

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS

III TRIMESTRE 2019

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA

GERENTE

2019



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

CAPÍTULO I

DIRECCION CIENTIFICA

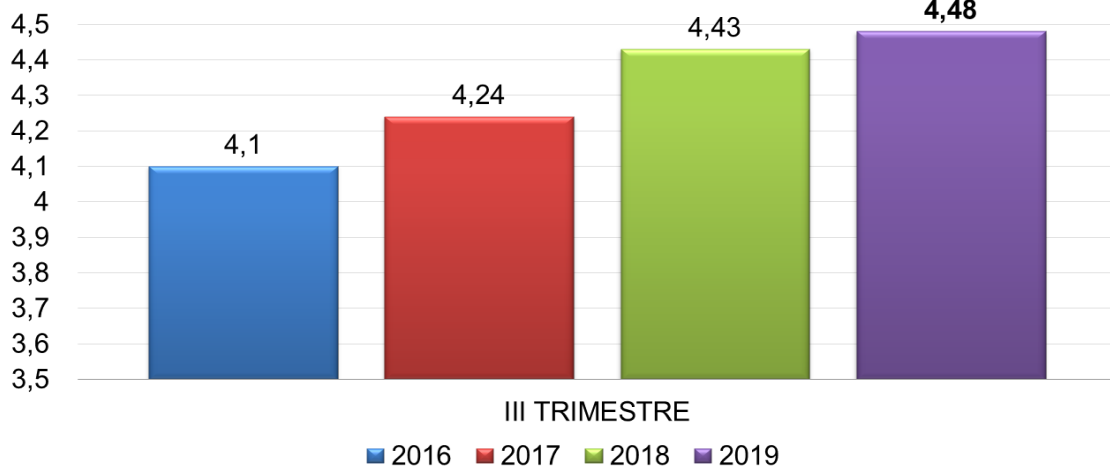


1.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

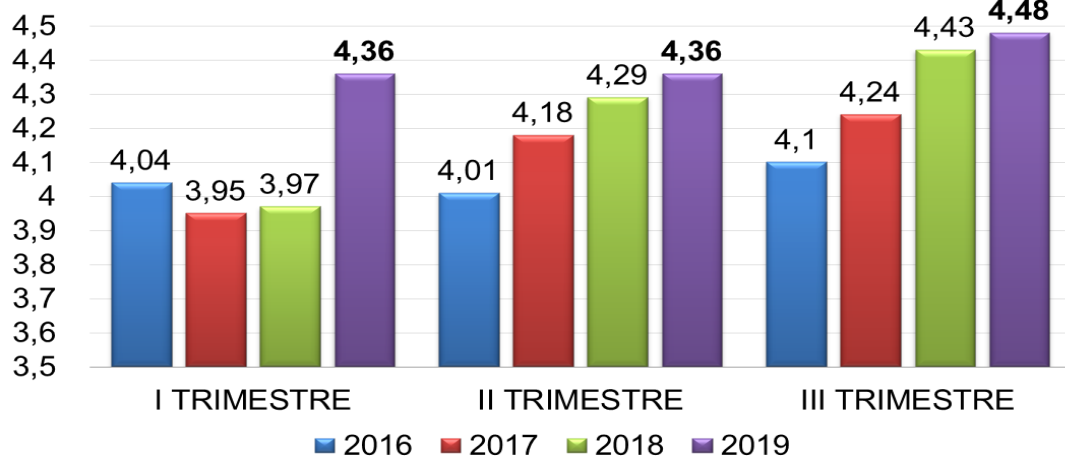
GESTIÓN DEL PROCESO

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

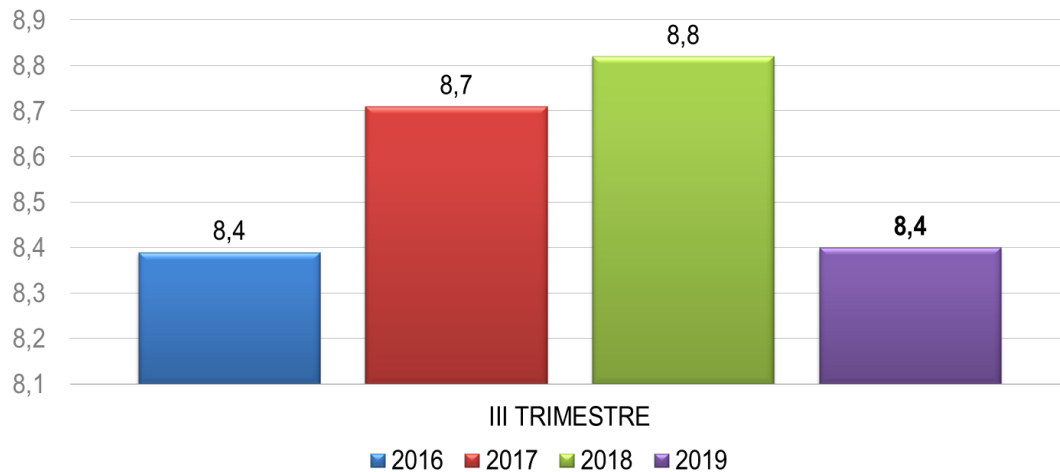
Giro Cama 2016-2019



Giro Cama 2016-2019



Promedio Día Estancia 2016 -2019



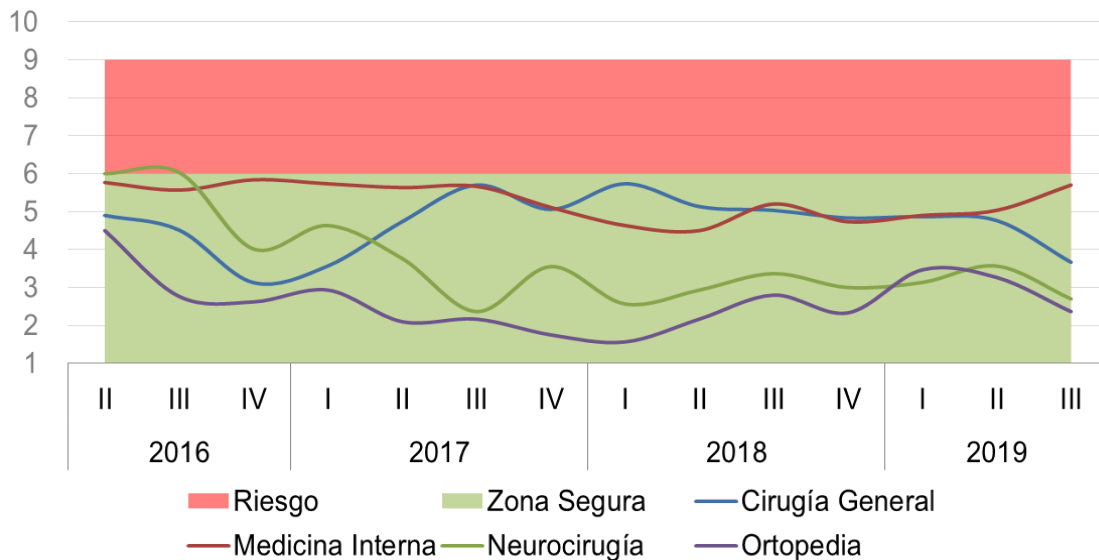
Se notó aumento en el indicador **GIRO CAMA** respecto al periodo anterior, gracias a las estrategias implementadas en los planes de mejoramiento, incluso superando las metas planteadas en el PAS (4.3) para la vigencia. Por otro lado se observa tendencia creciente respecto a los años anteriores, (mejor rotación de camas por trimestre de los últimos 4 años – 4.48), atribuible a la consolidación de las actividades de auditoría concurrente (gestión directa de estancia), intervención sobre aseguradores (auditores externos), así como empoderamiento por parte de los servicios hospitalarios de la importancia del apropiado uso del bien/cama para la prestación de servicios eficaz.

Continúa la tendencia creciente en los servicios clínicos como medicina interna, por ejemplo para el mes de julio (giro cama: 3.58), atribuido a gestión directa de los pacientes por parte del servicio y acompañamiento permanente por auditoría concurrente y trabajo social para gestión de alta temprana. Así mismo aclarando que continúa la admisión de pacientes de estos servicios crónicos y de alta complejidad, incluso con situación social compleja (migrantes venezolanos no asegurados, pacientes sin apoyo familiar, entre otros) y las demoras administrativas con algunos aseguradores para el alta efectiva (servicios ambulatorios post-egreso)

En la UCI, se ha mantenido la tendencia creciente de la rotación de camas respecto a periodos anteriores, pero con franca desaceleración, tal vez encontrando estabilización respecto a la gestión de ingreso y alta (mejores prácticas para la clasificación de ingreso de pacientes críticos recuperables, crónicos, etc.), adicionado al acompañamiento permanente de auditoría concurrente con la calificación de estancia.

Continúa el ingreso de pacientes con condiciones oncológicas que generan un fenómeno no controlable de larga estancia (necesidad de internación permanente por complejidad de la enfermedad), incluso con componente quirúrgico oncológico (más difícil remisión por parte de asegurador por complejidad de servicios requeridos) desencadenando en estancamiento parcial en la rotación de camas ocupadas por éstos pacientes (cirugía general, ortopedia, entre otros.), lo anterior se compensa desde el punto de vista indicador con otro tipo de pacientes de menos complejidad que tienen mejores índices de rotación/cama.

Oportunidad Respuesta Interconsulta en Horas - Hospitalización



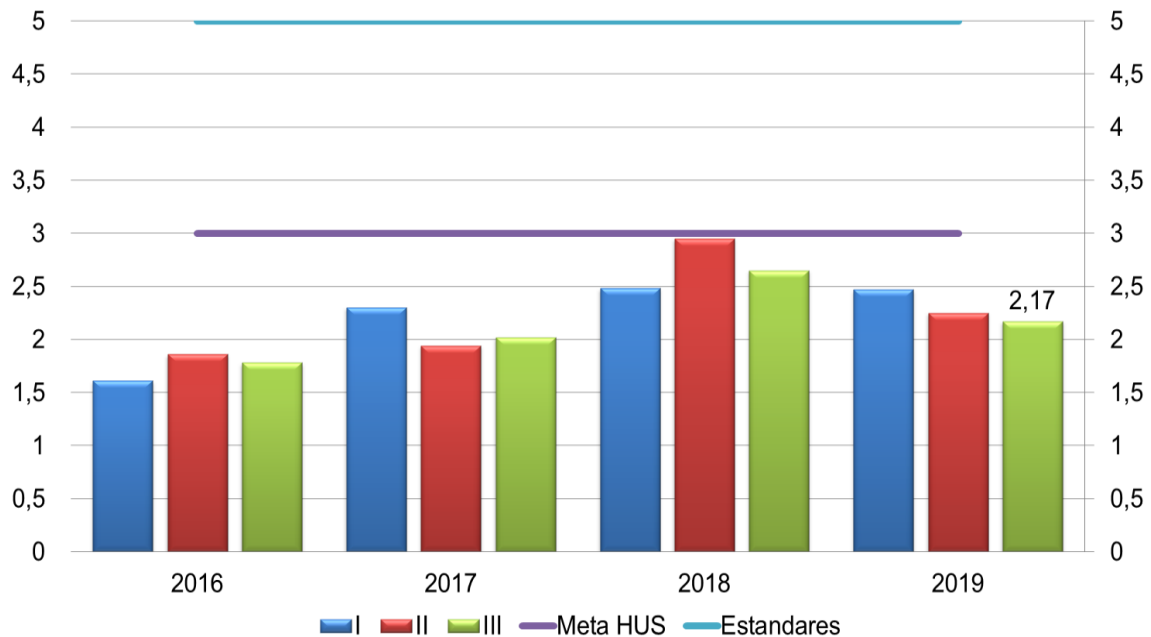
Se mantuvo en el actual periodo la ausencia de PQRS (N) (demoras en la atención) frente al periodo anterior denotando mantenimiento en el compromiso de los servicios asistenciales (sobretudo sub especializados) frente a actividades de calidad.

Para el tercer trimestre del año la oportunidad de respuesta de interconsulta para los servicios priorizados continúa en zona segura (previamente definido por acuerdos y línea base), con leve aumento en el servicio de medicina interna pero sin pasar a zona de riesgo.

Se mantienen tendencias en tiempos para el trimestre en relación a periodos anteriores, sin mayores desviaciones que requieran intervención.

Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

TASA DE INFECCIÓN ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD POR DIAS ESTANCIA (Trimestres 2016 - 2019)



La tasa de infección para el trimestre se mantiene por debajo de la meta 3.0 (2.17), con tendencia decreciente respecto a los dos primeros trimestres de la vigencia, atribuible a la normalización en registros de IAAS.

Continúan en rigor las estrategias en el PUMP (gestión de flebitis química, mecánica y bacteriana), alineado a seguridad del paciente, pendiente resultados de la vigencia para determinar efectividad de las mismas, al corte con tendencia decreciente.

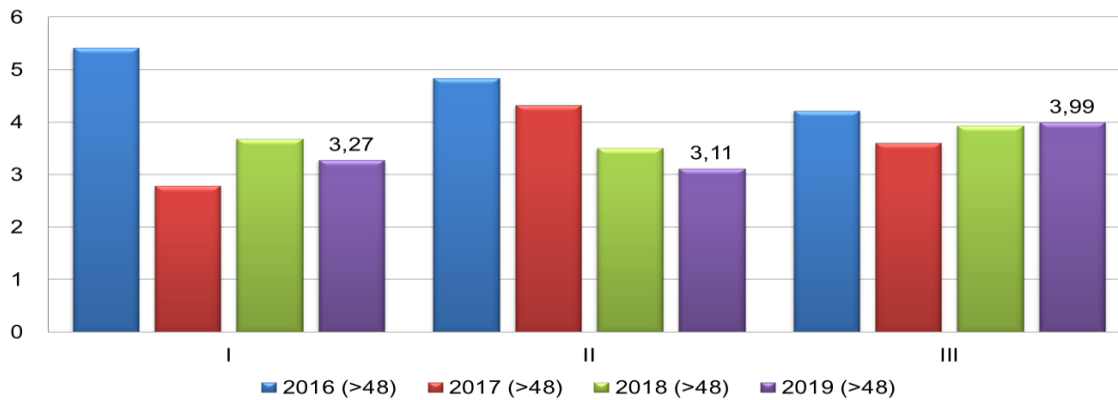
No se presentaron brotes durante el periodo.

Continuamos con el indicador global por debajo de la meta (<3.0), incluso a estándares extra institucionales (<5.0).

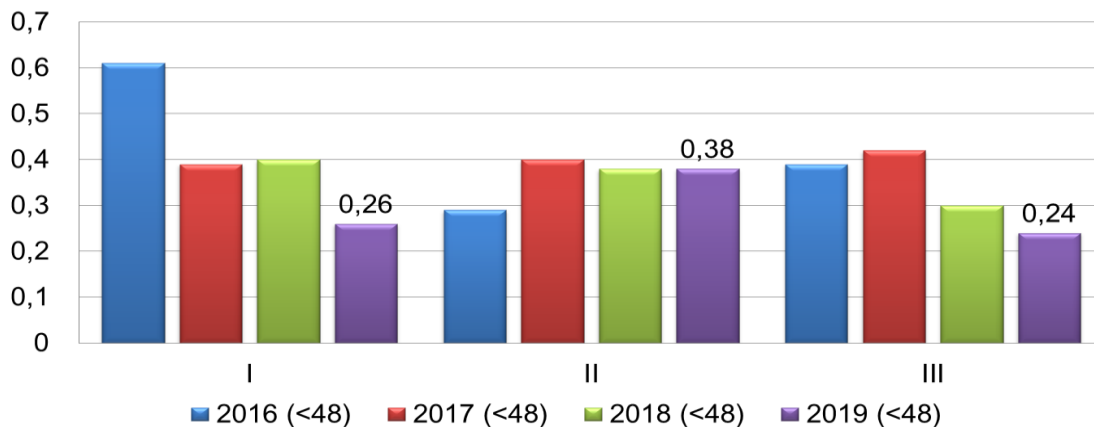
Continuamos con las estrategias para el control de infecciones y gestión de las mismas dirigidas desde el COVE.

No se observaron desviaciones significativas en los indicadores de adherencia a la estrategia multimodal.

**PORCENTAJE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA POR TRIMESTRES
2016-2019 >48 Horas**



**PORCENTAJE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA POR
TRIMESTRES 2016-2019 <48 Horas**



Leve incremento de mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas y disminución de la mortalidad menor a 48 horas, atribuible a movimientos epidemiológicos en tipo de paciente ingresado (agudos complejos vs crónicos agudizados), aclarando que algunos índices son no controlables (atribuidos a demanda espontánea).

Continuamos con los análisis de mortalidad de los pacientes fallecidos >48 horas, dando cumplimiento al indicador N° 17 de la resolución 408 de 2018 análisis de mortalidad intrahospitalaria.

La mayor parte de mortalidades (posterior a los análisis) son atribuidas en alta proporción a condiciones immanentes, sin observar eventos derivados a la atención y/o circunstancias hacia el desenlace.

Índices globales de mortalidad en el trimestre (menor a 48 horas) estuvieron por debajo del mismo periodo frente a vigencias anteriores, lo que se puede explicar por tendencia al cambio epidemiológico de la institución (morbimortalidad) confirmado por el desarrollo de perfil de la institución.

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, incluso con tendencia a mayor demanda de pacientes oncológicos (alta tasa de letalidad). Explicando leve ascenso de mortalidad mayor a 48 horas.

No mortalidad relacionada a IAAS.

1 mortalidad materna en el periodo (tardía y no relacionada al embarazo)

1.1. PQRS

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	2018				2019		
		2018-I	2018-II	2018-III	2018-IV	2019-I	2019-II	2019-III
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	32%	19%	13%	9%	7%	10%	12%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	3%	0%	0%	0%	0%	5%	4%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	24%	28%	21%	31%	24%	33%	42%
AS	Causas externas al HUS	3%	6%	2%	0%	0%	0%	0%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
N	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	3%	4%	6%	11%	11%	0%	0%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atención al paciente.	11%	19%	13%	9%	20%	17%	12%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, aux de enfermería, Enfermeras, camilleros, tecnicos de RX.	3%	2%	10%	20%	11%	10%	8%
AR	Presuntas fallas administrativas en la entrega de un paciente fallecido	3%	0%	0%	0%	2%	2%	0%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de Defuncion, nacido vivo, etc.	3%	0%	0%	3%	0%	2%	0%
V	Falta de insumos y / o elementos medicos y / o quirurgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal medico.	3%	0%	2%	6%	2%	7%	4%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	3%	0%	8%	3%	7%	7%	4%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	3%	2%	2%	0%	0%	2%	0%
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%
K	Demora en la atención en cirugía ambulatoria	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
AK	No privacidad durante el proceso de atención del paciente	3%	2%	0%	3%	0%	0%	0%
T	Falta de comunicación y/o información médica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0%	2%	4%	0%	0%	0%	0%
Q	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de HC, etc	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
AU	Demora en la autorización de la Eps	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	0%	4%	10%	3%	7%	0%	4%
Z	Perdida de elementos personales del usuario	0%	4%	6%	0%	4%	2%	0%
AM	Prácticas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0%	0%	2%	0%	4%	0%	2%
A	Accesibilidad inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia	0%	0%	0%	0%	2%	0%	2%
R	Dificultad en la comunicación telefonica para la asignación de las citas: call center, gastro, neum, Rx, cardiología, etc.							2%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro							2%
O	O Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en Urgencias	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)					0%	2%	2%
TOTAL		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Se notó incremento de QR, las cuales están atribuidas a adherencia en comportamientos (mismo funcionario con varias QR), pero con intervenciones realizadas de acuerdo a PUMP (definidas actividades para la vigencia), incluso con decisiones de fondo desde la subdirección de enfermería (terminación de la misión de funcionarios adherentes)

Se resalta la ausencia de QR en el periodo relacionadas a inoportunidades en la atención.
Sin otras desviaciones significativas en primeras causas de QR.
Se resalta el periodo por altos índices de felicitaciones.

1.2. OTROS

Sala de Egreso

En el periodo se contó con una rotación en sala de Egreso de 346 pacientes, distribuidos entre usuarios pos quirúrgico, crónicos y pos evento obstétrico, con una duración promedio de **3h: 40 min**, hasta el egreso efectivo de la Institución. Se continúa incentivando el uso de este espacio, para fortalecer la disponibilidad de camas, mediante la participación activa de las diferentes especialidades y servicios médicos, así como propiciar la participación de los usuarios acerca de estilos de vida saludables y gestión de autocuidado de acuerdo a su estado de salud.

De acuerdo a seguimiento realizado para la construcción de línea base (Datos >12 meses), se llegan a las siguientes conclusiones:

- El servicio más representativo en uso de sala de egreso fue ginecología y obstetricia explicado por localidad (cercanía a pisos hospitalarios) y cultura de alta seguro (adherencia a programas como IAMII).
- La adherencia al uso de la sala de egreso no ha superado el 50%, explicado por las siguientes causas identificadas:
 - Pacientes complejos (medicina interna) que ha generado resistencia del servicio por novedades de seguridad (adulto mayor con descompensación de DM2)
 - Resistencia al uso de la sala por los servicios hospitalarios por percepción de no utilidad (explicado por la no ubicación oportuna del siguiente paciente)
 - Algunos pacientes han sido altas efectivas directamente desde la habitación de hospitalización.
 - Se evita el uso para pacientes del INPEC (alto riesgo de seguridad), por lo que completan su proceso de alta directamente en la habitación.
- Las salidas de la institución en su totalidad fueron después del mediodía (al menos las que los servicios tratantes envían a la sala de egreso) >12:00m horas.
- La estancia en sala de egreso ha sido muy útil para brindar información relacionado a programas de PyP y sobre todo para la integración de los servicios de apoyo en el aseguramiento del alta (por ej. nutrición, fisioterapia, clínica de heridas, entre otros)
- El traslado de pacientes en horas de la mañana ha facilitado el alistamiento de cama y nueva ocupación de paciente (aplica solamente para días hábiles cuando la capacidad operativa de la institución está al 100% y existe gestión directa sobre la cama), por lo que es una actividad funcionario – dependiente y no de proceso.

Dentro del periodo 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:



051



SC5520-1



1. 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 a pacientes con POP de fractura de cadera y fractura de fémur, con una cobertura total de 266 pacientes capacitados entre pacientes, familiares para el trimestre en relación; este proceso ha permitido que el paciente cuente con elementos necesarios para su adaptación y cuidado en cada una vez egrese de la Institución, favoreciendo su recuperación, adherencia al tratamiento y a la adaptación a su condición de salud secundaria al procedimiento quirúrgico.

2. En el Programa IAMII, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMII con enfoque integral, se capacitaron el periodo un total de 164 maternas y gestantes, 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 servicio de hospitalización; así mismo se ha realizado seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, abordando un total de 669 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 197 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 411 usuarias de los servicios de ginecología, quienes fueron atendidos en la Institución, permitiendo dar continuidad de la atención de los servicios, posterior al egreso. Se cuenta así mismo con un indicador de respuesta efectiva a la remisión que mide la aceptación por parte de la EPS para la articulación de la prestación de los servicios del primer nivel de atención, con los ofrecidos por la Institución al momento del egreso. Este indicador promedio del trimestre se encuentra en el 8.0% de respuesta efectiva.

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 cuenta con el programa desde la valoración intrahospitalaria permitiendo abordar la atención al neonato canguro desde el nacimiento, garantizando la oportunidad de la atención en menos de 14 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 1 día, permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Teniendo en cuenta el comportamiento asociado a la inasistencia a las citas del plan canguro, se estableció la medición de tiempos

de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 48 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 99.6% 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. Para el periodo se han capacitado un total de 195 colaboradores de las áreas asistenciales, apoyado por la jornada de actualización para el personal asistencial por parte de este grupo de apoyo. Para este año, y teniendo en cuenta el paquete instruccional de Prevención de lesiones de piel, la Tasa de pacientes que presentaron UPP en el periodo dentro la atención fue de 2.45, 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 291 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.


6. 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 1.737 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 a más del 60% de los usuarios hospitalizados en el periodo. Adicional, se evalúa 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. Como resultado se obtuvo que el 82% de la población intervenida, logre 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.

6. Pacientes crónicos. Desde el año 2017, en el servicio de consulta externa se inició la remisión a los programas de P y P, a todos los pacientes quienes una vez atendidos por las especialidades médicas, se le brindara la oportunidad de la continuidad de la atención de acuerdo a necesidad y criterios de manejo clínico, permitiendo la articulación con la red de prestadores del I nivel de atención. Se han establecido así un total de 3.911 remisiones a programas de detección temprana y protección específica, entre los que se encuentran un total de 1.897 usuarios con patologías crónicas, lo que favorece la continuidad de la prestación de los servicios una vez el usuario tenga salida de la Institución. Del total de las consultas realizadas de manera ambulatoria, el 29% de los pacientes atendidos son remitidos a los programas de P y P de primer nivel, posterior a la valoración de riesgo clínico

7. identificado al momento de la atención médica. Así mismo desde los servicios de hospitalización se ha realizado la identificación de 346 pacientes con patologías crónicas, a los cuales se le brinda educación al usuario y/o su cuidador principal sobre temas de gran importancia e interés para la preparación al momento del egreso (terapia farmacológica y autocuidado), favoreciendo la adecuada adherencia al tratamiento y el manejo general de la enfermedad durante los cuidados en casa; se finaliza posterior a la valoración del riesgo de acuerdo con su condición clínica, con la remisión de estos mismos usuarios a la red de atención primaria o prestadores, buscando

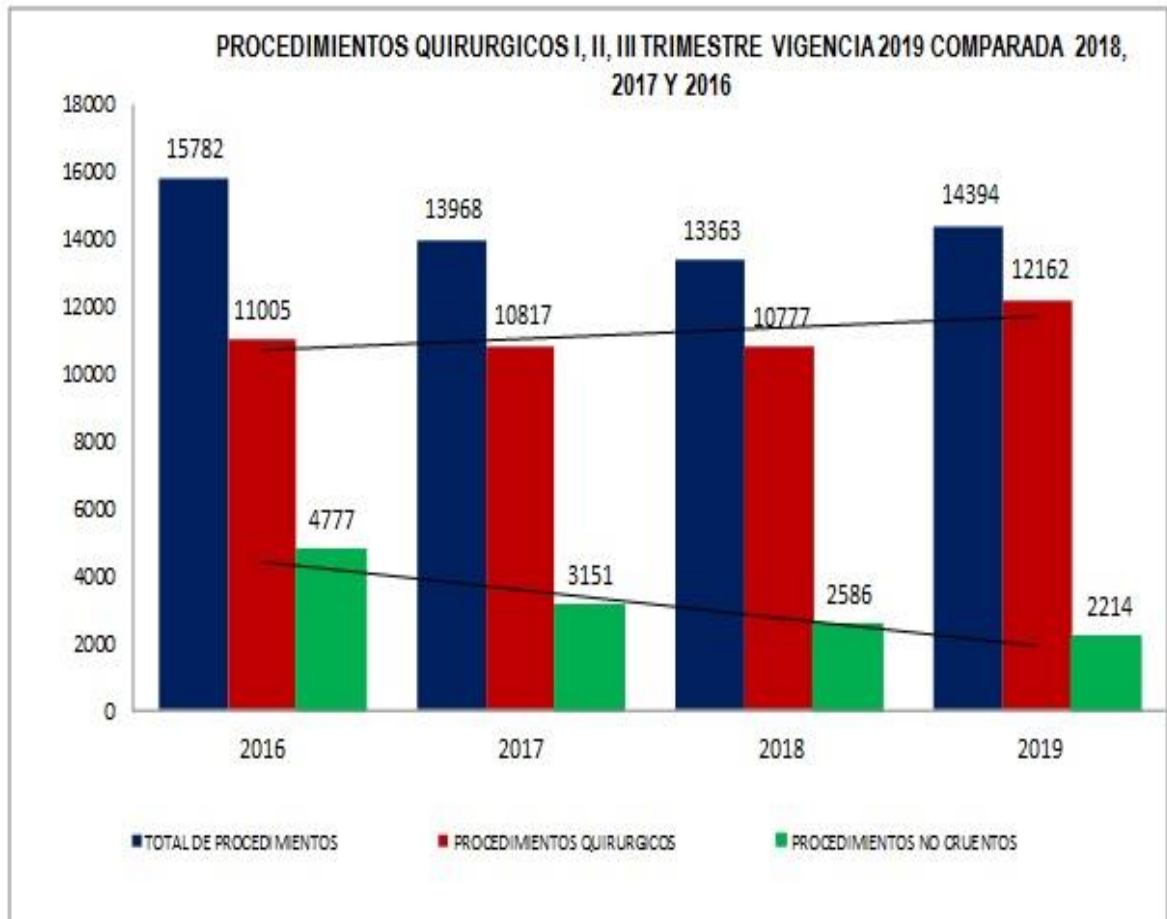
la articulación con la red, y con los programas de manejo de patologías crónicas para el seguimiento y atención respectiva de acuerdo a las necesidades de cada usuario.

8. Conserjería prueba voluntaria VIH. En concordancia con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, se inició la consejería para prueba voluntaria de VIH, donde a través de la participación de interdisciplinaria se, se le ofrece acompañamiento y asesoría a los usuarios identificados en riesgo de transmisión de VIH, para favorecer el reconocimiento de la patología, la importancia de la adherencia al tratamiento y hábitos de vida saludables antes y después de la realización de la prueba. Para el periodo se ha realizado el acompañamiento con la consejería a un total de 40 usuarios en los diferentes servicios de hospitalización.

