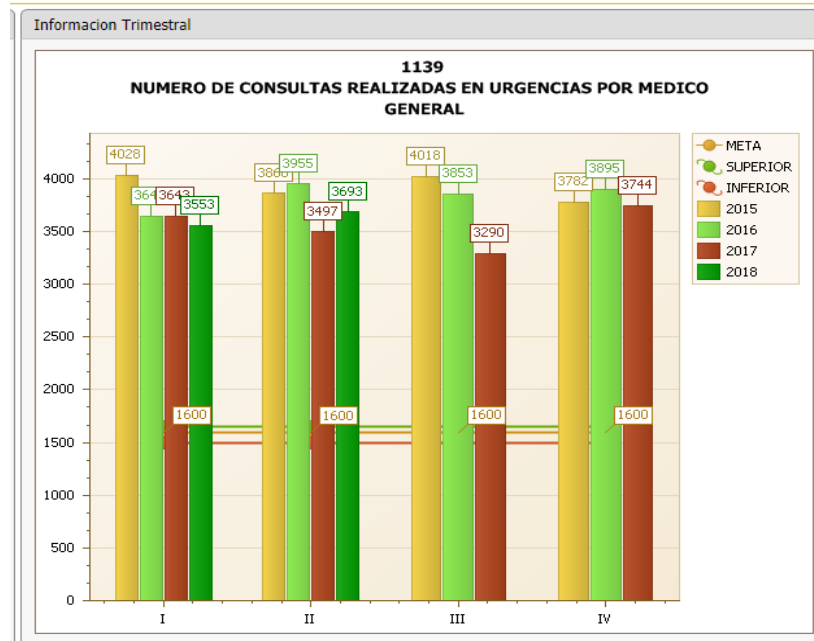
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	6666	6817	182	255
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	787	715	6609	7402
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	765	1052	814	1568
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	132	256	1554	1180
TOTAL PTES CON TRIAGES	8541	9005	9222	10465
TOTAL CONSULTAS	9002	8610	8406	8587
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	198	489	51	73
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	7894	7603	7140	7246
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	1108	1007	1266	1341
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	75	58,50	55,34	50,95
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	52,00	38,49	35,07	33,65
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	52,00	38,49	21,49	25,82
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	80	85	69	91
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	13	5	11	0
TOTAL PTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	6913	5448	4324	5468

ANALISIS SEMESTRAL DE LOS INDICADOR

A continuación se realizará el análisis comparativo del I Semestre 2018 con los semestres de las vigencias anteriores, teniendo en cuenta que en el TUCI se reporta y analiza trimestralmente los Indicadores.

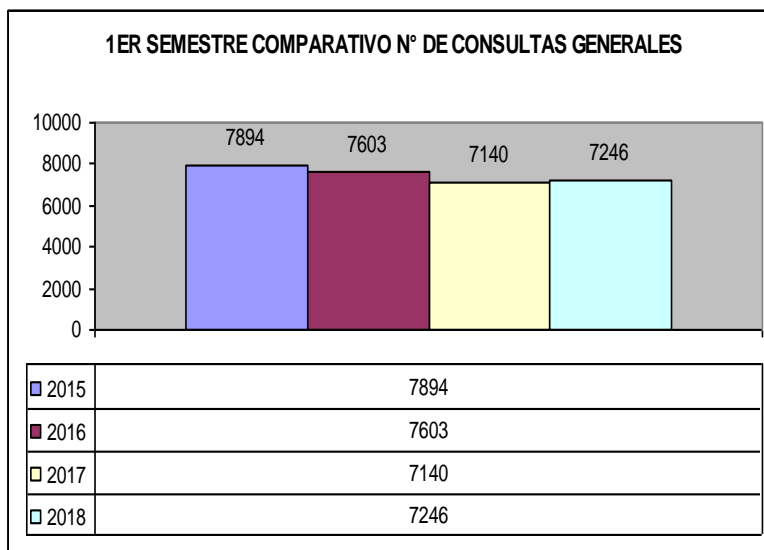
CONSULTA MEDICINA GENERAL

II TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	3866	3955	3497	3693



Base de datos Mensual y Trimestral - TUCI

I SEMESTRE	2015	2016	2017	2018
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	7894	7603	7140	7246



Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

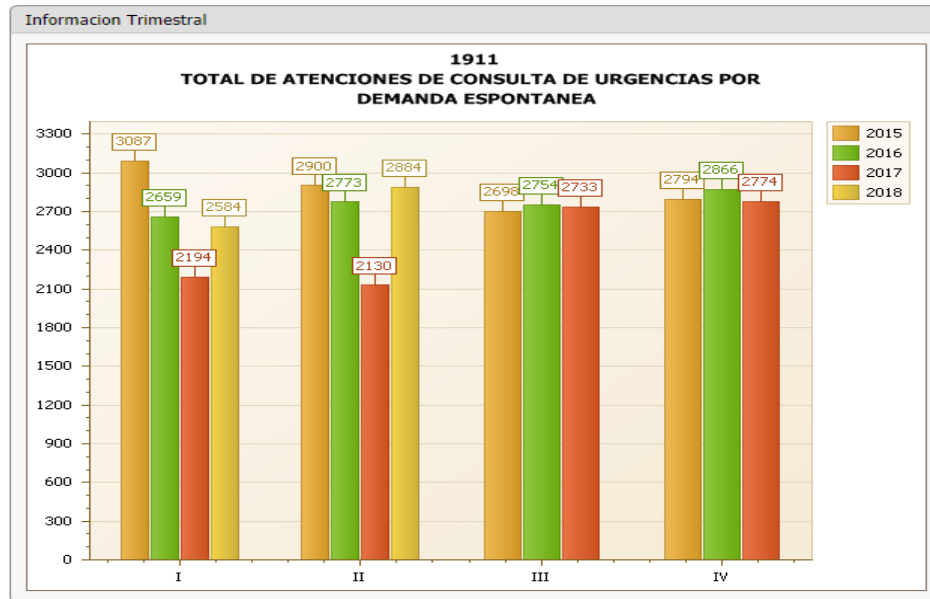
ANALISIS SEMESTRAL CONSULTAS MEDICINA GENERAL: El Servicio de Urgencias en el I Sem de 2018 atendió un total de 8587 consultas, un 2% más que el I semestre 2017, este incremento se produjo tanto para la consulta realizada por Medico general como por el especialista de G/O (Ver tabla de datos). por una mayor sobreocupación del servicio del 150% en Enero/2018 a 197% en el mes de Junio/18, y con un promedio día de 74 pacientes acostados en Urgencias contra los 60 pacientes al principio del año/2018, lo cual se debe entre otros Red insuficiente de las EPS, a la falta de Resolutividad en los hospitales de I y II Nivel por no contar con especialistas y limitación tecnicocientíficos.

Este incremento con lleva un aumento en el número de pacientes que debe atender la Auxiliar de enfermería y la Profesional, lo que a su vez genera prolongación de los tiempos de inicio en la atención a cargo de Enfermería de acuerdo a las ordenes médicas, por tal motivo se hace necesario incrementar la asignación y programación del personal de Enfermería y farmacia para manejo de esta contingencia o durante que permanezca esta sobreocupación al igual se debe hacer con los insumos de médico-quirúrgicos asignados en el stok de la farmacia de Urgencias.

TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA

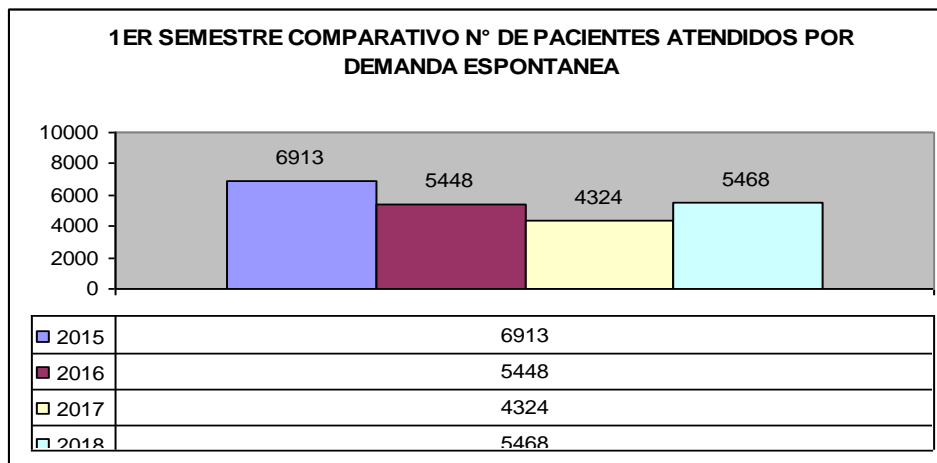
SEGUNDO TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
TOTAL PTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	3071	2773	2130	2884

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de datos Mensual y Trimestral - TUCI

COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017	2018
N° PACIENTES ATENDIDOS DEMANDA ESPONRANEA	6913	5448	4324	5468



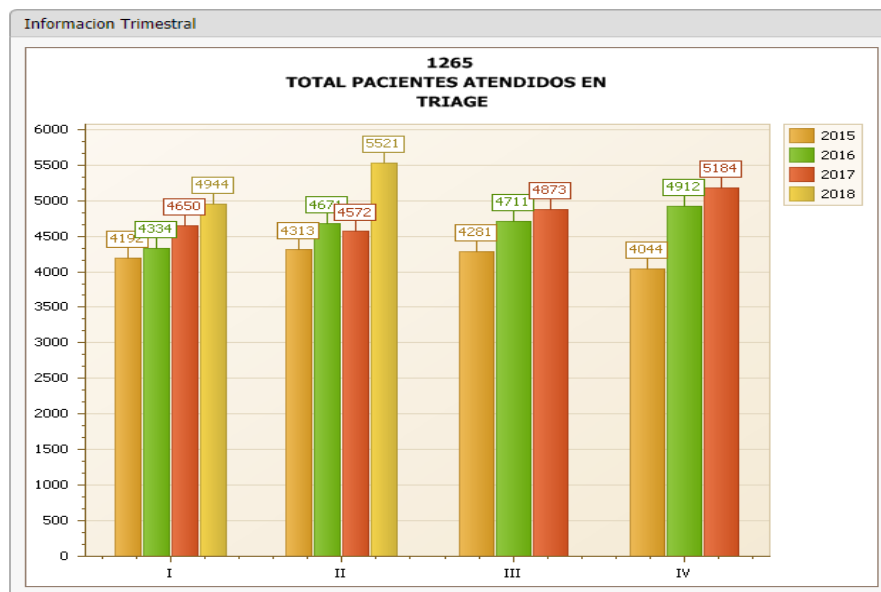
ANALISIS SEMESTRAL: La demanda espontanea se incrementa en un 20% en comparación al I semestre del año 2017, a expensas del II trimestre/18 esto produjo de una disminución de los pacientes aceptados por el HUS en proceso de remisión y una permanente sobreocupación en el servicio, incrementando los riesgos de acciones inseguras en la calidad de atención que pueden conllevar a inconformidades de los pacientes y/o de sus familiares.

De los pacientes atendidos; el 56% pertenecen a Cundinamarca, el 34% a pacientes procedentes de Bogotá y un 10% otros Departamentos. Del total de todos los pacientes atendidos durante el I semestre 2018, el 51% corresponde a mayores de 60 años y de estos el 30% es mayor de 80 años, este dato es importante tenerlo en cuenta para establecer políticas gerenciales que contribuyan a minimizar el impacto que sobre la población Master (mayor de 80 años) causa la estancia en Urgencias, que como lo estableció la investigación realizada en el Servicio de Urgencias del HUS en el 2017 la ocurrencia de Delirium en estos pacientes es mucho mayor y más frecuente (en esta investigación participaron tanto el Médico Internista como el Médico, de Urgencias).

En virtud de lo anterior el Servicio de Urgencias ha solicitado dispensadores de agua, música ambiental y control de la luz, ya que se comprobó que tanto la deshidratación, el ruido y el no cambio visual de día/noche son factores contribuyentes a la aparición del Delirium, estando pendiente a la fecha la consecución y entrega de dispensadores e instalación de los moduladores de luz al igual que la música ambiental. En virtud de lo anterior el Servicio de Urgencias ha solicitado dispensadores de agua, música ambiental y control de la luz, ya que se comprobó que tanto la deshidratación, el ruido y el no cambio visual de día/noche son factores contribuyentes a la aparición del Delirium, estando pendiente a la fecha la consecución y entrega de dispensadores e instalación de los moduladores de luz al igual que la música ambiental.

NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE:

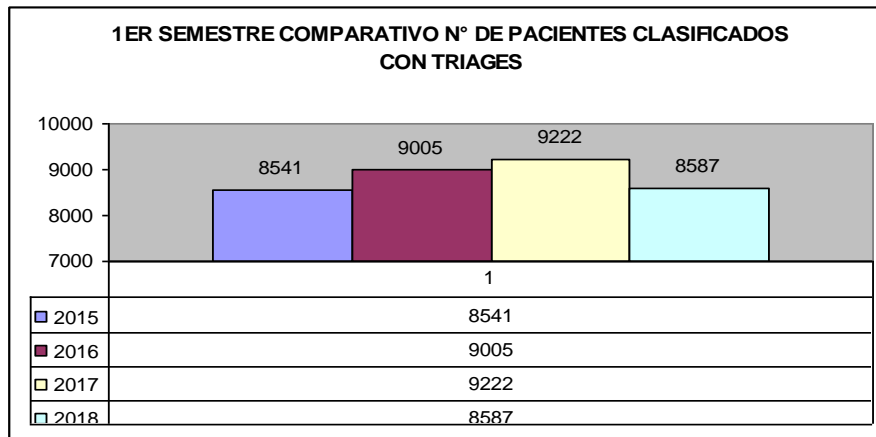
SEGUNDO TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
TOTAL PTES CON TRIAGES	4313	4671	4572	5521



Base de datos Mensual y Trimestral - TUCI

COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	191	165	63	60
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	6666	6817	182	255
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	787	715	6609	7402
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	765	1052	814	1568
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	132	256	1554	1180
TOTAL PTES CON TRIAGES	8541	9005	9222	10465

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

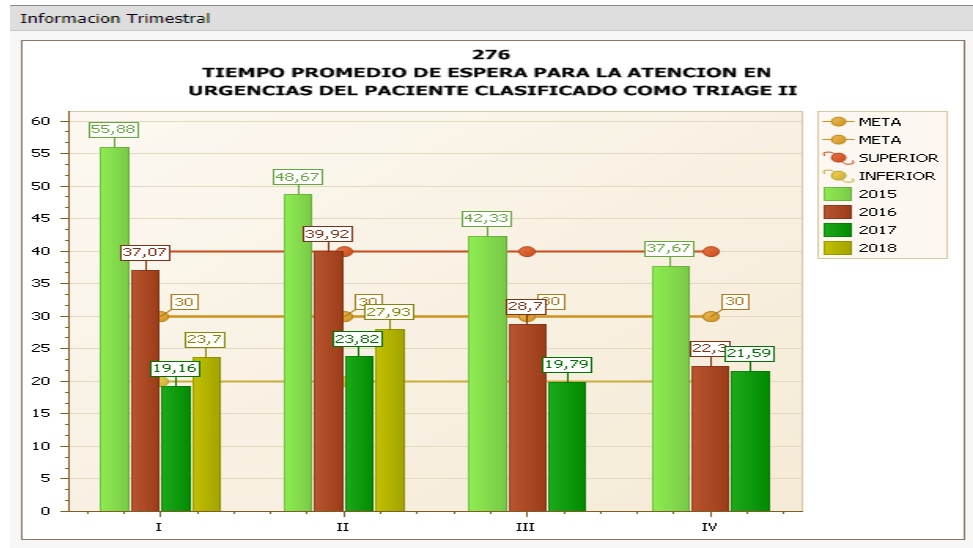


Base de datos - TUCI

ANALISIS SEMESTRAL: Se observa un incremento en el total de triages comparativamente con el año 2017 en un 6% a expensas de los triages IV y V, que como ha registrado en anteriores informes, estas consultas se deberían manejar como prioritarias en la Red de atención de su EPS. Por otra parte el Hospital desde el 15 de Enero 2018 no cuenta con Medico SSO que realice estas consultas prioritarias como se venía haciendo en años anteriores, en razón a que la plaza de MD S.S.O que se venía asignando al HUS desde la Secretaría de Salud de Cundinamarca fue asignada a la Secretaría de Salud Distrital, es decir Urgencias ya no cuenta con ese Médico Rural.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE II

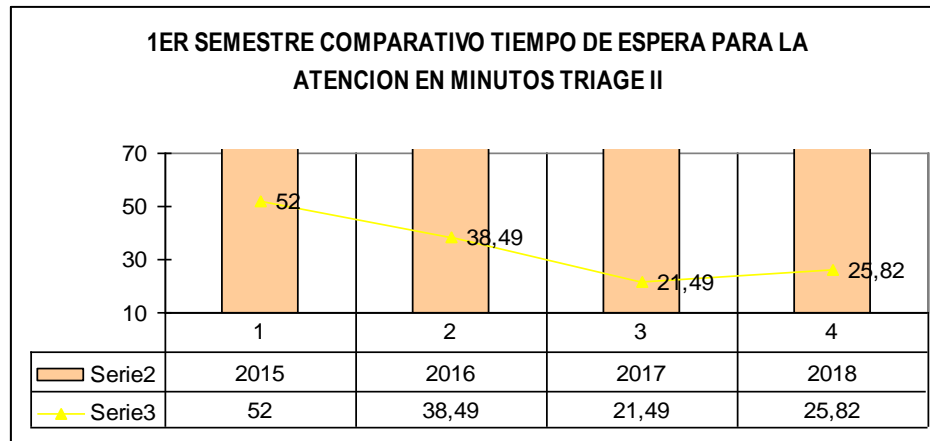
SEGUNDO TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	49	39,92	23,82	27,93



Base de datos Mensual y Trimestral - TUCI

COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017	2018
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	52,00	38,49	21,49	25,71

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

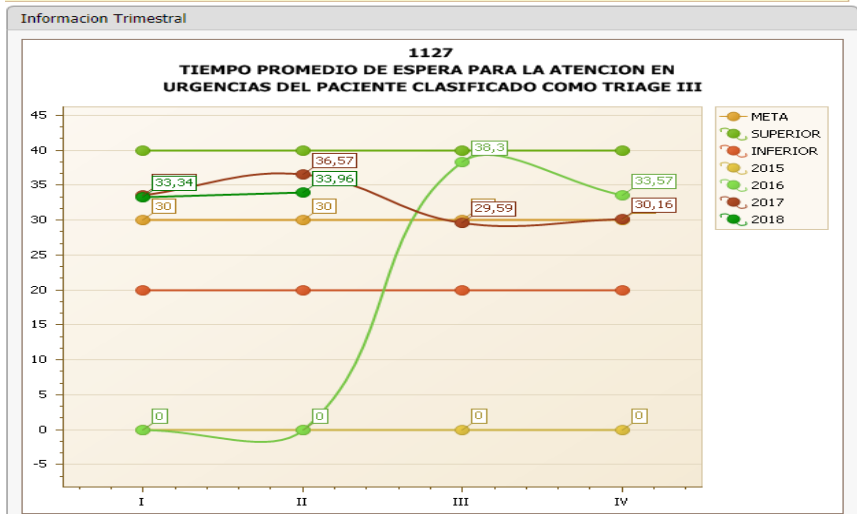


ANALISIS SEMESTRAL: Continua los tiempos de oportunidad dentro de lo establecido por la norma (30 minutos), gracias a las intervenciones realizadas desde el 2016 descritas en los análisis anteriores del indicador (TUCI) y se continua con el monitoreo semanal, y en las reuniones del grupo primario del Servicio de Urgencias, se revisan los tiempos se establecen compromisos y se identifica oportunamente los factores que pueden afectar negativamente la atención y generar incumplimiento de la normatividad establecida para este indicador y por ende inconformidad del

usuario en la atención..

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE TRIAGE III

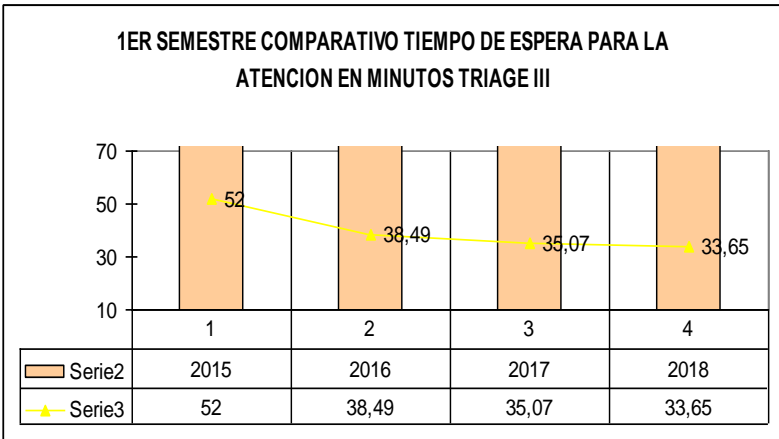
SEGUNDO TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	49	39,92	36,57	33,96



Base de datos Mensual y Trimestral - TUCI

COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017	2018
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	52,00	38,49	35,07	33,65

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

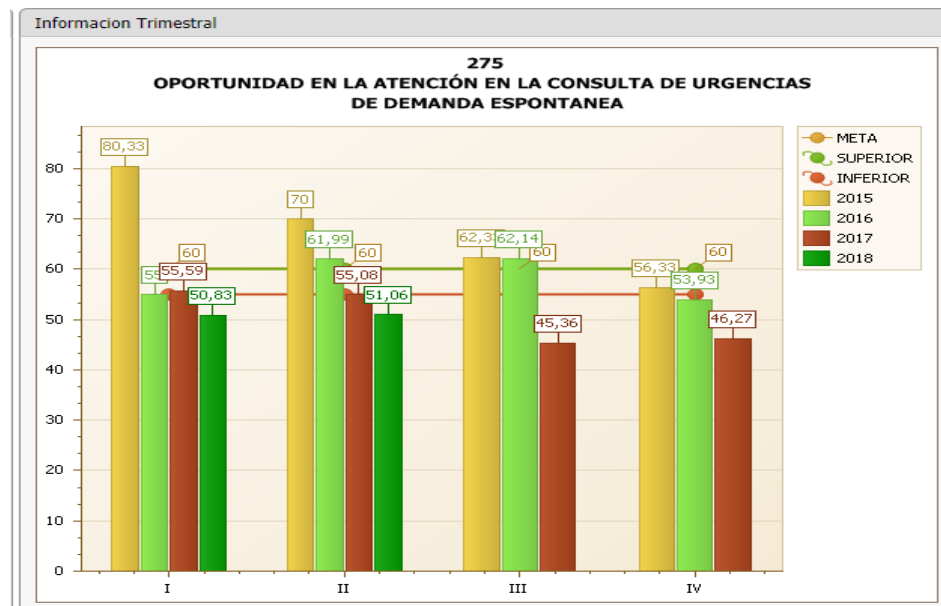


ANALISIS SEMESTRAL: Tiempo de oportunidad para triage III, no se encuentra normado, sin embargo el Servicio de Urgencias continua el seguimiento para la mejora de la oportunidad en este indicador, sin embargo ha sido una tarea ardua ya que el incremento en el número de pacientes atendidos y hospitalizados es un factor contribuyente a prolongar los tiempos en la atención, debido a que la consulta la realizan los 2 médicos de Urgencias por turno, pero comparando con las vigencias se observa que paulatinamente año tras año ha disminuido considerablemente el tiempo de atención de 52 minutos a 33 minutos en el I sem de 2018, lo cual es muy positivo para el HUS.

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA:

SEGUNDO TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	70	61,99	55,08	51,06

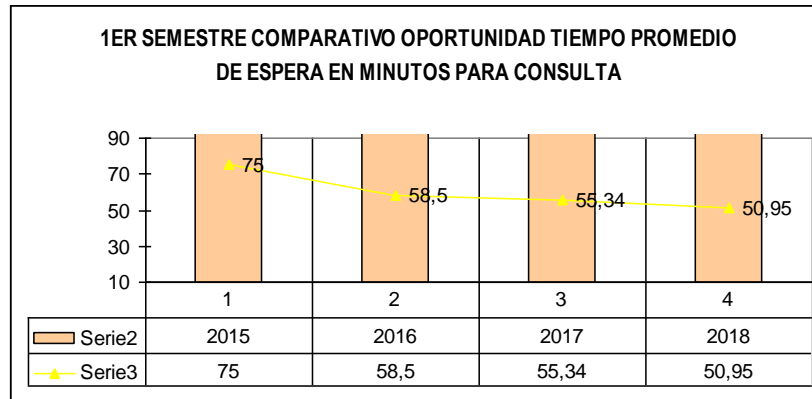
Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de datos Mensual y Trimestral - TUCI

TUCI

COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017	2018
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	75	58,50	55,34	50,95



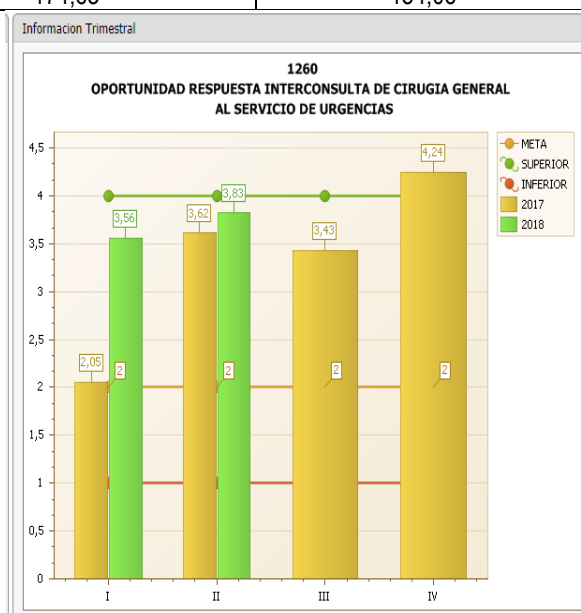
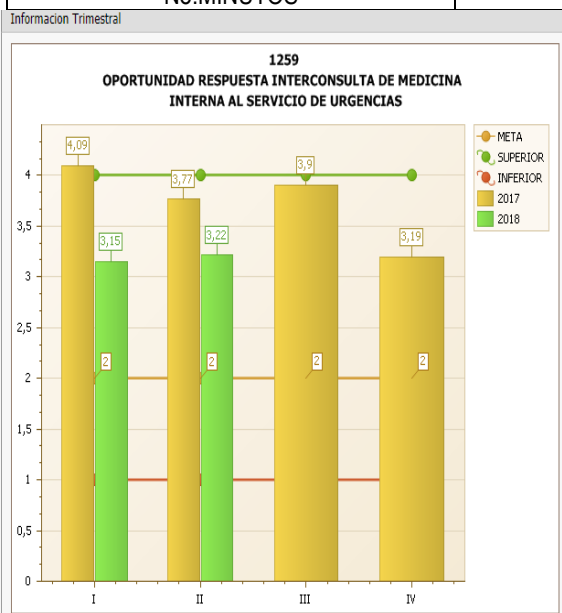
ANALISIS SEMESTRAL: Durante los últimos 3 años ha mejorado, disminuyendo los tiempos de atención en Urgencias y se encuentra dentro de la meta establecida por lo normado desde el Minsalud: 60 minutos.

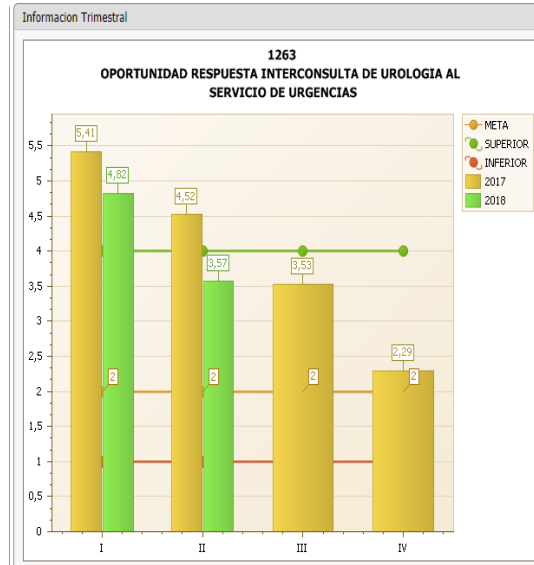
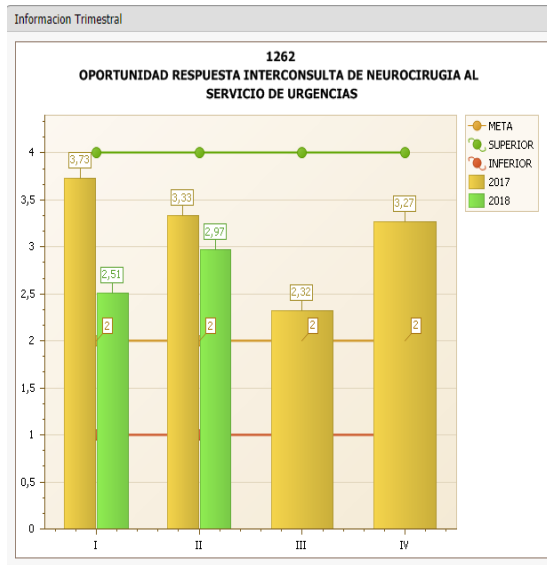
TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS:

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS POR TRIMESTRE	2017		2018	
	1ER TRIMES	2DO TRIMES	1ER TRIMES	2DO TRIMES
CIRUGIA				
TIEMP. MES	2,05	3,62	3,56	3,83
No.PTES	620	567	516	548
No.MINUTOS	415,16	686,17	608,65	698,93
MEDICINA INT.				
TIEMP. MES	4,09	3,77	3,15	3,22
No.PTES	661	683	664	727
No.MINUTOS	904,4	861,9	697,4	781,1
NEUROCIRUGIA				
TIEMP. MES	3,73	3,33	2,5	3
No.PTES	254	224	183	212
No.MINUTOS	313,4	250,39	152,59	209,05
ORTOPEDIA				
TIEMP. MES	2,58	1,72	1,28	1,93
No.PTES	411	432	403	391
No.MINUTOS	357,8	247,3	172	249,9
UROLOGIA				
TIEMP. MES	5,41	4,52	4,82	3,57
No.PTES	110	94	99	115
No.MINUTOS	205,83	143,42	168,7	139,41

TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS POR SEMESTRE	2017	2018
	1ER SEMEST	1ER SEMEST
CIRUGIA		
TIEMP. MES	2,84	3,70
No.PTES	1187	532,00
No.MINUTOS	550,66	653,79
MEDICINA INT.		
TIEMP. MES	3,93	3,19
No.PTES	1344	695,50
No.MINUTOS	883,17	739,24
NEUROCIRUGIA		
TIEMP. MES	3,53	2,74
No.PTES	478	197,50
No.MINUTOS	281,89	180,82
ORTOPEDIA		
TIEMP. MES	2,15	1,61
No.PTES	843	397,00
No.MINUTOS	302,55	210,91
UROLOGIA		
TIEMP. MES	4,97	4,19
No.PTES	204	107,00
No.MINUTOS	174,63	154,06





Base de datos Mensual y Trimestral - TUCI

ANÁLISIS SEMESTRAL: Los tiempos en horas registrados en la gráfica corresponden a la respuesta de las Interconsultas por Especialidades durante el 1er semestre 2018 (Medicina Interna, Cirugía General, Urología y Ortopedia), observándose una mejora en la oportunidad de respuesta, esto debido a la concertación ya realizada en el 2017 con los Subdirectores de las Especialidades auditadas y su compromiso Institucional.

Analizados los históricos se observa que la línea base son 4 horas, tiempo en los que no se compromete la estabilidad de los pacientes, y ni se altera su manejo integral,

PQRS

ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	ENER	FEBR	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNI	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%
PETICIONES	2	1	0	1	0	0	4	3	4%	1	2%
RECLAMO	3	3	2	2	4	5	19	8	19%	11	18%
FELICITACIONES	4	8	5	17	10	10	54	17	53%	37	61%
SUGERENCIAS	0	1	0	1	0	1	3	1	3%	2	3%
SOL. INFORMAC	0	1	1	0	1	0	3	2	3%	1	2%
QUEJA	3	4	2	2	3	4	17	9	18%	8	15%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%
TOTAL	12	18	10	23	18	20	101	40	100%	61	100%

ANALISIS SEMESTREL PQRS D DE URGENCIAS : Durante el I semestre de 2018 se presentaron un total de 36 manifestaciones de inconformidad por parte de los usuarios del servicio de Urgencias, de las cuales las primeras 3 causas son:

- 9 fueron por falta de calidez y trato amable (involucrada un Md de Urgencias quien asistió al taller de Pacto por el trato amable realizado por la Dirección de Atención al Usuario, la Jefe del triage, entre otras)
- 6 por presunta demora o fallas en el proceso de atención en el servicio, algunas son por demora en la facturación, problema que durante el II trimestre se observó un incremento de los tiempos de facturación/paciente debido a la directriz de la Oficina de Control Interno acerca de firma en la factura por parte del paciente, que conlleva a una demora en la generación de la misma por parte de facturación en el momento del egreso, motivo por el cual se está realizando seguimiento en conjunto con la Líder de facturación sin que a la fecha se haya encontrado una solución, frente a la oportunidad de procedimientos por parte de las Especialidades Médicas, la Subdirección de Urgencias ha solicitado intervención a las especialidad tratante.
- 6 por demora en el llamado de Enfermería

2.2 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

GESTIÓN DEL PROCESO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2016	2017	2018
No. De Remisiones solicitadas por IPS	3646	3942	3013
1. Soacha	151	152	136
2 Zipaquirá	275	379	367
3 Fusagasugá	237	218	188
4 Ubaté	167	227	178
5 Pacho	144	145	111
6 La Mesa	79	113	77
7 Caqueza	109	132	129

8 Choconta	91	199	126
9 Facatativá	75	85	57
10 Fomeque	40	69	66
11 Chía	12	15	28
12 Villeta	72	33	65
** Girardot	60	37	23
OTROS	2134	2138	1462

El número de remisiones solicitadas al HUS disminuye drásticamente con respecto a los años anteriores, debido a que ya las IPS no comentan directamente los pacientes sino lo hacen a través de las entidades responsables de pago, y estas los derivan a otras instituciones de su red, la información de sobreocupación en el servicio de urgencias, también es informada a las diferentes IPS del departamento y ya conociendo esta información no comentan los pacientes.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	2016	2017	2018
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	3646	3942	3013
Vinculados	172	127	155
Régimen subsidiado	2974	3281	2513
Régimen contributivo	158	120	72
Soat	289	316	206
Particular	6	9	5
FFD	7	4	4
Fisalud	33	82	44
ARL	5	3	0
ADRES			14

La disminución de remisiones es muy drástica por los tipos de asegurador, aumentan el número de solicitudes en cuanto a vinculados ya que aumentan el número de pacientes con nacionalidad venezolana que los asume el ente territorial Secretaria de Salud de Cundinamarca. El Régimen subsidiado disminuye durante el primer semestre del año 2018 ya que la EPS Convida es la que cuenta con más afiliados en el Departamento de Cundinamarca comenta los pacientes en otras instituciones como el hospital San Ignacio, Medical Proinfo, Procardio, aduciendo que siempre el HUS se encuentra en sobreocupación.

Por otro lado los pacientes con tipo de asegurador Soat también disminuyen en una forma notoria ya que los pacientes con esta línea de pago no los comentan en el HUS sino que los comentan a la red privada y clínicas dedicadas a la atención de estos pacientes exclusivamente brindando incentivos económicos a quienes lleven los pacientes, y los que han llegado se han recibido por que nos enteramos por otros medio y los captamos con ayuda del centro regulador de Urgencias de

Cundinamarca.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	2016	2017	2018
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	3646	3942	3008
Cirugía	529	691	465
Cirugía vascular	0	0	43
Cirugía plástica	75	89	62
Gastroenterología	41	37	11
Ginecología	98	122	90
Ginecología y URN	761	533	500
Medicina Interna	693	1042	621
Neurocirugía	284	324	198
Oftalmología	64	63	52
Otorrinolaringología	25	37	22
Ortopedia	456	556	468
UCI adultos	105	98	153
URN	103	56	59
Patología	1	0	0
Psiquiatría	1	0	0
Maxilo	12	19	6
Intermedios	329	183	169
Urología	69	92	89

Las remisiones hacia la Unidad de Cuidados Intensivos aumentan de forma significativa comparadas con semestres de años anteriores debido a la alta complejidad de las patologías de los pacientes de diferentes municipios del departamento.

La especialidad de cirugía vascular aumenta ya que en los años anteriores no se contaba con esta especialidad. El resto de solicitud de remisiones ha disminuido por las causas anteriormente descritas.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	2016	2017	2018
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	56%	49%	50%
Cirugía	65%	44%	55%

Cirugía Vascolar	0%	0%	39%
Cirugía plástica	65%	59%	72%
Gastroenterología	77%	31%	42%
Ginecología	60%	43%	49%
Ginecología y URN	70%	52%	59%
Medicina Interna	23%	23%	37%
Neurocirugía	69%	76%	79%
Oftalmología	86%	76%	87%
Otorrinolaringología	70%	46%	47%
Ortopedia	69%	76%	83%
UCI adultos	24%	12%	10%
URN	34%	58%	57%
Patología	0%	0%	0%
Psiquiatría	0%	0%	0%
Maxilo	57%	73%	67%
Intermedios	43%	29%	28%
Urología	21%	34%	43%

El porcentaje de remisiones en el primer trimestre del 2018 aumenta en comparación del año 2017 de 49% a un 50% en el global, pero disminuye el número de pacientes aceptados en la mayoría de las especialidades excepto en las especialidades de cirugía plástica, ortopedia, cirugía general y cirugía vascular.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	2016	2017	2018
No de remisiones rechazadas por causa	2031	1318	1370
No camas	1010	392	561
Consulta externa	21	26	19
Cancelado	42	28	18
II nivel	380	312	190
Indicación de manejo	52	104	34

No contrato	23	6	3
No cirugía cardiovascular	93	96	73
No UCI	108	139	146
NO URN	83	73	118
No equipo	29	26	32
Oncología	0	0	0
No intermedios	50	35	47
No medicamentos		3	0
Datos incompletos	0	73	13
Otros	140	5	116

El factor más importante que incide en las causas de rechazo es la falta de disponibilidad de camas en el hospital y el sobrecupo en el servicio de urgencias, el otro factor importante son las remisiones que se comentan y son patologías de segundo nivel, la falta de camas en la Unidad de Cuidado Intensivo adultos es la tercera causa de rechazo de acuerdo, la falta de camas en la unidad de recién nacidos también es una causa de rechazo que tuvo un aumento importante.

Aunque se ha disminuido la causa de rechazo en la especialidad de cirugía cardiovascular el número de pacientes es importante y se atribuye a la falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos y en la Unidad de Cuidados Intermedios.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	2016	2017	2018
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	281	351	46
Medicina Interna	120	126	10
Neurocirugía	13	7	1
Ortopedia	24	23	0
Pediatría	0	1	1
Cirugía general	57	77	6
Psiquiatría	4	16	9
cirugía plástica	5	11	1
urología	3	15	2
oncología	0	0	3
Crónicos	0	0	3
Gineco Obstetricia	5	4	0
Intermedios	0	0	5
Otorrinolaringología	1	1	1

Anestesia	0	0	0
Neurología	0	3	0
Urgencias	44	61	1
UCI adultos	2	2	5
Maxilo	1	1	0
Oftalmología	1	0	0

El número de remisiones realizadas desde urgencias a otras IPS disminuye con respecto a años anteriores la causa principal es la no ubicación por partes de la EPS ya que se comentan los pacientes y la respuesta es la misma que se encuentran, en trámite de ubicación en sus red, pasa el tiempo y el paciente mejora o empeora de su patología en algunos casos los pacientes fallecen esperando ser remitidos por parte de su entidad responsable de pago.

Otra de las causas principales fue la de Eps Convida la que tiene mas población afiliada en el Departamento de Cundinamarca que no ubica los pacientes aduciendo que el HUS oferta los servicios y por lo tanto no se ubican.

2.3 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

GESTIÓN DEL PROCESO

A continuación se presenta un informe comparativo de la gestión del servicio de Consulta Externa del I Semestre de 2018 comparado con cada año desde 2015.

CONSULTA ESPECIALIZADA	2015	2016	2017	2018
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
Horas programadas consulta especializada	13.077	11.642	9.595	9.853
Consultas asignadas (programadas)	42.034	34.104	28.464	29.113
Consultas realizadas	36.162	30.089	24.797	25.023
% Inasistencia	13%	11%	12%	13%
% Cancelación Consulta o causa de NO atención	0,8%	0,6%	0,5%	1,1%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizada/oferta)	96%	91%	94%	93%
Rendimiento hora medico consulta	2,8	2,6	2,6	2,5
% Demanda insatisfecha Total en Consulta	4%	3%	1%	5%

*Sistema de información de Consulta Externa

Las **horas programadas** hubo necesidad de ampliar la oferta en un 3% frente al semestre del año anterior, gracias al aumento de la demanda que fue marcado en el II trimestre de 2018, por apertura de nuevos contratos con Mutualse, Medimas, Asmetsalud, Nueva EPS y Pijaos, mientras que comparado con el 2016 se encontró por debajo un 15% y frente al 2015 un 25% menos. Como resultado del aumento de demanda

mejoró tanto la **consulta asignada** como la **realizada** en tan solo 1% comparado con el año 2017, pero frente a los otros años continuó estando por debajo, 16% frente a 2016 y 31% frente a 2015.

La **inasistencia** aumentó 7% frente al I semestre del año anterior y no a expensas de INPEC, quienes mejoraron cumplimiento de citas programadas, sino a expensas de usuarios de Convida a quienes la EPS no actualizó autorizaciones o informó que no había contrato con el HUS, por lo que no se presentaron a las consultas y se perdieron cupos. Por cada colaborador que apoya la consulta, se realizaron llamadas de seguimiento telefónico a la inasistencia a cita programada, logrando llamar a un 42% de los pacientes que no asistieron.

El 33% de las causas de inasistencia según lo informado en llamada, correspondió a causas prevenibles, se resalta la relacionada con la información de la cita, en donde la cita es solicitada por la EPS y no avisa al paciente; y el 67% correspondió a causas no prevenibles, en donde resalta la dificultad del desplazamiento, seguida de la condición del paciente. A continuación, se presenta el motivo de inasistencia y la gestión realizada en los casos prevenibles para mejorar el resultado.

I TRIM	II TRIM	AÑO 2018	Causa de Inasistencia	Motivo y gestión
22%	20%	21%	Prevenible	No se logró establecer comunicación (número errado, no contestan o sin servicio), por lo cual se continúa insistiendo en la actualización de datos de contacto, cada vez que se asigna una cita.
7%	7%	7%		Relacionado con información de cita (no sabía, cita solicitada por EPS y no informó a paciente, olvido o equivocación de cita), para lo cual se tiene implementada la actividad de confirmación de asistencia a citas, que se encuentran a más de 20 días, a po
3%	3%	3%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos)
1,0%	1%	1%		Cita mal asignada (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
0,3%	1%	1%		No se logró comunicar para cancelar
19%	19%	19%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
13%	13%	13%		INPEC, compromiso de avisar oportunamente cancelación, para liberar cupo.
14%	11%	13%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
2%	8%	5%		Otros motivos (hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir, sin permiso de trabajo).
5%	3%	4%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
3%	3%	3%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
6%	7%	7%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente) Convida informa a usuarios no contrato con HUS
4%	3%	4%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas, cuando por algún motivo no puede asistir)
0,3%	1%	1%		Fallecimiento del paciente

*Sistema de información de Consulta Externa

La **cancelación** o causa de **NO atención**, es cuando el paciente está en el HUS y por alguna causa o motivo, no se puede prestar el servicio programado. Las causas pueden ser: institucional, por el paciente o por causa externa y ellas a su vez clasificadas en prevenibles y no prevenibles. La cancelación se mide con la fórmula: No. de consultas Canceladas o no atendidas, estando el paciente en el HUS/No. de consultas realizadas*100.

La cancelación ha venido aumentando a expensas de la mejora en la captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el inconveniente

presentado, para el I semestre de 2018 la cancelación fue de 0.8%. La causa más frecuente de cancelación correspondió a motivos **del paciente** con un 55% dentro del total de la cancelación (del 1.1%), de las cuales 68% son prevenibles para el paciente, pero no de directa intervención por el HUS:

I TRIM	II TRIM	AÑO 2018	Cancelación por paciente	Motivo de la cancelación
3%	8%	6%	Prevenible	Cita mal solicitada, se indaga al solicitante para correcta asignación
7%	8%	7%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
12%	14%	13%		Sin resultados de paraclínicos necesarios en consulta para definir conducta
0%	4%	2%		Sin referencia o justificación de la atención
1%	2%	1%		No responde al llamado para la atención, a pesar de llamado por altoparlante y al número telefónico
11%	7%	9%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
3%	3%	3%		Condición del paciente (enfermo u hospitalizado en el HUS y no cancelaron cita)
1%	1%	1%		Cita extra, no espera atención, a pesar de aceptarla con la condición de disponibilidad de tiempo.
1%	1%	1%		Otros motivos

*Sistema de información de Consulta Externa

La **cancelación institucional** correspondió al 40% dentro del total de la cancelación (del 1.1%). Se gestionaron los motivos prevenibles que correspondieron a un 60%, siendo el más alto falla en asignación de cita, por lo cual se resocializó el procedimiento, este resultado también se vio afectado por la curva de aprendizaje de colaboradores nuevos.

I TRIM	II TRIM	I SEM 2018	Cancelación Institucional	Motivo de la cancelación y gestión realizada
17%	20%	19%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación.
0%	3%	2%		Falla en equipo tecnológico o sin insumos, No hubo disponibilidad de blefaro para consulta de oftalmología retina de plan canguro
2%	13%	8%		Cambio de agenda. Se recuerda a especialistas tiempo de cambio de agenda establecido en el Procedimiento. Consulta Anestesia un paciente sin ubicar, Ortopedia de rodilla y mano realizaron cambio, pero no se realizó en DGH.
0%	1%	1%		Falta oportunidad en la atención, para lo cual se recuerda al especialista brindar la atención en la hora de la cita asignada. En dos especialidades se presentó demora en la atención, los pacientes no esperaron y se reprogramó cita.
18%	8%	13%	No prevenible	Calamidad o enfermedad del especialista. (urología)
0,6%	0%	0,3%		Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita). En El trimestre no se presentó ningún caso
0%	1%	0,5%		Otros, paciente asignado como extra, no espera atención, se insiste al momento de asignar cita, indagar si acepta o no, con la condición de espera para atención.

*Sistema de información de Consulta Externa

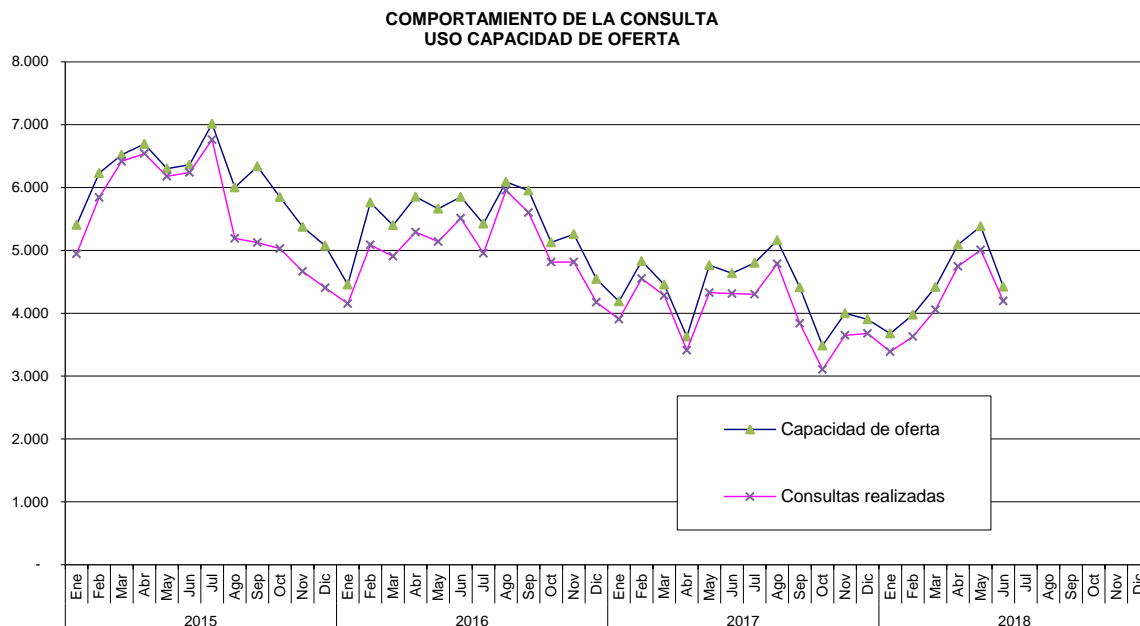
La cancelación **por causa externa** tuvo un peso del 5% de la cancelación (1.1%), la cual bajó notablemente del I trimestre al II, gracias a los compromisos adquiridos en reuniones con el área de Sanidad de INPEC de las cárceles Modelo, Picota y Reclusión de mujeres, bajando la cancelación por falta de paraclínicos, en donde al momento de asignar la cita se recordó cuales debían presentar en la consulta.

I TRIM	II TRIM	AÑO 2018	Cancelación por externo	Motivo de la cancelación y gestión realizada
0%	2%	1%	No prevenible	Autorización códigos errados o incompleta, el asegurador no cambia los códigos telefónicamente
23%	3%	13%		Otros, Inpec no traslada el paciente a la consulta o de sanidad no presentan paraclínicos para definir conducta.

*Sistema de información de Consulta Externa

La **cancelación previa**, es cuando el paciente cancela el servicio programado con mínimo 6 horas de anticipación, o el profesional realiza cambio de agenda y nos comunicamos previamente con el paciente reubicando la cita, este tipo de cancelación correspondió a 19% para el I semestre de 2018 y fueron cupos que se liberaron oportunamente para asignar cita a otro paciente.

El **uso de la capacidad de oferta**, mejoró el 2% frente al 2016, mientras que comparado con los otros años bajó. Este indicador tiene como fin cerrar la brecha, entre la oferta y la demanda, la cual se vio amplia en el II trimestre de 2015. A pesar del ajuste periódico de las agendas de acuerdo al comportamiento de la demanda, este indicador se afecta directamente por la inasistencia y la cancelación, la cual se aumentó a expensas de los usuarios de Convida, situación mencionada anteriormente.



*Sistema de información de Consulta Externa

El **rendimiento**, también bajó frente a años anteriores, a expensas de la inasistencia, cancelación y cupos que quedaron sin asignar cita, por falta de solicitud por parte de los usuarios. La mayoría de consultas son de 20 minutos, otras como psicología 40 minutos, ginecoobstetricia, reumatología, consulta de primera vez en Medicina Interna, hematología y endocrinología son de 30 minutos, lo que también incide en la obtención de este resultado.

El indicador de **Demanda insatisfecha**, aumentó notablemente a expensas del **repesamiento** en algunas agendas, por la alta demanda gracias a la ampliación de nuevos contratos, el represamiento fue el de más peso dentro del 5% de total. En Reumatología, se presentó represamiento por falta de oportunidad en la propuesta de agenda por parte del especialista. En Cirugía de cabeza y cuello, como es bien conocido la

demanda del país supera la oferta de supraespecialistas. En Cirugía Vascul y Endocrinología, aumentó la demanda en el I semestre, por lo cual se amplió oferta con especialistas, pero no alcanzó a dar cobertura al 100%.

La demanda insatisfecha **financiera** fue del 3%, se presentó por usuarios que pidieron cita, sin contar con autorización de la EPS, por lo que no se asignó cita (EPS Famisanar, autorizó procedimiento quirúrgico y no consulta de anestesia) y solicitudes para EPS sin contrato. La demanda insatisfecha por causa **física** fue del 0.1% y correspondió a daño del eco ocular y celda de equipo de difusión para prueba de monóxido. La demanda insatisfecha por causa **humana** fue del 0.1% y correspondió a las agendas de tórax y hombro, en donde los especialistas no se encontraron con disponibilidad de agenda en la fecha deseada por los usuarios. El **Consultador crónico**, es aquel paciente que demanda el servicio de una especialidad más de siete veces en el año sin requerirlo. En el HUS no se presenta en razón a que media remisión y autorización del servicio. Por recomendación de Acreditación, se retomó este indicador a partir del 2016. Para el I semestre de 2018 el resultado continúa en cero.

Oportunidad en asignación de citas Este indicador se reporta bajo la Resolución 256 de 2016, así: sumatoria de días entre la fecha para la cual el usuario solicito le fuera asignada la **cita de primer vez** y la fecha para la cual se asignó / número total de consultas asignadas de primer vez en el periodo.

OPORTUNIDAD EN ASIGNACIÓN DE CITAS	2015	2016	2017	2018
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
Oportunidad en cita medicina interna (15)	10,2	1,9	0,9	0,5
Oportunidad en cita cirugía (20 días)	8,4	2,8	1,1	1,4
Oportunidad en cita ginecología (5 días)	5,1	1,4	0,8	1,1
Oportunidad en cita obstetricia (5 días)	2,9	1,4	1,2	0,3
Oportunidad en Anestesia (10 días)	4,4	2,4	0,6	1,0
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	7,8	3,7	2,1	1,6

*Sistema de información de Consulta Externa

En **Medicina Interna** la oportunidad se ha mantenido por debajo del máximo aceptable que son 15 días, no por acciones tomadas, sino por la baja demanda. La EPS Convida remite para esta especialidad a los II niveles de Cundinamarca, sin garantizar la oportunidad en la asignación de las citas. Se contó con cupos disponibles para el mismo día.

Para **Cirugía General** la oportunidad se encuentra por debajo del máximo aceptable que son 20 días. A pesar del incremento de la demanda en el II trimestre de 2018 en esta especialidad, se mantiene excelente oportunidad, con la atención de citas extras, que se asignan a casos prioritarios.

La oportunidad en **Ginecología** se ha mantenido muy por debajo del máximo aceptable planteado en el Plan de Acción en Salud – PAS, que son 5 días. Este resultado se obtuvo por un lado, por la oferta de lunes a viernes y por otro al comportamiento de la demanda, en donde Convida direcciona para esta especialidad a los II niveles. No hubo necesidad de realizar ningún ajuste en agendas con el servicio de ginecología.

El resultado de la oportunidad en **Obstetricia**, se ha obtiene gracias a la oferta de lunes a viernes y con la estrategia “Atención el mismo día, para materna de alto riesgo que se acerca a programar cita de primera vez y ya ha pasado la agenda, canalizándola por urgencias”. La atención de las maternas se prioriza en todas las



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



consultas, optimizando en un traslado al HUS todas las posibles citas especializadas o de apoyo diagnóstico que se requieran, como ecografía, laboratorios y otras consultas nutrición, psicología, cuando la EPS las autoriza. El HUS solo atiende el Alto Riesgo Obstétrico y esta demanda no se ha visto afectada, gracias a “la ruta materna” que lidera el HUS.

Para **Preanestesia** se estableció en el HUS un máximo aceptable de 10 días en asignación de cita, en conjunto con el jefe del servicio, con el fin de mejorar la oportunidad en programación de cirugía. La demanda para esta especialidad aumentó casi un 100% en el II trimestre de 2018, por lo cual fue necesario realizar apertura de 5 horas semanales desde el 21 de mayo y adicionalmente se requirió ampliar la oferta en 22 horas en el trimestre, mientras que en el I trimestre de 2018 se retiraron alrededor de 39 horas por baja demanda.

La oportunidad en las demás especialidades aunque aumentó levemente por incremento de la demanda, estuvo en promedio a 1.6 días para consulta. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas. Las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda, por cada especialidad. Las especialidades que presentan oportunidad a más de 20 días son: Endocrinología, Cirugía Vascular, Cirugía de Cabeza y cuello, Oftalmología de retina, Ortopedia Cadera y Cirugía de tórax.

Procedimientos mínimos y menores. Se observa aumento de 2% en los procedimientos **programados** como **realizados** comparado con el 2017, y comparado con los otros años una baja amplia, a expensas de las novedades de EPS ya mencionadas, igual comportamiento que en la consulta. Continúa pendiente realizar el ajuste a tarifas y mercadeo de los servicios ambulatorios por el área encargada y las especialidades.

PROCEDIMIENTOS EN CONSULTA	2015	2016	2017	2018
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
Horas programadas procedimientos	7.448	7.674	7.727	9.075
No. Procedimientos programados	15.050	10.793	8.773	8.930
No. Procedimientos realizados	13.132	9.991	8.082	8.229
% Inasistencia en procedimientos	12%	7%	7%	7%
% Cancelación Procedimiento o no atención	1,0%	0,7%	0,6%	1,1%
% Demanda insatisfecha - procedimientos	0,4%	0,2%	0,2%	0,6%

*Sistema de información de Consulta Externa

La **inasistencia** a procedimientos no presentó cambio en el I semestre de 2018, frente a los dos años anteriores. En seguimiento a inasistencia, se encontraron los motivos que se presentan a continuación y son similares a los que se presentaron en consulta, en donde resalta la relacionada con la información de la cita, en donde la cita es solicitada por la EPS y no avisa al paciente, seguida de la dificultad del desplazamiento y de la condición del paciente. En el siguiente cuadro se presenta la gestión realizada para mejorar el resultado.

II TRIM	Causa de Inasistencia	Motivo de la inasistencia y gestión realizada
17%	Prevenible	No se logró establecer comunicación (número errado, no contestan o sin servicio), por lo cual se continúa insistiendo en la actualización de datos de contacto, cada vez que se asigna una cita.
5%		Relacionado con información de cita (no sabía, cita solicitada por EPS y no informó a paciente, olvido o equivocación de cita), para lo cual se tiene implementada la actividad de confirmación de asistencia a procedimiento
		Cita mal asignada (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
1%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos)
1%		Procedimiento mal asignado (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
3%		No se logró comunicar para cancelar
25%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
20%		INPEC, no traslada paciente
8%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
7%		Otros motivos (INPEC u hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir).
5%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
5%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
3%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas, cuando por algún motivo no puede asistir)

*Sistema de información de Consulta Externa

En cuanto a las causas de **cancelación o no atención** en procedimientos mínimos y menores realizados en Consulta Externa, aumentó frente al I semestre del año anterior, a expensas de la mejora en captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el inconveniente presentado, para el I semestre del 2018 la cancelación fue del 1.1%. La causa más alta se atribuyó a la **cancelación por paciente** con un 72% dentro del total de la cancelación (del 1.1%), a continuación se presentan los motivos de cancelación, en donde se observa que el más alto correspondió a falta de preparación para procedimientos de endoscopias, el cual disminuyó al comparar el I trimestre con el II de 2018, gracias a los compromisos con Sanidad de INPEC, que fue de donde se presentó la mayor falta o incorrecta preparación. Los demás motivos se presentan en el siguiente cuadro:

I TRIM	II TRIM	AÑO 2018	Cancelación por paciente	Motivo de la cancelación y gestión realizada
0%	2%	1%	Prevenible	Cita mal solicitada (se indaga al solicitante para asignar correctamente)
5%	20%	13%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
0%	2%	1%		Sin referencia o justificación clínica
33%	16%	25%		Falta preparación (a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal).
3%	18%	10%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
13%	12%	12%		Condición del paciente, que no permitió la realización del procedimiento (enfermo o sintoma)
5%	2%	4%		Sin recursos para el copago
8%	2%	5%		Desistimiento- a pesar de consentimiento informado
3%	0%	1%		Otros motivos

*Sistema de información de Consulta Externa

La **cancelación institucional** correspondió al 19%, dentro del total de la cancelación (del 1.1%) y estuvo atribuida a:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



I TRIM	II TRIM	I SEM 2018	Cancelación Institucional	Motivo de la cancelación y gestión realizada
15%	2%	9%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0%	10%	5%		Falla en equipo tecnológico o sin insumos. Sin solución inmediata, por lo cual fue necesario reprogramar cita. Gastro, daño gastroscopio; urología, daño equipo de computo de urodinamias y oftalmo, regla biometrica. 5 pacientes reprogramados.
3%	8%	5%	No prevenible	Inasistencia de especialista por calamidad o enfermedad

*Sistema de información de Consulta Externa

Y la **cancelación por otro o externo** en procedimientos, fue del 9% dentro del 1.1% de la cancelación y se debió a:

*Sistema de información de Consulta Externa

La **demanda insatisfecha** predominó por represamiento en agendas de procedimientos diagnósticos de oftalmología, otorrinolaringología y reumatología, esta última por falta de disponibilidad de agenda por parte del especialista. La causa de demanda insatisfecha por causa **física** correspondió a daño de equipos (ecógrafo ocular y equipo de difusiones), fue del 7% del total (del 0,6%), equipos que se encuentran en plan de compras.

PQRS

En el HUS para el I semestre de 2018 en el Proceso de Atención Ambulatoria, las **felicitaciones** fueron el 13%, no se presentaron **peticiones**, las **quejas** ocuparon el 22%, **reclamos** el 30%, **sugerencias** el 9% y **solicitud de información** correspondió al 26%.

En cuanto a las PQRS, por cada 1000 pacientes atendidos en el Proceso de Atención al paciente Ambulatorio, 3 interponen una PQRS.

La queja más frecuente en el I semestre de 2018 fue atribuida a la oportunidad en comunicación con la Central de Citas, la cual aumento casi 15 veces, a expensas del aumento en la demanda de llamadas por reactivación del contrato con la EPS Convida, **adicionalmente a novedades de ausentismo de Auxiliares que No se cubrieron por la Empresa Temporal**, lo cual se generó aumento de las llamadas abandonadas e insatisfacción de los Usuarios. Se amplía en informe de la Central de Citas del presente documento. En Neurología, se presentó falta de oportunidad en comunicación con la extensión del servicio, para programación de procedimiento, se realizó correctivo en la configuración del teléfono que presentaba inconvenientes con el contestador. El segundo lugar lo ocupó la demora en la atención, en donde se realizó seguimiento a través del Plan Anticorrupción, que permitió mejorar en el inicio oportuno por parte del especialista en la atención en consulta programada y por otro lado, mantener informados a los pacientes, cuando por algún motivo se encuentra retrasada la consulta. Se solicitó la intervención a la Dirección Científica para el caso puntual de Cirugía Vasculat, en donde se presenta demora en entrega de documentos de la consulta, pero no se encuentran quejas por escrito en el semestre.

PQRS	2015	2016	2017	2018
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
SU Mejora calidad atención personal medico	-	-	-	1
RE - OP En agenda	-	-	-	5
QJ - Calidad atención personal salud	-	-	-	2
QJ - Calidad atención personal admon	-	-	-	1
QJ - OP Demora atención	5	6	5	15
QJ - OP Demora entrega reportes	-	-	-	-
QJ - OP Falta de información u orientación	-	2	2	3
QJ - OP Falla en diligenciamiento de ordenes completas para trámites ante EPS	-	-	2	7
QJ - OP No atención consulta programada	1	-	3	3
RE - OP No atención por especialista	-	1	1	2
QJ - OP En comunicación - call	1	1	2	31
QJ - OP En comunicación - Neurologia	-	-	-	6
QJ - OP Falta calidez y trato amable	3	5	8	2
QJ- OP Falta de insumo o de mala calidad	-	-	1	-
QJ - AC Mala asignación cita	5	-	-	1
QJ - Comodidad	1	-	-	-
TOTAL PQR	16	15	26	79

*Sistema de información de Consulta Externa

El tercer lugar lo ocupó la Falla en diligenciamiento de órdenes completas para trámites ante EPS, en donde se viene reforzando la revisión de documentos antes de entregar al paciente. La No atención, se presentó a expensas de la caída del sistema eléctrico, causa no prevenible, que imposibilitó la atención y se reprogramó la cita. El plan de contingencia en Consulta externa es la reprogramación de citas, en razón a que al no contar con sistema no hay posibilidad de cargar los datos a la historia y de realizarla en word, posteriormente no hay un responsable médico que transcriba la información al sistema.

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

En el I semestre de 2018 se desarrollaron las siguientes actividades, incluidas en los programas orientados a los riesgos poblacionales y a las necesidades identificadas en la prestación de los servicios de salud:

1. El Programa Habilitación y/o rehabilitación física provee de manera lúdica y mediante acciones pedagógicas en áreas de consulta externa y hospitalización, diversas temáticas de interés orientadas en brindar educación sobre hábitos de vida saludable, discapacidad y manejo de patologías crónicas (HTA, ECV, DM, EPOC), con alcance a 441 pacientes capacitados el trimestre.

2. En el Programa IAMII, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, púérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMII con enfoque integral, se capacitaron en temas contemplados en el programa (lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido), desde el área ambulatoria y hospitalaria a 229 maternas en el periodo; así mismo se ha realizado seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, abordando un total de 303 maternas, para la detección de signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS origen. Igualmente en alcance en el área ambulatoria ha permitido brindar educación a 212 gestantes y maternas que asisten a citas de control pre y pos obstétrico en el periodo, permitiendo abordar la población en riesgo desde las diferentes áreas, contemplados desde el ciclo de atención, así mismo en la búsqueda de la articulación

con la red de prestadores, se realizó remisión a 473 usuarias de los servicios de ginecología, quienes fueron atendidas en la Institución, permitiendo dar continuidad de la atención de los servicios, posterior al egreso.

3. En el Programa Madre-Padre Canguro se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicional al trabajo interdisciplinario que conjunto ha permitido identificar los diferentes riesgos abandono o deserción del problema, permitiendo el control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro. Adicionalmente se dio inicio al programa desde la valoración intrahospitalaria permitiendo abordar la atención al neonato canguro desde el nacimiento, garantizando la oportunidad de la atención en menos de 43 horas, para la adaptación canguro, hasta el alta al proceso ambulatorio. Se identifica también como fortaleza, la oportunidad de programación de cita de primera vez de programa canguro ambulatorio, encontrándose por debajo de 2 días, permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Como oportunidad de mejora se estableció la medición de tiempos de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 72 horas, garantizando la continuidad de los servicios pese a las diferentes barreras que puedan referir los cuidadores. Estos esfuerzos han permitido garantizar la atención del recién nacido tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, dentro de los lineamientos nacionales del programa canguro, permitiendo en el periodo mantener controlada las principales causas de inasistencia, con un promedio inferior al 13%, con una deserción del 0% del recién nacido canguro.

4. Para el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, se obtuvo cobertura útil del programa del 100% de vacunados, en relación de los recién nacidos vivos institucionales, adicional de una cobertura adicional del 100% en vacunación en BCG, para el recién nacido con criterios que por condiciones clínicas pudo ser vacunado dentro del programa.

5. El Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel, desde el enfoque preventivo, sigue desarrollando acciones educativas y de capacitación que permiten valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden desarrollar UPP durante la atención, así como conocer y aplicar las medidas que pueden disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. En el II trimestre se capacitaron 226 colaboradores de las áreas asistenciales. Para este año, y teniendo en cuenta el paquete instruccional de Prevención de lesiones de piel, el promedio de Tasas de pacientes que presentaron UPP en el periodo dentro la atención fue de 0.2, logrando mantener estable la presencia de este tipo de eventos durante la atención en salud, frente al periodo anterior, logrado a través de la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas y una valoración adecuada del riesgo mediante la evaluación prioritaria de la escala de Braden, y la implementación de acciones de prevención de desarrollar úlceras por presión. Así mismo se logró aumentar el número de intervenciones educativas al paciente y cuidador desde un enfoque preventivo, a un total de 445 personas, permitiendo generar conciencia de autocuidado y medidas de prevención para el cuidado de la piel, desarrollado por equipo de enfermería en los diferentes servicios asistenciales.

PROGRAMA	VARIABLE	2017	2018
		II TRIM	II TRIM
Habilitación y Rehabilitación Física	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	441 personas
IAMII	# gestantes y/o maternas a quien se realizó seguimiento del programa IAMII	ND	303 pacientes



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



	# de usuarias remitidas a la EAPB origen, de acuerdo a lineamientos del programa	ND	473 pacientes
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	233 pacientes	212 pacientes
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	184 pacientes	229 pacientes
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0,0%	0,0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100,0%	100,0%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0,0%	0,0%
	% Canguro fallidos nacidos extrainstitucional	0,0%	0,0%
	% inasistencia al programa madre y padre canguro	16.2%	13.9%
	% Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100,0%	100,0%
	Oportunidad de atención plan canguro primera vez en días	ND	1.6 días
	Oportunidad respuesta a interconsulta adaptación canguro intrahospitalario en horas (meta: menor a 72 Horas)	ND	42.8 Horas
Programa Ampliado de Inmunizaciones	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100,0%	100,0%
	% Recién nacidos vacunados con BCG con criterios clínicos	100,0%	100,0%
Clínica Cuidado de las heridas y de la Piel	Promedio de Tasa de UPP en el periodo	0.29	0.2
	# de personas asistenciales de unidades capacitadas en el periodo sobre prevención de UPP	193 funcionarios	226 funcionarios
	# de pacientes y cuidadores capacitados en prevención de lesiones y cuidado de la piel	240 paciente y cuidador	445 paciente y cuidador

CENTRAL DE CITAS

Las llamadas **recibidas** aumentaron un 43% comparado con el I semestre de 2017 debido a la reactivación del contrato con EPS Convida y por otro lado a que se amplió en el I trimestre, por parte de sistemas la lista de espera en llamadas entrantes, tras la constante queja de los usuarios manifestando que siempre sonaba ocupado, cuando intentaban comunicarse con la Central; frente a 2016 aumentó un 38% y un 5% comparado con 2015, demostrando que es el año de mayor demanda en llamadas, reflejándose que los usuarios cada vez más, están haciendo uso de otras herramientas para programar sus citas.

CENTRAL DE CITAS	2015	2016	2017	2018
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
LLAMADAS RECIBIDAS	56.029	42.770	41.162	58.956
LLAMADAS ATENDIDAS	47.423	36.363	33.030	37.771
% LLAMADAS ABANDONADAS	15%	15%	20%	36%
% LLAMADAS ATENDIDAS	85%	85%	80%	64%
TIEMPO DE ESPERA EN MIN	4:14:20	3:56:00	2:07:20	9:49:45
PROMEDIO DE LLAMADA	4:18:40	4:07:30	3:47:40	5:18:45
% ASIGNACIÓN CITAS POR CENTRAL CITAS	38%	42%	38%	39%
% LLAMADAS SOLICITUD INFORMACIÓN	22%	28%	26%	21%
% SOLICITUD POR CORREO	2,42%	0,6%	3,3%	19,2%
% SOLICITUD POR WEB	NA	0,32%	0,9%	1,5%

*Sistema de información de Consulta Externa

Las llamadas **atendidas** aumentaron en 14% frente al año inmediatamente anterior y el **porcentaje de llamadas atendidas** bajó, por consiguiente el porcentaje de **abandono** aumento notablemente frente a los años anteriores, adicional al aumento en la demanda en llamadas recibidas evidenciado en los datos, se sumaron novedades de Ausentismo de los auxiliares de la central de Citas del HUS como retiro, calamidad, Incapacidad, que no fue cubiertas por la empresa temporal, e inducción de operador que debe hacer la curva de aprendizaje, implicando otra persona en su entrenamiento, generando mayor abandono o demora de atención telefónica.

El **tiempo promedio de espera** aumentó casi 5 veces y el **tiempo promedio de llamada** aumentó un 40%, en razón a que ahora se hace necesario para los usuarios afiliados a Convida, solicitarles un número de contrato que lleva toda autorización y que no es claro para ellos al momento de referenciarlo, haciéndose necesario destinar más tiempo en llamada; por otro lado, se inició contrato con las EPS Medimas y Famisanar. Medimas, en las autorizaciones registran diagnósticos que no son coherentes con el servicio solicitado, demandando más tiempo en la explicación de las razones por las cuales no fue posible asignar la cita para la especialidad; en cuanto a los usuarios de la EPS Famisanar, son demandantes en sus solicitudes y la EPS no autorizó consulta con especialidad quirúrgica, ni consulta de anestesia, sino que autorizó procedimiento quirúrgico, sin tener contratados paquetes, por lo que no fue posible asignar cita; se recomienda realizar contacto con la EPS desde el área de Contratos y Mercadeo para llegar a acuerdos frente al tema.

El porcentaje de **citas asignadas por la Central de citas** subió un punto frente al I semestre del año anterior, mientras que tuvo una caída del 8% comparado con 2016. El porcentaje de llamadas solicitando **información** bajó, lo cual es positivo en razón a que se optimiza la razón de ser de la Central, sin embargo se reciben llamadas indagando vigencia de contrato sobre todo de Convida, en donde los usuarios preocupados por sus citas asignadas, se comunicaron manifestando que la EPS le informó no hay contrato con el HUS a lo cual se confirmó vigencia del contrato. Por otro se reciben llamada con solicitudes hacia radiología o preguntando por la extensión y horarios de otras áreas. Las llamadas de **confirmación** bajó por un lado por la alta demanda de llamadas recibidas y por otro lado por la novedades de los auxiliares, que no dio tiempo para realizar esta actividad como en otros trimestres, en donde se contribuyó desde la Central, a la disminución del indicador de inasistencia a consulta, realizando llamadas de confirmación en los tiempos de bajo volumen de llamadas recibidas, optimizando este recurso.

Con el fin de reforzar el tema de la confirmación, a partir del mes de marzo se implementó por parte de quienes apoyan la consulta (auxiliares y secretarías) la llamada de confirmación, logrando así entre la Central de citas y los consultorios una cobertura del 9% de confirmación de las citas asignadas.

La solicitud de citas por correo y por web aumentaron notablemente, gracias a la dificultad de comunicación telefónica por la congestión de llamadas en fila, lo que obligó a utilizar estos medios, adicionalmente el INPEC continúa siendo el mayor demandante del medio por correo electrónico, seguido de las EPS, que solicitan citas para sus usuarios. A pesar de lo anterior no se ha logrado el aprovechamiento en la utilización de la solicitud de citas por web, en razón a que la mayoría de pacientes que atendemos en el HUS no cuentan con el manejo de este medio.

Con la apertura de nuevos contratos (Mallamás inició el 1 de enero de 2018, Asmet salud del 1 de abril /2018 al 31 de Enero del 2019, Nueva EPS del 1 de junio /2018 al 31 de Dic/2018, Mutual Ser inició el 2 agosto /2018 en adelante, Pijaos inició el 1 de Julio/2018 al 26 de Noviembre/2018 (Fuente de Información Intranet), el aumento de llamadas, las novedades de los colaboradores, el aumento de la inasistencia que se contrarresta con la confirmación y aumento exagerado de las PQRS, se hace necesario fortalecer el equipo de la Central de Citas. Para ello se presentaron tres (3) propuestas al Sr Gerente, dentro de las cuales se presentaron dos (2) de ellas tercerizando el servicio con empresas dedicadas a ello, incluyendo asignación de radiología, en donde se presentaron las ventajas y desventajas, y una propuesta interna implementando Central en Zipaquirá con 3 agentes y un supervisor para 10 operadores, quien también tendría a cargo el manejo y respuesta de los medios electrónicos de asignación de citas, por otro lado se requeriría inversión para ampliación y adecuación de la infraestructura del área actual.

VARIOS

- Para ir fortaleciendo la seguridad del paciente, se adquirieron e Implementaron tres tableros, dos en gastroenterología y uno en ginecología, con el fin de realizar la parada de seguridad antes de iniciar el procedimiento al Paciente. .
- Con el fin de aumentar la cobertura en la confirmación de citas, se adquirieron teléfonos con clave para salida de llamadas a celulares, para los consultorios y ventanillas, desde los cuales se realizan las llamadas a los usuarios.
- En Junio se logró una segunda facilitadora, Auxiliar de Enfermería de Planta en reubicación laboral, en horario de la mañana ½ tiempo (No se reemplaza en caso de ausentismo) para fortalecimiento de temas relacionados con PAMEC, dentro de las actividades que realizan se encuentra: 1. Orientar y acompañar al momento de solicitar un turno electrónico, revisar que los documentos estén completos y correctos. 2. Direccionar adecuadamente, sobre todo cuando se requiere atención preferencial, brindar acompañamiento hasta el sitio de atención, a casos especiales. 3. Intervención y seguimiento a la cancelación de citas (institucional, por paciente y/o por externo), apoyándose en la Subdirección de Consulta Externa, con la secretaria o la Técnico. 4. Brindar Información general al paciente ambulatorio y acompañante, en cuanto a Seguridad del paciente (prevención de caídas, medicamentos e identificación), plan de emergencia, segregación de residuos, donación de sangre y medios para instaurar felicitaciones o sugerencias entre otros, mientras se encuentran a la espera de la atención, con ayuda del rotafolio del proceso. 5. Apoyo en socialización de aplicación de listas de chequeo de procedimientos en los diferentes servicios ambulatorios. 6. Búsqueda activa de novedades de seguridad en áreas ambulatorias y gestionar atención cuando así se requiera. 7. Identificar riesgo de caída en pacientes de los servicios de hospitalización o urgencias, que se encuentran en

pasillo de las áreas de procedimientos ambulatorios (cardiología, gastroenterología, oftalmología) mientras los recoge el camillero, con el fin de evitar caídas y fortalecer información.

Por parte de las facilitadoras se llevó a cabo capacitación en cuanto a la orientación de los usuarios en los servicios ambulatorios, dirigida a vigilancia, orientadores e informadores.

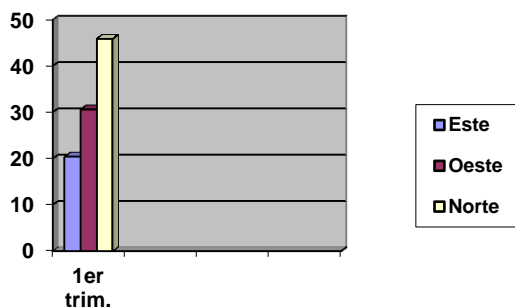
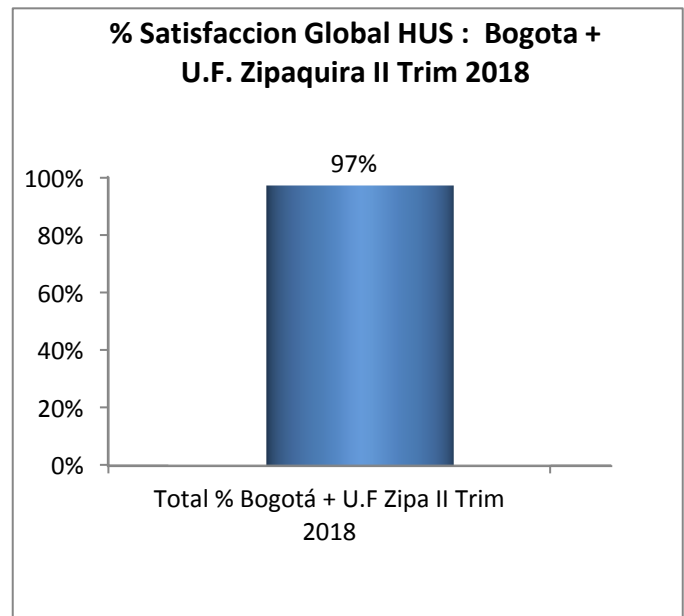
2.4 GESTIÓN DEL PROCESO ATENCION AL USUARIO HUS SEDE BOGOTÁ

GESTIÓN DEL PROCESO

VOZ DEL USUARIO

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS 2018: II Trimestre de 2018: incluye HUS Bogota más U.F. Zipaquira).

FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	493/509
Total % satisfacción Global HUS 2018	97%

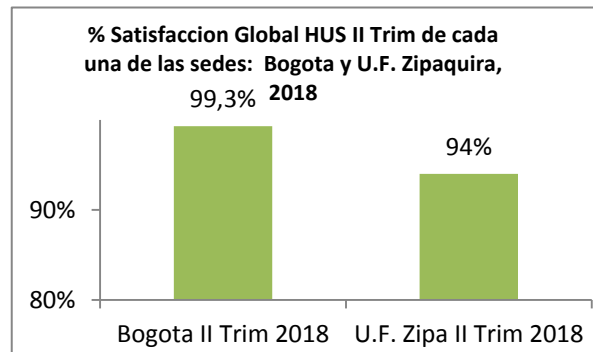


Para el II trimestre de 2018, el Porcentaje de Satisfacción Global (general), del HUS fue del 97% sobre 509 Encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá y la sede de Zipaquirá, porcentaje de satisfacción alto, lo cual afirma que a pesar de las quejas, reclamos y no conformidades que manifiestan nuestros usuarios en la prestación de los servicios detectados a través de las PQRSD, Encuestas de

satisfacción, auditorias internas, externas, nuestro Usuario paciente y familia se encuentra muy satisfecho con la atención brindada en el HUS.

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global II Trimestre 2018 HUS por cada sede del HUS

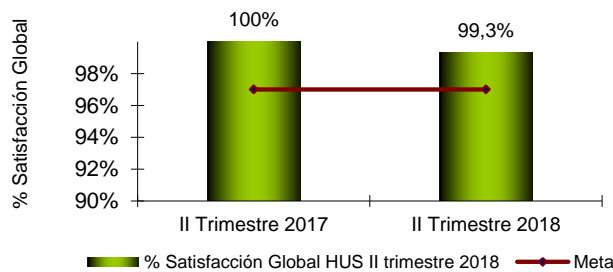
FORMULA		
FORMULA	Bogota 2018	U.F. Zipa 2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	291/293 (99.3%)	202/216 (94%)



En el II trimestre del 2018 el Porcentaje de Satisfacción Global fue del 99.3% para HUS Bogotá es decir estuvo por encima de la meta establecida que es del 97% sobre 293 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá, y en la Sede de Zipaquirá fue del 94% el cual estuvo por encima de la meta establecida para la vigencia 2018 (87%).

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS Bogotá II Trimestre 2018:

% Satisfacción Global II Trim- 2018



ABRIL A JUNIO DE 2018

FORMULA	ABRIL	MAYO	JUN	II TRIM 17	II TRIM 18
# total de	99/99	98/98	94/96	269/269	291/293



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	(100%)	(100%)	(98%)	(100%)	(99.3%)
--	--------	--------	-------	--------	---------

Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario: Pregunta trazadora ¿Cómo se sintió con la atención ofrecida en el HUS ¿ Satisfecho / insatisfecho-

Para el 2018, el Porcentaje de Satisfacción Global del II Trimestre, fue del 99.3% las **293** Encuestas de Satisfacción aplicadas en el período evaluado, **dos (2) usuarios es decir el 0.7% No** están satisfechos con el servicio, específicamente en **Urgencias (1)** y **Radiología (1)**. Los pacientes manifiestan:

- JUNIO/ 22/ 2018: paciente Carlos Méndez (Cama 448) manifiesta “ *estar inconforme con el servicio prestado por el personal de radiología,* ”
- JUNIO/ 15/ 2018: paciente Marisol Jiménez de urgencias manifiesta “*estar inconforme con el servicio prestado por los especialistas de urgencias (urología), los cuales no le han aclarado su estado de salud y así le dan de alta*”.

sobre las 293 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud del HUS Bogotá, porcentaje que en comparación con el mismo período del 2017 (100%) disminuyo, levemente, pero continua muy alta, lo cual no se exime la interposición y presencia de quejas y reclamos por parte de los usuarios durante el ciclo de servicio, Se continúa con el sostenimiento de estrategias implementadas como el fortalecimiento del trato cordial a nuestros usuarios, comunicación asertiva e información diaria a los familiares de los pacientes dentro del contexto del respeto por los derechos de los usuarios, el Programa de humanización, identificación oportuna de las necesidades de los pacientes e intervención oportuna para solucionarlas a través de rondas y visitas a pacientes hospitalizados, atención en Urgencias a los pacientes dentro de los tiempos establecidos para triage 1, 2 y 3, oportunidad de acceso a Consulta Externa dentro de las metas establecidas, educación al paciente y/o cuidador sobre su patología, información y explicación, capacitación al paciente sobre su plan de cuidado al egreso, acompañamiento al familiar en momentos de duelo, mantenimiento de la infraestructura, fortalecimiento de la comodidad de los pacientes en las habitaciones, salas de espera, consultorios, aplicación oportuna de guías, protocolos clínicos, implementación de nueva estrategia de acogida a nuestros pacientes como es la celebración de cumpleaños al Paciente hospitalizado en compañía de sus familiares por la Dirección de Atención a los Usuarios, entre otras.

**RESOLUCION 0256 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ANEXO TECNICO N°. 2 (REPORTE DE INFORMACION PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD)
INDICADOR DE HUS BOGOTA: PROPORCION DE SATISFACCION DEL USUARIO, SEGUN RESOLUCION 0256/ 2016.**

(El indicador es de reporte semestral, pero lo monitoreamos trimestralmente):

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?



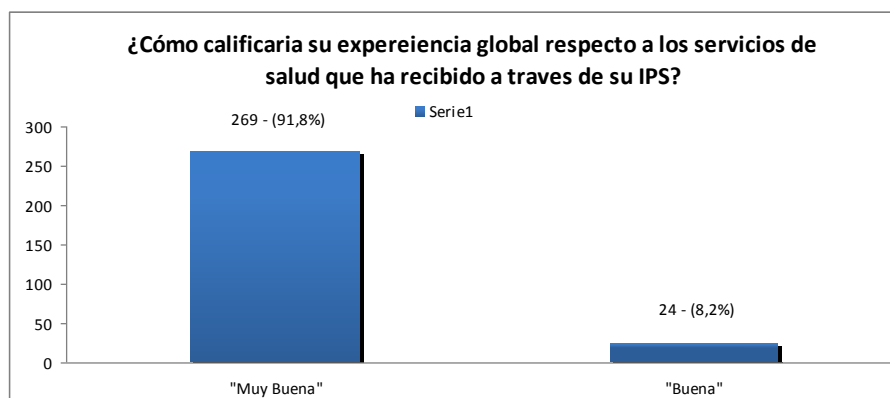
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



	"Muy Buena"	"Buena"	"Regular"	"Mala"	"Muy Mala"	No respondieron
Total N° Usuarios Encuestados	269	24	0	0	0	0
Total en %	91,8%	8,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

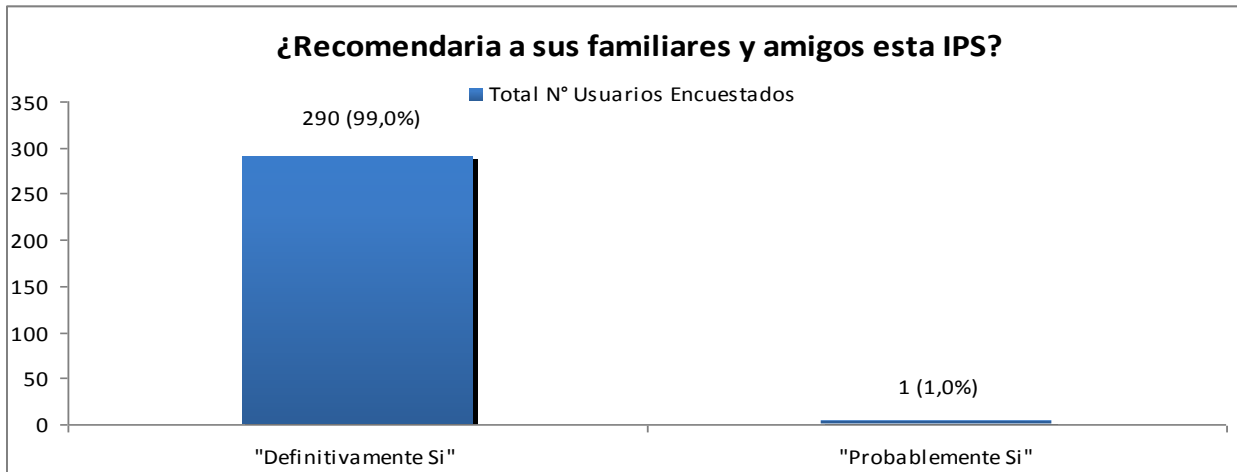
Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario



INDICADOR: PROPORCIÓN DE LEALTAD DEL USUARIO hacia la IPS, SEGÚN RESOLUCIÓN 0256/2016. II TIMESTRE DE 2018

	¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"	"Definitivamente No"	"Probablemente No"	No respondieron
Total N° Usuarios Encuestados	290	3	0	0	0
Total en %	99,6%	1,0%	0,0%	0%	0%

Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario



A través de estas 2 preguntas establecidas en la Res 256/2016 para aplicar a nuestros usuarios contempladas en la norma se confirma nuevamente **una percepción muy positiva (entre muy buena y buena)** de nuestros usuario por los servicios prestados en el HUS Bogotá al igual que una **lealtad muy alta** hacia el HUS.

VOZ DEL USUARIO CAPTADA DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES, A TRAVÉS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN II TRIMESTRE DEL 2018

HOSPITALIZACION	Familiares de la paciente manifiestan que al Dr. Castillo, de Qx Vascular Periférica le falta mas amabilidad, paciencia y colaboración, además no utiliza términos claros al momento de dar la información de la evolución de su familiar. (1) Familiar manifiesta que hayan visitas en el horario de la noche(1)
LABORATORIO	Que el personal de facturación sea mas rápido(1) Que haya dispensador de agua (2) Que tengan informadora en el servicio de laboratorio (1)
BANCO DE SANGRE	Que haya dispensador de agua (1) Donante pide que haya variedad en el refrigerio, por lo menos cada tres meses(1)
CIRUGIA AMBULATORIA	Paciente manifiesta que no solo estén los estudiantes en la hora de la consulta, sino también el medico especialista.(1) Paciente manifiesta que a las auxiliares les falta estar mas pendiente de los pacientes en condición de discapacitados (1)
SALA DE PARTOS	Pacientes y familiares piden que habiliten el servicio de pediatría en el HUS (3) Pacientes y familiares manifiestan que el espacio físico de sala de partos debería ser mas amplio (2)
CONSULTA EXTERNA	Pacientes manifiestan que deben mejorar el servicio del call center (1) Que tengan una persona disponible para el digiturno (1) Que hayan mas personas en facturación (1) Que hayan altavoces en facturación (1) Que las autorizaciones fueran dadas aquí en el hospital (1)

	Que la atención sea mas rápida en el área de facturación, puesto que se presenta mucha congestión al momento de facturar y pedir citas medica (2) Que los estudiantes dejen de hablar por celular mientras están en consulta (1)
URGENCIAS	Que haya informadora en el servicio (1) Que los resultados de los exámenes ordenados no se demoren tanto (1) Paciente manifiesta que las enfermeras de la noche no hagan tanto ruido (1) Que las visitas sean mas largas (1) Que tengan cafetería propia para el servicio de urgencias (1) Que den una alimentación digna para los pacientes (1) Que hayan sillas de ruedas disponibles para todos los servicios (2) Que amplíen el espacio estructural de urgencias (2)
RADIOLOGIA	Que mejoren el tiempo de facturación ya que es muy demorada (2) Que mejoren la atención de la línea telefónica de radiología (2) Paciente manifiesta que le falta amabilidad al persona que asigna las citas de radiología (1)
UNIDAD RENAL	Paciente de la cama 503 manifiesta que los camilleros del servicio se demoran en el traslado (1) Paciente de la cama 510 manifiesta que los camilleros del servicio les falta ser mas humanos (1) Que tengan unas buenas camillas y sillas de ruedas para el servicio (1)
UCI ADULTO	Familiares de la paciente de la cama 290 piden que haya informadora los fines de semana (1) Que la hora de la visita sea larga (1) Que haya mas ventilación la unidad (1) Que haya restaurante para los familiares (1) Que haya mas espacio en la UCI (1)
UCI INTERMEDIOS	Que el medico tratante hable con los familiares y no solo los estudiantes (1) Familiar del paciente de la cama 551 Que haya TV en cada cubículo (1) Que el medico especialistas este mas pendiente de los pacientes y no solo las auxiliares del servicio (1) paciente de la cama 559
PUNTO DE INFORMACION	Que tengan mas informadoras en la recepción en la entrada principal (1) Que hayan suficientes sillas de ruedas en todos los servicios (3) Que sean mas organizados en la entrega de fichas en la entrada del HUS (1)
SALA DE EGRESO	Que haya teléfono publico en la sala de egreso (1)

Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de RONDAS Y VISITAS DE SERVICIO a pacientes hospitalizados en el II TRIMESTRE DEL 2018

FECHA	HORA DE LA INTERVENCIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	CAMA	MANIFESTACIÓN O SOLICITUD DEL PACIENTE	INFORMADORA QUE REALIZO LA INTERVENCIÓN	GESTIÓN ADELANTADA
07/05/2018	9:00am	Luz Elba Pinzón Cristancho	445	Familiar manifiesta inconformidad por el baño que se encuentra tapado y el control del televisor no aparece, a demás pide visita del medico internista puesto que se siente ahogada.	Luz Dary Chilatra	Se habla con mantenimiento y Jefe del servicio comentando la novedad la cual fue resuelta en horas de la tarde.

09/05/2018	2:00pm	Maria Elvira Pinzón de Zamudio	516	Familiar manifiesta su inconformidad con el servicio de enfermería, las cuales no acuden al llamado cuando se les solicitan.	Luzdary Pilar Florez	Chilatra	Se comenta de la novedad a la Jefe Beatriz sin tener una solución al problema así que se comenta el caso a la Jefe Nubia Guerrero quien interviene en el caso.
21/05/2018	8:30am	León cruz	214	El paciente manifiesta que la imagen del televisor es borrosa	Pilar Florez		yo como informadora y orientadora comento a la jefe de turno la inconformidad del paciente y ella llama a mantenimiento para que hagan la respectiva verificación. En horas de la tarde vuelvo a realizar ronda verificando que el problema ya esta resuelto y el paciente manifiesta estar agradecido con la gestión realizada.
24/05/2018	9:00am	María Lozano	159	Paciente manifiesta inconformidad con el aseo de los baños de urgencias	Pilar Florez		Me acerco a comentar de la inconformidad a la Jefe Nancy Herrera encargada del aseo del HUS. Pasados 20 minutos paso nuevamente a urgencias a verificar si ya se hizo el aseo de los baños y la paciente manifiesta que ya lo realizaron
24/05/2018	11:30am	Nancy Herrera Mosquera	517	Paciente solicita visita del padre	Luz Dary Chilatra		Busco al padre Francisco y le manifiesto lo solicitado por la paciente quien me pide que le dejo los datos para realizar la visita el día de mañana temprano. Al día siguiente realizo visita a la paciente quien manifiesta que el padre ya paso y agradece la gestión.

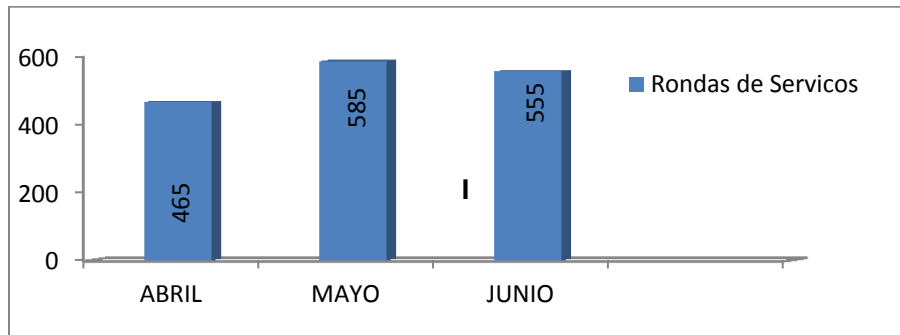
24/05/2018	11:00pm	Luis Felipe Araque	urgencias	Funcionario del HUS	Pilar Florez	Se realizo visita de seguimiento, se colaboro con trámites de exámenes médicos y de salida. Paciente agradece a la Dirección de Atención al Usuario por la ayuda aportada en los trámites durante su estancia en el HUS.
25/05/2018	9:00am	Ana Cecilia Cifuentes	348	Funcionaria del HUS solicita visita del padre	Pilar Florez	Se busca al padre por petición de la paciente y se realiza acompañamiento a familiares en el duelo de paciente fallecido.
06/06/2018	2:00pm	José Jairo Rodríguez	522	Cambio de habitación, padre de funcionaria del HUS	Jennyfer Nivia	Se gestiona cambio de habitación para el 5 piso
08/06/2018	10:00am	Dora María Agudelo	urgencias	Cambio de habitación, madre de funcionaria de facturación del HUS	Pilar Florez	Se gestiono para habitación en el 5 piso, el día del egreso familiares y paciente agradecen por la atención prestada
19/06/2018	3:30pm	Anita Ruiz	319	Familiares de la paciente manifiestan inconformidad con la información medica dada por el Dr. Castillo	Luzdari Chilatra	Se expone el caso con el Dr. Gómez quien explica a familiares la evolución de la paciente de manera clara, familiares expresan comprender la información.
28/06/2018	2:00pm	Julieth Moreno	412	Restricción de visitas	Jennyfer Nivia	Se diligencia formato para restricción de visitas con la Jefe Andrea Calderón como testigo, firma paciente y se entrega constancia a seguridad, enfermería y trabajo social
TOTAL DE INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL TRIMESTRE			11			

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DIRECCION DE ATENCIÓN AL USUARIO, II TRIMESTRE DE 2018



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"

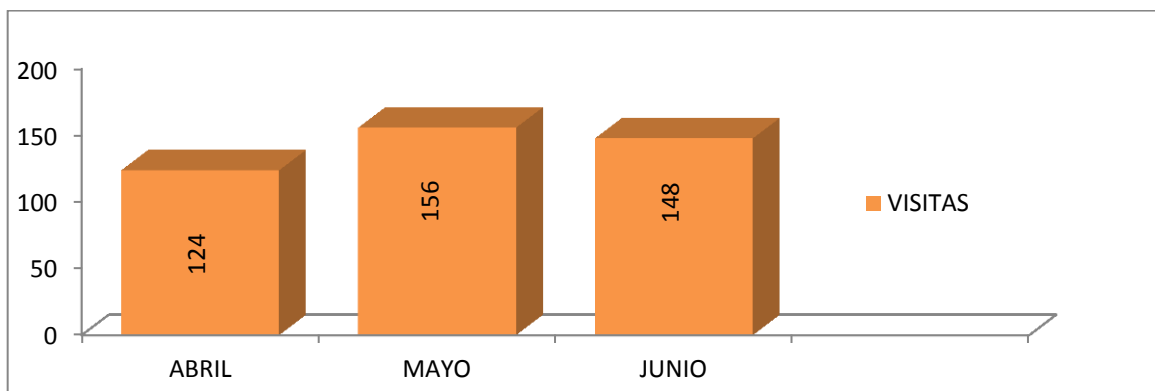




ACTIVIDAD II TRIM 2018	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	465	585	555	1605

Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente las 2 informadoras de la Dirección de Atención al Usuario realizan **RONDAS DE SERVICIO** que son visitas cortas de máximo 10 minutos a nuestros pacientes hospitalizados.

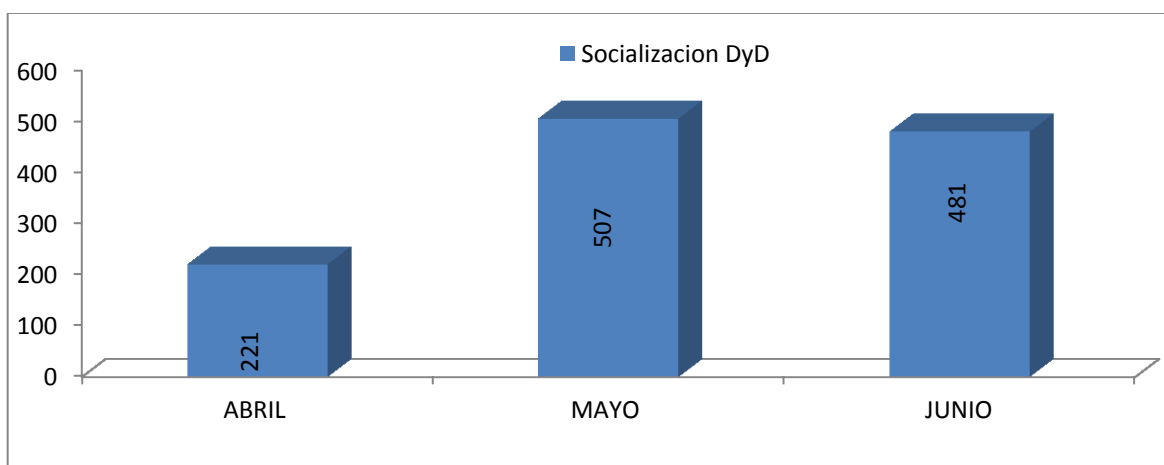
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION



ACTIVIDAD II TRIM 2018	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	124	156	148	428

Por otra parte como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, las Informadoras diariamente realizan **VISITAS** a los pacientes de los diferentes servicios después de 3 días de su hospitalización y aplican una cartilla de calificación de momentos de verdad en la atención brindada hasta el momento por parte del equipo de salud asistencial y administrativo del HUS buscando de igual forma percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas o buscar la solución a las dificultades percibidas, al igual que prevenir interposición de quejas y reclamos por inconformidades en la atención. Como producto de ellas se realiza las acciones y gestiones solicitadas por los pacientes o las que haya a lugar como las mencionadas anteriormente.

SOCIALIZACION DE LA DECLARACION INSTITUCIONAL DERECHOS Y DEBERES



ACTIVIDAD II TRIM 2018	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
SOCIALIZACION DERECHOS Y DEBERES PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION C. EXTERNA Y URGENCIAS	221	507	481	1209

CONSOLIDADO I SEMESTRE 2018

Tota l de usuarios socializados en la declaración de Derechos y deberes fue de **8874**

RESPONSABLES	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
EQUIPO DE INFORMADORAS (a usuarios en salas de espera principalmente)	299	260	351	221	507	481	2119

EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL (a usuarios en hospitalización, urgencias, cx amb)	1213	1246	1355	1223	1245		6282
TRABAJO SOCIAL CONSULTA EXTERNA - SECRETARIA(Pacientes de consulta médica especialidad de para vez y control)	526	491	511	571	590		
EQUIPO DE LAB CLINICO(Pacientes x Consulta Externa Registro Cod.05LC68)	51	31	44	18	45		189
EQUIPO DE BANCO DE SANGRE(50% de Donantes que acuden al HUS (Donante en Sede, desde octubre de 2014)	51	31	44	18	45	95	284
TOTAL	2140	2059	2305	2051	2432	576	8874

Intervenciones Realizadas por la Informadoras II Trimestre 2018, durante rondas y Visitas a Pacientes Hospitalizados

Intervención	Total Trimestre	Observaciones
Daño en televisor	1	Se logro la revisión y arreglo del daño.
Daño en los baños	1	Se logro la revisión y arreglo del daño.
Inconformidad con el servicio de enfermería	1	Se realizo socialización por el pacto por el trato amable.
Inconformidad en el aseo de los baños	1	Se comento a hotelería y se soluciono la inconformidad.
Cambio de habitación	2	Se logro cambio de habitación.
Solicitud de visita del padre	2	El padre realizo las visitas.
Inconformidad en información medica	1	Se logro aclarar dudas de familiares.
Restricción de visitas	1	Se gestiono tramite de restricción de visitas
Ayuda en tramites para exámenes y salida	1	Tramites efectuados sin novedad
Total de Seguimientos en el Trimestre	11	

Seguimiento a Pacientes Hospitalizados (Casos especiales) durante Rondas y Visitas de las Informadoras y Orientadoras II Trimestre 2018

Causa del Seguimiento	Total Trimestre	Observaciones
-----------------------	-----------------	---------------



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



Familiar de funcionario o colaborador de HUS	14	* Seguimiento y saludo diario 2 veces al día * Se logro el cambio de habitación a 2 pacientes * Se realizo acompañamiento en duelo a familiares por falleci
Peticiones de los Usuario PQRS	7	miento de paciente. *Se gestiono con hotelería para la limpieza de los baños. * Se le socializo los derechos de los usuarios a los funcionarios que posiblemente vulneraron los mismos. *Se gestiono con mantenimiento la revisión y arreglo por la mala imagen del televisor.
Especiales - Otros	1	* Se les socializaron las derechos y deberes de los usuario y los medios para interponer PQRS a los pacientes
Total de Seguimientos en el Trimestre	22	

REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN II TRIMESTRE DE 2018

Las Encuestas de Satisfacción a los usuarios son aplicadas mensualmente y tabuladas trimestralmente y de manera manual por las informadoras Orientadoras de la Dirección de Atención al Usuario de acuerdo al procedimiento vigente y a la muestra establecida, se cuenta con 12 modelos de formatos específicos, como son para Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Sala de Partos, UCI, Unidad QX, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Neonatología, Laboratorio Clínico, imagenología, Banco de sangre y Unidad Renal, las cuales se tabulas a través del software Survey Monkey y son publicadas trimestralmente en el Intranet del HUS para consulta de los Directores, Subdirectores y/o Líderes de proceso o Coordinadores de área para consulta y definir oportunidades de mejora a que haya lugar.

ACTIVIDAD II TRIM 2018	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
REALIZACION DE ENCUESTAS	99	98	96	293
USUARIOS INSATISFECHOS	0	0	2	2

En el mes de mayo se venció la Licencia del Software Survey Monkey el cual no se reanudó motivo por el cual se solicitó a la Subdirección de Sistemas el suministro de otro software, iniciando a partir del 1 de abril/2018 el entrenamiento del nuevo "SURVEY LINE" en su manejo por parte de las Informadoras de la DAU y aplicándolo a partir de junio de 2018 en la tabulación de las encuestas.

La aplicación de las encuestas continúa siendo "manual" la cual ha sido una limitante en la optimización del tiempo de este recurso humano, por tal motivo se reiteró solicitud a la Subdirección de Sistemas de la "compra y suministro de Tablets o Computadores Portatil".

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



Apertura de Buzones de Sugerencias 2 veces por semana de acuerdo al procedimiento institucional establecido el cronograma de apertura. **En el II trimestre** de 2018 se realizaron 30 aperturas.

- Atención diaria de Usuarios (paciente o familia) en la oficina de la Dirección de Atención al usuario por parte del Informador asignado a la oficina permanentemente y de la Secretaria de la Dirección como son: brindar información y orientación, consecución de citas, recepción de quejas o reclamos, acompañamiento a los diferentes servicios según necesidad, contacto telefónico con su EPS para trámites entre otros.
- Acompañamientos a los pacientes durante el proceso de atención en los casos especiales: pacientes de 3 a edad, en condición de discapacidad, materna.
- Realización de charlas a los usuarios en las salas de espera buscando educar y capacitar al paciente sobre temas de mecanismo de interposición de peticiones, emergencias y desastres, cuidados de las áreas del hospital, declaración de los deberes y derechos, cuidado del ambiente, canales de comunicación con el HUS, entre otros, actividades que se registran en las planillas respectivas.
- Seguimientos a casos especiales: Pacientes hospitalizados que interpusieron una queja o reclamo, funcionarios o familiares de funcionarios hospitalizados, Pacientes en los cuales se presentó posibles novedades de seguridad, etc.
- Socialización y entrega del Manual de Atención al usuario.

OBSERVACIONES CLIENTE INTERNO II TRIMESTRE 2018. Peticiones interpuestas por el Cliente interno hacia los pacientes o familiares, o sus acompañantes:

Cargo	Frecuencia
Auxiliar de Enfermería	11
Jefes de Enfermería	2
Enfermería Jefes y Auxiliares	6
Especialistas	2
Secretarias	2
Guardas de Seguridad	3
Residentes	3
Auxiliar de Facturación	1
Fisioterapeuta	1

TOTAL

31



051

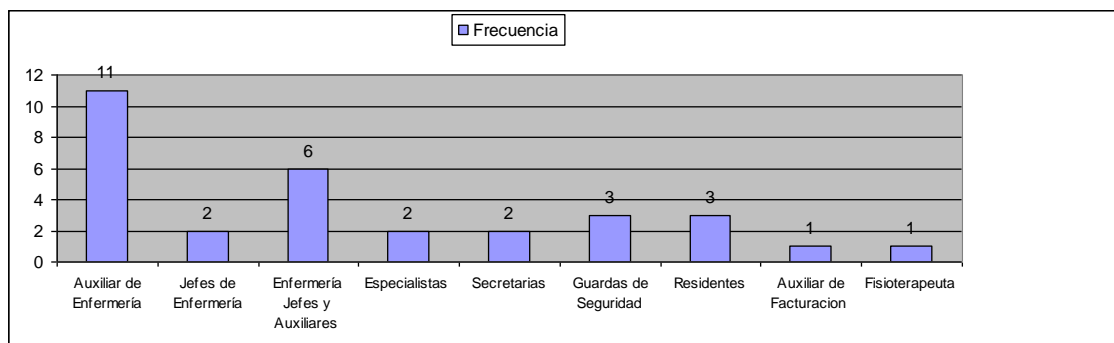


SC5520-1

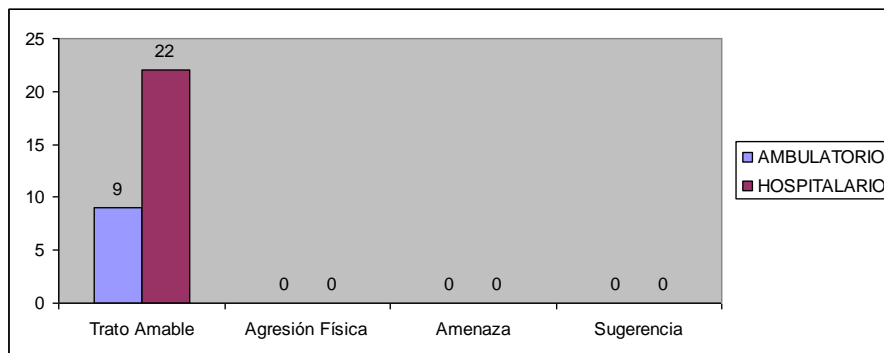
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”





	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
Trato Amable	9	22
Agresión Física	0	0
Amenaza	0	0
Sugerencia	0	0
TOTAL	9	22



Para el segundo trimestre 2018 se presentaron 31 observaciones de cliente interno manifestando inconformidad por parte del paciente y/o familiar donde se evidencia la vulneración el deber del Trato Amable y Respetuoso a los Colaboradores de Hospital, desde la Dirección de Atención al Usuario se realizó intervención donde se le socializaron los derechos y deberes del usuario, Se genera un momento de escucha al usuario, en casos especiales como el del Señor Carlos Lozano de la cama 230 se realiza seguimiento desde la Dirección de Atención al Usuario, Trabajo Social hasta lograr la ubicación de Hogar geriátrico y también se socializan los mecanismos para interponer PQRSD cuando tienen alguna inconformidad frente al servicio.

PAS 2018. PROGRAMA DE HUMANIZACION. AVANCES

Como producto del análisis de los resultados de las Rondas de Humanización realizadas en el I trimestre de 2017, se estableció como **estrategia principal** el diseño de **Rompe tráfico**s con mensajes de sensibilización al cliente interno por cada línea estratégica del Programa de humanización, que busca fortalecer la atención

humanizada hacia nuestros pacientes y continuar desarrollando actividades de sostenimiento de cada una de las seis (6) Líneas .Estratégicas del Programa de Humanización.

Se solicitó a la Subdirección de Desarrollo Humano continuar con la estrategia de incluir en el PIC (programa de capacitación Institucional) 2018, **charlas de sensibilización, capacitación y talleres de humanización , servicio al cliente y demás relacionados** hacia el cliente interno con el fin de continuar fortaleciendo habilidades y competencias de atención humanizada y segura a nuestros usuarios.

L.E Comunicación Asertiva: En el II Trimestre se realizo **publicación en las 9 Carteleros Rodantes** de la Dirección de Atención al Usuario con el tema: **“programa de Humanización Línea Estratégica Comunicación Asertiva Prudente Entre Nosotros, el Paciente y su Familia”** buscando la participación activa del **cuidador** en el proceso de una atención humanizada y segura.



CONTINÚA ESTRATEGIA IMPLEMENTACION CELEBRACION CUMPLEAÑOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

Durante el II trimestre del 2018 se continuó celebrando los cumpleaños de los Pacientes hospitalizados en compañía de sus familiares y del personal asistencial del servicio con actividades muy sencillas pero cálidas y significativas como: decorar la cabecera de la cama con festones y bombas, cantar el Happy Birthay, entrega de tarjeta de felicitación a nombre de la familia samaritana, entre otras. Estrategia que tiene como Objetivo fortalecer la atención cálida y humanizada de los pacientes hospitalizados, acompañándolos, acogiéndolos y fortaleciendo los lazos fraternos con el equipo.

CELEBRACIONES II Trim 2018: **a 5 Pacientes**, con corte a 30 de Junio/ 2018

TOTAL DE CELEBRACIONES I SEMESTRE/2018 : a 16 Pacientes Hospitalizados , con corte a 30 de Junio/ 2018

- Enero / 2018: celebración a 4 pacientes.
- Febrero de 2018: celebración a 2 pacientes

- Marzo /2018 : celebración a 5 pacientes
- Abril/ 2018: celebración a 1 pacientes.
- Mayo de 2018: celebración a 1 pacientes
- Junio/2018 : celebración a 3 pacientes



Estrategia de la DAU del “**Pacto por el trato Amable**”. Se continúa realizando el taller 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:

TALLER PACTO POR EL TRATO AMABLE I SEM 2018.	N. DE ASISTENTES
ENERO	3
FEBERO	5
MARZO	2
ABRIL	1
MAYO	5
JUNIO	7
TOTAL I SEMESTRE 2018	23

Al 30 de junio 2018, Uno de los asistentes al taller del Pacto volvió a estar involucrado en una nueva queja por posible falta de trato amable al paciente o familiar, es decir se presenta 4.3% de reincidencia. Se realiza nueva invitación al taller.

Participación de la Dirección en las sesiones de **Inducción y Reinducción** organizadas mensualmente por la Subdirección de Desarrollo Humano y a través de las cuales la DAU socializa y sensibiliza al Cliente Interno sobre el Programa de Humanización institución (incluye su inclusión en el Direccionamiento estratégico:

misión, visión, Valor institucional, Política de humanización ..), la Declaración Institucional Derechos y Deberes de los Usuarios en salud, escucha de “la Voz del usuario, Paciente y familia” y Código de ética Institucional, entre otros.

II Trim 2018 Sesiones de Inducción y Reinducción al Cliente Interno	Total por Mes Personas que Asistieron a Inducción y Reinducción
ABRIL	39
MAYO	36
JUNIO	13
TOTAL	88

Indicador : El 100% de los Usuarios entrevistados (293 pacientes) manifestó que el 100% del personal de salud que lo atendió se presentó y el 99.7% lo llamó por su nombre, evidenciando que se cumplió la meta del indicador y es el resultado de la estrategia de comunicación asertiva hacia el cliente interno de “saluda, sonría, mire a los ojos, preséntese y llame al paciente por su nombre, incluida en todos los procedimientos , protocolos documentados en el HUS, comunicada a través de las sesiones mensuales de inducción y reinducción, publicación de los tips en las carteleras físicas de la Dirección de Atención al Usuario, la socialización del Código de ética institucional a través de la proyección de las pantallas digitales de los servicios, la participación de colaboradores en el Pacto por el trato amable que se convierten en Líderes multiplicadores del trato amable, entre otros.

L.E. Manejo de la Privacidad y Confidencialidad. Se actualizó el procedimiento MANEJO DE LA PRIVACIDAD, INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE código 02AUF16-V2, el cual fue revisado por el equipo de trabajo, quedando pendiente radicarlo a la Directora de Atención al Usuario para revisión y aprobación y adicionalmente continuar con la socialización del procedimiento aprobado y publicado lo que se programó para agosto. Los 293 pacientes a quienes se les aplicó la Encuesta de satisfacción, el 100%, manifestó que le brindaron condiciones de privacidad y confidencialidad durante su atención (tono de voz, manejo de la información, espacio físico)? Es decir se les respeta su privacidad durante la permanencia en el hospital.

L.E. Manejo del Dolor Físico.. Se mantiene el control del “V Signo Vital” por parte del personal Auxiliar de Enfermería, aplicando la escala facial, se registra en la HC y se visualiza en la pantalla de las centrales de enfermería.

En el mes de mayo se adelantó socialización del procedimiento humanizado del dolor a los médicos de las especialidades de Medicina Interna (# 10), Neurocirugía (#11), Urología (#9), Ginecología (#21) y Ortopedia (# 26), por parte de Auditoría médica se realiza seguimiento al manejo del Dolor mediante la auditoría de las Historias Clínicas tanto de pacientes hospitalizados como de Consulta Externa, encontrando los siguientes resultados:

La adherencia y correspondencia entre la valoración de la intensidad del dolor igual ó mayor a 7 y su tratamiento médico para consulta externa es del 34,48%.

La adherencia y correspondencia entre la valoración de la intensidad del dolor igual ó mayor a 7 y su tratamiento médico para hospitalización es del 73,90%.

Las 3 primeras especialidades que más valoran la intensidad del dolor como mayor a 7 y no prescribe



tratamiento para consulta externa son: DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, REUMATOLOGIA y ORTOPEDIA RODILLA

Las 3 primeras especialidades que más valoran la intensidad del dolor como mayor a 7 y no prescribe tratamiento para hospitalización son: MEDICINA DE URGENCIAS Y HOSPITALARIA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA y CIRUGIA GENERAL

Se sugiere continuar socializado el procedimiento para el manejo humanizado del dolor a médicos y especialidades mencionadas, para consulta externa y hospitalización, por parte de anestesiología especialista en dolor.

En cuanto a la Analgesia obstétrica se realizó reunión el 11 de abril/2018 en la DAU con el Subdirector de Ginecología, MD de Ginecología, la Jefe de Anestesia y la Coordinadora de Enfermería de IAMI donde se informó que se ha garantizado en sala de partos el kit de insumos para analgesia obstétrica, se inicia la solicitud de interconsulta por el sistema de Dinámica gerencial y se construye a partir de mayo el Indicador en el TUCI (Tablero único de control de Indicadores) denominado: Número de pacientes que reciben manejo analgésico durante el trabajo de parto en el periodo evaluado.

Indicador: % de Maternas atendidas con analgesia obstétrica en el trabajo de parto= # de maternas con Analgesia obstétrica en el trabajo de parto/ No de partos Vaginales x 100. Se definió como meta Mínimo el 45% de maternas en trabajo de parto, que en condiciones fue viable y aceptaron la administración de analgesia obstétrica, es decir la recibieron.

Para el mes de abril se registraron 12 solicitudes de analgesia peridural y se administraron a 4 maternas (33%) u 1 pte. rechazó el procedimiento. En mayo se solicitaron 13 analgesias y se aplicaron 6 (46%) y 2 pacientes la rechazaron y en junio se hicieron 10 solicitudes y 1 no la acepto.

A partir del mes de junio se fortalece el proceso de información y orientación con el apoyo de una Informadora y Orientadora de la DAU.

Del 13 al 20 de abril se llevo acabo campaña de sensibilización en atención humanizada dirigida principalmente a equipo médico de Ginecología resocializando el Protocolo de saludo, publicando en sala de partos mensajes de humanización cortos (Mi médico me habla en términos entendibles, Mi MD porta su identificación, , Saludo y me presento, Me tratan con respeto, conozco el nombre de mis pacientes, explico el consentimiento informado, etc) y se actualizó el Procedimiento de Atención a maternas como parte del fortalecimiento a la Circular 016/2017 “ Atención Preferencial a Maternas” incluyendo parámetros para la atención ala maternas pertenecientes a población especial (indígenas, afrocolombiana, desplazadas, etc).

L.E de Manejo del Duelo y la Muerte: se logró realizar un total de 90 socializaciones a colaboradores principalmente a enfermeras, auxiliares, camilleros y otros colaboradores en los diferentes servicios del HUS, con el apoyo de éste personal. en el segundo trimestre de 2018 MANEJO DEL DUELO Y PACIENTE FALLECIDO 02AUF07-V2 con el fin de fortalecer el acompañamiento a nuestros pacientes y sus familias.

Para ello fue indispensable realizar reunión con el personal que se encontraba en rotación semanalmente y en el mes de mayo se construye conjuntamente un rotafolio sobre el procedimiento en mención para llegar a los colaboradores del HUS.



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



En el II trimestre del año 2018 fallecieron 131 pacientes, dato extraído del libro de registro de la sala de paz, de los cuales se **entrevistaron telefónicamente** a familiares de 65 casos respectivamente que corresponden al 50% de los pacientes fallecidos.

	II TRIMESTRE
PACIENTES FALLECIDOS	131
FAMILIAS ENCUESTADAS	65
PORCENTAJE	50%

Nuestros usuarios consideran mayoritariamente BUENO el acompañamiento ante el fallecimiento de su familiar en la Institución por el personal Facturación, Trabajo Social, Médico, Enfermería y al Funcionario de Sala de Paz. Solo 3 pacientes en el Trimestre refirieron no conocer al funcionario de Sala de Paz y 1 a la Trabajadora Social.

De las 65 encuestas aplicadas a usuarios de pacientes fallecidos en el HUS el 100% señala haber conocido la SALA DE PAZ, Situación que permite reconocer el mayor conocimiento del procedimiento en nuestros colaboradores y la orientación adecuada de los familiares de pacientes fallecidos para que se acerquen a la Sala de Paz por el equipo de Salud. No presentan sugerencias las personas encuestadas. También se realiza entrega de tarjeta de Condolencias ofrecida por el HUS a través la Trabajadora Social que realiza el acompañamiento, del total de 131 pacientes fallecidos en el HUS en el II trimestre de 2018 el equipo de Trabajadoras Social realizó 56 acompañamientos a familiares el cual corresponde al 43% de ésta población.

En este proceso de atención en duelo se acompaña a la familia desde antes del fallecimiento, se ofrece apoyo y orientación en el proceso administrativo de salida, acompañamiento psicosocial, acompañamiento hasta SALA DE PAZ, apoyo para ingreso de familiares directos, entre otros.

INDICADOR; % de pacientes que reciben acompañamiento durante el fallecimiento de su paciente.

	MORTALIDAD	MUESTRA ENCUESTADA	FAMILIARES QUE REFIEREN ACOMPAÑAMIENTO	PORCENTAJE
I TRIMESTRE 2018	107	55	55	100%
II TRIMESTRE 2018	131	65	65	100%
TOTAL	515	121	121	100%

Para consolidar datos para el indicador establecido en la línea base se toma el dato de la encuesta telefónica en donde se indagar si considera hubo acompañamiento por algún miembro del equipo de salud y como lo califican (BUENO-REGULAR-DEFICIENTE)

El denominador no es el total de pacientes fallecidos sino la muestra tomada para la realización de la encuesta.

Logros

- El WhatsApp del grupo que apoya la línea de paciente fallecido en el HUS el cual permite una fácil y rápida comunicación entre los colaboradores y mejora acompañamiento a las familias de nuestros pacientes fallecidos (Trabajadoras Sociales, Colaboradores de la saña de Paz, Informadoras DAU, Directora de Atención al Usuario ...).
- La mejora en la entrega oportuna de los certificados de defunción por parte de los médicos, ninguna persona encuestada refiere largos tiempos en entrega certificado defunción y solo una persona señala demoras para la salida de su familiar de la institución.
- Dar continuidad al proceso de socialización del procedimiento de manejo de duelo y paciente fallecido.
- Reconocimiento de la SALA DE PAZ en el 100% de las personas encuestadas

Por otra parte desde el 2017 se han mantenido algunas pequeñas pero valiosas acciones para lograr que la **SALA DE PAZ** sea más cogedora mientras se realiza la remodelación total de la misma la cual fue solicitada por el Comité de Humanización desde el 2016, como: cubrimiento del cuerpo del paciente fallecido con sabanas bordadas suministradas por la empresa de Lavandería, Obsequio de 2 pequeños floreros y 1 lámpara por parte de las Damas Rosadas del HUS, 1 cuadro de San Camilo prestado por el Capellán el cual fue ubicado en sala de espera de familiares, la elaboración de 1 mesón para ubicar el cuerpo del paciente fallecido, la implementación de la lectura de un mensaje a los familiares por parte de los tanatólogos en el momento que se les entrega el paciente, la señalización de la sala y la colocación de varios avisos para facilitar su ubicación dentro del HUS, entre otros.

Continúa brindándose apoyo espiritual y emocional por el Capellán del HUS Padre Francisco Romero y el grupo de la Pastoral de la Salud el Buen Samaritano, integrado por aproximadamente 30 voluntarios que a diario se turnan en la mañana acompañándolo en la visita a los pacientes hospitalizados, el Capellán brinda los servicios sacramentales de la Iglesia Católica, celebración diaria de la Eucarística, dirección espiritual, atendiendo los requerimientos del pte /fmia, Colaborador del HUS, acompañamiento en el momento del fallecimiento de un paciente y celebración de Eucaristía por los ya fallecidos, desde el enfoque del respeto por la libertad de culto, lectura bíblica, identificación de necesidades de los ptes o familiares poniéndolas en conocimiento a la DAU, apoyo espiritual y emocional a cliente interno, transmisión de Video en pantallas digitales ubicadas en los servicios y apertura diaria de buzón instalado en la Capilla para aumentar el acceso a este apoyo espiritual y emocional.

L.E Manejo del Paciente Crónico: En comparación con los resultados que se presentaron en primer trimestre, se evidencia un aumento significativo en el número de pacientes capacitados, lo cual indica una mejor y buena articulación entre la DAU, el equipo de trabajo de la Línea Estrategia y el equipo primario de salud aunado al control y seguimiento adelantado por la referente Líder del programa la Directora de atención al Usuario como consta en las actas de las reuniones realizadas.

Se capacitaron a 700 paciente de la población objeto de la L.E los cuales educación durante y al momento del egreso, se dejaron registros en la HC del Paciente y se realizó auditoría de verificación de la educación brindada para lo cual se tomaron Historias clínicas aleatorias y se evidenció registros en la misma, auditoria realizada por cada uno de los integrantes de esta Línea Estratégica del Programa de Humanización. Del total de 700 pacientes se le brindó educación a 335 (48%) con Dx de Diabetes mellitus, 224 ptes con Dx EPOC, 135 con Dx de IRA (insuficiencia renal) ya 6 (0.8%) con Dx de ACV, todos por parte del grupo interdisciplinario de Enfermería, Nutrición, Terapia y Trabajo Social en temas relacionados a su área.



De esos pacientes, fisioterapia realizó capacitación de 91 pacientes durante el segundo trimestre, de los cuales el mayor porcentaje de pacientes capacitados fueron los que tenían EPOC que corresponde al 53 % de los pacientes; la subdirección de enfermería realiza capacitación a un total de 404 pacientes de los cuales los pacientes que más se les realiza capacitación son aquellos con diagnóstico de diabetes mellitas que equivale al 43 % de los pacientes capacitados, Por otro lado el servicio de Nutrición realizó capacitación de un total de 198 pacientes de los cuales los pacientes a lo que más le dieron capacitación fue a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitas que equivale al 64 % y el servicio de trabajo social capacitó a un total de 7 pacientes.

Además de la información que se le brinda al paciente se evaluó la comprensión de esta información por parte del paciente. Se evidencia que al servicio de fisioterapia el 100 % de los pacientes le comprende la información; para el servicio de enfermería la información que le da a los pacientes para el mes de abril el promedio de comprensión es de 91 % para el mes de mayo es de 98% y para el mes de junio de 97 %.

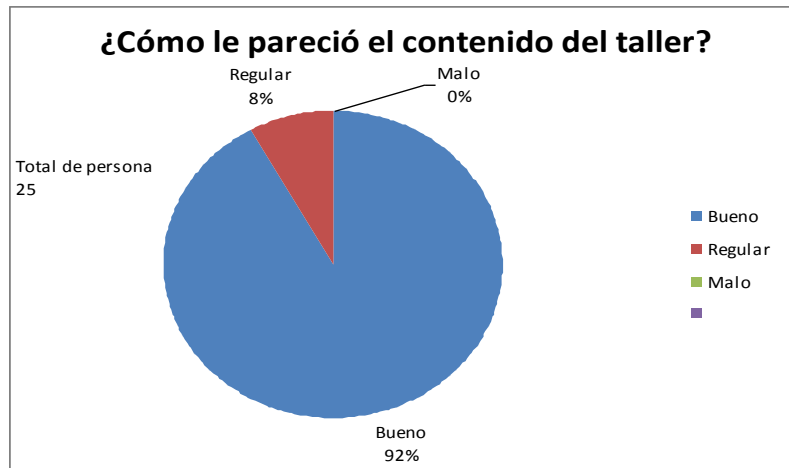
En el test de comprensión realizado a pacientes que recibieron educación nutricional, se observó que la información suministrada por la nutricionista resolvió y/o aclaró las dudas e inquietudes que tenía el paciente acerca del manejo nutricional de su enfermedad actual y además consideraron que las recomendaciones / indicaciones nutricionales suministradas eran útiles para su vida diaria. Se encuentra que el 88 % del personal de enfermería de la institución tiene adherencia a los registros de las actividades educativas que se les dan a los pacientes; lo cual es realmente favorable y se mantiene dentro de la meta propuesta.

Toda esta información producto de las actividades adelantadas en ésta L.E será suministrada al líder del Programa de Promoción y Prevención para que sea tenida en cuenta en sus reportes del programa.

L.E. Apoyado al Cuidador: Se continúa en este segundo trimestre, con el suministro de refrigerios, entrega de los folletos: “cuidarse como cuidador” al inicio del taller, como herramienta que guía el curso del mismo. Dentro de los análisis que se realizaron en los talleres, y según **el indicador** de la línea estratégica, se puede evidenciar lo siguiente: participaron 25 cuidadores de pacientes hospitalizados. Se han reconocido las siguientes herramientas para fortalecer su rol como cuidadores

Herramientas Adquiridas en el taller	
Pregunta	Personas
llegar a acuerdos con la familia	12 (48%)
Realizar actividad física	4 (16%)
Cuidar de la alimentación	4(16%)
Acercarse al centro de salud más cercano	3 (12%)
no recuerda	2 (8%)
planificar los encuentros con el paciente	0
total de personas	25 (100%)

Es así que se cumple con la meta definida por el indicador que más del 50% de los cuidadores que asistieron a los talleres reconocieron herramientas que fortalecieron su rol.



L.E Ambiente y Tecnología amigable) (Bogotá): se continúa con la campaña iniciada el I trim 2018 **través de la ubicación de los** Rompe tráfico en diferentes áreas asistenciales y administrativas del HUS se desplegó: CUIDADO DE LAS INSTALACIONES, ESTRATEGIAS DE ORDEN Y ASEO, ESPACIOS LIBRES DE HUMO, SEGREGACION DE RESIDUOS, se cumplió con lo pertinente para los meses de mayo y junio-Adicionalmente en las carteleras físicas institucionales la campaña de Silencio y Espacios Libres de Humo. Dentro de las actividades de desplegar estrategias para Orden y Aseo, se aplicaron 9 las listas de chequeo en las estaciones de enfermería de los pisos 5, 4, 3 y 2. De igual forma se aplicó la lista de chequeo en el área de objeciones y cartera (ver listas de chequeo aplicadas) y donde a su vez se impartió charla a los colaboradores de las áreas, para mejorar éste aspecto. Así mismo, se tuvo el acompañamiento de las enfermeras Martha Arias, y Gloria Gamboa, quienes apoyaron todo el trabajo en los estar de enfermería e incluso se evacuaron muebles en mal estado ó que no se usaban, para despejar áreas.

En la entrevista a 70 pacientes, 60 de ellos tuvieron alguna observación del tema:

7 usuarios en los servicios de hospitalización percibieron ruido, generado por alto tono la hablar y por ruido de carros de medicamentos y aseo en la noche.

4 pacientes manifestaron no recibir explicación del uso de dispositivos por parte del personal de enfermería.

9 usuarios no recibieron información sobre cuidado de instalaciones, espacios libres de humo, orden y aseo, segregación de residuos.

9 personas no tuvieron agua caliente para su baño.

Indicador: De 70 usuarios entrevistados, el 83.1 % percibieron una ambiente amigable con respeto por el silencio y cuidado con el medio ambiente, cumpliendo la meta establecida, de acuerdo a la entrevista aplicada.

ENCUESTA: De 24 pacientes promedio entrevistados trimestralmente el 100% informa Recibió información sobre los dispositivos (sondas, venoclisis, catéteres) y/o equipos biomédicos que se usan durante su proceso de atención y comprendió la información suministrada.

Reportes de Indicadores Intra y Extrainstitucionales

Se realizó mensualmente el reporte de indicadores de Satisfacción Global a la oficina de Estadística del HUS, se subieron los datos al TUCI y se realizó el análisis del resultado general por parte de la DAU.

Se remitió el 6 de Julio /2018 Informe trimestral de Participación Social a la Secretaría de Salud de Cundinamarca: Actas del Comité de Ética, Indicador de satisfacción Global del II trim de 2018, Informe ejecutivo de las reuniones mensuales de la Asociación de usuarios, informe de PQRSD por parte de la SDU.

OTROS

- **HUMANIZACIÓN. CELEBRACION EVENTO HUMANIZACION EN LA PRIMERA INFANCIA:**



El 27 de abril se lleva a cabo el evento de “Humanización en la 1ª Infancia” de acuerdo a los lineamientos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Gerencia HUS y cumplimiento de la normativa vigente, el cual fue organizado por la Dirección de Atención al Usuario y la participación de los integrantes del Comité de Humanización.

Previo a la celebración se realizó una encuesta a los funcionarios e hijos de los mismos, para determinar que



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



juegos se llevarían a cabo para el día de la celebración, de las cuales se aplicaron a 37 Funcionarios y a 38 funcionarios o colaboradores del HUS Bogotá (la misma celebración se realizó en la U.F de Zipaquirá., para **un Total de 75 Encuestados.**

Se hace la apertura del evento con juegos de Rondas y Maratón de Aeróbicos donde participaron los niños de todas las edades, en el Patio de banderas del HUS. También participaron niños entre (6 – 12) años en juegos de Mesa, entre (0 – 5 años se les realizó Show Lúdico de Payasos, Globoflexia y pintucaritas.

Interactuaron con los Brigadistas de Emergencias del Hospital la Samaritana participando los niños de todas las edades, los cuales les dieron indicaciones de como actuar en Caso de Emergencia, uso adecuado de extintores en caso de un Conato de incendio y participación como brigadista para salvar vidas. Para concluir la jornada se efectuó el diseño de llaveros en colores con chaquiras y la participación activa de todos los niños asistentes y padres de familia. Se ofrecieron refrigerios a todos los niños.



ACREDITACION / HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN, VISITA DE REFERENCIACION AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO: Se llevo acabo el 18 de abril de 2018 con el fin de identificar acciones de humanización que logran impacto en la transformación cultural del HUSI , visita en la cual participaron los siguientes integrantes del Comité de Humanización del HUS Subdirector de Desarrollo Humano, Subdirector de Educación Médica, Coordinador de Comunicaciones, Profesional de Planeación y la Directora de Atención al Usuario.

De acuerdo a la Visita se pueden evidenciar oportunidades de mejora en el HUS como:

- 1) En el programa de Humanización fortalecer el enfoque de Humanización dirigido al Cliente Interno y contar con Plan de acción para el desarrollo de competencias y habilidades en trato amable y humanización.
- 2) Revisión y modificación del Proceso de Inducción e Inducción, incluyendo un Kit y taller de humanización.
- 3) Elaborar Plan de Mejoramiento o definir estrategias que fortalezcan el desarrollo de competencias y habilidades de Humanización y servicio al cliente, en el Colaborador o cliente Interno
- 4) Formar Líderes de Humanización con empleados y es de manera voluntaria.
- 5) Se identifica al colaborador muy humano y hacer reconocimiento mediante entrega de STICKER, mensaje escrito.
- 6) Elaborar, socializar e implementar "Guía rápida de prevención y Manejo de agresión y abusos" por parte

de ptes /fmla/otros.

Se elaboró el informe respectivo de la visita y se remitió a la Oficina de Planeación como parte del plan de acción de los estándares de mejoramiento continuo.

ESTRATEGIA IMPLEMENTADA DE LA VISITA DE REFERENCIACION: Como resultado de la referenciación que gestiona la Dirección de atención de Usuarios, en el Hospital Universitario San Ignacio se implementó la entrega de los KITS de inducción para residentes y estudiantes. Con el objetivo de generar una mayor adherencia a los procesos institucionales.

Esto se ha venido trabajando en conjunto con el cambio de metodología de la inducción general de estudiantes de internado y residentes base.



El Kit contempla los aspectos más relevantes, que destacaron los líderes de cada proceso, participantes en la inducción.

- La caja tiene el logo de humanización al igual que el MUGS “Soy interno/residente HUS, yo sonrío, yo saludo, yo miro a los ojos, yo me presento y llamo por el nombre a mi paciente”
- El esfero tiene el lema de nuestro hospital “humanización con sensibilidad social”
- El cuadernillo trae los aspectos más relevantes en el manejo de HC, aislamientos, epicrisis, seguridad del paciente, farmacovigilancia, Declaración de los Derechos y Deberes de los Pacientes en el HUS, Las Líneas estratégicas del programa de Humanización, entre otras.
- El porta carné hace referencia al cumplimiento de lavado de manos “yo te protejo, yo lavo mis manos” y trae los tipos de aislamientos
- El pito trae tres normas básicas de emergencia
- El llavero tiene los tres tips más importantes de comunicación efectiva
- El gel los 5 momentos de lavado de manos

POLITICA PÚBLICA DE PARTICIPACION SOCIAL.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

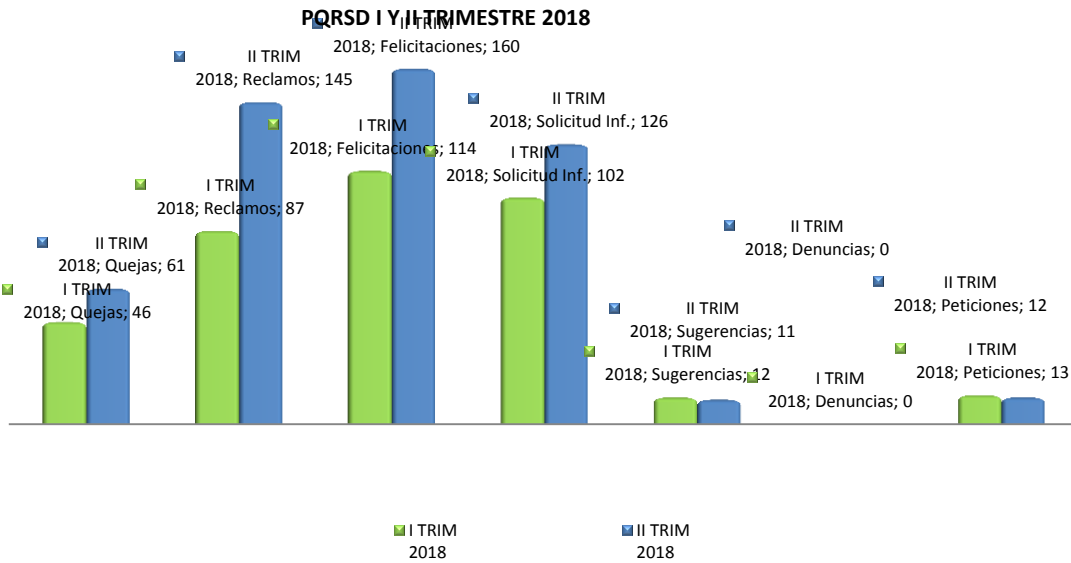


Se continúa acompañamiento y apoyo logístico mensual de la Directora de Atención al Usuario junto con el Líder de Proyecto de Trabajo Social a los integrantes de la Asociación de Usuarios en sus reuniones mensuales, las cuales se ejecutaron de acuerdo a su cronograma, uno de los integrantes asiste a la Apertura de los Buzones de sugerencias. Se realiza las actas respectivas y asesoría técnica según necesidad (Ver archivo). Se socializa la política pública de Participación social a los integrantes de la Asociación, al Equipo Directivo, Trabajadoras Sociales, Subdirectora de Urgencias, Consulta externa, Enfermería, Líder de Estadística, Jefe de Referencia y contrarreferencia, Líder de Trabajo Social, Informadoras y Orientadoras de la Dirección de atención al usuario y de la Subdirección de la Defensoría del Usuario, entre otros. Se llevó acabo el Comité de ética con la participación de los representantes de la asociación de Usuarios al igual que la Representante a la Junta asistió y participo activamente en las programadas.

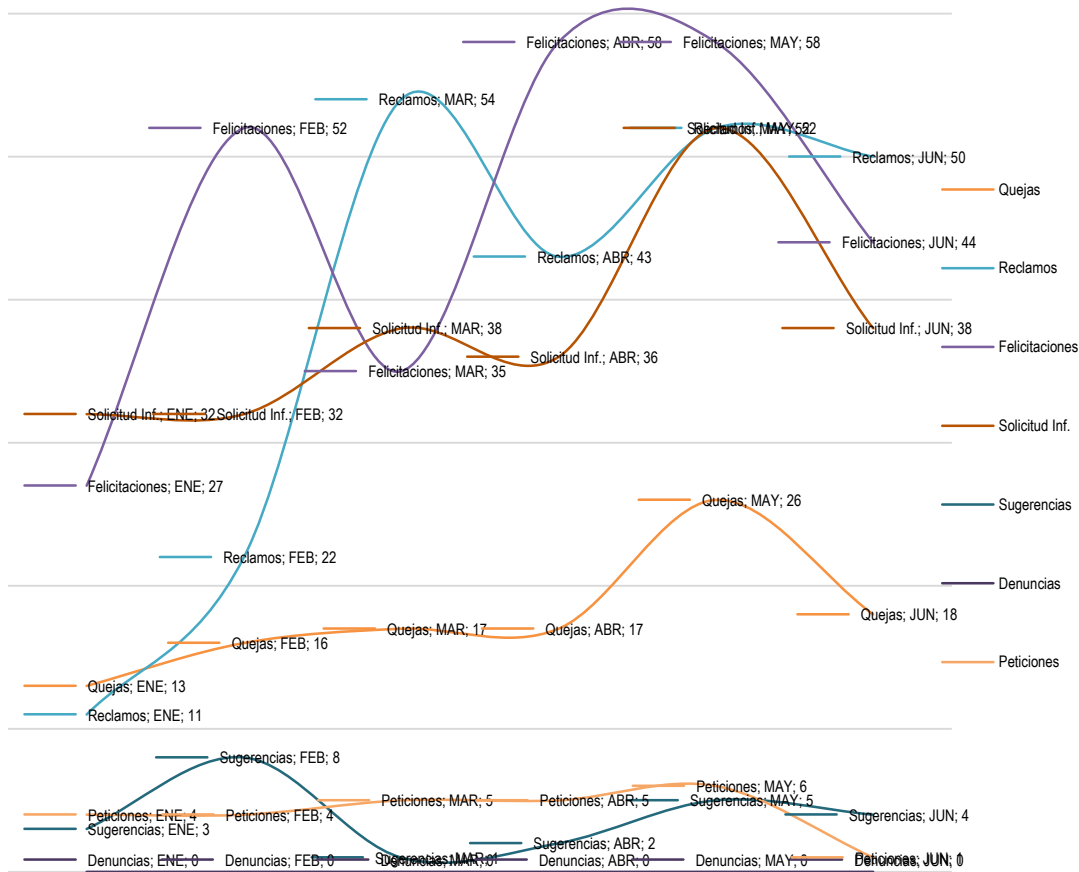
Total del peticiones II trimestre año 2018

CLASIFICACIÓN	PQRS D 2018							COMPARATIVO TRIMESTRES 2018			
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	I TRIM 2018	%	II TRIM 2018	%
Quejas	13	16	17	17	26	18	107	46	12%	61	12%
Reclamos	11	22	54	43	52	50	232	87	23%	145	28%
Felicitaciones	27	52	35	58	58	44	274	114	30%	160	31%
Solicitud Inf.	32	32	38	36	52	38	228	102	27%	126	24%
Sugerencias	3	8	1	2	5	4	23	12	3%	11	2%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Peticiones	4	4	5	5	6	1	25	13	3%	12	2%
TOTAL	90	134	150	161	199	155	889	374	100%	515	100%

Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario



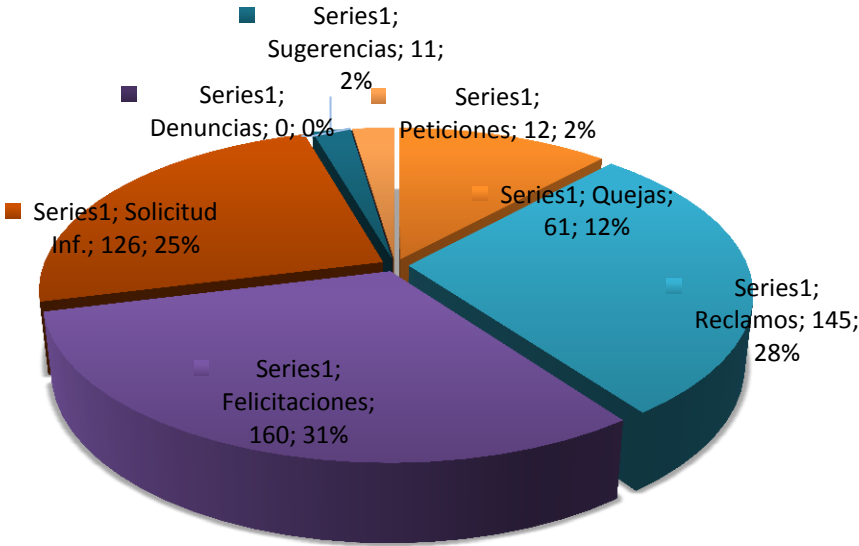
TENDENCIA PQRSD I SEMESTRE -2018



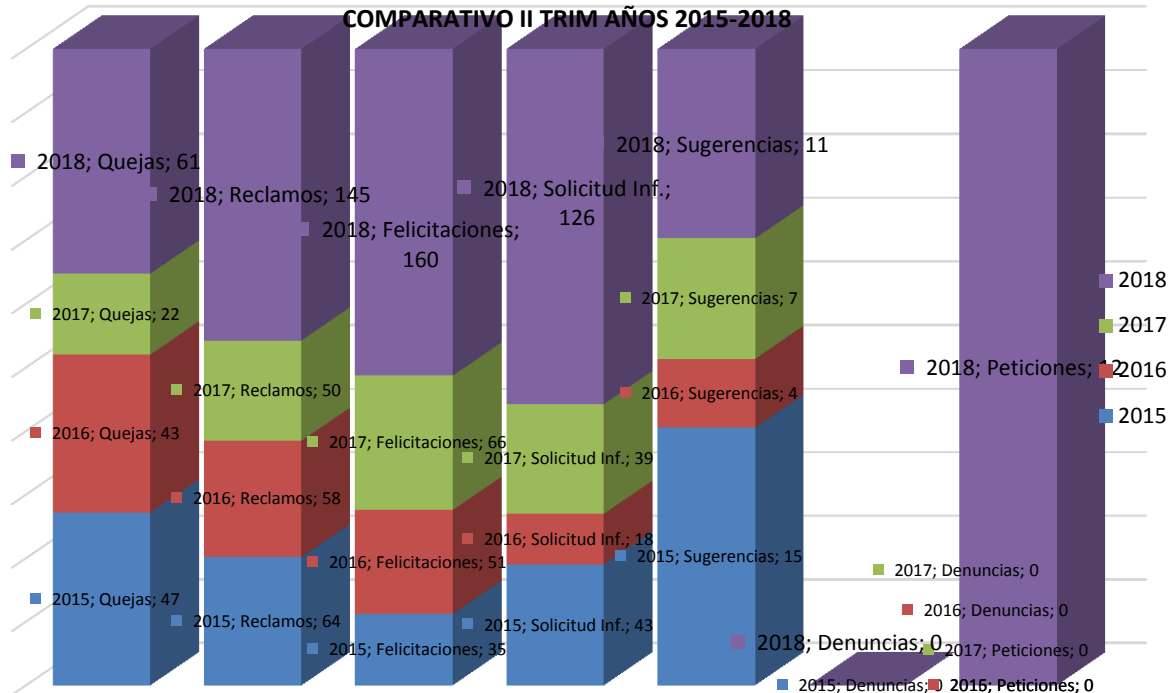
Durante el I semestre del 2018 se recibieron un total de 889 manifestaciones. El 30.8% (274) de ellas corresponde a felicitaciones, el 26.1% (232) a reclamos, el 25.6% (228) a solicitudes de información, el 12% (107) a quejas, el 2.8% (25) a peticiones y el 2.6% (23) a sugerencias.

Se observa que durante el II semestre se ve un aumento del 38% (141) del total de manifestaciones comparando el I trimestre, donde los reclamos aumentan significativamente, destacando que la normatividad es cada vez mucho mas exigente y que el conocimiento de sobre el funcionamiento de los servicios por parte de los usuarios del sistema viene tomando mayor fuerza la participación activa de los usuarios, familia y ciudadanos.

CLASIFICACION PORCENTUAL DEL TOTAL DE PQRSD II TRIM 2018

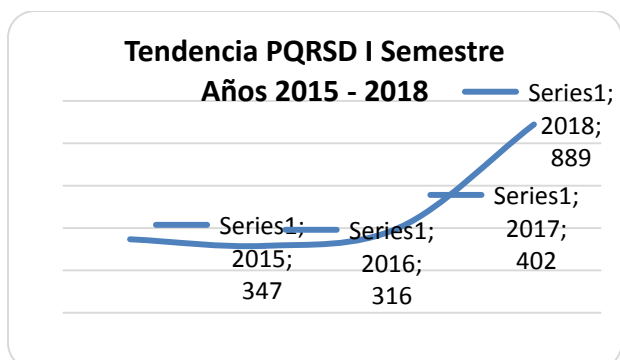


Durante el II Trimestre del 2018 se recibieron un total de 515 peticiones de las cuales se observan en la gráfica que del total de PQRSD las felicitaciones siguen siendo el porcentaje más representativo seguido por los reclamos, solicitudes de información, quejas y por último las sugerencias y peticiones. De este análisis es importante resaltar la gestión que viene realizando el Hospital de la Samaritana en la búsqueda permanente de la satisfacción del usuario y su familia y las necesidades de información de los ciudadanos.



La recepción de PQRSD en el periodo del II trim durante los últimos cuatro años se observan un aumento significativo en general para el año 2018. Es importante aclarar que las denuncias fueron implementadas en el último trimestre del 2016 y las peticiones en el III trimestre del año 2017, las peticiones se incluyen para el último trimestre del año 2017 donde se contemplan peticiones que se requieren hacer traslados por competencia a diferentes instituciones y la unidad funcional de Zipaquirá.