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Empresa Social del Estado		TABLERO INDICADORES SEGUIMIENTO P Y P - 01PA01		
		2017	2018	2019
PROGRAMA	VARIABLE	III TRIM	III TRIM	III TRIM
Habilitación y Rehabilitación Física	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	269	301	266
	# gestantes y/o maternas a quien se realizo seguimiento del programa IAMII	913	689	669
IAMII	# de usuarias remitidas a la EAPB origen, de acuerdo a lineamientos del programa	ND	497	411
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas centrales del programa IAMII	211	181	164
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas centrales del programa IAMII	247	165	197
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0,00%	0,00%	0,0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100,00%	100,0%	99,60%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0,00%	0,00%	0,00%
	% Canguro fallidos nacidos extrahospitalario	0,00%	0,00%	0,00%
	% inasistencia al programa madre y padre canguro	13%	15,5%	13%
	% Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100,00%	100,0%	100,00%
	Oportunidad de atención plan canguro primera vez en días	ND	2	0,1
Programa Ampliado de Inmunizaciones	Oportunidad respuesta a interconsulta adaptación canguro intrahospitalario en horas (meta: menor a 72 Horas)	ND	26	14,5
	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100,00%	100,00%	99,60%
Clínica Cuidado de las heridas y de la Piel	% Recién nacidos vacunados con BCG con criterios clínicos	100,00%	100,00%	100,00%
	Tasa de UPP en el periodo	2,55	2,65	2,41
Programa Educación en salud	# de personal asistenciales de unidades capacitadas en el periodo sobre prevención de UPP	231	97	195
	# de usuarios y cuidadores capacitados en prevención de lesiones y cuidado de la piel	ND	272	291
Pacientes Crónicos	# de usuarios y cuidadores a quien se les brindo educación en salud	3.849	2.132	1.737
	% Comprensión de la educación brindada a usuario y cuidador del programa	ND	91,6%	82,0%
	# de usuarios y/o cuidador con enfermedad crónica a quien se le brindo educación (terapia farmacológica - autocuidado), en los servicios de hospitalización	ND	512	346
Sala de egreso	# de usuarios remitidos desde hospitalización a programas de P y P de primer nivel (Alteraciones del adulto y patologías crónicas)	ND	512	346
	# de usuarios remitidos desde consulta externa a programas de P y D (Detección temprana - protección específica)	ND	2951	3911
Consejería Prueba Voluntaria para VIH	# de usuarios que rotaron por sala de egreso	121	734	346
	Tiempo promedio de estancia en horas en sala de egreso	ND	4:11	3:40
	# de usuario en riesgo de diagnóstico de VIH, a quien se le realizo la consejería voluntaria	ND	ND	40

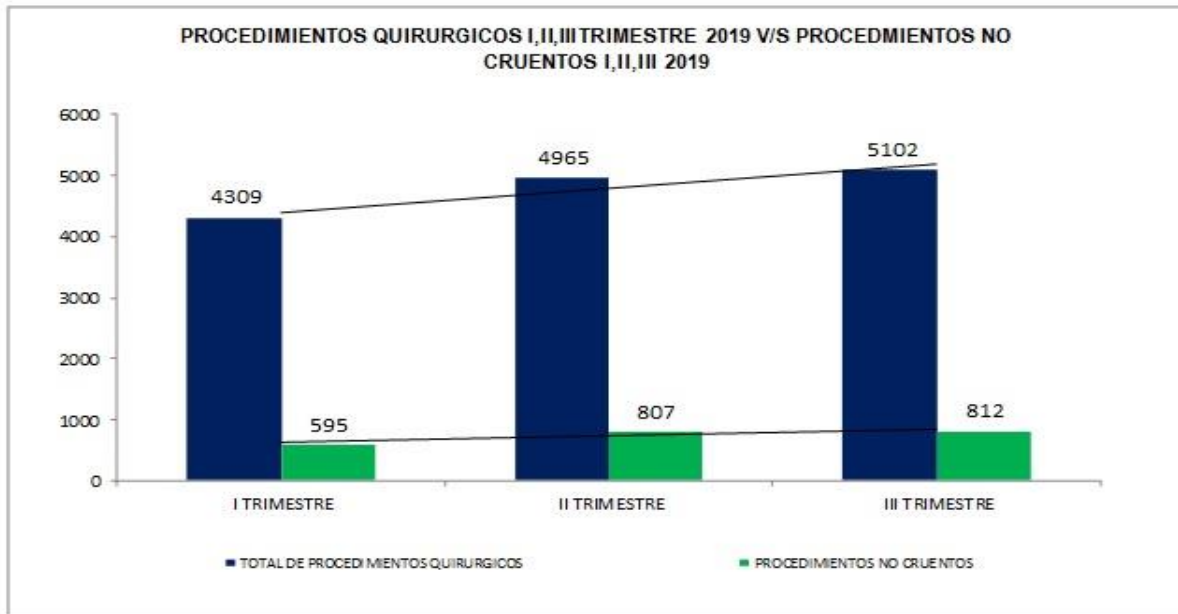
1.2 ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO

GESTION DEL PROCESO



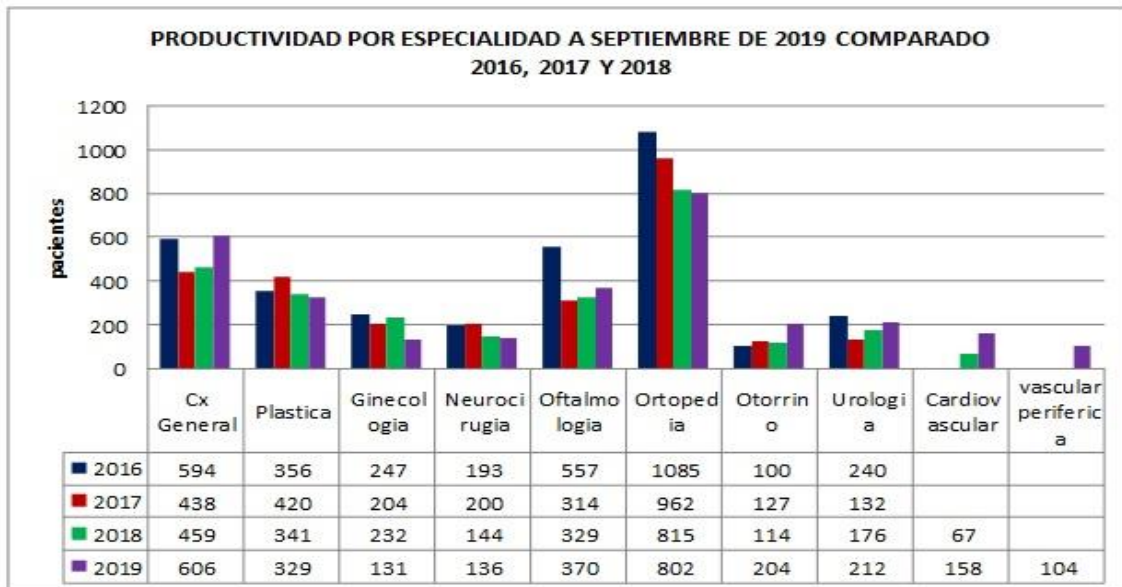
Gráfica No 1 Fuente: Dinámica gerencial y Excel De programación quirúrgica

Los procedimientos quirúrgicos presentan un ascenso del 7% respecto a la vigencia a septiembre del año anterior. Se observa una disminución del 9% respecto al año 2016 pero representado en procedimientos no cruentos (grupos menores de 5) que han tenido un descenso del 46% desde el año 2016. Mientras que los procedimientos quirúrgicos correspondientes a grupos mayores y a cirugía de mayor complejidad se han incrementado en 9.5% vigencia a septiembre 2019 comparado 2016 y 2017 y comparado con la vigencia a septiembre 2018 el incremento fue de 11,3%.



Grafica No 2 Fuente: Dinámica gerencial y Excel De programación quirúrgica

El comportamiento trimestral durante la vigencia 2016 presenta un incremento del 15,5% a septiembre en procedimientos mayores y cirugía compleja, mientras que procedimientos menores o no cruentos el aumento fue de 26%.

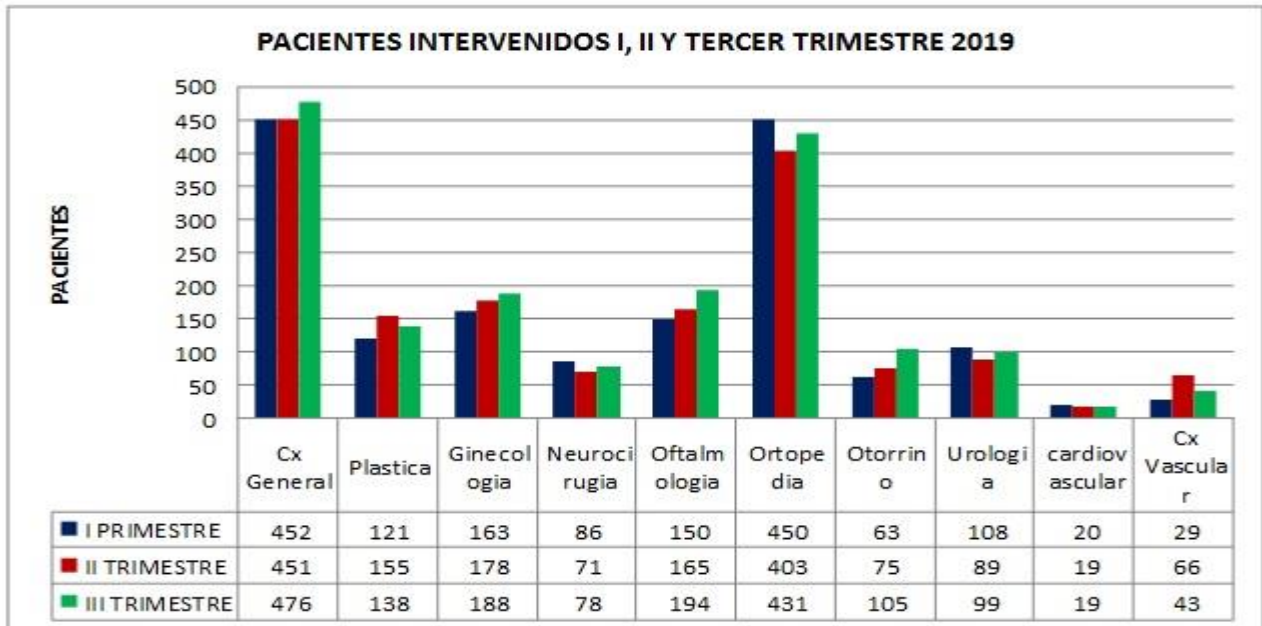


Grafica N| 3 Fuente: Dinámica gerencial y Excel de programación quirúrgica

La productividad por especialidad evidencia el fortalecimiento en cuanto a producción y complejidad. Especialidades cuya productividad venía en descenso, tal es el caso de cirugía general presenta un incremento del 28%, Oftalmología 15%, otorrino 51%, urología 38%. También vale la pena destacar que especialidades como ortopedia aunque han disminuido sus procedimientos en un 26% aumentaron su complejidad en lo relacionado a reemplazos articulares y Osteosíntesis.

Especialidades que han venido en descenso respecto a su productividad Neurocirugía con una disminución del 29%, y ginecología con un 36% respecto a las vigencias anteriores, en el caso de neurocirugía pacientes SOAT han disminuido el ingreso de trauma por urgencias igualmente ginecología ha disminuido en forma significativa la cirugía ginecológica y obstétrica.

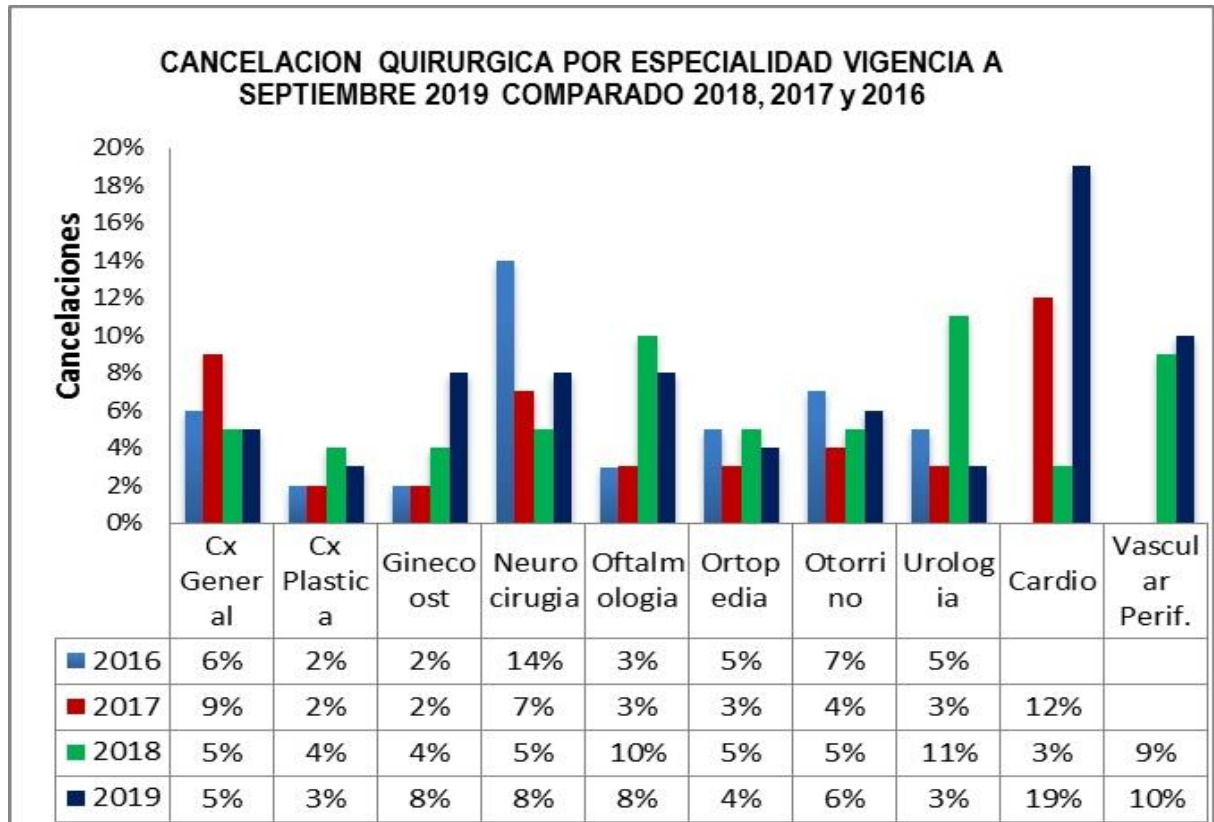
Es importante resaltar el comportamiento de cardiovascular y vascular periférica que han incrementado sus procedimientos y que corresponden a alto costo. Respecto a las vigencias a septiembre 2018 y 2019



Grafica N| 4 Fuente: Dinámica gerencial y Excel de programación quirúrgica

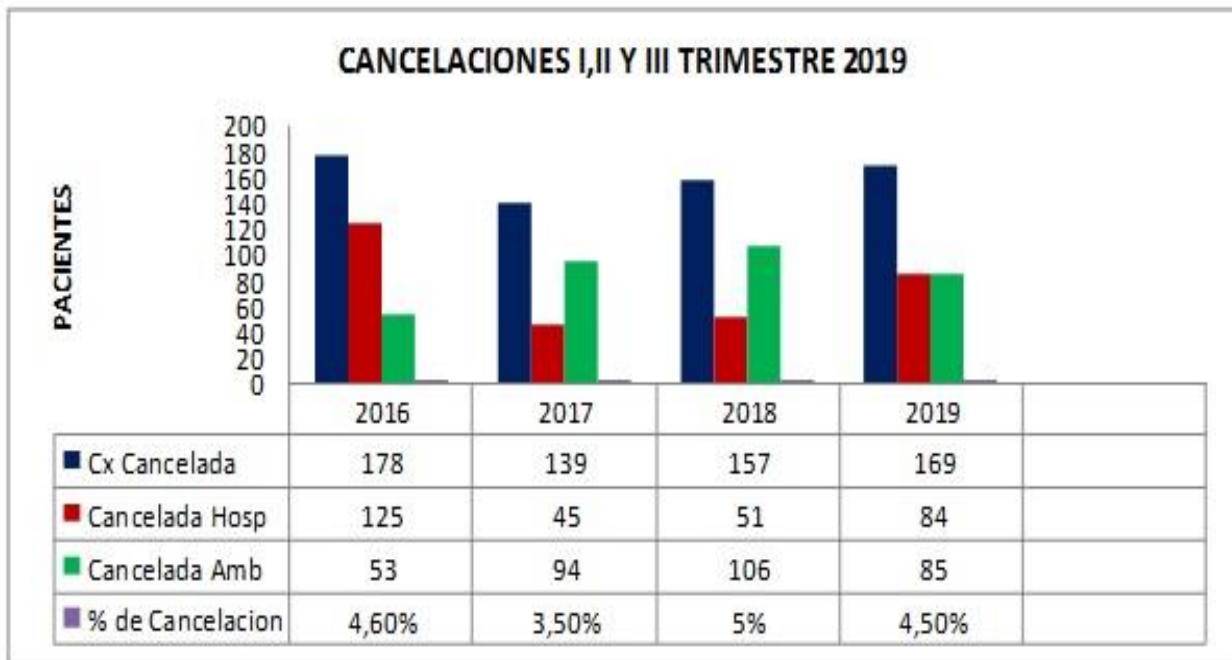
La productividad quirúrgica durante el periodo 2019 presenta un aumento no solo en procedimientos sino en complejidad, especialidades como ortopedia que descendió durante el segundo trimestre en un 7% presenta un aumento del 9% en el tercer trimestre.

Todas las especialidades exceptuando cirugía vascular periférica y cx plástica incrementaron su productividad durante el tercer trimestre por lo menos en un 5%.



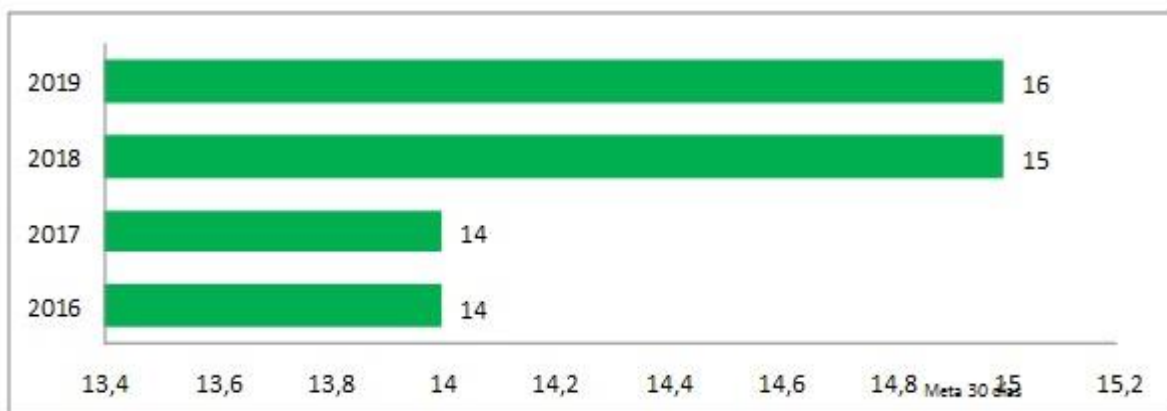
Grafica N| 5 Fuente: Dinámica gerencial y Excel de programación quirúrgica

En la gráfica se puede observar el comportamiento de algunas especialidades que afectan el indicador tal es el caso de cardiovascular y vascular periférico, neurocirugía (alta complejidad), quienes la cancelación se asocia a urgencias que requieren el grupo quirúrgico, comorbilidad asociada, no disponibilidad de UCI por pacientes conectados en quirófano, disponibilidad de insumos que no proveen las casas por disponibilidad y ausencia de pacientes del IMPEC, sin embargo la cancelación cuya pertinencia está asociada a causas institucionales solamente corresponde a un 2,0% siendo la variable de mayor impacto la no disponibilidad de UCI, la inadecuada preparación del paciente en hospitalización.



Grafica N| 6 Fuente: Dinámica gerencial y Excel de programación quirúrgica

El indicador de cancelación para la vigencia septiembre 2019 se mantiene en 4.5% por debajo de la meta propuesta 5%



Grafica N| 7 Fuente: Dinámica gerencial y Excel de programación quirúrgica

La oportunidad quirúrgica para la vigencia septiembre 2019 comparado 2018, 2017 y 2016 aumento en dos días obedeciendo a la no disponibilidad de equipos de video endoscopia que fue necesario adquirir por obsolescencia.

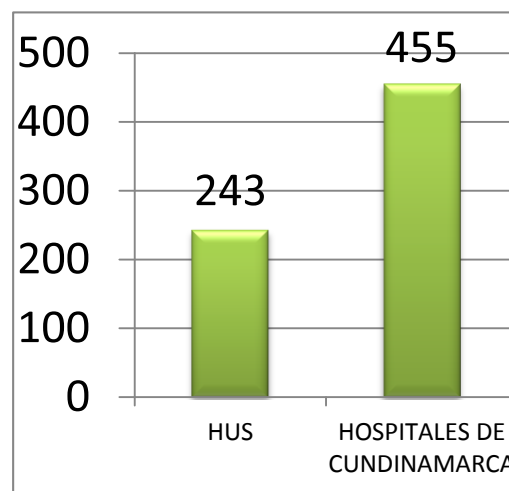
GESTIÓN DEL PROCESO PROGRAMA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

COMPONENTES DE GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN A LA DONACIÓN

Información: En este trimestre del año 2019 se capacitan a 46 usuarios externos y a 148 externos en comparación con el año pasado que en el tercer trimestre de 2018 no se había iniciado con programa de capacitación.

Educación: Se realiza lanzamiento del curso virtual El curso virtual de la gestión operativa de la donación de órganos y tejidos, se realizó con aval de los entes territoriales desde el Programa de Donación de órganos y tejidos para este III trimestre de 2019 se lanzó y se cuenta con un total de 698 participantes Esto con el fin de aumentar la donación en Colombia y disminuir listas de espera apuntado de esta manera a la responsabilidad social.



Comunicación: Se desarrolló las siguientes piezas comunicativas:

- ✓ Vídeo de Notificaciones de potencial donantes: Publicada en grupos WhatsApp dando cobertura a 127 colaboradores asistenciales y pantalla institucional.
- ✓ Facebook: Personas alcanzadas: 2.765.
- ✓ Interacciones: 393.
- ✓ Compartido: 12 veces.
- ✓ YouTube: 10 visualizaciones, 3 me gusta.
- ✓ Pieza comunicativa del día mundial de la Donación de órganos: Publicada en grupos WhatsApp dando cobertura a 127 colaboradores asistenciales y red social Facebook.
- ✓ Corrección pieza comunicativa Ley 1805 de 2016

Con lo mencionado anteriormente y realizando la sumatoria de actividades realizadas el total de actividades de cobertura de la promoción dirigidas a cliente externo y cliente interno del III Trimestre año 2018 y 2019 es de :

III TRIMESTRE	TOTAL CLIENTE INTERNO CAPACITADO	TOTAL CLIENTE EXTERNO CAPACITADO
2018	0	0
2019	139 capacitaciones + 127 cobertura de vídeos de capacitación enfocadas a notificación y día mundial de la donación = 266.	375

2. NOTIFICACIONES Y DONACIONES EFECTIVAS III TRIMESTRE

PORCENTAJE DE NOTIFICACIÓN DE POTENCIALES DONANTES Y NÚMERO DE RESCATES

	NÚMERO DE FALLECIDOS	NÚMERO DE NOTIFICADOS	RESCATES
2018	125	82 (65%)	1 de órganos y tejidos – Ya fue facturado pendiente en enero por verificar pago
2019	133	66(49%)	0

En el III Trimestre de 2019 comparativamente con el año 2018, se observa una disminución **del 33%** en el comportamiento de la notificación de potenciales donantes.

3. FACTURACIÓN RESCATES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

En los siguientes cuadros se relaciona los casos de extracción y pagos realizados al Hospital por préstamo de sala de cirugías y medicamentos utilizados por las IPS trasplantadoras de órganos

CASO 1

NOMBRE DE LA EMPRESA	COMPONENTE ANATOMICO	FACTURA	PAGO
FUNDACION CARDIO INFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	PULMON	2855534	15/02/2019
PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES	RIÑON	2855535	PENDIENTE

FUNDACION COSME Y DAMIAN	TEJIDO OSEO	2855536	01/12/2018
TOTAL			\$2.813.245

Fuente: Informe área facturación

CASO 2

NOMBRE DE LA EMPRESA	COMPONENTE ANATOMICO	FACTURA	PAGO
FUNDACION CARDIO INFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	HIGADO	2863184	15/02/2019
PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES LTDA	RIÑON	2863185	PENDIENTE
TOTAL			\$1.088.400

Fuente: Informe área facturación

CASO 3

NOMBRE DE LA EMPRESA	FACTURA	VALOR	PAGO
PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES	2885879	\$3.247.393	PENDIENTE
TOTAL		\$3.247.393	\$3.247.393

Fuente: Informe área facturación

CASO 4

NOMBRE DE LA EMPRESA	COMPONENTE ANATOMICO	FACTURA	VALOR	PAGO
FUNDACION ABOOD SHAIQ		HBOG2904854	\$2.405.300	PENDIENTE
PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES		HBOG2904855	\$951.200	PENDIENTE

TOTAL			\$3.356.500	\$3.356.500
TOTAL PAGADO				\$4.464.800
TOTAL PENDIENTE:				\$6.603.893

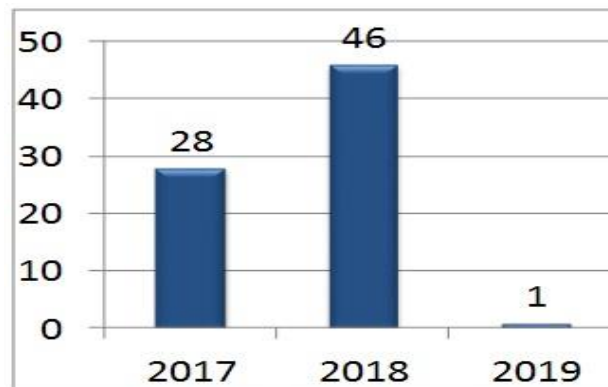
Fuente: Informe área facturación

4. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Se envían los informes del total de meses de este tercer trimestre a Secretaría distrital de salud en donde se discriminan datos Hospitalarios mensuales y se alimentan los indicadores en el TUCI del Programa de Donación de órganos y tejido.

PROGRAMA TRASPLANTES

TRASPLANTES REALIZADOS Y NOVEDADES DE SEGURIDAD



1. LISTA DE ESPERA OCULAR

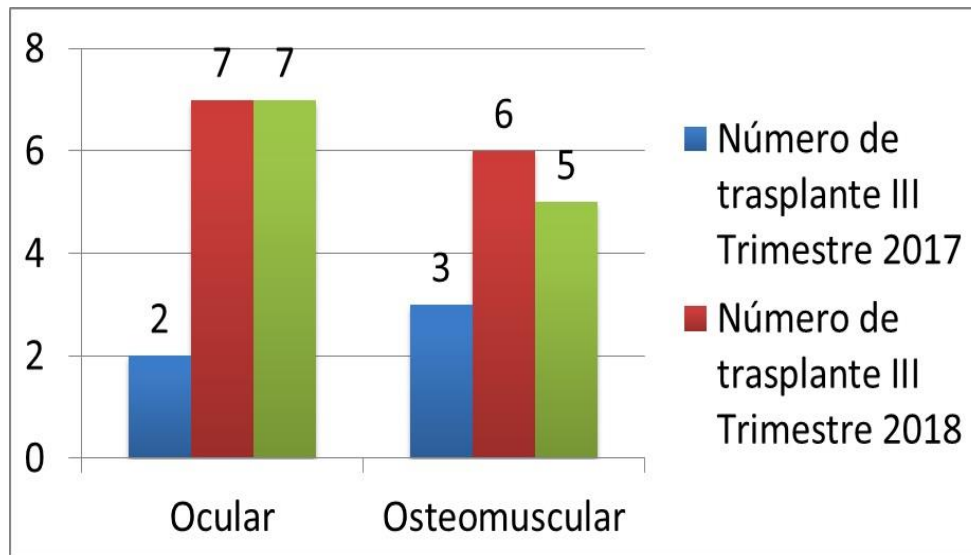
Para el año 2017 la lista de espera en red data se encontraba **en el III trimestre con 28 personas**, para el año 2018 en el III trimestre con **46** y para este año en el 2019 en **el trimestre la lista de espera se encuentra con 1 usuarios en espera**.

Esto se relaciona con los siguientes datos que se tomaron del seguimiento realizado por referencia de trasplante a esta lista de espera:

6 usuarios fueron direccionados a otra IPS, 2 usuarios ya no son aptos para trasplante y 19 usuarios no cuentan con autorizaciones para continuar con el proceso de trasplante.

Los restantes han tenido la probabilidad de ser trasplantados en el transcurso 2018-2019 sumando a los que han ingresado nuevos que han tenido oportunidad de trasplante en menos días.

2. NÚMERO DE TRASPLANTES III TRIMESTRE



En la gráfica de trasplante ocular, se puede observar que en el año 2018 y 2019 en comparativa con el año 2017 incremento en el III trimestre 5 trasplantes, esto por la mejora en la contratación de bancos de tejido y mayor disponibilidad de especialista, al igual que la gestión del Programa en la renovación de autorizaciones para los usuarios.

Por consiguiente y en la gráfica de trasplante osteomuscular, se puede observar que en el año 2018 y 2019 en comparativa con el año 2017 la tendencia en urgencias en trasplante osteomuscular aumenta en 3 casos.

3. NOVEDADES DE SEGURIDAD

Rechazo de trasplantes	0
Complicaciones intraoperatorias	0
Novedades por insumos	1
Retrasplantes	0
Cancelación de programación	0

En cuanto a novedades se presenta una novedad por parte de la especialidad de oftalmología con respecto a la inseguridad de sutura y solicitan revisión de insumo ya que puede tenerse el riesgo de pérdida de córnea por el grosor no adecuado de sutura.

Este caso fue reportado a Tecno vigilancia y se solicita cambio de proveedor o pruebas de insumo por parte de proveedor en cuanto a calidad de sutura.

COMITÉ DE TRASPLANTES

Se cumple con el 100% de comités contemplados en el trimestre, se mantiene el comportamiento del año 2019 en comparación con el 2018.

Por cronograma se realiza por trimestre 1 comité se realiza comité de trasplantes correspondiente a este trimestre el día 4 de septiembre de 2019 liderado por referente de trasplantes.

BIOVIGILANCIA

1. Se estandariza pieza comunicativa

¿QUÉ ES LA BIOVIGILANCIA?
La biovigilancia consiste en la detección, notificación y registro de los incidentes, efectos y reacciones adversas que se hayan podido producir como consecuencia de la realización o implantación de los diferentes tejidos.

ALCANCES
El Sistema/Programa de Biovigilancia de Tejidos aplica para el reporte de Incidentes y Eventos Adversos, en cualquiera de los siguientes casos:
*Aplica al trasplante allogénico de todos los tejidos oculares, osteomusculares, piel y cardiovasculares provenientes de Bancos de Tejidos.
*Aplica para los trasplantes autólogos de tejidos que han sido sometidos a procesos de Bancos de Tejidos, así como para los donantes vivos de los mismos.
*Aplica a los incidentes que se presenten con los tejidos, a partir de su distribución por parte de los Bancos de Tejidos hasta antes de la cirugía.

ACTORES DEL SISTEMA PROGRAMA DE BIOVIGILANCIA
Bancos de Tejidos certificados con Manual de Buenas Prácticas expedido por el INVIMA.
Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas con servicio de trasplante de tejidos y que realicen seguimiento post-trasplante a receptores de tejidos, conexas con el servicio de la especialidad del tejido trasplantado.
Ministerio de Salud y Protección Social.
Coordinación Regional de la Red de Donación y Traslante a cargo de las Secretarías de Salud.
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
Instituto Nacional de Salud (INS) como Coordinador Nacional de la Red de Donación y Traslante.
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

¿QUÉ SE PUEDE Y DEBE REPORTAR?
Todo evento relacionado con un trasplante de tejido que pueda o no ocasionar un daño al paciente.
En el pre trasplante:
Falta de comunicación con Bancos de tejidos.
No identificación de especialista.
No contar con insumos requeridos.
Falta del tejido.
No oportunidad relacionada con los trámites administrativos.
El tejido no cumple con los requerimientos de conservación (pérdida de la cadena de frío).
Durante el trasplante:
Complicaciones quirúrgicas.
Tejido en malas condiciones.
Falta de insumos.
Complicaciones propias del paciente.
Asistencia de pacientes.
Posterior al trasplante:
Infecciones oportunistas.
Rechazo del tejido.
No validez actual del report.
Biovigilancia.
Complicaciones post operatorias.

A TRAVÉS DE QUE MEDIOS REPORTAR
* Aplicativo internet reporte de novedades de seguridad del paciente.
* Formulario físico oblige (SGGCB-VI).
* Estando a la oficina de seguridad del paciente: Ext. 10203 o Programa de Donación de Órganos y Tejidos Ext. 10174.
* Correo: referenciaseguridad@hus.org.co, trasplante.m@hus.org.co

ESTO CON EL FIN DE
Identificar riesgos asociados a tejidos e eventos que puedan o no ocasionar daños en el paciente. Seve para definir e implementar acciones preventivas y correctivas para hacer más segura nuestra atención en salud.

ACTIVIDADES DE VIGILANCIA ACTIVA Y PASIVA
Vigilancia Pasiva (Para llevar a cabo acciones Correctivas):
Notificación y gestión de novedades generadas por parte de especialistas o profesionales del área de la salud en caso de incidencias de seguridad en el momento de trasplante.
Vigilancia Activa (Para llevar a cabo acciones de tipo Preventivas):
1. Seguimiento de insumos para trasplante.
2. Seguimiento a Bancos de tejidos oculares y osteomusculares, verificando su calidad.
3. Seguimiento Tabulados Post-trasplante.
4. Seguimiento a tejido restante post trasplante.
5. Seguimiento control de especialistas.
6. Seguimiento a pacientes de lista de espera Instructos por falta de autorizaciones y vigilancia de criterios a programación de trasplante, según la prioridad en el consumo de órganos de programación a trasplante a nivel nacional.

2. Capacitación recurso humano :

Capacitaciones de socialización a recurso humano = 66 dentro de los cuales se capacita a Especialistas de Oftalmología, instrumentadores Quirúrgicos y equipo de Farmacia.

3. Detección activa de novedades:

3.1. Auditoria Concurrente: 6 de trasplante ocular y 2 Osteomuscular. No se evidencian novedades.

3.2. Seguimiento activo Telefónico:



	# Seguimientos	Novedades de seguridad	Acciones
OCULAR	33	8	Se reporta a especialidad de oftalmología
OSTEOMUSCULAR	7	1	Se reporta a especialidad de neurocirugía

3. INDICADORES

INDICADORES TRASPLANTE OCULAR	III TRIMESTRE 2018	III TRIMESTRE 2019
Porcentaje de complicaciones por procedimientos quirúrgicos en trasplante ocular	0%	0%
Número de Retrasplantes en trasplante ocular	0%	0%
Porcentaje de Infecciones Oportunistas en trasplante ocular	0%	0%
Rechazo del Injerto en trasplante ocular	0%	0%

En el año 2018 en el III Trimestre de 2018 y III Trimestre de 2019 no se reporta ninguna novedad en complicaciones de Procedimiento quirúrgicos, retrasplante, infecciones oportunistas y rechazo de injerto.

INDICADOR DE TRASPLANTE OSETOMUSCULAR	III TRIMESTRE 2018	III TRIMESTRE 2019
Porcentaje de complicaciones por procedimientos quirúrgicos en trasplante osteomuscular	0%	0%
Porcentaje de complicación vascular quirúrgicos en trasplante osteomuscular	0%	0%

Número de Retrasplantes quirúrgicos en trasplante osteomuscular	0%	0%
Rechazo del Injerto quirúrgicos en trasplante osteomuscular	0%	0%

En el año 2018 en el III Trimestre de 2018 y III trimestre 2019 no se reporta ninguna novedad en complicaciones de Procedimiento quirúrgicos, re trasplante, complicaciones vasculares y rechazo de injerto.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Se realiza reporte mensual a Secretaria Distrital de los trasplantes realizados junto con indicadores mensuales de cada especialidad y a bancos de tejidos en este caso IDC BIC y Cosme y Damian reporte de seguimientos y novedades encontradas en los usuarios trasplantados.

Se envían los informes correspondientes a los meses de la totalidad de este III Trimestre de 2019.

Se envía Base de datos de búsqueda activa de los trasplantes realizados de trasplante ocular y oseteomuscular a los bancos de tejido correspondiente que es muestra de seguimiento que el Programa realiza a los usuarios trasplantados

Se actualiza sistema de Información Red data y se renueva servicio osteomuscular en la Red de trasplantes.



1.3 GESTIÓN DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO

GESTIÓN DEL PROCESO

PRODUCTIVIDAD GENERAL DEL LABORATORIO CLÍNICO III TRIMESTRE DE 2019



Gráfica No. 1 (Fuente LABCORE)

En el III Trimestre de 2019 comparativamente con el año 2018, se observa una disminución del 6 % en el número total de exámenes realizados de Laboratorio Clínico.

NÚMERO DE EXÁMENES POR SERVICIO III TRIMESTRE DE 2019



Gráfica No. 2 (Fuente LABCORE)

El comportamiento es muy similar con una mayor utilización de los servicios en hospitalización, seguido de urgencias y en un porcentaje menor ambulatorio. Es de anotar que las solicitudes de exámenes al servicio ambulatorio son de exámenes especiales acorde a la complejidad de la Institución.

OPORTUNIDAD DE REPORTE DE EXÁMENES CON VALORES CRÍTICOS

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA OPORTUNIDAD DE NOTIFICACIÓN REPORTES DE VALORES CRÍTICOS (Reporte en un tiempo no mayor a 30 minutos después de validado)	
III TRIMESTRE DE 2019	
2018	86 %
2019	95 %

Tabla No. 1 (Fuente: Informe de Resultados criticos vía telefónica 05AD19-V1)

Este porcentaje de cumplimiento hace referencia al reporte por parte del laboratorio Clínico en un tiempo no mayor a 30 minutos, después de validado el examen, al médico o especialidad. El laboratorio Clínico ha venido mejorando la oportunidad en la comunicación de exámenes con valores críticos. Comparativamente en el III Trimestre de 2018 vs el 2019, se evidencia una mejora considerable en el reporte de 86% al 95% con el reporte antes de los 30 minutos.

OPORTUNIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO III TRIMESTRE DE 2019

El laboratorio Clínico realiza las mediciones de oportunidad de:

	OPORTUNIDAD GLOBAL LABORATORIO CLÍNICO EN URGENCIAS	OPORTUNIDAD GLOBAL LABORATORIO CLÍNICO UCI
	III TRIMESTRE (HORAS)	III TRIMESTRE (HORAS)
2018	3.6	3.2
2019	2.1	2.2

Tabla No. 2 (Fuente: Reporteador LABCORE)

El aporte del Laboratorio Clínico al servicio de urgencias con el apoyo en toma de muestras con personal propio del Laboratorio se ve evidenciado en la disminución progresiva en los tiempos de oportunidad de respuesta. Adicionalmente el personal asignado a estas actividades conoce mejor el servicio, al grupo de trabajo, y han venido mejorando el desempeño de sus roles. Disminuyendo paralelamente los productos no conformes.

PROGRAMA DE REACTIVOIGILANCIA

Durante III Trimestre de 2019, no se presentan eventos adversos, ni incidentes. Dando continuidad a la búsqueda activa se registran dos seguimientos realizados y reportados directamente por la casa comercial. Se realiza un informe de seguridad para varios productos en el cual se relaciona a continuación:

ASUNTO:	<ul style="list-style-type: none"> Beckman Coulter Colombia S.A.S., ha identificado a través de retroalimentación del cliente, que algunas unidades de los productos mencionados en el listado adjunto se han despachado con sticker de acondicionamiento sin el número de registro sanitario del producto.
IMPACTO:	<ul style="list-style-type: none"> No se presenta ningún tipo de impacto sobre los pacientes, ya que la calidad del producto no se encuentra comprometida. Se identificó un error en el procedimiento interno de acondicionamiento
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> Usted debe identificar si cuenta en su inventario con unidades de los productos relacionados en el adjunto. Establecer si de esos productos, el sticker de acondicionamiento cuenta con el número del registro sanitario. Notificar a través del formato de respuesta el producto y cantidades en stock identificados con el error mencionado. Teniendo en cuenta su respuesta nos pondremos en contacto con usted para coordinar el proceso de devolución. El producto devuelto será reacondicionado y devuelto en el menor tiempo posible. Si el producto ya fue consumido o se encuentra en uso infórmelo en el formato de respuesta y en este caso no será necesario la devolución de éste. No es necesario discontinuar el uso del producto, como mencionamos anteriormente, la calidad no se encuentra afectada. En el listado adjunto encuentra el Registro sanitario correspondiente a cada uno de los productos, lo anterior para sus registros.

Una vez se hace el correspondiente seguimiento se observa que todos los productos recibidos cumplieron con la lista de chequeo y no se presentaron productos No Conformes.

PUMP APOYO DIAGNÓSTICO III TRIMESTRE DE 2019

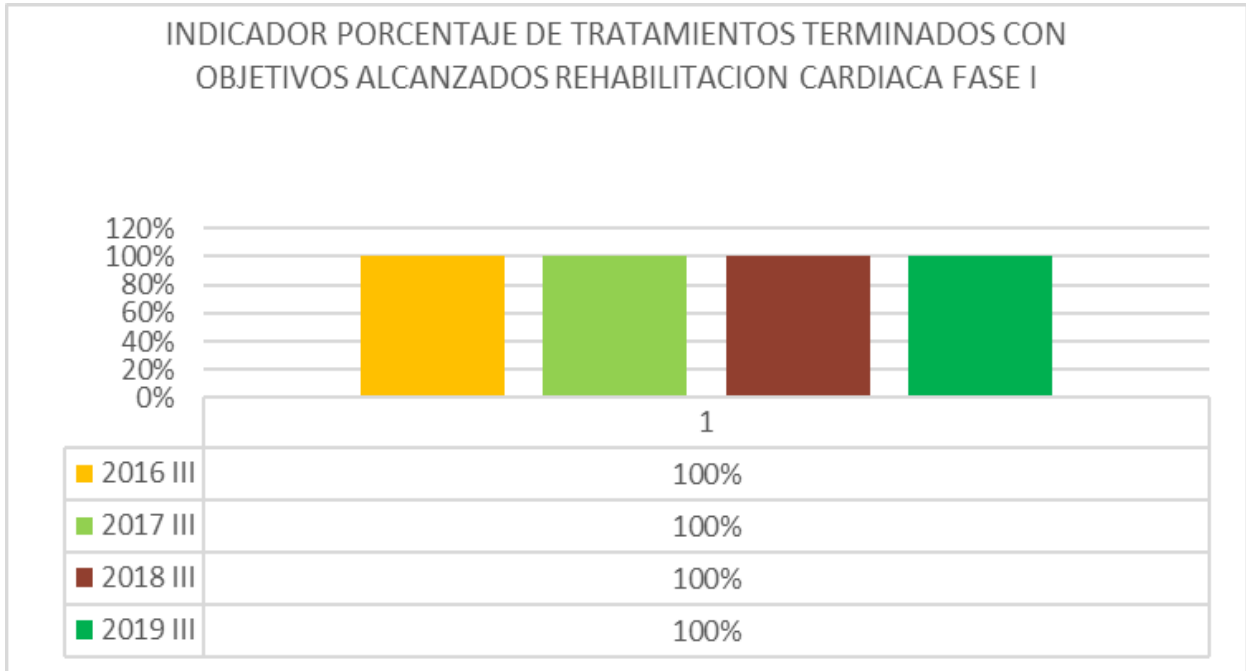
Durante el III Trimestre de 2019, Se incluyeron 6 hallazgos en el PUMP, determinados como fuente 1 de autocontrol 2 de Auditorías internas y 3 de ronda de seguridad.

1. Se genera la necesidad de realizar autocontrol para identificar las desviaciones presentadas en el SGC del laboratorio clínico y verificar la eficacia del mismo.
2. En el Laboratorio clínico Considerar el número y tipo de análisis críticos realizados trimestralmente, como información de entrada para revisar y actualizar, si es pertinente, los 22 acuerdos establecidos con los clientes internos, de manera que se tomen decisiones con respecto a estos análisis. Adicionalmente, conviene revisar el aporte en la gestión del laboratorio del indicador de análisis críticos puesto que el resultado trimestral de estos análisis no apunta al cumplimiento de la meta esperada, es simplemente un dato.
3. Complementar el Documento solicitud, recepción almacenamiento y distribución 03AD07-v2 para fortalecer la identificación de los reactivos acorde con las condiciones de estabilidad.
4. Se realiza Ronda de seguridad del paciente en el servicio de laboratorio clínico encontrándose los siguientes hallazgos:
 - Algunos funcionarios no utilizan los elementos de protección personal: Mascarilla, Gafas
 - Jabones y desinfectantes se encuentran vencidos así mismo se observan soluciones antisépticas como el alcohol sin fecha de apertura
 - Se observa polvo en zonas altas del laboratorio y de algunos equipos
 - Fomentar el reporte de novedades de seguridad del paciente desde el laboratorio
 - Aún no se tiene Claridad en el procedimiento de reporte de valor crítico reportado, se realiza trazabilidad entre médicos y enfermeras, desconocen procedimiento
 - Durante la visita que realiza referente de gestión ambiental se evidencia: Guardián con capuchones, definir desagüe de coloraciones, descartar cajas de cartón previamente destruidas.Se realiza Ronda de seguridad del paciente en el servicio de laboratorio clínico encontrándose los siguientes hallazgos:
 - Referente de farmacovigilancia recuerda la importancia que dejó la visita de seguimiento de Acreditación y retoma nuevamente el tema de la carga de glucosa que manejan en el laboratorio clínico. Fortalecer el reporte de novedades asociadas con la administración de la carga de glucosa.
 - En el kit de derrames hace falta una solución neutralizante específica que debe manejar el laboratorio clínico específicamente.
5. Se realiza Ronda de seguridad del paciente en el servicio de laboratorio clínico encontrándose los siguientes hallazgos:
 - Referente de farmacovigilancia recuerda la importancia que dejó la visita de seguimiento de Acreditación y retoma nuevamente el tema de la carga de glucosa que manejan en el laboratorio clínico. Fortalecer el reporte de novedades asociadas con la administración de la carga de glucosa.
 - En el kit de derrames hace falta una solución neutralizante específica que debe manejar el laboratorio clínico específicamente.
6. Se detectó una práctica insegura durante la ronda de seguridad: Movilización de lonchera para la toma de laboratorios en el servicio de urgencias no es la adecuada, se generan riegos con el personal y con el paciente, por la ubicación en que la dejan los funcionarios que la utilizan.

1. GESTIÓN DEL PROCESO SERVICIO DE TERAPIAS

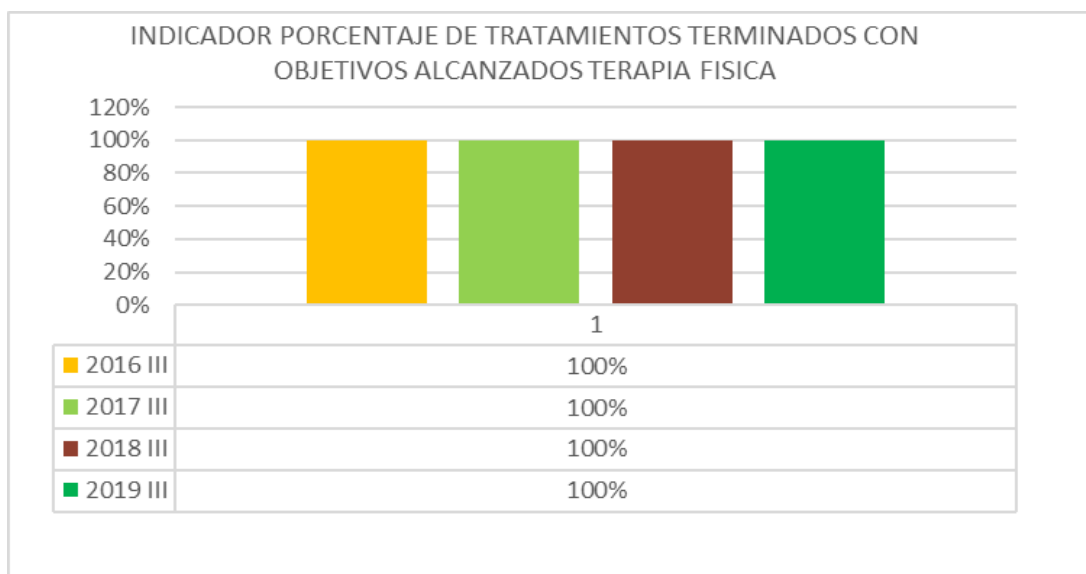
INDICADORES ICONTEC TERCER TRIMESTRE SEMAFORIZADOS

Nº	Indicador	Formula	2016	2017	2018	2019	Análisis	Semaforización
1	Tratamientos terminados Terapia Física	(Número de tratamientos terminados que cumplieron los objetivos establecidos en el período / Número total de tratamientos terminados en el mismo período) * 100	100%	100%	100%	100%	En el tercer trimestre los tratamientos terminados de Terapia Física cumplieron con los objetivos establecidos. Se mide incluyendo la escala cuantitativa de calidad de vida Euroqol al inicio y fin del tratamiento, permitiendo tener la percepción del paciente de su condición de inicio y fin del mismo.	
2	Tratamientos terminados Terapia Respiratoria	(Número de tratamientos terminados que cumplieron los objetivos establecidos en el período / Número total de tratamientos terminados en el mismo período) * 100	100%	0	100%	100%	En el tercer trimestre de los últimos cuatro años todos los pacientes que terminaron tratamiento por Terapia Respiratoria alcanzaron los objetivos establecidos. En 2017 en ese trimestre no hubo pacientes que solicitaran este servicio.	
3	Tratamientos terminados de Rehabilitación Cardíaca	(Número de tratamientos terminados que cumplieron los objetivos establecidos en el período / Número total de tratamientos terminados en el mismo período) * 100	100%	0	100%	100%	En el tercer trimestre de los últimos cuatro años todos los pacientes que terminaron tratamiento por Rehabilitación Cardíaca Fase I alcanzaron los objetivos establecidos. En 2017 en ese trimestre no hubo pacientes de cirugía cardiovascular.	



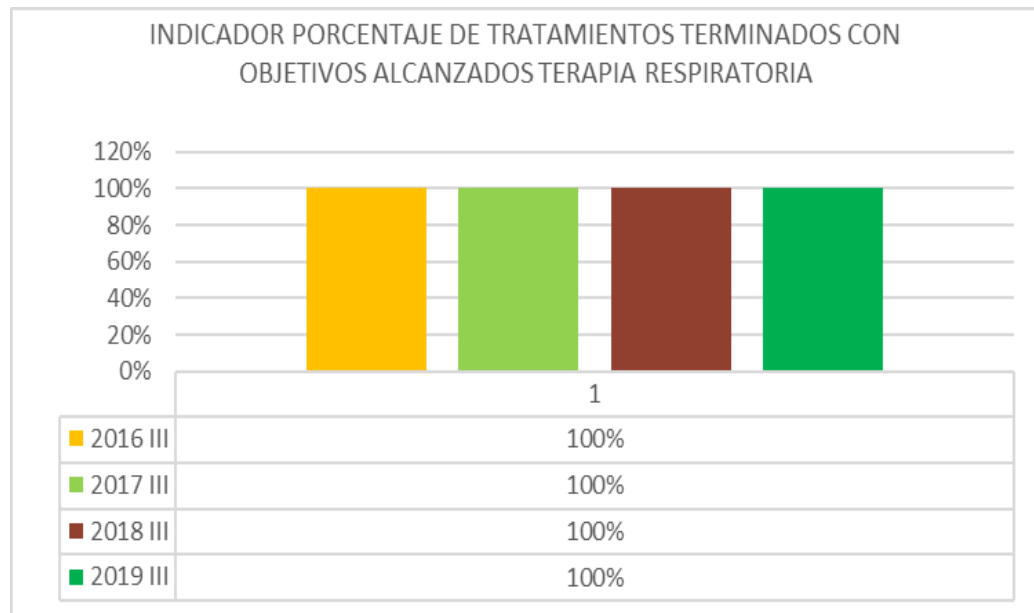
Grafica 1. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre del año se superó la meta del indicador que está en 80%, cumplimiento del 100%, gracias al compromiso de profesionales y pacientes.



Grafica 2. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre del año se superó la meta del indicador, cumplimiento del 100%, gracias al compromiso de profesionales y pacientes.



Grafica 3. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre del año se superó la meta del indicador del 80%, cumplimiento del 100%, gracias al compromiso de profesionales y pacientes. La escala Euroqol 5, es una herramienta para medir el indicador de Tratamientos terminados con objetivos alcanzados, permite realizar dos mediciones:

- Primero 5 dimensiones en la cual se evalúa movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad, depresión.

VR

11111 Es el más alto

33333 Es el más bajo

- Segundo escala visual de estado de salud (imagen de un termómetro), su puntaje va de cero a 100:

VR

0 - 39 Malo Color Rojo

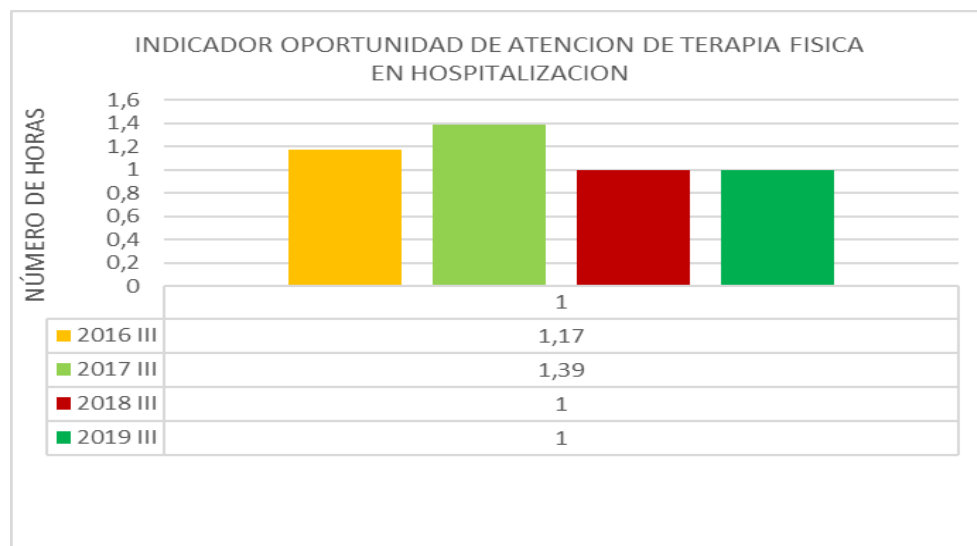
40 - 59 Regular Color Amarillo

60 - 100 Bueno Color Verde

5 DIMENSIONES										ANÁLISIS ESTADO DE SALUD			
AÑO	MES	HISTORIA CLINICA	EUROQ PRE	PUESTO	Argentina Value Set	EUROQ POST	PUESTO	Argentina Value Set	MEJORO	ANÁLISIS 5 DIMENSIONES	Calidad de salud PRE	Calidad de salud POST	ANÁLISIS ESTADO DE SALUD (escala visual)
2019	JULIO	14319420	13332	80	0,317	12211	37	0,658	0,341	DEL PUESTO DE EVALUACION 80 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN. ASCIENDO AL PUESTO 37 MOSTRANDO MEJORA AL TERMINAR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA.	40	89	EN LA EVALUACION DE LA ESCALA VISUAL MEJORO 49 PUNTOS COMPARADO CON LA EVALUACION INICIAL.
2019	JULIO	41342305	11111	41	1	11111	10	1,000	0	DEL PUESTO DE EVALUACION 41 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN. ASCIENDO AL PUESTO 10 MOSTRANDO MEJORA AL TERMINAR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA.	90	100	EN LA EVALUACION DE LA ESCALA VISUAL MEJORO 60 PUNTOS COMPARADO CON LA EVALUACION INICIAL.
2019	AGOST	19340149	11121	94	0,807	11111	91	1	0,193	DEL PUESTO DE EVALUACION 94 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN. ASCIENDO AL PUESTO 91 MOSTRANDO MEJORA AL TERMINAR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA.	70	100	EN LA EVALUACION DE LA ESCALA VISUAL MEJORO 30 PUNTOS COMPARADO CON LA EVALUACION INICIAL.
2019	SEPTIE	79367862	23212	146	0,428	11212	11	0,691	0,263	DEL PUESTO DE EVALUACION 146 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN. ASCIENDO AL PUESTO 11 MOSTRANDO MEJORA AL TERMINAR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA.	60	70	EN LA EVALUACION DE LA ESCALA VISUAL MEJORO 10 PUNTOS COMPARADO CON LA EVALUACION INICIAL.
2019	SEPTIE	1,014E+09	22322	131	0,522	22211	118	0,509	-0,013	DEL PUESTO DE EVALUACION 131 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN. ASCIENDO AL PUESTO 118 MOSTRANDO MEJORA AL TERMINAR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA.	40	80	EN LA EVALUACION DE LA ESCALA VISUAL MEJORO 40 PUNTOS COMPARADO CON LA EVALUACION INICIAL.
2019	SEPTIE	41407365	22232	125	0,49	22121	112	0,533	0,043	DEL PUESTO DE EVALUACION 125 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN. ASCIENDO AL PUESTO 112 MOSTRANDO MEJORA AL TERMINAR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA.	50	85	EN LA EVALUACION DE LA ESCALA VISUAL MEJORO 35 PUNTOS COMPARADO CON LA EVALUACION INICIAL.
2019	SEPTIE	39796454	32333	216	0,158	22222	122	0,492	0,334	DEL PUESTO DE EVALUACION 216 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN. ASCIENDO AL PUESTO 122 MOSTRANDO MEJORA AL TERMINAR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA.	20	60	EN LA EVALUACION DE LA ESCALA VISUAL MEJORO 40 PUNTOS COMPARADO CON LA EVALUACION INICIAL.

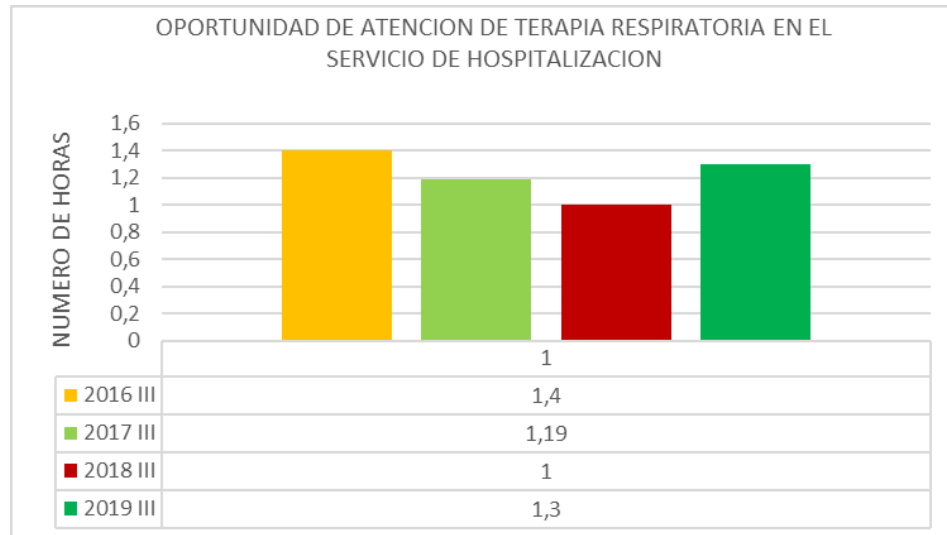
Cuadro 1. Fuente: Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre del presente año el objetivo fisioterapéutico de mejorar calidad de vida se cumplió logrando acercar al paciente al punto óptimo de su percepción de bienestar.



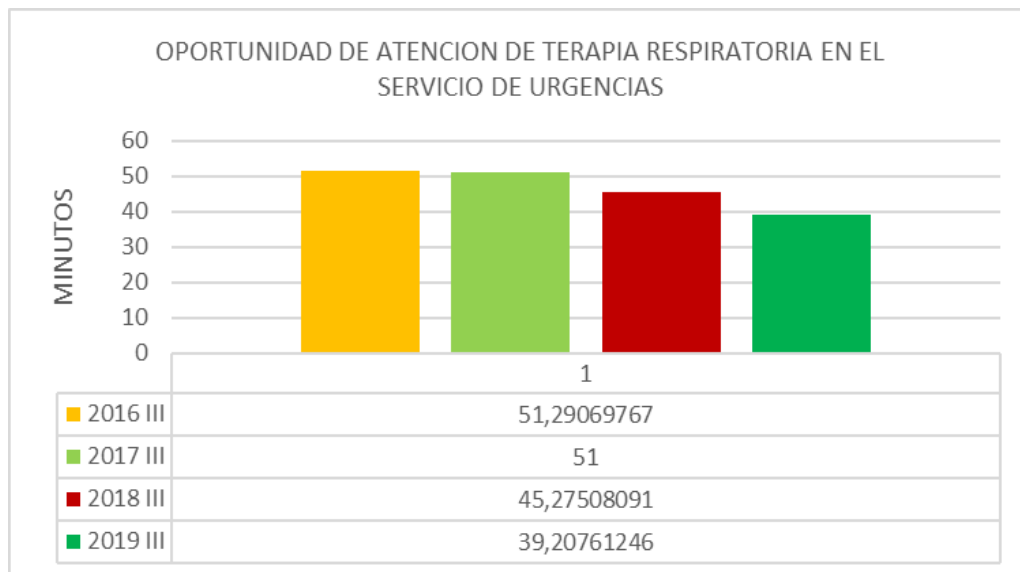
Grafica 4. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre del año la oportunidad estuvo en 57 minutos, por debajo de la meta que está en 2 horas, gracias al compromiso de los profesionales con brindar una atención oportuna, Segura y continua. El número de pacientes interconsultados para Terapia Física fue de 1029, siendo mayor al del trimestre anterior con 8,4% de interconsultas.



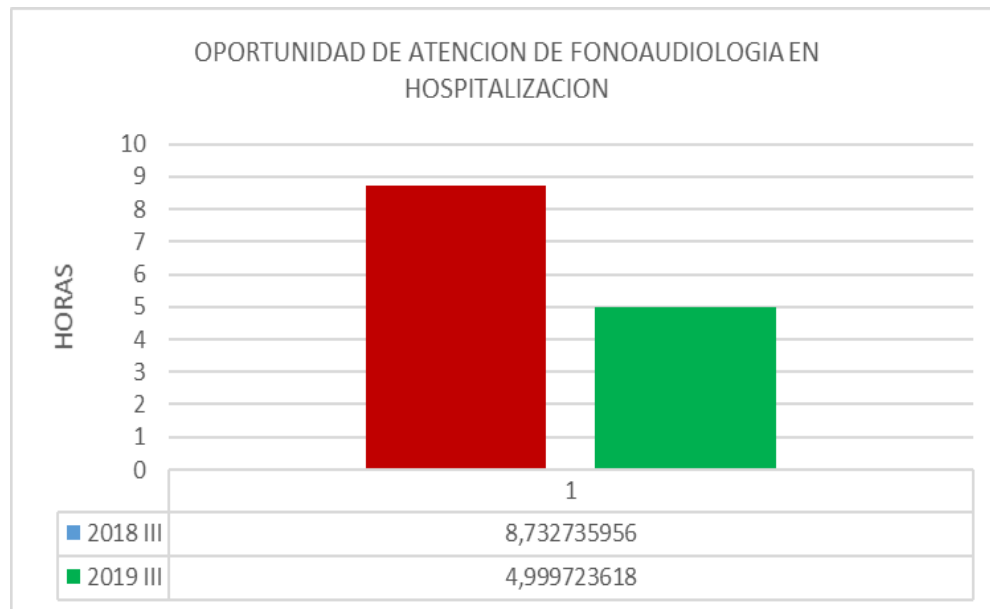
Grafica 5. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre del año la oportunidad estuvo en 63.25 minutos ubicándose por debajo de la meta 2 horas, gracias al compromiso de los profesionales con brindar una atención oportuna, Segura y continua. El número de pacientes interconsultados para terapia respiratoria fue de 931



Grafica 6. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre del año la oportunidad estuvo en 39,20 minutos ubicándose por debajo de la meta 60 minutos. Se dispone de personal exclusivo para urgencias 24 horas, esto ha favorecido el cumplimiento. El total de interconsultas para Terapia Respiratoria por Fisioterapia fue de 289 pacientes.



Grafica 7. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre del año la oportunidad estuvo 4 horas ubicándose por debajo de la meta 7 horas, gracias al compromiso de las profesionales. En este periodo se recibieron 199 pacientes interconsultados.

INDICADOR TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE TERAPIA FÍSICA POR PRIMERA VEZ: en el tercer trimestre de 2019, al igual que en los trimestres anteriores la oportunidad se mantuvo al día, se iniciaron 141 tratamientos.

INDICADOR TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE TERAPIA RESPIRATORIA PRIMERA VEZ: en el tercer trimestre de 2019, al igual que en los trimestres anteriores la oportunidad se mantuvo al día, se iniciaron 10 tratamiento.

2. PROCEDIMIENTOS POR AREA

Procedimientos realizados en hospitalizados:

HOSPITALIZADOS	2016 III	2017 III	2018 III	2019 III
TERAPIA FISICA	5818	6817	7577	8289
TERAPIA RESPIRATORIA	13293	14716	16312	13364
MICRONEBULIZACION	593	1993	2567	1754
GASES ARTERIALES	3300	3155	3283	2972
GASES VENOSOS	612	605	468	398
GASES ARTERIOVENOSOS	398	529	229	85
ACIDO LACTICO	1317	1498	1774	2117
OXIMETRIAS	10213	13611	13096	9884
ACTIVIDAD ACADEMICA	209	180	214	154
REALIZACION DE INVENTARIO	1023	1099	1102	1259
PROGRAMACION DE PACIENTES	192	275	268	275
FACTURACION	1542	1094	1851	1840
INDUCCION ESTUDIANTES	20	4	14	2
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	7	16	31	48
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	6	1	3	0
CAMBIO DE Sonda Y FILTRO	467	694	449	202
CAMBIO INMOVILIZADOR	1212	1159	1193	693
CUIDADOS TQT	1864	3072	2558	1703
RECUPERA ATS	32	17	37	12
VMNI	177	353	248	225
ASISTENCIA HEMODINAMIA	4	10	17	29
INTUBACION	99	104	131	64
EXTUBACION	65	77	87	60
REANIMACION	42	108	47	49
MONITOREO VENTILATORIO	5014	5970	5494	4213
TEST APNEA	4	4	3	1
ASISTENCIA PROCEDIMIENTOS OTROS	2	8	2	1
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	191	188	133	110
ASISTENCIA FBC	4	2	11	1
ASISTENCIA A PARTOS	122	124	116	45
ASISTENCIA A CESAREAS	117	191	150	111
ASISTENCIA TQT PERCUTANEA	13	11	13	5
ENTREGA DE TURNO	1620	1648	1815	1771

INGRESO	949	1056	1160	1483
EGRESO	673	631	697	959
PEDIDO	145	181	276	245
AUDITORIA	76	89	93	90
REUNION HOSPITALIZADOS URGENCIAS	2	3	3	31
REUNION OTROS SERVICIOS	0	3	0	2
COMITÉ MORBIMORTALIDAD	0	0	0	
COMITÉ ACADÉMICO	0	0	0	0
COMITE INVESTIGACION	1	5	9	1
OTROS COMITÉ	40	44	33	29
TRASLADO TAC	69	65	66	48
TRASLADO CX	39	32	18	9
TRASLADO ECOGRAFIA	4	1	1	0
TRASLADO HEMODINAMIA	3	8	11	7
TRASLADOS OTROS	77	66	74	34
TRASLADO INTERNO	19	10	7	3
DISTENSIBILIDADES	2945	3455	2506	1557
RESISTENCIA VIA AEREA	2924	3503	2531	1587
CULTIVO DE SECRECION	27	31	51	30
ADMIN SURFACTANTE	35	34	38	11
PASO TUBO DE TORAX	0	5	1	0
MONITOREO Y SEGUIMIENTO O2	760	1092	1113	665
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOGICO	52	578	240	299
EMPEORAMIENTO O AUSENCIA DE MEJORA	0	0	0	0
AUTO LESION O LESION A OTROS POR FALLO	0	0	0	0
COMPLICACIONES	0	0	0	0
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0	0	0	0
LESIONES EN PIEL ASOCIADAS A ADHESIVOS	1	0	0	0
SESIONES REHABILITACION CARDIACA	210	1	381	282
TERAPIA FONOAUDIOLOGIA		1826	2027	1771
TERAPIA OCUPACIONAL (Enero 11 de 2018)			244	538

Cuadro 2. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre 2019 las Terapias Físicas continúan en aumento, esto asociado al acuerdo de servicio realizado el año pasado con el líder de Atención al Paciente Hospitalizado, donde se acordó realizar estas terapias solo en el día, El número de interconsultas por terapia respiratoria aumento un 5,9% pero las sesiones disminuyen según la evolución de los pacientes.