COMPARATIVO I SEMESTRES AÑOS 2015-2018								
CLASIFICACIÓN	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Quejas	83	24%	78	25%	62	15%	107	12.0%
Reclamos	108	31%	124	39%	122	30%	232	26.1%
Felicitaciones	68	20%	74	23%	139	35%	274	30.8%
Solicitud Inf.	68	20%	27	9%	67	17%	228	25.6%
Sugerencias	20	6%	13	4%	12	3%	23	2.6%
Denuncias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0.0%
Peticiones	0	0%	0	0%	0	0%	25	2.8%
TOTAL	347	100%	316	100%	402	100%	889	100%



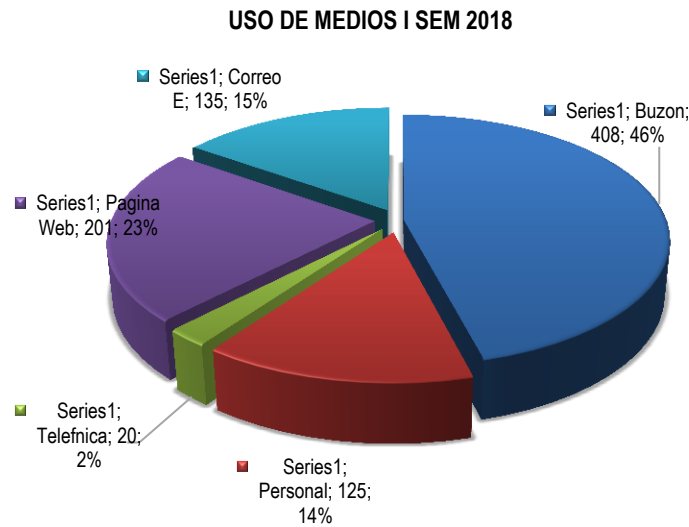
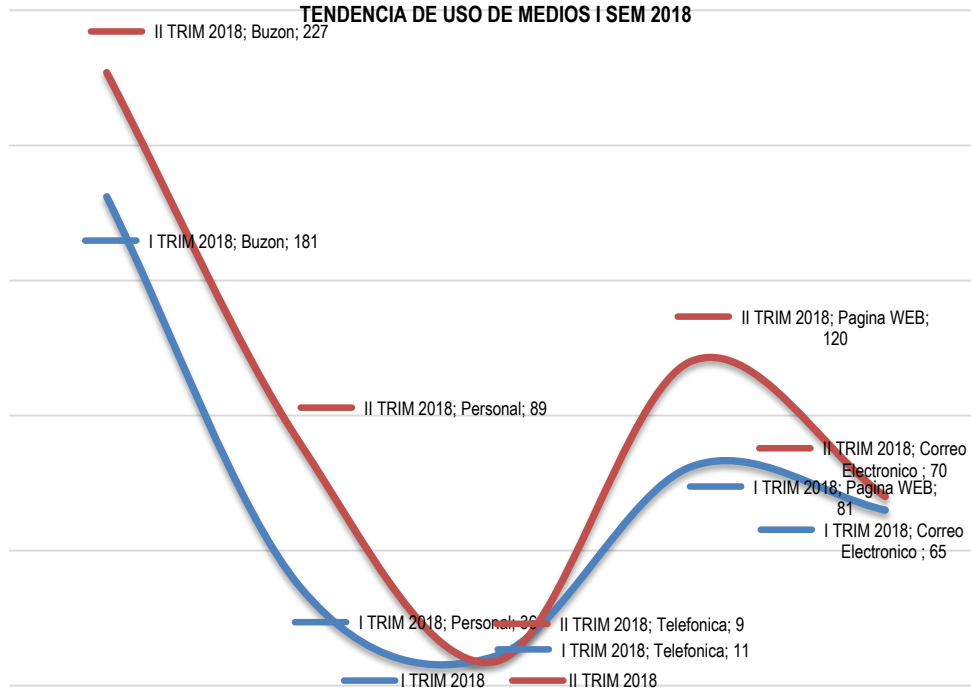
Comparando el total de manifestaciones recibidas durante el I semestres de los últimos cuatro años se observa un aumento significativo para el año 2018 ya que en promedio se recibían 350 manifestaciones para este periodo donde se aumentan aproximadamente en un 121% entre el año 2017 y entre el año 2015 en un 156%, como se menciona anteriormente este aumento es significativo ya que se han ampliado los canales y medios de comunicación para nuestros usuarios, su familia y ciudadanos a través del plan anticorrupción, gobierno en línea y los estándares superiores de calidad.

Desde la DAU se contempla que el aumento significativo se puede deber también a una posible falta de Intervención de las manifestaciones de los Usuarios, es decir de sus inconformidades Quejas, Reclamos, sugerencias (De 83 Quejas en el 2015 a 107 en el I Sem 2018/ Reclamos de 108 en el 2015 a 232 en el I Sem de 2018) y a los resultados del fortalecimiento de la estrategia de interposición de las “felicitaciones” a principios del 2017 lo que se evidencia en un incremento alto de las mismas (de 68 en el 2015 a 274 en el I Sem 2018), este panorama sin desconocer las intervenciones que se vienen adelantando de intervención por proceso, estrategia que se inició a finales del año 2015 por la Dirección de Atención al Usuario y que paulatinamente se ha venido mejorando, pero que se debe fortalecer a ún más.

Clasificación de PQRSD por canal de ingreso II trimestre 2018

CANAL DE INGRESO PQRSD II TRIM 2018					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefonica	Pagina WEB	Correo Electronico
Quejas	33	16	2	10	0
Reclamos	57	37	7	31	13
Felicitaciones	127	27	0	5	1
Soli Inf.	3	4	0	67	52
Suge	6	3	0	2	0
Denuncias	0	0	0	0	0
Peticiones	1	2	0	5	4
TOTAL	227	89	9	120	70

Fuente: Matriz PQRSD 2018



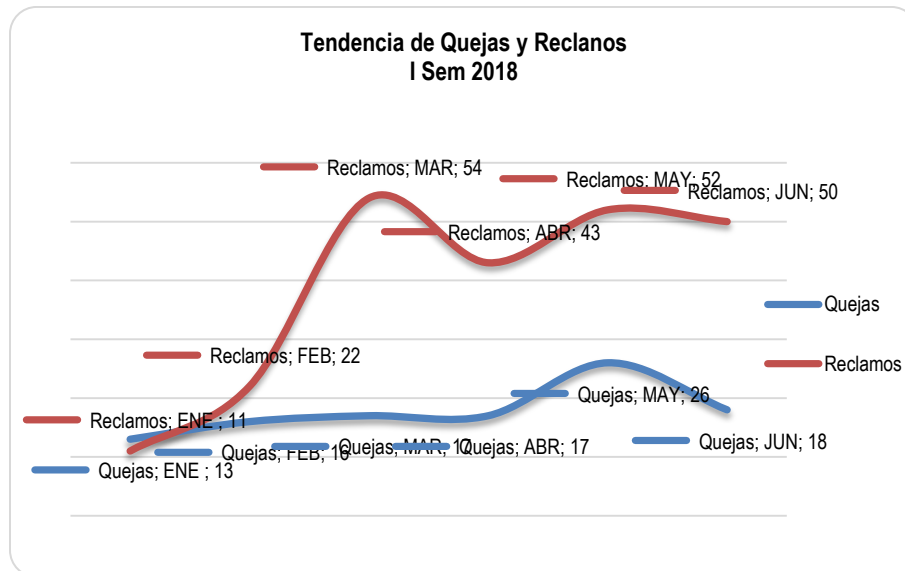
De los canales oficiales dispuesta para la recepción de PQRSD se puede observar que en el I semestre del año 2018 el buzón de sugerencias continúa siendo el canal más utilizado con un 46% (408) del total, el aumento de la página web con un 23% (201), personal o verbal con el 14% (125) donde se evidencia la participación ciudadana con el aumento de manifestaciones recibidas a través de la página web y correo

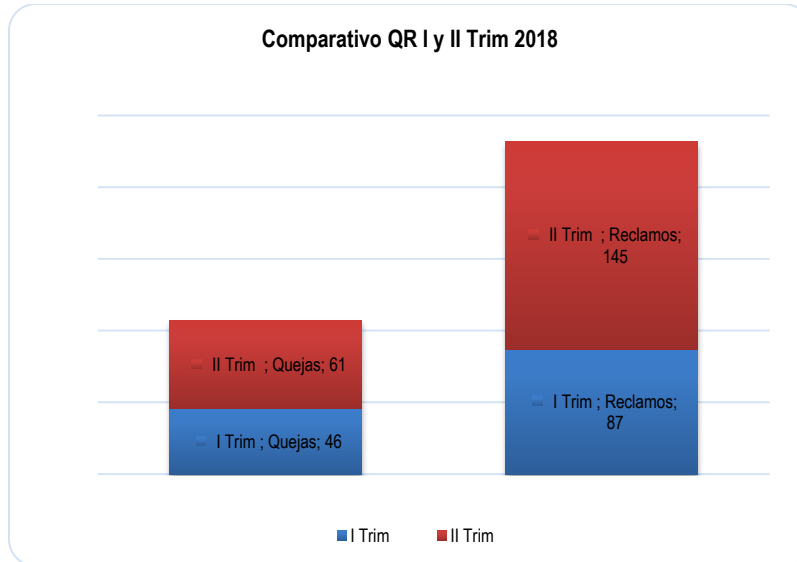
electrónico.

Quejas y Reclamos

QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018								COMPARATIVO TRIMESTRE 2018			
CLASIFICACION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	I Trim	%	II Trim	%
Quejas	13	16	17	17	26	18	107	46	35%	61	30%
Reclamos	11	22	54	43	52	50	232	87	65%	145	70%
TOTAL	24	38	71	60	78	68	339	133	100%	206	100%

Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Proceso Atención al Usuario

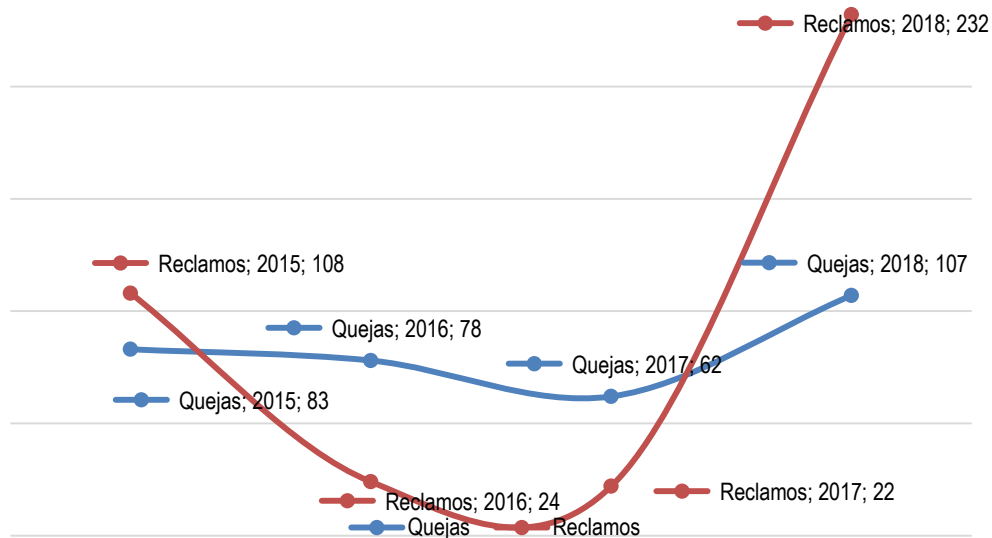




Se observa que para el II trimestre del 2018 de 889 PQRSD el 40% (206) corresponden a quejas y reclamos donde se observa que los reclamos son el mayor porcentaje de insatisfacción manifestada por los usuarios y su familia con un total de 145 reclamos donde se aumentan en 58 reclamos. En comparación con el I trimestre de 374 PQRSD recepcionadas el 35% (133) son asociadas a quejas y reclamos aumentando en un 4% para el II trim del año 2018.

COMPARATIVO I SEMESTRES 2015-2018								
Quejas y Reclamos	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Quejas	83	43%	78	76%	62	74%	107	32%
Reclamos	108	57%	24	24%	22	26%	232	68%
TOTAL	191	100%	102	100%	84	100%	339	100%

TENDENCIA DE QR DEL I SEM AÑOS 2015-2018



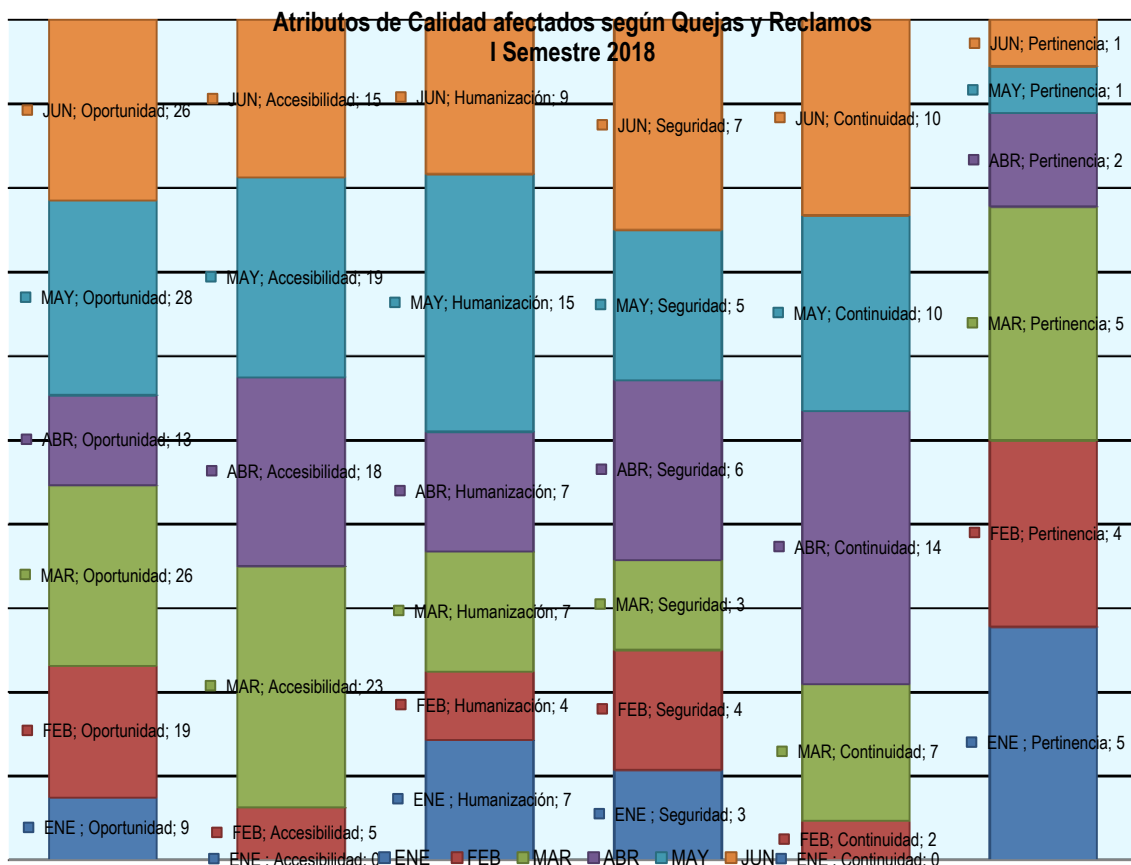
Observando el comparativo del I trim de los últimos cuatro años se presenta un aumento en los reclamos para el año 2018 comparando la tendencia que se tenía en los últimos dos años el cual era en promedio de 23 reclamos, la queja a comparación durante los últimos cuatro años presenta un promedio de 74 quejas en el periodo descrito, pero para el año 2018 aumenta en promedio en un 45%.

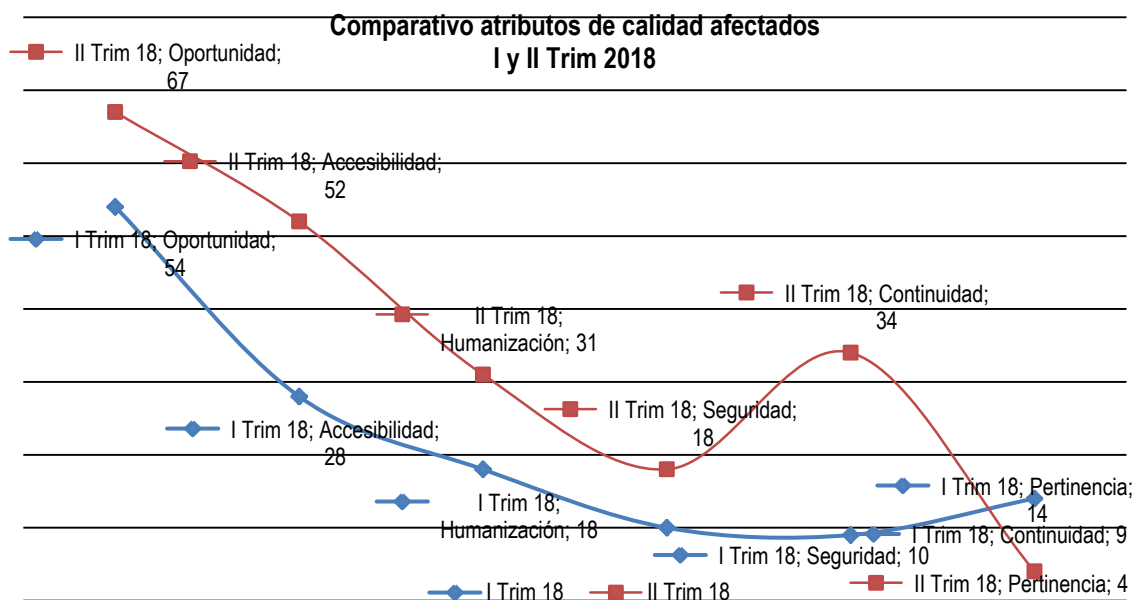
El aumento de las quejas y reclamos se debe a las dificultades en la comunicación a través de las líneas telefónicas para la asignación de citas médicas y de procedimientos las cuales representan el 20% (65) quejas y reclamos siendo la principal causa de inconformismo del año 2018, seguida por la falta de calidez y trato amable con un 15% (51) y otra causa de inconformismo es demora en el llamado de enfermería con un 9% (29), demora en el proceso de facturación con un 7% (22) y posibles novedades de seguridad del paciente con un 6% (20).

Clasificación de Quejas y Reclamos gestionados según Atributos de Calidad afectados

Atributos de Calidad afectados Año 2018								Comparativo de trimestres 2018			
Atributos de Calidad afectados	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	I Trim 18	%	II Trim 18	%
Oportunidad	9	19	26	13	28	26	121	54	41%	67	33%
Accesibilidad	0	5	23	18	19	15	80	28	21%	52	25%
Humanización	7	4	7	7	15	9	49	18	14%	31	15%
Seguridad	3	4	3	6	5	7	28	10	8%	18	9%
Continuidad	0	2	7	14	10	10	43	9	7%	34	17%
Pertinencia	5	4	5	2	1	1	18	14	11%	4	2%
TOTAL	24	38	71	60	78	68	339	133	100%	206	100%

Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario

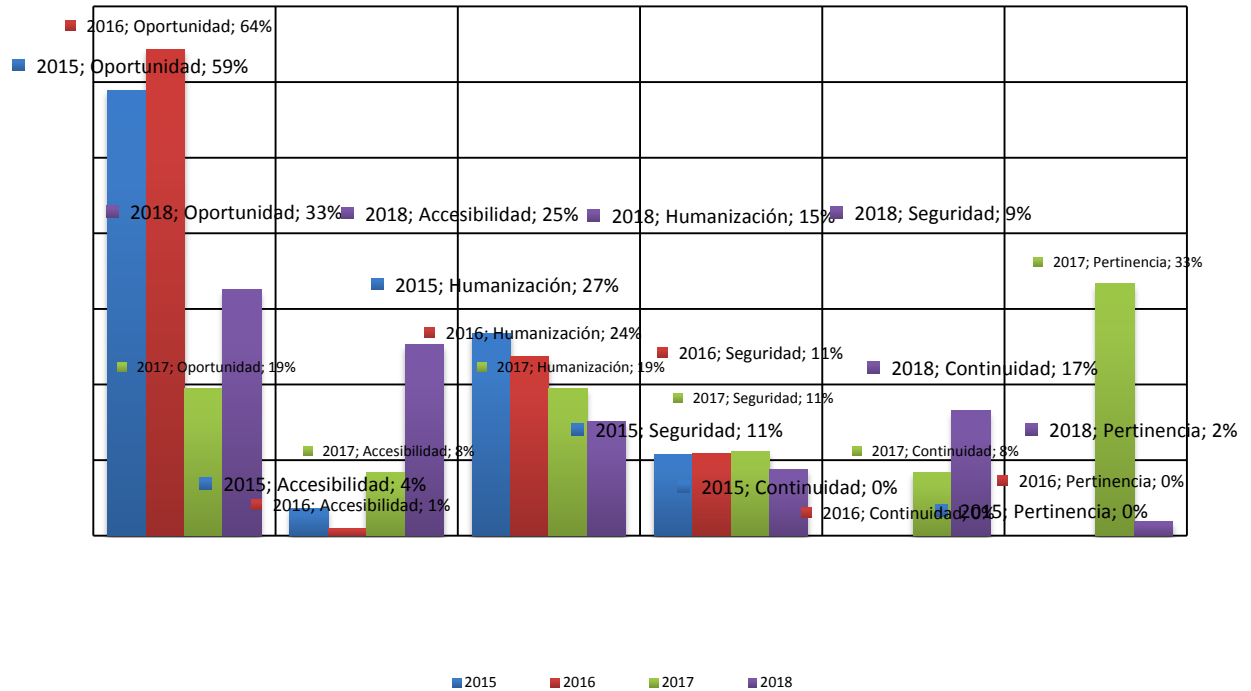




Se observa en las gráficas que de 339 quejas y reclamos presentadas en el II trimestre del 2018 los atributo de calidad más afectados son el de oportunidad y accesibilidad con un 58% entre los dos, se observa que en comparación con el I trimestre del año 2018 se observa que todos aumenta proporcionalmente debido al alto volumen de quejas y reclamos del II trimestre, también es importante aclarar que el aumento de quejas y reclamos que afectan el atributo de accesibilidad es por la dificultad en la comunicación para acceder a programar citas médicas y de procedimientos, en cuanto al atributo de humanización es el 15% para el II trimestre y comparando con el I trimestre solo varía un 1% ya que fue del 14% del total de quejas y reclamos del periodo.

COMPARATIVO II TRIM 2015 - 2018								
Atributos de Calidad afectados	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Oportunidad	66	59%	65	64%	14	19%	67	33%
Accesibilidad	4	4%	1	1%	6	8%	52	25%
Humanización	30	27%	24	24%	14	19%	31	15%
Seguridad	12	11%	11	11%	8	11%	18	9%
Continuidad	0	0%	0	0%	6	8%	34	17%
Pertinencia	0	0%	0	0%	24	33%	4	2%
TOTAL	112	100%	101	100%	72	100%	206	100%

Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos
II Trim 2015 - 2018

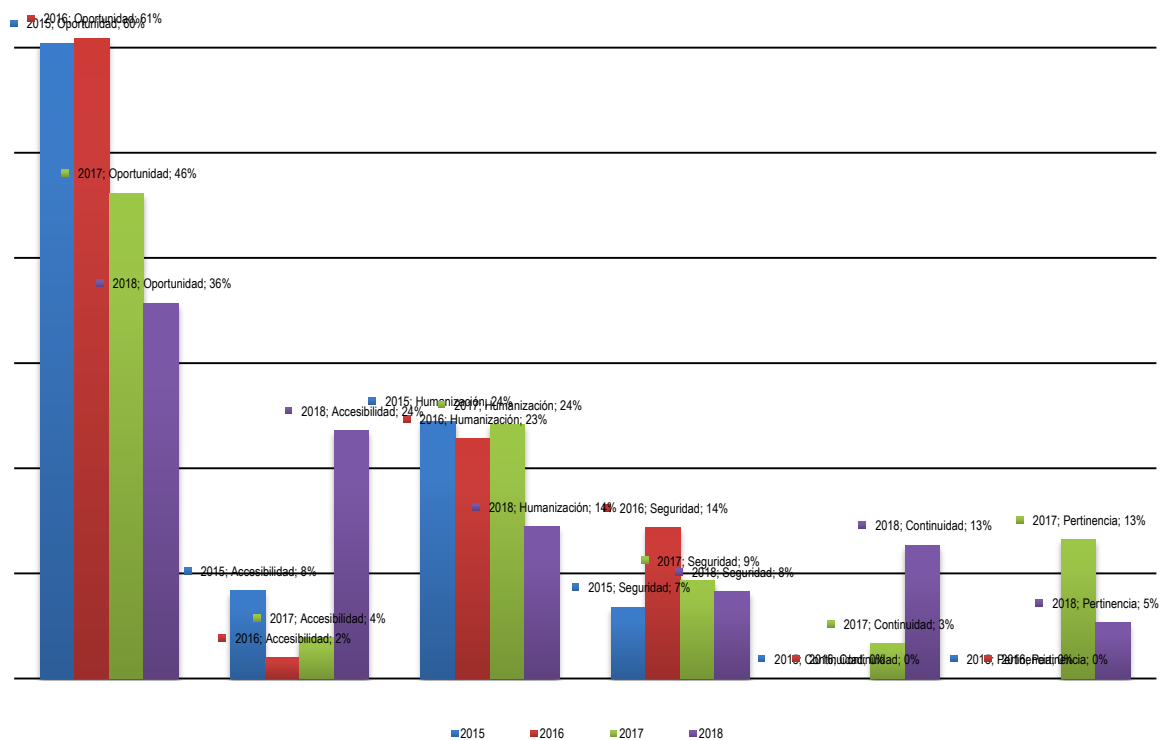


Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario

De acuerdo al comparativo de los años 2015 al 2018 referente al II trimestre se observa que la clasificación de las quejas y reclamos se ha venido realizando un mejor análisis y clasificación de las mismas, sin embargo, se observa un aumento considerable en el atributo de accesibilidad debido al aumento de los reclamos recibidos por dificultades para la asignación de citas de procedimientos de radiología entre otros, frente a humanización el comportamiento es tendiente a disminuir entre años.

COMPARATIVO I SEM 2015 - 2018								
Atributos de Calidad afectados	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Oportunidad	116	60%	123	61%	84	46%	121	36%
Accesibilidad	16	8%	4	2%	7	4%	80	24%
Humanización	47	24%	46	23%	44	24%	49	14%
Seguridad	13	7%	29	14%	17	9%	28	8%
Continuidad	0	0%	0	0%	6	3%	43	13%
Pertinencia	0	0%	0	0%	24	13%	18	5%
TOTAL	192	100%	202	100%	182	100%	339	100%

Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos
I Sem 2015 - 2018



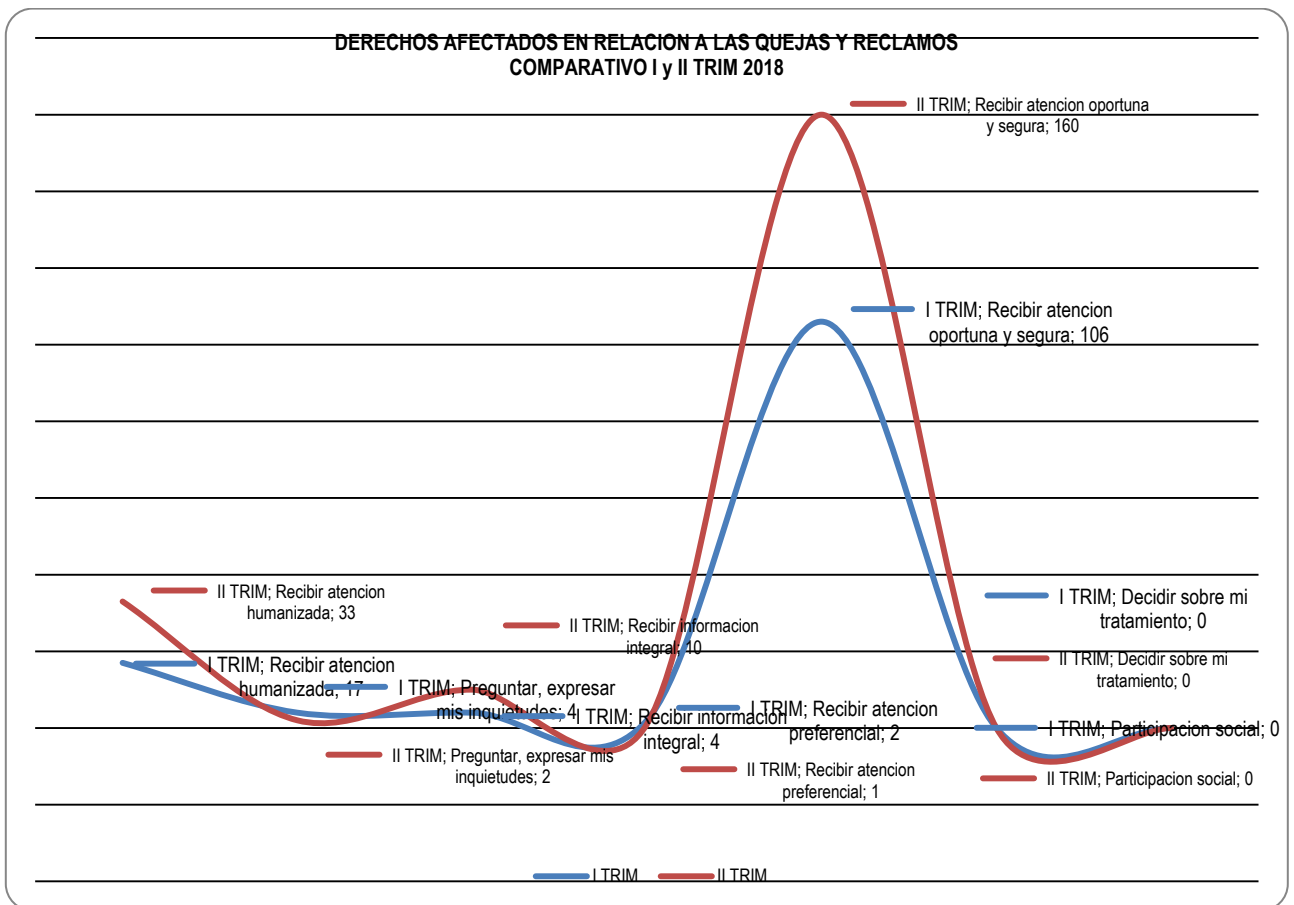
Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario

Comparando el I semestre de los años 2015 al 2018 se observa que la clasificación de las quejas y reclamos el atributo de oportunidad disminuye en comparación a los años anteriores al igual que al de humanización sin embargo el de accesibilidad es por la dificultada en la comunicación que se viene presentando durante el año 2018.

Clasificación de Quejas y Reclamos gestionados, según derechos del usuario Afectados:

DERECHO DEL USUARIO	DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018							COMPARATIVO TRIMESTRES 2018			
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%
Recibir atención humanizada	7	4	6	7	17	9	50	17	13%	33	16%
Preguntar, expresar mis inquietudes	1	2	1	0	2	0	6	4	3%	2	1%
Recibir información integral	0	0	4	2	0	8	14	4	3%	10	5%
Recibir atención preferencial	0	2	0	0	1	0	3	2	2%	1	0%
Recibir atención oportuna y segura	16	30	60	51	58	51	266	106	80%	160	78%
Decidir sobre mi tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Participación social	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%
TOTAL	24	38	71	60	78	68	339	133	100%	206	100%

Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario



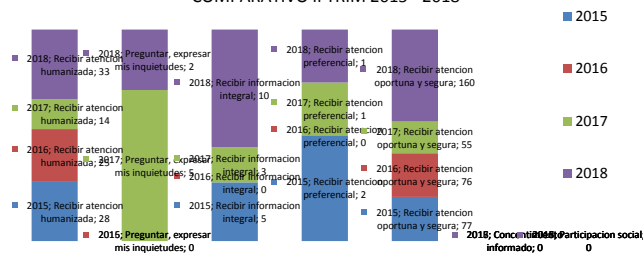
Se observa que el derecho mayor vulnerado para el II trimestre es el de recibir una atención oportuna, segura y continua con un 78% de 206 quejas y reclamos, seguido por recibir atención humanizada y trato amable con un 16%, y un 5% al recibir información integral, al comparar con el I trimestres se concluye que su comportamiento es similar al II trimestre sin embargo aumentan para el II trimestre el derecho de

humanización y el de información.

Es importante aclarar que todas las quejas y reclamos asociadas a los atributos de calidad como son el de oportunidad, seguridad y continuidad se integran en el derecho número cinco que es el de oportunidad.

COMPARATIVO II TRIMESTRES AÑOS 2015 - 2018								
DERECHO DEL USUARIO	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Recibir atención humanizada	28	35%	25	25%	14	12%	33	16%
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0%	0	0%	5	4%	2	1%
Recibir información integral	5	6%	0	0%	3	3%	10	5%
Recibir atención preferencial	2	3%	0	0%	1	1%	1	0%
Recibir atención oportuna y segura	77	96%	76	75%	55	49%	160	78%
Concentimiento informado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	112	100%	101	100%	78	100%	206	100%

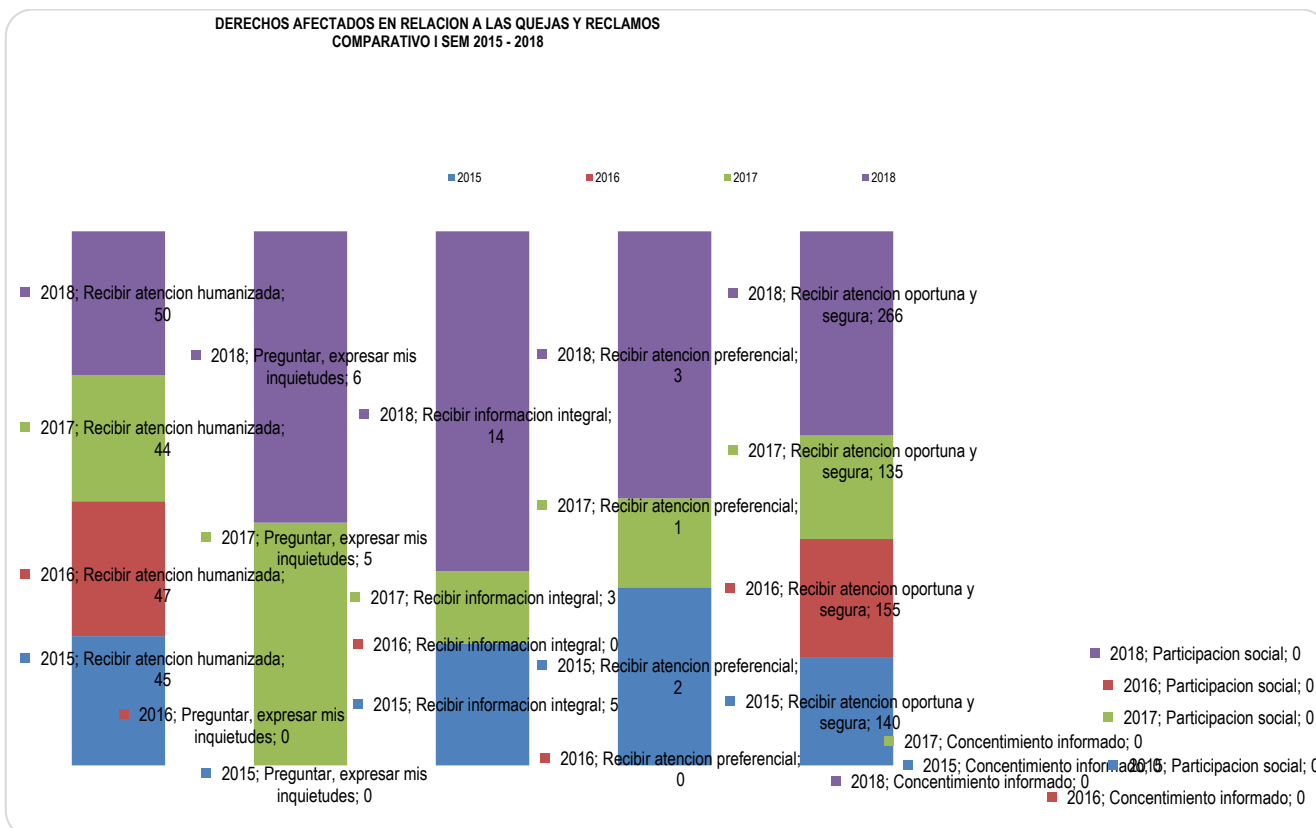
DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS
COMPARATIVO II TRIM 2015 - 2018



Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario

En comparación de los años anteriores referente a los II trimestre del año 2015 al 2018 se observa que continúa siendo el derecho a recibir una atención oportuna y segura el de mayor afectación sin embargo con el de atención humanizada si se observa una disminución porcentual de este, aunque sea el periodo que en cantidad que quejas y reclamos sea el que más presenta pero esto se debe al aumento de manifestaciones.

COMPARATIVO I SEMESTRE 2015 - 2018								
DERECHO DEL USUARIO	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Recibir atención humanizada	45	23%	47	23%	44	23%	50	15%
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0%	0	0%	5	3%	6	2%
Recibir información integral	5	3%	0	0%	3	2%	14	4%
Recibir atención preferencial	2	1%	0	0%	1	1%	3	1%
Recibir atención oportuna y segura	140	73%	155	77%	135	72%	266	78%
Concentimiento informado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	192	100%	202	100%	188	100%	339	100%



Comparando el I semestre del año 2015 al 2018 se observa un que continúa siendo el derecho a recibir una atención oportuna y segura el de mayor afectación sin embargo con el de atención humanizada se tiene un promedio similar a los años anteriores.

Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el período evaluado

Se continúa clasificando las causas de las Quejas y Reclamos de nuestros Usuarios de acuerdo a la Parametrización o codificación generada en años anteriores desde la Dirección de Atención al Usuario.

A continuación se presenta los resultados del I semestre de 2018:

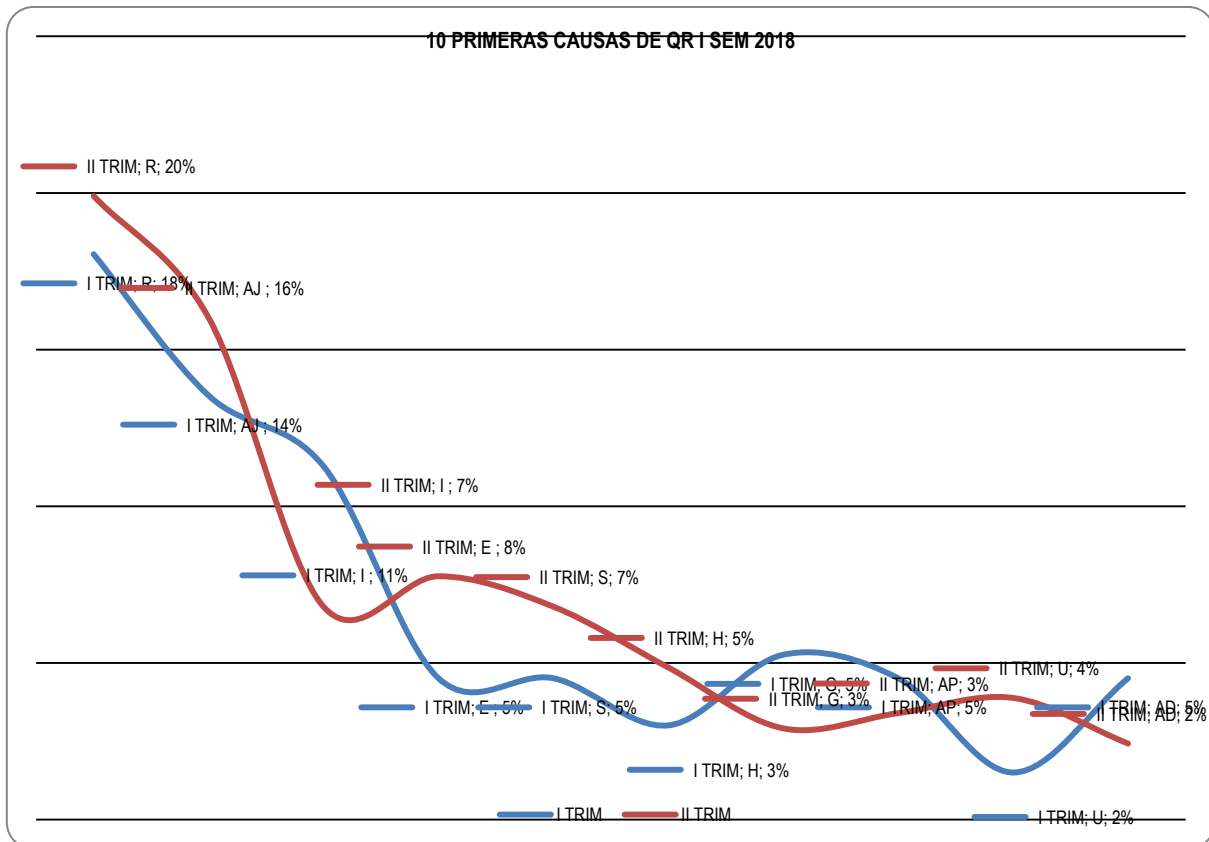
CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	7	4	7	8	16	9	51	15%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	1	1	0	2	1	5	10	3%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	2	5	8	2	6	6	29	9%

Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	3	0	1	0	2	6	2%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	2	1	3	5	4	5	20	6%
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	1	1	4	0	3	2	11	3%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	1	2	0	3	0	1	7	2%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	1	0	1	1	0	2	5	1%
R	R Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	1	6	17	17	13	11	65	19%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal medico.	2	0	0	0	1	0	3	1%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	0	3	3	0	9	7	22	6%
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	1	3	0	3	3	4	14	4%
G	Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	0	7	1	3	2	13	4%
T	Falta de comunicación y/o información medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0	2	1	1	0	4	1%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	0	1	0	1	1	0	3	1%
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	0	2	2	1	1	6	2%
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	1	0	1	0	1	2	5	1%
X	No atención por parte del médico con el cual se asignó la cita.	0	0	0	0	2	0	2	1%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.	1	1	4	5	1	1	13	4%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0	0	1	0	0	1	2	1%

V	Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención elementos suministrados de mala calidad.	0	2	0	2	0	1	5	1%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	0	1	3	2	0	1	7	2%
AA	Perdida de placas de radiología u otros exámenes	0	0	0	0	0	0	0	0%
M	Demora en la entrega de resultados: lab. clínico, rx, gastro cardio,neumo, orl,etc.	0	0	0	0	0	0	0	0%
P	P Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	1	1	0	2	0	4	1%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes.	0	0	0	0	1	0	1	0%
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización.	0	0	0	2	0	0	2	1%
W	Incumplimiento horario de atención al público en áreas del HUS.	0	0	1	0	1	0	2	1%
B	Aclaración de valores presuntamente mal cobrados.	1	0	1	0	0	0	2	1%
AL	Entrega equivocada al paciente de reportes de exámenes, reporte de historia clínica etc.	0	1	0	0	0	0	1	0%
AS	Causas externas al HUS.	0	0	2	1	4	1	8	2%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	0	0	1	0	1	0	2	1%
AK	No privacidad durante el proceso de atención del paciente	0	1	0	0	1	0	2	1%
AM	Practicas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0	0	0	0	0%
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales(Discapacidad)	1	0	0	0	1	0	2	1%
AÑ	Prácticas de actividades medicas y/o de apoyo diagnostico que se repitan al paciente hospitalizado, sin ser necesarias	0	0	0	0	0	0	0	0%
AO	Accesibilidad por causa ajenas a la institución	0	0	0	0	0	0	0	0%
F	Demora en el suministro de alimentos en urgencias y hospitalización	0	1	0	0	0	0	1	0%
O	Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0	0	0	0	2	2	1%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	1	0	0	0	0	0	1	0%

AU	Demora en la autorización de la EPS	0	0	2	0	1	2	5	1%
K	Demora en la atención en cirugía ambulatoria	0	0	0	1	0	0	1	0%
TOTAL		24	38	71	60	78	68	339	100%

Las quejas y reclamos son clasificadas en diferentes causas de motivos de insatisfacción por el no cumplimiento de las expectativas como las siguientes 10 primeras del II trimestre y del I semestre 2018



Durante el II trimestre del año 2018 se observa que las 10 primeras causas son:

1. (R) Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de las citas
2. (AJ) Falta de calidez y trato amable.
3. (E) Demora en el Proceso de Facturación
4. (I) Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización
5. (S) Posibles novedades de seguridad clínica
6. (H) Demora en la atención de las citas programadas para consulta o procedimientos
7. (U) Falta de información y orientación al usuario.

8. (AP) Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramites de autorización ante la EPS
9. (G) Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos. No agenda disponible
10. (AD) Reclamo por hotelería.

De acuerdo a las causas registradas en el II trimestre 2018 evaluado se observa que del 100% (206) de quejas y reclamos se encuentran clasificadas en 34 causas de las cuales el 75% son porque su frecuencia es mayor a 5.

De 206 quejas y reclamos la principal causa para este trimestre es dificultad en la comunicación telefónica con un 20% (41) y en el I trimestre fue el 18% (24) donde aumenta en un 2% esto se debe al aumento de demanda de solicitudes de asignación de citas en el call center y la segunda es por la asignación de citas de procedimientos de radiología, neurología y cardiología ya que estas citas deben ser solicitadas directamente en los servicios y no a través del call center, se recomienda desde defensoría del usuario robustecer el sistema del call center, sin embargo desde la gerencia y consulta externa se está evaluando las estrategias para eliminar la causa raíz que está generando este traumatismo presentado en el primer semestre del año 2018, como segunda causa se encuentra asociadas a la falta de calidez y trato amable que representan un 16% (33) que son en su mayoría presentadas en el mes de mayo comparando con el I Trimestre del 2018 se aumentan en un 2%, la tercera causa es demora en el proceso de facturación con un 8% (16) esto se debe a los traumatismos que se han generado al ingreso del hospital por la remodelación sin embargo desde la dirección administrativa se tomaron los correctivos necesarios para disminuir esta causa pero al igual se manifiesta demoras una vez toman el turno donde los pacientes sugieren que haya más facturadores, es importante mencionar que desde el proceso de facturación están evaluando la posibilidad de contar con un informador para orientar y facilitar la toma del turno.

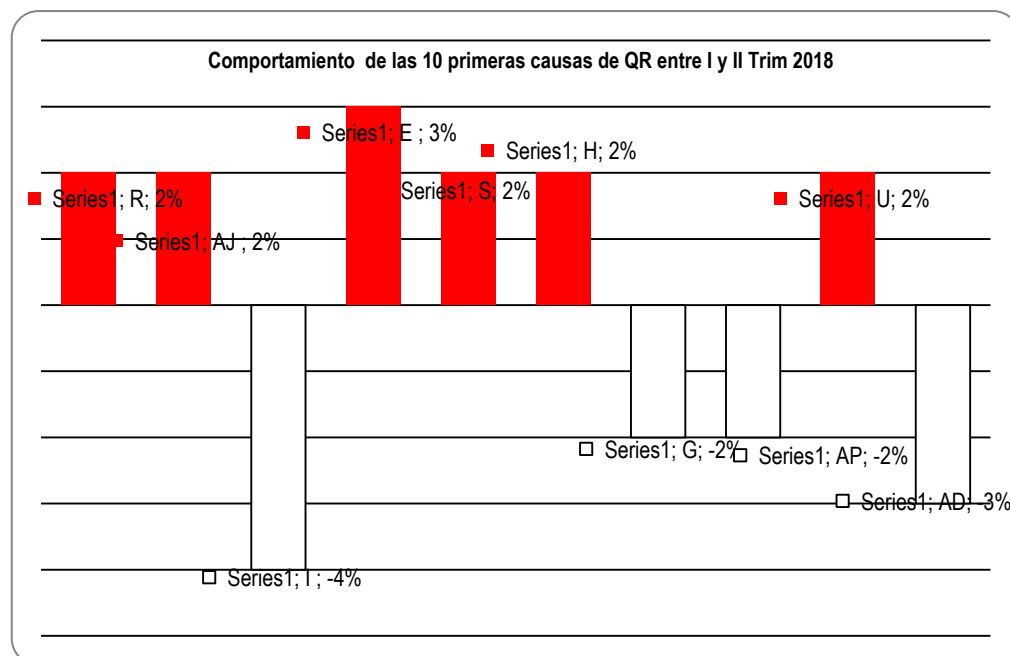
Comparativo de Causas de Quejas y Reclamos IV trim 2017 – I trim 2018



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	I TRIM	II TRIM	VARIACION
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	18%	20%	2%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	14%	16%	2%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	11%	7%	4%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización,Urgencias)	5%	8%	3%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	5%	7%	2%
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	3%	5%	2%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	5%	3%	2%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	5%	3%	2%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	2%	4%	2%
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	5%	2%	3%



De acuerdo a las 10 primeras causas del II trimestre del 2018 se realiza el comparativo con el I trimestre 2018 y se observa que 6 causas aumentan desfavorablemente en promedio un 2% como es dificultad en la comunicación, falta de trato amable, demora en el proceso de facturación, posibles novedades de seguridad del paciente, demora en la atención de citas y falta de información al usuario.

Se tiene una disminución importante para la causa de demora en el llamado de enfermería, demora en la asignación de citas, falla y/o diligenciamiento incompleto de autorización de EPS y reclamos por hotelería, De acuerdo al anterior análisis de la información consolidada del total de las causas presentadas en el II trimestre del año 2018 se presenta a continuación las causas identificadas por procesos involucrados, es importante mencionar que desde la subdirección de defensoría del usuario se informó a cada uno de los procesos las estadísticas con el fin de iniciar la formulación de los planes de mejoramiento según criticidad de las mismas.

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOSPITALIZACION			
		I TRIM	%	II TRIM	%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	12	32%	10	19%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	1	3%	0	0%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	9	24%	15	28%
AS	Causas externas al HUS	1	3%	3	6%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	1	3%	0	0%
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	1	3%	2	4%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	4	11%	10	19%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, aux de enfermería, Enfermeras, camilleros, técnicos de RX.	1	3%	1	2%
AR	Presuntas fallas administrativas en la entrega de un paciente fallecido	1	3%	0	0%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de Defunción, nacido vivo, etc.	1	3%	0	0%
V	Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad	2	5%	0	0%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal	1	3%	0	0%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	1	3%	0	0%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	1	3%	1	2%
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización	0	0%	2	4%
K	Demora en la atención en cirugía ambulatoria	0	0%	1	2%
AK	No privacidad durante el proceso de atención del paciente	1	3%	1	2%
T	Falta de comunicación y/o información médica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0%	1	2%
Q	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de HC, etc.	0	0%	1	2%
AU	Demora en la autorización de la Eps	0	0%	2	4%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	0	0%	2	4%
Z	Perdida de elementos personales del usuario	0	0%	2	4%
TOTAL		38	100%	54	100%

CODIGO	CAUSA DE QUEJIA O RECLAMO	URGENCIAS			
		I TRIM	%	II TRIM	%
AI	No atencion preferente a usuarios en condiciones especiales (discapacidad).	1	6%	0	0%
AJ	Falta de calidez y trato amable	3	19%	6	30%
N	Demora en la practica de actividades clinicasa pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	1	6%	1	5%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de hc, etc.	3	19%	3	15%
I	Demora en la atencion al llamado de enfermería en hospitalizacion - No oportunidad en la atencion.	3	19%	3	15%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	2	13%	1	5%
AU	Demora en la autorizacion de la EPS	1	6%	0	0%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defuncion, nacido vivo etc.	1	6%	0	0%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	1	6%	0	0%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	0	0%	1	5%
AB	Reclamo cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud	0	0%	1	5%
T	Falta de comunicación y/o informacion medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0%	1	5%
O	Demora en resolucio de patologia del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0%	2	10%
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	0	0%	1	5%
TOTAL		16	100%	20	100%

Acciones definidas y/o realizadas producto de las peticiones en el periodo

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOTELERIA			
		I TRIM	%	II TRIM	%
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	2	29%	4	22%
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	3	43%	3	17%
AS	Causas externas al HUS	1	14%	1	6%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	1	14%	0	0%
AJ	Falta de calidez y trato amable	0	0%	5	28%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarías, vigilantes.	0	0%	1	6%
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales (Discapacidad)	0	0%	1	6%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	0	0%	1	6%
E	Demora en el proceso de facturación (laboratorio clínico,Rx, Consulta externa,hospitalización, urgencias)	0	0%	1	6%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería	0	0%	1	6%
TOTAL		7	100%	18	100%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	AMBULATORIO			
		I TRIM	%	II TRIM	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	3	8%	2	4%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.	4	11%	3	5%
B	Aclaración de valores presuntamente mal cobrados.	1	3%	0	0%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	5	14%	5	9%
R	Dificultad en la comunicación telefonica para la asignación de la citas: call center, gastro, neuromo, Rx, cardiología, etc.	13	35%	26	46%
T	Falla de comunicación y/o información medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	1	3%	0	0%
W	Incumplimiento horario de atención al público en áreas del HUS.	1	3%	0	0%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	3	8%	2	4%
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	4	11%	10	18%
U	Falla de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	1	3%	2	4%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal medico.	1	3%	1	2%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, aux de enfermería, Enfermeras, camilleros, técnicos de RX.	0	0%	1	2%
E	Demora en el proceso de facturación (lab Clínico, Rx, Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias)	0	0%	1	2%
X	No atención por parte del medico con quien se le asigno la cita	0	0%	2	4%
AU	Demora en la autorización de la Eps	0	0%	1	2%
TOTAL		37	100%	56	100%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	FACTURACION			
		I TRIM	%	II TRIM	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	3	23%	3	13%
AU	Demora en la autorización de la EPS	1	8%	0	0%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización,Urgencias)	6	46%	14	58%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.	2	15%	1	4%
B	Aclaración de valores presuntamente mal cobrados	1	8%	0	0%
U	Falla de informacion y orientacion al Usuario durante el proceso de atención en el HUS	0	0%	2	8%
AS	Causas externas al HUS	0	0%	1	4%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimiento en consultorio : No agendas disponibles otro.	0	0%	1	4%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	0%	2	8%
TOTAL		13	100%	24	100%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
		I TRIM	%	II TRIM	%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	2	13%	0	0%
R	Dificultad en la comunicación telefonica para la asignación de la citas: call center, gastro, neuromo, Rx, cardiología, etc.	11	73%	14	78%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	1	7%	1	6%
AL	Entrega equivocada al paciente de reportes de exámenes, reporte de historia clínica u otros.	1	7%	0	0%
AJ	Falta de calidez y trato amable	0	0%	1	6%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.	0	0%	1	6%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0	0%	1	6%
TOTAL		15	100%	18	100%

Las acciones de mejoramiento descritas a continuación son las acciones definidas por los líderes de proceso de hospitalización, urgencias. Hotelería, ambulatorio y facturación, el proceso de imágenes diagnosticas está implementando las acciones definidas en el año 2017 para la fuente de PQRSD.

PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA
HOSPITALIZACIÓN	PQRS	El 18% de las QR recibidas durante el 2017, se relacionan a demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, (in oportunidad en la atención)	3. No se prioriza la atención de manera adecuada 2. Confluencia múltiple de actividades de enfermería 1. Dificultades con el sistema de llamado de enfermería y su monitorización de seguimiento	1) Fortalecer la respuesta al Llamado de Enfermería 2) Implementar la medición de oportunidad de respuesta al llamado de enfermería para poder realizar análisis y desviaciones.	1. Numero de quejas relacionadas a la causa de llamado de enfermería / Total de Quejas recepcionadas Meta = 28% Linea Base 30%
HOSPITALIZACIÓN	PQRS	El 32% de las QR recibidas durante el 2017, son atribuidas a falta de calidez y trato amable	1. Aumento progresivo de usuarios demandantes 2. Alta rotación de personal de enfermería 3. Falta de entrenamiento en Atención al cliente	1. Definir e implementar estrategias de sensibilización en atención humanizada, específicas por Proceso 2. Continuar capacitación a los Colaboradores en servicio al cliente y humanización de la atención en salud	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en hospitalización
HOSPITALIZACIÓN	PQRS	El 12% de las QR recibidas durante el 2017, corresponde a falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	1. Se identifica parcialmente las necesidades de información del usuario 2. Volumen de pacientes y servicios 3. Falta de asignación de personal informador con las competencias para el suministro de información al usuario y familia	Fortalecer las estrategias en el servicio para mejorar los mecanismos de comunicación e información al usuario y su familia.	# QR relacionadas a la causa (U) / Total de QR en hospitalización
URGENCIAS	PQRS	No trato amable por parte de Medicos y Personal de Enfermería durante el II Sem del año 2017 el 18% del total de quejas y reclamos fueron asociados a falta de calidez y trato amable"	1. Por que? Quejas presentadas por los pacientes. 2. Por que? Actitudes poco respetuosas y respuestas poco amables. 3. Por que? No hay adherencias la Política de Humanización	1. Fortalecer los perfiles de nuestros colaboradores en salud por parte de Talento Humano 2. Seguimiento al personal reincidente en las quejas para tomar medidas definitivas y a sea descargos y/o suspensión del contrato	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en urgencias.
HOTELERIA HOSPITALARIA	PQRS	El 21% de las PQR recibidas durante el 2017, son atribuidas a falta de calidez y trato amable por parte del personal de vigilancia y aseo	1. Falta de sensibilidad del colaborador en cuanto a trato amable y calidez 2. Alta rotación de colaboradores 3. Falta de seguimiento al colaborador para analizar sus competencias y actitud	Fortalecer el proceso de capacitación y sensibilización en relación a la humanización de los colaboradores de vigilancia y aseo	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en hospitalización
FACTURACION Y RECAUDO	PQRS	El 23% de quejas y reclamos en el proceso son por Falta de calidez y trato amable (AJ) en consulta externa	1. Porque no se ha interiorizado el proceso de humanización. 2. Porque hay personal nuevo y no conoce la importancia y el impacto de la humanización 3. Porque no han recibido socialización y/o sensibilización en el tema.	Sensibilizar al personal en el tema de humanización a través del apoyo de la Dirección de atención del usuario	# QR relacionadas a la causa (trato amable) / Total de QR en facturación
AMBULATORIO	PQRS	Falta de oportunidad en la atención de consulta programada, una de las primeras causas de PQRS	PORQUE 1 El especialista llega tarde PORQUE 2 Se cruza el tiempo con procedimientos cirugía PORQUE 3 No adecuada planificación de las actividades por parte del especialista	Disminuir los tiempos de espera en el ciclo de atención para consulta especializada	Promedio de los tiempos de las agendas en las cuales llega tarde el especialista más de 15 minutos Meta = 0 < a 40 minutos promedio

La intervención definida como acción de mejora, capacitación y sensibilización al cliente interno en relación a la humanización de los colaboradores del HUS, se inicio al final del I Semestre de 2018, a partir del 18 de Junio/2018 con el fin de fortalecer las habilidades y competencias de trato amable, actividad asignada a la Subdirección de Desarrollo Humano, mediante el Programa de Capacitación "LIDERANDO ME LIDERO". (Informa la DAU).

Desde la Dirección de Atención al Usuario se continua retroalimentando y recomendando a la Subdirectora de la Defensoría del Usuario como a los Líderes de Proceso fortalecer y mejorar la pertinencia de las acciones

de mejora que se formulen por proceso, adicionales a las definidas institucionalmente de manera transversal, teniendo en cuenta lo comunicado por ICONTEC en el informe del proceso de certificación: "...la OM relacionada con fortalecer el seguimiento y análisis a la efectividad de las acciones que aseguren la eliminación de las causas relacionadas con las quejas, se reitera y por otra parte es necesario mejorar el plan de acción con relación a PQR.." "Además evidenciaron que el número de quejas por la misma causa debe disminuir y fortalecer la efectividad de las acciones definidas. No obstante la estrategia de resaltar las felicitaciones no va dirigida a minimizar la ocurrencia o aumento de quejas y más aún por la misma causa".

La DAU revisa los planes de mejora formulados derivados de las QR evidenciando la necesidad de ajustes frente al análisis de la causa raíz y la formulación de las acciones de mejora y se solicitan los ajustes respectivos (se cuenta con las actas de retroalimentación), que no se registran en el cuadro anterior anexo, a este informe enviado por la Subdirección de la Defensoría del Usuario.

Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley I Trimestre 2018

Respuesta en el termino de la Ley Año 2018											
Peticiones según clasificación	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 dias habiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion)	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Quejas	13	16	17	17	26	18	107	17%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 dias habiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo	104	97%
Reclamos	11	22	54	43	52	50	232	38%		229	99%
Solicitud Inf.	32	32	38	36	52	38	228	37%		228	100%
Sugerencias	3	8	1	2	5	4	23	4%		23	100%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	0	0%		0	0%
Peticiones	4	4	5	5	6	1	25	4%		25	100%
TOTAL	63	82	115	103	141	111	615	100%		609	99%

Respuesta en el termino de la Ley				
Formula	ABR	MAY	JUN	II TRIM 2018
# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD / # total de peticiones	103/103	141/141	111/105	355/349
TOTAL	100%	100%	95%	98%

Para el II trimestre del 2018 se observa que se radicaron 355 peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 15 días hábiles al 98% ya que el 2% corresponde a 6 quejas y reclamos que su respuesta es posterior al 23 de julio del 2018 y el corte del informe es a 30 de junio por tal motivo se da cumplimiento al 100%.

II Trimestre año 2018						Respuesta en el termino de la Ley (10 dias)		
Peticiones según clasificación	ABR	MAY	JUN	TOTAL	%	Formula	total de solicitudes con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Solicitud Inf.	36	52	38	126	100%	# total de solicitudes de inf. con respuesta al usuario dentro de los 10 dias habiles / # total de solicitudes de inf recibidas en el periodo	126	100%
TOTAL	36	52	38	126	100%		126	100%

Referente a las solicitudes de información se radicaron 126 de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 10 días hábiles al 100% con corte de 30 de junio del 2018 ya que desde la subdirección de defensoría del usuario se están dando respuestas a las solicitudes de primera línea como es información de solicitud de historia clínica y medios para solicitar citas médicas que es el mayor volumen de solicitudes con un promedio de 8 días de tiempo de respuesta para el II trimestre del 2018, dando cumplimiento al 100% de los términos establecidos en la ley.

Se resalta el compromiso de la gran mayoría de los jefes de áreas y servicios en la respuesta a las manifestaciones asignadas para dar respuesta mejorando los tiempos de oportunidad adicionalmente a los seguimientos diarios desde la subdirección defensoría del usuario con el fin de aumentar los controles y previniendo la materialización de riesgos de inoportunidad en las respuestas en términos de ley por no respuesta de los jefes. La Subdirección de la Defensoría del Usuario ha venido recibiendo acompañamiento, apoyo de la Oficina Jurídica del HUS en la revisión de respuestas de las QR con riesgo jurídico, dentro del contexto de la Política de daño antijurídico.

Monitoreo del acceso a la información pública

ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	ABR	MAY	JUN	TOTAL
No. De solicitudes recibidas	36	52	38	126
No. De solicitudse que fueron trasladadas a otra institucion	0	0	0	0
Promedio de tiempo de respuesta a las solicitudes	7 dias	8 dias	6 dias	7 dias
No. De solicitudes en el que se nego acceso a la informacion.	0	0	0	0

De acuerdo al acceso a la información pública la cual es regulada por la Ley 1474 de 2011 estatutito de anticorrupción se realiza el análisis de la información donde el II trimestre del 2018 en el cual se reciben un total de 126 solicitudes de información de las cuales se dieron respuesta oportuna al 100% en un promedio de

tiempo en el trimestre de 7 días hábiles, al igual que no se identificaron solicitudes que se hubiera negado el acceso a la información.

En relación a los traslados de acuerdo a lo establecido en el Artículo 21 de la Ley 1755 de junio de 2015 que dispone que la petición deba ser remitida al competente en el II trimestre no se realizaron traslados a otra institución.

Plan Anual en Salud – Misión Salud – Decálogo del Gerente

Meta de producto anual	Indicador de producto		Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Evidencia
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula						
Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno (BOGOTÁ)	Quejas y Reclamos por fallo en calidez y trato digno	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas	Realizar acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento producto de las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato digno. (25%)	50%		50%		Actas de reunion
			Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso evaluando la efectividad de las acciones correctivas implementadas frente a las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato digno. (25%)		50%		50%	Actas de Reunion PUMP
			Resaltar y Comunicar a los Colaboradores y Líderes de Procesos las felicitaciones manifestadas por los usuarios y su familia. (25%)	25%	25%	25%	25%	Publicación de felicitaciones Informar las felicitaciones a los jefes de servicios
			Diseñar estrategia de acogida, orientación, información al usuario y su familia durante el proceso de atención. (25%)		100%			Documento de la estrategia definida

Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento formulados producto de las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato amable de los procesos de Hospitalización, urgencias, hotelería y facturación donde se analizó las actividades definidas y los avances presentados durante el I semestre ya que por fechas no se pueden dar cierres sin embargo se analiza la información y ejecución de los mismos junto con el comportamiento estadístico de las mismas. Como soporte se cuenta con el acta de los procesos de hospitalización, urgencias, hotelería y facturación.

Se informaron 160 felicitaciones a cada subdirector y/o coordinador de servicio al mismo tiempo que a cada uno de los líderes de proceso que tienen asociadas las mismas de las cuales se informan a través del sistema de ORFEO los siguientes líderes de proceso:

FELICITACIONES II TRIM 2018			
PROCESO	ABR	MAY	JUN
HOSPITALIZACION	17	28	23
AMBULATORIO	9	11	6
URGENCIAS	17	10	10
QUIRURGICO	3	1	1
IMÁGENES D	1	0	0
APOYO DIAGNOSTICO	5	2	4
FACTURACION	1	2	0
Atención AL USUARIO	3	3	0
HOTELERIA	2	1	0
OTROS PROCESOS	0	0	0
TOTAL	58	58	44

Se publicaron en los diferentes medios de comunicación donde se puede observar el mes, colaborador involucrado, servicio y la descripción de la felicitación.

Desde la SDU se presentó una **estrategia** consistente “en mejorar la orientación, información al usuario y su familia durante el proceso de atención” en el cual describe una propuesta de fases para la aplicación.

OBSERVACIÓN DAU. La Estrategia propuesta es revisada por la Dirección de Atención al Usuario quien comunica a la SDU que la misma debe ser cambiada por que corresponde a una estrategia ya implementada por el HUS desde años anteriores (2005) y se ha venido fortaleciendo día a día para lo cual se cuentan con los puntos de Información de:

- Punto de Información del Servicio de Cuidado Intermedios. funciona desde hace más de 4 años
- Punto de Información del Servicio de 2 do piso (UCI/ U.Quirúrgica: funciona desde hace más de 4 años.
- Asignación de Informadores de Urgencias en re ubicación laboral desde el 2017
- Punto de información de la Recepción solicitada por la DAU desde el 2016 y se implementó a partir de septiembre de 2017 con gestión también de la SDU.

Por otra parte desde la Dirección de Atención al usuario, el programa de Humanización, las inducciones y reinducciones al personal. la socialización e implementación del código de ética institucional que establece las pautas de comportamiento de los colaboradores y las diferentes estrategia de comunicación asertiva implementada (Sonría, salude, mire a los ojos, llame al paciente por el nombre), los diferentes canales de comunicación implementados (Pag web, pantallas digitales, correo electrónico, formulario de PQRSD, carteleras físicas de Atención al usuario, acompañamiento personalizado por Informadoras asignadas a la DAU desde 2005 y a la SDU desde el 2017, el Manual de Información y Orientación al Usuario y su Familia, las charlas en sala de espera por Informadoras, el procedimiento del paciente en condición de Discapacidad entre otras ha generado los lineamientos para mejorar el proceso de Información, orientación y atención al usuario en esos puntos de información y en general en todas las áreas del HUS, por lo que se hace necesario que desde la SDU se presente una estrategia innovadora (de acuerdo a lo establecido en el PAS) y se establezca el cronograma de implementación para el mejoramiento del proceso de atención, lo cual ya se

comunicó a la Subdirectora.

Reporte a entes de control

INFORME A ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL SSC							
AÑO	MES	NOMBRE DEL INFORME	ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL	FECHA DE RENDICION DEL INFORME (DD/MM/AA)	OPORTUNIDAD Responda si el informe se rindio oportunamente (SI/NO)	OFICINA DONDE REPOSA EL SOPORTE DEL ENVIO	OBSERVACIONES Si no se envió el informe dentro de los terminos establecidos informe los motivos de tal situacion.
2018	ABRIL	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de cundinamarca (formulario)	Secretaría de Salud de Cundinamarca	05-May-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaría de Salud de Cundinamarca	05-May-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
	MAYO	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de cundinamarca (formulario)	Secretaría de Salud de Cundinamarca	05-Jun-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaría de Salud de Cundinamarca	05-Jun-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
	JUNIO	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de cundinamarca (formulario)	Secretaría de Salud de Cundinamarca	05-Jul-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaría de Salud de Cundinamarca	05-Jul-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Informe de Gestion PQRS II TRIMESTRE HUS 2018	Secretaría de Salud de Cundinamarca	25-Jul-18	Pendiente	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Pendiente
		Matriz de Planes de Mejoramiento	Secretaría de Salud de Cundinamarca	05-Jul-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo

De acuerdo a los reportes que se deben realizar por parte de la Subdirección defensoría del usuario se encuentra durante el II trimestre del año 2018 se da cumplimiento al 100% de los reportes programados.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desde la Subdirección Defensoría del Usuario se viene realizando desde el año 2017 la identifican quejas y reclamos asociadas a una posible novedad de seguridad del paciente donde se realiza el proceso de derivar a los líderes o jefes de servicios encargados de dar trámite y respuesta a la petición y se informa al referente de seguridad del paciente para el trámite correspondiente de la novedad, sin embargo la retroalimentación de lo informado a seguridad paciente se inicia desde el mes de marzo del 2018.

Del II trimestre del 2018 se informaron a seguridad del paciente 13 peticiones de las cuales se encuentra pendiente la clasificación desde seguridad del paciente. Se concluye que desde la Subdirección defensoría del usuario se están informando las posibles novedades identificadas a través de las quejas y reclamos presentados por los usuarios y su familia con el fin de que seguridad del paciente inicie todo el proceso correspondiente a los reportes y se genere el mejoramiento con el análisis de cada una de ellas.

La DAU continúa recomendando fortalecer la intervención por parte de los Líderes de los Procesos y desde la SDU el seguimiento y monitoreo de su formulación y seguimiento a las acciones definidas e implementadas SDU para cerrar el ciclo de la QR (enfoque PHVA), adicional a contar con el Dx y reporte periódico de datos, seguimiento que conlleva a la mejora continua de la atención la cual se espera sea percibida el Cliente externo Pte / fmla.

GESTIÓN TRABAJO SOCIAL

A continuación se presenta el informe consolidado de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el segundo trimestre de 2018. Se realiza descripción cuantitativa y cualitativa de los datos frente a trámites administrativos, acciones sociales e intervención con población diferencial.

DEMANDA INSATISFECHA

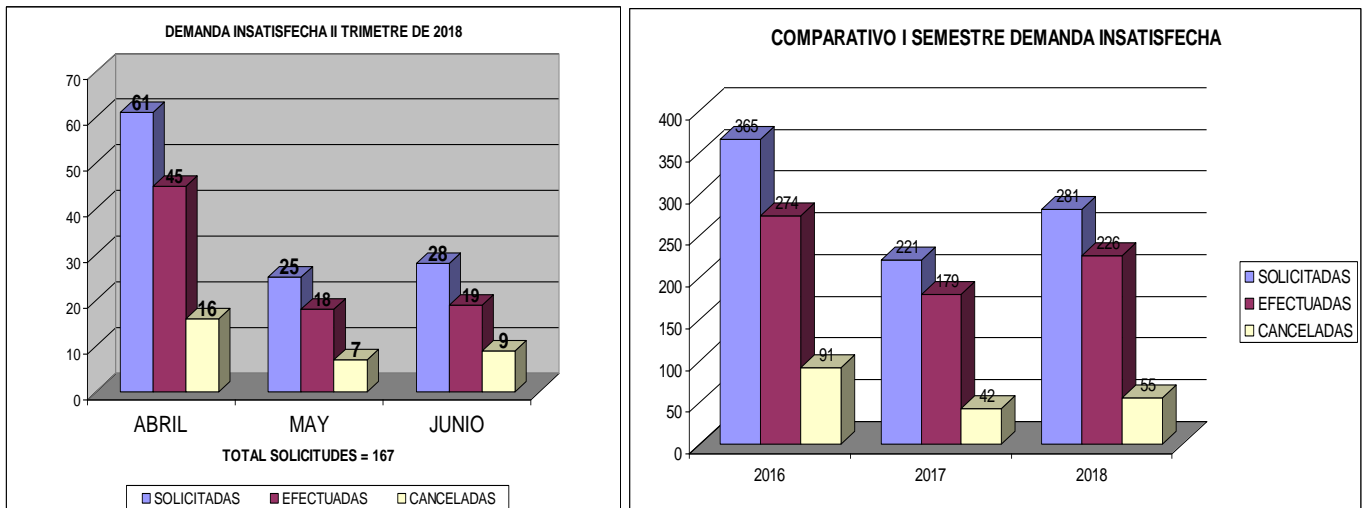


Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

El total de exámenes y/o valoraciones no ofertados por el HUS tramitados por el equipo de Trabajo Social durante el segundo trimestre de 2018 fue de 167 y consolidado para el primer semestre un total de 281 solicitudes de los cuales 228 fueron efectuados y 55 cancelados. El número de solicitudes está relacionado con el número de ingresos al HUS y patologías de los pacientes. Los más frecuentes son: Gammagrafías, Biopsia por microscopia electrónica, Colangio resonancia, Ecografía Ocular y Hemodiálisis (procedimiento).

En comparación con años anteriores ha disminuido el número de solicitudes ya que el HUS inicia operación del resonador para el segundo trimestre del año 2016.

Es importante el número de diálisis ambulatorias que se programan mensualmente a través de las EAPB para los pacientes con salida, por lo cual se considera pertinente que se establezca dentro de los contratos este servicio, teniendo en cuenta que se cuenta con las instalaciones requeridas para tal fin.

La oportunidad en el trámite de exámenes y procedimientos se encuentra a 6,7 días debido a las dificultades que presentan las entidades frente a los contratos o capacidad para atención de los pacientes. Trabajo Social

diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta ubicación de los pacientes.

REPORTE MENSUAL TRÁMITE DE REFERENCIA DE PACIENTES

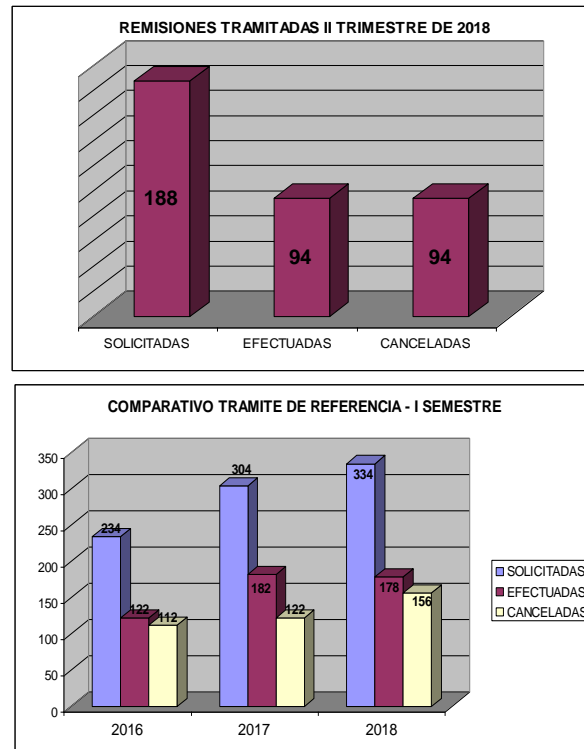


Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

De Abril a Junio de 2018 se realizó trámite de 188 remisiones por todo el equipo de Trabajo Social. Consolidado para el semestre, se efectuaron 334 trámites de los cuales 178 fueron efectivos y 156 cancelados por situaciones como salida a casa, cambio de condición clínica, autorización de la eps para realizar procedimientos en el HUS, entre otros. En comparación con años anteriores el número de solicitudes ha aumentado y está relacionado con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes.

De las remisiones efectuadas, un porcentaje alto va direccionado hacia Instituciones Oncológicas, pacientes crónicos, cirugía cardiovascular y pediátrica, plan domiciliario, segundo nivel, entre otros.

La oportunidad frente a este indicador se encuentra en 5,5 días. Y se ha visto favorecido en comparación con años anteriores (6 a 8 días) gracias al seguimiento diario por parte del equipo de Trabajo Social y el contacto directo con las IPS, además del apoyo de la parte administrativa con base en la contratación.

TRÁMITE DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

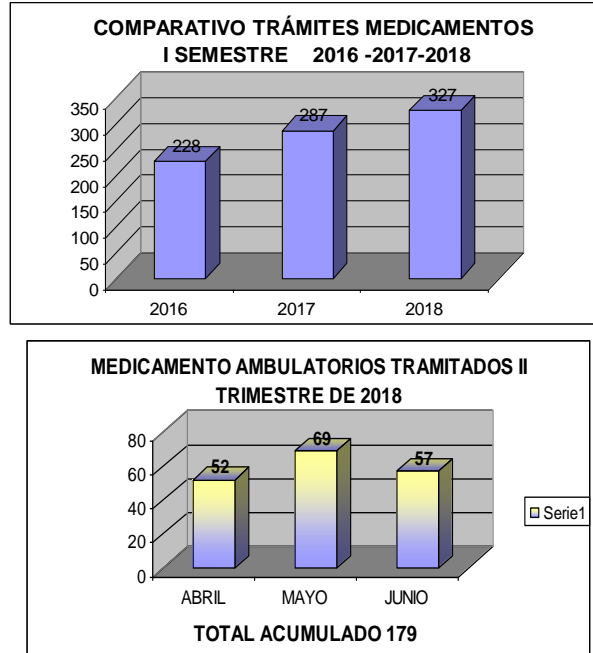


Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que el equipo de Trabajadoras Sociales realizó un total de 179 trámites de medicamentos ambulatorios en el segundo trimestre de 2018 y en lo que va corrido del primer semestre de 2018 un total acumulado de 327, siendo la Enoxaparina el medicamento mas requerido por el cuerpo médico, otros anticoagulantes como la Dalteparina, Dabigatram, apixaban, bolsas y carallas para colostomía entre otros. En comparación con años anteriores el número de solicitudes ha aumentado y está relacionado con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes.

Los tiempos de oportunidad en la entrega promedio para el semestre son de 2,3 días. Sin embargo Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta entrega.

TRÁMITE DE OXIGENO DOMICILIARIO

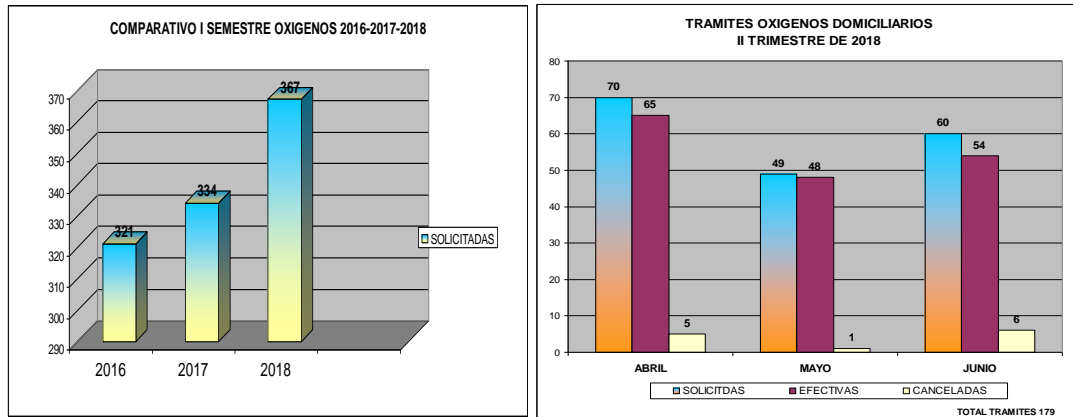


Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

Frente a la Gestión de Oxígeno Domiciliario se ha realizado un total de 179 trámites para el II trimestre de 2018 y un total de 367 trámites en el I semestre de 2018, efectuados por el equipo de Trabajo Social. En comparación con los años anteriores el número de trámites ha aumentado pero está relacionado con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes.

Frente a la oportunidad de las EPS para la entrega de éste medicamento es en promedio de 2,6 días, siendo necesario mencionar que el equipo médico lo solicita siempre con antelación para que al momento de la salida del paciente no se vea afectado. Generalmente la oportunidad se ve afectada por situaciones de índole familiar (abandono o ubicación del paciente en otro domicilio) pero Trabajo Social hace una labor fuerte con el grupo familiar o antes que mitigan abandono para evitar estancias prolongadas en el HUS.

UBICACIÓN Y REUBICACIÓN FAMILIAR SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES

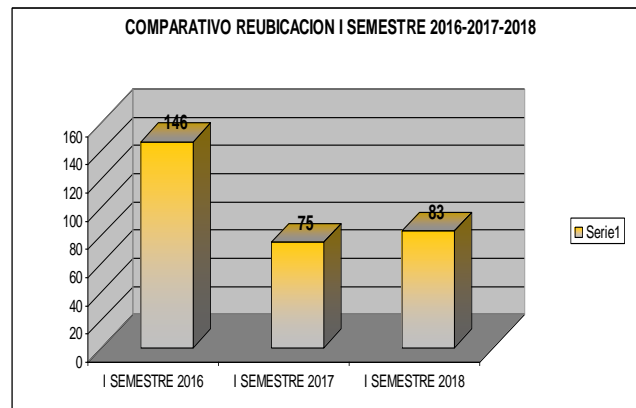




Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

Del total de pacientes reportados en Trabajo Social durante el segundo trimestre de 2018, se logra la reubicación de 3 pacientes en el medio familia, 1 paciente en Hogar para pacientes en abandono y en proceso de ubicación 45 pacientes o usuarios; el total de ubicaciones realizadas en el mes están dadas por ausencia de red de apoyo familiar en Bogotá y/o porque no cuentan con recursos económicos para pagar un alojamiento en la ciudad. Para ésta última actividad el equipo de Trabajadoras Sociales remiten a los pacientes y/o familiares a Albergues de la zona que tienen tarifas económicas y son financiadas por las Damas Rosadas, o cupos que otorgan de manera gratuita en Albergue del Centro Camiliano u otras organizaciones (Incluye la red de las EPS)

USUARIOS SOCIALIZADOS EN DYD Y GUIA DEL USUARIO

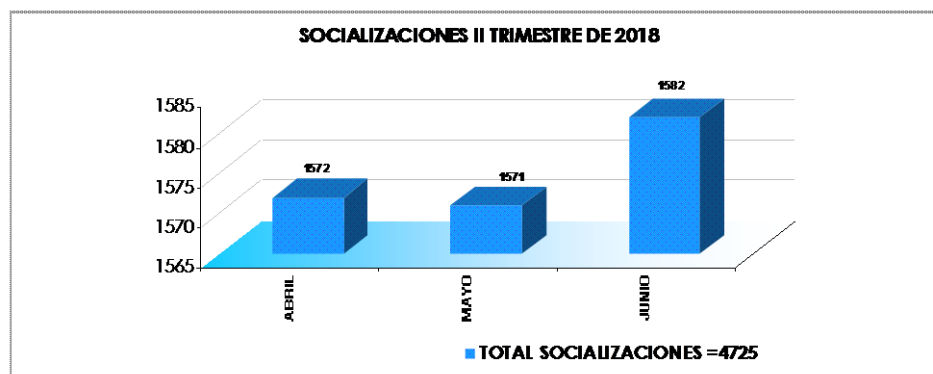


Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

El equipo de profesionales de Trabajo Social socializó en Deberes y Derechos y Guía del Usuario un total de 4725 pacientes y/o familiares durante el segundo trimestre de 2018. Es pertinente señalar que la meta establecida para el equipo es de 1350 socializaciones mensuales, lo que significa que la actividad se cumplió en un 117%, con un promedio mensual de 1515 socializaciones. En comparación con años anteriores esta meta ha incrementado de acuerdo al establecimiento de la meta anual que realiza la Dirección de Atención al

Usuario.

Se resalta que dentro de los derechos que generalmente se hace énfasis a acciones como trato Humanizado información integral, atención oportuna, segura y continua, debido a que son los que presentan un mayor porcentaje de vulneración. En cuanto a Deberes el trato amable y el deber de pagar son los que más se fortalece en el mes con los usuarios.

GESTION FUNDACIÓN ELLENG RIEGNER DE CASAS

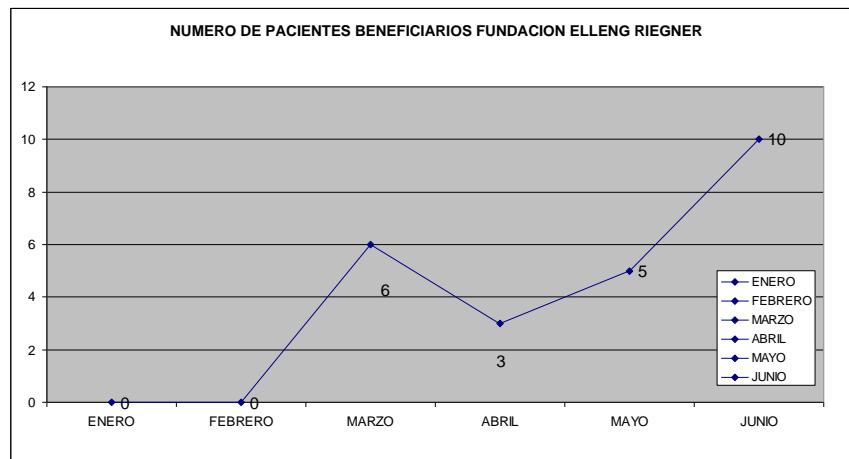


Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

Para el primer semestre de 2018 la Fundación Elleng Riegner de Casas apoyó económicamente a 24 usuarios del Hospital Universitario de la Samaritana diagnosticados con cáncer (confirmado o presuntivo), a través de la gestión realizada por algunas especialidades especialmente Ginecología y el equipo de Trabajadoras Sociales cuya finalidad es agilizar los procedimientos requeridos por los pacientes, teniendo en cuenta la demora de las EPS para autorizarlos. El valor en pesos fue de \$ 2.213.050.

De acuerdo al recurso dispuesto por la Fundación se da cobertura al 100% de la población identificada con estas características.

SITUACIONES OBSERVADAS DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS POR PARTE DE LOS COLABORADORES DEL HUS

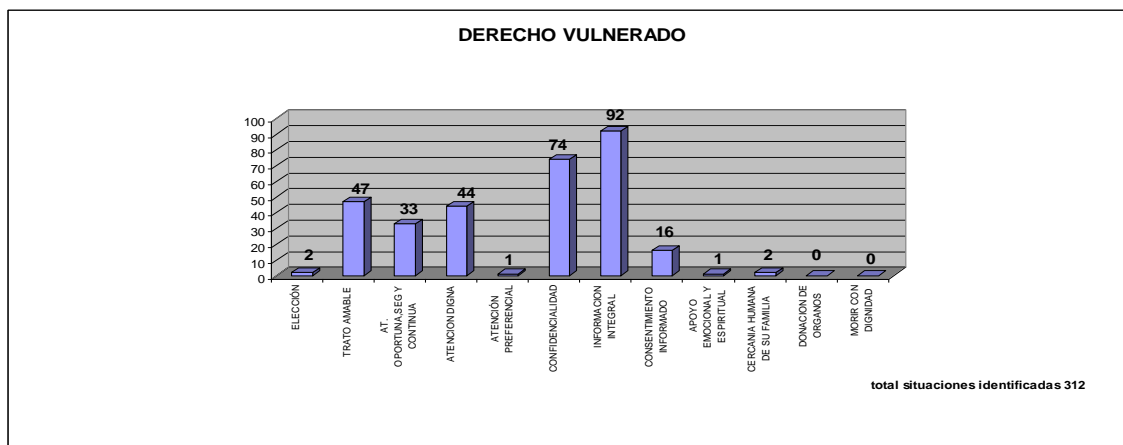


Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

Del total de observaciones (312) registradas en el primer semestre de 2018, se observa que el Derecho con mayor número de vulneraciones es la Información Integral (92), seguido de Atención oportuna, Confidencialidad (74) y Trato amable con 47 observaciones. El Personal asociado a la Vulneración se evidencia que un porcentaje representante corresponde al personal Médico – Especialista - General y personal auxiliar de enfermería.

El equipo de Trabajo Social realiza la identificación en cada uno de los servicios y busca la forma de dar solución a la problemática manifiesta, siendo un intermediario entre el paciente y el personal involucrado en dicha situación de vulneración.

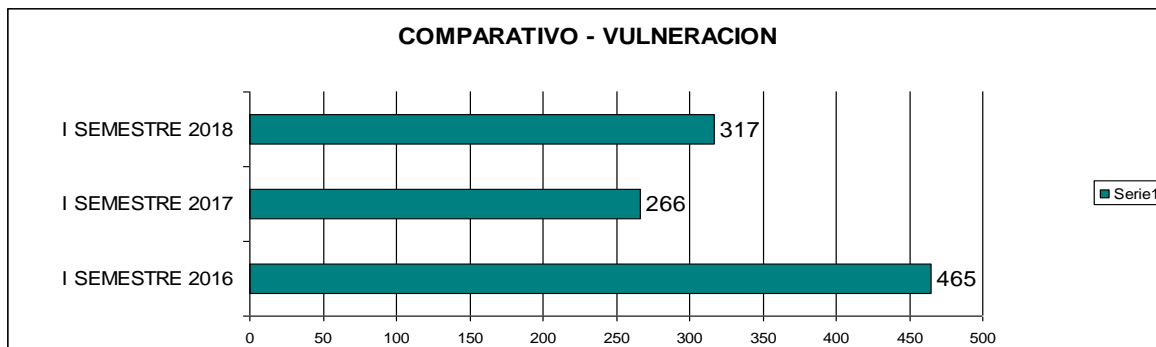


Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

Teniendo en cuenta el gráfico anterior, se evidencia que para el primer semestre de 2018 se ha incrementado en un 20% el número de situaciones identificadas de vulneración en el HUS en comparación con el año anterior, situación que puede estar dada por personal nuevo, rotación de personal de enfermería, entre otros.

GESTION SOCIAL

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS II TRIMESTRE 2018	USUARIOS INTERVENIDOS I SEMESTRE 2018
--------------	---	---------------------------------------



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



ESTUDIOS SOCIALES	1944	2881
ORIENTACIÓN Y GESTIÓN DE ALBERGUE	43	76
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	5	6
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	6	8
GESTION HABITANTES DE CALLE	6	24
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	3	10
REUBICACIONES A ICBF	1	1

Tabla tomada de informe Trabajo Social I semestre 2018.

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 entre otros son algunas instituciones a través de 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.

GESTION POBLACIONES DIFERENCIALES

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS II TRIMESTRE 2018	USUARIOS INTERVENIDOS I SEMESTRE 2018
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	35	70
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	0	2
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	41	56
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	0	1
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	30	44
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	3	5

Tabla tomada de informe Trabajo Social I semestre 2018.

La tabla anterior señala el total de pacientes o usuarios (población diferencial) atendidas por el equipo de Trabajadoras Sociales, a las cuales el equipo ha logrado dar respuesta a través del apoyo interinstitucional y el cual queda registrado en el anexo de la Historia Clínica (Estudio Social).

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.

INDICADORES



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



INDICADOR: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

FORMULA	TRIMESTRE I-2018	TRIMESTRE II-2018
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	35/41	48/48
Total % Reubicación	85%	100%

Tabla tomada de informe Trabajo Social I semestre 2018.

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 92,5 % en el semestre. Sin embargo es pertinente señalar que Trabajo Social ha tenido que dejar de realizar búsqueda activa de estos 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 los usuarios o pacientes que se han ubicado se ha dado por el apoyo económico de algunas fundaciones u organizaciones como damas rosadas. Motivo por el cual en lo que va corrido de este año ha disminuido el número de pacientes favorecidos frente a la necesidad de Albergue.

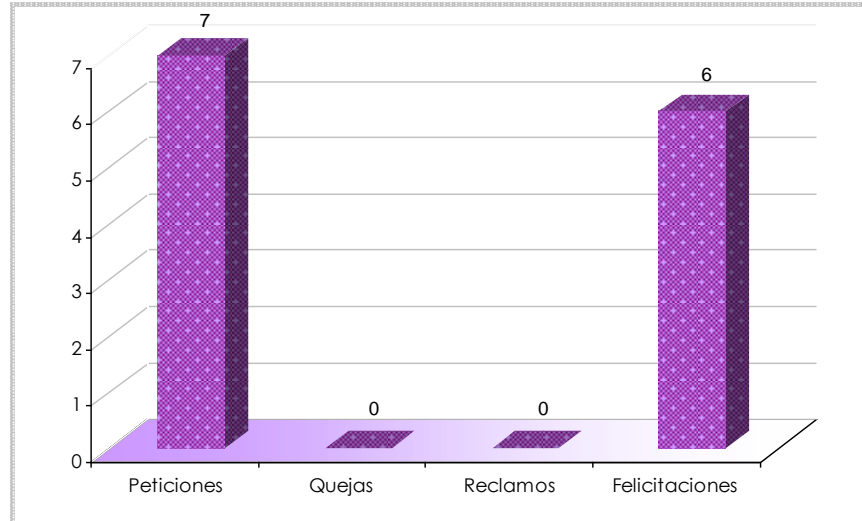
PQRS

Gráfico tomado de informe Trabajo Social I semestre 2018.

Para el segundo trimestre de 2018 el equipo de Trabajo Social recibió un total de 2 Peticiones y 2 Felicitaciones entregadas por los usuarios a través del buzón de sugerencias y remitidas al servicio, para un total del semestre como lo señala la gráfica de 7 peticiones y 6 felicitaciones.

Es importante para el año 2018 fortalecer con nuestros usuarios los diferentes mecanismos para interponer

sus diferentes inconformidades, necesidades o manifestaciones de felicitación puesto que ello permite generar acciones de mejora y/o continuar con la labor de acompañamiento que se realiza.

PLAN OPERATIVO

Dentro de las actividades incluidas en el POP se establecieron las siguientes:

1. Aumentar en un 15 % el número de Estudios Sociales realizados por Trabajo Social en Hospitalización, a fin de fortalecer la intervención con poblaciones vulnerables.

Se continúa realizando el seguimiento al total de estudios sociales realizados por el equipo y se solicitó superar la meta mes a mes. Se realizó evaluación de seguimiento donde se verifica los totales y se establece continuar mejorando la meta.

2. Organizar un encuentro con los profesionales de Trabajo Social de los Hospitales de la Red de Cundinamarca que fortalezca el trabajo interinstitucional.

Para el desarrollo de esta acción se estructuró en cronograma actualizar la base de datos mediante contacto telefónico con las diferentes Instituciones, actividad que se desarrollo y para la cual se cuenta con los soportes respectivos.

Se estableció reunión con la Dra. Andrea de Educación médica a fin de establecer acuerdos con la Secretaría de Salud de Cundinamarca para hacer la convocatoria en la red Hospitalaria. Así mismo se realizó primer borrador de la propuesta del encuentro de Trabajadoras Sociales de la Red de Hospitales de Cundinamarca.

3. Apoyar el programa de Humanización a través del fortalecimiento de la línea estratégica Manejo de la Muerte y Duelo con el paciente fallecido en el HUS - Bogotá.

Para el año 2018 Trabajo Social continuó desarrollando las acciones de sostenibilidad de la línea de manejo de duelo y paciente fallecido en el HUS y se ha realizado acompañamiento a Unidad Funcional Zipaquirá, según los lineamientos establecidos en el Programa, el cual es liderado por la Directora de Atención al Usuario y con apoyo del Comité de Humanización.

- Se da continuidad al proceso de socialización del procedimiento de Manejo del Duelo y paciente fallecido a través del apoyo del grupo de práctica de auxiliares de enfermería de la Cruz Roja a jefes de enfermería, auxiliares y otros colaboradores en el HUS. Para ésta actividad se elaboró un rotafolio con el fin de socializar acciones más precisas a tener en cuenta en cada una de las áreas, para mejorar el acompañamiento a la familia.
- Se continúa fortaleciendo la información de paciente fallecido a través del wath app, como medio de comunicación y que favorece el acompañamiento a las familias.
- Se realizaron 67 acompañamientos ante el duelo o fallecimiento de pacientes por Trabajo Social y 19 acompañamientos por psicología a nuestros pacientes y/o familiares.
- Junto con la Directora de Atención al Usuario y el área de planeación y se realiza revisión Procedimiento **02AUF07-V3**. Manejo del paciente fallecido realizando los ajustes específicos para la U.F de Zipaquirá de acuerdo a características específicas de la U.F

GESTIÓN DEL RIESGO



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Trabajo Social cuenta con identificación de los riesgos actualizada en el año 2017, tales como: falla en la detección de casos para la intervención social, diagnóstico social erróneo, fallas en el reporte a entidades de control, gestión Inoportuna e incorrecta del trámite (oxígenos, ambulancia, medicamento, remisiones y contra-remisiones y citas para toma de exámenes). Estos riesgos luego del análisis de los controles no requieren ser intervenidos y por ende no se incluyen en el PUMP 2018.

OTROS

- Continúa la coordinación de los equipos de facturación y Trabajo Social a través de la cual se ha mejorado el reporte oportuno de los pacientes que requiere estudio social por no afiliación al sistema de salud, por habitabilidad en calle, NN, indocumentados, pacientes sin seguridad social habitantes del distrito o entes territoriales. Lo cual tiene como objetivo disminuir el número de glosas en el HUS.
- Asignación por parte de la Dirección de Atención al Usuario de estudiantes de Auxiliares de enfermería de la Cruz Roja para socialización del procedimiento Manejo del duelo y paciente fallecido en el HUS.
- El apoyo brindado a nuestros pacientes y/o familia gracias a la gestión interinstitucional con entidades como Alcaldías, ICBF, Fiscalía, ente territorial en general.
- Contar con un contrato formal con FUNDONAL, el cual fue solicitado por varios años a la administración para evitar contratiempos a la hora de identificar bebés que deben ser intervenidos por retinopatía del prematuro.
- Contar con reporte de acciones realizadas por el equipo desde DINÁMICA lo cual evita los re-procesos en la parte administrativa y de entrega informes para el equipo de Trabajo Social.
- Participación de la líder de Trabajo Social en el Nodo de Humanización de la Secretaría de Salud de Cundinamarca delegada por la Dirección de Atención al Usuario

NOVEDADES IDENTIFICADAS

- Dificultades en proceso de remisión de pacientes oncológicos debido a la ausencia de contratos de las diferentes EPSs con estas instituciones.
- Dificultades con la salida de pacientes renales debido a la ausencia de contratos de las EPSS con las unidades, baja oferta de cupos para estos pacientes y/o ubicación de las unidades en sitios diferentes a ciudad de origen del paciente.

ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN EJECUTADAS (Py P)

A partir del mes de Mayo el equipo de Trabajo Social inicia el desarrollo capacitaciones (Promoción y Prevención) a nuestros usuarios en salas de espera (tema: Violencias). Se realizaron en el trimestre de Mayo a Julio 259 socializaciones.

Más de 80% de los usuarios comprendió la información brindada por el equipo de Trabajadoras Sociales, recuerdan algún tipo de violencia, a dónde dirigirse, dónde denunciar y cómo prevenir la Violencia. Así mismo refieren que en cuanto a la persona que socializó la información fue clara, agradable su actitud y en general la charla dinámica; calificación que también supera el 80%. Según encuestas aplicadas.



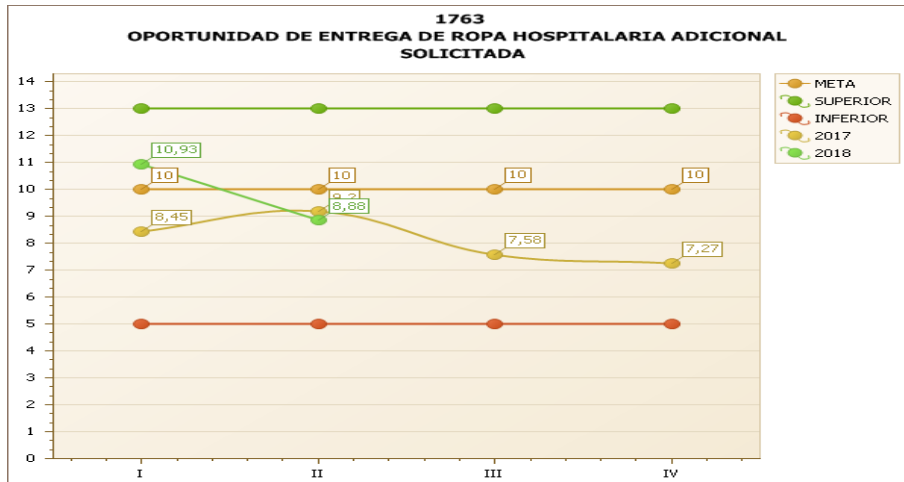
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



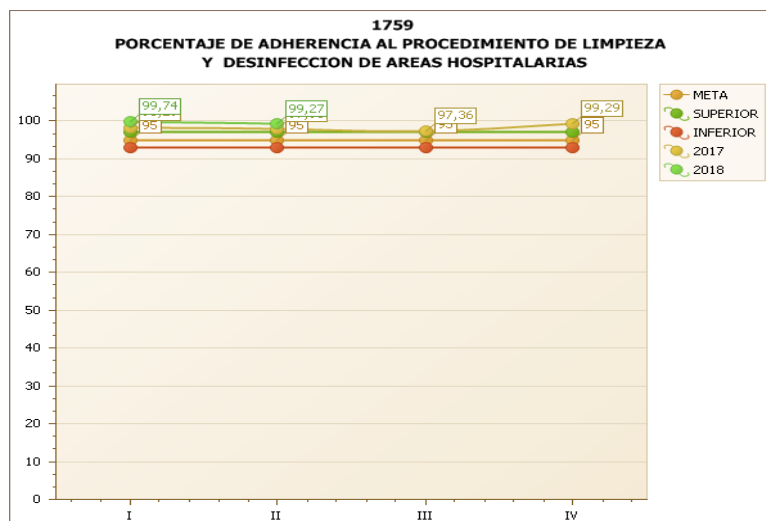
2.4 GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

GESTIÓN DEL PROCESO

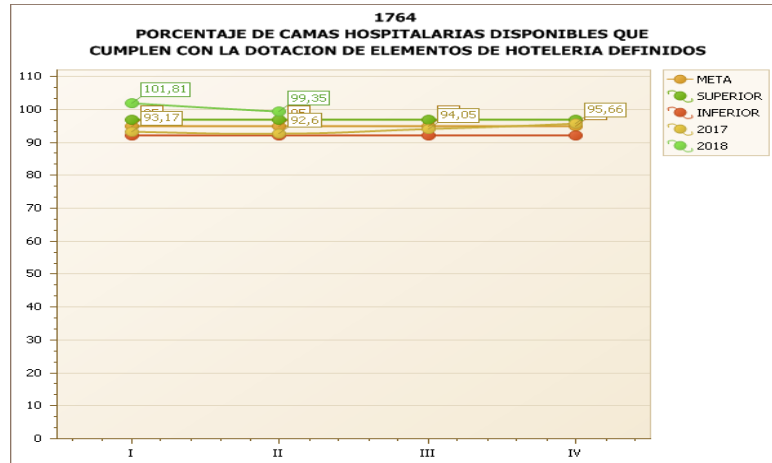
INDICADORES DE CALIDAD 2DO. TRIMESTRE DE 2018



Con las capacitaciones y seguimiento de lo referente al proceso 02HH08 Recolección, Lavado y Distribución de ropa Hospitalaria, se alcanza y sobrepasa la meta, con acciones se esperan sean sostenibles para la mejora continua.



Para el indicador general de adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección se cumple con la meta, realizando el seguimiento a adherencia y verificando los procesos; se continúa con capacitación, entrenamiento y despliegue al personal de la empresa contratada de aseo.



La meta se cumple a pesar de que se han dado elementos de dotación de baja por deterioro; sin embargo la institución adquirió dotación complementaria que estará en funcionamiento en el tercer trimestre de 2018.

PQRS

En el consolidado de quejas y reclamos del usuario, se reportan las siguientes causas frente a temas relacionados con Hotelería Hospitalaria para el segundo trimestre de 2018:

MESES	CAUSA	ACCION DE MEJORA
ABRIL- MAYO- JUNIO	EN EL PORCENTAJE DE PQR LA CAUSA PRINCIPAL SEDA POR FALTA DE CALIDEZ Y TRATO AMABLE. LA OTRA CAUSA ES ACCESIBILIDAD POR DEMORA EN EL INGRESO DEL HUS	1. SE PLANTEO UN PLAN DE MEJORA CON LA INTERVENCIÓN DEL INDIVIDUO Y SEGUIMIENTO AACTITUD Y APTITUD CON EL RESPECTIVO ANALISIS PARA TOMA DE DESICIONES EN APOYO CON LA DIRECCION ADMINISTRATIVA Y LA EMPRESA DE VIGILANCIA. 2. SE IMPLEMENTARA SISTEMA DE INGRESO Y SE SOLICITARON FICHAS DE COLORES COMO PARTE DEL PLAN DE CONTINGENCIA

Se plantean intervenciones específicas las cuáles fueron revisadas y modificadas por la Directora de Atención al Usuario con base a que se deben realizar intervenciones específicas por Proceso para dar respuesta a las oportunidades de mejora planteadas en el PAMEC de Acreditación y se asesora orienta en el diseño de planilla para seguimiento de colaboradores involucrados en quejas y reclamos por falta de calidez y trato amable.

PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA

Se formularon 4 planes de mejora para el primer trimestre de 2018, donde se cumplieron en un 100% 3 de ellas y una está en desarrollo:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA					DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA				
PROCESO	#HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/ año)	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/ año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION
HOTELERIA HOSPITALARIA	1	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	21/11/2016	El plan de saneamiento del servicio de alimentación no se encuentra en el formato estandarizado por la institución dentro del sistema de gestión documental	Medir la adherencia al Plan de Saneamiento del servicio de alimentación y tomar acciones	1. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS E INFORME CONSOLIDADO CON MEDICION DE ADHERENCIA	21/11/2016	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA LIDER DE NUTRICION
HOTELERIA HOSPITALARIA	2	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	24/10/2017	Mejorar el proceso de control de fechas de vencimiento de productos (semaforización) y definirlo en un documento. Etiquetar con fechas de apertura todos los productos sin excepción alguna	Ajustar, Implementar y Medir procedimiento del funcionamiento del servicio de alimentación 02HH03, donde se incluye semaforización de fecha de vencimiento de productos perecederos y etiquetas de fecha de apertura de alimentos	1. Procedimiento 02HH03 ajustado y publicado en Intranet 2. Refistro de Socialización del procedimiento 3. Listas de Chequeo e Informe consolidado con resultados y acciones de mejora	05/01/2018	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA LIDER DE NUTRICION
HOTELERIA HOSPITALARIA	3	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	29/01/2018	No se evidencia registro de las limpiezas y desinfección por parte de enfermería en un formato, solo se observa en cinta descrito desinfección y la fecha, servicios generales maneja una hoja por cada turno donde se registra la limpieza de las áreas y que debe ser firmado por la enfermera jefe al terminar la jornada se observa en salas de cirugía que no se firma al terminar la jornada por parte de enfermería. en radiología enfermería no firma la planilla no se sabe en que momento se hace la limpieza por parte del personal de servicios generales	Ajustar el formato 05HH19 : Informe de Actividades de Aseo, especificando el área ó servicio específico intervenido en cuanto a su limpieza y Desinfección Rutinario ó Termina con su verificación	1. Formato 05HH19 ajustado 2. Registros de socialización con los colaboradores de la empresa de Aseo 3. Medición e informe adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección hospitalaria 02HH07, incluyendo la verificación de formato 05HH19	05/02/2018	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA HOSPITALARIA
HOTELERIA HOSPITALARIA	4	PQRS	20/01/2018	El 21% de las POR recibidas durante el 2017, son atribuidas a falta de calidez y trato amable por parte del personal de vigilancia y aseo	Fortalecer el proceso de capacitación y sensibilización en relación a la humanización de los colaboradores de vigilancia y aseo	1. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS 2. INFORME DE ANALISIS DE TOMA DE DECISIONES	15/06/2018	14/12/2018	Subdirección de Hotelería Subdirección Desarrollo Humano

PLAN DE MEJORA ACREDITACION (HOTELERIA HOSPITALARIA)

Para el ESTANDAR DE AMBIENTE FISICO, la Subdirección de Hotelería, apoyar y gestiona:

REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/ año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	PORCENTAJE DE AVANCE
No es sistemática la intervención a los colaboradores identificados con el consumo de tabaco, sus resultados no son evidentes, falta de adherencia al programa y sistematicidad. Las empresas tercerizadas no se han articulado al programa de seguridad y salud en el trabajo. Dentro del Programa de Seguridad y salud en el trabajo, no hay un abordaje integral al fumador para prevenir y abandonar el habito del tanaquismo.	1. Articular a las empresas tercerizadas al el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo, para la intervención a colaboradores y prevenir e incentivar el abandono de consumo de tabaco y sustancias psicoactivas. 2. Realizar Campañas de sensibilización para espacios libres de humo, articulado con Programa de Seguridad y Salud en el trabajo y la línea Estrategica del Programa de Humanización: Ambiente y Tecnologías Amigables, verificando adicionalmente sitios donde se ha evidenciado consumo de tabaco dentro de la institución, realizando seguimiento a la adherencia a través de la inspección de sitios identificados	30/09/2018	1. Referente de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2. Lider de Hotelería Hospitalaria	Se implementaron campañas de sensibilización para espacios libres de humo, articulado con Programa de Seguridad y Salud en el trabajo y la línea Estrategica del Programa de Humanización: Ambiente y Tecnologías Amigables, verificando adicionalmente sitios donde se ha evidenciado consumo de tabaco dentro de la institución
1. Las áreas asistenciales no se encuentran en orden y aseo 2. El personal asistencial tiene elementos en sitios que no corresponde. 3. El Hospital no cuenta con un programa de orden y aseo; el personal no cuenta con suficientes locker para guardar sus pertenencias	1. Aprobar, desplegar y medir un programa de Orden y Aseo que incluya la seguridad del ambiente físico. 2. Gestionar espacios con locker para ubicación de pertenencias de colaboradore	31/10/2018	1. Lider de Talento Humano Lider Hostelería Hospitalaria 2. lider de proyecto Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico	Se encuentra en diseño el documento de Orden, Seguridad y Aseo, articulado con salud ocupacional. Se realizó la intervención de áreas prioritarias: Estaciones de Enfermería, Cartera y Objeciones, Mantenimiento, Farmacia

PASS Y POA HOTELERIA HOSPITALARIA



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



PASS

ACTIVIDADES ESPECIFICAS	AVANCES II TRIMESTRE DE 2018
EN LA LINEA ESTRATEGICA DE AMBIENTE Y TECNOLOGIAS AMIGABLES, SE ADELANTAN ACCIONES EN CAMINADAS A EJECUTAR ACCIONES CORRECTIVAS CON BASE A LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LAS LISTAS DE CHEQUEO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DONDE SE DEBE FORTALECER EL LA EXPLICACION AL USUARIO SOBRE EL USO DE DISPOSITIVOS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO (30%)	SE REALIZAN POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO FRENTE A LA EXPLICACION DEL USO DE DISPOSITIVOS, Y DONDE PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE SE ALCANZA LA META, CORROBORADO POR EL RESULTADO LA ENCUESTA INSTITUCIONAL DE SATISFACCIÓN TIENE EL 100% DE USUARIOS QUE RECIBIERON LA INFORMACION
CONTINUAR CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN A USUARIOS Y COLABORADORES PARA MEJORA CONDICIONES DE SILENCIO, MANEJO ADECUADO DE RESIDUOS Y FORTALECER ESTRATEGIA DE ORDEN Y ASEO (50%)	SE REALIZA ACTUALMENTE CAMPAÑA POR MEDIO DE ROMPETRAFICOS EN DIFERENTES SERVICIOS DE HUS BAJO CRONOGRAMA DE SU UBICACIÓN; ASÍ MISMO EN CARTELERAS INSTITUCIONALES Y CHARLAS IMPARTIDAS A USUARIOS EN EL ACCESO PRINCIPAL : CAMPAÑA DE SILENCIO, ESPACIOS LIBRES DE HUMO, CUIDADO DE PERTENENCIAS, CUIDADO DE LAS INTALACIONES, MANEJO DE RESIDUOS

POA

Las actividades del Plan Operativo Anual del Proceso de Hotelería Hospitalaria se plantearon para inicio en el 2do. Trimestre de 2018:

- Realizar en dos campañas de sensibilización a usuarios y colaboradores para mejora condiciones de silencio, manejo adecuado de residuos y fortalecer Estrategia de Orden y Aseo (50%), donde por Rompe tráfico y carteleras se ha socializado y sensibilizado a colaboradores y usuarios
- Adquisición de elementos de Dotación Complementaria de Hotelería Hospitalaria: Se realizaron los procesos y se adjudicó el 100% de los elementos solicitados, los cuales se instalarán en el tercer trimestre de 2018, tanto para la sede Bogotá, como la Unidad Funcional de Zipaquirá

GESTION DEL RIESGO

A la fecha se está actualizando la matriz de riesgos por ajustes en la caracterización; sin embargo se describe el comportamiento del riesgo con mayor impacto a segundo trimestre de 2018:

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACION DEL RIESGO		DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES REALIZADAS	IMPACTO
			ZONA DE RIESGO	DE			
Ingreso de elementos no autorizados	Elementos que ingresan al hospital para causar daño o lesión ha alguno de los funcionarios o usuarios ingreso de alimentos y bebidas	Perdida de la seguridad del personal del Hospital Alteración en la prestación del servicio Insatisfacción del usuario	EXTREMA		Elementos de apoyo para la prestación del servicio (Detectores de metales) Personal de	Verificación y cumplimiento de procedimiento de ingreso y egreso de pacientes, visitante, estudiantes y colaboradores 40	NO HAY REPORTE DE QUEJAS POR ESTA CAUSA

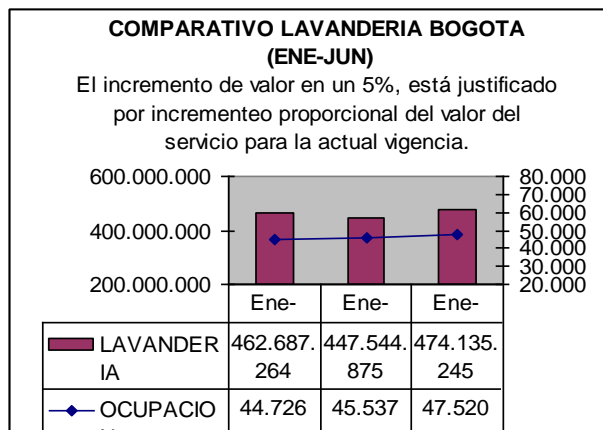
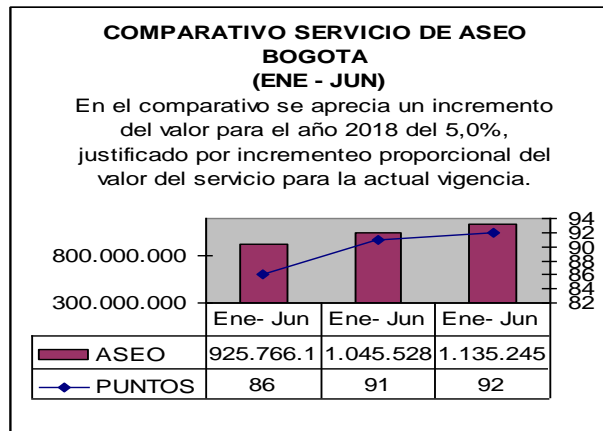
		Mala imagen institucional		seguridad		
				Revisión de todos los paquetes que entran y salen a la institución	10	

OTROS

INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2016, 2017 Y 2018 PRIMER TRIMESTRE

SEDE BOGOTA



UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

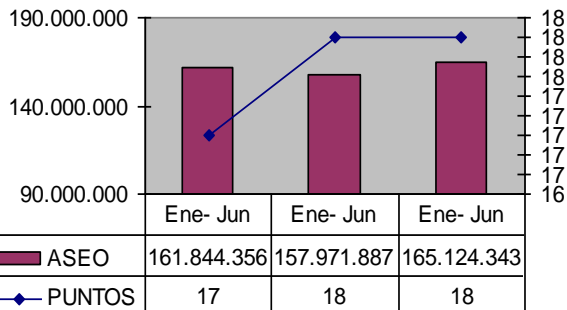


Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



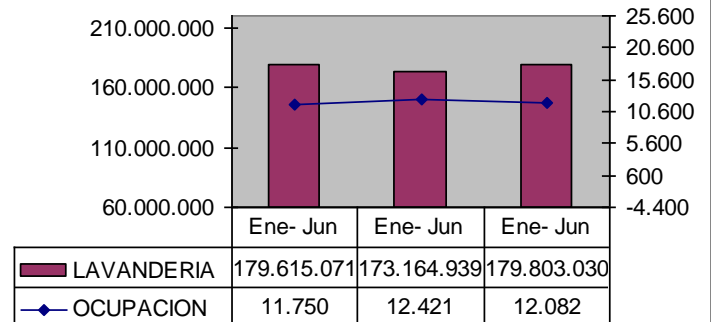
COMPARATIVO SERVICIO DE ASEO U.F. ZIPAQUIRA (ENE- JUN)

Para la vigencia 2018, se aumenta el costo del servicio en un 4,5%, teniendo en cuenta que el valor de contratación fue mayor por el ajuste de mano de obra de acuerdo al IPC.



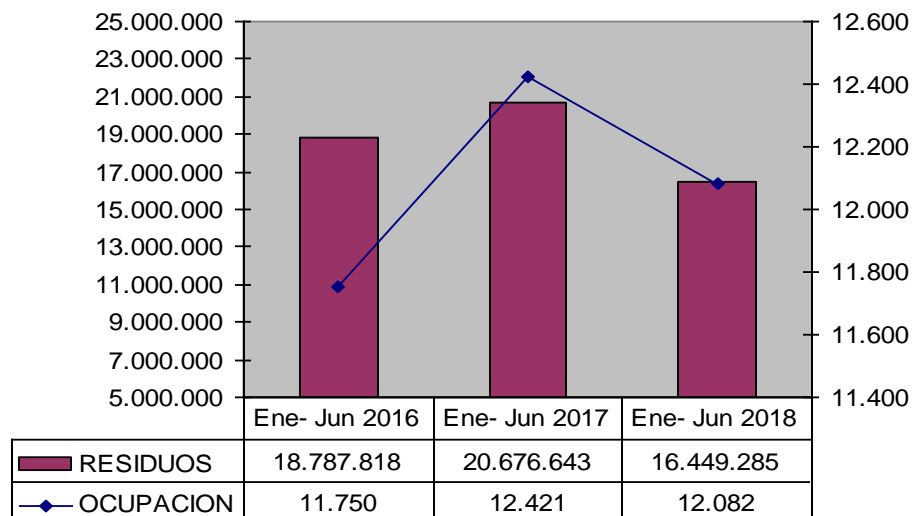
COMPARATIVO LAVANDERIA U.F. ZIAPAQUIRA (ENE-JUN)

El valor deol servicio aumenta en un 4%, compara do con la vigencia 2017, impacto del aumento del precio por kilogramo de ropa.



CONSOLIDADO RESIDUOS U.F. ZIPAQUIRA (ENE-JUN)

Para el año 2018, el valor del servicio es menor en un 20%, por menor volúmen de residuos generados por mejoramiento en la segregación de residuos.



PLAN DE ADQUISICIONES 2018

De las necesidades incluidas en el Plan de Adquisiciones, se llevaron a cabo los procesos pertinentes, logrando la adjudicación del 100% de los elementos y materiales de Hotelería Hospitalaria solicitados, los cuales serán puestos en funcionamiento en la Sede Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá en el tercer trimestre de 2018.

DOTACION COMPLEMENTARIA SEDE BOGOTA

ITEM	PRODUCTO	CONSUMO ANUAL BOGOTA	VALOR TOTAL BOGOTA (INLUYE IVA)
1	CARRO AUXILIAR PARA SALA DE RESONANCIA	1	\$3.610.136
2	CARRO HIGIÉNICO PARA RESONANCIA MAGNETICA	1	\$3.359.281
3	MESA PUENTE	24	\$6.297.480
4	ATRILES PORTABOMBA	60	\$15.743.700
5	MESA MAYO	1	\$186.900
6	ESCALERILLAS	46	\$5.310.875
7	SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL PARA PACIENTE DE URGENCIAS (OBSERVACION)	8	\$6.635.723
8	SILLA PARA FLEBOTOMIA	2	\$11.405.535
9	JUEGO DE SILLAS PARA FLEBOTOMIA EXTERIORES (PARA CAMPAÑA)	1	\$7.372.050
10	SILLA INTERLOCUTORA	4	\$794.178
11	TANDEM DE 4 PUESTOS	20	\$14.469.000
12	SILLAS DE RUEDAS	13	\$5.651.100
13	VITRINA HOSPITALARIA EN ACERO Y VIDRIO	1	\$1.209.600
14	MESA GABINETE CON RUEDAS	2	\$1.044.582
15	SILLAS PLASTICAS	45	\$1.281.987
16	MESAS PLASTICAS DESARMABLES BLANCAS	6	\$254.715
17	TELEVISOR LED DE 60 PULGADAS	2	\$3.509.075
18	SOPORTE DE PARED PARA TV LED DE 60 PULGADAS	2	\$114.923
19	BIOMBO CLINICO DE TRES CUERPOS	6	\$1.243.935
20	DISPENSADOR DE AGUA FRIA Y CALIENTE	4	\$4.748.100
21	NEVERA PLASTICA HERMETICA	5	\$231.410
22	CORTINAS EN PERSIANA VERTICAL DE PVC CON CENEFAS Y PERFILES	34	\$4.163.334
23	SISTEMA DE CORTINAS EN TELA ANTIFLUIDO Y RIEL	270	\$14.169.330
VALOR TOTAL SOLICITUD BOGOTA			\$220.454.919

DOTACION COMPLEMENTARIA U.F. ZIAPAQUIRA

ITEM	PRODUCTO	CONSUMO ANUAL UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA	VALOR TOTAL U.F. ZIPAQUIRA (INCLUYE IVA)
1	SILLA PATO	3	\$1.098.311
2	SILLA PATO PEDIATRICA	2	\$675.293
3	MESA MAYO	7	\$1.308.300
4	ESCALERILLA DE UN PASO	15	\$1.639.969
5	SILLA INTERLOCUTORA	30	\$5.956.335
6	TANDEM DE 4 PUESTOS	17	\$12.298.650
7	MESA AUXILIAR PARA TRASPORTE DE EQUIPOS	19	\$7.644.441
8	SILLAS DE RUEDAS	10	\$4.347.000
9	BUTACO GIRATORIO	18	\$4.557.981
10	SILLAS PLASTICAS	30	\$854.658
11	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	20	\$6.197.520
12	COLCHONETA PARA CAMILLA	20	\$3.436.125
13	Contenedor para ropa sucia de color azul oscuro de 170 litros	7	\$2.836.799
14	CAJAS PLASTICAS ORGANIZADORAS (20 LITROS)	20	\$760.200
15	CAJAS PLASTICAS ORGANIZADORAS (2.5 a 3 LITROS)	20	\$254.121
16	CORTINAS EN PERSIANA VERTICAL DE PVC CON CENEFAS Y PERFILES	35	\$4.285.785
17	CORTINA ENROLLABLE EN BLACKOUT	164	\$9.016.392
18	SISTEMA DE CORTINAS EN TELA ANTIFLUIDO Y RIEL	376	\$19.732.104
VALOR TOTAL SOLICITUD U.F. ZIPAQUIRA			\$86.899.982

2.6 GESTION DEL PROCESO DE ENFERMERIA

GESTION DEL PROCESO

INFORME DE LAS ACTIVIDADES DE LA SUBDIRECCION DE ENFERMERIA DURANTE II TRIMESTRE DE 2018

II TRIMESTRE

Se construyo el procedimebto de registros de enfermeria , con el fin de incluir el item de forma especifica en relacion con la explicacion al paciente sobre el uso de dispositivos médicos.

Este procedimiento fue socializado en la UFZ al personal de enfermeria logrando el 180% que corresponde a 91 auxiliares de Enfermeria y el 57% de enfermeras jefes que corresponde a 17 personas capacitadas.

De acuerdo con el cronograma de actividades se deberá alcanzar en el mes de julio el 100 % de la socialización del procedimiento de registros de enfermería y se iniciara la medición de su



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



adherencia para el mes de agosto de 2018

Hus Bogotá

Para Bogotá se continuó con la medición de la adherencia encontrándose los siguientes resultados:

Registra consentimiento informado y disentimiento de procedimientos de enfermería (uso de dispositivos medico quirúrgicos).		
Mes	Porcentaje	N listas realizadas
Abril	97%	181
Mayo	95 %	111
Junio	86 %	116
Total	93 %	408

Con respecto al consentimiento informado durante el segundo trimestre se aplicaron 408 listas de chequeo obteniéndose un porcentaje promedio del 93%, lo cual indica una adecuada adherencia de parte del personal de enfermería, lo cual se ha venido mejorando dado que en los diferentes procedimientos de enfermería que se están actualizando se está incluyendo de manera más específica el componente de humanización y por ende el consentimiento informado y la explicación de los distintos procedimientos al paciente ejemplo: *“Debe comunicarse al paciente el objetivo de la cateterización, para que efectúe el consentimiento verbal y advertírsele acerca de las posibles molestias relacionadas con la maniobra; se debe dar la posibilidad que el paciente exprese sus dudas y preservar su intimidad”*

Por otra parte y como acción correctiva en el II trimestre se elaboró un procedimiento específico para la realización de los registros de enfermería, en el cual se incluyó de forma específica un ítem relacionado con la educación que se debe brindar al paciente a acerca del uso de los dispositivos medico quirúrgicos, el cual se está legalizando en planeación para su despliegue posterior en los meses de Julio y Agosto de 2018.

Actividad 35.2

Continuar Socialización del Procedimiento de Confidencialidad y Privacidad a Grupo Prioritario (Personal de Enfermería) e iniciar implementación (40%) UFZ

Se continuo para este trimestre la capacitación del procedimiento de confidencialidad y privacidad al personal de enfermería, alcanzando 91 auxiliares, 17 enfermeras, 2 instrumentadores quirúrgicos, líder de apoyo diagnóstico, líder de servicio transfusional.

Meta del producto anual: Iniciar implementación de las otras 4 Líneas Estratégicas del Programa de Humanización (Manejo del Dolor Físico/ Manejo de Paciente Crónicos/ Apoyando al Cuidador/ Ambiente y Tecnologías Amigables) (ZIPAQUIRA)



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



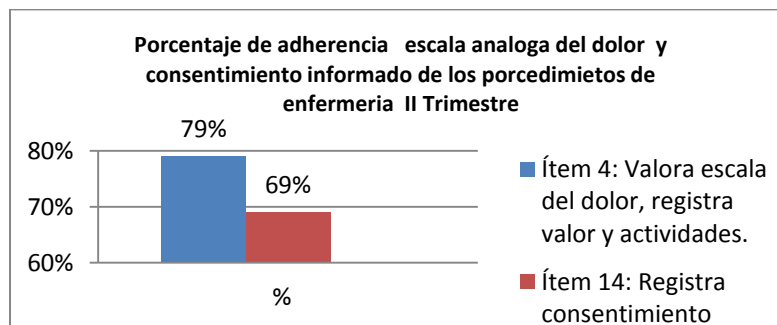
Actividad 36.1 Medir adherencia a la aplicación de la escala Análoga del Dolor por Enfermería (50%) UFZ

Durante el segundo trimestre se aplicaron 33 listas de chequeo para valoración de escala análoga del dolor, alcanzando el 79% de cumplimiento. Se realiza reunión conjunta con la enfermera líder de la unidad funcional de Zipaquirá, en la cual se analizan las causas de la falta de adherencia en la medición de la escala análoga del dolor, encontrándose que en general se evalúa el dolor pero no se diligencia la escala, por lo cual se deja como compromiso que las profesionales resocializaran con su personal a cargo en los diferentes servicios la escala EVA, y se continuara con la medición. Fecha de cumplimiento 15 de agosto de 2018.

Actividad 36.2 Medir adherencia al Consentimiento de Enfermería para el uso de dispositivos médicos a través de la Lista de Chequeo de registros de enfermería (ítem de explicación al paciente sobre el uso de dispositivos para realizar seguimiento a su cumplimiento) y toma de correctivos según resultados (50%)

**Lista Chequeo Registros de Enfermería 05PH92 - V1
II Trimestre 2018 Unidad Funcional Zipaquirá**

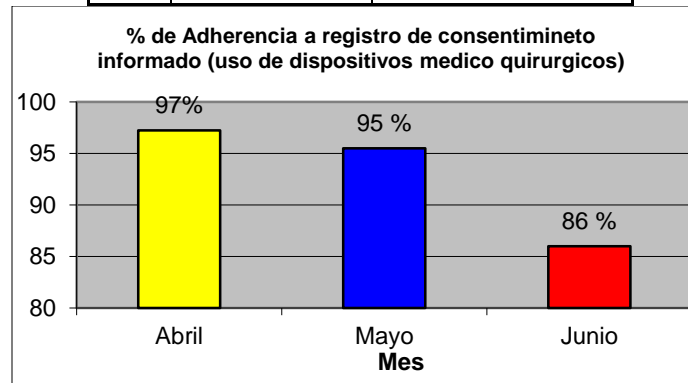
Ítems Valorados	Cumple		% Adherencia
	SI	NO	
Ítem 4: Valora escala del dolor, registra valor y actividades.	26	7	79%
Ítem 14: Registra consentimiento informado y disentimiento de procedimientos de enfermería (uso dispositivos medico quirúrgicos)	23	9	69%



II Trimestre 2018 Unidad Funcional Zipaquirá

Registra consentimiento informado y disentimiento de procedimientos de enfermería (uso de dispositivos medico quirúrgicos).

Mes	Porcentaje %	N listas realizadas
Abril	97 %	181
Mayo	95 %	111
Junio	86 %	116
Total	93 %	408

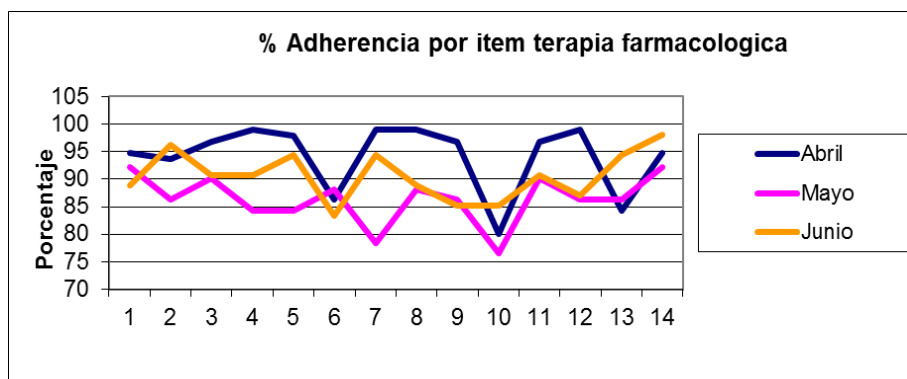


Con respecto a la educación que se brinda a los pacientes en cuanto al uso de dispositivos médicos, se encontró el 69% de adherencia, en el análisis se encuentra que se venía trabajando consentimiento informado de los procedimientos de enfermería, no se contaba con un procedimiento para los registros de enfermería y con una lista de chequeo específica para la valoración de este aspecto, por lo cual se dio inicio a la socialización del procedimiento a finales de Junio y para el IV trimestre se dará inicio a la medición más específica con la lista de chequeo ajustada por la subdirección de enfermería.

Para HUS Bogotá se alcanzó un porcentaje de adherencia promedio en el trimestre del 93%, por lo cual se continúa el seguimiento y medición a través de las listas de chequeo.

Medición de adherencia a procesos prioritarios

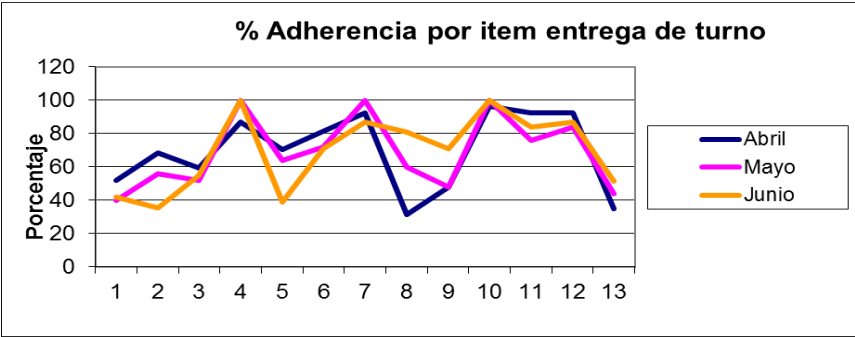
Terapia farmacológica



Durante el segundo trimestre de 2018 la adherencia al manual de terapia farmacológica fue en promedio del 90%, los ítems que muestran menor adherencia son el 10 y el 7, que corresponde con la rotulación del buretrol y/o equipos para administración de medicamentos y la permeabilización de la vena antes de la administración de los medicamentos.

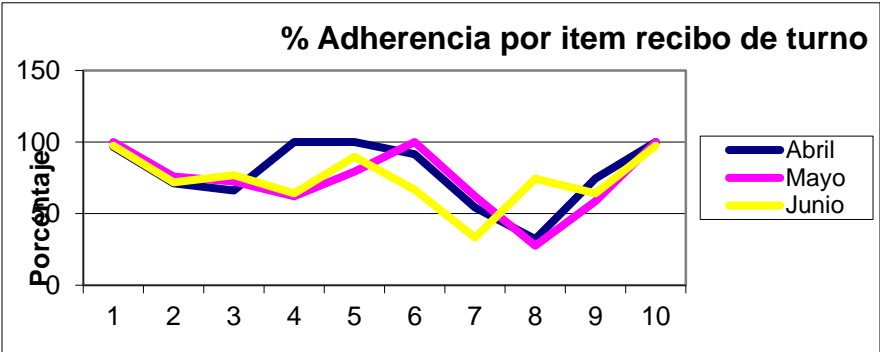
Entrega de turno

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Realiza higiene de manos con agua y jabón antes de recibir el turno	Se encuentra todo el personal que entrega y recibe el turno	Portan el uniforme de acuerdo a normas de la institución	Se asigna una persona para que reciba o entregue los medicamentos de cada paciente	Los pacientes tienen manilla de identificación, con los stickers de riesgos	Se inicia con la descripción completa de los datos del paciente y escalas	Describe condición clínica del paciente en orden cefálo caudal, estado de conciencia, requerimiento de oxígeno, sondas, drenes, heridas	Se informa de los líquidos endovenosos y mezclas, hora de inicio, cantidad que se recibe y goteo	Se identifican medidas de seguridad: Hay alerta visual, barandas elevadas, freno de cama, etc	Informa sobre procedimientos realizados al paciente, los pendientes y si requieren cita o preparación	Se realizó inventario de elementos del servicio y carro de paro, informando al grupo saliente las novedades	Enfermera (o) realizó asignación (registro, firma y sello)	Entrega Planes de Cuidado de Enfermería realizados en el turno
Abril	52	69	59	87	70	81	93	31	48	96	93	93	35
Mayo	40	56	52	100	64	72	100	60	48	100	76	84	44
Junio	42	35	55	100	39	71	87	81	71	100	84	87	52



Recibo de turno

¡Error! Vínculo no válido.

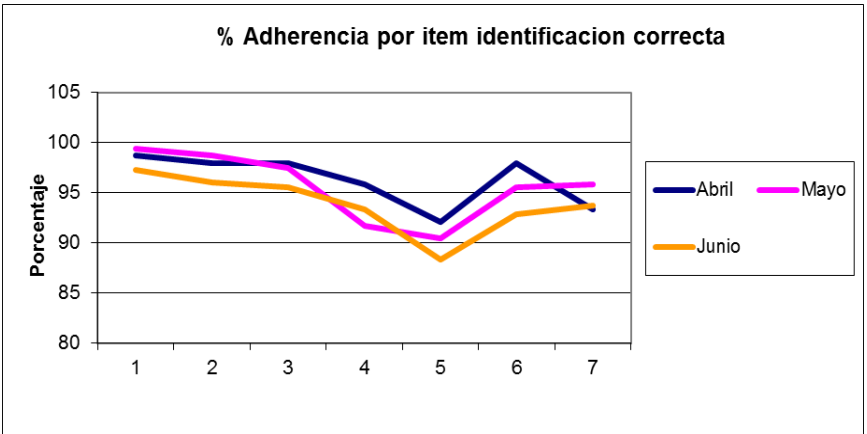


Durante el recibo y entrega de turno durante el segundo semestre se obtuvo un porcentaje promedio de adherencia e del 70%, los ítems de menor adherencia corresponden al N. 7 y 8, relacionados con la revisión del estado clínico de cada paciente y la colocación de las alertas visuales de seguridad para la gestión de los riesgos clínico, así como las medidas de seguridad como las bandaras arriba entre otras.

Identificación correcta del paciente

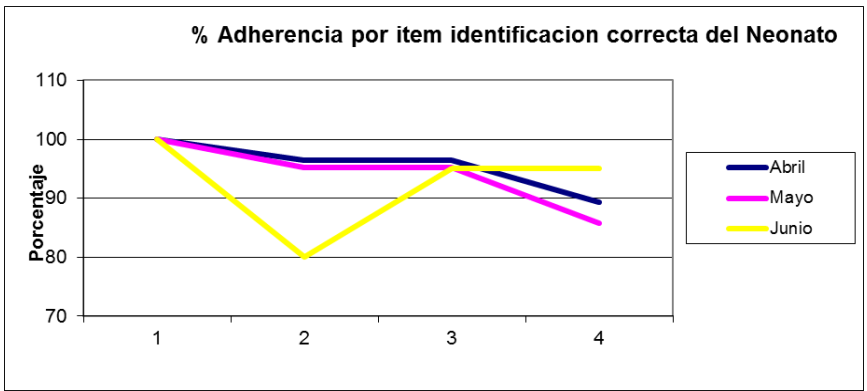
¡Error! Vínculo no válido.





Identificación correcta del recién nacido

¡Error! Vínculo no válido.



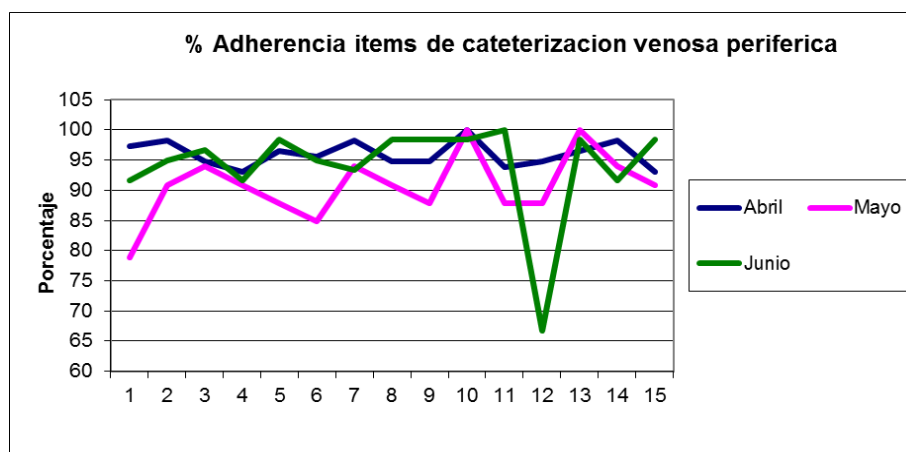
Para el protocolo de identificación correcta del paciente el comportamiento durante el segundo trimestre fue positivo y se mantuvo por encima del 95%.

Cateterización venosa periférica

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----



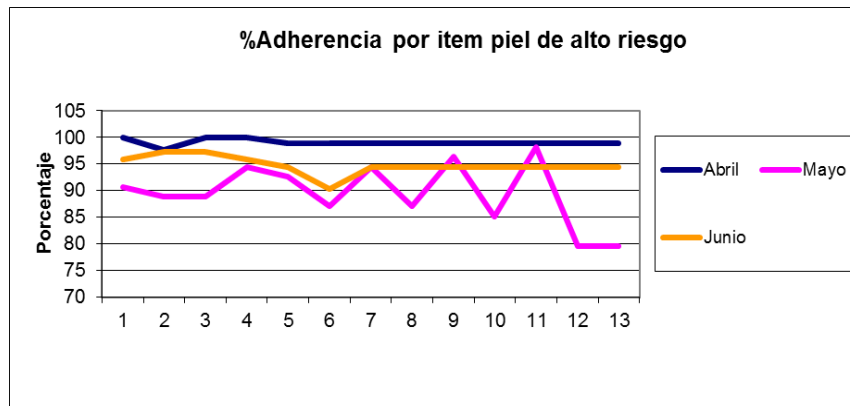
	Realiza higiene de manos con agua antes del procedimiento	Prepara y alista el material a usar antes de realizar el procedimiento	Explica el procedimiento al paciente y verifica que lo haya entendido	Prepara y alista el material a usar antes de realizar el procedimiento incluyendo guantes y utiliza EPP	Selecciona el sitio de punción teniendo en cuenta el uso de la vía y estado clínico del paciente	Utiliza guantes de manejo o estériles según la condición clínica del paciente	Realiza técnica de limpieza y asepsia en la zona de punción con isopafin	Palpa, elige y produce la tracción correcta antes de realizar la punción	Introduce el catéter según la técnica adecuada y verifica el retorno de sangre venosa	Conecta el equipo de venoclisis, previamente purgado.	Realiza según protocolo la fijación con película transparente, revisando protección y cubrimiento del sitio de inserción y su correcta fijación	Registra sobre la fijación # de catéter, fecha de inicio, fecha de cambio, hora en formato militar, inicial del nombre y apellido de quien realizo el procedimiento	Recoge el material utilizado y lo segrega según la norma	Realiza higiene de manos con agua y jabón después de terminado el procedimiento	Hace el registro de enfermería sobre el procedimiento con el consentimiento informado correspondiente
Abril	97	98	95	93	96	96	98	95	95	100	94	95	96	98	93
Mayo	79	91	94	91	88	85	94	91	88	100	88	88	100	94	91
Junio	92	95	97	92	98	95	93	98	98	98	100	67	98	92	98



Para el segundo trimestre la adherencia en promedio fue del 94%, el ítem con menor puntuación corresponde al N. 12 relacionado con la rotulación correcta de las venopunción.

Prevención de lesiones de piel paciente adulto

¡Error! Vínculo no válido.



La adherencia para este trimestre se encuentra en el 93,6% en promedio, los ítems con menor adherencia corresponden con los registros de enfermería de los cuidados brindados al paciente, así como también a la educación que se brinda al paciente y su familia.

Registros de enfermería

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Ingresar a la historia clínica de enfermería con el usuario asignado.	Realiza nota de recibo en orden céfalocaudal, condiciones en las que lo recibe, accesos, prótesis sondas y demás.	Valora estado de piel, escala Braden, registra puntaje y actividades.	Valora escala de riesgo de caída, registra valor y actividades.	Valora escala del dolor, registra valor y actividades.	Registra signos vitales (mínimo 1 vez en los turnos del día y 2 veces en el turno de la noche) en UCI c/h.	Registrar actividades realizadas durante el turno de enfermería (cambios de posición, cambios de equipos, evolución, incidentes presentados, entre otros) y no usa siglas.	Si el paciente es trasladado se registra, lugar, dispositivos médicos quirúrgicos y condición clínica.	Registra el oxígeno en actividades de enfermería, describiendo sistema (cánula, venturi, mascarilla, TOT, hora de inicio y terminación).	Realiza registro de líquidos administrados cada hora (incluye antibióticos y nutrición parenteral), si es una mezcla escribe como se preparó.	Realiza el registro de los líquidos eliminados (especifica características del drenaje, vía y cantidad).	Registra vía oral (tipo de dieta) o alimentación por sonda naso u orogástrica (registra el nombre genérico de la nutrición enteral).	Registra consentimiento informado y consentimiento de procedimientos de enfermería (uso de dispositivos médicos quirúrgicos).	Registra las actividades de educación en salud.	Registrar en torno a que registrar las condiciones erráticas que queda el paciente en orden céfalocaudal, haciendo énfasis en piel, accesos vasculares, prótesis, sondas.	Se realiza la nota de egreso del paciente con las recomendaciones de cuidado en casa.	No se encuentra notas que hayan sido copiadas y pegadas.
Abril	97	99	96	96	98	97	99	98	92	97	96	94	97	87	98	88	94
Mayo	97	90	89	87	94	95	92	93	94	95	97	95	95	89	94	91	87
Junio	100	98	89	97	97	92	98	96	90	90	99	84	86	88	94	96	96

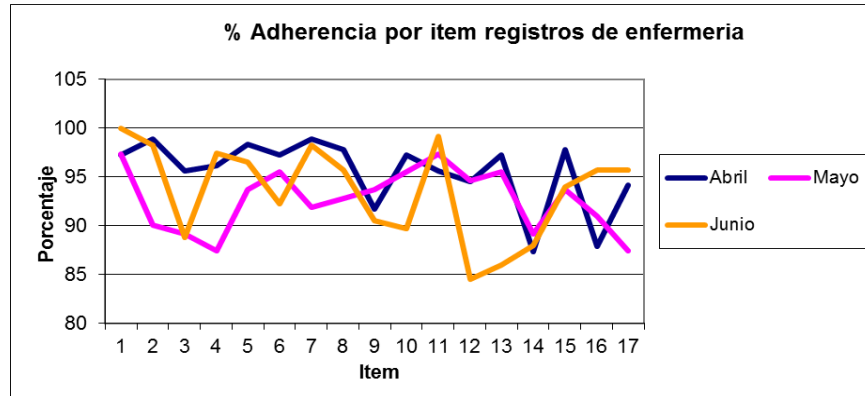
¡Error! Vínculo no válido.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

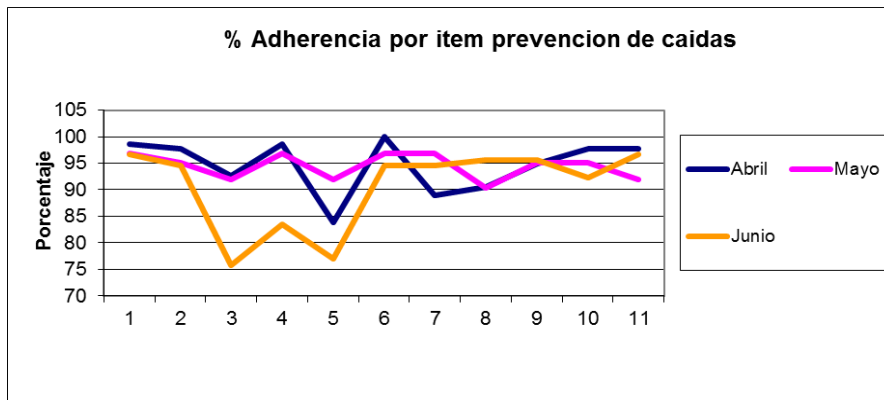
“Humanización con sensibilidad social”





Durante el segundo trimestre se mantuvo adherencia en los registros de enfermería en promedio del 93%, el ítem de menor adherencia corresponde al N. 12 a Registra vía oral (tipo de dieta) o alimentación por sonda naso u orogástrica (registra el nombre genérico de la nutrición enteral)

Prevención de caídas;Error! Vínculo no válido.

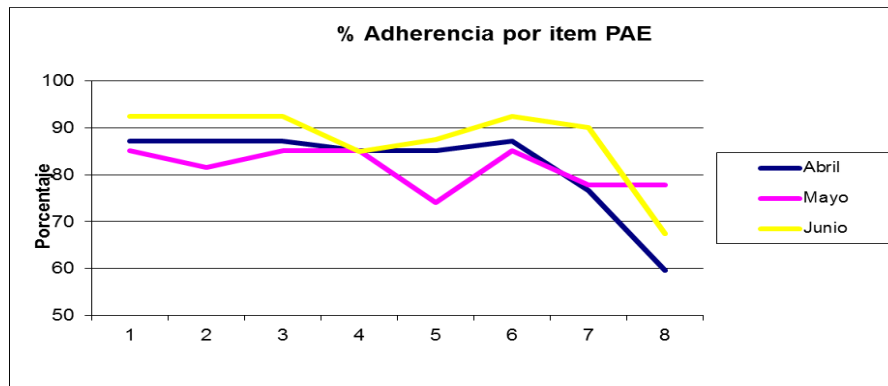


La adherencia al protocolo para la prevención del riesgo de caída correspondió al 93% en promedio, los ítems de menor adherencia encontrados corresponden a N. 3 Se observa alerta visual, sticker en manilla y rombo en cabecera el cual se explica al paciente y familiar y N. 5 Se explica al paciente sobre uso del timbre de enfermería.

Plan de atención de enfermería

¡Error! Vínculo no válido.

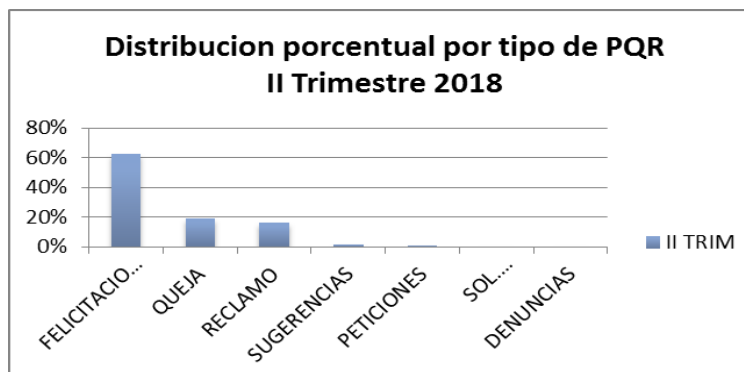




Se encuentra un promedio de adherencia del 83% para el segundo trimestre del año 2018, el ítem que menor adherencia presenta es el relacionado con el registro de las actividades de cuidado realizadas registra los cuidados de enfermería realizados, con base al plan de cuidado, en las notas de enfermería y verifica su registro.

Comportamiento de la PQR II Trimestre 2018

TIPO DE PQRS	II TRIM
FELICITACIONES	63%
QUEJA	19%
RECLAMO	16%
SUGERENCIAS	2%
PETICIONES	1%
SOL. INFORMAC	0%
DENUNCIAS	0%
TOTAL	100%



CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO II Trimestre 2018	
AJ	Falta de calidez y trato amable	40%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización - No oportunidad en la atención.	24%
S	Posible novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente	13%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	7%
AS	Causas externas al HUS	4%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	4%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de hc, etc.	2%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, aux de enfermería, Enfermeras, camilleros, técnicos de RX	2%
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en TV aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	2%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	0%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	0%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de Defunción, nacido vivo, etc.	0%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	0%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0%
TOTAL		100%

El comportamiento de las PQR se mantiene, el mayor porcentaje (63%) corresponde a felicitaciones, las quejas (16%) y reclamos (16%), por causa, son embargo por causa el mayor porcentaje corresponde con la falta de calidez y trato amable (40%) que comparado con el I trimestre tuvo un aumento del 14% seguido de no oportunidad en la atención de enfermería (24%) la cual con relación al I trimestre disminuyó en un 19%. Con relación a las novedades de seguridad reportadas a través de QR estas aumentaron en el 10% con relación al primer trimestre.

Actividades de capacitación II Trimestre 2018

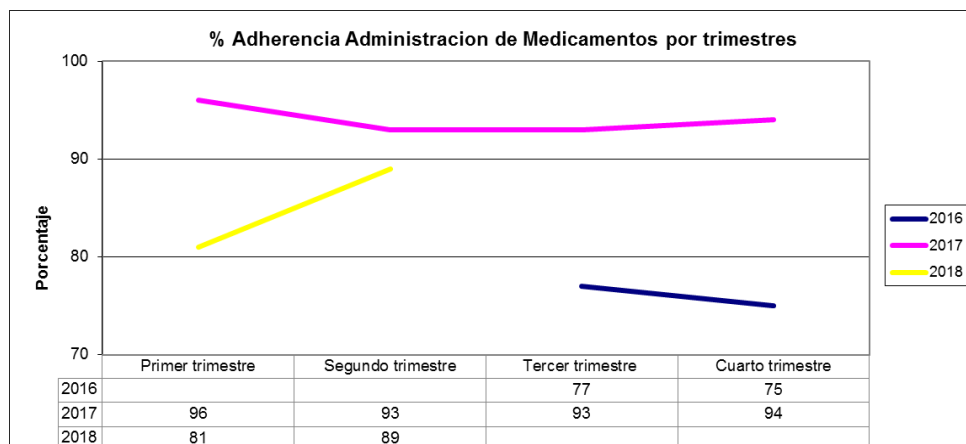
Temas	Enfermeros	Porcentaje Enfermería
	92	%
1 Escala de dolor	20	22
2 Prevención de úlceras por presión	20	22
3 BK seriado	17	18
4 Recibo y entrega de turno	25	27
5 Capacitación en vigilancia de Sarampión y Rubéola	16	17
6 Registro de oxígeno	34	37
7 Principios y manejo de resucitador adulto en PVC	23	25
8 Recomendaciones del galardón de seguridad del paciente	51	55
9 Privacidad y confidencialidad	69	75
10 PAE	69	75
11 Tecnología amigable y segura	69	75
12 Seguridad del paciente con énfasis en caídas	90	98

Temas		Aux. Enfermería	Porcentaje Auxiliar de Enfermería
		381	%
1	Escala de dolor	81	21
2	Prevención de úlceras por presión	81	21
3	Terapia VAC	34	9
4	Riesgo de caída	81	21
5	Capacitación en vigilancia de Sarampión y Rubéola	62	16
6	Registro de oxígeno	119	31
7	Principios y manejo de resucitador adulto en PVC	66	17
8	Recomendaciones del galardón de seguridad del paciente	146	38

Temas		Camilleros	Porcentaje Camilleros
		26	%
1	Traslado de Pacientes	22	85
2	Inventario, orden y Entrega de turno	22	85
3	Bioseguridad, Higiene de Manos y Aislamientos	22	85
4	Privacidad y confidencialidad	22	85
5	Trabajo interdisciplinario, comunicación asertiva	22	85

Análisis de resultados I Semestre 2018 de procesos prioritarios de enfermería.