Procedimientos realizados en Ambulatorios:

PROCEDIMIENTOS FISIOTERAPIA CONSULTA EXTERNA	2016 III	2017 III	2018 III	2019 III
TERAPIA FISICA	1928	1980	1894	1845
TERAPIA RESPIRATORIA	52	5	51	79
MICRONEBULIZACION	83	2	91	87
GASES ARTERIALES	2	6	4	79
MONITORIZACION O2	34	27	44	46
OXIMETRIAS	582	588	484	380
HIGIENE NASAL	22	16	34	20
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA	59	71	58	57
TALLERES EDUCATIVOS	63	545	417	329
ELABORACION ESTADISTICA	128	114	122	123
ACTIVIDAD ACADEMICA	34	20	28	23
INDUCCION Y CONTROL DE CPAP	3	5	4	1
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1451	1437	1535	1605
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	1964	1437	1535	1605
REALIZACION DE INVENTARIO	65	60	61	63
SOCIALIZACION DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES	131	98	126	171
PROGRAMACION DE PACIENTES	131	98	126	171
PLANES CASEROS	100	99	89	58
FACTURACION	109	105	102	115
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	124	132	88	56
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	0	2	10	3
REUNION ADMINISTRATIVA	3	5	5	5
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOGICO	21	2	0	0
EMPEORAMIENTO O AUSENCIA DE MEJORA	0	0	0	0
AUTO LESION O LESION A OTROS POR FALLO	0	0	0	0
COMPLICACIONES	0	0	0	0
COMPLICACIONES QUEMA DURAS	0	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0	0	0	0
PACIENTES QUE INICIAN TTO ADULTOS	110	90	108	151
PACIENTES QUE TERMINAN TTO	36	31	27	13
PACIENTES QUE TERMINAN TTO CON OBJ ALCANZADOS	36	31	27	13
DESERCIÓN			2	8

Cuadro 3. Fuente: Base de datos servicio de Terapias

En el tercer trimestre de 2019 se evidencia la alta demanda de pacientes de la EPS MEDIMAS para terapia respiratoria.

Procedimientos Fonoaudiología:

PROCEDIMIENTOS FONOAUDIOLÓGIA	2016 III	2017 III	2018 III	2019 III
TERAPIA FONOAUDIOLÓGIA	1445	1826	2027	1771
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1079	1827	2027	1757
ACTIVIDADES DE RASTREO DE PACIENTES Y PROMOCION DEL SERVICIO	399	19	0	0
REVISIÓN HISTORIAS	1094	1826	2027	1757
INTERCONSULTAS	101	227	328	323
ASESORIA A FAMILIARES Y PACIENTES	71	528	737	450
SOLICITUD DE DIETAS	52	348	583	314
ACTIVIDAD DE ASESORÍA A CLIENTE INTERNO	51	193	148	107
ESTADÍSTICA	64	130	167	167
REVISION DE TEMA - ESTUDIANTES	13	66	35	29
ACOMPÑAMIENTO A ESTUDIANTES	16	20	7	1
PROGRAMACION DE PACIENTES	75	72	153	96
FACTURACION	76	620	162	163
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	6	27	24	20
ENTREGA DE TURNO	51	55	30	47
RECIBIDO DE TURNO	47	10	14	3
PEDIDO	2	0	0	0
AUDITORIA PAR	15	6	19	3
REUNION ADMINISTRATIVA	8	14	13	13
COMPLICACIONES	0	0	0	0
CAIDAS	0	0	0	0
QUEMADURAS	0	0	0	0
MICROASPIRACION	0	0	0	1

Cuadro 4. Fuente: Base de datos Servicio De Terapias

El promedio de sesiones realizadas por el servicio de Fonoaudiología 2019 III se mantiene dentro del promedio, pese al pico presentado en 2018, en las áreas críticas se requieren más tiempo, por esta razón es necesario disponer de un tercer profesional de Fonoaudiología garantizando la atención oportuna, segura y continua.

Procedimientos Terapia Ocupacional:

ACTIVIDADES	2018 III	2019 III
INTERCONSULTAS	152	432
ATENCIÓN INDIVIDUAL (VALORACIÓN Y TRATAMIENTO)	244	538
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	2	1
RASTREO DE PACIENTES	98	0
REUNIONES CON OTROS SERVICIO	3	4
ASISTENCIA A REVISTA MEDICA	8	10
REALIZACIÓN DE ESTADÍSTICAS	243	538
REGISTROS EN DGH	247	538
TALLERES	5	7
ACTIVIDAD ACADEMICA	5	2
FACTURACION	247	538
COMPLICACIONES POR CAIDAS	0	0

Cuadro 5. Fuente: Base de datos Servicio De Terapias HUS

El tercer trimestre de 2019 supero en un 64,8% las interconsultas de 2018 y en un 54,64% las sesiones individual. Se recibieron un total de 432 interconsultas, no todos los pacientes cumplían con los criterios de inclusión:

226 fueron los pacientes que cumplían con los criterios (pacientes de larga estancia hospitalaria, persona adulto mayor).

17 pacientes que no cumplían con todos los criterios principalmente el rango de edad eran personas menores de 60 años, fueron incluidos.

Se realizaron 538 sesiones a pacientes de larga estancia.

Programas de Promoción y Prevención Habilitación y/o Rehabilitación Física:

1. Educación Para Cuidadores y/o Pacientes con diagnóstico de ECV o secuelas del mismo:
Pacientes incluidos 14, al seguimiento telefónico mensual el 100% reportaron haber alcanzado mayor autonomía según la escala de funcionalidad FIM gracias a su compromiso y la intervención del fisioterapeuta
2. Atención temprana a pacientes con RTC
Pacientes incluidos 15, pacientes que cumplieron todo el programa 15, no se realizó seguimiento telefónico por no cumplir 3 meses de egreso.
3. Atención Temprana a Paciente en postoperatorio de Fracturas de Fémur
Pacientes incluidos 22 pero no todos terminaron el programa por egreso del HUS antes de 4 días como el trimestre anterior o por sus diversas comorbilidades, se pudo realizar seguimiento telefónico al mes de egreso al 80% el 20% restante no contesto. De lo contactados el 100% manifestó haber logrado marcha independiente con ayuda externa

Productividad del Servicio de Terapias:

AÑO / TRIMESTRE	PROCEDIMIENTOS	OXIGENO	TOTAL
2016 III	\$ 608.279.400	\$ 122.994.300	\$ 731.273.700
2017 III	\$ 705.098.110	\$ 333.573.800	\$ 1.038.671.910
2018 III	\$ 908.863.000	\$ 424.405.200	\$ 1.333.268.200
2019 III	\$ 751.576.221	\$ 256.342.930	\$ 1.007.919.151

La productividad del servicio disminuyó en un 24,4% esto asociado a tres factores: primero, al aumento de interconsultas las cuales no son facturables y a la disminución en el número de sesiones en terapia respiratoria, para lo cual se está siguiendo la estrategia de demanda inducida. Segundo, por las obras realizadas en el gineco obstetricia disminuyeron el número de pacientes en UCI neonatal. Tercero, hubo camas libres en UCI adultos.

Sin embargo, continúa generando rentabilidad para la institución, es necesario invertir en renovación tecnológica para Consulta Externa, y disponer de más elementos para Terapia Física y Fonoaudiología en Hospitalización

3. PQRS

En el tercer trimestre 2019 el Servicio de Terapias recibió:

Felicitaciones: 3

Universidad (Docente y estudiante) 1

Fonoaudiólogas 1

Fisioterapeutas de Hospitalización 2

Terapeuta Ocupacional 1

Novedad de Seguridad: no se presentaron

Quejas y Solicitudes de Información: no se presentaron

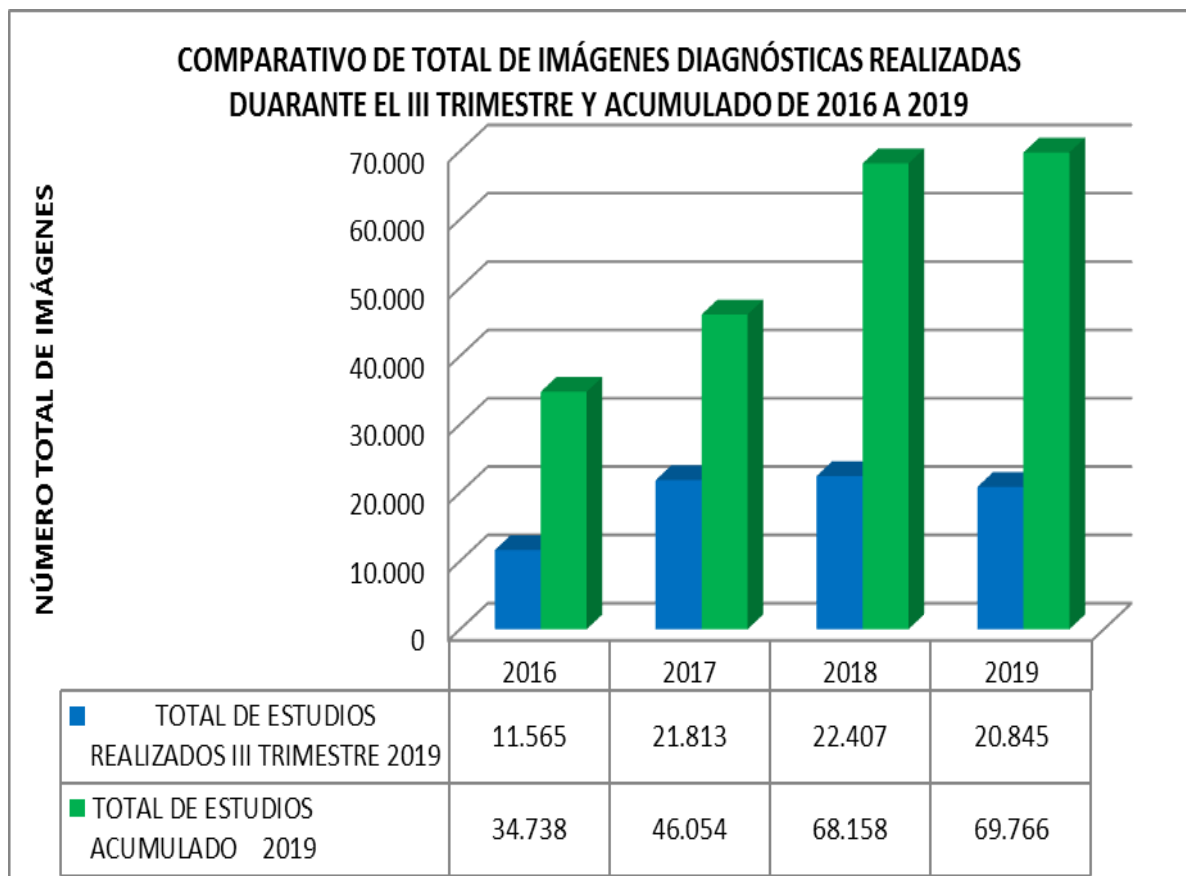


1.4 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

GESTIÓN DEL PROCESO

PRODUCTIVIDAD:

COMPARATIVO DEL NUMERO TOTAL DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS REALIZADOS DURANTE EL PERIODO DE 2016 A 2019



Gráfica 1 comparativo de productividad III Trimestre y acumulado de 2019 .

Fuente : Sistema de Información Dinámica Gerencial .

En el comparativo de productividad correspondiente al III Trimestre de 2019 se refleja el mayor número de estudios realizados lo anterior está directamente relacionado al aumento de los pacientes atendidos de forma ambulatoria de la EPS Medimas ; este porcentaje de variabilidad ha aumentado en un 33% en el comparativo trimestral y en un 46% en el comparativo acumulado frente a las vigencias anteriores .

COMPARATIVO POR AREA DE SERVICIO:

COMPARATIVO TOTAL DE ESTUDIOS AMBULATORIOS REALIZADOS EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	PERIODO	2016	2017	2018	2019	VARIABILIDAD 2018-2019
	I	1.368	1.094	1.479	2.813	47%
	II	2.120	1.120	1.925	3.513	45%
	I SEMESTRE	3.488	2.214	3.404	6.326	46%
	III	3.300	1.433	1.523	2.286	33%
	ACUMULADO	6.788	3.647	4.927	8.612	43%
COMPARATIVO TOTAL IMÁGENES DIAGNÓSTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	I	6.626	6.101	12.105	12.804	5%
	II	5.193	5.935	11.620	9.940	-17%
	I SEMESTRE	11.819	12.036	23.725	22.744	-4%
	III	6.209	11.445	11.612	9.951	-17%
	ACUMULADO	18.028	23.481	35.337	32.695	-8%
COMPARATIVO TOTAL IMÁGENES DIAGNÓSTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	I	2.830	3.916	8.211	9.099	10%
	II	3.020	4.058	8.393	8.733	4%
	I SEMESTRE	5.850	7.974	16.604	17.832	7%
	III	2.056	8.935	9.272	8.608	-8%
	ACUMULADO	7.906	16.909	25.876	26.440	2%

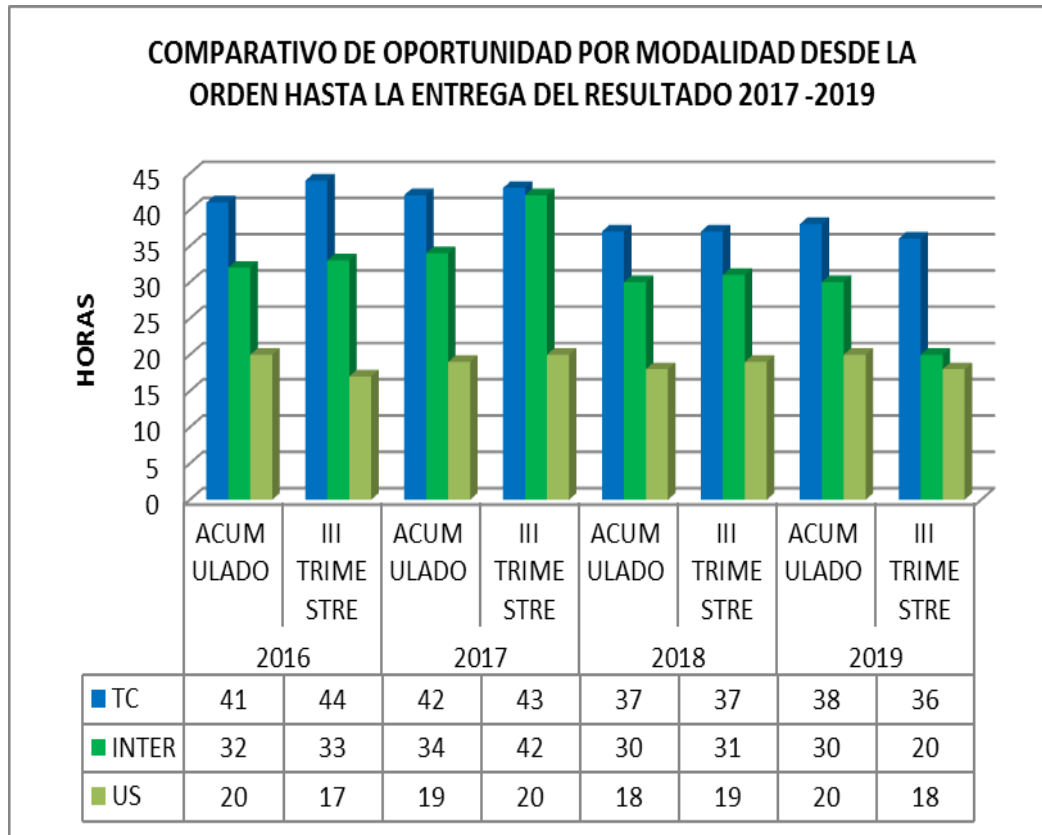
Tabla de datos 1. Comparativo de productividad por áreas de servicio 2016-2019. Fuente TUCI

En el comparativo del III de 2019 con respecto a vigencias anteriores se refleja un aumento progresivo del número de atenciones realizadas a pacientes ambulatorios, este aumento significativo está relacionado al número de atenciones de pacientes de la EPS medimas que fueron direccionados para su atención a la institución y luego de realizar una validación de su prioridad fueron atendidos en el servicio de Imágenes diagnósticas.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL III TRIMESTRE 2019:

Con el fin de continuar mejorando la calidad de la facturación de Imágenes Diagnósticas se han adelantado actividades y acuerdos entre los dos servicios con el fin de alinear la forma de facturación sobretodo de los estudios intervencionistas, entre estas esta la parametrización en el sistema de los procedimientos, de los derechos de sala, honorarios y demás que tengan lugar a cobro de acuerdo a la normatividad y estudio realizado, quedando pendiente el tema de capacitación a las personas encargadas del cague de los estudios de imágenes diagnósticas actividad que corresponde al proceso de facturación pero que se viene desempeñando por medio de la transcriptoras del servicio de Imágenes diagnósticas.

OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:



Gráfica 2 comparativo de Oportunidad Imágenes Diagnósticas comparativo 2016 - 2019 : Sistema de Información RIS.

Teniendo en cuenta que el servicio de Imágenes Diagnósticas realiza en promedio 7.000 estudios mensuales de forma intrahospitalaria y ambulatoria es importante resaltar la mejora en los tiempos de oportunidad en la modalidad de intervencionismo para el trimestre, el cual ha tenido una mejora en promedio de 10 horas para el III Trimestre de 2019 y se ha mantenido en el promedio acumulado; con respecto a las demás modalidades como ecografía y tomografía se mantienen en el promedio comparativo resaltando su mejora a partir del año 2017. Sin embargo en el comparativo trimestral y mensual realizado durante el levantamiento de la información en el mes de Septiembre los tiempos de oportunidad se elevaron por encima del promedio ya que se presentaron fallas técnicas en el sistema de información PACS y tomógrafo lo que aumento notoriamente los tiempos de realización y lectura para este mes, en la actualidad estas fallas técnicas de funcionamiento ya fueron resueltas.

ACTIVIDADES DE MEJORA REALIZADAS DURANTE EL III TRIMESTRE DE 2019

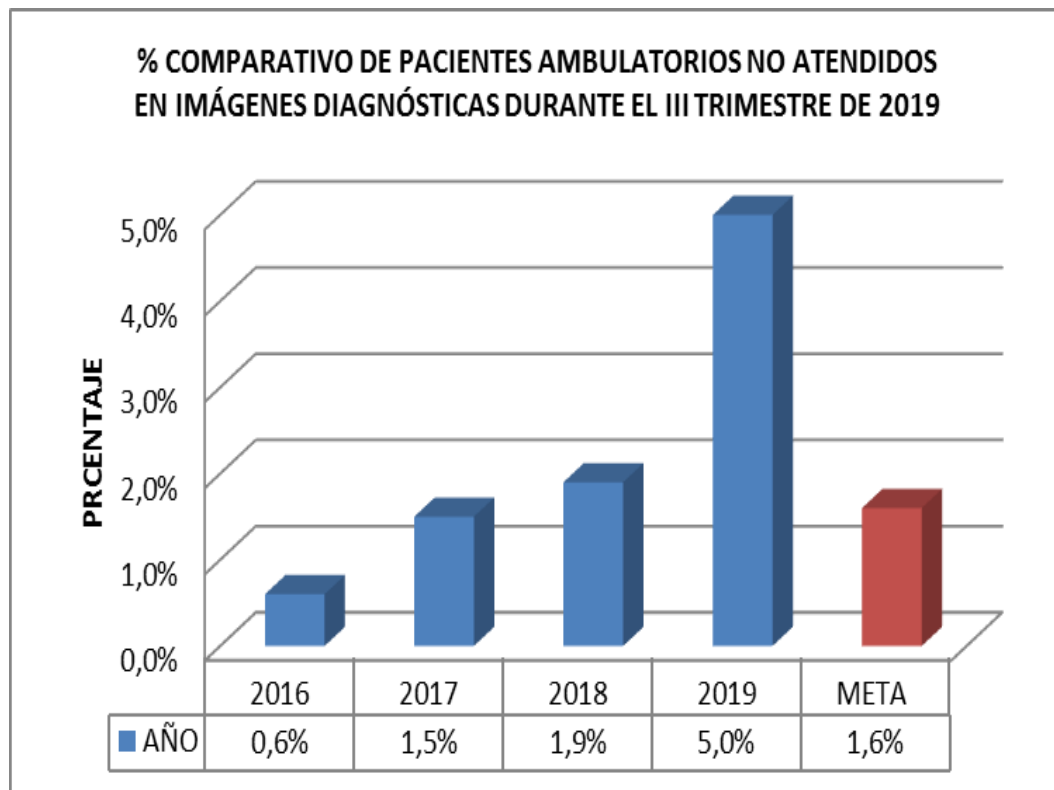
Ajuste el aplicativo de evaluación de pares sobre el sistema de información de radiología y definición de regla estadística para su seguimiento.



Ajuste sobre el sistema de información de radiología de alarma y proceso de identificación de estudios críticos. Junto con el área de facturación y objeciones se realizaron acuerdos y se parametrizaron formas de liquidación de los estudios intervencionistas más frecuentes.

Junto con el área de educación médica se logró la aprobación del curso de radio protección de acuerdo a res 482 el cual estará iniciando a mediados del mes de Octubre, esto nos permitirá certificar a gran parte del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

NO ATENCIONES EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS:



Para el comparativo del III trimestre de 2019 se refleja un aumento significativo del porcentaje cancelaciones donde la primera causa identificada fue la cancelación previa esto se relaciona para este periodo con las protestas en la ciudad por lo que los pacientes de provincia y de la ciudad prefirieron cancelar sus citas , como segunda causa se identificó la causa institucional por fallas en los equipos , como tomógrafo y sistema de información , las cuales en este momento se encuentran funcionales , teniendo en cuenta este aumento se vio la necesidad de medir la reprogramaciones realizadas en el servicio con el fin de tener un registro independiente de este dato , ya que no es clara esta identificación sobre el sistema y muchas veces son contadas solo como cancelación , este aplicativo ya está en implementación y estamos a la espera de contar con el reporte estadístico.

PQRS

Teniendo en cuenta, que la principal causa de PQUR está en la Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de las citas: Call center, gastroenterología, neumología, Radiología y Cardiología, etc. Ya el HUS cuenta con la central de citas par asignación vía telefónica, ya se adelantaron las capacitaciones y se realizó entrega de documentación con requisitos de preparación por cada uno de los estudios, estamos a la espera de Terminar algunas configuraciones del sistema con la central de con el fin de empezar a realizar agendamiento por esta vía sin embargo en la actualidad por medio de la central de citas se está dando la información a los usuarios del correo electrónico donde pueden allegar sus solicitudes para ser gestionadas y por este medio evitar el deslazamiento físico de nuestros usuarios.

DIFICULTADES DENTRO DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE IMAGÉNES DIAGNÓSTICAS.

Se presentó falla técnica del sistema de almacenamiento de Imágenes PACS, lo que nos ocasiono cancelación de atenciones a usuarios, traumatismos en la entrega de resultados y dificultades para la visualización de Imágenes en los servicios, a la fecha la falla operativa del sistema se encuentra solucionada pero aún no se cuenta con acceso a las imágenes anteriores o históricos de los pacientes tema que fue llevado al comité de historia clínica y que en la actualidad no tenemos fecha o tiempos establecidos para su recuperación , sin embargo esta situación está en conocimiento de las diferentes direcciones y servicios del HUS donde se han expresado claramente tanto los riesgos jurídicos como clínicos que se pueden presentar .

Se presentamos fallas técnicas en equipos de imágenes Diagnóstica como Tomografía, rx convencional portátil y algunas fallas intermitentes del fluoroscopio, por lo cual algunas agendas fueron canceladas y los pacientes reprogramados, estas fallas a la fecha están resueltas y con el equipo de tomografía se tiene pensado proyectar su renovación tecnológica.

Rotación del personal de enfermería. Ya se está trabajando en el entrenamiento del personal junto con el la subdirección de enfermería.

Asignación intermitente de camillero para el área de imágenes Diagnósticas.



1.5 GESTIÓN DEL PROCESO BANCO DE SANGRE

GESTIÓN DEL PROCESO

III TRIM 2019

BANCO DE SANGRE	2016	2017	2018	2019	VARIACION		
					2016-2019	2017-2019	2018 - 2019
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	44	42	47	49	11%	17%	4%
DONANTES ATENDIDOS	2436	2593	2703	2753	13%	6%	2%
UNIDADES RECOLECTADAS	1968	2146	2312	2181	11%	2%	-6%
UNIDADES PROCESADAS	1968	2146	2312	2181	11%	2%	-6%
UNIDADES PRODUCIDAS	5246	5372	5990	5447	4%	1%	-9%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	30	23	21	45	-	96%	114%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	1942	2082	2242	2143	10%	3%	-4%
UNIDADES DE PLAQUETAS	1332	1183	1492	1252	-6%	6%	-16%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	158	209	189	238	51%	14%	26%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	1784	1875	2046	1769	-1%	-6%	-14%
UNIDADES ADQUIRIDAS							
POR PRESTAMO O CANJE	126	297	819	1256	897%	323%	53%
COMPRADAS	0	0	0	0	-	-	-
UNIDADES TRANSFUNDIDAS BOGOTA	2098	1737	2679	1522	-27%	-12%	-43%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	891	778	894	683	-23%	-12%	-24%
UNIDADES DE PLAQUETAS	473	525	668	359	-24%	-32%	-46%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	97	69	179	116	20%	68%	-35%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	492	274	763	159	-68%	-42%	-79%
OTRAS UNIDADE GR FILTRADO	145	91	175	205	41%	125%	17%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR SERVICIO							
URGENCIAS	165	104	147	180	9%	73%	22%
GINECOLOGÍA	34	83	44	41	21%	-51%	-7%
OBSTETRICIA	27	50	45	20	-26%	-60%	-56%
NEONATOLOGÍA, UCI NEONATAL	26	47	41	14	-46%	-70%	-66%
UCI ADULTOS	695	372	993	320	-54%	-14%	-68%
CIRUGÍA VASCULAR	136	15	121	71	-	373%	-41%
CIRUGÍA PLÁSTICA	15	12	10	10	-33%	-17%	0%

CIRUGÍA GENERAL	466	397	487	304	-35%	-23%	-38%
NEUROCIROLOGÍA	25	17	22	4	-84%	-76%	-82%
UROLOGÍA	14	21	38	27	93%	29%	-29%
ORTOPEDIA	118	118	134	59	-50%	-50%	-56%
MEDICINA INTERNA	371	332	614	472	27%	42%	-23%
TOTAL	2098	1568	2696	1522	-27%	-3%	-44%
No UNIDADES CRUZADAS	1278	1267	1819	1481	16%	17%	-19%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	437	392	438	374	-14%	-5%	-15%
UNIDADES VENDIDAS	592	676	1492	1596	170%	136%	7%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	437	392	438	374	-14%	-5%	-15%
TRANSFUSIONES FACTURADAS BOGOTA	2098	1568	2696	1522	-27%	-3%	-44%
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	2557	3086	6364	4597	80%	49%	-28%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	379	936	1492	1412	273%	51%	-5%
UNIDADES DE PLAQUETAS	57	320	1161	1054	1749%	229%	-9%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	0	44	84	134	-	205%	-
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	23	199	703	333	1348%	67%	-53%
OTRAS UNIDADES	0	19	228	184	-	-	-19%
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	2098	1568	2696	1480	-29%	-6%	-45%
UNIDADES DESECHADAS BOGOTA POR	1158	1403	1713	2323	101%	66%	36%
VENCIMIENTO	0	149	122	157	-	5%	29%
REACTIVIDAD	145	173	123	102	-30%	-41%	-17%
ALMACENAMIENTO INADECUADO	137	114	159	248	81%	118%	56%
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE	338	179	270	592	75%	231%	119%
OTROS	538	788	1039	1224	128%	55%	18%
HORAS PROGRAMADAS PROFESIONALES	4755	7521	8853	10528	121%	40%	19%
PRODUCTOS POR UNIDAD PROCESADA	2,7	2,5	2,6	2,5	-6%	0%	-4%
% DE CONSUMO INTERNO GLOBULOS	53%	42%	48%	41%	-22%	-1%	-13%
% DE DESPACHO EXTERNO GLOBULOS	20%	45%	67%	66%	238%	47%	-1%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	40	32	45	28	-30%	-14%	-38%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	0,8	0,7	0,6	0,6	-26%	-13%	2%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	4,8	4,0	6,2	4,1	-15%	2%	-34%

Tabla 1. Consolidado General Banco de sangre

Fuente: Excel de Información acumulada comparada del III trimestre del Banco de sangre de los años 2016 hasta el 2019.



En el proceso del Banco de Sangre durante este III trimestre del 2019, en cuanto a las unidades producidas en comparación con los trimestres de los años anteriores se observa un disminución del 9%, esto se debe a la incorporación de nuestro sistema de hemovigilancia SIHEVI, la cual ha conllevado a que se observe una disminución de unidades recolectadas ya que se tiene el panorama completo de todos nuestros donantes a nivel nacional, evidenciando sus donaciones y sus diferimientos lo que con lleva a una trazabilidad en tiempo real del donante de sangre(tabla1).

De igual forma, se ve un aumento del 4% en las jornadas de recolección de sangre; todo esto para impactar en las unidades producidas para nuestros servicios transfusionales y demás; sin embargo hay que tener en cuenta que durante este trimestre se generó una disminución del 44% de las unidades transfundidas y una disminución del 28% en los egresos realizados en a nuestros convenios. Así mismo, no se deja de trabajar en la promoción de la donación, impactando en la fidelización de más de 30 municipios en este trimestre y más de cinco (5) empresas fidelizadas en años anteriores; dentro de las actividades realizadas para mantener la búsqueda activa de donantes de sangre efectivos mediante campañas y fidelización se logró por: contactar emisoras, canal comunitario, parroquia, afiches, envió de correos electrónicos, llamadas telefónicas y generar convenio de participación con charlas magistrales y capacitaciones en puestos de trabajo sobre habito de vida saludables que impactaran en un donante sano y efectivo.

Por otro lado, a nivel del HUS durante este trimestre la incorporación de la unidad móvil (imagen 1), la cual se espera que durante este IV trimestre el aumento el reconocimiento y mejorar la imagen del banco y al final se vea reflejado en el aumento de los donantes habituales de sangre.



Imagen 1: Unidad Móvil. En jornadas de donación en el último mes del III trimestre.

De igual forma, por parte del área de comunicaciones del HUS y gracias a su apoyo y contribución con la promoción de donantes de sangre con el lema una acción de corazón (imagen 2); se generó una nueva campaña publicitaria, que nos ha dado una excelente acogida y se espera contar con mayor articulación en la Promoción de la donación por nuestras redes sociales como (Facebook y twitter) ya que nos ayudaría a motivar e invitar a los donantes a los diferentes lugares y generar mayor impacto en la población juvenil.



Imagen 2: Campaña publicitaria en este III trimestre. Tomada de la página oficial de Facebook de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

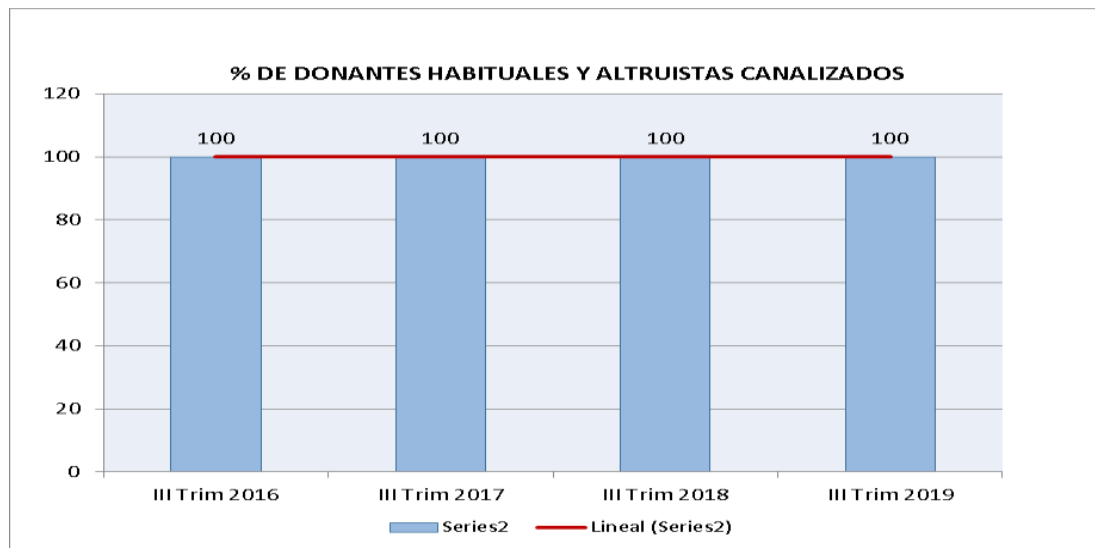
Así mismo, es importante mencionar como en informes anteriores que seguimos trabajando en lograr apropiación y reconocimiento de la institución sobre los municipios para lograr fidelización hacia el hospital y así minimizar los ingresos de otros bancos de sangre en Cundinamarca, es una tarea constante y se espera cumplimiento de metas. De igual forma, es importante mencionar, que durante este III trimestre, se contó con personal nuevo en las jornadas de donación lo cual impacto en el cumplimiento total de las jornadas de donación; sin embargo no se vio afectado el despacho a nuestros pacientes de hospital, ni UF ni convenios institucionales. A pesar de estos inconvenientes el cumplimiento de las jornadas de donación se encuentra en un 96% con una meta de captación del 80%. Este año se incorporó indicador para la captación en sede, teniendo un cumplimiento del 67%, finalizando el trimestre con un cumplimiento total del 82% sobre el total de donantes captados (tabla2).