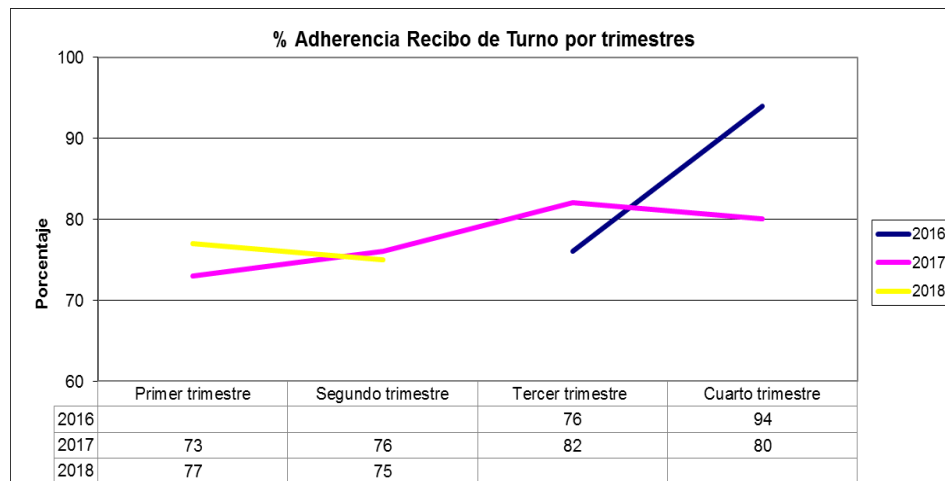
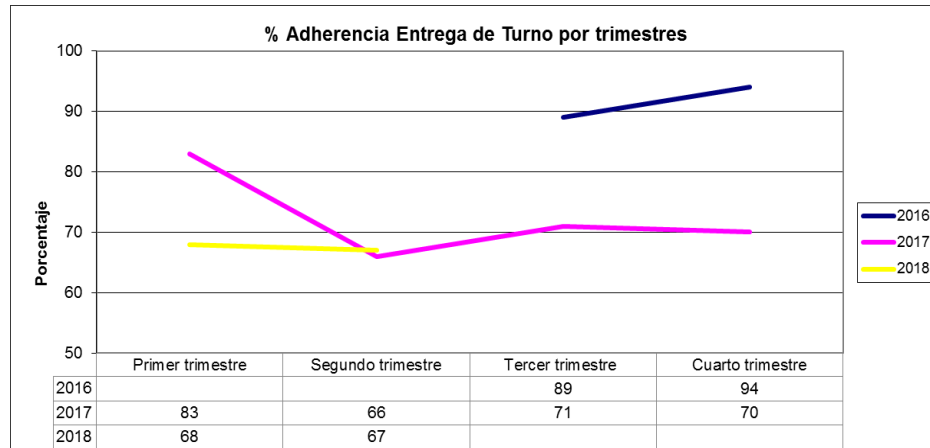
Adherencia al manual de Terapia farmacológica I semestre 2018



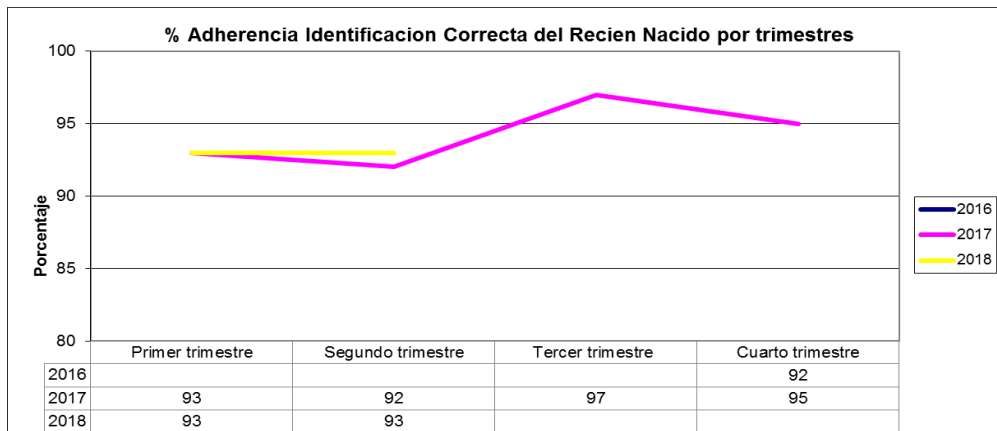
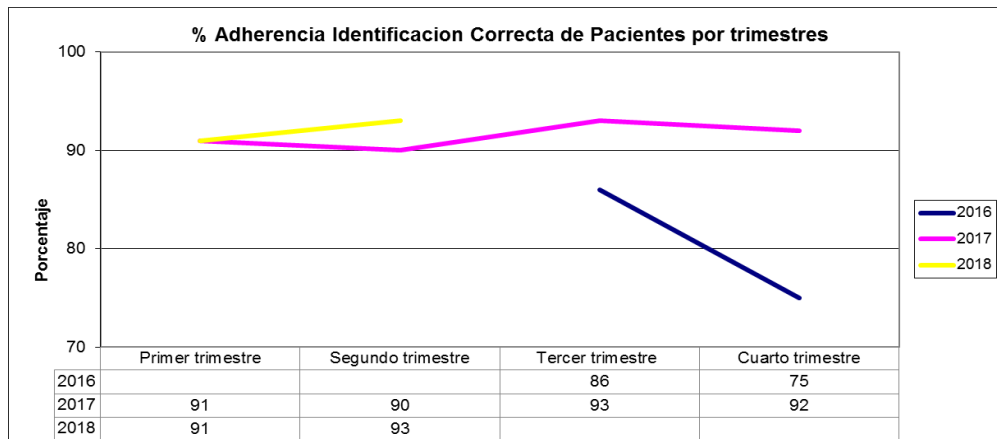
Comparado con el primer trimestre se continúa mejorando la adherencia al manual de terapia farmacológica, sin embargo comparado con el semestre del año 2017 la adherencia disminuye levemente en el 4%. Se ha continuado con la medición y seguimiento mes a mes mediante la aplicación de las listas de chequeo por parte de las profesionales cuando delegan al personal

auxiliar su administración, y por parte de los supervisores a los enfermeros de los diferentes servicios.

% de adherencia al procedimiento de Recibo y entrega de turno I semestre 2018

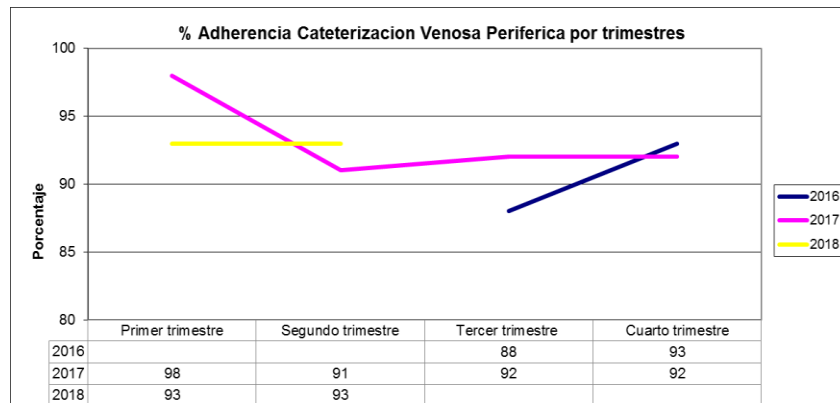


Con relación al procedimiento de recibo y entrega de turno para el primer semestre su comportamiento fue similar en los dos trimestres, y se ha mantenido similar al I semestre del 2017. Desde la subdirección de enfermería viene haciendo seguimiento y retroalimentación de los hallazgos al personal de enfermería haciendo énfasis en aspectos como la revisión física del paciente en el recibo y entrega de turno, además de la identificación adecuada de los riesgos priorizados (caídas, riesgo de lesiones por presión, dolor) **% adherencia al protocolo de Identificación correcta del paciente I semestre 2018**



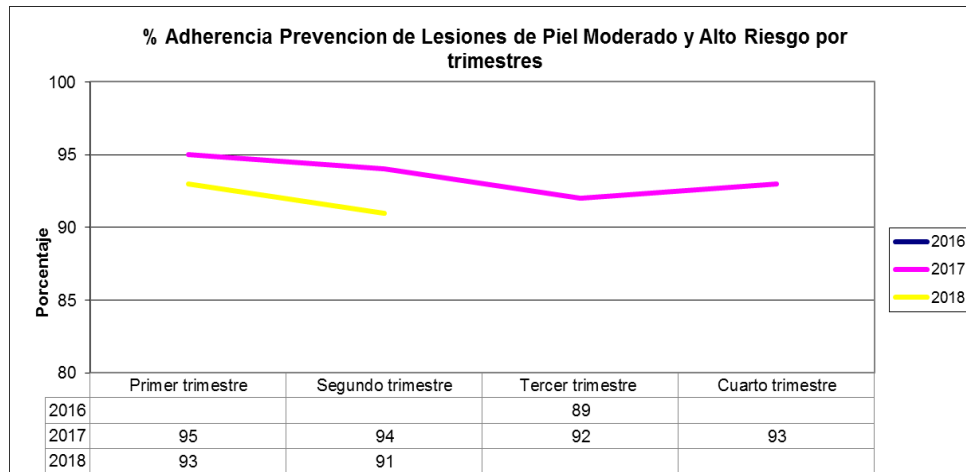
En relación con la identificación correcta del paciente tanto adulto como recién nacido, los porcentajes de adherencia para el primer semestre se encuentran por encima del 90%, de forma similar ocurrió para el mismo periodo en el año 2017.

% de adherencia al protocolo de Cateterización venosa periférica I semestre de 2018



En relación con la adherencia al protocolo de cateterización venosa periférica, los porcentajes de adherencia han sido adecuados manteniéndose en el 93 %. Se continúa en la búsqueda activa de flebitis por parte del COVE además del fortalecimiento del lavado de manos, así como también la retroalimentación continua y su medición a través de la aplicación de las listas de chequeo.

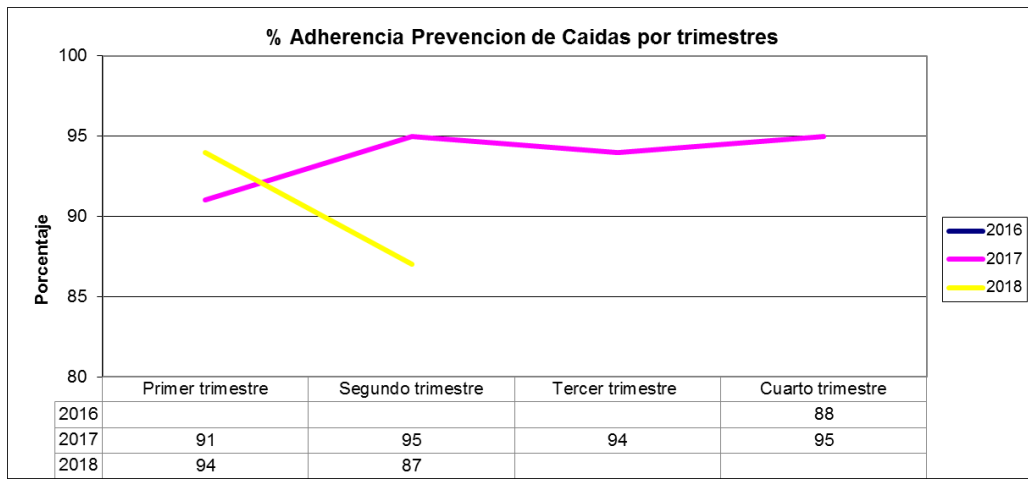
Prevención de lesiones de piel paciente adulto I semestre 2018



Se observa porcentajes de cumplimiento por encima del 90% en ambos trimestres a pesar que en el segundo trimestre hubo un leve descenso del 2%. Se ha venido haciendo búsqueda activa de las lesiones por parte del equipo de clínica de heridas, haciendo énfasis en las medidas básicas para la prevención de lesiones de piel, se ha intervenido durante los momentos del recibo y entrega de turno recibos y entrega de turno, reforzando en la UCI el primer cambio de posición durante este procedimiento y se ha trabajado reforzando el correcto diligenciamiento de la escala de Braden.

% de adherencia al protocolo de Prevención de caídas I semestre 2018

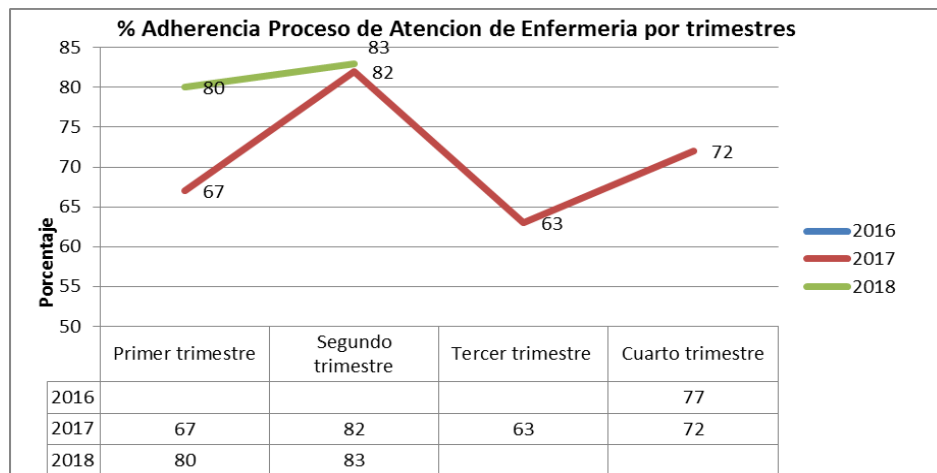




Se observa un disminución del 7% en la adherencia al protocolo de prevención del riesgo de caída con relación al primer trimestre y con relación al mismo periodo del año 2017 en la misma proporción.

% de adherencia al Plan de atención de enfermería I semestre 2018

¡Error! Vínculo no válido.



Para el primer semestre de 2018 el promedio de adherencia fue del 83%, y el comportamiento de adherencia es similar para los dos trimestres. Comportamiento que comparado con el primer semestre de mejoro en el 9%.

Este componente fue incluido de forma transversal en el PAMEC – ACREDITACION: Hallazgo N. 27, oportunidad de mejora 55 – 56 , cuyas actividades. 90 y 91 son:



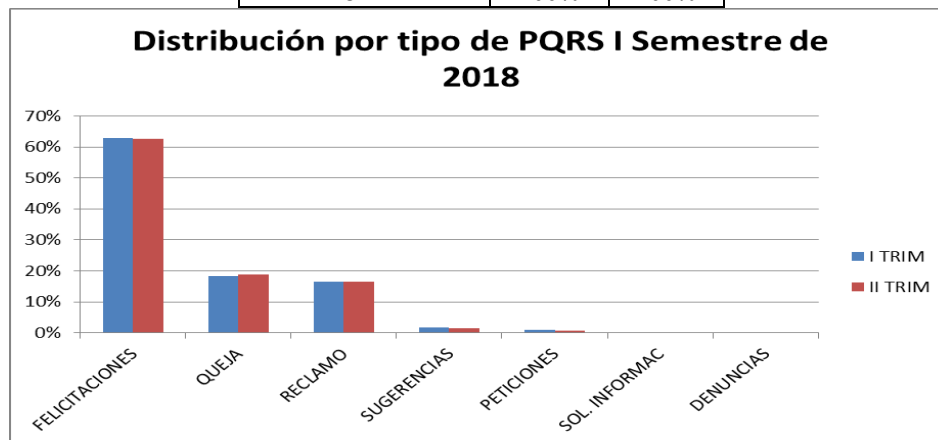
90: capacitación al personal de enfermería

91: Reuniones de acuerdos de servicio progresivas con los servicios médicos para mejorar la articulación con el PAE el cual inicia en el segundo semestre de 2018.

Se anexa cronograma de actividades.

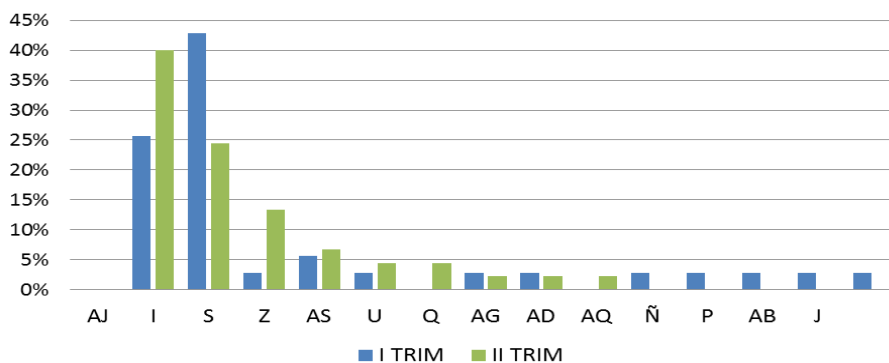
Comportamiento de las PQR I Semestre de 2018

TIPO DE PQR	I TRIM	II TRIM
FELICITACIONES	63%	63%
QUEJA	18%	19%
RECLAMO	16%	16%
SUGERENCIAS	2%	2%
PETICIONES	1%	1%
SOL. INFORMAC	0%	0%
DENUNCIAS	0%	0%
TOTAL	100%	100%



CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO II Trimestre 2018	I TRIM	II TRIM	TOTAL
AJ	Falta de calidez y trato amable	9	18	27
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización - No oportunidad en la atención.	15	11	26
S	Posible novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente	1	6	7
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	2	3	5
AS	Causas externas al HUS	1	2	3
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	0	2	2
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de hc, etc.	1	1	2
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, aux de enfermería, Enfermeras, camilleros, técnicos de RX.	1	1	2
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en TV aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	0	1	1
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	1	0	1
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	1	0	1
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de Defunción, nacido vivo, etc.	1	0	1
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	1	0	1
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	1	0	1
TOTAL		35	45	80

Distribución de QR por causa
I Semestre 2018



Con relación a la distribución de la PQRS por tipo se observa que el 63% corresponde a felicitaciones para todo el semestre, y las quejas y reclamos muestran un comportamiento similar en ambos trimestres. Revisadas por causa las relacionadas a falta de calidez y trato amable se incrementaron en el segundo trimestre en el 14%, sin embargo del mes de mayo a junio se observa tendencia a la disminución de (9 a 8) así mismo se notó una variación de +10% en el número de egresos hospitalarios y +2% en los egresos del servicio de urgencias, lo cual implica mayor número de atenciones que pueden explicar el aumento en el número de as QR (pasaron de 35 a 45) en relación con esta causa.

Se han venido haciendo intervenciones con las personas involucradas en QR por trato amable a través de actas de compromiso para la mejora en el trato amable dejando. El servicio de urgencias ha permanecido en un sobreocupación importante q lo cual ha requerido de seguimiento e

intervención por parte de la enfermera coordinadora con o diferentes equipos de trabajo en los diferentes turnos sensibilizándolos en la importancia de brindar trato amable y respetuoso a los pacientes y su familia.

En cuanto a la oportunidad en la atención al llamado de enfermería se resalta en el último trimestre un descenso del 18% respecto al I trimestre, lo cual se ha venido mejorando a través del fortalecimiento de las rondas de enfermería y la capacitación realizada por la subdirección de enfermería a través de talleres lúdicos.

2.7 GESTIÓN DEL PROCESO DE ESTADÍSTICA Y REGISTROS MEDICOS

GESTIÓN DEL PROCESO


El presente informe contempla las actividades macro de la oficina de estadística en el segundo trimestre de 2018 y consolidado a primer semestre del mismo año, se han tenido los siguientes resultados.

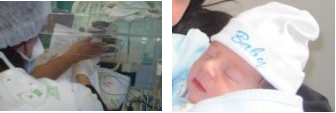
Durante este periodo se han realizado los reportes de norma requeridos en lo referente a producción, calidad y capacidad instalada; Se presenta el detalle de los informes presentados.

RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN RESOLUCIÓN	PERIODICIDAD	NUMERO DE REPORTES DEL II TRIMESTRE Y I SEMESTRE DE 2018
RES 4505 DE 2012	PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	MENSUAL	6 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 0247 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER	ANUAL	1 reporte a las diferentes aseguradoras. Febrero 20 de 2018
RES 0123 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMOFILIA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras. Febrero 20 de 2018
RES 4725 DE 2011 RES 783 DE 2012 (MODIFICACIONES EN LA RESOLUCIÓN 4725 DE 2011)	VIH SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	SEMESTRAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras. Correspondiente al segundo semestre de 2017. Febrero 20 de 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CALIDAD	SEMESTRAL	2 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO, Enero 23 de 2018 y Julio 21 de 2018

RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	3 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Enero 23 de 2018, Abril 20 de 2018 y Julio 13 de 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CAPACIDAD INSTALADA	ANUAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Correspondiente al consolidado del año 2017
RESOLUCIÓN 256 DE 2016	CALIDAD	SEMESTRAL	2 reporte subido a la plataforma PISIS del Ministerio de Protección Social, correspondiente al segundo semestre de 2017 y primer semestre de 2018. Enero 30/2018 y julio 27/2018
MATRIZ DE GESTIÓN	PRODUCCION	TRIMESTRAL	3 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Correspondiente al IV trimestre de 2017. I y II trimestre de 2018. Enero 21/2018, Abril 20/201/2018 y Julio 28/2018

De las demás actividades se tienen los siguientes datos de producción del II trimestre de 2018 y total primer semestre de 2018

ACTIVIDAD	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Pre crítica a certificados de Nacido Vivo 	Se realice precritica a un total de 430 certificados de nacido vivo en el primer semestre del 2018: 220 en el primer trimestre y 210 en el Segundo	Se le realiza la precritica a todos los certificados de nacido vivo generados en la institución
Precritica a certificados de defunción	Se realiza precritica a 265 certificados de defunción en el primer semestre del 2018: 126 en el primer trimestre y 139 en el segundo	Se le realiza la precritica a todos los certificados de defunción de muertes naturales, las muertes violentas a pesar que el certificado lo cargan a la Institución, éste es expedido por medicina legal por lo que a estos no les realizamos la precritica

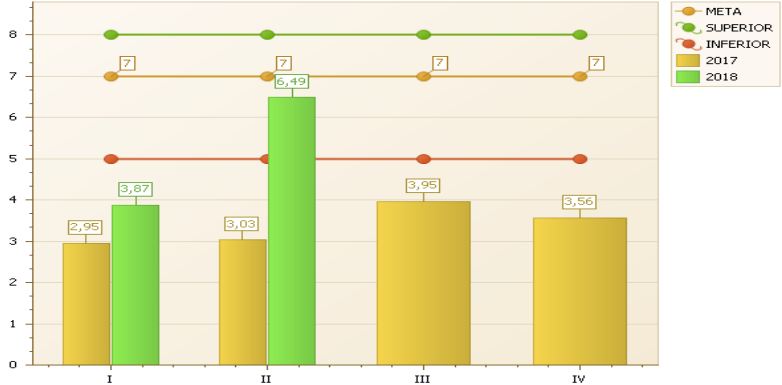
<p>Registro Civil de Nacimiento</p> 	<p>En el primer semestre de 2018 se realizaron un total de 114 registros civiles de nacimiento, de los cuales 67 se realizaron en el Segundo trimestre</p>	<p>Se estableció la plataforma tecnológica para registro civil de nacimiento, de la cual fuimos seleccionadas para el pilotaje en Bogotá, generando un valor agregado a los familiares de los recién nacidos registrados ya que en línea se firman por el registrador de San Cristóbal, disminuyendo el tiempo de entrega del original del registro.</p>
<p>Respuesta información de historia clínica</p>	<p>Se tramitaron en el semestre un total de 668 solicitudes de información de historia clínica, de las cuales 318 correspondieron al II trimestre de 2018</p>	<p>Se registró una oportunidad de respuesta en el segundo trimestre de 6.49 días (El análisis e realiza en la presentación del indicador)</p>
<p>Seguimiento y realización de cambios de datos de identificación de los usuarios en DGH</p>	<p>328 cambios realizados en la base de datos de DGH</p>	<p>De los 328 cambios realizados, 176 corresponden a tipo y número de documento de identidad y 156 a corrección en la digitación de nombres y/o apellidos</p>
<p>Revisión de calidad en la epicrisis</p>	<p>Se revisaron en el semestre un total de 5073 epicrisis, de las cuales 2654 correspondieron al II trimestre de 2018</p>	<p>Se realizó la validación de diagnóstico, estado de egreso, fecha y evoluciones a la totalidad de las epicrisis generadas durante el primer semestre de 2018</p>

ANÁLISIS DE INDICADORES:

1554. OPORTUNIDAD RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE INFORMACION DE HISTORIA CLÍNICA

1555. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN EL HIS

1554
OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE INFORMACION DE HISTORIA CLINICA

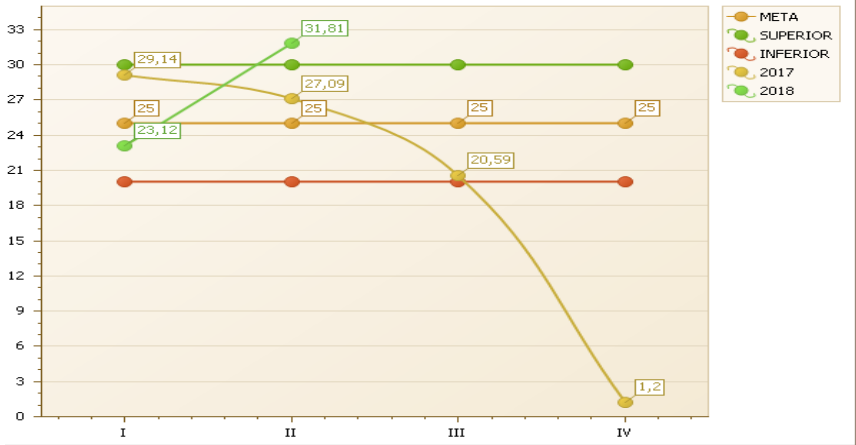


2018:

En el segundo trimestre del 2018 se registra un aumento significativo en la oportunidad de respuesta de información de historia clínica; se presentó un aumento de 3.4 días comparado con el mismo trimestre del año 2017. Y si se compara el resultado del primer trimestre con el segundo trimestre del año 2018 se registra un aumento de 3.46 días. Este aumento en número de días estuvo dado principalmente por el cambio de funcionaria. Como es de esperarse se presenta impacto en el indicador por la curva de aprendizaje. Lamentablemente no se logro estabilizar los tiempos. Sino por el contrario cada mes fue en aumento el número de días de oportunidad. Llegando a tener en el mes de junio de 2018 una oportunidad de 8.35 días. En el mes de julio se realizó cambio de funcionaria por lo que se espera que en el tercer trimestre de este año se mejore la oportunidad en la respuesta de información de historia clínica.

A pesar del aumento significativo en el mes de junio de 2018. El trimestre no alcanzó a superar la meta establecida de 7 días.

1555
PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN EL HUS



2018:

El resultado del indicador de porcentaje de nacidos vivos registrados en el HUS en el segundo trimestre del 2018 presenta un incremento del 4.72% comparado con el segundo trimestre del 2017. El comportamiento de este indicador ha tenido variaciones significativas. Como en el cuarto trimestre de 2017. Donde el porcentaje fue de 0% porque en este periodo no se presto el servicio de registro civil. Siendo la causa el cambio de aplicativo de la registraduría nacional de la nación.

Analizando los datos de cada uno de los meses del primer semestre de 2018. Por el periodo electoral se presentaron varios cortes en los cuales no se pudo realizar registros civiles. A pesar de esta coyuntura en ninguno de los dos trimestres el resultado del indicador quedo en rojo. Por el contrario en el segundo trimestre se presentó un incremento en el porcentaje de recién nacidos registrados. En el segundo trimestre del 2018 se culminó la entrega de las historias clínicas generadas y activadas durante el periodo de operación del Hospital San Rafael de Girardot por el Hospital Universitario de la Samaritana. La entrega se realizó paulatinamente iniciando por los puestos de salud y finalmente las historias de urgencias generales, urgencias de sala de partos y archivo de gestión del hospital de Girardot, todas las entregas soportadas mediante acta en la cual se consignó la entrega del HOSPITAL DE LA SAMARITANA a la ESE DE GIRARDOT y esta a su vez a la CLÍNICA SAN RAFAEL DUMIAN GIRARDOT.

Se entregaron un total de 262.830 historias clínicas entre los puestos de salud y el hospital, así:

PUESTO DE SALUD	FECHA ENTREGA	NUMERO DE ACTA	No. HC ENTREGADAS
GUATAQUI	MARZO 17 DE 2016	11 DE 2016	1314
PUEBLO NUEVO (Municipio de NILO)	MARZO 17 DE 2016	12 DE 2016	670
NARIÑO	MARZO 17 DE 2016	14 DE 2016	1860
NILO - SANTA LUISA	MARZO 30 DE 2016	15A DE 2016	2288
BARZALOZA	AGOSTO 9 DE 2016 ABRIL 25 DE 2017	18 DE 2016 ACTA 22 DE 2017	1158
PERIFERICO	JUNIO 27 DE 2017	ACTA 24 DE 2017	2990
KENEDY	OCTUBRE 24 DE 2017	ACTA 25 DE 2017	3588
BUENOS AIRES	OCTUBRE 25 DE 2017	ACTA 27 DE 2017	3054
10 DE MAYO	OCTUBRE 25 DE 2017	ACTA 28 DE 2017	2643
MIRAFLORES	NOVIEMBRE 28 DE 2017	ACTA 29 DE 2017	2594

HOSPITAL GIRARDOT- HISTORIAS CLINICAS DE URGENCIAS GENERALES	DICIEMBRE 28 DE 2017	ACTA 30 DE 2017	141570
HOSPITAL GIRARDOT- HISTORIAS CLINICAS DE URGENCIAS OBSTETRICAS	DICIEMBRE 28 DE 2017	ACTA 30 DE 2017	13493
HOSPITAL GIRARDOT HISTORIAS CLINICAS DE ARCHIVO GESTION	MAYO 7 DE 2018	ACTA 31 DE 2018	85608

Se mantiene el archivo de historias clínicas debidamente organizado.

Se mantuvo la participación activa como secretaria del Comité de Historias clínicas y del estándar de gerencia de la información, estando las actas debidamente firmadas y archivadas

2.8 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO – SEDE ZIPAQUIRÁ

GESTIÓN DEL PROCESO

RESOLUCION 0256 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

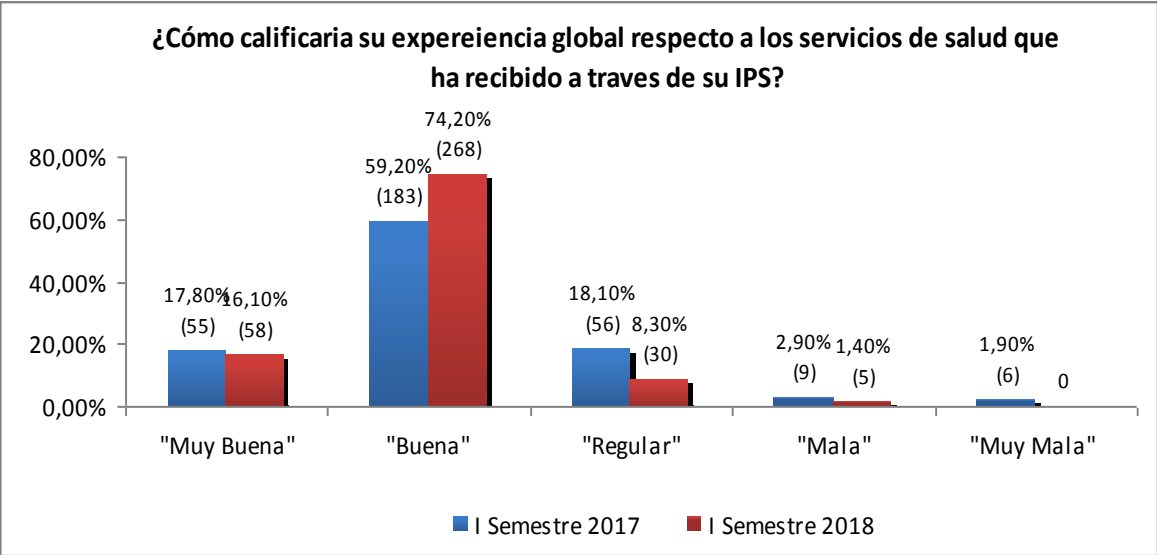
ANEXO TECNICO N°. 2 (REPORTE DE INFORMACION PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD)

REGISTRO DE DETALLE DE SATISFACCION GLOBAL (HUS ZIPAQUIRA) COMPARATIVO I Semestre 2017 - 2018



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

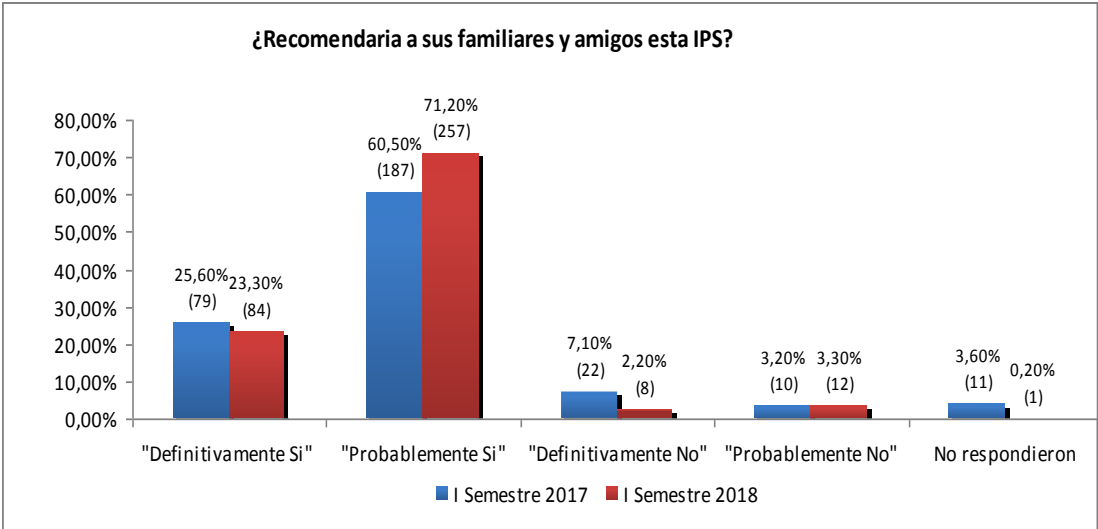




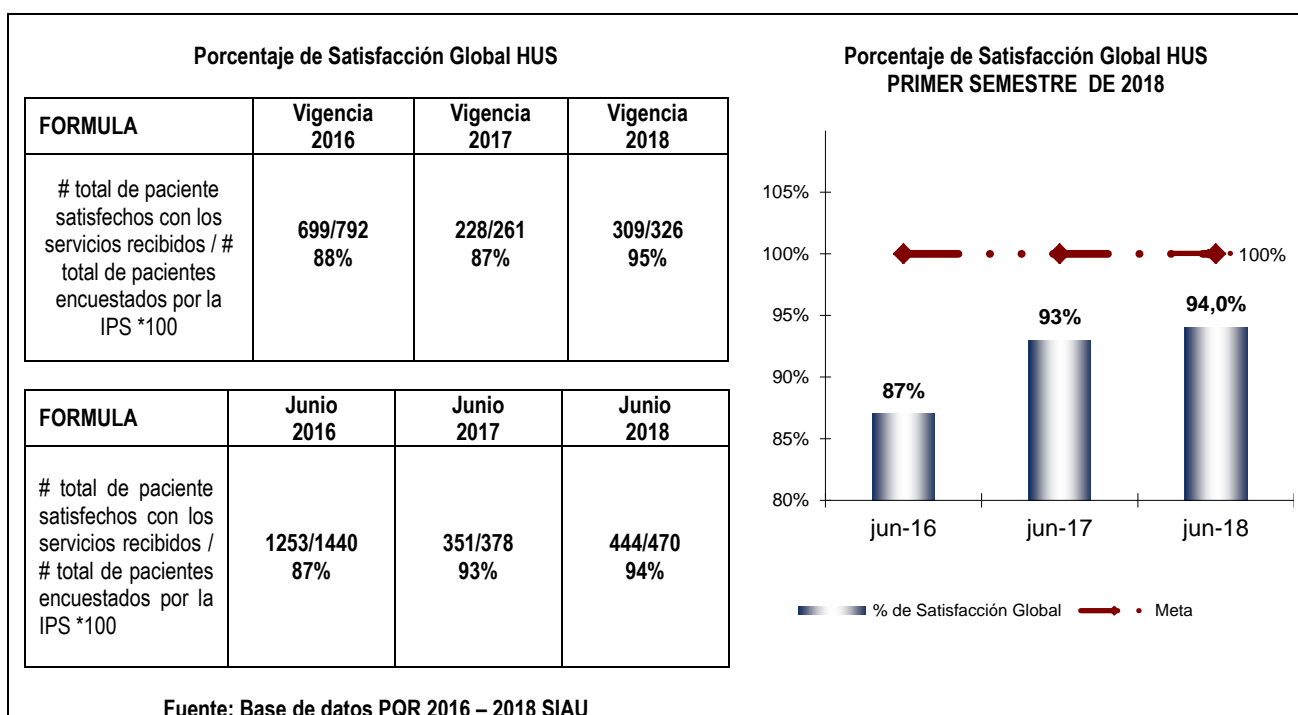
En el I Semestre de 2017, DE 309 Encuestados el 77% que corresponde a 238 Usuarios de la U.F de Zipaquirá manifiesta que la atención es muy buena y buena, un 18% Regular, un 3% mala y un 2% muy mala lo cual mejoró significativamente, para el I semestre de 2018 (de 362 encuestados el 90% que corresponde a 326 usuarios percibieron una mayor satisfacción entre muy buena y buena la atención) gracias a todas las acciones de mejora que se han venido ejecutando y a la satisfacción de las necesidades de los Usuarios, pero se debe continuar interviniendo en el proceso de mejora de la atención.

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global: Circular Única – Supersalud





En el I Semestre del 2017, el 87% que corresponde a 266 usuarios del hospital U. F de Zipaquirá manifiestan que Definitivamente Si y Probablemente Si, lo recomendarían, un 7% Definitivamente No, un 3% Probablemente No y un 3.6 % No Respondieron a la pregunta lo cual mejoró significativamente para el I semestre de 2018 (el 94.5% que corresponde a 341 usuario manifestaron que Definitivamente Si y Probablemente Si tendrían lealtad con el hospital, % que es alto gracias al mejoramiento de la atención en todo sentido a la gestión clínica y humanizada a pesar de las quejas y reclamos que interponen nuestros pacientes y que constituyen para el HUS una oportunidad de mejora en la prestación del servicio.



Referente al comparativo del primer semestre de 2018 se observa que el porcentaje de satisfacción de los usuarios aumento progresivamente frente a los semestres de años anteriores ocupando un 94%. Lo que indica que la calidad en la atención ha mejorado según percepción de los usuarios que utilizan los diferentes servicios del hospital.

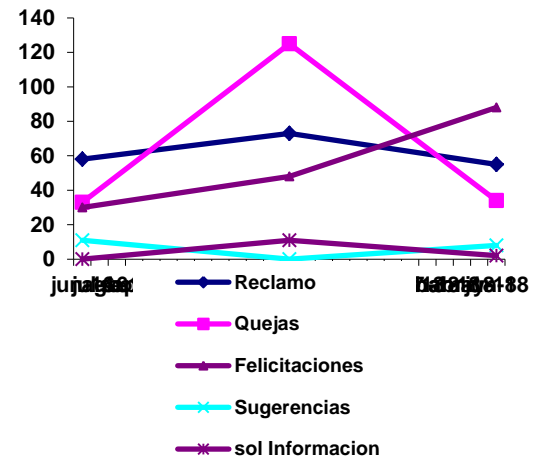
0.2. Gestión de Peticiones: Quejas, Reclamos, Sugerencias, Solicitud de Información, Felicitaciones.

a). Clasificación de Peticiones de Usuarios radicadas en la SIAU:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Reclamo	40(32%)	46(32%)	32(31%)
Felicitaciones	53(43%)	25(17%)	47(45%)
Quejas	23(19%)	65(45%)	19(18%)
Sol. Información	1(0.8%)	6(4%)	1(0.9%)
Sugerencias	6(5%)	3(2%)	5(4.8%)
TOTAL	123 (100%)	145(100%)	104(100%)

Número de Peticiones radicadas PRIMER SEMESTRE 2018

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Junio 2016	Junio 2017	Junio 2018
Reclamo	58 (44%)	73 (28%)	55 (29%)
Quejas	33 (25%)	125 (49%)	34 (18%)
Felicitaciones	30 (23%)	48 (18%)	88 (47%)
Sugerencias	11 (8%)	0	8 (4%)
Sol Información	0	11(4%)	2 (1%)
TOTAL	132(100%)	257 (100%)	187 (100%)



Fuente: Base de datos PQR 2016 – 2018 SIAU

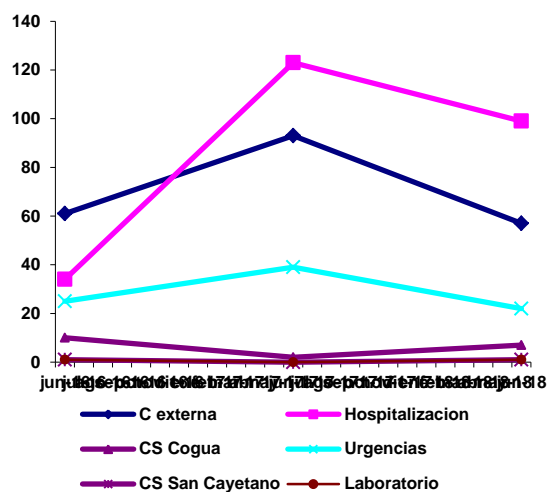
Con respecto al comportamiento del primer semestre del 2018 en la clasificación de las PQRSFD se observa una leve disminución con 187 peticiones presentadas por los usuarios comparado con años anteriores, sin embargo es importante manifestar que en el año actual resaltan las felicitaciones que ha recibido la institución. Por otra parte también es importante resaltar que las quejas disminuyeron frente al año anterior y son mínimas durante la vigencia actual. Eso indica que en este año la prestación de los servicio esta coordinada a los procesos institucionales de calidad y se evidencia un esfuerzo del personal por atender con mayor compromiso a los usuarios

b). Clasificación de Peticiones de Usuarios por Servicio:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
SERVICIO	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
C. Externa	40(32%)	49(34%)	34(33%)
Hospitalización	61(49%)	70(48%)	46(44%)
Centro Salud Cogua	7(6%)	0	6(6%)
Urgencias	14(11%)	26(18%)	16(15%)
Centro Salud San Cayetano	1(0.8%)	0	1(0.9%)
Laboratorio Clínico	0	0	1(0.9%)

Número de Peticiones por Servicio
PRIMER SEMESTRE 2018

TOTAL	123 (100%)	145 (100%)	104(100%)
NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERIODO			
SERVICIO	Junio 2016	Junio 2017	Junio 2018
C. Externa	61(46%)	93(36%)	57(30%)
Hospitalización	34(26%)	123(48%)	99(53%)
Centro Salud Cogua	10(7%)	2(0.7%)	7(3%)
Urgencias	25(19%)	39(15%)	22(12%)
Centro Salud San Cayetano	1(0.7%)	0	1(0.5%)
Laboratorio Clínico	1(0.7%)	0	1(0.5%)
TOTAL	132 (100%)	257 (100%)	187 (100%)



Clasificación de Peticiones Primer Semestre 2018

Fuente: Base de datos PQR 2016 – 2018 SIAU

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS				c). Clasificación de Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos gestionados:ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
ATRIBUTO CALIDAD	Junio 2016	Junio 2017	Junio 2018	ATRIBUTO CALIDAD	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Accesibilidad	46 (45%)	8(7%)	3(3%)	Accesibilidad	30 (37%)	6(8%)	2(4%)
Amabilidad	39(38%)	35(33%)	26(28%)	Amabilidad	38(47%)	29(37%)	15(29%)
Continuidad	0	11(10%)	1(1%)	Continuidad	0	5(6%)	0
Oportunidad	3(2%)	40(38%)	32(35%)	Oportunidad	7(9%)	24(31%)	22(42%)
Seguridad	14(14%)	13(12%)	23(25%)	Seguridad	6(7%)	11(14%)	11(21%)
Pertinencia	0	0	0	Pertinencia	0	3(4%)	2(4%)
TOTAL QYR	102 (100%)	106 (100%)	92 (100%)	TOTAL QYR	81(100%)	78 (100%)	52 (100%)

Fuente: Base de Datos PQR 2016 - 2018. SIAU

El número de peticiones por servicio analizados durante el primer semestre de 2018 nos arroja que el servicio con mayor número de peticiones de los usuarios corresponde a hospitalización, en virtud a felicitaciones que los usuarios han manifestado y que han ido en aumento progresivamente en el tiempo para satisfacción de los usuarios y del hospital. Por otra parte analizando la vigencia 2016-2018 se observa que los servicios más activos han sido consulta externa y urgencias.

Atributo de Calidad afectado según el total de Quejas Y Reclamos PRIMER SEMESTRE 2018



051

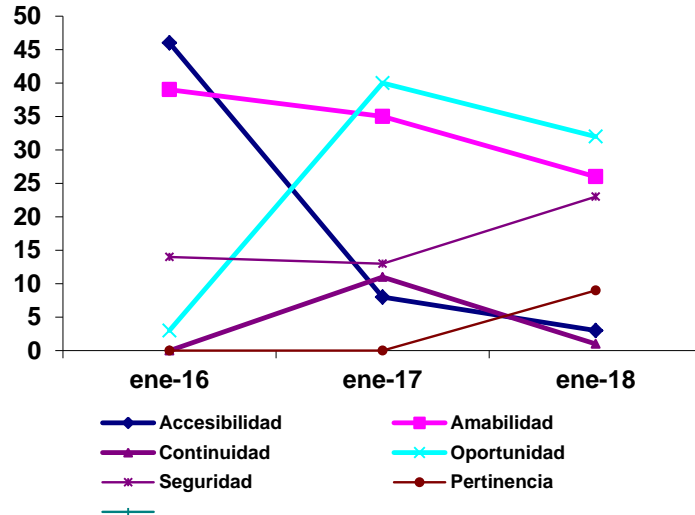


SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”





Con respecto al comparativo del Primer Semestre respecto a los atributos de calidad afectados por peticiones de los usuarios se evidencia una disminución significativa con un número de 92 sin embargo el atributo más representativo en este año es la oportunidad que se ha visto afectada según los usuarios por la demora en el tiempo para facturar citas, 35% seguido de la amabilidad con un 28%.

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO				
Proceso de Atención	Oportunidad / Continuidad	Amabilidad	Accesibilidad	Seguridad

<p>Paciente Hospitalizado</p>		<p>La presente es para comunicarle una inconformidad que se presentó el día de ayer 14 de abril del 2018 en el turno de la noche , la enfermera que recibió este turno hizo comentarios que le han incomodado con respecto al cuidado y el trato del bebe , tan pronto llego y la vio con le niño cargado comento que lo acostara que porque no había quien lo arrullara en la institución , después le regaño por el uso de los recolectores de leche, al rato ya se iba para la casa cuando el bebe se puso a llorar y la señora se devolvió a darle de comer y le dijo que lo dejara ahí que no lo alzara que el estaba así era porque el extrañaba el arrulló y que ella simplemente le contesto que le iba a dar el seno faltante , dado a los hechos se sintió intranquila al irse para la casa y dejarlo ala cuidado de ella.</p>		<p>El usuario refiere que el acompañante debe asistir al adulto mayor en todas sus necesidades debe suministrarle alimento, bañarlo, suministrarle algún medicamento a su debido tiempo y en fin desempeñarse como un empleado mas, máxime cuando los servicios recibidos no son gratuitos pues se debe cancelar el porcentaje por parte de los familiares cuando le den de lata al paciente ya que el dinero restante lo cubre la EPS a la que se encuentra afiliado</p>
<p>Paciente Urgencias</p>	<p>La atención al llamado médico es negligente 3 horas esperando sin ningún tipo de indicación, falta gente, falta humanización deben pasar en una organización donde beneficie al paciente, es un deber que los atiendan con integridad. Pésimo servicio es la última vez que estará en esta institución tan terrible.</p> <p>Este asunto es para poner, una queja sobre el médico Ariza Lizcano Julio Cesar y el motivo que el día 23/04/18 ingreso al área de urgencias por una cortada que se hizo en un dedo de mano derecho, el doctor no le revisa solo le dice tómese este antibiótico no vio ninguna mejoría volvió al área de urgencias de Nemocón donde la dejan hospitalizada y ya le han hecho dos cirugías.</p>			
<p>Paciente Consulta externa</p>	<p>Mal servicio , mucha demora hay que esperar más de 3 horas para que le pongan una vacuna</p> <p>El día 12 de junio llego a consulta externa y el guarda Ezequiel Hernández fue muy grosero con el, el viene con la hermana que es de pacho y no puede defenderse sola en zipaquirá, ni en el hospital.</p>	<p>El usuario dice que mucha demora en entregar resultados, además más caros que Idime, que mal servicio.</p>		

Facturación	La usuaria dice que el otorrino de turno sea cumplido con el horario, tenía la cita a las 3:00pm pero el no se encontraba en el consultorio, dice que por favor tengan respeto con el adulto mayor, el doctor llevo la consultorio a las 4.00 pm.			
Call Center				
Paciente Centro de Salud Cogua	El doctor de otorrino no atiende en el horario que tenía la cita a las 3 y la atendió a las 4:30pm			
Paciente c salud San Cayetano				
	Atención Oportuna, Segura y Continua	Atención Humanizada y trato Amable	Atención Humanizada y trato Amable	Atención Oportuna, Segura y Continua
DERECHOS EN SALUD POSIBLEMENTE VULNERADOS				

d) Procesos de atención involucrado vs Causas de Quejas y Reclamos, Atributos de Calidad y Derechos en salud del usuario afectados. (Detectado a través de quejas y reclamos de usuarios en el periodo evaluado: **Enero - Junio de 2018**)

e. Clasificación de Derechos del Usuario afectados según Quejas y Reclamos gestionados:

DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
DERECHO DEL USUARIO	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Recibir atención humanizada y trato amable	29(47%)	30(40%)	16(31%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	1(2%)	2(3%)	
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	0	5(7%)	2(4%)
Recibir atención preferencial	1(2%)	0	2(4%)
Recibir atención oportuna, segura y continua	30(49%)	37(50%)	32(61%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS	61	74	52

DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
DERECHO DEL USUARIO	Junio 2016	Junio 2017	Junio 2018
Recibir atención humanizada y trato amable	47 (51%)	46(38%)	29(31%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	0	6(5%)	1(1%)
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	0	5(4%)	2(2%)
Recibir atención preferencial	1(1%)	0	2(2%)
Recibir atención oportuna, segura y continua	44(48%)	66(54%)	59(63%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS	92	122	93

Fuente: Base de Datos PQR 2016 - 2018 SIAU

En cuanto al derecho en salud más afectado según quejas y reclamos en el comparativo del primer semestre de 2018 se observa que Recibir Atención Oportuna segura y Continua es el derecho en salud más afectado según la percepción de los usuarios 63% Seguido de la atención Humanizada y Trato Amable con un 31%

Porcentaje de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus

Con respecto a las respuestas en términos de ley se debe tener en cuenta que el número de PQRSFD recibidas en el primer semestre de 2018 fueron 187 de las cuales corresponden a quejas, reclamos, sugerencias y solicitudes de información (99) las cuales se respondieron con un 92% en termino de ley, felicitaciones se recibieron (88 en total)

Dentro del proceso es importante también destacar que la oficina de Atención al usuario realiza la proyección de las respuestas y el profesional de apoyo a la gestión científica revisa, corrige y/o complementa y firma la respuesta para que sea oficial y atención al usuario se encarga de enviarla al usuario

Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de Encuestas de Satisfacción y Rondas de Servicios y PQR'S, en el trimestre

a). Encuestas de Satisfacción: Enero - Junio de 2018

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS/COMENTARIO
URGENCIAS	<p>Más agilidad en el servicio Mala atención en ventanillas de facturación de urgencias Más personal de enfermería para que la atención sea más rápida Más respeto por los pacientes Más agilidad en facturación El servicio debe mejorar el tiempo de atención Mejora el tono de voz con el que se le habla a los pacientes Trato amable y humano desde los médicos hasta los guardas de seguridad Aseo permanente El parlante suena muy duro Agilidad en el servicio</p>

HOSPITALIZACION	<p>Facturación más rápida Faltan baños en las habitaciones No se tiene privacidad en las habitaciones Mejorar la atención en facturación Falta que informe al paciente y/o familiar que medicamentos están aplicando y para que. Falta timbre para llamado a enfermería Faltan más cobijas Mas acompañamiento en los tramites de remisiones y autorización Más información al paciente y familia en cuanto a exámenes y resultados Mejorar los colchones de las camas</p>
LABORATORIO CLINICO	<p>Mejor aseo en el baño Agilidad en la facturación Mayor amabilidad y humanización Agilidad en toma de muestras Reforzar limpieza Más seguridad No es agradable los baños al lado de laboratorio Más personal en toma de muestras Aumentar el horario de entrega de resultados Facturación más rápida Mas sillas</p>
CONSULTA EXTERNA	<p>Agilidad en facturación Mejoras en la estructura Salas de espera dignas Cafetería Agilidad en la facturación Explicar mejor los procedimientos que se van a realizar Tener más vigilancia Amabilidad de las facturadoras Faltan baños para los usuarios que cubran los consultorios del 16 al 20 Facturación más ágil y que tengan trato amable</p>
CENTRO DE SALUD DE COGUA	<p>Mejor atención Mejor atención en urgencias zipa</p>
IMAGENOLOGIA	<p>Los médicos no están comunicándose con las pacientes Se requiere más agilidad en facturación Respeto por los turnos prioritarios Agilidad en la atención de las auxiliares de radiología, mejor atención de facturadoras, aseo en los baños, trato humanizado, servicio más limpio. Mas puntualidad en el horario, mas amabilidad del personal, facturación deficiente</p>
CX AMBULATORIA	<p>Respetar el horario asignado para la toma del examen, más rapidez en la consulta, más tecnología, puntualidad de los especialistas, más personal, atención preferencial. Más información a los familiares cuando esperan fuera de salas</p>

AVANCES PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN EN LA U.F ZIPAQUIRÁ

Se ha venido cumpliendo con el cronograma establecido en el PAS 2018, específicamente para Zipaquirá, relacionado con:

Actividad 35.1. Realizar campaña de **Comunicación Asertiva**: 2 Impulsos (30%)

Se continuó con la campaña de sensibilización visual de comunicación asertiva donde se expone visualmente los TIPS de la comunicación asertiva SONRIA, SALUDE, PRESENTESE AL USUARIO, MIRE A LOS OJOS. Donde se realizó el despliegue mediante carteles pedagógicos ubicados en los diferentes servicios del hospital en el marco del inicio de la campaña del pacto por el trato amable.

Adicionalmente se dio inicio a la campaña “PACTO POR EL TRATO AMABLE” estrategia dirigida a todos los colaboradores del HUS y así iniciar un proceso de culturización, sensibilización y formación de hábitos y disciplina en donde los pacientes, usuarios, familias, proveedores y trabajadores sean los beneficiarios. En ese contexto hablar de comunicación asertiva incluye relevantemente el Pacto por el Trato Amable. Se presentó la campaña en todos los servicios y a todo el personal del hospital tanto asistencial como administrativo.

Campaña Comunicación Asertiva mediante el Pacto por el Trato Amable	TOTAL	%
Colaboradores asistenciales y administrativos 91*100/100	91	91%

Inducción y Re inducción (capacitación en programa de humanización y DDHH)	TOTAL	%
Colaboradores asistenciales y administrativos 100*100/100	217	100%

Se visitaron los servicios y se entregó una mano creada en fomy con los aspectos de la campaña para publicar en el servicio y se entregó a cada funcionario manitas pequeñas decorativas. Se cuenta con soportes físicos y fotográficos.

Actividad 34.1

Continuar implementando las otras 3 Líneas Estratégicas del Programa de Humanización (Manejo del Dolor Físico/ Manejo del Paciente Crónico/ Ambiente y Tecnología amigable) (Bogotá).

Definir y ejecutar acciones correctivas con base a los resultados de la aplicación de las listas de Chequeo de registros de enfermería de hospitalización: ítem de explicación al paciente sobre el uso de dispositivos para

realizar seguimiento a su cumplimiento (30%).

Se construyo el procedimebto de registros de enfermería , con el fin de incluir el item de forma especifica en relacion con la explicacion al paciente sobre el uso de dispositivos médicos. Este procedimiento fue socializado en la UFZ al personal de enfermería logrando el 180% que corresponde a 91 auxiliares de Enfermería y el 57% de enfermeras jefes que corresponde a 17 personas capacitadas.

Actividad 35.2

Continuar Socialización del Procedimiento de Confidencialidad y Privacidad a Grupo Prioritario (Personal de Enfermería) e iniciar implementación (40%) UFZ

Se continuo para este trimestre la capacitación del procedimiento de confidencialidad y privacidad al personal de enfermería, alcanzando 91 auxiliares, 17 enfermeras, 2 instrumentadores quirúrgicos, líder de apoyo diagnóstico, líder de servicio transfusional.

Actividad 36.1 Medir adherencia a la aplicación de la escala Análoga del Dolor por Enfermería (50%) UFZ

Durante el segundo trimestre se aplicaron 33 listas de chequeo para valoración de escala análoga del dolor, alcanzando el 79% de cumplimiento.

Se realiza reunión conjunta con la enfermera líder de la unidad funcional de Zipaquirá, en la cual se analizan las causas de la falta de adherencia en la medición de la escala análoga del dolor, encontrándose que en general se evalúa el dolor pero no se diligencia la escala, por lo cual se deja como compromiso que las profesionales resocializaran con su personal a cargo en los diferentes servicios la escala EVA, y se continuara con la medición. Fecha de cumplimiento 15 de agosto de 2018.

LIMITACIONES: La Dirección de Atención al Usuario ha comunicado a la Gerencia del HUS el aumento de volumen de actividades administrativas, demanda de informes periódicos internos de la U:F, Externos y de los entes de control, SIAU, etc y continúa solicitando la asignación, vinculación de más personal a la Oficina de Atención al Usuario, mínimo con 1 Informadora, 1 Profesional de Trabajo Social adicional (actualmente 1 Profesional de Trabajo Social y 3 Informadoras, Bogotá tiene asignada para la misma labor más de 10 Informadoras y Orientadoras y 2 Profesionales) y se retiren actividades que no corresponden al área como consecución de autorizaciones de medicamentos, procedimientos NO POS, revisión de documentos para facturar, etc , entre otros que son de competencia de facturación (Dirección de Atención al Usuario).

ACTIVIDADES REALIZADAS DE ENERO - JUNIO

- Orientación, información y acompañamiento permanente respecto al portafolio de servicios institucional a los usuarios y pacientes que llegan a la oficina SIAU diariamente.
- Socialización de los derechos y deberes a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales. También se realizan capacitaciones por servicio.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



- Se aplicaron las encuestas de satisfacción según directriz de Bogotá (muestra y tamaño) a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano con el fin de conocer la percepción de la atención recibida.
- Se participó en el Comité de Ética / Reunión mensual del Grupo de apoyo de la Asociación de usuarios.
- Se participó en la capacitación del Nodo humanización organizado por la SSC mesa de Trabajo de la Gobernación (Participación Social).
- Se realizó al interior de la U.F capacitación de la Política Pública
- Se entregó informes periódicos a la Coordinación General para Copacos Cogua.
- Se participó en comités administrativos y se presentaron los informes mensuales de los indicadores por proceso. PQRS SIAU
- Se realizaron capacitaciones de humanización, Manejo de PQRS, Declaración de los Derechos y Deberes, en las jornadas mensuales de inducción y re inducción al personal de la U.F
- Se realizó capacitación al personal de seguridad
- Se participó en la Se realizó jornadas de autoevaluación PACAS Y PAMEC con el área de calidad
- Se participó en la reunión de infancia de la gobernación. Y se realizó la celebración en la UFZ
- Se participó en las reuniones de Veeduría y se redactaron las respectivas actas.
- Se participó en las diferentes entregas de turno del mes
- Se realizaron las diferentes aperturas de buzón semanalmente
- Se realizó acompañamiento mensual al Comité de Apoyo a la Asociación de Usuarios (Capacitaciones)
- Se han realizado varias capacitaciones al personal de algunos servicios del hospital sobre humanización y derechos y deberes.
- Se ha participado en las reuniones del Comité de Ética Hospitalaria.
- Se realizó capacitación al grupo de líderes sobre la política de participación social.
- Se han entregado informe de las actividades contempladas en el PUM, PAS, PAMEC, TUCI y del Plan Anticorrupción y demás requerimientos del área de calidad a demanda.
- Se ha asistido a las capacitaciones y reuniones de Samaritana Bogotá

ACCIONES IMPLEMENTADAS EN VIRTUD A LAS PQRS

- Se remitió oportunamente el Informe mensual de gestión de PQRS a la Secretaría de Salud de Cundinamarca en la matriz correspondiente.
- Respecto a la disminución de PQRS de trato amable durante este segundo trimestre de 2018 se han realizado tres (3) capacitaciones a los funcionarios que se programan para inducción y re inducción en el HUS UFZ una (1) mensual y se está incluyendo el tema de derechos humanos como marco de la humanización; se capacita sobre el programa de humanización y cada una de sus líneas estratégicas, gestión que se adelanta en la U.F de las



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



PQRSD de los Ptes/Fmla, además se capacita sobre código de Ética, donde se buscó sensibilizar frente a la importancia de la atención con amabilidad y dignificación de los pacientes, usuarios y sus familias.

- Al personal de facturación en línea de frente de urgencias y consulta externa se le ha retroalimentado el proceso de humanización para hacer más ágil y amable la atención por parte de la líder del servicio.
- Se han elaborado planes de acción de mejora por servicio en virtud a las PQRFD identificadas por el SIAU.
- En las entregas de turno se hace énfasis en la importancia de reforzar el aseo en las instalaciones del hospital especialmente donde hay más afluencia de personas; de igual manera se recuerda constantemente, supervisar el aseo permanente en el servicio de urgencias especialmente los baños y de igual manera en las unidades sanitarias de consulta externa.
- La mayor causa de Q y R de los usuarios es la demora en la facturación para lo cual la UFZ ha generado diversas estrategias que permitan agilizar la atención, como aumento de personal, se distribuyeron funciones para asignación del personal en las ventanillas, se brinda más apoyo con SIAU, se modificaron horarios de atención ampliándolos para mayor cobertura de personas, se han realizado modificaciones en algunos servicios, se cambiaron sitios y horarios de entrega de resultados, se trasladaron algunos servicios y la facturación de los mismos para mayor comodidad de los usuarios.
- Se ha solicitado por parte del servicio de facturación a Samaritana Bogotá mantenimiento efectivo para el software y que permita la agilización en la facturación.
- Se continúa socializando a todos los usuarios y funcionarios la declaración institucional de derechos y deberes para garantizar que los usuarios ejerzan la Participación Social.
- Se están realizando capacitaciones en Derechos y Deberes de forma lúdica pedagógicas en cada uno de los servicios de la institución, con el fin de garantizar derechos de los usuarios y mayor sensibilización.
- Se inició campaña del PACTO por el Trato amable, de acuerdo a los lineamientos suministrados por la Dirección de Atención al Usuario (estrategia implementada desde el año 2008) con el fin de mejorar el ambiente laboral, la prestación de los servicios y aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios.
- Se continúan realizando las rondas hospitalarias con el fin de conocer las necesidades y expectativas de los pacientes en los diferentes servicios del hospital.
- Se continúa realizando acompañamiento a las instancias de Participación Social que se articulan con el hospital con el fin de garantizar su inclusión en los temas de salud y de la institución. (reuniones mensuales con Comité de Apoyo Asociación)(Veeduría).
- Se continúan realizando las aperturas de buzones con el acompañamiento de la Secretaria de Salud de Zipaquirá y representantes del Comité de Apoyo a la Asociación de Usuarios.
- En virtud a las peticiones de los usuarios se han elaborado planes de acción, autoevaluaciones, seguimientos entre otras acciones de calidad para optimizar la prestación de los servicios.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



- Se han trabajado las líneas estratégicas priorizadas para el año del programa de humanización sumando a los esfuerzos por un mejoramiento continuo.(comunicación Asertiva, Privacidad y Confidencialidad, Manejo del duelo y del dolor.)
- Mantenimiento permanente a las instalaciones del hospital y a servicios como urgencias, vacunación, salas de cirugía, en cuanto a pintura, remodelación, adecuaciones y demás para mejorar la atención.
- Se dotaron de nueva inmobiliaria servicios como hospitalización, pediatría en cuanto a sofá camas, mesas de noche; sillas de ruedas en urgencias y consulta externa. Y materiales para el desarrollo de las terapias (física, ocupacional y de lenguaje).



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



CAPÍTULO III

DIRECCION ADMINISTRATIVA

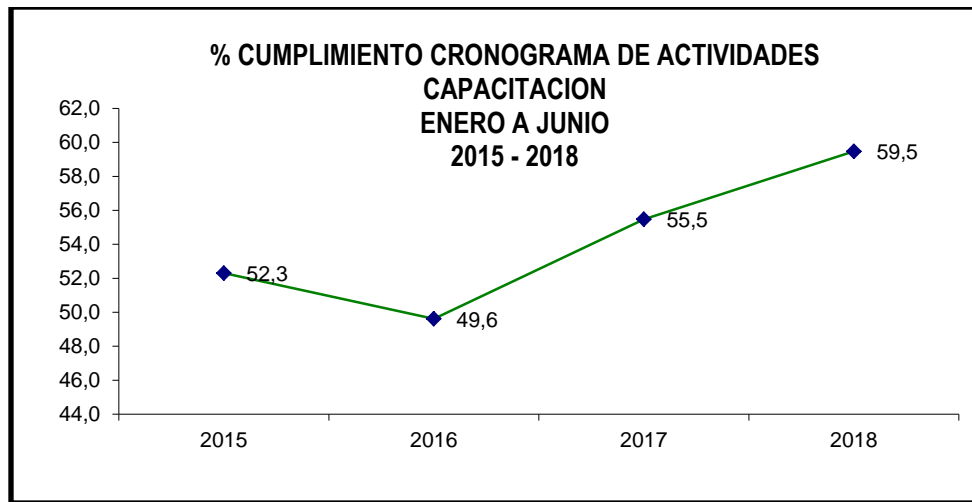
3.1 GESTIÓN DEL PROCESO DE TALENTO HUMANO

GESTIÓN DEL PROCESO



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



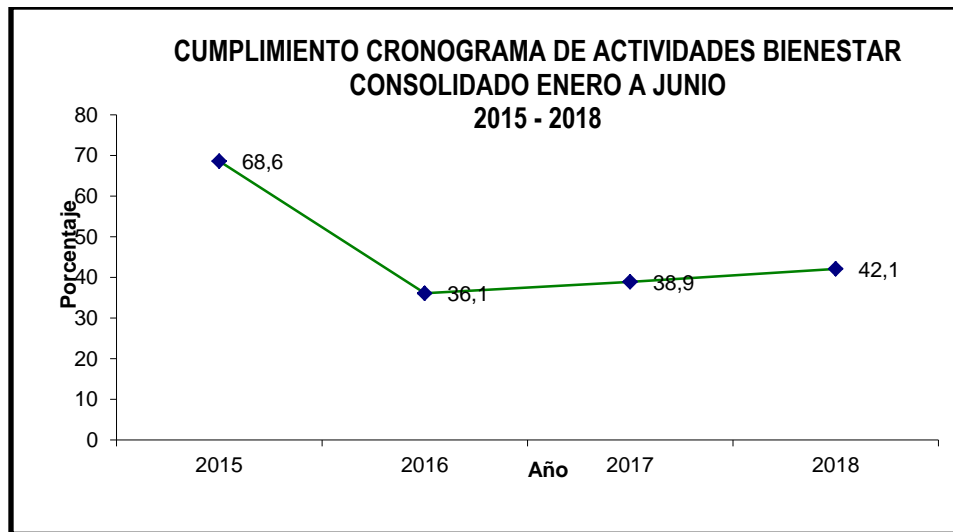


El programa de Capacitación y educación continuada ha venido transformándose de manera representativa durante estos años. Así se pasó de 130 capacitaciones programadas en el 2015 a 190 para el año 2018. Adicional a la cantidad, hablamos de la cantidad de personal capacitado, dato que para el primer semestre de esta vigencia alcanza los 909 colaboradores, independiente de su modelo de contratación, alcanzando casi al 51% de la población.

Así entonces, es un programa que en comparación a las anteriores vigencias, es más robusto, más objetivo, más amplio, que contempla y gestiona formación sin importar el proveedor de la misma. Estas actividades se han programado a través de la matriz de necesidades, construida por todos los procesos. Sin embargo, a través del comité de capacitación y educación continuada también se añaden programas educativos, haciendo así que el cronograma tenga una tendencia de crecimiento y mayor cobertura para el final de la vigencia, y haciendo que acceder a programas de formación sea más fácil y asequible para los colaboradores. Garantizando de esta manera uno de los objetivos estratégicos, “Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo”.

BIENESTAR SOCIAL LABORAL E INCENTIVOS

El cumplimiento en el histórico frente a la vigencia ha sido constante y adecuado para la proyección de cada uno de los años. Es decir, aunque para el 2015 el cumplimiento fue del 68,6% y para el 2018 de 42,1%, el cumplimiento proyectado para el semestre en cada año respectivamente fue del 100%; sólo que, para esta vigencia la mayor cantidad de actividades se encuentra proyectada para el segundo semestre de la misma. Es decir su cumplimiento es acorde y cumple con lo programado.

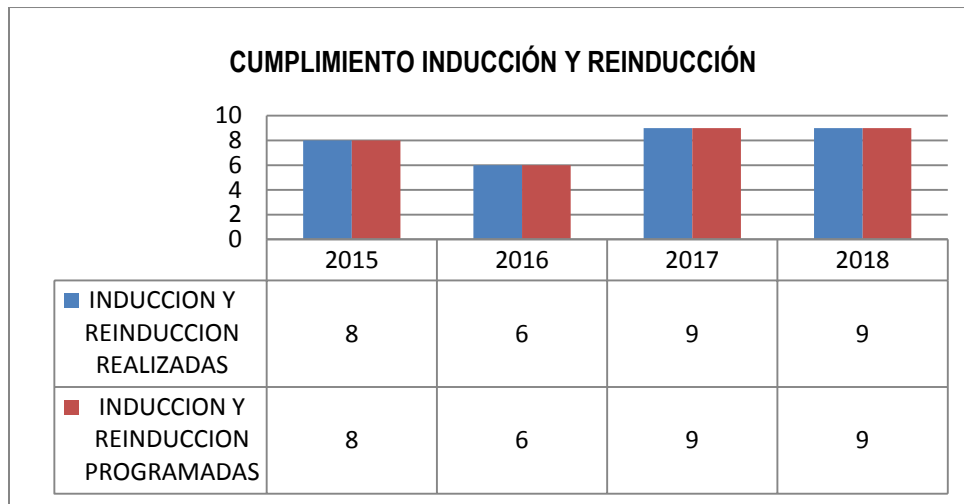


Durante este primer semestre – 2018 se realizaron actividades de bienestar como: Celebración día del contador, Día internacional de la Mujer, Inicio convocatorias Campeonatos internos, Día de la secretaria, Día del bacteriólogo, Día de enfermería, Día del estadista, Despedida Médicos Internos, Día del abogado, Condolencias (Envío de tarjetas, flores, acompañamiento en exequias), Torneo Interempresas Colsubsidio, Día de La Niñez, Día del Docente, Día de la Madre, Transmisión Partidos Colombia Mundial Rusia, Concurso : "La Oficina Mundialista". Las últimas 7 actividades, fueron no programadas en cronograma, sin embargo, se realizaron con el fin de incentivar aún más a los colaboradores del HUS. Se considerara igualmente adherirlas definitivamente para la próxima vigencia, y así dar mayor cobertura con el programa de Bienestar Social Laboral e Incentivos.

El cumplimiento de cronograma de incentivos inicia a partir del segundo semestre. En este reposan tres incentivos puntuales: FELICITACIONES PQRSDF (Viaje Psicolago – Julio, Agosto, Noviembre), RUTA DE ACREDITACIÓN (Septiembre), PREMIOS SAMI (Diciembre).

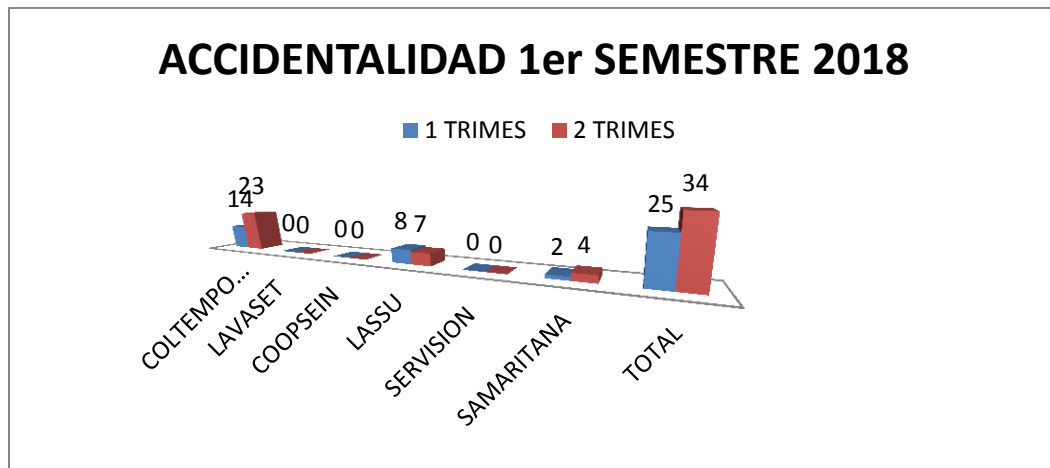
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Como se puede observar en la gráfica el cumplimiento del programa de inducción y reinducción se ha mantenido constante, y al 100% para primer semestre de cada una de las vigencias. En el inicio de las vigencias del comparativo se tenía programada una inducción para los dos primeros meses de cada trimestre y una inducción adicional para el mes final del mismo periodo. A partir de 2016 se vienen realizando una inducción por mes para el primer trimestre y de ahí en adelante dos por mes hasta el mes de Noviembre, para finalizar con una en Diciembre. En el programa de Reinducción se realiza una al año, programada con planeación y desarrollada en ruta de Acreditación, que se realizara en el mes de Septiembre.



El programa de induccion y reinducción tendrá un indicador casi repetitivo. Sin embargo, los cambios se dan dentro del desarrollo y del cómo realizar el programa en mención. Así entonces, para este semestre se logró: Brindar refrigerios al personal asistente (incluyendo capacitadores), incluir al programa de Nutrición dentro del orden de desarrollo de la actividad, consolidar información gráfica y didáctica para el diseño y montaje de la Inducción Virtual.

ACCIDENTALIDAD



El total de accidentes en el Segundo trimestre de 2018 corresponde a 34 accidentes, lo cual representa un aumento de los reportes de accidentes de trabajo. El reporte se ha incrementado como resultado de las capacitaciones realizadas en las diferentes áreas y la articulación que se viene adelantando a través de las reuniones bimensuales con los contrastistas en las cuales se realiza seguimiento a los reportes de sus accidentes.

La accidentalidad por riesgo biológico en el HUS corresponde a las actividades asistenciales con mayor

riesgo de presentarlo como son los auxiliares de enfermería y las auxiliares de servicios generales. La variación anual que se presenta en algunas empresas corresponde principalmente al número de trabajadores que se encuentran en cada una de ellas.

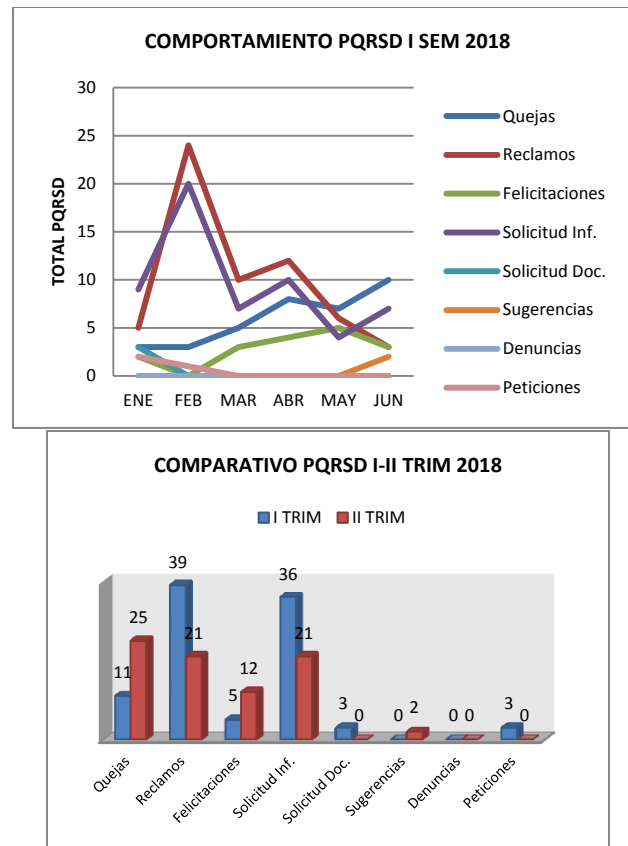
La accidentalidad de las empresas servision y lavaset se mantiene en cero durante el ultimo semestre, comportamiento que generalmente es igual.

PQRS

Total del PQRSD I Semestre año 2018

PQRSD 2018									COMPARATIVO TRIMESTRES 2018				
CLASIFICACIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	%	CLASIFICACIÓN	I TRIM	%	II TRIM	%
Quejas	3	3	5	8	7	10	36	20%	Quejas	11	11%	25	31%
Reclamos	5	24	10	12	6	3	60	34%	Reclamos	39	40%	21	26%
Felicitaciones	2	0	3	4	5	3	17	10%	Felicitaciones	5	5%	12	15%
Solicitud Inf.	9	20	7	10	4	7	57	32%	Solicitud Inf.	36	37%	21	26%
Solicitud Doc.	3	0	0	0	0	0	3	2%	Solicitud Doc.	3	3%	0	0%
Sugerencias	0	0	0	0	0	2	2	1%	Sugerencias	0	0%	2	2%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	0	0%	Denuncias	0	0%	0	0%
Peticiones	2	1	0	0	0	0	3	2%	Peticiones	3	3%	0	0%
TOTAL	24	48	25	34	22	25	178	100%	TOTAL	97	100%	81	100%

Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2018

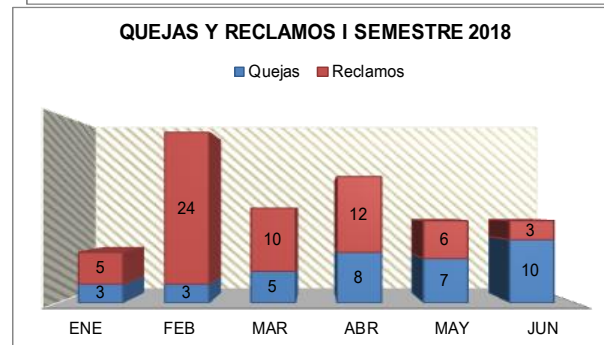
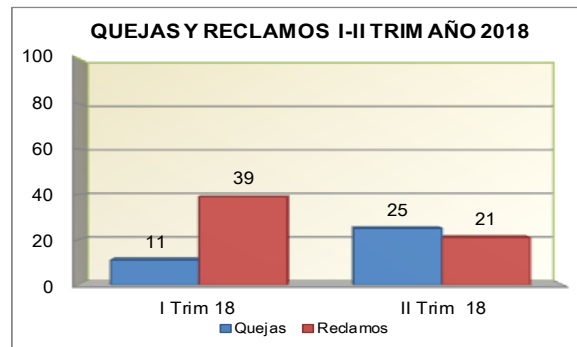


Durante el I Semestre del 2018 se recibieron un total de 178 peticiones de las cuales se observa en la gráfica que del total de PQRSD en cuanto a la distribución total del 100% de manifestaciones recibidas el 34% corresponde a reclamos, sin embargo podemos evidenciar la disminución que se presenta entre el I y II trimestre en un 14%, el 32% representan solicitudes de información el cual se ve una disminución durante este periodo evaluado ya que durante el I trimestre del 2018 las solicitudes de información eran del 37% del total de PQRSD y en el II trimestre fueron del 26%, el 20% del total de PQRSD corresponden a quejas es importante mencionar que para el II trimestre aumenta y equivalen al 31%, en cuanto a las felicitaciones evaluadas en este semestre corresponden al 10% notándose un aumento de las mismas del I al II trimestre de un 10%; en cuanto a Peticiones y Solicitudes de Documentos el porcentaje corresponde al 2% para ambos casos, para sugerencias corresponde el 1% y para finalizar las Denuncias no refieren ningún comportamiento para este semestre.

Quejas y Reclamos Recibidos

COMPARATIVO TRIMESTRE 2018					QUEJAS Y RECLAMOS I SEM AÑO 2018								
Quejas y Reclamos	I Trim 18	%	II Trim 18	%	Quejas y Reclamos	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	%
Quejas	11	22%	25	54%	Quejas	3	3	5	8	7	10	36	38%
Reclamos	39	78%	21	46%	Reclamos	5	24	10	12	6	3	60	63%
TOTAL	50	100%	46	100%	TOTAL	8	27	15	20	13	13	96	100%

Fuente: Base de Datos PQRS Clientes Interno 2018



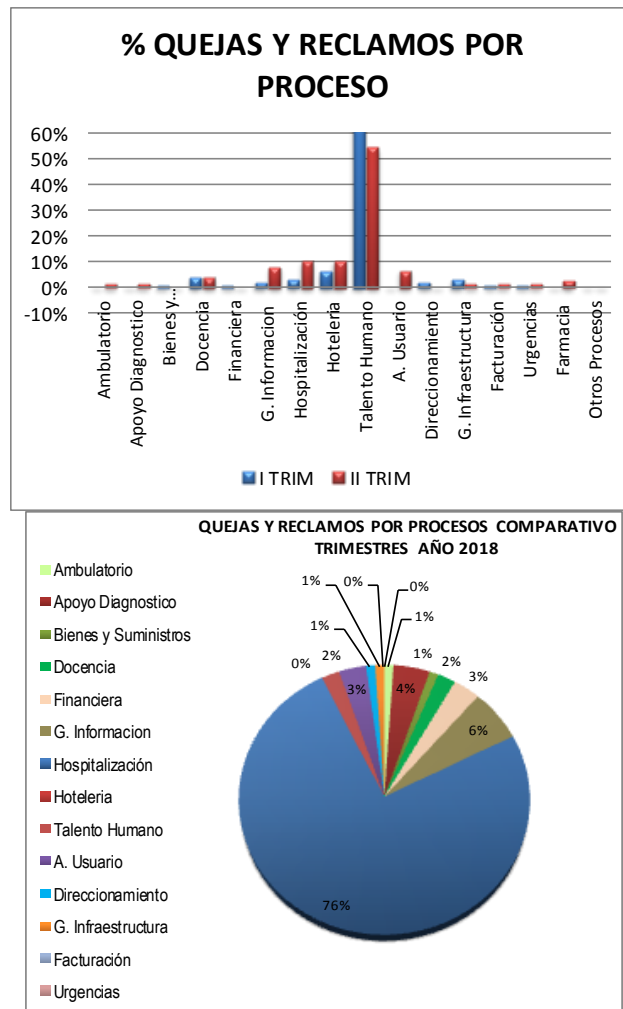
Se observa que para el I semestre del 2018 del total de PQRS, el 54% corresponden a quejas y reclamos, para el I trimestre el total es de 51% comparando con el II trimestre del 2018 el porcentaje de las mismas es de un 57%, por lo tanto las quejas y reclamos aumentan en un 6% en el periodo evaluado, una de las principales quejas y reclamos están asociadas a dificultades presentadas con la empresa de servicios temporales lo cual se da traslado de las mismas a la entidad competente, también se relacionan por inconvenientes entre colaboradores y aspectos de ambiente físico.

Clasificación de Quejas y Reclamos por proceso

COMPARATIVO TRIMESTRE 2018				
PROCESOS INVOLUCRADO	I Trim	%	II TRIM	%
Ambulatorio	0	0%	1	1%
Apoyo Diagnostico	0	0%	1	1%
Bienes y Suministros	1	1%	0	0%
Docencia	4	4%	3	4%
Financiera	1	1%	0	0%
G. Información	2	2%	6	8%
Hospitalización	3	3%	8	10%
Hotelería	6	6%	8	10%
Talento Humano	73	75%	42	55%
A. Usuario	0	0%	5	6%
Direccionamiento	2	2%	0	0%
G. Infraestructura	3	3%	1	1%
Facturación	1	1%	1	1%
Urgencias	1	1%	1	1%
Farmacia	0	0%	2	3%
Otros Procesos	0	0%	0	0%
TOTAL	97	100%	79	103%

QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018								
PROCESOS INVOLUCRADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	%
Ambulatorio	0	0	0	1	0	0	1	1%
Apoyo Diagnostico	0	0	0	1	0	0	1	1%
Bienes y Suministros	1	0	0	0	0	0	1	1%
Docencia	2	2	0	0	0	3	7	4%
Financiera	1	0	0	0	0	0	1	1%
G. Información	1	0	1	1	1	4	8	5%
Hospitalización	1	2	0	2	5	1	11	6%
Hotelería	3	1	2	1	5	2	14	8%
Talento Humano	15	41	17	25	7	10	115	65%
A. Usuario	0	0	0	3	1	1	5	3%
Direccionamiento	0	1	1	0	0	0	2	1%
G. Infraestructura	0	2	1	0	1	0	4	1%
Facturación	0	0	1	0	1	0	2	1%
Urgencias	0	0	1	0	1	0	2	1%
Farmacia	0	0	0	0	0	2	2	1%
Otros Procesos	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL	24	49	24	34	22	23	176	100%

Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2018



De las quejas y reclamos se observa que de los procesos que más se asocian a este tipo de manifestación es el de Talento Humano con un 65% del total de quejas y reclamos durante el I semestre del 2018 esto se debe a las dificultades con los aliados estratégicos, el proceso de Hotelaria con el 8% del total de QR y un 6% el procesos de Hospitalización.

Gestión de PQRSD Cliente Interno

La gestión realizada es recibir las PQRSD por los canales oficiales de ingreso, se registran en el libro de PQRSD de Cliente Interno, allí se les asigna un consecutivo, se derivan e informan a los servicios involucrados, luego de esto se ingresan a la base de datos mensual para llevar control de fechas de vencimiento, seguimientos y segundos requerimientos; se tiene implementado un primer seguimiento que se le realiza al servicio recordándole que hay una PQRSD pendiente por responder, al transcurrir dos días se realiza un segundo requerimiento. Cuando se obtiene dicha respuesta del servicio, se emite una respuesta final elaborada por el Subdirector de Talento Humano y por último la respuesta es enviada al peticionario.

PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

A continuación se presenta el PUMP para la vigencia 2018, al cual luego de la AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 el 26 de Marzo de 2018, se le adicionaron tres oportunidades de mejora dados los hallazgos de dicha auditoría.

Quedando finalmente el plan con los siguientes hallazgos y presentando los avances por actividad de la siguiente manera:

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	MEDICIÓN	PLANEACIÓN
Fortalecer el proceso de talento humano	Actualizar, Desplegar, Implementar los procedimientos de Talento Humano	1. Actualizar, socializar e implementar los procedimientos de talento humano	1. Se evidencia la actualización de 7 procedimientos publicados en la intranet de 10 propuestos en la caracterización quedando pendiente 2 procedimientos por actualizar, 2. se evidencia la socialización al equipo de talento humano de los 7 procedimientos actualizados. 3. Pendiente Se verifica el análisis de los indicadores del proceso el cual se encuentra contemplado en el informe de gestión del I y II trimestre del año 2017	
Fortalecer el programa de salud y seguridad en el trabajo	Documentar, desplegar, implementar, medir y mejorar el programa de Salud y seguridad en el trabajo	1. Documentar el programa de salud y seguridad en el trabajo	1. Se encuentra en proceso de actualización ya que se realizaron cambios normativos de la resolución 1111 del año 2017. 2. Pendiente 3. Se evidencia el análisis de los indicadores de SST que se encuentran en el informe de gestión del proceso tanto en el I y II trimestre del 2017	
La organización no mantiene los registros apropiados de formación, habilidades y experiencia según la competencia determinada en el manual de funciones. Evidencia: En la verificación de la hoja de vida de la funcionaria identificada con cedula 52229300 cargo: auxiliar de enfermería que se desempeña en sala de partos no hay evidencia del cumplimiento de los requisitos de la formación general y	1. Definir en el procedimiento de selección y vinculación del talento humano incluyendo la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos. 2. Socializar e implementar el procedimiento de selección u vinculación con las partes interesadas	1. Definir en el procedimiento de selección y vinculación del talento humano incluyendo la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos. 2. Socializar e implementar el procedimiento de selección u vinculación con las partes interesadas. 3. Verificar el cumplimiento de los	De acuerdo a la visita realizada por el ente certificador del sistema de gestión de la calidad de la norma ISO 9001:2008 Icontec la cual se realizó en el I semestre del 2017 el ente verificador dio cierre a la No Conformidad quien fue quien la genero. 1, Se actualizo procedimiento de selección y vinculación en el mes de mayo del 2017 y se encuentra publicado en la Intranet. 2. Se verifican los soportes de socialización a todo el equipo de talento humano 3, El equipo auditor de ICONTEC realiza la verificación de títulos el cual cumple	

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	MEDICIÓN
especifica según el manual de funciones, ingreso en enero de 2016.	das. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos de formación posterior a la vinculación frente a las necesidades definidas por él procesos a los diferentes tipos de contratación puntos de control	requisitos de formación posterior a la vinculación frente a las necesidades definidas por él procesos a los diferentes tipos de contratación puntos de control.	
Ajustar Permanente los perfiles y funciones de todo tipo de empleos y de contratación en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana	Ajustar Permanente los perfiles y funciones de todo tipo de empleos y de contratación en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana	1. Solicitar a la Comisión de Personal los reclamos que hayan sobre el manual de funciones. 2. Revisar cada perfil y realizar los ajustes necesarios	1. Se evidencia la solicitud realizada a la comisión de personal los reclamos realizados sobre el manual de funciones. 2. Se verifica la matriz realizada por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano donde realizan los ajustes al manual de funciones que se encuentra vigente. pendiente De acuerdo a la evidencia del cumplimiento de la acción de mejoramiento no se cuenta con el manual de funciones aprobado donde el Líder del proceso presenta el correo donde hace la entrega de los ajustes al manual a la Gerencia y comenta que depende la aprobación de diferentes instancias
No se demuestra la identificación de las partes interesadas que son pertinentes, seguimiento, revisión y comunicación de información sobre los requisitos de las necesidades y expectativas.	Actualizar la caracterización del proceso identificando las partes interesadas	1. Identificar las partes interesadas 2. Actualiza y publicar la caracterización 3. Socializar caracterización actualizada	1. Se mantuvieron las de la caracterización anterior, cambiando solamente: tercerizados a contratistas, dada la variedad de contratación actual. 2. Se ha realizado la actualización, cambiando el objetivo de la caracterización, algunos productos, necesidades del cliente y partes interesadas. Pendiente la publicación, mientras se realiza última revisión por parte de la psicóloga del proceso. 3. Pendiente
No se evidencia la formación de la totalidad del personal asistencial, en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales y los soportes en la hoja de vida.	Actualizar formato de verificación de requisitos de competencias	1. Identificar los requisitos exigidos por la normatividad para personal asistencial 2. Actualiza e Implementar formato 3. Medir la adherencia al formato	1. Se definieron los requisitos legales para el personal asistencial, se socializaron con las empresas contratistas, y se encuentra en proceso de actualización los perfiles por cargo y profesiogramas. 2. Se actualizó el formato y se socializó con las empresas contratistas, Pendiente se encuentra esperando respuesta de aceptación de las empresas para iniciar la implementación del formato 3. Pendiente
No se demuestra el análisis de capacidad para determinar y proporcionar las personas necesarias para implementación eficaz de su sistema de gestión de la	Identificar las necesidades de talento humano	1. Actualizar e Implementar el procedimiento de planeación del talento humano 2. Aplicar matrices	1. Se encuentra en proceso de actualización el procedimiento de planeación del talento humano; modificando el objetivo del procedimiento y dando alcance al formato de perfiles. 2. Pendiente 3. Pendiente

AUTOEVALUACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	MEDICIÓN
calidad y para la operación y control de sus procesos.		de necesidades del talento humano a los servicios. 3. Evaluar las matrices de las necesidades del talento Humano. 4. Tomar acciones de acuerdo a la evaluación de las necesidades del talento humano	4. Pendiente

PLAN OPERATIVO ANUAL

En cuanto al Plan, se relaciona a continuación los soportes y el avance entregado a planeación para el segundo trimestre de la Vigencia. A la fecha de las actividades propuestas en el PAS, se ha dado inicio a todas las actividades a desarrollar, para de esta forma cumplir sin contratiempo con el tiempo de ejecución total proyectado.

META DE PRODUCTO ANUAL	ACTIVIDAD	NUMERO DE ARCHIVO / NOMBRE	SOPORTES ANEXOS
Colaboradores con desarrollo de competencias hacia la humanización del servicio, independiente del tipo de contratación	Elaborar programa de formación en competencias de humanización	1. CRONOGRAMA CAPACITACION AC-TUALIZADO	1. CRONOGRAMA CAPACITACION Y EDUCACION CONTI-NUADA - ACTUALIZADO
	Ejecutar el pro-grama de forma-ción en compe-tencias de huma-nización.	2. EJECUCION CRONOGRAMA EJE HUMANIZACION	2. 2. EJECUCION CRONOGRAMA CAPACITACION Y EDU-CACION CONTINUADA - EJE HUMANIZACION
Implementar el Modelo de Gestión del Talento Humano enmarcado en los estándares de acreditación y sus ejes evaluativos, con alcance a las Unidades Funcionales según el tipo de contratación	Ejecutar el crono-grama del Pro-grama de Bienes-tar Social Laboral e incentivos	3. CRONOGRAMA BIENESTAR SOCIAL LABORAL 4. CRONOGRAMA PROGRAMA INCENTI-VOS	CARPETA BIENESTAR A. CARPETA CLASES GRUPALES (ASISTENCIAS, FOTO-GRAFIAS , CRONOGRAMA, ENCUESTA SATISFACCION) B. CARPETA FOTOGRAFIAS, CONDICIONES Y SOPORTE ENVIO CONVOCATORIA CONCURSO OFICINA MUNDIALISTA C. CARPETA CONDOLENCIAS (TARJETAS Y COMPROBAN-TE ENVIOS ARREGLOS FLORALES) D. CARPETA DIA DE LA ENFERMERIA, (FOTOGRAFIAS, ASISTENCIAS, TARJETA INVITACION) E. CARPETA DIA DE LA ESTADISTICA (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) F. CARPETA DIA DE LA MADRE (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) G. CARPETA DIA DE LA NIÑEZ (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION, ENCUESTA SOLICITADA POR LA GOBERNACION, INFORME ENCUESTA, FOTOGRAFIAS)

META DE PRODUCTO ANUAL	ACTIVIDAD	NUMERO DE ARCHIVO / NOMBRE	SOPORTES ANEXOS
			<p>H. CARPETA DIA DE LA SECRETARIA (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION, ENCUESTA SATISFACCION, FOTOGRAFIAS)</p> <p>I. CARPETA DIA DEL ABOGADO (FOTOGRAFIAS, INVITACION DESAYUNO, TARJETA FELICITACION)</p> <p>J. CARPETA DIA DEL BACTERIOLOGO (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION)</p> <p>K. CARPETA DIA DEL DOCENTE (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION)</p> <p>L. CARPETA DIA DEL SERVIDOR PUBLICO (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION)</p> <p>M. EVENTO DESPEDIDA INTERNOS PRMER SEMESTE 2018 (ASISTENCIA)</p> <p>N. JORNADA ACTUALIZACION DE CAMILLEROS (ASISTENCIA PARTIDO BANQUITAS)</p> <p>O. CARPETA MUNDIAL DE FUTBOL - PARTIDOS COMEDOR (FOTOGRAFIAS)</p> <p>P. CARPETA TORNEOS INTEREMPRESAS COLSUBSIDIO (FUTBOL Y BALONCESTO: DOCUMENTOS INSCRITOS, PLANILLA INSCRIPCION, REGLAMENTO, COMPROBANTE ENVIO INVITACIONES A PARTIDOS, PIEZAS GRAFICAS, REPORTE ARL).</p> <p>Q. ACTA 001 - REUNION CAMPEONATOS INTERNOS</p> <p>CARPETA INCENTIVOS</p> <p>A. ACTA REUNION INCENTIVOS - COLSUBSIDIO</p> <p>B.CRONOGRAMA SALIDA PISCILAGO</p> <p>C. PROGRAMA PRE-PENSIONADOS</p>
	Ejecutar el cronograma del Programa de Capacitación y Educación continuada.	1. CRONOGRAMA CAPACITACION AC-TUALIZADO	<p>CARPETA CAPACITACIÓN (ASISTENCIAS, CERTIFICADOS, SOPORTES GRAFICOS Y DE ESTUDIO)</p> <p>A. CARPETA SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>B. CARPETA NUTRICIÓN</p> <p>C. CAPACITACIÓN MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG2</p> <p>D.CARPETA MANTENIMIENTO</p> <p>E. CARPETA LABORATORIO CLINICO</p> <p>F. IMPLEMENACION DEL SISTEMA DE CONTRATACION PUBLICA ELECTRONICA SECOP II</p> <p>G. CARPETA HOTELERIA</p> <p>H. CARPETA FISIOTERAPIA</p> <p>I. CARPETA FACTURACION</p> <p>J. CARPETA ESTRATEGIA MULTIMODAL LAVADO DE MANOS</p> <p>K. CARPETA ENFERMERIA</p> <p>L. CARPETA EDUCAICON MEDICA</p> <p>M. CAPACITACION DILIGENCIAMIENTO DE ACTA DE ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO</p> <p>N. OFICIO SOLICITUD INFORMACION CAPACITACION EDUCACION MEDICA</p> <p>I. OFICIO PLAN DE ACCION CAPACITACIONES HUMANIZACION - JEFE NUBIA GUERRERO</p>

META DE PRODUCTO ANUAL	ACTIVIDAD	NUMERO DE ARCHIVO / NOMBRE	SOPORTES ANEXOS
			J. DIPLOMADO APLICACION DE ESTRATEGIAS TICS COMO APOYO EN EL CUIDADO DE LA SALUD K. CRONOGRAMA CAPACITACIONES SENA JULIO - SEPTIEMBRE 2018 L. CARPETA BANCO DE SANGRE
	Ejecutar el cronograma de Inducción, entrenamiento en puesto de trabajo y reinducción.	5. CRONOGRAMA INDUCCION	CARPETA INDUCCION: A. INDUCCION 7 DE MAYO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) B. INDUCCION 9 DE ABRIL DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) C. INDUCCION 14 DE JUNIO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) D. INDUCCION 21 DE MAYO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) E. INDUCCION 23 DE ABRIL DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) F. INDUCCION 25 DE JUNIO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) G. CARPETA INDUCCION ESPECIALISTAS (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) H. ACTA REUNION CAPACITADORES - CON PRESENCIA DEL DR. MANCERA I. ACTA REUNION CAPACITADORES - 04 DE ABRIL DE 2018 J. FOTOGRAFIAS K. OFICIOS INDUCCION SUPERVISORES DE CONTRATO L. PLANILLAS ASISTENCIA PRIMER TRIMESTRE 2018
	Ejecutar el cronograma de compensaciones y elementos relacionados en todos los sistemas de vinculación (seg. social, prestaciones, pagos a contratistas, costos relacionados).	6. CRONOGRAMA DE COMPENSACIONES Y ELEMENTOS RELACIONADOS EN TODOS LOS SISTEMAS DE VINCULACIÓN	CARPETA COMPENSACIONES A. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA ABRIL B. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA ENERO C. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA FEBRERO D. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA MARZO E. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA MAYO F. CRONOGRAMA NOMINA ENERO - JUNIO
Desarrollar los componentes o productos requeridos por el SG-SST de acuerdo al ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA)	Ejecutar el plan de trabajo de la vigencia para la implementación a partir de la evaluación del cumplimiento de la norma (1072/2015) en coordinación con ARL.	6. PLAN DE TRABAJO SG-SST	CARPETA SG-SST A. PLANILLAS ACTUALIZACION MATRICES DE PELIGRO_ MAYO B. PLANILLAS CAJAS EN ACRILICO PARA DOSIMETROS _ JUNIO C. PLANILLAS CAPACITACION SST - ABRIL 21 _ 24 _ 2018 D. PLANILLAS EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (SUMINISTRO, USO, REPOSICION Y DISPOSICION) - MARZO -JUNIO E. PLANILLAS NO CONSUMO DE PSICOACTIVOS - 27 DE JUNIO DE 2018 F. PLANILLAS ORDEN Y ASEO - MAYO_JUNIO

META DE PRODUCTO ANUAL	ACTIVIDAD	NUMERO DE ARCHIVO / NOMBRE	SOPORTES ANEXOS
			G. PLANILLAS ORDEN Y ASEO - MAYO_JUNIO H. PLANILLAS ORDEN Y ASEO - MAYO_JUNIO I. INFORMES INSPECCIONES

GESTIÓN DEL RIESGO

Se presenta los riesgos correspondientes al proceso, haciendo salvedad en que ningún de estos se ha materializado, y se le ha dado seguimiento a las acciones específicas de mejoramiento.

El mapa de riesgos que actualmente se encuentra publicado en la Intranet se encuentra desactualizado, aunque el Subdirector de Desarrollo Humano ya ha enviado el que aquí se presenta para su actualización. De esta manera el proceso se encuentra en espera de gestión para su publicación por parte de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad.

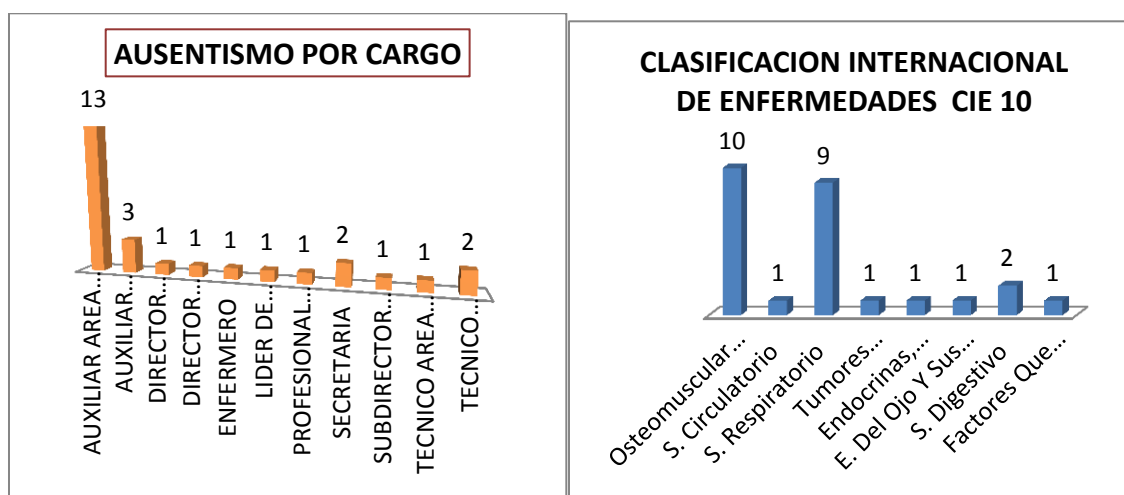
ACCIONES DE MEJORAMIENTO									
PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, Hallazgo y/o No Conformidad	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA PRIORIZADA	TIPO DE ACCIÓN	ACCIONES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR
Gestión del Talento Humano	GESTIÓN DEL RIESGO	Violar procesos de selección en beneficio de terceros	Verificar el cumplimiento de los perfiles en las nuevas vinculaciones	AP	1. Adjuntar el perfil a la requisición del talento humano 2. Aplicar el formato de verificación de competencias	Permanente	Requisición de talento humano con perfil adjunto Formato diligenciado de verificación de competencias	Subdirector Desarrollo Humano Subdirector Personal	# verificación de cumplimiento de perfiles / # personas vinculadas *100
	GESTIÓN DEL RIESGO	Realizar pagos en nómina no justificados o valores a los cuales no se tiene derecho	Realizar auditoría a las novedades de nómina y a la pre-nómina	AP	1. Realizar cronograma de auditorías de nómina 2. Registrar los fallos de nómina para control.	Mensualmente	Informe de auditoría de nómina Informe de reporte de fallos de nómina	Subdirector Personal	# de actividades ejecutadas del cronograma de auditorías de nómina / # actividades programadas cronograma de auditorías de nómina*100

PROGRAMAS

SALUD LABORAL

INFORME SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENERO A JUNIO 2018

AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA HUS ENERO A JUNIO 2018



AUSENTISMO POR CIE 10, continua siendo durante el 2018 en cabeza de auxiliares área de la salud lo cual tiene que ver con las patologías asociadas a la edad, el desgaste fisiológico y los traumas acumulativos. Para lo anterior, se continúan fortaleciendo las campañas de promoción y prevención en salud de la mano con la ARL POSITIVA. La comunicación es fundamental en esta tarea, ésta es apoyada por comunicaciones del HUS quien publica en fondos de pantalla las diferentes campañas, así mismo en las carteleras de salud laboral dispuestas en frente del ascensor de cada piso.

El sistema osteomuscular presenta el mayor número de ausentismo por enfermedades crónicas especialmente, por ello, el hospital actualmente se inició la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica de riesgo biomecánico la cual ha adelantado actividades de promoción y prevención a través de talleres de manejo de cargas, higiene postural entre otras.

MES/2018	EG	AT	EL
ENERO	186	3	3
FEBRERO	125	1	0
MARZO	192	2	0
ABRIL	138	0	30
MAYO	108	19	30
JUNIO	130	2	20
TOTAL	879	27	83

CUADRO No 1
PORCENTAJE SEGUN EDAD DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS

Forma de Gestión

EDAD	No. AT	%
45 A 49	1	17%
50 A 54	2	33%
55 A 59	3	50%
60 o mas	0	0%
TOTAL	6	100%

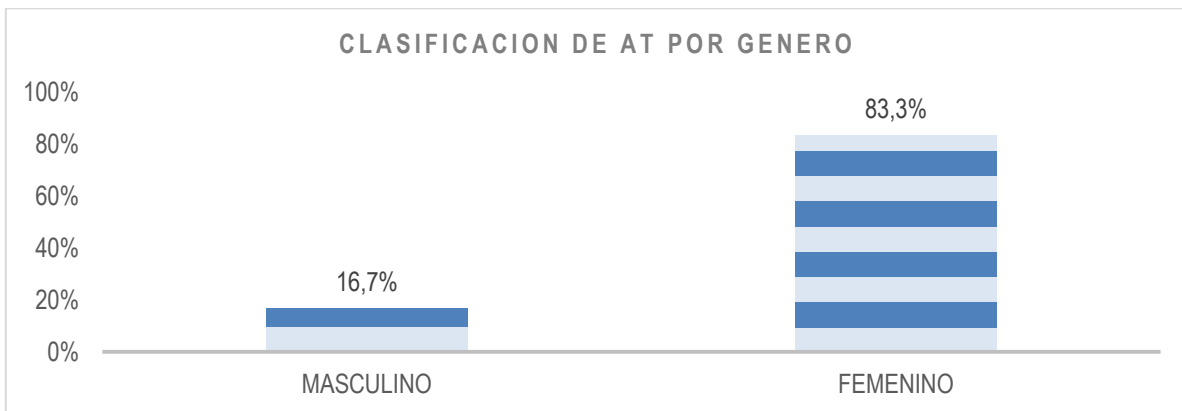
AUSENTISMO

LABORAL

Durante el primer semestre del 2018 se ha presentado una leve disminución de los eventos de incapacidad por enfermedad general, sin embargo el promedio de días perdidos por enfermedad se mantiene en 146,5. Es importante aclarar que la calificación de una enfermedad laboral ha cargado durante el semestre un total de 83 DIAS, lo cual representa un aumento ya que se han calificado en el último año enfermedades de origen laboral por parte de la ARL.

ACCIDENTALIDAD LABORAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA
TOTAL TRABAJADORES AL MES DE JUNIO 2018

GENERO	No. AT	%
MASCULINO	1	17%
FEMENINO	5	83%
TOTAL	6	100%



La accidentalidad se presenta en edades entre 45 y 59 años que es la edad en la que se encuentra el personal de planta de la institución.

CUADRO No 2



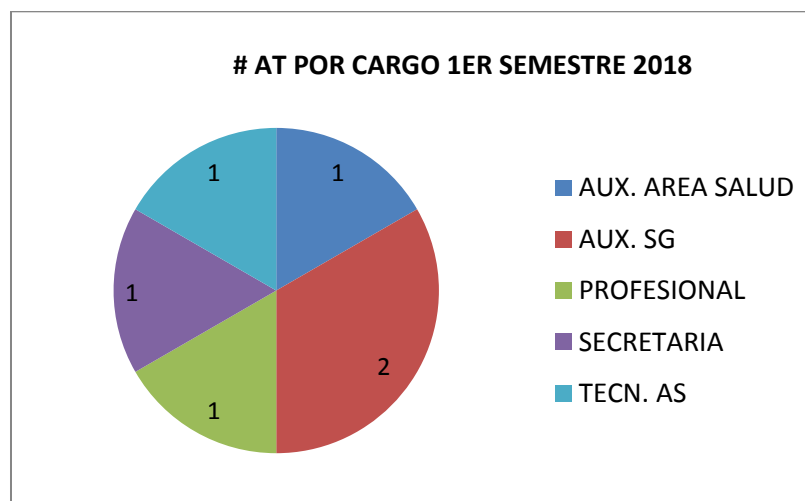
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



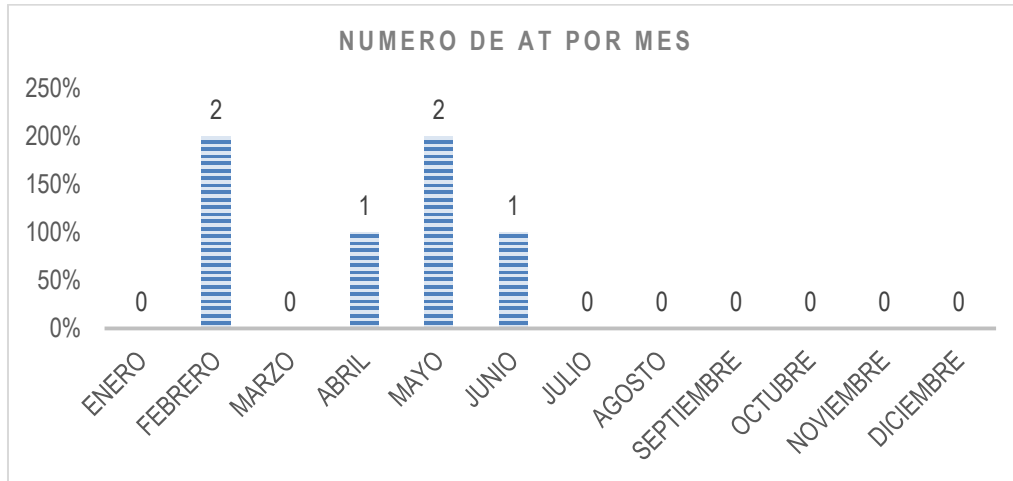
PORCENTAJE SEGUN OCUPACION DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS		
OCUPACION	No de AT	%
AUXILIAR AREA SALUD	1	17%
AUXILIAR SERV. GENERALES	2	33%
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	1	17%
SECRETARIA	1	17%
TECNICO AREA SALUD	1	17%
TOTAL	6	100%
FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA		

Las auxiliares servicios generales durante el 2018 son el grupo que más accidentalidad ha presentado a la fecha.

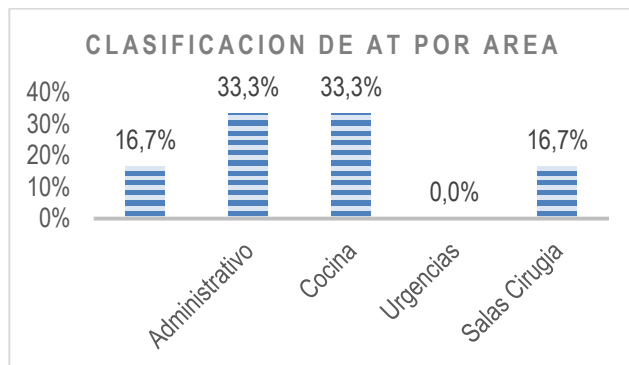
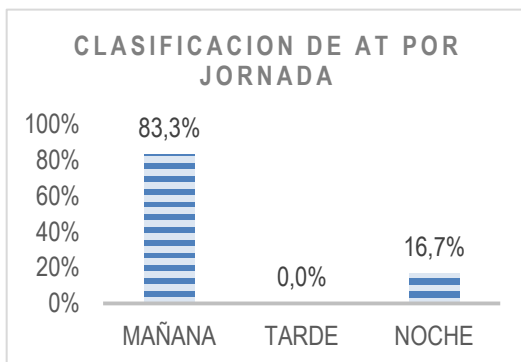
El personal de esta area está en los diferentes programas de promoción y prevención con el fin de fortalecer su autocuidado.



CUADRO No 3		
FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN EL DIA DE LA SEMANA		
DIAS	No. AT	%
DOMINGO	2	33%
LUNES	1	17%
MARTES	1	17%
MIÉRCOLES	0	0%
JUEVES	0	0%
VIERNES	1	17%
SÁBADO	1	17%
TOTAL	6	100%
FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA		



La accidentalidad se ha mantenido entre 1 y 2 accidentes por mes, se refuerza permanentemente con el personal el reporte de condición insegura y el autocuidado para que este indicador no aumente. El sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo tiene varias actividades que apuntan a la mitigación de los riesgos y/o su eliminación



La accidentalidad se ha presentado especialmente en los turnos diurnos ya que en estas jornadas aumentan el desplazamiento de personas, elementos, objetos que facilitan la presentación de accidentes.

CARACTERIZACION DE LA ACCIDENTALIDAD

CUADRO No 4
ACCIDENTES SEGUN NATURALEZA DE LA LESION

NATURALEZA DE LESION	No. AT	%
PINCHAZO	1	17%
Herida	1	17%
Luxación, esguince	2	33%
Quemadura Calórica	1	17%

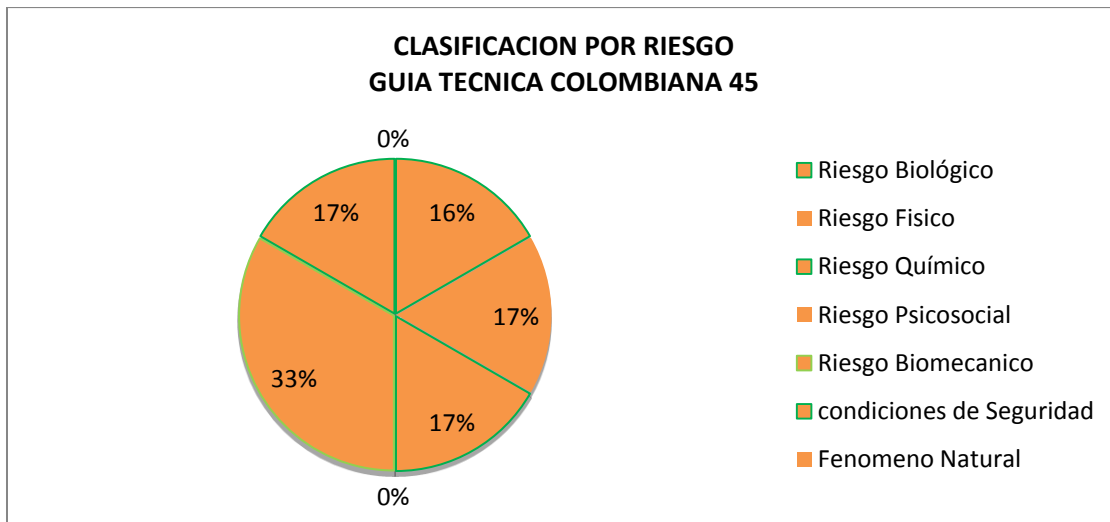
Quemadura Química	1	17%
TOTAL	6	100%

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

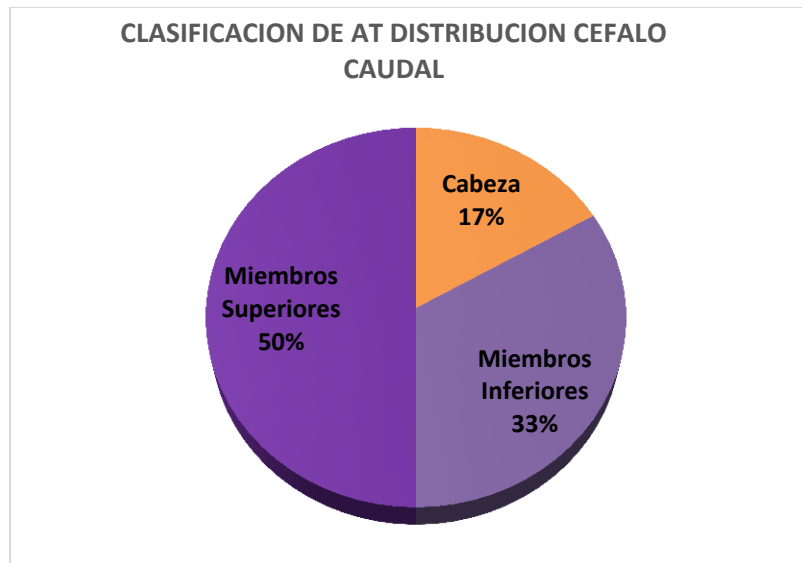
CUADRO No 5
AGENTE DE LA LESION

AGENTE DE LA LESION	No. AT	%
Artículos de metal	1	17%
Desconocido, sin identificar	1	17%
Líquidos	1	17%
Máquinas y/o equipos	2	33%
Mobiliario	1	17%
TOTAL	6	100%

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA



El riesgo que más se materializa es el riesgo biomecánico que está representado en sobreesfuerzos, carga física entre otros.



Los miembros superiores son los más afectados con los accidentes de trabajo ya que es la parte del cuerpo con el que se adelantan las labores.

CUADRO No 6
FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN TIPO DE ACCIDENTE

TIPO DE ACCIDENTE	No. AT	%
PINCHAZO	1	17%
Exposición o contacto con sustancias nocivas	2	33%
Golpeado Contra	1	17%
Sobre Esfuerzo	2	33%
TOTAL	6	100%

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

CUADRO No 7
FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN CONDICION AMBIENTAL PELIGROSA

CONDICION AMBIENTAL PELIGROSA	No. AT	%
Ayuda Inadecuada Para Levantar Cosas Pesadas	1	17%
Inadecuadamente Protegido	1	17%
No Hay Condición Ambiental Peligrosa	2	33%
Riesgos Ambientales No Especificados En Otra Parte	2	33%
Uso De Material Y Equipo De Por Sí Peligroso	0	0%
TOTAL	6	100%

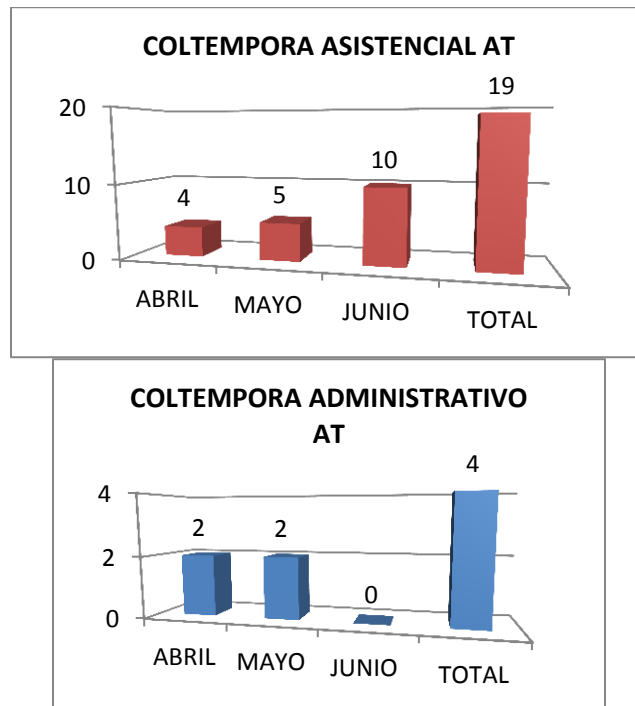
FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

CUADRO No 8
FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO SEGUN ACTOS INSEGUROS

ACTOS INSEGUROS	No. AT	%
Adoptar Una Posición O Postura Insegura	1	17%
No Asegurar, Advertir	4	67%
Omitir El Uso De Epp Disponible	1	17%
TOTAL	6	100%

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

ACCIDENTALIDAD TRIMESTRAL POR EMPRESA CONTRATISTA



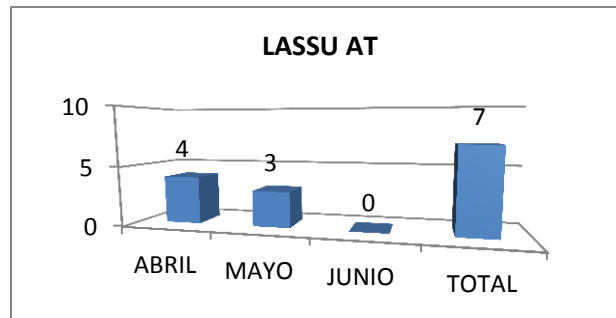
La empresa COLTEMPORA ha presentado incremento de accidentes de trabajo, lo anterior podría estar ligado a la rotación del personal. La accidentalidad se presenta especialmente en el área asistencial. La empresa realiza siguiente y reporte de accidentes al HUS.

La empresa **SERVISION** no ha reportado accidentes de trabajo. No hay evidencia de capacitaciones que fortalezcan capacitaciones seguras.

LASU no ha reportado accidentes de trabajo en el último mes, la accidentalidad es en promedio de 4 accidentes, no hay reportes de capacitaciones que disminuyan dichos eventos.

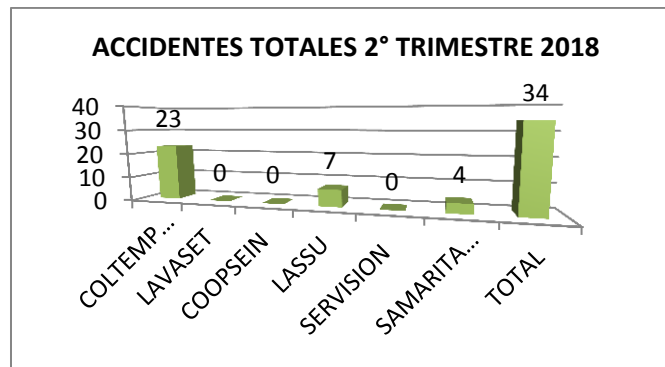
COOPSEIN no reporto accidentes en el segundo trimestre de 2018, la cooperativa tiene actividades permanentes de capacitación y fortalecimiento de autocuidado para disminuir los accidentes laborales.

LAVASET No hay evidencia de capacitaciones en que fortalezcan capacitaciones seguras.



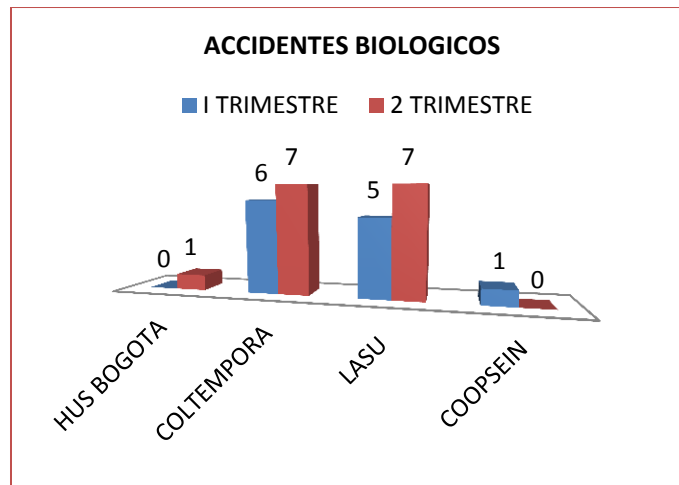
LASSU, ha presentado incremento en el reporte de sus accidentes de trabajo sin embargo no se ha logrado articular con el HUS sus programas de promoción y prevención.

El consolidado de accidentes laborales muestra:

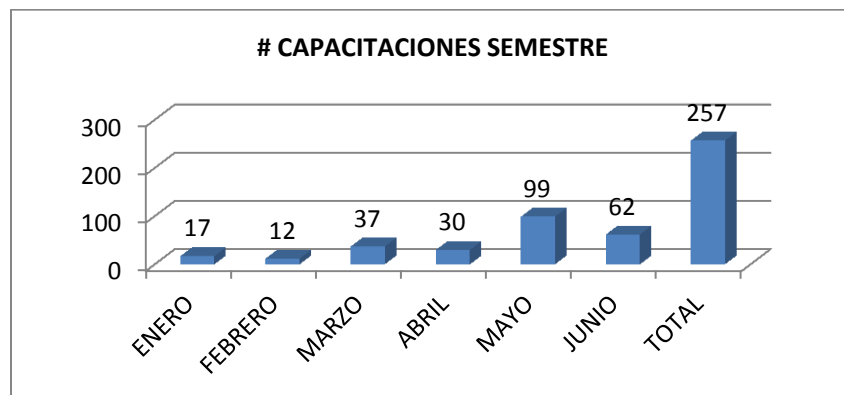


El total de accidentes en el Segundo trimestre de 2018 corresponde a 34 accidentes, lo cual representa un aumento de los reportes de accidentes de trabajo. El reporte se mantiene como resultado de las capacitaciones realizadas en las diferentes áreas y la articulación que se viene adelantando a través de las reuniones bimensuales con los contrastistas en las cuales se realiza seguimiento a los reportes de sus accidentes.

ACCIDENTE TOTAL POR RIESGO BIOLÓGICO



La accidentalidad por riesgo biológico en el HUS corresponde a las actividades asistenciales con mayor riesgo de presentarlo como son los auxiliares de enfermería y las auxiliares de servicios generales.



PARTICIPACION EN CAPACITACIONES DEL HUS POR EMPRESA.

EMPRESA	ABRIL	MAYO	JUNIO
COLTEMPORA	31	43	23
ESTUDIANTES	0	10	0
OPS	0	0	1
COOPSEIN	0	7	1
LASU	27	0	19
HUS	2	2	19
TOTAL	60	62	63

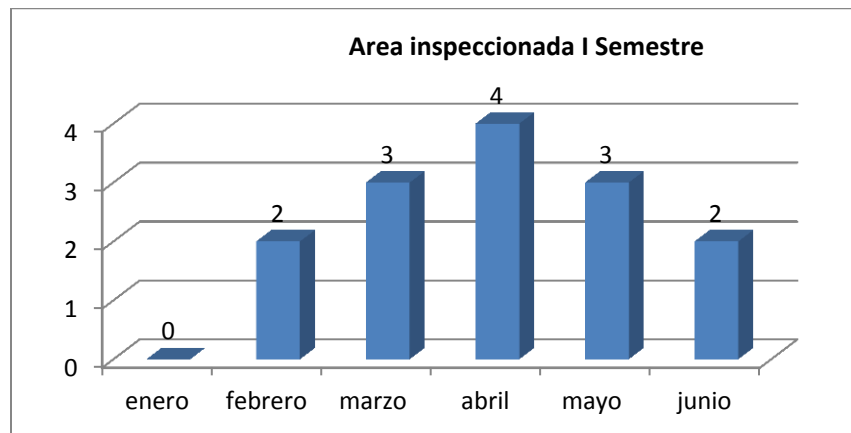
En las capacitaciones que se realizan en el HUS, se realiza la clasificación de participantes por empresa.

La única empresa que ha enviado la relación de sus capacitaciones es COLTEMPORA

HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Inspecciones de Trabajo

Las inspecciones de trabajo se realizan en las diferentes áreas, de acuerdo a reporte de condiciones inseguras y/o hallazgos que se realizan por parte del personal de esta área de salud y seguridad en el trabajo. Los hallazgos son elevados a través de las mesas de ayuda establecidas en el HUS. Con los trabajadores se realizan en cada área de trabajo la retroalimentación de estos reportes para fortalecer el manejo de las herramientas dispuestas para tal fin.



Se realizó la instalación dosímetros Se incrementó en el 2018 la consecución de dosímetros ambientales en área como UCI 2 PISO, UCI INTERMEDIOS las cuales no se habían instalado antes, lo anterior con el fin de realizar mediciones de radiación ambiental en las diferentes áreas con mayor exposición.

CAJAS DOSIMETROS	
SALAS DE CX	0
RX	1
NEUROCIRUGIA	1
UCI 2 piso	1
UCI INTERMEDIO	1
NEONATOS	1
TOTAL	5

SALUD TRABAJO Y MEDICINA PREVENTIVA

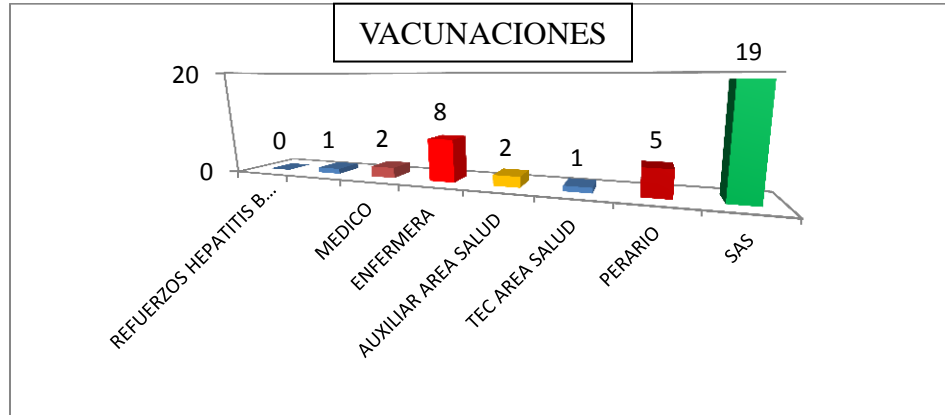
VACUNACIONES



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



En el mes de noviembre se adelantaron titulaciones de hepatitis b, las cuales arrojaron un total de 20 personas por vacunar, el ciclo se realizará mensualmente por 3 oportunidades. El proveedor fue asignado por ARL Positiva.



READAPTACION PUESTOS DE TRABAJO

Se realizó readaptación de puesto de trabajo a DOS colaboradoras que por sus condiciones de salud se requería de manera prioritaria.

MARIA TORRES COBOS	AUXILIAR AREA SALUD
TERESA GONZALEZ	AUXILIAR AREA SALUD

GESTION DE AMENAZAS

Se está adelantando la conformación del Comité de Ayuda Mutua (CAM) articulado con Brigada de Emergencias y SST, en las cuales se están realizando reuniones programadas con las demás instituciones el último martes de cada mes, lo anterior se realizó con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente en PLANES DE EMERGENCIAS EN HOSPITALES SEGUROS.

OTRAS ACTIVIDADES

En el 2 trimestre del 2018, ingresó al equipo de Salud ocupacional un Médico y una Psicóloga ambos especialistas en Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de fortalecer el equipo de seguridad y salud en el trabajo.

- Capacitación y Educación Continuada

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Capacitación y Educación continuada código 01TH01-V1 el cual tiene como objetivo general mejorar habilidades y competencias a los colaboradores que permitan un mejor desempeño en las labores habituales de los colaboradores enmarcado en el direccionamiento estratégico. Es así que se definió la matriz de necesidades de capacitación para la definición del programa de capacitación de la presente vigencia, relacionando todos los aspectos

fundamentales de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana como Modelo de Atención, Ejes Evaluativos de Acreditación, Principios, Valores, Competencias.

Para el desarrollo de estas necesidades de capacitación algunas se han realizado a través de autocapacitaciones, y otras con apoyo del SENA, ESAP, Fondos de Pensiones, Educación Médica, y con entidades privadas con previa aprobación y respaldo del Comité de Capacitación y Educación continuada.

Para el cierre del primer trimestre de 2018 se contaba con 151 actividades consignadas en el Cronograma de Capacitación. A 30 de junio de 2018 se ha consolidado con 191 actividades, incrementando así de manera importante la cantidad de capacitaciones a realizar para la vigencia; se estima terminar el año con un promedio de 210 capacitaciones. Respecto a las anteriores vigencias si comparamos 1 semestre 2017 – 2018, encontramos que para la primera vigencia se ejecutaron 102 capacitaciones y para el mismo periodo del presente año se han efectuado 152, mostrando un crecimiento del 33.6%.

Cabe resaltar el trabajo que se ha adelantado desde el Comité de capacitación y educación continuada, que en cabeza de la Dra. Diana Margarita García desde el Mes de Marzo ha aprobado la realización de 13 solicitudes remitidas al comité, en temas cruciales como Gerencia del Servicio, VIII Congreso Nacional del derecho Disciplinario, Mestría en Educación Médica, Mestría en Bioética, XI Encuentro Nacional de Investigación en enfermedades infecciosas, Mérito y transparencia como instrumento de desarrollo regional, entre otros.

Así entonces, el programa de capacitación viene en crecimiento, intentando dar alcance a más personal del Hus Bogotá y la UFZ. De igual manera se trabaja de manera importante en el programa de capacitación LIDERANDO ME LIDERA “ Más corazón en nuestras Manos”, que pretende capacitar a 350 colaboradores de las dos sedes, en temas de liderazgo, inteligencia emocional y humanización del servicio. Sin duda uno de los proyectos más ambiciosos que se han gestionado desde la Subdirección y que en este caso cuentan con el indispensable apoyo de la Gerencia y Educación Médica.

De esta manera, el programa de Capacitación y Educación continuada ha direccionado sus necesidades hacia los ejes de la acreditación; así mismo la cantidad de capacitaciones por eje para este primer semestre han sido:

	REALIZADAS EN EL SEMESTRE	PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA	% CUMPLIMIENTO POR EJE DEL SEMESTRE 1
SEGURIDAD DEL PACIENTE	74	59	125
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	8	15	53
ENFOQUE DE RIESGOS	26	52	50
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1	8	13
HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN	5	10	50
MEJORAMIENTO CONTINUO	1	1	100
RESPONSABILIDAD SOCIAL	16	18	89
TRANSFORMACIÓN CULTURAL	21	28	75

TOTAL REALIZADAS 1	TOTAL PROGRAMADAS	% CUMPLIMIENTO DEL



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



	SEMESTRE	VIGENCIA	SEMESTRE 1 PARA LA VIGENCIA
TOTAL	152	191	80

Como se puede evidenciar, a la fecha 30 de Junio se ha cumplido con el 80% de las capacitaciones del año, haciendo salvedad que durante el resto de la vigencia el cronograma se verá modificado por nuevas solicitudes a través del Comité, o por la oportunidad de auto capacitación; haciendo que las actividades aumenten su número en el cronograma; dando así mas porcentaje al nivel de alcance que busca el programa. A 30 de Junio de 2018 se han capacitado 1267 colaboradores.

- **Bienestar Social Laboral e Incentivos**

➤ **Bienestar**

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Bienestar Social Laboral en Incentivos código 01TH02-V1

Para la presente vigencia, para primer trimestre se tenía contemplado realizar 31 actividades dentro del cronograma del programa, su cumplimiento para ese periodo fue del 100%, dado que por cronograma el primer trimestre de la vigencia no presentaba más actividades a realizar (2), porcentaje de crecimiento que cambió significativamente para el segundo trimestre.

Para el segundo trimestre se respetó la planeación anual del programa dejando las 31 actividades inicialmente propuestas; Sin embargo, se realizaron 7 actividades adicionales, mostrando la flexibilidad del programa para adaptarse a las necesidades de los colaboradores.

Así entonces, se celebraron adicionalmente:

1. Condolencias (Envío de tarjetas, flores, acompañamiento en exequias)
Inicio : 10 de Abril / 18 de Mayo / 5 de Junio (2) / 27 de Junio / 28 de Junio
Fin: 10 de Abril / 18 de Mayo / 5 de Junio (2) / 27 de Junio / 28 de Junio
2. Torneo Interempresas Colsubsidio
Inicio: 7 de Abril
Fin: En Curso
3. Día de La Niñez
Inicio: 27 de Abril
Fin: 27 de Abril
4. Día del Docente
Inicio: 12 de Mayo
Fin: 12 de Mayo
5. Día de la Madre
Inicio: 16 de Mayo



Fin: 16 de Mayo

6. Trasmisión Partidos Colombial Mundial Rusia
Inicio : 19 de Junio / 28 de Junio
Fin: 19 de Junio / 28 de Junio
7. Concurso : "La Oficina Mundialista"
Inicio: 28 de Junio
Fin: 19 de Julio

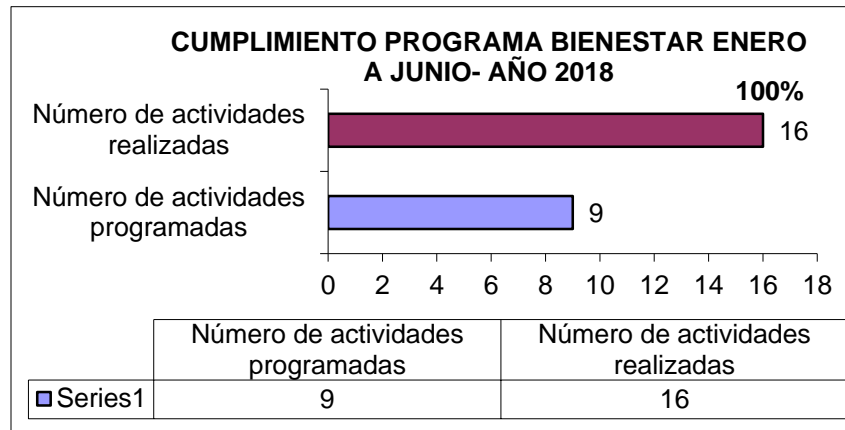
Se celebraron entonces las siguientes actividades,

JORNADA	ASISTENTES	POBLACION
Día del contador	10	10
Día internacional de la Mujer	464	1282
Campeonatos internos	130	130
Día de la secretaria	45	45
Día del bacteriólogo	19	19
Día de enfermería	415	530
Día del estadista	10	10
Despedida Médicos Internos	55	56
Día del abogado	10	15
Condolencias	6	6
Torneo Interempresas Colsubsidio	34	34
Día de La Niñez	38	38
Día del Docente	66	66
Día de la Madre	320	320
Trasmisión Partidos Colombia Mundial Rusia	65	65
Concurso : "La Oficina Mundialista"	96	96
Total	1783	2722

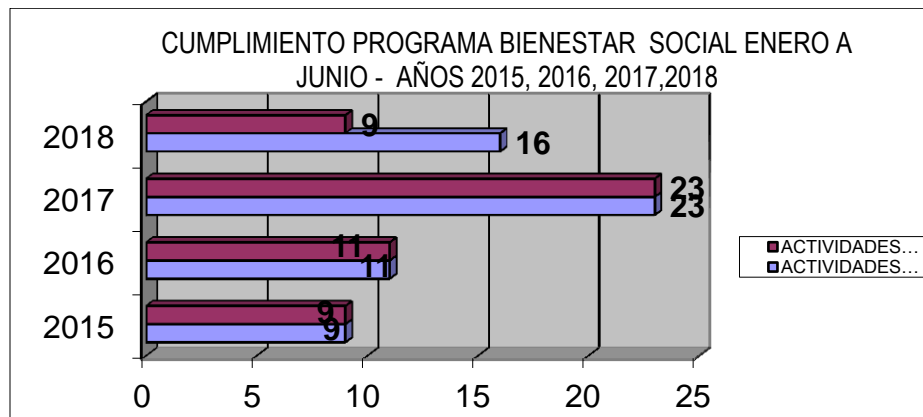
ASISTENTES	1783
CITADOS	2722

INDICADOR	
65,50%	Participación
72,97	Población impactada

Se ha determinado dentro del programa de bienestar el envío a cada uno de los homenajeados (por profesiones) en su día de una tarjeta personalizada. Posteriormente se realizará a cierre de cada semestre una celebración para todas las fechas especiales del personal (Día de cumpleaños y Día de las profesiones / semestral). Dado que el corte de primer semestre se realizó a 30 de Junio de 2018, la celebración de estas dos actividades masivas quedan en cronograma para el mes de julio.



A la corte de primer semestre se ha realizado 52% de las actividades planeadas para el año. De esta manera, la Subdirección de Desarrollo Humano hace su mejor esfuerzo por ser objetivo y cubrir por completo con cada producto elaborado a la población objetivo; Sin embargo, estamos también a merced de la efectividad en la rapidez y asertividad de la información brindada por cada coordinador de personal de las empresas que prestan sus servicios al HUS.



	2015	2016	2017	2018
ACTIVIDADES REALIZADAS	9	11	23	16
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	9	11	23	9
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	100	100	100	178

➤ Clases Grupales

Adjunto al programa de Bienestar se dedicó una línea de atención a salud y calidad de vida de los



051



SC5520-1

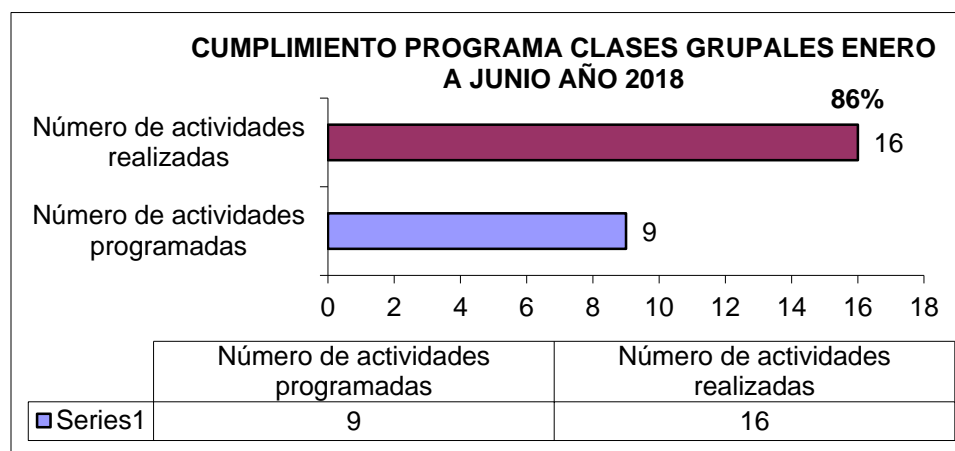
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



colaboradores, articulada con la caja de compensación Colsubsidio, la cual dedica todos los días viernes una hora para realizar actividades físicas que ayuden al buen desarrollo mental y físico de los funcionarios del Hospital. Sin importar su empresa contratista, o su sede.

Se definió un cronograma de clases que dio inicio con su primera actividad el 02 de Marzo del presente año, y que va hasta el 28 de Diciembre. Así, hasta la fecha se han realizado 18 clases de Zumba Aeróbica. A partir del mes de junio se alternarán las clases entre Aerotono, Stretching, AerofitnessDanzika, PCA, Salsa Caleña, Bachata, FullBox, Rumba - Healthy Dance, Acondicionamiento Físico, Danza aeróbica, Tae Bo, Merengue Y Salsa Cubana. .

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA			
Número de actividades programadas	18	42%	Se realizado un 42% del total de las actividades del año
Número de actividades realizadas	18	100 %	Se ha realizado un 100% del total de las actividades planeadas hasta junio
Actividades por realizar a junio	18		



Actualmente se ha dado cumplimiento al 100% del cronograma, y se trabaja fuertemente en lograr una asistencia masiva a estas clases que resultan indispensables para el buen desempeño laboral y el buen estado mental y físico de los colaboradores. A la fecha han asistido 134 personas.

➤ Incentivos

El proceso de Desarrollo Humano realiza sus mayores esfuerzos y uno de los limitantes es poder encontrar una estrategia adecuada que llegue a todos los empleados de la empresa al igual que el presupuesto asignado para esta gestión es limitado. Sin embargo a través de una oportuna gestión se ha logrado definir un cronograma de incentivos.

De esta manera, se programaron 3 actividades para esta línea del programa

1. Felicitaciones PQRSD – Piscilago:

Inicio: 27/07/2018
03/08/2018
16/11/2018

Fin: 27/07/2018
03/08/2018
16/11/2018

2. Ruta de la Acreditación: Dado que no se ha recibido fecha para la realización de la ruta de la acreditación de la vigencia 2018 por parte de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la Calidad; La fecha fué proyectada basada en fecha de realización del evento en la vigencia 2017.

Inicio: 17/09/2018
Fin: 21/09/2018

3. Premios Sami:

Inicio: 05/12/2018
Fin: 05/12/2018

- **Inducción y Reinducción**

A la fecha se han realizado las jornadas de inducción programadas (9 jornadas correspondientes a los meses de Enero a Junio) de un total de 39 jornadas programadas, para un cumplimiento 100%. Para las jornadas de inducción para el primer semestre se contó la una participación de 156 colaboradores.

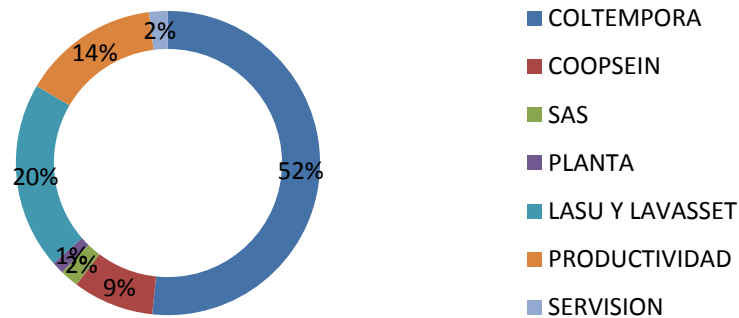
De igual manera, se tomó la decisión de generar un equipo de trabajo enfocado a mejorar el proceso de inducción y reinducción. De tal forma, se han realizado a la fecha dos reuniones con el fin de definir las responsabilidades de cada uno de los capacitadores que hacen parte del proceso, para así poder consolidar una sola forma de trabajo para dicho programa. Adicionalmente, se están recogiendo preguntas por cada proceso para mejorar y actualizar la prueba PRE y POST test. Finalmente, también se está trabajando de la mano de los coordinadores de cada una de las empresas que colaboran con el HUS, para lograr una mayor asistencia del personal.

Así mismo, se definió con el Gerente, El Dr. Javier Mancera, una penalización para aquel colaborador que no haga parte del proceso de inducción, y de igual forma para todo aquel que no cumpla con sus funciones para que este proceso sea exitosa. Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los interventores de los contratos solicitando la respectiva intervención.