TRIMESTRE	META DE CUMPLIMIENTO CAMPAÑAS	META DE CAPTACIÓN CAMPAÑAS	META CAPTACION SEDE	CUMPLIMIENTO TOTAL	META
III TRIM 2019	96%	80%	67%	82%	90%

Tabla 2: Cumplimiento de Campañas.

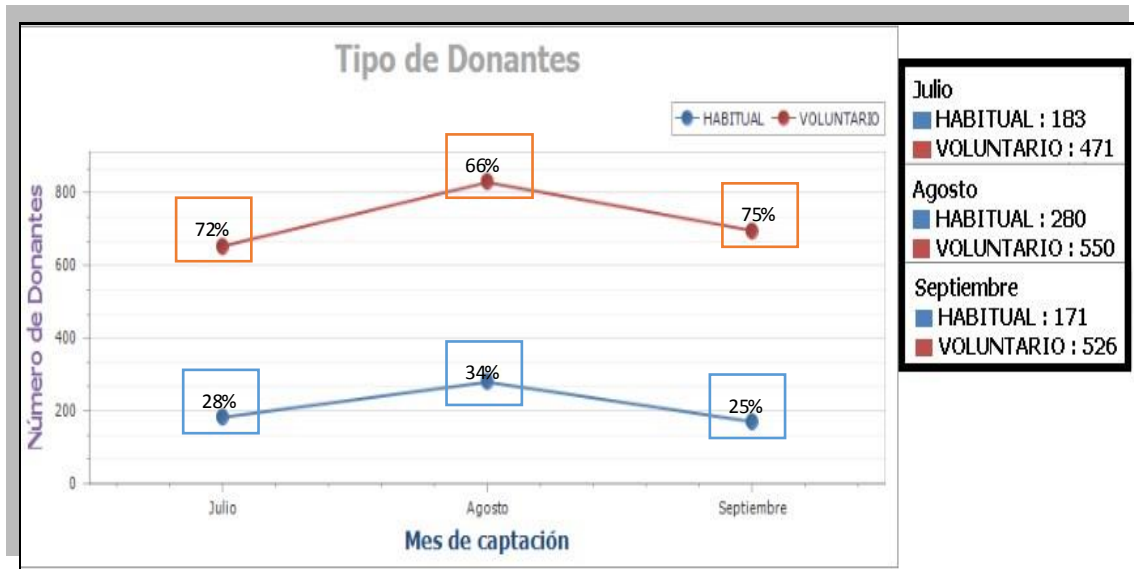
Fuente: indicadores Excel. Campañas de donación. Porcentaje de cumplimiento de campañas de donación de sangre colecta extramural y sede III trimestre 2019.

No obstante, se sigue trabajando en estrategias con municipios que no han logrado apoyar y reconocer como el hospital cabeza de red de Cundinamarca como lo son los municipios de Cajicá, Tocancipa, Ubaté, Chía, Sopo, Pacho, Madrid, Funza y la Mesa) apoyándonos, permitiéndonos el ingreso y predilección en el municipio. Es importante recalcar que gracias a todos estos esfuerzos por mantener la sensibilización y la promoción de nuestros donantes fidelizados (ver gráfica 1), impacta positivamente nuestro indicador de porcentaje de donantes voluntarios y altruista canalizados, demostrando que hemos logrado mantener la voluntariedad en un 100% durante el III trimestre de 2016 mantenido hasta el III 2019, gracias al constante apoyo y concientización de nuestras colaboradoras que trabajan continuamente en estrategias de disminuir los donantes en reposición demostrándolo en este indicador. Es significativo mencionar, que a nivel nacional, en el sistema de información de hemovigilancia (SIHEVI) grafica 2; se observa dos tipos de donantes habitual y voluntario; observando que el voluntario (incorpora el de primera vez y el no repetitivo) generando un 71% de donantes voluntarios a nivel nacional y habituales en este trimestre del 29%, en espera de aumentar y generar una habitualidad en futuras vigencia de más del 32%.



Gráfica 1. % de Donantes Voluntarios

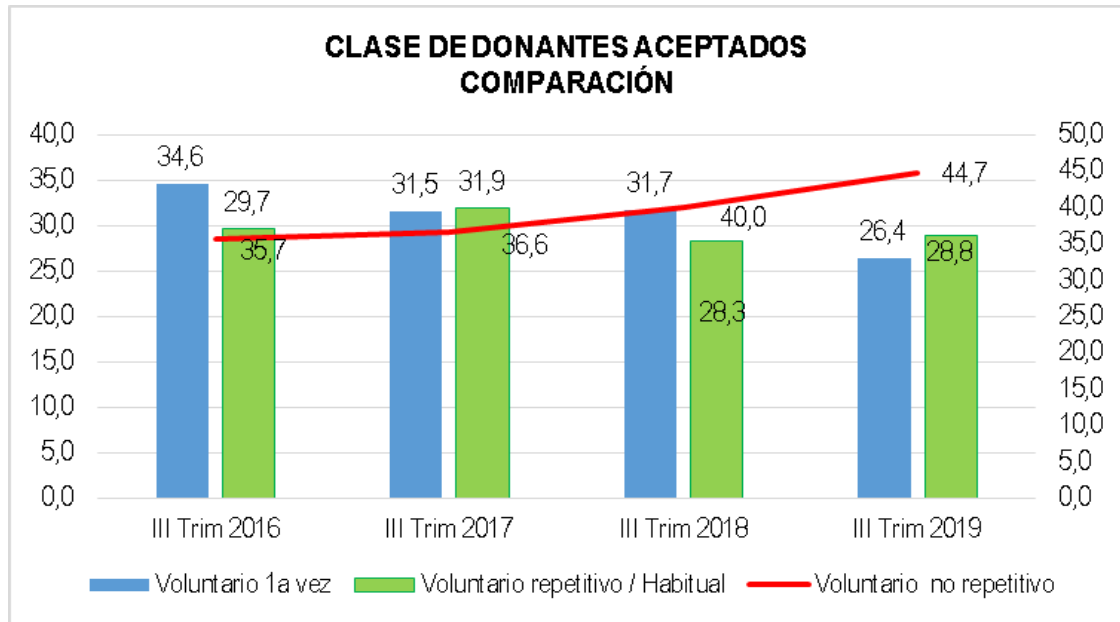
Fuente: % Donantes voluntarios y altruista canalizados. Comparación III Trim 2016 - III Trim 2019



Gráfica 2. Tipo de Donante

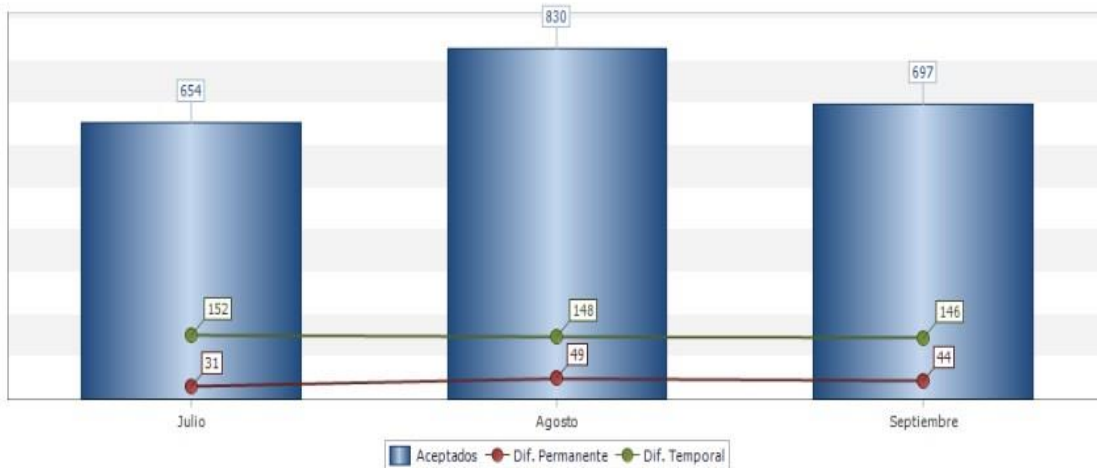
Fuente: Sistema de hemovigilancia del instituto nacional de salud (SIHEVI-INS). Tipo de Donante. Consolidado anual - julio a septiembre 2019.

Sin embargo, a nivel del banco de sangre seguimos categorizando los tres tipos de donantes para trabajar en la reducción del no repetitivo (Gráfica 3): 1) donantes de Primera vez que se encuentran en un 26.4%, disminuyéndose en comparación con el trimestre del año anterior, ya que en este periodo de tiempo no se incorporan nuevas empresas, y se observa impacto de fidelización de personas en este donantes de primera vez. 2) Donante No repetitivo, se encuentra en un 44.7% se ha aumentado comparado con el trimestre del año anterior ya que se sigue trabajando en las estrategias para lograr volverlo habitual y se fidelice con nosotros, se sigue trabajando en las estrategias de : de llamadas, email, mensajes de texto, de voz; en espera en impactarlos y disminuir este indicador y por el último 3) Donantes habituales en un 28.8%, se observa un aumento en comparación con el trimestre del año anterior, ya que por el ingreso de donantes de primera vez y los no repetitivos impactan este; en espera que durante el IV trimestre a 2019 se logre aumentar un poco más la voluntariedad y mejorar o mantener el indicador de habitualidad.



Gráfica 3. Clase de Donantes Aceptados
Fuente: Clase de donantes aceptados. Comparación III Trim 2016 -III Trim 2019

Donantes Aceptados / Diferidos - Bancos de Sangre



Gráfica 5. Tipo de Donante
Fuente: Sistema de hemovigilancia del instituto nacional de salud (SIHEVI-INS). Tipo de Donante. Consolidado anual - julio a septiembre 2019.

En cuanto a nuestra estadística nacional en el sistema de hemovigilancia SIHEVI, podemos observar el total de donantes aceptados mes a mes y el comportamiento del donante diferido, observando el gran trabajo que desempeña nuestro médico del banco de sangre en sus procesos de selección, que al final se ve reflejado en unidades con excelente calidad por contar con una baja reactividad y una incineración baja en cuanto a reactividad (gráfica5); de igual forma, este sistema de información ha ayudado a que se tenga una visión general de todos los donantes y podamos unificar criterios en aceptación, definición de los donantes a nivel nacional y lo más importante llevar seguimiento de los donantes a nivel nacional para evitar esos donantes que buscan los bancos para diagnóstico y generar algún tipo de daño a los pacientes

	Pruebas Reactivas	Vencidas	Control de calidad	Aspecto Físico	Almacenamiento y conservación inadecuada	Volumen Inadecuado	Sistema abierto	Separación Inadecuada	Sin capacidad de Almacenamiento	Otras causas	Total
III TRIMESTRE 2017	7,7%	6,5%	25,3%	25,9%	5,0%	7,9%	5,0%	7,2%	7,8%	1,7%	100%
III TRIMESTRE 2018	5,5%	5,5%	37,3%	2,5%	7,1%	8,9%	1,7%	5,6%	20,0%	5,8%	100%
III TRIMESTRE 2019	4,5%	7,0%	41,9%	0,7%	11,0%	4,3%	1,8%	2,4%	21,3%	5,0%	100%

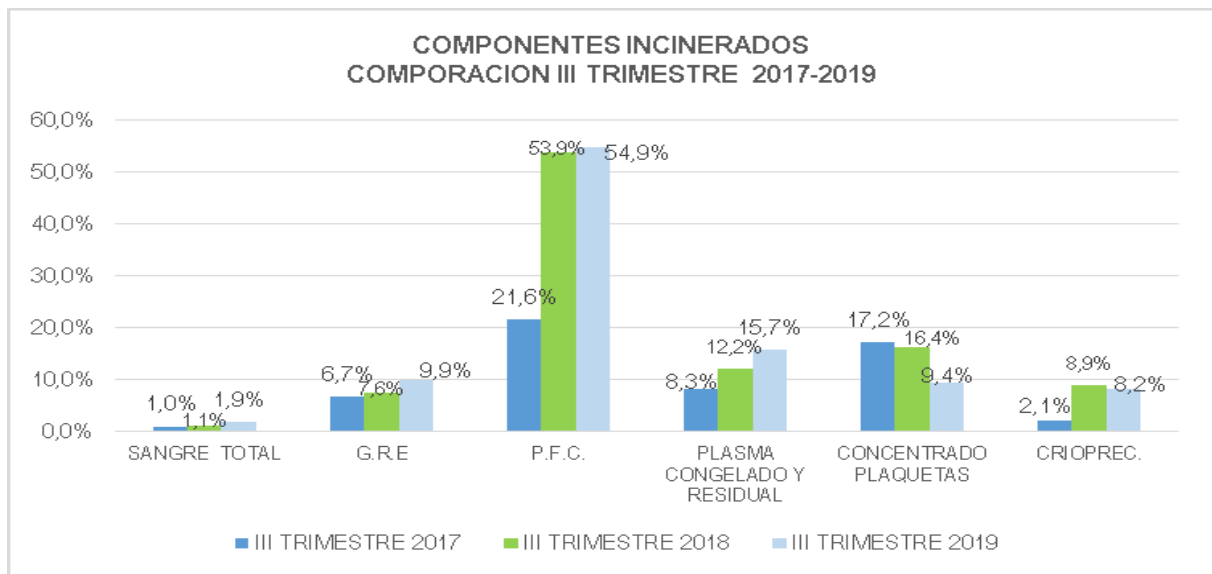
Tabla 3: Causas de Incineración

Fuente: Archivo Excel. Estadística banco de sangre. Causas de Incineración comparación III trimestre 2017 -2019.

En cuanto a las causas de incineración en este III trimestre del 2019 en el banco de sangre, se evidencia que la causa de mayor descarte es por control de calidad en un 44.7%, manteniéndose a lo largo del tiempo, esto se debe a que los componentes que no cumplan requerimientos de calidad como son: los criterios de selección, auditorias, calidad de Hemocomponentes, swiling de las plaquetas entre otros, hacen que aumente el descarte, y se mantiene en todos los trimestres, por calidad de nuestro proceso y asegurar calidad en nuestros componentes; de igual forma la segunda causa en este III trimestre es el de sin capacidad de almacenamiento en un 21.3%, al igual que el anterior se ha mantenido desde el 2018 debido a fallas en los equipos (ultracongeladores, congeladores) que conllevan al descarte del componente plasmático, generando pérdidas económicas por el descarte del mismo, en espera que para futuros trimestre y/o vigencias se pueda adquirir nuevos equipos que lleven a garantizar un stock adecuado de estos componentes; sin embargo esto no ha afectado el oportuno despacho del mismo hacia los requerimientos de los STS. Así mismo es importante mencionar que se encuentra en un 7.% la incineración por vencimiento, esto se debe a baja rotación de ciertos grupos sanguíneos que con llevan a la incineración de los mismo; sin embargo es importante aclarar que se tiene como estrategia dentro del banco de sangre que los componentes de fecha menor a 15 días se utilizaran en stock al STS para lograr la movilización de los mismos, de igual forma, durante todo el año, estos se descartaron en el STS aumentando la incineración en el mismo, sin embargo, por recomendación de la SDS se debe devolver el componente vencido al Banco de sangre para realizar la incineración y no afectar indicadores del STS por manejo de mal stock; y por último la reactividad que se define como el número de unidades de sangre total con un resultado reactivo para uno o varios marcadores analizados, encontrándose en un 4.5% (tabla3), como se había mencionado anteriormente impacta la disminución, por el

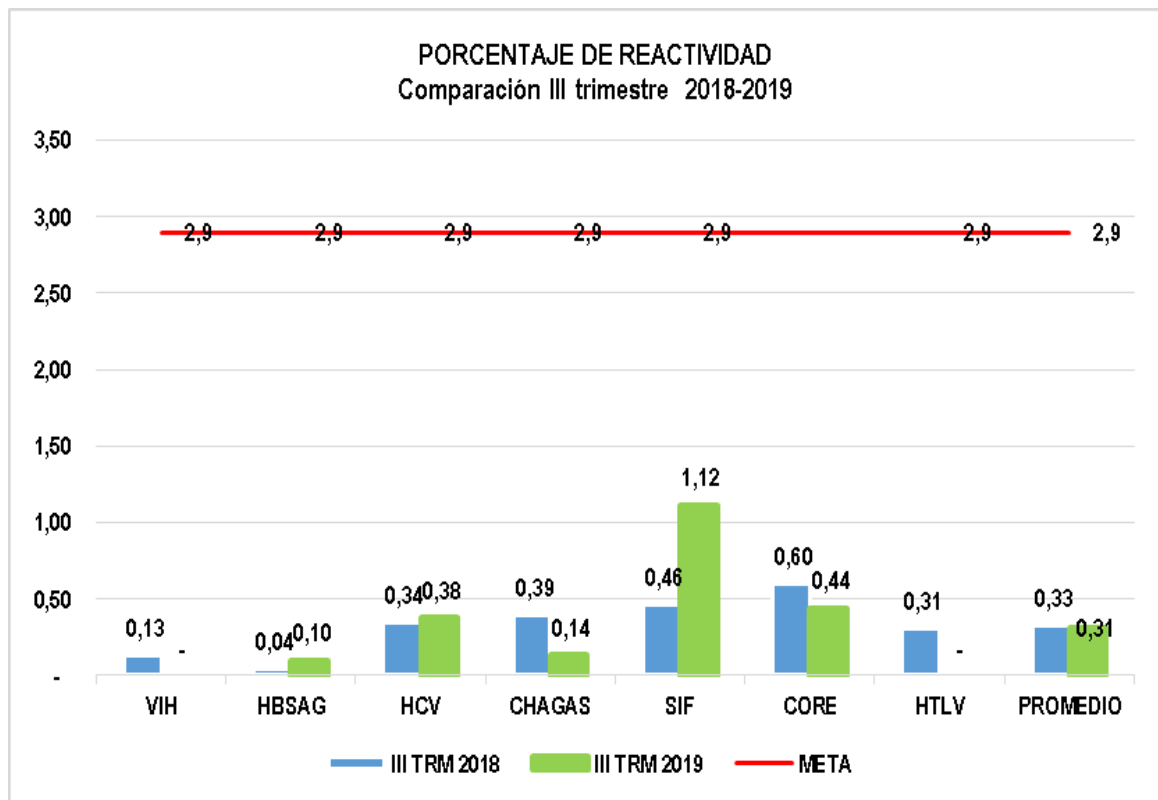
sistema de información SIHEVI, ya que evita aceptar donantes con reactivas anteriores que ya se encuentran en el sistema nacional y la excelente selección de nuestro médico.

En cuanto a la incineración es importante mencionar los componentes que se descartan (Gráfica 6), se evidencia que el mayor componente descartado en este III trimestre del 2019 al igual que con los trimestres del año anterior es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 54.9%, seguido del plasma residual 15.7%, ya que se está abasteciendo para las épocas decembrinas de crioprecipitados, glóbulos rojos en un 9.9% debido a control de calidad de las unidades por volumen bajo, sistema abierto, volumen alto etc.



Gráfica 6. Componentes Incinerados
Fuente: Componentes Incinerados. Comparación III Trim 2017 – III trim 2019

Como se había mencionado anteriormente una de las causas de incineración es la reactividad; definida como el número de hemocomponentes con resultado reactivo para algún marcador de los siete analizados; teniendo en cuenta esto, es importante señalar que se presentó una reactividad en este III trim del 2019 0.31 de 0.61 con respecto al trimestre del año anterior se generó una disminución que equivale a 0.33, donde la mayor reactividad la tuvo el marcador es SIFILIS en 1.12%, seguido de CORE en un 0.44; cabe recalcar que nuestro promedio de reactividad para el 2018 se encuentra en 2.0% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 7).



Gráfica 7 Porcentaje de Reactividad

Fuente: Porcentaje de reactividad. Comparación III Trimestre 2018 -2019

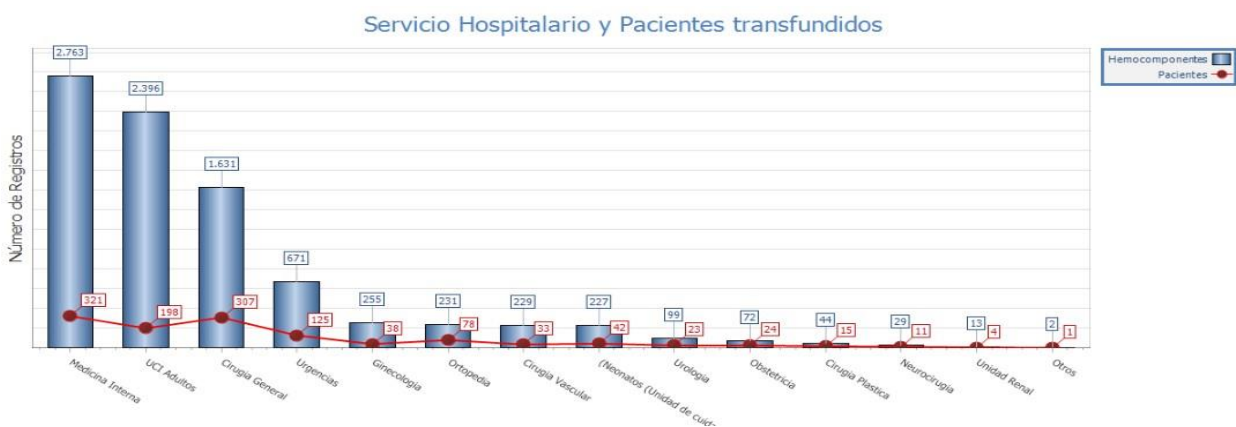
Como ya se había mencionado, es de recalcar el esfuerzo que se ha hecho a nivel nacional por parte de todos los bancos de sangre y el INS, para tomar medidas para realizar seguimiento, monitoreo de todos los donantes, unidades recolectadas, incineración y demás para fortalecer el Sistema de Información de la Red Nacional de Bancos de sangre y Servicios de Transfusión así como servir de base del Programa de Hemovigilancia a nivel nacional. Se crea, 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. La cual se debe cumplir con todos los requerimientos solicitados mes a mes, para que la trazabilidad nacional funcione.

De igual forma, así se tenga alineado el sistema nacional, los entes distritales aun piden reportes a del proceso del banco de Sangre y servicio transfusional ante las SDS y SIHEVI, cumpliendo a cabalidad con estos informes, teniendo a la fecha un 100% de cumplimiento. En espera que el distrito deje de solicitar los informes y se alinee todo con SIHEVI para evitar procesos.

Por otro lado, en cuanto a contratación sigue siendo un poco difícil lograr los convenios institucionales, por toda la tramitología administrativa que presenta el HUS. Durante este III trimestre del 2019 se cuentan con SEIS (6) convenios con Hospital San Rafael de Facatativá y el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital san Martin de Porres de Choconta, ESE Hospital el Salvador de Ubaté y ESE Hospital San Rafael de Pacho, Hospital san Rafael de Caqueza, 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.

De igual forma, es necesario recalcar que para este III trimestre del 2019 el porcentaje de despacho externo disminuyó en comparación con el mismo trimestre del año anterior que equivale a un 28% (tabla 1), debido a que en esa vigencia se contaba con convenio con Gacheta y Nemocón; sin embargo es importante mencionar que se aumentó el portafolio del banco de sangre, ofertando pruebas especiales y componentes filtrados y al igual que el componente plaquetario.

En cuanto al Servicio Transfusional en comparación con el III trim del 2018 se observa una disminución del 43% en las unidades transfundidas (tabla 1), evidenciando una disminución del 79% en transfusión de plasmas fresco congelado, seguido de plaquetas 46%, y aumento del 17% unidades de Glóbulos rojos filtradas; Justificado por una disminución de transfusión en los servicios de (tabla 1) : Neurocirugía 82%, UCI adultos 68%, Neonatología 66% entre otros en este trimestre; sin embargo aumenta el componente filtrado debido a la demanda de pacientes con diagnósticos inmunohematológicas, que con llevan a realizar rastreos de anticuerpos para búsqueda de anticuerpos y compatibilizar más unidades. Así mismo es importante mencionar que durante toda este 2019 (eneroseptiembre), según los datos enviados al INS –SIHEVI los servicios donde más se transfunden hemocomponentes son, Medicina Interna 2763 componentes con 321 pacientes, seguido de UCI adultos con 2396 con 198 pacientes, concordando acabadidad con la información del HUS. (Grafica8).



Gráfica 8. Servicio Hospitalario y Pacientes Transfundidos

Fuente: Sistema de hemovigilancia del instituto nacional de salud (SIHEVI-INS). Servicio Hospitalario y Pacientes Transfundido. Consolidado anual - enero a septiembre 2019.

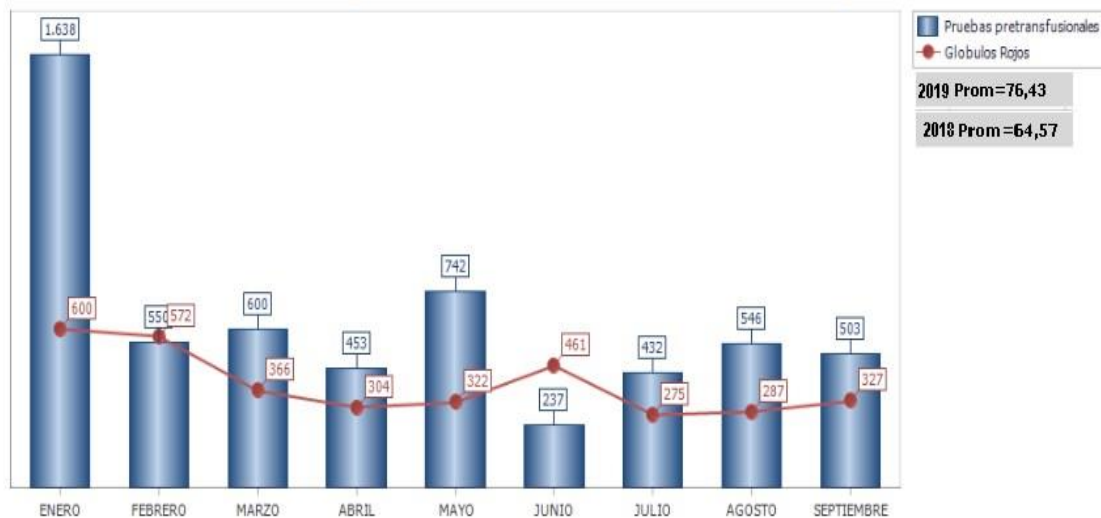
En cuanto a productividad en el STS durante todo lo que se lleva de la vigencia 2019 (enero- septiembre), se han realizado pruebas inmunohematológicas (pruebas cruzadas) que se refiere a la compatibilidad de unidades

realizadas a los pacientes para ser transfundidos lo cual equivale a un total de 5701 pruebas; sin embargo duplica el total de Glóbulos Rojos transfundidos 3514 debido, como se mencionó anteriormente a que se deben realizar más pruebas cruzadas, para conseguir sangre compatible a nuestros paciente hematoncológicos o con alguna precondition que evita que la pruebas in vivo le dé compatibles; evidenciando que la relación componentes transfundo para este 2019 equivale en un 76.43% equivalente a una relación optima (Gráfica 9).

Durante este III trimestre del 2019, se logró capacitar al personal del STS, en manejo de pruebas especiales, con el fin de que el personal adquiera las habilidades y destrezas para poder definir casos de los pacientes y dar respuesta oportuna al paciente al momento de transfundir.



Imagen 3 y 4: Capacitación del personal en Pruebas especiales en inmunohematología. Casa comercial BIORAD en el Banco de Sangre de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

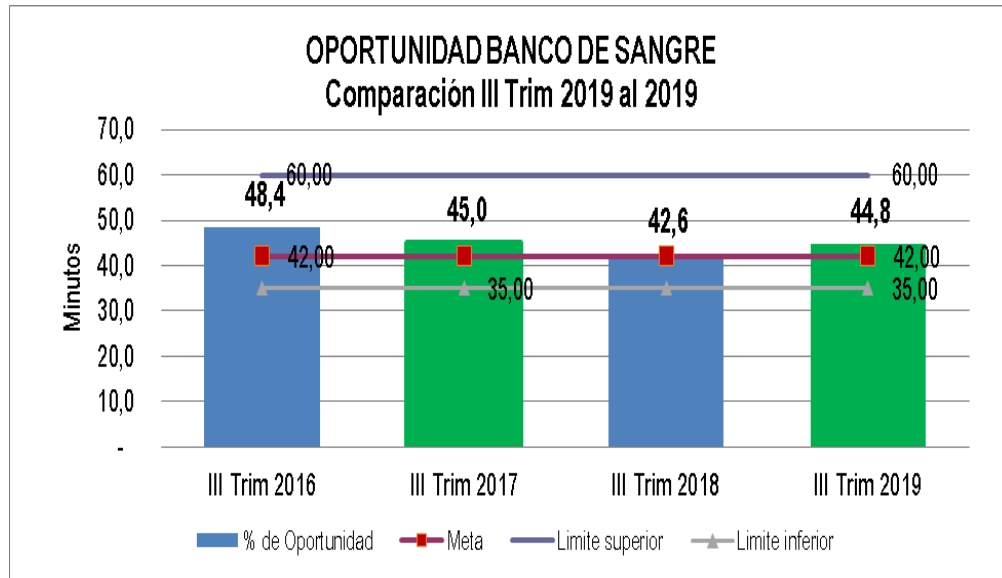
Unidades de Globulos Rojos Cruzados en Relación con Globulos Rojos Transfundidos.


- % Relación CT \leq 50%
- % Relación CT \geq 51% y \leq 70%
- % Relación CT \geq 71% y \leq 100%
- % Relación CT \geq 101%

Gráfica 9. Unidades de Glóbulos Rojos Cruzados en relación Glóbulos Rojos transfundidos

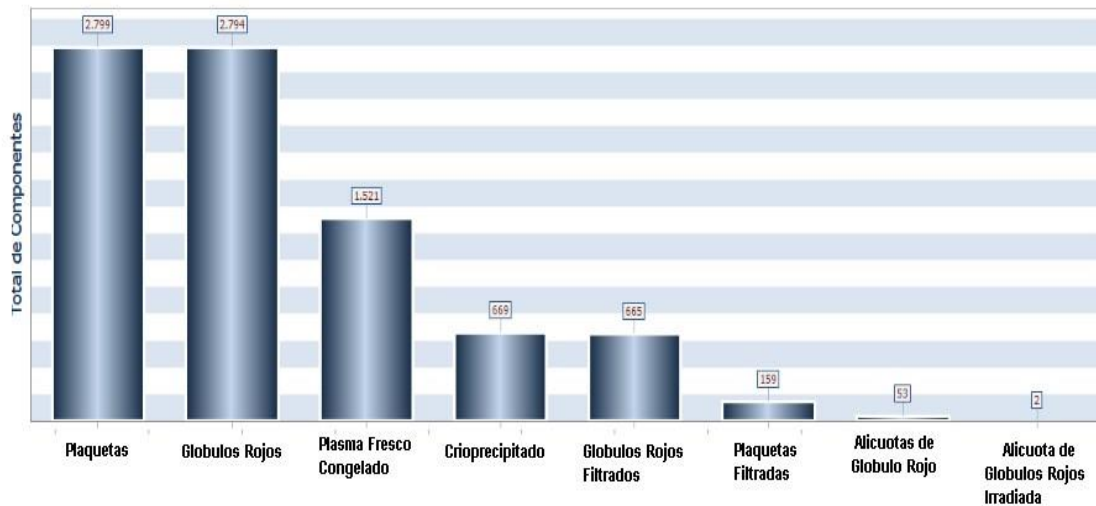
Fuente: Sistema de hemovigilancia del instituto nacional de salud (SIHEVI-INS). Unidades de Glóbulos Rojos Cruzados en relación Glóbulos Rojos transfundidos. Consolidado anual - enero a septiembre 2019.