COLTEMPORA	78
COOPSEIN	13
SAS	3
PLANTA	2
LASU Y LAVASSET	30
PRODUCTIVIDAD	22

SERVISION	3
TOTAL ASISTENTES PRIMER SEMESTRE	151

**ASISTENCIA POR EMPRESA INDUCCIÓN PRIMER SEMESTRE
2018**



NÓMINA

PLANTA DE EMPLEOS PUBLICOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

A continuación se RELACIONA la planta global de Empleos Públicos, para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, aprobada según Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016, así:

TABLA. PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - EMPLEADOS PÚBLICOS

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZ A JURIDICA	HORAS
NIVEL DIRECTIVO					
1	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	085	04	P. F	8
4	DIRECTOR OPERATIVO	009	03	LNR	8
20	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	02	LNR	8
1	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	01	LNR	8
NIVEL ASESOR					
1	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	P. F	8
2	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	LNR	8
NIVEL PROFESIONAL					
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	LNR	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	CA	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	10	LNR	8

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZ A JURIDICA	HORAS
5	LIDER DE PROYECTO	208	10	CA	8
5	MÉDICO ESPECIALISTA	213	12	CA	4
3	MÉDICO ESPECIALISTA	213	13	CA	6
8	MÉDICO ESPECIALISTA	213	14	CA	8
1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	15	CA	8
1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	11	CA	8
3	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	09	CA	8
2	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	05	CA	8
3	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	237	05	CA	8
51	ENFERMERO	243	07	CA	8
4	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	08	P. F	8
2	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	03	P. F	8
2	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	03	P. F	8
NIVEL TECNICO					
1	TECNICO OPERATIVO	314	12	CA	8
2	TECNICO OPERATIVO	314	11	CA	8
1	TECNICO OPERATIVO	314	09	CA	8
3	TECNICO OPERATIVO	314	06	CA	8
2	TECNICO OPERATIVO	314	04	CA	8
14	TECNICO AREA SALUD	323	10	CA	8
1	TECNICO AREA SALUD	323	05	CA	8
3	TECNICO AREA SALUD	323	01	CA	8
NIVEL ASISTECIAL					
1	SECRETARIO EJECUTIVO	425	16	CA	8
32	SECRETARIO	440	13	CA	8
1	SECRETARIO	440	07	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	14	CA	8
7	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	11	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	10	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	02	CA	8
172	AUXILIAR AREA SALUD	412	15	CA	8
1	AUXILIAR AREA SALUD	412	09	CA	8
3	AUXILIAR AREA SALUD	412	05	CA	8
3	AUXILIAR AREA SALUD	412	02	CA	8
375	TOTAL				

Fuente: Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016 – Subdirección de Personal HUS

TABLA. PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS 2016 - TRABAJADORES OFICIALES

No.	DENOMINACIÓN DEL CARGO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
3	TECNICO OPERATIVO	TO	8

6	OPERARIO	TO	8
8	AUXILIAR AREA SALUD	TO	8
30	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	TO	8
49	TOTAL		

Fuente: Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016 – Subdirección de Personal HUS

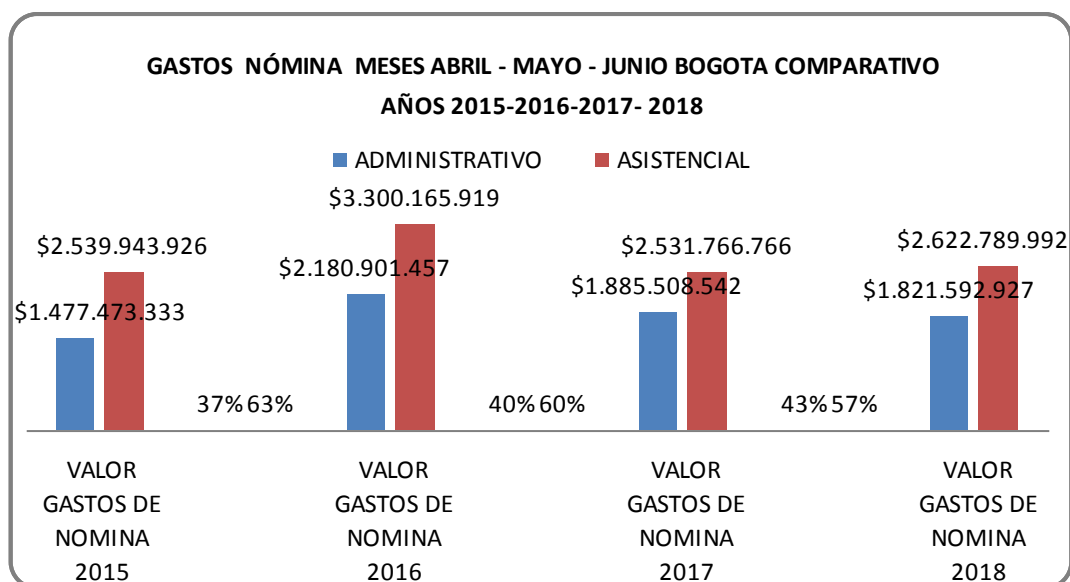
NOMINA DE PLANTA

**TABLA. GASTOS NÓMINA ABRIL MAYO Y JUNIO BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015 -2016 -
2017 – 2018**

ÁREA	VALOR GASTOS DE NOMINA 2015	No. SERVIDORES AÑO 2015	VALOR GASTOS DE NOMINA 2016	No. SERVIDORES AÑO 2016	VALOR GASTOS DE NOMINA 2017	No. SERVIDORES AÑO 2017	VALOR GASTOS DE NOMINA 2018	No. SERVIDORES AÑO 2018
ADMINISTRATIVO	\$1.477.473.333	130	\$2.180.901.457	128	\$1.885.508.542	126	\$1.821.592.927	121
ASISTENCIAL	\$2.539.943.926	192	\$3.300.165.919	187	\$2.531.766.766	180	\$2.622.789.992	166
TOTALES	\$ 4.017.417.259	322	\$ 5.481.067.376	315	\$ 4.417.275.308	306	\$ 4.444.382.919	287

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

**GRÁFICA. GASTOS NÓMINA ABRIL MAYO Y JUNIO BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015-2016-
2017-2018**



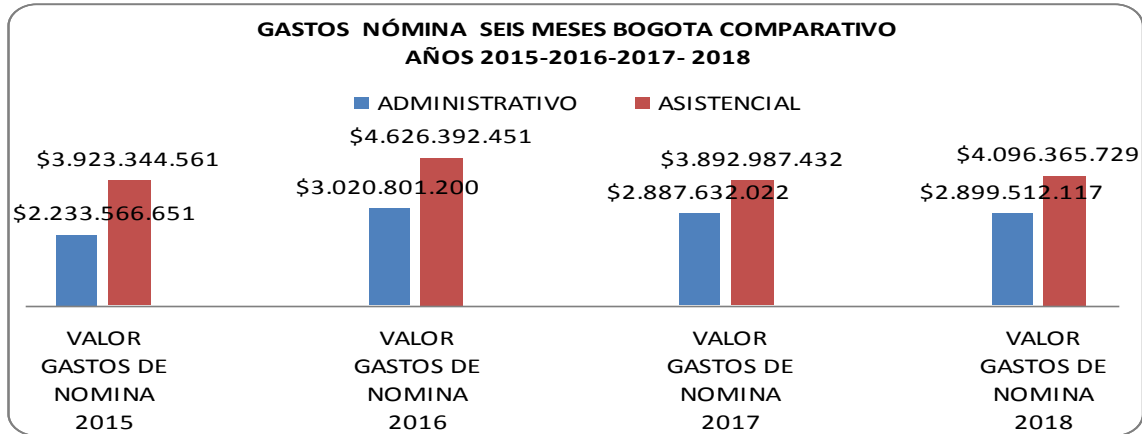
Los resultados obtenidos por esta indican que los servidores Asistenciales superan en personas un 16% el número de servidores Administrativos, en cuanto a los gastos de nómina los servidores Asistenciales generan un gasto del 59% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 41% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para el trimestre abril mayo y junio de 2018 en un 18%.

TABLA. GASTOS NÓMINA PRIMER SEMESTRE BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015-2016-2017-2018

AÑOS	VALOR GASTOS DE NOMINA 2015	No. SERVIDORES AÑO 2015	VALOR GASTOS DE NOMINA 2016	No. SERVIDORES AÑO 2016	VALOR GASTOS DE NOMINA 2017	No. SERVIDORES AÑO 2017	VALOR GASTOS DE NOMINA 2018	No. SERVIDORES AÑO 2018
ADMINISTRATIVO	\$2.233.566.651	130	\$3.020.801.200	128	\$2.887.632.022	126	\$2.899.512.117	121
ASISTENCIAL	\$3.923.344.561	192	\$4.626.392.451	187	\$3.892.987.432	180	\$4.096.365.729	166
TOTALES	\$ 6.156.911.212	322	\$ 7.647.193.652	315	\$ 6.780.619.454	306	\$ 6.995.877.846	287

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

**GRÁFICA. GASTOS NÓMINA PRIMEROS SEIS MESES BOGOTA COMPARATIVO
AÑOS 2015-2016 - 2017 - 2018**



Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

Los resultados obtenidos por esta indican que los servidores Asistenciales superan en personas un 16% el número de servidores Administrativos, en cuanto a los gastos de nómina los servidores Asistenciales generan un gasto del 58% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 42% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para el mes de junio de 2018 en un 18%.

TABLA. DISCRIMINADO PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE JUNIO DE 2018

TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
PERIODO FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO			
PERIODO FIJO DIRECTIVO	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION DIRECTIVO	23	2	25
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION ASESOR	2	0	2
PERIODO FIJO ASESOR (NORMATIVO)	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	4	0	4
PERIODO FIJO PROFESIONAL SSO	5	3	8
TOTAL FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO	36	5	41
CARRERA ADMINISTRATIVA			
INSCRITOS	112		112
PENDIENTES INSCRIPCION	0		0
EN PROCESO DE INSCRIPCION	0		0
EN PERIODO DE PRUEBA	0		0
ENCARGOS	3		3
PROVISIONALES	90		90
VACANTES		129	129
TOTAL EMPLEADOS PUBLICOS DE PLANTA	241		
TRABAJADORES OFICIALES	46	3	49
CONTRATOS DE TRABAJO			
TRABAJADORES OFICIALES	46	3	49
TOTAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL	287	137	424

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

TABLA. RESUMEN GENERAL DE GASTOS ABRIL MAYO Y JUNIO DE 2018

CODIGO	CONCEPTO	ABRIL 2018	RETROACTIVO 2018 ENERO A ABRIL POR LAUDO ARBITRAL	MAYO (2018)	RETROACTIVO 2018 ENERO A ABRIL	JUNIO 2018
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 936.891.352	\$ 37.813.382	\$ 974.881.875	\$172.421.600	\$1.276.999.133
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 756.263.319	\$ 22.411.087	\$ 697.379.215	\$139.528.721	\$ 683.451.450
11003	PRIMA TECNICA	\$ 12.596.508		\$ 13.224.539	\$ 2.503.452	\$ 13.224.538
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 4.372.123	\$ 36.035	\$ 9.329.041	\$ 710.536	\$ 3.303.811
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 107.749.238	\$ 6.254.644	\$ 132.234.481	\$ 17.159.680	\$ 114.771.258
	PRIMAS EXTRALEGALES Y EXTRAORD.	\$ 54.928.601	\$ 7.943.722	\$ 115.721.972	\$ 12.244.837	\$ 462.248.076
13202	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 76.776.681		\$ 87.642.255		\$ 71.173.700
13203	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 108.892.365		\$ 124.421.691		\$ 101.021.891
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 16.132.900		\$ 18.831.704		\$ 14.522.004
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 36.841.600		\$ 44.452.600		\$ 50.177.000
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 18.426.200		\$ 22.234.400		\$ 25.097.900
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 27.635.900		\$ 33.342.500		\$ 37.637.500
13204	CESANTIAS	\$ 947.455	\$ 1.044.123	\$ 6.674.715	\$ 265.722	

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

TABLA. RESUMEN GENERAL GASTOS ACUMULADOS NOMINA DE JUNIO 2018

CÓDIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2018	COMPROMISO TOTAL 2018	SALDO POR EJECUTAR (2018)
10000	GASTOS DE PERSONAL			
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 14.608.594.514	\$ 5.892.298.700	\$ 8.926.530.796
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 10.174.940.000	\$ 4.309.278.273	\$ 5.865.661.727
11003	PRIMA TECNICA	\$ 165.693.000	\$ 79.168.569	\$ 86.524.431
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 107.646.000	\$ 27.338.836	\$ 80.307.164
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 1.878.927.000	\$ 606.478.846	\$ 1.272.448.154
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 290.051.000	\$ 132.179.390	\$ 157.871.610
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y	\$ 98.064.000	\$ 45.467.433	\$ 52.596.567

CÓDIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2018	COMPROMISO TOTAL 2018	SALDO POR EJECUTAR (2018)
	TRANSPORTE			
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 468.571.000	\$ 403.753.936	\$ 64.817.064
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 459.578.000	\$ 243.199.281	\$ 216.378.719
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 1.075.077.000	\$ 12.571.798	\$ 1.062.505.202
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 43.314.000	\$ 21.922.751	\$ 21.391.249
13202	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.063.317.000	\$ 433.928.872	\$ 629.388.128
13203	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.500.311.000	\$ 615.804.891	\$ 884.506.109
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 234.984.000	\$ 89.066.108	\$ 145.917.892
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 541.816.000	\$ 228.990.000	\$ 312.826.000
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 270.908.000	\$ 114.538.100	\$ 156.369.900
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 406.361.000	\$ 171.770.000	\$ 234.591.000
13204	CESANTIAS	\$ 2.728.605.000	\$ 11.330.733	\$ 2.717.274.267

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

AVANCES SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES A JUNIO 2018

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana identificada con el Nit. 899999032, en cumplimiento de la Ley 715 de 2001 “Por medio de la cual se dictan unas normas orgánicas en materia de recursos para organizar el servicio de Educación y Salud”, los Decretos 1636 de 2006, 3815 de 2003, la Ley 1438 de 2011, artículo 85, adelantó el proceso de Saneamiento de Aportes Patronales, para las vigencias 1994 a 2001 Situado Fiscal y 2002 a 2015 Sistema General de Participaciones, en cumplimiento al procedimiento de saneamiento de Aportes Patronales y últimamente lo dispuesto por la Resolución No. 154 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas vigentes.

El avance presentado en el informe de gestión obedece al saneamiento realizado en la Subdirección de Personal, con el fin de recuperar los saldos a favor de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, así mismo se han realizado derechos de petición a cada una de las administradoras solicitando se sirvan informar las fechas de reintegro de excedentes de SITUADO Y SGP de las vigencias 1994 a 2011, para concluir con la recuperación de excedentes para esas vigencias.

En cuanto al Saneamiento de Sistema General de Participaciones de las vigencias 2012 a 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución 2024 del 21 de mayo de 2018, por la cual se determina el procedimiento para realizar el saneamiento de aportes patronales correspondientes a la vigencia de 2012 a 2016 y se dictan otras disposiciones.

La Secretaría de Salud de Cundinamarca mediante Circular 083 de 2018 socializa la resolución No. 2024, posteriormente el 28 de junio de 2018, mediante correo socializaron GUÍA ACTUALIZADA DE USO – EMPLEADORAS y el cronograma emitido por el Ministerio para el Saneamiento.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Teniendo en cuenta todo lo anterior, a continuación se detalla el saneamiento de las vigencias 2012 a 2016, con la recuperación de excedentes y datos de saneamiento sin realizar.

TABLA. SANEAMIENTO REALIZADO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SANEAMIENTO REALIZADO EN SALUD, PENSIÓN, CESANTIAS Y ARL

ENTIDADES DE SALUD	AÑOS	VALORES AC-TAS	VALORES REIN-TEGRADOS POR LAS ENTIDADES AL HUS	PENDIENTE POR REINTEGRAR AL HUS
ALIANSA LUD EPS	2012 A 2016	\$ 119.996.695	\$ 119.996.695	\$ -
CAFESALUD EPS	2012 A 2016	\$ 54.653.937	\$ 54.653.937	\$ -
COMFACUNDI	2012 A 2016	\$ 4.951.892	\$ -	\$ 4.951.892
COMPENSAR EPS	2012 A 2016	\$ 92.700.670	\$ 92.700.670	\$ -
ADRESS	2012 A 2015	\$ 2.492.886	\$ -	\$ 2.492.886
COOMEVA EPS	2012 A 2016	\$ 44.668.708	\$ -	\$ 44.668.708
CRUZ BLANCA EPS	2012 A 2016	\$ 30.012.856	\$ 22.922.237	\$ 7.090.619
FAMISANAR	2012 A 2016	\$ 57.715.569	\$ 57.715.569	\$ -
NUEVA EPS	2012 A 2016	\$ 56.894.031	\$ 28.364.292	\$ 28.529.739
SALUDCOOP	2012 A 2016	\$ 36.044.700	\$ 36.044.700	\$ -
SALUD TOTAL EPS	2012 A 2016	\$ 46.964.137	\$ 15.311.126	\$ 31.653.011
SANITAS	2012 A 2016	\$ 171.401.743	\$ 171.401.743	\$ -
SURAMERICANA S.A.	2012 A 2016	\$ 25.172.380	\$ 9.528.792	\$ 15.643.588
TOTAL SANEAMIENTO EN SALUD		\$743.670.204	\$608.639.761	\$135.030.443

ENTIDADES DE PEN-SION	AÑOS	VALORES AC-TAS	VALORES REIN-TEGRADOS POR LAS ENTIDADES AL HUS	PENDIENTE POR REINTEGRAR AL HUS
COLFONDOS PENSIONES	2012 A 2016	-\$ 13.601.345	-\$ 13.601.345	\$ -
HORIZONTE PENSIO-NES Y CESANTIAS S.A.	2012 A 2016	\$ 7.878.014		\$ 7.878.014
PORVENIR PENSIONES	2012 A 2016	\$ 284.757.888		\$ 284.757.888
PROTECCION PENSIONES	2012 A 2016	-\$ 1.596.185	-\$ 1.596.185	\$ -
TOTAL SANEAMIENTO EN PENSION		\$ 277.438.372	-\$ 15.197.530	\$ 292.635.902

ENTIDADES DE CESANTÍAS	AÑOS	VALORES ACTAS	VALORES REINTEGRADOS POR LAS ENTIDADES AL HUS	PENDIENTE POR REINTEGRAR AL HUS
COLFONDOS CESANTIAS REGIMEN ANUALIZADO	2012 A 2016	\$ 117.956.395		\$ 117.956.395
FNA REGIMEN ANUALIZADO	2012 A 2016	\$ 53.307.920		\$53.307.920
HORIZONTE CESANTIAS S.A. REGIMEN ANUALIZADO	2012 A 2016	\$ 1.412.137.610		\$1.412.137.610
PORVENIR CESANTIAS S.A. REGIMEN ANUALIZADO	2012 A 2016	\$ 637.669.167		\$637.669.167
PROTECCION CESANTIAS E ING REGIMEN ANUALIZADO	2012 A 2016	\$ 477.584.872		\$ 477.584.872
OLD MUTUAL REGIMEN ANUALIZADO	2012 A 2016	\$ 4.596.744		\$ 4.596.744
TOTAL SANEAMIENTO CESANTIAS REGIMEN ANUALIZADO		\$ 2.703.252.709		\$2.703.252.709

ENTIDADES DE CESANTÍAS REGIMEN RETROACTIVO	AÑOS	VALORES ACTAS	VALORES REINTEGRADOS POR LAS ENTIDADES AL HUS	PENDIENTE POR REINTEGRAR AL HUS
HORIZONTE CESANTIAS S.A. REGIMEN RETROACTIVO	2012 A 2016	\$ 3.281.101.498		\$3.281.101.498
PORVENIR CESANTIAS S.A. REGIMEN RETROACTIVO	2012 A 2016	\$ 3.569.159.878		\$3.569.159.878
PROTECCION CESANTIAS E ING REGIMEN RETROACTIVO	2012 A 2016	\$ 3.928.964.824		\$3.928.964.824
TOTAL SANEAMIENTO CESANTIAS REGIMEN RETROACTIVO		\$10.779.226.200		\$10.779.226.200

SANEAMIENTO REALIZADO ENTIDADES DE ARL	AÑOS	VALORES ACTAS	VALORES REINTEGRADOS POR LAS ENTIDADES AL HUS	PENDIENTE POR REINTEGRAR AL HUS
ARL POSITIVA	2012, 2013, 2015, 2016	\$ 296.536.494	\$133.614.703	\$162.921.791
ARL COLPATRIA	2013 A 2015	\$ 175.176.108		\$175.176.108
TOTAL SANEAMIENTO EN ARL		\$ 471.712.602	\$133.614.703	\$338.097.899

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

TABLA. SANEAMIENTO PENDIENTE POR REALIZAR EN SALUD Y PENSIÓN



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"



ENTIDADES POR SANEAR EN SALUD	VIGENCIAS	VALORES PRESUPUESTADOS
ADRESS	2016	\$ 2.165.443
EPS HUMANA VIVIR	2012 - 2013	\$ 5.411.406
SALUD COLPATRIA	2012 - 2013	\$ 7.203.825
TOTAL SANEAMIENTO SIN REALIZAR EN SALUD		\$ 14.780.674

ENTIDADES POR SANEAR EN PENSION	VIGENCIAS	VALORES PRESUPUESTADOS
OLD MUTUAL	2012 A 2016	\$ 50.765.086
COLPENSIONES	2012 A 2016	\$ 732.208.412
TOTAL SANEAMIENTO SIN REALIZAR EN PENSION		\$ 782.973.498

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

CONTRATACIÓN

BOGOTÁ

En Bogotá D C., se tiene contratado para los servicios de apoyo logístico administrativo y financiero con empresa de servicios temporales el suministro de personal en misión y para el cubrimiento de procesos y subprocesos asistenciales con Cooperativa de Trabajo Asociado. Estos son la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A. y la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA.

Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para Bogotá

ZIQAQUIRÁ

En Zipaquirá Cundinamarca, se tiene contratado para los servicios de apoyo logístico administrativo, financiero y servicios asistenciales con la empresa de servicios temporales el suministro de personal en misión la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para la Unidad Funcional de Zipaquirá.

TABLA. GRUPO COLTEMPORA BOGOTA SEGUNDO TRIMESTRE 2018

MES	ABRIL	MAYO	JUNIO
TOTAL FACTURADO	\$ 1.656.900.808	\$ 1.708.016.946	\$ 1.686.734.826
No. TRABAJADORES EN MISION	661	659	657

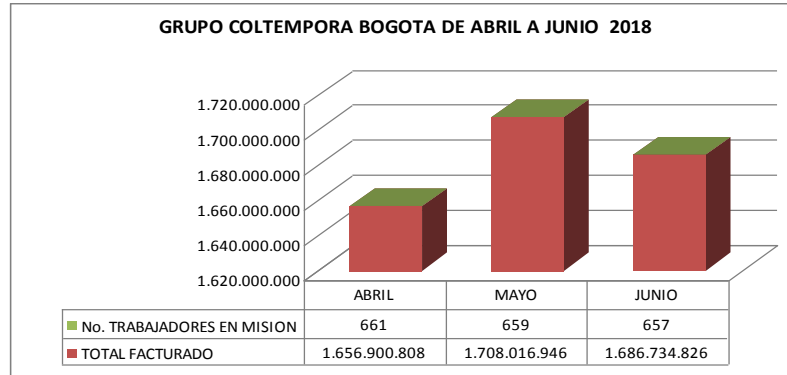
Fuente: Subdirección de Personal - Contratos



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



GRÁFICA. GRUPO COLTEMPORA BOGOTA SEGUNDO TRIMESTRE 2018



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

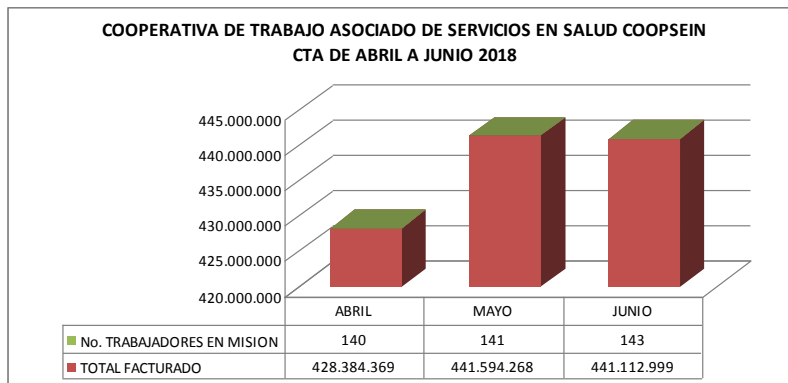
En la anterior gráfica para el segundo trimestre 2018 se observa que el mes de abril se facturó menor valor con referencia a mayo y junio esto se debe a que en abril no hay festivos lo cual influye en el valor facturado, se fortalecieron los centro de costo como Talento Humano – Desarrollo Humano, Proceso de Atención Asistencial (PACAS) Call Center-, Direccionamiento y Gerencia Científica.

TABLA. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA SEGUNDO TRIMESTRE

MES	ABRIL	MAYO	JUNIO
TOTAL FACTURADO	\$ 428.384.369	\$ 441.594.268	\$ 441.112.999
No. ASOCIADOS	140	141	143

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRÁFICA. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA SEGUNDO TRIMESTRE



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

A partir del mes de abril de 2018 se amplía el proceso del PIC de Cogua, y en el mes de Junio se amplían los procesos de Apoyo Terapéutico Banco de Sangre y Apoyo Medico General Soporte Nutricional con el fin de dar cobertura a las necesidades de los usuarios del HUS.

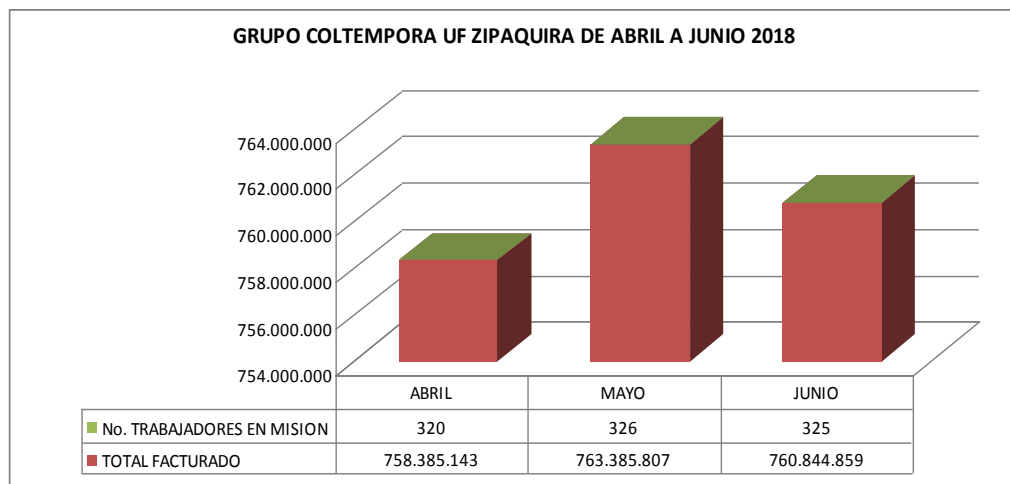
Se observa que en abril el valor facturado es menor esto se debe a que en para este mes no se presentaron festivos.

TABLA. GRUPO COLTEMPORA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA SEGUNDO TRIMESTRE 2018

MES	ABRIL	MAYO	JUNIO
TOTAL FACTURADO	758.385.143	763.385.807	760.844.859
No. TRABAJADORES EN MISION	320	326	325

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRÁFICA. GRUPO COLTEMPORA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA SEGUNDO TRIMESTRE 2018



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para la Unidad Funcional de Zipaquirá se fortalecieron los centros de Costos de Mantenimiento y Apoyo Atención al Usuario para el mejoramiento en el servicio a los usuarios del HUS, Se observa que en abril el valor facturado es menor esto se debe a que en para este mes no se presentaron festivos.

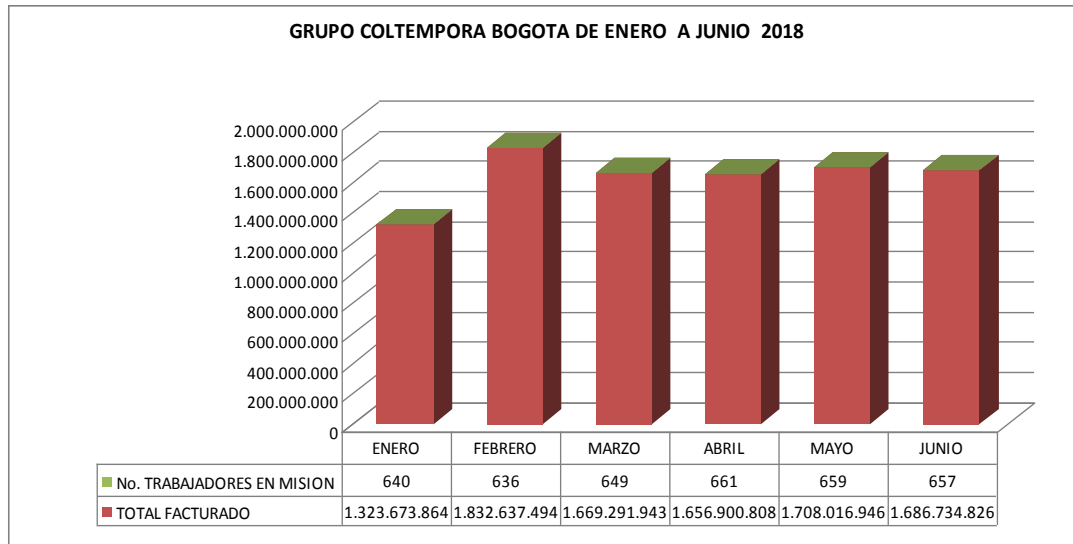
TABLA. GRUPO COLTEMPORA BOGOTA ACUMULADOS ENERO A JUNIO 2018

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	ACUMULADO
TOTAL FACTURADO	1.323.673.864	1.832.637.494	1.669.291.943	1.656.900.808	1.708.016.946	1.686.734.826	9.877.255.881

No. TRABAJADORES EN MISION	640	636	649	661	659	657	657
-----------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

GRÁFICA. GRUPO COLTEMPORA BOGOTA ACUMULADOS ENERO A JUNIO 2018



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

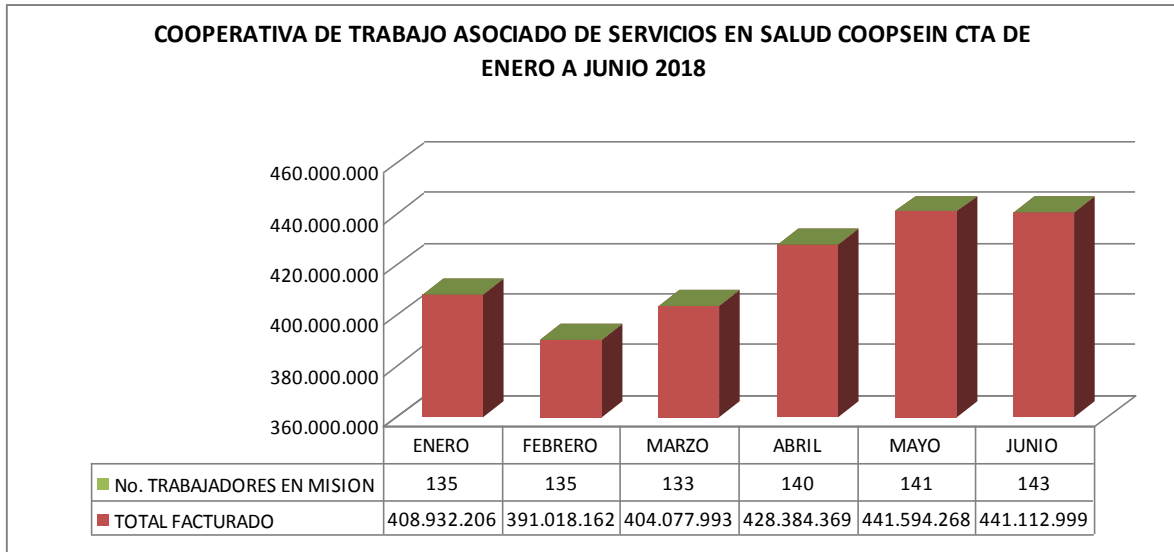
En el acumulado de Enero a Junio se ha facturado un total de \$9.877.255.881 con un total de trabajadores en misión de 657, se observa que el mes de febrero representa el mayor mes facturado con \$1.832.637.494, esto se debe a que se facturaron 35 días ya que la nueva contratación inicio a partir del 26 de enero con la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S A – COLTEMPORA S. A, también se realizó un aumento del 4% anual a las asignaciones básicas de todos los cargos.

TABLA. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA ACUMULADOS ENERO A JUNIO 2018

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	ACUMULADO
TOTAL FACTURADO	408.932.206	391.018.162	404.077.993	428.384.369	441.594.268	441.112.999	2.515.119.997
No. TRABAJADORES EN MISION	135	135	133	140	141	143	143

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRÁFICA. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA ACUMULADOS ENERO A JUNIO 2018



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

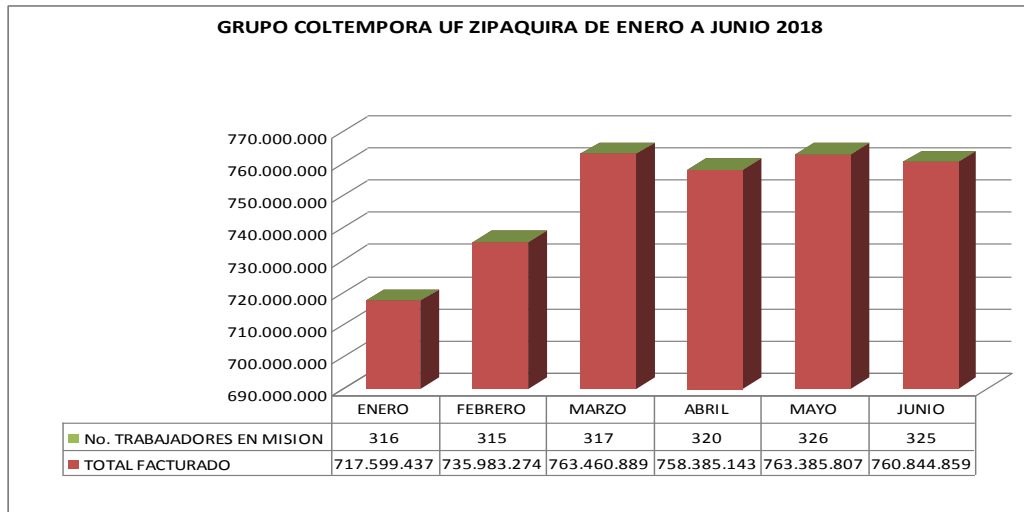
En el acumulado de Enero a Junio se ha facturado un total de \$2.515.119.997 con 143 asociados aproximadamente, se observa que febrero es el mes con menor facturación con un valor de \$391.018.162 esto se debe a que febrero por tener 28 días influye considerablemente en el proceso asistencial ya que se liquida por horas desarrolladas en el proceso. A partir del mes del 01 de abril se amplía el proceso de Pic Cogua y a partir del 01 de mayo inicia la nueva contratación con la Cooperativa de Trabajo Asociado de Servicios en Salud COOPSEIN CTA con un incremento anual del 4% a todos los procesos y/o subprocesos contratados.

TABLA. UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA ACUMULADOS ENERO A JUNIO 2018

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	ACUMULADO
TOTAL FACTURADO	717.599.437	735.983.274	763.460.889	758.385.143	763.385.807	760.844.859	4.499.659.409
No. TRABAJADORES EN MISION	316	315	317	320	326	325	325

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

GRÁFICA. UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA ACUMULADOS ENERO A JUNIO 2018



Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

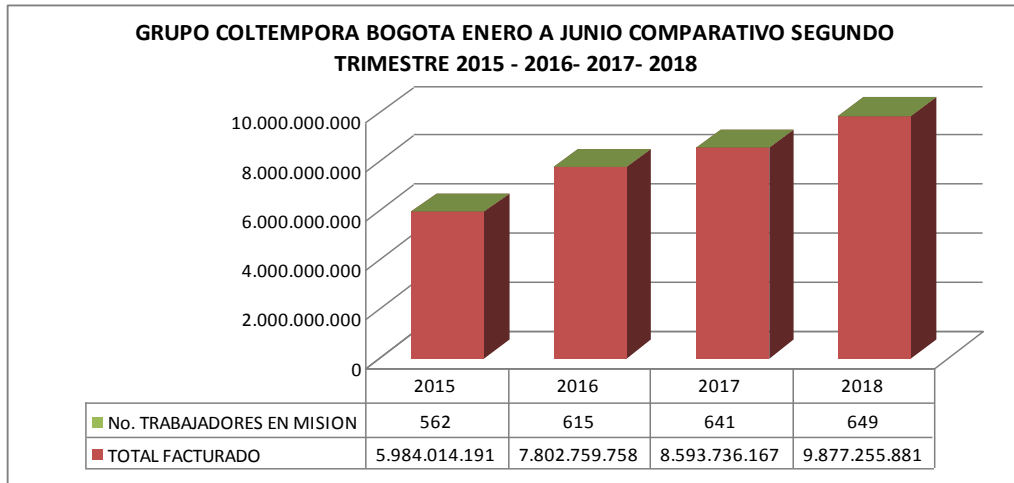
En el acumulado de Enero a Junio se ha facturado un total de \$4.449.659.409, con 325 trabajadores en misión, se evidencia un incremento de facturación esto se debe que a partir del 01 de febrero se inicio la nueva contratación con Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S A. – COLTEMPORA S. A, teniendo un incremento del 4% anual a la asignación básica de todos los cargos, se observa que marzo es el mes con mayor facturación por valor de \$763.460.889 esto se debe a los festivos los cuales influyen en el valor facturado.

TABLA. GRUPO COLTEMPORA BOGOTA COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE 2015, 2016, 2017 Y 2018

AÑO	2015	2016	2017	2018
TOTAL FACTURADO	5.984.014.191	7.802.759.758	8.593.736.167	9.877.255.881
No. TRABAJADORES EN MISION	562	615	641	649

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRÁFICA . GRUPO COLTEMPORA BOGOTA COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE 2015, 2016 ,2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Durante el segundo trimestre de 2016 se observa un incremento en la facturación del 30,39%, con respecto al mismo periodo del año 2015, esto se debe al aumento en un 5% a las asignaciones básicas de todos los cargos en misión. Y que para el mes de febrero de 2015 se contrato los servicios asistenciales (enfermería) con la empresa de Servicios temporales Coltempora.

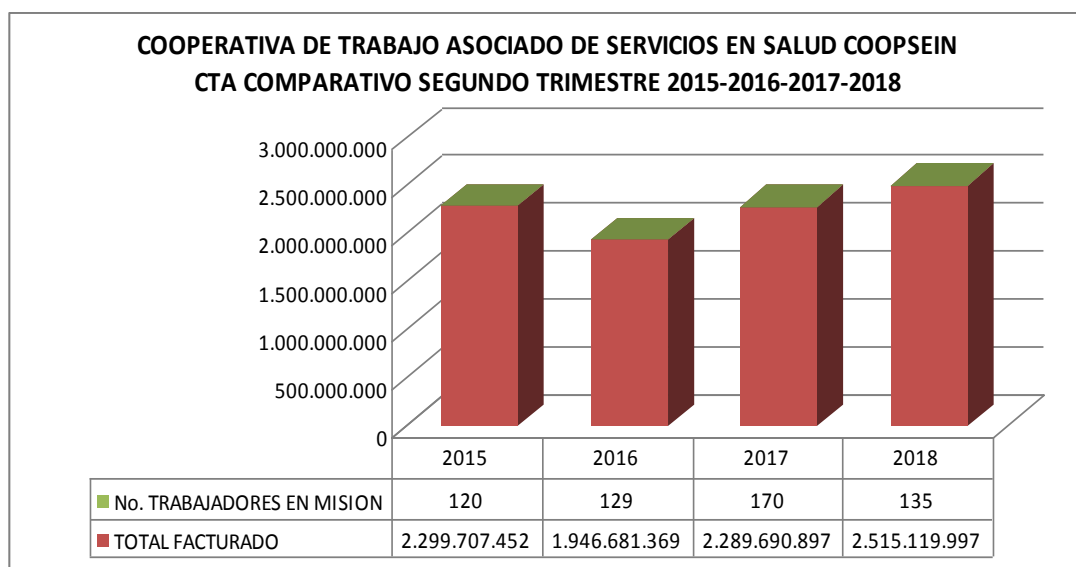
Para el segundo trimestre de 2018 se observa un incremento en la facturación del 14,94%, con respecto al mismo periodo del 2017, esto se debe al aumento la asignación básica de todos los cargos del 5% anual, la vinculación de nuevos cargos en la parte administrativa para el proceso de acreditación y la promoción de cargos para el mejoramiento de los procesos y el cubrimiento de las necesidades de la institución.

TABLA. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE 2015, 2016 , 2017 Y 2018

AÑO	2015	2016	2017	2018
TOTAL FACTURADO	2.299.707.452	1.946.681.369	2.289.690.897	2.515.119.997
No. TRABAJADORES EN MISION	120	129	170	135

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRÁFICA. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE 2015, 2016, 2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para el segundo trimestre de 2016 se evidencia una disminución en la facturación del 15,35%, con respecto al mismo periodo del año 2015 y esto se debe a que a partir de febrero los servicios de enfermería pasaron a ser contratado por el Grupo Coltempora.

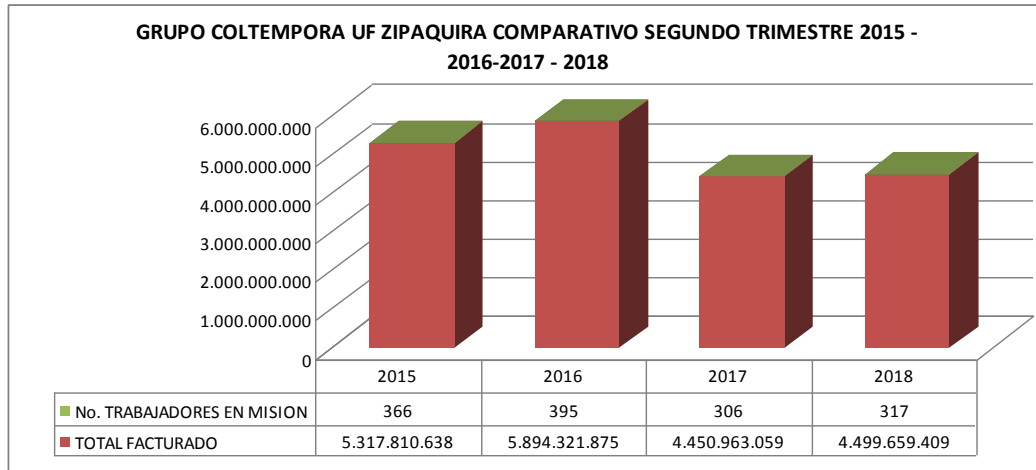
Para el segundo trimestre de 2018 se puede observar un incremento en la facturación de un 9,85 % con respecto al mismo periodo del año 2017 esto se debe a la ampliación con de presupuesto de nutrición y dietética y algunos profesionales se les ampliaron las horas por el proceso de acreditación.

TABLA. UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE 2015, 2016, 2017 y 2018

AÑO	2015	2016	2017	2018
TOTAL FACTURADO	5.317.810.638	5.894.321.875	4.450.963.059	4.499.659.409
No. TRABAJADORES EN MISION	366	395	306	317

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRÁFICA. UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE 2015, 2016, 2017 y 2018



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para el segundo trimestre de 2016 se evidencia un incremento en la facturación del 10,84%, con respecto al mismo periodo del año 2015 esto debido a que al aumento anual del 5% y la ampliación de procesos en la UF de Zipaquirá.

Para el segundo trimestre 2017 se observa una disminución en facturación en un 24,49% en comparación al mismo periodo del 2016 y esto se debe a que a partir de febrero de 2017 toma la contratación de los servicios asistenciales y administrativos de la Unidad Funcional de Zipaquirá la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

Para el segundo trimestre de 2018 se evidencia un incremento en la facturación del 1,09% con respecto al mismo periodo del año 2017 ya que la contratación a partir de febrero de 2017 pasa a la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

TABLA. CONTRATOS CELEBRADOS SEGUNDO TRIMESTRE 2018

NOMBRE	No. CONTRATO	VALOR INICIAL contrato MAS ADICIONES	\$ EJECUTADO	SALDO CONTRATOS	% EJECUCIÓN
COLOMBIANA DE TEMPORALES S.A. – COLTEMPORA S.A. ASISTENCIAL ZIPAQUIRA	156-2018	5.330.000.000	2.884.288.574	2.445.711.426	54%
COLOMBIANA DE TEMPORALES S.A. – COLTEMPORA S.A. ADMINISTRATIVO ZIPAQUIRA	157-2018	1.900.000.000	897.771.398	1.002.228.602	47%
COLOMBIANA DE TEMPORALES S.A. – COLTEMPORA S.A.	153-2018	9.600.000.000	5.062.720.733	4.537.279.267	53%

NOMBRE	No. CONTRATO	VALOR INICIAL contrato MAS ADICIONES	\$ EJECUTADO	SALDO CONTRATOS	% EJECUCIÓN
ASISTENCIAL BOGOTA					
COLOMBIANA DE TEMPORALES S.A. – COLTEMPORA S.A. ADMINISTRATIVO BOGOTA	154-2018	6.100.000.000	3.490.861.284	2.609.138.716	57%
DR. EDGAR REY	151-2018	82.274.400	51.802.400	30.472.000	63%
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA	313-2018	1.390.000.000	882.707.267	507.292.733	64%

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD**CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS Y FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGIA PARA LA VIGENCIA 2018****TABLA . BOGOTÁ SEGUNDO TRIMESTRE 2018**

OBJETO DEL CONTRATO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL SEGUNDO TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	\$251.661.600	\$262.204.800	\$247.994.400	\$761.860.800	22	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN IMAGENOLOGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD - HEMODINAMIA	\$211.572.100	\$199.267.940	\$193.029.543	\$603.869.583	14	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	\$77.600.000	\$69.660.000	\$92.540.000	\$239.800.000	11	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	\$16.380.000	\$16.380.000	\$24.570.000	\$57.330.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE TÓRAX	\$15.834.000	\$14.196.000	\$14.196.000	\$44.226.000	1	0

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co*“Humanización con sensibilidad social”*

OBJETO DEL CONTRATO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL SEGUNDO TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	\$69.012.000	\$77.958.000	\$73.698.000	\$220.668.000	10	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PEDIATRICA	\$3.315.930	\$3.770.550	\$3.231.900	\$10.318.380	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	\$50.154.409	\$47.784.421	\$38.907.795	\$136.846.625	12	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	\$111.347.075	\$120.149.715	\$120.149.715	\$351.646.505	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	\$17.988.950	\$17.988.950	\$17.988.950	\$53.966.850	6	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	\$18.310.725	\$11.898.450	\$13.855.425	\$44.064.600	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	\$6.220.800	\$6.220.800	\$6.220.800	\$18.662.400	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	\$27.572.980	\$28.829.810	\$28.211.910	\$84.614.700	11	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	\$156.730.000	\$158.340.000	\$153.580.000	\$468.650.000	19	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	\$13.104.000	\$13.104.000	\$13.104.000	\$39.312.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGIA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIOTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	\$15.095.600	\$15.095.600	\$15.095.600	\$45.286.800	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$8.200.000	\$6.400.000	\$2.300.000	\$16.900.000	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	\$174.636.000	\$184.415.000	\$172.865.000	\$531.916.000	16	1

OBJETO DEL CONTRATO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL SEGUNDO TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGÍA	\$28.912.000	\$28.912.000	\$28.912.000	\$86.736.000	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	\$21.840.000	\$21.840.000	\$21.840.000	\$65.520.000	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGÍA	\$76.261.680	\$80.257.848	\$77.748.840	\$234.268.368	6	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	\$81.754.750	\$93.008.066	\$94.679.600	\$269.442.416	13	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGÍA	\$5.899.500	\$4.864.500	\$4.554.000	\$15.318.000	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	\$44.011.070	\$52.070.510	\$62.943.900	\$159.025.480	11	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	\$88.293.560	\$81.591.840	\$75.045.310	\$244.930.710	10	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	\$24.703.631	\$19.875.975	\$23.372.794	\$67.952.400	9	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	\$35.360.000	\$35.360.000	\$38.960.000	\$109.680.000	9	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	\$10.811.000	\$10.811.000	\$10.811.000	\$32.433.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S	\$219.092.289	\$260.328.945	\$208.405.968	\$687.827.202	15	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGÍA	\$10.549.000	\$6.699.000	\$6.776.000	\$24.024.000	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	\$41.811.000	\$42.897.000	\$40.725.000	\$125.433.000	5	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	\$62.013.000	\$63.835.800	\$61.488.600	\$187.337.400	9	0

OBJETO DEL CONTRATO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL SEGUNDO TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	\$33.040.238	\$32.088.750	\$39.402.300	\$104.531.288	5	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	\$90.934.400	\$94.628.000	\$89.087.600	\$274.650.000	7	0
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA	\$130.600.000	\$130.600.000	\$130.600.000	\$391.800.000	38	2
TOTAL GENERAL	\$2.250.623.287	\$2.313.333.270	\$2.246.891.950	\$6.810.848.507	283	17

Fuente: Contratos por Productividad

TABLA . UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ SEGUNDO TRIMESTRE 2018

OBJETO DEL CONTRATO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL SEGUNDO TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	\$73.633.000	\$74.912.600	\$71.472.800	\$220.018.400	7	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA	\$74.077.460	\$60.014.200	\$61.171.930	\$195.263.590	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	\$47.102.000	\$49.008.000	\$48.055.000	\$144.165.000	5	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	\$21.283.853	\$19.852.306	\$16.793.460	\$57.929.619	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	\$61.292.010	\$50.892.075	\$50.892.075	\$163.076.160	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	\$12.849.760	\$12.849.760	\$12.849.760	\$38.549.280	4	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	\$68.208.770	\$73.419.710	\$54.937.100	\$196.565.580	8	0

OBJETO DEL CONTRATO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL SEGUNDO TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	\$63.456.000	\$63.048.000	\$59.256.000	\$185.760.000	6	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	\$68.488.500	\$71.349.900	\$69.830.900	\$209.669.300	6	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	\$10.920.000	\$10.920.000	\$10.920.000	\$32.760.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	\$8.468.930	\$7.994.170	\$6.584.900	\$23.048.000	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	\$5.733.000	\$5.733.000	\$5.187.000	\$16.653.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	\$88.868.800	\$73.443.040	\$73.155.260	\$235.467.100	5	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	\$30.167.260	\$29.577.770	\$26.787.130	\$86.532.160	4	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	\$10.871.180	\$8.672.970	\$10.871.180	\$30.415.330	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	\$9.945.600	\$9.945.600	\$9.945.600	\$29.836.800	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA	\$65.290.000	\$65.817.600	\$62.258.400	\$193.366.000	6	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	\$6.837.600	\$7.459.200	\$6.526.800	\$20.823.600	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S	\$92.824.146	\$102.874.706	\$105.294.706	\$300.993.558	11	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	\$18.876.750	\$19.146.675	\$18.710.700	\$56.734.125	2	0

OBJETO DEL CONTRATO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL SEGUNDO TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	\$322.793.552	\$319.545.397	\$316.170.763	\$958.509.712	55	0
TOTAL GENERAL	\$1.161.988.171	\$1.136.476.679	\$1.097.671.464	\$3.396.136.314	136	1

Fuente: Contratos por Productividad

Personas

1. Al servicio de Anestesia Bogotá se reintegra a sus actividades en Salas de Cirugía, la Dra. Laura Catalina Chaparro luego de su licencia de maternidad.
2. En el servicio de Cirugía Cardiovascular ingresa remplazo del Medico Hospitalario contratado a través de la SAS.
3. En el Servicio de Cirugía Plástica de Bogotá, ingresa médico para cubrir la licencia del Dr. Casallas por 6 meses.
4. Para el servicio de Gastroenterología ingresa especialistas por necesidad del servicio y para brindar apoyo en las actividades los días jueves.
5. Al servicio de Ginecología ingresó especialista por necesidad del servicio y para dar cumplimiento a la norma, en lo concerniente al Código Rojo en Sala de Partos.
6. Medicina interna ingreso un médico internista más por necesidades del servicio y para dar cumplimiento a las actividades asistenciales del Dr. Omar Velandia, quien quedo a cargo de la subdirección de Medicina Interna durante las vacaciones del Subdirector.
7. Neurología ingreso un médico especialista para Bogotá para dar mejor cobertura al servicio, teniendo en cuenta la demanda insatisfecha de consultas.
8. Para el servicio de Radiología e Imágenes Diagnosticas en Bogotá, ingresaron tres (3) especialistas, para dar cumplimiento a la cobertura del servicio en los fines de semana.

TABLA. FACTURACIÓN BOGOTÁ PRIMER SEMESTRE 2018.

Existen 116 contratos vigentes para la prestación de servicios Bogotá para la ejecución de 35 objetos contractuales de los cuales 95 fueron suscritos con personas naturales y 20 con personas jurídicas.

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	22	\$2.274.836.000	\$1.366.948.800	60%	\$907.887.200	40%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN	1	\$1.880.320.000	\$1.159.724.003	62%	\$720.595.997	38%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
IMAGENOLOGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD - HEMODINAMIA						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1	\$561.600.000	\$379.579.999	68%	\$182.020.001	32%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1	\$147.420.000	\$101.010.000	69%	\$46.410.000	31%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE TÓRAX	1	\$147.420.000	\$87.906.000	60%	\$59.514.000	40%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	10	\$619.840.000	\$389.086.000	63%	\$230.754.000	37%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PEDIATRICA	1	\$46.800.000	\$16.754.280	36%	\$30.045.720	64%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	1	\$449.280.000	\$252.191.184	56%	\$197.088.816	44%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$669.240.000	\$639.819.345	96%	\$29.420.655	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	1	\$322.920.000	\$141.699.990	44%	\$181.220.010	56%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	\$168.480.000	\$79.781.475	47%	\$88.698.525	53%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGÍA	2	\$80.550.000	\$34.905.600	43%	\$45.644.400	57%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	1	\$327.000.000	\$164.640.750	50%	\$162.359.250	50%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	19	\$1.363.172.000	\$878.290.000	64%	\$484.882.000	36%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGÍA	1	\$117.936.000	\$74.911.200	64%	\$43.024.800	36%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGÍA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIOTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	1	\$131.695.200	\$80.509.867	61%	\$51.185.333	39%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	2	\$45.000.000	\$42.700.000	95%	\$2.300.000	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	13	\$1.638.832.000	\$998.998.000	61%	\$639.834.000	39%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGÍA	1	\$260.208.000	\$163.834.667	63%	\$96.373.333	37%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	2	\$196.560.000	\$123.396.000	63%	\$73.164.000	37%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGÍA	1	\$707.628.580	\$442.070.520	62%	\$265.558.060	38%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	1	\$748.800.000	\$429.926.256	57%	\$318.873.744	43%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGÍA	2	\$65.520.000	\$25.599.000	39%	\$39.921.000	61%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	1	\$514.800.000	\$272.647.583	53%	\$242.152.417	47%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	10	\$970.632.000	\$458.462.030	47%	\$512.169.970	53%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	\$182.520.000	\$110.419.968	60%	\$72.100.032	40%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	1	\$330.969.600	\$203.973.333	62%	\$126.996.267	38%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	1	\$97.297.200	\$61.378.582	63%	\$35.918.618	37%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S	1	\$1.539.200.000	\$1.110.509.510	72%	\$428.690.490	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGÍA	2	\$93.600.000	\$49.049.000	52%	\$44.551.000	48%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	1	\$309.510.000	\$226.431.000	73%	\$83.079.000	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	1	\$570.960.000	\$351.877.200	62%	\$219.082.800	38%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	1	\$292.032.000	\$154.376.588	53%	\$137.655.412	47%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	7	\$891.072.000	\$516.242.635	58%	\$374.829.365	42%
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA	1	\$1.179.800.000	\$740.066.666	63%	\$439.733.334	37%
TOTAL GENERAL	115	\$19.943.450.580	\$12.305.107.405		\$7.638.343.175	

Fuente: Contratos por Productividad

TABLA. FACTURACIÓN UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ PRIMER SEMESTRE 2018

Existen 47 contratos vigentes para la prestación de servicios en la unidad funcional de Zipaquirá para la ejecución de 21 objetos contractuales de los cuales 37 fueron suscritos con personas naturales y 10 con personas jurídicas.

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	7	\$722.272.000	\$414.919.400	57%	\$307.352.600	43%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA	1	\$608.400.000	\$339.538.190	56%	\$268.861.810	44%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	6	\$461.840.000	\$269.200.250	58%	\$192.639.750	42%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	2	\$107.640.000	\$89.997.683	84%	\$17.642.317	16%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$374.400.000	\$263.560.200	54%	\$110.839.800	46%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	1	\$117.000.000	\$70.338.800	39%	\$46.661.200	61%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	1	\$727.520.000	\$330.235.581	45%	\$397.284.419	55%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	6	\$537.264.000	\$346.476.000	64%	\$190.788.000	36%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	1	\$636.480.000	\$393.043.100	62%	\$243.436.900	38%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	1	\$98.280.000	\$61.516.000	63%	\$36.764.000	37%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	1	\$196.560.000	\$49.013.350	25%	\$147.546.650	75%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	1	\$56.160.000	\$31.395.000	56%	\$24.765.000	44%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	1	\$645.840.000	\$414.484.570	64%	\$231.355.430	36%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	4	\$234.000.000	\$157.662.325	67%	\$76.337.675	33%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	\$112.320.000	\$56.321.750	40%	\$55.998.250	60%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	1	\$89.856.000	\$56.772.800	63%	\$33.083.200	37%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA	6	\$597.780.000	\$364.257.400	61%	\$233.522.600	39%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	1	\$56.160.000	\$39.160.800	70%	\$16.999.200	30%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S	1	\$936.000.000	\$553.993.461	59%	\$382.006.539	41%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	2	\$168.480.000	\$96.731.850	57%	\$71.748.150	43%
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	1	\$2.995.200.000	\$1.833.759.639	61%	\$1.161.440.361	39%
Total general	47	\$10.479.452.000	\$6.232.378.149		\$4.247.073.851	

Fuente: Contratos por Productividad

Facturación

- Cirugía general se incrementó el gasto del servicio debido a la contratación de tres (03) médicos cirujanos más, para el servicio de hospitalización, para cubrir la demanda insatisfecha por falta de residentes en el servicio.
- Patología incremento el gasto de su servicio, teniendo en cuenta la contratación de un Histotecnólogo, quien ocupara este cargo, debido a la renuncia voluntaria de la servidora pública que ocupaba el cargo en mención.
- Cirugía de Cabeza y Cuello aumento el gasto mensual, debido a la ampliación por necesidad en el alcance y cobertura del servicio.
- Cirugía Plástica en la Unidad Funcional de Zipaquirá incremento la productividad, en un 81% comparado al primer trimestre, teniendo en cuenta el óptimo ingreso de pacientes, debido a la ampliación en la oferta del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Neurología incremento la productividad en Bogotá en un 41%.

TABLA. COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016-2017 Y 2018 PRIMER SEMESTRE CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD BOGOTA – U.F ZIPAQUIRA

PRODUCTIVIDAD	2015	2016	2017	2018
---------------	------	------	------	------



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"

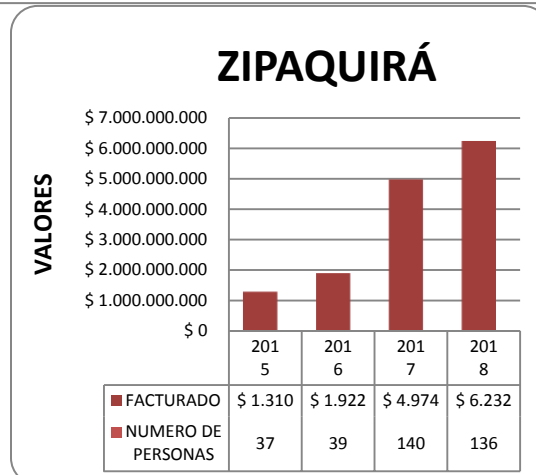
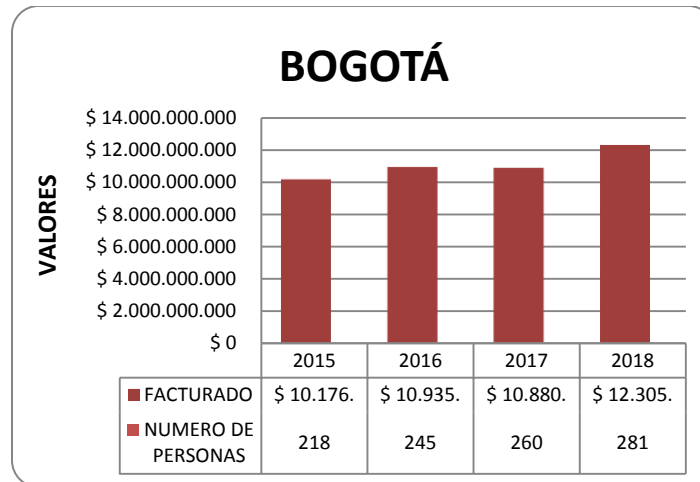


BOGOTA	\$10.176.070.247	\$10.935.709.032	\$10.880.359.692	\$12.305.107.405
ZIQAUIRA	\$1.310.992.845	\$1.922.605.070	\$4.974.894.278	\$6.232.378.149
TOTALES	\$11.487.063.092	\$12.858.314.102	\$15.855.253.970	\$18.537.487.572

PRODUCTIVIDAD	2015 VS 2018	2016 VS 2018	2017 VS 2018
BOGOTA	10%	3%	8%
ZIQAUIRA	389%	226%	41%

Fuente: Contratos por Productividad

GRÁFICA. COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016-2017 Y 2018 PRIMER SEMESTRE CONTRATACION BOGOTA Y U.F ZIQAUIRA – CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD



Fuente: Contratos por Productividad

TABLA. RELACIÓN DE PERSONAS BOGOTÁ

OBJETO	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y DE IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD	11	11	14	14
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	23	22	22	22
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	0	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	9	13	12	12
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PEDIATRICA	0	0	0	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	5	5	7	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	6	7	6	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DOOPLER	3	6	4	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	2	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIOTERAPIA	29	33	33	38
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	9	9	10	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	17	17	16	19
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	13	15	16	16
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	0	0	1	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	4	4	4	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	1	2	1	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	3	3	5	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	11	10	12	13
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	2	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA	10	11	10	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPIEDIA	9	10	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	8	8	9	9
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	2	8	8	9
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	7	7	7	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	1	2	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	9	9	11	15
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	3	3	3	2

OBJETO	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UCI	4	3	5	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	8	7	8	9
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	4	4	5	5
SERVICIOS Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	2	2	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	0	6	10	11
Total general	218	245	260	283

Fuente: Contratos por Productividad

TABLA. RELACIÓN DE PERSONAS UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

OBJETO	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA	4	4	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	0	0	8	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	0	0	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	2	2	1	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	0	0	7	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	1	1	1	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DOOPLER	4	4	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	0	0	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	4	4	9	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	0	0	7	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	0	0	7	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	0	2	4	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA	5	5	5	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	4	4	4	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	0	0	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA	0	0	6	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	0	0	2	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	9	9	10	11

OBJETO	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	2	2	2	2
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	0	0	56	55
Total general	37	39	140	136

Fuente: Contratos por Productividad

TABLA. RELACIÓN ADMINISTRATIVO / ASISTENCIAL CON CORTE A JUNIO DE 2018

PERSONAL	Asistencial	Administrativos	Total
Planta	166	122	288
Temporal y Cooperativa	783	330	1113
Contratos de Prestación de Servicios	398	10	408
Total	1347	462	1809
Proporción	74%	26%	100%

VACACIONES

La relación de vacaciones se vienen reconociendo y concediendo de acuerdo con la programación anual del 2018, que cada área ha radicado y las cartas de solicitudes individuales debidamente avaladas por las respectivas Direcciones y Subdirecciones. El manejo de estas novedades se realiza rectificando fechas de periodos causados y las fechas de disfrute en cada historia laboral. Se elaboran las resoluciones de empleados públicos y trabajadores oficiales y las resoluciones con novedades de vacaciones tanto del nivel directivo como las de modificaciones con los respectivos soportes, una vez avaladas y firmadas por la Subdirectora de Personal se numeran en la Dirección Administrativa, se radica una copia a nómina y se ingresan al aplicativo de Dinámica Gerencial para su respectiva liquidación. Finalmente se notifica a cada funcionario para su respectivo disfrute ya sea por carta o por resolución según sea el caso.

GRÁFICA. VACACIONES 1° y 2° TRIMESTRE 2018

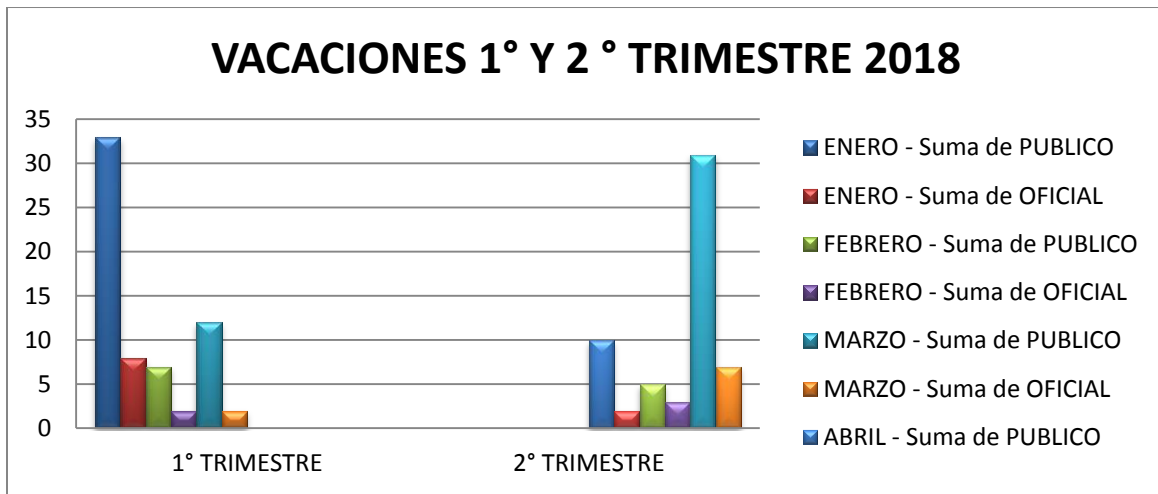


051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co*“Humanización con sensibilidad social”*

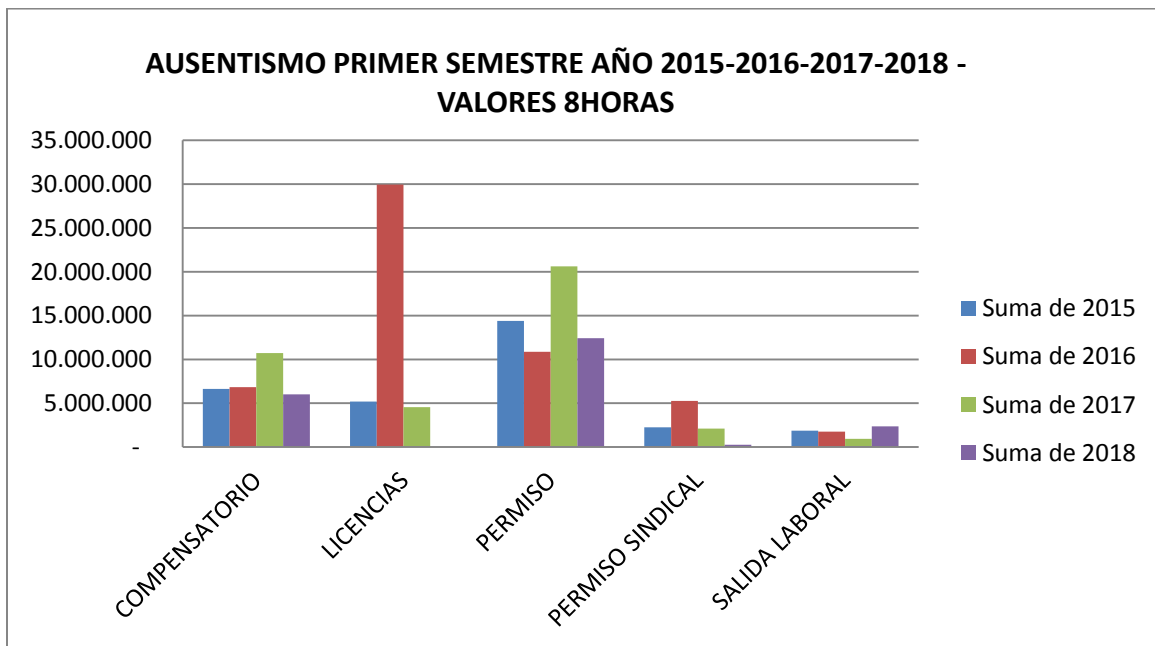


Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

Se genera comparativo del primer y segundo trimestre del año 2018 en el cual se observa que los empleados públicos tienen mayor proporción de personal que disfruta vacaciones debido al volumen de trabajadores. Se demuestra que los meses de Enero y Junio los de mayor proporción de disfrute de vacaciones.

AUSENTISMO DE PLANTA

GRÁFICA. AUSENTISMO PRIMER SEMESTRE AÑO 2015, 2016, 2017 Y 2018 – 8 HORAS

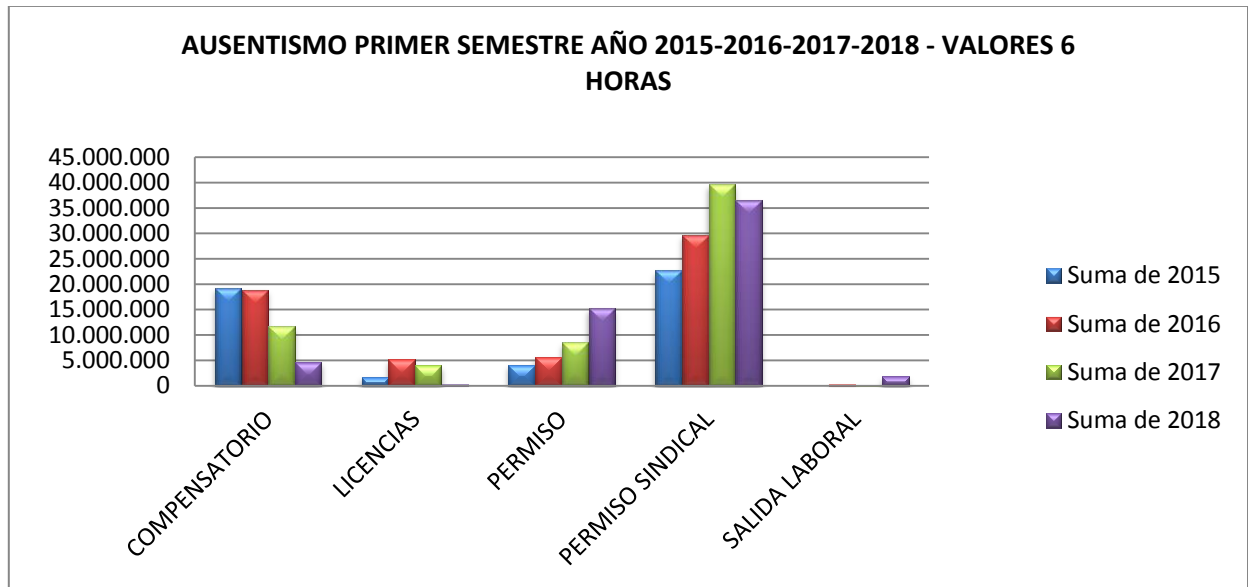


Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

Se puede observar en el gráfico que el motivo más influyente en el ausentismo en los años 2015, 2016, 2017 y 2018 son los permisos sindicales y que el valor total de ausentismos correspondientes a cada año se divide de la siguiente manera: **2015** \$30.335.807, **2016** \$54.668.579, **2017** \$38.931.717 y **2018** \$21.039.388 correspondiente a cada primer semestre. En relación al informe presentado se demuestra que el año que más ausentismo ha evidenciado el primer semestre es el 2016, correspondiente a los demás años en comparación.

Se realiza el ausentismo del personal de planta del primer semestre de 2016 - 2017, por 6 horas con sus respectivos valores y totales ya que el año 2015 no se realizaba el informe tan específico.

GRÁFICA. AUSENTISMO PRIMER SEMESTRE AÑO 2015, 2016, 2017 Y 2018 – 6 HORAS



Fuente: Subdirección de Personal –Ausentismo

Se puede observar en el gráfico que para los años 2015, 2016, 2017 y 2018 la mayor variación de ausentismo está en los permisos sindicales y en su gran porcentaje se presentan en el primer semestre del 2017 en comparación a los demás años, seguido de los compensatorios. Que el valor total de ausentismos de 6 horas correspondientes a cada año se divide de la siguiente manera: **2015** \$48.066.542, **2016** \$59.950.654, **2017** \$64.213.485 y **2018** \$58.744.411. Se evidencia que el año que más incremento tiene en ausentismos en el primer semestre, corresponde al año 2017 y que el año 2018 tiene un ausentismo más bajo en comparación a los demás años en mención, exceptuando el 2015.

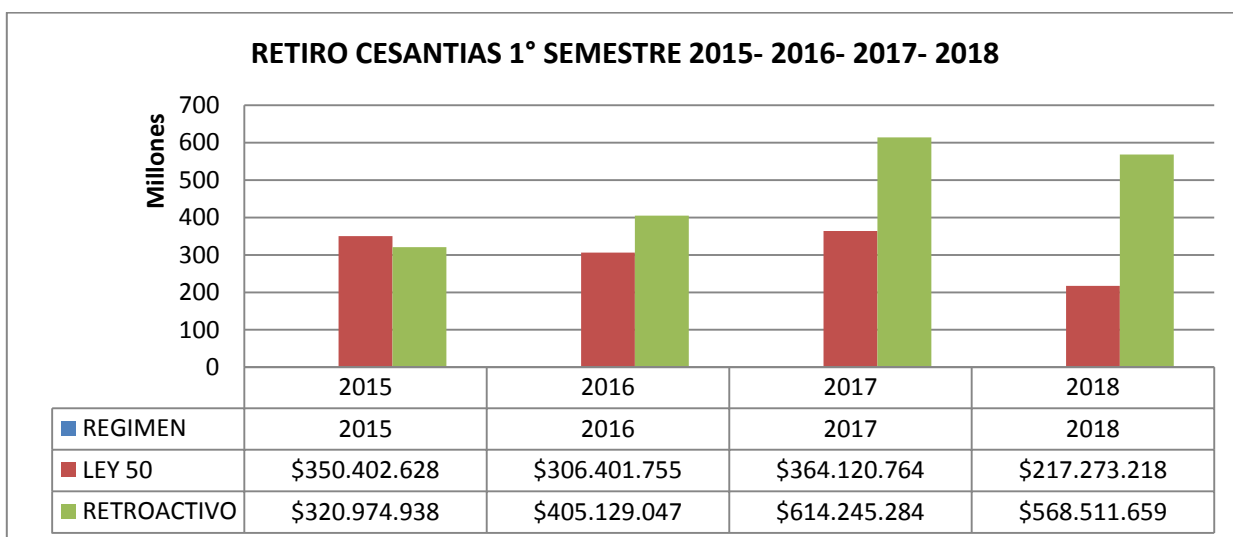
CESANTIAS

En el proceso de Cesantías se atienden todas aquellas solicitudes de los funcionarios activos y retirados de la planta de personal de la E. S. E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, RELACIONADAS a garantizar el acceso de forma rápida y segura, a los recursos de los que disponen en sus Cesantías y velar por que su uso y destinación sean correctos y estén dentro de los establecido por la normatividad vigente

colombiana. Para los funcionarios que han ingresado a la planta de personal antes del año 1993 se reciben las solicitudes el segundo miércoles de cada mes, sin importar el destino que tenga la solicitud; para los funcionarios que ingresaron a la planta de personal después del año 1993 es decir a quienes los cubre la ley 50, las solicitudes se reciben en cualquier momento, estas deben ser radicadas en la Subdirección de Personal con la Auxiliar Administrativa para el visto bueno de la Subdirectora de Personal y se me entregan para el respectivo proceso.

Encontramos el cuadro de las solicitudes para retiro de cesantías correspondiente al 1 semestre de los últimos cuatro años según el régimen al que pertenece cada uno de los colaboradores:

GRÁFICA. COMPARATIVO RETIRO DE CESANTIAS PRIMER SEMESTRE 2015-2016-2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Como se aprecia en la gráfica para 2015 y el 2016 se mantuvo una similitud en las solicitudes tanto en el personal perteneciente al régimen retroactivo y de ley 50; sin embargo para los años 2017 y 2018 se ve un considerable aumento en los valores autorizados para retiro de cesantías del personal retroactiva y una disminución en los montos autorizados para el retiro del personal de Ley 50.

A continuación se resume el total de las solicitudes para retiro de cesantías radicadas en la subdirección de personal desde el 1 de enero de 2018 hasta a 30 de junio de 2018.

TABLA. SOLICITUDES RETIRO DE CESANTIAS PRIMER SEMESTRE DE 2018

DESTINO CESANTIAS	LEY 50	RETROACTIVO	TOTAL
AJUSTE DE CESANTIAS Y RELIQUIDACION REGIMEN LEY 50 CON INCREMENTO SALARIAL	4	0	4
AJUSTE DEFINITIVAS	0	6	6
ARREGLOS LOCATIVOS	45	38	83

COMPRA DE VIVIENDA	2	1	3
DEFINITIVAS	19	6	25
DEUDA HIPOTECARIA	0	5	5
ESTUDIOS SUPERIORES	15	19	34
TOTAL	85	75	160

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

A continuación se muestra el comportamiento trimestral de las diferentes solicitudes realizadas para el año 2018.

TABLA. COMPORTAMIENTO TRIMESTRAL SOLICITUDES DE CESANTIAS VIGENCIA 2018 – 1 TRIMESTRE DE 2018

DESTINO	LEY 50		RETROACTIVAS	
	Nº SOLICITUDES	VALOR	Nº SOLICITUDES	VALOR
ARREGLOS LOCATIVOS	35	\$ 97.191.182	24	\$ 251.936.155
DEFINITIVAS	4	\$ 6.102.673	5	\$ 152.698.181
DEUDA HIPOTECARIA	0	\$ -	4	\$ 42.358.334
ESTUDIOS SUPERIORES	7	\$ 14.179.601	4	\$ 25.097.251
TOTAL	46	\$ 117.473.456	37	\$ 472.089.921

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

TABLA. COMPORTAMIENTO TRIMESTRAL SOLICITUDES DE CESANTIAS VIGENCIA 2018 – 2 TRIMESTRE DE 2018

DESTINO	LEY 50		RETROACTIVAS	
	Nº SOLICITUDES	VALOR	Nº SOLICITUDES	VALOR
ARREGLOS LOCATIVOS	10	\$44.653.825	14	\$98.494.408
COMPRA DE VIVIENDA	2	\$12.803.553	1	\$20.078.996
DEUDA HIPOTECARIA	0	\$ -	1	\$965.000
ESTUDIOS SUPERIORES	8	\$20.171.004	15	\$58.296.087
TOTAL	20	\$77.628.382	31	\$177.834.491

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Se observa en los cuadros que para el primer trimestre del año 2018 el mayor monto autorizado para retiro de cesantías corresponden a las solicitudes que se realizaron para invertir o cubrir gastos RELACIONADOS a ARREGLOS LOCATIVOS, aunque para este periodo la mayor cantidad de solicitudes las realizaron los funcionarios de régimen Ley 50, es el monto de los servidores del régimen retroactivo es el más alto.

Para el segundo trimestre del año 2018 las solicitudes que realizaron los servidores presentan una disminución en general, aunque se incrementaron las solicitudes con destinación a ESTUDIOS SUPERIORES.

A continuación se presentan los cuadros de los montos autorizados año a año correspondientes al primer semestre de cada uno de ellos, estos han sido separados por régimen y destinación.

TABLA. CESANTIAS LIQUIDADAS PRIMER SEMESTRE 2015, 2016, 2017 Y 2018

RÉGIMEN RETROACTIVO

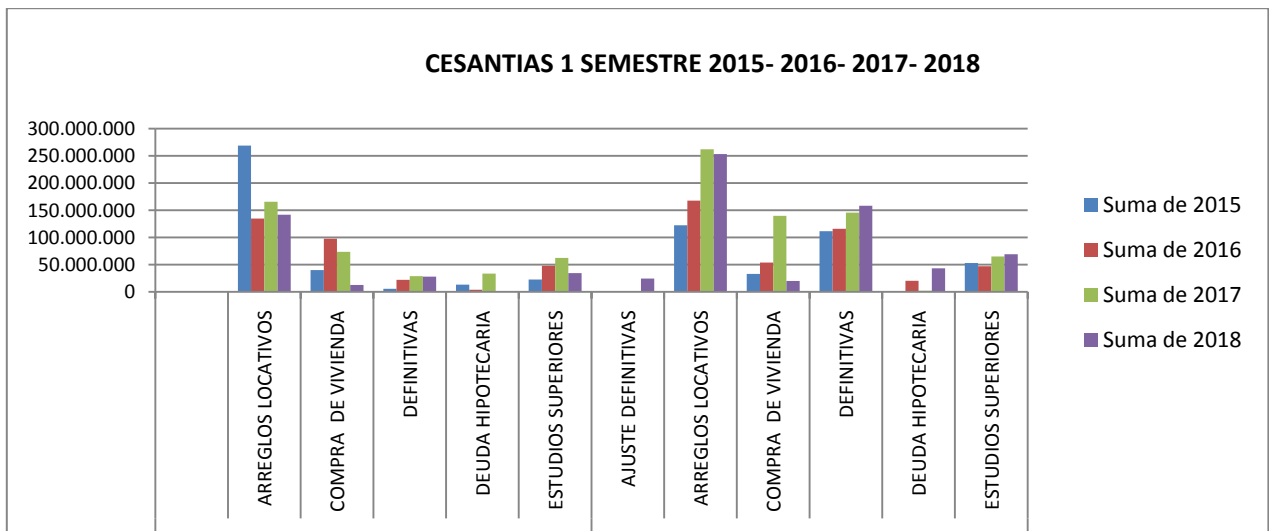
DESTINACIÓN	2015	2016	2017	2018
AJUSTE DEFINITIVAS	\$ 0	\$ -	\$ -	\$ 24.336.448
ARREGLOS LOCATIVOS	\$ 122.367.800	\$ 167.697.500	\$ 261.960.300	\$ 253.239.381
COMPRA DE VIVIENDA	\$ 32.990.000	\$ 54.000.000	\$ 139.592.500	\$ 20.078.996
DEFINITIVAS	\$ 111.425.872	\$ 115.959.192	\$ 145.552.700	\$ 158.319.763
DEUDA HIPOTECARIA	\$ 1.147.500	\$ 20.362.605	\$ 2.198.254	\$ 43.323.334
ESTUDIOS SUPERIORES	\$ 53.043.766	\$ 47.109.750	\$ 64.941.530	\$ 69.213.737

RÉGIMEN LEY 50

DESTINACIÓN	2015	2016	2017	2018
AJUSTE DE CESANTIAS Y RELIQUIDACION REGIMEN LEY 50 CON INCREMENTO SALARIAL	\$0	\$0	\$0	\$ 274.376
ARREGLOS LOCATIVOS	\$ 268.774.752	\$ 134.670.387	\$ 165.654.252	\$ 141.845.007
COMPRA DE VIVIENDA	\$ 40.000.000	\$ 97.732.575	\$ 73.694.789	\$ 12.803.553
DEFINITIVAS	\$ 5.727.406	\$ 22.098.922	\$ 28.993.362	\$ 27.999.677
DEUDA HIPOTECARIA	\$ 13.239.800	\$ 4.009.348	\$ 33.435.920	
ESTUDIOS SUPERIORES	\$ 22.660.670	\$ 47.890.523	\$ 62.342.441	\$ 34.350.605

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRÁFICA. CESANTIAS LIQUIDADAS PRIMER SEMESTRE 2015, 2016, 2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Al realizar el análisis del primer semestre de cada año, se evidencia que los retiros de cesantías más

relevantes según corresponda el régimen son: Ley 50 para arreglos locativos tiene el mayor índice de solicitud de cesantías en todos los años y respecto al régimen retroactivo los arreglos locativos, cesantías definitivas y los estudios superiores manejan la mayor cantidad de liquidaciones de cesantías, siendo los años 2017 y 2018 los de mayor cantidad de solicitudes. Lo que indica que en los dos regímenes, las cesantías para arreglos locativos son las que más demanda generan dentro de los servidores.



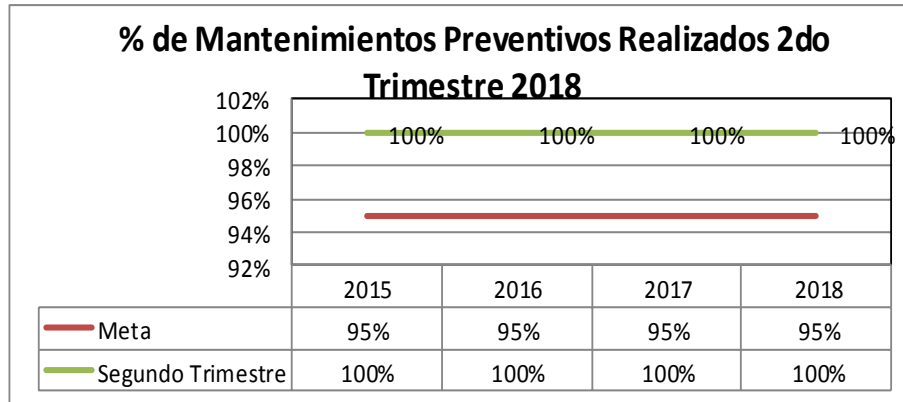
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



3.2 GESTIÓN DEL PROCESO DE LA INFORMACIÓN

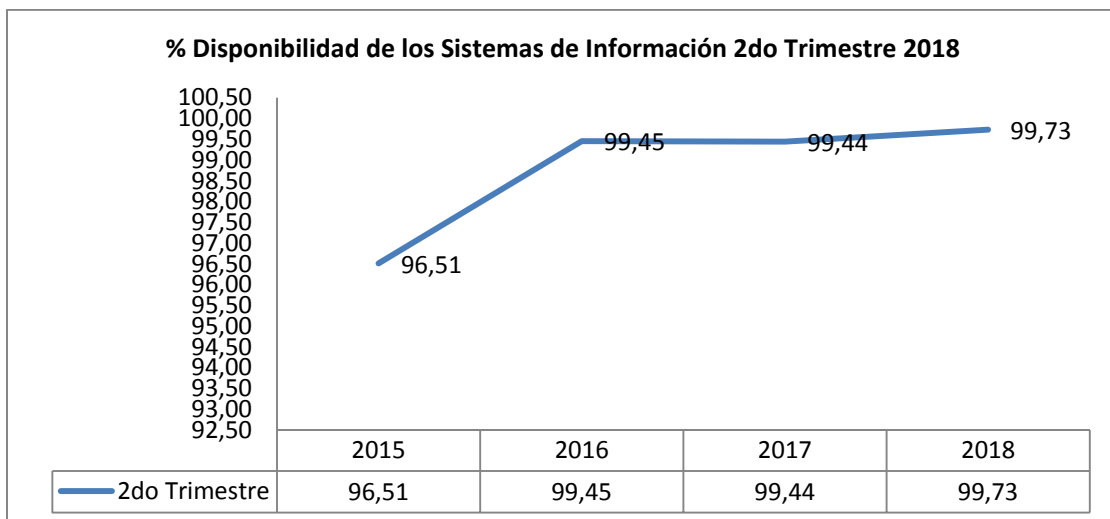
GESTIÓN DEL PROCESO

% Mantenimientos Preventivos Realizados



Mantenimientos Preventivos	1er Trimestre	2do Trimestre	Total
Realizados	389	314	703
Programados	389	314	703

% De Disponibilidad Sistemas de Información



Las fallas que generaron indisponibilidad de los Sistemas de información fueron:



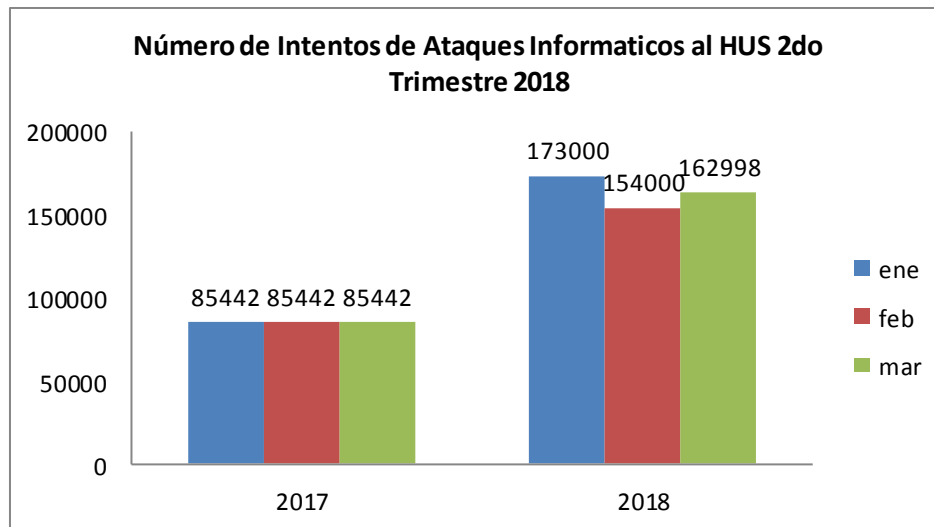
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



En el mes de Abril se presentó falla del servicio de una por 3 horas, el cual generó que el servicio de Call center no funcionara y el no ingreso de correos y a la página WEB.

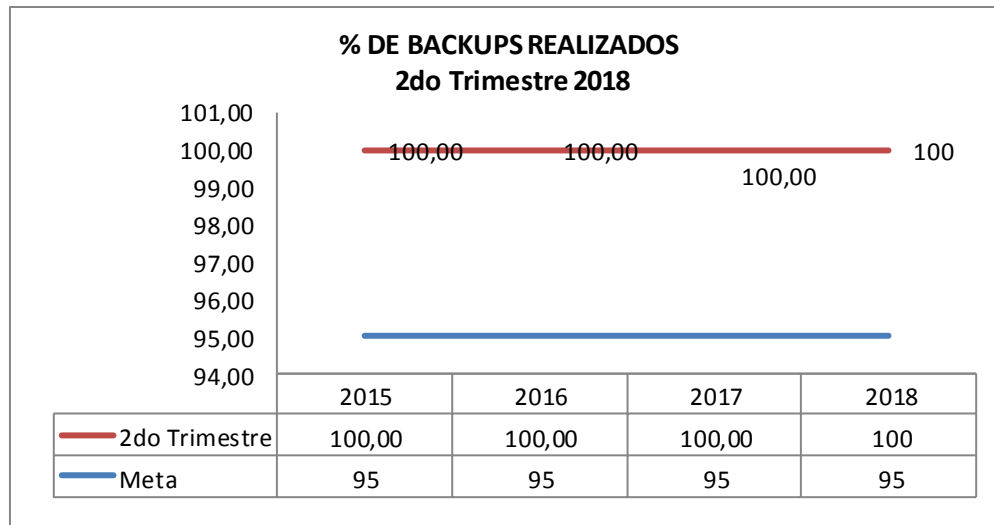
Para mitigar que se continúe presentando la falla de los servicios de Correo y página Web se está configurando un Sistema de publicación con redundancia que se tiene proyectado implementar a finales del mes de noviembre.

% De ataques Informáticos recibidos en la entidad que impidieron la prestación de alguno de los servicios.



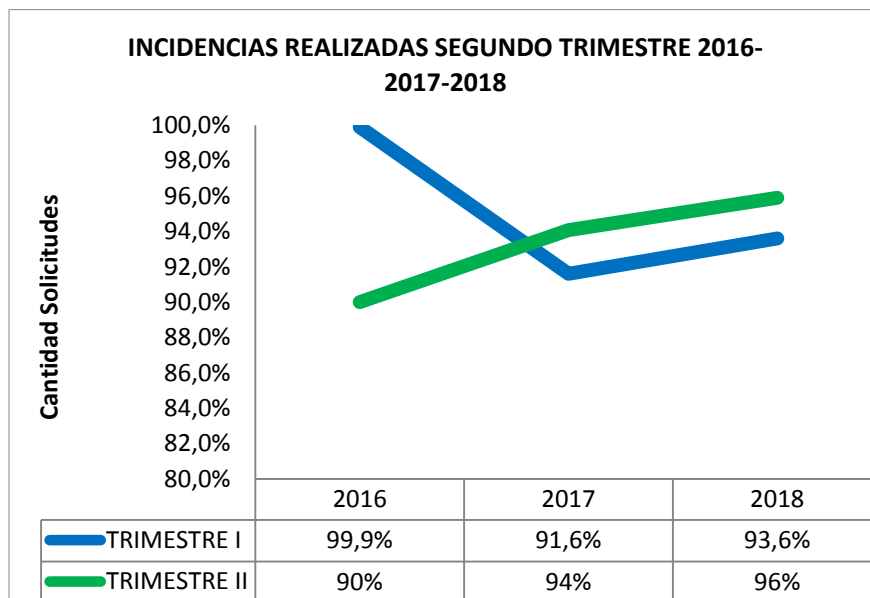
No se presentó ningún ataque efectivo pero se evidencia un aumento en el número de intentos de ataques a la infraestructura del HUS que nuestro sistema de seguridad Perimetral contrarrestó, se proyecta preparar una campaña de tips que los usuarios deben tener en cuenta para minimizar el riesgo de un ataque y posible pérdida o daño de la información.

% de Backups Realizados

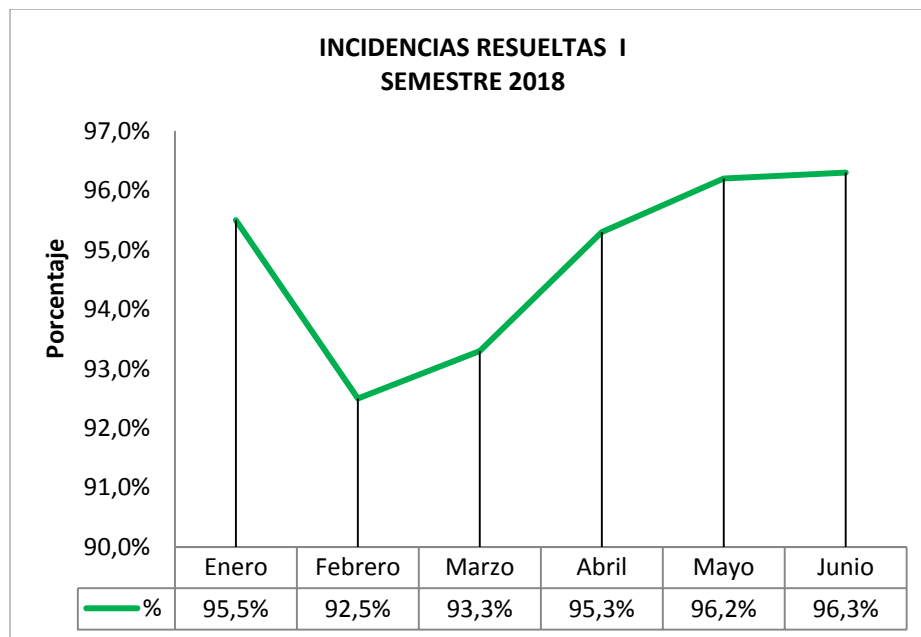


Se generan y entregan los Backups a la empresa de seguridad sin ninguna novedad.

INFORME DE MESA DE AYUDA



De las 2798 (100%) incidencias en total que se presentaron en el segundo trimestre de 2018, fueron cerradas y resueltas 2684 incidencias (47 IN más que en 2017), que corresponde al 95,9% y se encuentran pendientes (IN en espera) 114 166 incidencias que corresponden a 4,1% (52 IN menos que en 2017). Lo que evidencia que la gestión en comparación para el año 2017-2018 ha incrementado un 1,8% y las solicitudes pendientes han disminuido en un 1,8%.



SOPORTE POR CATEGORIA:

El soporte generado por categoría corresponde a la cantidad de incidencias y la categoría que el usuario selecciono al requerir el servicio. En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de incidencias por este ítem:

Para el año 2018 en el segundo trimestre las categorías que más solicitaron soporte técnico fueron: Soporte de Dinámica con el **9,2%**, seguido por luego Bases de Datos con el **6,2%**, luego microinformática software con el **4,4%**, en el otro lugar la microinformática software Internet con el **4,1 %** y microinformática hardware con el **4,1%**. En esta categoría se excluyeron las incidencias correspondientes a mantenimientos preventivos.

Año 2018		
Categoría	Cantidad	%
MICROINFORMATICA SOFTWARE SOPORTE DINAMICA	213	9,2%
BASE DE DATOS	145	6,2%
MICROINFORMATICA SOFTWARE	102	4,4%
MICROINFORMATICA SOFTWARE INTERNET	95	4,1%
MICROINFORMATICA HARDWARE	67	2,9%
Total general	2313	100%

SOPORTE POR AREA:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



El soporte generado por área corresponde a la cantidad de incidencias que se han generado según la dependencia que seleccionaron los usuarios al requerir el servicio. En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de incidencias por este ítem:

Para el año 2018 en el segundo trimestre las áreas que más solicitaron soporte técnico fueron: Objeciones con el 7,5%, seguido por Facturación con el 4,3%, luego Sistemas con el 3,1%, y Urgencias con el 3,1%.

Año 2018		
Área	Cantidad	%
OBJECIONES	174	7,5%
FACTURACION OFICINA	100	4,3%
SISTEMAS	72	3,1%
URGENCIAS	72	3,1%
Total general	2313	100%

AUDITORIA MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS:

Durante el primer trimestre del año fue realizado el 100% de las auditorias de los mantenimientos, con la siguiente calificación:

En la revisión de los mantenimientos la calificación y sus porcentajes se distribuyeron así:

Estado Auditoria	Cantidad	%
BUENO	291	92,68%
REGULAR	13	4,14%
SOBRESALIENTE	5	1,59%
MALO	4	1,27%
Total general	313	100,00%

PQRS

CLASIFICACION	ABR	MAY	JUN	Total II TRIM
RECLAMO	0	0	1	1
SOL. INFORMAC	5	5	4	14
TOTAL	5	5	5	15

PAS

Se cumplió con el avance proyectado de las metas de producto anual definidas para el Segundo trimestre.

Subdirección de Sistemas		
PAS 2018	Proyectado	Realizado
1er Trimestre	4%	4%
2do Trimestre	20%	23%

Formulación e Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta, Tele radiología y tele cardiología para los Hospitales de Cundinamarca.

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	% avance esperado 1er trimestre	% avance esperado 2do trimestre	% avance esperado 3er trimestre	% avance esperado 4to trimestre	% Avance Avance 2do Trimestre
Formulación e Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta, Tele radiología y tele cardiología para los Hospitales de Cundinamarca	Realización de Prueba Piloto de teleconsulta (40%)		100%					
	Puesta en producción de la plataforma de Teleconsulta (60%)			0	40%	30%	30%	70%

Los avances fueron los siguientes:

- Se realizó la instalación, configuración e implementación de la plataforma de telemedicina
- Se realizó la publicación de la plataforma de teleconsulta en internet <https://telemedicina.hus.org.co>.
- Se realizó la prueba piloto con resultados satisfactorios
- Se realizó la adecuación del sitio de los consultorios de teleconsulta
- Se realizó la adquisición de la dotación de los consultorios de teleconsulta (Escritorios, sillas, computadores, cámaras y televisores).

Implementación del Proyecto de Ampliación y mejoramiento de la cobertura Wifi Pública y Privada en el HUS.

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	% avance esperado 1er trimestre	% avance esperado 2do trimestre	% avance esperado 3er trimestre	% avance esperado 4to trimestre	% Avance Avance 2do Trimestre
Implementación del Proyecto de Ampliación y mejoramiento de la cobertura Wifi Pública y Privada en el HUS	Elaboración de estudios Previos y Adjudicación (20%)		100%	0	20%	40%	40%	10%
	Instalación y configuración de equipos y pruebas de cobertura WIFI (40%)							
	Publicación y puesta en producción de campus WIFI (40%)							

Los avances fueron los siguientes:

- Se realizó la invitación a varios proveedores para que se realizará el estudio (site survey)
- De acuerdo a los estudios se realizaron los estudios previos y la definición de los requisitos técnicos para la implementación de Zonas WIFI y red inalámbrica privada en todo el HUS.
- Está en espera de presentar estos estudios previos al Dr. Mancera para su aprobación y realizar el proceso de contratación.

Cumplimiento de Política de Gobierno en Línea en página web

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	% avance esperado 1er trimestre	% avance esperado 2do trimestre	% avance esperado 3er trimestre	% avance esperado 4to trimestre	% Avance Avance 2do Trimestre
Cumplimiento de Política de Gobierno en Línea en página web	Documento con lista de Actividades a realizar en la vigencia (20%)	100%		40%	20%	20%	20%	60%
	Documento con el seguimiento (80%)	25%	25%					

Los avances fueron los siguientes:

Se realiza el seguimiento de la publicación de la información en la página Web y se tiene un porcentaje del 86% sitio web con información actualizada.

Implementación de la funcionalidad de Historia clínica de Docencia en el HUS

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	% avance esperado 1er trimestre	% avance esperado 2do trimestre	% avance esperado 3er trimestre	% avance esperado 4to trimestre	% Avance Avance 2do Trimestre
Implementación de la funcionalidad de Historia clínica de Docencia en el HUS	Ajuste y aprobación del Procedimiento de Docencia Servicio del HUS teniendo en cuenta la sistematización de este. (20%)		100%	0	40%	40%	20%	40%
	Entrega al Proveedor de SYAC de los requerimientos de la funcionalidad de HC docencia de acuerdo al procedimiento del HUS. (20%)		100%					
	Aprobación por parte de SYAC de los ajustes de la funcionalidad de HC docencia (20%)							
	Verificación y pruebas de la funcionalidad de HC docencia (20%)							
	Puesta en producción de la plataforma de la funcionalidad de HC docencia (20%)							

Los avances fueron los siguientes:

Se validó la funcionalidad de Historia Clínica de Docencia en Dinámica Gerencial Hospitalaria y de acuerdo a concepto de La lider de educación Médica como de los docentes no es funcional para el HUS por tanto se definió que se realiza un desarrollo propio donde se definió en conjunto con la lider de educación médica el alcance de desarrollo y se aprobó. Se programa que para el mes de septiembre se tenga ya el desarrollo para realizar las pruebas y definir su puesta en producción.

PAMEC

GRUPO DE ESTÁNDARES	SEGUIMIENTO 1: PRIMER SEMESTRE 2018						ROJO	AMARILLO	VERDE	COMPLETO	EN	NO	ATRASADO	%
	HALLAZGOS	OPORTUNIDADES NUEVAS	CUMPLIMIENTO PARCIAL	REITERADAS	TOTAL	ACCIONES	PRIORIDAD ALTA	PRIORIDAD MEDIA	PRIORIDAD BAJA	DESARROLLO	INICIADO		CUMPLIMIENTO	
GERENCIA DE LA INFORMACION	9	6	3	2	11	26	1	0	8	4	1	17	4	15,4%

Las actividades realizadas fueron:

Se documentó la política (código 01DE15-V1) y el programa (código 01GIS11 – V1) de gestión documental y se definió cronograma.

Se definió cronograma para simulacros del plan de contingencia

Se socializo al personal de sistema el procedimiento

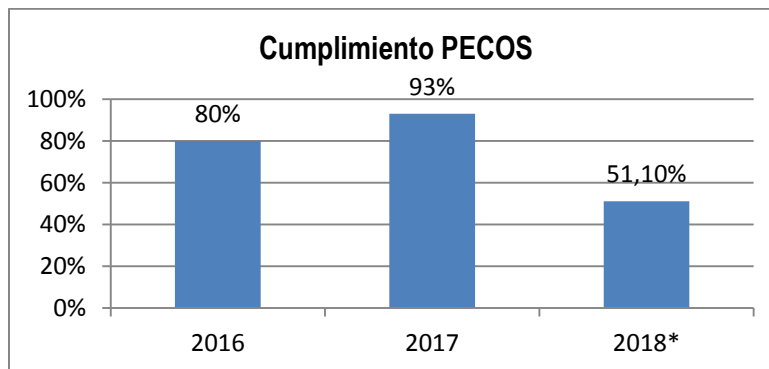
Gestión del Riesgo. Se realizó la actualización de la matriz de riesgo del proceso de gestión de la información:

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Indicador
			ZONA DE RIESGO	
Posibilidad de Pérdida de información Crítica	Se presenta cuando hay una pérdida de información tanto física como digital, de las operaciones críticas (Historia Clínica, DGH, PACS, RIS , PATCORE, LABCORE, Contratos) del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Perida del patrimonio documental e Histórico Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información	ALTA	Ataques Informáticos Que Afectan El Sistema De Información
Publicación de Información confidencial del HUS	Se presenta cuando se realiza la publicación de información confidencial del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Afectación de la imagen del Hospital de forma Negativa	ALTA	
Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS	Se presenta cuando los sistemas de información críticos del HUS presentan falla y generan inconvenientes en la atención de los usuarios	Demora en la atención Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información Cancelación de atenciones medicas Afectación en la atención de los pacientes por no acceso a la información	ALTA	Disponibilidad de sistemas de Información

No se tiene evidencia de la materialización de ninguno de los riesgos identificados para el proceso de gestión de la información.

PROGRAMAS

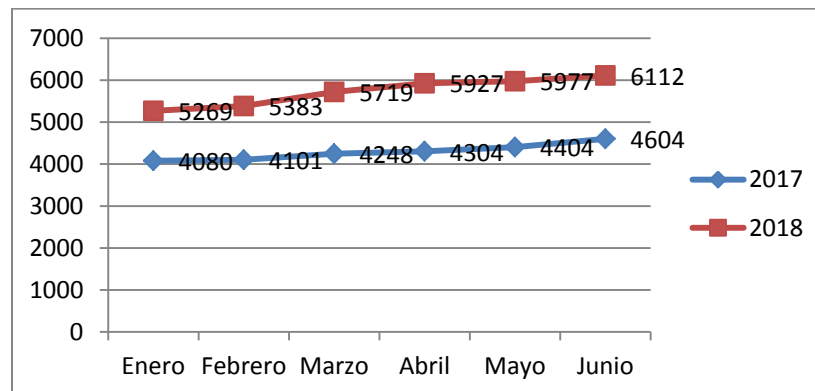
Se realizó la actualización del Plan estratégico de comunicación en Salud (PECOS)



Durante el primer trimestre de 2018 se realizaron las siguientes actividades del PECOS:

- Se realizó la reunión de Gerencia de Puertas Abiertas
- Actualización de la Intranet (semanal)
- Socializar información producida, avances y/o noticias de las áreas a través de la parrilla de programación. producción y publicación semanal de contenidos)

- Publicar información producida, avances y/o noticias de las áreas del HUS a través de las carteleras físicas. (producción y publicación semanal de contenidos)
- Socialización del Manual de Identidad Corporativa en las jornadas de inducción y reinducción. (bimestral)
- Socialización del PECOS en las jornadas de inducción y reinducción. (bimestral)
- Publicación de habladores (fondo de pantallas) como campaña de recordación y promoción con información institucional de las diferentes áreas dirigida a los funcionarios y colaboradores
- Divulgación de información institucional dirigida a los usuarios y sus familias a través del diseño de medios impresos con contenido del área asistencial.
- Publicación de información institucional en redes sociales
- Actualización de la página WEB con información institucional
- Gestionar Relaciones Interinstitucionales estratégicas:
- Capacitación activación Protocolo de Crisis HUS
- Asesoría en comunicación constante y oportuna.
- Estructurar el plan anual de divulgación de los productos de comunicación de los líderes de los procesos dirigidos a los usuarios y sus familias:
- Adhesión de los medios de comunicación del HUS
- Publicar información institucional de exaltar.
- Facebook Seguidores



Otras Actividades Realizadas:

- Diseño del formulario de Lista de Chequeo Medidas de Aislamiento (Intranet). Se realizó el diseño y puesta en producción del formulario Web, el cual permite el registro de la lista de chequeo de medidas de aislamiento, Este formulario permite registrar datos de forma más práctica y generación de datos más oportuna el cual se encontrara disponible en la Intranet. http://172.16.10.96/Enfermeria/Formulario_Chequeo_Pacientes.php
- Acompañamiento en el proyecto Vital (Ministerio de Telecomunicación – Gobernación de Cundinamarca). Diseño de vista para la generación de datos según estructura enviada por ellos, asesoría en el proceso de registro de historias clínicas en DGH y Pruebas de envío y visualización de la información.

- Soporte y diseño de Reportes Contabilidad: Apoyo en generación de información para cierres mensuales, Creación de informe de productividad por servicios, Informes comparativos de años anteriores como estados de resultados en NIIF, Ajustes en reportes de certificaciones IVA, Creación de nuevo código de Habilitación de facturación para Bogotá y Zipaquirá, Se realizó la respectiva creación del reporte para el cálculo de los valores de IVA registrados en los módulos de INVENTARIOS por la opción comprobantes de entrada con el consecutivo (FB, AG, MO, AS) y se realizó acompañamiento a los funcionarios de contabilidad en SYAC, en el cual se aclarar los términos y condiciones para el desarrollo del proceso de deterioro de Cartera que será diseñado para el módulo de Cartera solicitado por el HUS.
- Turnos Digitales Urgencias: Se realizó reunión con líderes del área de Urgencias, Facturación y Admisiones y Atención al Usuario con el fin de validar el funcionamiento y proceso de los turnos digitales en urgencias. Para el cual se realizara nuevas capacitación para su puesta en funcionamiento. Actualmente se encuentra en funcionamiento la dispensación de turnos en el área de urgencias. Pendiente programar capacitación y pruebas para la implementación de la segunda fase.



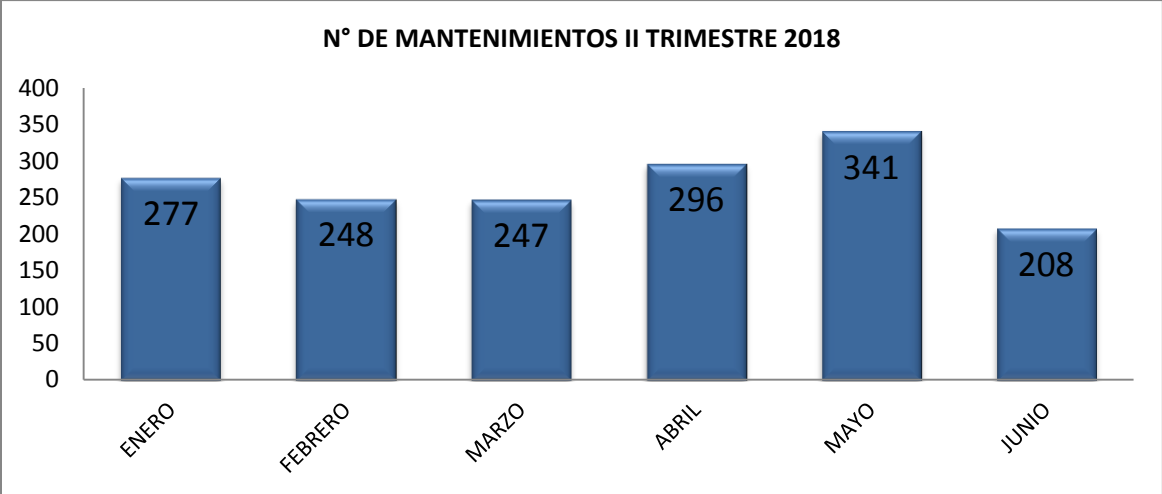
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



3.3 GESTIÓN DEL PROCESO DE LA INFRAESTRUCTURA

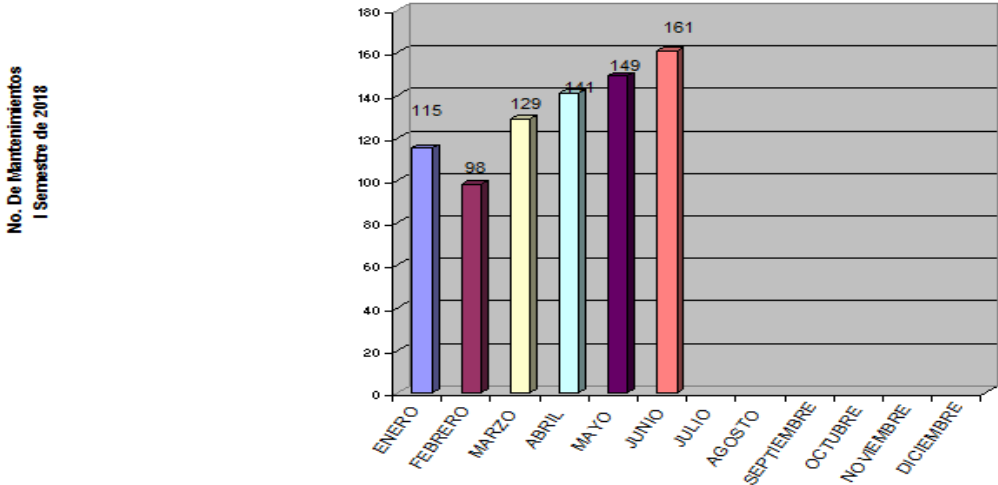
GESTIÓN DEL PROCESO

SEDE BOGOTÁ



La gráfica representa el número de mantenimientos realizados en el primer y segundo trimestre por mes, en ella se puede destacar que este trimestre se evidencian los dos extremos, el mes en que más mantenimientos se realizaron, que corresponde al mes de mayo y el mes en que menos mantenimientos se realizaron, que corresponde al mes de junio ya que se estaban agotando los recursos e insumos para la ejecución de los mantenimientos preventivos e inclusive algunos correctivos

SEDE ZIPAQUIRA



INDICADORES

SEDE BOGOTÁ

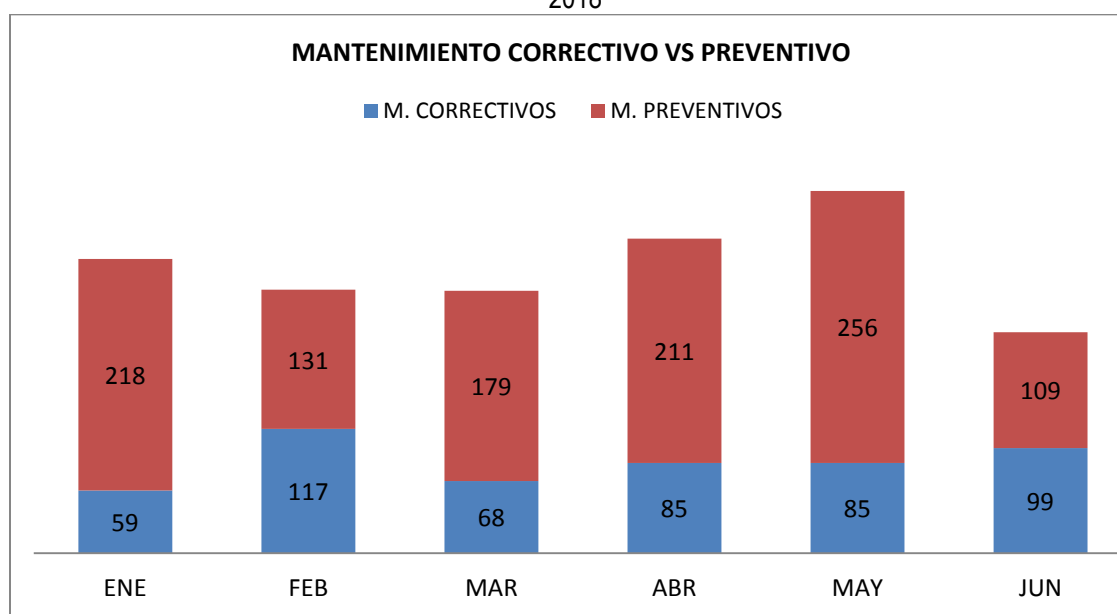
PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

N° de mantenimientos 2018

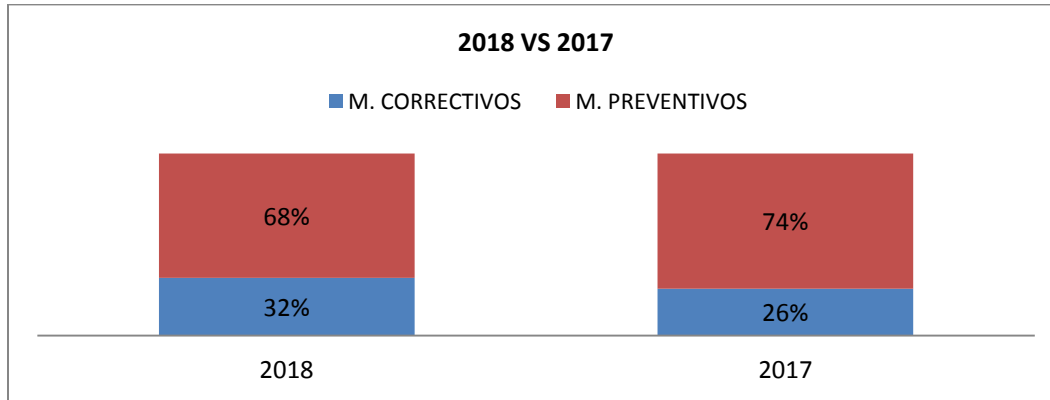
MATRIZ DE MANTENIMIENTOS								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	59	117	68	85	85	99	513	31,73%
M. PREVENTIVOS	218	131	179	211	256	109	1104	68,27%
TOTAL	277	248	247	296	341	208	1617	100,00%

N° de mantenimientos 2017

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	88	99	84	129	121	125	646	25,76%
M. PREVENTIVOS	120	80	130	68	117	255	1862	74,24%
TOTAL	208	179	214	197	238	380	2508	100,00%

NUMERO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS VS PREVENTIVOS
2018

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO 2017 vs 2018

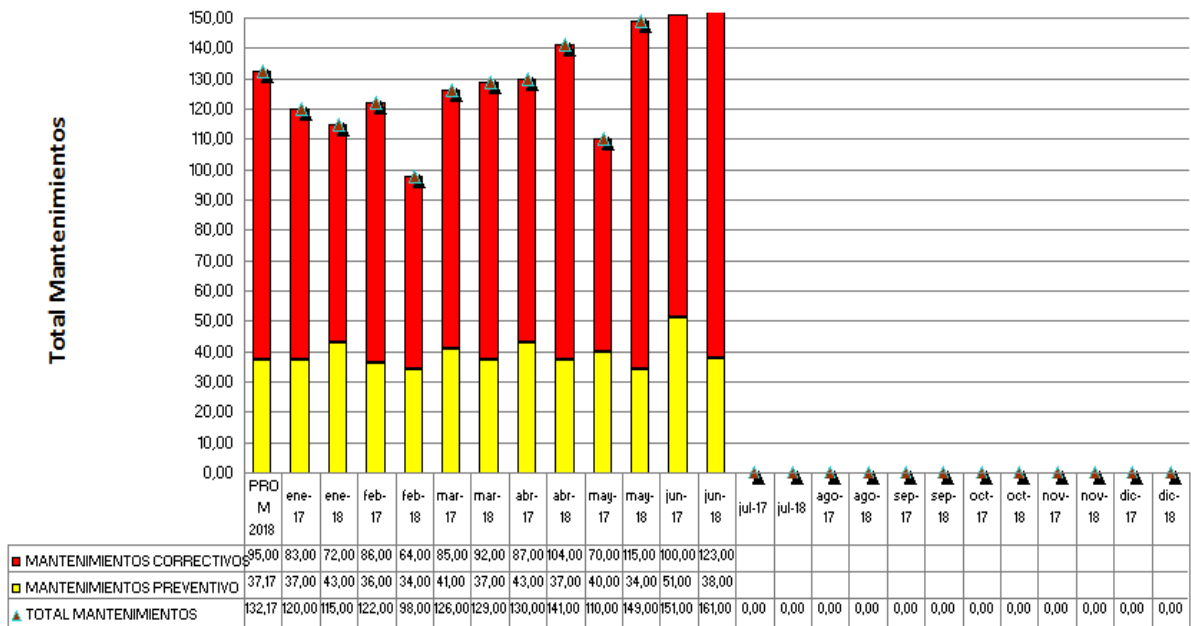


En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2017 el mantenimiento correctivo disminuyó en un 6% y el preventivo aumentó en la misma proporción para el año 2018, siendo una variación baja pero que cada vez hay una mejora evidente, indicando que los mantenimientos preventivos realizados cada vez son de mejor calidad y mayor cobertura, evitando así las intervenciones correctivas y por ende las paradas innecesarias de equipos y de áreas.

SEDE ZIPAQUIRA 2018

RESUMEN

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS/CORRECTIVOS



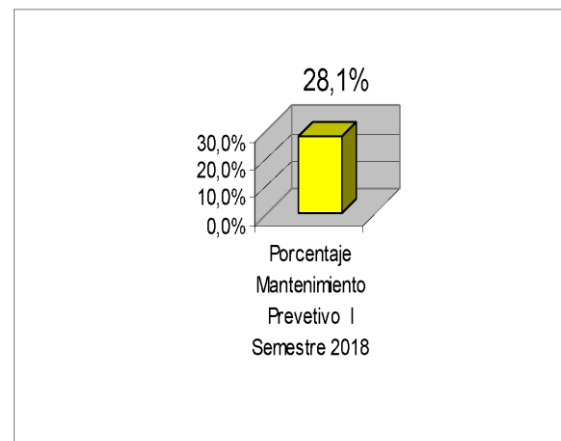
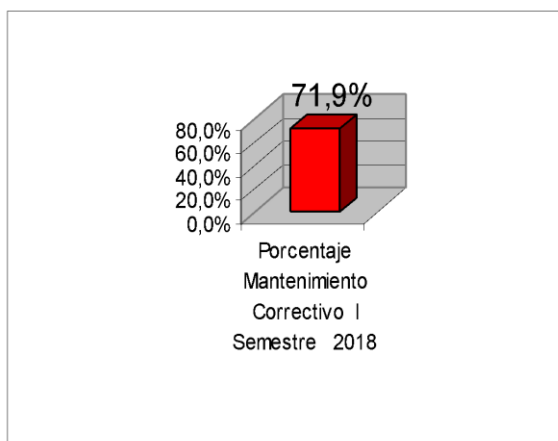
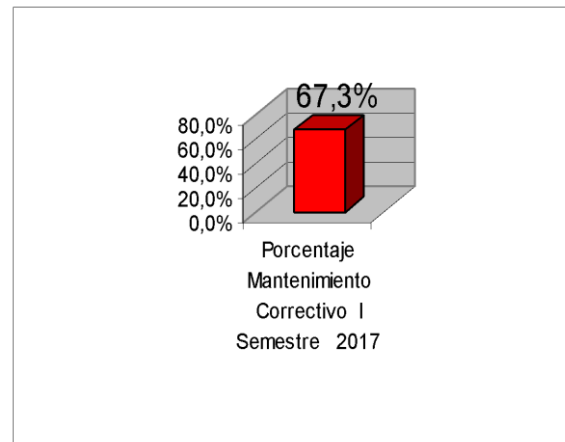
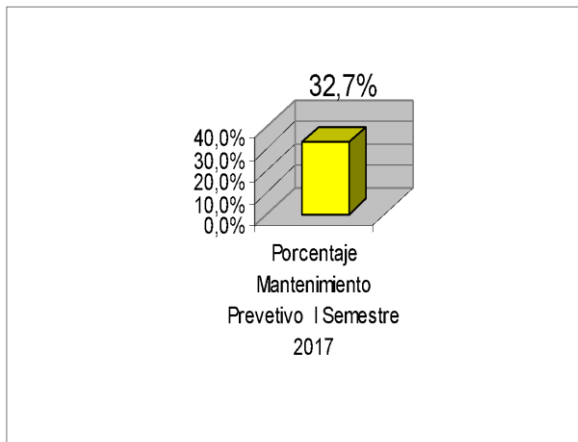
RELACIÓN DE MATRIZ I SEMESTRE 2017 2017 VS I SEMESTRE 2018

	I SEMESTRE 2017
Mantenimientos Correctivos	511
Mantenimientos Preventivos	248
Total Mantenimientos	759
% Cumplimiento Mantenimientos	100%

	I SEMESTRE 2018
Mantenimientos Correctivos	570
Mantenimientos Preventivos	223
Total Mantenimientos	793
% Cumplimiento Mantenimientos	100%

Con respecto al año pasado en el I semestre 2017 los mantenimientos (Preventivos y/o correctivos) $(793 * 100) / 759 = 104.4\% \dots (104.4\% - 100) = 4.4\%$

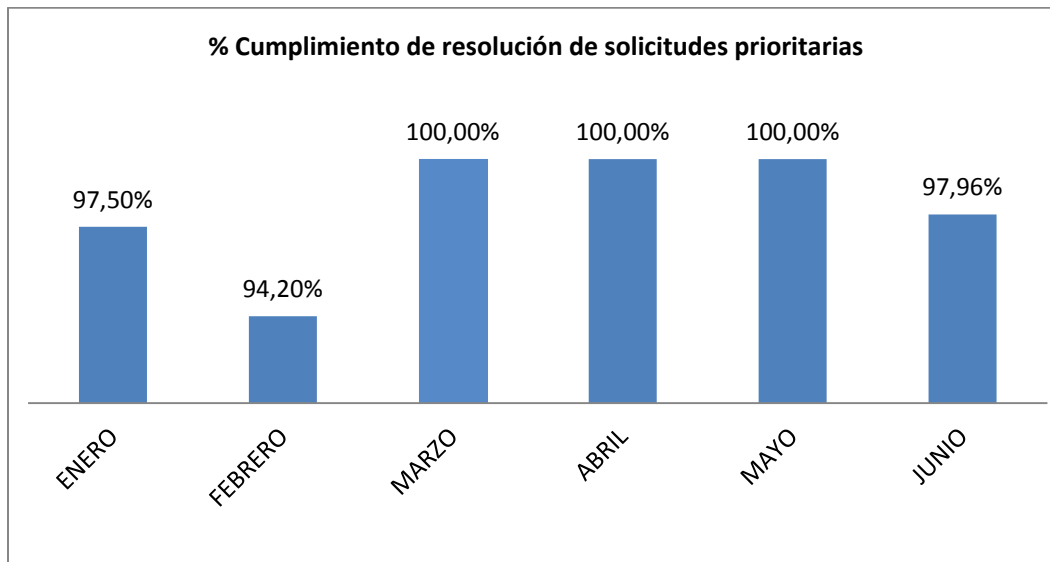
INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO I SEMESTRE DE 2018 VS 2017



Los mantenimientos preventivos se encontraron en un 28.1 % en la totalidad del primer semestre de 2018, se observa que en los mantenimientos correctivos estuvieron un 71.9%. Con respecto al año pasado aumentaron los correctivos en 4.6 % debido a la contratación de personal.

INDICADOR PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO

% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
ENERO	40	39	97,50%
FEBRERO	69	65	94,20%
MARZO	50	50	100,00%
ABRIL	42	42	100,00%
MAYO	40	40	100,00%
JUNIO	49	48	97,96%
TOTAL	290	284	97,93%



El indicador muestra que en un promedio de 96.86% se cumple con la solución de solicitudes prioritarias en los tiempos apropiados dando un buen índice en la eficiencia del servicio prioritario. Las 5 solicitudes faltantes igualmente se solucionaron pero en un tiempo después de un (1) día.

INDICADOR DE SATISFACCIÓN

MES	ABRIL																																	
	DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			30	
P U N T U A C I O N	5	5	5	4,5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4,8	4,8	5	5	5	5			4	4,5	5	5	4	5	4,8	5		
		5	4,8	4,8	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5			5	4,5	4,8	5	5				5	4	5	5	5	5	5	5		
		5	4,8	4,8	5	4			4,8	4	5	4,8	5	5			4,8	5	4,8	4,5	5				5	5	5	5	5	5		5		
		5	4,8	4	4,8	5			5	5	5	4	5	5			5	5	4	5	4,5				4,8	4,8	5	5	4,8		5			
		5	5	4,8	5				5	4,5	4	5	4	4,8			4	5	5	5	4				4,5	5	4,8	4,8		5				
		4	5	5	5				4,5	5	5	4	5	4,8			5	4	5	5	5	5			5	4	5	4		4				
		5	5	5	5				5	5	4,8	4	5				5	5	5	4	4				5		4	5		5				
		5	5	4,5	5				5	5	5	4	5				5		5	4	5				5		4,8	5		4,8				
		3,8	5	4	5				5	4,8	5	5					5		4,8	4,8	4				5		4,8	5		4,8				
		3,8		4	5				5	4,5	5	5					5		4,8	4,8	5					5	5		4,8					
		5		5	5				5	4,8	5	4					5		4,8	5	4					5	5		5					
		5		4	4,5				5	5	4,5	5					5		5	5	4,5					5	4,8							
		5								5	5	5					5			4	5					4,8	5							
		5								5	5	4,8					5			4,8	5					4,8	4							
		4,5									4,8	5																5						
	4									5	5																4,8							
	4									5	4,8																							
	4									5																								
NUMERO DE SOLICITUDES	1	18	9	12	12	4	2	6	12	18	17	14	8	1	1	14	7	12	14	14	1	0	9	6	14	16	4	2	1	11	260	8,667		
TOTAL PUNTUACION DIARIA	5	4,6	4,9	4,5	4,8	4,8	5	4,9	4,7	4,9	4,8	4,6	4,8	5	5	4,9	4,8	4,8	4,7	4,6	5	0	4,8	4,5	4,8	4,8	4,7	5	4,8	4,8		4,645		
MESA DE AYUDA (CORRECTIVOS)	0	0	3	5	2	1	1	1	2	10	6	5	1	0	0	7	1	8	8	10	0	0	2	1	3	7	0	1	0	0	85			
																															PREVENTIVOS	175	211	
																															TOTAL	296		

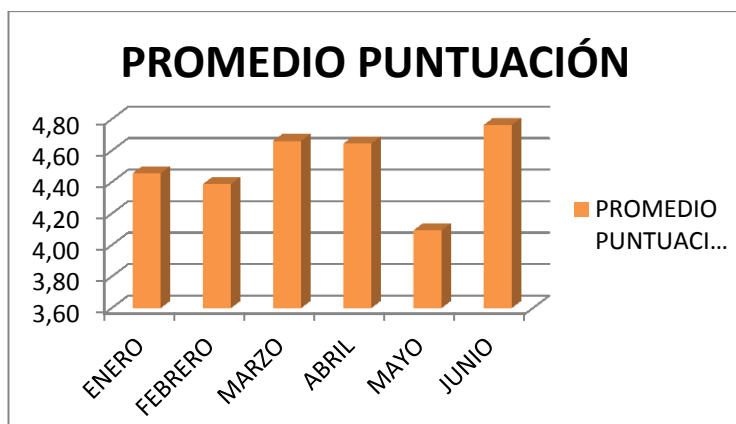


051



SC5520-1





MES	PROMEDIO PUNTUACIÓN
ENERO	4,46
FEBRERO	4,39
MARZO	4,66
ABRIL	4,65
MAYO	4,09
JUNIO	4,76

PQRS

SEDE BOGOTÁ

En este trimestre se atendieron varias peticiones entre las cuales las más representativas son las siguientes:

OBJETO DE PETICIÓN	RESPUESTA
INCOMODIDAD CON LOS BAÑOS DE LAS HABITACIONES POR ESCAPES DE AGUA.	Se realizó la revisión de dichos baños, y se identificó que la falla era de la grifería, por tal se realiza el cambio al juego de grifería completo y así se logra dar solución, adicionalmente a otros baños se les realiza cambio de cadenas de cisternas
PETICION DE ADECUACION POR INCOMODIDAD CON LOS BAÑOS DE LAS HABITACIONES POR POCO ESPACIO DISPONIBLE.	Se da a conocer al paciente, que se encuentra en proceso un estudio previo de baños el cual amplia es espacio de los mismos pero también está contemplado en el plan rector.
GENERAN UNA PETICION DE AMPLIACION POR ESPACIO REDUCIDO EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES	Se da a conocer al paciente, que se encuentra en ejecución el plan rector el cual proyecta y contempla todas las adecuaciones para la modernización del hospital.
SE REPORTA UNA QUEJA POR INTERMITENCIA EN LA SEÑAL DE TELEVISION	Se comunica dicha queja a un operario, se realiza la revisión y se hace el debido mantenimiento
SE REPORTA QUEJA DE EXISTENCIA DE GOTERAS EN LAS HABITACIONES	Se comunica dicha queja a un operario, se realiza la revisión y se hace el debido mantenimiento

PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUM

"TODOS LOS SERVICIOS:

No se cumple, se comparte el ambiente de aseo del servicio de Neonatos con el servicio de partos. (Obstétricos)."

HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICA BAJA COMPLEJIDAD



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"



No se cuenta con Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro ni con Ambiente de vestier para pacientes que funciona como filtro.

CIRUGÍA BAJA COMPLEJIDAD

Capacidad de recambio de aire de la Ventilación mecánica existente es insuficiente, tampoco existe a climatización del servicio

ESTERILIZACION

No cumple con la unidireccional y la circulación no es restringida EN EL FILTRO VESTIER DE LOS FUNCIONARIOS

Continuar con la 2da etapa del reforzamiento estructural

"TODOS LOS SERVICIOS:

No se cumple con el requisito 7.5.2 Creación y actualización de la información documentada. Evidencia: La caracterización del proceso no se encuentra actualizada de acuerdo a los indicadores que se analizan. "

TODOS LOS SERVICIOS: se debe fortalecer el despliegue y socialización del direccionamiento estratégico, riesgos del proceso y sus respectivos controles con sus posibles consecuencias

PAS

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	% DE CUMPLIMIENTO TOTAL	Evidencia	EVIDENCIA
Cumplimiento del Componente Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria	Actualizar la documentación y el presupuesto de obra para la segunda etapa del Proyecto de Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología) (100%)	8%	0%			8,0%	documentación consolidada, presupuesto de obra actualizado	DOCUMENTO WORD, EMPRESAS CONTACTADAS PARA ACTUALIZAR EL ESTUDIO DE MERCADO.
Cumplimiento del Componente No Estructural	Ejecución del plan mantenimiento hospitalario (40%)	22,5%	22,5%			45,0%		PLAN DE MANTENIMIENTO FIRMADO POR LOS SERVICIOS

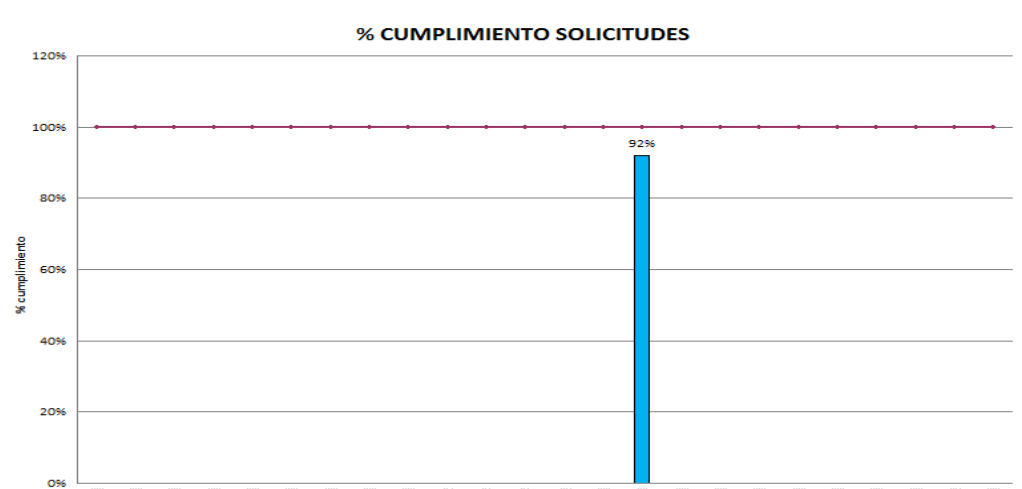
Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	% DE CUMPLIMIENTO TOTAL	Evidencia	EVIDENCIA
del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Continuar con la ejecución de la obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica (50%)	8%	10%			18,0%	Obra, correspondiente a la primera etapa adecuación de la subestación eléctrica terminada	* SOPORTES DE SOLICITUD DE LIQUIDACION A CONTRATISTA E INTERVENTORIA. *ESOPORTE DE RADICADO A JURIDICA DE PROCESO DE LIQUIDACIÓN. *APROBADO DE CODENSA PARA TERMINOS DE REFERENCIA. *ESTUDIOS PREVIOS BORRADOR
	Asegurar servidores informática, tanques de combustibles, ducteria de ventilación y calefacción, calderas y calderin, equipos de cocina, equipos de ventilación mecánica (10%)	5%	15%			20%	Equipos industriales y sus sistemas de distribución anclados y asegurados	FOTOS DE LOS ANCLAJES REALIZADOS EN EL AÑO EN CURSO DE LOS EQUIPOS DE TANQUES, DUCTERIA, EQUIPOS DE COCINA.

PLAN OPERATIVO ANUAL

El plan de mantenimiento propuesto para el segundo trimestre del 2018 se ha cumplido en un 100% y para el corte de lo proyectado anualmente se lleva un cumplimiento del 45%.

PISO	SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
SOTANO	UNIDAD RENAL												
	CONSULTA EXTERNA (SOTANO)												
	FARMACIA												
	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO												
	URGENCIAS												
	MORGUE												
	SERVICIO DE ALIMENTACION												
	GASES MEDICINALES												
1-ER PISO	BANCO DE SANGRE												
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS												
	LABORATORIO CLINICO												
	LABORATORIO PATOLOGIA												
	LABORATORIO INMUNOLOGIA												
GASTRO													
2-DO PISO	SALAS DE CIRUGIA												
	UCI 2-PISO												
	ESTERILIZACION												
	HOSPITALIZACION 2-DO SUR												
HOSPITALIZACION 2-DO NORTE													
3-ER PISO	SALA DE PARTOS												
	NEONATOS												
	HOSPITALIZACION 3-RO SUR												
	HOSPITALIZACION 3-RO NORTE												
4-TO PISO	CONSULTA EXTERNA (4-TO PISO)												
	HOSPITALIZACION 4-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 4-TO NORTE												
	HOSPITALIZACION 4-TO " B"												
5-TO PISO	HOSPITALIZACION 5-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 5-TO NORTE												
	CUIDADO INTEREMEDIO												
HALLES, ESCALERAS, PASILLOS													

MANTENIMINETO PREVENTIVO
 MANTENIMIENTO CORRECTIVO



GESTIÓN DEL RIESGO

SEDE BOGOTÁ.

Se realizó una reformulación de los riesgos ya que en la anterior matriz se encontraban identificados por cada procedimiento lo cual nos resultaba 11 riesgos de los cuales no se ha llegado a materializar ninguno; en la actualización se analizan de una manera general por proceso y destacando los riesgos más representativos los cuales son:

- Priorización inadecuada de las necesidades de mantenimiento de la infraestructura.
- Incumplimiento del plan de mantenimiento preventivo
- Tiempos de respuesta oportunos a mantenimiento correctivo

PROGRAMAS

SEDE BOGOTÁ.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

NÚMERO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS PROGRAMADOS		
	PROGRAMADAS	REALIZADAS
ENERO	53	53
FEBRERO	52	52
MARZO	50	50
ABRIL	36	36
MAYO	38	38
JUNIO	29	29
JULIO	51	

AGOSTO	52		
SEPTIEMBRE	50		
OCTUBRE	43		
NOVIEMBRE	46		
DICIEMBRE	36		
TOTAL	536	258	48%
% CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO			
PRIMER TRIMESTRE	100%		

Para el corte del segundo trimestre se obtiene un cumplimiento del 100% de ejecución del plan de mantenimiento preventivo, y con un cumplimiento de 48% para todo el año 2018.

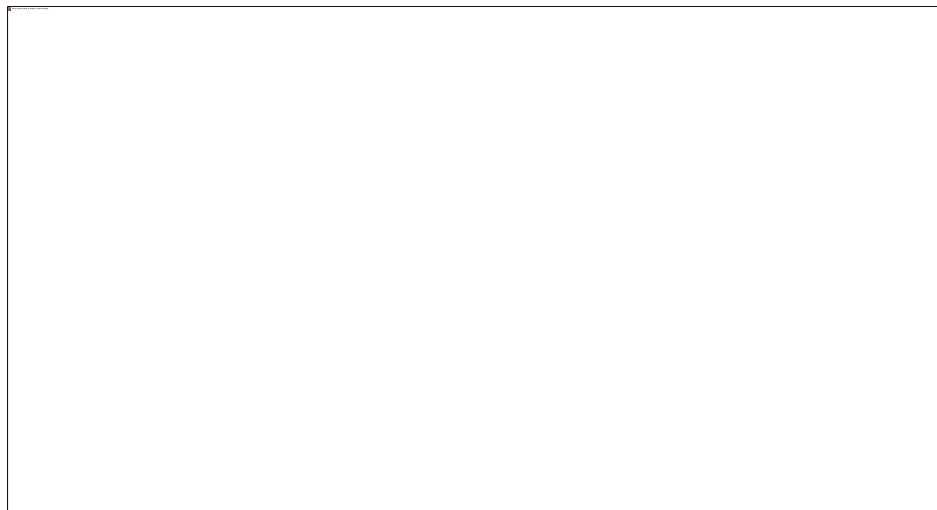
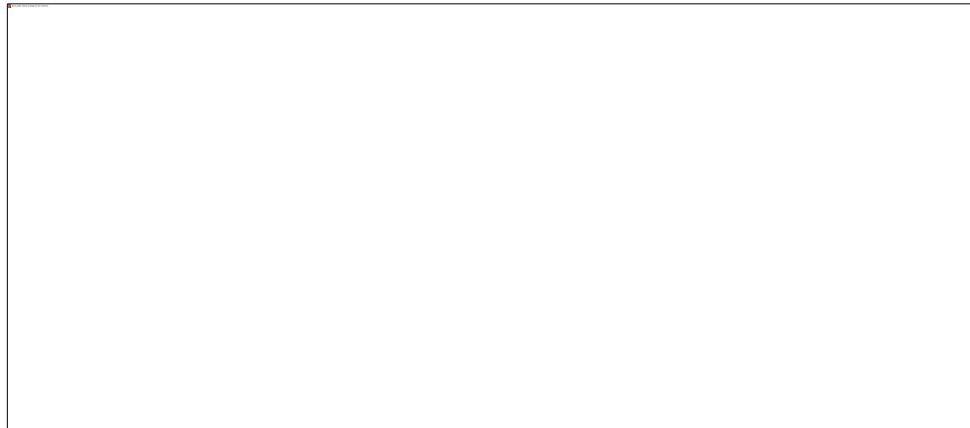
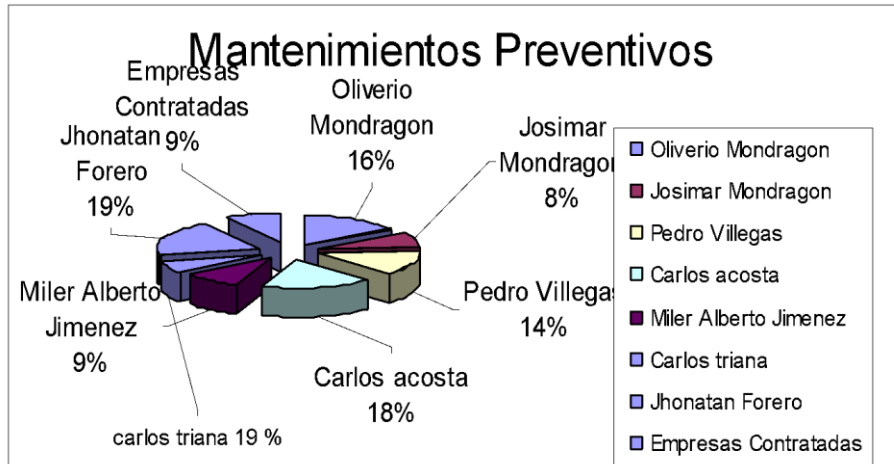
OTROS

SOLICITUD ÓRDENES DE MANTENIMIENTO NO ATENDIDAS

- Instalación de tubos fluorescentes consulta externa pasillos y consultorios lámparas f-48.
- Colocación de plafones lámparas consulta externa.
- Pendientes requerimientos neonatos.
- Mantenimiento de tandem
- Mantenimiento de lockers.
- Pintar el servicio de ginecología.
- Instalación de teleducha urgencias.
- Requerimiento cortinas tercer piso.
- Pintar el servicio de hospitalización 2 -3 piso.
- Adecuación Área sucia 3 piso.

Nota: Estas solicitudes están pendientes por falta de materiales.

Nombres	Solicitudes de Mantenimientos Correctivos	Mantenimientos Preventivos
Oliverio Mondragon	76	34
Josimar Mondragon	65	16
Pedro Villegas	88	29
Carlos acosta	116	38
Miler Alberto Jimenez	67	19
Carlos triana	64	14
Jhonatan Forero	88	43
Empresas Contratadas	18	18
Total	582	211



PRINCIPALES LOGROS EN EL AREA DE MANTENIMIENTO I SEMESTRE 2018

- Mantenimiento y resanes cubierta patología.
- Mantenimiento mesas de rodachines –
- Instalación de ruedas sillas UFZ
- Mantenimiento sanitarios y lavamanos UFZ
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescentes f-32 pasillos
- Instalación de vidrio martillado - NEONATOS
- Instalación de bisagras puerta de unidad 313
- Instalación de chapas con llaves y sin llaves
- Instalación de manijas para ventanas 2 piso hospitalización.
- Mantenimiento preventivo y correctivo toma corrientes, ginecología, neonatos, urgencias, pediatría.
- Mantenimiento carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas, fijar estantes farmacia y acondicionar uno para líquidos.
- Mantenimiento e instalación de chapas sin llaves (medicina interna-urgencias, consultorio).
- Mantenimiento estabilizador facturación odontología(cambio de fusible)
- Reparación de filtración cubierta consultorio # 43 salud publica con sicaflex y puesto de salud de cogua.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Mantenimiento carpintería de madera muebles ufz
- Reparación lavamanos UFZ
- Instalación provisional plástico cubierta salas de cirugía.
- Instalación de dispensadores UFZ.
- Mantenimiento de reja central de gases.
- Mantenimiento de muebles del Área de farmacia.
- Mantenimiento llaves de manos consulta externa.
- Colocar vidrio ventana pre - analítica.
- instalación de pegante tapete rampa.
- Adecuación central de gases medicinales
- Instalación de pintura pasillos consulta externa.
- Reparación red hidrosanitaria.
- Reparación red hídrica,
- Reparación red eléctrica parcial.
- Reparación red de comunicaciones.
- Reparación cubiertas parciales zonas sensibles con plasticos.
- Mantenimiento correctivo carpintería metálica y de madera parcial.
- Adecuación cuartos bodegas archivo sótano.
- Mantenimiento correctivo filtración sala de espera pediátrica urgencias.
- Mantenimiento servicio radiología.
- Adecuación cuarto oficina trabajo social.