En cuanto a la oportunidad de despacho de hemocomponentes en este III Trim 2019 para el STS es de 44.8 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, observando que se encuentra por encima de la meta actual de 42 minutos (gráfica 10), es importante aclarar dos cosas: 1) se está esperando para reajustar la meta, ya que se está ubicando línea base todo el 2019, esto es debido a que anteriormente se calculó sobre trabajo manual y es evidente que es más rápido el procesamiento de forma manual que automatizado; sin embargo, se ganó una mejor trazabilidad de los pacientes, componentes y así asegurar la calidad transfusional; 2) aunque se haya aumentado, durante el III trimestre del 2019, se atendieron un total de 374 paciente en un total de 1507 componentes transfundidos(grafica11), observando un aumento significativo de las unidades transfundidas con respecto al trimestre del año anterior que equivalía a 2819 transfusiones en los diferentes servicios ya mencionados lo que conlleva a un aumento adicional de la oportunidad áreas hospitalarias por requerimiento de pruebas adicionales como adsorción, fenotipos, entre otros, para búsquedas de unidades compatibles por contar con anticuerpos significativamente relevantes todo enmarcado según su patología.



Gráfica 10. Oportunidad de despacho de hemocomponentes
Fuente: Oportunidad del STS. Comparación III Trim 2016 – 2019

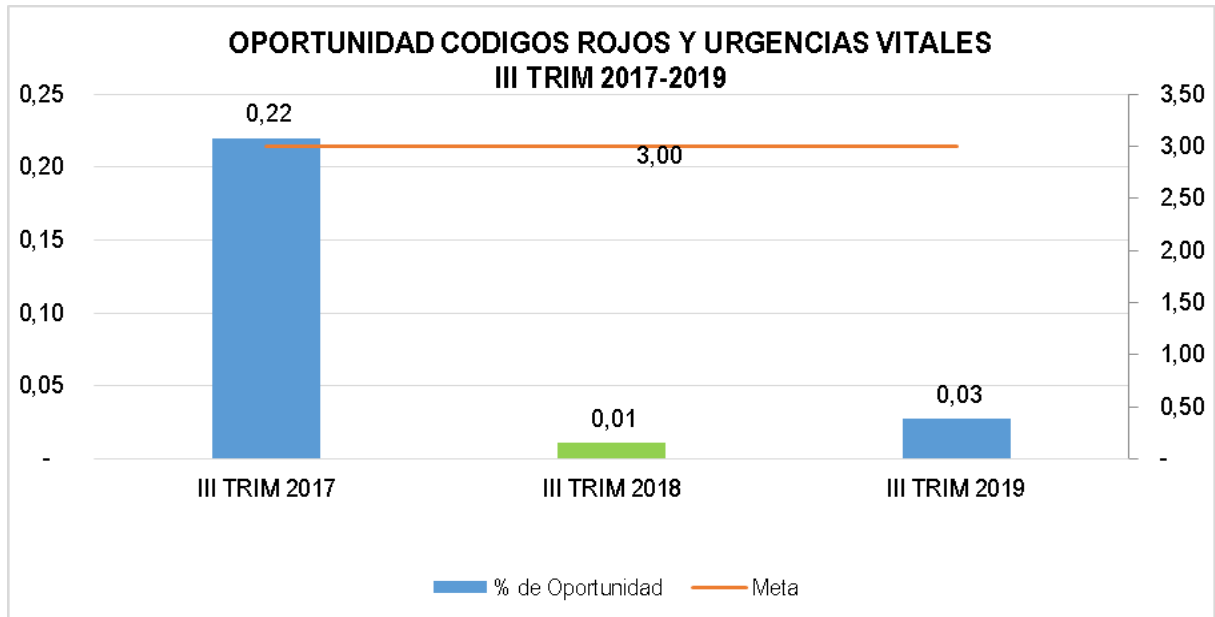
Componentes Transfundidos



Gráfica 11. Componentes transfundidos
Fuente: Sistema de hemovigilancia del instituto nacional de salud (SIHEVI-INS). Componentes transfundidos.
Consolidado anual - enero a septiembre 2019.

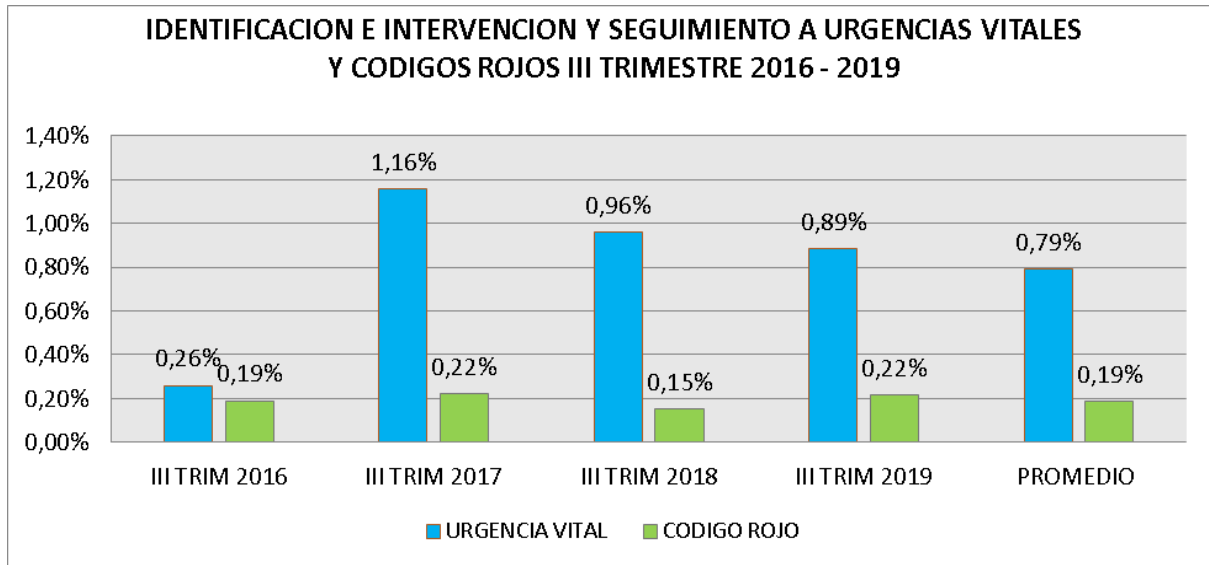
En cuanto a la oportunidad de las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el I trimestre del 2019 se cuenta con una oportunidad de 3 segundos en atención ante la emergencia; esto quiere decir que nuestra respuesta es

oportuna ante la emergencia, que es activada por vía telefónica, dando datos personales del paciente y datos del médico solicitante, de esta manera logramos contribuir y cumplir con la meta general del hospital, ya que cuando llegan por las unidades ya están listas para su despacho y de esta manera contribuimos con la meta de sala de partos que se encuentra en menos de los 3 minutos. (Gráfica 12).



Gráfica 12. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos
Fuente: Oportunidad del STS códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación III Trim 2017 - III Trim 2019

Así mismos, se observa un promedio de identificación de urgencias vitales en 079% y códigos rojos de 0.19% en comparación con el trimestre del año anterior se observa una disminución en urgencias vitales en 0.89 % comparado con 0.96% y al igual un aumento en códigos Rojos 0.22%, todo esto va ligado al paciente y a la conducta de los servicios de urgencias y ginecología. En promedio se alrededor de 17 órdenes de pacientes con esta característica en un promedio de 502 componentes transfundidos en este trimestre. (Gráfica 13). 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.

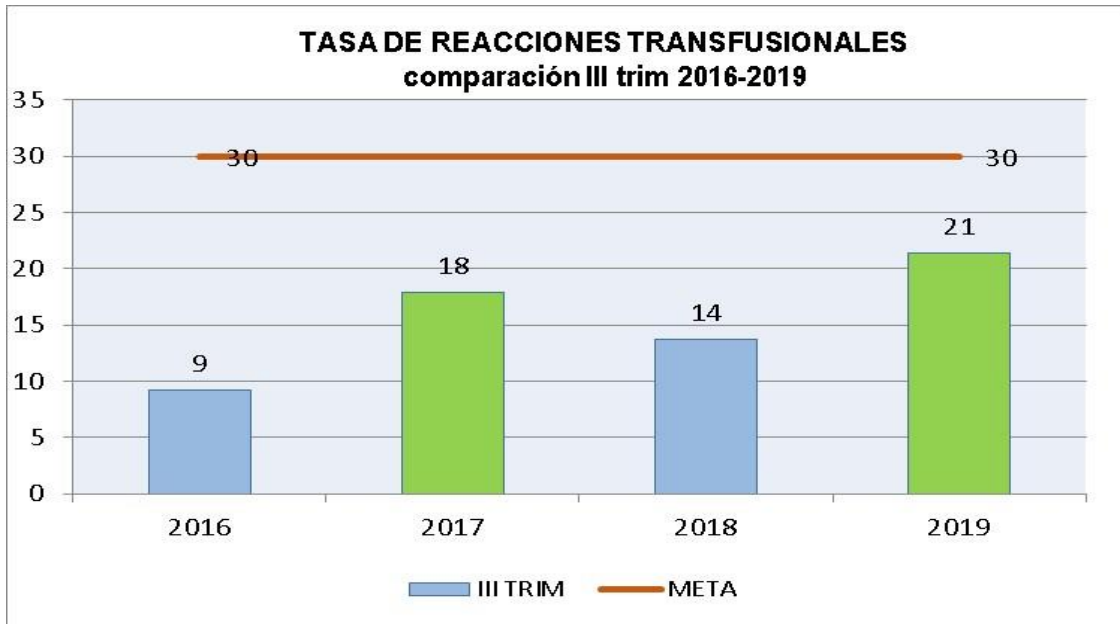


Gráfica 13. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos

Fuente: STS en códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación III Trim 2016 - 2018

Para este informe del III trimestre del 2019 del proceso de banco de sangre se observa un promedio de unidades transfundidas por paciente de 4.1 con una disminución del 34% comparado con el trimestre del año anterior, evidenciando por la disminución generalizada de las transfusiones por servicio y a las capacitaciones del programa de hemovigilancia, en espera de contribuir y mejorar a un promedio mucho menor. Para lograr esto 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 en puesto de trabajo y en reuniones de equipos primarios, logrando así un mejor impacto en el promedio de unidades transfundidas. Así mismo lograr en este IV trim del 2019 sacar el curso virtual de medicina transfusional que apoye esta gestión con la incorporación de la GPC y en las jornadas de capacitación e inducción que ha participado el banco de sangre, junto con las charlas magistrales para lograr una disminución en este dato.

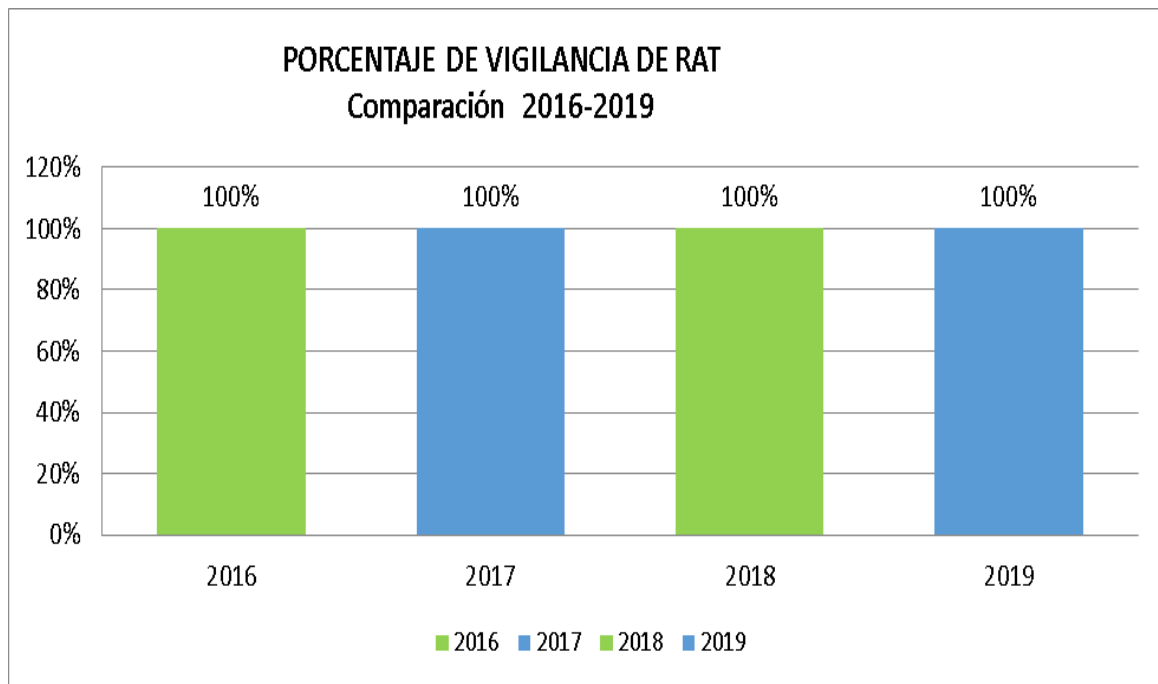
En cuanto a Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 21por debajo de la meta establecida de 30 del indicador r (Gráfica 14), comparado con el trimestre del año anterior evidenciando un 14, donde se ve un aumento debido al reporte por parte clínica, ya que se ha logrado fortalecer el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre 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 en nuestros de trabajo y en reuniones de grupos primarios 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 el enfoque de las Guía de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos (Adopción) donde se presenta de manera obligatoria para crear un mayor impacto.



Gráfica 14. Tasa de Complicaciones Transfusionales

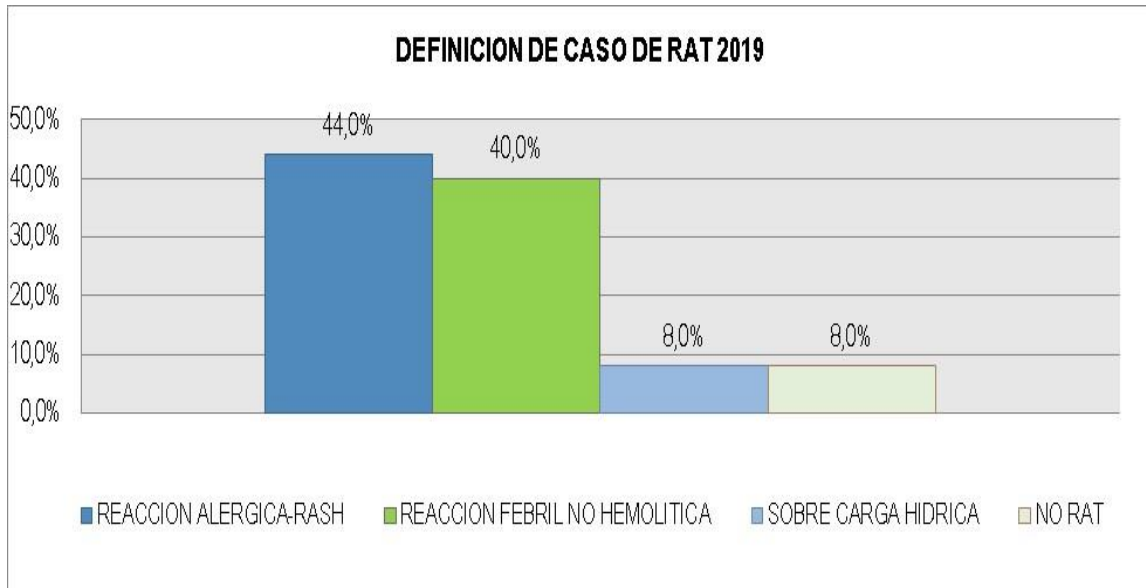
Fuente: Tasa de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT). Comparación III Trim 2016-2019

Se analizaron por el comité de transfusiones en este III trimestre del 2019 OCHO (8) RAT analizadas todas por comité de transfusiones cumpliendo el 100% (grafica 15), de la cual se evidencia que se presenta un porcentaje de RAT de 53% (Gráfica14) de las RAT y un consolidado anual del 28.9%; es de aclarar que esto no depende del STS, sino de la condición del paciente con la suma de toda su condición clínica que al momento de transfundir puede generar una reacción transfusional.

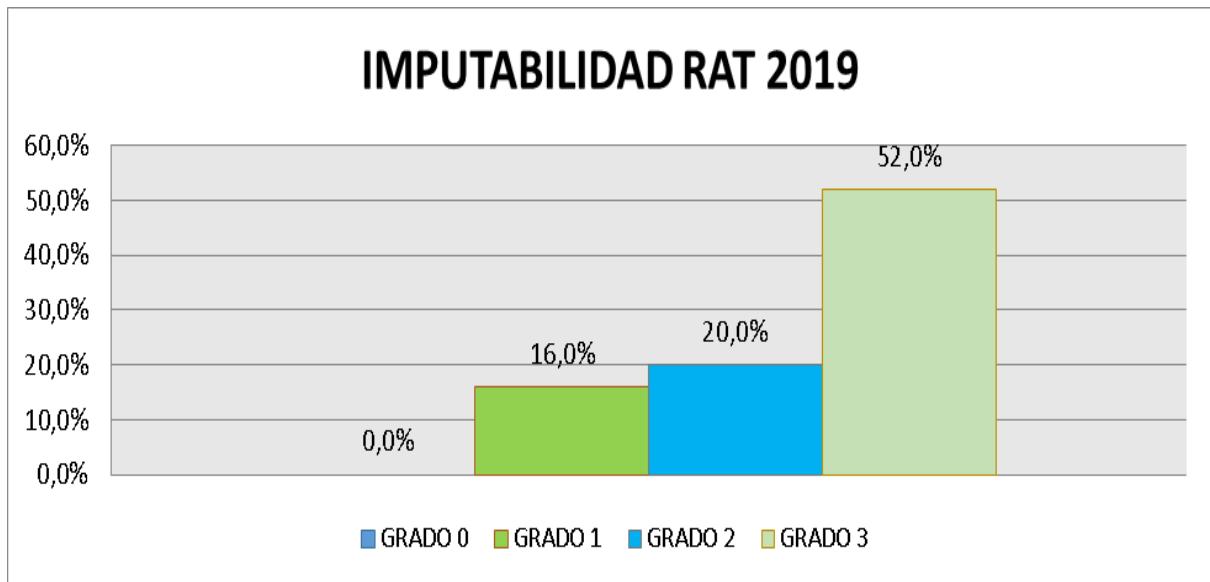


Grafica 15. % de vigilancia de Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Porcentaje de Vigilancia por comité de transfusiones. Comparación III Trim 2016 - 2019

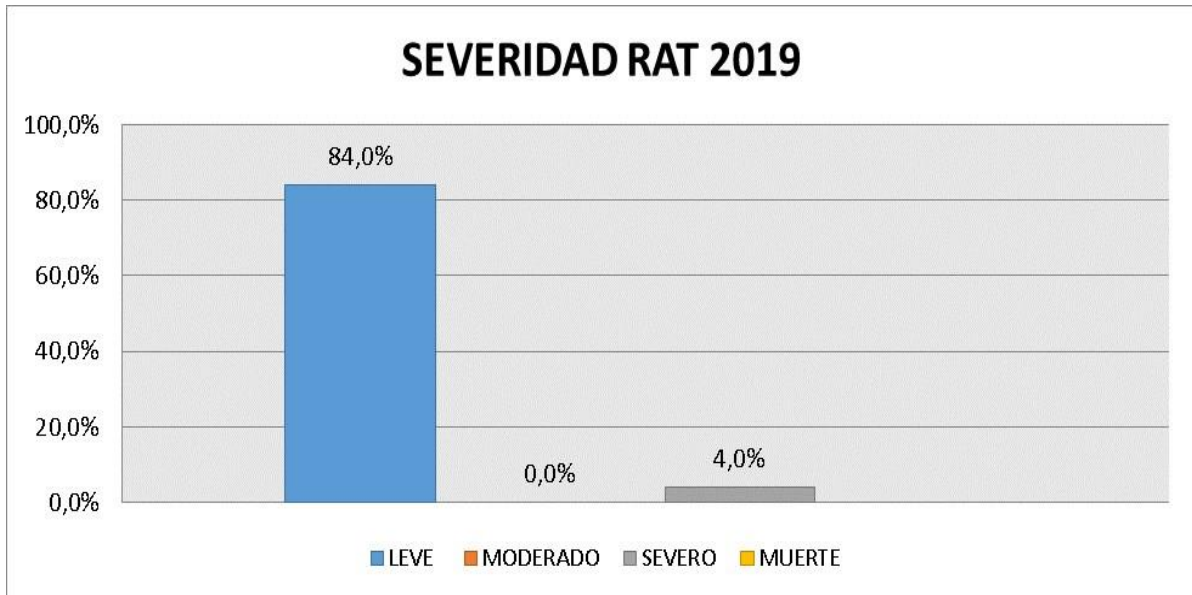
Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS en esta vigencia 2019 la reacción que prima es la Reacciones alérgicas en un 44% (gráfica 16) seguida de la reacción febril no hemolítica en un 40% nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia al Grado tres(3) en un 52% y dos (2) en un 20 % (gráfica 17); así mismo, en severidad el grado leve en un 84% seguida de una severa en un 4%(gráfica 18), se recuerda que alguno de los pacientes no fueron clasificados RAT por tal razón el porcentaje no total no llega al 100%, en cuanto al componente más involucrado ha sido los glóbulos rojos en un 52% (gráfica 19) y el servicio donde se genera mayor Reporte y seguimiento de las RAT es Medicina Interna en un 36% .



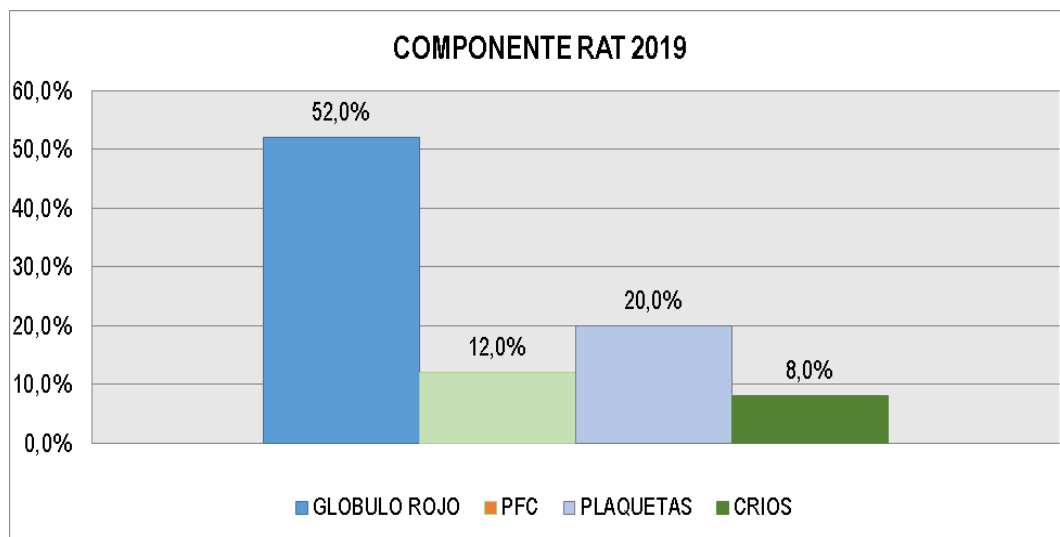
Grafica 16. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. Consolidado vigencia 2019.



Grafica 17. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. Consolidado total vigencia 2019.



Grafica 18. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. Consolidado vigencia 2019.



Grafica 19. % de Componente de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Componente de Reacciones Adversa. Consolidado vigencia 2019.

PQRS

Durante el III trim del 2019 se presentó 1 PQRS para el proceso del banco de sangre. Debido al inconformismo por el ingreso desde portería al banco de sangre, la cual se le envió una propuesta al área administrativa para generar un carnet exclusivo a los donantes para evitar que se vayan y se pierda la voluntariedad de los mismos, en espera de respuesta de igual forma, por la oficina de atención al ciudadano se generó una (1) solicitud de: petición inscripción al simposio, las cual fue resuelta.

En cuanto a la encuesta de satisfacción del III trim del 2019, para la atención de donantes en sede, no se ha remitidos de atención al usuario el informe en espera que se envíe el consolidado del para analizar resultados.

En cuanto a esta encuesta de satisfacción interna de las jornadas de donación es importante mencionar, que estamos alineados institucionalmente con nuestro modelo de atención y nuestros donantes lo ven reflejado como observamos en la encuesta, destacándonos por nuestra calidez al donante, con una atención humanizado, dándonos consentimiento para el procedimiento y exámenes, asegurando nuestro puesto de trabajo y seguridad al donante, reflejando que los donantes volverían a DONAR EN NUESTRO BANCO DE SANGRE, ellos aclaran que deberíamos rotar refrigerios y tener una sala más amplia de atención.

Planes Únicos de Mejora PUMP

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 10 hallazgos, este corresponde a: acciones específicas que vienen de:

1. Control interno: ligada a los indicadores del Banco de sangre que no corresponden de igual manera al TUCI con la caracterización.
2. Auditoria externa SDS, conocimiento del personal auxiliar en las RAD
3. Una atrasada de la vigencia anterior en cuanto auditoria interna de habilitación: Falta de certificado de formación en atención integral en salud de las víctimas de violencia sexuales y en las hojas de vida de: Margaret Sanjuanelo – Bacterióloga, Auxiliar Nini Johana Guaqueta Romero, Vivian Katherine Hernández Ortiz Auxiliar, la cual se completó el cierre del ciclo durante el I trimestre del 2019.
4. Auditoria interna HSEQ, que corresponde a la matriz de riesgos del banco de sangre y STS y al manejo de los residuos –PGHIRS
5. Otras: errores en la transcripción de un resultado de un neonato
6. PQRS, por extralimitaciones del personal auxiliar del banco de sangre
7. Seguridad del paciente, despacho erróneo de componentes y en la ronda de seguridad adherencia a la estrategia multimodal.
8. Servicio no conforme, debido a las alternaciones de bolsa de componentes sanguíneo.

COMPLETAS	2	40,00%
EN DESARROLLO	3	60,00%
NO INICIADAS	0	0%
ATRASADAS	0	0%
TOTAL	5	100%
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO		
AVANCE DEL MEJORAMIENTO	80%	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	66%	
PORCENTAJE DE CIERRE DE CICLOS	33%	

Tabla 3: PUMP Banco de Sangre

Fuente: I seguimiento 2019. Consolidado de planeación

En el primer seguimiento realizado por el área de planeación se encontraban un total de 5 Hallazgos, que equivalían a un porcentaje de cumplimiento del 66%, cierre de ciclos 33% y avances del 80%; en espera del siguiente seguimiento para mejorar el cierre de ciclos.

Gestión del Riesgo

En cuanto al seguimiento de la gestión de riesgo para el III trimestre del 2019 para el banco de sangre se encuentra en la pirámide documental, en espera de realizar actualización de la matriz del riesgo del banco de sangre ya que la mayoría son causas y debemos atacar es la fuente. En espera de este IV trim, el cumplimiento de la misma.

Sistema Único de Acreditación

Durante toda la vigencia 2018 se trabajó en dos (2) mejoras en los hallazgos N° 59 “Aún no se han establecido los tiempos de la atención oportuna y retraso de la atención en espera de continuar el trabajo durante todo este 2019.

De igual forma se articuló de manera transversal con los procesos seguros en cuanto a la estrategia multimodal, las cuales arrojaron resultados favorables, evidenciando que las profesionales están adheridas en un 96.20% a la estrategia multimodal, estando por encima de la meta prevista del 85%; sin embargo, en diferentes auditorias se evidencia el cumplimiento de los 5 momentos pero no los pasos de la higienización en espera de este IV trimestre capacitar al personal y tener mayor adherencia al mismo y que impacte adecuadamente el indicador.

Referenciación Comparativa: Es importante recalcar que durante el III trimestre del 2019 no se realizaron referenciaciones

Equipos Primarios de Mejoramiento: En cuanto a las reuniones de equipos Primarios de Mejoramiento, es importante, que después de seguimiento por parte del área de planeación, no se tenía adecuadamente formado el equipo, desde este III trimestre se conformó el equipo la cual incluye (coordinadora de calidad, médico, dos

auxiliares, referente de hemovigilancia, bacterióloga y coordinadora del banco de sangre) y en espera de trabajar adecuadamente en los temas referentes a la acreditación.

Plan de Acción del Comité de Transfusiones

En cuanto al plan de acción del comité de transfusiones, de las cuatro 4 actividades por ejecutar durante esta vigencia 2019, que son:

1. Elaborar programa jornadas Donación de Sangre

En cuanto a esta actividad se desarrolla el cronograma anual en octubre del 2019 y se da cumplimiento realizando las jornadas de donación de sangre durante toda la vigencia 2019 para asegurar hemocomponentes a nuestros pacientes y a nuestros convenios institucionales.

Así mismo, estamos alineados con el seguimiento y cumplimiento al PAS en la búsqueda activa de donantes de sangre efectivos mediante campañas y fidelización de empresas para lograr fidelizar y aumentar la voluntariedad de nuestros donantes de sangre.

2. Seguimiento el programa de Hemovigilancia en la institución.

En cuanto al seguimiento del programa de hemovigilancia, se analizaron todos los casos de las reacciones adversas a la transfusión (RAT) en el comité de transfusional durante este I trimestre del 2019, se realizaron capacitaciones y seguimiento a búsqueda activas de RAT y poderlas alinear con seguridad del paciente, se realizó reconocimiento a médicos, bacteriólogas, enfermeras, camilleros en este I trimestre.

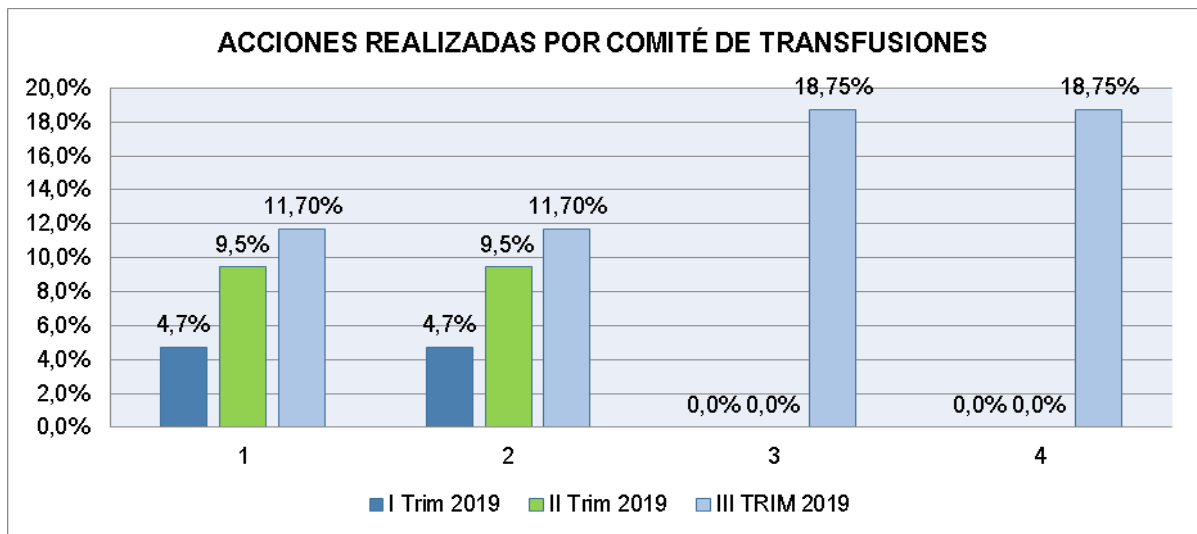
3. Analizar informes estadísticos sobre captación, y transfusión de hemocomponentes

Este no se ha cumplido ya que se presentan semestralmente, en espera de completar nuestro I semestre para presentar estos informes.

4. Implementación de Guía de Medicina transfusional

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, para lograr su implementación con actividades para lograr su ejecución y darle a conocer a todo el hospital la GPC contando con un año para su implementación acabando en el mes de febrero de 2019. En esta vigencia 2019, se trabajara fuertemente en la socialización y reconocimiento de esta GPC a nivel institucional.