REGISTRO FOTOGRAFICO CAMBIOS SIFNICATIVOS DE INFRAESTRUCTURA - BOGOTÁ



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"

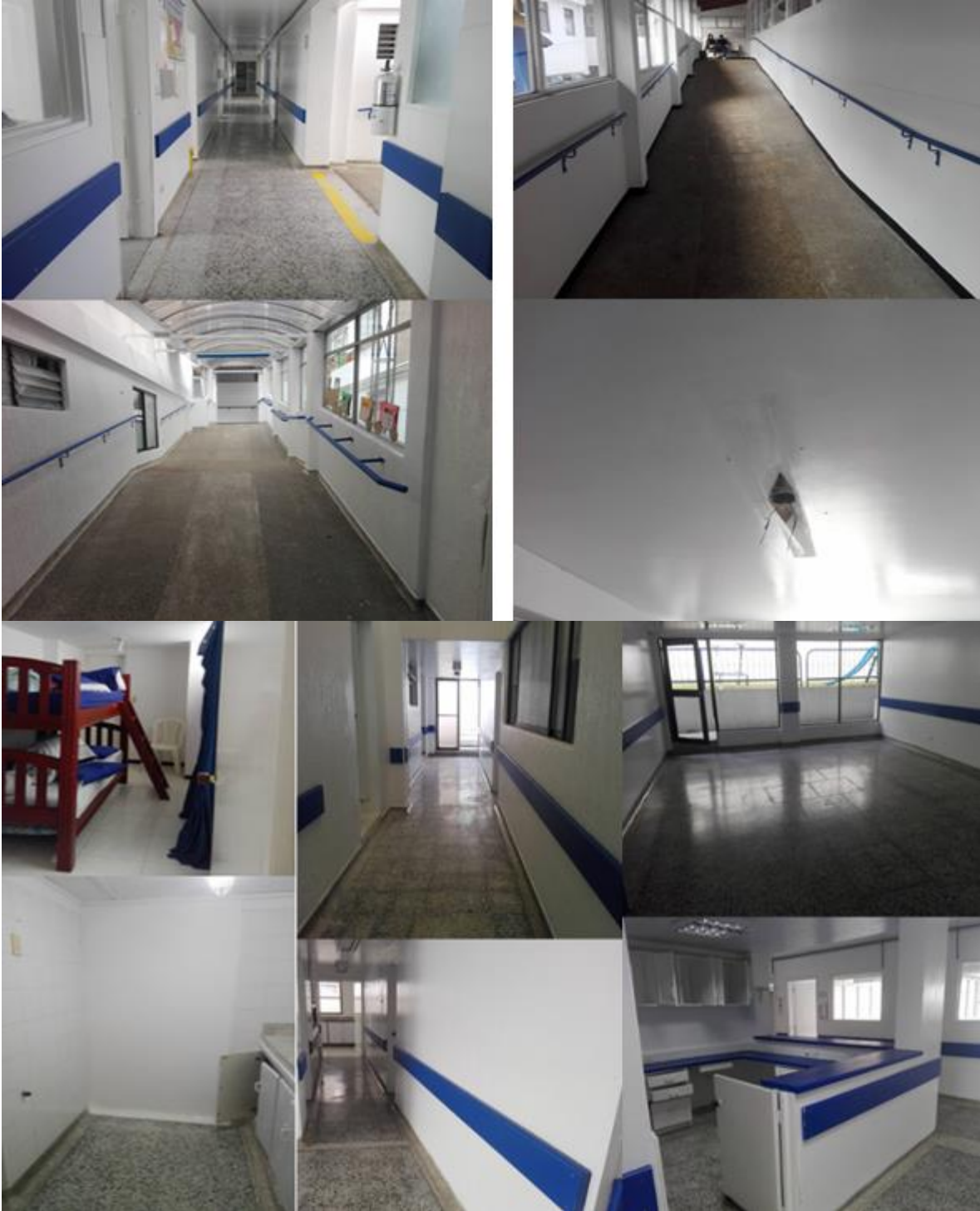






**REGISTRO FOTOGRAFICO MANTENIMIENTO PREVENTIVO/ CORRECTIVO LO MAS SIGNIFICATIVO****MANTENIMIENTO PEDIATRIA Y ADECUACION DE AREA SUCIA**





**MANTENIMIENTO ENCERRAMIENTO CONSULTA EXTERNA**



INSTALACION DE REFUERZO EN PASAMANOS CONS EXTERNA



MANTENIMIENTO PUERTAS NEONATOS



MANTENIMIENTO PUERTA CAJA PRINCIPAL FACTURACION



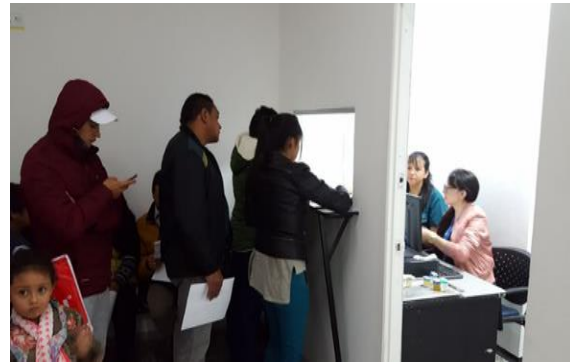
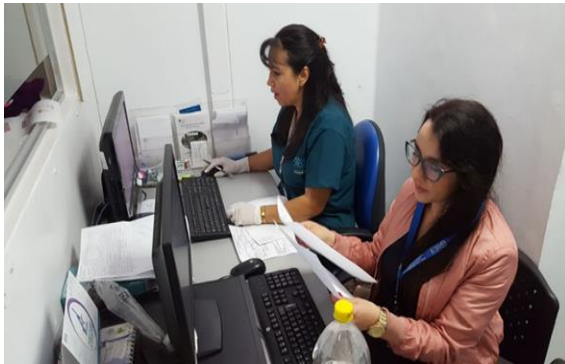
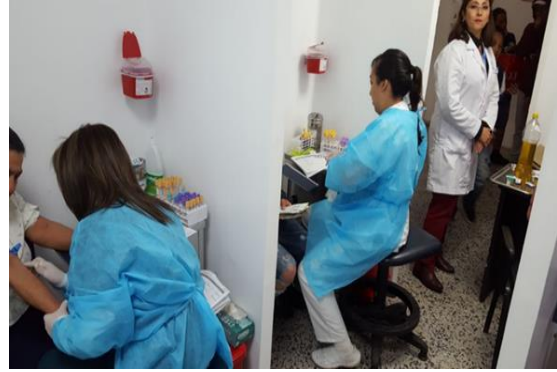
LIMPIEZA DE CARCAMOS



ADECUACION DE TOMA DE MUESTRAS

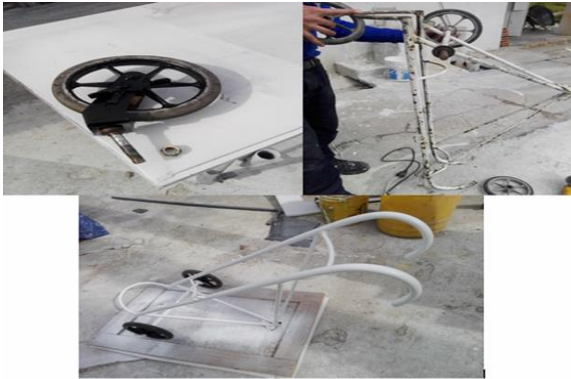






Mantenimiento tandem de sillas, lockers, sillas, mesas



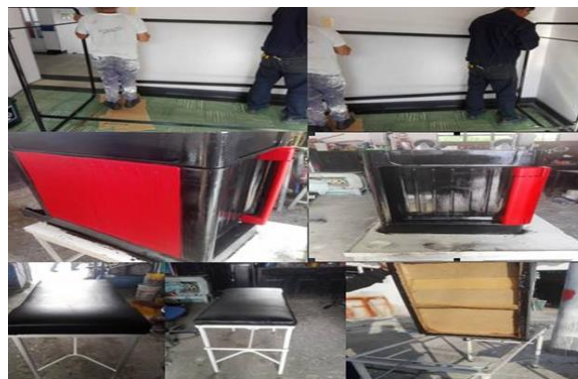




MANTENIMIENTO LINEAS DE COMUNICACION



TRASLADOS DE MOBILIARIOS ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO



MANTENIMIENTO PARQUE PEDIATRIA Y PASILLO



MANTENIMIENTO PUESTO DE SALUD COGUA- PINTURA RESANES, MEDIAS CAÑAS, VIDRIOS, MUEBLES





MANTENIMIENTO LETRERO CONSULTA EXTERNA





INSTALACION DE VIDRIOS



MANTENIMIENTO FACHADAS CAPILLA DOS COSTADOS



MANTENIMIENTO PUERTA PRINCIPAL



INSTALACION DE PINTURA FACHADAS EXTERIORES E INTERIORES CONSULTA EXTERNA



MANTENIMIENTO RADIOLOGIA



INSTALACION DE PINTURA, ADECUACION EXTRACTOR



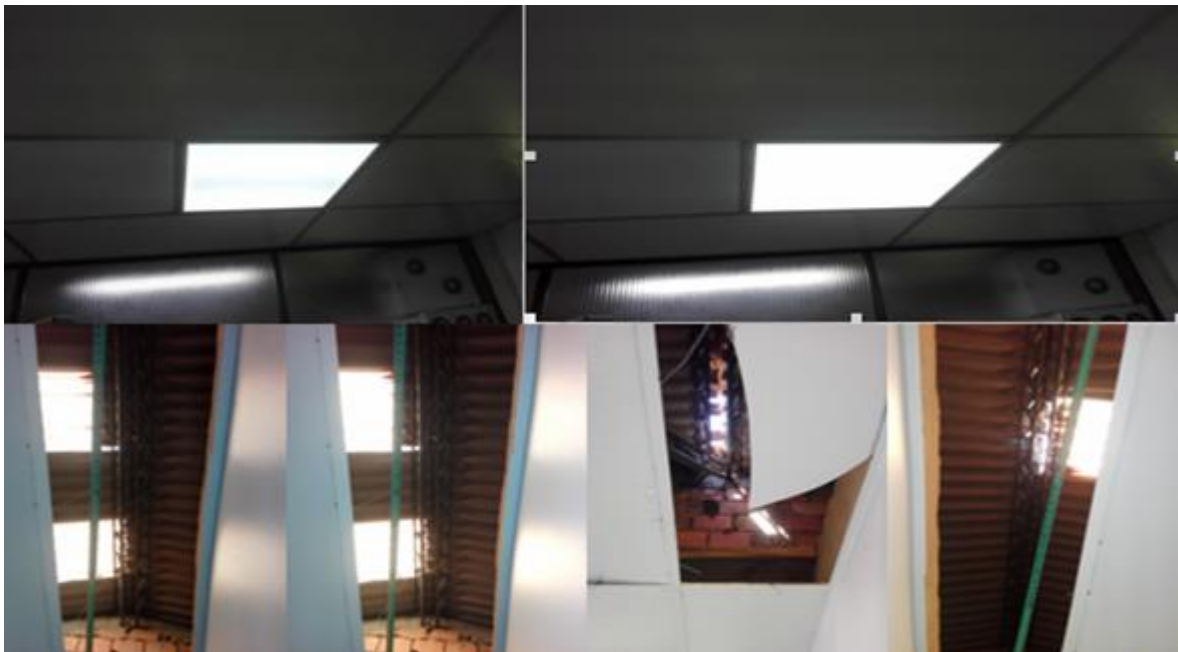
MANTENIMIENTO SALA PEDIÁTRICA URGENCIAS



HECHURA, VACIADO EN CONCRETO E INSTALACION DE TAPAS EN CONCRETO REFORZADO



REPARACIÓN DE CUBIERTA SECTOR DE CONSULTA EXTERNA SALUD PÚBLICA E INSTALACIÓN LÁMPARA LED



INSTALACIÓN DE VENTANA DE ALUMINIO ESTERILIZACIÓN SALAS- HABILITACIÓN



MANTENIMIENTO PINTURA-RESANES PATIO FRENTE REFERENCIA

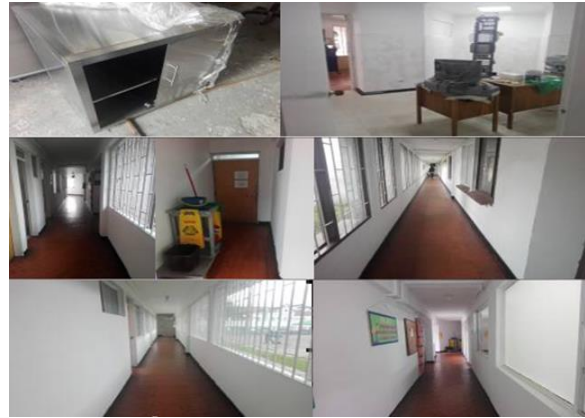


ADECUACIÓN OFICINA TRABAJO SOCIAL



ADECUACIONES VACUNACIÓN Y ÁREAS COMUNES (PASILLOS)





MANTENIMIENTO CORRECTIVO “CUARTO SERVICIOS GENERALES”





MANTENIMIENTO PINTURA Y RESANES- PASILLOS COMEDOR, ALMACEN GENERAL PASILLOS PISOS HOSPITALIZACIÓN





EXTENDER ESCOMBRO PARQUEADERO



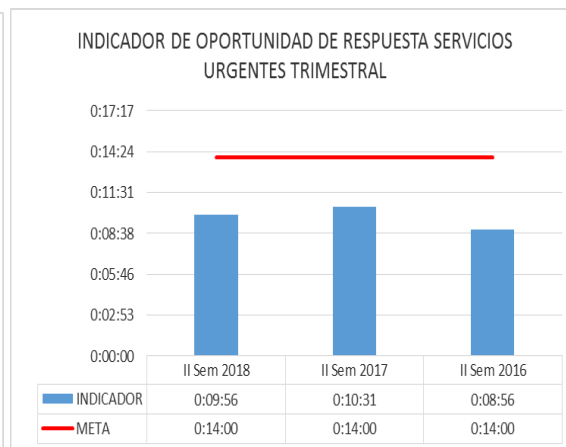
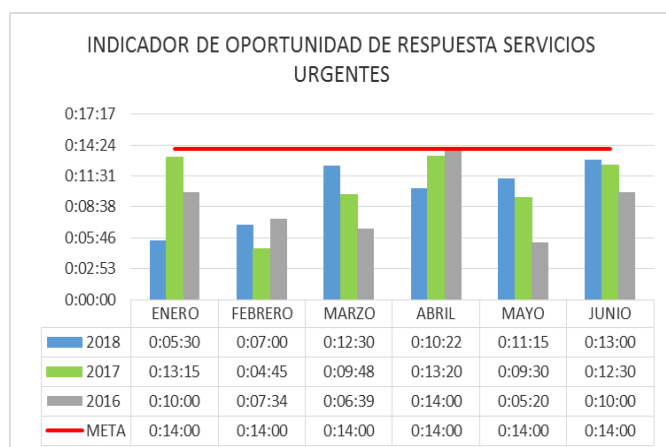
3.4 PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

GESTIÓN DEL PROCESO

Sede Bogotá

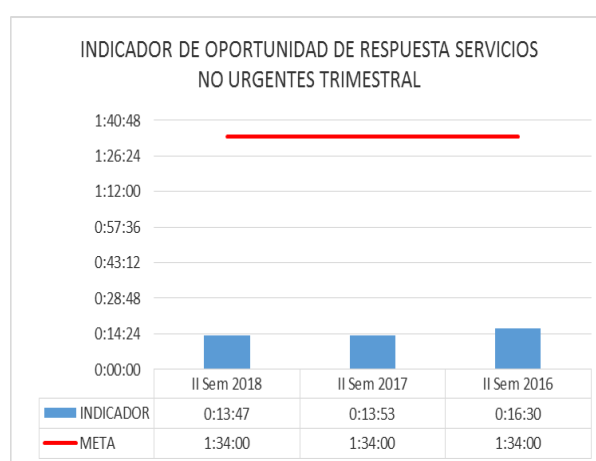
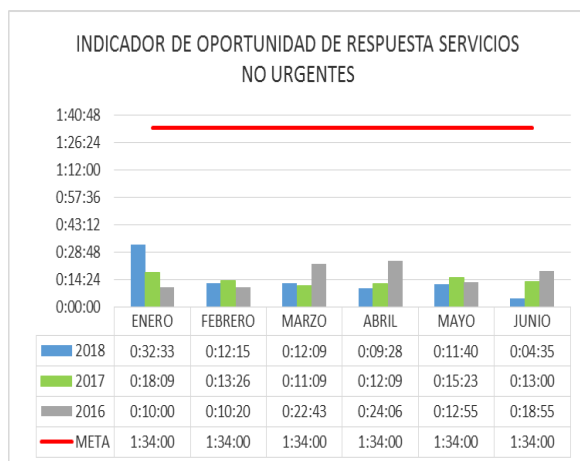
Indicador Oportunidad de Respuesta de Mantenimiento de Equipos Médicos

**Áreas Urgentes (Urgencias, UCI Adulto, Unidad Quirúrgica, UCI Neonatal, Neonatos).
Sede Bogotá**



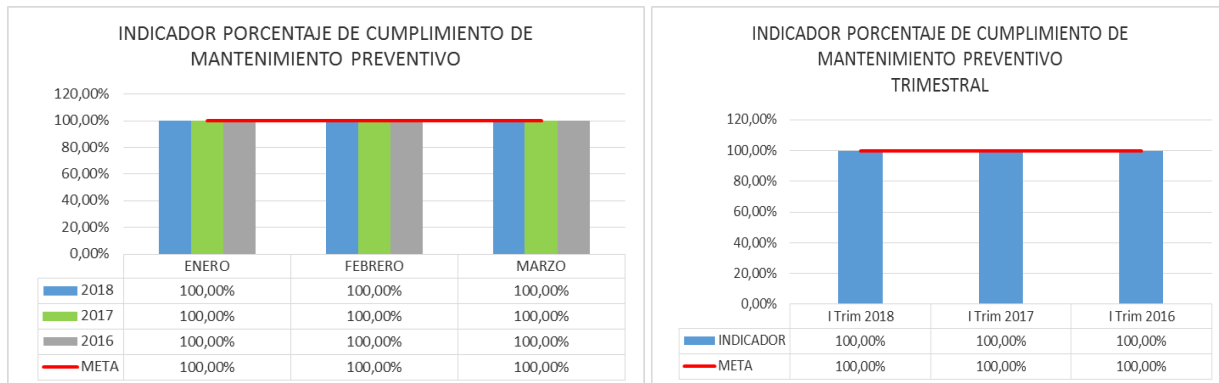
Se está cumpliendo la meta, esto debido a que se ha implementado la estrategia de las rutinas diarias de inspección en los 5 servicios categorizados como urgentes, estas inspecciones nos ayudan a detectar posibles fallas de equipos antes de su ocurrencia y que puedan afectar la prestación de servicios de salud.

**Áreas No Urgentes (Hospitalización, Consulta Externa y otros).
Sede Bogotá**



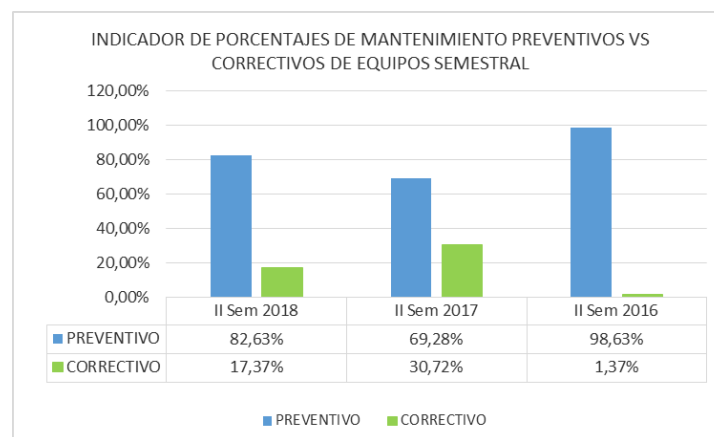
Se cumplió esta meta a satisfacción la cual se mantiene entre 12 minutos y media hora, esto es gracias a la organización del personal de ingeniería que tienen por servicios y se está viendo la efectividad de las capacitaciones y los mantenimientos preventivos, y esto ha hecho que los llamados para reporte de fallas disminuyan.

Porcentaje De Cumplimiento Plan De Mantenimiento Preventivo (Equipos Médicos) Sede Bogotá



Por normatividad vigente este indicador debe darse cumplimiento al 100%, y se ha logrado mantener y cumplir, ya que se hace seguimiento al mantenimiento preventivo por parte de los servicios utilizadores de la Tecnología Biomédica, y se continua con la instalación de los stickers que permite hacer verificación de la fecha y responsable del mantenimiento preventivo, adicional a esto desde el área de Tecnología biomédica se realiza auto-seguimiento mensual a estos cronogramas. El cronograma anual de mantenimientos preventivos por recurso propio se entrega en el mes de enero a todos los servicios y se publica en la intranet.

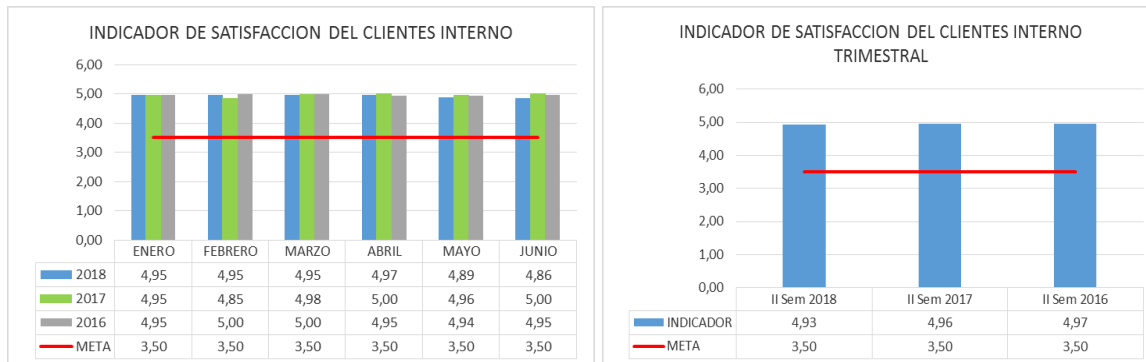
Indicador de Porcentaje de Mantenimientos Preventivos Vs Mantenimiento Correctivo Sede Bogotá



Este indicador nos muestra que la estrategia de las inspecciones diarias ha funcionado ya que todos los años el mantenimiento preventivo fue mayor al correctivo en una proporción superior al 60%, esto quiere decir que los mantenimientos preventivos son más efectivos.

Desde el año 2016 se determinó que para el mes de enero de los años siguientes no se programaran mantenimientos preventivos, esto debido a que es el mes en que se deben realizar informes del año anterior e iniciar planeación y ejecución del año vigente.

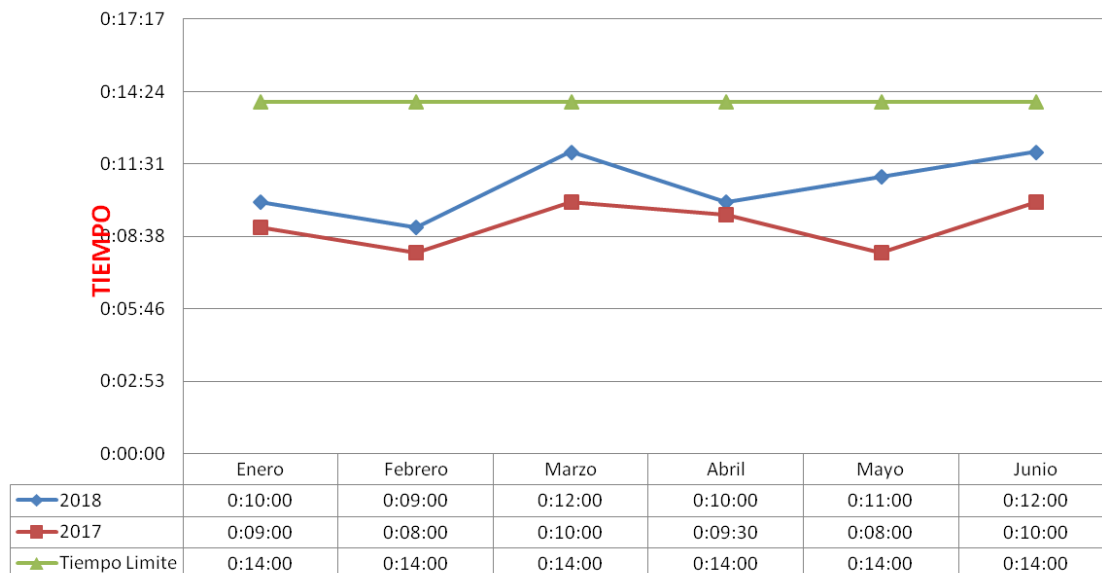
Indicador de Satisfacción del Cliente Interno Sede Bogotá



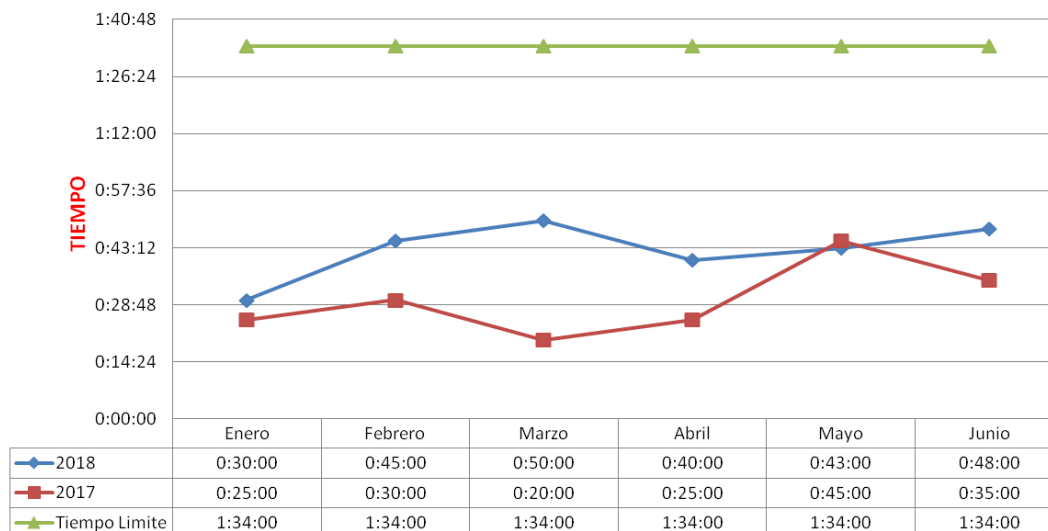
Se puede observar que el indicador supera los límites de la meta propuesta, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento, una atención oportuna y humanizada y mantener una buena comunicación con el personal asistencial.

Unidad Funcional Zipaquirá

Indicador Oportunidad De Respuesta De Mantenimiento De Equipos Médicos

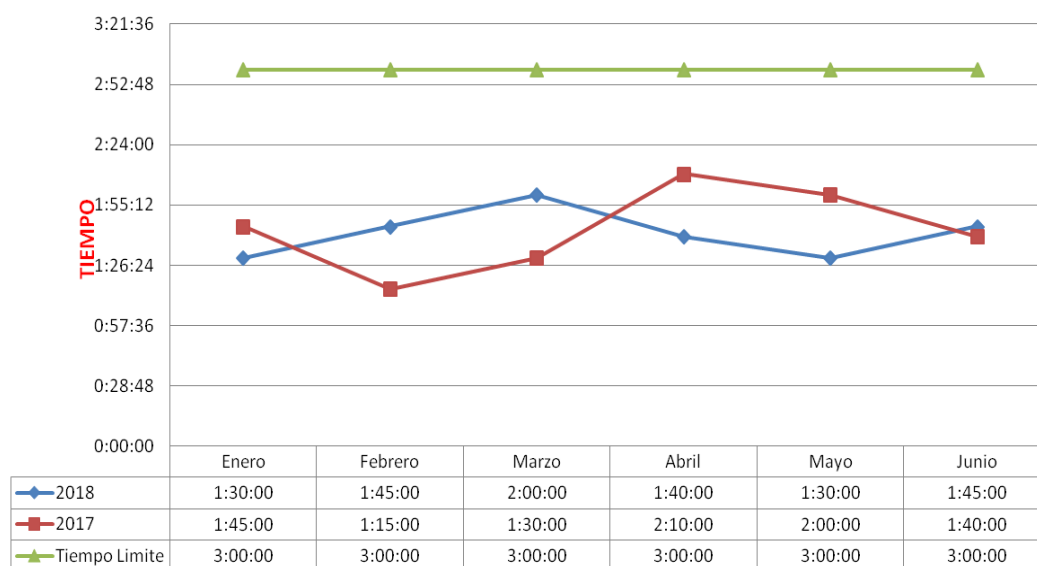


Indicador Oportunidad de respuesta No Prioritario



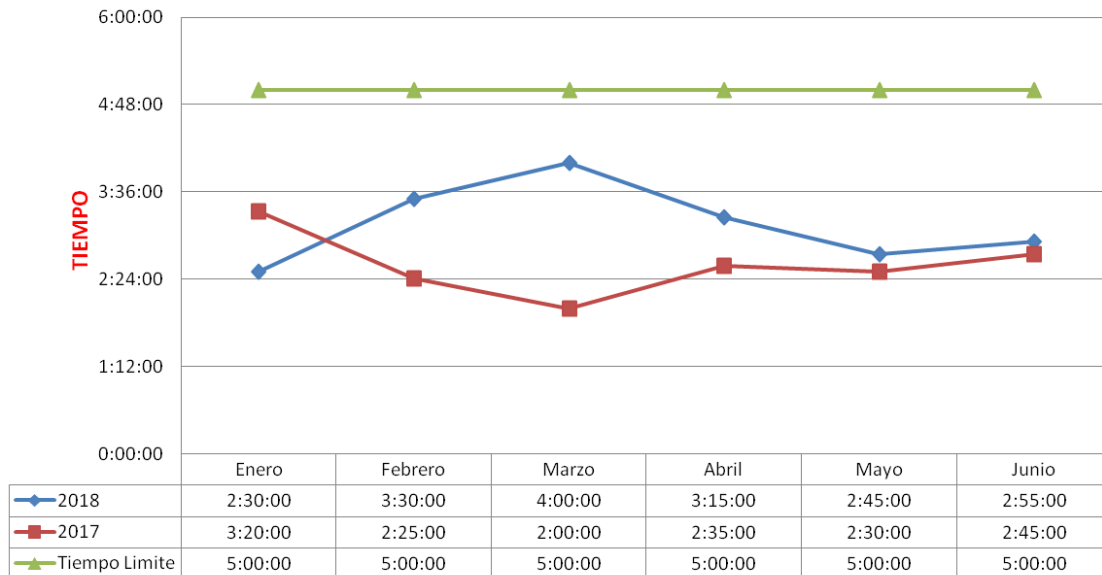
Se observa que la meta se está cumpliendo y que se mantiene entre 9 y 12 minutos el tiempo de respuesta para los servicios prioritarios y entre 25 y 50 minutos para los servicios no prioritarios

Indicador Oportunidad de Solución Prioritaria



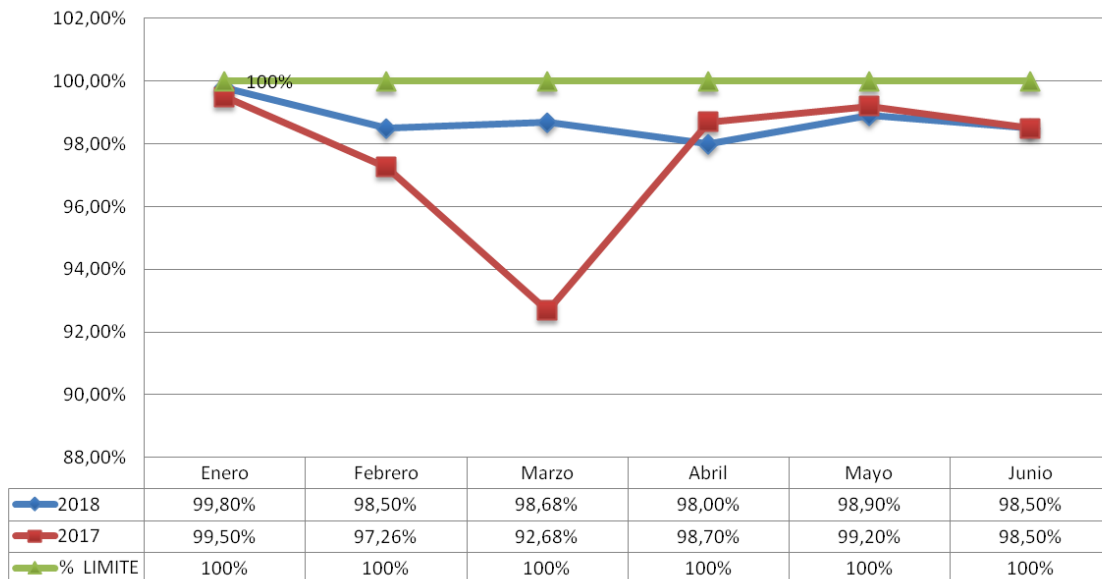
Se observa que la meta se está cumpliendo y que se mantiene entre 9 y 12 minutos el anteriores.

Indicador Oportunidad de Solución No Prioritaria



Se observa que la meta se está cumpliendo en el tiempo de respuesta de todos los servicios prioritarios y no prioritarios

Porcentaje De Cumplimiento Plan De Mantenimiento Preventivo (Equipos Médicos)



Se cumple con la ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo, sin embargo se observa como resultado un porcentaje entre el 98 y 99%, debido a que se tienen 2 equipos fuera de servicio y por este motivo no se le realiza su respectivo mantenimiento preventivo.

Indicador De Satisfacción Del Cliente Interno



Se puede observar que la meta se cumplió para el año 2017 y 2018 y el indicador se mantiene sobre 4, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento y una atención oportuna.



Cambio de AZ a carpetas de cartón de las hojas de vida de los equipos médicos

3.4.2 PQRS

Para el 2° trimestre del año en curso no existe PQRS relacionadas al proceso de Tecnología Biomédica

3.4.4. PAS



Fortalecer la prestación de servicios de salud dentro de las competencias asignadas en el modelo de red departamental

Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario

Avance: 100%

Evidencia: A la fecha se ha cumplido con el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos médicos, el cual se puede verificar por medio de las hojas de vidas de los 1600 equipos aproximadamente con que cuenta el Hospital Universitario de la Samaritana y del cronograma de mantenimiento preventivo.

Ejecución del plan de equipos médicos y laboratorio clínico utilizados para el diagnóstico y tratamiento

Avance: equipos comprados / Equipos Planeados comprar: 0/141 = 0%.

Evidencia: Se encuentra radicado el estudio de necesidades para la compra de los equipos de la UCI del 4 piso, de este proyecto aún no se puede iniciar ejecución debido a que está en proceso de aprobación en el plan bienal por parte del ministerio de salud y protección social.

GESTIÓN DEL RIESGO

La matriz de riesgos del proceso de Tecnología Biomédica se priorizaron 9 riesgos de 14 identificados, de los cuales no se ha materializado ninguno a la fecha, a continuación se muestra la matriz de materialización:

Item	Riesgos	Enero	Febrero	Marzo
1	Incumplimiento del proveedor	0	0	0
2	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología nueva	0	0	0
3	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología existente	0	0	0
4	Repuestos, insumos, herramientas o equipo patrón necesarios insuficientes	0	0	0
5	Mantenimiento preventivo inadecuado o sin realizar	0	0	0
6	Realización del mantenimiento inoportunamente	0	0	0
7	Inoportunidad en la calibración de los equipos biomedicos	0	0	0
8	Ingreso inadecuado de Tecnología en Transito Rapido	0	0	0
9	Dar de baja un equipo que no lo requería	0	0	0

Con este seguimiento podemos hacer la medición del Indicador

% de Materialización de Riesgos Priorizados: 0 Riesgo Materializado / 9 Riesgos Priorizados: **0%**.

Esto quiere decir que las acciones planteadas de mitigación para los 9 riesgos priorizados han sido efectivas.

PROGRAMAS

Programa De Gestión De La Tecnología

- 3 Líneas Estratégicas
- 5 Metas
- 5 Indicadores
- 1 Cronograma

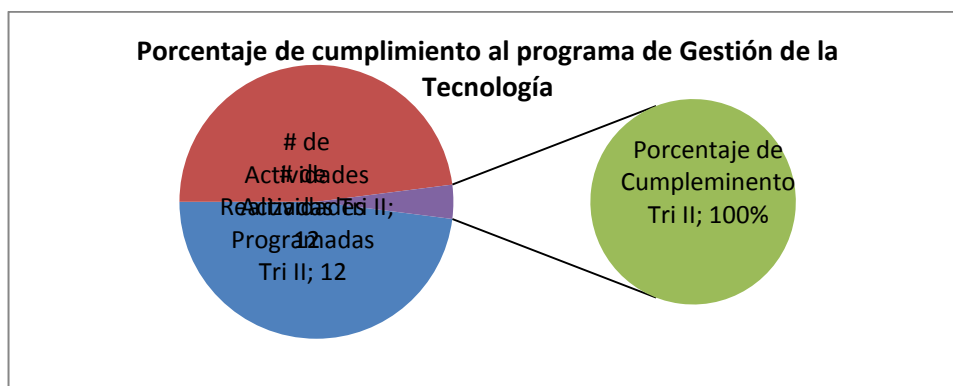


Identificar, Priorizar y Adquirir las necesidades presentes en el HUS entorno a las tecnologías en Salud requeridas en los servicios asistenciales y administrativos, dando cumplimiento a la normatividad de Habilitación vigente y al portafolio de servicios de la entidad.

Meta: Dar cumplimiento al 90% del cronograma del Programa de Gestión de la Tecnología

Indicador: Porcentaje de cumplimiento al programa de Gestión de la Tecnología

$$\frac{\# \text{ Total de actividades realizadas del Programa de Gestión de la Tecnología}}{\# \text{ Total de Actividades planeadas del Programa de Gestión de la Tecnología}} \times 100\%$$



En el 2° trimestre del año 2018 se realizaron 12 actividades de las 12 programadas para este trimestre, las cuales nos equivalen al 100% de cumplimiento.

Meta: Garantizar la adquisición y puesta en funcionamiento de manera oportuna de por lo menos el 90% de las tecnologías en Salud priorizadas para el año vigente.

Indicador: Porcentaje de adquisición y puesta en funcionamiento de manera oportuna de las tecnologías en Salud priorizadas para el año vigente

$$\frac{\# \text{ Total de Equipos Priorizados para el año Vigente}}{\# \text{ Total de Equipos Adquiridos en el año Vigente}} \times 100\%$$

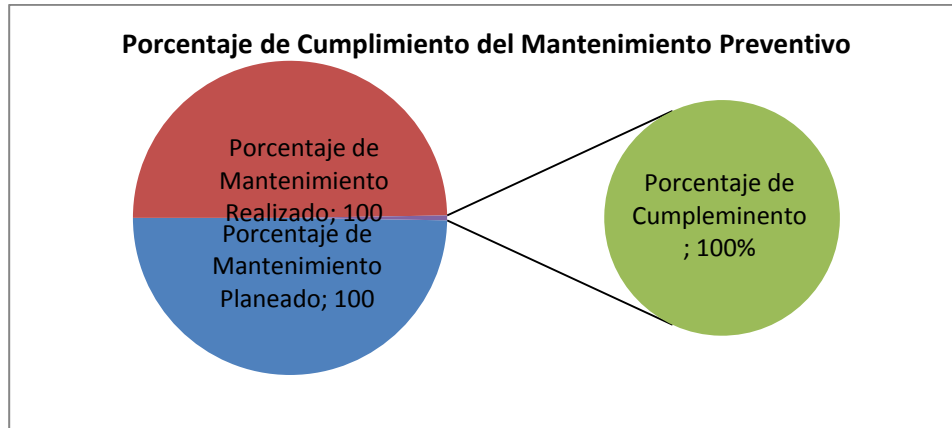
De 141 equipos que se priorizaron para ser adquiridos en la vigencia, no se ha adquirido ninguno.

Garantizar que la tecnología con que cuenta la entidad y la que sea adquirida cuente con procesos de adquisición, instalación, puesta en funcionamiento, evaluación, post-implantación y disposición final.

Meta: Cumplir con el 100% del Cronograma de Mantenimiento Preventivo

Indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Mantenimiento Preventivo

$$\frac{\# \text{ Total de Mantenimientos Preventivos Realizados}}{\# \text{ Total de Mantenimientos Preventivos Planeados}} \times 100\%$$

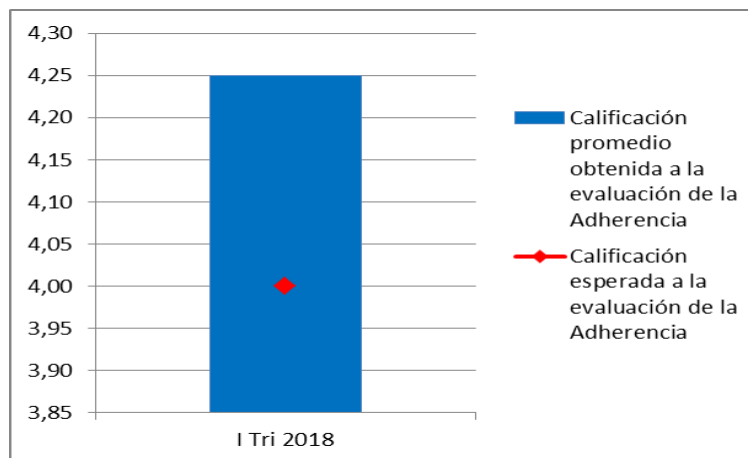


Estamos cumpliendo el 100% de los mantenimientos preventivos a la fecha, esto debido a que se hace un seguimiento mensual del cumplimiento del cronograma.

Meta: Obtener línea base para la medición de la Adherencia al uso adecuado de las tecnologías.

Indicador: Porcentaje a la Adherencia al uso adecuado de las tecnologías

Promedio de Calificación obtenida por el personal capacitado
Maxima Calificación posible a obtener



Se realizaron evaluaciones de adherencia a las capacitaciones dictadas en el primer trimestre del 2018 de uso adecuado de tecnologías, las cuales arrojaron un promedio de calificación de 4,5, lo cual nos muestra que la adherencia a las capacitaciones está superando la meta establecida

GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

3.5.1. GESTIÓN DEL PROCESO

Durante el periodo de Abril a Junio del año 2018 el área de Bienes, Compras y Suministros adelantó y ejecutó procesos de Convocatorias Públicas y compras por Contratación Directa con el fin de atender las necesidades tanto de Bienes, Suministros y Servicios necesarios en cada área del Hospital, contribuyendo con el mejoramiento en la calidad de los servicios que la institución presta a la comunidad del departamento de Cundinamarca

Los procesos que se adelantaron durante el periodo involucraron las áreas de Farmacia, Hotelería, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Osteosíntesis y Arquitectura y mantenimiento los cuales radicaron en la subdirección de Bienes, Compras y Suministros sus necesidades, teniendo en cuenta los consumos promedios históricos, los precios de adquisición del año anterior, así como tendencias de crecimiento para el año 2018. Estos estudios sirvieron para llevar a cabo las convocatorias y Compras Directas las cuales pretendían primero que todo atender los requerimientos del Hospital y finalmente satisfacer todas las necesidades de la institución en cada uno de sus áreas por medio de los procesos con plenas formalidades de contratación con el fin de garantizar la pluralidad de oferentes así como la transparencia en los procesos de adjudicación. En estos procesos se atendieron las solicitudes tanto del Hospital Universitario de la Samaritana como de su unidad funcional de Zipaquirá.

PROCESOS FORMALS ADELANTADOS DE ABRIL A JUNIO DE 2018

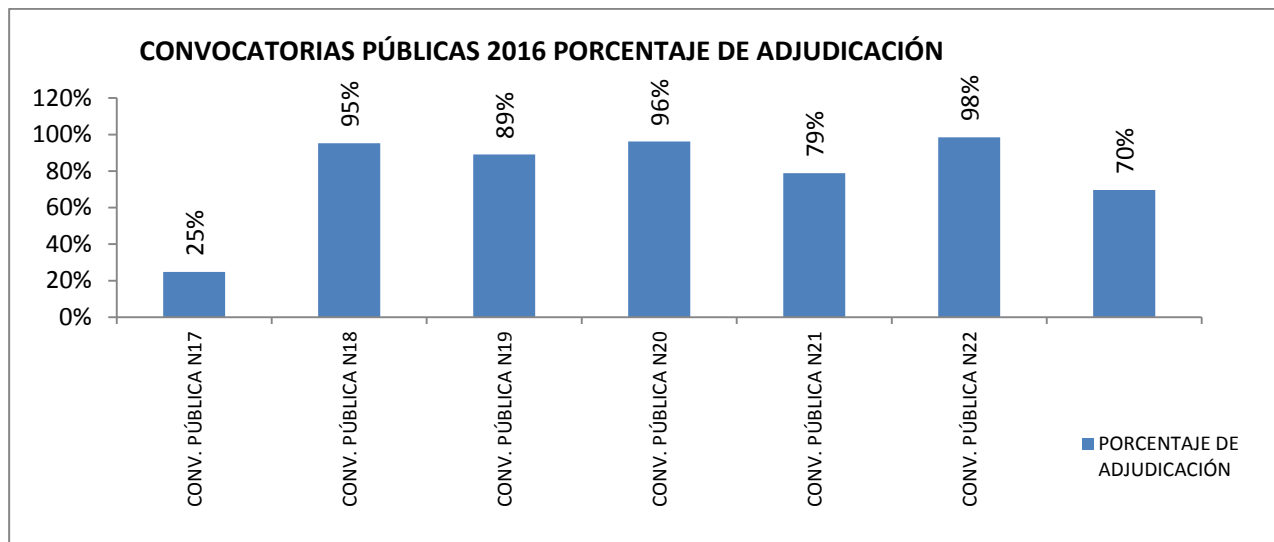
Durante el periodo de Abril a Junio del año 2018 se llevó a cabo procesos de Convocatorias Públicas y Contrataciones Directas, las cuales estaban dirigidas a la totalidad de áreas del Hospital de acuerdo a las necesidades presentadas por cada una de ellas.

CUADRO N° 1: PROCESOS CON FORMALIDADES PLENAS ADELANTADOS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE

CANTIDAD DE CONVOCATORIAS ABIERTAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	2015	2016	2017	2018
		0	6	4

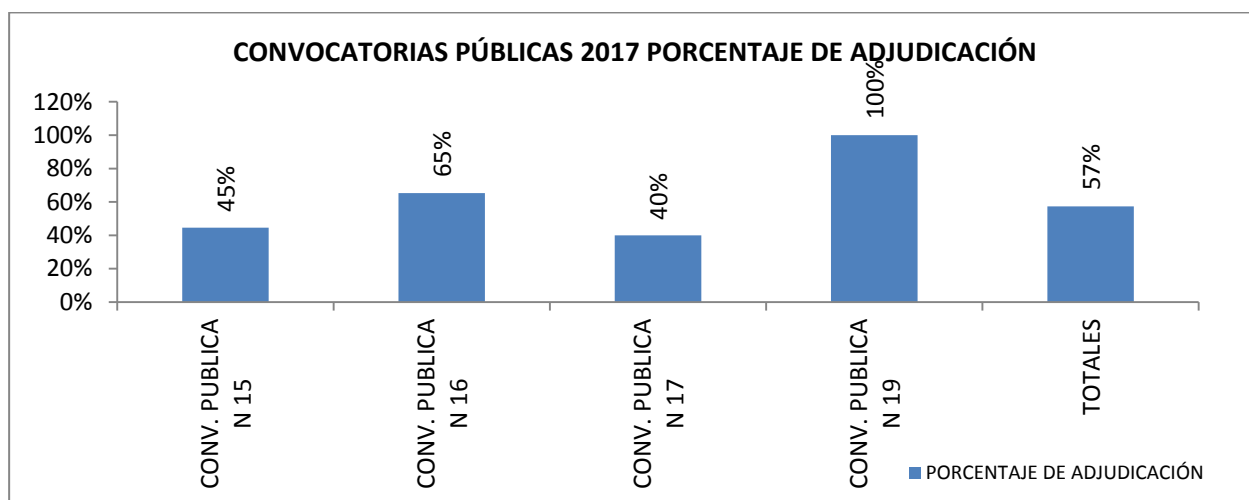
2016						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONV. PÚBLICA N17	SUMINISTRO DE MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	414	\$4.755.000.000	\$1.178.795.425	\$3.576.204.575	25%
CONV. PÚBLICA N18	ASEO Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ Y ASEO, DESINFECCIÓN DE ÁREAS DE PREPARACIÓN Y ALISTAMIENTO DE ALIMENTOS PARA PACIENTES Y DISTRIBUCIÓN DE LOS MISMOS EN LA	425	\$1.169.115.000	\$1.113.784.744	\$55.330.256	95%

2016						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
	UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ. ASEO Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD					
CONV. PÚBLICA N19	PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PROVISIÓN ROPA DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA CON RECOLECCIÓN, LAVADO, DESINFECCIÓN, PLANCHADO Y DISTRIBUCIÓN, DE ROPA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E., DE ACUERDO AL VOLUMEN POR DEMANDA DE SERVICIOS, EN LA SEDE BOGOTÁ Y LA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD.	424	\$708.375.000	\$631.218.000	\$77.157.000	89%
CONV. PÚBLICA N20	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS MEDICAMENTOS PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	513	\$4.000.000.000	\$3.846.503.906	\$153.496.094	96%
CONV. PÚBLICA N21	SUMINISTRO DE INSUMOS MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ	414	\$3.573.450.000	\$2.817.222.795	\$756.227.205	79%
CONV. PÚBLICA N22	IMPLEMENTACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO SEGÚN NORMATIVA RETIE Y NTC 2050 EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ, PRIMERA ETAPA CORRESPONDIENTE A LAS ADECUACIONES DE LA SUBESTACIÓN ELÉCTRICA.	527	\$1.062.259.466	\$1.046.076.287	\$16.183.179	98%
			\$15.268.199.466	\$10.633.601.157	\$4.634.598.309	70%



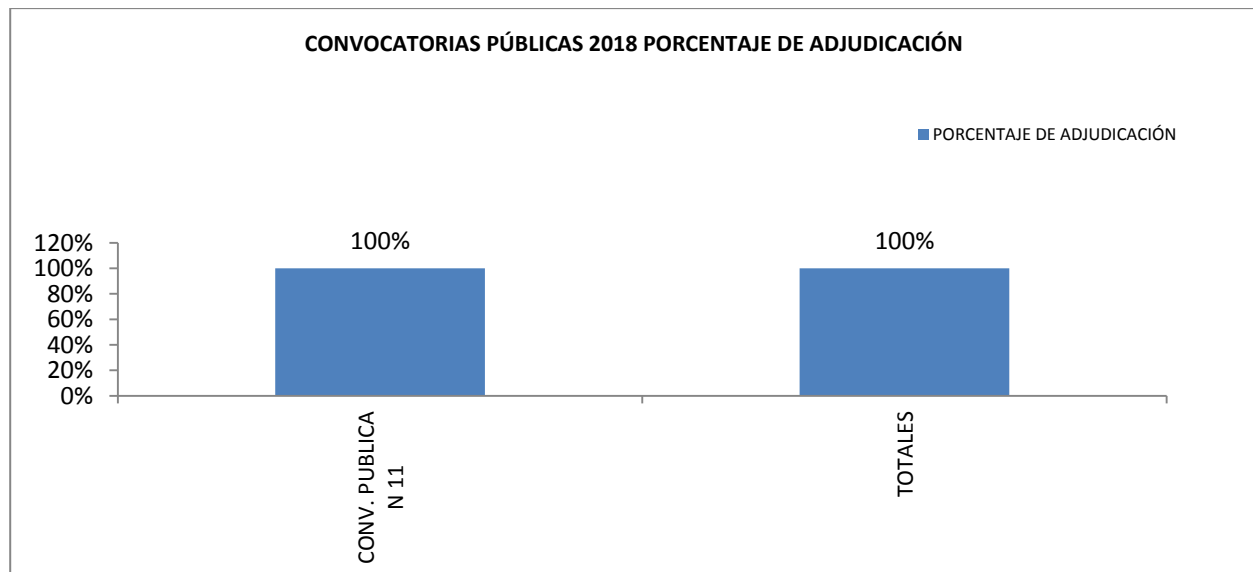
2017						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CD P	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONV. PUBLICA N 15	SUMINISTRO DE MATERIALES DE APOYO CLÍNICO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	350	\$ 801.103.597	\$ 356.717.400	\$ 444.386.197	45%
CONV. PUBLICA N 16	SUMINISTRO DE PRODUCTOS E INSUMOS MEDICOQUIRÚRGICOS PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	349	\$ 405.055.358	\$ 264.257.157	\$ 140.798.201	65%
CONV. PUBLICA N 17	SUMINISTRO DE INSUMOS ELÉCTRICOS, MATERIALES DE FERRETERÍA, CONSTRUCCIÓN Y HERRAMIENTAS PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ D.C. Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	431	\$ 551.142.847	\$ 220.129.958	\$ 331.012.889	40%

2017						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CD P	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONV. PUBLICA N 19	CONTRATACIÓN SERVICIO DE OUTSOURCING DE IMPRESIÓN PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	559	\$ 390.000.000	\$ 390.000.000	\$ -	100%
TOTALES	TOTALES		\$ 2.147.301.802	\$ 1.231.104.515	\$ 916.197.287	57%

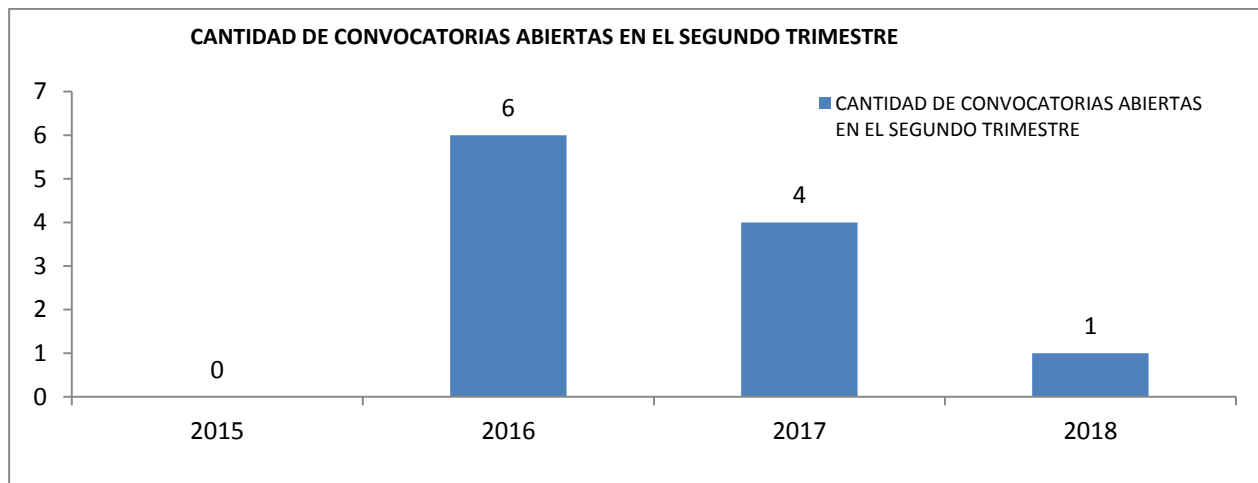


2018						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CD P	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONV. PÚBLICA N 11	SELECCIONAR UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE CONSTITUIDA EN COLOMBIA QUE SUSCRIBA PÓLIZAS DE SEGUROS PARA AMPARAR LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES DE LA	343	\$650.000.000,00	\$649.989.284,00	\$10.716,00	99.9%

ENTIDAD – E.S.E. HOSPITAL UNI- VERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUN- CIONAL DE ZI- PA- QUIRÁ CON SUS CENTROS DE SALUD.				
TOTALES	\$650.000.000,00	\$649.989.284,00	\$10.716,00	99.9%



CANTIDAD DE CONVOCATORIAS ABIERTAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	2015	2016	2017	2018
	0	6	4	1



Fuente: Subdirección Compras y Suministros

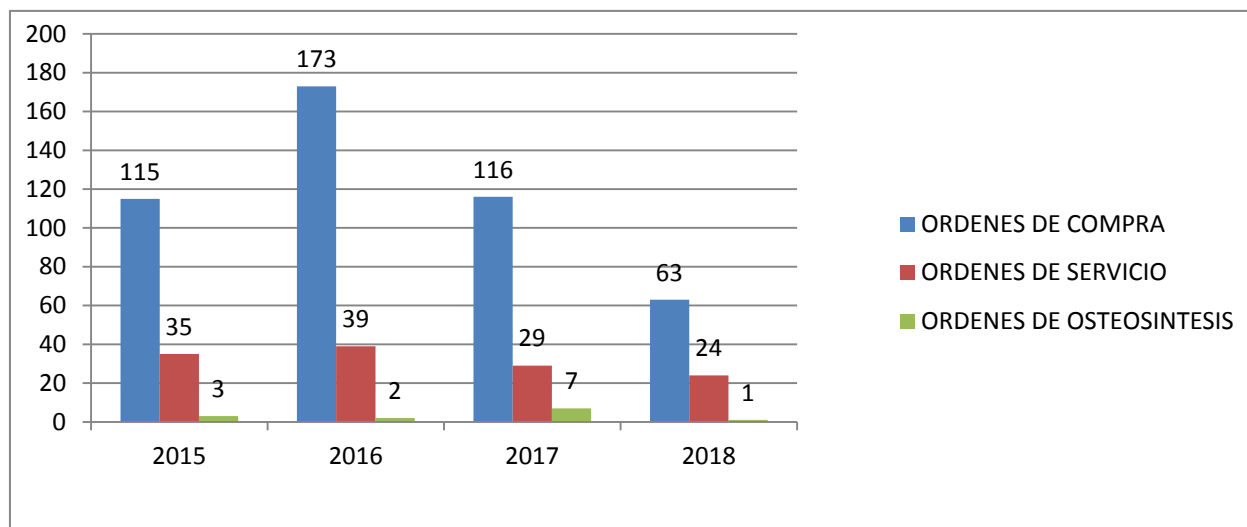
El proceso de Convocatoria Pública No. 11 se realizó dentro de los términos estipulados en los Pliegos de Condiciones y sin contratiempo alguno. Su adjudicación se ajustó a la propuesta presentada dando como resultado un 99.9% del presupuesto asignado, contribuyendo a la satisfacción de la necesidad del amparo de los Bienes e Intereses del Hospital.

SOLICITUDES RADICADAS Y TRAMITADAS

Ordenes de Compras y Servicios: Durante el II trimestre del año 2018, se dio el respectivo trámite a las solicitudes realizadas por las diferentes áreas que cubren el tiempo de referencia del presente informe, de igual manera se viene adelantando todos los procesos de solicitudes radicados en la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, cubriendo las necesidades programadas e imprevistos presentados por las diferentes áreas del Hospital

CUADRO N° 2 ÓRDENES DE COMPRA Y SERVICIOS TRAMITADAS DURANTE EL II TRIMESTRE

RELACIÓN TOTAL ORDENES II TRIMESTRE			
	ORDENES DE COMPRA	ORDENES DE SERVICIO	ORDENES DE OSTEOSÍNTESIS
2015	115	35	3
2016	173	39	2
2017	116	29	7
2018	63	24	1



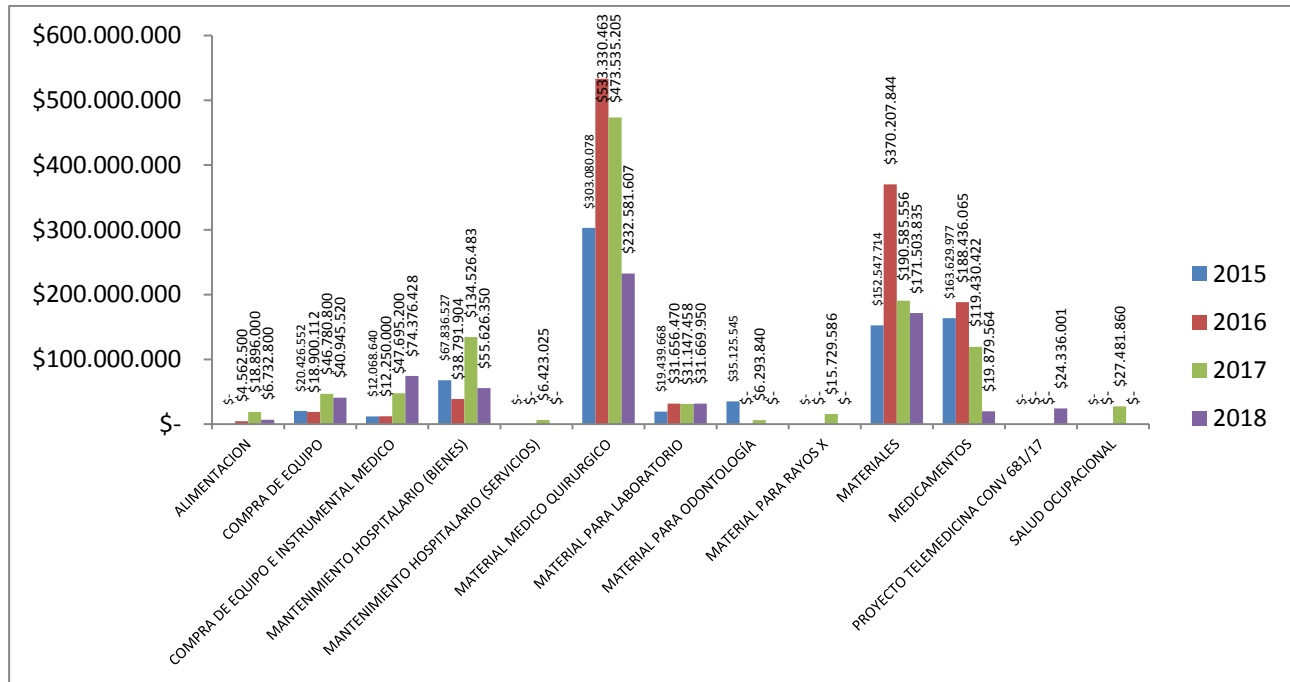
Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Del comportamiento en la elaboración de la cantidad de Órdenes de Compra, Órdenes de Servicios y Órdenes de Osteosíntesis del II Trimestre del año 2018 a las tres (3) vigencias anteriores, se observa que disminuyó con mayor impacto en su orden la elaboración de las Órdenes de Osteosíntesis (reducción del 86%), Órdenes de Compra (reducción del 46%) y las Ordenes de Servicio con una reducción (20%), respecto con la vigencia inmediatamente anterior (2017). Las ordenes elaboradas en el II trimestre son generadas según necesidades presentadas por las diferentes áreas para la atención de solicitudes planeadas, casos fortuitos e imprevistos.

**SOLICITUDES SEGÚN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACIÓN DURANTE EL II TRIMESTRE DEL AÑO 2018
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ
ÓRDENES DE COMPRA**

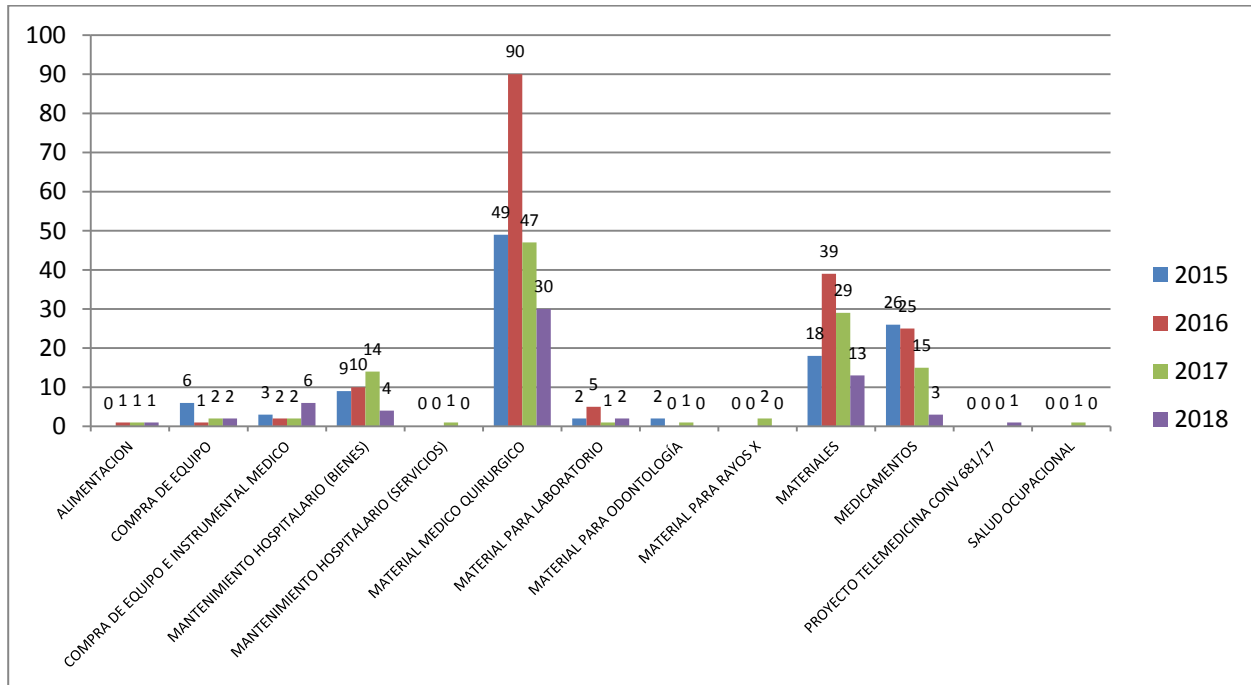
RUBRO	RELACIÓN VALOR ORDENES DE COMPRA II TRIMESTRE POR RUBRO				
	2015	2016	2017	2018	
ALIMENTACIÓN	\$0	\$4.562.500	\$18.896.000	\$6.732.800	1%
COMPRA DE EQUIPO	\$20.426.552	\$18.900.112	\$46.780.800	\$40.945.520	6%
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	\$12.068.640	\$12.250.000	\$47.695.200	\$74.376.428	11%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	\$67.836.527	\$38.791.904	\$134.526.483	\$55.626.350	8%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	\$0	\$0	\$6.423.025	\$0	0%
MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO	\$303.080.078	\$533.330.463	\$473.535.205	\$232.581.607	35%
MATERIAL PARA LABORATORIO	\$19.439.668	\$31.656.470	\$31.147.458	\$31.669.950	5%
MATERIAL PARA ODONTOLOGÍA	\$35.125.545	\$0	\$6.293.840	\$0	0%
MATERIAL PARA RAYOS X	\$0	\$0	\$15.729.586	\$0	0%
MATERIALES	\$152.547.714	\$370.207.844	\$190.585.556	\$171.503.835	26%
MEDICAMENTOS	\$163.629.977	\$188.436.065	\$119.430.422	\$19.879.564	3%
PROYECTO TELEMEDICINA CONV 681/17	\$0	\$0	\$0	\$24.336.001	4%
SALUD OCUPACIONAL	\$0	\$0	\$27.481.860	\$0	0%

RUBRO	RELACIÓN VALOR ORDENES DE COMPRA II TRIMESTRE POR RUBRO				
SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN	\$0	\$0	\$0	\$6.308.190	1%
TOTAL	\$774.154.701	\$1.198.135.358	\$1.118.525.435	\$663.960.245	100%



RUBRO	RELACIÓN CANTIDAD ORDENES DE COMPRA II TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
ALIMENTACIÓN	0	1	1	1	2%
COMPRA DE EQUIPO	6	1	2	2	3%
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	3	2	2	6	10%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	9	10	14	4	6%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	0	0	1	0	0%
MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO	49	90	47	30	48%
MATERIAL PARA LABORATORIO	2	5	1	2	3%
MATERIAL PARA ODONTOLOGÍA	2	0	1	0	0%
MATERIAL PARA RAYOS X	0	0	2	0	0%
MATERIALES	18	39	29	13	21%
MEDICAMENTOS	26	25	15	3	5%
PROYECTO TELEMEDICINA CONV 681/17	0	0	0	1	2%

RUBRO	RELACIÓN CANTIDAD ORDENES DE COMPRA II TRIMESTRE POR RUBRO				%
SALUD OCUPACIONAL	0	0	1	0	0%
SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN	0	0	0	1	2%
TOTAL	115	173	116	63	100 %



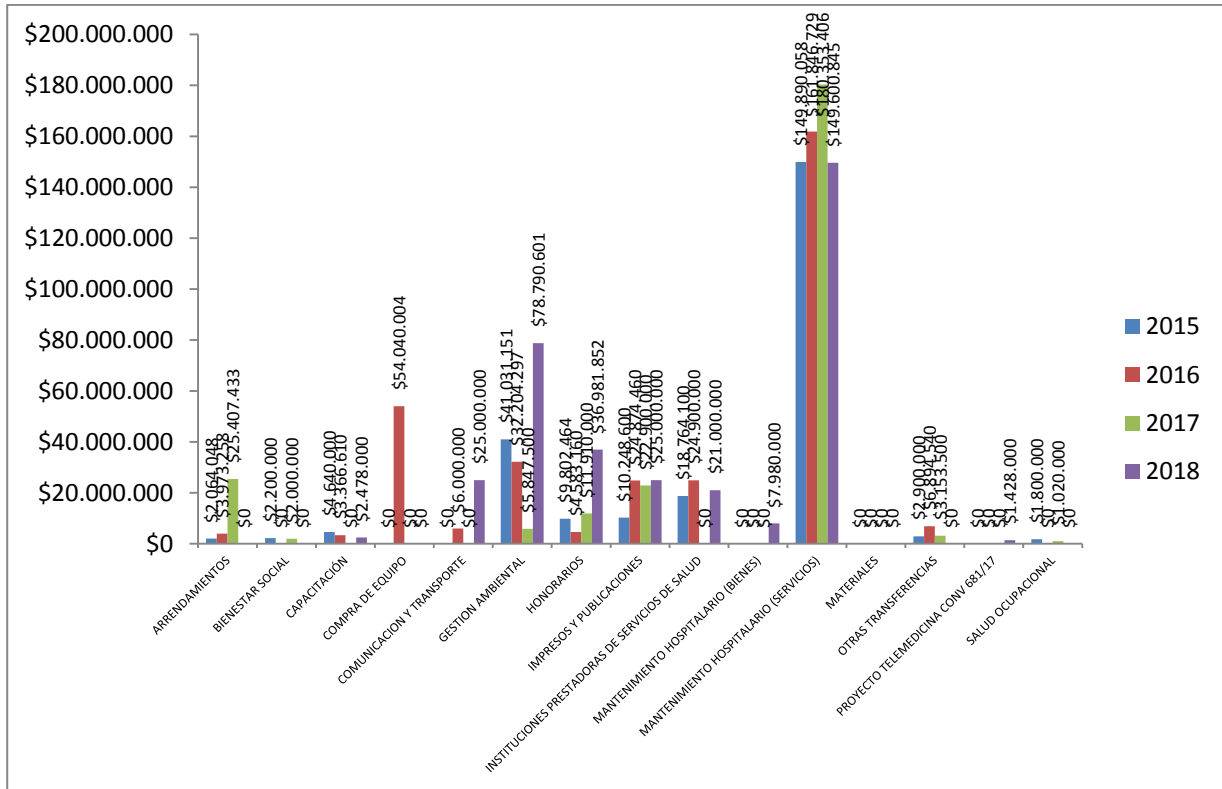
Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Se observa que el rubro de mayor participación durante los últimos 4 años de acuerdo a los datos aportados, es el de **MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO**. Sin embargo, observamos que referente al año 2018 el comportamiento de los rubros obtuvo el siguiente comportamiento para el II trimestre: el rubro más representativo es **MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO** con 30 órdenes generadas (48%) y un presupuesto de \$232.581.607 (35%), seguido de **MATERIALES** con 13 órdenes (21%) y un presupuesto de \$171.503.835 (26%), seguido de **COMPRA DE EQUIPO Y MATERIAL MÉDICO** con 6 órdenes (10) y un presupuesto de \$74.376.428 (11%), seguido de **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO BIENES** con 4 órdenes (6%) y un presupuesto de \$55.626.350 (8%), seguido de **COMPRA DE EQUIPO** con 2 órdenes (3%) y un presupuesto de \$40.945.520 (6%), seguido de **MATERIAL PARA LABORATORIO** con 2 órdenes (3%) y un presupuesto de \$31.669.950 (5%), seguido de **PROYECTO TELEMEDICINA CONV 681/17** con 1 orden (2%) y un presupuesto de \$24.336.001 (4%), seguido de **MEDICAMENTOS** con 3 ordenes (5%) y un presupuesto de \$19.879.564 (3%), seguido de **ALIMENTACIÓN** con 1 orden (2%) y un presupuesto de \$6.732.800 (1%) y **SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN** con 1 orden (2%) y un presupuesto de \$6.308.190 (1%).

SOLICITUDES SEGÚN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACIÓN DURANTE EL II TRIMESTRE DEL AÑO 2018 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

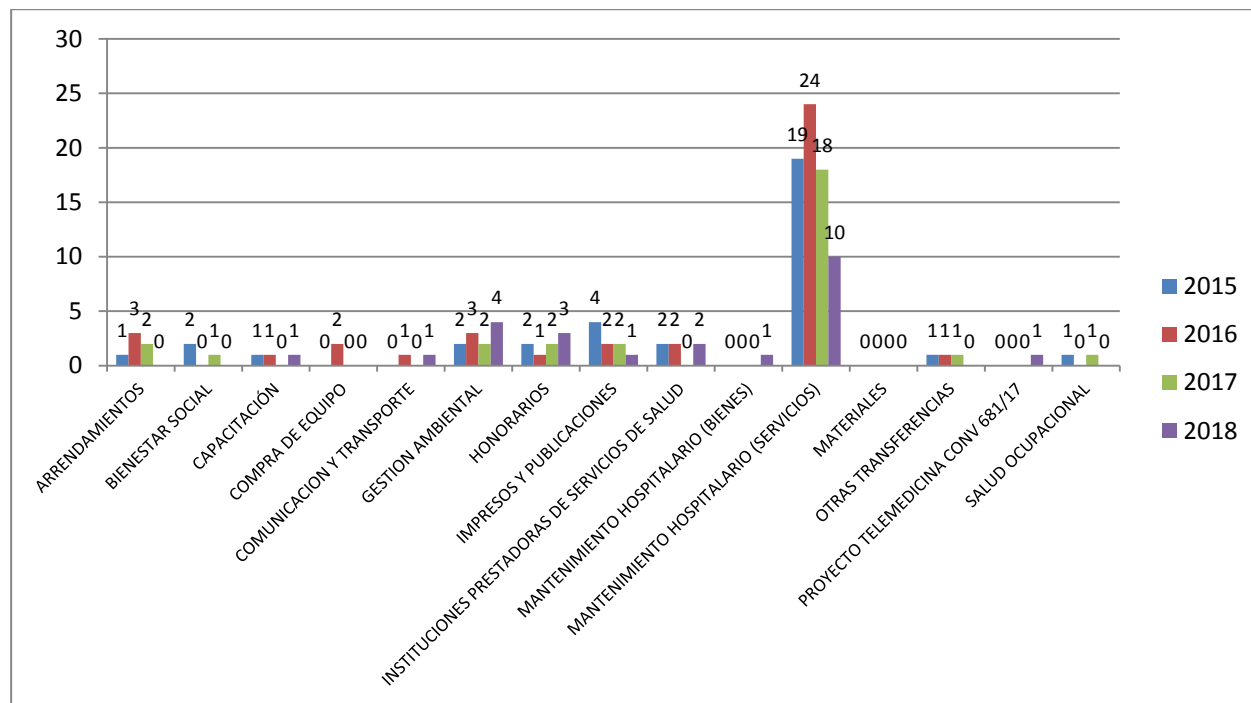
ÓRDENES DE SERVICIO

RUBRO	RELACIÓN VALOR ORDENES DE SERVICIO II TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
ARRENDAMIENTOS	\$2.064.048	\$3.973.258	\$25.407.433	\$0	0%
BIENESTAR SOCIAL	\$2.200.000	\$0	\$2.000.000	\$0	0%
CAPACITACIÓN	\$4.640.000	\$3.366.610	\$0	\$2.478.000	1%
COMPRA DE EQUIPO	\$0	\$54.040.004	\$0	\$0	0%
COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE	\$0	\$6.000.000	\$0	\$25.000.000	7%
GESTIÓN AMBIENTAL	\$41.031.151	\$32.204.297	\$5.847.500	\$78.790.601	23%
HONORARIOS	\$9.802.464	\$4.583.160	\$11.910.000	\$36.981.852	11%
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$10.248.600	\$24.874.460	\$22.900.000	\$25.000.000	7%
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	\$18.764.100	\$24.900.000	\$0	\$21.000.000	6%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	\$0	\$0	\$0	\$7.980.000	2%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	\$149.890.058	\$161.846.729	\$180.353.406	\$149.600.845	43%
MATERIALES	\$0	\$0	\$0	\$0	0%
OTRAS TRANSFERENCIAS	\$2.900.000	\$6.894.540	\$3.153.500	\$0	0%
PROYECTO TELEMEDICINA CONV 681/17	\$0	\$0	\$0	\$1.428.000	0%
SALUD OCUPACIONAL	\$1.800.000	\$0	\$1.020.000	\$0	0%
TOTAL	\$243.340.421	\$322.683.058	\$252.591.839	\$348.259.298	100%



RUBRO	RELACIÓN CANTIDAD ORDENES DE SERVICIO II TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
ARRENDAMIENTOS	1	3	2	0	0%
BIENESTAR SOCIAL	2	0	1	0	0%
CAPACITACIÓN	1	1	0	1	4%
COMPRA DE EQUIPO	0	2	0	0	0%
COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE	0	1	0	1	4%
GESTIÓN AMBIENTAL	2	3	2	4	17%
HONORARIOS	2	1	2	3	13%
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	4	2	2	1	4%
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	2	2	0	2	8%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	0	0	0	1	4%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	19	24	18	10	42%
MATERIALES	0	0	0	0	0%
OTRAS TRANSFERENCIAS	1	1	1	0	0%
PROYECTO TELEMEDICINA CONV 681/17	0	0	0	1	4%

RUBRO	RELACIÓN CANTIDAD ORDENES DE SERVICIO II TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
SALUD OCUPACIONAL	1	0	1	0	0%
TOTAL	35	40	29	24	100%



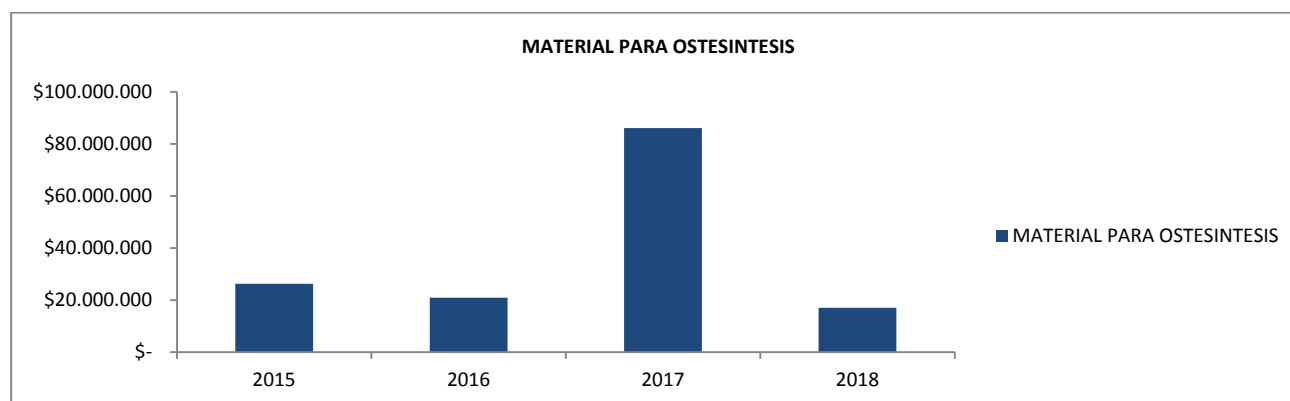
Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Se observa que el rubro de mayor participación durante los últimos 4 años de acuerdo a los datos aportados, es el de **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)**. Sin embargo, observamos que referente al año 2018 el comportamiento de los rubros obtuvo el siguiente comportamiento para el II trimestre: el rubro más representativo es **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)** con 10 órdenes generadas (42%) y un presupuesto de \$149.600.845 (43%), seguido de **GESTIÓN AMBIENTAL** con 4 órdenes (17%) y un presupuesto de \$78.790.601 (23%), seguido de **HONORARIOS** con 3 órdenes (13%) y un presupuesto de \$36.981.852 (11%), seguido de **COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE E IMPRESOS Y PUBLICACIONES** con 1 orden (4%) y un presupuesto de \$25.000.000 (7%) cada rubro, **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD** con 2 órdenes (8%) y un presupuesto de \$21.000.000 (6%), seguido de **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)** con 1 orden (4%) y un presupuesto de \$7.980.000 (2%), y **CAPACITACIÓN** con 1 orden (4%) y un presupuesto de \$2.478.000 (1%).

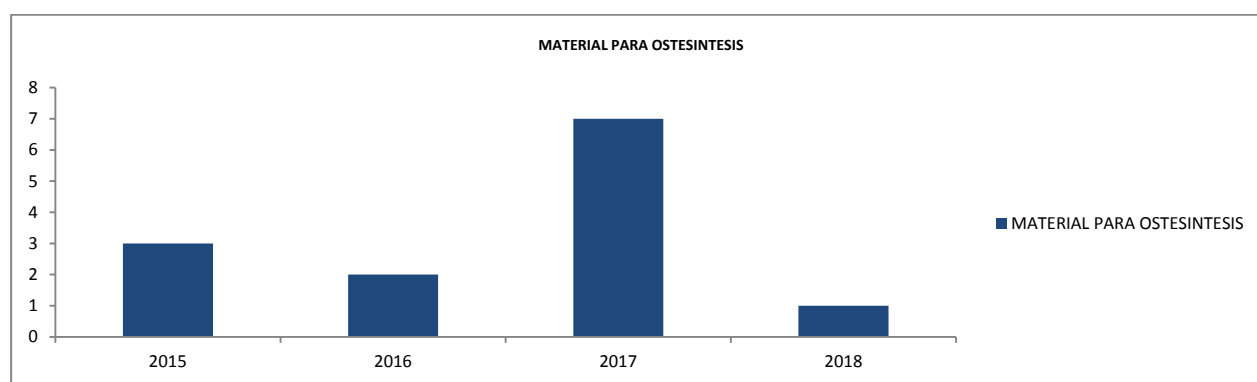
SOLICITUDES SEGÚN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACIÓN DURANTE EL II TRIMESTRE DEL AÑO 2018 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

CANTIDAD ÓRDENES DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

RUBRO	RELACIÓN VALOR ORDENES DE OSTEOSÍNTESIS II TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
MATERIAL PARA OSTEOSÍNTESIS	\$ 26.237.143	\$ 20.924.000	\$ 86.083.905	\$ 17.000.000	100%
TOTAL	\$ 26.237.143	\$ 20.924.000	\$ 86.083.905	\$ 17.000.000	100%



RUBRO	RELACIÓN CANTIDAD ORDENES DE OSTEOSÍNTESIS II TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
MATERIAL PARA OSTEOSÍNTESIS	3	2	7	1	100%
TOTAL	3	2	7	1	100%



Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Para este rubro se observa que a excepción del año 2017, la elaboración de las Ordenes de Osteosíntesis para el II trimestre viene disminuyendo. Comparando las vigencias de 2017 y 2018 la variación es significativa donde se reduce un 600% la cantidad de órdenes elaboradas. Como análisis general podemos concluir que la disminución de

elaboración de las Órdenes de Osteosíntesis se debe a que para la vigencia 2018 se obtuvo un buen desarrollo de Convocatoria Pública, donde fueron adjudicados un 95% de los productos requeridos

3.4 GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
3.5 GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"





CAPÍTULO IV

DIRECCION FINANCIERA

4.1 FACTURACIÓN Y RECAUDO

GESTIÓN DEL PROCESO

4.1.1 Mercadeo y contratación de servicios de salud

El objeto del presente informe está encaminado a presentar la gestión realizada en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, con relación a la contratación de servicios de salud y el cumplimiento de las metas propuestas para la vigencia a evaluar. En el informe se presenta la contratación realizada en sus diferentes modalidades (Capitación y Evento), con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios tanto en régimen contributivo, subsidiado, especial y otros servicios de salud contratados.



Para el año 2018 al HUS se le aprobó un presupuesto de ingresos por recaudo ventas de la vigencia de \$ 81.331.901 y por recaudo de vigencia anterior de \$ 56.979.218.928 lo cual nos da como presupuesto para el recaudo de \$ 138.331.119.928 por lo tanto la meta para el presupuesto de ingresos por venta de servicios debe estar en los \$ 159.000.000.000 millones y por ende la meta mes sería de \$ 13.250.000.000 millones para todos los pagadores, sumados Bogotá y la unidad funcional de Zipaquirá. Al hacer el seguimiento del comportamiento de la facturación en el Segundo Trimestre encontramos que **llevamos una facturación de \$ 75.279.184.934** arrojando un promedio de facturación mes de \$ 12.546.530.822, que si lo comparamos con la meta tenemos que estamos por debajo de esta en \$ 703.469.178 muy cerca de lo proyectado; pero si lo comparamos con las ventas del segundo trimestre del año 2017 \$ 69.028.572.108 podríamos decir que hemos vendido \$ 6.250.612.826 más que el primer trimestre del año 2017, es decir un 8,6% más.

Para la sede de Bogotá llevamos al segundo trimestre una facturación de **\$ 57.191.468.700** para un promedio mes de **\$ 9.531.911.450** y para la UFZ **\$ 18.087.716.235** para un promedio mes de \$ 3.014.619.373. La mayor facturación está representada por el Régimen Subsidiado con **\$ 39.797.197.312** para Bogotá y para UFZ con **\$ 10.583.228.413**, le siguen en facturación/ventas para Bogotá el Régimen Contributivo con **\$ 6.667.884.244** y para Zipaquirá el contributivo **\$ 5.453.182.581**, podemos entonces decir que el mercado en ventas del Hospital Universitario de la Samaritana tiene una relación de 69,6% para el Régimen Subsidiado y el 11,7% para el Contributivo en Bogotá y en la unidad funcional de Zipaquirá es de 59% el Subsidiado y el Régimen Contributivo con el 30.1%; Los demás ingresos tanto de Bogotá como Zipaquirá el pagador significativo es la Secretaria de Salud de Cundinamarca con el 7,5% de participación en Bogotá y con el 3,1% de participación en UFZ con esta Secretaria a la Fecha no se tiene contrato puesto que la ley cambio y se está definiendo como se realiza si por actividades o por valor de facturación.

Las actividades que se proyectaron se han desarrollado de forma prioritaria para el cumplimiento de metas trazadas como prioridad esta la actualización del portafolio de servicios con nuevas tecnologías, homologación y actualización de los códigos CUPS y revisión y renegociación de tarifas para la vigencia 2018.

Para el año 2018 se continuó con la oferta y contratación de la red de operación con la una Unidad Funcional de Bogotá (III nivel), y con la Unidad Funcional en el municipio de 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 y el ente territorial y municipal. Para la elaboración del informe, se tuvo en cuenta la contratación legalizada y ejecutada en el segundo trimestre de 2018, así como aquella contratación legalizada en vigencias anteriores que para 2018 continúan vigentes y en ejecución para lo cual se ha realizado en el segundo trimestre seguimiento de forma conjunta con las EPS y el HUS en aras de fortalecer la remisión y uso de los servicios.

Se presenta cuadro comparativo de contratación de las vigencias (2016 – 2018) como consolidado para que al finalizar el Segundo Trimestre de 2018, se pueda realizar la comparación de año con periodos iguales.

INDICADOR: Contratación Servicios de Salud vigencia años 2016 - 2017 y 2018

VALORES CONTRATADOS JUNIO AÑOS 2016 - 2017 y 2018			
EPS	2016	2017	2018
REGIMEN CONTRIBUTIVO	1.721.685.347	1.182.800.000	2.640.000.000
TOTAL CONTRIBUTIVO	1.721.685.347	1.182.800.000	2.640.000.000
REGIMEN SUBSIDIADO	25.088.418.992	52.933.985.400	51.578.182.016

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)	-	355.640.000	21.120.000
TOTAL SUBSIDIADO	25.088.418.992	53.289.625.400	51.578.182.016
VINCULADOS	1.688.398.185	-	-
TOTAL VINCULADOS	1.688.398.185	-	-
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	381.001.849	600.914.000	2.118.561.600
TOTAL OTROS SERVICIOS	381.001.849	600.914.000	2.118.561.600
TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS	28.879.504.373	55.073.339.400	56.357.863.616

Fuente: base de datos contratación oficina de mercadeo 2018

Para el año 2017 se realiza una contratación desde el primer trimestre muy representativa para el Régimen Subsidiado puesto que la EPS CONVIDA se realizó un contrato por \$ 31.500.000.000 millones, en cuanto al Régimen Contributivo la EPS Convida igualmente realiza contratos para este régimen y otras EPS vienen con contratos de vigencias anteriores o son contratos indeterminados por lo tanto no se reflejan en este informe de segundo trimestre. Para el segundo semestre de 2018 la EPS Convida ha realizado un contrato inicial para Bogotá Subsidiado evento por \$ 12.000.000.000, luego realizo una adición por \$ 8.000.000.000 y para el 1 de junio de 2018 realiza un nuevo contrato por \$ 11.000.000.000 llegando a los \$ 31.000.000.000 millones, en cuanto al Régimen Contributivo la EPS realiza un contrato para Bogotá por un monto mayor lo cual hace la diferencia a lo contratado el año pasado. En cuanto a otras ventas de servicios principalmente está representado en las adiciones realizadas por Fidupervisora para atender a la PPL. Los demás contratos son los que vienen desde el año inmediatamente anterior; se realiza compromiso de contratación con la EPS Salud Total y con la EPS Sanitas pero aún no han designado monto específico.

Para la población vinculada no se realizó contrato para este periodo y para PIC se contrató en primer trimestre el PIC de cogua, los PIC para el segundo semestre aún están en estudio.

INDICADOR: Contratación Servicios de Salud Por Régimen vigencia SEGUNDO Trimestre de 2018

CONCEPTO CONTRATACION	VALOR CONTRATADO VIGENCIA II TRIMESTRE 2018	
	2018/ 2 TRIMESTRE	%
Régimen Contributivo	2.640.000.000	4.7 %
Régimen Subsidiado	51.578.182.016	91.5 %
Vinculados	0	0 %
PIC	21.120.000	0 %
Otros contratos de Servicios de Salud (hemocomponentes)	2.118.561.600	3.8 %
TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS	56.357.863.616	100 %

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo.

Análisis contratación segundo trimestre de 2018

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que para el segundo trimestre de 2018, en el régimen contributivo, se lleva una contratación del 4,7% pero se traen contratos con este Régimen de vigencia anterior y otros son indeterminados casos como Nueva EPS que se inicia en el mes de Octubre de 2017, Medimas que viene con el contrato desde mes de Noviembre y Famisanar que tiene un contrato indeterminado al igual que Compensar EPS. Se están realizando contactos con otras EPS de Régimen Contributivo con el fin de ampliar este mercado, el cual ha sido difícil puesto que las EPS de este Régimen solicitan propuestas económicas con manual tarifario IIS 2001 a lo cual el Hospital no puede contratar por ser una tarifa muy desactualizada y podría tener riesgo al aceptar esta contratación.

Se realizan gestiones con las EPS Sanitas y Salud Total con las que se firmó compromiso de contratación sin asignar un monto específico sin embargo se pueden atender pacientes de estas EPS.

Para el régimen Subsidiado se vienen realizando los contratos con las diferentes EPS aunque con algunas de ellas se inició contratación el año 2017 como es el casos de UNICAJAS, sin embargo este régimen alcanza el 91.5%; con la EPS de mayor representación en el Departamento como es CONVIDA se realiza la contratación desde el 1 de Enero de 2018 y para el segundo Trimestre de 2018 la EPS Convida ha realizado un contrato inicial para Bogotá Subsidiado evento por \$ 12.000.000.000, luego realizo una adición por \$ 8.000.000.000 y para el 1 de junio de 2018 realiza un nuevo contrato por \$ 11.000.000.000 llegando a los \$ 31.000.000.000 millones, se debe seguir insistiendo con esta EPS para que aumente la contratación para el tercer trimestre puesto que el promedio de facturación es de \$ 4.664.180.452 y por lo tanto estaríamos llegando a un monto de aproximadamente \$ 55.000.000.000 millones.

Se evidencia entonces que el comportamiento de la contratación con régimen subsidiado el cual es nuestro mayor cliente, se vienen adelantando satisfactoriamente; igualmente se vienen realizando otros contratos con los regímenes de excepción como son magisterio pero que son contratos pequeños pero que tienen una remisión de pacientes constantemente.

La contratación de las acciones de Planes de Intervenciones Colectivas y de pacientes vinculados y aseguramiento NO POS, NO se ha realizado para vinculados por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, se viene ejecutando un contrato PIC que se inició en el año 2017 y se pudo realizar con la alcaldía de Cogua un contrato PIC estos para ejecutar en Zipaquirá.

Hemos venido teniendo contacto con la Secretaria de Salud de Amazonas, Guaviare y otras con el fin de realizar contratos con ellas que a pesar de no ser de gran monto si garantizar una referencia continua de pacientes.

Análisis Contratación Segundo Trimestre de 2017

CONTRATACION BOGOTA.	AÑO 2016	AÑO 2017
SUBSIDIADO	\$ 35.729.937.942	\$ 40.259.150.546
CONTRIBUTIVO	\$ 5.703.708.129	\$ 755.000.000
VINCULADOS	\$ 5.700.000.000	\$

OTROS SERVICIOS	\$ 1.254.441.715	\$ 171.106.854
PIC	0	0
TOTAL CONTRATADO	\$ 48 388 087 786	\$ 41.185.257.400

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo.

La contratación para el HUS Bogotá se mantiene en cuanto al valor total, sin embargo podemos evidenciar que tanto el Régimen Subsidiado para el año 2017 presenta un aumento en la contratación para el segundo trimestre y en cuanto a los Vinculados para el segundo trimestre del año 2017 no se tenía contrato por lo tanto el 2016 no tiene cifra comparativa, El régimen contributivo presenta un aumento en la contratación para el año 2016 aunque parece se trajo la cifra de ventas que la de contratación, por lo tanto para el año 2017 Segundo trimestre se tiene en cuenta solo el dato de contratación legalizada con este régimen. El PIC no tiene contratación en ambos periodos puestos que no se contrata para ejecutar en Bogotá si no en las unidades funcionales de Girardot y Zipaquirá.

CONTRATACION BOGOTA.	2018
SUBSIDIADO	\$ 35.390.000.000
CONTRIBUTIVO	\$ 1.720.000.000
VINCULADOS	\$ 0
OTROS SERVICIOS	\$ 2.095.561.600
PIC	\$ 0
TOTAL CONTRATADO	\$ 39.205.561.600

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo.

Es bien significativa la diferencia en monto la contratación del Segundo trimestre de 2017 respecto al Segundo trimestre de 2018 en el Régimen Subsidiado y está dada principalmente por el contrato realizado en el 2017 con la EPS Comparta por un monto de \$ 2.600.000.000 millones, para el 2018 aún no se ha llegado a acuerdos con dicha EPS se espera que para el tercer trimestre se pueda llegar a algún acuerdo contractual, es importante dejar en claro que si la EPS cumple con los acuerdos de pago se realizara el respectivo contrato, igual ocurre con la EPS Ecoopsos.

Con la EPS Convida en el año 2017 al segundo semestre se realizó un contrato por la suma de \$ 31.500.000.000 y para el año 2018 se inicia en el mes de Enero con un contrato de solo \$ 12.000.000.000 para el régimen subsidiado Bogotá, a este contrato se le realiza una adición de \$ 8.000.000.000 millones y se da inicio a partir del 1 de Junio de 2018 un nuevo contrato por \$ 11.000.000.000 millones para un total de \$ 31.000.000.000 millones, se espera que la EPS realice una adición a este último contrato para llegar al mes de septiembre y se gestionara una nueva

contratación para cubrir los meses de octubre a diciembre de 2018, la facturación promedio mes con esta EPS es de \$ 4.664.180.452 para Bogotá evento subsidiado

Respecto al régimen contributivo se ha tenido para el año 2018 un aumento al pasar de \$ 755.000.000 a \$ 1.720.000.000 representados principalmente en la contratación realizada por la EPS Convida para Bogotá y Zipaquirá donde aumento el monto contractual; en cuanto a los vinculados se está a la espera de realizar la contratación para el año 2018 donde ya se han realizado todas las gestiones pertinentes.

Respecto a los Otros servicios presenta un aumento respecto al 2017 y representado principalmente en el contrato con Fiduprevisora para la atención de la PPL.

CONTRATACION ZIPAQUIRA	AÑO 2016	AÑO 2017
SUBSIDIADO	\$ 6.949.553.226	\$ 12.674.834.854
CONTRIBUTIVO	\$ 3.799.424.844	\$ 427.800.000
VINCULADOS	\$ 564.968.199	\$ 0
OTROS SERVICIOS	\$ 479.334.893	\$ 429.807.146
PIC	\$ 417.807.540	\$ 355.640.000
TOTAL CONTRATADO	\$ 12.211.088.702	\$ 13.888.082.000

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo.

Para el año 2017 el régimen subsidiado presenta un gran aumento en la contratación representada principalmente por la EPS Convida quien realiza un contrato prácticamente para todo el año, igualmente lo hace con la capitación de I nivel y P y D. En cuanto al contributivo en el año 2016 parece ser un dato más de venta de servicios que de contratación; por lo tanto realizaremos un análisis más abajo entre 2017 y 2018.

CONTRATACION ZIPAQUIRA	2018
SUBSIDIADO	\$ 16.188.182.016
CONTRIBUTIVO	

	\$ 920.000.000
VINCULADOS	\$ 0
OTROS SERVICIOS	\$ 23.000.000
PIC	\$ 21.120.000
TOTAL CONTRATADO	\$ 17.152.302.016

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo.

Para el Segundo trimestre de 2018 la Unidad Funcional de Zipaquirá presenta un valor mayor en el régimen subsidiado el cual la EPS más representativa es CONVIDA, las demás EPS de régimen subsidiado vienen con contratos desde el año 2017, sin embargo subió la contratación para este régimen.

Para el régimen contributivo en este Segundo trimestre se presenta un aumento en el monto de contratación al pasar de \$ 425.000.000 a \$ 920.000.000 millones y en cuento a los PIC solo se pudo contratar con el municipio de Cagua.

Para el año 2018, se proyectó un portafolio que permita mejorar la contratación y la venta de servicios con el régimen Subsidiado, encontrando que en el Segundo trimestre de esta vigencia evidencia un porcentaje de crecimiento en la contratación que permitirá cumplir la meta proyectada.

Para el 2018 se ofertaran los paquetes quirúrgicos buscando una mayor contratación así como un mayor volumen de pacientes para el área quirúrgica, área de nefrología y demás especialidades. Se espera que las EPS que a la fecha tienen contrato y las que no podamos incluir esta propuesta para Bogotá. En la UFZ se sigue con el mismo portafolio de servicios se tiene a la fecha.

4.1.2 Facturación

El proceso de facturación se encuentra conformado por 4 procedimientos los cuales son: Admisiones, Autorizaciones, Facturación, Armado de cuentas y Radicación, estos se encuentran orientados al cumplimiento del objetivo estratégico institucional: Sostenibilidad financiera.

A continuación se describen las siguientes acciones que han permitido la mejora de los procedimientos mencionados.

Ingresos abiertos: Corresponde al cierre inoportuno de la factura. A través del software Dinámica Gerencial se obtiene el reporte de ingresos abiertos con valor, el cual se retroalimenta a los facturadores a través de mail y de actas de compromiso en las cuales se define con el grupo de facturación jornadas o Planes de contingencia de cierres de ingresos abiertos con el objeto de obtener un número mínimo de estos ingresos.

Control interno del HUS solicitó se efectúe la facturación en el momento del egreso del paciente y se obtenga las tres firmas de la factura por parte del usuario, este requerimiento contribuye a que se disminuya el número de ingresos abiertos, sin embargo existen algunos casos en donde posterior a la realización de la factura con la obtención de las tres firmas se debe anular, debido a que se presentan los siguientes casos: 1. No se cuenta con la factura de Material de Osteosíntesis en algunos fines de semana al no contar con la persona que realiza esta actividad dado a que labora de lunes a viernes, 2. No se cuenta los fines de semana con las ordenes de patología las cuales no se cargan y llegado el día lunes el auxiliar de patología las entrega luego de su recorrido de obtención

de solicitud de órdenes, lo anterior debido a que el fin de semana no se cuenta con el auxiliar que apoye este proceso. 3. No se cargan medicamentos e insumos oportunamente, en especial de los de cirugía dado a que el médico realiza de manera tardía la descripción quirúrgica. 4. Luego de dar salida a los paciente se presentan casos que en el momento del egreso el paciente se complica y se requiere nuevamente abrir el ingreso para que continúe la atención médica.

Urgencias (Admisiones y Autorizaciones): Actualmente en el área de admisiones se entrega al usuario o al beneficiario del régimen contributivo, subsidiado nivel II y vinculado II y III información sobre el probable tope del copago a cancelar por la prestación del servicio a través del formato 05FR13-V1 Información a paciente y/o familiar del paciente – Topes, con el objeto de dar a conocer el deber de pago del usuario desde su ingreso y disminuir los acuerdos de pago al egreso.

El procedimiento de uso del digiturno se ha logrado estandarizar y sistematizar con los colaboradores de admisiones observándose algunas falencias en el funcionamiento de la pantalla, la cual depende del área de sistemas. En lo relacionado al procedimiento de asignación de camas se ha realizado énfasis en el cambio de consulta ambulatoria a hospitalario al definirse una conducta lo que permite que se identifiquen la cantidad de pacientes y su diagnóstico de aquellos que se encuentran en urgencias.

Se ha socializado y se ha concientizado en diferentes oportunidades a los colaboradores de admisiones de urgencias la identificación correcta de los pacientes con el objeto de minimizar el riesgo de error en la identificación del paciente, lo que a su vez genera inadecuada facturación y problemas en la solicitud de la autorización del servicio correspondiente. También se ha realizado socialización y concientización en la solicitud de la documentación completa SOAT por parte de autorizaciones cuando los pacientes vienen remitidos de otras IPS lo que permite asegurar el cobro de la cuenta respectiva.

En el tema de autorizaciones se unificó un solo mail para enviar las solicitudes de autorizaciones y recibir las autorizaciones con el objeto de llevar un seguimiento que permita la continuidad del proceso las 24 horas para todos los colaboradores de autorizaciones urgencias. Además se unificó en otro mail, el mail de envío y de recepción de autorizaciones para convida EPS a solicitud de ellos.

Se ha fortalecido el proceso de comunicación de los pacientes que ingresan a urgencias sin vínculo contractual con el objetivo de que el proceso de referencia y contra referencia conozca los casos e inicien su proceso de gestión de remisión de manera oportuna.

Autorizaciones Cuarto piso: Se gestionaron aparatos telefónicos para que cada autorizador cuente con su propia línea y gestione las autorizaciones de servicios prestados con su correspondiente número, luego de realizar los envíos de solicitud y recepción de autorizaciones a las diferentes EPS. Se ha asignado a una persona de autorizaciones para que de manera casi exclusiva responda y soporte las glosas generadas por trámites administrativos del área de facturación como la falta de autorizaciones, soportes soat y soporte no pos.

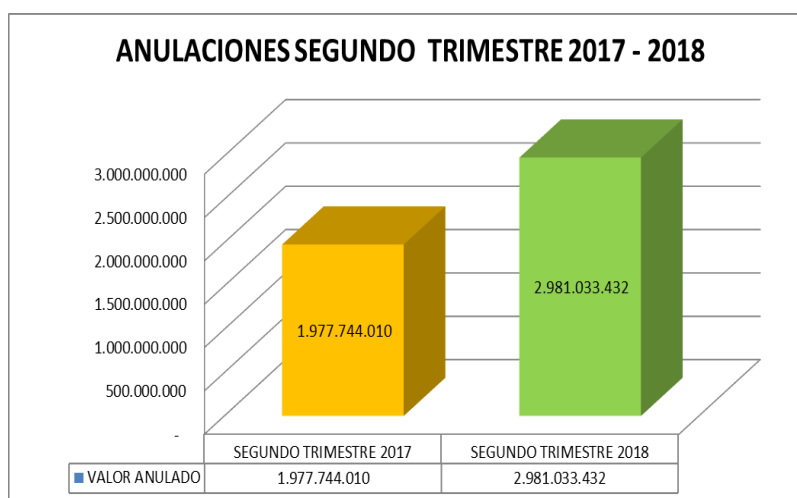
En el área de autorizaciones también se ha definido que una persona del grupo sea la que agende citas con las diferentes EPS, para que gestione de manera externa la obtención de las autorizaciones, desplazándose y llevando los soportes de los envíos de las solicitudes de autorizaciones. Así como en el área de autorizaciones urgencias y autorizaciones consulta externa, en el área de autorizaciones cuarto piso se ha unificado el mail de autorizaciones específico para solicitar y recibir las autorizaciones de Convida EPS que permita mejorar la gestión de la autorización con la EPS de mayor participación en la facturación del hospital.

Radicación: El área de radicación ha presentado problemas de radicación de facturas en especial con Convida EPS relacionados con la validación y soporte de los archivos RIPS según Res 3374/00, al presentarse errores en los RIPS estos se deben cambiar y genera demoras en el proceso de radicación. Los errores se generan con nueva parametrización en el sistema de Convida EPS como cambios en los CUMS, cambios en los CUPS, sitio de origen de usuario, sexo del usuario con error parametrizado en las bases de datos de Convida. Los cambios mencionados se han dado sin previo aviso o notificación a los hospitales. El HUS Bogotá ha contado con tres personas para proceder a radicar en EPS Convida y la sede Zipaquirá ha contado con dos personas para poder hacer cambios de RIPS y radicar en Convida.

En este semestre no se ha podido radicar la facturación de la Secretaría de Salud de Cundinamarca dado a que esta entidad cambió los lineamientos de radicación en cumplimiento del Decreto 762 de 2017 en donde se debe entregar un informe con metas de producción de servicios y de gestión financiera de la ESE y hace falta la realización del contrato suscrito entre Secretaria de Salud de Cundinamarca y Hospital de la Samaritana.

Anulaciones: Existe un correo específico para que los facturadores notifiquen las anulaciones requeridas. Este proceso lo realiza el líder de facturación y en el caso de no encontrarse en el HUS el líder lo realiza facturación.apoyo, las anulaciones que se realizan obedecen a las causales que se mencionaron en el tema de ingresos abiertos causa esta que ha generado un aumento en las anulaciones (con respecto a la vigencia anterior) al igual que el ajuste a la centena de las facturas SOAT y ADRES y las generadas por la homologación y actualización de códigos que se encuentra realizando el área de mercadeo en cumplimiento de la Resolución 5171 de 2017 y la actualización de códigos SOAT, además se presentan las anulaciones que genera el facturador por cambio de línea de pago, al no facturar lo no pos, al sobrefacturar, al subfacturar, al realizar cambio de código de procedimientos, al no liquidar copagos.

Existe otro tipo de anulaciones como en consulta externa, cirugía y urgencias cuando por causal de médicos especialistas o de la voluntad del paciente o de su estado de salud no se realizan las consultas o los procedimientos programados.

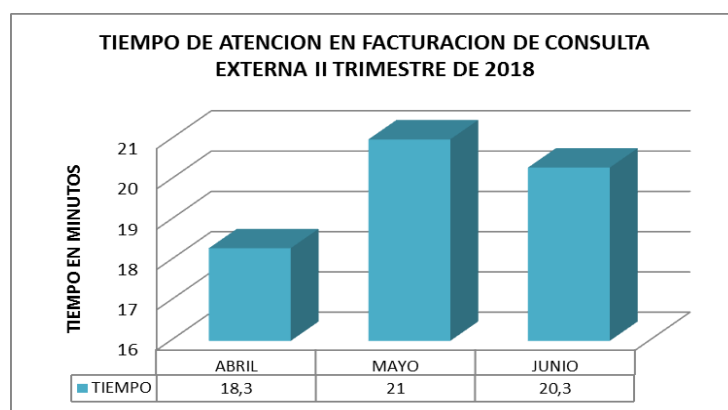


Conciliaciones con el área contable: El área de facturación en conjunto con el área contable realiza conciliaciones por centros de costo de la cuenta 43 de manera mensual lo que permite identificar de manera oportuna las acciones a mejorar y la realización de las aclaraciones y ajustes pertinentes.

Facturación: Con el objeto de mejorar el conocimiento del talento humano del área, el cual se vea reflejado en la mejora de la facturación del Hospital se han realizado en el primer semestre capacitaciones al personal en temas como: Manual Tarifario Decreto 2423 de 1996 en especial facturación de procedimientos quirúrgicos, facturación de Unidad de cuidado intensivo e intermedio y Facturación ADRES, de manera previa a estas capacitaciones se ha aplicado evaluaciones de conocimiento que permite diagnosticar el nivel de conocimiento del personal en los temas de facturación. Este procedimiento se ha realizado en ambas sedes Bogotá y Zipaquirá.

De carácter mensual se realiza el seguimiento de la producción de cada facturador teniendo en cuenta, la facturación pendiente por entregar, los ingresos abiertos, las anulaciones, la facturación generada, la asignación de citas generadas, la nota obtenida en el examen para verificar la mejora del proceso observada en cada uno de los facturadores.

INDICADOR: Tiempo de Facturación Consulta Externa



En el área de consulta externa de la sede de Bogotá se lleva a cabo la medición del tiempo de facturación desde el momento de la llegada del paciente a tomar el turno (Digiturno) hasta el momento donde se le genera la factura, los resultados generados de esta medición han dado un promedio de 20 minutos, lo cual se encuentra dentro de la meta del servicio que esta de 15 a 30 minutos.

Para el valor anterior el área de facturación al momento de realizar la asignación de la cita, informa al usuario que debe acercarse a facturar por lo menos con 30 minutos de anterioridad. Este valor ha disminuido de 45 minutos a 30 minutos para esta vigencia.

Facturación Bogotá

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2016		2017		2018	
	TOTAL 2016	% PART	TOTAL 2017	% PART	TOTAL	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	330.778.239	0,6%	313.727.088	0,6%	335.817.425	0,6%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	1.361.582.525	2,6%	2.239.964.866	4,3%	2.275.286.383	4,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	-	0,0%	92.518.343	0,2%	1.807.500	0,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS - C.ESPECIALIZADA (4)	3.890.637.104	7,5%	3.662.787.481	7,0%	3.946.758.902	6,9%

HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	7.080.236.268	13,6%	7.302.238.296	13,9%	6.619.723.790	11,6%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	1.651.728.018	3,2%	2.756.223.022	5,2%	1.721.432.665	3,0%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.036.793.980	2,0%	1.370.610.615	2,6%	915.306.816	1,6%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	1.847.297.594	3,5%	1.681.271.641	3,2%	1.871.843.552	3,3%
QUIROFANOS	6.885.809.701	13,2%	6.900.829.382	13,1%	6.110.821.101	10,7%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	4.431.134.257	8,5%	3.823.611.324	7,3%	4.419.860.155	7,7%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	4.805.779.039	9,2%	5.209.249.435	9,9%	6.686.651.220	11,7%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	298.803.327	0,6%	390.667.145	0,7%	393.081.750	0,7%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	2.385.762.586	4,6%	2.272.839.496	4,3%	2.585.786.712	4,5%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	970.535.630	1,9%	977.016.498	1,9%	1.124.786.935	2,0%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	1.165.842.593	2,2%	1.177.362.666	2,2%	1.521.676.291	2,7%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	132.168.219	0,3%	173.338.957	0,3%	208.746.342	0,4%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	13.053.951.421	25,0%	11.313.758.798	21,5%	15.960.890.752	27,9%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	84.425.152	0,2%	92.714.712	0,2%	119.867.489	0,2%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	-	0,0%	80.500	0,0%	31.600	0,0%
SERVICIOS C. A LA SALUD-SERV.AMBULANCIA (22)	2.902.400	0,0%	993.200	0,0%	523.800	0,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	108.758.789	0,2%	734.665.283	1,4%	370.767.520	0,6%
FACTURACION MODULO (CTA 43)	51.782.746.571	99,2%	52.522.245.200	100,0%	57.191.468.700	100,0%

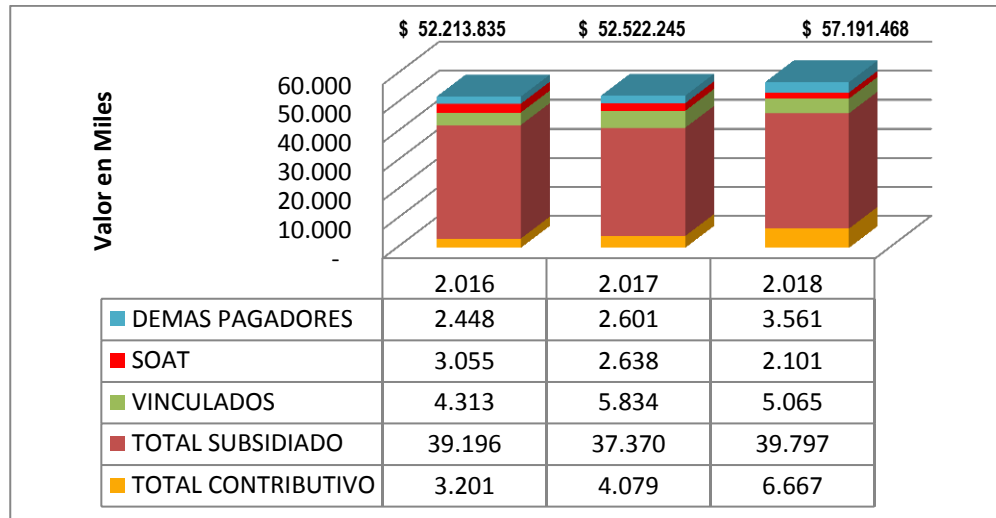
En la sede de Bogotá durante el primer semestre de la vigencia 2018, se evidenció un aumento de la facturación en un 9% con respecto al año anterior, el cual está representado en \$ 4.669.223.500 millones, correspondientes al incremento de los siguientes centros de costos como: Servicios ambulatorios – Consulta especializada con \$3.946 millones, Hospitalización – Recién nacidos con \$1.871 millones, Apoyo Diagnóstico - Laboratorio Clínico con \$4.419 millones, Apoyo Diagnóstico Imagenología con \$6.686 millones, Apoyo Diagnóstico otras Unidades con \$2.585 millones, Apoyo Terapéutico - Banco de Sangre con \$1.521 millones, Farmacia e Insumos Hospitalarios con \$15.960 millones, en este último se aumenta notablemente dado a un ajuste en la parametrización de este centro de costo en especial en el mes de mayo.

La facturación tuvo un aumento importante en apoyo diagnóstico (laboratorio e imagenología), terapéutico (farmacia) y en la consulta especializada.

Los servicios que disminuyeron la facturación en el primer semestre fueron Hospitalización - Estancia General con \$6.619 millones, Hospitalización Unidad de Cuidado Intensivo con \$1.721 millones, Hospitalización Cuidado Intermedio con \$915 millones.

Se observa que la disminución de la facturación obedeció a un ajuste en la parametrización de los centros de costos de la Unidad de Cuidado intensivo e intermedio y Estancia General.

Las ventas totales para el primer semestre de la vigencia 2018 fueron de \$57.191.468.700 millones, y el promedio mensual correspondió a \$9.531.911.450.

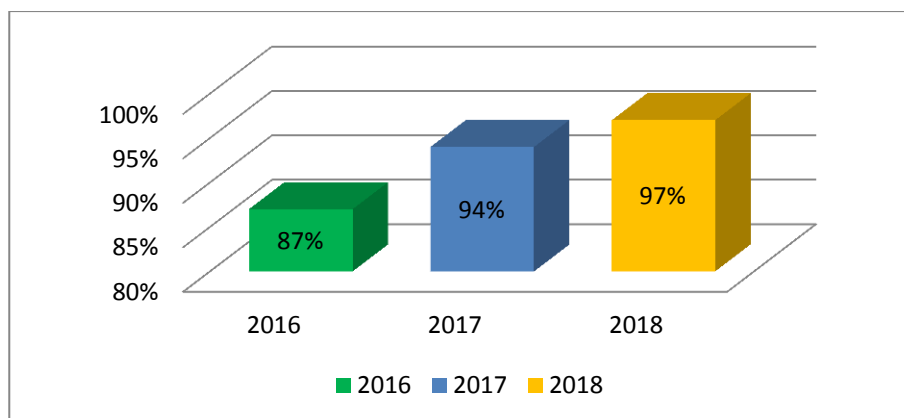


Al realizar un análisis por régimen se observa que en el régimen contributivo en el primer semestre se presentó un aumento en las ventas por \$ 2.588.142.817 millones, de este régimen las EPS más representativa fueron Famisanar seguida de Medimas, Nueva EPS, Convida C, Compensar y Cruz Blanca.

En el régimen subsidiado en el primer semestre la facturación registró un aumento en la vigencia de \$ 2.426.256.450 millones con respecto a la vigencia anterior. La mayor representación de aumento se ve reflejada en la EPS-S Convida cuya diferencia considerable de incremento con respecto a la vigencia anterior fue de \$4.917.773.633

En el régimen subsidiado, las EPS en donde el comportamiento de disminución de facturación se observó fueron en Comparta seguida de Entes Territoriales y Aseguradoras SOAT.

Radicación Bogotá



La radicación de la sede Bogotá para este primer semestre se encontró en un 97%, durante este periodo se

presentaron problemas de radicación con la Secretaria de Salud de Cundinamarca, dado a que a la fecha no se ha radicado lo correspondiente al semestre teniendo en cuenta el cambio en el método de radicación (por actividades) y la falta de suscripción del contrato. El valor pendiente por radicar por este concepto es de \$3.107.447.510, para lo cual se ha preparado el reporte en Dinámica que genere el informe de producción.

RADICACION BOGOTA	
TOTAL FACTURADO (Facturación Cerrada)	57.191.468.700
Menos	
MES JUNIO (Radicación Julio 18)	10.135.119.052
SSC	3.107.447.510
Total	43.948.902.137
TOTAL RADICADO	42.725.795.215
% Radicación	97%

Facturación Zipaquirá

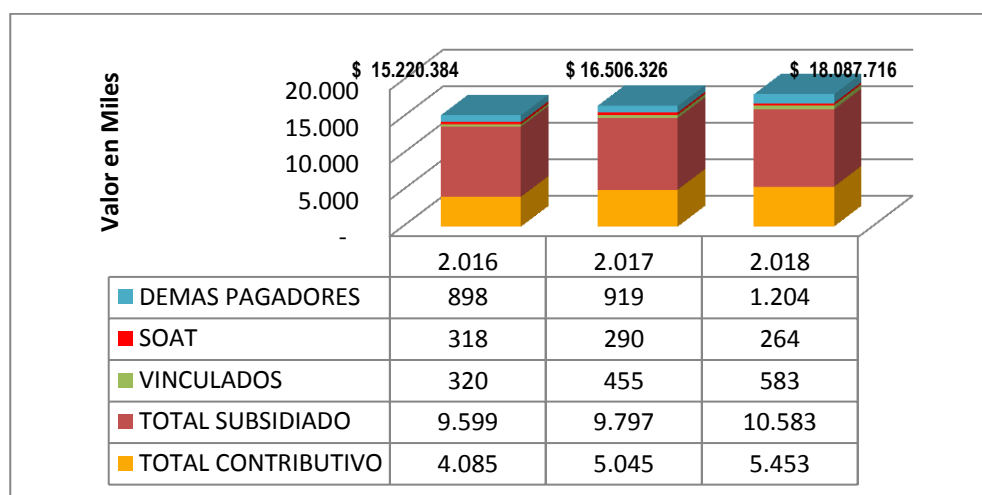
FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS DETALLE	2016		2017		2018	
	TOTAL	% PART	TOTAL	% PART	TOTAL	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	956.516.543	6,3%	1.184.753.276	7,2%	1.083.880.761	6,0%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	675.958.174	4,4%	530.097.295	3,2%	543.816.050	3,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	954.378.819	6,3%	694.546.018	4,2%	888.526.421	4,9%
SERVICIOS AMBULATORIOS - C.ESPECIALIZADA (4)	1.545.659.780	10,2%	2.201.052.195	13,3%	2.563.693.780	14,2%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	317.852.500	2,1%	284.344.454	1,7%	420.795.296	2,3%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	1.765.845.301	11,6%	2.266.035.994	13,7%	1.758.667.355	9,7%
HOSPITALIZACION -RECEN NACIDOS (10)	137.456.500	0,9%	200.723.560	1,2%	162.750.931	0,9%
QUIROFANOS	2.638.369.699	17,3%	2.401.251.286	14,5%	2.602.850.295	14,4%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	1.916.250.341	12,6%	2.215.849.549	13,4%	2.721.990.753	15,0%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	1.025.479.994	6,7%	1.125.319.806	6,8%	1.451.241.889	8,0%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	170.052.500	1,1%	137.543.870	0,8%	190.357.900	1,1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	881.619.135	5,8%	904.385.584	5,5%	1.123.529.348	6,2%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	215.540.660	1,4%	242.375.191	1,5%	287.807.856	1,6%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	98.528.842	0,6%	122.173.064	0,7%	142.368.500	0,8%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	914.647.810	6,0%	754.056.788	4,6%	855.655.183	4,7%

APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	10.921.700	0,1%	26.754.878	0,2%	56.833.440	0,3%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	418.104.600	2,7%	607.009.288	3,7%	836.787.778	4,6%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	170.806.359	1,1%	207.038.615	1,3%	184.496.012	1,0%
SERVICIOS C. A LA SALUD-SERV.AMBULANCIA (22)	150.577.200	1,0%	147.500.100	0,9%	173.755.400	1,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S.DOCENTES (25)	-	0,0%	(193.426.878)	-1,2%	-0	0,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	227.781.775	1,5%	446.148.706	2,7%	37.904.907	0,2%
Facturación Módulo (43)	15.193.020.752	99,8%	16.506.326.909	100,0%	18.087.716.235	100,0%

En la sede de Zipaquirá se observó un aumento de la facturación con respecto a la vigencia del año anterior en un 9.5 % el cual está representado en \$ 1.581.389.326 millones, los centros de costos representativos para este aumento son: Servicios Ambulatorios-Consulta Externa y Procedimientos con \$888 millones, Servicios Ambulatorios - Consulta Especializada con \$2.563, Quirófanos con \$2.602 millones, Apoyo Diagnostico-Laboratorio con \$2.721 millones, Imagenología \$1.451 millones, Farmacia con \$855 millones y promoción y prevención con \$836 millones.

En esta sede se presentó una disminución en las ventas en los centros de servicios de Urgencias, consulta y procedimientos, Hospitalización – Estancia General y Hospitalización Recién Nacidos.

Las ventas en la sede de Zipaquirá para el primer semestre ascienden a un valor de \$ 18.087.716.235 millones, correspondiendo a un promedio de ventas de \$3.014.619.373



En la facturación por régimen se observó que en el régimen contributivo se presentó un aumento de \$408 millones con respecto a la vigencia anterior cuya representación se encuentra en la EPS Famisanar, seguida de nueva EPS y Sanitas, en el régimen subsidiado hubo un aumento de \$786 millones cuya mayor participación fue la de EPS Convida en lo relacionado con la capitación y se observó un aumento de \$128 millones en el vinculado.

Radicación Zipaquirá



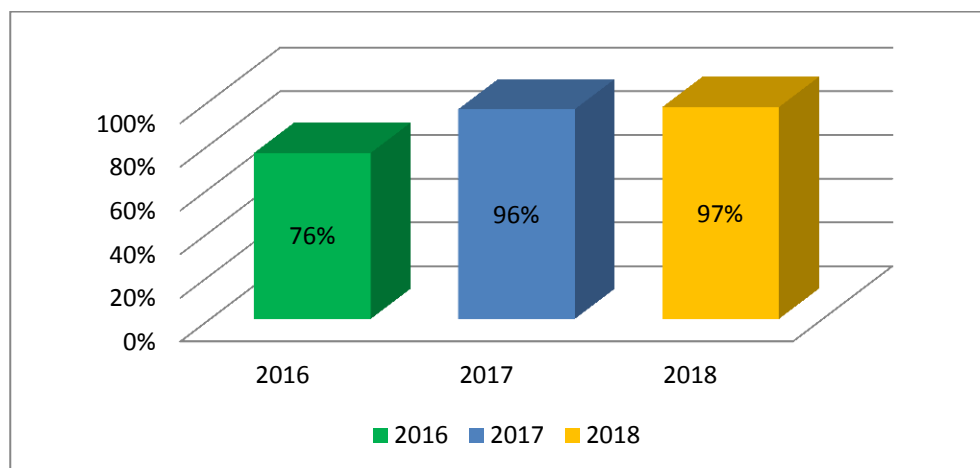
051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"





La radicación del primer semestre de la sede Zipaquirá se encontró en un 97%. Para esta vigencia se presentaron problemas de radicación con la Secretaría de Salud de Cundinamarca por el cambio en el método de radicación, la cual se realiza por actividades, el valor pendiente por radicar es de \$ 396.975.762. Por lo anterior el área de facturación ha preparado el reporte en Dinámica que genere el informe de producción.

RADICACION ZIQAQUIRÁ	
TOTAL FACTURADO (Facturación Cerrada)	18.087.716.235
Menos	
MES JUNIO (Radicación Julio 18)	3.032.625.582
SSC	396.975.762
Total	14.658.114.891
TOTAL RADICADO	14.384.800.990
% Radicación	98%

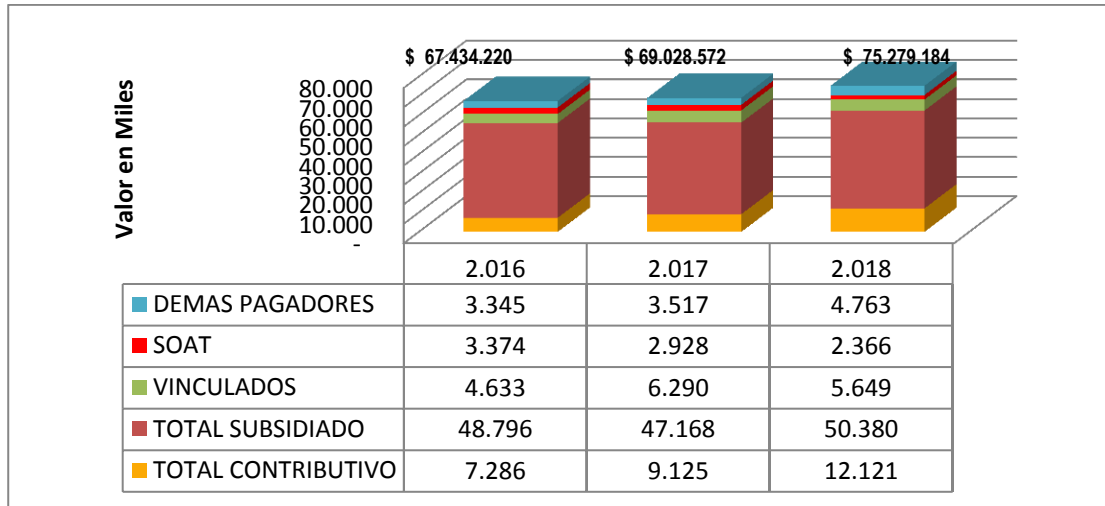
Facturación Consolidado

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2016		2017		2018	
	TOTAL 2016	% PART	TOTAL 2017	% PART	TOTAL	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	1.287.294.782	1,9%	1.498.480.364	2,2%	1.419.698.186	1,9%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	2.037.540.699	3,0%	2.770.062.161	4,0%	2.819.102.434	3,7%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y	954.378.819	1,4%	787.064.361	1,1%		1,2%

PROCE (3)					890.333.921	
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	5.436.296.884	8,1%	5.863.839.676	8,5%	6.510.452.682	8,6%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	317.852.500	0,5%	284.344.454	0,4%	420.795.296	0,6%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	8.846.081.569	13,1%	9.568.274.290	13,9%	8.378.391.145	11,1%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	1.651.728.018	2,4%	2.756.223.022	4,0%	1.721.432.665	2,3%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.036.793.980	1,5%	1.370.610.615	2,0%	915.306.816	1,2%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	1.984.754.094	2,9%	1.881.995.200	2,7%	2.034.594.483	2,7%
QUIROFANOS	9.524.179.400	14,1%	9.302.080.668	13,5%	8.713.671.396	11,6%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	6.347.384.598	9,4%	6.039.460.873	8,7%	7.141.850.908	9,5%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	5.831.259.033	8,6%	6.334.569.241	9,2%	8.137.893.109	10,8%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	468.855.827	0,7%	528.211.015	0,8%	583.439.650	0,8%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	3.267.381.721	4,8%	3.177.225.080	4,6%	3.709.316.060	4,9%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.186.076.290	1,8%	1.219.391.689	1,8%	1.412.594.790	1,9%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	1.264.371.435	1,9%	1.299.535.730	1,9%	1.664.044.791	2,2%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	132.840.738	0,2%	174.133.227	0,3%	208.752.721	0,3%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	13.968.599.231	20,7%	12.067.815.585	17,5%	16.816.545.934	22,3%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	95.346.852	0,1%	119.469.590	0,2%	176.700.929	0,2%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	418.104.600	0,6%	607.089.788	0,9%	836.819.378	1,1%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	153.479.600	0,2%	148.493.300	0,2%	174.279.200	0,2%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	170.806.359	0,3%	207.038.615	0,3%	184.496.012	0,2%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	108.758.789	0,2%	541.238.405	0,8%	370.767.520	0,5%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	485.601.505	0,7%	481.925.159	0,7%	37.904.907	0,1%
TOTAL (cuenta 43)	66.975.767.323	99,3%	69.028.572.108	100,0%	75.279.184.934	100,0%

Para la vigencia 2018 el total de las ventas del HUS en el primer semestre fueron de \$ 75.279.184.934 millones, dentro de los principales servicios que registraron participación fueron: servicios ambulatorios de consulta externa y procedimientos, servicios ambulatorios de consulta especializada, servicios ambulatorios salud oral, Hospitalización recién nacido, apoyo diagnóstico laboratorio e imagenología, Banco de sangre y el más representativo farmacia e insumos.

El promedio de ventas mensuales para el primer semestre de 2018 se encontró en \$ 12.546.530.822 millones.

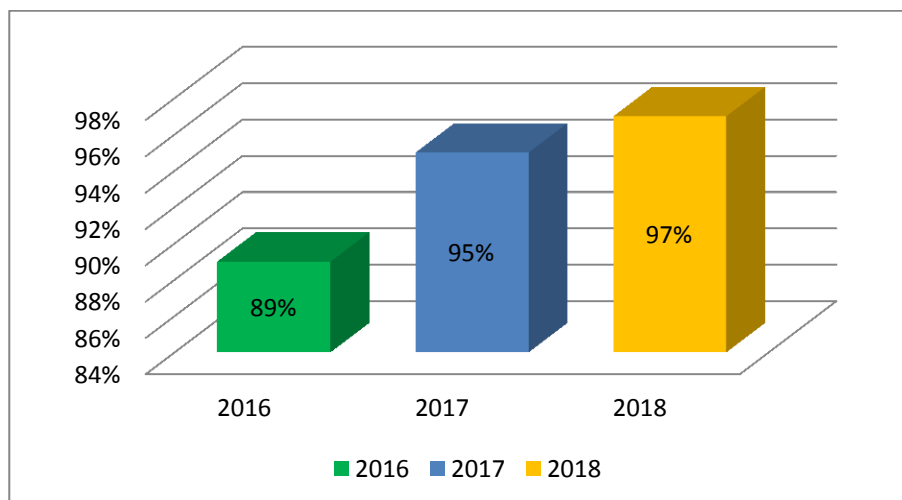


Al realizar la validación por régimen se observa que la facturación ha aumentado en esta vigencia en un 9% frente a la vigencia anterior, el principal pagador del régimen contributivo es Famisanar EPS con respecto a otras EPS contributivas como Medimas y Nueva EPS.

Para el régimen subsidiado se evidencia que la EPS con mayor participación es Convida con un 48 % sobre el total las ventas.

En el régimen vinculado, se observa disminución de \$641 millones con respecto a la vigencia anterior.

Radicación consolidado



El proceso de radicación para el primer semestre de la vigencia 2018, se cierra con un total de 97% este valor se calcula de la siguiente manera:

RADICACION CONSOLIDADO	
TOTAL FACTURADO NIF 2017	75.279.184.934
Menos:	
MES JUNIO (Radicación Julio 18)	13.167.744.634
SSC	3.504.423.272
Total	58.607.017.028
TOTAL RADICADO	57.110.596.205
% Radicación	97%

La radicación consolidada se encuentra en un 97%. Para esta vigencia se encuentran pendiente por radicar este semestre a la Secretaria de Salud de Cundinamarca correspondiente a las dos sedes Bogotá y Zipaquirá, debido a situaciones de cambio en el método de radicación, la cual se realiza por actividades, se ha trabajado el reporte para que el informe de producción lo genere dinámica, el valor pendiente por radicar es de \$ 3.504.423.272

12.1.1 Objeciones y glosas

Este informe gerencial, tiene como objetivo presentar las cifras y acciones realizadas dentro del área de Gestión de Objeciones con relación a la recepción, contestación, aceptación y conciliación de las glosas y las devoluciones interpuestas por las diferentes ERP, a las que se les prestan servicios de salud de los regímenes Subsidiado, Contributivo, SOAT y demás pagadores dentro del SGSSS, con corte Junio de las vigencias 2016, 2017 y 2018, detallando el trámite realizado por U. F. Bogotá, U.F. Zipaquirá y U.F. Girardot, que aún continúa reflejando en los estados contables presentados saldos de facturas aún existen y en trámite.

El área de Objeciones es responsable del proceso que consolida toda la información por facturación glosada o devuelta por las diferentes ERP con hallazgos iniciales de auditoría técnica, administrativa y médica, que indican que no se cumplió totalmente con los estándares de calidad en factura y por lo tanto surtió ajustes parciales o totales, disminuyendo las proyecciones de ingreso frente a la venta en los diferentes meses objeto del análisis con requerimiento de intervención inmediata bajo la regulación normativa y garantizar con los esfuerzos y buenas prácticas administrativas el retorno de los recursos glosados y/o con devoluciones.

Por lo anterior, estos procesos se definen y gestionan bajo estructuras correctivas y de información retrospectiva a las diferentes áreas, que son las generadoras del registro, los acuerdos, los planes de manejo, NO POS, el suministro, la autorización y la facturación final entre otros, convirtiendo la respuesta en una actividad complementaria de búsqueda activa de soportes; cuando las objeciones son gobernables por el HUS y sustentar técnica y normativamente aquellas inherentes a enfoques errados de las diferentes ERP.

Es por esto, que los esfuerzos y planes de mejoramiento del área se enfocan en tres líneas principalmente:

- Oportunidad en el ingreso y la respuesta a glosa y devoluciones, cumpliendo con lo definido en la Resolución 3047/08.

- Socialización oportuna al cierre de periodo a las áreas de Facturación, Asistencial, Auditoria concurrente y Farmacia; con el fin de explicar y dar a conocer los resultados de la operación con enfoque de motivos de glosa, teniendo como referencia la frecuencia e impacto.
- Capacitación técnica al personal con fortalecimiento de competencias, seguimiento a indicadores productivos, más mejoramiento en calidad y exactitud en las respuestas.

Dentro de los planes de gestión para el II trimestre del 2018 es importante mencionar y resaltar las intervenciones concretas de mejoramiento, ordenamiento, saneamiento objetivo, implementado y en desarrollo dentro del área de Objeciones:

- Inventario total de los Físico de la glosa existente con corte al 31 de Mayo de 2018
- Ingreso del total de la glosa pendiente dentro del trimestre, tanto en físico como en magnético y las reportadas en diferentes plataformas de notificación.
- Integración del grupo de glosas y devoluciones, ante el análisis de impacto “no ingreso” en ambos modelos que se trataban de manera no articulada.
- Re distribución de las ERP por técnico con los dos procesos “Glosas y Devoluciones”, menor número de empresas /mayor articulación y resolución transversal.
- Asignación de la actividad de agendamiento de citas de conciliación a la Secretaria del área, con refuerzo en la cantidad de las mismas proyectadas a cierre de mes.
- Modelo de grupos de trabajo integrados, conformados por un médico auditor, tres técnicos y un auxiliar, buscando optimización de tiempos de respuesta, planeación y alistamiento de las conciliaciones e incremento en la respuesta y radicación.
- Gestión y oportunidad en la solicitud de soportes, demás pendientes e inicio de saneamiento objetivo por vigencias, por montos y ERP.
- Estandarización de conciliaciones con médico y técnico simultáneamente.
- Intervención al proceso de NO POS, en busca de minimizar el impacto en aceptación.
- Actualización y solicitud al área de cartera de cruces financieros por ERP.
- Registro de todos las ERP en el módulo de DGH
- Respuesta a pertinencia en el módulo DGH

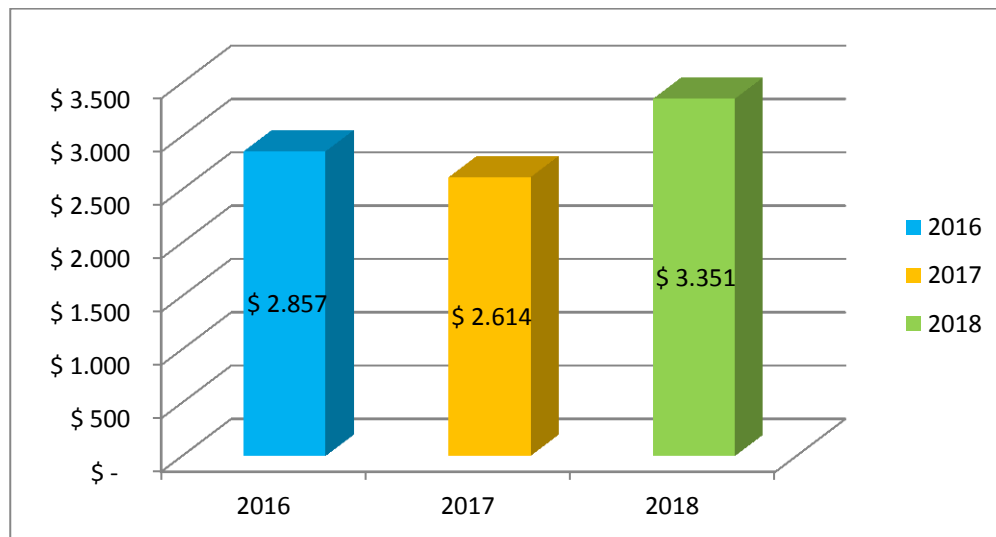
Algunos de los controles implementados son:

- Saneamiento de la glosa y devoluciones, enfocada en decisiones y resolución objetiva de los motivos planteados y lineamientos de llevar a conciliaciones, soportar o aceptar diferencias, cerrando por vigencias y manteniendo los estándares de aceptación definidos en el PAS.
- Socialización sistemática de los motivos de glosas y devoluciones con corte a Junio de 2018, para así sensibilizar al personal encargado del impacto con estrategias y actividades que permitan la disminución de la glosa e ir desapareciendo las devoluciones, priorizando los siguientes conceptos:
- **ADMINISTRATIVA:** Soportar debidamente las facturas – “checklist” Gestión de las Autorizaciones “no envíos como soporte- físico o No. de autorización” Ajustar portafolios a tarifas vigentes - Validar y ajustar Compensar, Positiva, Nueva EPS etc. Implementación modelo Pre auditoria Cuentas Medicas **ASISTENCIAL** Oportunidad y seguimiento a Estancias – “ Calificación Estancias y Oportunidad” Interpretación y Registro – “Ayudas Diagnosticas y descripción Quirúrgica”
- **GESTION NO POS** Seguimiento y gestión NO POS – “No envíos – consecución de autorización y acta” Enlace con Admisiones - “ Identificación y cambio de líneas de aseguramiento”
 - Seguimiento y control semanal - Cruce de datos y notificación a ERP

- Implementación del cronograma de capacitación direccionado al personal auxiliar, técnico y médico del área, buscando mayor preparación, potenciar las competencias y mayor objetividad en las respuestas con enfoque normativo.
- Intervención en diferentes Aseguradoras, con el fin de buscar escenarios de conciliación de reclamaciones en estado extemporáneo y prescrito, con envío de propuesta de saneamiento.
- Mayor oportunidad en la radiación de devoluciones de alto monto y por RIPS especialmente, que venían teniendo tiempos prolongados de resolución, este tiempo ha disminuido y tenemos actualmente mayor oportunidad.

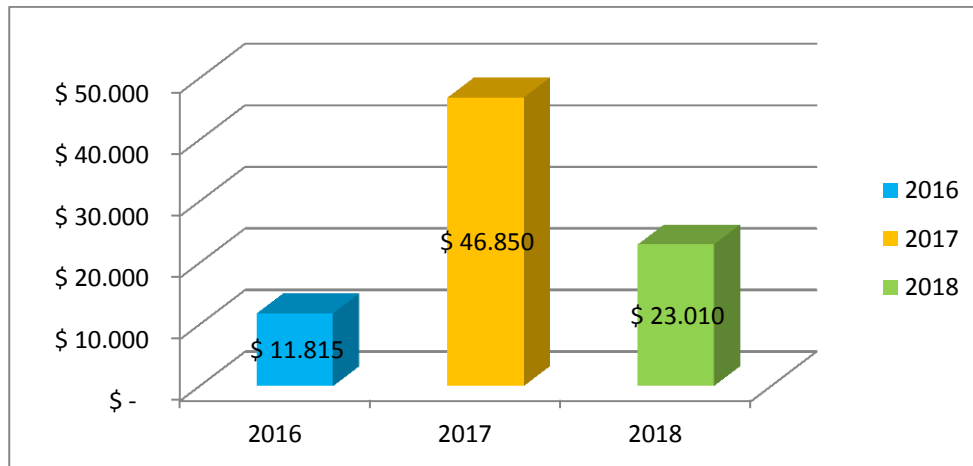
INDICADORES AREA GESTION DE OBJECIONES

Comparativo valor aceptado Consolidado glosas



Para los periodos analizados y comparativos, se presenta un incremento del **26%** en la aceptación para el primer semestre del 2018 frente a la vigencia 2017 que se refleja claramente; primero la puesta al día del ingreso de la glosa y devoluciones y consecuentemente al saneamiento propuesto enfocado en decisiones y resolución objetiva de los motivos planteados y el lineamiento de llevar a conciliaciones, soportar o aceptar diferencias, con propuesta de cierre por vigencias y monto, manteniendo los estándares de aceptación definidos en el PAS.

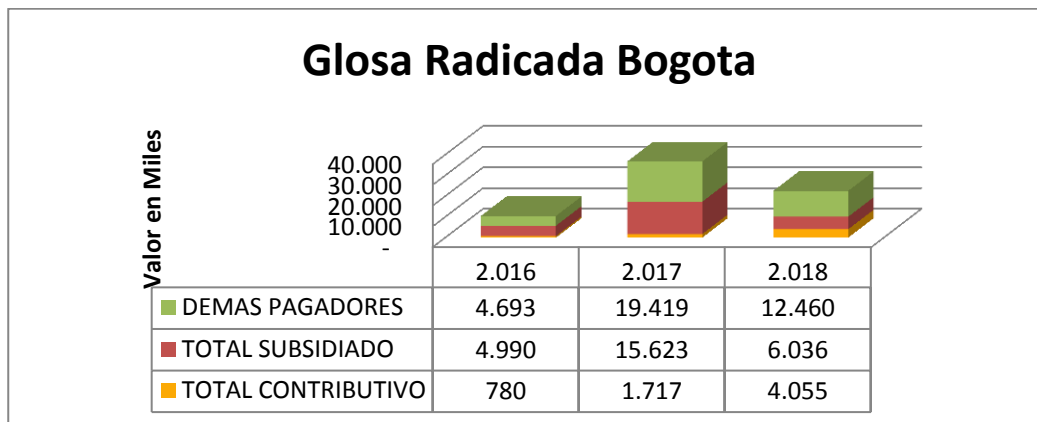
Comparativo valor tramitado Consolidado glosas:



Considerando que se logró la puesta al día en ingreso de la glosa y se continuo con conciliaciones masivas, aun no se ve reflejado con contundencia la gestión al trámite, pero continuamos con todos los esfuerzos necesarios en la radiación de respuesta dentro de los tiempos definidos normativamente y mejorar la búsqueda activa de citas de conciliaciones, que permitirá estabilizar el proceso y mantenerlo acorde a el ingreso registrado por periodo.

Objeciones y Glosas Bogotá

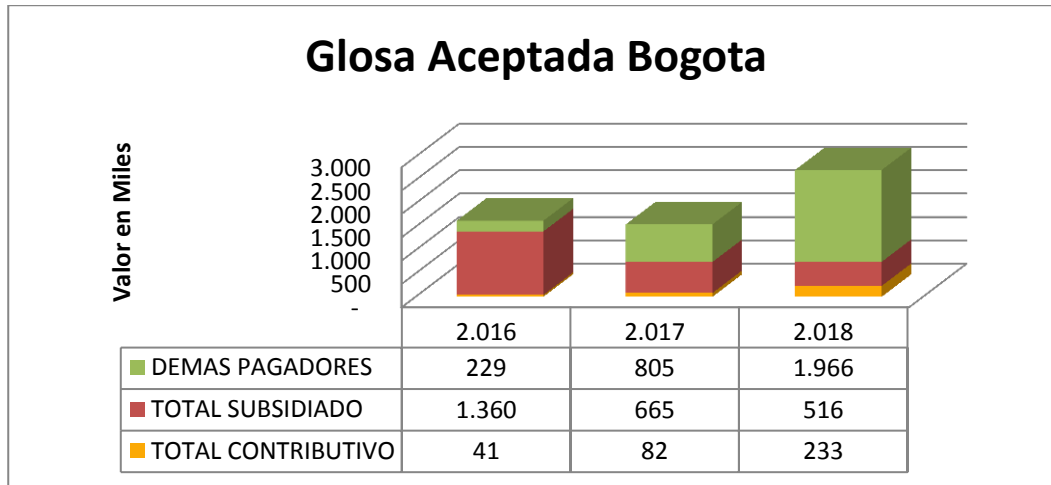
Glosa Radicada



La glosa radicada disminuyo para el II trimestre del 2018 en un **39%** principalmente por decrecimiento en el ingreso de la glosa y las devoluciones especialmente en el mes de Abril de 2018.

En el **Régimen Contributivo** se incrementó en este periodo el **226%** por entidades como Famisanar EPS EPS la cual paso de reportar en el 2017 \$436 millones de glosa en el II trimestre a reportar en el 2018 en el mismo periodo \$694 millones de pesos representado en su mayoría por Devoluciones de cuentas y Nueva EPS la cual paso de reportar en el 2017 \$88 millones de glosa en el II trimestre a reportar en el 2018 en el mismo periodo \$441 millones de pesos representado en su mayoría por Devoluciones de cuentas, así mismo para este periodo el crecimiento por el reporte de Objeciones de las EPS Comparta, Compensar EPS y Medimas EPS fue producto de consecución e ingreso de los motivos de glosa y devoluciones reportados en las diferentes plataformas y se logró el ingreso de la misma.

En el **Régimen Subsidiado** se presenta una disminución del **57%** en la glosa reportada con respecto al mismo periodo del año anterior, esto se debe a la disminución de la glosa reportada por la EPS CONVIDA ya que en el 2017 se reportaron \$9.839 millones de pesos mientras que en el 2018 se reportaron \$1.032 millones por un atraso operativo en la notificación de la EPS. En cuanto a los **demás pagadores** el valor reportado decrece el **31%** especialmente por Secretaria de Cundinamarca que no registro avances en la notificación de la glosa mes para el II trimestre del 2018 que registra valor \$ 0 y para el mismo periodo de la vigencia 2017 cerro con \$ 2.488 millones.

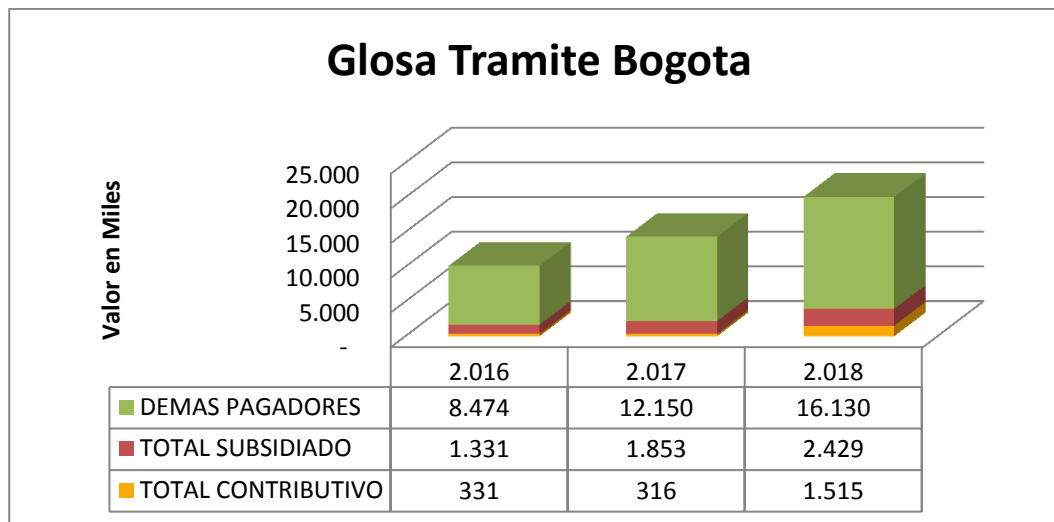


En el **Régimen Contributivo** la glosa aceptada de glosa y devoluciones presenta un aumento del **185 %** comparado con el mismo periodo del año anterior, por entidades como Famisanar EPS la cual paso de tener una aceptación de \$19 millones a \$157 millones, Salud Total EPS a corte del segundo trimestre reporta aceptación de \$ 5 Millones en el 2017 a \$ 26 millones en el 2018, por acciones de conciliación y aceptación en temas relacionados con no autorización y no actas de NO POS especialmente.

En el **Régimen Subsidiado** se presenta una disminución del **29%** teniendo en cuenta que en el primer trimestre de 2017 se registró una mayor aceptación de la EPS CONVIDA por las conciliaciones realizadas las cuales fueron de gran monto, ECOOPSOS EPS contribuye a la disminución en aceptación por no disponibilidad de acceso a conciliación para el cierre del II trimestre con disminución del 99% frente al mismo periodo de la vigencia 2017.

En cuanto a los **demás pagadores** se presenta un aumento **144%** en la aceptación de glosa por Entes Territoriales ante la definición y saneamiento se realizó un mayor número de respuesta y conciliación a la glosa y devoluciones encontrando como hallazgo facturas sin línea de pago correctamente definida, no autorizaciones o no reporte de actas de NO POS, por lo cual se dio el incremento en la aceptación.

Aun con el incremento reflejado para el II trimestre de 2018, frente al mismo periodo de las vigencias anteriores, reiteramos los avances generados por respuesta y conciliación más la planeación estructurada y objetiva de cumplir con los cierres y saneamientos del área, en busca de estar al día en la operación y mantener los estándares de aceptación definidos.



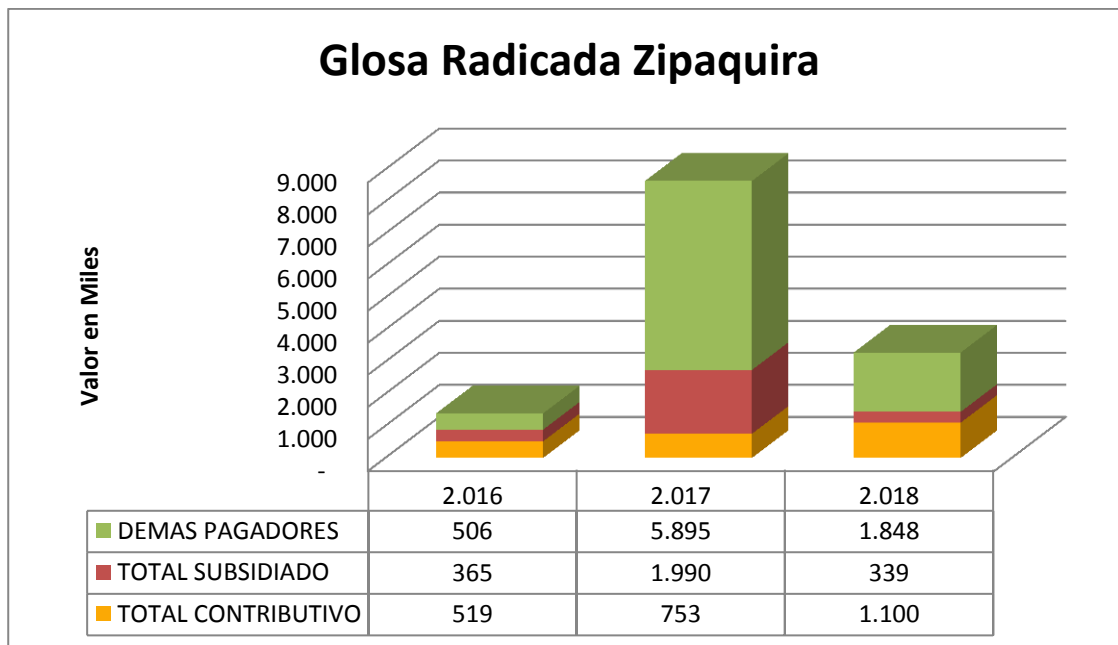
En cuanto al **Régimen Contributivo** el porcentaje de glosa en trámite aumento en **379%** debido a entidades como Coomeva EPS y Medimas EPS especialmente, tenían un saldo importante en devoluciones, el cual se inició su ciclo de respuesta, consecución de las autorizaciones y los NO POS para definir y avanzar, adicionalmente que se realizó un trabajo de consolidación seguimiento y estados de pendiente al día, con todas las entidades adicionales del régimen contributivo en busca de iniciar disminución marcada en la gestión a lo pendiente.

En el **Régimen Subsidiado** se presenta un incremento del **31%** en la glosa en trámite al finalizar el II trimestre del 2018, con respecto al mismo periodo de la vigencia 2017, representados básicamente en Convida EPS y Ecoopsos EPS que en depuración se realizó el ingreso y está en proceso el descargue de la respuesta una vez surtido el efecto de firma de actas de conciliación.

En cuanto a los demás pagadores el valor en trámite aumenta en 33% al cierre del II trimestre del 2018 con respecto a la vigencia 2017, lo que hace que el comportamiento de la glosa en trámite en general presente un incremento del 40% básicamente por ingreso de glosa y devoluciones más la puesta al día con el desarrollo del inventario y la inclusión de bases digitales reportadas por diferentes ERP, sin embargo ante la unificación del proceso y los planes de conciliación en desarrollo, esperamos iniciar la disminución de la glosa en este estado de manera gradual.

Objeciones y Glosas Zipaquirá

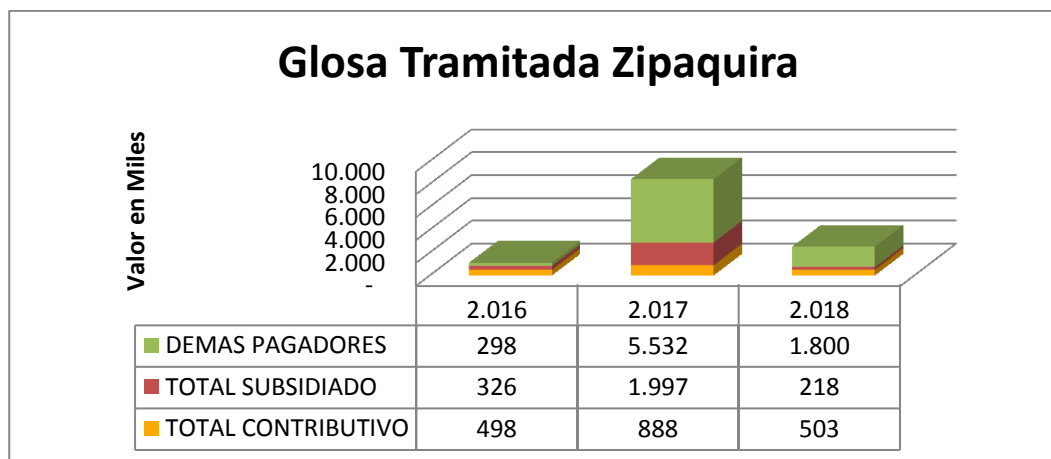
Glosa Radicada Zipaquirá



Para el **Régimen Contributivo** se presentó un aumento de la glosa radicada **47%** para la UF de Zipaquira al cierre del II trimestre del 2018 con respecto al mismo periodo de la vigencia 2017, por parte de Medimas EPS y Salud Total EPS, Coomeva y Famisanar EPS quienes presentaron glosa a través de plataforma y/o correos, que fueron bajados en su totalidad e incluidos en el módulo DGH.

En el **Régimen Subsidiado** se tiene una disminución del **83%** en la glosa radicada por la no notificación de glosa de la entidad Convida EPS para el mes de Mayo y Junio de la Vigencia 2018 y de igual manera para la EPS Ecoopos que se gestionó conciliación y cierre de periodo sin recepción al momento de nuevos valores de glosa, impactando positivamente el resultado, sin embargo continuamos con el control, registro y gestión de las demás EPS para lograr estabilización del proceso y menor impacto una vez se reactive la notificación de las EPS antes mencionadas.

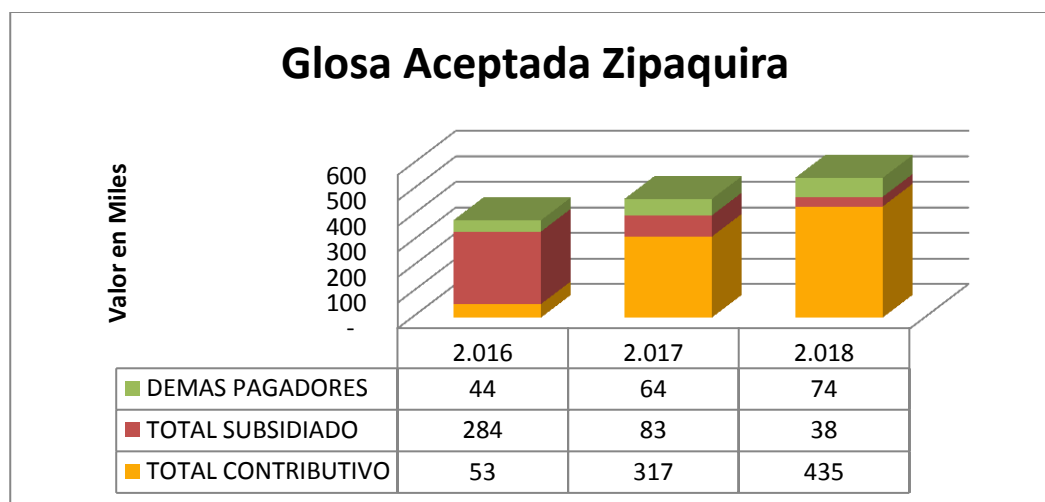
La disminución en el **68%** en la glosa de **otros pagadores** radicada para esta UF durante los periodos analizados, básicamente contiene dos variables, una la conciliación en curso con la Secretaria de Salud de Cundinamarca que presentaba un pendiente por actas de NO POS y dos, menor registro de ingreso de glosa y devoluciones por otros pagadores, es importante mantener los controles y el ingreso de la glosa en línea para continuar validando la trazabilidad y el comportamiento de este mercado para el próximo trimestre.