Durante este III trimestre del 2019 Se tiene un cumplimiento del plan de acción del 60% (grafica20)



Gráfica 20. Acciones plan de acción Comité de Transfusiones

Fuente: Plan de acción institucional 2019

Programa Hemovigilancia

En el tercer trimestre del 2019 se obtiene un cumplimiento del 80% de las actividades del programa de Hemovigilancia, de las 51 actividades planteadas, se ejecutaron 41; entre las actividades planteadas se realizó reportes de las novedades y haciendo los análisis pertinentes frente al comité de seguridad, análisis ANCLAS, reconocimiento al personal que interfiere en la cadena transfusional entre otros, quedando pendiente la capacitación en la GPC (tabla 4)

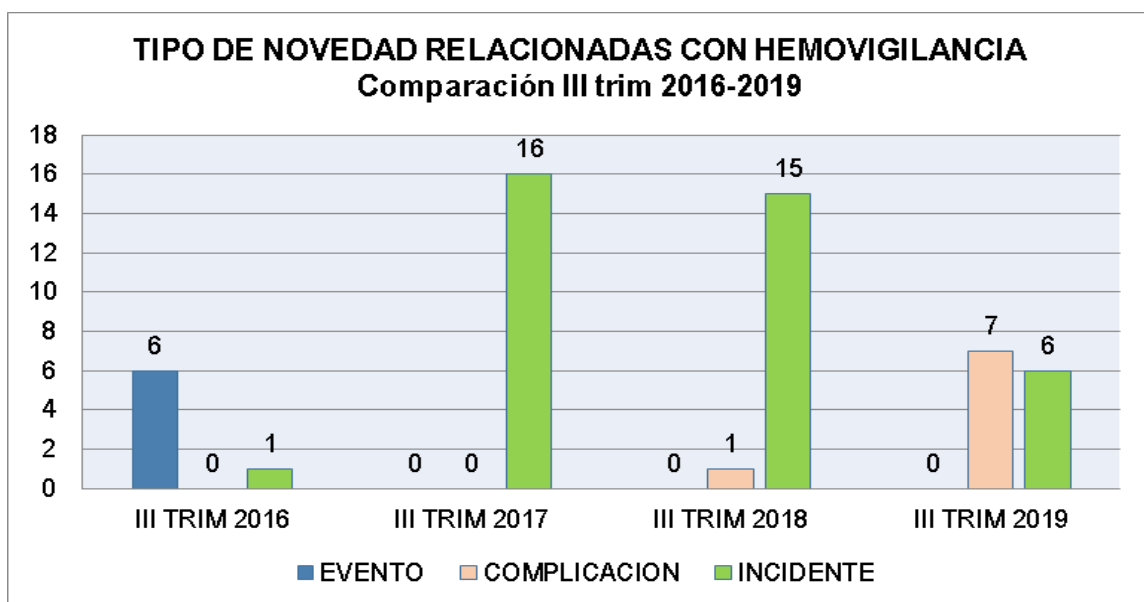
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA GESTION DE LA CALIDAD CRONOGRAMA DE PROGRAMAS		056C49-V1																									
CRONOGRAMA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE:HEMOVIGILANCIA																											
LÍNEA ESTRATÉGICA	Actividad Específica 2019	Periodicidad de ejecución 2019	Responsable	VIGENCIA 2019												TOTAL											
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	P	E										
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E										
Samaritana.	capacitar a todo el personal que tenga que ver con la implementación de la GPC	Mensual	Líder del Programa y Referente de hemovigilancia									1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	6	0				
				16	15	16	15	16	16	16	16	16	18	17	14	17	13	17	14	17	0	17	0	19	0	202	137
			Trimestral	Trim I			Trim II			Trim III			Trim IV														
				P	E	%	P	E	%	P	E	%	P	E	%												
				48	46	96%	50	50	100%	51	41	80%	53	0	0%												

Tabla 4 Porcentaje de ejecución cronograma de Hemovigilancia

Fuente: Cronograma de Hemovigilancia 2019

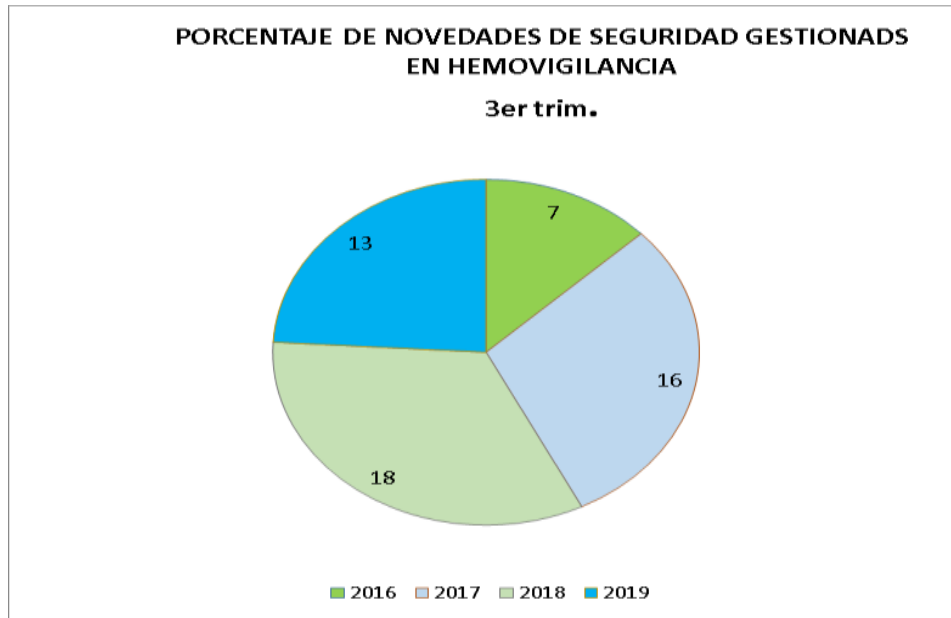
De las actividades desarrolladas durante este III trimestre cabe recalcar que se gestionaron y se analizaron un total de 6 incidentes y 7 complicaciones, en comparación con el III trimestre del 2018 que se reportaron solo 15 incidentes, mejorando los procesos y el reporte adecuado de los hallazgos (gráfica 21). De esos hallazgos se analizaron por metodología ANCLA estipulada por el HUS,

Como se había mencionado todas analizadas por la metodología ANCLA, observando una disminución de novedades en comparación con el trimestre del año anterior de las que se realizaron por la metodología institucional un total de 6; para estas novedades se seguirá fortaleciendo las capacitaciones e inducciones con médico, enfermeras, para evitar reprocesos en la cadena transfusional (Gráfica 22).



Gráfica 21. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia. Comparación III Trim 2016 -2019

Así mismo, 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 11% de cobertura al personal, quedando pendiente adherencia a ese personal. (Gráfica 23), se evidencia una disminución en comparación con el trimestre del año anterior debido a que es una actividad constante que siempre se tiene por capacitar a todos el personal. Adicionalmente para esta vigencia se planteó un cronograma de capacitaciones para lograr un cobertura del 100% al final de la vigencia, así como la incorporación de la tercera versión del curso virtual.



Gráfica 22. Comparación informe de novedades gestionadas

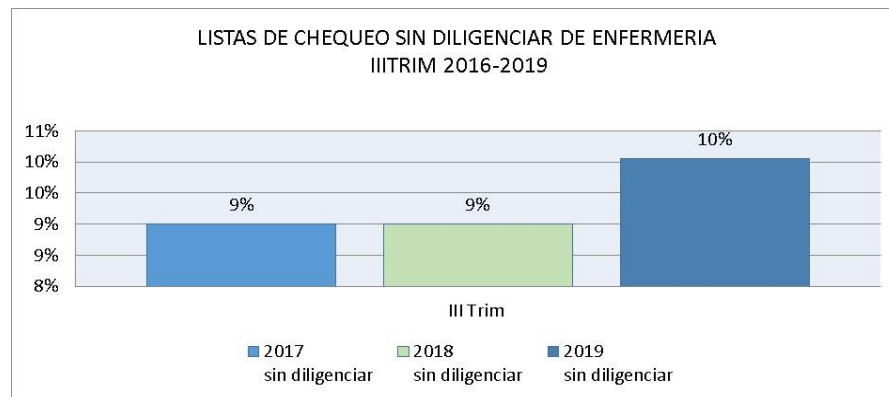
Fuente: Informe de novedades gestionadas Comparación III trimestre Trim 2016 A 2019



Gráfica 23. Personal capacitado en medicina transfusional.

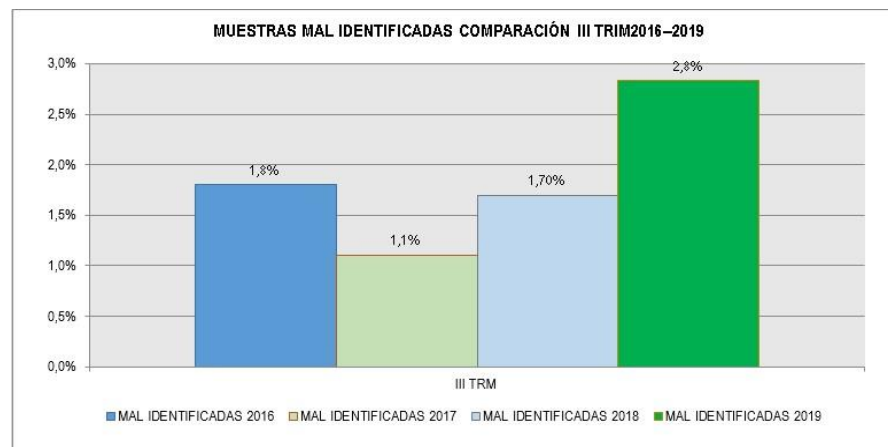
Fuente: Comparación III trimestral 2016 a 2019.

Por otro lado, siguiendo los indicadores del programa de hemovigilancia y de paquete instruccional, se informa que se continúa trabajando en las listas de Chequeo de enfermería evidenciando en este III trimestre del 2019 un 10% de ordenes sin diligenciar comparado con el año anterior que fue del 9 %, se evidencia un incremento por la incorporación del nuevo personal de enfermería al Hospital, mientras se logra estabilizar los proceso y generar adherencia a los mismos; por parte del programa se seguirá trabajando durante todo el IV trim 2019 en capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos y la incorporación de nuevos correctos para lograr mayor seguridad en la cadena transfusional (Gráfica 24); para lograr una disminución o mantener el indicador.



Gráfica 24. Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusional.

Fuente: Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusión. Comparación III Trim 2016 -2019.



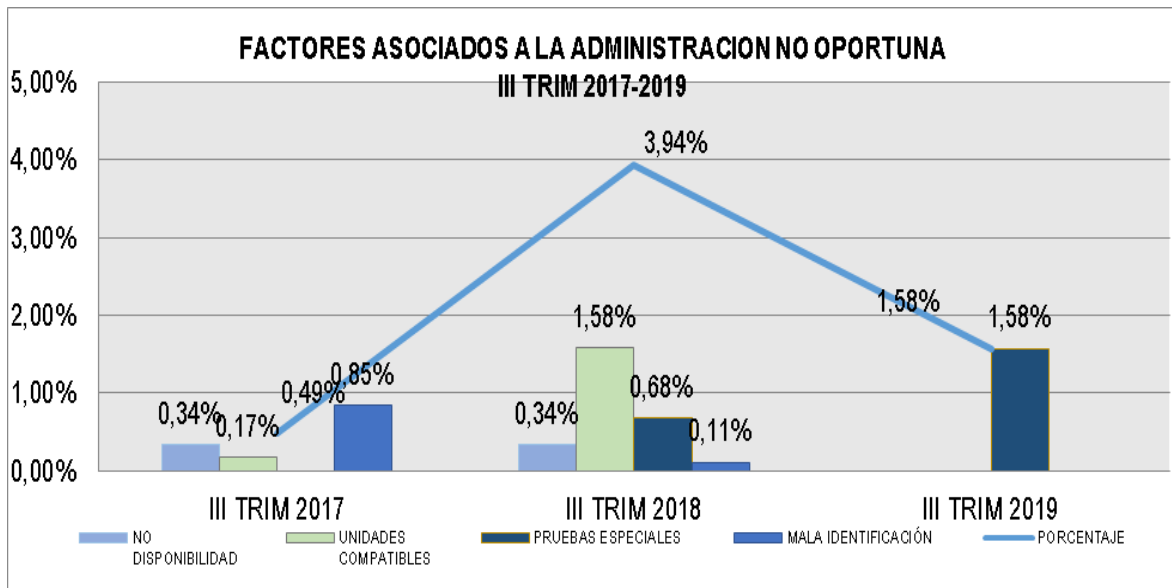
Gráfica 25. Muestras mal Identificadas proceso transfusional.

Fuente: muestras mal identificadas en el proceso transfusión. Comparación I trimestral 2016 -2019.

Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas en el proceso de transfusión (enfermería) donde para el III trimestre 2019 correspondiente A 2.8%, Observándose un aumento en comparación con el año anterior que equivalía al 1.70% de muestras mal identificadas en un promedio de 454 órdenes

analizadas (Gráfica 25). Analizando se observa un comportamiento muy fluctuante, ya que los servicios que presentan esta mala identificación de muestras no son los mismos ya que se interviene, capacitando y retroalimentando. En espera de que la durante la vigencia se logre una disminución que Impacte en el proceso; 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.

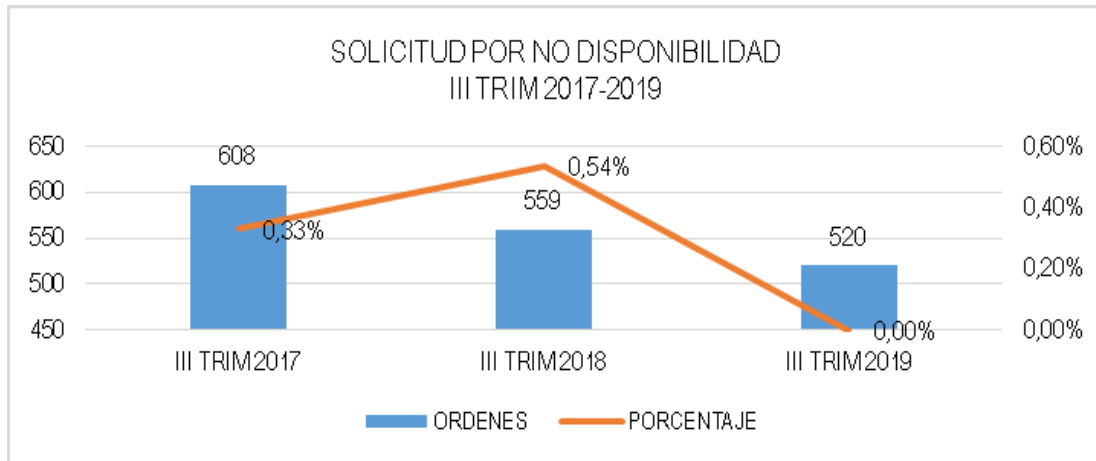
Por otro lado se analizaron todos los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 1.58% en este tercer trimestre, teniendo mayor impacto las pruebas especiales, debido a la búsqueda de unidades compatibles para los pacientes, debido a que su diagnóstico de base, dificulta la compatibilidad de unidades (Gráfica 26), comparado con el trimestre del año anterior que equivalía al 0.68%, como ya se mencionó asociado a patologías de base del paciente lo cual requiere fenotipos, absorciones y demás pruebas que se requieran hasta lograr la transfusión.



Gráfica 26. Factores Asociados a la administración no oportuna.

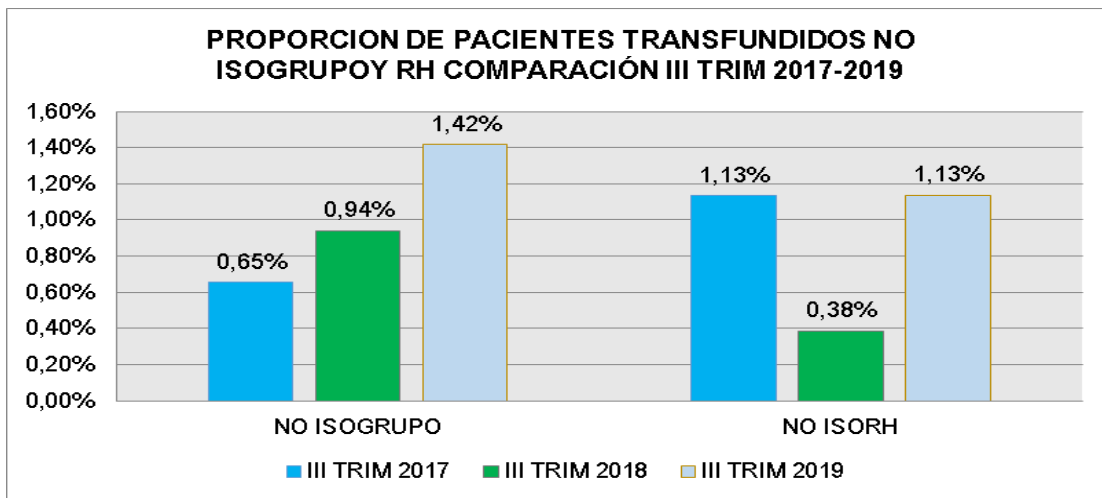
Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación III Trim 2017-2019.

En cuanto al indicador por no disponibilidad de hemocomponentes durante este trimestre se presentó un porcentaje de 0.0% con un promedio de 520 ordenes, esto debido a que en este trimestre no tuvimos ningún evento por no disponibilidad de componentes (Gráfica 27) cabe recalcar que la no disponibilidad está sujeto a la cantidad de pacientes y requerimientos de cada uno de ellos en su momento y de esta manera dar cumplimiento a la meta, como se observa en el trimestre del año anterior, tuvimos el indicador el 0.54%.



Gráfica 27. Solicitud por No Disponibilidad.

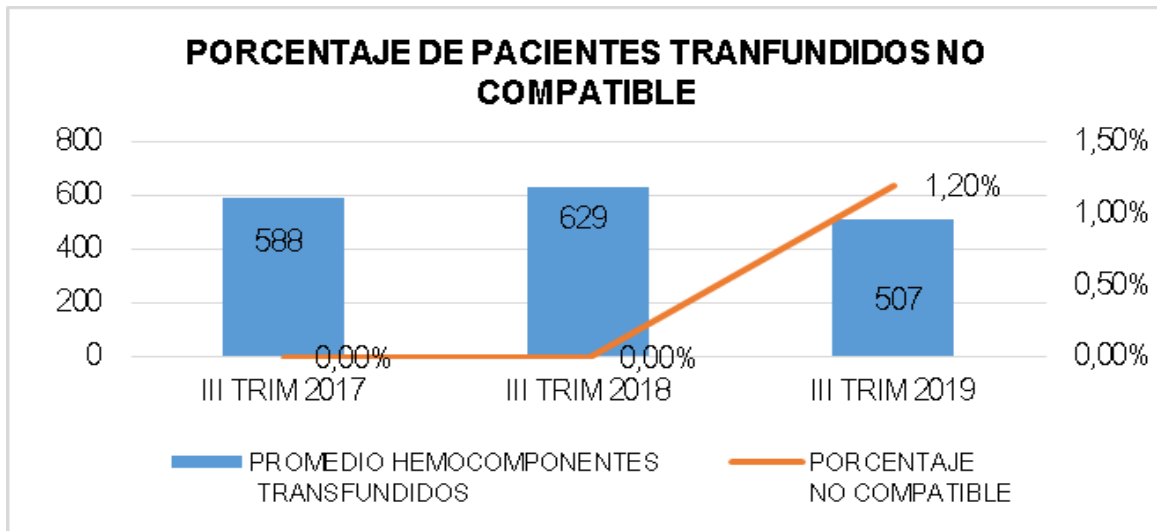
Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación III Trim 2017-2019.



Gráfica 28. Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y Rh.

Fuente: Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo. Comparación I trim 2017 al 2019

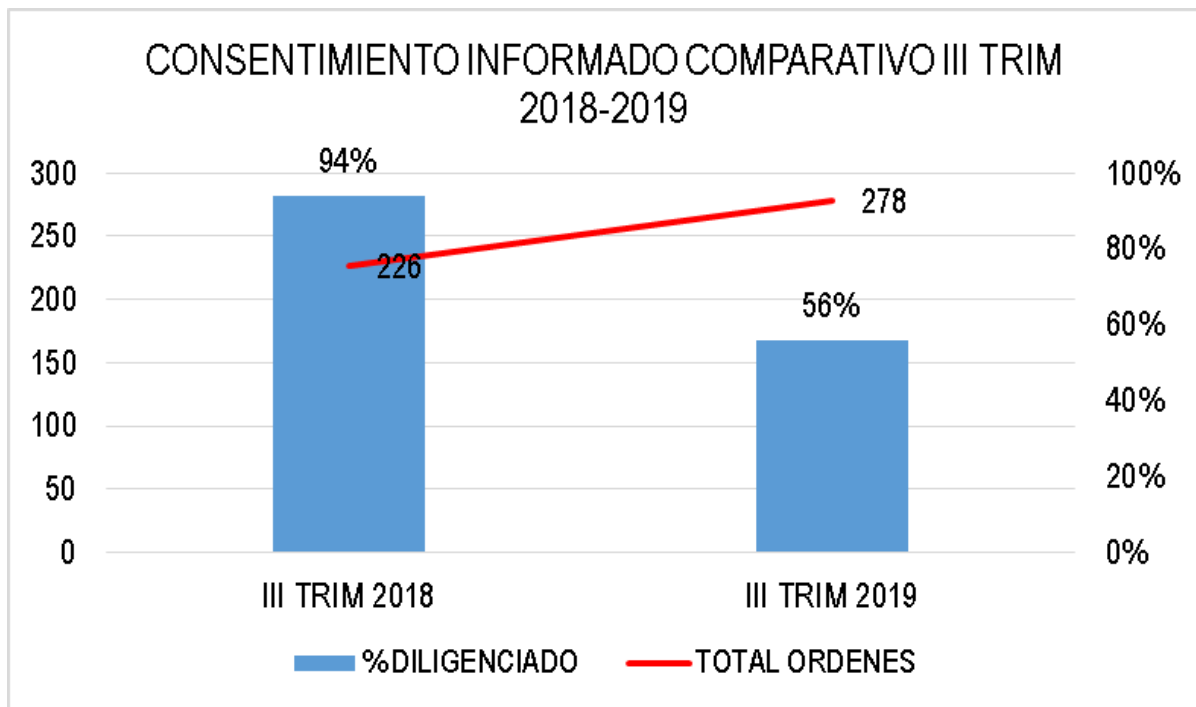
Así mismo, en este III trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y Rh en un promedio de 1507 hemocomponentes transfundidos, resaltando que en este trimestre se nos presenta mayor tendencia a la transfusión de pacientes no isogrupo, debido a la presencia de urgencias vitales y códigos rojos, que ocasionaron dicho comportamiento, en un 1.42% y un 1.13% en Rh; a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde “O” teniendo en cuenta que es una opción transfusional y sin presentar ningún daño o evento al paciente.(Gráfica 28)



Gráfica 29. Proporción de pacientes transfundidos no compatible

Fuente: Proporción de fallas en la identificación hemocomponentes. Comparación III trimestre 2017-2019.

Por otro lado, durante III trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible equivale a 1.20%, debido a que en el mes de JULIO se presentó un paciente con 10 unidades transfundidas no compatible, esto es debido al diagnóstico del paciente la cual fue complicada la consecución de unidades compatibles, estas unidades se transfundieron bajo conceso médico y se transfundieron bajo estricto control para evitar una complicaciones transfusionales, cabe recalcar que el paciente al transfundir las unidades no presentó ninguna complicación asociada a la sangre. (Grafica 29)



Gráfica 30. Consentimientos informados de Transfusión

Fuente: Porcentaje de consentimientos informados para la transfusión. Comparación III Trim 2017-2019

Para finalizar, durante el III trimestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados, disminuyendo su diligenciamiento en un 56% comparado con el trimestre anterior que equivalía 94%, impactando la meta que equivale al 80%. Se debe trabajar más y mejorar en el despacho que cumplan con todos el diligenciamiento del consentimiento. Durante este IV trim se capacitara para que lo realicen por el sistema, lo cual impactara significativamente (grafica 30). 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. Cuál es el reto para esta vigencia, que la información suministrada sea real y de esta manera lograr dar mayor confiabilidad al dato y así mismo el indicador; sin embargo se han presentado inconvenientes en el escaneado del consentimiento por problemas internos, en espera que esto no se vuelva a presentar para no tener problemas en la totalidad de revisión de consentimientos.

1.6 PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

GESIÓN DEL PROCESO

Conciliación Medicamentosa Urgencias

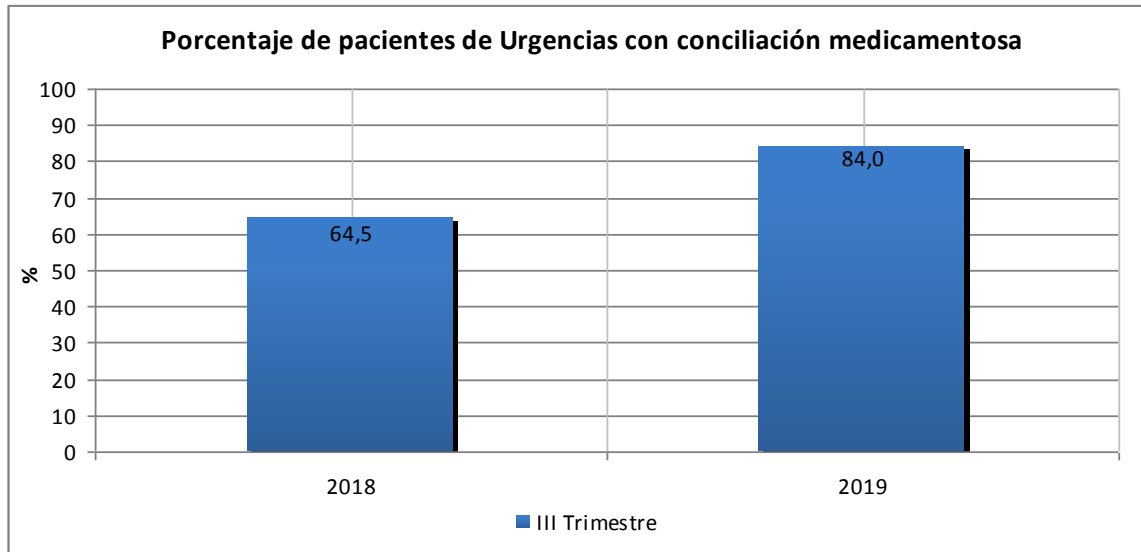


Figura 1. Porcentaje de pacientes de urgencias con conciliación medicamentosa.

El porcentaje de adherencia por parte del personal médico al Protocolo Conciliación Medicamentosa para el tercer trimestre del año 2019 se encuentra en un 84,0%, lo que significa un aumento de 19,5 puntos porcentuales promedio con relación al mismo periodo del año 2018 (64,5%).

El indicador se encuentra por encima de la meta definida. Como se ha mencionado en informes anteriores, desde el Servicio Farmacéutico se ha realizado un seguimiento diario de la adherencia al Protocolo por parte de los médicos que integran el Servicio de Urgencias. Lo anterior ha permitido reportar mensualmente a la respectiva subdirección médica la adherencia de cada médico al proceso.

La generación del reporte de adherencia al protocolo se realiza por servicios (Urgencias y Hospitalización) lo cual arroja una mejor determinación de la cantidad de pacientes a los que se les realizó la correspondiente conciliación medicamentosa en cada transición asistencial.

Se mejoró el proceso para generar el número total de pacientes a los que se les realizó la Conciliación Medicamentosa, ya que se estaban omitiendo múltiples ingresos en el mismo mes tanto para Urgencias como para Hospitalización. Se identifica la necesidad de incluir específicamente en el seguimiento a los servicios de Urología y Oftalmología; ya que realizan hospitalizaciones a través de Urgencias.

El resultado del indicador impacta de manera positiva sobre el uso seguro de medicamentos, que a su vez se convierte en una barrera más de seguridad, orientada a fortalecer la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.

Porcentaje de pacientes nuevos hospitalizados con conciliación medicamentosa

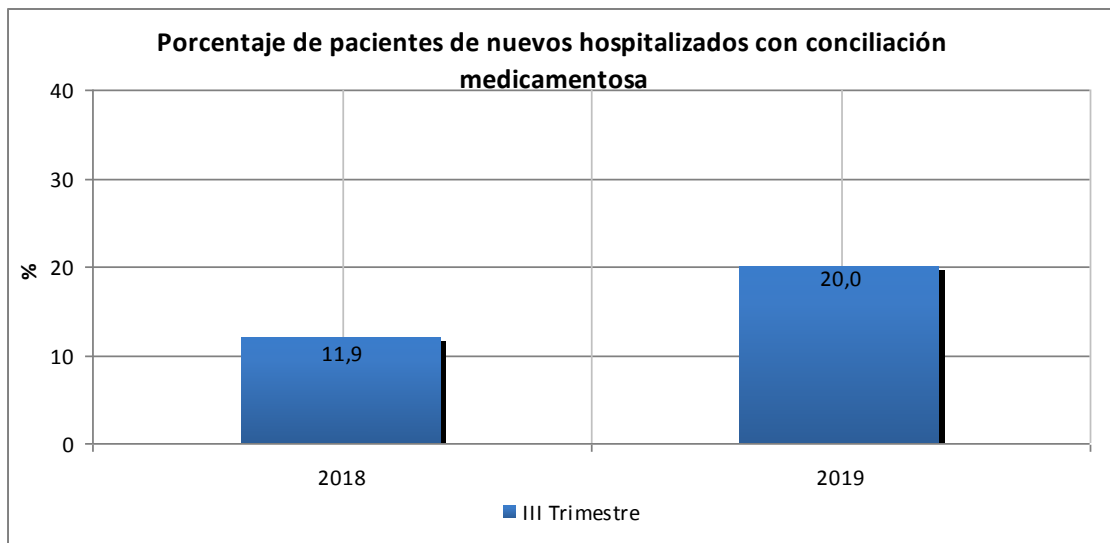


Figura 2. Porcentaje de pacientes nuevos hospitalizados con conciliación medicamentosa.

El porcentaje promedio de adherencia por parte del personal médico al Protocolo Conciliación Medicamentosa en la transición asistencial a Hospitalización para el tercer trimestre del año 2019 fue de 20,0%, lo que refleja un aumento de 8,1 puntos porcentuales promedio con relación al mismo periodo del año 2018 (11,9% promedio).

El indicador para los dos periodos se encuentra por debajo de la meta definida. Sin embargo, desde el Servicio Farmacéutico se ha realizado un seguimiento continuo de la adherencia al Protocolo por parte de los médicos que integran el Servicio de Medicina Interna. Lo anterior ha permitido reportar mensualmente a la respectiva subdirección médica la adherencia de cada médico al proceso, encontrando porcentajes de adherencia en este servicio superiores al 80%.

Para el área de hospitalización se resalta nuevamente que es pertinente la reestructuración del Protocolo para ajustarlo a las dinámicas de atención que se observan en la institución; entendiendo que la transición asistencial, en la mayoría de los casos, no se corresponde con una transición física del paciente desde Urgencias a Hospitalización.

Por lo anterior se considera que el porcentaje global de adherencia al Protocolo no va a tener un aumento significativo en los próximos meses.

El resultado del indicador representa una oportunidad de mejora con el fin de impactar positivamente en el uso seguro de medicamentos, estrategia orientada a fortalecer la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.

Porcentaje de pacientes de consulta externa con conciliación medicamentosa

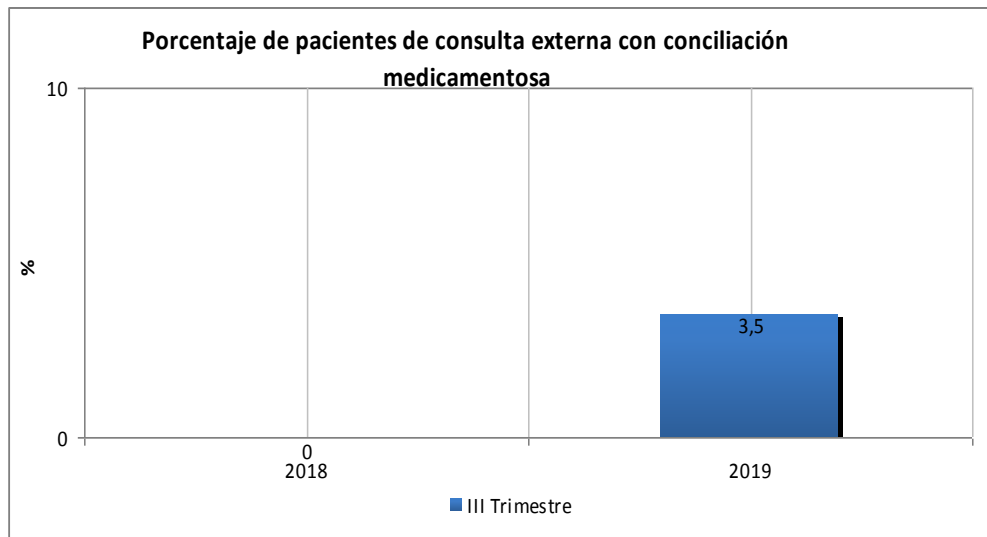


Figura 3. Porcentaje de pacientes de consulta externa con conciliación medicamentosa

Para este indicador no existen datos del primer semestre del año 2018. Se inicia el seguimiento a la adherencia al Protocolo Conciliación Medicamentosa en el año 2019.

Con el propósito de caracterizar las dinámicas de atención en consulta externa se analizó la información arrojada del informe “@LISTADO DE EGRESOS (FARMACIA)” encontrando que por el número de consultas representan el 60% del total de consultas realizadas durante el mes de abril de 2019 son (en orden de mayor a menor por número de consultas):

ESPECIALIDAD AGRUPADAS
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
CIRUGIA
OFTALMOLOGIA
UROLOGIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
DERMATOLOGIA
NEUROLOGIA
ANESTESIOLOGIA

Se realizan socializaciones del proceso en los Servicios de Ortopedia y Ginecología. Se realizaran seguimiento a la adherencia por especialista de estos servicios, la cual es reportada a la Subdirección del mismo.