Para el **Régimen Contributivo** se presentó una disminución de la glosa tramitada en el **43%** para la UF de Zipaquirá al cierre del II trimestre del 2018 con respecto al mismo periodo de la vigencia 2017, con efecto de imposibilidad del cierre de la conciliación en curso con Famisanar EPS y la programada para Agosto de Nueva EPS entre otras, continuamos con esquemas conjuntos para facilitar la consecución de las autorizaciones, actas NO POS y soportes de la UF y así garantizar los cierres conciliatorios, la radicación de devoluciones y avances significativos en el trámite, gestión y definición de estos recursos.

Para el **Régimen Subsidiado** se presentó una disminución de la glosa tramitada en el **89%** para la UF de Zipaquirá al cierre del II trimestre del 2018 con respecto al mismo periodo de la vigencia 2017, principalmente por no reporte de glosa de Convida EPS como se explicó en el ingreso, causal que no permitió contar con la cifra definida promedio para el trimestre en comparación con la vigencia anterior y de igual manera para la EPS Ecoopsos que no reporto cifras de glosa para la fecha del análisis.

Para los **demás pagadores** se presentó una disminución de la glosa tramitada en el **67%** para la UF de Zipaquirá al cierre del II trimestre del 2018 con respecto al mismo periodo de la vigencia 2017, objeto de la disminución del ingreso a glosa reportado en la gráfica anterior, importante continuar monitoreando el comportamiento del ingreso, el trámite y las ventas para este mercado.

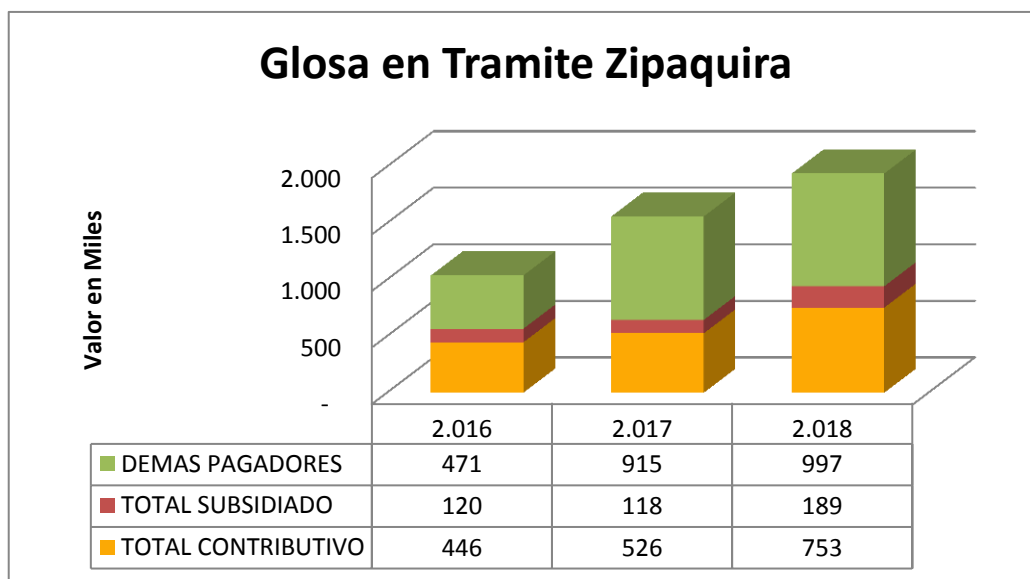


El incremento en la glosa y devoluciones aceptadas del **Régimen Contributivo** registra un **37%** mayor que al cierre del II trimestre del 2017, debido a la conciliación adelantada y en curso con Famisanar EPS que permitió el ajuste, resolución y saneamiento de recursos que objetivamente debían surtir un efecto de ajuste contable, especialmente por autorización, NO POS y soportes, efecto que no se presentó en la vigencia anterior, se precisa que dentro de los lineamientos de aceptación controlados aun nos mantenemos dentro del porcentaje estandarizado.

En el **Régimen Subsidiado** se presentó una disminución de la aceptación con el **54%** respecto al mismo periodo del año 2017, efecto secundario al ingreso de glosa de Convida EPS y Ecoopsos EPS que para vigencia 2018 no han surtido registros o en menor cantidad de glosa, positivamente avanzamos en la gestión de depuración con las otras ERP.

Con **otros pagadores** se presentó un incremento de la aceptación del **16%** respecto al mismo periodo del año 2017, por el enfoque de gestión, depuración y avances en conjunto con la UFZ a pesar de disminuir en gestión de glosa y radicación para este mercado con depuración de casos de difícil recaudo.

En general se refleja un aumento en la aceptación al cierre del II trimestre del 2018 del **18%** con respecto al año anterior, por el tema relacionados a las condiciones de las conciliaciones, notificaciones de la UF oportunas de gestión o no sobre las autorizaciones, NO POS y entrega completa o parcial de los soportes requeridos en las diferentes etapas del proceso de respuesta, importante mantener los canales de comunicación directos con la UF y hacer periodo a periodo menor el impacto de búsqueda de soportes al lograr la radicación inicial con las condiciones explícitas de una cuenta médica



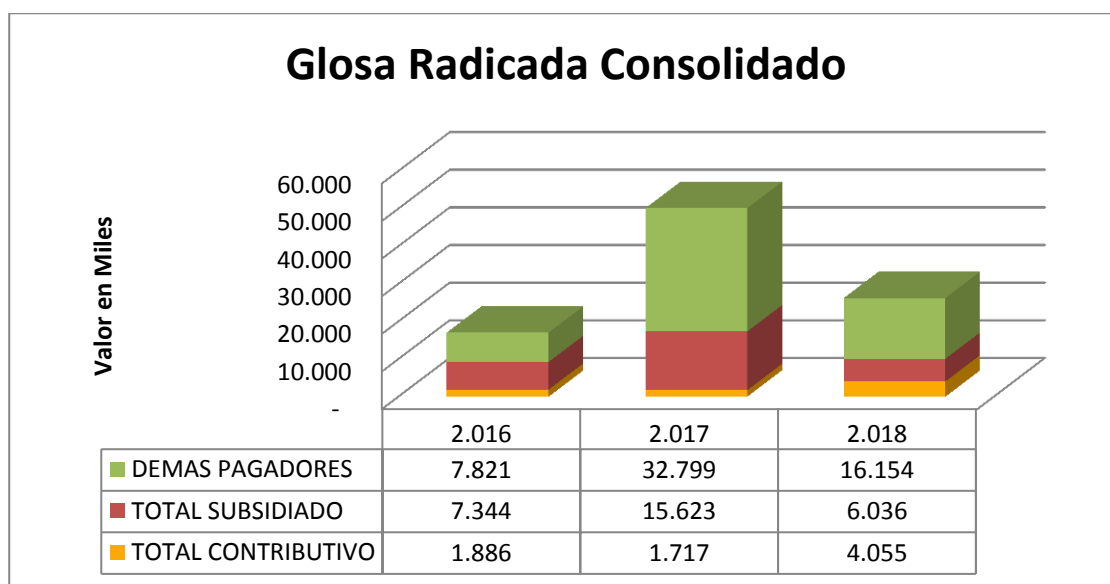
El valor de glosa en trámite en el **Régimen Contributivo** aumento en **43%** en su mayoría representado en Coomeva EPS, entidad que se consolido la glosa y devoluciones a la fecha y se dio inicio a la respuesta y consecución de soportes necesarios para radicación y/o conciliación de lo reportado.

El valor de glosa en el **Régimen Subsidiado** presenta un incremento del **60%** por Convida EPS y Comparta EPS, que presentaron consolidados con devoluciones en su mayoría en estado pendiente por definición y soportes, lo cual ya se inició esperando disminución de lo reportado en trámite.

En cuanto a los demás pagadores el valor de glosa en trámite aumenta en un **9%** teniendo en cuenta la glosa que se encontraba en curso de conciliación con la SSC logrando su cierre posterior al cierre del informe y las cuentas del Fosyga/Adres que se encuentran en gestión de respuesta según lo establecido en el plan de contingencia indicado por la Subdirección del proceso, saneamiento de glosas y posibilidad de ingreso en medidas excepcionales autorizadas por el Ministerio que no son de carácter mensual sino programadas en periodos específicos.

En general el valor de la glosa en trámite aumento en un **24%** con respecto al mismo periodo analizado para el año 2017, es importante continuar con mayor efectividad los planes de acción encaminados a la correcta depuración de la cuenta control 83.

Objeciones y Glosas Consolidado



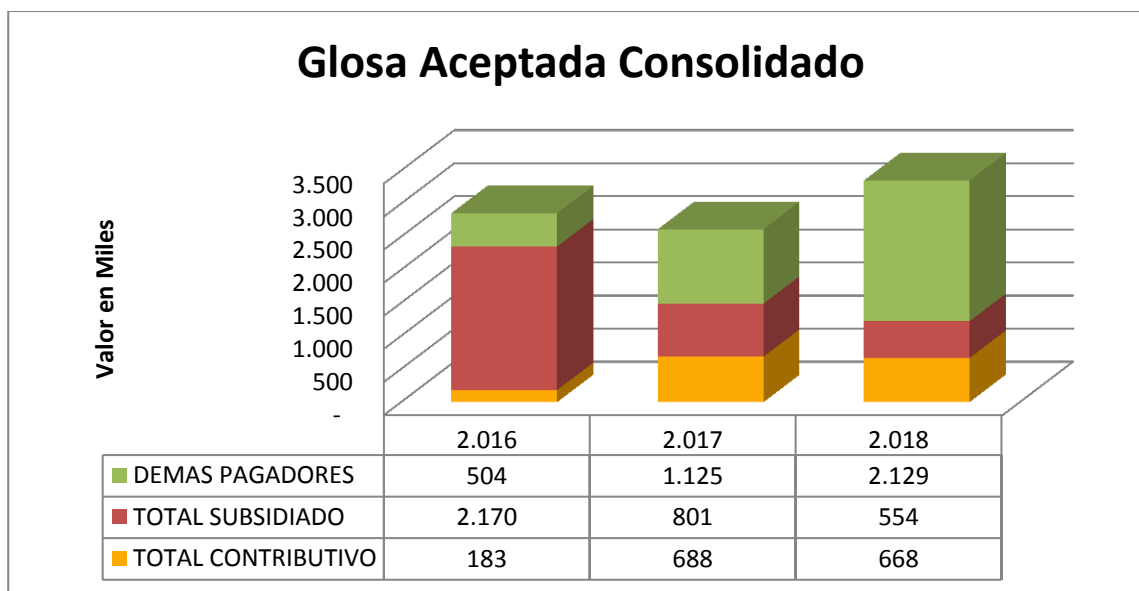
Detalle por concepto: (Incluye datos Girardot)

CONCEPTO	2017	2018
GLOSA INICIAL	23.512.127.471	13.079.228.043
COBRO JURIDICO	674.438.059	-
RATIFICACIONES	730.173.403	1.566.421.617
CONCILIACIONES	25.223.205.517	11.600.072.152
TOTAL	50.139.944.450	26.245.721.812

El valor de glosa radicada en el **Régimen Contributivo** presenta un aumento general de **136%** con respecto al mismo periodo del año anterior en su mayoría por entidades como Medimas EPS, Salud Total EPS, Comparta EPS y Coomeva EPS con glosa y devoluciones notificadas en mayor porcentaje a la UF Bogotá, quienes a través de sus plataformas y mecanismos de notificación incrementaron los cargues y envíos principalmente en el mes de Junio de 2018.

El valor de glosa radicada del **Régimen Subsidiado** presenta una disminución del **61%** al cierre del II trimestre del 2018 con respecto al cierre del II trimestre año anterior, básicamente se representa en la entidad Convida EPS con un pico de recepción e ingreso de glosa para el mes de Abril de 2017 el cual no se repitió en ninguno de los periodos posteriores o en la vigencia actual, si bien es cierto la EPS Convida no mantiene atraso en la auditoría comparado con el 2017, se debe continuar con los planteamientos de ingreso de la glosa sistemáticamente al módulo DGH, esto nos permitirá mayores controles, tendencias homogéneas e información mayormente oportuna.

En cuanto a los **demás pagadores** el valor presenta un comportamiento con tendencia a la disminución del **50%**, la principal variable que aporta marcadamente disminución es el registro e ingreso de la glosa corresponde a la Secretaria de Salud de Cundinamarca que al cierre del II trimestre del 2017 cerro con \$ 2.9 Millones, lo cual no sucedió para el mismo periodo del 2018 por problemas definidos en la radicación y presentación de nuevas facturas ante el Ente Territorial con disminución del **100%** cerrando con \$0, una vez se subsane consideramos que podrá re incorporarse los valores de glosa aplicados en el proceso de auditoría; de igual manera vale la pena mencionar los ingresos atípicos de Abril y Junio de 2017 con registros fluctuantes al incremento y lo mismo para Junio de 2018 específicamente por mayor ingreso de notificaciones de glosa y devoluciones, vía correo certificado y recepción de facturación de fuera de la Bogotá principalmente, esto nos llevó a la consecución de citas de conciliación y cruces de cartera para cierres por ERP y líneas de saneamiento necesario.



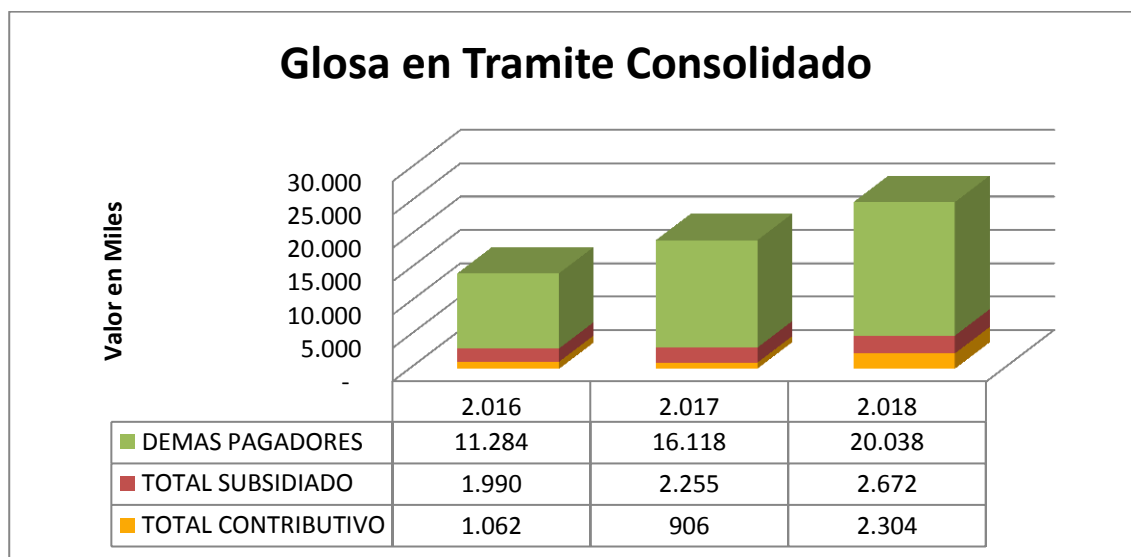
En el **Régimen Contributivo** se presenta una disminución del valor aceptado con respecto al mismo periodo del año anterior del **3%** por la disminución en la frecuencia de citas de conciliación externa y necesidad de respuesta y radicación a glosa ingresada sin etapa de respuesta inicial, especialmente de Famisanar EPS, Salud Total EPS, Cruz Blanca EPS y Coomeva EPS.

En el **Régimen Subsidiado** se presenta una disminución del **31%** con respecto al mismo periodo del año anterior al cierre del II trimestre teniendo en cuenta la disminución que la EPS Convida su variabilidad en registro, gestión y conciliación para el II trimestre de 2017 y 2018 no es homogénea impactando algunos meses frente a otros que no reportan cifras, considerando la continuidad del acompañamiento sistemático a esta EPS hasta llevarla a un ciclo efectivo y de cierre por mes según lo presentado en las ventas y lo reportado dentro del mismo como glosa y objeto de conciliación, este ejercicio seguramente dará sus resultados positivos por la volumetría y valor en lo finalmente aceptado; que con un comportamiento atípico puede desviar globalmente al cierre de trimestre y comparativos, con entornos no asociados a fallas internas.

En cuanto a los **demás pagadores** el valor de aceptación aumenta en la vigencia 2018 con respecto a la vigencia 2017, básicamente con mayor aumento del ingreso de glosa según lo analizado en otras gráficas, especialmente para Mayo y Junio de 2018, esto nos permitió identificar y resolver con lineamientos objetivos aquellas facturas y cuentas con difícil reconocimiento y adicional ajustes contables para permitir flujo y cierre de conciliaciones externas, lo importante es continuar monitoreando el comportamiento y mejoras planteadas en diferentes escenarios para evitar entornos inseguros e inequilibrados en las conciliaciones al radicar por primera vez las cuentas con criterios claros de soportes, autorizaciones, NO POS y demás referidos en el entorno normativo.

Otro plan definido hace referencia a las cuentas generadas por NO POS en los modelos 2, que deben surtir radicación a través de las EPS-S, con seguimiento, ruta y traza para evitar tiempos prolongados en definir si la cuenta se devuelve al HUS o pasa a radicación y reconocimiento por los Entes Territoriales, con volúmenes altos de aceptación por los requisitos dirigidos en el proceso de tipo normativo que aumentan el riesgo de no reconocimiento.

El valor en general presenta un incremento del **28%** al cierre del trimestre 2018 comparado con el mismo periodo del 2017, con referencia a lo ya expuesto en otros pagadores, en donde tenemos mayor exposición y riesgo en el no reconocimiento especialmente de lo no autorizado y NO POS, se valida desde una perspectiva pro positiva, el depurar, sanear objetivamente y mantener el indicador estándar de aceptación se convierte en un resultado que a mediano plazo será positivo en la estructura eficiente del área.



En cuanto al **Régimen Contributivo** se presenta incremento con el **154%** en la glosa en trámite en su mayoría por las entidades Coomeva EPS, Famisanar EPS y Medimas EPS, lo anterior como se ha explicado dentro de las UF,

se logró mayor registro dentro del II trimestre del 2018 la glosa y devoluciones reportadas en páginas WEB y demás mecanismos no consultados, que ahora son herramienta de oportunidad en la recepción y oportunidad de ingreso de la glosa, adicional se debe continuar con seguimiento contundente y depuración sistemática de la cuenta de control 83.

En cuanto al **Régimen Subsidiado** el aumento de la glosa en trámite registro el **18%** debió a las cuentas en trámite de la EPS Convida, Ecoopsos EPS, Comparta EPS y Capital Salud EPS tanto de la unidad funcional de Bogotá como de la unidad funcional de Zipaquirá; una vez logremos disminuir lo reportado por Ecoopsos EPS ya que surtió una conciliación con cierre a periodo 2018, disminuirá lo pendiente, más las estrategias de respuesta, radicación y conciliación de las demás entidades reportadas.

En cuanto al **demás pagadores** el aumento del **25%**, obedeció a el ingreso de la glosa y devoluciones pendientes en el mes de Junio de 2018 una vez logramos definir la metodología, el tiempo y el registro del inventario del área durante el II trimestre del 2018, alcanzando un mes en valor de los más altos registrados a otros pagadores, especialmente Entes Territoriales, Aseguradoras, Adres y Regímenes especiales.

Notas:

- ✓ Los datos de los informes están detallados con las unidades Funcionales de Bogotá y Zipaquirá, los datos de la unidad funcional de Girardot están totalizados en la parte consolidada del informe y nombrada de tal forma.
- ✓ La entidad Convida ha presentado dificultades en la notificación oportuna de la glosa por la entrada de su operador Sac Consulting y no ha surtido efecto en la oportunidad por temas inherentes al relacionamiento comercial de las entidades encargadas, importante como se ha sugerido el acompañamiento, la estabilización y el registro de glosa, soporte y aceptación de esta EPS dentro del módulo en DGH.
- ✓ Las conciliaciones con la Secretaria de Salud de Cundinamarca continúan avanzando, cerrando vigencia 2017 con UF Zipaquirá y en proceso lo NO POS UF Bogotá.
- ✓ En el balance correspondiente a la conciliación de Convida EPS para el mes de Junio de 2018, no se ve reflejado así: Conciliado \$ 596.323.041 Soportado \$ 501.577.962 y Aceptado \$ 94.745.079
- ✓ Se diseñó y se pondrá en marcha el plan de capacitación en respuesta a glosa en términos normativos y técnicos y todo lo relacionado con el marco legal que regula el área; resolución 3047/2008-ley 1438/2011 y temas de aseguramiento en salud (Normograma actualizado)
- ✓ Se ha logrado la integración de la respuesta por auditoria médicas en línea en el módulo de DGH, conllevando eliminar los excel con doble digitación y criterios propios fuera de la metodología normativa.
- ✓ Se definió en conjunto con el área de cartera y Sub director operativo, el ingreso de toda la glosa independiente la ERP, con el fin de juiciosamente y sistemáticamente tener y mantener actualizado el modulo eliminando la notificación al área de contabilidad de manera manual, ejemplo Convida EPS, Secretaria de Salud de Cundinamarca, Fosyga – ADRES
- ✓ Se inició la consulta en línea de las páginas WEB presentadas por diferentes ERP, que prestan servicio de notificación de glosa, respuesta y cargue de base documental a través de estas plataformas, mejorando así la oportunidad y registro como se indica.
- ✓ Se ha realizado acompañamiento a los funcionarios que ingresan la glosa, con el fin de dar mayor concepto y menor riesgo de error al momento de registrar si es glosa o devolución y se logre fortalecer las competencias para ingresar detalladamente y con los códigos de la resolución de manera correcta.
- ✓ Esta dentro de la nueva estructuración de las áreas, que Cartera asuma el ingreso de la glosa en línea pero por temas logísticos no se ha logrado, continuamos con el plan, diseño de actividad y ajustes necesarios.

- ✓ La respuesta oportuna en los tiempos definidos por la resolución, seguirá ajustándose mes a mes hasta lograr la disminución en días, el cierre de vigencias y la estabilización de la glosa y devoluciones en proceso.

4.1.3 Cartera y Recaudo

Cartera

El informe de Cartera se basa en la elaboración, conciliación, contabilización y cobro de los estados de cuenta contable entregada a cada una de las entidades a las cuáles el hospital le ha venido prestando servicios de salud en las diferentes Unidades Funcionales, identificando los valores reales pendientes de cobro y realizando los ajustes pertinentes de acuerdo a la labor realizada por cada uno de los Ejecutivos del área de Cartera.

Las actividades propias de Gestión de Cobro se realizan con circularización de saldo por medio de dos tipos de documentos como son; Notificación de Saldos, los cuales se realizan de manera mensual a todos los clientes que se les presta Servicios de salud y Derechos de Petición a los clientes con deuda que representa más del 80% del total de la cartera que tiene el hospital, igualmente llamadas telefónicas a los clientes que están fuera de la ciudad, como también diversos comunicados a los entes de control manifestando los inconvenientes que se vienen presentando con la gestión de cobro de cartera a las ERPS, e igualmente cruces Cartera

En cuanto a la entrega de facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales, para este trimestre solo se radico para proceso jurídico un cliente: lo anterior debido a lo informado por la Oficina Asesora en cuanto a cambio en la normatividad, ya que esta área no recibe ningún documento para demanda ni tampoco dará trámite a los documentos ya entregados desde hace más de dos años a la Oficina Asesora si no de hace llagar el original de la factura y de los soportes de servicio, por tal motivo el área de Cartera elaboro un Derecho de Petición solicitando los documentos antes mencionados los cuales se radicaron a los diferentes clientes que se demandaran; en respuesta a estos Derechos de Petición ya han dado respuesta algunos clientes Informando que no es posible por los mismos procesos internos de cada entidad así : *“Es pertinente aclarar que la facturación radicada antes las entidades promotoras de salud, no puede ser objeto de devolución a las IPS, toda vez que las facturas deben cumplir un proceso de Auditoria interna para la ejecución de pago, a la vez que las mismas deben reposar en los estados contables de la compañía, al ser las mismas objeto de observación y vigilancia por la Superintendencia Nacional de Salud, en procura de cumplimiento de la normatividad aplicable al sistema General de Seguridad Social en Salud y el manejo de los recursos del sector salud “*; por lo anterior ya se envió algunas de las respuestas a la Oficina Asesora, e igualmente se solicitó indiquen el paso en seguir con las entidades que no dieron respuesta dentro de los tiempos establecidos en el Derecho de Petición.

En cuanto a la entrega de facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales a 30 de Junio/18 la se han entregado un valor total de **\$42.198.348.051.00**, valor que corresponde a conceptos como; Objeciones ratificadas y las cuales no pudieron ser subsanadas mediante gestión administrativa corriente, Cartera de más de 180 días y Cartera Corriente no cancelada.

Ciente en Proceso Pre jurídico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera	Estado
Emcosalud	800006150	211.143.355	30-ene-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2012-049996 06-06-2012

Capital Salud	900298372	41.310.900	24-jun-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2014-066197 21-07-2014
Fondo Financiero Distrital	800246953	105.620.546	11-ago-2014	Mayor a 360 dias - Contrato liquidado unilateralmente	Pendiente
Secretaria de Salud de Boyacá	800176413	16.942.597	19-sep-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2015-080553 10-07-2015
EPS Suramericana Medicina Prepagada	800088702	53.399.361	19-sep-2014	Mayor a 360 dias	Fallida
Salud Total	800130907	32.354.335	28-oct-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.2- 2016-033389 15-04-2016
Caja de Compensacion Familiar Cajacopi Atlantico	890102044	70.063.413	26-nov-2014	Mayor a 360 dias.	En Proceso RADICADO No.1- 2015-039560 08-04-2015
Ecoopsos	832000760	519.906.838	28-nov-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2015-044799 20-04-2015
Ecoopsos	832000760	200.617.176	4-dic-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2015-142528 13-11-2015
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2014		1.251.358.521			
Convida	899999107	33.679.507	10-ene-2015	Mayor a 360 dias. Eventos adversos	En Proceso RADICADO No.1- 2015-052067
E.P.S. Famisanar Ltda	830003564	12.780.667	20-mar-2015	Mayor a 360 dias. Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2015-080558
Ecoopsos	832000760	612.693.242	1-jul-2015	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	Pendiente
Ecoopsos	832000760	486.245.389	31-jul-2015	Mayor a 360 dias. Contrato 0014E2011PB0276 - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-114171 22-08-2016
Ecoopsos	832000760	592.673.986	31-jul-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-154992 31-10-2016

Famisanar	830003564	23.332.142	3-ago-2015	Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2017-017166 02-02-2017
Alcaldía Cartagena de Indias	890480184	7.310.980	27-oct-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146791 18-10-2016
Alcaldía Cartagena de Indias	890480184	421.824	27-oct-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146785 18-10-2016
Secretaría de Salud del Valle	890399029	2.556.909	1-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155009 31-10-2016
Secretaría de Salud del Valle	890399029	4.307.210	1-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155008 31-10-2016
Gobernación de la Guajira - Secretaría Departamental	892115015	664.116	1-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155007 31-10-2016
Secretaría Seccional del Cauca	891580016	2.283.007	1-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155005 31-10-2016
Ecoopsos	832000760	47.590.079	22-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-052356 19-04-2016
Ecoopsos	832000760	162.950.323	22-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-045766 07-04-2016
Ecoopsos	832000760	273.078.653	22-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-045767 07-04-2016
Ecoopsos	832000760	192.873.693	22-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-052343 19-04-2016
Ecoopsos	832000760	179.053.152	22-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-052349 19-04-2016
Emdisalud	811004055	746.184.124	20-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato	En Proceso Juzgado 34 Laboral 26-07-2016

TOTAL ENVIADO JURIDICA 2015		3.380.679.003			
Ecoopsos	832000760	286.873.530	12-feb-2016	Mayor a 360 dias. Sin contrato - Devoluciones.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-091107 07-07-2016
Ecoopsos	832000760	2.416.578.185	8-jun-2016	Mayor a 360 dias. Con Contrato - Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-087576 29-06-2016
Secretaria de Salud de Choco	891680010	71.375.469	10-jun-2016	Mayor a 360 dias.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-108000 10-08-2016
Comfacundi	860045904	412.710.789	1-ago-2016	Cartera corriente.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155000 31-10-2016
Comfacundi	860045904	385.465.390	1-ago-2016	Mayor a 360 dias Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-163394 16-11-2016
Caja de Compensacion Familiar de Cartagena Comfamiliar	890480110	4.620.913	29-ago-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155001 31-10-2016
Ecoopsos	832000760	162.884.002	30-ago-2016	Mayor a 360 dias Objeciones no resueltas sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-113462 18-07-2017
Ecoopsos	832000760	12.492.533	30-ago-2016	Mayor a 360 dias Objeciones no resueltas sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155012 31-10-2016
Alianza Medellín Antioquia	900604350	15.605.363	2-sep-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155002 31-10-2016
Emcosalud	800006150	99.449.273	2-sep-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155010 31-10-2016
Asociación Barrios Unidos de Quibdó	818000140	44.373.039	21-sep-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146788 18-10-2016
ESE Hospital San Antonio de Arbelaez	890680031	1.575.000	21-sep-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1- 2016-163381 16-11-2016

ESE Hospital San Rafael de Fusagasuga	890680025	44.545.900	21-sep-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1-2016-163379 16-11-2016
Convida	899999107	4.464.465.566		Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2016-146782 18-10-2016 Anulado
Cafesalud - Subsidiado	800140949	247.311.237	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En Proceso RADICADO No.1-2017-039401 09-03-2017
Cafesalud - Contributivo	800140949	76.114.160	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En Proceso RADICADO No.1-2017-039392 09-03-2017
Cafesalud - Subsidiado	800140949	21.164.665	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En Proceso RADICADO No.1-2017-039397 09-03-2017
Cafesalud - Contributivo	800140949	264.914.138	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En Proceso RADICADO No.1-2017-039394 09-03-2017
Salud Total	830130907	12.669.450	4-nov-2016	Mayor a 360 dias - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1-2017-011814 24-01-2017
Coomeva EPS	805000427	1.599.997.067	4-nov-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1-2017-026911 16-02-2017 Juzgado 03 Civil Circuito de Cali
Ecoopsos	832000760	227.155.840	27-dic-2016	Mayor a 360 dias - Objecion no resuelta	En Proceso RADICADO No.1-2017-113465 18-07-2017
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	890102044	94.619.441	27-dic-2016	Mayor a 360 dias - Devolución no resuelta	En Proceso RADICADO No.1-2017-085875 31-05-2017
Ecoopsos	832000760	100.381.699	27-dic-2016	Mayor a 360 dias - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1-2017-113459 18-07-2017
Capresoca	861856000	675.319.672	30-dic-2016	Mayor a 360 dias – Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-043510 15-03-2017

Capresoca	861856000	57.278.765	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043512 15-03-2017
Capresoca	861856000	359.085.946	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043506 15-03-2017
Capresoca	861856000	56.166.781	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043508 15-03-2017
Capresoca	861856000	411.249.669	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043498 15-03-2017
Capresoca	861856000	2.301.698.570	30-dic-2016	Mayor a 180 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043514 15-03-2017
Capresoca	861856000	117.788.375	30-dic-2016	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043522 15-03-2017
Capresoca	861856000	416.604.228	30-dic-2016	Mayor a 360 días - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043487 15-03-2017
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2016		15.462.534.655			
Convida	899999107	679.274.920	2-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-028946 21-02-2017 Cancelado
Convida	899999107	434.639.101	2-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-028951 21-02-2017 Cancelado
Convida	899999107	8.450.290.742	15-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-047629 23-03-2017 Cancelado Parcial
Convida	899999107	140.211.610	1-mar-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-040547 10-03-2017

Convida	899999107	233.825.990	28-mar-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-082462 30-06-2017
Gobernación del Tolima	800113672	475.380.236	28-abr-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	6.724.442	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	8.447.180	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	47.018.803	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	32.410	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	112.360	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	1.444.812	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	1.661.896	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	3.633.682	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	12.218.106	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	72.634.444	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	592.324	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Manexca EPS Indígena	812002376	5.823.670	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	211.303	28-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Manexca EPS Indígena	812002376	19.550.502	15-ago-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato y Glosa	Pendiente
Convida	899999026	215.541.019	1-oct-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-173109 27-10-2017 Cancelado
Convida	899999026	6.100.000.285	1-oct-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-164906 12-10-2017 Cancelado Parcial
Emdisalud	811004055	964.266.291	13-dic-2017	Acuerdo de pago incumplido	En Proceso RADICADO Juzgado 3° Civil del Circuito - Montería

TOTAL ENVIADO JURIDICA 2017		10.593.728.533			
Convida	899999026	11.510.047.339	20-jun-2018	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	Pendiente
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2018		11.510.047.339			
TOTAL ENVIADO JURIDICA		42.198.348.051			

La Contraloría Departamental en Conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud y la Secretaria de Salud de Cundinamarca programo reunión los días 12, 13 y 14 de Junio/18 en instalaciones de Contraloría Departamental de Cundinamarca para mesas de trabajo del reporte de la Circular 30 de 2013 con fecha de corte de revisión con corte a Marzo 31 de 2018 con las EPSS, de Cundinamarca, donde arrojó el siguiente resultado:

MESAS DE TRABAJO - CIRCULAR 30 1er. Trimestre 2018 - Junio 12, 13 y 14 de 2018

CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO DE PAGO	OBSERVACIONES
Secretaria de Salud de Cundinamarca	900298372	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	7.876.290.352	-	Se agenda cruce de cartera para el 21 de Junio, la Secretaria informa que se debe concertar con el Dr. Jorge Guerrero - Interventor del contrato 826 de 2017 cita para aclarar los valores y poder liquidarlo. Se solicitó reunión con el Dr. Floresmiro, Funcionario encargado de la Dirección de Aseguramiento para tratar el tema de las Glosas, ya que la auditoria está atrasada, lo cual la Secretaria nos informa que se debe solicitar a la asistente.
Capital Salud	900298372	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	4.085.056.534	-	La EPS confirma cita para cruce de cartera para el 26 de Julio, previo envío de estado de cartera el cual debe ser el 10 de Julio y asigna cita para revisión de glosas del 13 al 17 de Agosto de 2018.
Convida	899999107	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	81.178.685.666	-	El hospital manifiesta que se encuentra preparando información por \$12,138,018,621 que se encuentra sin disponibilidad presupuestal, la cual quedo en acta suscrita entre las partes para ser presentado como conciliación conjunta frente a la Superintendencia Nacional de Salud. El hospital igualmente manifiesta que existe un valor mayor en igual condición por lo cual solicita cual será el mecanismo de pago. El Hospital menciona que existe un valor pagado de aproximadamente \$17,000 millones que la EPS NO ha entregado los soportes por factura para ser descargados de la cartera, motivo por el cual se ofició para dar aplicación al Decreto 1095, si antes del 15 de junio no dan respuesta serán aplicados a las facturas más antiguas, según acta No.100
Famisanar	830003564	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	6.333.430.580	-	La EPS reconoce para pago \$1.195,583.890 pero no define acuerdo de pago, ya que deben ser llevados por la Gerencia de Salud de la EPS, por lo que se debe solicitar cita con la Dra. Helena Patricia Aguirre. La fecha de depuración de cartera está programada para el 14 de Junio. Y se programa cita de glosas para el 15 y 24 de junio de 2018.
Nueva EPS	900156264	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	6.080.591.768	-	Se asigna cita para conciliación de glosas para el 27 y 28 de Agosto y cita para aplicación de pagos para el 5 de Julio. El hospital manifiesta que de acuerdo al acta 8714, en lo referente a la propuesta de Glosas realizada por la EPS, el Hospital dará una respuesta para el próximo 20 de junio.

Ecoopos	832000760	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	13.858.999.885	-	<p>Las partes han tenido acercamiento donde se llegó a un acuerdo de pago por valor de \$8, 291.516,660 que se cancelaran en 36 cuotas, C/una de \$230.319,907, acuerdo que a la fecha de la firma de esta acta no se ha legalizado.</p> <p>La EPS manifiesta que ya realizó un pago por \$250,000,000 que van a cargo del acuerdo, lo cual el hospital verificara si ya ingreso a las cuentas bancarias.</p> <p>La EPS informa que los valores adeudados después del acuerdo se cancelaran de acuerdo a la norma.</p>
Comeva	805000427	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	3.348.175.892	-	<p>El Hospital manifiesta que entrego a la Dirección Financiera de la EPS el 21 de mayo borrador de acuerdo de pago por valor de \$2,252,136,913 para ser revisado y según manifestado por la EPS este será entregado al Hospital en la semana del 12 al 15 de Junio.</p> <p>Se solicita reunión con la persona encargada de Devoluciones para tratar de subsanar este tema, manifestando la EPS que estas son resueltas en la Ciudad de Cali.</p> <p>De la cartera corriente y glosas ya subsanadas la EPS no tiene indicación alguna de los pagos.</p> <p>Se programa cruce de cartera para el 6 de Agosto.</p>
Medimas	901097473	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	2.130.325.609	-	<p>El hospital se compromete a revisar y subsanar las Glosas y devoluciones, por lo que se debe comunicar al teléfono 3043559841 con el Coordinador Andrés Castro por valor de: Glosas \$280 Millones y Devoluciones por \$880 millones.</p> <p>Por cambio de plataforma el hospital debe enviar estado de cartera a 21 de mayo al correo registraron en acta, se agenda cruce de cartera para el 3 de julio.</p> <p>El hospital debe solicitar capacitación para la nueva plataforma al teléfono 3013689975.</p>
Cruz Blanca	830009783	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	868.912.825	-	<p>No se realiza acuerdo de pago por encontrarse vigente el de 20 cuotas c/una por \$19.409,535 a partir de abril, acuerdo que el hospital acepto.</p> <p>No se agenda cruce de cartera ya que el ultimo se realizó el pasado 31 de mayo.</p> <p>El hospital manifiesta que la cuota del mes de mayo no fue cancelada y nuevamente solicita que se cancele la cartera corriente.</p>
Comfacundi	860045904	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	1.212.702.973	44.531.282	<p>El hospital solicita la entrega de soportes de pago por factura por valor de \$333.245,278 por lo cual agenda cita para el 6 de julio y solicita cita para conciliar glosa por \$467.321,251.</p> <p>La EPS cancelara entre junio o julio el valor de \$44.531,282.</p>
Salud Total	800130907	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	600.351.241	147.880.429	<p>La EPS informa compromiso de pago de \$107.124,793 para Junio 29 y \$40,755,636 para Julio 31.</p> <p>La EPS programa cita de glosas para Junio 22 de facturas de Septiembre 01 a Diciembre 31 de 2017 y Julio 4 de Facturas de Enero 01 a Marzo 31 de 2018.</p>
Compensar	860066942	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	351.245.361	15.000.000	<p>La EPS se compromete a cancelar antes del 14 de Julio el valor de \$15,000,000, Se agenda cruce de cartera para el 12 de Julio.</p>
Sanitas	800251440	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	614.766.697	-	<p>La EPS agenda cruce de cartera Junio 19 y enviara soportes de pago con corte Junio 8 para depuración.</p>
Comparta	804002105	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	6.016.659.495	2.591.034.382	<p>En Mayo 2 se firma acuerdo de pago por \$2.591,034,382 para ser cancelado en 5 cuotas a partir de Junio 15 por servicios prestados y reconocidos de las vigencias 2015, 2016 y 2017.</p> <p>La EPS agenda cruce de cartera para depurar vigencia 2014 el día 28 de Junio y para depurar el valor no reconocido de las vigencias 2015, 2016 y 2017 para el 3, 4 y 5 de Julio.</p> <p>El Hospital aclara que el acuerdo no interfiere con el giro de la cartera corriente.</p>

Salud Vida	830074184	Junio 12, 13 y 14 de 2018	Marzo de 2018	6.332.136.359	-	La EPS reconoce para pago el valor de \$4.319.634.440 del cual se generó un acuerdo de pago a 48 cuotas, para ser canceladas a partir de la fecha de firma; se entregara el Acuerdo de pago firmado por el Gerente del Hospital en Junio 14 para la del Representante Legal de la EPS. Nuevamente se les informa que el hospital entrego evidencia de facturas sin radicar y facturas glosadas ya conciliadas para ser validadas por la EPS, sin que a la fecha se tenga respuesta, La EPS dará respuesta en la última semana del mes de junio de 2018. Se agenda cruce de cartera para Julio 14 de 2018
				140.888.331.237	2.798.446.093	

Las entidades trabajadas en estas Mesas de Trabajo, con las de Cundinamarca, las cuales ascienden a un valor de \$140.888.331.237. con corte 30 de junio de 2018 del valor total de Cartera de \$172.528.037.905.00; se le está realizando continuamente Gestión de cobro a los compromisos y a los acuerdos de pago de Salud vida, Cruz Blanca, Ecoopsos, Comparta y Coomeva, compromisos que el hospital acepta por ser una Cartera que supera los 180 días

COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A JUNIO de 2018 (Radicada y Sin Radicar)

TOTAL CARTERA BOGOTA 2018								
	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	ordenes de Servicio
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2018	131.337.836.753	1.347.714.324	7.206.191.534	6.897.572.274	18.521.196.895	35.513.877.651	61.850.460.433	823.642
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2018	21.866.171.960	12.617.443.915	2.354.823.497	526.609.046	408.237.362	1.167.181.700	320.775.014	4.471.101.426
TOTAL GENERAL	153.204.008.713	13.965.158.239	9.561.015.031	7.424.181.320	18.929.434.257	36.681.059.351	62.171.235.447	4.471.925.068
Rad.	86%	10%	75%	93%	98%	97%	99%	0%
Pte X Rad	14%	90%	25%	7%	2%	3%	1%	100%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

TOTAL CARTERA BOGOTA JUNIO 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
BOGOTA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2016	101.328.130.543	1.415.969.335	6.004.117.757	4.932.722.261	11.478.390.575	29.422.398.804	48.074.531.811
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2016	15.368.264.413	11.400.064.029	2.376.893.907	385.815.851	1.050.929.929	101.230.163	53.330.534
TOTAL GENERAL	116.696.394.956	12.816.033.364	8.381.011.664	5.318.538.112	12.529.320.504	29.523.628.967	48.127.862.345
Rad.	87%	14%	9%	6%	14%	33%	54%
Pte X Rad	13%	85%	18%	3%	8%	1%	0%

COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
BOGOTA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2016	75.209.838.556	1.198.215.231	7.422.095.097	7.225.000.309	9.691.606.728	17.718.802.965	31.954.118.227
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2016	13.405.555.580	8.296.199.146	1.956.853.130	816.470.283	1.042.030.205	63.728.078	1.230.274.738
TOTAL GENERAL	88.615.394.136	9.494.414.377	9.378.948.226	8.041.470.592	10.733.636.933	17.782.531.043	33.184.392.965
Rad.	85%	11%	11%	9%	12%	20%	37%
Pte X Rad	15%	62%	15%	6%	8%	0%	9%

Del segundo trimestre del año 2018 de la sede de Bogotá, el 14% se encuentra pendiente por radicar y el 86% se encuentra radicado de la cual el 58% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de un 28% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2017..

COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A JUNIO DE 2018 (Radicada y Sin Radicar)

COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)								
TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA JUNIO 2018								
ZIPAQUIRA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	ORDENES DE SERVICIO
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2018	29.285.529.557	312.805.201	2.169.809.051	2.794.571.119	6.161.803.073	6.902.761.333	10.937.337.657	6.442.123
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2018	5.084.124.778	3.099.944.069	933.091.906	152.861.041	166.964.076	7.288.575	112.394.989	611.580.122
TOTAL GENERAL	34.369.654.335	3.412.749.270	3.102.900.957	2.947.432.160	6.328.767.149	6.910.049.908	11.049.732.646	618.022.245
Rad.	85%	9%	70%	95%	97%	100%	99%	1%
Pte X Rad	15%	91%	30%	5%	3%	0%	1%	99%

TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA JUNIO 2017							
ZIPAQUIRA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2017	24.332.896.716	2.169.737.437,07	2.010.774.750,00	1.713.606.264,00	4.147.273.303,12	6.862.891.234,48	7.428.613.727,47
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2017	4.063.752.759	2.981.446.372,23	734.518.618,00	50.593.910,00	27.871.037,00	51.915.588,00	217.407.233,80
TOTAL GENERAL	28.396.649.475	5.151.183.809	2.745.293.368	1.764.200.174	4.175.144.340	6.914.806.822	7.646.020.961
Rad.	86%	27%	14%	9%	22%	36%	40%
Pte X Rad	14%	50%	12%	1%	0%	1%	4%

COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA JUNIO 2016							
ZIPAQUIRA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2016	13.311.923.599	176.430.486	1.872.282.265	1.102.591.052	2.391.942.493	2.426.382.819	5.342.294.484
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2016	6.012.942.040	2.607.758.848	253.069.975	30.823.146	129.241.912	1.732.485.585	1.259.562.574
TOTAL GENERAL	19.324.865.639	2.784.189.334	2.125.352.240	1.133.414.198	2.521.184.405	4.158.868.404	6.601.857.058
Rad.	69%	14%	11%	6%	13%	22%	34%
Pte X Rad	31%	43%	4%	1%	2%	29%	21%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

Del segundo trimestre del año 2018 de la sede de Zipaquirá, el 15% se encuentra pendiente por radicar y el 85% se encuentra radicado, de la cual el 22% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de la cartera de un 22% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2017

COMPARATIVO DE CARTERA GIRADOT A JUNIO DE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



TOTAL CARTERA GIRARDOT A JUNIO 2018							
ZIPAQUIRA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2018	11.845.971.656					388.201	11.845.583.455
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2018	197.633.544						197.633.544
TOTAL GENERAL	12.043.605.200	0	0	0	0	388.201	12.043.216.999
Rad.	98%					100%	98%
Pte X Rad	2%					0%	2%

COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)

TOTAL CARTERA GIRARDOT JUNIO 2017							
GIRARDOT	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2017	20.711.148.765	0	0	0	0	0	20.711.148.765,44
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2017	975.438.538	0	0	0	0	0	975.438.538,20
TOTAL GENERAL	21.686.587.304	0	0	0	0	0	21.686.587.304
Rad.	96%	0%	0%	0%	0%	0%	57%
Pte X Rad	4%						

COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)

TOTAL CARTERA GIRARDOT JUNIO 2016							
GIRARDOT	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2016	37.234.383.520	0	0	1.903.622	2.980.806.220	13.131.823.176	21.119.850.501
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2016	1.138.940.406			2.000.378	756.302.723	106.522.455	274.114.849
TOTAL GENERAL	38.373.323.925	0	0	3.904.000	3.737.108.943	13.238.345.632	21.393.965.350
Rad.	97%	0%	0%	0%	10%	34%	56%
Pte X Rad	3%						

FUENTE: MODULO CONTABILI

Del segundo trimestre del año 2018 de la sede de Girardot, el 2% aún se encuentra pendiente por radicar y el 99% se encuentra radicado, de la cual el 100% es cartera a más de 360 días. Se refleja una disminución de la cartera de un 46% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2017, debido que el hospital dejó de administrar la sede de Girardot desde el 12 de febrero de 2016

COMPARATIVO DE CARTERA CONSOLIDADO A JUNIO DE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)

CARTERA RADICADA JUNIO DE 2018

UNIDAD FUNCIONAL	SALDO	0-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
BOGOTA	153.294.008.672	13.965.158.240	9.561.015.031	7.514.181.320	18.929.434.255	36.681.059.311	62.171.235.448	4.471.925.068
GIRARDOT	12.043.605.200	0	0	0	0	388.201	12.043.216.999	0
VEGA	49.029.351	0	0	0	0	0	49.029.351	0
ZIPAQUIRA	34.369.654.337	3.412.749.270	3.102.900.958	2.947.432.160	6.328.767.149	6.910.049.909	11.049.732.646	618.022.245
TOTAL GENERAL	199.756.297.560	17.377.907.510	12.663.915.989	10.461.613.480	25.258.201.404	43.591.497.421	85.313.214.444	5.089.947.313
	88%	9%	6%	5%	13%	22%	43%	3%

CARTERA SIN RADICAR JUNIO DE 2018

UNIDAD FUNCIONAL	SALDO	0-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
BOGOTA	21.866.172.021	12.617.443.915	2.354.823.497	526.609.046	408.237.362	1.167.181.760	320.775.015	4.471.101.426
GIRARDOT	197.633.544	0	0	0	0	0	197.633.544	0
ZIPAQUIRA	5.084.124.778	3.099.944.069	933.091.906	152.861.041	166.964.076	7.288.575	112.394.989	611.580.122
TOTAL GENERAL	27.147.930.343	15.717.387.984	3.287.915.403	679.470.087	575.201.438	1.174.470.335	630.803.547	5.082.681.548
	12%	58%	12%	3%	2%	4%	2%	19%

GRAN TOTAL	226.904.227.903	33.095.295.494	15.951.831.392	11.141.083.567	25.833.402.842	44.765.967.756	85.944.017.992	10.172.628.861
------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

PARTIDAS PTES X IDENTIFICAR	16.373.851.878
-----------------------------	----------------

COMPARATIVO DE CARTERA CONSOLIDADO A JUNIO DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)

CARTERA RADICADA JUNIO DE 2017

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	101.328.130.543	1.415.969.335	6.004.117.757	4.932.722.261	11.478.390.575	29.422.398.804	48.074.531.811
GIRARDOT	20.711.148.765	0	0	0	0	0	20.711.148.765
VEGA	253.620.792	0	0	0	0	0	253.620.792
ZIPAQUIRA	24.332.896.716	2.169.737.437	2.010.774.750	1.713.606.264	4.147.273.303	6.862.891.234	7.428.613.727
Total general	146.625.796.817	3.585.706.772	8.014.892.507	6.646.328.525	15.625.663.878	36.285.290.039	76.467.915.096
	88%	3%	6%	5%	12%	29%	61%

CARTERA SIN RADICAR JUNIO 2017

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	15.368.264.413	11.400.064.029	2.376.893.907	385.815.851	1.050.929.929	101.230.163	53.330.534
GIRARDOT	975.438.538	0	0	0	0	0	975.438.538
ZIPAQUIRA	4.063.752.759	2.981.446.372	734.518.618	50.593.910	27.871.037	51.915.588	217.407.234
Total general	20.407.455.710	14.381.510.401	3.111.412.525	436.409.761	1.078.800.966	153.145.751	1.246.176.306
	12%	70%	15%	2%	5%	1%	6%
Total general	167.033.252.527	17.967.217.174	11.126.305.032	7.082.738.286	16.704.464.844	36.438.435.790	77.714.091.402
	14%	100%					
20.295.939.885	+	17.967.217.174	9.821.344.411	7.824.562.119	16.704.464.844	51.151.014.631	44.282.939.720
Cg x Identificar	14.906.622.200						
Total Neto Cartera	152.126.630.328						

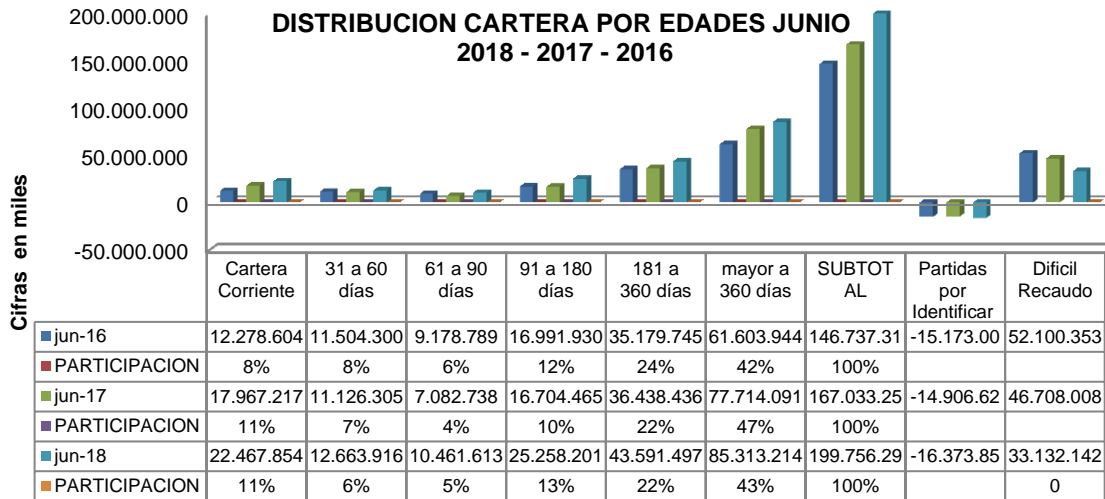
CARTERA RADICADA JUNIO 2016

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	75.209.838.556	1.198.215.231	7.422.095.097	7.225.000.309	9.691.606.728	17.718.802.965	31.954.118.227
GIRARDOT	37.234.383.520	0	0	1.903.622	2.980.806.220	13.131.823.176	21.119.850.501
VEGA	423.728.941	0	0	0	0	0	423.728.941
ZIPAQUIRA	13.311.923.599	176.430.486	1.872.282.265	1.102.591.052	2.391.942.493	2.426.382.819	5.342.294.484
Total general	126.179.874.617	1.374.645.717	9.294.377.362	8.329.494.983	15.064.355.441	33.277.008.960	58.839.992.154
	86%	1%	7%	7%	12%	26%	47%

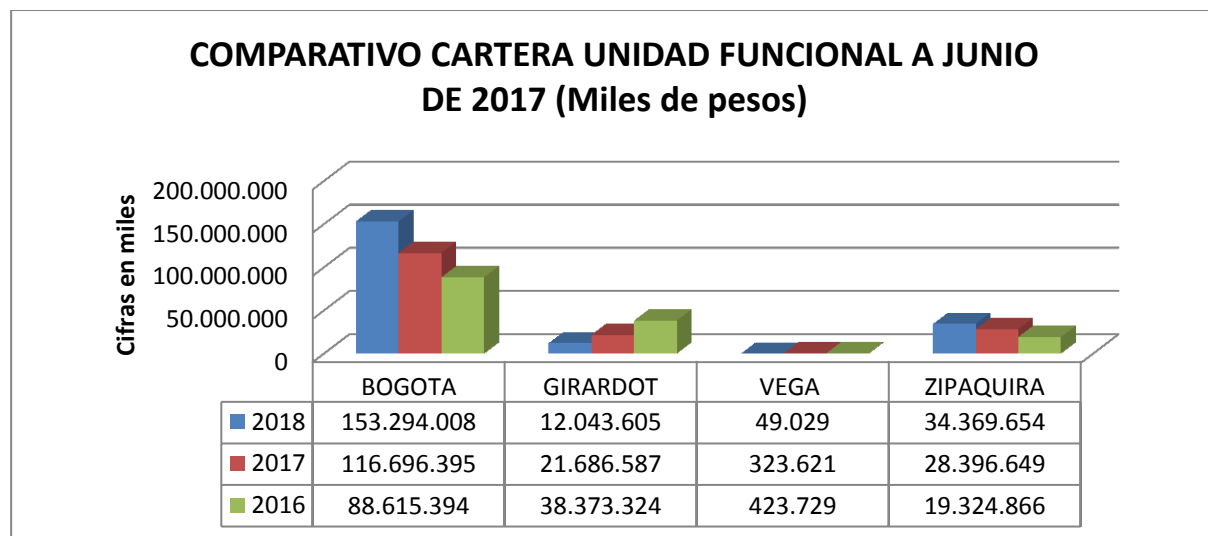
CARTERA SIN RADICAR JUNIO 2016							
U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	13.405.555.580	8.296.199.146	1.956.853.130	816.470.283	1.042.030.205	63.728.078	1.230.274.738
GIRARDOT	1.138.940.406	0	0	2.000.378	756.302.723	106.522.455	274.114.849
VEGA	0						
ZIQUAIRA	6.012.942.040	2.607.758.848	253.069.975	30.823.146	129.241.912	1.732.485.585	1.259.562.574
Total general	20.557.438.026	10.903.957.994	2.209.923.105	849.293.807	1.927.574.840	1.902.736.119	2.763.952.161
	14%	53%	11%	4%	9%	9%	13%
Total general	146.737.312.642	12.278.603.711	11.504.300.466	9.178.788.790	16.991.930.281	35.179.745.079	61.603.944.314
-9%	100%						
-15.169.542.207	+	12.278.603.711	9.821.344.411	7.824.562.119	16.991.930.281	51.151.014.631	44.282.939.720
Cg x Identificar	15.173.003.562						
Pte x Ident Bancos	0						
Total Neto Cartera	131.564.309.080						

EDADES DE LA CARTERA JUNIO 2018

EDADES CARTERA	JUN-16	PARTICIPACION	JUN-17	PARTICIPACION	JUN-18	PARTICIPACION
Cartera Corriente	12.278.604	8%	17.967.217	11%	22.467.854	11%
31 a 60 días	11.504.300	8%	11.126.305	7%	12.663.916	6%
61 a 90 días	9.178.789	6%	7.082.738	4%	10.461.613	5%
91 a 180 días	16.991.930	12%	16.704.465	10%	25.258.201	13%
181 a 360 días	35.179.745	24%	36.438.436	22%	43.591.497	22%
mayor a 360 días	61.603.944	42%	77.714.091	47%	85.313.214	43%
SUBTOTAL	146.737.312	100%	167.033.252	100%	199.756.295	100%
Partidas por Identificar	-15.173.004		-14.906.622		-16.373.858	
Difícil Recaudo	52.100.353		46.708.008		33.132.142	
TOTAL CARTERA NETA	183.664.661		198.834.638		216.514.579	



A la anterior situación de las tres sedes se resalta que existen valores en cuentas del pasivo que deben ser aplicados a la Cartera y que no se han podido descargar en los valores de cartera de cada una de las sedes por no tener el soporte para la identificación factura a factura debido a que se mantiene la tendencia a que las entidades no entreguen soportes oportunamente, el valor total de estas partidas con corte a 30 de Junio de 2018 asciende a la suma de \$16.373 millones; de los cuales el 38,3% corresponde a Convida, a este respecto también se debe referir, que el valor registrado en cuentas por identificar, está sobrevalorado debido a que los pagos que realizan los clientes corresponden a las tres sedes y al no poder ser identificados se registra el valor de todas las unidades funcionales en Bogotá, una vez se hace la respectiva identificación por factura se registran los pagos en cada una de la Unidades respectivas



Al realizar comparativo de la cartera consolidada a Junio de 2018 de las últimas tres vigencias se puede anotar que entre el año 2017 y 2018 hubo un aumento de cartera en un 16%.

4.1. 4 Recaudo

Recaudo Bogotá

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A JUNIO /2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2018	TOTAL
CONTRIBUTIVO	1.598.276.801	1.545.421.465	3.143.698.266
SUBSIDIADO	23.755.528.077	15.637.868.037	39.393.396.114
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.794.575.653	1.452.032	1.796.027.685
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	8.430.021	299.126.958	307.556.979
ASEGURADORAS-SOAT	940.157.267	1.221.468.502	2.161.625.769
FOSYGA	2.202.828.487	29.466.568	2.232.295.055
OTRAS ENTIDADES	712.235.359	462.447.347	1.174.682.706
SUBTOTAL	31.012.031.665	19.197.250.909	50.209.282.574
	62%	38%	

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A JUNIO /2017			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2017	TOTAL
CONTRIBUTIVO	3.431.088.061	2.198.368.171	5.629.456.232
SUBSIDIADO	26.566.066.039	13.476.446.905	40.042.512.944
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	749.718.236	0	749.718.236
ASEGURADORAS-SOAT	563.145.601	717.029.233	1.280.174.834
FOSYGA	1.064.950	8.606.269	9.671.219
OTRAS ENTIDADES	415.351.609	531.325.285	946.676.894
SUBTOTAL	31.726.434.496	16.931.775.863	48.658.210.359
	65%	35%	

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A JUNIO /2016			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2016	TOTAL
CONTRIBUTIVO	1.115.406.852	1.343.220.621	2.458.627.473
SUBSIDIADO	12.683.031.600	11.765.356.500	24.448.388.100
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	22.124.844	0	22.124.844
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	395.607.375	63.516.104	459.123.479
ASEGURADORAS-SOAT	1.316.069.396	645.422.435	1.961.491.831
FOSYGA	54.202.345	46.412.116	100.614.461
OTRAS ENTIDADES	1.341.138.297	202.815.433	1.543.953.730
SUBTOTAL	16.927.580.709	14.066.743.209	30.994.323.918
	55%	45%	

El recaudo por régimen para el segundo Trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de

Bogotá fue: Régimen Subsidiado con un 78%, seguido del Contributivo con un 6%, representando estos dos un 84% sobre el total recaudado.

Del total recaudado durante el segundo Trimestre de 2018, las vigencias anteriores tienen una participación del 55% y la presente vigencia un participación del 46%, este comportamiento es adecuado para este periodo puesto que la gestión del recaudo se concentra más en vigencia anterior puesto que la vigencia actual se está radicando y los procesos de auditoría aún no se dan para estas cuentas.

Recaudo Zipaquirá

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA JUNIO DE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2018	TOTAL
CONTRIBUTIVO	212.010.883	274.898.597	486.909.480
SUBSIDIADO	3.260.536.689	4.335.519.955	7.596.056.644
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	546.216.538	0	546.216.538
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	2.181.870	0	2.181.870
ASEGURADORAS-SOAT	126.489.403	279.937.631	406.427.034
ECAT-FOSYGA	0	0	0
OTRAS ENTIDADES	72.899.227	47.917.610	120.816.837
SUBTOTAL	4.220.334.610	4.938.273.793	9.158.608.403
	46%	54%	

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A JUNIO DE 2017			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2017	TOTAL
CONTRIBUTIVO	814.325.938	93.012.544	907.338.482
SUBSIDIADO	4.970.997.455	6.599.604.805	11.570.602.260
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	3.918.268	0	3.918.268
ASEGURADORAS-SOAT	128.558.189	248.697.071	377.255.260
ECAT-FOSYGA	0	0	0
OTRAS ENTIDADES	392.528.653	166.533.999	559.062.652
SUBTOTAL	6.310.328.503	7.107.848.419	13.418.176.922
	47%	53%	

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A JUNIO DE 2016			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2016	TOTAL
CONTRIBUTIVO	327.898.769	40.138.593	368.037.362
SUBSIDIADO	4.720.993.810	5.497.877.470	10.218.871.280
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0

OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.459.453	0	1.459.453
ASEGURADORAS-SOAT	131.150.693	47.800.519	178.951.212
ECAT-FOSYGA	0	0	0
OTRAS ENTIDADES	19.270.066	45.500.012	64.770.078
SUBTOTAL	5.200.772.791	5.631.316.594	10.832.089.385
	48%	52%	

El recaudo por régimen para el segundo trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Zipaquirá fue: Régimen Subsidiado con un 83% y Vinculado con un 6%, representando estos dos un 89% sobre el total recaudado por Régimen.

Del total recaudado durante el segundo trimestre de 2018, el 48% corresponde a vigencias anteriores y el 52% a la presente vigencia, para la UFZ las EPS cancelan un porcentaje menor al de Bogotá muy cerca al que deben cancelar de la radicación de la vigencia; situación atípica puesto que la ley estipula que se debe cancelar el 50% de lo radicado sin importar la ubicación geográfica, igualmente puede ser porque esta UFZ tiene contratos por capitación. El recaudo por régimen para el 1er. Trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Bogotá fue: Régimen Subsidiado con un 77%, seguido del Vinculado con un 8%, representando estos dos un 85% sobre el total recaudado.

Del total recaudado durante el 1er. Trimestre de 2018, las vigencias anteriores tienen una participación del 63% y la presente vigencia un participación del 37%, este comportamiento es adecuado para este periodo puesto que la gestión del recaudo se concentra más en vigencia anteriores puesto que la vigencia actual se esta radicando y los procesos de auditoria aún no se dan para estas cuentas

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA 2018			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	100.995.046	49.980.645	150.975.691
FOSYGA			0
SUBSIDIADO	2.499.880.868	1.366.020.060	3.865.900.928
CONTRIBUTIVO	54.988.705	29.440.509	84.429.214
CAPITADO	0	292.167.069	292.167.069
IPS PUBLICAS	9.788.450		9.788.450
IPS PRIVADAS	13.403.800		13.403.800
ARL	2.649.922		2.649.922
VIDA	3.507.350	1.096.485	4.603.835
MEDICINA PREPAGADA			0
ENTIDADES ESPECIALES			0
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	202.781.670	343.434.868	546.216.538
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	2.181.870		2.181.870
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA	2.890.177.681	2.082.139.636	4.972.317.317
	58%	42%	

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	61.806.919	17.481.569	79.288.488
FOSYGA			0
SUBSIDIADO	1.879.064.557	785.242.928	2.664.307.485
CONTRIBUTIVO	588.811.389	19.904.213	608.715.602
CAPITADO		836.632.160	836.632.160
IPS PUBLICAS	5.136.965		5.136.965
IPS PRIVADAS	11.106.562		11.106.562
ARL	3.180.217	507.923	3.688.140
VIDA	1.798.804	930.622	2.729.426
MEDICINA PREPAGADA			0
ENTIDADES ESPECIALES	335.543.988	128.410.682	463.954.670
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	91.966		91.966
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA 2017	2.886.541.367	1.789.110.097	4.675.651.464
	62%	38%	

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA 2016			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	98.501.501	15.160.559	113.662.060
FOSYGA			0
SUBSIDIADO	3.099.437.140	1.876.975.405	4.976.412.545
CONTRIBUTIVO	186.344.603	4.387.491	190.732.094
CAPITADO		252.014.945	252.014.945
IPS PUBLICAS	2.484.700	472.600	2.957.300
IPS PRIVADAS	7.624.800		7.624.800
ARP	1.786.008		1.786.008
VIDA	11.811.194	256.092	12.067.286
MEDICINA PREPAGADA			0
ENTIDADES ESPECIALES			0
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD			0
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA 2016	3.407.989.946	2.149.267.092	5.557.257.038
	61%	39%	

El recaudo por régimen para el 1er. Trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Zipaquirá fue: Régimen Subsidiado con un 78% y Vinculado con un 11%, representando estos dos un 89% sobre el total recaudado por Régimen. Del total recaudado durante el 1er. Trimestre de 2018, el 58% corresponde a vigencias anteriores y el 42% a la presente vigencia, para la UFZ las EPS cancelan un porcentaje mayor al de Bogotá muy cerca al 50% que deben cancelar de la radicación de la vigencia; situación atípica puesto que la ley estipula que se

debe cancelar el 50% de lo radicado sin importar la ubicación geográfica, igualmente puede ser porque esta UFZ tiene contratos por capitación.

Recaudo Girardot

UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT 2018					
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR		VIGENCIA ACTUAL		TOTAL
SOAT	3.230.680				3.230.680
FOSYGA					0
SUBSIDIADO	35.419.515				35.419.515
CONTRIBUTIVO	2.572.006				2.572.006
CAPITADO					0
IPS PUBLICAS					0
IPS PRIVADAS					0
ARL					0
VIDA					0
MEDICINA PREPAGADA					0
ENTIDADES ESPECIALES					0
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA					0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	32.096				32.096
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE GIRADOT	41.254.297				41.254.297
	100%		0%		

UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	2.645.283		2.645.283
FOSYGA			0
SUBSIDIADO	28.482.237		28.482.237
CONTRIBUTIVO	83.588.038		83.588.038
CAPITADO	26.736.731		26.736.731
IPS PUBLICAS			0
IPS PRIVADAS			0
ARL	47.001	47.001	94.002
VIDA			0
MEDICINA PREPAGADA			0
ENTIDADES ESPECIALES			0
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD			0
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL GIRARDOT 2018	141.499.290	47.001	141.546.291
	100%	0%	

UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT 2016			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	277.905.448	24.073.203	301.978.651
FOSYGA			0
SUBSIDIADO	4.774.972.192	1.549.359.198	6.324.331.390
CONTRIBUTIVO	852.503.658	52.366.741	904.870.399
CAPITADO	59.486.901	348.822.616	408.309.517
IPS PUBLICAS			0
IPS PRIVADAS	54.149.067	54.828.067	108.977.134
ARP	2.875.900		2.875.900
VIDA	3.299.008		3.299.008
MEDICINA PREPAGADA			0
ENTIDADES ESPECIALES	15.020.586		15.020.586
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	21.738.883		21.738.883
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	556.651		556.651
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT 2016	6.062.508.294	2.029.449.825	8.091.958.119
	75%	25%	

El recaudo por régimen para el 1er. Trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Girardot fue: Régimen Subsidiado con un 78% y Contributivo con un 11%, representando estos dos un 89% sobre el total recaudado por Régimen.

Del total recaudado durante el 1er. Trimestre de 2018, el 100% corresponde a vigencias anteriores ya que desde febrero de 2016 el Hospital dejó de administrar esa unidad funcional, la cual fue entregada a la Gobernación de Cundinamarca.

Recaudo Consolidado

TOTAL CONSOLIDADO DE RECAUDOS A JUNIO DE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2018	TOTAL
CONTRIBUTIVO	1.810.287.684	1.820.320.062	3.630.607.746
SUBSIDIADO	27.016.064.766	19.973.387.992	46.989.452.758
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	2.340.792.191	1.452.032	2.342.244.223
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	10.611.891	299.126.958	309.738.849
ASEGURADORAS-SOAT	1.066.646.670	1.501.406.133	2.568.052.803
ECAT-FOSYGA	2.202.828.487	29.466.568	2.232.295.055
OTRAS ENTIDADES	785.134.586	510.364.957	1.295.499.543
OTROS CONCEPTOS(Se registro como otros ingresos pago RTS)	0	0	0
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	35.232.366.275	24.135.524.702	59.367.890.977

59%

41%

FUENTE DE INFORMACION: Modulo de Tesorería – Dinámica Gerencial.Net



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



TOTAL CONSOLIDADO DE RECAUDOS A JUNIO DE 2017			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2017	TOTAL
CONTRIBUTIVO	4.245.413.999	2.291.380.715	6.536.794.714
SUBSIDIADO	31.537.063.494	20.076.051.710	51.613.115.204
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	753.636.504	0	753.636.504
ASEGURADORAS-SOAT	691.703.790	965.726.304	1.657.430.094
ECAT-FOSYGA	1.064.950	8.606.269	9.671.219
OTRAS ENTIDADES	807.880.262	697.859.284	1.505.739.546
OTROS CONCEPTOS(Se registro como otros ingresos pago RTS)	0	0	0
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	38.036.762.999	24.039.624.282	62.076.387.281
	61%	39%	

TOTAL CONSOLIDADO DE RECAUDOS A JUNIO DE 2016			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2016	TOTAL
CONTRIBUTIVO	2.535.595.039	1.446.843.420	3.982.438.459
SUBSIDIADO	23.805.535.008	19.536.894.292	43.342.429.300
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	43.863.727	0	43.863.727
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	397.623.479	64.213.242	461.836.721
ASEGURADORAS-SOAT	1.728.424.545	777.335.534	2.505.760.079
ECAT-FOSYGA	54.202.345	46.412.116	100.614.461
OTRAS ENTIDADES	1.522.384.061	366.623.705	1.889.007.766
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	30.087.628.204	22.238.322.309	52.325.950.513
	58%	42%	

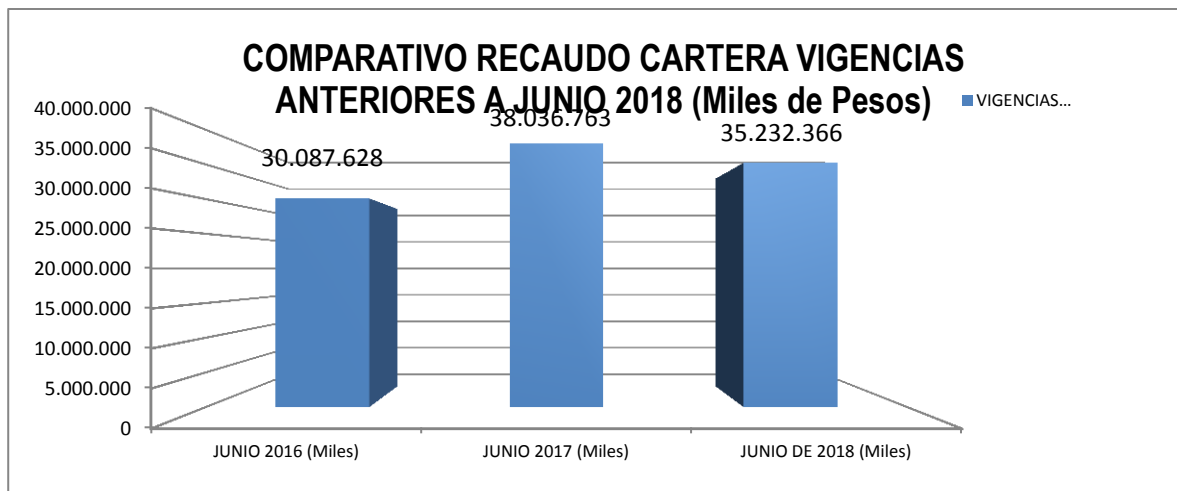
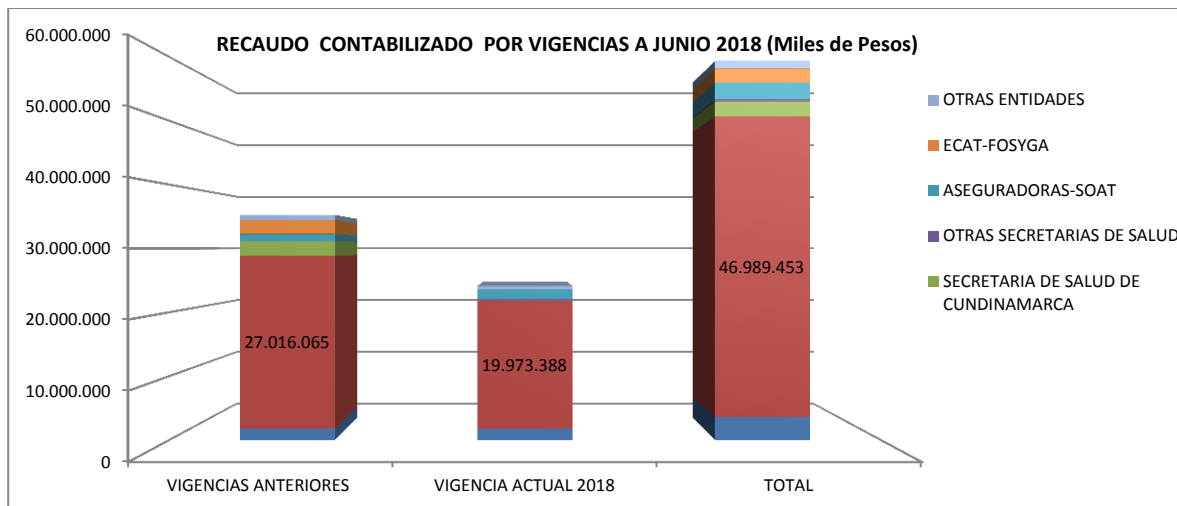
El recaudo total consolidado por régimen para el segundo trimestre de 2018 con mayor representatividad fue: Régimen Subsidiado con un 79% y Contributivo con un 6%, representando estos dos un 85% sobre el total recaudado por Régimen.

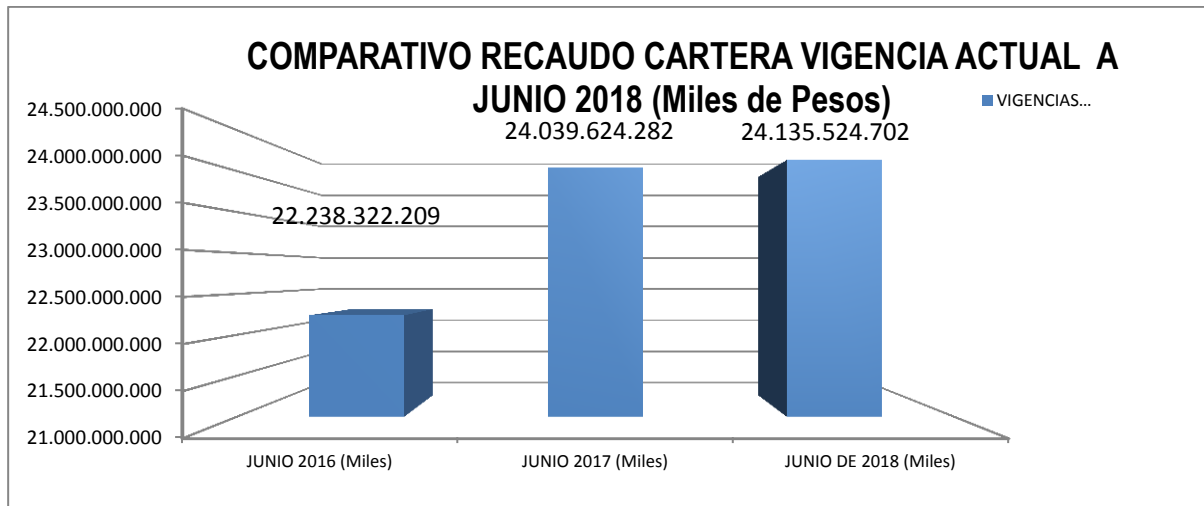
Del total recaudado durante el segundo trimestre de 2018, el 58% corresponde a vigencias anteriores y el 42% a la presente vigencia.

RECAUDOS VIGENCIAS ANTERIORES CONSOLIDADO	A JUNIO 2016	A JUNIO /2017	A JUNIO 2018
TOTAL CARTERA RADICADA	126.179.874	146.625.796	172.528.037
Vr. POR IDENTIFICAR CARTERA	15.173.004	14.935.902	146.625.796
Cartera Neta Radicada	102.741.162	133.857.955	144.968.688
Recuperación Cartera V/ Anteriores	30.087.628	38.036.762	35.232.366
% Recuperación Vigencias anteriores	29%	28%	24%
Recuperación Cartera V/ Actual	22.238.322	24.039.624	24.135.524
% Recuperación Vigencia Actual	22%	18%	17%

Miles de pesos

TOTAL CONSOLIDADO DE RECAUDOS A JUNIO DE 2018 (MILES DE PESOS)			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2018	TOTAL
CONTRIBUTIVO	1.810.288	1.820.320	3.630.608
SUBSIDIADO	27.016.065	19.973.388	46.989.453
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	2.340.792	1.452	2.342.244
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	10.612	299.127	309.739
ASEGURADORAS-SOAT	1.066.647	1.501.406	2.568.053
ECAT-FOSYGA	2.202.828	29.467	2.232.295
OTRAS ENTIDADES	785.135	510.365	1.295.500
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	35.232.366	24.135.525	59.367.891





La recuperación de la cartera radicada comparada con el recaudo de vigencias anteriores en los dos últimos años ha disminuido en un 1%.

Presentando una disminución del recaudo actual con respecto a las vigencias anteriores teniendo en cuenta el no Cumplimiento de la normatividad por parte de las Entidades Responsables de Pago e igualmente se intensifica el cobro a través de Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición, Cruces de Cartera y Envío a Cobro Jurídico de las mismas entre otros. Dando alcance a la gestión antes planteada y a la nueva normatividad dictada por el Gobierno Nacional, con el fin de fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento, y flujo de recursos se dispuso circularizar a los clientes para dar aplicación a la norma en los plazos establecidos.

Igualmente se realizó durante el trimestre comprendido del 01 de Abril de 2018 al 30 de Junio de 2018 circularización de acuerdo a la Ley 1797 de 2016 y la Resolución 6066 de 2016 del Ministerio de Salud y protección Social se enviaron un total de 236 Notificaciones de Saldo y un total 119 Derechos de Petición; adicionalmente con el propósito de seguir con los procesos jurídicos se enviaron 19 Derechos de Petición en el mes de Mayo/18 solicitando los Originales de las Facturas.

Se ha participado en Mesas de Trabajo de acuerdo a la Circular 030 de 2013, convocadas por la Secretaria de Salud de Cundinamarca, la Contraloría de Cundinamarca y la Superintendencia Nacional de Salud, se han realizado cruces de Cartera.

Se ha venido presentando un comportamiento en el recaudo total constante a la baja con respecto a los años anteriores, teniendo en cuenta que durante el año 2017 los valores por Giro Directo que realiza el Ministerio han venido disminuyendo, situación que en repetidas oportunidades se ha comentado en las diferentes estancias a los entes de control y en mesas de trabajo de Circular 030, a cada uno de los representantes del Ministerio de Salud, Secretaria de Salud de Cundinamarca, Contraloría de Cundinamarca, Superintendencia Nacional de Salud.

Se continúa ejerciendo presión a través de Cruces de Cartera, Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición y envío a Cobro Jurídico a las Entidades Responsables de Pago que presenten servicios mayores a 180 días.

PQRS

Durante el primer semestre del año 2018 el área de facturación recibió 28 reclamos, 6 felicitaciones, 2 sugerencias, 23 solicitudes de información y 9 quejas las cuales fueron gestionadas dentro de los términos de la normatividad vigente y además se realizó el proceso de gestión de mejora para cada una de ellas.

FACTURACION Y RECAUDO I SEMESTRE 2018											
CLASIFICACION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%
PETICIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%
RECLAMO	2	4	4	2	11	5	28	10	33%	18	47%
FELICITACIONES	0	2	1	1	2	0	6	3	10%	3	8%
SUGERENCIAS	0	0	0	0	1	1	2	0	0%	2	5%
SOL. INFORMAC	6	2	6	1	2	6	23	14	47%	9	24%
QUEJA	1	1	1	0	4	2	9	3	10%	6	16%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%
TOTAL	9	9	12	4	20	14	68	30	100%	38	100%

Fuente: Subdirección de Atención al usuario

Los reclamos obedecen a casos de inoportunidad en la atención y falta de buen trato en la atención, por lo anterior se contará con una informadora en el área de consulta externa que permita mejorar la entrega de información al usuario, que le enseñe y se le acompañe al usuario en el manejo del digiturno, que verifique la documentación que el usuario trae para facturar o para asignar cita lo que favorece los tiempos de contacto con el facturador y de esta forma prevenir malestar en el usuario y mejorar la satisfacción y la atención en nuestra área.

Plan único de mejora por procesos PUMP

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
1.	Desde mercadeo a pesar que no se puede cambiar la upc de contratación, se trabaja con costos mediante la metodología de costos por equivalencia para saber cuánto es el costo real de hus y de esta manera parametrizar las tarifas en el sistema y facturar con ellas las actividades de primer nivel de atención y de pyd de Zipaquirá, cogua y san cayetano y estas se puedan comparar con la cuenta de cobro que se pasa a la e.p.s	OTRAS	45%	
	Justificación:			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
----	--------	--------	------------------------	-----------------------------

2.	Realización de informes de ejecución con las entidades con las que se tiene pactado contractualmente la presentación de informes de ejecución presupuestal	AUTOCONTROL	100%	Contratos sobre ejecutados
Justificación: Revisión de los contratos de la vigencia para determinar la obligatoriedad de presentar informe de ejecución a la entidad contratante				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
3.	Realizar capacitaciones en el tema de facturación a los facturadores, autorizadores, admisionistas y armadores de cuentas.	AUTOCONTROL	9% de incremento de venta de servicios en el primer semestre 2018	Incremento anual de venta de servicios
Justificación: Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y capacitación en temas de facturación. Fuente. Dinámica Gerencial.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
4.	Capacitar en el manejo del aplicativo del digiturno de urgencias a los facturadores, autorizadores, admisionistas e implementar el proceso en el área de Admisiones - urgencias.	OTRAS	100%	Porcentaje de satisfacción global de cliente corporativo
Justificación: Se evidencia capacitación recibida del área de sistemas e Indicador de Dirección Atención al usuario				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
5.	Sensibilizar al personal en el tema de humanización a través del apoyo de la Dirección de atención del usuario	PQRS	No	# QR relacionadas a la causa (trato amable) / Total de QR en facturación
Justificación: Se evidencia capacitación recibida por Dirección de Atención al usuario				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
----	--------	--------	------------------------	-----------------------------

6.	Revisar el manejo del aplicativo del digiturno en consulta externa (Modulo asignación de citas).	PQRS	No	# QR relacionadas a la causa (E / Total de QR en facturación)
	Justificación: Se evidencia solicitud a sistemas			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
7.	Realizar capacitación al personal que se encuentra al ingreso de los HUS en los temas y servicios específicos de consulta externa (servicios, horarios, médicos, facturación, entre otros) .	PQRS	No	# QR relacionadas a la causa (E / Total de QR en facturación)
	Justificación: Se evidencia capacitación dada por consulta externa.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
8.	Se establece el cambio en la parametrización en el sistema del contrato de SSC, de tal manera que ya no se deba realizar a través de cuenta de cobro, y el registro quede factura a factura, lo que dispondría la información de los estados de la factura para los módulos de cartera y facturación.	OTRAS	9% de incremento de venta de servicios en el primer semestre 2018	Incremento anual de venta de servicios
	Justificación: Se encuentra en proceso la parametrización. Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y capacitación en temas de facturación. Fuente. Dinámica Gerencial.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
7.	Generar cronograma de probables fechas asignadas a los autorizadores y concertación de fechas con EPS (Ecoopsos, Comfacundi y Mutual Ser) con el objeto de llevar a cabo la obtención de las autorizaciones correspondientes a la prestación de los servicios.	AUTOCONTROL	9% de incremento de venta de servicios en el primer semestre 2018	Incremento anual de venta de servicios
	Justificación: Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y Cronograma. Fuente. Dinámica Gerencial.			
	Barrera de mejoramiento: Falta de personal para llevar a cabo las visitas a las EPS y poder gestionar externamente la obtención de la autorización.			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
8.	1. Potenciar las competencias del personal a través de ciclos de capacitación	AUTOCONTROL	100%	Porcentaje capacitaciones programadas / total capacitaciones realizadas
	Justificación:			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
9.	1. Lograr el ingreso oportuno de la glosa y devoluciones al sistema de información	AUTOCONTROL		Porcentaje Glosa y devoluciones recibidas / total ingresadas
	Justificación:			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
10.	1. Gestionar con control las áreas de facturación y glosas desde el área de cartera	OTRAS	70%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se realiza constante comunicación con las áreas de facturación y glosas para la facturación pendiente de radicar y así mismo glosa en trámite.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
11.	1. Gestionar el cambio con las áreas de facturación y Subdirección de Mercadeo desde el área de cartera	OTRAS	30%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Está en proceso para cambio de parametrización			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
12.	Gestionar ajuste contable en comité de Sostenibilidad y seguimiento a pagos de clientes liquidados	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se realizaron fichas técnicas de saneamiento, las cuales ya fueron aprobadas por el comité de sostenibilidad financiera y se encuentran en la dirección financiera para los ajustes contables.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
13.	Gestionar ajuste contable en comité de Sostenibilidad y seguimiento a pagos no realizados por clientes	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera

liquidados			
Justificación: Se realizaron fichas técnicas de saneamiento, las cuales ya fueron aprobadas por el comité de sostenibilidad financiera y se encuentran en la dirección financiera para los ajustes contables.			
Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
14.	Gestionar cruce de información entre la Oficina Asesora Jurídica y el Área de Cartera de las cifras entregadas para proceso Judicial.	OTRAS	60%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se ha gestionado para cobro jurídico, los montos que de acuerdo a los cruces realizados con cada ERP cumplan con los requisitos necesarios para ser llevados ante procesos de la Supersalud para la consecución del pago.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
15.	Elaborar y radicar mediante oficios reporte del estado de cartera mensual y trimestral a cada cliente.	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se han enviado de manera mensual las notificaciones de saldo y trimestral los derechos de petición con cada cliente.			
	Barrera de mejoramiento:			

Plan Estratégico Hospitalario (PAS – Plan de Acción de Salud)

NO.	META DEL PRODUCTO ANUAL	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	DE
1	Elaborar y gestionar el cumplimiento del Cronograma de Visitas a los clientes potenciales para promocionar el portafolio de servicios (60%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%	
	Justificación 1. Cronograma de Visitas (documento) 2. Actas de visitas del HUS a la EPS según lo programado en el Cronograma de Visitas				
	Barrera de mejoramiento N/A				
2.	Suscribir la contratación como mínimo en un 50% con las Eps que representen el 70% del total de la Facturación del Hospital (Régimen Subsidiado 40% y Régimen Contributivo 10%) (40%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%	
	Justificación Contratos suscritos 2018				
	Barrera de mejoramiento N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	Realizar de manera aleatoria la revisión trimestral del 5% del valor facturado en cada servicio: Consulta Externa, Hospitalización, UCI adultos y neonatal, Salas de Cirugía y Urgencias (40%)	% cumplimiento aumento en la facturación	100%	100%
	Justificación Se realiza auditoria de facturas por cada servicio relacionado en la descripción, se tiene en cuenta proceso de subfacturación que permita la mejora en pro del aumento de la facturación mensual.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4.	Efectuar de manera permanente el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de facturación (50%)	% cumplimiento cierre egresos hospitalarios	100%	100%
	Justificación Al generar el cierre de los egresos hospitalarios se genera el aumento en la facturación correspondiente al periodo.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
5.	Realizar 2 capacitaciones anuales al personal de facturación en normatividad en salud. (10%)	% Capacitaciones al personal	100%	100%
	Justificación Se lleva a cabo capacitaciones que permitan mejorar y fortalecer el proceso de facturación a través del adecuado conocimiento.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
6.	Efectuar el proceso de radicación según los términos de ley (100%)	95%	97%	100%
	Justificación Se ha presentado dificultades con la radicación en EPS Convida toda vez que generan periódicamente cambios en la parametrización en el sistema sin previo aviso y los RIPS se deben cambiar, esto genera reprocesos y demora en el proceso e inoportunidad de la radicación en la EPS.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

NO.	DESCRIPCION DE	INDICADOR	AVANCE DE LA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
-----	----------------	-----------	--------------	----------------------------

	ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES		ACCIÓN	
7.	Realizar divulgación de motivos de glosa en los procesos responsables de las mismas priorizando los servicios de mayor representatividad (50%)	% Disminución aceptación glosa	100%	30%
Justificación Formato actas y pantallazo de correos Institucionales donde se evidencia la divulgación de los motivos de glosa a diferentes áreas y especialistas, por conceptos de impacto y requerimiento o seguimiento a planes de acción.				
Barrera de mejoramiento N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
8.	Realizar reuniones cuatrimestrales con los líderes de los procesos donde se presente mayor glosa para que realicen Planes de Mejora. (50%)	Correos electrónicos, Actas de revisión	100%	50%
Justificación Formato acta con los líderes de proceso para continuar el desarrollo a los compromisos con acciones de mejora que aporten disminución en la glosas teniendo como referencia el impacto y frecuencia; priorizando temas relacionados con la falta de autorizaciones, pertinencia médica (estancias-UCI e Intermedios e interpretaciones e ayudas diagnósticas) y gestion de actas por NO POS. 3. Pantallazo cifras finales por aceptación de glosa para el II trimestre				
Barrera de mejoramiento N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
9.	Alcanzar el 40% (anual) del recaudo de cuentas por cobrar radicadas de los servicios prestados en vigencias anteriores. Según informe presupuestal (33%)	% de recaudo vigencias anteriores	18%	100%
Justificación				
Barrera de mejoramiento				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
10.	Realizar envíos de la cartera y los soportes definidos a la Oficina Asesora Jurídica de la Cartera mayor a 360 días después de haber surtido los	% de entrega cartera más 360 días.	60%	100%

	trámites administrativos de cobro para inicio de cobro jurídico correspondiente al 80% del total de esta cartera según saldo a 31 dic de 2017 con seguimiento trimestral. (24%)			
Justificación				
Se ha gestionado para cobro jurídico, los montos que de acuerdo a los cruces realizados con cada ERP cumplan con los requisitos necesarios para ser llevados ante procesos de la Supersalud para la consecución del pago..				
Barrera de mejoramiento				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
11.	Alcanzar el 60% (anual) del recaudo de cuentas por cobrar radicadas de los reconocimientos por los servicios prestados en la vigencia actual. Según informe Presupuestal. (33%)	% de Recaudo de la vigencia actual	37%	100%
Justificación				
Barrera de mejoramiento				

Gestión del riesgo

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Operativo	Realizar registro erróneo del paciente en el sistema de información por la no verificación contra el documento físico del paciente	5	2
Justificación				
Es importante registrar la identificación completa del paciente sin errores para evitar generar líneas de pago diferentes, inconveniente en la solicitud de autorizaciones y evitar glosas de la prestación del servicio.				
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
2.	Financiero	No realizar gestión del reporte y obtención de autorización generada por las entidades responsables de pago	5	3
Justificación				
Se requiere realizar la solicitud de las autorizaciones requeridas a las EPS de acuerdo a lo establecido a la Resolución 3047 de 2008 y realizar llamada telefónica reiterando la solicitud realizada hasta obtener la autorización.				

Barrera de mejoramiento Algunas EPS no responden a las solicitudes realizadas y otras responden de manera inoportuna.

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
3.	Financiero	No realizar una adecuada revisión de la historia clínica y la factura del paciente y por ende no se cobran todos los servicios prestados y/o se cobran a las EPS no correspondientes.	5	4
Justificación				
Barrera de mejoramiento La falta de autorización es uno de los soportes pendientes a incluir en el paquete de la factura y algunos soportes de CTC.				

Programas

En el Proceso de Facturación y Recaudo no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

4.1.4 GESTIÓN DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

GESTIÓN DEL PROCESO

4.1.4.1 Presupuesto

Presupuesto de ingresos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/2017
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	42.190.820.564	42.190.820.564	39.724.825.215	39.724.825.215	-5,84%	-5,84%	47.907.886.818	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%
INGRESOS CORRIENTES	53.957.483.916	19.873.082.859	52.774.440.385	22.221.472.872	-2,19%	11,82%	65.199.712.000	57.437.110.794	22.081.472.105	8,84%	-0,63%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	51574.372.217	17.489.971.160	50.572.068.112	20.019.100.599	-1,94%	14,46%	59.358.532.000	57.191.468.700	21.835.830.011	13,09%	9,07%
...REGIMEN SUBSIDIADO	39.011.623.010	11.765.356.500	35.726.453.036	13.476.446.905	-8,42%	14,54%	41.717.296.000	39.808.111.726	15.637.868.037	11,42%	16,04%
...REGIMEN CONTRIBUTIVO	3.201.492.000	1.343.220.621	4.013.585.544	2.198.368.171	25,37%	63,66%	6.033.183.000	6.651.892.173	15.454.214.655	65,73%	-29,70%
...ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	4.313.074.274	2.655.164.102	5.776.630.719	2.067.881.265	33,93%	-22,12%	5.172.908.000	5.065.547.061	2.254.715.430	-12,31%	9,04%
...OTRAS ENTIDADES	5.048.182.933	1.726.229.937	5.055.398.813	2.276.404.258	0,14%	31,87%	6.435.145.000	5.665.917.740	2.397.825.079	12,08%	5,33%
...OTROS INGRESOS	250.309.898	250.309.898	318.484.017	318.484.017	27,24%	27,24%	500.000.000	245.642.094	245.642.094	-22,87%	-22,87%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	2.132.801.801	2.132.801.801	1.883.888.256	1.883.888.256	-11,67%	-11,67%	5.341.180.000	-	-	-100,00%	-100,00%
INGRESOS DE CAPITAL	1031992.139	1031992.139	1.084.549.862	1.084.549.862	5,09%	5,09%	800.000.000	901.676.989	901.676.989	-16,86%	-16,86%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	16.930.220.649	16.930.220.649	32.031.326.075	32.031.326.075	89,20%	89,20%	48.456.866.912	31.222.362.428	31.222.362.428	-2,53%	-2,53%
TOTAL INGRESOS	114.110.517.268	80.026.116.211	125.615.141.537	95.062.174.024	10,08%	18,79%	162.364.465.730	137.469.037.029	102.113.398.340	9,44%	7,42%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBILIDAD INICIAL	71919.696.704	37.835.295.647	85.890.316.322	55.337.348.809	19,43%	46,26%	114.456.578.912	89.561.150.211	54.205.511.522	4,27%	-2,05%

El presupuesto aprobado tuvo un aumento comparado de la vigencia 2017 a 2018, en especial la disponibilidad inicial, cuentas por cobrar (otras vigencias) y un menor valor presupuestado en los Aportes (no ligados a la venta de servicios) como aportes de estampillas prohospitalares para esta vigencia.

El valor de los reconocimientos aumenta por el mayor valor en la disponibilidad inicial y la venta de servicios. En los recaudos totales aumenta también por el concepto de disponibilidad inicial. Por recuperación de cartera de la vigencia y vigencias anteriores se mantienen al sumar cada unos de los conceptos y comparado con la vigencia anterior.

Para la vigencia 2018 del total ejecutado por reconocimientos con respecto al total aprobado es del 85% y por recaudos en un 63%. En los ingresos por transferencias el hospital no ha recibido aportes del departamento y de la nación, no ligados a la venta de servicios de salud.

Presupuesto de gastos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			AÑO 2018				2018/ 2017	2018/ 2017
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	46.172.741.135	32.474.567.446	26.614.575.057	48.101.035.117	32.576.409.555	29.709.622.992	86.424.054.755	58.101.485.801	37.605.197.794	34.482.191.190	21%	15%
...GASTOS DE PERSONAL	37.585.261.982	26.761.326.385	22.302.127.545	40.828.318.301	28.002.458.504	26.224.263.790	69.579.170.755	49.050.855.352	32.545.748.372	30.370.848.640	20%	16%
.....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	7.324.851.958	7.324.851.958	7.324.851.958	6.490.068.636	6.490.068.636	6.490.068.636	22.423.898.454	8.166.038.311	8.166.038.311	8.158.530.118	26%	26%
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	30.260.410.024	19.436.474.427	14.977.275.587	34.338.249.665	21.512.389.868	19.734.195.154	47.155.272.301	40.884.817.041	24.379.710.061	22.212.318.522	19%	13%
...GASTOS GENERALES	8.357.563.379	5.483.325.287	4.105.500.924	7.031.581.935	4.332.816.170	3.247.377.821	15.951.926.000	8.614.385.241	4.623.204.214	3.678.409.112	23%	7%
.....ADQUISICION DE BIENES	1.534.802.826	1.073.314.292	352.331.879	741.004.170	631.288.288	161.968.192	2.479.378.000	1.239.761.367	695.638.939	226.156.413	67%	10%
.....ADQUISICION DE SERVICIOS	6.822.760.553	4.410.010.995	3.753.169.045	6.290.577.765	3.701.527.882	3.085.409.629	13.472.548.000	7.374.623.874	3.927.565.275	3.452.252.699	17%	6%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	160.271.090	160.271.090	137.301.904	158.891.400	158.891.400	158.891.400	215.000.000	154.017.200	154.017.200	154.017.200	-3%	-3%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	69.644.684	69.644.684	69.644.684	82.243.481	82.243.481	79.089.981	677.958.000	282.228.008	282.228.008	278.916.238	243%	243%



GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	18.497.903.593	9.376.657.985	3.140.761.888	23.052.475.716	8.522.257.574	2.562.471.035	26.961.131.000	23.981.135.446	9.790.507.067	1.643.113.849	4%	15%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	18.288.666.593	9.313.247.085	3.138.361.888	22.690.551.806	8.412.127.594	2.554.142.935	26.484.088.000	23.507.599.446	9.505.787.687	1.588.340.057	4%	13%
....MEDICAMENTOS	6.209.079.128	2.981.347.753	435.724.230	6.538.572.695	2.594.484.591	448.140.227	8.032.583.000	6.564.254.667	2.241.330.911	41.021.035	0%	-14%
....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	12.079.587.465	6.331.899.332	2.702.637.658	16.151.979.111	5.817.643.003	2.106.002.708	18.451.505.000	16.943.344.779	7.264.456.776	1.547.319.022	5%	25%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	209.237.000	63.410.900	2.400.000	361.923.910	110.129.980	8.328.100	477.043.000	473.536.000	284.719.380	54.773.792	31%	159%
INVERSION	1.252.628.773	-	-	-	-	-	31.394.076.642	75.315.601	75.315.600	69.007.410	#DIV/0!	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	9.993.971.394	8.656.070.149	7.633.931.819	16.096.271.802	11.872.747.046	10.342.944.518	17.585.203.333	17.032.885.120	14.181.604.504	11.712.964.301	6%	19%
TOTAL GASTOS	75.917.244.895	50.507.295.580	37.389.268.764	87.249.782.635	52.971.414.175	42.615.038.545	162.364.465.730	99.190.821.968	61.652.624.965	47.907.276.750	14%	16%

El presupuesto de gastos se ha ejecutado por compromisos con respecto al presupuesto aprobado en un %61 y en el 2017 del 55%, el valor aprobado en los gastos de inversion son recursos que se tienen para el proyecto de la ampliación de la Uci, proyecto sistema de ventilación mecánica y los recursos recibidos por estampillas prohospitalares para compra de dotación, entre otros.

El aumento del total ejecutado de la vigencia 2018 con el 2017 está dado que a esta vigencia se han registrado presupuestalmente más gastos en esta vigencia, los cuales cubren hasta mediados de octubre como los contratos de servicios médicos y servicios de mano de obra contratada por empresa temporal.

Del total de las obligaciones de la vigencia 2017 a 2018 aumenta por mayor valor de servicios recibidos y facturados por los proveedores, y los pagos de una vigencia aumentaron.



Cuentas por pagar presupuestales constituidas Bogotá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis \$ 2016-2015	inc o dis \$ 2017-2016
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	10.978.884.524	92%	8.848.617.065	53%	11.638.446.743	66%	-2.130.267.459	2.789.829.678
OBLIGACIONES - PAGOS	970.919.676	8%	7.984.335.673	47%	5.946.756.590	34%	7.013.415.997	-2.037.579.083
TOTAL	11.949.804.200	100%	16.832.952.738	100%	17.585.203.333	100%	4.883.148.538	752.250.595

Como observamos en las cuentas por pagar constituidas del ejercicio de la vigencia 2017 por saldos de contratos (compromisos-obligaciones) aumenta comparado con los de la vigencia 2016, situación dada por contratos firmados en la vigencia 2017 cuya ejecución se proyecta algunos los dos primeros meses en la vigencia 2018 y en cuentas por pagar causadas (obligaciones – pagos) los saldos disminuyen de un año a otro, por el mayor valor pagado, quedando estos valores para el tiempo prudencial dado para el pago de la facturas (periodo a 90 fecha de la factura)

Balance presupuestal Bogotá-gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	51.574.372.217	50.572.068.112	57.191.468.700
Gastos de funcionamiento comprometidos	27.109.940.311	30.773.543.117	58.101.485.801
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	37.560.704.417	40.379.967.716	23.981.135.446
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	80	71	70
Ingresos por venta de salud recaudados	17.489.971.160	20.019.100.599	21.835.830.011
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	27	28	27
Ingreso reconocido total	114.110.517.268	125.615.141.537	137.469.037.029
Ingreso recaudado total	80.026.116.211	95.062.174.024	102.113.398.340
Gasto comprometido total	75.917.244.895	87.249.782.635	99.190.821.968
Relación reconocimiento total/ compromiso total	150	144	139
Relación recaudo total/ compromiso total	105	109	103
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	50	63	55

El porcentaje de cubrimiento de los gastos totales habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos se mantiene su cubrimiento para la vigencia 2018 comparado con la vigencia 2017 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$70 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2018 de \$27 pesos, siendo menor al de la vigencia 2017; teniendo en cuenta que se recibieron mayor recursos por la venta de servicios de salud de la vigencia y en el 2017 fueron inferiores, pero los gastos comprometidos fueron mayores debido a mayor número de contratos que tienen presupuestalmente (Registro Presupuestal) que cubren a mediados de octubre.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si el ejercicio se hace con el total de reconocimientos y compromisos teniendo en cuenta en ingresos la disponibilidad inicial, aportes recibidos y las cuentas por cobrar y en los gastos las cuentas por pagar (vigencias anteriores) para la vigencia 2018 llega a \$139 pesos siendo menor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$103 en la vigencia 2018 donde es menor al de la vigencia anterior que fue mayor

Balance presupuestal Bogotá - gastos obligados

INDICADOR	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	51.574.372.217	50.572.068.112	57.191.468.700
Gastos de funcionamiento obligados	22.859.005.861	21.869.554.677	37.605.197.794
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	18.992.219.570	19.229.112.452	9.790.507.067
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	123	123	121
Ingresos por venta de salud recaudados	17.489.971.160	20.019.100.599	21.835.830.011
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	42	49	46
Ingreso reconocido total	114.110.517.268	125.615.141.537	137.469.037.029
Ingreso recaudado total	80.026.116.211	95.062.174.024	102.113.398.340
Gasto obligado total	50.507.295.580	52.971.414.175	61.652.624.965
Relación reconocimiento total/ obligado total	226	237	223
Relación recaudo total/ obligado total	158	179	166
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	75	104	88

Al observar el anterior análisis varía en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"								
Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogota								
				Compromisos	Compromisos con Deflactor	Obligaciones	Obligaciones con Deflactor	
				30/06/2018	30/06/2017	30/06/2018	30/06/2017	
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año				a	82.082.621.247	74.063.689.426	47.395.704.861	42.779.602.615
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia				b	6.411.016,00	6.162.249,00	6.411.016,00	6.162.249,00
Resultado (a/b)					12.803	12.019	7.393	6.942
Resultado Indicador					1,07		1,06	
Estandar indicador					<0,90		<0,90	

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"							
Equilibrio Presupuestal con Recaudo Bogota							
				Compromisos	Obligaciones		
				30/06/2018	30/06/2018		
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)				a	102.113.398.340		102.113.398.340
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)				b	99.190.821.968		61.652.624.965
Resultado Indicador (a/b)					1,03		1,66
Estandar indicador					>1,00		>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-32.750.350.209
Superávit o déficit operacional no corriente	57.641.638.892
Superávit o déficit total	24.891.288.683
Sin Riesgo	0.50
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	38.278.215.061

Presupuesto de ingresos aprobado Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
INGRESOS CORRIENTES	14.761.867.801	6.116.343.588	17.793.707.000	15.593.994.439	7.570.117.510	5,64%	23,77%	21.973.369.000	17.382.252.307	5.426.979.380	11,47%	-28,31%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	14.756.628.202	6.111.103.989	17.793.707.000	15.591.398.938	7.567.522.009	5,66%	23,83%	21.973.369.000	17.378.440.329	5.423.167.402	11,46%	-28,34%
....REGIMEN SUBSIDIADO	9.166.013.257	5.497.877.470	13.606.374.000	9.117.124.529	6.599.604.805	-0,53%	20,04%	17.999.749.000	9.859.086.170	4.335.519.955	8,14%	-34,31%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	4.082.806.203	40.138.593	1.820.478.000	4.859.090.205	93.012.544	19,01%	131,73%	2.100.783.000	5.449.723.703	274.898.597	12,16%	195,55%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	320.244.055	-	603.712.000	450.548.229	-	40,69%	#DIV/0!	23.053.000	583.838.899	-	29,58%	#DIV/0!
....OTRAS ENTIDADES	1.187.564.687	573.087.926	1.763.143.000	1.164.635.975	874.904.660	-1,93%	52,66%	1.849.784.000	1.485.791.557	812.748.850	27,58%	-7,10%
...OTROS INGRESOS	5.239.599	5.239.599	-	2.595.501	2.595.501	-50,46%	-50,46%	-	3.811.978	3.811.978	46,87%	46,87%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	5.200.772.791	5.200.772.791	9.753.183.500	6.310.328.503	6.310.328.503	21,33%	21,33%	9.197.489.065	4.220.334.610	4.220.334.610	-33,12%	-33,12%
TOTAL INGRESOS	19.962.640.592	11.317.116.379	27.546.890.500	21.904.322.942	13.880.446.013	9,73%	22,65%	31.170.858.065	21.602.586.917	9.647.313.990	-1,38%	-30,50%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	19.962.640.592	11.317.116.379	27.546.890.500	21.904.322.942	13.880.446.013	9,73%	22,65%	31.170.858.065	21.602.586.917	9.647.313.990	-1,38%	-30,50%

Del presupuesto total de ingresos aprobado se ha ejecutado por reconocimientos en un 69% y por recaudos en 31%, dentro de la variación por reconomiento esta dado por el aumento en la venta de servicios de salud, pero estos conceptos como son los reconocimientos por la ejecución en la recuperación de cuentas por cobrar (otras vigencias) y en recaudos se ha presentado un menor valor recuperado comporadon con el de vigencias anteriores. Tambien por recuperación de cartera por ventas de servicios de salud de la vigencia es del 31%, comparado al de la vigencia anterior que fue del 49% siendo menor en la vigencia 2.018.

Presupuesto de gastos Zipaquirá



05DE07 – V2

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018				2018/ 2017	2018/ 2017
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	11.990.153.935	8.784.969.618	6.661.671.561	17.725.170.362	10.408.070.118	9.258.852.523	47,83%	18,48%	25.325.505.000	20.898.137.830	11.999.596.761	10.636.013.939	18%	15%
...GASTOS DE PERSONAL	9.787.467.913	7.435.638.457	5.534.452.363	6.693.734.297	9.184.822.917	8.207.671.880	60,35%	23,52%	20.728.295.000	18.502.417.900	10.617.131.809	9.463.352.046	18%	16%
...SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	9.787.467.913	7.435.638.457	5.534.452.363	6.693.734.297	9.184.822.917	8.207.671.880	60,35%	23,52%	20.728.295.000	18.502.417.900	10.617.131.809	9.463.352.046	18%	16%
...GASTOS GENERALES	2.084.564.739	1.231.209.878	1.009.097.915	1.902.198.565	1.094.009.701	921.943.143	-8,75%	-11,14%	4.417.210.000	2.257.033.530	1.243.778.552	1.033.975.493	19%	14%
...ADQUISICION DE BIENES	358.013.984	127.428.602	20.704.969	170.061.174	58.745.669	19.827.401	-52,50%	-53,90%	673.238.000	272.516.391	147.275.428	49.026.149	60%	15%
...ADQUISICION DE SERVICIOS	1726.550.755	1.103.781.276	988.392.946	1732.137.391	1.035.264.032	902.116.742	0,32%	-6,2%	3.743.972.000	1.984.517.139	1.096.503.124	984.949.344	15%	6%
...IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	101.121.283	101.121.283	101.121.283	99.237.500	99.237.500	99.237.500	-1,86%	-1,86%	130.000.000	103.686.400	103.686.400	103.686.400	4%	4%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	17.000.000	17.000.000	17.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000	76,47%	76,47%	50.000.000	35.000.000	35.000.000	35.000.000	17%	17%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	1930.855.250	1080.776.673	468.311.518	2.607.709.055	945.384.891	332.632.309	35,05%	-12,53%	3.102.122.000	2.750.479.496	1.406.863.981	387.160.642	5%	49%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	1918.855.250	1077.466.673	468.311.518	2.572.016.965	932.578.567	332.632.309	34,04%	-13,45%	3.055.340.000	2.715.687.496	1.388.915.331	386.236.386	6%	49%
...MEDICAMENTOS	543.294.351	213.061.642	23.562.954	578.681.194	295.760.819	32.640.900	6,5%	38,8%	653.199.000	550.632.930	299.764.186	1.853.779	-5%	1%
...OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	1375.560.899	864.405.031	444.748.564	1.993.335.771	636.817.748	299.991.409	44,91%	-26,33%	2.402.141.000	2.165.054.566	1.089.151.145	384.382.607	9%	7%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	12.000.000	3.310.000	-	35.692.090	12.806.324	-	197,43%	286,90%	46.782.000	34.792.000	17.948.650	924.256	-3%	40%
INVERSION	-	-	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1344.697.717	1.160.812.740	1.091.164.778	2.200.860.129	1.803.683.553	1.621.176.357	63,67%	55,38%	2.743.231.065	2.489.757.832	2.143.446.773	1.748.869.954	13%	19%
TOTAL GASTOS	16.265.706.902	11.026.559.031	8.221.147.857	22.533.739.546	13.157.138.562	11.212.661.189	47,61%	19,32%	31.170.858.065	26.138.375.158	15.549.907.515	12.772.044.535	16%	18%

El Total ejecutado por Compromisos con respecto al presupuesto total aprobado es del 84%, al interior de los rubros de la vigencia se presenta mayor variación esta en servicios personales indirectos por servicios médicos al rubro mencionado que a la fecha se ha registrado en mayor parte presupuestalmente y se presenta un aumento en cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el mayor valor de las cuentas por pagar presupuestales de la vigencia 2017.

Se presenta también un aumento de la vigencia 2017 a 2018 del total de los gastos obligados, estando en gran representación por las cuentas por pagar (vigencias anteriores) y seguido los gastos personales indirectos, por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores.



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

soyYo!



Los pagos totales en el presupuesto de gastos con respecto al periodo de 2017 a 2018 aumento en un 18%, esta situación se puede ver en mayor representación por el mayor valor pagado en el concepto de servicios personales indirectos y en otros rubros.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas – U.F. Zipaquirá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis \$ 2016-2015	inc o dis \$ 2017-2016
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	1.281.862.770	85%	1.370.296.504	58%	1.937.421.240	71%	88.433.734	567.124.736
OBLIGACIONES – PAGOS	222.210.947	15%	989.313.996	42%	805.809.825	29%	767.103.049	-183.504.171
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	1.504.073.717	100%	2.359.610.500	100%	2.743.231.065	100%	855.536.783	383.620.565

Se puede observar al constituir las cuentas por pagar presupuestales, de la vigencia 2017 se aumento los saldos por ejecutar (compromisos – obligaciones) quedando algunos contratos para ejecutar en la vigencia siguiente y en las cuentas por pagar correspondiente a las obligaciones – pagos fue menor por el mayor valor pagado a proveedores por la compra de bienes y servicios recibidos en la vigencia 2017

Balance presupuestal Zipaquirá-gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	14.756.628.202	15.591.398.938	17.378.440.329
Gastos de funcionamiento comprometidos	2.202.686.022	14.266.700.362	20.898.137.830
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	11.718.323.163	6.066.179.055	2.750.479.496
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	106	77	73
Ingresos por venta de salud recaudados	6.111.103.989	7.567.522.009	5.423.167.402
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	44	37	23
Ingreso reconocido total	19.962.640.592	21.904.322.942	21.602.586.917
Ingreso recaudado total	11.317.116.379	13.880.446.013	9.647.313.990
Gasto comprometido total	15.265.706.902	22.533.739.546	26.138.375.158
Relación reconocimiento total/ compromiso total	131	97	83
Relación recaudo total/ compromiso total	74	62	37
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	74	62	37

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos disminuye su cubrimiento para la vigencia 2018 comparado con el de la vigencia 2017 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$73 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos disminuye en la vigencia 2018, por el menor valor recaudado en esta vigencia.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si miramos con los totales tanto de reconocimientos como de recaudos en comparación con el total de compromisos podemos ver que la primera relación cubre \$83 pesos inferior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$37 pesos de cubrimiento

Balance presupuestal Zipaquirá-gastos obligados

INDICADOR	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	14.756.628.202	15.591.398.938	17.378.440.329
Gastos de funcionamiento obligados	1.349.331.161	8.236.747.472	11.999.596.761
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	8.516.415.130	3.116.707.537	1.406.863.981
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	150	137	130
Ingresos por venta de salud recaudados	6.111.103.989	7.567.522.009	5.423.167.402
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	62	67	40
Ingreso reconocido total	19.962.640.592	21.904.322.942	21.602.586.917
Ingreso recaudado total	11.317.116.379	13.880.446.013	9.647.313.990
Gasto obligado total	11.026.559.031	13.157.138.562	15.549.907.515
Relación reconocimiento total/ obligado total	181	166	139
Relación recaudo total/ obligado total	103	105	62
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	103	105	62

Al observar el anterior análisis varía en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"							
Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - UF Zipaquirá							
		Compromisos		Compromisos con Deflactor		Obligaciones	
		30/06/2018		30/06/2017		30/06/2018	
		30/06/2017		30/06/2016		30/06/2016	
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año		a	23.648.617.326	21.164.494.185	13.406.460.742	11.817.811.319	
(/) Número de UVR producidas en la vigencia		b	3.111.551,00	2.760.130,00	3.111.551,00	2.760.130,00	
Resultado (a/b)			7.600	7.668	4.309	4.282	
Resultado Indicador			0,99		1,01		
Estandar indicador			<0,90		<0,90		

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"							
Equilibrio Presupuestal con Recaudo UF Zipaquirá							
		Compromisos		Obligaciones			
		30/06/2018		30/06/2018		30/06/2017	
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)		a	9.647.313.990	9.647.313.990	9.647.313.990	9.647.313.990	
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)		b	26.138.375.158	15.549.907.515	26.138.375.158	15.549.907.515	
Resultado Indicador (a/b)			0,37	0,62	0,37	0,62	
Estandar indicador			>1,00		>1,00		

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-9.065.233.524
Superávit o déficit operacional no corriente	10.645.663.330
Superávit o déficit total	1.580.429.805
Sin Riesgo	0.11
Superávit o déficit presupuestal (Con Riesgo)	-4.535.788.241

Consolidado
Presupuesto de ingresos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	42.190.820.564	42.190.820.564	39.724.825.215	39.724.825.215	-5,84%	-5,84%	47.907.886.818	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%
INGRESOS CORRIENTES	68.719.351.717	25.989.426.447	68.368.434.824	29.791.590.382	-0,51%	14,63%	87.173.081.000	74.819.363.101	27.508.451.485	9,44%	-7,66%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	66.331.000.419	23.601.075.149	66.163.467.050	27.586.622.608	-0,25%	16,89%	81.331.901.000	74.569.909.029	27.258.997.413	12,71%	-1,19%
....REGIMEN SUBSIDIADO	48.177.636.267	17.263.233.970	44.843.577.565	20.076.051.710	-6,92%	16,29%	59.717.045.000	49.667.197.896	19.973.387.992	10,76%	-0,51%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	7.284.298.203	1.383.359.214	8.872.675.749	2.291.380.715	21,81%	65,64%	8.133.966.000	12.101.615.876	1.820.320.062	36,39%	-20,56%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	4.633.318.329	2.655.164.102	6.227.178.948	2.067.881.265	34,40%	-22,12%	5.195.961.000	5.649.385.960	2.254.715.430	-9,28%	9,04%
....OTRAS ENTIDADES	6.235.747.620	2.299.317.863	6.220.034.788	3.151.308.918	-0,25%	37,05%	8.284.929.000	7.151.709.297	3.210.573.929	14,98%	1,88%
...OTROS INGRESOS	255.549.497	255.549.497	321.079.518	321.079.518	25,64%	25,64%	500.000.000	249.454.072	249.454.072	-22,31%	-22,31%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	2.132.801.801	2.132.801.801	1.883.888.256	1.883.888.256	-11,67%	-11,67%	5.341.180.000	-	-	-100,00%	-100,00%
INGRESOS DE CAPITAL	1.031.992.139	1.031.992.139	1.084.549.862	1.084.549.862	5,09%	5,09%	800.000.000	901.676.989	901.676.989	-16,86%	-16,86%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	22.130.993.440	22.130.993.440	38.341.654.578	38.341.654.578	73,25%	73,25%	57.654.355.977	35.442.697.038	35.442.697.038	-7,56%	-7,56%
TOTAL INGRESOS	134.073.157.860	91.343.232.590	147.519.464.479	108.942.620.037	10,03%	19,27%	193.535.323.795	159.071.623.946	111.760.712.330	7,83%	2,59%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	91.882.337.296	49.152.412.026	107.794.639.264	69.217.794.822	17,32%	40,82%	145.627.436.977	111.163.737.128	63.852.825.512	3,13%	-7,75%

Del presupuesto total aprobado se ha ejecutado por reconocimientos totales en un 82% y por recaudos totales en 58%. El total de reconocimientos aumento en la presente vigencia comparado con la vigencia anterior por el mayor valor en la disponibilidad inicial y venta de servicios de salud y en el total de recaudos aumenta por la disponibilidad inicial. El Presupuesto de Ingresos Aprobado de 2018 por valor de \$193.535 millones, se discrimina así: Bogota por valor de \$162.364 millones con una participación del 83% y la UF Zipaquirá por valor de \$31.170 con una participación del 17%.

Los reconocimientos totales han tenido un crecimiento para la vigencia 2018, principalmente por la venta de servicios de salud de la vigencia 2018 y la Disponibilidad inicial. En la Disponibilidad Inicial para la vigencia 2018 del resultado ejercicio cierre de la vigencia 2017, presenta un total de recursos con destinación específica comprometidos y no comprometidos por la suma de \$30.436 millones donde hay recursos para comprometer en proyecto remodelación y ampliación de la UCI, modernización sistema de ventilación mecánica y salas de cirugía y recursos de estampillas prohospitalares, recursos de aportes patronales (cuentas maestras) y por recursos propios del Hospital el valor de \$17.471 millones de pesos m/cte para funcionamiento.

Presupuesto de gastos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	58.162.895.070	41.259.537.064	33.276.246.618	65.826.205.479	42.984.479.673	38.968.475.515	13,18%	4,18%	111.749.559.755	78.999.623.631	49.604.794.555	45.118.205.129	20%	15%
...GASTOS DE PERSONAL	47.372.729.895	34.196.964.842	27.836.579.908	56.522.052.598	37.187.281.421	34.431.935.670	19,31%	8,74%	90.307.465.755	67.553.273.252	43.162.880.181	39.834.200.686	20%	16%
.....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	7.324.851.958	7.324.851.958	7.324.851.958	6.490.068.636	6.490.068.636	6.490.068.636	-11,40%	-11,40%	22.423.898.454	8.166.038.311	8.166.038.311	8.158.530.118	26%	26%
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	40.047.877.937	26.872.112.884	20.511.727.950	50.031.983.962	30.697.212.785	27.941.867.034	24,93%	14,23%	67.883.567.301	59.387.234.941	34.996.841.870	31.675.670.568	19%	14%
...GASTOS GENERALES	10.442.128.118	6.714.535.165	5.114.598.839	8.933.780.500	5.426.825.871	4.169.320.964	-14,44%	-19,18%	20.369.136.000	10.871.418.771	5.866.982.766	4.712.384.605	22%	8%
.....ADQUISICION DE BIENES	1.892.816.810	1.200.742.894	373.036.848	911.065.344	690.033.957	181.795.593	-51,87%	-42,53%	3.152.616.000	1.512.277.758	842.914.367	275.182.562	66%	22%
.....ADQUISICION DE SERVICIOS	8.549.311.308	5.513.792.271	4.741.561.991	8.022.715.156	4.736.791.914	3.987.525.371	-6,16%	-14,09%	17.216.520.000	9.359.141.013	5.024.068.399	4.437.202.043	17%	6%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	261.392.373	261.392.373	238.423.187	258.128.900	258.128.900	258.128.900	-1,25%	-1,25%	345.000.000	257.703.600	257.703.600	257.703.600	0%	0%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	86.644.684	86.644.684	86.644.684	112.243.481	112.243.481	109.089.981	29,54%	29,54%	727.958.000	317.228.008	317.228.008	313.916.238	183%	183%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTSS	20.428.758.843	10.457.434.658	3.609.073.406	25.660.184.771	9.467.642.465	2.895.103.344	25,61%	-9,46%	30.063.253.000	26.731.614.942	11.197.371.048	2.030.274.491	4%	18%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	20.207.521.843	10.390.713.758	3.606.673.406	25.262.568.771	9.344.706.161	2.886.775.244	25,02%	-10,07%	29.539.428.000	26.223.286.942	10.894.703.018	1.974.576.443	4%	17%
.....MEDICAMENTOS	6.752.373.479	3.194.409.395	459.287.184	7.117.253.889	2.890.245.410	480.781.127	5,40%	-9,52%	8.685.782.000	7.114.887.597	2.541.095.097	42.874.814	0%	-12%
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	13.455.148.364	7.196.304.363	3.147.386.222	18.145.314.882	6.454.460.751	2.405.994.117	34,86%	-10,31%	20.853.646.000	19.108.399.345	8.353.607.921	1.931.701.629	5%	29%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	221.237.000	66.720.900	2.400.000	397.616.000	122.936.304	8.328.100	79,72%	84,25%	523.825.000	508.328.000	302.668.030	55.698.048	28%	146%
INVERSION	1.252.628.773	-	-	-	-	-	-100,00%	#DIV/0!	31.394.076.642	75.315.601	75.315.600	69.007.410	#DIV/0!	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	11.338.669.111	9.816.882.889	8.725.096.597	18.297.131.931	13.676.430.599	11.964.120.875	61,37%	39,32%	20.328.434.398	19.522.642.952	16.325.051.277	13.461.834.255	7%	19%
TOTAL GASTOS	91.182.951.797	61.533.854.611	45.610.416.621	109.783.522.181	66.128.552.737	53.827.699.734	20,40%	7,47%	193.535.323.795	125.329.197.126	77.202.532.480	60.679.321.285	14%	17%

El total de compromisos con respecto al presupuesto total aprobado se ejecuto en un 65% teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede bogota y la uf zipaquirá, se presenta una variación mayor en servicios personales indirectos por el valor dado en registros presupuestales a este corte siendo mayor que al año anterior, y el aumento en el valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores).



Los compromisos totales han tenido un aumento del 14% para el 2018, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos en el presupuesto como gastos indirectos cubren a mediados de octubre para poder garantizar los servicios.

El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2018 por valor de \$125.329 millones, se discrimina así: Bogota por valor de \$99.190 millones con una participación del 79% y U.F. Zipaquirá por valor de \$26.138 millones con una participación del 21%.

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 7.47% del total de los gastos obligados, estando en gran representación los gastos de funcionamiento por los servicios personales indirectos, dado por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores, presentando mayor valor para esta vigencia 2018 y el aumento del valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) en la vigencia 2018

Cuentas por pagar presupuestales constituidas – consolidado

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	12.260.747.294	91%	10.218.913.569	53%	13.575.867.983	67%	-17%	33%
OBLIGACIONES – PAGOS	1.193.130.623	9%	8.973.649.669	47%	6.752.566.415	33%	652%	-25%
TOTAL	13.453.877.917	100%	19.192.563.238	100%	20.328.434.398	100%	43%	6%

Se observa en el anterior comparativo para la vigencia 2017 fueron mayores los saldos de contratos por ejecutar (compromisos-obligaciones) mayor que el 2016. En lo aplicado a las cuentas por pagar (obligaciones-pagos) disminuyen, quedando un menor valor por pagar comparado con el de la vigencia anterior; donde no se logro pagar el 100% de las cuentas causadas por tramites de actas de liquidación, certificación, otros.

Balance presupuestal consolidado -gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	66.331.000.419	66.163.467.050	74.569.909.029
Gastos de funcionamiento comprometidos	29.312.626.333	45.040.243.479	78.999.623.631
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	49.279.027.580	46.446.146.771	26.731.614.942
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	84	72	71
Ingresos por venta de salud recaudados	23.601.075.149	27.586.622.608	27.258.997.413
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	30	30	26
Ingreso reconocido total	134.073.157.860	147.519.464.479	159.071.623.946
Ingreso recaudado total	91.343.232.590	108.942.620.037	111.760.712.330
Gasto comprometido total	91.182.951.797	109.783.522.181	125.329.197.126
Relación reconocimiento total/ compromiso total	147	134	127
Relación recaudo total/ compromiso total	100	99	89
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	54	63	51

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos disminuyen en la vigencia 2018 por el aumento en los gastos comprometidos en funcionamiento y operación y prestación de servicios, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos están hasta mediados de octubre los servicios médicos y servicios tercerizado. Donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$71 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos se logra aumentar su participación llegando a \$26 pesos, no sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar (otras vigencias) cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando unos ingresos para financiar gastos de la presente vigencia.

Si observamos con los totales tanto de reconocimientos como de recaudos en comparación con el total gastos comprometidos se observa que cubren \$127 pesos siendo menor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$89 pesos.

Balance presupuestal consolidado – Gastos obligados

INDICADOR	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	66.331.000.419	66.163.467.050	74.569.909.029
Gastos de funcionamiento obligados	24.208.337.022	30.106.302.149	49.604.794.555
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	27.508.634.700	22.345.819.989	11.197.371.048
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	128	126	123
Ingresos por venta de salud recaudados	23.601.075.149	27.586.622.608	27.258.997.413
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	46	53	45
Ingreso reconocido total	134.073.157.860	147.519.464.479	159.071.623.946
Ingreso recaudado total	91.343.232.590	108.942.620.037	111.760.712.330
Gasto obligado total	61.533.854.611	66.128.552.737	77.202.532.480
Relación reconocimiento total/ obligado total	218	223	206
Relación recaudo total/ obligado total	148	165	145
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	80	105	83

En este análisis se puede observar que existe una menor relación en el sentido que los gastos son lo que realmente facturados o recibidos el servicio.

Indicadores presupuestales



Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"					
Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado					
		Compromisos	Compromisos con Deflactor	Obligaciones	Obligaciones con Deflactor
		31/03/2018	31/03/2017	31/03/2018	31/03/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	73.544.976.497	65.711.306.521	24.674.369.942	22.048.747.506
(/) Numero de UVR producidas en la vigencia	b	4.510.671,20	4.458.358,00	4.510.671,20	4.458.358,00
Resultado (a/b)		16.305	14.739	5.470	4.945
Resultado Indicador		1,11		1,11	
Estandar indicador		<0,90		<0,90	

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"					
Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado					
		Compromisos	Obligaciones		
		30/06/2018	30/06/2018		
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	111.760.712.330	111.760.712.330		
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	125.329.197.126	77.202.532.480		
Resultado Indicador (a/b)		0,89	1,45		
Estandar indicador		>1,00	>1,00		

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-41.815.643.700
Superávit o déficit operacional no corriente	74.233.511.671
Superávit o déficit total	32.417.867.971
Sin Riesgo	0,51
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	33.742.426.820

Indicadores de financiera y administrativa

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
ESTÁNDAR: Mayor o igual que 0,00
RESULTADO: Sin Riesgo
CALIFICACIÓN: 5

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTA	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Riesgo fiscal y financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	0.50	0.11	0.50
	RESULTADO INDICADOR	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo

Actividades y estrategias ejecutadas

Como podemos observar en el resultado del indicador para la Sede Bogotá y la unidad funcional de Zipaquirá y la información consolidada de las dos sedes, se presentan SIN riesgo fiscal y financiero, todo esto unido que se ha venido trabajando para mejorar los ingresos donde se ha fortalecido con la gestión de cobro en el área de cartera por el Hospital llegando a procesos de cobro por vía judicial, también se ha aumentado el valor en la productividad del hospital generando incremento en su venta de servicios de salud de la vigencia por reconocimientos. En efecto a estos esfuerzos el recaudo de la vigencia actual y el de la facturación de vigencias anteriores se mantienen comparado con el de la vigencia anterior.

También hay que tener en cuenta a pesar que el hospital busca la reducción de gastos pero hay unos que van de acuerdo a la productividad y teniendo en cuenta que de un año a otro aumenta el Gasto por el incremento en el IPC en los gastos de funcionamiento y operación comercial. La información de la contratación se registra en el presupuesto por compromisos, de acuerdo a los contratos legalizados en la Oficina de Presupuesto y algunos cubren gastos hasta mediados de octubre.

Se viene realizando la radicación de la facturación generada en la vigencia de manera oportuna y según lo indica la norma.

Logros

*El aumento de la productividad por la venta de servicios que inciden directamente en la facturación de los servicios prestados para la sede de Bogotá y la UF Zipa.

*La gestión realizada en la radicación de la facturación que genera recuperación de cartera con gestiones como: demandas, circularización y conciliación de saldos con los clientes y las gestiones de acuerdo a la normatividad vigente.

Dificultades

Aunque la facturación aumenta y el valor de recaudo se mantiene, pero no dejando de existir las dificultades en el flujo de recursos por el actual sistema de salud, siendo en gran porcentaje la facturación de nuestros servicios en las EPs del Régimen Subsidiado, seguido el mercado contributivo y la PPNA (Secretaría de Salud de Cundinamarca SSC y otras secretarías), de un total de ventas por reconocimientos por \$74.569 millones y un recaudo de \$27.258 millones llegando a un 36% de recaudo.

Este indicador influye los gastos son por los valores contratados (comprometidos) y los no realmente facturados o causados, también por requisitos de habilitación se presentan gastos o como el cumplimiento a la norma en el mantenimiento hospitalario, entre otros.

También influye que los ingresos recaudados por el Hospital en gran parte las EPS pagan servicios de la vigencia en promedio a 180 días.

Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-41.815.643.700
Superávit o déficit operacional no corriente	74.085.118.575
Superávit o déficit total	32.269.474.875
Sin Riesgo	0.50
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	33.742.426.820

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA				
ESTÁNDAR: <0.90				
RESULTADO: 1.04				
CALIFICACIÓN: 0				
INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	1.07	0.99	1.04

Actividades y estrategias ejecutadas

El Hospital aumento el valor de los ingresos facturados y así mismo el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para Bogota y la UF Zipaquirá, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud. Los ingresos suben y la productividad para Bogoa y la UF Zipaquira, y los gastos aumentan teniendo en cuenta que van hasta mediados de octubre.

Logros

Al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2017 con la de 2018 en pesos constantes, hay un aumento del 4%, cuyo resultado global es la suma de los Gastos de funcionamiento más los gastos de operación comercial y prestación de servicios dividido por el numero de UVR en el 2017 de 10.673 y en el 2018 un número de 11.103.

Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 1.07 cuyo resultado en el año anterior es de 12.019 pesos por UVR en el 2017, a 12.803 pesos esto dado principalmente por el mayor valor registrado en gastos a la vigencia 2018 y con un mayor valor en UVR Producidas, donde no son relativamente proporcional los gastos con el numero de UVR producidas de una vigencia a otra, en el 2017 fue de 6.162.249 y en el 2018 de 6.411.016.
- Sede U.F. Zipaquira se tiene un gasto por UVR de 0.99 comparado con el año anterior al pasar de 7.668 pesos por UVR en el 2017, a 7.600 pesos esto dado principalmente por el mayor valor registrado en gastos de la vigencia 2018, aunque se aumenta las UVR producidas su aumento no es igual como el gasto, en UVR Producidas en el 2017 fue de 2.760.130 y en el 2018 de 3.111.551.

Hay que resaltar que en la sede Bogotá se tiene centralizado gran parte de los procesos administrativos, financieros y de apoyo logístico y presupuestalmente se cargan en el gasto de la Sede Principal Bogotá logrando así se presente un menor gasto en la sede de Zipaquirá, gastos que se evidencian en los gastos totales del hospital consolidado.

Dificultades

Los gastos de funcionamiento y operación comercial se dio un aumento en Bogotoa y la Uf Zipaquirá, debido a:

Que los gastos que se reflejan son los contratados para toda la vigencia y los no realmente facturados o causados, pero a pesar de todo se generó más gastos comprometidos ya que muchos contratos quedan para garantizar gastos a mediados de octubre, y las UVR producidas son solo del trimestre.

Otro aspecto es la baja oferta de profesional especializado, médicos generales y personal de enfermería que por leyes del mercado condicionan una mayor exigencia remunerativa por parte de estos, a los cuales el hospital tiene que nivelarse para no quedarse sin el recurso humano y en la búsqueda de nuevo mercadeo en servicios que el hospital ha ido implementando y en fortalecer los servicios creados actuales, situación que implica aumentos en el costo superiores a lo contratado en varias especialidades.

Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"					
Evolucion del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado					
				Compromisos	Compromisos con Deflactor
				30/06/2018	30/06/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año		a		105.731.238.573	95.228.183.611
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia		b		9.522.568,00	8.922.379,00
Resultado (a/b)				11.103	10.673
Resultado Indicador					1,04
Estandar indicador					<0,90

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
ESTÁNDAR: >1.00
RESULTADO: 0.89
CALIFICACIÓN: 0

Actividades y estrategias ejecutadas

Teniendo en cuenta la recuperación de cartera de servicios de la vigencia actual y de vigencias anteriores donde el Hospital ha realizado con la circularización mensual de la cartera, el cobro directo a través de derechos de petición y la solicitud de intervención de entidades de control como la Supersalud y Contraloría. Igualmente se adelantan los procesos de cobro jurídico y conciliaciones prejudiciales y fallos judiciales ordenando el pago al hospital, siendo favorable para obtener más ingresos efectivos en el 2018.

Se logra aumentar la productividad del Hospital en la venta de servicios de salud, pero el recaudo de la vigencia y la recuperación de cartera de vigencias anteriores disminuyen.

Logros

En los ingresos totales recaudados en la vigencia 2018. Al mirar este comportamiento por sede vemos que sin tener en cuenta el valor del saldo de caja y bancos a Diciembre 31 de 2017, no aumenta el recaudo comparado con el de la vigencia anterior para la sede Bogotá y UF Zipaquirá, pero el componente comparado el total de recaudos de la vigencia 2017 y 2018 aumentan por el mayor valor que quedo en la disponibilidad inicial al cierre de la vigencia 2017. También a la gran labor de gestión de cartera en el año 2017 aumento la disponibilidad, teniendo una disponibilidad inicial para enero 1 de 2018 aumentando en \$8.183 millones.

Otro aspecto es que las cuentas por pagar causadas a Diciembre de 2017 con proveedores disminuyen comparadas con la vigencia 2016, por el aumento de la disponibilidad en las cuentas bancarias y con estos mismos se ha logrado rendimientos financieros para así apalancar gastos.

Dificultades

Los contratos están suscritos hasta mediados de octubre y el total de recaudo hasta el mes de junio de 2018, algunos gastos comprometidos en la vigencia 2017 quedaron para garantizar gastos en la siguiente vigencia 2018 quedando como cuentas por pagar presupuestales. Proceso que hace que los compromisos se deben registrar presupuestalmente o toda la nueva contratación arrancara a partir del 1 de enero siendo imposible porque todo tiene efecto de convocatorias, invitaciones públicas, etc.

Al observar este comparativo los gastos de la vigencia siempre no dejan de ser superiores a los ingresos recaudados de solo la vigencia, porque la recuperación de cartera de servicios de solo la vigencia llega a un 37% todo el año, apalancándose con ingresos recaudados por recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Por lo anterior el flujo de recursos del sistema de salud, conocido por todos las EPS no están pagando de manera oportuna los servicios prestados y la rotación de cartera por venta de servicios de salud sigue creciendo, llegando a un promedio de 180 días.

Anexo Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"				
Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado				
				Compromisos
				30/06/2018
<i>Ejecucion de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)</i>	a			111.760.712.330
<i>Ejecucion de gastos comprometidos (Incluye CxP)</i>		b		125.329.197.126
Resultado Indicador (a/b)				0,89
Estandar indicador				>1,00

4.1.4 Contabilidad

Balance Contable

Estado de Situación Financiera Comparativo Segundo Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

CONCEPTO / VIGENCIA	jun-16	jun-17	jun-18	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)	inc o dis \$ (17-18)	inc o dis % (17-18)
ACTIVO	226.911.694	256.570.565	262.011.482	29.658.871	13%	5.440.917	0,02
Activo Corriente	144.846.674	145.329.004	165.329.290	482.330	0%	20.000.286	0,14
Efectivo y Equivalentes a Efectivo	49.641.457	55.279.574	51.296.335	5.638.117	11%	(3.983.239)	(0,07)
Deudores	90.919.300	78.571.354	102.956.459	(12.347.946)	-14%	24.385.105	0,31
Inventarios	4.285.917	3.581.530	3.701.033	(704.387)	-16%	119.503	0,03
Inventarios para Prest. De servicios	4.702.263	4.157.857	3.956.087	(544.406)	-12%	(201.770)	(0,05)
Provisión de Inventarios (-)	(416.346)	(576.327)	(255.054)	(159.981)	38%	321.273	(0,56)

Activo No corriente	82.065.019	111.241.561	96.682.192	29.176.542	36%	(14.559.369)	(0,13)
Inversiones	155.244	283.451	178.511	128.207	83%	(104.940)	(0,37)
Deudores	24.027.501	51.699.581	38.934.307	27.672.080	115%	(12.765.274)	(0,25)
Propiedades, planta y equipos	32.469.081	58.177.260	56.233.674	25.708.179	79%	(1.943.586)	(0,03)
Bienes de Uso Público y Gnal (17)	16.699.870	-	-	(16.699.870)	-100%	-	
Otros activos	8.713.323	1.081.269	1.335.700	(7.632.054)	-88%	254.431	0,24
PASIVO	38.249.215	25.485.901	29.384.571	(12.763.314)	-33%	3.898.670	0,15
Pasivo Corriente	37.482.740	23.629.097	29.384.571	(13.853.643)	-37%	5.755.474	0,24
Pasivo NO Corriente	766.475	1.856.804	-	1.090.329	142%	(1.856.804)	(1,00)
PATRIMONIO	188.662.479	231.084.664	232.626.911	42.422.185	22%	1.542.247	0,01
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	226.911.694	256.570.565	262.011.482	29.658.871	13%	5.440.917	0,02

El Estado de Situación Financiera se elabora en forma mensual en la Entidad, y se presenta a los Entes de Control y vigilancia de forma trimestral, en este Estado se presenta la información de todas las actividades financieras, económicas, sociales y ambientales de la Entidad.

El Estado de Resultados representa las operaciones ordinarias y extraordinarias con el fin de calcular el excedente o déficit operacional del ejercicio.

Los Estados Financieros se presentan según lo establecido en la Resolución 414 y el Instructivo 002 de septiembre de 2014 - Marco Normativo de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF)

A continuación se describe la situación presentada a Junio de los Periodos Comparativos 2017 a 2018.

El Activo: Presenta un incremento al pasar de \$256 mil millones de pesos, a \$262 mil millones de pesos de Junio de 2017 a Junio de 2018, dado por los aumentos en la Cartera Radicada y Sin Radicar en el Activo Corriente originado por los incrementos en la facturación.

La cuenta más representativa del Activo se concentra en la Cartera con un porcentaje de participación del 72%, de los cuales la cartera corriente representa un 40% y la cartera No corriente representa un 32%. De la Cartera se tiene contabilizado por concepto de deterioro en Norma Internacional \$78 mil millones de pesos de las cuentas catalogadas de difícil recaudo y cuentas a más de 360 días, en los porcentajes indicados por área de cartera.

El Efectivo y Equivalente al efectivo disminuyó a corte a junio de 2018 en un 7% con relación a la vigencia anterior, al pasar de \$55 mil millones en el 2017 a \$51 mil millones en 2018. Existe Efectivo de uso restringido destinado para proyectos del Hospital por valor de \$ 30 mil millones de pesos.

Los inventarios de Materiales fluctúan de acuerdo a la facturación requerida y a la gestión permanente que se hace al stock de inventarios utilizados para la atención oportuna de los servicios asistenciales del hospital.

Las inversiones igualmente disminuyeron en un 37% que corresponden a la contabilización de la provisión para el Sector Solidario.

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta una disminución de \$2 mil millones de pesos representados principalmente por las bajas realizadas de equipos de un periodo a otro y en parte por el impacto de convergencia al nuevo marco normativo, donde las vidas útiles de algunos activos se incrementan bajando el cálculo de la depreciación.

Con respecto al Pasivo total: Se evidencia en el presente ejercicio, un incremento de \$4 mil millones de pesos, al pasar de \$25 mil millones de pesos a \$29 mil millones de pesos. Corresponde este incremento al movimiento normal de compras y servicios, necesarios para la facturación del presente periodo.

Del Pasivo la cuenta más representativa se concentra en las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios, por un valor que asciende a \$29 mil millones de pesos y representa el 42% del total de pasivo que asciende a \$29 mil millones de pesos, los pagos se realizan según los términos de los contratos, dentro de los 90 días siguientes a su radicación.

El Patrimonio Pasa de \$231 mil millones de pesos, a \$232 mil millones de pesos, con un incremento cercano a los \$1 mil millones de pesos. Corresponde a ajustes en las cuentas de capital referentes al Superávit en las Inversiones en entidades Privadas.

Actividad Económica

Estado de Resultados Bogotá Comparativo Segundo Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

DETALLE	30-JN-16	30-JN-17	30-JN-18	inc o dis \$ 2017/2016	inc o dis % 17/16	inc o dis \$ 2018/2017	inc o dis % 18/17
INGRESOS OPERACIONALES	51.782.747	52.522.245	57.191.468	739.498	1%	4.669.223	9%
VENTA DE SERVICIOS	51.782.747	52.522.245	57.191.468	739.498	1%	4.669.223	9%
COSTO DE VENTAS	46.652.057	46.596.660	51.869.577	-55.397	0%	5.272.917	11%
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	46.652.057	46.596.660	51.869.577	-55.397	0%	5.272.917	11%
UTILIDAD BRUTA	5.130.690	5.925.585	5.321.891	794.895	15%	-603.694	-10%
GASTOS OPERACIONALES	9.712.008	8.095.243	4.943.444	-1.616.765	-17%	-3.151.799	-39%
ADMINISTRACION	2.751.288	3.767.603	3.357.437	1.016.315	37%	-410.166	-11%
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	6.960.720	4.327.640	1.586.007	-2.633.080	-38%	-2.741.633	-63%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	-4.581.318	-2.169.658	378.447	2.411.660	-53%	2.548.105	-117%
TRANSFERENCIAS	2.120.802	1.902.338	204.708	-218.464	-10%	-1.697.630	-89%
OTROS INGRESOS	2.146.962	2.623.410	1.994.045	476.448	22%	-629.365	-24%
OTROS GASTOS	1.961.557	2.336.095	3.169.115	374.538	19%	833.020	36%
EXCEDENTE (DEFICIT) DEL EJERC.	-2.275.111	19.995	-591.915	2.295.106	-101%	-611.910	-3060%

En Bogotá, los ingresos operacionales de Junio de 2017 a Junio 2018 aumentaron en \$4.669 millones lo que equivale a un aumento del 8%.

Los Costos de Junio de 2017 a Junio 2018 aumentaron en \$5.273 millones lo que equivale a un aumento del 11%, 3 puntos porcentuales por encima de las ventas, principalmente por el incremento de los gastos generales, los gastos de Admón., los insumos, y la Mano de Obra. Esto debido a los incrementos obtenidos en la facturación en el periodo comparado. Las transferencias y subvenciones disminuyeron de un periodo a otro al pasar de \$2 mil millones solamente a \$204 millones, lo que equivale a un -89% con respecto al año anterior. Las cuentas que afectaron este rubro son las Donaciones y Otras Subvenciones.

Los Otros ingresos disminuyeron en \$629 millones que equivalen a un - 24%, principalmente por la disminución de los ingresos financieros en administración de los fondos de cesantías por la baja en el dólar, y la disminución de la re facturación de facturas anuladas.

Los Gastos Operacionales disminuyen principalmente porque en el periodo actual se realizó el cálculo del deterioro de la cartera basados en un análisis del área, en la que se fijó un porcentaje de riesgo en este rubro, conforme a su experiencia y seguimientos a cada una de las entidades que manejan los gestores de cartera.

Los Otros Gastos aumentaron a junio de 2018 en \$833 millones de pesos equivalente a un 36%, principalmente por el incremento de los gastos de vigencias anteriores Y las glosas de vigencias anteriores motivos por los cuales cerramos con un resultado del ejercicio de \$- 591 millones.

Estado de Resultados Zipaquirá
Comparativo Segundo Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

DETALLE	30-JN-16	30-JN-17	30-JN-18	inc o dis \$ 2017/2016	inc o dis % 17/16	inc o dis \$ 2018/2017	inc o dis % 18/17
INGRESOS OPERACIONALES	15.193.021	16.506.327	18.087.716	1.313.306	9%	1.581.389	10%
VENTA DE SERVICIOS	15.193.021	16.506.327	18.087.716	1.313.306	9%	1.581.389	10%
COSTO DE VENTAS	10.415.653	12.271.832	14.385.593	1.856.179	18%	2.113.761	17%
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	10.415.653	12.271.832	14.385.593	1.856.179	18%	2.113.761	17%
UTILIDAD BRUTA	4.777.368	4.234.495	3.702.123	-542.873	-11%	-532.372	-13%
GASTOS OPERACIONALES	4.342.274	1.601.604	2.347.473	-2.740.670	-63%	745.869	47%
ADMINISTRACION	614.259	992.247	1.731.902	377.988	62%	739.655	75%
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	3.728.015	609.357	615.571	-3.118.658	-84%	6.214	1%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	435.094	2.632.891	1.354.650	2.197.797	505%	-1.278.241	-49%
TRANSFERENCIAS	0	0	0	0	0%	0	0%
OTROS INGRESOS	110.553	56.009	18.123	-54.544	-49%	-37.886	-68%
OTROS GASTOS	910.864	984.297	1.258.248	73.433	8%	273.951	28%
EXCEDENTE (DEFICIT)	-365.217	1.704.603	114.525	2.069.820	-567%	-1.590.078	-93%
EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERC.	-365.217	1.704.603	114.525	2.069.820	-567%	-1.590.078	-93%

En la Unidad Funcional de Zipaquirá, los ingresos operacionales de Junio de 2017 a Junio de 2018 aumentaron en \$1.581 millones lo que equivale a un aumento del 10%, gracias a que se incrementó la facturación por la gestión de contratación.

El costo de ventas se incrementa para el último periodo (2018) en 10% en relación a las ventas que también aumentaron en un 10%, representando proporcionalidad entre estos rubros.

Los gastos operacionales se incrementan en un 47% al pasar de un periodo a otro de \$ 1.601 millones a \$2.347 millones, valor afectado por la necesidad de atender en los diversos servicios los incrementos en la facturación

Para el periodo actual se realizó el cálculo del deterioro de la cartera correspondiente a esta Unidad Funcional, por la suma de \$651 millones conforme a los cálculos porcentuales determinados por los gestores de cobranza de esa área y sus experiencias con las diferentes entidades deudoras de nuestra Institución.

Los Otros Gastos incluyen las glosas vigencias anteriores que ascienden en la sede Zipaquirá a \$273 millones las cuales aumentaron en relación con el año anterior en una cifra cercana a los \$101 millones.

Los Otros ingresos incluyen principalmente valores de la re facturación. Para el periodo de 2018 se presenta una utilidad del ejercicio de \$114 millones que equivale a una disminución del -93%, pues para el periodo anterior la utilidad del periodo cerró con \$1.704 millones de pesos.

Estado de Resultados
CONSOLIDADO Comparativo Segundo Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

CUENTAS	jun-16	jun-17	jun-18	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)	inc o dis \$ (17-18)	inc o dis % (17-18)
INGRESOS OPERACIONALES	75.920.785	69.028.572	75.279.185	(6.892.213)	(0,09)	6.250.613	0,09
INGRESOS OPERACIONALES	75.920.785	69.028.572	75.279.185	(6.892.213)	(0,09)	6.250.613	0,09
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	62.728.970	58.868.492	66.255.170	(3.860.478)	(0,06)	7.386.678	0,13
MARGEN BRUTO	13.191.815	10.160.080	9.024.015	(3.031.735)	(0,23)	(1.136.065)	(0,11)
GASTOS DE OPERACIÓN	18.920.656	9.696.847	7.290.920	(9.223.809)	(0,49)	(2.405.927)	(0,25)
DE ADMINISTRACIÓN	3.699.418	4.759.849	5.089.342	1.060.431	0,29	329.493	0,07
Sueldos y salarios	1.065.142	828.612	919.053	(236.530)	(0,22)	90.441	0,11
Contribuciones efectivas	197.892	216.065	268.428	18.173	0,09	52.363	0,24
Aportes sobre la nómina	43.440	1.294.634	1.997.317	1.251.194	28,80	702.683	0,54
Gastos generales	2.256.077	2.209.698	1.656.457	(46.379)	(0,02)	(553.241)	(0,25)
Impuestos, contribuciones y tasas	136.867	210.840	248.087	73.973	0,54	37.247	0,18
PROVIS, DEPRECIACIONES Y AMORT.	15.221.238	4.936.998	2.201.578	(10.284.240)	(0,68)	(2.735.420)	(0,55)
Provisiones	14.927.584	4.387.468	1.859.219	(10.540.116)	(0,71)	(2.528.249)	(0,58)
Depreciación	293.654	549.530	342.359	255.876	0,87	(207.171)	(0,38)
EXCEDENTE O DÉFICIT OPERACIONAL	(5.728.841)	463.233	1.733.095	6.192.074	(1,08)	1.269.862	2,74
Transferencias ***	2.120.802	1.902.338	204.708	(218.464)	(0,10)	(1.697.630)	(0,89)
OTROS INGRESOS	2.562.863	2.679.419	2.012.169	116.556	0,05	(667.250)	(0,25)
Financieros	1.398.091	1.635.743	1.373.214	237.652	0,17	(262.529)	(0,16)
Otros Ingresos Ordinarios	153.891	73.573	(50.089)	(80.318)	(0,52)	(123.662)	(1,68)
Margen en la contratación de servicios de salud	75.256	-	-	(75.256)	(1,00)	-	-
Extraordinarios	319.957	277.060	580.226	(42.897)	(0,13)	303.166	1,09
Ingresos de ejercicios anteriores	615.668	693.043	108.818	77.375	0,13	(584.225)	(0,84)
OTROS GASTOS	4.393.845	3.320.391	4.427.361	(1.073.454)	(0,24)	1.106.970	0,33
Financieros	55.951	1.954	145	(53.997)	(0,97)	(1.809)	(0,93)
Pérdida en retiro Act. (glosas Vig.)	163.667	111.297	253.525	(52.370)	(0,32)	142.228	1,28
Margen en la contratación de los servicios de salud	1.014.349	502.595	709.276	(511.754)	(0,50)	206.681	0,41
Otros Gtos Ordinarios y P. retiro de Bs. Ext.	15.896	146.275	113.117	130.379	-	(33.158)	-

Gtos de ejercicios anteriores (Inc. Glosas. V.a)	3.143.982	2.558.270	3.351.298	(585.712)	(0,19)	793.028	0,31
EXCEDENTE Ó DÉFICIT DEL EJERCICIO	(5.439.021)	1.724.599	(477.389)	7.163.620	(1,32)	(2.201.988)	(1,28)

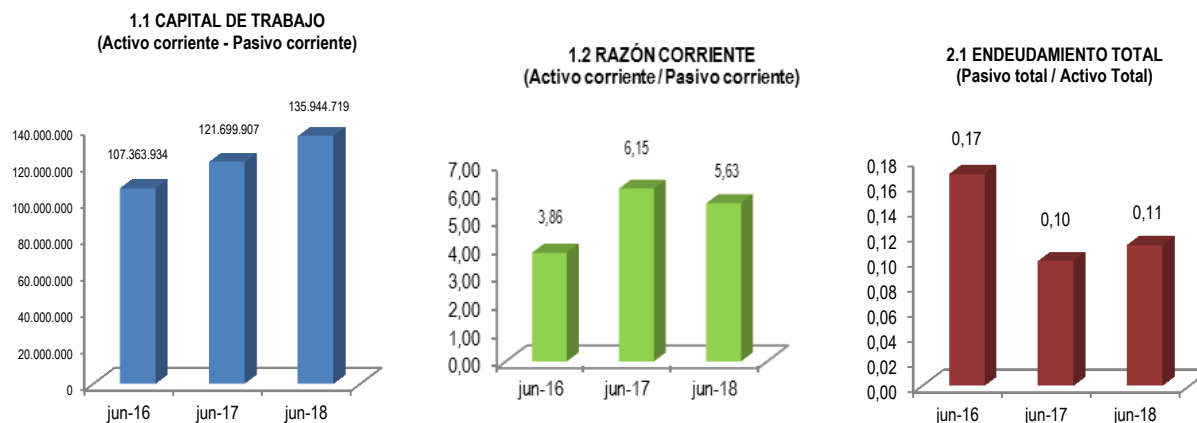
Los ingresos operacionales de Junio de 2017 a Junio 2018 aumentaron en \$6.250 millones, lo que equivale a un aumento del 9%, superando el resultado del periodo anterior.

Los Costos de Junio de 2017 a Junio 2018 aumentaron en \$7.386 millones, lo que equivale a un aumento del 13%, 4 puntos porcentuales por encima de las ventas principalmente por el incremento de los gastos generales, los gastos de Administración, los insumos y la Mano de Obra, en parte por la nueva contratación realizada y en parte por incremento normal de las ventas. Las transferencias y subvenciones disminuyeron notoriamente de un periodo a otro al pasar de \$1.900 millones a solo \$204 millones, lo que equivale a un 89% con respecto al año anterior, esto debido principalmente al nuevo marco normativo que registra en estas cuentas las donaciones en especie que realizan las entidades y los cambios en subvenciones por estampillas por parte de la gobernación. Esta cifra subirá en el próximo semestre.

Los Otros ingresos disminuyeron en \$667 millones que equivalen a un -25%, principalmente por la disminución de los ingresos financieros en administración de los fondos de cesantías por la baja en el dólar, y la disminución de la re facturación de facturas anuladas. En los Gastos Operacionales se realizó el cálculo del deterioro de la cartera, aplicando la nueva política concertada con el área de Cartera, en la que se aplican utilizando el costo amortizado y los porcentajes aplicados de recuperación por parte de cada uno de los gestores, quienes brindan su experiencia y dinámica en el cobro a cada uno de sus respectivos clientes. Este nuevo cálculo mermó el deterioro comparado con el periodo anterior.

Los Otros Gastos aumentaron a junio de 2018 en \$1.106 millones de pesos equivalente a un 33%, principalmente por el incremento de los gastos de vigencias anteriores, y las glosas de vigencias anteriores que al cierre del periodo ascienden a \$ 3.351 millones.

Indicadores financieros



Recursos con que cuenta el HUS para desarrollar su objeto social.

En la actualidad el HUS cuenta con \$5.63 de respaldo por cada peso adeudado

A la fecha por cada \$1 en el activo el HUS adeuda 0.11 centavos

1. LIQUIDEZ	jun-16	jun-17	jun-18
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	107.363.934	121.699.907	135.944.719
1.2 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	40.024.052	59.962.766	57.263.144
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	3,86	6,15	5,63
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	3,75	6,00	5,50
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	2,07	3,54	2,95
2. ENDEUDAMIENTO	jun-16	jun-17	jun-18
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,17	0,10	0,11
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,20	0,11	0,13
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	5,93	10,07	8,92
3. RENTABILIDAD	jun-16	jun-17	jun-18
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	-0,07	0,02	-0,01
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	-0,02	0,01	0,00
3.3 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	-0,03	0,01	0,00
4. ACTIVIDAD	jun-16	jun-17	jun-18
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/días)	421.782	383.492	418.218
4.2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	1,66	1,99	2,15
4.3 ROTACION DE CARTERA DIAS	299	358	387
4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	0,52	0,47	0,46
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,33	0,27	0,29
4.6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	7	8	9
4.7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Dias (Inv*360/Costo de Vtas)	25	22	20
5. EBITDA	jun-16	jun-17	jun-18
(=) EBITDA-Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y Amortizaciones	9.492.397	5.400.231	3.934.673
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	13%	8%	5%
EBITDA MENSUAL	1.582.066	900.039	655.779

Capital de Trabajo: Indica la diferencia existente entre el Activo Corriente y Pasivo Corriente, y representa el valor del que se dispone después de cancelar las obligaciones que se tengan a corto plazo. El HUS en el cierre de periodo cuenta con \$135.944.719 en miles de pesos, para realizar las actividades normales e invertir.

Capital de Trabajo Activo Cte-Pasivo Cte- cartera Cte: Con este indicador queremos mostrar los efectos que tiene la difícil realización de la Cartera en el sector Salud. Al no incluir la Cartera en este cálculo, es notorio el cambio del Capital de Trabajo, solo tendríamos en la fecha de análisis \$57.263.144 para enfrentar las actividades normales.

Razón corriente: es un indicador que nos muestra el valor que tenemos por cada peso que se adeuda, para lo cual debemos realizar los inventarios. En el HUS este rubro muestra valores superiores a \$1, lo que quiere decir que hay disponibilidad suficiente para responder por las obligaciones a corto plazo, solo teniendo en cuenta el activo corriente, que comprende el efectivo, las inversiones, la cartera y el inventario.

Corriente disponible: Activo Cte-Inventarios /Pasivo corriente. Con este indicador queremos demostrar que, sin tener en cuenta la realización del inventario qué tanto tenemos en disposición para enfrentar las obligaciones a corto plazo. En el HUS en el periodo de análisis y comparando con dos años anteriores, vemos que poseemos \$5.50 por cada pesos que adeudamos, lo cual se considera aceptable en nuestra posición financiera.

Corriente disponible: Activo Cte-Cartera/Pasivo corriente. En este indicador excluimos la cartera, para sopesar la situación de la entidad, en caso de que no podamos realizar la cartera. Estamos en promedio de \$2.95 por cada peso que se adeuda, lo que nos indica que de una manera apretada podríamos enfrentar nuestras obligaciones más próximas.

Endeudamiento total: Pasivo total/Activo total. Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador muestra en el último año 0.11, lo que indica que tenemos la tendencia a cumplir con nuestras obligaciones y que cada vez nos endeudamos menos.

Endeudamiento patrimonial: Pasivo total/patrimonio total. Leverage o Apalancamiento, compara el financiamiento originado de terceros con los recursos de los accionistas. En el indicador anterior, se muestra la disminución de los pasivos lo que a su vez impacta en las disminuciones anuales de financiamiento de terceros. En el presente indicador, el Hus tiene un resultado de 0.13%, lo que indica que la entidad, si sigue con esta tendencia, solo dependerá de su Patrimonio o inversiones propias.

Solidez: Total activo/Pasivo total. Por cada peso que adeudamos, poseemos 8.92 en el 2018, lo que indica que vamos con tendencia a la estabilidad año tras año en solidez, teniendo en cuenta que se deben realizar todos los activos para el pago total de los pasivos de la entidad.

Margen rentable en ventas: Utilidad/Ventas Indicador de rentabilidad, que nos muestra el porcentaje de la utilidad con respecto al total de ventas o facturación por servicios. En el último año el HUS ha tenido una caída en este margen lo que ha generado también incremento en los costos generales y distribuciones entre las 2 sedes (Bogotá, Zipaquirá)

Margen rentable en activo: Utilidad/Activo total. Con este margen de rentabilidad, comparamos la evolución que los activos tienen con respecto a la utilidad de cada ejercicio. Notamos que la rentabilidad baja cuando hay poca utilidad, este % va mejorando con el transcurso de los meses, actualmente el HUS renta 0.001 de la inversión en el Patrimonio.

Margen rentable en el patrimonio: Utilidad / patrimonio total Al igual que los indicadores anteriores de rentabilidad, el del patrimonio muestra la misma tendencia, las utilidades del 2017 y 2018 disminuyeron, disminuyendo así mismo la rentabilidad Patrimonial.

Ventas promedio diarias: Ventas / días - De un periodo a otro las ventas diarias han mejorado al pasar de \$383 en junio de 2017 a \$418 en junio de 2018, por un incremento del 9% que equivale a 35 millones de pesos, en parte por el incremento en la facturación.

Rotación de cartera en veces: (Ventas/cxc) La rotación de cartera de este indicador (veces de rotación), solo toma la cartera radicada que es la que realmente para efectos de análisis, corresponde a la Cartera para cálculos de Gestión. El indicador muestra una pequeña recuperación con respecto al año 2017 de 1.95 a 2.17, lo que quiere decir que los recaudos de cartera se han mantenido y tienden a mejorar, aunque las cifras de cuentas por cobrar vayan en aumento, que es una situación general en el sector de Salud.

Rotación de cartera en días. Este indicador muestra los días que se toman las entidades en cancelar sus obligaciones de cartera. Notamos que con corte a junio de las dos últimas vigencias el comportamiento levemente ha subido al pasar de 358 a 387 días para recuperar la cartera.

Rotación activo Corriente. Ventas/activo corriente. Siendo la Cartera el rubro más significativo del activo corriente, y éste va en incremento cada año, este indicador de Rotación del Activo Corriente, igual que los anteriores indicadores de rotación ha tenido una leve disminución.

Rotación activo total. Ventas/activo total Al igual que el indicador de Rotación del Activo Corriente, la rotación del Activo Total va en una pequeña disminución por los recaudos que en este año se han sostenido.

Rotación de inventarios. Costos ventas/inventario. La rotación de Inventarios es el indicador que nos permite saber el número de veces en que el inventario es realizado en un periodo determinado. Permite identificar cuantas veces el inventario se convierte en dinero o en cuentas por cobrar, nos ayuda a determinar un plan de compras y proyectar las ventas futuras. La rotación de inventarios de un periodo ha tenido un leve incremento de 8 a 9 veces.

Ebitda es un indicador financiero, acrónimo del inglés Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (beneficio antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), es decir, el beneficio bruto de explotación calculado antes de la deducibilidad de los gastos financieros. Sin tener en cuenta estos rubros (intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), logramos presentar utilidad en los últimos tres años.

Margen Ebitda : margen Ebitda/Ventas En términos porcentuales la participación de las ventas en los dos últimos periodos, presentan una disminución del 8% a junio de 2017 al 5% en junio de 2018.

Ebitda mensual. Para nuestro análisis, podemos notar que la cifra de utilidad sin incluir intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones, nos muestra la utilidad que realmente se gestiona, y es en realidad la utilidad operativa del negocio. A junio de 2017 presentamos una utilidad operacional de \$900 millones mensuales y 655 millones para el 2018, presentando una baja principalmente por el incremento en los costos y gastos del periodo.

Proceso de convergencia normas internacionales de información financiera (NIIF)

Para la vigencia 2018, la Dirección financiera está a la espera de la actualización del sistema con los nuevos cambios que se han venido solicitando desde el año 2014, principalmente en temas de Cartera y Propiedad Planta y Equipo.

Estado de tesorería

Al comparar el primer semestre de 2018 frente al mismo periodo de 2017 se evidencia una disminución de \$3.983.239 en el total de efectivo equivalente al 8%, lo anterior producto de los siguientes factores representativos:

- El efectivo de uso restringido incremento en \$14.933.872 equivalentes a 100%, debido al aumento de los recursos destinados a convenios, ingresos recibidos a través de una cuenta maestra recaudadora para el pago de los Aportes Patronales del Sistema de Seguridad Social, los recursos de estampilla y los recursos propios destinados para proyectos, por esta razón las cuentas corrientes del primer semestre de 2018 frente a 2017 presentan una disminución de \$ -20.351.825 que equivalen a -271%, esto debido a que dentro de la cuenta 1132 “Efectivo de uso restringido” están \$13.949.947 correspondientes a Recursos propios destinados para proyectos depositados en la cuenta corriente del Banco Caja Social No. 12992.
- El recaudo de efectivo que se refleja en las cuentas bancarias de la entidad presentan una disminución del 8% con respecto al periodo anterior como se indica a continuación.

	Total recaudo en bancos 2018	Total recaudo bancos 2017	Incremento o disminución (\$)	Incremento o disminución (%)
Enero	4.587.986	4.317.242	270.744	6%
Febrero	8.836.859	4.665.543	4.171.316	47%
Marzo	15.044.507	19.050.807	-4.006.300	-27%
Abril	20.744.826	10.540.069	10.204.758	49%
Mayo	6.073.785	9.530.402	-3.456.617	-57%
Junio	6.882.744	18.963.713	-12.080.969	-176%
Total	62.170.706	67.067.776	-4.897.070	-8%

- De otra parte, en lo corrido del año el hospital no ha recibido recursos de estampilla, el último ingreso recibido por este concepto fue en diciembre de 2017 el cual correspondía a octubre de 2017.
- A junio de 2018 luego de atender las cuentas por pagar e impuestos y de descontar el valor total del efectivo de uso restringido queda una **disposición total de recursos de \$ 5.235.222**.

ESTADO DE TESORERIA COMPARATIVO 2DO SEMESTRE DE 2016 A 2018 SEGÚN CONTABILIDAD NIIF (Cifras en Miles de Pesos)							
	2.018	2.017	2.016	Incr o dism (\$) 2018-2017	Incr o dism (%) 2018-2017	Incr o dism (\$) 2017-2016	Incr o dism (%) 2017-2016
CAJA GENERAL	32.706	23.415	7.324	9.291	28%	16.091	69%
CUENTAS CORRIENTES	7.500.970	27.852.795	25.106.733	-20.351.825	-271%	2.746.062	10%
CUENTAS DE AHORROS	13.960.545	12.535.122	23.244.173	1.425.423	10%	10.709.051	-85%
EFFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	29.802.114	14.868.242	1.272.238	14.933.872	50%	13.596.004	91%
TOTAL EFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFECTIVO	51.296.335	55.279.574	49.630.468	-3.983.239	-8%	5.649.106	10%
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	16.258.998	16.026.342	31.043.211	232.657	7%	15.016.870	-75%
(-) Menos Cuentas Por Pagar	15.826.951	15.618.654	30.725.303	208.297	1,32%	15.106.649	-97%
(-) Menos Cuentas por Pagar Impuestos	432.047	407.688	317.908	24.360	6%	89.779	22%
(-) Menos Efectivo de uso restringido	29.802.114	14.868.242	1.272.238	14.933.872	50%	13.596.004	91%
TOTAL RECURSOS DISPONIBLES:	5.235.222	24.384.990	17.315.019	-19.149.768	-366%	7.069.971	29%

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo Información Financiera NIIF años 2016-2017-2018

A continuación se relaciona detalladamente la clasificación del saldo total de la cuenta 1132 de “Efectivo de uso restringido” a corte segundo semestre de 2018.

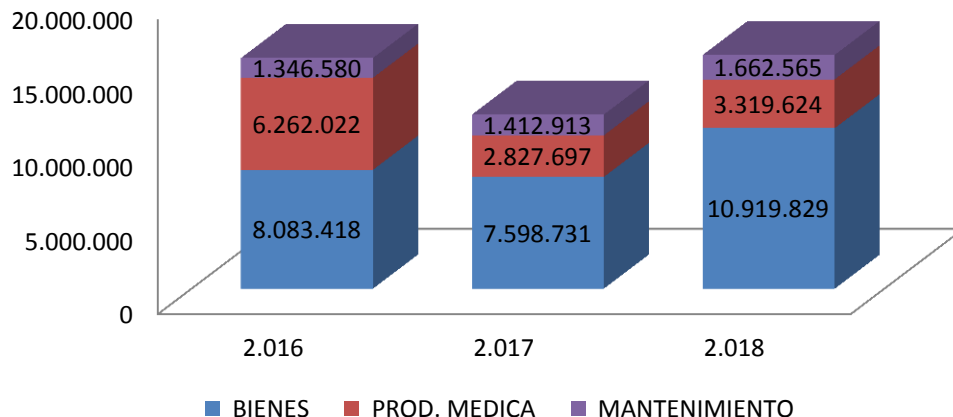
EFFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	
Recursos propios destinados para proyectos*	\$13.949.947
Proyecto ampliación, remodelación y dotación Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos	\$7.860.672
Modernización sistema ventilación mecánica y salas de Cirugía Integrada de la Unidad Quirúrgica	\$5.000.000
Implementación actualización Sistema Eléctrico primera etapa (en ejecución)	\$1.089.275
Estampilla Departamental	\$13.233.189
Cuenta Maestra Recaudadora	\$2.177.063
Cuenta Maestra Pagadora	\$ 424.981
Convenio Interadministrativo 681-17	\$16.934
Total	\$29.802.114

Cuentas por pagar

	2016	2017	2018
BIENES	8.083.418	7.598.731	10.919.829
PROD. MEDICA	6.262.022	2.827.697	3.319.624
MANTENIMIENTO	1.346.580	1.412.913	1.662.565
TOTAL	15.692.020	11.839.342	15.902.018

Comparativo cuentas por pagar año 2016- 2017 -2018 (Cifras en miles)

ESTÁNDAR: Cero (0) o variación negativa
RESULTADO: 44.169.571
CALIFICACIÓN: 0



Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

ESTÁNDAR: Cero (0) o variación negativa

RESULTADO: 44.169.571

CALIFICACIÓN: 0

Actividades y estrategias ejecutadas

Se mejoró el recaudo, lo cual dio flujo de recursos para el pago de acreencias del hospital, se gestionó la liquidación de contratos de vigencias anteriores lo que permitió el pago de los mismos.

Se efectuaron los pagos de las obligaciones por concepto de salarios y prestaciones del personal de planta, colaboradores y personal especializado, que cumplieron los requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo

Logros

Los salarios y prestaciones de personal de planta se cancelaron oportunamente.

Dificultades

Es de aclarar que el no pago de las cuentas por pagar no es debido a ausencia de recursos en la ESE Hospital Universitario de La Samaritana sino que corresponden al incumplimiento de la totalidad de los requisitos para el pago de las mismas, estipulados contractualmente; específicamente, la ausencia de radicación oportuna de las certificaciones de Interventoría y/o Actas de liquidación a la oficina de cuentas por pagar por parte de los supervisores de los respectivos contratos y jurídica.

Evidencias y soportes

Anexo N° 7

- Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo diciembre de 2017 y 2018

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
CUENTAS POR PAGAR POR EDADES AÑOS 2017 Y 2018 MESES DE JUNIO

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A JUNIO 2018

CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360
SERV. M. BTA CUENTA 24010102	2.527.990.379	2.220.760.930	46.754.827	0	256.985.456	3.489.166	0
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	0	0	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	791.633.668	681.194.311	59.434.463	0	40.697.881	10.307.013	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	0	0	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3.319.624.047	2.901.955.241	106.189.290	0	297.683.337	13.796.179	0

417.668.806

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A JUNIO 2017

CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360
SERV. M. BTA CUENTA 24010102	2.145.709.271	1.860.228.032	27.246.840	293.141	224.596.275	33.344.983	0
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	0	0	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	681.988.028	593.970.032	3.695.830	0	57.942.185	26.379.981	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	0	0	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.827.697.299	2.454.198.064	30.942.670	293.141	282.538.460	59.724.964	0

373.499.235

DIFERENCIA 44.169.571

CALIFICACION CERO 0

La sumatoria de lo mayor a 30 días

0

Por lo que arroja un aumento de \$ 44.169.571

Activos Fijos

ACTIVOS FIJOS	2do. TRIM 2018	2do. TRIM 2017	2do. TRIM 2016	VAR ABSOL 2do. T. 2016-2do. T 2017 (ANALISIS HORIZONTAL)	VRL%	VAR ABS 2do. T.2017-2do. T.2018 (ANALISIS HORIZONTAL)	VARIACION RELATIVA%	ANALISIS VERTICAL 2do. T. 2016	ANALISIS VERTICAL 2do. T 2017	ANALISIS VERTIC 2do. T. 2018
TERRENOS	13.250.916	13.250.916	13.250.916	0	0	0	0	18,10%	18,35%	17,91%
EDIFICACIONES	21.309.018	20.369.873	19.679.258	690.615	4	939.145	5	26,88%	28,21%	28,80%
REPUESTOS	99.812	0	0	0		99.812		0,00%	0,00%	0,13%
CONSTRUCCIONES	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%

EN CURSO										
BIENES MUEBLES EN BODEGA	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	877.895	705.778	705.778	0	0	172.118	24	0,96%	0,98%	1,19%
REDES, LINEAS Y CABLES	397.949	397.949	375.734	22.215	6	0	0	0,51%	0,55%	0,54%
MAQUINARIA Y EQUIPO	722.720	670.360	788.840	-118.480	-15	52.360	8	1,08%	0,93%	0,98%
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	31.455.960	31.289.597	32.740.435	-1.450.838	-4	166.363	1	44,73%	43,33%	42,52%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	464.600	312.500	394.877	-82.377	-21	152.100	49	0,54%	0,43%	0,63%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	3.276.822	3.026.723	2.564.784	461.939	18	250.100	8	3,50%	4,19%	4,43%
EQUIPO DE TRANSPORTE	444.655	698.396	698.396	0	0	-253.742	-36	0,95%	0,97%	0,60%
EQUIPO. COMEDOR COCINA DESPENSA Y HOT.	1.677.905	1.484.913	2.003.865	-518.952	-26	192.992	13	2,74%	2,06%	2,27%
TOTAL	73.978.253	72.207.004	73.202.883	-995.879	-1	1.771.248	2	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Balances Generales DGH periodos 1er trimestre 2016-2017-2018

Para hacer un análisis comparativo de los acuerdo a las cifras tomadas fielmente de los periodos de los años 2016-2017 y 2018 de las variaciones en las diferentes cuentas del grupo 16 de los activos, se procede a hacer el análisis de las variaciones absoluta y relativa, para evidenciar la gestión respecto a los movimientos de entradas y salidas y otras novedades de los bienes dentro de las cuentas de propiedad planta y equipo.

Análisis comparativo de los periodos Segundo Trimestre 2016-2017-2018(NIIF)

Variación absoluta- Análisis horizontal:

Terrenos

Tanto la variación absoluta como relativa de esta cuenta no cambió, (0-0) valores iguales en los tres segundos trimestres 2016-2017 y 2018; esto debido a que se incorporó en esta cuenta pero en el balance para el periodo 2016 el valor de los terrenos que en el periodo de transición a las NIIF se había ajustado de acuerdo a los avalúos y valorizaciones; sin embargo en el módulo de activos fijos para el mes de junio de 2018 se incorporó el valor de los terrenos que ya figuraba en el balance de prueba, como acá se menciona, esta incorporación se hizo por 7.557 millones, e incidió en las cifras del módulo, para que así quedaran conciliadas con las del balance. es de anotar que esta incorporación no se hizo antes por las dificultades que ha presentado el modulo para este tipo de ingreso, desde la transición a las NIIF.

Edificaciones

La variación absoluta 2do. Trim. 2016-2017 de 690.6 millones en la cuenta de edificaciones para este segundo trimestre corresponde a adecuaciones y mejoras en la cuenta de edificios; la variación absoluta para el periodo 2017-2018 corresponde también a adecuaciones, remodelaciones y mejoras a la cuenta de edificios, que queda cargada a este rubro y lo aumenta en los valores que se hagan y que para este evento fueron de 939.1 millones; es importante resaltar que en el módulo de activos fijos se ajustó el valor de edificios por 17.568.3 millones en el mes de junio de 2018; para que de esta forma el valor de los edificios, correspondiera con el valor de contabilidad; y no se hizo antes por las razones expuestas en el párrafo anterior

Repuestos

La variación absoluta de 99.8 millones que arroja para el segundo trimestre del 2018, es debido a una cuenta nueva que por efecto de la doctrina Niif, se creó para reflejar el espíritu de la normatividad, y la necesidad de la institución, plasmado en sus políticas, ya que deben registrarse aquellos repuestos adquiridos superiores a 50 uvt

Plantas ductos y túneles

Para el segundo trimestre del 2016 comparado con el 2017 no hay variación. Para el periodo 2017-2018 el aumento en 172 millones corresponden a compras de una transferencia automática para planta eléctrica ocurrida en el primer trimestre de 2018 y también de unos manómetros y una celda electroquímica de oxígeno, lo que también arroja una variación relativa del 24%

Redes líneas y cables.

Para el análisis de los segundos trimestres 2016 a 2017 se ve un aumento en la variable absoluta en 22.2 millones que radica en compra de un aire acondicionado, mientras que para el periodo 2017-2018, este rubro no se movió.

Maquinaria y equipo

La variación absoluta para el trimestre 2016-2017 de este rubro que lo componen maquinaria industrial, equipo de música y herramientas y accesorios, presenta una variación absoluta de -118.5 millones que resulta del hecho que en el 2016 se adquirieron más activos, consecuentemente su variación relativa también es negativa (-15%); influye, como lo decía el hecho de que para el periodo del 2016 en la cuenta de maquinaria industrial, y herramientas y accesorios, hubiese adquisiciones por 110.4 millones en el 2016; como dos electrobombas, un electroimán, motobombas compresores, una correa trapex dos aire acondicionado, un tanque hidroacumulador y una bomba de vacío entre otros, lo que generó que para el 2016 pasara esta cuenta al balance con este aumento de sus ingresos, mientras que para el periodo de 2017 no hubo ingresos.

La variación absoluta en el segundo trimestre del 2017-2018 corresponde a 52.4 millones resultado de que del primer trimestre de hicieron adquisiciones por valor de 49.6 millones como fue un amplificador de sonido en contraprestación por 22.8 millones y la compra de un módulo de control electrónico por 11.14 millones además de otras compras pequeñas como algunos accesorios, su variación relativa fue del 8% y para el segundo trimestre analizado las adquisiciones fueron solo de 2.8 millones consistentes en dos selladoras. Su variación relativa sí fue del 8%

Equipo médico y científico

A lo largo del 2016 se presentan movimientos importantes como son salidas (bajas) por 541.5 millones para el primer semestre y en el segundo semestre movimientos y salidas por 420.3 millones, que arrastran las cifras hasta diciembre 31 del 2016 generando para el siguiente periodo (ene a junio del 2017) disminución en los saldos de esta cuenta; además de las bajas y movimientos crédito por 534 millones presentadas en este primer semestre del 2017, lo que arroja la variación absoluta de -1.450.8 millones para el comparativo 2016-2017 (segundo trimestre) donde los ingresos en este trimestre fueron muy pobres: 47.7 millones consistentes en dos fotóforos y un equipo ureteroscópico.

La variación relativa equivale al -4%.

Para los segundos trimestres del 2017-2018, la variación absoluta fue de 166.4 millones y la relativa de 1%; dicha variación radica en que vienen acumuladas adquisiciones de equipo médico y algunas donaciones de unos estereoscopios por 92.4 millones y adquisiciones de una cámara para microscopio 35 millones, unas incubadoras y otros por 22 millones, para este primer trimestre, mientras que para el segundo trimestre del 2018, las adquisiciones fueron únicamente de 17 millones, consistentes entre otros de unas donaciones (4.96 millones), copras de unas balanzas pesa bebé, micro motores y un monitor de signos vitales por 10.2 millones; a su vez la variación relativa equivale a 1% del comparativo segundo trimestre del 2017 con el segundo trimestre del 2018.

Muebles y enseres y equipo de oficina

La variación absoluta del segundo trimestre del 2016 comparado con el segundo trimestre del 2017, presenta una variación de -82.3 millones, parte de ello es las bajas a lo largo del 2016: 27.5 millones; también las que se dieron en el 1er. semestre de 2017 (febrero) en los rubros que componen esta cuenta: muebles y enseres 1.8 millones, equipo y máquinas de oficina: 14.9 millones; este hecho hizo que se reflejara también una variación relativa del periodo (2016-2017) de -21%.

Para el análisis de del segundo trimestre del 2017 con relación al 2do. trimestre del 2017, se ve mejorada esta relación con una variación absoluta de 152 millones, cabe mencionar que para el mes de junio de 2017 se dieron ingresos por 22.1 millones de un aire acondicionado tipo techo. Haciendo un análisis del aumento de esta cuenta para el 2018 encontramos ingresos por cerca de 73 millones, dentro de los cuales tenemos unas donaciones por 15.6 millones de la empresa implantes y sistemas ortopédicos; otros ingresos por contraprestación de la Universidad de la Sabana por 26.3 millones.

E ingresos de adquisiciones por \$30.88 millones; las bajas influyen en estos dos periodos y ascendieron a 110.8 millones en el primer semestre de 2017, que hacen notoria la diferencia porque al sacar en 2017 activos la cuenta queda más bajita que en relación con el 2018, y en el 2018 (1er. Trimestre) sube por las compras que mencionamos acá y de esta manera la variación relativa también se torna positiva 49%.

Equipo de comunicación y computación.

Este rubro presenta una connotación importante y es el hecho de que en los tres segundos trimestres su variación tanto absoluta como relativa es positiva, y el análisis nos arroja los siguientes resultados: para el segundo trimestre del 2016 en comparación con el 2017 presenta una variación absoluta de 461.9 millones, obedeciendo ello entre otros a salidas en febrero de 2017 de equipos de sistemas por 361.6 millones, que correspondían a bajas del año anterior; en el trimestre abril a junio 2016 hubo ingresos por 59.8 millones de equipos de sistemas en contraprestación con la U de la Sabana y en el trimestre abril a junio de 2017 se presentaron ingresos en este rubro por 15.3 millones también por contraprestación con la universidad de la Sabana y el ministerio de protección social.

Para el análisis de las variaciones del segundo trimestre del 2017 con relación al homólogo del 2018, la variación absoluta fue de 250.1 millones, donde se presentaron ingresos por 52.9 millones en el segundo trimestre de 2018 compuestos estos ingresos por unas donaciones de unos monitores por parte de la entidad implantes y sistemas ortopédicos ISO por valor de 3.3 millones, otros ingresos en contraprestación por ; 21.1 millones de la Universidad de la Sabana, pero es importante decir que el aumento de este rubro se dio a lo largo del año 2017 (ene a dic 2017) donde se registraron ingresos por cerca de 206 millones consistentes en computadores tres videobeam en contraprestación también con la U de la Sabana dos monitores y otros elementos, su variación relativa alcanzó un porcentaje del 8%.

Equipo de transporte

Para los segundos trimestres 2016-2017 en este rubro no se presentó ninguna variación, mientras que para el segundo trimestre de 2017, comparada con el segundo trimestre del 2018 se presentó una variación de -253.7 millones a consecuencia del retiro en diciembre 2017 de un vehículo unidad móvil del banco de sangre por desperfectos en su fabricación y no estar cumpliendo con su objeto, para el cual fue adquirido, además de que cursa un proceso de responsabilidad. La variación relativa para este mismo periodo es de -36%.

Equipo de cocina despensa y hotelería

Tanto la variación absoluta (-518.9) millones como su relativa -26%, para el comparativo del 2do. Trimestre del 2016 con el 2do. Trimestre del 2017, se ve afectada por el ingreso de 493.6 millones entre camas y colchones, en febrero y mayo de 2016; en el segundo trimestre de 2017 las bajas fueron de 6.4 millones, mientras que no se registraron ingresos en este rubro. Para el comparativo 2017-2018 se registra un aumento en la variación absoluta de 192.9 millones, y una variación relativa de 13% este aumento va de la mano de unos ingresos por 46.4 millones a lo largo del semestre de 2018, compras de 2 aire acondicionado por 32.5 millones y el resto por contraprestación con la Universidad de la Sabana como hornos dispensadores mesas y bancas.

Análisis Vertical

Porcentaje de participación del total de las cuentas del grupo 16 Propiedades, Planta y Equipo (Comparativo de cada una de las cuentas de activos fijos con el total de lo que suman los activos)

Durante los 3 primeros trimestres de las vigencias 2016, 2017 y 2018, la cuenta más representativa dentro de la clase 16 Activos Fijos es Equipo médico y científico, con una representación del 44,73%; 43,33% y 42,52%, respectivamente; situación consecuente con el objeto misional del Hospital Universitario de la Samaritana, seguida de edificios con el 26,88%; 28,21% y 28,80%. Terrenos 18,10%; 18,35% y 17,91% y en este orden de prioridades está sigue la de equipo de comunicaciones y computación con el 3,50%, 4,19% y 4,43%, respectivamente.

Es de resaltar la variación de las cuentas de bienes inmuebles: Edificios con un aumento del porcentaje de participación dentro del conjunto de activos fijos y de Terrenos que es el resultado de incorporar en el módulo de activos fijos estos dos inmuebles, también influye de manera significativa las valorizaciones y adecuaciones en la cuenta de edificios.

Es de anotar que dentro de las cuentas que tienen relación con los ingresos (adquisiciones) y que afectan la cuenta 16, Propiedades, planta y equipo están dentro del nuevo marco normativo NIIF las cuentas con código 44300402 “Donaciones en especie HUS” y la cuenta 44309001 “BG Otras donaciones en especie” se recibieron por estos conceptos bienes así:

Nota: estas donaciones están cayendo en estas cuentas 44 por parametrización del módulo para los conceptos de donaciones.

Cuenta 44309001 BG – Otros subvenciones en especie

Donación de la entidad “Implantes y sistemas ortopédicos ISO” por \$2.465.680.00 al área de Neurocirugía, y consistió en dos cajas selladas en acrílico cristal; donación también de Implantes y Sistemas Ortopédicos ISO, por \$ 2.499.000.00 de soporte giratorio; otra donación del mismo proveedor por \$3.729.200.00 de 8 monitores; Donación

por \$2.499.000.00 de dos brazos articulados; donación de soporte giratorio con un brazo doble por \$2.261.000.00; donación por 2.465.680.00 de mobiliario enseres y equipo de oficina y una última donación por \$8.369.389.00 de vidrios decorativos y retablos, todos estos elementos donados para el laboratorio de Neurocirugía.

ANALISIS DEPRECIACION ACUMULADA - PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO A DIC 31 DE 2016 – 2017 - 2018

DEPRECIACION ACUMULADA	2do. TRIM 2018	2do TRIM 2017	2do TRIM 2016	VAR ABSOL 2DO T. 2016-2017 (A HORIZONTAL)	VAR REL% -2do.T 2016	VAR ABSOL 2do T. 2017-2018 (A HORIZONTAL)	VAR REL% -1er.T 2016	ANALISIS VERT. 2do.T 2016	ANALISIS VERT. 2do.T 2017	ANALISIS VERT. 2DO.T. 2018
EDIFICACIONES	180.596	136.442	586.115	-449.673	-77	44.154	32	1,89%	1,05%	1,07%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	389.186	295.645	911.933	-616.288	-68	93.541	32	2,94%	2,27%	2,31%
REDES, LINEAS Y CABLES	82.225	63.397	283.583	-220.186	-78	18.828	30	0,91%	0,49%	0,49%
MAQUINARIA Y EQUIPO	222.598	171.636	345.612	-173.976	-50	50.962	30	1,11%	1,32%	1,32%
EQUIPO MEDICO Y CIENTÍFICO	13.188.519	10.383.122	22.182.495	-11.799.373	-53	2.805.397	27	71,50%	79,60%	78,41%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	265.361	178.292	955.128	-776.836	-81	87.069	49	3,08%	1,37%	1,58%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	1.375.318	962.040	3.454.749	-2.492.709	-72	413.278	43	11,14%	7,38%	8,18%
EQUIPO DE TRANSPORTE	234.473	232.214	335.318	-103.104	-31	2.259	1	1,08%	1,78%	1,39%
EQUIPO. COMEDOR COCINA ETC.	1.932	0	1.968.083	0		1.932	0	0,00%	0,00%	0,01%
BIENES MUEBLES EN BODEGA	3.104	0	0	0		3.104	0	0,00%	0,00%	0,02%
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO EN MANTENIMIENTO	876.571	620.564	0	-1.347.519	-68	256.007	41	6,34%	4,76%	5,21%
TOTAL	16.819.883	13.043.352	31.023.016	-17.979.664	-58	3.776.531	29	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Balances Generales DGH periodos 2do. Trim. 2016-2017-2018

VARIACION DEPRECIACION		
PERIODOS 2do. TRIM (2016-2017)	VALORES	PORCENTAJE %
2do. Trim.2016– 2do trim.2017	6.440.864	85
2do Trim2017 – 2do Trim2018	3.714.834	26

Periodo 2016-2017-2018

Trimestre comparativo 2016-2017

La variación tanto absoluta como relativa para los dos segundos trimestres 2016-2017 de la depreciación acumulada refleja unas cifras positivas 6.440,7 millones de pesos evidenciando que la de mayor volumen es la que corresponde a equipo médico y científico con una le corresponde una variación absoluta de 5.312 millones de su comparativo entre trimestres,(2016-2017) ; le sigue equipo de comunicación y computación con 329.9 millones rubros que de mayor envergadura, sin embargo la cuenta de edificios relativamente su depreciación es baja, y la causa principal es que hasta el mes de junio de 2018 se incorporó al módulo de activos fijos. Su variación relativa alcanza un porcentaje del 85%

Trimestre comparativo 2017-2018

Su variación absoluta 3.714.8 millones como la relativa 26% bajo ostensiblemente respecto al comparativo de los dos trimestres anteriores y ello obedeció principalmente a que en el que a lo largo del 2017 hubo bajas importantes dentro de este rubro disminuyendo por consecuencia la depreciación acumulada, así mismo sigue siendo la depreciación de los equipos médico y científico la de mayor jerarquía dentro del grupo de activos fijos sin dejar de mencionar la de equipo de comunicación y computación que ocupa un segundo lugar.

Análisis vertical de los tres primeros segundos trimestres de las vigencias 2016-2017 y 2018 de la depreciación acumulada

Respecto a los porcentajes que arroja el análisis vertical referido a las vigencias 2016-2017 y 2018 se puede establecer que la depreciación acumulada influye en un porcentaje alto para el rubro de equipo médico y científico dado que es el rubro de mayor valor que se tiene dentro de los activos fijos, presentando la tendencia más alta para el equipo médico: **76,92%, 79,47%, 78,19%** respectivamente en cada uno de los años consecuente con sus valores de sus activos en esta cuenta, comparado con los demás rubros y le sigue equipo de comunicación y computación presentando una variación para su análisis vertical de **9,69%, 7,59% y 8,32%** respectivamente, viendo que el rubro de edificaciones es representativo, no así lo es la depreciación ya que por dificultades en la implementación definitiva de las NIIF y más exactamente con la parametrización del módulo de activos fijos no se pudo incorporar en la cuenta de edificios el valor de la reclasificación y ajustes en este rubro, sino hasta el mes de junio de 2018 por lo tanto a partir de julio se verá reflejada su depreciación.

Costos

Rentabilidad por unidad de negocio

NOMBRE DEL PROCESO	CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL
APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO CLINICO	2.366.130.256	4.419.243.155	2.053.112.899
APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO INMUNOLOGIA	63.616.541	598.000	-63.018.541
APOYO DIAGNOSTICO	PATOLOGIA	448.850.297	393.081.750	-55.768.547
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	223.449.811	144.110.850	-79.338.961
APOYO DIAGNOSTICO	GASTROENTEROLOGIA	405.791.703	515.009.207	109.217.504

APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	1.155.110.565	1.132.152.090	-22.958.475
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	727.251.724	735.705.165	8.453.441
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	42.884.217	58.809.400	15.925.183
APOYO DIAGNOSTICO	UNIDAD RENAL	1.029.688.917	208.746.342	-820.942.575
APOYO DIAGNOSTICO	SOPORTE NUTRICIONAL	88.642.575	0	-88.642.575
APOYO DIAGNOSTICO	CLINICA DEL DOLOR	47.444.220	178.000	-47.266.220
APOYO DIAGNOSTICO	SC- ESTRAMURALES	0	0	0
TOTAL APOYO DIAGNOSTICO		6.598.860.825	7.607.633.959	1.008.773.134
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA GENERAL	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CON. ALERGIAS Y REUMATO	105.444.297	30.536.200	-74.908.097
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ANESTESIA	260.044.038	165.122.667	-94.921.371
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CARDIOLOGIA	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CIRUGIA GENERAL	451.013.026	1.008.079.270	557.066.244
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX PLASTICA	90.965.036	37.271.700	-53.693.336
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	15.852.218	522.100	-15.330.118
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CURACIONES	170.407.602	16.946.934	-153.460.668
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DERMATOLOGIA	202.377.099	137.883.538	-64.493.561
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	88.249.310	33.697.600	-54.551.710
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	387.540.509	301.526.469	-86.014.040
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA HEMATOLOGIA	148.122.494	229.316.915	81.194.421
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INFECTOLOGIA	208.525.398	59.338.700	-149.186.698
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INMUNOLOGIA	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA INTERNA	600.498.770	274.172.250	-326.326.520
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEFROLOGIA	186.222.186	53.312.100	-132.910.086
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEONATOLOGIA	130.573.480	244.263.800	113.690.320
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUMOLOGIA	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROCIRUGIA	190.890.072	128.368.740	-62.521.332
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROLOGIA	575.753.938	611.082.520	35.328.582
ATENCION AL PACIENTE	CONSULTA DE NUTRICION	180.629.740	102.517.632	-78.112.109

AMBULATORIO				
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OFTALMO.	322.978.681	189.896.900	-133.081.781
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ORTOPEDIA	285.562.693	115.668.500	-169.894.193
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OTORRINO	230.456.702	128.062.380	-102.394.322
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PSICOLOGIA	34.952.046	3.735.123	-31.216.923
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE UROLOGIA	241.451.056	153.914.453	-87.536.603
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PSIQUIATRIA	126.881.033	42.594.100	-84.286.933
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	272.843.198	425.300	-272.417.898
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	FISIOTERAPIA	1.256.340.156	1.124.786.935	-131.553.222
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	TERAPIA DEL LENGUAJE	0	0	0
TOTAL ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO		6.764.574.781	5.193.042.825	-1.571.531.955
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	1.857.242.583	335.817.425	-1.521.425.159
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	OBSERVACION-UNIT URGENCIAS	1.078.424.380	2.275.286.383	1.196.862.004
TOTAL ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS		2.935.666.963	2.611.103.808	-324.563.155
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX GRAL.	1.131.323.620	1.682.914.200	551.590.579
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX.PLASTICA	282.239.046	205.764.152	-76.474.894
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION GINECO	667.962.257	244.102.096	-423.860.161
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION MEDICINA INT.	1.841.007.749	2.312.449.387	471.441.638
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEUROQX	661.233.153	625.077.709	-36.155.445
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION ORTOPEDIA	731.729.934	831.251.799	99.521.865
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION OTORRINO	202.972.264	18.683.100	-184.289.164
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION UROLOGIA	517.414.894	690.248.246	172.833.353
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION U.C.I.	2.228.237.634	1.721.432.665	-506.804.969
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION CUIDADOS INTERMEDIOS	1.064.571.404	915.306.816	-149.264.588
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEONATO.	2.436.511.522	1.871.843.552	-564.667.970
TOTAL ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO		11.765.203.477	11.119.073.722	-646.129.755

ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	ANESTESIA	1.487.812.784	34.723.500	-1.453.089.284
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA GENERAL	1.402.470.499	1.285.446.086	-117.024.413
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA PLASTICA	821.053.336	1.187.290.912	366.237.576
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX GINECOLOGIA	298.918.388	224.457.068	-74.461.320
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX NEUROCIRUGIA	412.608.725	411.903.493	-705.232
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OFTALMOLOGIA	421.342.370	655.619.937	234.277.567
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORTOPEDIA	860.765.832	1.427.337.889	566.572.057
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OTORRINOLARINGOLOGIA	176.376.056	172.988.600	-3.387.456
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX UROLOGIA	205.392.881	331.199.812	125.806.931
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORAL MAXILOFACIAL	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	422.730.494	100	-422.730.394
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	SALAS DE PARTOS	1.749.927.360	389.086.805	-1.360.840.555
TOTAL ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO		8.259.398.725	6.120.054.202	-2.139.344.522
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	OTROS SERVICIOS CONEXOS	0	50.600	50.600
TOTAL ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA		0	50.600	50.600
ATENCION FARMACEUTICA	FARMACIA	13.631.634.517	15.960.890.752	2.329.256.235
TOTAL ATENCION FARMACEUTICA		13.631.634.517	15.960.890.752	2.329.256.235
BANCO DE SANGRE	BANCO DE SANGRE	994.864.598	1.521.676.291	526.811.693
TOTAL BANCO DE SANGRE		994.864.598	1.521.676.291	526.811.693
DOCENCIA	SC- DOCENCIA	356.779.079	370.767.520	13.988.441
TOTAL DOCENCIA		356.779.079	370.767.520	13.988.441
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	IMAGENOLOGIA	3.745.144.617	6.686.651.220	2.941.506.603
TOTAL IMÁGENES DIAGNOSTICAS		3.745.144.617	6.686.651.220	2.941.506.603
INVESTIGACION	INVESTIGACION CIENTIFICA	46.762.867	0	-46.762.867
TOTAL INVESTIGACION		46.762.867	0	-46.762.867
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	AMBULANCIAS URGENCIAS	128.124.343	523.800	-127.600.543

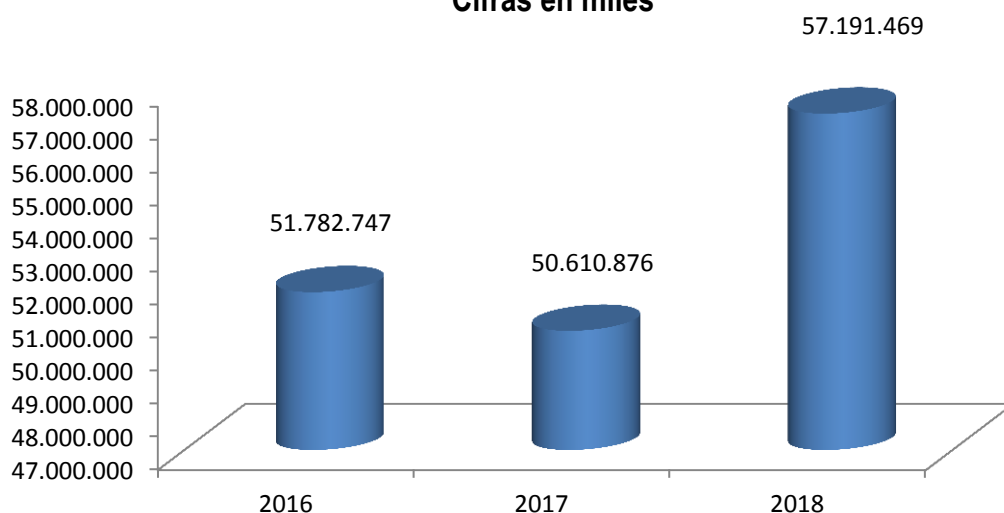
TOTAL REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES		128.124.343	523.800	-127.600.543
TOTAL GENERAL		55.227.014.792	57.191.468.700	1.964.453.908

En el tema de rentabilidad, el comparativo del periodo anterior año 2017 con respecto al 2018, presentamos un incremento en la rentabilidad general de \$ 1.000 millones, los indicadores arrojan como resultado que los de mayor rentabilidad son Radiología, Farmacia y Laboratorio Clínico, con una rentabilidad promedio de \$2,000 millones, por el contrario las de menor rentabilidad son Consulta Especializada, Quirúrgicos y Hospitalización. Se sugiere que se evalúe la producción de la consulta externa y los registros de las ventas de los procedimientos efectuados en consulta, en el tema Quirúrgico, la ocupación sala está muy por debajo de la capacidad instalada.

Para el caso de salas de partos las ventas se parametrizan a las áreas de Quirúrgicos Ginecología y todo lo anestesia en Quirúrgicos se factura a el área tratante y no al Quirurgico Anestesia.

COMPORTAMIENTO VENTAS BOGOTA

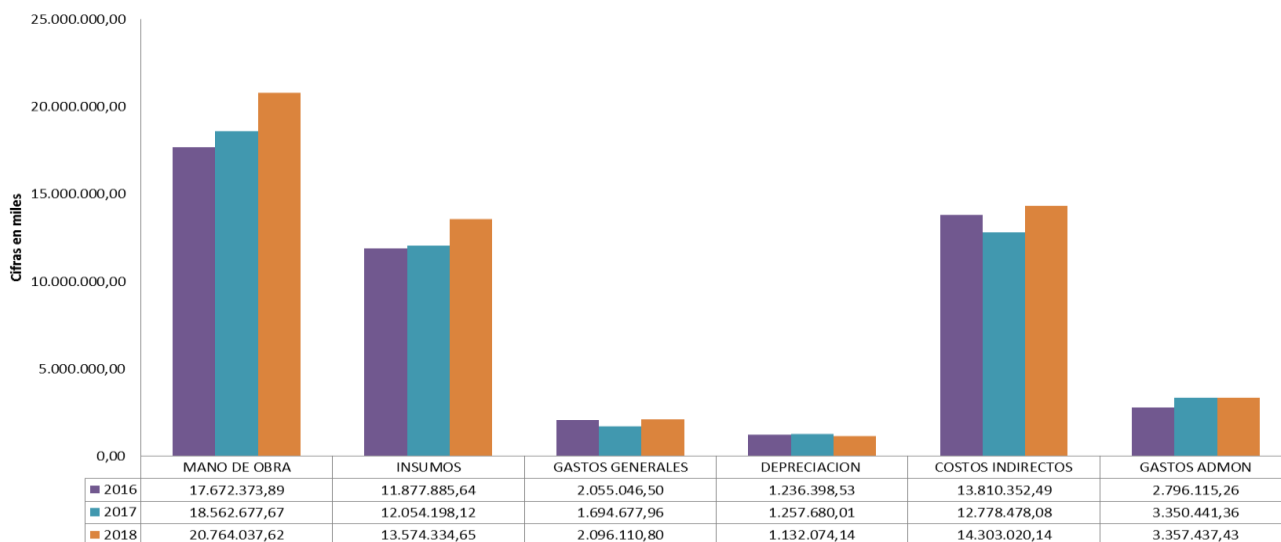
Cifras en miles



Comparativo de Costos por rubro

RUBRO	2016	2017	2018		RELATIVO
MANO DE OBRA	17.672.373.885,44	18.562.677.665,51	20.764.037.619,82	12%	2.201.359.954,31
INSUMOS	11.877.885.639,85	12.054.198.124,26	13.574.334.654,66	13%	1.520.136.530,40
GASTOS GENERALES	2.055.046.497,33	1.694.677.964,54	2.096.110.803,81	24%	401.432.839,26
DEPRECIACION	1.236.398.529,00	1.257.680.007,00	1.132.074.137,00	-10%	-125.605.870,00
COSTOS INDIRECTOS	13.810.352.494,57	12.778.478.083,38	14.303.020.143,13	12%	1.524.542.059,76
GASTOS ADMON	2.796.115.261,19	3.350.441.360,70	3.357.437.433,30	0%	6.996.072,60
TOTALES	49.448.172.307,38	49.698.153.205,39	55.227.014.791,72	11%	5.528.861.586,33
VENTAS	51.782.746.571,39	50.610.876.348,49	57.191.468.699,64	13%	6.580.592.351,15

**COMPORTAMIENTO RUBROS COSTOS ASISTENCIALES BOGOTA
COMPARATIVO JUNIO 2016 - 2017 -2018**



En el comportamiento comparativo de los dos cortes primer semestre año 2017 Vs año 2018, se evidencia que el crecimiento en costos de manos de obra, insumos y gastos generales, oscila entre el 11 y el 16% acorde al comportamiento de la producción y al IPC del año 2018, ya en el ajuste se evidencia en nuestras ventas que comparativas a junio de 2018 y 2017 presentan un incremento del 13%, es decir que estarían acordes al alza de los costos de producción del periodo evaluado.

PQRS

En el Proceso de Gestión Financiera durante el 1er trimestre de 2018 no se presentaron peticiones a través del SIAU (Sistema de Información de Atención al Usuario).

Planes Únicos De Mejora PUMP (A la fecha en construcción)

05DE07 – V2

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA		DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA																					
# HAL LAZ GO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO ACCION MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA	FECHA DE INICIO (dd/mm/año)	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA	
										Riesgo	Costo	Volumen	Total										
1	OTRAS	11/04/2018	Entidades en Liquidación: Al cierre de diciembre de 2017 presentaban saldos pendientes por \$34.185. Sobre todas las entidades se presentaron oportunamente las reclamaciones y esta contabilizado el deterioro al 100% excepto CAFAM EPS que acumula cartera por \$398.670 y no está provisionada, y CAPRECOM que solamente se calculó el deterioro por el 50% basados en que la administración tiene información no documentada que esta entidad efectuará un pago en el primer trimestre de 2018. (Informe No. 54 Oct - Dic de 2017 Revisoría Fiscal)		PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Realizar el respectivo ajuste, ya a que una vez realizada la conciliación entre los módulos se determinó que fueron saldos de captación no disminuidos en su momento contra la cuenta contable 5808 "Margen en la contratación de los Servicios de Salud". (Implementado)	3	5	5	75	Imputación del hecho económico en una cuenta o código diferente al que le corresponde	AC	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	1. Efectuar ajuste contable de los saldos detectados que no fueron aplicados en su momento del contrato de captación.	1. Un (1) Comprobante contable con soportes de análisis de saldos.	11/04/2018	30/06/2018	Subdirector de Contabilidad	N/A	
2	AUDITORIA CONTROL INTERNO	09/07/2018	1. La identificación completa, el registro de todos los hechos contables, la oportunidad y la clasificación de todos los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales y principalmente lo que corresponde al grupo 16 - Propiedad, Planta y Equipos, de la cuenta 5808 otros gastos ordinarios, grupo 8 – Cuentas de orden deudoras, Grupo 9 – Cuentas de orden acreedoras. Se cumple Parcialmente. En el informe de Auditoria de derechos de Autor elaborado en el 2018 informa lo siguiente: La subdirección operativa de sistemas y los responsables del módulo de activos fijos del aplicativo DGH han realizado, cada uno, los inventarios de los equipos de comunicación y computación, cuenta 1670 del Manual de procedimientos de la CGN, en ellos se observa que hay duplicidad de información, información que no concuerda entre lo registrado entre el módulo de activos fijos y la subdirección de sistemas, esto se evidencia en la Auditoria de verificación del software y hardware 2017. (Informe Control Interno Contable)		SEGURIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Seguro	5. Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz.	Efectuar conciliación de intangibles entre los saldos del módulo de contabilidad - módulo de Activos Fijos y el Inventario Físico de las licencias en custodia de la Subdirección de Sistemas de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. (Implementado)	5	3	5	75	Dejar activos intangibles fuera de la conciliación y estos no sean registrados en DGH.	AC	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	1. Realizar una conciliación entre el listado de activos intangibles de saldos del módulo de contabilidad frente al listado del módulo de activos fijos contra el físico en custodia de la Subdirección de Sistemas con el respectivo ajuste aprobado por el comité de inventarios.	1. Un (1) acta de conciliación de activos intangibles. 2. Un (1) Informe					
3	AUDITORIA CONTROL INTERNO	09/07/2018	7. Se continua sin identificar la totalidad de los hechos económicos, financieros, sociales y ambientales en el proceso contable; el mapa de riesgos no se acerca a la realidad del proceso contable y no se observa los riesgos en el reconocimiento, medición, revelación y presentación; la efectividad de los controles en el proceso contable; la publicación oportuna y de fácil lectura y análisis para los ciudadanos y usuarios de los servicios de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. (Informe Control Interno Contable) 32. Es imprescindible que el líder del proceso de gestión financiera, optimice la herramienta, identifique el contexto de la gestión del riesgo en el proceso Contable, desde su identificación, hasta su valoración, políticas y controles que conduzcan a una gestión del riesgo efectiva en lo relacionado con el proceso Contable, lo que optimizara y mejorará la aplicabilidad del Régimen de Contabilidad Pública, el Manual de Procedimientos, el Plan General de Contabilidad Pública, La doctrina Contable Pública y la las etapas del proceso Contable. (Informe Control Interno Contable)		SEGURIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Seguro	5. Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz.			5	3	5	75									



05DE07 – V2

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA		DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA																					
# HAL LAZ GO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO ACCION MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA	FECHA DE INICIO (dd/mm/año)	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA	
										Riesgo	Costo	Volumen	Total										
4	AUDITORIA CONTROL INTERNO	09/07/2018	<p>8. El macro proceso institucional para el registro de todos los datos originados en los hechos económicos, transacciones y operaciones que afectan la estructura financiera y económica de la E.S.E. HOSPITAL Universitario de la Samaritana deberán identificarse plenamente, permitir definir criterios y prácticas que permitan desarrollar la Contabilidad Pública de la entidad; ampliar los procesos de reconocimiento y revelación.</p> <p>Se cumple parcialmente</p> <p>El proceso contable insertado parcialmente en el proceso de gestión financiera de la E.S.E. se sostiene además, con procedimientos de los procesos de Facturación y Recaudado, Gestión de Bienes y Servicios, Atención Farmacéutica.</p> <p>En ninguno de los procedimientos aquí vinculados al proceso contable se evidencian interfaces, enlaces, conexiones y vínculos para las transacciones, operaciones y transformación de los hechos económicos, conforme a los criterios de reconocimiento, medición y revelación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. (Informe Control Interno Contable)</p>		CONTINUIDAD	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.		5	3	3	45										
5	AUDITORIA CONTROL INTERNO	09/07/2018	<p>13. Las cuentas Bienes entregados en garantía (8110), Bienes entregados en custodia (8306, entre otras cuentas, No existen registros en el rango seleccionado (01/01/2015 hasta 31/12/2015)</p> <p>No se cumple</p> <p>No se evidencian registros en las cuentas de orden (bienes entregados en custodia, bienes entregados en garantía) 83069001, 8110901, 81109001) (Informe Control Interno Contable)</p>		PERTINENCIA	Gestión del Riesgo	Seguro	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.		3	3	3	27										
6	AUDITORIA CONTROL INTERNO	09/07/2018	<p>16. Crear directrices de carácter contable y efectuarlas con para obtener confiabilidad, relevancia y comprensibilidad de la información que genera el sistema de contabilidad de la entidad. Evitando de esta forma que la información carezca de objetividad, compatibilidad y efectividad con las políticas, métodos y procedimientos establecidos por la CGN.</p> <p>28. Control Interno recomienda a la entidad, proceso contable, tomar las medidas tendientes a subsanar las observaciones, definir los controles para evitar que estos hechos se continúen replendo de la misma manera dar aplicación a lo establecido en la resolución 414 de 2014 Contaduría General de la Nación – Por la cual se incorpora, en el Régimen de Contabilidad Pública, el marco normativo aplicable para algunas empresas sujetas a su ámbito y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Se cumple parcialmente</p> <p>En diciembre de 2017 por resolución se expidió el Manual de políticas contables en la que se generan directrices del proceso. La capacitación realizada a los servidores públicos que realizan el proceso contable, genero experiencia y lineamientos para desarrollar el proceso contable en donde se aplique la razonabilidad y la materialidad.</p> <p>Sin embargo no se evidencian procedimientos contables para el reconocimiento, medición y revelación de los recursos procedentes de terceros orientados al cumplimiento de un fin, propósito, actividad, proyecto específico – subvenciones; de las Inversiones de administración de liquidez; de los impuestos, retenciones, tasas; de las provisiones, activos contingentes, pasivos</p>		CONTINUIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.		5	3	3	45										
7	AUDITORIA CONTROL INTERNO	09/07/2018	<p>20. Adicionalmente Cuando se trate de ajustes contables originados en depuración y análisis de datos deben sustentarse adecuadamente, referenciado el registro de origen y adjuntando todos los documentos soportes pertinentes. (Informe Control Interno Contable)</p>		COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.		5	5	3	75										

05DE07 - V2

# HAL LAZ GO		FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZA	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				RIESGO ACCION MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA	FECHA DE INICIO (dd/mm/año)	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA		
IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA											DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA														
											Riesgo	Costo	Volumen	Total											
8	AUDITORIA CONTROL INTERNO	09/07/2018	31. El proceso de gestión financiera como proceso integrador de la información financiera de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en el desarrollo los hechos económicos, sociales, ambientales, deberá garantizar la trazabilidad de la información para que cumpla con todas las características de reconocimiento, medición y revelación. (Informe Control Interno Contable)		PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Seguro		6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.		3	3	5	45											
9	AUDITORIA CONTROL INTERNO	09/07/2018	34. Promover y generar el conocimiento necesario de los hechos, sucesos económicos y del proceso contable para que sean reportados oportunamente y obtenidos de manera instantánea, una vez ocurran los hechos, en procura de obtener la información financiera completa en los estados financieros presentados periódicamente. 36. Control Interno recomienda los responsables del proceso contable, tomar las medidas tendientes a subsanar las observaciones, definir los controles para evitar que generen impacto, subsanen y mejoren las disposiciones adoptadas mediante resoluciones Nos. 372 y 385 de 2016. (Informe Control Interno Contable) Se cumple parcialmente Se generó conocimiento a los servidores públicos de la Dirección Financiera, no se		CONTINUIDAD	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento		6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.		3	5	5	75											
10	AUDITORIA CONTROL INTERNO	26/02/2017 - 09/07/2018	24. La entidad no tiene un sistema de costos que permita identificar el costo real de cada uno de sus servicios. 33. El establecimiento de un sistema de costos efectivo y consecuente con la prestación de los servicios en la E.S.E. es obligatorio y necesario y a que puede ayudar a la gerencia a tomar decisiones apropiadas para la fijación de precios de los servicios, evaluar las alternativas, también puede medir la ejecución del trabajo, es decir, comparar el costo real de un servicio o los costos estimados que hoy se han establecido para algunos servicios en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.		EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento		6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.		5	5	5	125											
11	AUTOCONTROL	26/02/2017	CONCILIACIÓN SALDOS SGP 1994 - 2016		SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro		5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.		5	3	5	75											
12	AUTOCONTROL	26/02/2017	CENTRO DE COSTOS DOCENCIA E INVESTIGACIÓN		PERTINENCIA	Proceso de transformación Cultural permanente	Docente		4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la		5	5	3	75											

Accesibilidad: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
 La seguridad de paciente entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.
 Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que ponga el enfoque y gestión del riesgo mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos.
 Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir un evento adverso. La planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
 Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren. La existencia de políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tenga en cuenta la dignidad del ser humano.
 Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
 Satisfacción del Usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Plan Estratégico Hospitalario (PAS – Plan de Acción de Salud) Actualmente pendiente de Evaluación – Planeación

Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 1	Valor esperado Año 2	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Evidencia
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base									
				Valor	Año								
Continuar con la Implementación de costos por producto	% de avance según actividades y estrategias.	Actividades realizadas de las estrategias / Total de actividades programadas de las estrategia. * 100	Porcentaje	10%	2016	50%	60%	Consecución de información actividades tiempos y movimientos de 20 Unidades de Negocio (50%)	25%	50%	75%	NA	Documento conjunto con líderes de servicio.
								Implementación del módulo de costos alineado con el nuevo marco normativo contable (NIF) a través del área de sistemas con la casa de programación (capacitación) (30%)	25%	25%	25%	25%	Documento DGH
								Parametrización modulo de costos hospitalarios según Mapa de Procesos áreas asistenciales (centro de Costos) de las Unidades de Negocio desarrolladas anteriormente (20%)	25%	50%	75%	100%	Documento DGH

Gestión del Riesgo

Mapa de riesgos

Evaluación mapa de riesgos

Procesos	Número de riesgos priorizados	Número de riesgos con plan de mejora	Número de acciones planeadas	Porcentaje avance de cumplimiento las acciones de mejora	Número de cierre de ciclos	Número de riesgos con Reducción en la zona de riesgos
Gestión Financiera	9	3	6	50%	0	9

En relación a la evaluación de la matriz de riesgos del Proceso de Gestión Financiera debido a los controles implementados no quedó ninguno en **EXTREMO** en la evaluación del mismo, por lo que no fueron relacionados en Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP).

En el Mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Financiera existen 9 riesgos, de los riesgos priorizados de los cuales 8 son de **MECI** y 1 de **SARLAFT**, según el tipo de riesgo se presenta la siguiente distribución: 5 financieros, 3 corrupción, 1 de Operacionales con Clientes y/o Contrapartes y usuarios.

Riesgos de corrupción

La identificación de los riesgos de corrupción se efectuó teniendo en cuenta los procedimientos internos del proceso de gestión financiera en las áreas de Cuentas por pagar, Presupuesto, Tesorería y Contabilidad, en este sentido durante los periodos 2017 – 2018 se ha venido realizando seguimiento a las acciones de mejora, así:

ACCIONES DE MEJORAMIENTO

PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA PRIORIZADA	TIPO DE ACCIÓN	ACCIONES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR	CALCULO INDICADOR AUTOEVAL ABRIL 2018
Gestión Financiera	GESTIÓN DEL RIESGO	Pago de Obligaciones No Adquiridas	Continuar aplicando los controles pertinentes para detectar si se encuentra en trámite un pago para una obligación no	AP	1. Verificación de soportes por parte del profesional en misión de cuentas por pagar contra el informe de supervisión del contrato.	Trimestral	1. Un (1) Registro en libro Formato 05GF13-V1 Devoluciones de Cuentas por pagar	Subdirección de Contabilidad Profesional cuentas por pagar	1. # de cuentas devueltas corregidas/ Total de Cuentas devueltas por falta de	7/35 20%

			cierta						soportes Meta: 0%	
Gestión Financiera	GESTIÓN DEL RIESGO	Inclusión de gastos no autorizados	Aplicación permanente del protocolo 03GF01-V1 Conciliaciones contabilidad con otros procesos institucionales	AP	1. Conciliación entre las áreas de tesorería, contabilidad y presupuesto de los pagos con cargo al gasto realizado durante el mes.	Mensual	1. Conciliación pasiva (gasto) elaborada en formato 05GF24-V1 Conciliación Pasiva. 2. Actas de conciliación suscritas con los responsables.	Dirección Financiera Líder de tesorería Profesional de presupuesto Profesional de contabilidad	1. Total gastos efectuados / Total gastos proyectados Meta: % Menor o igual a lo presupuestado	49%
Gestión Financiera	GESTIÓN DEL RIESGO	Adulteración de la información contable y financiera	Revisión periódica de los informes contables y financieros frente a los registros efectuados en el sistema DGH	AP	1. Informe de gestión con reporte de información contable y financiera soportado con Balance de prueba del periodo emitido desde el sistema DGH.	Trimestral	1. Un (1) informe de gestión elaborado y presentado a la gerencia. 2. Estados Financieros suscritos por revisoría fiscal.	Subdirector Operativo de contabilidad	1. # de estados financieros reportados no validados/# total de estados financieros a reportar a antes de control Meta: 100% de balances validados	4/4 100%

Programas

En el Proceso de Gestión Financiera no se está trabajando ningún programa para esta vigencia

CAPÍTULO V

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO



5.1 GESTIÓN DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO

Objetivo del proceso de evaluación y seguimiento: Asesorar y evaluar la gestión, los sistemas de control interno y gestión de la calidad de la entidad.

En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina de control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana.

INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

COMPONENTES	RESULTADOS DAFP-2017	QUINTIL	FACTOR	RESULTADOS DAFP-2016	RESULTADOS DAFP-2015	RESULTADOS DAFP-2014	RESULTADOS DAFP-2013
AMBIENTE DE CONTROL	66.5	2	ENTORNO DE CONTROL	1,23	1,91	2,28	2,19
				INICIAL	BASICO		
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	71.8	4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,43	3,71	2,93	3,16
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
Nota: Direccionamiento estratégico ahora está inmerso en: ACTIVIDADES DE CONTROL	74.4	4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2,98	3,45	2,47	2,44
				INTERMEDIO	INTERMEDIO		
GESTIÓN DE RIESGO	70	3	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,64	4,11	2,45	2,47
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
ACTIVIDADES DE MONITOREO	72.5	4	SEGUIMIENTO	3,26	3,7	3,09	2,86
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
CALIFICACIÓN TOTAL	72.7	4	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	42,75%	59,40%	41,01	40,60%
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	ALTO		RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
CONVENCIONES QUINTIL 1,2,3 BASICO 4 Y 5 ALTO			CONVENCIONES INICIAL : 0-10 BASICO: 11-35 INTERMEDIO: 36 –65 SATISFACTORIO: 66-90 AVANZADO: 91 - 100				

INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Fortalezas : 15	Recomendaciones pendientes por atender: 36
-----------------	--

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES PENDIENTES POR ATENDER
<p>El compromiso Institucional permanente de los responsables de los procesos en ejecución de las políticas internas para el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>MAPA DE PROCESOS – Si embargo de debe ajustar el mapa de procesos a la estructura gerarquica para identificar la Dirección administrativa y la Dirección científica.</p> <p>TUCI – Tablero único de control de indicadores. Sin embargo se deben publicar los indicadores de la caracterización de los procesos.</p> <p>Actualización permanente de en la intranet de los procesos de la entidad.</p> <p>Levantamiento de mapas de riesgo por procesos.</p> <p>Implementación de los planes de mejoramiento</p> <p>Reactivación del comité coordinador de control interno</p> <p>Conformación del equipo Mecí</p> <p>Se elaboró por parte del equipo MECI plan de mejora para atender las falencias detectadas en el diagnóstico del MECI-decreto 943 de 2014. Porcentaje de cumplimiento al finalizar la vigencia 2017 del 82%</p> <p>Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol.</p> <p>Se cuenta con un aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su primera fase (comunicación externa), acogiendo la directiva presidencial 04 del 3 de abril del 2012, sobre eficiencia administrativa y lineamientos de la política “cero papel” en la</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dada la rotación de personal se genera perdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el cumplimiento de la misión y los objetivos institucional. 2. Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios. 4. Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollan 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. 5. No hay una 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. 8. La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura necesaria para avanzar en el desarrollo de sus funciones deberes y cumplimiento de sus objetivos institucionales, tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central. 9. El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, 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 existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa. 10. No se cuenta con las mediciones de: Comunicación Interna: Percepción de carterelas Interacción página Web Boletines Comités y reuniones 11. Propiciar espacios y escenarios de comunicación efectiva, abierta y fluida al interior de la organización y en todas las

<p>administración pública.</p> <p>Se evalúa de manera periódica la gestión del riesgo.</p> <p>Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación para su validación.</p> <p>La entidad generó la cartilla (de la cual ha salido una versión) UNIDOS POR NUESTRA ACREDITACIÓN, en la que facilita a los funcionarios el acceso y consulta de la información institucional como: Historia, Misión, Visión, procesos y estándares de acreditación, informando la manera en que el hospital está cumpliendo para alcanzar la acreditación en salud. Las cartillas se han entregado de manera personal a los funcionarios y constituye un esfuerzo importante.</p> <p>Se obtuvo la ACREDITACIÓN EN SALUD.</p>	<p>direcciones de acuerdo a las necesidades de la gestión institucional.</p> <ul style="list-style-type: none">• Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.• 12. 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). <p>13. Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.</p> <p>18. Aún faltan por caracterizar procesos de la red de procesos socializada. (PROCESO DESARROLLO DE SERVICIOS).</p> <p>19. La información de los procedimientos que se encuentran en la intranet esta desactualizada en algunos procesos</p> <p>20. Se deben 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 deben formular indicadores COMPUESTOS.</p> <p>21. Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.</p> <p>22. 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.</p> <p>24. Se debe incluir en el TUCI 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. (centros de costos)</p> <p>28. Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora.</p> <p>No se realizan actividades de autoevaluación, los espacios que se utilizaban para ello (comités directivos ampliados) solo se utilizan ahora para comunicar asuntos de acreditación, ya no se comunica en ellos los resultados de la gestión y/o para impartir directrices para mejorar la gestión.</p> <p>29. La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.</p> <p>30. La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.</p>
---	---

	<p>31. Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.</p> <p>34. La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.</p>
--	--

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

Noviembre de 2017 – febrero 2018

Marzo 2018 – junio 2018

COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO.

Se encuentra pendiente programar las 3 reuniones obligatorias del Comité Coordinador de Control Interno

FORTALECIMIENTO DEL MECI

La Oficina de Control Interno ha continuado con la estrategia pedagógica de los MIERCOLES DE CONTROL INTERNO.

También 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-HU de la Samaritana que en la actualidad se aumentó a 89. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

Se produjo video en el mes de abril sobre la implementación de MIPG el cual ya tiene 879 reproducciones.

Se emitió video sobre el pensamiento basado en riesgos que cuenta con 82 visitas

Se produjo video sobre inducción y reinducción (control interno MECI) que cuenta con 97 visitas.

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:

VIGENCIA	CALIFICACIÓN	RANGO	TOTAL RECOMENDACIONES 2013	RECOMENDACIONES ATENDIDAS:
2013	4,09	SATISFACTORIO	8	31,25%
2014	3,96	SATISFACTORIO	21	43%
2015	3,78	SATISFACTORIO	19	14%
			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.	Se elaboró plan de mejoramiento. El seguimiento al cumplimiento de este plan de mejoramiento se realizará en enero de 2018
2017	4.27	EFICIENTE		

5.3 AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME SOBRE DERECHOS DE AUTOR

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.

5.4 AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.

Se radicó el correspondiente informe el 15 de febrero de 2018.

Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2018	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2017	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS

20	7	13	12	5	5	14	7	8	6
AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.1		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE.1		AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI-CUMPLIDA	1	DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1		AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE-CUMPLIDA	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1
AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.1		AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR-CUMPLIDA	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1
AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS		AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS—CUMPLIDA	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1
AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1		AUDITORÍA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS-CUMPLIDA	1			AUDITORÍA DE PQRS, LEY ANTITRÁMITES, CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL A CONTRATOS	1
		CUMPLIMIENTOS-PUMP-FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO-CONTROL INTERNO-CONTRALORÍA-CUMPLIDA	1			REPORTE Y VERIFICACIÓN DEL SIA CONTRALORÍA – VIGENCIA 2014	1	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	1
		AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS-CUMPLIDA	1			AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
		AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA-CUMPLIDA	2			AUDITORÍA DE PQRS	1		
						EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1		
		AUDITORÍA PQRS	1						
		AMBIENTAL PGIRS							
		CAJAS MENORES	1						
		INVENTARIOS ACTIVOS FIJOS	INCLUIDA EN LA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO CONTABLE						
		DISCIPLINARIOS	1						
		PORCENTAJE DE AVANCE	92.3%	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	PORCENTAJE DE AVANCE	50%	PORCENTAJE DE AVANCE	75%

AUDITORÍA DE TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN AL CIUDADANO.		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2017		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2016		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2015		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN -2014	
		AUDITORÍA AL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL- PUMP DE ACREDITACIÓN CUMPLIDA	1	AUDITORÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS	1				
				Auditoría realizada por solicitud de junta directiva	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: la revisión del envío del informe mensual del SIA	6		
				Auditoría para verificar el cargue de información a los entes de control SIA OBSERVA Y SIA MENSUAL	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: Mediciones a la adherencia de las directrices de los informes de supervisión	2		
				AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO-18 DE ENERO 2016-OCI-HUS.001-16	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
						EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
		TOTAL	13	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CONTRALORIA

DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2016	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2015	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2014	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2013	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2012
Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:				
Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
Opinión sobre los Estados contables	Con salvedades	Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades
Fenecimiento	Se fenece	Fenecimiento	No fenece	Se fenece	fenece	fenece
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO						
primer trimestre	27.5	primer trimestre	34.43%	16,60%	26,38%	
Segundo trimestre	51.00%	Segundo trimestre	37.35	45,50%	54,93%	44,26%
Tercer trimestre		Tercer trimestre	76.12	70.00%	73,73%	50,95%
Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL		Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	89.25%	93,40%	95.20%	90,03%.

Nivel cumplimiento	de	En desarrollo	Nivel cumplimiento	de	En desarrollo	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido
--------------------	----	---------------	--------------------	----	---------------	---------------	---------------	---------------

PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA SUPERSALUD

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 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%

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2015.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015.

El 23 de marzo de 2018 se radicó en la Supersalud el seguimiento al plan de mejoramiento en el cual se observa que 6 de los 13 componentes se encuentran en un estado cerrado, quiere decir que el avance es del 46,15%.

El 10 de agosto de 2018 se radicó en la Supersalud el seguimiento al plan de mejoramiento en el cual se observa que 6 de los 13 componentes se encuentran en un estado cerrado, quiere decir que el avance es del 46,15%.

SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO PUMP – FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO El mapa institucional de riesgos 2018 no está publicado (2 de mayo de 2018)

SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES

El mapa de riesgos institucional 2018 no se encuentra publicado (Fecha de revisión 13 de agosto de 2018).

PROCESOS CON MAPA DE RIESGOS 2018 PUBLICADO EN LA INTRANET:

Facturación y recaudo
Gestión de la infraestructura
Gestión financiera.

PROCESOS CON PUMP 2018 PUBLICADO EN LA INTRANET

Direccionamiento estratégico
Gestión de la calidad
Gestión de la información
Esterilización
Gestión de la infraestructura
Facturación y recaudo
Gestión de la tecnología biomédica
Hotelería Hospitalaria
Gestión de bienes y servicios
Gestión de talento Humano
Gestión financiera
Atención al paciente de urgencias
Atención al paciente hospitalizado
Referencia y contra referencia de pacientes
Banco de sangre
Apoyo diagnóstico

Atención al paciente ambulatorio
Atención al usuario y su familia

PROCESOS PENDIENTES POR PUBLICAR EL PUMP 2018 EN LA INTRANET:

Atención farmacéutica
Gestión Jurídica
Docencia
Investigación
Desarrollo de servicios
Atención extramural al paciente y su familia
Atención al paciente quirúrgico
Imágenes diagnósticas

SEGUIMIENTO ENTREGAS DE TURNO

Porcentaje de asistencia.

MES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ENERO	71,94%	63,80%	48,71%	54,67%	51,37%	52,02%	56,98%
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8%	55,27%	63,36%
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51,50%	50,17%	63,27%
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51,59%	50,6%	65,17
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60,75%	57,11%	55,27%	64,37
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60,64%	51,96%	45,66%	63,32
JULIO	69,24%	53,64%	70,22%	53,4%	50,14%	49,67%	64,93
AGOSTO	77,47%	55,56%	61,76%	53,92%	43,82%	57,7%	
SEPTIEMBRE	76,30%	55,61%	58,93%	57,58%	46,81%	55,03%	
OCTUBRE	69,10%	58,33%	49,37%	53,68%	50%	53,40%	
NOVIEMBRE	61,39%	47,78%	58,43%	54,24	48,90%	54,66%	
DICIEMBRE	47,23%	46,40%	52,94%	46,57	53,55%	51,6%	
Total	72,35%	56,92%	54,73%	56,67%	50,96%	50,08%	

Se elaboró informe de auditoría del cual a la fecha no se ha presentado plan de mejora por parte de las áreas que intervienen en esa actividad.

Se observa una mejora en la asistencia a la entrega de turno.

Se asistió al turno administrativo programado y se rindió el correspondiente informe.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

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	5	14.3% Nota: El plan anticorrupción fue modificado en julio de 2018

SEGUIMIENTO AL SIA OBSERVA y PUBLICACIÓN EN EL SECOOP

SIA OBSERVA.

Se elaboró un informe de verificación:

Informe de verificación sobre la información subida al SIA observa y publicación en el secoop, correspondiente a los meses de enero, febrero, y marzo de 2018.

ACUERDOS DE GESTIÓN

Se encuentra pendiente la suscripción de los acuerdos de gestión 2018.

COMITÉ DE CONCILIACIONES.

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

Se recomienda se tenga en cuenta para el comité de conciliaciones lo siguiente:

Se suscriba lista de asistencia de las reuniones.

Se envíen a los integrantes las actas de los comités

Se socialicen los avances en materia de prevención del daño antijurídico

RECOMENDACIONES GENERALES AL SEÑOR GERENTE

Se recomienda a la gerencia revisar y tomar decisiones en los siguientes temas:

1. Pago de prestaciones sociales trabajadores en misión Coltempora
2. Cartera mayor a 360 enviada para cobro jurídico / implementación de las tres facturas originales
3. Entrenamiento en el puesto de trabajo
4. Recaudo de la estampilla
5. Ingresos abiertos
6. Supervisión de contratos

7. Inventario, propiedades, planta y equipos, activos intangibles
8. Rendición de cuentas
9. Gases medicinales
10. Acuerdos de gestión 2018
11. Auditoría concurrente – Dirección científica
12. Alertas de corrupción
13. Rendición de informes a entes externos
14. Facturación
15. Rentabilidad y/o pérdida operacional
16. Condiciones de habilitación sistemas de gestión.
17. MIPG
18. Actualización del Manual de funciones
19. Decreto 612 abril del 2018.

El tema más relevante es el de la entrega de cartera a la oficina asesora jurídica para el cobro jurídico, motivo por el cual se elevó a función de advertencia; le sigue la ausencia de implementación del sistema de costos y la suscripción de los acuerdos de gestión.

ACREDITACIÓN

Se ha ejercido las funciones del estándar de Direccionamiento y Gerencia.

Reuniones realizadas:

26 de julio de 2018.

10 de mayo de 2018.

SOLICITUD DE PERSONAL

Se ha solicitado trimestralmente en el informe de gestión, así como mediante oficio y de manera verbal, al Gerente del HUS que designe más personal para la Oficina de control interno, indicando la cantidad y las calidades, todo soportado en la cantidad de informes reportes, seguimientos y responsabilidades asignadas. Lo anterior se requiere teniendo en cuenta el Decreto 648 de 2017 y la circular 049 de la Contraloría Departamental de Cundinamarca. Es importante recordar que la oficina de control interno solo cuenta con la suscrita y una profesional Especializada.

CAPÍTULO VI

OFICINA ASESORA JURIDICA



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



6.1 GESTIÓN DEL PROCESO OFICINA ASESORA JURIDICA

GESTIÓN DEL PROCESO

Estructura funcional de la Oficina Asesora Jurídica

Tiene como líder al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica (1) además de dos (2) secretarías uno (1) de estos cargos pertenece a la planta de personal de la entidad.

Actualmente cuenta con diez (10) abogados en misión que están contratados a través de empresa temporal, de estos dos (2) son abogados externos, además de cuatro (4) técnicos en misión.

Los asuntos que conoce tienen que ver con:

➤ **Defensa judicial:**

- Demandas en la jurisdicción ordinaria, contenciosa y constitucional ante los jueces en sus diversas modalidades.

➤ **Cobro de cartera:**

- Demandadas ante la Superintendencia de Salud o Juzgados y Tribunales en la Jurisdicción Ordinaria (laboral o civil) y Contenciosa.

➤ **Defensa administrativa y atención de requerimientos administrativos:**

- Investigaciones por parte de la Secretaría Nacional de Salud, Secretaría de Salud del Departamento, así como por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

➤ **Contratos:**

- Esta función se inicia desde la evaluación jurídica de las propuestas, elaboración de los respectivos contratos, aprobación de pólizas y liquidación de los mismos. En caso de requerir modificaciones y/o prórrogas, de igual forma se elabora el respectivo documento contractual. Así mismo, se interviene en los procesos de incumplimiento contractual, en dicho sentido se elaboran los documentos requeridos, como son, autos de apertura, citaciones a audiencias, apoyo en audiencias y proyectar las resoluciones que contienen la decisión, así como resolver los recursos.

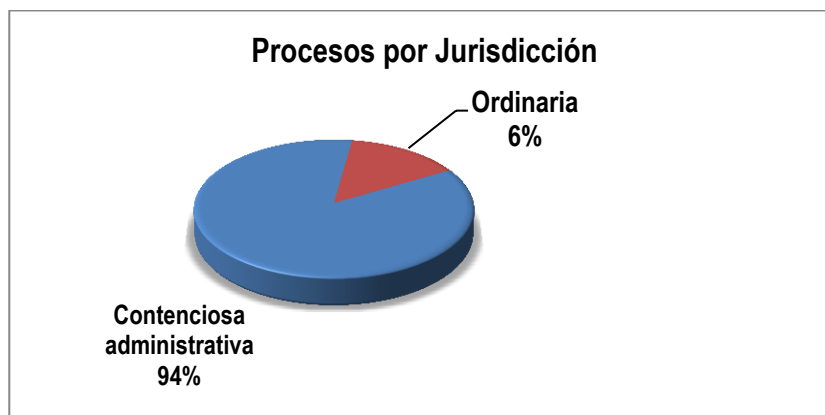
➤ **Apoyo, asistencia y asesoría:**

- En asuntos requeridos por diferentes autoridades y respeto de las actividades propias de la entidad.

➤ **Apoyo, asistencia, asesoría a PQRs:**

- Soporte jurídico en asuntos requeridos por las diferentes autoridades y decisiones administrativas.

6.2 DEFENSA JUDICIAL - PROCESOS JUDICIALES:



El HUS hace parte de procesos en las jurisdicciones contenciosa administrativa y ordinaria, el número de procesos contenciosos representa el 94% y los encontrados en la jurisdicción ordinaria el 6%.



Se observa una diferencia aún más marcada si indicamos la participación por valor entre las dos jurisdicciones a favor de la Contenciosa Administrativa. Esta diferencia se debe a las características de la entidad pues en la mayoría de los casos los demandantes deben acudir a la jurisdicción contenciosa administrativa. A continuación se encuentra la tabla con los valores ya expuestos:

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS		
Jurisdicción	No. Procesos	Cuantía
Contencioso Administrativa	108	\$44.629.270.173
Ordinaria	7	\$2.837.267.615
TOTAL	115	\$47.466.537.788

Demandas contra la Entidad

Los procesos contra el HUS que se adelantan en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, se encuentran discriminados así:

Contencioso Administrativo	No. Procesos	%	Cuantía
Reparación directa (falla médica)	73	96.8%	\$42.704.419.987
Reparación directa (arriendo equipo biomédico)	1	0.1%	\$51.754.560
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	9	0.2%	\$108.718.128
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	0.2%	\$93.368.499
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	0.01%	\$2.466.666
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	1	0.1%	\$37.902.011
Ejecutivo contractual	1	0.2%	\$86.949.384
Controversia Contractual	1	2%	\$1.021.232.310
Total parcial	94	100%	\$44.106.811.545

Por su parte los procesos contra el HUS que se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria se discriminan de la siguiente manera:

Ordinario	No. Procesos	%	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	3	6%	\$30.190.140
Laboral contrato realidad	8	86%	\$449.759.808
Acreencias laborales indexación	1	6%	\$29.508.680
Reconocimiento y Pago de Prestaciones Sociales	2	2%	\$13.000.000
Total parcial	14	100%	\$522.458.628

De las demandas contra la entidad el 94% se encuentran en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa. La mayor participación en procesos en esta jurisdicción es por causa de reparación directa (96.9%).

El proceso disciplinario consiste en la demanda que inició la señora ANA GRACIELA CRIADO AUSAN contra el HUS en el año 2014, luego de ser sancionada disciplinariamente por el Hospital. El proceso no ha tenido decisión por parte del Tribunal Administrativo de Cundinamarca ya que se encuentra al despacho desde el mes de febrero a la espera de resolver apelación.

Existe un proceso contractual en el que demanda la E.S.E. Hospital de Girardot al HUS y cuya pretensión es la existencia e incumplimiento del convenio para la operación de la Unidad Funcional de Girardot y además solicita el pago de los perjuicios por la permanencia en dicha Unidad Funcional de la empresa RTS SAS, el cual a la fecha de corte de este informe se encuentra al Despacho para resolver sobre la aceptación de la Contestación de la Demanda y el Llamamiento en Garantía.

En la Jurisdicción Ordinaria la mayor participación se encuentra en contrato realidad (86%), estos corresponden a 9 procesos de estos 8 se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria Laboral y 1 en la Contencioso Administrativa.

Respecto de la controversia ejecutiva contractual se debate el pago de facturas de venta, proceso que fue iniciado por SUMINISTROS Y DOTACIONES BOGOTÁ contra el HUS. A la fecha el proceso se encuentra al despacho desde el mes de febrero para fijar fecha de audiencia.

Comparativo con la vigencia anterior

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD				
Contencioso Administrativo	2do TRIMESTRE 2017	2do TRIMESTRE 2018	Diferencia	Incremento-Disminución
	No. Procesos	No. Procesos		
Reparación directa (falta médica)	59	73	14	19%
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	15	9	-6	-67%
Reparación directa (arrendamiento equipo biomédico)	0	1	1	100%
Ejecutivo contractual	1	1	0	0%
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	8	7	-1	-14%
Proceso disciplinario	1	1	0	0%
Contrato realidad	1	1	0	0%
Controversia Contractual	0	1	1	100%
Total parcial	85	94	9	10%
Ordinario	No. Procesos	No. Procesos	Diferencia	Incremento-Disminución
Laboral sobresueldo 20%	3	3	0	0%
Laboral contrato realidad	5	8	3	38%
Acreencias laborales indexación	2	1	-1	-100%
Reconocimiento y Pago de Prestaciones Sociales	0	2	2	100%
Total parcial	10	14	4	29%
TOTAL	95	108	13	12%

Comparando con el segundo trimestre del año 2017 se incrementaron las demandas contra la entidad en un 12%.

El incremento se presentó en la Jurisdicción Contenciosa en un 10% a causa de los procesos de Reparación Directa (19%) y en la Jurisdicción Ordinaria en un 29% a causa de los procesos por Contrato Realidad (38%).

Se resalta que disminuyeron en un 67% las demandas por sobresueldo 20%, esto se debe a que existe precedente favorable al Hospital, razón por la que los demandantes desistieron de las acciones interpuestas.

Demandas a favor de la entidad

De igual forma se presentan los procesos contenciosos administrativos y ordinarios en que la HUS es la parte actora así:

DEMANDAS PRESENTADAS POR EL HUS					
Contenciosa administrativa	Causas	2do trimestre 2017		2do trimestre 2018	
		No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$1.280.898.209	2	\$1.194.101.884
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Restitución de inmueble		1	\$39.000.000	1	\$39.000.000
Total parcial		6	\$2.253.284.410	5	\$2.166.488.085
Jurisdicción Ordinaria	Causas	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530
Laboral	Laudo arbitral	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000
Total parcial		2	\$670.779.530	2	\$670.779.530
TOTAL		8	\$2.924.063.940	7	\$2.837.267.615

Las demandas presentadas por el HUS disminuyeron en 1 proceso de repetición que negó pretensiones a la entidad por \$86.796.325. Se mantiene el proceso de laudo arbitral en la tabla de procesos presentados por el Hospital, por un valor de \$350.000.000, en razón a que a la fecha no se ha proferido auto de archivo.

La Reparación Directa incoada por el Hospital por daño al Angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico se encuentra en el Consejo de Estado al despacho para sentencia de 2ª instancia, por apelación presentada por el apoderado de nuestra entidad luego de que el fallo proferido en 1ª instancia por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca fuera desfavorable al Hospital.

La acción de Lesividad incoada el 10 de junio de 2016 contra 25 funcionarios del HUS fue admitida y se encuentra pendiente de notificar al demandado Jaime Demner y así fijar fecha de audiencia inicial.

Se recuerda que en dicho proceso se solicita la declaratoria de nulidad de Resolución No. 000557 de 17 de mayo de 1995, por medio de la cual se ordenó el reconocimiento de la Prima Técnica a los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, así como de las Resoluciones 568 de 1995 del 19 de mayo de 1995, 861 de 1995 del 19 de julio de 1995, 1195 de 1996 del 02 de julio de 1996 y 00006 de 1996 del 12 de enero de 1996.

A título de restablecimiento del derecho se solicita que los demandantes restituyan al HUS lo pagado por concepto de prima técnica durante los tres años anteriores a la radicación de la demanda.

La entidad adelanta un proceso de restitución de inmueble arrendado del predio que se encuentra ubicado en frente del HUS, en el cual funciona un parqueadero.

En este proceso se profirió sentencia el 27 de octubre de 2015 en la que se declaró terminado el contrato de arrendamiento y ordenó la restitución del inmueble a favor del HUS, luego de interponerse el recurso de apelación por parte de la demandada, se presentaron por parte del HUS los correspondientes alegatos de conclusión el 24 de marzo de 2017 y el 28 de junio de 2017 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera profirió sentencia favorable a las pretensiones del Hospital.

El predio fue entregado al HUS el 25 de abril de 2018, en diligencia de entrega material del bien.

El 25 de abril el apoderado del Hospital allegó un comprobante de consignaciones de los cánones de arrendamiento realizados por Parqueaderos Bacatá al HUS, en donde se corrobora por el Área Financiera que todos los pagos por concepto de arrendamiento del Parqueadero efectivamente ingresaron a las cuentas de la entidad.

En el proceso divisorio, el 15 de diciembre se fijó fecha para diligencia de remate del predio para el día 22 de febrero de 2018, predio que fue avaluado en \$840.442.766, será admisible la postura que cubra con el 70% del valor del bien, previa consignación del 40% del avalúo, se precisa que el HUS no hizo postura.

Desde el 22 de febrero y hasta el 31 de marzo de 2018 se realizaron las siguientes actuaciones: audiencia de remate, liquidación, elaboración de títulos judiciales, aprobación del remate, levantamiento de la inscripción de la demanda y liquidación de gastos. El día 20 de junio de 2018 se admitió el desistimiento del recurso de apelación propuesto por las partes del proceso y se ordenó la entrega de títulos.

En el proceso de nulidad del Laudo Arbitral proferido por el Tribunal de Arbitramento de 23 de mayo de 2016, como consecuencia de la declaratoria de NO ACUERDO DIRECTO en la negociación del pliego de condiciones que presentó la asociación sindical ANTHOC ante el HUS, el 13 de septiembre de 2017 se profirió sentencia en la que se decidió declarar exequible el artículo 10 del laudo arbitral proferido el 23 de mayo de 2016, dicha decisión tendrá una vigencia de 2 años contados a partir de la fecha de expedición del laudo.

Se reitera que en el proceso aún no se ha proferido auto de archivo.

CONTESTACIONES DE DEMANDA 2018 (indicador de proceso)

Durante el primer trimestre del año 2018 se presentaron 5 contestaciones de demanda dentro del término establecido, 4 de ellas en la Jurisdicción Contencioso Administrativa y 1 en la Jurisdicción Ordinaria Laboral por Contrato Realidad.

7.2 DEFENSA JUDICIAL - TUTELAS: (indicador de proceso)

ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso)



MOTIVO ESPECÍFICO	Total	Participación
AFILIACIÓN	1	1%
CERTIFICACIÓN	2	2%
CITA ESPECIALISTA	8	8%
DERECHO DE PETICIÓN	2	2%
EXÁMENES	12	13%
EXONERACIÓN COPAGO	1	1%
INFORMACIÓN	10	11%
MEDICAMENTOS	10	11%
REMISIÓN	18	19%
SOLICITUD CIRUGÍA	29	31%
SOLICITUD INFORMACIÓN	1	1%
TRANSPORTE	1	1%
Total general	95	100%

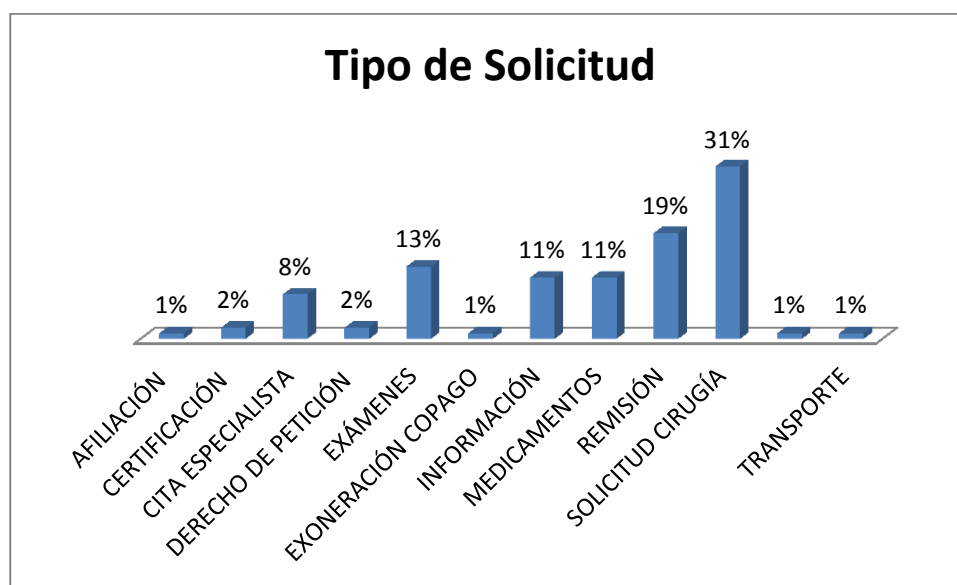
Se profirieron 95 fallos

Como se puede observar la mayor participación se encuentra en solicitudes de cirugía (31%), seguida por solicitud de remisión (19%) y exámenes (13%).

A 2do trimestre 2018: 95 tutelas: Bogotá 79 (83%), Zipaquirá 16 (17%).

A 2do trimestre 2017: 55 tutelas: Bogotá 42, Zipaquirá 12 y Girardot 1.

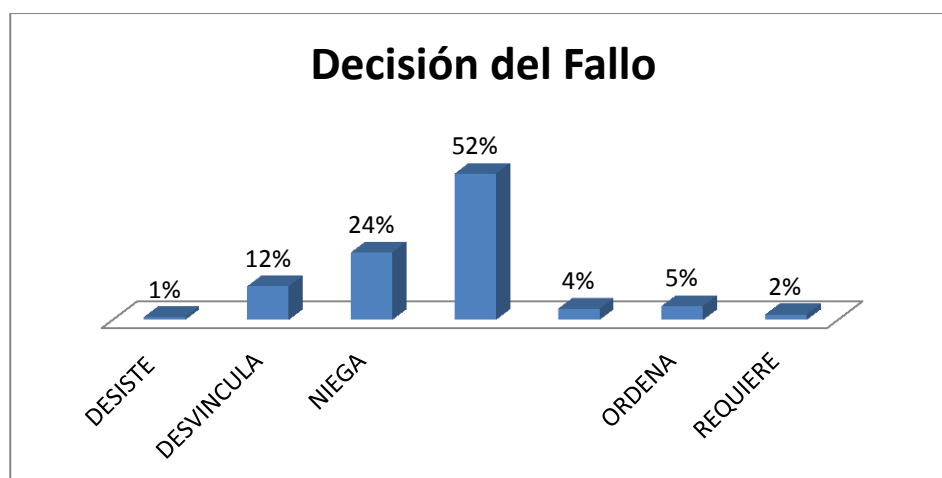
Incremento Tutelas 42% con respecto al 2017



1er trimestre 2018: De las 68 tutelas, 48 reportaron fallo que no emite orden al HUS (es favorable) (71%), 8 ordenan (12%), 6 desvinculan a la entidad (9%), en 2 niegan (3%), 2 exoneran (3%), 1 conmina (1%) y 1 no concede (1%).

2do trimestre 2018: De las 95 tutelas, 49 reportaron fallo que no emite orden al HUS (es favorable) (52%), 23 niega (24%), 11 desvinculan a la entidad (12%), 5 ordena (5%), 4 no se ha proferido fallo (4%) y 2 requiere (2%) y 1 desiste (1%).

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ÓRDEN AL HUS	Total	Participación
DESISTE	1	1%
DESVINCULA	11	12%
NIEGA	23	24%
NO EMITE ORDEN A HUS	49	52%
NO SE HA PROFERIDO FALLO	4	4%
ORDENA	5	5%
REQUIERE	2	2%
Total general	95	100%



En las 5 que profirieron orden a la entidad, se dispuso:

i) Acción de Tutela 2018-062 Fallo ordena a Nueva EPS y a HUS realizar control postoperatorio en 48 horas, ii) Acción de Tutela 2018-041 Fallo ordena agendar cita de anestesiología, iii) Acción de Tutela 2018- 196 Fallo ordena al Hus brindar las atenciones médicas requeridas al accionante con cargo posterior a la EPS, iv) Acción de Tutela 2018-109 Fallo ordena realizar exámenes de laboratorio si la EPS convida no lo hace, v) Acción de Tutela 2018-132 Fallo Ordena a tres Hospitales incluido Hus, atender según elección del accionante según la cercanía geográfica que más convenga.

7.3 DEFENSA JUDICIAL - INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS: (indicador de proceso)

ACTUACIÓN	Total
DESCARGOS	3
ALEGATOS	2
RECURSOS	4
Total	9

Durante el 2do trimestre se realizaron 9 actuaciones, durante el mismo periodo del año 2017 se realizaron 13 actuaciones. A 2do trimestre del año 2018 se encuentran 72 procesos vigentes, 21 (29%) incumplimientos normativos y 51 (71%) por irregularidades en la atención.

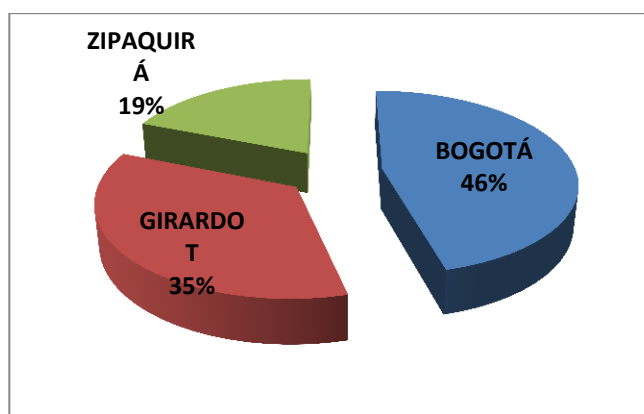
En el 2do trimestre de 2018, se resolvió un proceso administrativo sancionatorio 2017-44671 a nuestro favor.

ENTIDAD	Total	Participación
CAR - CUNDINAMARCA	1	1%
INVIMA	1	1%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	46	64%
SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	22	31%
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	2	3%
Total general	72	100%

Aunado a esto al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el 64% de los procesos se encuentran en la secretaría de Salud Departamental (46) y el 31% (22) en la Secretaría de Salud Distrital seguido por la Superintendencia Nacional de Salud e INVIMA con 3% y 1% respectivamente.

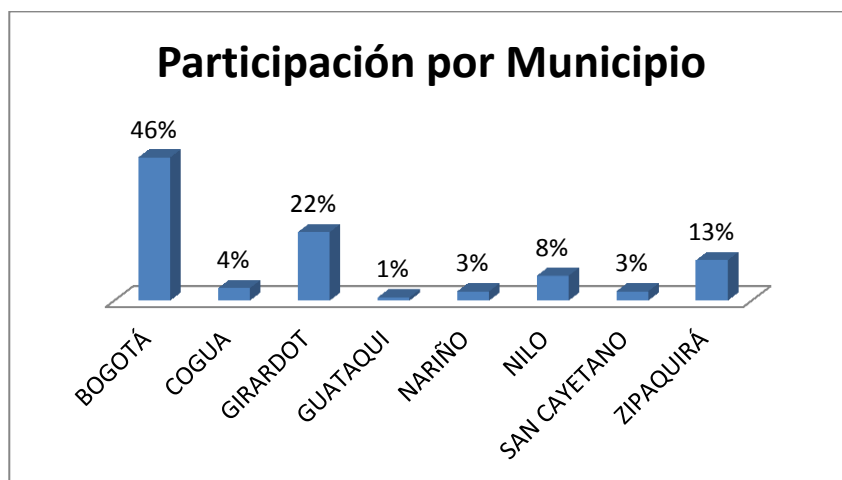
UNIDAD FUNCIONAL	Total	Participación
BOGOTÁ	33	46%
GIRARDOT	25	35%
ZIPAQUIRA	14	19%
Total general	72	100%

De los procesos administrativos activos se encuentran principalmente en la ciudad de Bogotá son 33 (46%), Unidad Funcional Girardot 25 (35%) y Unidad Funcional de Zipaquirá 14 (19%).



Al discriminar por municipio se evidencia que en Bogotá es donde más se presentan investigaciones administrativas 33 (46%) seguido por Girardot 16 (22%), Zipaquirá 9 (13%) y Nilo 6 (8%).

MUNICIPIO	Total	Participación
BOGOTÁ	33	46%
COGUA	3	4%
GIRARDOT	16	22%
GUATAQUI	1	1%
NARIÑO	2	3%
NILO	6	8%
SAN CAYETANO	2	3%
ZIPAQUIRA	9	13%
Total general	72	100%



El principal motivo de procesos administrativos sancionatorios se debe a irregularidades en la prestación del servicio de salud 55 (71%) e Incumplimientos Normativos 21 (29%).

MOTIVO DE QUEJA	Total	Participación
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	21	29%
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	51	71%
Total	72	100%

7.4 DEFENSA JUDICIAL - DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

TIPO	2DO TRIM
CERTIFICACIÓN CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	33
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS	41
SOLICITUD COPIAS	0
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONÓMICAS	1
SOLICITUD APROBACION PÓLIZAS	0
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONÓMICO	0
SOLICITUD MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN	0
SOLICITUD VERIFICACIÓN EVALUACIÓN TÉCNICA	0
SOLICITUD INFORMACIÓN	1
OTROS	1
SOLICITUD FACTURACIÓN Y/O PAGO	0
SOLICITUD INCUMPLIMIENTO	0
SOLICITUD CONCEPTO JURÍDICO	0
Total general	77

Se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido.

Como se puede observar el 95% de los derechos de petición dirigidos al área jurídica se refieren a solicitudes de certificación de contratos, seguido por porcentajes muy pequeños de solicitud de copias, y otras solicitudes (contraloría, reconocimiento de prestaciones sociales y solicitud de cesión del contrato).

APOYO – OTRAS GESTIONES REALIZADAS

Se han realizado los siguientes conceptos y revisiones a documentos previa firma por parte de la Gerencia:



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



- ✓ Trámite y respuesta a hechos cumplidos Cooperativa MEGACOOOP
- ✓ Apoyo a Área de Personal en lo que tiene que ver con el pago de aportes patronales para la vigencia 2017
- ✓ Apoyo en respuesta a Derecho de Petición de Consulta Externa, Urgencias, Unidad Funcional de Zipaquirá
- ✓ Apoyo en la revisión formal y sustancial de derechos de petición y tutelas de la Subdirección de personal
- ✓ Apoyo en requerimientos administrativos y legales al Área de Estadística
- ✓ Apoyo en requerimientos administrativos y legales al Área de Consulta Externa
- ✓ Apoyo en requerimientos administrativos y legales al Área de Facturación
- ✓ Apoyo y asesoría en trámites Legales a Trabajo Social
- ✓ Apoyo al área de farmacia en trámites legales de Medicamentos Controlados
- ✓ Revisión proceso administrativo sancionatorio DUMHOS y presentación demanda ejecutiva contractual
- ✓ Apoyo a respuestas a derechos de petición a Dirección de Atención al Usuario
- ✓ Revisión de 4 Resoluciones (Comité de Comunicaciones, Comité de Trasplantes, Hospital Generador de Vida, Comité de Convivencia Laboral,)
- ✓ Solicitud de conceptos a Supersalud – Hallazgos
- ✓ Diligenciamiento encuesta Gestión del Riesgo Oficina de Control Interno
- ✓ Diligenciamiento informe bimensual a Financiera y Asamblea Departamental
- ✓ Diligenciamiento informe a sistemas Estado de Procesos Judiciales
- ✓ Diligenciamiento informe trimestral SIHO 2193
- ✓ Elaboración pliegos de condiciones
- ✓ Asistencia y acompañamiento a comité de compras y contratos
- ✓ Apoyo en respuesta a derechos de petición de la Subdirección de Bienes Compras y Suministros
- ✓ Asistencia a capacitación curso de Responsabilidad Sanitaria
- ✓ Solicitud concepto obligatoriedad de diligenciamiento EKOGUI

1.5. CONTRATACIÓN – OTRAS GESTIONES REALIZADAS

- ✓ Productividad 4 invitaciones a contratar
- ✓ 144 Evaluaciones Jurídicas
- ✓ 162 contratos (157 bienes y servicios y 5 de productividad)
- ✓ 23 adiciones (7 adiciones y prórrogas a contratos bienes y 16 productividad)
- ✓ 206 liquidaciones (74 liquidaciones de contratos de bienes y servicios este trimestre y 132 productividad)

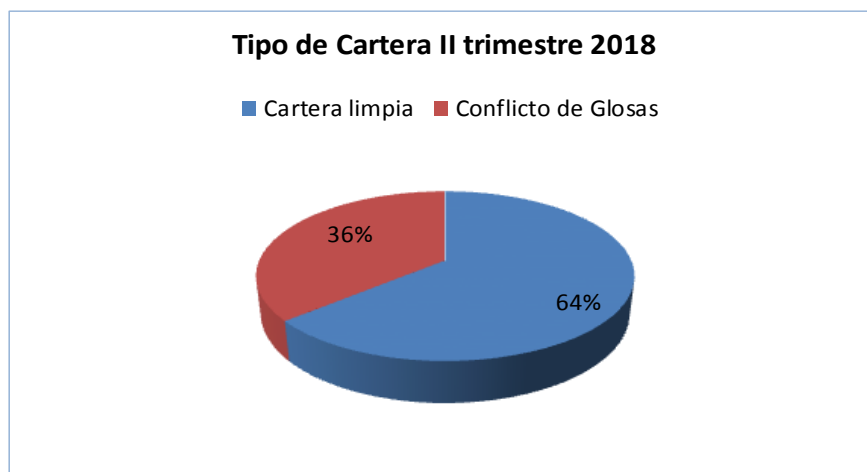
1.6. COBRO JURÍDICO DE CARTERA DEL HOSPITAL– OTRAS GESTIONES REALIZADAS

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er trim 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 2do trim 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
CARTERA LIMPIA	45	\$38.515.724.138	18	\$18.966.458.310
GLOSAS	32	\$11.615.181.439	24	\$10.811.967.469
Total general	77	\$50.130.905.577	42	\$29.778.425.779

Se evidencia una disminución de treinta y cinco (35) procesos en relación con el trimestre anterior, toda vez:

- Se eliminó de la base de datos los procesos que se reportaron terminados y desistidos en el informe anterior treinta y siete (37) procesos.

- Se presenta como novedad la radicación de dos (2) procesos para conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.



Al discriminar por tipo de cartera encontramos que la participación por tipo de cartera corresponde a 36% de conflicto de glosas y 64% de cartera limpia.

Tipo de Cartera	Número	Valor
Cartera limpia	24	\$18.966.458.310
Conflicto de Glosas/Devoluciones	18	\$10.811.967.469
Total general	42	\$29.778.425.779

ESTADO	NÚMERO
EN PROCESO	41
PENDIENTE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN	1
Total general	42

En proceso: Se encuentran CUARENTA Y UN (41) procesos en curso por un valor de VEINTIDÓS MIL CIENTO CUARENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUARENTA PESOS (\$22.142.374.040) M/Cte., derivado del valor reclamado (capital) de los cuales:

- 27 se encuentran en la Superintendencia Nacional de Salud correspondientes a un valor de DIECIOCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISÉIS PESOS (\$18.531.834.616) M/Cte., valor sin incluir intereses.
- 15 se encuentran en la jurisdicción ordinaria por un valor de Tres Mil Seiscientos Diez Millones Quinientos Treinta Y Nueve Mil Cuatrocientos Veinticuatro Pesos (\$3.610.539.424) M/Cte., valor sin incluir intereses.

PROCESOS EN CURSO (En proceso)	CANTIDAD	VALOR
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	27	\$18.531.834.616
JURISDICCIÓN ORDINARIA	15	\$3.610.539.424
Total general	42	\$22.142.374.040

Pendiente cumplimiento de la obligación: Proceso de conflicto de glosas llevado ante la Superintendencia Nacional de Salud en contra de la entidad CONVIDA EPS, en donde el fallo es a favor de las pretensiones de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y queda en firme. A la fecha no se ha realizado pago de la obligación por el valor de TREINTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SIETE PESOS (\$33.679.507) M/Cte.

EVALUACIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD:

Al discriminar la cartera EN EL ÁREA JURÍDICA por deudor se observa que el mayor valor esta en cabeza de Convida EPS (47%), seguida por Ecoopsos (33%) y Coomeva EPS (7%).

Entidad	No. de Procesos	Valor deuda (intereses mas capital)	%
Alcaldía de Cartagena de Indias	1	11.365.119	0%
Alianza Medellín Antioquia EPS	1	22.157.848	0%
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	1	96.621.762	0%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena- Comfamiliar	1	6.355.422	0%
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca- Comfacundi	2	1.143.946.469	4%
Convida	3	13.915.626.795	47%
Ecoopsos	15	9.747.438.679	33%
Emdisalud	1	1.329.128.419	4%
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	2	446.101.559	1%
EPS Cafesalud - MEDIMÁS EPS	4	776.545.329	3%
EPS Coomeva	1	1.984.248.506	7%
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	1	3.875.919	0%
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	1	59.853.933	0%
Famisanar y Convida EPS	1	29.459.265	0%
Gobernación de la Guajira - Secretaría Departamental.	1	1.372.380	0%
Salud Total EPS SA	2	74.845.236	0%
Secretaria de Salud de Boyacá	1	16.942.597	0%
Secretaria de Salud del Valle	2	10.776.243	0%
Secretaria Departamental del Chocó	1	101.764.299	0%
Total general	42	29.778.425.779	100%

Indicadores propios del proceso

- **Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%)**

En total se registraron 180 requerimientos judiciales (95 Tutelas, 5 contestaciones de demandas, 3 actuaciones en investigaciones de entes de control y 77 derechos de petición).

Todos contestados dentro de los términos.

- **Oportunidad de Respuesta a Derechos de petición a usuarios. (100%)**

Se dio de respuesta 77 derechos de petición, los cuales fueron resueltos dentro del término previsto 100%

- **Porcentaje de procesos administrativos gestionados. (100%)**

Se realizaron 3 actuaciones en los procesos administrativos, las cuales fueron gestionadas todos los requerimientos.

Estos indicadores se encuentran analizados en páginas anteriores.

PQRS

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación

PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUM:

Las evidencias y avances para el año 2018 son:

ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/ año)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION
1. Realizar capacitaciones al personal médico asistencial del Hospital y de las unidades funcionales sobre la responsabilidad por indebido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico	1. Planillas de capacitación que evidencien la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados- contratistas)	01/06/2018	30/11/2018	Jefe Oficina Asesora Jurídica	% de disminución de demandas que incluyan el indebido diligenciamiento de Historia clínica y consentimiento informado
2. Definir la línea base para el seguimiento de los procesos judiciales vigentes	2. Incluir los datos para la medición en la base de procesos judiciales vigentes de la entidad	30/11/2018	20/12/2018		

1. Realizar mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Jurídica 2. Socializar los Riesgos del Proceso a los colaboradores del Proceso	1) Mapa de riesgos disponible en la Intranet del Hospital 2) Formatos de socialización de los riesgos identificados	01/09/2018	30/09/2018	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Porcentaje de cultura de gestión del riesgo Línea Base: 27% Meta: 32%
1. Incluir en el TUCI la ficha de los indicadores de área 2. Elaboración de los informes de gestión bajo los análisis elaborados en el TUCI	1) Informes de gestión con los indicadores medidos y analizados	01/01/2018	20/12/2018	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Porcentaje de cumplimiento de procesos judiciales y gestión de cartera - respuesta oportuna a requerimientos judiciales
1. Política de Daño antijurídico y programa 2. Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico 3. Capacitar a los abogados de la entidad en temas de responsabilidad por falla médica 4. Auditoría concurrente	1) Planillas de evidencia de la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados- contratistas) 2) Planillas de evidencia de la capacitación de los abogados (internos - externos y colaboradores) 3) Informes de auditoría concurrente de la Dirección Científica	01/06/2018	30/11/2018	1.2. Oficina Asesora Jurídica 1.2. Subdirección de Desarrollo Humano 3. Dirección Científica	Porcentaje cumplimiento de cronograma del programa de la política de daño antijurídico
1. Incluir los datos de identificación de las partes del proceso en la base de procesos judiciales vigentes de la entidad 2. Remitir trimestralmente al área financiera la base de procesos judiciales actualizada	1. Base de datos 2. Correo remitido	08/10/2018	20/12/2018	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Porcentaje de remisión de informes a financiera

PLAN DE ACCION EN SALUD (PAS):

La oficina registra 7 actividades dentro del PAS cuales presentan el siguiente avance:

Indicador de producto			Descripción de estrategias y actividades	Evidencia	Avance
Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida			
Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	Ejecución de la Política de daño antijurídico 30%	1. Informe de ejecución	Al respecto ver informe de ejecución de la Política de Daño Antijurídico en el numeral 10.
			Expedientes de procesos judiciales en medio físico 70%	1. Matriz de procesos judiciales de la entidad 2. Informe del auditor	1. Se actualiza permanentemente la matriz de procesos judiciales y se diligencia cada vez que se requiere con las demandas presentadas contra el HUS, esta matriz contiene la información de los procesos judiciales del primer semestre de 2018 (enero 122 procesos, febrero 122 procesos, marzo 111 procesos, abril 114 procesos, mayo 114 procesos y junio 115 procesos). A la fecha de presentación de este informe (30 de junio de

					<p>2018) se encuentra un avance de recolección de 55 procesos físicos para un total de 85% sobre el total de procesos con pago de arancel judicial (65) procesos.</p> <p>Se aclara que a 30 de junio de 2018 se tienen en la Entidad 117 procesos, sin embargo el monto establecido para el pago de las copias de los procesos judiciales del HUS solamente alcanzó para 65 procesos con pago efectivo de Arancel Judicial y/o certificación de pago ante el Juzgado.</p> <p>2. El Auditor de Procesos Judiciales del HUS verifica los términos de respuesta a los trámites procesales, como son contestación a demandas e interposición de acciones de repetición, así como la revisión del estado actual del proceso en la página web de la rama judicial y un análisis o valoración sobre la probabilidad de pérdida de los procesos.</p>
Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	Capacitación a las áreas que solicitan la necesidad en estudios previos 25%	Planillas de capacitación	<p>Para el cumplimiento de esta actividad, se conminó a la asistencia de todos los jefes de proyectos adscritos al Hospital para la realización de capacitación programada por la Oficina Asesora Jurídica con los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ESTATUTO DE CONTRATACIÓN ACUERDOS 08 DE 2014 Y 016 DE 2017. 2. MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA 3. PRINCIPIOS RECTORES DE LA CONTRATACIÓN. 4. ESTUDIOS PREVIOS 5. FUNCIONES Y CONTROLES DE LOS SUPERVISORES 6. EJECUCIÓN CONTRACTUAL 7. RIESGOS <p>Una vez revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 jefes de proyecto en total, cumpliendo con el 100% del personal capacitado.</p>
		Porcentaje	Capacitar al personal encargado del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar de acuerdo a la normatividad vigente. 20%	Planillas de capacitación	<p>Primer Trimestre: Se realizó la capacitación a ocho (8) personas, las cuales están encargadas del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el segundo trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se ejecutaron el total de las actividades programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico.</p>
		Porcentaje	Capacitación en Estatuto y Manual de contratación y funciones de Supervisores e interventores 25%	Planillas de capacitación	<p>Para el cumplimiento de esta actividad, se conminó a la asistencia de todos los supervisores de contratos adscritos al Hospital para la realización de capacitación programada por la Oficina Asesora Jurídica con los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ESTATUTO DE CONTRATACIÓN ACUERDOS 08 DE 2014 Y 016 DE 2017 2. MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA 3. PRINCIPIOS RECTORES DE LA CONTRATACION 4. ESTUDIOS PREVIOS 5. FUNCIONES Y CONTROLES DE LOS SUPERVISORES

			<p>RES 6. EJECUCIÓN CONTRACTUAL 7. RIESGOS</p> <p>Una vez revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 supervisores en total, cumpliendo con el 100% del personal capacitado.</p>
Porcentaje	Doble verificación de las pólizas 20%	Informe de doble verificación	<p>Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se ejecutaron el total de las actividades programadas para un total del 100% del cumplimiento.</p>
Porcentaje	liquidación de contratos en los que proceda de las vigencias 2016 - 2017 10%	Informe de liquidación de contratos y requerimientos a los supervisores	<p>Primer trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2016.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 275 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 76%.</p> <p>Segundo trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2016.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 280 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 78.9%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se liquidaron un total 467 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), de 548 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), para un cumplimiento de 85%.</p> <p>Primer trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 43 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 22.5%.</p>

					<p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 44 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 17.3%.</p> <p>Segundo trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 175 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 90%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 73 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 28.79%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se liquidaron un total 248 contratos de la vigencia 2017 (Productividad y Proveedores), de 449 contratos de la vigencia 2017 (Productividad y Proveedores), para un cumplimiento de 55%.</p>
--	--	--	--	--	--

DECÁLOGO DEL GERENTE:

Se toman los mismos compromisos de la vigencia anterior ya que no se han pactados nuevos.

En el decálogo del gerente encontramos 5 ítems bajo la responsabilidad de la Oficina Asesora Jurídica.

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	PRIMER SEGUIMIENTO 31 DE MARZO DE 2017 (Primer Trimestre)
16	Transparencia	Fortalecer en la ESE la contratación transparente usando herramientas de Colombia Compra Eficiente	Acceder a estrategias	Porcentaje de contratación con el uso de herramientas de CCE	<p>1. De acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia compra eficiente recomienda adecuar los manuales de Contratación para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios</p> <p>2. Esto dado que Las Entidades Estatales no obligadas por la Ley 80 de 1993 registradas en la TVEC, aceptan la normativa aplicable a los Procesos de Contratación de los Acuerdos Marco de Precios, Contratos de Agregación de Demanda y Compra en Gran Almacén para las transacciones que adelantan en la TVEC. https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_tienda_virtual/20150819reglamentotvec.pdf</p>

					<p>3. En el párrafo del artículo 5° del Estatuto se prevé la posibilidad de que la ESE pueda utilizar sistemas de compras electrónicas previa justificación mediante estudio técnico.</p> <p>4. En razón de lo anterior se procederá a modificar el manual de contratación para ajustarlo, sin perjuicio de dar prevalencia a las modalidades de selección de contratistas de la entidad pues como se indicó en el numeral 2° no estamos obligados a adelantar todos los procesos de contratación por acuerdo marco de precios.</p> <p>5. Es importante señalar que la mayor cantidad de procesos de contratación del 2018 ya se realizaron.</p>
--	--	--	--	--	--

Del ítem número 16 es importante resaltar que:

1. Acorde a lo dispuesto por el **artículo 2, del párrafo 5, inciso 3 de la ley 1150 del 2007**, “...El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales el uso de acuerdos marco de precios **se hará obligatorio para las entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el Orden Nacional, sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.**” (negrilla, cursiva y subrayado).

2. Confirma lo anterior, concepto emitido por la Agencia Nacional de Contratación Pública, en su portal de Colombia Compra Eficiente, en el siguiente link, <https://www.colombiacompra.gov.co/sites/default/files/amp/20140110preguntasfrecuentesamp.pdf>

“(U): ¿Quién está obligado a comprar al amparo de un Acuerdo Marco de Precios?”

(A): La ley 1150 de 2007 establece que los Acuerdos Marco de Precios son obligatorios para las Entidades Estatales del orden Nacional pertenecientes a la Rama Ejecutiva para la adquisición de bienes y servicios de características técnicas uniformes. En consecuencia, cuando una Entidad Estatal del orden nacional de la rama ejecutiva, obligada por la Ley 1150 de 2007, va a adquirir un bien cubierto por un Acuerdo Marco de Precios debe hacerlo al amparo del mismo. Cuando no existe un Acuerdo Marco de Precios para el bien o servicio que requiere, la Entidad Estatal debe utilizar la modalidad de selección que corresponda de acuerdo con la naturaleza del bien o servicio y su cuantía. Las demás Entidades Estatales”

3. También la Directiva presidencial 001 de 2016. Los acuerdo marco de precios son obligatorios para todas las entidades estatales de la rama ejecutiva del orden Nacional

Por todo lo expuesto anteriormente es importante resaltar que el Hospital Universitario de la Samaritana es una Empresa Social del Estado, que se encuentra sometida a un régimen especial de contratación, de acuerdo al numeral 6 del artículo 195 de la ley 100 de 1993, por lo anterior no estaría sometida a dichos acuerdos marco de precio. Sumado a que somos la E.S.E que Compra más barato en la Región. Además de acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia compra eficiente recomienda adecuar los manuales de Contratación para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios.

En vista de esto y a que el Estatuto y el manual de contratación están ajustados para revisión de la Junta directiva se expondrá la posibilidad o no de incluirlo aun sin estar obligados.

Sin perjuicio de lo anterior es importante precisar que el párrafo del artículo 5° del Estatuto de Contratación de la entidad prevé la posibilidad de utilizar **sistemas de compras electrónicas** previa justificación mediante estudio técnico.

En razón de lo anterior se procederá a modificar el manual de contratación para ajustarlo, sin perjuicio de dar prevalencia a las modalidades de selección de contratistas de la entidad pues como se indicó en el numeral 2° no estamos obligados a adelantar todos los procesos de contratación por acuerdo marco de precios.

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	PRIMER SEGUIMIENTO 31 DE MARZO DE 2017 (Primer Trimestre)
17	Transparencia	Revisar y ajustar los Manuales de Contratación en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Manuales de contratación enmarcados en los principios de racionalidad, eficiencia y transparencia	Manual de contratación revisado y ajustado	1. Se suscribió el acuerdo 016 de 2017 2. Se realizaron los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos
18	Transparencia	Realizar las acciones judiciales de reclamación pertinente a procesos condenatorio	Interponer de manera oportuna las reclamaciones o acciones judiciales frente a los procesos condenatorios	Proporción de acciones de reclamación judicial interpuesta	Una vez se presenten fallos condenatorios el comité de conciliación y defensa judicial de la entidad toma la decisión de instaurar la correspondiente Acción de repetición. Se resolvió en comité de 26 de marzo adelantar la acción de repetición como consecuencia del fallo condenatorio proferido dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 2013-0481. La demanda de repetición se interpuso el 31 de mayo de 2018, es decir, dentro del término establecido para su presentación y se adelanta en Juzgado 33 Oral del Circuito Judicial de Bogotá bajo el radicado No. 2018-0189.
19	Transparencia	Implementar el comité de defensa jurídica para la ejecución de acciones de repetición	Contar con comité de defensa jurídica y evidenciar acciones de repetición	Proporción de acciones de repetición interpuestas	Se elaboró la resolución y el reglamento del comité, igualmente se actualizó el procedimiento. Existen actas de comité por cada reunión. Se resolvió en comité de 26 de marzo adelantar la acción de repetición como consecuencia del fallo condenatorio proferido dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 2013-0481.

27	Equilibrio Financiero	Realizar la gestión mínima necesaria para incrementar el recaudo mediante la acción judicial de la cartera de las EAPB	Recuperación de cartera	Consolidado del cobro por acción judicial / Valor total de la cartera de la EAPB	Durante el primer trimestre de la vigencia 2018, no se presentan procesos a la Oficina Asesora Jurídica para recuperación de cartera a través de acciones judiciales o jurisdiccionales.
----	------------------------------	--	-------------------------	--	--

MISION SALUD

Se toman los mismos compromisos de la vigencia anterior ya que no se han pactado nuevos y se adicionan dos actividades de tareas pactadas durante la vigencia.

Dentro de los compromisos de misión salud encontramos 2 correspondientes al área jurídica los cuales consisten en Revisar y ajustar Manual de Contratación y Establecer plan de defensa jurídica cuyo estado del avance es el siguiente:

COMPROMISOS MISIÓN SALUD	ESTADO DE AVANCE
Revisar y ajustar Manual de Contratación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se suscribió el acuerdo 016 de 2017 2. Se realizaron los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos 3. Pendiente adicionar el manual de contratación para utilizar los sistemas de compras electrónicas.
Establecer plan de defensa jurídica.	Se elaboró la política de prevención del daño antijudicial y el cronograma de actividades. Se está ejecutando el contrato 2017-352 con el cual se inició la recolección de los procesos judiciales de la entidad. A la fecha de presentación de este informe (31 de marzo de 2018) se encuentra un avance de recolección de procesos físicos del 72.3% sobre el total de procesos con pago de arancel judicial (65) procesos. Se aclara que a 31 de marzo de 2018 se tienen en la Entidad 111 procesos, sin embargo el monto establecido para el pago de las copias de los procesos judiciales del HUS solamente alcanzó para 65 procesos con pago efectivo de Arancel Judicial.
Procesos judiciales en Físicos completos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizar auditoria a los procesos con forme a la matriz de procesos judiciales de la entidad 2. Base de datos con el registro del físico de los expedientes 3. Se discrimina por unidad funcional de los hechos de cada proceso

PLAN ANTICORRUPCIÓN

Con el objetivo de fortalecer los comportamientos éticos de los servidores públicos y colaboradores de la ESE, se han generado diferentes estrategias para la lucha contra la corrupción a través de diferentes componentes.

Es de precisar que la Oficina Asesora Jurídica no tiene asignadas actividades para este plan, sin embargo en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018 se incluyó a cargo de esta Oficina la socialización del Código del Buen Gobierno, razón por la que se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad se corrigiera este yerro, pues es esta una función de otra dependencia.

Igualmente, respecto del Plan Anticorrupción 2018 en la actividad 5.4., se le solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad corregir este error, toda vez que la publicación de la información sobre contratación pública no es responsabilidad de la Oficina Jurídica, sino de otras dependencias de la entidad.

Sumado a lo anterior se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad modificar la descripción de la descripción del control del mapa de riesgos de corrupción que pertenece al proceso de Direccionamiento Estratégico, tipo de riesgo: corrupción, riesgo: No aplicación de las normas legales vigentes que rigen y aplican a la entidad.

El cambio consiste en lo siguiente:

Como se encuentra:

Inducción y reinducción a los funcionarios acerca de la normatividad vigente en la materia, respuestas a las inquietudes legales de cara a las auditorías en los comités de autocontrol.

Como quedaría:

Actualización del normograma institucional con los Líderes de los procesos y su inclusión en la pirámide de gestión documental.

Sin perjuicio de lo anterior y en orden a coadyuvar a generar claridad sobre la normatividad vigente y aplicable a los procesos internos de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, por parte de la Oficina Asesora Jurídica, se realizó la asignación de los abogados en misión a los diferentes procesos institucionales, con el objetivo de lograr una comunicación efectiva, estandarizada y activa con cada uno de los Líderes, Subdirectores, Coordinadores y encargados de los diferentes procesos, para realizar la revisión y aclaración normativa con los mismos. Cumpliendo desde el mes de marzo de 2018 con reuniones mensuales, remisión de correos y conversaciones vía telefónica con los encargados de los procesos asignados, en los cuales se explica el objeto del normograma, su alcance y la importancia de su actualización y socialización. Así mismo se adquirieron los siguientes compromisos en orden a mantener actualizado el normograma:

- Reunión de carácter mensual entre los abogados asignados al proceso y los líderes del proceso (los primeros cinco días hábiles de cada mes).
- Socialización mediante correo electrónico de normatividad relevante para el proceso y la inclusión de la misma en el normograma (cuadro formato Excel).
- Inclusión y actualización en la pirámide de gestión documental, lo cual está en evaluación pues por la cantidad de información se tiene proyectado subirlo a la página web de la entidad.

Con cada líder del proceso, se ha realizado revisión mensual de la derogatoria, vigencia y actualización de la normatividad sobre la materia. Se informa que para mantener socializado a los clientes internos a través de las publicaciones en la pirámide de gestión documental, se obtuvo la colaboración de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, para que cada que existan modificaciones al cuadro en formato Excel de cada proceso se realice la debida actualización en la pirámide de gestión documental, en el espacio asignado para cada proceso.

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORIA

ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	AVANCE
GESTION JURIDICA	Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica. 2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución. 3. verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas 	<p>1-Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se verificaron el total 507 pólizas de 507 pólizas aportadas para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>2.- Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria a 44 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria a 32 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se realizó verificación aleatoria a un total 76 pólizas de 76 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>3.- Primer trimestre: Se realizó verificación a 35 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación a 169 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se realizó verificación a 204 pólizas de 204 contratos que se liquidaron de la vigencia 2017, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p>

<p>GESTIÓN JURIDICA</p>	<p>Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica. 2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución. 3. Verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas 	<p>1-Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se verificaron el total 507 pólizas de 507 pólizas aportadas para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>2.- Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria a 44 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria a 32 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se realizó verificación aleatoria a un total 76 pólizas de 76 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>3.- Primer trimestre: Se realizó verificación a 35 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación a 169 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se realizó verificación a 204 pólizas de 204 contratos que se liquidaron de la vigencia 2017, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p>
<p>GESTIÓN JURIDICA</p>	<p>Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica. 2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución. 	<p>1-Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un</p>

		<p>3. Verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas</p>	<p>total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil.</p> <p>Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se verificaron el total 507 pólizas de 507 pólizas aportadas para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>2.- Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria a 44 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria a 32 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se realizó verificación aleatoria a un total 76 pólizas de 76 pólizas que corresponden al 10% de contratos suscritos y en ejecución, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>3.- Primer trimestre: Se realizó verificación a 35 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación a 169 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se realizó verificación a 204 pólizas de 204 contratos que se liquidaron de la vigencia 2017, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p>
<p>GESTIÓN JURIDICA (Supervisores de los Contratos)</p>	<p>Fortalecer la elaboración y verificación de los estudios previos por parte del área solicitante y la subdirección de bienes y compras y suministros</p>	<p>1. Capacitación y Evaluación a los supervisores sobre el conocimiento sobre los principios generales de la contratación de la E.S.E., manual de contratación de la E.S.E. y procedimiento de ejecución contratación y metodología – controles para desarrollar la labor del supervisor.</p> <p>2. Diligenciar el cuadro de control diseñado por parte de la Oficina Asesora Jurídica, por parte de los supervisores de los contratos en ejecución de la entidad que contenga las fechas de cumplimiento de cada etapa de la ejecución, términos adecuados para solicitar adiciones (tiempo y presu-</p>	<p>1. El 29 de junio de 2018 se realizó reunión con el objetivo de dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento Visita 2017 vigencia 2016, con el propósito de realizar capacitación y evaluación a los supervisores sobre el conocimiento de los principios generales de la contratación, estatuto de contratación de la E.S.E. y procedimiento de ejecución, contratación y metodología – controles para desarrollar la labor del supervisor.</p> <p>Revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 supervisores en total, con el 100% del personal capacitado.</p> <p>Se tomaron las siguientes decisiones a partir de dicha evaluación:</p>

		puesto) etc.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una vez finalizada la evaluación post-test, las respectivas aclaraciones de las preguntas que surgieron a partir de la misma. 2. Enviar vía correo electrónico a cada uno de los participantes, las respectivas aclaraciones de las preguntas que quedaron mal resueltas en el pos-test. 3. Enviar vía correo electrónico a cada uno de los participantes los resultados y la evaluación pos-test, con la finalidad que conocieran sus fortalezas y debilidades. <p>Se encuentra pendiente por realizar la tabla de seguimiento codificarla y publicarla en intranet.</p>
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN JURÍDICA (Gestión documental)	Fortalecer las competencias del personal encargados del archivo de los expedientes contractuales en procura de mejorar la organización y el cumplimiento de la actividad contractual en lo que corresponde al archivo de los mismos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar al personal encargado del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar de acuerdo a la normatividad vigente. 2. Revisión del total del archivo de los expedientes contractuales de los procesos contractuales de la vigencia 2018. 3. Revisión del total del archivo de los expedientes contractuales de los procesos contractuales de la vigencia 2017. 	<p>Primer Trimestre: Se realizó la capacitación a ocho (8) personas, las cuales están encargadas del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar</p> <p>Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el segundo trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se ejecutaron el total de las actividades programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico.</p>

Se le informó a la Oficina de Control Interno que revisado el numeral 2º del hallazgo 6 del plan de mejoramiento de la referencia, esta Oficina Asesora Jurídica en ninguna oportunidad relacionó dentro del plan de mejoramiento actividades referentes al diseño e implementación de cuadros de control de la ejecución contractual de la entidad, toda vez que dicha actividad no hace parte de las funciones de la Jefe Jurídica y mediante este plan de mejoramiento le asignan a esta Oficina una actividad que se encuentra en cabeza de cada uno de los Supervisores de los contratos, aunado al hecho que esta oficina no es quien debe realizar este tipo de auditorías ni mucho menos responde por todas las etapas de los procesos contractuales.

Por lo anterior, se solicitó el cambio de esta acción de mejora pues no es función de esta Oficina hacer seguimiento o control sobre la ejecución contractual y dicha obligación recae directamente sobre los supervisores de los contratos quienes por Ley y conforme a lo establecido en el Estatuto de Contratación de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana, son los llamados a responder por el debido seguimiento a los contratos a ellos asignados y así mismo deben tener el control regulado sobre las necesidades propias de la ejecución contractual.

Igualmente, se le precisó tanto a Gerencia como a la Oficina de Control Interno que el principio de publicación de las actividades contractuales se ve materializado a través de la publicación en SECOP y SIA OBSERVA, plataformas en las que se puede revisar y medir la gestión contractual así como la de los Supervisores siendo ellos quienes deben adelantar y controlar la ejecución de los contratos como a bien tengan en pro de proteger la moralidad administrativa, prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y tutelar la transparencia de la actividad contractual, por tanto, no es pertinente que esta oficina realice injerencia o inspección sobre las actuaciones de cada uno de los supervisores.

Finalmente, se le informo tanto a Gerencia como a la Oficina de Control Interno que en las diferentes etapas contractuales intervienen varias áreas las cuales son las encargadas de cumplir en debida forma los tiempos y actividades previstas en el manual de contratación de la entidad.

PLAN INDICATIVO

Meta de producto anual	Indicador de producto		Actividad
Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje
Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje
			<p>Al respecto ver informe de ejecución de la Política de Daño Antijurídico en el numeral 10.</p> <p>1.- Liquidaciones</p> <p>Liquidaciones vigencia 2016.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, suscribió un total de 187 contratos, los cuales se encuentran en un ciento (100%) por ciento liquidados.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, suscribió un total de 361 contratos, de los cuales un equivalente al setenta y ocho punto nueve (78.9%) por ciento se encuentran liquidados.</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, suscribió un total de 195 contratos, de los cuales un equivalente al noventa (90%) por ciento se encuentran liquidados.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, suscribió un total de 254 contratos, de los cuales un equivalente al veintiocho punto setenta y nueve (28.79%) por ciento se encuentran liquidados.</p> <p>2.- El 25 de junio de 2018 se realizó reunión con el objeto de dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento Visita 2017 vigencia 2016, atinente a “Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica.”</p> <p>Se realizó verificación de 163 de pólizas, con los amparos de garantía única (160 pólizas) y la responsabilidad civil (3 pólizas). Observándose que cumplen con lo requerido en los respectivos contratos.</p> <p>3.- El 25 de junio de 2018 se realizó reunión con el objeto de dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento Visita 2017 vigencia 2016, atinente a “realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución”</p> <p>Se verificación 32 contratos, que corresponden al 10% del total de los contratos suscritos (152) y en ejecución (167) en el segundo trimestre del año en curso los cuales son 319 contratos.</p>

INFORME DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Como informe de gestión por dependencias se deben implementar la política de daño antijurídico. Con respecto a esta se adelantaron las siguientes actividades:

INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	ACTIVIDAD	AVANCE
Porcentaje de cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Gestión	Informe de cumplimiento del programa	Primer Trimestre: Se ejecutaron cinco (5) actividades de las cinco (5) programas para un cumplimiento del 100%. Segundo Trimestre: Se ejecutaron seis (6) actividades de las seis (6) programas para un cumplimiento del 100%. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se han ejecutado once (11) actividades de las once (11) programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico
	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Gestión	Incluir dentro del programa de auditorías internas del Hospital las auditorías a los procesos judiciales de la entidad por falla médica	Primer Trimestre: Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%. Segundo Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el segundo trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se ejecutaron el total de las actividades programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico
	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Gestión	Realizar auditoría a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad	Primer Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%. Segundo Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se han ejecutado seis (6) actividades de las seis (6) programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico
	Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar	Gestión	Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico	Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir. Segundo Trimestre: Se capacitaron a sesenta y cinco (65) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá, sobre un total de 374 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 17% Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 59 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 6 médicos capacitados. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se capacitaron a 65 médicos sobre un total de 374 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 17%

<p>Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar</p>	<p>Gestión</p>	<p>Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico</p>	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir. Segundo Trimestre: Segundo trimestre: Se capacitaron a once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución, sobre un total de once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se capacitaron a 11 abogados sobre un total de 11 abogados a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%</p>
<p>Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas</p>	<p>Gestión</p>	<p>Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica, y adherencia de guías</p>	<p>Porcentaje de auditorías concurrentes realizadas: En el primer semestre de la vigencia 2018 se cumple en un 50% las auditorías programadas, con resultados evidenciados en un informe realizado por cada uno de los componentes a evaluar, es decir se presentaron 3 informes correspondientes al primer semestre de 2018. Es decir se cumple con el 100% de actividades programadas a realizar con corte a JUNIO de 2018. • El 50% restante se evaluará dependiendo del cumplimiento de la auditoría programada para el mes de Noviembre por cada uno de los componentes a evaluar, el cual se deberá evidenciar a través de 3 informes, uno por cada componente, así: UNO por Consentimiento Informado, UNO por diligenciamiento de Historia Clínica, y UNO por adherencia de guías.</p>
<p>Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla</p>	<p>Gestión</p>	<p>Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad</p>	<p>Primero Trimestre: Un total de ciento cincuenta y cinco (155) contratos, para cubrir la actividad médico asistencial y administrativo, de los cuales ciento cincuenta y cinco (155) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%. Segundo trimestre: Un total de ciento sesenta y un (161) contratos, para cubrir la actividad médico asistencial y administrativo, de los cuales cinco (5) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%.</p>

Porcentaje de profesionales capacitados en responsabilidad médica	Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar	Gestión	Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se capacitaron a sesenta y cinco (65) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá, sobre un total de 374 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 17%</p> <p>Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 59 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 6 médicos capacitados.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se capacitaron a 65 médicos sobre un total de 374 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 17%</p>
	Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar	Gestión	Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se capacitaron a once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución, sobre un total de once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se capacitaron a 11 abogados sobre un total de 11 abogados a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%</p>
Porcentaje de auditorías concurrentes realizadas	Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas	Gestión	Informe de Auditoria Concurrente - Científica	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se ejecutó 1 actividad de 1 actividad programada cumpliéndose con el 100%. Se cumple en un 50% las auditorías programadas, con resultados evidenciados en un informe realizado por cada uno de los componentes a evaluar, es decir se presentaron 3 informes correspondientes al primer semestre de 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> •El 50% restante se evaluará dependiendo del cumplimiento de la auditoría programada para el mes de Noviembre por cada uno de los componentes a evaluar, el cual se deberá evidenciar a través de 3 informes, uno por cada componente, así: UNO por Consentimiento Informado, UNO por diligenciamiento de Historia Clínica, y UNO por adherencia de guías.

<p>Porcentaje de contratos que contienen la obligación de acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad</p>	<p>Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla</p>	<p>Gestión</p>	<p>Informe del Área de Contratos</p>	<p>Primero Trimestre: Un total de ciento cincuenta y cinco (155) contratos, para cubrir la actividad médico asistencial y administrativo, de los cuales ciento cincuenta y cinco (155) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%. Segundo trimestre: Un total de ciento sesenta y un (161) contratos, para cubrir la actividad médico asistencial y administrativo, de los cuales cinco (5) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%.</p>
<p>Número de profesionales que superaron el pos-test</p>	<p>Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados</p>	<p>Resultado</p>	<p>Resultados Pos test médicos</p>	<p>Se observó de la evolución pos - test realizada al personal médico asistencial de la Institución y su unidad funcional capacitada, que los mismos, superaron el límite establecido para aprobar el examen, pues todos obtuvieron un resultado 80 puntos sobre 100, superando el límite establecido. Lo que quiere decir que lograron un resultado positivo del 96%. A partir de la evaluación se tomaron las siguientes decisiones: - Realizar una vez finalizada la evolución pos-test, una retroalimentación de la capacitación donde se resolvieron dudas. - Enviar vía correo electrónico a cada uno de los participantes las respuestas de las preguntas de la prueba, con la finalidad de fortalecer sus conocimientos y retroalimentar los mismos.</p>
			<p>Resultados Pos test abogados</p>	<p>Se observó de la evolución pos test realizada al total de los abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución capacitados, que los mismos, superaron el límite establecido para aprobar el examen, pues todos obtuvieron un resultado de 100 puntos sobre 100. Lo que quiere decir que lograron un resultado positivo del 100%. De acuerdo a la evaluación pos-test se procedió una vez finalizada la misma, a realizar retroalimentación de los temas de la capacitación y la evaluación.</p>

Porcentaje de cumplimiento de las actividades jurídico procesales	% de cumplimiento a las actividades procesales / total de actividades procesales	Resultado	Informe de actividades procesales - TUCI	<ul style="list-style-type: none"> • PROPORCIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACIÓN DE CARTERA GESTIONADOS 1. ANÁLISIS 1er TRIMESTRE: No existen procesos judiciales para iniciar por parte del Hospital, el indicador trimestral es 0/0 siendo el cumplimiento de 100% dado que el indicador se calcula sobre procedimientos tramitados 2. ANÁLISIS 2do TRIMESTRE: Se tramita dentro de los términos establecidos por caracterización los procesos radicados por parte del área de cartera (2) que cumplen con los requisitos para presentar la acción pertinente (2). Por lo anterior se cumple el indicador en un 100% • PROPORCIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES 1. ANÁLISIS 1er TRIMESTRE: Se evidencia un total de 94 cumplimientos sobre 94 requerimientos judiciales y trámites procesales de acuerdo al cuadro presentado. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%. 2. ANÁLISIS 2do TRIMESTRE: Se evidencia un total de 152 cumplimientos dentro de términos sobre 152 requerimientos judiciales y trámites procesales dentro del segundo trimestre de 2018. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%.
Definir línea base	Identificar la línea base de adherencia a guías de práctica clínica	Resultado	Informe de Científica	Se establecerá el mismo teniendo en cuenta la revisión de la auditoría final presentada a través de informes por parte del área de concurrencia y la Dirección Científica, luego de analizados las variables evidenciadas en las auditorías realizadas para la vigencia 2018 (Junio - Noviembre).
Porcentaje de disminución de demandas por falla médica	Disminución de demandas por falla médica por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 y/o de la cuantía de la condena en fallos proferidos por hechos ocurridos a partir de julio de 2018	Impacto	Informe de Auditor de Procesos Judiciales	Se elaborará la auditoría correspondiente luego de revisados los informes por parte del Área Jurídica, analizadas las variables evidenciadas en la vigencia 2018 (Julio) y 2020 (Julio).

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La oficina asesora jurídica no tiene plan de mejoramiento específicamente al área, pero a poya en el desarrollo del cumplimiento a algunas actividades como:

DESCRIPCION DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA PRIORIZADA	ACCIONES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	INDICADORES DE ACCION DE MEJORA	FECHA DE TERMINACION	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
La E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana presuntamente no cumple con lo establecido en el artículo 7 del decreto 1876 de 1994, al no tener conformada la Junta Directiva de conformidad con lo estipulado para el integrante correspondiente al represen-	Solicitar Concepto a las instancias involucradas en la reforma a la conformación de la Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	Solicitud de concepto a la Secretaria De Salud de Cundinamarca. El oficio dirigido a esta secretaria pretende el pronunciamiento sobre el tema, ya que según el	Oficio de Solicitud a la Secretaria de salud de Cundinamarca	31/12/2018	Se contribuyó a la elaboración de solicitud de concepto a la Secretaria De Salud de Cundinamarca. La secretaria se pronunció y solicito enviar oficio

<p>tante del sector Científico externo, de tema que proponga cada una de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de salud que funcionen en el área de influencia de la Empresa Social del Estado.</p>		<p>numeral 2 del artículo 7 del decreto 1876 de 1994 es esta secretaria quien realiza la selección para el integrante correspondiente al representante del sector Científico externo.</p>			<p>a la asamblea departamental para modificación del decreto ordenanza 072 de 1995.</p>
		<p>Incluir el tema para discusión en junta directiva de la E.S.E</p>	<p>Solicitud de concepto a la Secretaria De Salud de Cundinamarca.</p> <p>El oficio dirigido a esta secretaria pretende el pronunciamiento sobre el tema, ya que según el numeral 2 del artículo 7 del decreto 1876 de 1994 es esta secretaria quien realiza la selección para el integrante correspondiente al representante del sector Científico externo.</p>	<p>31/12/2018</p>	<p>Igual que el anterior</p>
			<p>Incluir el tema para discusión en junta directiva de la E.S.E</p>		<p>31/12/2018</p>
<p>Ampliación del alcance (tiempo) por medio del cual fue aprobado del Plan de Gestión del Gerente (Acuerdo 20 de 9 de diciembre de 2016)</p>	<p>1. Presentar ante Junta Directiva la justificación por la cual se debe modificar el alcance (tiempo) del Plan de Gestión del Gerente que fue aprobado mediante Acuerdo 20 de 9 de diciembre de 2016, en cumplimiento a los hallazgos de la Auditoría realizada por la Superintendencia Nacional de Salud)</p>	<p>NA</p>	<p>Plan de Gestión con alcance (tiempo) modificado y aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva</p>	<p>31/12/2018</p>	<p>Se solicita concepto de la súper. La Superintendencia Nacional de Salud responde la consulta el 11 de mayo pero no resuelve de fondo la solicitud de continuar o no con el hallazgo, razón por la que se solicitará la complementación del concepto.</p>
	<p>2. Aprobación del Plan de Gestión del Gerente bajo Acuerdo emanado por Junta Directiva.</p>			<p>Indefinido</p>	<p>Acto administrativo de la Junta Directiva. En espera de la respuesta de la Super</p>
	<p>Radicación del Acuerdo de Junta Directiva que aprueba la modificación del alcance del Plan de Gestión del Gerente ante la Secretaría de Salud de Cundina-</p>			<p>Indefinido</p>	<p>Oficio radicado en la Secretaría de Salud. En espera de la respuesta de la Super</p>

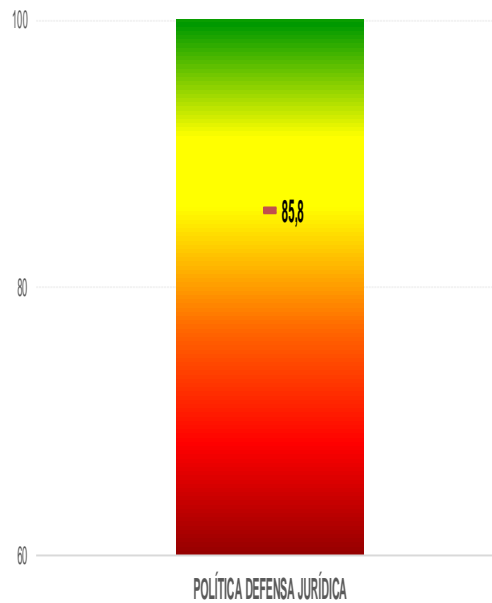
	marca				
--	-------	--	--	--	--

MIPG

Se realizó el Envío a la oficina de Planeación el autodiagnóstico de la dimensión de política de defensa jurídica, junto con el plan de acción con el fin de que se consolide con los demás planes de acción de las otras dimensiones.

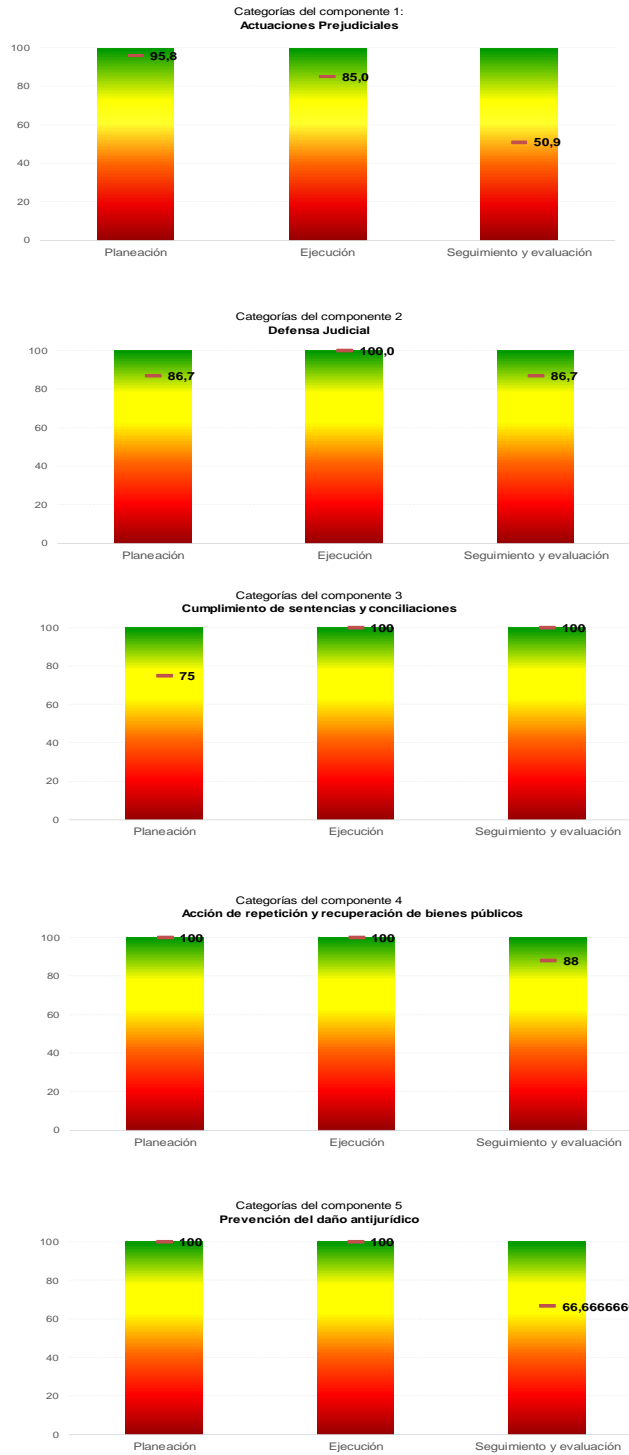
La calificación obtenida fue de 85,8

1. Calificación total:



La mayor calificación fue obtenida de acuerdo a las categorías se muestra a continuación

3. Calificación por categorías:



051



SC5520-1



El autodiagnóstico con el respectivo plan de acción fue llevado al comité de conciliaciones y defensa judicial para su aprobación, posteriormente en correo electrónico se envió el documento aprobado al secretario del comité de conciliaciones y defensa judicial quien es el responsable de algunas actividades y seguimiento del mismo.

A continuación se relacionan las acciones que se van a implementar y su responsable

ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	DISEÑE ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
El Comité de Conciliación elabora documento con los perfiles de abogados externos, y tiene en cuenta los criterios de litigiosidad, complejidad de los casos y el impacto de los procesos y remite los perfiles de abogados externos a la oficina jurídica, a la dependencia encargada de la contratación y al representante legal.	70	1. Secretario Técnico elabora documento con perfiles de abogados externos, teniendo en cuenta los criterios de litigiosidad, complejidad de los casos y el impacto de los procesos para ser remitido y analizado por el Comité de Conciliación 2. El Comité de Conciliación remite este documento a Oficina Jurídica, a la dependencia encargada de contratación y al representante legal	31 de Diciembre de 2018	1. Documento elaborado socializado en comité de conciliación y remitido a las áreas correspondientes
El comité de conciliación tiene un estudio de casos reiterados, adicionalmente lo actualiza semestralmente.	10	1. Secretario Técnico elabora documento en el que se fijan las directrices institucionales para la aplicación de los mecanismos de arreglo directo, tales como la transacción etc, así como los parámetros para la procedencia de la conciliación conforme a las pautas jurisprudenciales consolidadas para ser remitido y analizado por el Comité de Conciliación 2. Secretario Técnico actualiza el documento cada 6 meses y lo remite al Comité de Conciliación	31 de Diciembre de 2018	1. Documento elaborado socializado en comité de conciliación, actualizado y remitido cada 6 meses
El secretario técnico prepara un informe de la gestión del comité y de la ejecución de sus decisiones, que es entregado al representante legal del ente y a los miembros del comité cada seis (6) meses.	10	1. Secretario Técnico elabora el informe de gestión en el que incluye la ejecución de las decisiones del comité para ser remitido al representante legal y los miembros del comité cada 6 meses	31 de Diciembre de 2018	1. Documento elaborado socializado en comité de conciliación, actualizado y remitido cada 6 meses
El secretario técnico del comité de conciliación presenta el informe que contiene las conclusiones del análisis y las propuestas de acción en cuanto a las medidas que se deben implementar para superar y/o prevenir las problemáticas identificadas, al comité de conciliación, para que se adopten las decisiones a que haya lugar.	10	1. Secretario Técnico elabora la base de datos de los procesos estudiados y su gestión 2. Secretario Técnico elabora el informe de gestión para ser remitido al comité cada 6 meses	31 de Diciembre de 2018	1. Base de datos de procesos elaborada y codificada 2. Documento elaborado socializado en comité de conciliación, actualizado y remitido cada 6 meses

La entidad envió el plan de acción del comité de conciliación de la siguiente vigencia fiscal a las oficinas de planeación y de control interno de la entidad.	10	1. Secretario Técnico elabora el plan de acción del comité de conciliación y lo remite a la Oficina de Planeación y Control Interno de la entidad	31 de Diciembre de 2018	1. Plan de acción elaborado y remitido a la Oficina de Planeación y Control Interno de la entidad
El comité de conciliación tiene indicadores y conoce el resultado de la medición de los indicadores de acuerdo con la periodicidad definida en el plan anual del comité de conciliación	10	1. Secretario Técnico elabora el Plan Anual del Comité de Conciliación en el que se establecen los indicadores de gestión del comité de conciliación	31 de Diciembre de 2018	1. Plan Anual del Comité de Conciliación elaborado 2. Socialización de los indicadores del Plan Anual al Comité de Conciliación
El comité de conciliación tiene definidas actividades en el plan de acción anual para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, mide la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación.	10	1. Secretario Técnico elabora el Plan Anual del Comité de Conciliación en el que se establecen los indicadores de gestión del comité de conciliación	31 de Diciembre de 2018	1. Plan Anual del Comité de Conciliación elaborado 2. Socialización de los indicadores del Plan Anual al Comité de Conciliación
Los comités de conciliación generan un libro o dossier que consolida todos los instrumentos de política que se hayan producido por el comité de conciliación y defensa judicial para las diferentes etapas del ciclo de la defensa jurídica tales como la política de prevención del daño antijurídico, y estrategias y directrices de defensa judicial o conciliación.	10	1. Secretario Técnico elabora el libro - dossier en el que consolida todos los documentos de política para la defensa judicial de la entidad	31 de Diciembre de 2018	1. Documento elaborado socializado en comité de conciliación y actualizado cada vez que se requiera
La entidad capacita y mantiene actualizados a los abogados, especialmente en lo que se refiere a las competencias de actuación en los procesos orales y en los nuevos cambios normativos.	10	1. Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica en derecho procesal, en especial procesal administrativo y procesal laboral	31 de Diciembre de 2018	1. Acta de capacitación y/o certificación
El área jurídica de la entidad cuenta con procedimientos para gestionar prestamos y consultas a documentos que forman parte de las pruebas que están ubicados en otras áreas de la entidad.	70	1. Elaborar el procedimiento pertinente para el trámite de las pruebas archivadas en otras áreas de la entidad	31 de diciembre de 2018	1. Procedimiento socializado y publicado en intranet
En la entidad reposa en copia física y/o magnética, todo lo respectivo al trámite de los procesos judiciales. Adicional a ello se registran las actuaciones y decisiones de cada proceso en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado, de acuerdo con los manuales e instructivos que para el efecto produce la Dirección de Gestión de información.	70	1. Se encuentra en ejecución el contrato 352 de 2017 para la consecución de la información física de todos los procesos judiciales de la entidad	31 de diciembre de 2018	1. Procesos judiciales en físico
El comité de conciliación requiere periódicamente al jefe de la oficina jurídica o quien haga sus veces en la entidad, para la presentación de un reporte actualizado sentencias, laudos arbitrales y conciliaciones que lleva la entidad.	10	1. El comité de conciliación realiza el requerimiento en forma trimestral al Área Jurídica de la entidad 2. El Área Jurídica remite el reporte actualizado de sentencias, conciliaciones y laudos arbitrales	31 de diciembre de 2018	1. Remisión del documento al comité de conciliación de la entidad

El Comité de Conciliación usa herramientas de costo beneficio de la conciliación y las considera para la toma de sus decisiones.	10	1. Secretario Técnico elabora el documento en el que consolida las herramientas de costo beneficio de la conciliación para la entidad y las presenta en cada caso al comité de conciliación de la entidad para la toma de decisiones	31 de diciembre de 2018	1. Documento elaborado socializado en comité de conciliación
El ordenador del gasto remite el acto administrativo y sus antecedentes al Comité de Conciliación, al día siguiente al pago total o al pago de la última cuota efectuado por la entidad pública, de una conciliación, condena o de cualquier otro crédito surgido por concepto de la responsabilidad patrimonial de la entidad.	90			
El secretario técnico envía los reportes de las acciones de repetición al Coordinador de los agentes del Ministerio Público ante la Jurisdicción en lo Contencioso Administrativo.	70	1. Secretario técnico envía de reportes de las acciones de repetición al coordinador de agentes del ministerio público	Cada vez que se requiera	1. Reporte con fecha de recibido
El comité de conciliación informa al Coordinador de los agentes del Ministerio Público ante la Jurisdicción en lo Contencioso Administrativo las correspondientes decisiones, anexando copia de la providencia condenatoria, de la prueba de su pago y señalando el fundamento de la decisión en los casos en que se decida no instaurar la acción de repetición.	70	1. El Comité de Conciliación informa al coordinador de agentes del ministerio público en los casos en que se decida no instaurar acción de repetición	Cada vez que se requiera	1. Reporte con fecha de recibido

Estamos en espera de que el plan de acción de MIPG sea presentado en el comité institucional de gestión y desempeño para su aprobación. El secretario del comité mencionado anteriormente es la oficina de planeación.

GESTIÓN DEL RIESGO

No se presentó la materialización de los riesgos priorizados ni se realizaron modificaciones al mapa de riesgos.

PROGRAMAS

La Oficina Jurídica adelanta el **programa de daño antijurídico** cuyo objetivo General consiste en:

“Garantizar la ejecución de la Política de Daño Antijurídico mediante la adopción del Programa del Daño Antijurídico para que se desarrollen los mecanismos tendientes a aminorar el impacto de la falla en la prestación del servicio médico como causa de litigiosidad, lo cual obviamente debe comprometer el mejoramiento continuo en cada servicio médico con el que cuenta el Hospital para que se repercuta favorablemente en el desarrollo adecuado de las competencias del personal de la entidad”.

Dentro de las líneas estratégicas encontramos



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



1. Disminuir el número de demandas por falla médica por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 y/o de la cuantía de la condena en fallos proferidos por hechos ocurridos a partir de julio de 2018.
 - a) Realizar auditoria a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad.
2. Realizar actualizaciones permanentes a los profesionales de la salud, en responsabilidad médica para garantizar en primera medida que todas las intervenciones médico-quirúrgicas se efectúen con bases científicas sólidas, acordes con los continuos avances médicos y además que dichos profesionales conozcan de forma inequívoca las consecuencias jurídicas de un erróneo procedimiento médico. De igual forma capacitar en responsabilidad médica a los abogados que representan a la entidad en los procesos judiciales.
 - a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.
 - b) Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.
3. Adelantar un mayor control sobre el cumplimiento de las guías de práctica clínica, acatando estrictamente las disposiciones vigentes sobre consentimiento informado y diligenciamiento de la historia clínica.
 - a) Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.

Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad.

De lo anterior se resuelve que la implementación del programa de Daño Antijurídico en la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana contempla cada una de las Líneas Estratégicas y cada una de sus respectivas actividades a desarrollar, así como el responsable y el cronograma de ejecución.

El cronograma del programa de daño antijurídico para el segundo trimestre de 2018 se ha cumplido el 100% y contiene las siguientes actividades:

Indicador: % de cumplimiento a las actividades procesales / total de actividades procesales

Se define por parte de la Oficina Asesora Jurídica DOS (2) indicadores de seguimiento a través de la plataforma TUCI Institucional de los cuales se procede a realizar análisis individualizado:

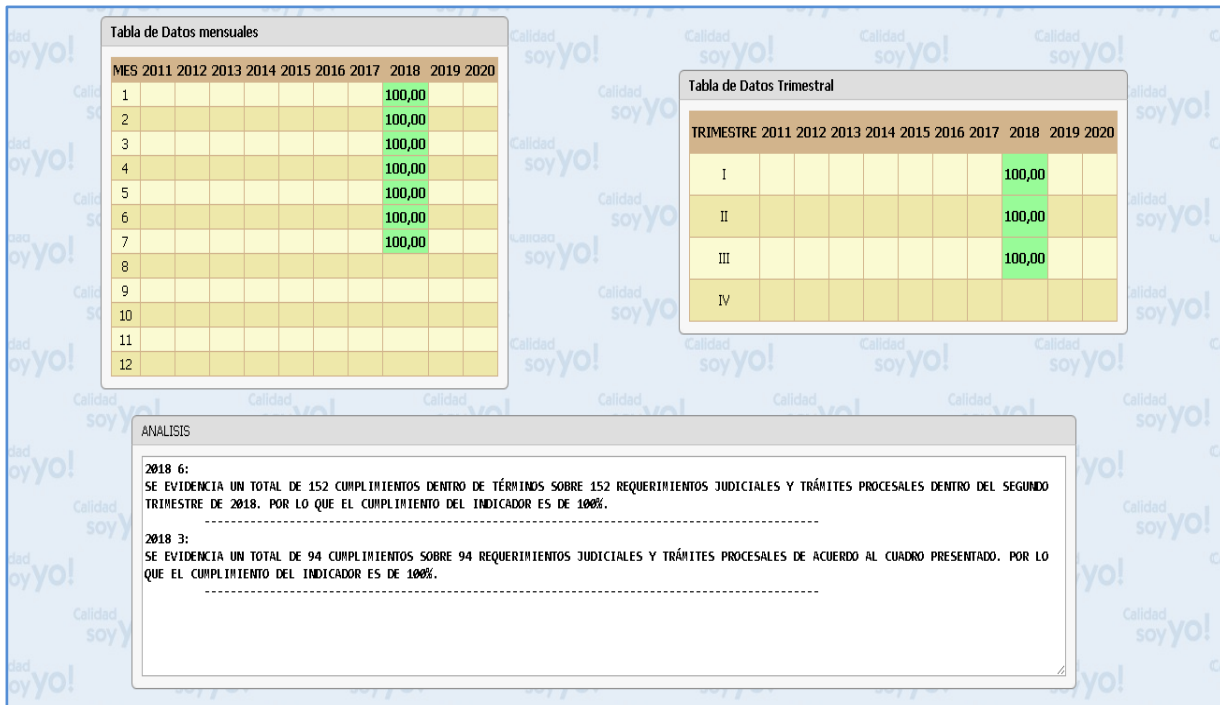
- 1. PROPORCIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACIÓN DE CARTERA GESTIONADOS:** El indicador se define como: “Número de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados / Número de procesos judiciales y de recuperación de cartera recibido”. En el primer semestre de 2018 se identifica el envío de dos procesos para cobro de cartera de la Entidad CONVIDA EPSS, los cuales dentro de los términos definidos en la caracterización se presentaron ante el Comité de Conciliación y Defensa Judicial, y posteriormente fueron radicados para el trámite correspondiente ante la función de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud. Se evidencia dentro de la plataforma un cumplimiento del 100% del indicador propuesto así:

Tabla de Datos mensuales											
MES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1											
2											
3											
4								100,00			
5											
6								100,00			
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Tabla de Datos Trimestral										
TRIMESTRE	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I										
II								100,00		
III										
IV										

ANÁLISIS	
2018 6:	SE TRAMITA DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR CARACTERIZACIÓN LOS PROCESOS RADICADOS POR PARTE DEL ÁREA DE CARTERA QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA PRESENTAR LA ACCIÓN PERTINENTE. POR LO ANTERIOR SE CUMPLE EL INDICADOR EN UN 100%
2018 3:	NO EXISTEN PROCESOS JUDICIALES PARA INICIAR POR PARTE DEL HOSPITAL. EL INDICADOR TRIMESTRAL ES 0/0 SIENDO EL CUMPLIMIENTO DE 100% DADO QUE EL INDICADOR SE CALCULA SOBRE PROCEDIMIENTOS TRAMITADOS.

- 2. PROPORCIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES:** El indicador se define como: “Número de requerimientos judiciales respondidos oportunamente / Número de requerimientos judiciales recibidos”. Para la medición del indicador se tiene en cuenta los requerimientos realizados así como las actuaciones procesales definidas por la normatividad vigente para cada uno de los procesos que se tienen activos en la Institución. Se contabiliza los trámites de Tutelas, de Incidentes de Desacato, los procesos que se llevan ante Jurisdicción Ordinaria (civil, laboral, penal) así como ante la Contenciosa Administrativa. Se evidencia dentro de la plataforma un cumplimiento del 100% del indicador propuesto así:



Línea estratégica No. 2.

- a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.

Actividad 1: Para el mes de mayo fueron capacitados 40, para el mes de junio 27.

Indicador: Número de profesionales capacitados / número total de profesionales a capacitar (67/398) =17%

Del total de 398 profesionales especializados que prestan sus servicios médicos asistenciales en la Institución y sus unidades funcionales, un equivalente al diecisiete (17%) por ciento se encuentran capacitados sobre responsabilidad médica y debido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico.

Se tiene como soporte de esta actividad Acta de Reunión No. 1 de 3 de julio de 2018 junto con: i) Planilla de Asistencia a capacitación, ii) Pre test, iii) Post test.

Actividad 2: Número de profesionales que superaron el pos test

Indicador: Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados (67/67) =100%

Del total de 67 profesionales especializados capacitados sobre responsabilidad médica y debido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico 67 aprobaron el post test. (Calificación superior a 70%)

- b) Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.

Actividad 1: Para el mes de mayo fueron capacitados 11 abogados del área jurídica.

Indicador: Número de profesionales capacitados / número total de profesionales a capacitar (11/11) = **100%**

Para el cumplimiento de actividad la Oficina Asesora Jurídica, programo dos capacitaciones de responsabilidad médica, que fueron llevadas a cabo una por la Universidad del Rosario y la otra por la Secretaria de Salud.

Del total de 11 profesionales el cien por ciento (100%) se encuentran capacitados sobre responsabilidad médica.

Actividad 2: Número de profesionales que superaron el pos test

Indicador: Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados (67/67) = 100%

Del total de 11 profesionales capacitados sobre responsabilidad médica 11 aprobaron el post test. (Calificación superior a 70%).

Se tiene como soporte de esta actividad Acta de Reunión No. 1 de 3 de julio de 2018 junto con: i) Planilla de Asistencia a capacitación, ii) Pre test, iii) Post test.

Línea estratégica No. 3.

- a) Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.

Informo que el avance del cumplimiento de esta actividad corresponde a la Dirección Científica del HUS

Actividad 1: Auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.

Indicador: Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas (1/2)= 50%

De acuerdo a informe de la Dirección Científica se programaron 2 auditorías durante la vigencia para cada una de las actividades y a junio 30 se han adelantado 1 de cada una para un cumplimiento del 50% del indicador

Como soporte se tiene Auditoria Concurrente en temas de: i) Consentimiento Informado, ii) Historia Clínica y iii) Adherencia a Guías.

Actividad 2: Definir línea base

Indicador: Identificar la línea base de adherencia a guías de práctica clínica en el primer semestre de 2018

Una vez se cumpla con las auditorias concurrentes programadas se definirá la línea base.

- b) Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad.

Actividad 1: Incluir dentro de los contratos actividad médico asistencial y administrativa que sea pertinente la obligación de acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad

Indicador: Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla (156/156) =100%

Al veintinueve (29) de junio de la presente anualidad se suscribieron treientos cuarenta y tres (343) contratos, de los cuales ciento cincuenta y seis (156) se hicieron para cubrir la actividad médico asistencial y administrativa, y que contienen en un ciento por ciento (100%) dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico, fijada por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, a saber así “Acatar y cumplir con la actividades y directrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”

Como soporte se tiene Certificación de veintinueve de junio de 2018, suscrita por la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y las Profesionales en Misión de las Oficinas de Contratos por Productividad y Proveedores en la hacen constar lo dicho.

INFORMES QUE PRESENTA LA OFICINA

NOMBRE DEL INFORME	ENTIDAD QUE LO REGULA	PERIODICIDAD	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
Formulario Contratación Decreto 2193 de 2004	Ministerio de salud y protección social	Trimestral	Contratación de servicios personales indirectos de gastos de personal (Médicos)	Pantallazo Apicativo
SIGEP Decreto 2842 de 2016	Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP	A solicitud	Hojas de vida	MAIL
Formato F20.1A Resolución 086 de 2011 Resolución 201 de 2012 SIA	Contraloría de Cundinamarca	Anual	Contratos suscritos en la vigencia	MAIL
Formato F20.1A. Formato F20.1B Formato F20.1A. Anexo Resolución 086 de 2011 Resolución 201 de 2012 SIA	Contraloría de Cundinamarca	Anual	Contratos, Adiciones, Reversiones, Anulaciones, Liquidaciones, Modificaciones y otros cambios suscritos en la vigencia.	MAIL
Informe Bimensual Asamblea de Cundinamarca	Asamblea de Cundinamarca	Bimensual	Reporte bimensual de personal	MAIL
Formulario de Costos por Contrato (Chip) Circular 008 de 2016. Contraloría General de la Republica	Contraloría General de la Republica	Anual	Ejecución de Contratos de Personal Médico.	Pantallazo Apicativo

CAPÍTULO VII

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD



7.1 GESTIÓN DEL PROCESO DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

GESTIÓN DEL PROCESO

Presentar los logros alcanzados en el Proceso de Gestión de la Calidad en lo correspondientes a las actividades relacionadas con el Programa de Auditorías para el mejoramiento de la calidad en salud, Auditoría ISO 9001-2015 y revisión de la actualización de la estructura documental del Hospital Universitario la Samaritana.

JUSTIFICACIÓN

El hospital Universitario la samaritana considera el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud como una herramienta de gestión gerencial para el mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

Independiente de la obligatoriedad del Programa de Auditoría, la entidad permanentemente genera evaluación y mejoramiento de sus procesos que propendan por una prestación de servicios enmarcados en la humanización y seguridad con el usuario.

El sustento normativo del PAMEC para el HUS lo establece la Resolución 123 de 2012, por la cual se adopta el manual de estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario.

De igual manera, como actividades que propenden con el mejoramiento se incluyen el cumplimiento de los criterios establecidos en la norma ISO 9001 -2015, cuyo objetivo es monitorear y mantener el sistema de Gestión de la calidad en la entidad.

Por último la institución establece sus lineamientos de operación a través de su estructura documental la cual es revisada, actualizada y/o ajustada teniendo en cuenta los cambios normativos y los principios de operación de la misma.

MARCO CONCEPTUAL

El programa de auditoría definido como un componente de mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud y entendido como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación, es implementado por el Hospital Universitario la Samaritana para evaluar el cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Único de Acreditación (SUA).

Por lo anterior la entidad anualmente utiliza ésta herramienta para evaluar la brecha entre la calidad observada de la esperada y desplegar las actividades y/o estrategias de mejoramiento que propendan por el cumplimiento de los estándares superiores de calidad que lleven a incrementar la satisfacción del usuario y la seguridad en los procesos de atención.

Durante la vigencia 2018, la entidad a través de sus equipos de mejoramiento: Primarios, de Autoevaluación y mejoramiento realizó actividades que mostraron el trabajo articulado con un abordaje de los ejes de la acreditación de manera concreta. El mejoramiento se desarrolló como una “cascada” de información en doble vía, desde la alta dirección, a partir del análisis de resultados o de deficiencias de calidad y desde los niveles operativos, a través de los equipos primarios de mejoramiento, que escalan las necesidades y posibilidades de mejora hacia la alta dirección.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

El presente informe contiene los resultados de la evaluación al cumplimiento del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad 2018, el mejoramiento instaurado frente al seguimiento interno a la norma ISO 9001-2015 y el avance en la actualización de la estructura documental para la misma vigencia.

Por lo anterior se presentará de manera desagregada los resultados en el siguiente orden:

1. Resultados de seguimiento al programa de Auditoría para e Mejoramiento continuo
2. Informe por procesos de la estructura documental actualizada y normalizada.
3. Formulación de la mejora frente al informe de Auditoría ISO 9001- 2015

PROGRAMA DE AUDITORIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD “PAMEC”

Para el segundo trimestre de la vigencia 2018, se realizó seguimiento al cumplimiento del PAMEC 2018 encontrando un cumplimiento global del 9,7%, con un detalle para cada grupo de estándares detallado a continuación:

GRUPO DE ESTÁNDARES	FORMATO CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES			SEGUIMIENTO 1: PRIMER SEMESTRE 2018				
	HALLAZGOS	TOTAL OPORTUNIDADES	ACCIONES	COMPLETO	EN DESARROLLO	NO INICIADO	ATRASADO	% CUMPLIMIENTO
PACAS	52	110	171	16	91	36	28	9,4%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	12	19	39	2	14	8	15	5,1%
TALENTO HUMANO	31	38	64	1	28	29	6	1,6%
AMBIENTE FISICO	5	7	9	6	3	0	0	66,7%
TECNOLOGIA	10	13	30	8	11	9	2	26,7%
GERENCIA DE LA INFORMACION	9	11	26	4	1	17	4	15,4%
MEJORAMIENTO	11	18	42	1	14	15	12	2,4%
TOTAL	130	216	381	38	162	114	67	9,74%

Así mismo se presenta un informe a la Alta dirección con las Oportunidades que muestran un seguimiento ubicado en la escala de ATRASADO, y se definen acciones tendientes al abordamiento de tres grupos de estrategias:

1. Seguimiento a procesos
2. Requerimiento de talento Humano y
3. Disposición de recursos financieros para la ejecución de algunas estrategias relacionadas con el proceso.

SEGUIMIENTO A PROCESOS:

Para el seguimiento a procesos se plantea como estrategia la formulación de una temática variada para que se presente a través de la reactivación del comité Directivo en el que se incluirá temas relacionados con:

1. AVANCES POR ESTÁNDAR							
GRUPO DE ESTÁNDARES	RESPONSABLE	FECHA DE PROGRAMACIÓN					
		JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	LIDER ESTÁNDAR(Cesar Moreno)						
GESTION DE LA TECNOLOGIA	LIDER DEL ESTANDAR ()						
GERENCIA DE LA INFORMACION	LIDER DEL ESTANDAR ()						
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	LIDER DEL ESTANDAR ()						
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	LIDER DEL ESTANDAR ()						
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	JEFE DE PLANEACION Y CALIDAD						
PACAS	LIDER DEL ESTÁNDAR						
PRESENTACION DE RESULTADOS DE PACIENTE TRAZADOR	REFERENTE DE SEGURIDAD						
PRESENTACIÓN DE CRONOGRAMA DE REFERENCIACION Y RESULTADOS DEL PROCESO	JEFE DE PLANEACION Y CALIDAD						
PRESENTACION DE PROPUESTA DE INDICADORES DE MONITOREO ESTRATÉGICO	JEFE DE PLANEACION Y CALIDAD						
PRESENTACION DEL PROGRAMA DE P Y P, ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE INTEGRACIÓN CON LOS DEMAS ACTORES. (Estructurar como proceso???)	DIRECCION CIENTÍFICA-CALIDAD						
2. AVANCES POR EJES DE ACREDITACION							
EJE: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	Referente del eje o líder						
EJE: SEGURIDAD DEL PACIENTE	Referente del eje o líder						
EJE: GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Referente del eje o líder						
EJE: ENFOQUE DEL RIESGO	Referente del eje o líder						
EJE: CULTURA ORGANIZACIONAL	Referente del eje o líder						
EJE. RESPONSABILIDAD SOCIAL EPRESARIAL	Referente del eje o líder						

Lo anterior para que a través de los líderes de los procesos se puedan mostrar los resultados del avance, presentar las dificultades del proceso y definir estrategias de mejoramiento que puedan remover las barreras y/o dificultades presentadas en el cumplimiento de las Oportunidades de Mejoramiento.

REQUERIMIENTO DE TALENTO HUMANO:

El requerimiento del Talento Humano es una necesidad sentida para el desarrollo de algunas actividades plasmadas para el cumplimiento de las OM, por ende se realiza solicitud del siguiente talento humano:

- EPIDEMIÓLOGA
- PERSONAL DE ENFERMERIA
- INGENIERO AMBIENTAL
- INGENIERO PARA MANEJO DE RIESGOS

RECURSOS FINANCIEROS PARA.....



- Contratación con la corporación FENALCO, para fortalecer el programa de RESPONSABILIDAD SOCIAL.
- La ejecución de actividades de referenciación, implementación de prácticas exitosas
- Ejecución de estrategias de sensibilización a los colaboradores en Acreditación “Souvenir , campañas, pendones, videos, capacitaciones, etc”
- Adquisición de sistema de información, ALMERA

INFORME DE ACTUALIZACIÓN DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL

La revisión de la estructura documental, como proceso de acompañamiento del área de calidad en los procesos misionales muestra unos resultados detallados a continuación:

PROCESO	TIPO DE DOCUMENTO ACTUALIZADO	NOMBRE	CÓDIGO
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Programa	Uso Prudente de Antibióticos	01PH14
	Procedimientos	Atención integral del paciente en la unidad de Neonatos	02PH22
		Óxido Nítrico Toracentesis Intubación otrotraqueal Exanguinotransfusión	06PH08 06PH09
Guías Técnicas	Neonatología Hipoglicemia Colocación de líneas centrales umbilicales	04PH15	
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Protocolos	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica	03PA114
		Gastrostomía endoscópica	03PA115
		Devolución endoscópica	03PA116
		Endoscopia de vías digestivas	03PA117
		Ph metría en 24 horas	03PA118

MEJORAMIENTO FRENTE A LA AUDITORIA ISO 9001 VERSION 2015

Dando continuidad con la Auditoría ISO 9001 Versión 2015, para el presente trimestre se realizó acompañamiento a los líderes del proceso para formular las respectivas acciones de mejoramiento tendientes a subsanar los hallazgos y/o recomendaciones dadas en el proceso y las cuales se detallan a continuación:

HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>			ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA							
			GESTIÓN DE LA CALIDAD							
			IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA (PREVENTIVA, CORRECTIVA Y CORRECCIÓN)							
NO	FECHA	PROCESO	FUENTE	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	CAUSA (S)	TIPO DE ACCION	SOLUCIÓN O CORRECCIÓN APLICADA	ACTIVIDADES DE MEJORA PROPUESTAS	RESPONSABLE	FECHAS DE EJECUCION
4	21/05/2018	urgencias	AUDITORIA INTERNA (ISO 9001)	fortalecer los conocimientos en política de calidad (Hallazgo auditoría ISO 9001 V 2015)		ACCIÓN PREVENTIVA		capacitar a los colaboradores del servicio de Urgencias	Subdirección	FI:22/05/2018 FF:
6	20/04/2018	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	AUDITORIA INTERNA (ISO 9001)	No se cuenta con una matriz de comunicación institucional		CORRECCION	Documentar la matriz de comunicación por cada uno de los procesos		LIDERES DE PROCESO	FI: 01-05-2018 FF: 30/05/2018

7.2 GESTIÓN DEL PROCESO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN DEL PROCESO

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2018

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en la Vigencia 2018 se desarrolla a través de un Cronograma de Cumplimiento (Ver Anexo. 1) con actividades programadas para ser realizadas mes a mes consolidadas trimestralmente, las cuales permiten implementar los objetivos y líneas estratégicas del Programa y por ende de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de actividades al cierre del II Trimestre de 2018, se identifica que del total de actividades programadas que son 51 se lograron ejecutar 51 de ellas, de esta forma se da un cumplimiento del 100 %.(Ver Tabla No.1); comparado con el resultado del cumplimiento del 94.8 % obtenido al finalizar el II Trimestre del 2017, permite corroborar que el éxito en el cumplimiento de las actividades está directamente relacionada con garantizar la continuidad del personal que las ejecuta.

Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente II Trimestre 2018

AÑO 2017		AÑO 2018	
Al II Trimestre	Total en la Vigencia 2017	Al II Trimestre	Total en la Vigencia 2018
94.8 %	55 de 195: 28.2. %	100%	51 de 150 : 34 %

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente con cierre a II Trimestre del 2017 y II Trimestre de 2018

Ahora bien en lo referente al Cumplimiento en la ejecución del cronograma del Programa de Seguridad del Paciente para el I semestre de 2018, del total de actividades programadas que son 70 se ejecutaron 69 actividades, con un cumplimiento del 98.6 % (Ver Tabla No 2). Comparando el resultado con el cumplimiento obteniendo el I semestre de 2017 que fue del 96.3%, se evidencia el fortalecimiento y la continuidad en el desarrollo del programa de Seguridad del Paciente

Tabla 2: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente I Semestre 2018

AÑO 2017		AÑO 2018	
Al I Semestre	Total en la Vigencia 2017	Al I Semestre	Total en la Vigencia 2018
96,3%%	79 de 195 : 40.5 %	98.6%	69 de 150 : 46 %

A continuación se describirán los principales desarrollos y actividades pendientes por cada una de las 6 líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente, lo que soporta el porcentaje de cumplimiento anteriormente mencionado:

1. INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL

- Se programaron 3 actividades en el II Trimestre de 2018, las cuales se desarrollaron en su totalidad.

- La primera es la Medición de indicadores relacionado con la Seguridad del Paciente (Indicadores definidos por el Programa de Seguridad del Paciente y resolución 256/2016, actividad realizada y presentada en el Comité de Seguridad del Paciente.
- La Segunda se refiere al Seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento para mantenimiento de la Acreditación (PAMEC) en lo relacionado a la Seguridad del Paciente: realizado en conjunto la asesora del PAMEC institucional. Las acciones propuestas quedaron contempladas en el PUM, a las cuales se les realiza seguimiento a través de la asistencia a las reuniones organizadas desde la Dirección Científica para el estándar de PACAS, donde se encuentra la mayoría de las actividades, allí se da a conocer los avances y dificultades para su cumplimiento.
- La tercera es el Seguimiento a la ejecución de Tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se llevó a cabo en cada comité realizado durante el II Trimestre.
 - ✓ Actividades adicionales:

***Teniendo en cuenta el convenio entre Secretaria de Salud de Cundinamarca y el Hospital Universitario de la Samaritana, desde la Oficina de Seguridad del Paciente y el Área de Educación Médica se dio inicio el pasado 05 Marzo de 2018 al Curso virtual “Buenas Practicas en Seguridad del Paciente”, dirigido a los Líderes de Calidad y Referente de Seguridad del Paciente de las diferentes Empresas Sociales del Estado de Cundinamarca, con un total de 87 inscritos, a quienes se les realizo seguimiento durante 10 semanas que dura el curso virtual y una semana de recuperación, el curso se cerró el 22 de Mayo de 2018, logrando finalizar con éxito y ser certificados 78 participantes es decir el 89.7% de los inicialmente inscritos, solo 9 participantes que representan el 10.3% no lograron superar la totalidad de las actividades evaluativas. Hacer el curso virtual de Seguridad del Paciente del HUS es uno de los compromisos evaluables por la Secretaria de Salud de Cundinamarca para los Gerentes de la ESE del Departamento. En Agosto inicia la segunda cohorte para el Líder de Urgencias y de Consulta Externa de las ESE de Cundinamarca.

*** En el Comité de Seguridad del Paciente del Mes de Enero de 2018, se decidió participar en el **V Galardón Nacional Hospital Seguro** que organiza la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, la primera fase que era cumplir con el requisito de entregar el informe se llevó a cabo el 28 de febrero de 2018. Posteriormente el 09 de Abril de 2018 la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC informo que el HUS superó 240 puntos de los 300 posibles en la primera etapa, indicando que la Visita de Campo es de carácter Evaluativa, la visita de Evaluación se realizó los días martes 24 y miércoles 25 de abril de 2018, la premiación fue el 05 de Julio de 2018, pese a que no gano el HUS se logró una experiencia importante, los hallazgos y recomendaciones se encuentra en el informe otorgado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, su implementación permitirá darle un giro al Programa de Seguridad del Paciente.

*** Preparación por parte del equipo de seguridad del paciente para atender la Referenciación Comparativa en el Programa de Seguridad de Paciente, solicitada por la ESE hospital Habacuc Calderón del Municipio de Carmen de Carupa y ESE Hospital san Antonio del Municipio de Anolaima, actividad que se llevó a cabo el 12 de Abril de 2018.

*** Como resultado en la participación y desarrollo de la prueba piloto para el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, basado en la Resolución 256 de 2016 en su segunda fase, liderado entre el Ministerio de Salud (Oficina de Calidad) y la Secretaría de Salud de Cundinamarca, el equipo de trabajo designado por el HUS (Planeación y Calidad, Estadística, Seguridad del Paciente), diseño una herramienta en archivo Excel denominada “Matriz Indicadores Res 256 de 2016”, construida para la prueba piloto, la cual al ser presentada ante la Secretaría de Salud de Cundinamarca y el Ministerio de Salud, llamo la atención por su estructura dinámica y organizada, quedando como la matriz oficial de la prueba piloto y colocada a disposición de las entidades tanto Publicas, como privadas que



051



SC5520-1



participan en ella. En el mes de Abril 2018 a través de la Plataforma de la Secretaria de salud de Cundinamarca se hizo entrega de la matriz con el diligenciamiento de la información del 2017.

***Dando alcance a la integración del programa de Seguridad del Paciente con el Sistema de Gestión de Calidad, en el mes de Mayo de 2018, se participó activamente para prepararnos en lo referente a Seguridad del paciente y atender la auditoria del ICONTEC, la cual tenía como objetivo lograr recertificar 6 servicios bajo la norma internacional ISO 9001:2015, como resultado se obtuvo la recertificación de los seis (6) servicios, con CERO NO CONFORMIDAD, lo que evidencia el fortalecimiento del sistema de Gestión de la Calidad en el HUS.

***Participación el día 06 de Junio de 2018 como Exponente en el tema de Seguridad del Paciente en la Primera Maratón por la Calidad organizado por la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

***Reunión mensual de Referentes de Calidad y de Seguridad del Paciente: asistencia a la reunión mensual programada por la Secretaria de salud de Cundinamarca y entrega de compromisos a través de la Plataforma destinada para tal fin, compromisos estos que son muy importantes ya que de su cumplimiento el Gerente y el HUS obtiene una calificación favorable o desfavorable.

Soportes: 1 Actas del Comité de Seguridad del Paciente, Informe de Gestión I Trim 2018, Archivo Tipo 5 Enero a Junio de 2018 enviado a Estadística para Resolución 256 de 2016, 2. Actas de Reunión PAMEC y PACAS . 3 Actas del Comité de Seguridad del Paciente y Acta de seguimiento al Comité .4 Informe Galardón Nacional Hospital Seguro Asociación Colombiana de Hospitales.

La Línea Estratégica No 1: Integración del Programa de Seguridad del Paciente con el Sistema de Gestión de La Calidad Institucional, tiene programado 10 actividades para la vigencia 2018, se ejecutaron 4 actividades de lo programado para el I semestre de 2018 es decir 100% de ejecución, ahora bien, frente al cumplimiento de lo programado para la vigencia 2018 tiene un cumplimiento del 40%.

2. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FÁRMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

Se programaron 6 actividades en el II Trimestre todas fueron desarrolladas

Seguimiento de la ejecución de los Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia Hemovigilancia, Reactivovigilancia Biovigilancia y Programa de Control de Infecciones, actividad que está programada para hacerlo dos veces al año, el primer seguimiento se desarrolló a cabalidad por las profesionales de Seguridad del Paciente; adicionalmente en cada sesión del Comité de Seguridad del Paciente, los líderes de los 6 Programas de Vigilancia Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, informan las gestiones realizadas en sus programas.

Soportes: 1.Actas de Seguimiento a la Ejecución de los Programas de Vigilancia y Actas del Comité de Seguridad del Paciente

La Línea Estratégica No 2: Fortalecimiento de Los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención En Salud, tiene programado la realización de 12 actividades para la vigencia 2018, en el Primer Semestre se han ejecutado las 6 actividades que estaban programadas con el 100% cumplimiento, y frente a lo programado durante la vigencia lleva un 50% de ejecución.

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 E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (CLIENTE INTERNO Y EXTERNO)

Para este Segundo Trimestre se programaron 23 actividades todas fueron desarrolladas a continuación se describen:

- Priorización de Trazadores Producto de Línea de Base Establecida años 2016 y 2017: actividad realizada por las Profesionales de Seguridad del Paciente con el apoyo de la Profesional del Área de Calidad Dr. Luisa Fernanda Salamanca, quien es la responsable de su consolidación, para realizar su posterior socialización.

- Rondas de Seguridad: Se realizaron 3 rondas en los servicios de: Hospitalización Tercero Sur Ortopedia, - Unidad Cuidados Intermedios y Consulta Externa primera Fase, en informe escrito se plasman los compromisos que se adquieren en el cierre de las rondas, por último en el cierre se contó con la participación del Director Científico y Directora Administrativa.

- Desarrollo del formato para seguimiento de implementación, medición y trazabilidad de los paquetes instruccionales: elaborado en conjunto por el Equipo de Seguridad del Paciente.

- Seguimiento de los Paquetes Instruccionales para la Seguridad del Paciente: la periodicidad de su ejecución es dos veces al año y se dio cumplimiento según cronograma al primer seguimiento con la participación del líder designado; previo a la evaluación se ajustó la Lista de Chequeo de Grado de Cumplimiento en la implementación de Paquetes Instruccionales Código 05GC55-V1, a los cinco criterios de evaluación se les realizó un ajuste en el porcentaje asignado, la lista de chequeo fue socializada a los líderes de los paquetes donde se hicieron observaciones puntuales a tener en cuenta al momento de la evaluación. Se cuenta con un porcentaje de implementación global de los Paquetes Instruccionales con corte a 30 de Junio 2018 del 73%, con una leve disminución comparado con la última evaluación del 2017 que fue del 76%, lo anterior como se mencionó inicialmente tiene relación con la nueva metodología de evaluación. Los resultados deberán ser presentados al interior del Comité de Seguridad del Paciente y difundirlo a través del Boletín Trimestral de Seguridad del Paciente. Algo importante de mencionar es la estrategia de divulgación planteada y ejecutada por la Oficina de Seguridad del Paciente con la colaboración del área de comunicaciones, estrategia con la cual se quiere dar a conocer de forma masiva quienes son los líderes de los paquetes instruccionales en el HUS, lo que facilitara posteriormente la implementación y despliegue de los mismos tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario.

Soportes: 1 Formato Paciente Trazador Ajustado- Lista de chequeo Implementadas 2. Informes de Rondas de Seguridad. 3. Formato Lista de Chequeo .Informe de Rondas de Seguridad. 4. Ajuste del Formato para seguimiento de implementación, medición y trazabilidad de los paquetes instruccionales. 5. Afiche de Divulgación de los Líderes de los Paquetes Instruccionales. 6. Consolidado Global de los Paquetes Instruccionales a 30 de Junio de 2018

La Línea Estratégica No 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 E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana (Cliente Interno Y Externo,) tiene programado la realización de 56 actividades para la vigencia 2018, en el I Semestre de 2018 se ejecutaron 24 lo que representa un 42.9% frente a lo programado anual.

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.

- Para el II Trimestre de 2018 se programaron 12 actividades, las cuales fueron completamente desarrolladas así:

- Documentar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se realizó seguimiento a todas las novedades reportadas durante el II Trimestre, 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. El pasado 26 de abril de 2018 se envió a la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad el formato de evaluación de los requerimientos del Módulo de Seguridad del Paciente del programa ALMERA, el cual posteriormente fue remitido a la Subdirección de sistemas Ing Alfredo Tellez con el fin de construir los estudios previos para la adquisición de la plataforma ALMERA, por lo que se espera próximamente contar con un programa que permita integrar el Reporte de la Novedad con el Análisis y Plan de Mejora que deben realizar los Líderes de los Procesos, lo que facilitara el seguimiento a realizar por parte de Seguridad del Paciente y la vinculación activa de los líderes y su equipo de trabajo en la gestión de las novedades que se les presenta en sus servicios.

-Retroalimentación de los resultados de las Novedades de Seguridad por diferentes mecanismos: de forma mensual en el Comité de Seguridad del Paciente; Remisión mensual y consolidado trimestral de Novedades a Líderes de Paquetes Instruccionales, Referentes de Programas de Vigilancia y Jefes de áreas; Socialización de las Novedades de Seguridad a colaboradores, actividad realizada de forma personalizada en los diferentes servicios por las profesionales de Seguridad del Paciente, en al reuniones de los grupos primarios y en los servicios durante el cierre de la Ronda de Seguridad; Al cierre de este informe está pendiente la elaboración del Boletín trimestral Informativo y la retroalimentación personalizada por los servicios, lo anterior por falta de recurso humano de seguridad del paciente para hacerlo, actividad que deberá ser realizada cuando se conforme de nuevo el equipo de trabajo.

-Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad: Durante el II Trimestre de 2018 se reportaron e identificaron un total de 1543 Novedades de Seguridad, de las cuales 615 (39.9%) corresponden a la Unidad Funcional de Zipaquirá y **las restantes 928 (60.1%) son de Bogotá**, siendo hasta el momento la cifra más alta reportada en lo que lleva el programa de Seguridad del paciente y esto se encuentra relacionado, con las gestiones institucionales realizadas para el fomento del reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el Programa de IAAS; Búsqueda activa del COVE, Seguimiento Farmacoterapéutico; Auditoria Concurrente del HUS; Defensoría del Usuario ; Auditoria Externa, Líderes de Paquetes Instruccionales. Teniendo en cuenta que compete a todo el Equipo de Seguridad del Paciente el mantenimiento de la Base de Datos, se entregaron computadores portátiles con sistemas operativos Windows 2010 ya que esto facilita la unificación de la información, por cuanto permite depurar con mayor precisión entre las novedades reportadas las que son repetidas y de forma general se facilita la búsqueda y la generación de la información requerida.

Por último es importante mencionar que la Base de Datos de la Vigencia 2018 requirió ser ajustada en los meses de Marzo y Abril, por cuanto se confirmó en el mes de Julio de 2018 por parte del comité de infecciones, que dos (2) Infecciones Asociadas a la Atención en Salud no se habían reportado y requería el ajuste de la información en los meses de Marzo y Abril de 2018.

-Comunicación a través de correo electrónico al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad: Luego de identificar que la Novedad es Extraintitucional, se procede a llamar telefónicamente a la institución respectiva, tratando siempre de ubicar al referente de seguridad o Coordinador de calidad y se le explica la finalidad de esta actividad, posteriormente vía correo electrónico se retroalimenta; en todos los casos no es fácil comunicarse con las instituciones, más si son de otros departamentos y ubicar al referente de seguridad o Coordinador de Calidad de la institución respectiva, por lo que el proceso se vuelve un poco dispendioso de realizar; dado lo delicado de informar acerca de la ocurrencia de una posible novedad de seguridad, cuando no se logra contactar al referente o al líder no se deja información con personal que no sea de calidad o seguridad del paciente.

Soportes: **1.** Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35 con corte a 30 de Junio de 2018, Análisis Ancla y Actas de Reunión, Correo a las EPS, Contestación Orfeos de Defensoría del Usuario y presentación de informe de PQR que tienen relación con Novedades de Seguridad **2.** Actas de Comité, correo electrónico dirigido a Líderes de Paquetes y Jefes de Área informando las novedades de seguridad, Informes Rondas de Seguridad. **3.** Comunicación al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad y o registro en la Base de datos de novedades de Seguridad.

La Línea Estratégica No 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, tiene programado la realización de 47 actividades para la vigencia 2018; en el II Trimestre de 2018 se ejecutaron 12 actividades de las 12 programadas con un cumplimiento del 100%; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No.4 para la vigencia 2018, representa un 46.8% en su ejecución.

5. FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN.

En este II Trimestre de 2018 se programaron 7 actividades, todas desarrolladas de la siguiente manera:

- Apoyo en la Formación de Seguridad del Paciente por diferentes mecanismos: bajo la modalidad virtual, se desarrolló la I Cohorte de la Vigencia 2018 del Curso Virtual de “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”, la cual inicio en Febrero y finalizo el lunes 23 de abril de los corrientes, con un total de **143 inscritos** en el HUS-Bogotá, logrando finalizar el curso y certificarse **75 de ellos, es decir el 52% del total de los participantes**. Ahora bien, la Segunda Cohorte de 2018 inicio el 30 de abril, con un total de 229 inscritos del HUS Bogotá, la cual se encuentra aún en desarrollo por cuanto a la fecha del presente informe no se cuenta con el recurso humano en Educación Médica que de viabilidad a la semana de recuperación que está pendiente desarrollar y en la cual se define quienes superan satisfactoriamente el curso y logran certificarse. Por lo anterior ya hay un retraso en el Desarrollo del Curso Virtual frente a las cohortes que se tenían programado realizar durante la vigencia 2018.

- Actualizar y presentar el proceso inducción y reinducción institucional en lo referente a Seguridad del Paciente: se asiste y participa activamente a las Jornadas de Inducción en los meses de abril, Mayo y Junio de 2018, organizadas por la Subdirección de desarrollo Humano y dirigidas al personal de planta y tercerizados.

- Definición del plan de mejora producto de las encuestas de percepción de seguridad de paciente y familia. Realizadas en el año 2017 y seguimiento por las áreas involucradas (autocontrol): Actividad realizada por la Profesional de Seguridad del Paciente Luz Mery Pachon.

- Desarrollo de Encuesta sobre percepción de seguridad a paciente y familia, a partir de la cual se hace la definición de Temas para educación y entrenamiento al paciente y su familia: Actividad realizada por la Profesional de Seguridad del Paciente Luz Mery Pachon.

-Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente: teniendo en cuenta que en sus actividades el equipo del Programa de Promoción y Prevención, liderado por el Jefe Julián Caballero y dos Auxiliares de Enfermería, tienen inmerso brindar educación y con el ánimo de unir esfuerzos para evitar reprocesos, es este equipo, quienes ejecutan en su mayoría las actividades de educación y entrenamiento al paciente, familiares y cuidadores en temas relacionados con la Seguridad del Paciente, que unido a lo realizado por Seguridad del Paciente arrojan resultados favorables.

Soportes: 1 Tercera versión del Curso virtual “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente” publicado en la plataforma Moodle, Certificado que se otorga al participante que aprobó el Curso Virtual “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”, correos de seguimiento a los participantes del curso virtual 2. Listado de asistencia Inducción y re inducción. 3 plan de mejora producto de las encuestas de percepción de seguridad de paciente y familia. Realizadas en el año 2017.4. Informe de Percepción del paciente y la familia sobre la seguridad de la atención en el hospital de la samaritana 5. Listado de Educación a paciente y familia en seguridad del paciente.

La Línea Estratégica No 5. Fortalecimiento de la formación continua en seguridad del paciente alineado al plan institucional de capacitación, tiene programado la realización de 25 actividades para la vigencia 2018, en el II Trimestre se ejecutaron 7 actividades de las 7 programadas, con un cumplimiento del 100%; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No.4 para la vigencia 2018, representa un 48% en su ejecución al corte del Primer Semestre.

6. INTEGRACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INVESTIGACIÓN QUE SE DESARROLLA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

- Acompañamiento a Grupos de Investigación desde el Programa de Seguridad del Paciente: actividad que es realizada según necesidad, es decir según lo requieran los grupos de investigación, durante el II Trimestre de 2018 no se presentaron solicitudes.

INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2018, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

1 .Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en el II Trim 2018

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma	
51 / 51 = 100 %	Para el II trimestre de 2018 se tiene un cumplimiento de 100 % como se puede observar en el cronograma anexo.

Fuente: Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente Vigencia 2018

Tabla 2: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en el I Semestre 2018

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma
70/ 69 = 98.6 % En el I semestre de 2018 se tiene un cumplimiento de 98.6 % como se puede observar en el cronograma anexo.

Fuente: Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente Vigencia 2018

Proporción de vigilancia de Eventos Adversos

Todos los Eventos Adversos se han gestionado según el procedimiento establecido, cada uno con diferente grado de avance en el ciclo; un total para este II trimestre de 283 Eventos Adversos (Ver Tabla 2, Tabla 3)

PERIODO	I TRIMESTRE 2018		II TRIMESTRE 2018		I SEMESTRE 2018	
	Total	%	Total	%	Total	%
COMPLICACIÓN	63	8,1	90	9,7	153	9,0
DESCARTADO	86	11,1	144	15,5	230	13,5
EVENTO ADVERSO	285	36,6	283	30,5	568	33,3
INCIDENTE	230	29,6	296	31,9	526	30,8
REPETIDO	107	13,8	109	11,7	216	12,7
RIESGOS LABORALES	5	0,6	3	0,3	8	0,5
SEGURIDAD ADMINISTRATIVA (SECURITY)	2	0,3	3	0,3	5	0,3
Total General	778	100	928	100	1706	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

Tabla 4. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
I Trimestre 2018	285 / 285 = 100%
II Trimestre 2018	283 / 283 = 100%
Total I Semestre 2018	568 / 568 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

Proporción de vigilancia de Incidentes.

Hay un fortalecimiento en el aumento del reporte en los años 2015, 2016, 2017 y ahora en el 2018, siendo el segundo tipo de novedad más reportada durante el I semestre de 2018 con el 30,8 % Todos los incidentes se han gestionado según el procedimiento establecido y tipo de reporte, si es de alta, media o baja prioridad (proporción de 1), cada uno con diferente grado de avance en el ciclo; (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados / Número total de incidentes detectados	
I Trimestre 2018	230 / 230 = 100%
II Trimestre 2018	296 / 296 = 100%
I Semestre 2018	526 / 526 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Comparando cada Trimestre del 2016, 2017 y 2018 se evidencia una tendencia general de aumento en la Proporción de Reporte de Novedades de Seguridad, Durante el II Trimestre de 2018 se reportaron e identificaron un total de **928**, siendo hasta el momento la cifra más alta reportada en lo que lleva el programa de Seguridad del paciente y esto se encuentra relacionado, con las gestiones institucionales realizadas para el fomento del reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el Programa de IAAS; Búsqueda activa del COVE, Seguimiento Farmacoterapéutico; Auditoria Concurrente del HUS; Defensoría del Usuario ; Auditoria Externa, Líderes de Paquetes Instruccionales. Teniendo en cuenta lo anterior la proporción de aumento de novedades de seguridad es del 19.2% (Ver Tabla 6)

Tabla 6: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Formula: (No. Total de novedades reportadas en el trimestre actual – No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior) / No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior		Datos: IV Trimestre 2014: 67 I Trimestre 2015: 232 II Trimestre 2015: 190 III Trimestre 2015: 392 IV Trimestre 2015: 667 I Trimestre 2016: 745	II Trimestre 2016: 766 III Trimestre 2016: 720 IV Trimestre 2016: 557 I Trimestre 2017: 779 II Trimestre 2017: 537 III Trimestre 2017: 842 IV Trimestre 2017: 774 I Trimestre 2018: 778 II Trimestre 2018 : 928
AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	
II TRIM	II TRIM	II TRIMESTRE	
766-745/745=0.028=0.028 (2.8%)	537-779) /779 =-0.31 (-3.1 %)	(928-778) / 778= 0.19 (19.2%)	

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años 2014 – 2015 – 2016- 2017-2018

Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación

Durante el II trimestre 2018 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo Digital con 791 novedades que representa el 85.2% (Ver Tabla 7), al realizar los reportes a través del aplicativo se garantiza a quien reporta total anonimato, esto ha permitido fortalecer la cultura del reporte; el restante fue identificado por Auditoria Concurrente con 111 reportes, siendo una forma de identificación nueva en el HUS al regresar la concurrencia a partir de Agosto de 2017; desde Atención al Usuario por PQR tanto del Cliente Externo como Interno se identificaron 20 reportes; Auditoría Externa de EPS realizó 6 reportes. Al ingresar estas novedades al aplicativo, siempre se verifica, si con anterioridad ya se había reportado su ocurrencia, dejando el consecutivo con el cual ingreso por primera vez a la base de datos y el otro se clasifica como repetido, indicando con cual consecutivo se repite.

Tabla 7: Proporción Novedades de Seguridad por forma de identificación

Formula: No. de novedades de seguridad identificadas por los diferentes medios (reporte, quejas, demandas, comités, etc.) / No. Total de novedades de seguridad identificadas en el periodo.						
FORMA DE IDENTIFICACIÓN	I Trimestre 2018	%	II Trimestre 2018	%	Total I Semestre 2018	%
APLICATIVO	725	93,2	791	85,2	1516	88,9
ATENCIÓN AL USUARIO	13	1,7	20	2,2	33	1,9
AUDITORÍA CONCURRENTE	36	4,6	111	12,0	147	8,6
AUDITORÍA EXTERNA	4	0,5	6	0,6	10	0,6
TOTAL NOVEDADES IDENTIFICADAS	778	100	928	100	1706	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

Porcentaje de Cumplimiento de Paquetes Instruccionales

Se cuenta con un porcentaje de implementación global del 73 % de los Paquetes Instruccionales con corte a 30 de Junio 2018, con una leve disminución comparado con la última evaluación del 2017 que fue del 76% lo anterior tiene relación con la nueva metodología de evaluación.

Tabla 8. Porcentaje de Cumplimiento de Paquetes Instruccionales I semestre 2018

Criterios de evaluación de Implementación I Semestre 2018					IMPLEMENTACIÓN GLOBAL
1. Líder empoderado (0 a 10 %)	2. Documentado (0 a 15 %)	3. Desplegado e Implementado (0 a 25%)	4. Medido (0 a 25%)	5. Mejorado: trazabilidad (0 a 25%)	
8%	12%	18%	19%	17%	73%

Fuente: Listas de Chequeo de Grado de Cumplimiento en la implementación de Paquetes Instruccionales I semestre de 2018

Proporción de novedades de seguridad por tipo de la novedad

Las Novedades de Seguridad más frecuentemente reportadas por Tipo de Atención en salud insegura durante el II Trimestre de 2018 y consolidado I semestre de 2018 se relacionan con: fallas en Procesos o procedimientos asistenciales; Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales); infecciones asociadas a la atención en salud; Relacionados con los dispositivos y equipos médicos; Caídas de pacientes; Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud; dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes; (Ver Tabla. 9 y Tabla 10).

Tabla 9: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2018 II-TRIM 2018

Formula: No de novedades de seguridad por Tipo de Atención Insegura / No total de novedades de seguridad identificadas en el periodo		
POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA II TRIMESTRE DE 2018	No	%

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	272	40,7%
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	193	28,8%
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	69	10,35
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	48	7,2%
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	28	4,2%
Tipo 11: Caídas de pacientes	20	3,0%
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	14	2,1%
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	7	1,0%
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	5	0,7%
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	4	0,6%
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	4	0,6%
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	3	0,4%
Tipo 8: relacionado con la administración de oxígeno o gases medicinales	1	0,1%
Tipo 12: Accidentes de pacientes	1	0,1%
Total General	669	100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

Tabla 10: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2018 | SEM 2018

Formula: No de novedades de seguridad por Tipo de Atención Insegura / No total de novedades de seguridad identificadas en el periodo		
POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA SEMESTRE DE 2018	No	%
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	553	44,3%
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	316	25,3%
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	121	9,7%
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	93	7,5%
Tipo 11: Caídas de pacientes	47	3,8%
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	36	2,9%
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	24	1,9%
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	16	1,3%
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	14	1,1%
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	10	0,8%
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	8	0,6%
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	5	0,4%
Tipo 8: relacionado con la administración de oxígeno o gases medicinales	2	0,2%
Tipo 12: Accidentes de pacientes	1	0,1%
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	1	0,1%
Total general	1247	100%

Porcentaje de Eventos Adversos

Para el II trimestre de 2018 el porcentaje de Eventos Adversos es del 1.1 % y para el I semestre de 2018 del 1.2%

frente al total de atenciones que incluyen: los Egresos Hospitalarios, las Consultas generadas en Consulta Externa, Consultas de Urgencias y los Procedimientos Quirúrgicos (Ver Tabla 11 y Tabla 12).

Como se observa hay un aumento en el porcentaje de los Eventos Adversos en las diferentes vigencias, lo cual está directamente relacionado con el aumento en el reporte de las novedades de seguridad dado por la mejora en la cultura del reporte que cada vez es mayor.

Tabla 11: Porcentaje de Eventos Adversos II Trimestre de 2018

Formula: Número total de eventos adversos en el periodo / Número total de Atenciones en el periodo	
II Trimestre 2016	184 / 28158 = 0.65%
II Trimestre 2017	187 / 23389 = 0.8 %
II Trimestre 2018	283 / 25480 = 1.1 %

Fuente: Oficina de Estadística Archivos 2017/Indicadores/Indica General y Base de Datos Novedades de Seguridad 2016-2017-2018

Tabla 12: Porcentaje de Eventos Adversos I Semestre de 2018

Formula: Número total de eventos adversos en el periodo / Número total de Atenciones en el periodo	
I Semestre 2016	334 / 53761 = 0.6 %
I Semestre 2017	415 / 47391 = 0.8 %
I Semestre 2018	568 / 47238 = 1.2 %

Fuente: Oficina de Estadística Archivos 2017/Indicadores/Indica General y Base de Datos Novedades de Seguridad 2016-2017-2018.

ANEXOS

- Anexo 1: Cronograma para la ejecución del programa de Seguridad del Paciente año 2018.

7.3 GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

Se está realizando actualmente la autoevaluación de condiciones de Habilitación en la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana de acuerdo a la Resolución 2003 del año 2014 con la participación de los Subdirectores y líderes de procesos.

Al mes de julio de la vigencia actual, se han autoevaluado los servicios de:

- Grupo de apoyo diagnóstico: servicios de Laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio clínico, servicio de Transfusión sanguínea, Laboratorio de citologías cervico-uterinas, laboratorio de histotecnología, laboratorio de Patología.
- Hospitalización general adulto, aplicando el instrumento en cada piso de hospitalización: segundo piso hospitalización cirugía general ala sur, ala norte; cuarto piso ala sur hospitalización de Neurocirugía, cuarto piso de hospitalización Obstetricia y sala de parto, quinto piso de hospitalización medicina interna la sur, ala norte.
- Se realizó autoevaluación en la Unidades de cuidado intensivo adulto e intermedio adulto. En la Unidad Neonatal autoevaluando los servicios de Cuidado básico neonatal, Unidad de cuidado intensivo neonatal e intermedio neonatal.
- Servicio de Farmacia: farmacia central, farmacia de salas de cirugía, farmacia del servicio de urgencias y bodega de farmacia.
- Del grupo de consulta externa se inició la autoevaluación con los servicios de Fisioterapia, fonoaudiología y terapia del lenguaje, terapia respiratoria y terapia ocupacional.
- Se realizó autoevaluación al proceso de docencia, ya que dentro de la normatividad se contempla los convenios docencia de servicio; se le aplico el instrumento de la Resolución 2003 de 2014 y para complementar el ejercicio se aplicó la Resolución 3409 de 2012 la cual aplica para Instituciones prestadores de servicios de salud para efectos de reconocimiento como hospitales Universitarios.
Resultados de la matriz de autoevaluación aplicada al mes de julio del 2018.

Tabla N° 1. Matriz de autoevaluación

 MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN 			
NOMBRE HOSPITAL: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA			05GC20-V1
ESTANDAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
TODOS LOS SERVICIOS	74		4
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA			
CONSULTA EXTERNA			
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES MÉDICAS			
CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL Y ESPECIALIZADA			20
CONSULTA EXTERNA MEDICINA ALTERNATIVA			11
URGENCIAS BAJA COMPLEJIDAD	7	1	12
URGENCIAS MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	9		
FARMACEUTICO BAJA COMPLEJIDAD	9		4
FARMACEUTICO ALTA COMPLEJIDAD	3		2
TOMA E INTERPRETACION DE RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS			8
RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS BAJA COMPLEJIDAD			11
RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			
ULTRASONIDO			
MEDICINA NUCLEAR			19
RADIOTERAPIA			14
QUIMIOTERAPIA			12
DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR			
ELECTRODIAGNÓSTICO			
TRANSFUSION SANGUÍNEA	6		1
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	6		1
LABORATORIO CLÍNICA BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	9		2
TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO			
LABORATORIO DE CITOLOGÍAS CERVICO - UTERINAS	5	1	2
LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	4	1	2
LABORATORIO DE PATOLOGÍA	5	1	2

ENDOSCOPIAS			
HEMODIALISIS			
TERAPIAS ALTERNATIVAS			8
NEUMOLOGÍA - LABORATORIO DE FUNCION PULMONAR			
HEMODINAMIA			
HOSPITALIZACIÓN BAJA COMPLEJIDAD	10	1	1
HOSPITALIZACIÓN MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	6	1	6
HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICA BAJA COMPLEJIDAD	8		1
HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	7	1	
CUIDADO BÁSICO NEONATAL	7		
INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL			8
HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD SALUD MENTAL			13
INTERNACION HOSPITALARIA E INTERNACIÓN PARCIAL PARA LA ATENCIÓN AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			8
ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE PACIENTE CRÓNICO			9
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	10	1	
CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO			13
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	11		
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	7	1	
CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO			10
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	8		
UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS Y PEDIÁTRICOS			8
CIRUGÍA BAJA COMPLEJIDAD			14
CIRUGÍA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			
CIRUGÍA AMBULATORIA			
TRANSPLANTE DE ÓRGANO			26
TRANSPLANTE DE TEJIDOS			
TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS			19
TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO			
TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO			13
ATENCIÓN DOMICILIARIA			22
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA			9

ATENCIÓN AMBULATORIA CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			7
ATENCIÓN INSTITUCIONAL NO HOSPITALARIA AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			7
ESTERILIZACIÓN	6		2
BRIGADAS O JORNADAS INTRAMURALES			19
BRIGADAS O JORNADAS EXTRAMURALES			16
ATENCIÓN EN UNIDAD MÓVIL TERRESTRE			34
ATENCIÓN EN UNIDAD MÓVIL ACUÁTICA			36
PRESTADOR REMISOR CON TELECONSULTA Y/O APOYO DIAGNÓSTICO			
PRESTADOR REMISOR - CON TELE - UCI			29
CENTRO DE REFERENCIA CON TELECONSULTA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TELE - UCI			
TOTAL	217	9	465

7.31 DESARROLLO DE SERVICIOS

Se tiene programado autoevaluar el grupo de servicios de consulta externa en el mes de agosto, grupo que abarca 42 de los servicios habilitados, para terminar con la autoevaluación de condiciones de habilitación del Hospital y así incluirlos los criterios que no se cumplen en los planes de mejora por procesos PUMP para ejecutar las acciones pertinentes para dar cumplimiento.

Para finalizar un resumen por estándares de habilitación con algunos criterios que no se cumplen:

Tabla N° 2. Resumen por estándares de habilitación con algunos criterios no cumplidos.

TALENTO HUMANO		
Servicio	Criterio	Observación
Hospitalización	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación. Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	Se evidencia que el personal del cuadro de turnos son médicos residentes. Solo se cuenta con un médico hospitalario con vínculo con el hospital. (cuarto piso de hospitalización Neurocirugía)

INFRAESTRUCTURA		
Servicio	Criterio	Observación
Hospitalización obstétrica mediana y alta complejidad .	Además de las condiciones definidas para hospitalización obstétrica de baja complejidad, disponibilidad de: 1. Consultorio que cuenta con: unidad sanitaria. 2. Área para observación y monitoreo y oxígeno.	Cuenta con un baño compartido para dos consultorios. No cuenta con área para observación. Se evidencia lámpara con bombillos dañados.
Hospitalización, unidad de cuidado intermedio adulto.	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	Falta puerta de vidrio en ingreso a cuidado especial (cuarto piso). Lámparas sin protector. Falta mantenimiento de pintura, ventanas con fisuras en vidrio en habitaciones. El sistema de llamado de enfermería no funciona en algunos pisos de hospitalización.
Unidad de cuidado intensivo adulto	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	Lámparas sin protector y otras con el protector desprendido. Piso: pintura desprendida en pisos, pisos con fisuras, grietas. Lavamanos con muebles de madera expuesta.
Hospitalización, Laboratorio clínico, Unidad de cuidado intensivo adulto.	Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.	Muebles con material en madera expuesta. (Deterioro de la lámina).
DOTACION Y MANTENIMIENTO		
Servicio	Criterio	Observación
Hospitalización, Servicio de Terapias	Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	Faltan las fichas de uso rápido en algunos equipos.
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS		
Servicio	Criterio	Observación

Laboratorio de Patología, Laboratorio de Histotecnología, Laboratorio de Citología cervico – uterinas.	Los medicamentos homeopáticos, Fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.	En lugar de almacenamiento de reactivos no cuenta con instrumento de medición de temperatura y humedad. No se evidencian registros de Temperatura. Falta control de fechas de vencimiento. Se evidencia Frasco Microbiology Sacarasa con fecha de vencimiento del 2015/03/31, se evidencian siete frascos de Coloración Papanicolau con fecha de vencimiento 2017/05/31. No se evidencia kit de derrames.
Hospitalización	Disponibilidad de carro de paro que contenga el equipo básico de reanimación de acuerdo con las especificaciones definidas en todos los servicios. Si el servicio de hospitalización está en varios pisos, se debe disponer mínimo de un carro de paro por cada piso donde funcione el servicio.	Falta rotulación de insumos y medicamentos. Se revisa carro de paro y se encuentra que: lote de Lidocaína registrado no coincide con el registro físico, Epinefrina registran código en lote, Cloruro de sodio cantidades dos de diferentes lotes, registrados con el mismo lote. No cuenta con kit para recolección de evidencia forense y kit de profilaxis para VIH, ITS (segundo Piso)
PROCESOS PRIORITARIOS		
Servicio	Criterio	Observación
En todos los servicios excepto esterilización.	Cuenta con protocolo de: 1. Limpieza y desinfección de áreas. 2. Superficies. 3. Manejo de ropa hospitalaria.	Falta limpieza y desinfección en muebles. Se evidencian equipos sin etiqueta de limpieza y desinfección.
En todos los servicios excepto Esterilización y	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de	Cuenta con las guías , procesos, procedimientos pero falta

servicio de Terapias.	servicios de salud, según aplique.	actualizarlos.(formatos y algunos por fechas)
-----------------------	------------------------------------	---

- **Estándar de dotación:**

En el segundo trimestre de 2018 no se realizó adquisición de equipos Biomédicos, por los tanto continua pendiente los equipos descritos en la tabla número 3.

Tabla No 3. Seguimiento Estándar de Dotación

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN I TRIMESTRE 2018.		
ESTANDAR DE DOTACION		
SERVICIO	EQUIPO	OBSERVACIONES
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Infantometro	Fue aprobado el Plan de Adquisiciones de Compras el 29 de sep 2017. En el primer trimestre de 2018 no se adquirió, continúa pendiente.
FARMACIA CENTRAL	Se requieren neveras en los servicios de enfermería y validar la cadena de frío, termómetros	Fue aprobado el Plan de Adquisiciones de Compras el 29 de sep 2017. Para adquirir en el año 2018. No se adquirió en el primer trimestre de 2018.
GINECOLOGIA - CONSULTORIO- SALA DE PARTOS	Cama ginecológica con estribos	Se incluirá en el Plan de Adquisiciones de 2018. Para adquirir en el año 2018. No se adquirió en primer trimestre de 2018.

Fuente: Información aportada por la Ingeniera Biomédica, Xiomara Liseth Alvarado Jiménez.

7.3.2 REFERENCIACIÓN COMPARATIVA

Para el segundo trimestre del año 2018 se adicionaron nuevas solicitudes en el cronograma de referenciaci3nes, comparativas para un total de 35 referenciaci3nes. Es de aclarar que debido a las oportunidades de mejora de acreditaci3n la programaci3n de las referenciaci3nes estar3 sujeta a cambios por las diferentes solicitudes de los procesos. De las 35 referenciaci3nes programadas para este a3o, se realizaron seis para este primer semestre, se han solicitado siete de las cuales est3n pendientes de respuesta por parte de las instituciones, una de estas confirmada para el 24 de julio y por solicitar 22, las cuales est3n pendientes por diligenciar los formatos de solicitudes para ser gestionadas con las instituciones.

Tabla No 4. Avances de Referenciación Comparativa Realizada e implementada.

REFERENCIACION COMPARATIVA HUS 2018	
Total 28 Programadas	Desarrollo
Realizadas	6
Solicitadas	7
Por solicitar	22
Informes presentados	6
Ref Interna programada	0

Ref Interna realizadas	0
	% Avance
	% Realizadas
	17%

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad

De las seis referenciaciones realizadas se han implementado tres acciones en el Hospital Universitario de la Samaritana: desde el servicio de nutrición se implementó en la historia clínica de Dinámica Gerencial la evolución de los pacientes con alimentos propósito medico especial.

Desde el proceso de atención al usuario se realiza en la inducción una sensibilización de Humanización, y desde el proceso de tecnología biomédica se incluyó en el plan de compras de sistemas la adquisición de un Software para dicho proceso, ya que se requiere la implementación de herramientas que permitan unificar, cuantificar y generar información para alimentación del proceso (inventario de equipos biomédicos, cronograma de mantenimiento y alertas a los mismos, cronogramas de capacitación, indicadores de cumplimiento de acuerdo a los establecidos en el proceso), con ello se espera contar con una mayor organización así mismo fortalecer la oportunidad en la prestación de los servicios y generar un mayor control de seguimiento al proveedor externo.

Se han gestionado otras actividades para implementar otras experiencias exitosas que se esperan generen un mejoramiento en los procesos.

A continuación se describen algunas acciones que requieren aprobación y apoyo por la alta dirección:

PROCESO	ACCIONES QUE REQUIEREN APOYO
Atención paciente hospitalizado - Nutrición	Considerar la compra de carros termos puesto que los que se encuentran en uso no garantizan una temperatura constante y segura de los alimentos, siendo esta una queja identificada en los pacientes hospitalizados. De otra parte los reportes de mantenimiento preventivo y correctivo recomiendan el cambio de dichos equipos por haber cumplido su ciclo de vida útil.
Atención al paciente Hospitalizado -COVE	Seguir tramitando la adquisición del luminometro para medir la calidad de la limpieza y desinfección.
Atención al Usuario- Programa de Humanización	Incluir en el Programa de Humanización el abordaje de humanización al Cliente Interno, colaborador independientemente de la modalidad de contratación acompañado del Plan de acción específico.
Atención paciente ambulatorio e Imágenes Diagnosticas	Retablos de para prevención de caída en las áreas ambulatorias.
Proceso de Tecnología Biomédica	Software para el proceso de tecnología biomédica, porque se requiere la implementación de herramientas que permitan unificar, cuantificar y generar información para alimentación del proceso, en los que se encuentran: inventario de equipos biomédicos, cronograma de mantenimiento y alertas a los mismos, cronogramas de capacitación, indicadores de cumplimiento de acuerdo a los establecidos en el proceso, con ello se espera contar con una mayor organización así mismo fortalecer la oportunidad en la prestación de los servicios y generar un mayor control de seguimiento al proveedor externo.

Tabla No 5. Referenciación Comparativa Programada en 2018

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						HUS		
CRONOGRAMA DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS								
2018								
05DS02-V1								
PROCESO A REFERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACIÓN	INSTITUCIÓN A REFERENCIAR	CIUDAD	FECHA	RESPONSABLE	ESTADO DE LA REFERENCIACIÓN	OBSERVACION DEL ESTADO	INFORME
1	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	MEJORAR EL PROCESO QUIRÚRGICO	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	MEDELLÍN	ABRIL	RUTH CHAPARRO	POR SOLICITAR	
2	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	AUTOMATIZAR EL SERVICIO	HOSPITAL MEDERI	BOGOTA	ABRIL	ANGEL CARDENAS	POR SOLICITAR	
3		MEJORAR EL PROCESO DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE LOS ANGELES DE PASTO	NARIÑO	MAYO		POR SOLICITAR	
4	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO - NUTRICIÓN	MEJORAR PROCESOS DE NUTRICIÓN HOSPITALARIA	HOSPITAL SAN JOSÉ	BOGOTA	MARZO	CLAUDIA ZAMBRANO	REALIZADO	Realizada en el Hospital San Jose el 20 de marzo de 2018
5		MEJORAR PROCESOS DE NUTRICIÓN HOSPITALARIA	CLÍNICA COLOMBIA Y REINA SOFÍA	BOGOTA	MARZO		POR SOLICITAR	
6	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	MEJORAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	HOSPITAL MILITAR	BOGOTA	MARZO	FREDY RAMIREZ	SOLICITADA	SOLICITADO AL HOSPITAL MILITAR.
7		MEJORAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTA	MARZO		SOLICITADA	SOLICITADO AL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. NO
8	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO-COVE	MEJORAR PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTA	MARZO	MIRYAM VERGARA	REALIZADO	Realizada en el Instituto nacional de cancerologia el 03 de abril de 2018
9	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	MEJORAR EL PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	VIRREY SOLYS	BOGOTA	ABRIL	JULIAN CABALLERO	POR SOLICITAR	
10		MEJORAR EL PROCESO DE SALAS DE EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	COUNTRY	BOGOTA	MAYO		POR SOLICITAR	
11	DOCENCIA	REVISAR PROCESOS DE ACREDITACIÓN	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	MARZO	ANDREA MORALES	POR SOLICITAR	SOLICITADO AL HOSPITAL SAN IGNACIO. SE DEBE VOLVER A DILIGENCIAR FORMATO EN LÍNEA SEGÚN LINK ENVIADO.
12	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	MEJORAR PROCEDIMIENTOS RESPUESTA A EMERGENCIAS	FUNDACIÓN SANTA FE	BOGOTA	ABRIL	WILLIAM GÓMEZ	POR SOLICITAR	
13	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	FORTALECER LA ARTICULACIÓN DE ACTIVIDADES	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTA	SEGUNDO SEMESTRE	CESAR MORENO	POR SOLICITAR	
14			HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	SEGUNDO SEMESTRE		POR SOLICITAR	
15	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO - NEUROCIURGÍA	CONOCER PROCESO DE CENTROS DE EXCELENCIA	FUNDACIÓN SANTA FÉ	BOGOTA	MAYO	MAURICIO RIVEROS	POR SOLICITAR	
16		CONOCER PROCESO DE CENTROS DE EXCELENCIA EN PATOLOGÍA TRAUMA RAQUIMEDULAR	POR DEFINIR	ESTADOS UNIDOS	JUNIO		POR SOLICITAR	
17	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO- AUDITORIA CONCURRENTE	MEJORAR EL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA CONCURRENTE EN UNIDAD QUIRÚRGICA	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	BOGOTA	MARZO	ALIX FERNANDA CAÑAVERAL	POR SOLICITAR	
18		MEJORAR EL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA CONCURRENTE EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (GIRO CAMA Y ESTANCIA).	FUNDACIÓN SANTAFÉ	BOGOTA	MARZO		REALIZADO	Realizada en la Fundacion Santa Fé, el 02 de marzo de 2018.
19	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO- ORTOPEDIA	CONOCER PROCESO DE CENTROS DE EXCELENCIA EN PATOLOGÍA POLITRAUMATISMO- RX COMPLEJA	POR DEFINIR	ESTADOS UNIDOS	POR DEFINIR	OMAR PEÑA	POR SOLICITAR	

20	GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	REVISAR TRÁMITE DE REQUERIMIENTOS	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	BOGOTA	POR DEFINIR	JEFFREY TORRES	POR SOLICITAR		
21			HOSPITAL SAN JOSÉ	BOGOTA	POR DEFINIR		POR SOLICITAR		
22			FUNDACIÓN SANTAFÉ	BOGOTA	POR DEFINIR		POR SOLICITAR		
23			HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	MAYO		REALIZADO	Realizada en el Hospital San Ignacio el 15 de mayo de 2018.	ENTREGADO
24		HOSPITAL GENEAL DE MEDELLIN	MEDELLÍN	POR DEFINIR		POR SOLICITAR			
25	GESTIÓN DE LA CALIDAD	SEGUNDA VÍCTIMA, REACCIÓN INMEDIATA A EVENTOS ADVERSOS, IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETE INSTRUCCIONAL CARDIOVASCULAR Y PREVENCIÓN Y CANSANCIO, GESTIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS Y PACIENTE TRAZADOR.	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	POR DEFINIR	MIREYA SUÁREZ	SOLICITADA	SOLICITADO AL HOSPITAL SAN IGNACIO. SE ENVIA EN FORMARIO DEL HOSPITAL SAN IGNACIO PROGRAMADA PARA EL 24 DE JULIO DE 2018	
26			FUNDACION SANTA FÉ	BOGOTA	POR DEFINIR		SOLICITADA	SOLICITADO A LA FUNDACIÓN SANTA FÉ	
27			HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE LOS ANGELES DE PASTO	NARIÑO	POR DEFINIR		POR SOLICITAR		
28	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	MEJORAR LOS PROCESOS DE FISIOTERAPIA	FUNDACION SANTA FÉ	BOGOTA	JUNIO	NAIR DIAZ	SOLICITADA	SOLICITADO A LA FUNDACIÓN SANTA FÉ	
29	HOTELERIA HOSPITALARIA	MEJORAR EL PROCESO DE HOTELERIA	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	POR DEFINIR	NELSY FLOREZ	SOLICITADA	SOLICITADO AL HOSPITAL SAN IGNACIO.	
			FUNDACION VALLE DE LILI	CALI	POR DEFINIR				
29	HOTELERIA HOSPITALARIA	MEJORAR EL PROCESO DE HOTELERIA	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	POR DEFINIR	NELSY FLOREZ	SOLICITADA	SOLICITADO AL HOSPITAL SAN IGNACIO.	
30	APOYO DIAGNOSTICO		FUNDACION VALLE DE LILI	CALI	POR DEFINIR	RUTH ROJAS	POR SOLICITAR		
			HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	MEDELLÍN	POR DEFINIR				
			FUNDACION SANTA FE	BOGOTA	POR DEFINIR				
			CLINICA DE LA SABANA	BOGOTA	POR DEFINIR				
32		PATOLOGÍA: DAR CUMPLIMIENTO A LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE ICONTEC	FUNDACION CARDIOINFANTIL	BOGOTA	JULIO	SAMUEL	POR SOLICITAR	Se devuelve formato para que sea diligenciado en formato de Cardioinfantil	
33	ATENCION PACIENTE AMBULATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	IDENTIFICAR ACCIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTACION DE LOS PROCESOS DE ATENCION EN SALUD EN AREAS AMBULATORIAS	HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	MAYO	DORIS HELENA TORRES, YAMILE UBAQUE	REALIZADO	referenciación realizada en el hospital San Ignacio.	ENTREGADO
34	ATENCION AL USUARIO	IDENTIFICAR ACCIONES DE HUMANIZACION QUE IMPACTEN EN LA TRANSFORMACION CULTURAL	HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	ABRIL	NUBIA GUERRERO	REALIZADO	Realizada en el Hospital San Ignacio.	ENTREGADO a planeacion el 28 de junio de 2018
35	FINANCIERA		HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	Mayo	JHON	SOLICITADA	Solicitado al Hospital San Ignacio (pantallazo de envío)	

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad

PQRS

Para el segundo trimestre del 2018 se dio respuesta a una solicitud de información relacionada con referenciacines comparativas la cual llego por PQRS.

PLAN OPERATIVO ANUAL

Tabla No 6. PAS 2018

Meta de producto anual	Indicador de producto									Descripción de estrategias y actividades
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2016		Valor esperado Año 1	Línea base AÑO 2017		Valor esperado Año 2	
				Valor	Año		Valor	Año		
Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Autoevaluación de servicios Habilitados	NA	Unidad	82%	2016	100%	NA	2017	1	Realizar Autoevaluación de los servicios habilitados en el HUS Bogotá (50%)
										Elaboración de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación (10%)
										Ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación (40%)

Fuente: PAS 2018.

A la fecha se ha realizado la autoevaluación a 44 servicios de los 88 servicios habilitados que tiene la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, para un cumplimiento del 50 %.

Tabla N° 7. Servicios Autoevaluados Condiciones de habilitación.

	TOTAL SERVICIOS HABILITADOS	AUTOEVALUADOS	FALTAN POR AUTOEVALUACION
SERVICIOS	88	44	44
Porcentaje de cumplimiento		50%	

El porcentaje que falta para cumplir con la actividad de autoevaluación de habilitación está representado en los servicios que faltan por terminar la autoevaluación, como son el grupo de servicios de consulta externa, el cual abarca 40 servicios de los habilitados en el hospital. Según el cronograma se terminara con la autoevaluación el 24 de agosto para dar paso a las acciones de mejoramiento.

Se tiene programado autoevaluar el grupo de servicios de consulta externa en el mes de agosto, grupo que abarca 42 de los servicios habilitados, para terminar con la autoevaluación de condiciones de habilitación del Hospital y así incluirlos los criterios que no se cumplen en los planes de mejora por procesos PUMP para ejecutar las acciones pertinentes para dar cumplimiento.

PROGRAMAS

El proceso de Desarrollo de Servicios no tiene programas.

Otros

Reporte de Trasplante de Tejidos Osteomuscular y Ocular:

De manera mensual es realizado por la referente del programa de Trasplantes el reporte de Trasplantes de tejidos osteomuscular y ocular generado por cada servicio, a la red de Trasplantes de la Secretaria de Salud Distrital, el cual a su vez envía la información al Instituto Nacional de Salud (INS).

En el mes de junio se realizó la renovación del servicio de Trasplante de tejido ocular ante el Instituto Nacional de salud y el sistema RedData, este proceso fue acompañado desde habilitación.

Para el primer y segundo trimestre del 2018 se reportó la siguiente información de trasplantes de tejido:

Tabla No 8. Consolidado Reporte de trasplantes de Tejidos HUS 2018
I y II - Trimestre 2018

CONSOLIDADO REPORTE DE TRASPLANTES 2018 HUS		
I TRIMESTRE DE 2018		
MES	TEJIDO OSTEOMUSCULAR	TEJIDO OCULAR
Enero	0	1
Febrero	2	0
Marzo	1	0
Abril	2	0
Mayo	1	0
Junio	4	0

Fuente: Reporte de Andrea Forero- Referente de trasplantes

Programa de Auditorías Internas

En el primer trimestre se realizaron las siguientes auditorías internas:

- Acompañamiento en auditoria Sistema de gestión de calidad, NTC ISO 9001:2008,
- Seguimiento mantenimiento condiciones de habilitación.

Para el segundo trimestre se realizaron las auditorías internas de autoevaluación de habilitación, según cronograma.

Recibir Auditoria Externa

Acompañamiento en auditoría externa de la secretaria de salud Distrital al servicio de Fisioterapia.

7.4 GESTIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN AMBIENTAL

GESTIÓN DEL PROCESO

Programas

De acuerdo con los programas desarrollados por el área ambiental se tiene la evaluación del PGIRSHYS y de RECICLAJE que podemos verificar su efectividad a través de los siguientes indicadores de segregación que determinan la efectividad de las acciones realizadas a través del programa y que responden de igual manera a los numerales propuestos por la Norma ISO 14001:2008 en este momento reevaluados de acuerdo a la nueva modificación de la norma ISO 14001:2015.

En aras de responder a las necesidades del desempeño ambiental de la institución y de acuerdo a la evaluación de riesgos de los impactos generados por la prestación de servicios de salud, se han venido desarrollando actividades que responden a la mitigación de los mismos y al control responsable de aquellos que continúan generando resultados que afectan los recursos naturales.

Esta gestión se enfoca en los siguientes aspectos así:

INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

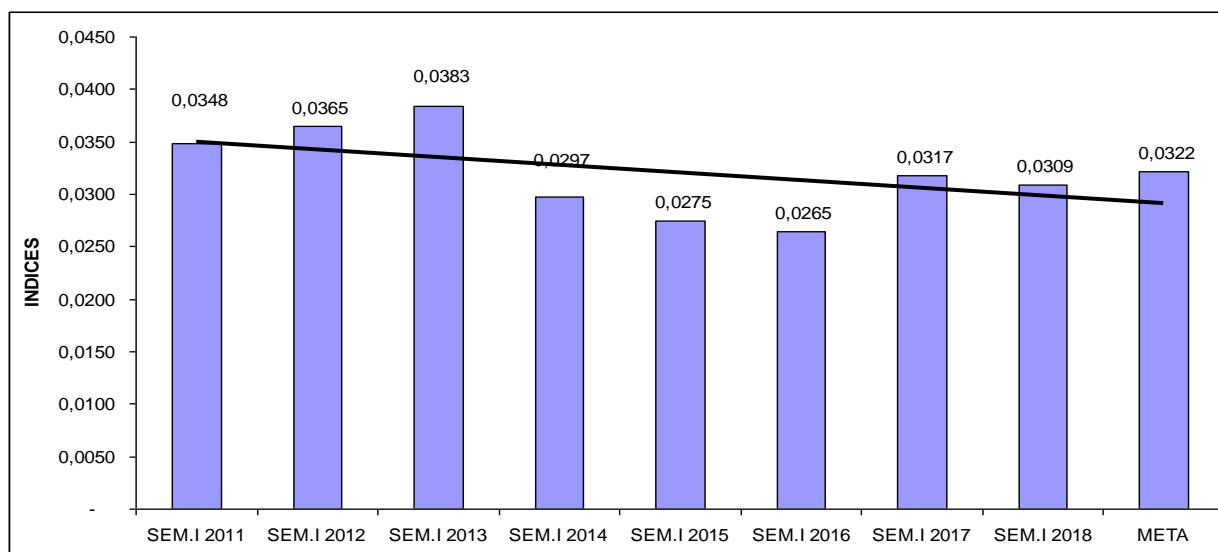
TIPO DE RESIDUO Kg	SEM.I 2011	SEM.I 2012	SEM.I 2013	SEM.I 2014	SEM.I 2015	SEM.I 2016	SEM.I 2017	SEM.I 2018
ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLE	120.047,00	119.562,00	114.179,00	112.816,00	110.354,00	114.420,00	119.319,00	116.536,00
Ordinarios	61.196,00	71.778,00	71.714,00	69.624,00	68.822,00	74.400,00	76.844,00	76.141,00
Inertes	3.095,00	2.977,00	2.658,00	2.643,00	2.413,00	2.433,00	2.356,00	2.111,00
BIODEGRADABLES	14.230,00	14.315,00	14.247,00	14.258,00	14.253,00	14.607,00	14.547,00	14.585,00
RECICLABLES	41.526,00	30.492,00	25.560,00	26.291,00	24.866,00	22.980,00	25.572,00	23.699,00
RIESGO BIOLÓGICO	86.884,00	91.428,00	89.226,00	86.457,00	90.733,00	75.894,00	69.720,00	74.040,00
Anatomopatológicos	9.316,00	9.398,00	9.118,00	9.580,00	10.011,00	10.257,00	8.589,00	10.075,00
biosanitarios	76.639,00	81.057,00	79.285,00	76.015,00	79.784,00	64.679,00	60.182,00	62.914,00
cortopunzantes	929,00	973,00	823,00	862,00	938,00	958,00	949,00	1.051,00
QUÍMICOS	3.871,94	5.202,73	4.690,94	4.105,94	5.017,94	6.254,12	6.565,01	7.247,01
Farmacos	3.843,00	2.972,00	3.132,00	3.091,00	3.634,00	4.714,00	4.978,00	5.372,00
Reactivos		2.201,57	1.530,00	986,00	1.355,00	1.509,00	1.556,00	1.844,00
Contenedores Presurizados	28,94	29,16	28,94	28,94	28,94	31,12	31,01	31,01
TOTAL	210.802,94	216.192,73	208.095,94	203.378,94	206.104,94	196.568,12	195.604,01	197.823,01
RECICLAJE	11.678,00	12.337,00	12.187,00	16.627,00	16.711,00	11.726,00	12.718,00	11.131,00

INDICADORES DE CONSUMO DE SERVICIOS PÚBLICOS

COSUMO DE RECURSOS	SEM.I 2011	SEM.I 2012	SEM.I 2013	SEM.I 2014	SEM.I 2015	SEM.I 2016	SEM.I 2017	SEM.I 2018
ENERGIA KW/H	1.204.800,05	1.096.997,86	902.400,00	996.000,00	1.001.654,00	872.150,00	951.277,49	1.029.600,00
AGUA m3	10.604,00	10.644,00	9.956,00	10.185,00	9.888,00	8.005,00	7.045,00	7.995,00
GAS m3	59.020,00	61.244,00	46.769,00	60.394,00	56.420,00	46.441,00	54.781,00	53.408,00

De acuerdo al comportamiento de los últimos 7 años, y permitiéndonos que la meta establecida se evalúe a través del promedio obtenido de las vigencias anteriores (118.304,71 Kgs), vemos que para el 2018 ha Disminuido en un 4.28%, a nivel general para algunos tipos estos han disminuido como es el caso de los biológicos, estas variaciones serán analizadas en el ítem correspondiente, cabe aclarar que estas variaciones están supeditadas a la producción general de la prestación del servicio que para el periodo evaluado esta ha Aumentado con relación al periodo de la vigencia anterior en 4%.

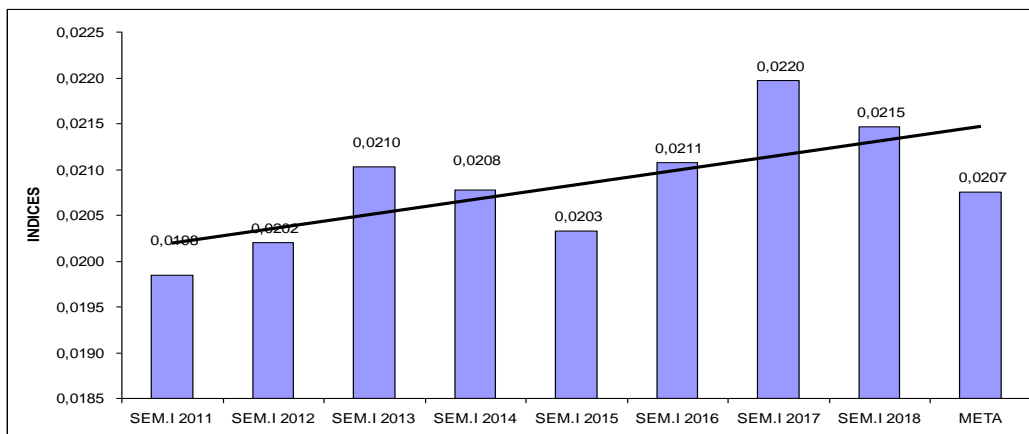
GRÁFICA: Generación de residuos sólidos TOTAL en Kilogramos por UVR producida.



En concordancia con el análisis anterior y teniendo en cuenta el comportamiento de la producción en relación con la meta definida desde el promedio de las vigencias anteriores, en este sentido se observa que para el año 2018 en su primer semestre en cuanto a generación de residuos el periodo tuvo una disminución con relación al semestre de la vigencia anterior en un 3 %. A manera general la disminución obedece a la adherencia a los procedimientos y protocolos y que de manera adicional ha aumentado en la productividad mejorando de esta manera el índice.

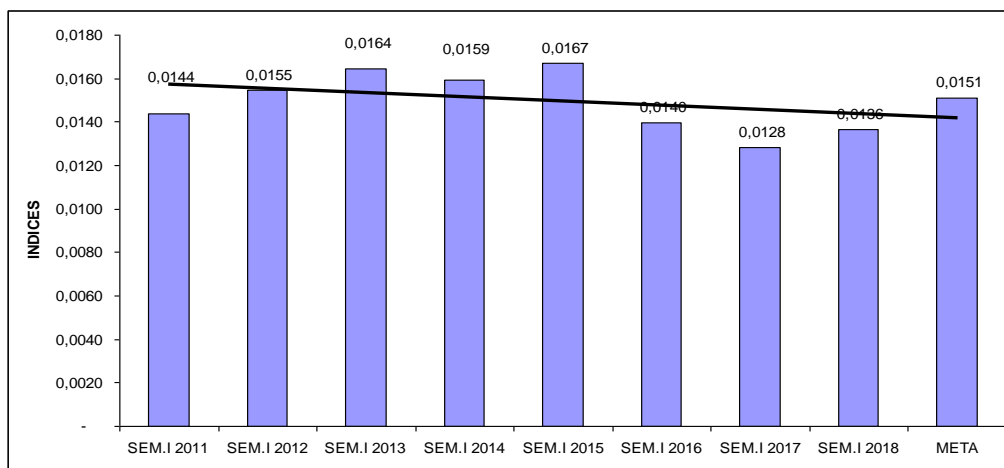
A continuación discriminaremos a través de gráficos comparativos el análisis de cada una de las corrientes de residuos observadas en el cuadro.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLES



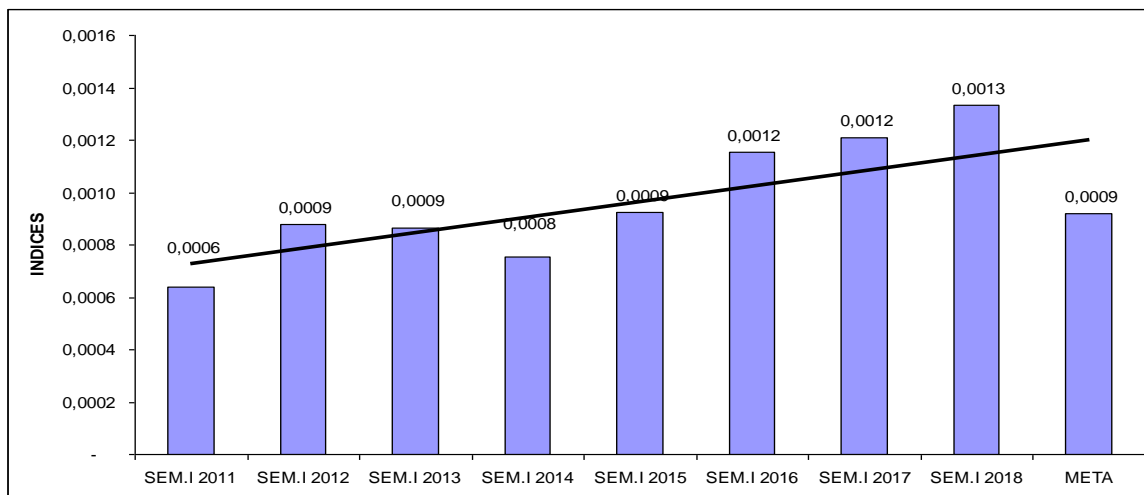
Tenemos que la producción de residuos de esta corriente, su comportamiento en aumento con respecto a la META propuesta está en un 3.34%, en consecuencia, podemos observar que se encuentra en aumento a pesar de que su comportamiento a disminuido en comparación con el mismo periodo de la vigencia anterior, Este comportamiento obedece a dos condiciones las cuales se ven reflejadas en la disminución en parte del periodo evaluado de los estudiantes y el aumento en un 4% de la producción del HUS.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos BIOLÓGICOS en Kilogramos



Unos de nuestros residuos peligrosos de mayor cantidad y que requieren mayor control es la generación de los residuos de riesgo biológico, esta categoría encierra residuos como los anatomopatológicos, biosanitarios y cortopunzantes, en el análisis podemos observar que su generación se mantiene por de bajo de la meta establecida en un, 10.73%, se define claramente la tendencia ya que estos implican la observación de la producción la cual ha aumentado con relación al comportamiento del periodo evaluado en la vigencia inmediatamente anterior, adicionalmente a través de su comportamiento en el tiempo podemos evidenciar unas variaciones que no se alejan de los comportamientos de los años anteriores dentro de lo cual se puede evidenciar una transformación cultural a través de los diferentes mecanismos implementados como la verificación en campo, la capacitación y el estricto sentido de seguridad para la protección del paciente y su autocuidado.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos QUÍMICOS en Kilogramos.



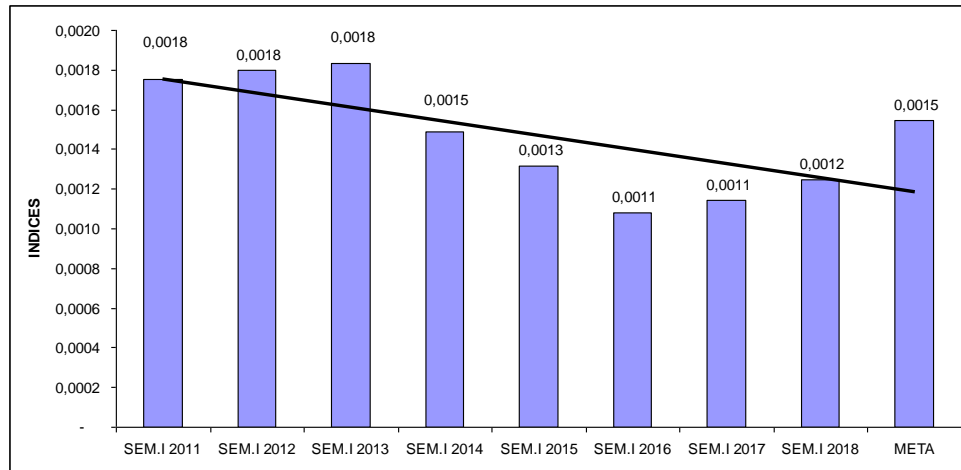
Uno de los grandes retos identificados en cuanto al manejo de residuos peligrosos al interior de la institución es la categorización y control de los residuos peligrosos químicos ya que como se puede observar, el comportamiento del semestre de la vigencia 2018, se ubica en el ultimo lugar de eficiencia al generar mayor cantidad de residuos, esto obedece básicamente a la identificación y disposición final de residuos químicos relacionados con medicamentos vencidos, deteriorados y/o parcialmente consumidos y muestras médicas generadas por los procesos de convocatorias o aquellos identificados en áreas de consulta, es así como estas segregaciones de residuos han tomado fuerza y se han incrementado de manera súbita, al tener en cuenta el comportamiento y la tendencia identificada el periodo de la vigencia supera la META propuesta en un 31,24%,

INDICADORES DE GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.

El consumo racional de los servicios públicos es uno de los comportamientos que nos permite evaluar la adherencia e innovación tecnológica que permite percibir ahorros en el consumo, los servicios que mas influyen a la hora de evaluar son, Agua Energía y Gas Natural los cuales analizaremos a continuación

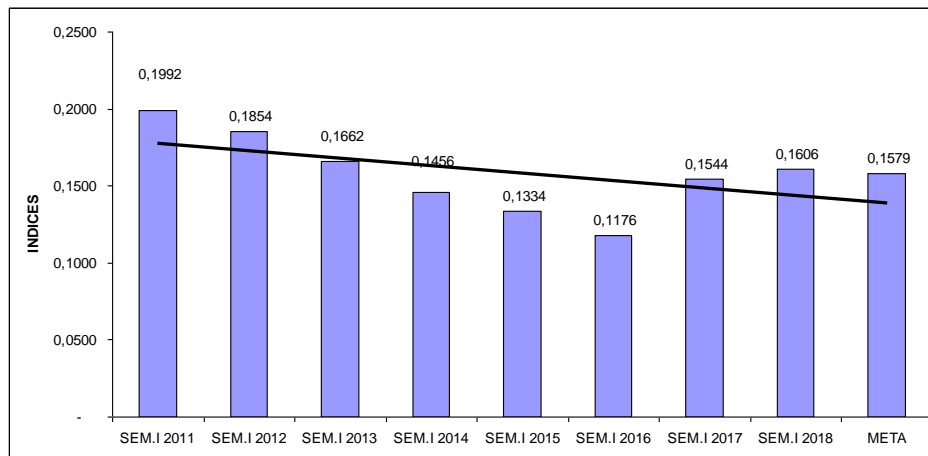
Presentamos los comportamientos observados en las vigencias anteriores comparadas.

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos AGUA en Metros Cúbicos.



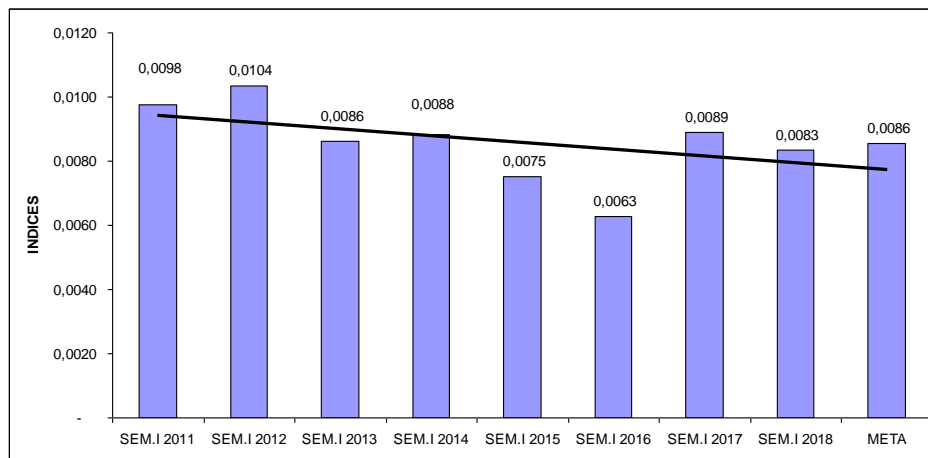
De acuerdo a los consumos evaluados, este se encuentra por debajo de la META propuesta evidenciando en este sentido una diferencia del 23,89% en ahorro, que de acuerdo a las inversiones realizadas, implementación de la estrategia multimodal (Lavamanos de censor), Elementos ahorradores, cisternas de menor capacidad y sensibilización podemos ver que la tendencia en los últimos años ha mejorado, de acuerdo a la meta del programa, esta se mantiene siendo el limite el mantener un 2% sostenido de ahorro en el consumo de este para el periodo evaluado. Aumenta un poco en relación con el periodo de la vigencia anterior lo cual se ve soportado en el aumento de la producción que evidencia un incremento del 4%

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos ENERGÍA en Kilovatios Hora.



Para el caso de la energía, en comparación con la tendencia que esta presentando, viene con un aumento del 1.69%, por encima de la META propuesta lo cual denota un comportamiento deficiente ya que el consumo se esta viendo afectado por el uso indiscriminado de electrodomésticos en las áreas administrativas como el uso de Hornos Microondas, cocinas de resistencia, grecas, cafeteras, calentadores de agua, maquinas dispensadoras, entre otras a las cuales se suman los usos inadecuados de los cargadores de aparatos móviles y su conexión prolongada sin hacer ningún uso.

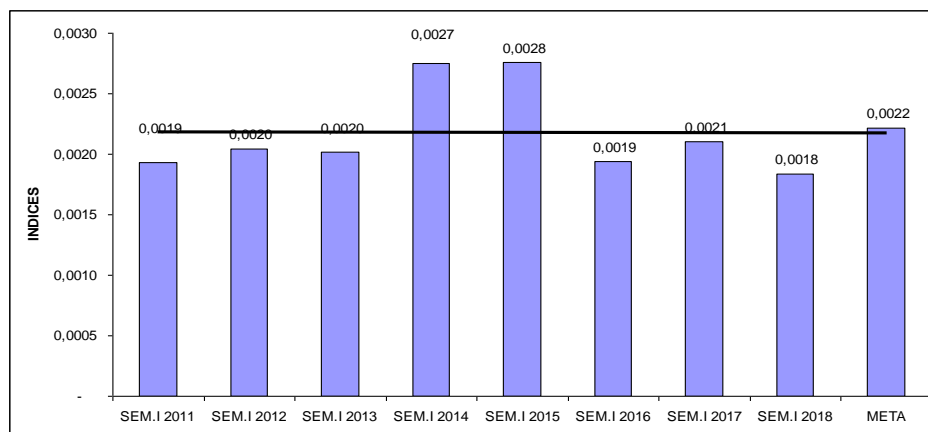
GRÁFICA: Consumo de servicios públicos GAS NATURAL en Metros Cúbicos.



No es de manera coincidente que se hallan incrementado los valores en los índices de consumo de los servicios públicos, en la práctica estos están relacionados con las actividades que permiten prestar una atención segura y poder garantizar el buen funcionamiento de la institución, adicional a su condición de universitario que hace que el tráfico de personal sea permanente, es esta constante la que hace que la evaluación de los índices se presenten con fluctuaciones importantes.

Para el caso del consumo de gas, las actividades supeditadas a este consumo se dan tanto para el área de esterilización como para hospitalización y nutrición, son actividades constantes y representan gran parte de los consumos de este combustible que frente a la META propuesta tuvo una disminución del 2,68%, si bien es cierto son parte integral de la prestación del servicio, también se deben desagregar dentro de la atención que se ofrece a los usuarios, funcionarios y visitantes que de manera permanente siguen accediendo a todos los servicios asociados al bienestar dentro de la institución, almuerzos, entre otros que siguen afectando los consumos de servicios públicos dentro de la organización.

GRÁFICA: Residuos RECICLABLES RECUPERADOS Y COMERCIALIZADOS.



CONTRATACIÓN

De acuerdo a las necesidades de la organización para la vigencia se han solicitado servicios de apoyo de laboratorios acreditados y debidamente certificados para las áreas de alimentos, unidad renal, mantenimiento y de monitoreo para gestión ambiental así:

Nro. Orden de Servicio	Concepto	ESTADO	RIESGO
OCOS0020180014	UNIDAD RENAL	Fecha de inicio: 17/04/2018 Fecha de Terminación: 17/10/2018	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180023	AGUA POTABLE.	Fecha de inicio: 11/05/2018 Fecha de Terminación: 11/05/2019	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180024	CUARTOS DE DE RESIDUOS	Fecha de inicio: 11/05/2018 Fecha de Terminación: 11/05/2019	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180034	NUTRICIÓN	Fecha de inicio: 08/06/2018 Fecha de Terminación: 08/06/2019	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180108	CANECAS	Fecha de inicio: 29/05/2018 Fecha de Terminación: 29/08/2018	Incumplimiento Normativo
CTO 309 DE 2018	ESTUDIO PTAR.	Fecha de inicio: 18/07/2018 Fecha de Terminación: 17/10/2018	Incumplimiento Normativo
	KITS UNIDAD RENAL	En Adquisición	Incumplimiento Normativo
	ESTUDIO ISOCINÉTICO	En Contratación	Incumplimiento Normativo

INFORMES A ENTES DE CONTROL

De acuerdo a las directrices normativas se presentaron los informes de acuerdo a los tiempos estimados.

INFORMES ENTES DE CONTROL 2018	ESTADO
SIRHO SEM I 2018	Reportes realizados para el primer semestre de 2018. a través del aplicativo dispuesto por la SDS y SDA SIRHO, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.
IDEAM 2017	Reporte realizado en el primer semestre de 2018 de la vigencia 01/01/2017 - 31/12/2017. a través de las directrices dispuestas para su reporte por medio del aplicativo destinado, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.

AUDITORIAS

AUDITORIAS	ESTADO
ECOCAPITAL	De acuerdo a la programación de Ecocapital se realizó la auditoría el día 23 de Marzo de 2018, Pendiente auditoría externa del aliado estratégico PROSARC

<p>OUTSOURING COPIADO E IMPRESIÓN</p> <p>CONTRATO MANTENIMIENTO VEHICULOS</p> <p>CONTRATO MANTENIMIENTO PLANTAS ELÉCTRICAS.</p>	<p>El Decreto 4741 de 2005 establece en sus Artículos 14, 15, 16, 17 y 18, la Responsabilidad Extendida del Productor y la cual debe ser parte integral de las obligaciones contractuales, es en este sentido que se solicitó muy amablemente reiterar este cumplimiento normativo a cada uno de los proveedores de servicios en cuanto al manejo adecuado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residuos peligrosos generados por el Hospital (Biosanitarios, Anatomopatológicos, Cortopunzantes, Químicos de Medicamentos, Químicos Reactivos), - Derivados de mantenimientos preventivos, predictivos o correctivos, - Mantenimiento de vehículos (Cambios de aceite, Cambio de neumáticos, Cambio de repuestos, cambio de baterías, entre otros). - Mantenimiento de Ascensores (Cambio de repuestos, entre otros). - Mantenimiento de Plantas Eléctricas (Aceite Usado, Repuestos, Filtros, entre otros). - Mantenimientos de UPS's (Baterías). - Mantenimiento de Equipos Biomédicos (Repuestos, cables, tarjetas, sensores, entre otros) - Outsourcing de Impresión (Cartuchos, Tonner's, repuestos, entre otros)
---	---

EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NORMA ISO 14001:2015

De acuerdo al plan de cumplimiento elaborado para la vigencia el sistema presenta un avance del 90% de acuerdo a los numerales establecido en materia de cumplimientos, se da continuidad a la implementación

GENERACIÓN DE DOCUMENTOS

DOCUMENTACIÓN	ESTADO
PROGRAMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	APROBADO
PROGRAMA PGIRSHYS	APROBADO
PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA	APROBADO
PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGIA	APROBADO
PROGRAMA DE RECICLAJE	APROBADO
PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	APROBADO
MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	APROBADO
MATRIZ DE ASPECTOS LEGALES	APROBADO

HOSPITALES VERDES Y SALUDABLES

Como parte de los compromisos adquiridos, la ESE Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra inscrito ante la organización internacional Salud Sin Daño y a iniciado acciones de mediciones periódicas para determinar el impacto de su huella de carbono tanto para la unidad funcional Bogota como para Zipaquirá, en este sentido y atendiendo los resultados obtenidos, en este momento la Organización esta gestionando la compensación a través de la arborización de zonas de protección en el municipio de Zipaquirá.

En este sentido la Organización dio cumplimiento a la compensación de la huella de carbono de la vigencia 2016 y se encuentra en estado de evaluación de la Huella de Carbono para la vigencia 2017.

REVISIONES

De acuerdo a las revisiones realizadas, se definen como principales las siguientes:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



REVISIONES	ESTADO
RESIDUOS RH1	Revisión periódica, corresponde verificar posibles errores de digitación y diferencias entre los diferentes documentos que requieren control para su gestión y reporte, Manifiestos de transporte, planillas, formato digital, tablas dinámicas, comparativos, certificaciones de disposición final.
RESIDUOS PELIGROSOS ADMINISTRATIVOS	Verificación de generación y almacenamiento adecuado, reporte en las planillas destinadas para tal fin.
RESIDUOS RECICLABLES	Su entrega es cada 3 días generando un peso por tipo y que de acuerdo a esto se genera el recibo de pago para ser consignado en la caja de urgencias, se verifica su peso para ser incorporado a la estadística al igual que el monto reportado por comercialización.
ACCIDENTES LABORALES	Se verifica a través de Talento Humano los accidentes relacionados con residuos, de igual manera a través de las empresas con riesgo de exposición No se presentan accidentes.

VERIFICACIONES DE CAMPO

De acuerdo a las actividades planteadas que corresponden al área se han priorizado las siguientes:

VERIFICACIONES CAMPO	ESTADO
RUTAS SANITARIAS	Diseñadas de acuerdo a las necesidades.
CUARTOS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	A través de recorridos y atendiendo al cumplimiento normativo, se han realizado verificaciones de los cuartos de almacenamiento de residuos encontrando como una de las principales falencias la ausencia de extintores.
TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	Se verifica el estado y se hacen las adecuaciones necesarias por parte del área de arquitectura y mantenimiento para garantizar el suministro, se realizan las actividades de limpieza y desinfección y los monitoreos de calidad de agua.
ESTADO DE REGILLAS	Se realizan recorridos y se verifican los estados de las rejillas en patios, morgue y perimetrales solicitando en caso de ser necesaria su limpieza de manera informal al área de arquitectura y mantenimiento.
ESTADO DE TRAMPA DE GRASAS	Se realiza la verificación y cumplimiento de los mantenimientos periódicos de la trampa de grasas, se evidencia dificultad en la tubería de llegada de las aguas negras del HUS, tubería defectuosa y sistema de inspección inexistente, se debe realizar la identificación y el reemplazo por tramos de la tubería, dejar memorias de cálculo y salida gráfica.

PROYECTOS PRIORIZADOS

En aras de dar cumplimiento normativo y mejorar el desempeño ambiental de la organización se priorizan los siguientes proyectos:

PROYECTOS	ESTADO
COMPACTACIÓN DE RESIDUOS	Se encuentra en análisis nuevas puestas en marcha de tecnologías que prospectan beneficios adicionales.

ACOMPAÑAMIENTO A ÁREAS

De acuerdo a los alcances del área de gestión ambiental y su transversalidad en los procesos se ha realizado un acompañamiento individualizado a las siguientes áreas:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



ACOMPANIAMIENTO ÁREAS	ESTADO
ENFERMERÍA	Se han enfocado esfuerzos en la capacitación en área a diferentes servicios y turnos para el equipo de enfermería.

REUNIONES Y COMITES

COMITÉS	ESTADO
GAGAS	Se da cumplimiento al 100% de los comités mensuales durante la presente vigencia, se encuentra aprobada la política ambiental.
ESTANDAR DE AMBIENTE FÍSICO	Se da cumplimiento al 100% de los comités mensuales durante la presente vigencia.
GASES MEDICINALES	Se hace el acompañamiento al comité relacionado con la identificación de dificultades al momento de evaluar y valorar sustancias de interés sanitario.
INVITADO	Se participa en reuniones y demás comités como invitado con el propósito de generar conceptos técnicos que avalen procesos que permitan el cumplimiento normativo en el componente ambiental, Gestión Documental, COVE, entre otros.

7.5 GESTIÓN DE PROCESOS DE PROYECTOS

GESTIÓN DEL PROCESO

Con el fin de mostrar el avance alcanzado con corte al 30 de junio del 2018, se relacionan las actividades realizadas con el fin de dar cumplimiento a las metas de producto documentadas en el Plan de acción en salud, en este se observan las siguientes metas enfocadas a la gestión de proyectos de inversión.

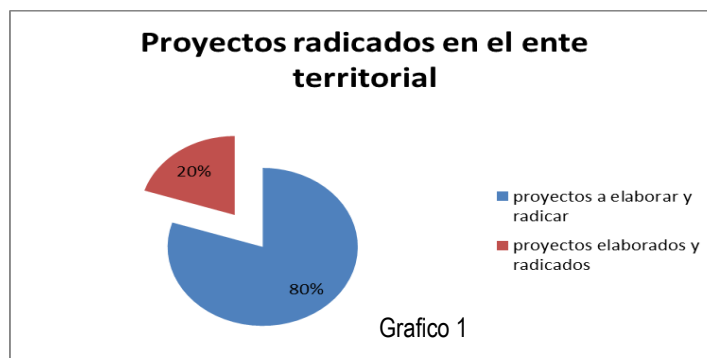
1. Elaborar y radicar Proyectos para la modernización de infraestructura y dotación:

- Segunda y Tercera fase de la modernización de las redes eléctricas.
- Modernización de la Central de Esterilización.
- Adquisición de Neuro-navegador y OARM.
- Proyecto para convertirse en centro de referencia en telemedicina.
- Proyecto de contar con ambulancia medicalizada.
- Ampliación del Servicio de Urgencias.
- Automatización del Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario de la Samaritana.
- Certificación en buenas Prácticas de elaboración (Central de Mezclas).

Con el objeto de alcanzar la meta planteada para esta vigencia (25%), y de acuerdo a lo descrito por medio de esta meta se lista a continuación los proyectos elaborados y radicados ante el ente territorial para su revisión y aprobación.

- Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca.
- Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá.

Cabe aclarar que estos proyectos no están listados en la descripción de la meta de producto, esto dado a la priorización de las necesidades de la institución; tal y como se describe en la identificación de los proyectos radicados, se evidencia un déficit en la oferta de estos servicios, el cual se debe mitigar con el fin de reducir la brecha presentada por la demanda de usuarios de estos. Ahora si tomamos como base que se plantea elaborar y radicar 8 proyectos, independiente de aquellos listados en la meta, y validando de acuerdo a la gestión realizada a la fecha, se observa un avance del 20% en el primer trimestre de la vigencia.

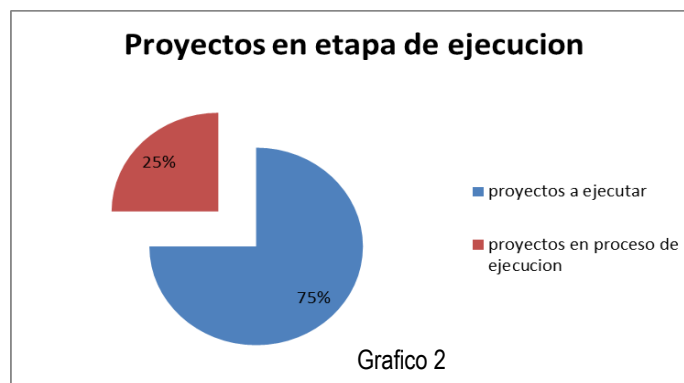


9. Ejecutar Proyectos para la modernización de infraestructura y dotación previamente presentados por la Gerencia a la Junta Directiva:
- Cambio del sistema de ventilación de salas de cirugía y modernización hacia salas integradas e inteligentes.
 - Ampliación de la UCI adultos en 20 Camas.
 - Recambio y fortalecimiento de la tecnología biomédica priorizada.

Con respecto a esta meta de producto, se documenta a continuación la gestión realizada con el objetivo de iniciar con la ejecución de proyectos, esta meta está directamente ligada con la que se describió anteriormente, ya que es consecuencia directa de la aprobación de aquellos proyectos elaborados y radicados en los entes territoriales, resultado de esto se relacionan a continuación los proyectos que cuentan con dicho aval.

- Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca.

Realizando el mismo ejercicio planteado para la anterior meta de producto, podemos realizar la apreciación que se encuentran en ejecución el 25%, esto tomando como base tres proyectos listados en la meta.



Consecuencia de lo observado mediante los ejercicios de avance porcentual en cada una de las metas, y teniendo en cuenta que para la aprobación de un proyecto de infraestructura o dotación, este debe estar relacionado en plan Bienal, se evidencia la necesidad de realizar un ajuste al planteamiento de estas en el PAS, quedando como se documentan a continuación.

- Documentar y radicar el 90% de los Proyectos presentados en plan bienal para la modernización de infraestructura y dotación.
- lograr una ejecución promedio del 80% en los proyectos radicados y aprobados para la modernización de infraestructura y dotación.

En la actualidad se encuentran registrados 7 proyectos en el aplicativo “**PLANES BIENALES DE INVERSIONES PÚBLICAS EN SALUD**” del Ministerio de Salud y Protección Social, de los cuales 5 se encuentran aprobados por parte del consejo territorial de salud; los restantes se incorporaron en el plan finalizando el primer semestre de la

presente anualidad dando cumplimiento a la obligación de actualizar el registro de proyectos descrita en la resolución 2514 del 2012 en su artículo 9 “seguimiento y control de la inversión”, esta inclusión será evaluada por el consejo el día 16 de agosto del año en curso en reunión agendada por parte de la Secretaria de Salud del Departamento de Cundinamarca en sus oficinas del Piso 5 Torre de Salud.

En la siguiente matriz se relacionan los proyectos registrados en el aplicativo nombrado anteriormente, en este se relacionan tanto iniciativas encaminadas a la remodelación y o adecuación de infraestructura como la adquisición y puesta en marcha de equipos biomédicos, en este se describe fuente de financiación y recursos aproximados para su consecución.



código proyecto plan bienal	nombre proyecto	Infraestructura			Equipos	Recursos			aprobado
		tipo obra	area (m ²)	Valor (miles)	Valor (miles)	departamento	propios	pgn	
107661	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuronavegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá		0	\$ -	\$ 6.000.000	\$ -	\$ 6.000.000	\$ -	SI
107662	Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	4.Reforzo estructural	3610	\$ 1.050.000	\$ -	\$ 1.050.000	\$ -	\$ -	SI
107665	Implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	3.Remodelación	2500	\$ 1.200.000	\$ -	\$ 1.200.000	\$ -	\$ -	SI
107667	Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS	3.Remodelación	855	\$ 1.400.000	\$ 1.809.600	\$ -	\$ 3.209.600	\$ -	SI
107812	Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá		0	\$ -	\$ 2.912.830	\$ -	\$ -	\$ 2.912.830	SI
110889	Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	3.Remodelación	270	\$ 1.187.253	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.187.253	
110917	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana	5.Equipamiento fijo	28	\$ 900.000	\$ -	\$ -	\$ 900.000	\$ -	
TOTAL				\$ 5.737.253	\$ 10.722.430	\$ 2.250.000	\$ 10.109.600	\$ 4.100.083	

Matriz 1. Proyectos Plan Bienal de Inversiones

Tomando como base el ciclo de vida de los proyectos, se muestra el avance de aquellos que se encuentran enlistados en la Matriz 1 y los que no requieren estar relacionados en plan de adquisiciones, señalando su avance mediante la fase en la que se encuentran actualmente.

PROYECTO	Identificación	Inicio	planeación	Ejecución	Monitoreo y control	Cierre
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA SEDE BOGOTÁ						
ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN NEURONAVEGADOR Y UN SISTEMA PARA LA ADQUISICIÓN DE IMÁGENES MULTIDIMENSIONALES EN QUIRÓFANO PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ						
REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL ETAPAS EDIFICIO ASISTENCIAL						
IMPLEMENTACION DE ACCIONES POR DIAGNOSTICO INDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA SEDE BOGOTA						
MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE VENTILACIÓN MECANICA Y 2 SALAS DE CIRUGÍA INTEGRADA DE LA UNIDAD QUIRURGICA EN EL HUS						
DOTACIÓN PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE 10 CAMAS EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA SEDE BOGOTÁ						
REMODELACIÓN DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL 4 PISO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA CUNDINAMARCA						
ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE 2 ASCENSORES CAMILLEROS Y UN ASCENSOR DE CARGA EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
MONTAJE DE UN CENTRO DE EXCELENCIA DE TRAUMA RAQUIMEDULAR PARA EL HUS BOGOTÁ, CUNDINAMARCA.						
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL						
ESTUDIOS DISEÑOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS AMPLIACIÓN CONSULTA EXTERNA						

7.6 PROCESO DE SEGUIMIENTO A COMITÉS INSTITUCIONALES Y ENTES DE VIGILANCIA

GESTIÓN DEL PROCESO

1.1. Seguimiento a comités institucionales

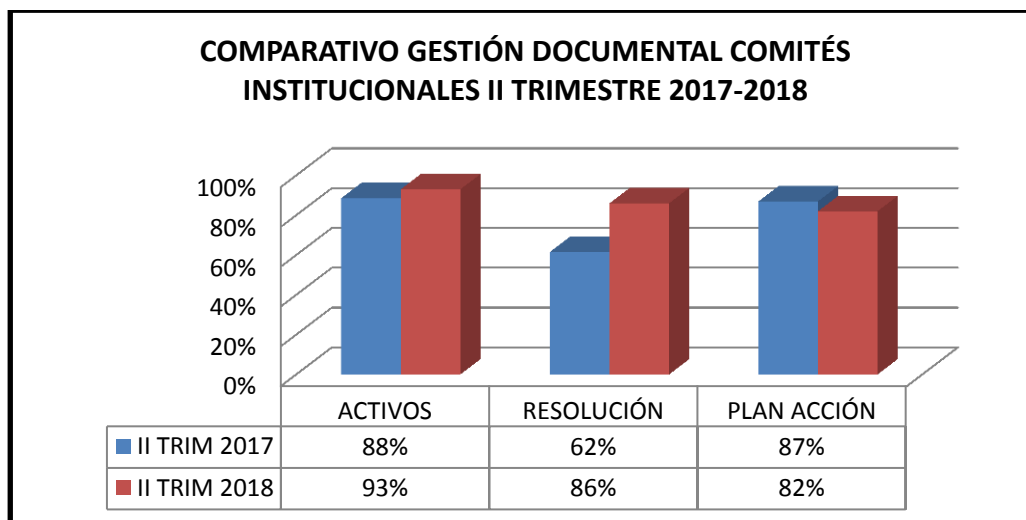
A. Consolidado de Comités vigentes a la fecha, ver tabla 1.

No	COMITÉ	ESTADO
1	HISTORIA CLINICA	ACTIVO
2	SEGURIDAD PACIENTE	ACTIVO
3	INFECCIONES – COVE	ACTIVO
4	SIVIGILA	ACTIVO
5	TRASFUSIONES	ACTIVO
6	TRANSPLANTE	ACTIVO
7	ÉTICA DE INVESTIGACION	ACTIVO
8	ETICA HOSPITALARIA	ACTIVO
9	FARMACIA Y TERAPEUTICA	ACTIVO
10	DOCENCIA SERVICIO	ACTIVO
11	IAMII	ACTIVO
12	HUMANIZACIÓN	ACTIVO
13	CODIGO AZUL	ACTIVO
14	GASES MEDICINALES	ACTIVO
15	CANCELACIÓN DE CIRUGÍA	ACTIVO
16	DE COMPRAS Y CONTRATOS	ACTIVO
17	COMUNICACIONES	ACTIVO
18	HOSPITALARIO EMERGENCIAS	ACTIVO
19	GAGAS	ACTIVO
20	COPASST	ACTIVO
21	CONVIVENCIA LABORAL	ACTIVO
22	SOSTENIBILIDAD CONTABLE - FINANCIERA	ACTIVO
23	CONCILIACIÓN Y DEFENSA JUDICIAL	ACTIVO
24	COORDINACIÓN CONTROL INTERNO	ACTIVO
25	ARCHIVO	ACTIVO
26	TECNOLOGIA BIOMEDICA	NO ACTIVO
27	INVENTARIOS ACTIVOS FIJOS	ACTIVO
28	CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUADA	ACTIVO (nuevo)
29	BIENESTAR SOCIAL LABORAL E INCENTIVO	NO ACTIVO (nuevo)
30	DE GESTION Y DESEMPEÑO	ACTIVO (nuevo)

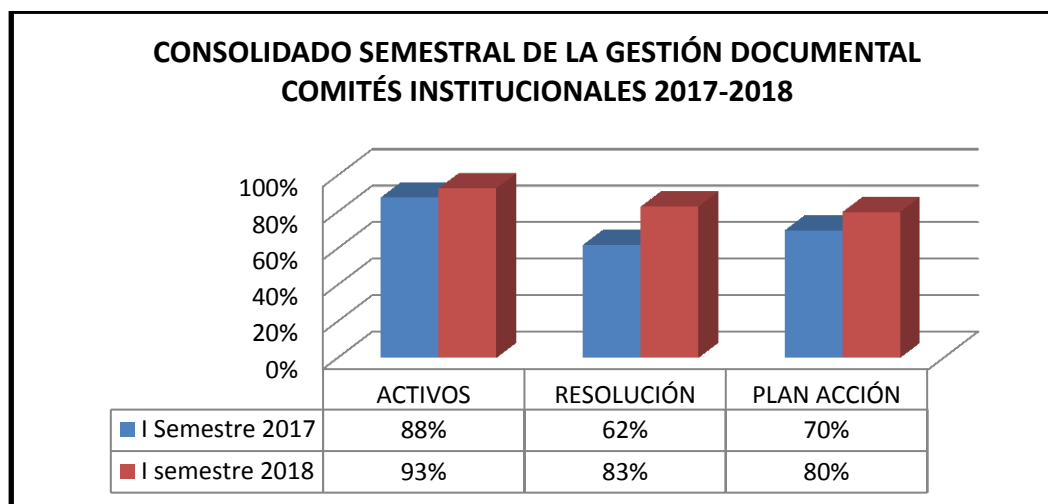
Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Tabla No. 1

El comité de tecnología biomédica, se encuentra en proceso de definir por parte de la Dirección científica su continuidad o derogación. En cuanto el comité de Bienestar Social e Incentivos, que cuenta actualmente con resolución vigente con No. 211 de 2017, fue informado por parte del área responsable, que actualmente no se ha constituido, dado unos vacíos jurídicos que se presentaron, en el momento de la elección de los integrantes, en espera de resolverse.

B. Cumplimiento gestión documental de los comités



Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No. 1

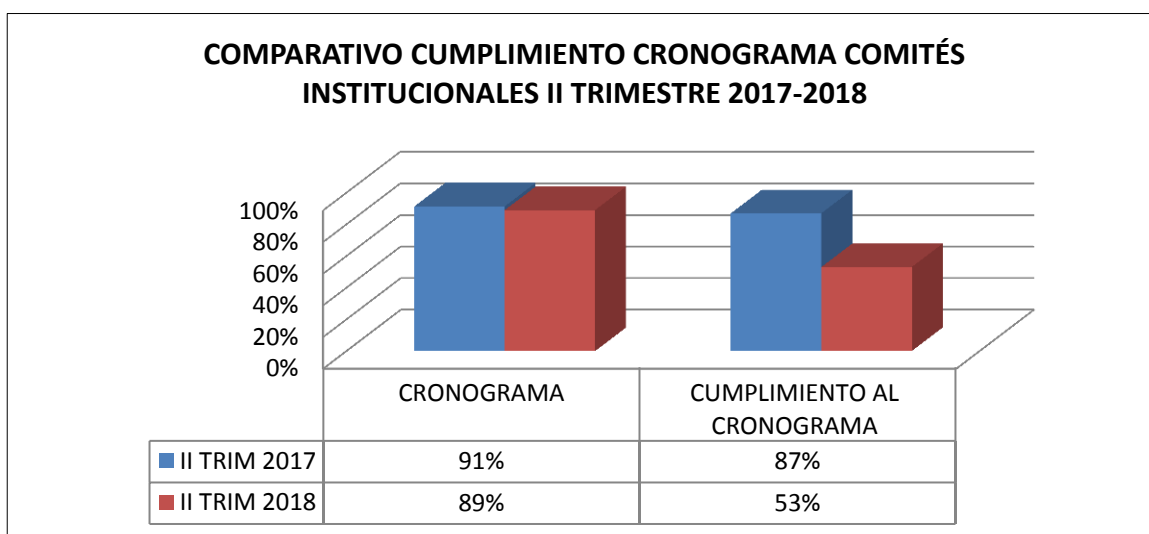


Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No. 2

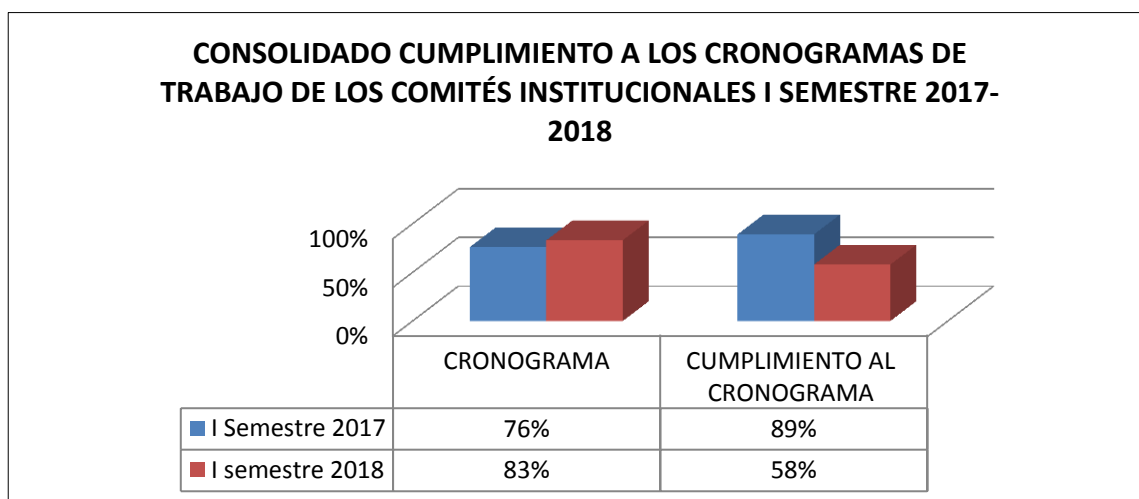
Análisis

Hay un mejoramiento en la gestión documental de cada uno de los comités institucionales, esto como resultado de un seguimiento estricto al cumplimiento normativo en conjunto con el compromiso de los presidentes y secretarios de cada comité. La meta del cumplimiento del 100%, se encuentra supeditada a la activación de los 30 comités institucionales, dado que a la fecha se encuentran 2 inactivos y también al mejoramiento en el cumplimiento en el desarrollo de los planes de acción por parte de algunos comités.

C. Cumplimiento al cronograma propuesto para la realización de los comités



Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No. 3

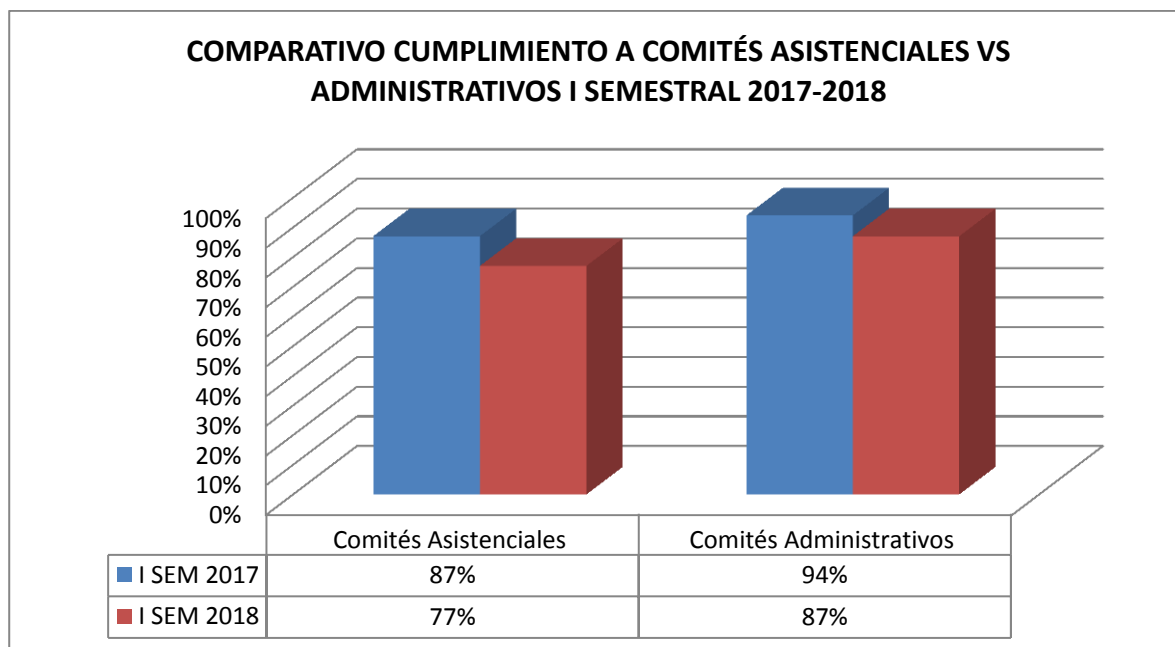


Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No.4

Análisis

Los comités realizan el cronograma de trabajo de manera puntual, lamentablemente se evidencia una disminución en el cumplimiento del mismo, en cuanto que las fechas o semanas programadas en el cronograma no coinciden con las fechas de las actas de cada comité. Cabe aclarar que durante los seguimientos se evidenció que los comités se realizan, en las actas presentadas, pero de forma extemporánea de acuerdo a la programación previa del cronograma, lo que afecta el indicador de monitoreo y cumplimiento, dado que esta programación se encuentra soportada en resolución de cada comité.

D. Comparativo de cumplimiento de comités asistenciales vs administrativos



Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No.5

Análisis

Se evidencia una tendencia descendente en el cumplimiento de los comités asistenciales con respecto al año anterior, de acuerdo a los seguimientos se referencia factores comunes como aumento en funciones de responsabilidad asistencial.

A pesar que se disminuyó el cumplimiento a los comités administrativos durante este semestre, se mantiene una tendencia ascendente del indicador con respecto a los comités asistenciales.

1.2. Seguimiento a reporte a entidades de vigilancia y control

A. Consolidado envió entes de vigilancia y control a la fecha, ver tabla 2.

PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE INFORMACIÓN	% CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Subdirector de Consulta Externa	100%
ATENCION AL USUARIO	Subdirectora Defensoría del Usuario	100%
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	Enfermera Referente IAAS.	100%

	Enfermera referente estrategia multimodal de higiene de manos.	100%
	Enfermera Referente SIVIGILA	100%
	Líder Banco de Sangre	100%
	Líder Proyecto Atención Farmacéutica	0%
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Subdirector de Compras	N/A
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	100%
DESARROLLO DE SERVICIOS	Referente de Trasplante	100%
FACTURACION Y RECAUDO	Profesional Universitario	100%
GESTIÓN FINANCIERA	Subdirectora de contabilidad	100%
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Líder de Proyecto Estadística	100%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	Líder de Arquitectura y Mantenimiento	N/A
GESTIÓN JURIDICA	Jefe Oficina Asesora Jurídica	100%
DIRECCION ADMINISTRATIVA	Director administrativo	100%
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Subdirectora de Personal	100%
TOTAL		93%

FUENTE: Matriz Tablero de Control de Reporte a Entidades de Vigilancia y Control código 05DE12
Tabla No. 2

Análisis

Actualmente la entidad realiza un total de 123 reportes, de los cuales 63 corresponden al segundo trimestre.

El cumplimiento es pertinente, por cada uno de los responsables él envió de los reporte de manera oportuna, completa y correcta de toda la información requerida por las diferentes Entidades de Vigilancia y Control, dado que se revisa de manera efectiva cada uno de los reportes y/o soportes enviados por las áreas para este trimestre.

B. Porcentaje de cumplimiento en el envió de los reportes a entes de vigilancia y control

El indicador de evaluación al proceso muestra un cumplimiento del **93%** correspondiente a:

- ✓ Numero de reportes a enviar en el trimestre = 61
- ✓ Total de reportes que se debían enviar en el trimestre = 63

Finalmente dentro de la verificación de ésta actividad, se emiten recomendaciones tendientes a continuar y/o mantener la oportunidad, calidad y confiabilidad en la entrega de la información a los diferentes entes de control.



051



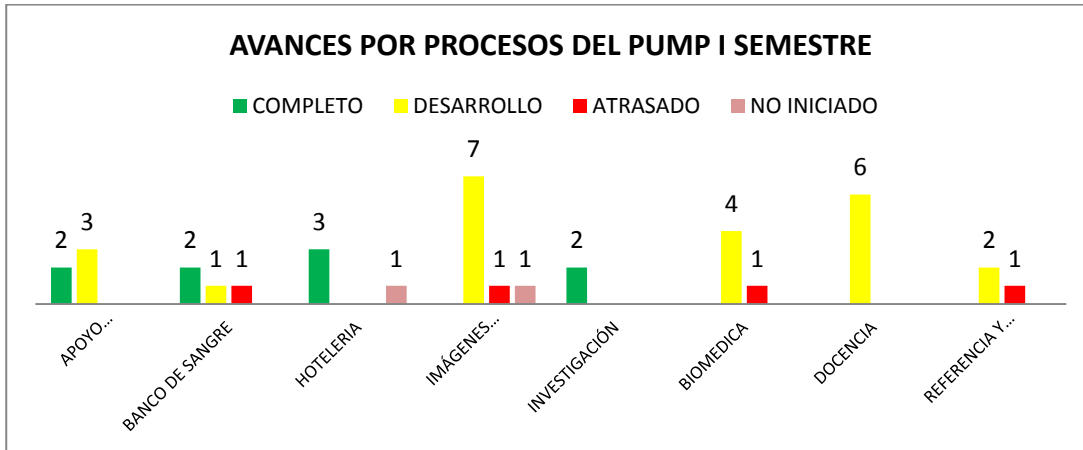
SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"

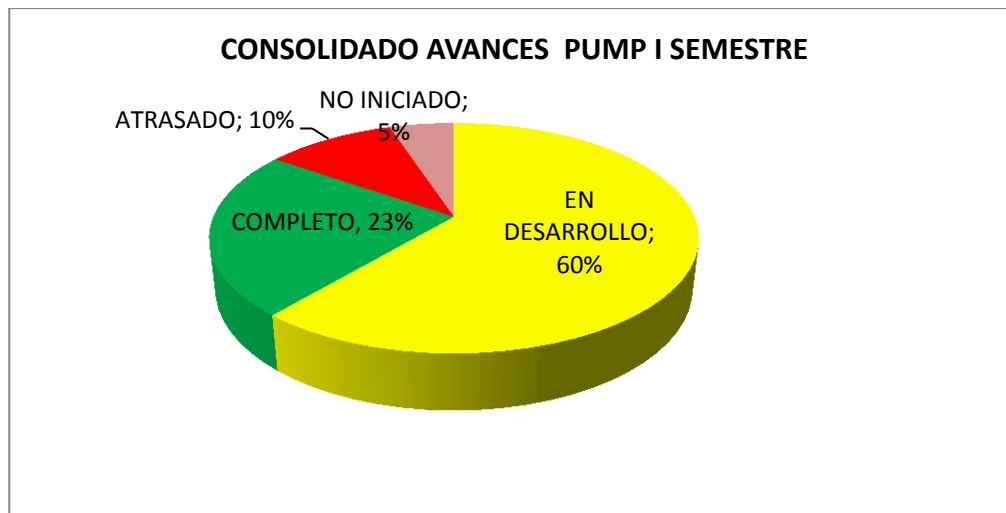


2. SEGUIMIENTO

2.1 Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP



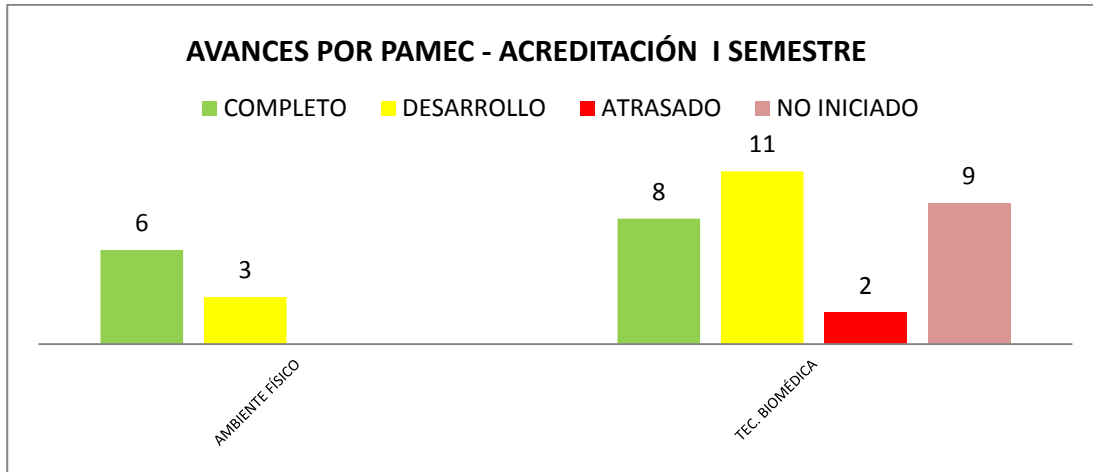
Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP Código 05GC24-V3
Gráfica No.6



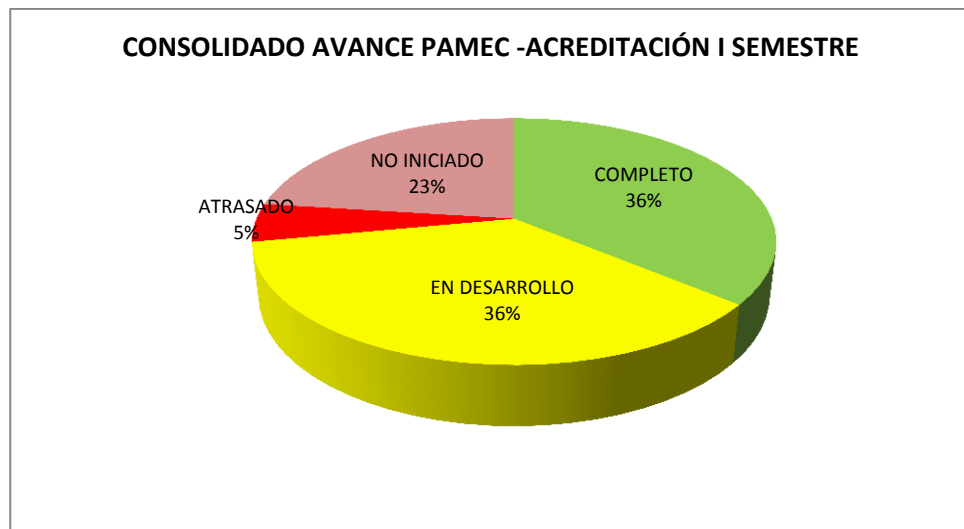
Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP Código 05GC24-V3
Gráfica No.7

Durante el seguimiento a los avances del PUMP, se tiene un adecuado desarrollo de actividades propuestas por los procesos, se han logrado cerrar actividades con implementación de los resultados. Con la que se encuentran atrasadas se ha identificado que la causa de no iniciación corresponde a que dependen de otras áreas para iniciar su desarrollo, se ha implementado un seguimiento estrecho junto con el acompañamiento para evidenciar un avances para el II semestre de trabajo articulado con las áreas pendientes.

2.2. PAMEC



Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso Código 05GC24-V3
Gráfica No.7



Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso Código 05GC24-V3
Gráfica No.8.

Durante el seguimiento al PAMEC, se observa un logro a las actividades en desarrollo y cerradas, propuestas por cada uno de los equipos del estándar, las No iniciadas son por fechas de agosto con finalización en diciembre y las atrasadas dependen de otras áreas donde se encuentran realizando actividades articuladas.

2.3 Asesoría a Procesos

Se viene realizando el acompañamiento a los líderes de proceso frente a la asesoría y revisión de caracterización, procedimientos y formatos para identificar los cambios de los procesos de Apoyo Diagnóstico, Banco de Sangre, Docencia Servicio, Hotelería Hospitalaria, Imágenes Diagnósticas, Investigación, Tecnología Biomédica, con el proceso de Referencia y Contrareferencia se está iniciando a trabajar ya que para el segundo trimestre lo tengo a cargo.