Se analizaran los resultados del primer mes de seguimiento para determinar la efectividad de la medida y proponer nuevos mecanismos.

Porcentaje de verificación de la Conciliación Medicamentosa por el Químico Farmacéutico

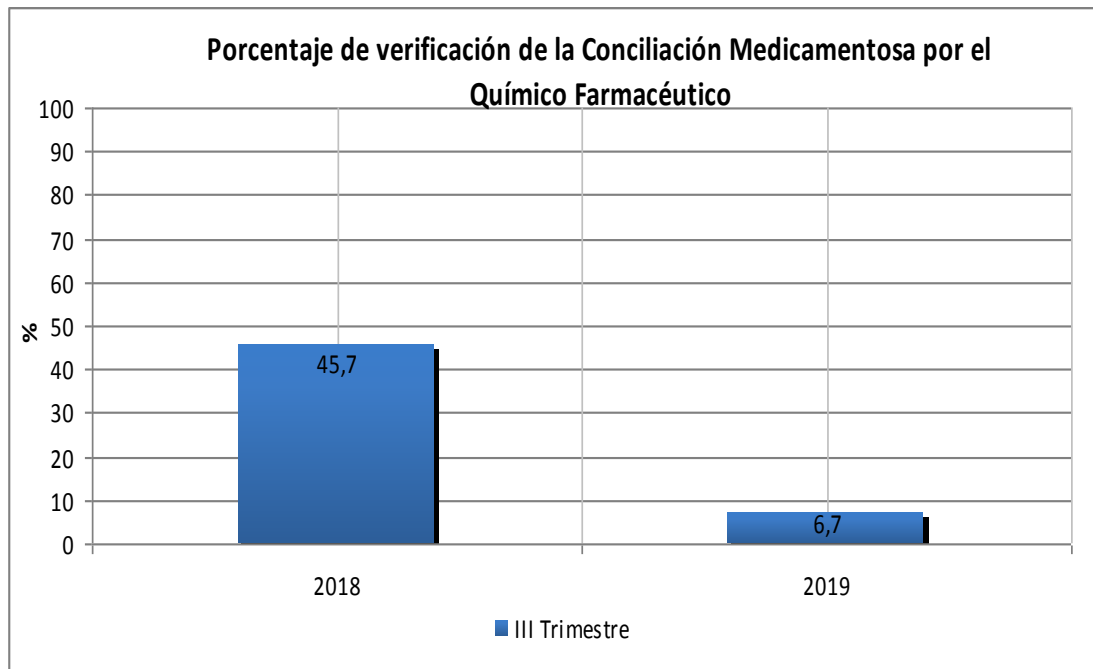


Figura 4. Porcentaje de verificación de la Conciliación Medicamentosa por el Químico Farmacéutico

El porcentaje de verificación de conciliación por el químico farmacéutico para el tercer trimestre del año 2019 presenta un valor de 6,7% promedio, con referencia al mismo periodo del año 2018 (45,7% promedio) se evidencia una disminución de 39 puntos porcentuales promedio.

La disminución registrada está relacionada con el aumento en el porcentaje de adherencia al proceso registrado desde el último semestre del año 2018. Adicionalmente, el Químico Farmacéutico responsable del proceso no cuenta con dedicación exclusiva para la actividad, lo que se refleja en un menor número de pacientes verificados.

Vale la pena aclarar que se entiende como verificación la revisión de la Historia Farmacoterapéutica del paciente, patologías de base, diagnóstico que motiva el ingreso y prescripción de medicamentos. Lo anterior pretende identificar posibles discrepancias no deseadas en la terapia farmacológica del paciente, convirtiéndose así en una barrera de seguridad que contribuye a fortalecer la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.

Razón de Discrepancias de la Conciliación Medicamentosa no justificadas

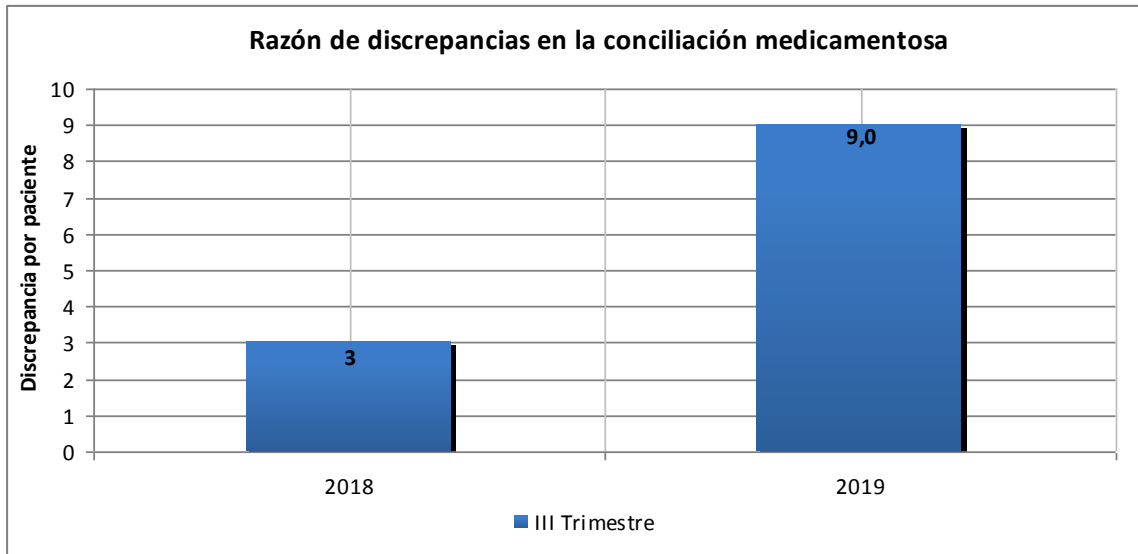


Figura 5. Razón de discrepancias de la Conciliación Medicamentosa no justificadas (por cien pacientes)

La razón de discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas (Total número de discrepancias no justificadas / Total de discrepancias por cien pacientes) para el tercer trimestre del año 2019 presenta un valor de 9,0 discrepancias no justificadas promedio por cada 100 pacientes para los cuales el Químico Farmacéutico verificó la Conciliación Medicamentosa, lo anterior refleja un aumento de 6 discrepancias no justificadas promedio frente al mismo periodo del año 2018 por cada 100 pacientes verificados (3 discrepancias no justificadas en promedio por cada 100 pacientes verificados).

Este indicador es una razón (no proporción) que permite ver el número de discrepancias no justificadas en el periodo evaluado por cada 100 pacientes con conciliación medicamentosa verificados por el químico farmacéutico.

El aumento está directamente relacionado con la cantidad de pacientes que el Químico Farmacéutico verificó la Conciliación Medicamentosa, si bien el responsable no cuenta con dedicación exclusiva para esta tarea, en los meses que se están evaluando en este informe fue posible verificar una mayor cantidad de paciente. Es pertinente mencionar que cada discrepancia fue validada con el médico tratante para así confirmar que efectivamente se trataba de una discrepancia no justificada.

A cada discrepancia no justificada se le realizó el respectivo registro a través del Módulo de Seguridad del Paciente como Error en la Conciliación Medicamentosa.

El valor del indicador depende de la disponibilidad del Químico Farmacéutico para la revisión de las Conciliaciones Medicamentosas; esta actividad está orientada hacia la seguridad del paciente, busca fortalecer la calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud. Se espera que con una mayor disponibilidad de Químicos Farmacéuticos y con una adecuada adherencia al Protocolo Conciliación Medicamentosa por parte del equipo

médico, sea posible identificar aún más discrepancias no justificadas las cuales son potenciales errores en la conciliación medicamentosa.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Porcentaje de seguimientos farmacoterapéuticos realizados a los pacientes hospitalizados.

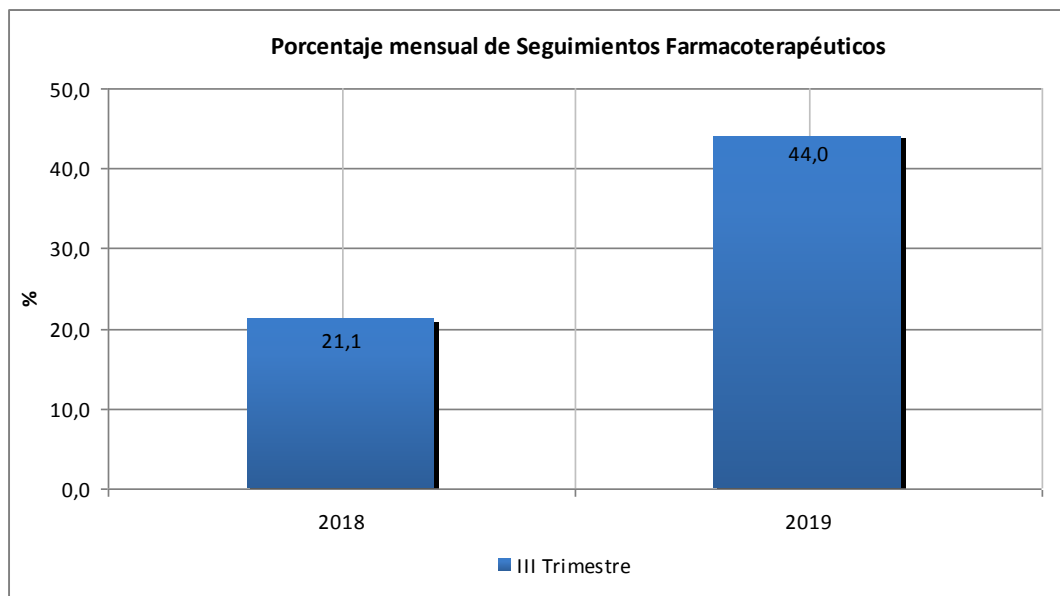


Figura 6. Porcentaje de seguimientos farmacoterapéuticos realizados a los pacientes hospitalizados.

El programa de seguimiento farmacoterapéutico fue implementado en agosto del año 2017, cuenta con dos químicas farmacéuticas responsables del proceso y maneja dos indicadores para medir su impacto dentro de la institución. A continuación se presenta la información recopilada y el análisis realizado a los resultados obtenidos en este periodo de tiempo.

Para el indicador denominado Porcentaje de Seguimientos Farmacoterapéuticos, en el tercer trimestre del año 2019 hay un incremento de 23 puntos porcentuales frente al año 2018, 21% y 44% respectivamente (Figura 6). Lo anterior está relacionado a la participación activa en las rondas médicas con el servicio de medicina interna, y al mejoramiento de la estructura del programa de seguimiento, la estandarización de la matriz de riesgo que nos permite identificar los pacientes que tienen mayor probabilidad de producir un Problema Relacionado con Medicamentos (PRM) durante su estancia, la participación de pasantes del programa de Química Farmacéutica de la Universidad Nacional de Colombia y al diseño e implementación de una herramienta en Excel para el registro de las intervenciones, lo que permite soportar los resultados del programa.

El resultado de este indicador refleja la cobertura que tiene el programa en la institución, el cual no tiene una tendencia lineal pues depende no solo de los movimientos de ingreso/egreso hospitalario y la situación clínica del

paciente, sino también de la disponibilidad de profesionales farmacéuticos dedicados a esta labor, ya que en este trimestre además de las dos químicas farmacéuticas de la institución, se ha contado con 4 estudiantes próximos a graduarse de Química Farmacéutica, lo que ha ayudado a que incremente el porcentaje de seguimientos farmacoterapéuticos de esta manera tan amplia con respecto al año pasado.

Razón de intervenciones realizadas por paciente seguido en el Programa Seguimiento Farmacoterapéutico

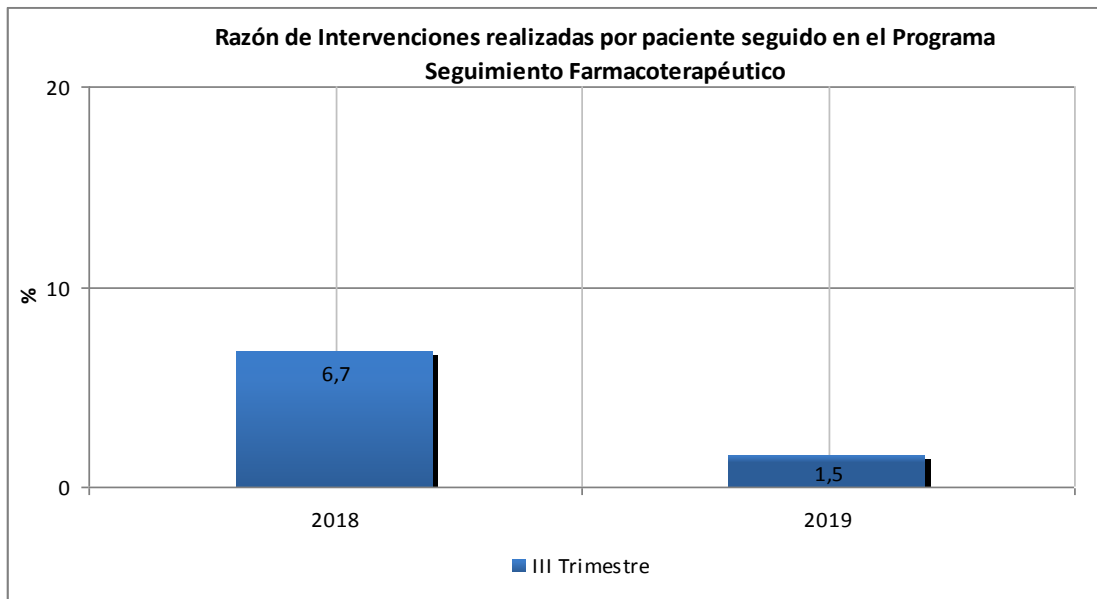


Figura 7. Razón de intervenciones realizadas por paciente seguido en el Programa Seguimiento Farmacoterapéutico.

Frente al indicador que consolida el número promedio de intervenciones realizadas por cada paciente, en el tercer trimestre del 2019 el promedio de intervenciones ha disminuido de 6,7 en 2018 a 1,5 en 2019 (Figura 7). La razón de esta disminución está relacionada al aumento en el número de pacientes a los que se les ha realizado seguimiento farmacoterapéutico como consecuencia de la mayor cobertura lograda por el programa de acuerdo a las razones ya mencionadas.

Para el año 2018 en los meses de junio, julio y agosto, 63 pacientes en total entraron al programa de seguimiento mientras que en el mismo periodo del año 2019 entraron 196 pacientes (denominador del indicador), generando un aumento de 133 pacientes en seguimiento. Asimismo, en 2018 en el mismo periodo, el número de intervenciones (numerador del indicador) fue de 378 y en 2019 fueron 285, es decir, disminuyó en 93 intervenciones, la disminución se debe a que ya no se abarca el proceso de prescripciones de MIPRES, que era la principal intervención en 2018, para alcanzar intervenciones de otros tipos como se mencionará más adelante.

Vale la pena señalar que el programa ha tenido como resultados la detección y solución de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) que ya han sucedido y en menor medida de los que se detectan antes que llegue al paciente. Las intervenciones en su mayoría se han logrado en temas como prescripción, abordado desde las

prescripciones no claras, las subdosificaciones o sobredosificaciones de acuerdo al estado clínico del paciente, el reporte de interacciones medicamentosas a los médicos y en duplicidades terapéuticas injustificadas. En la administración se ha realizado educación al personal de enfermería sobre condiciones seguras de administración de los medicamentos, de acuerdo a la estabilidad y a la prevención de Reacciones Adversas a Medicamentos. En la dispensación se ha retroalimentado a los auxiliares de farmacia sobre la dispensación de medicamentos desde sus cantidades correctas hasta los que requieren o no MIPRES.

También se mejoró el apoyo a los pacientes en el momento del egreso, realizando educación sobre los medicamentos que le prescriben para manejo ambulatorio. Finalmente se realizan los respectivos reportes a farmacovigilancia para el análisis de los eventos adversos detectados

En cuanto a la matriz de riesgo, que es una de las principales herramientas de trabajo al detectar pacientes con riesgo de presentar un PRMs, se está realizando su validación de acuerdo a cada una de las variables involucradas. Ya que los criterios de inclusión que la constituyen no se encuentran actualizados con las dinámicas del hospital o no tienen el enfoque necesario para la búsqueda efectiva de PRMs. Por lo tanto los criterios definidos: medicamentos y enfermedad principal, están siendo revisados conforme la información disponible en la literatura, el histórico de reportes de farmacovigilancia, los más involucrados en la detección de PRMs y el perfil epidemiológico del hospital. Esta actividad de mejora se plateo para ser finalizada en el mes de junio del año 2020.

Otra de las actividades de mejora en el Programa, consiste en realizar acompañamiento diario en las revistas médicas del Servicio de Medicina Interna, realizando el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes del especialista asignado por semana junto con el seguimiento realizado a través de la matriz de riesgo Farmacoterapéutico. La intención es comparar los resultados obtenidos de las intervenciones realizadas para finalmente optimizar el proceso de evaluación de la farmacoterapia.

Programa de Tecnovigilancia
Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de tecnovigilancia.

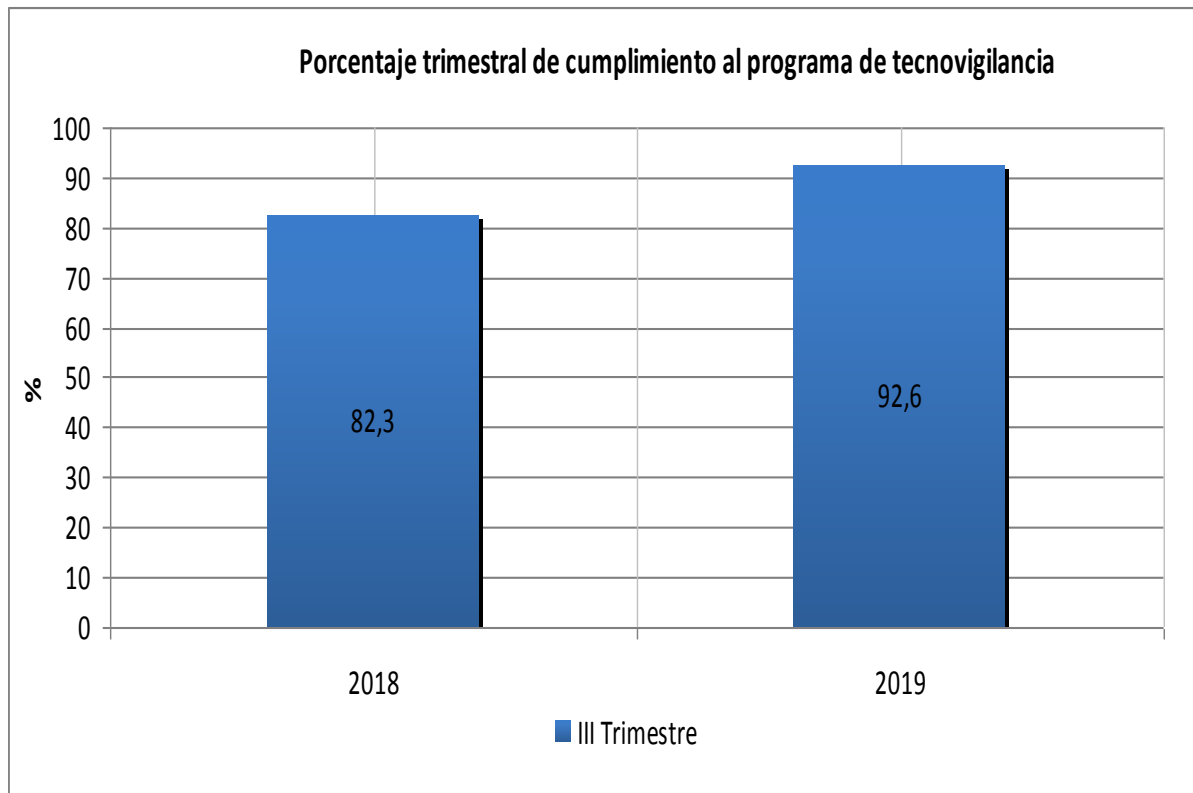


Figura 8. Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de tecnovigilancia (año 2018-2019)

Para el tercer trimestre del año 2019 se dio cumplimiento al 92.6% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 25 actividades ejecutadas en frente a 27 actividades programadas acumuladas (ver Figura 8).

Este tercer trimestre tuvo un alcance mayor (variación del 10.3 %) comparado con el año anterior (2018), teniendo un cumplimiento del 82.3% que corresponden a 26 actividades ejecutadas en frente a 29 actividades programadas acumuladas (ver Figura 8).

Para este tercer trimestre del año 2019, el programa se apoya con el servicio de enfermería para cumplir con la actividad del cronograma: *Brindar información al paciente y la familia para el cuidado en casa acorde el manejo de dispositivos médicos*, mediante la educación suministrada en la sala de egreso, del correcto uso de inhaladores, glucómetros, inhalocamaras. Además en la aplicación de la lista de chequeo de Tecnovigilancia activa se imparte recomendaciones a los pacientes en cuanto a los dispositivos que tienen conectados.

Porcentaje de Cierre de Ciclo a planes de mejoramiento a eventos priorizados asociados al Uso de Dispositivos Médicos

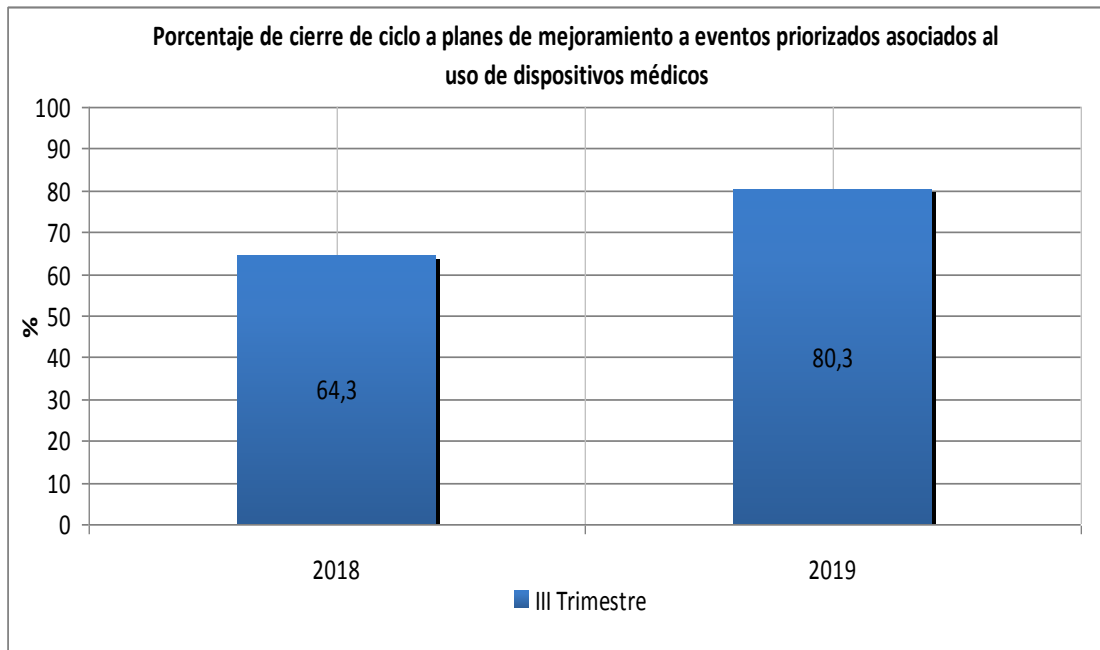


Figura 9. Porcentaje de Cierre de Ciclo a eventos priorizados asociados al Uso de Dispositivos Médicos (año 2018-2019).

En el tercer trimestre del año 2019 se priorizaron 18 novedades de seguridad asociadas al uso de Dispositivos Médicos (DM), de las cuales 13 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 80.3% (ver Figura 9). Comparado con el tercer trimestre del año 2018 en el cual se priorizaron 62 novedades de seguridad asociadas al uso de Dispositivos Médicos (DM), de las cuales 40 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 64,3% (ver Figura 9), lo cual nos da una variación de 16% a favor.

Aunque algunas de las novedades de seguridad (tanto para el año 2018 y 2019) están sujetas a las respuestas del área de calidad de los proveedores, las cuales tienden a demorarse entre 1 a 6 meses, según donde tengan la casa matriz (esto es por el envío y análisis de las muestras que quedan como evidencia), hemos podido lograr un aumento en el cierre de las novedades gracias a el diseño del protocolo de recolección de dispositivos médicos que quedan como evidencia en fallas de calidad o eventos, el cual nos permite tener la evidencia y poder remitirla a los proveedores para su posterior análisis de calidad y pronta respuesta. Otro punto que nos ha permitido hacer el cierre de las novedades presentadas es lograr la disminución de novedades asociadas a dispositivos médicos, mediante las barreras de seguridad, presentes en cada proceso.

Este aumento en el cierre nos está permitiendo alcanzar nuestro objetivo estratégico (fortalecer la prestación de servicios de salud dentro de las competencias asignadas en el modelo de red departamental) en cuanto a que el cierre de las novedades asociadas a dispositivos médicos nos permite implementar barreras de seguridad.

Porcentaje de personal de los procesos de atención en salud capacitado en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos.

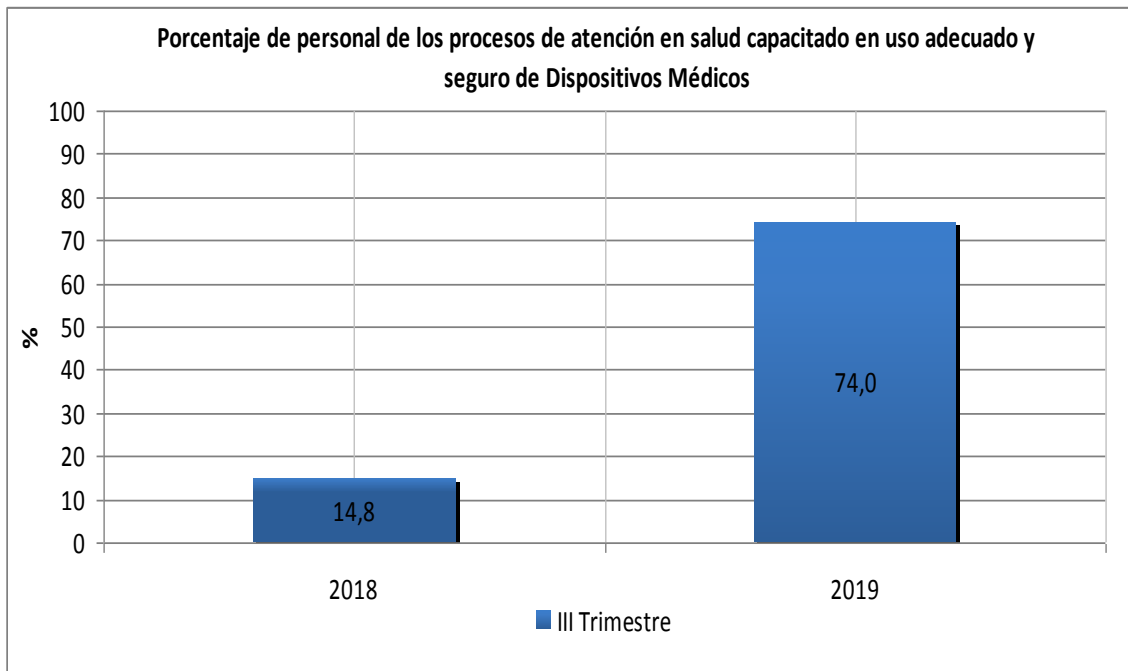


Figura 10. Porcentaje de personal de los procesos de atención en salud capacitado en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos (año 2018-2019).

En el tercer trimestre del año 2019 se tiene a 907 personas (acumulado del año) capacitadas en uso y manejo de algún dispositivo médico y del programa de tecnovigilancia, lo que nos da un porcentaje del 74%. Comparado con el primer semestre del 2018 se tuvo a 181 personas (acumulado del trimestre) capacitadas en uso y manejo de algún dispositivo médico y del programa de tecnovigilancia, que refleja un porcentaje de 14.8% se presenta un aumento de 59.2 puntos porcentuales (ver Figura 10), aunque se hace la aclaración que el primer porcentaje es del acumulado del año y el segundo porcentaje es del trimestre.

Debido a que se modificó en la manera que se tabulan los datos, dado que antes no se acumulaba el número de personas capacitadas y a partir del segundo trimestre del 2019 se está realizando, con el fin de que tenga una tendencia más clara. La meta establecida es de mínimo 400 personas capacitadas al año, por lo que ya se cumplió la meta para este año.

Este aumento se debe a que nos hemos apoyado con la rotación de estudiantes de la carrera de farmacia de la Universidad Nacional, para llevar a cabo la socialización del programa de Tecnovigilancia. Además se llevó a cabo la segunda semana del uso seguro de medicamentos (25 a 27 de septiembre), en la cual se enseñó a los colaboradores la clasificación del riesgo de los dispositivos médicos, se les explicó el protocolo de recolección de dispositivos médicos como evidencia y en general en que consiste el programa de Tecnovigilancia.

Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos

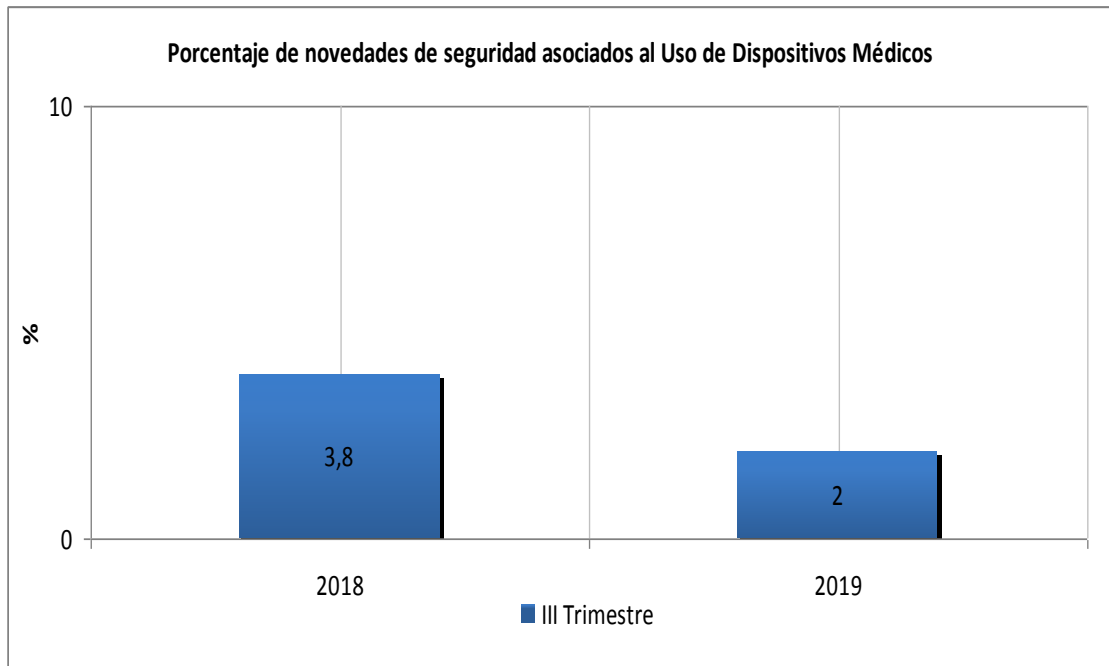


Figura 11. Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos (año 2018-2019).

Para el tercer trimestre del 2019 se tuvo una porción del 2% de 782 novedades de seguridad del paciente asociadas a dispositivos médicos (ver figura 11), en relación con el tercer trimestre del 2018 fue del 3.8% de 945 novedades de seguridad asociadas a dispositivos médicos (ver figura 11), lo cual nos da una disminución en la variación de 1.8%.

Esta tendencia de disminución en el 2019 se puede deber a factores, como la disminución de los reportes de novedades relacionadas con dispositivos médicos, a las barreras de seguridad existentes o por el ingreso de personal nuevo, el cual no tiene un conocimiento maduro del reporte de seguridad del paciente. Por ultimo otro factor contributivo a que las novedades de seguridad disminuyan, se puede deber a la tecnovigilancia activa que se realiza por los ingenieros biomédicos, al revisar los equipos biomédicos diariamente los servicios críticos (URN, UCI, UCI intermedios, sala de cirugía, sala de partos, Urgencias), además en los servicios no críticos (hospitalización) se está aplicando una lista de chequeo de tecnovigilancia activa, para encontrar posibles fallas asociadas al ciclo de vida de los dispositivos en estas áreas.

Esta disminución nos está permitiendo alcanzar nuestro objetivo estratégico (fortalecer la prestación de servicios de salud dentro de las competencias asignadas en el modelo de red departamental) en cuanto a que se están disminuyendo las novedades asociadas a dispositivos médicos, lo que nos permite tener una atención más segura de cara a la tecnología usada en el paciente.

Programa de Farmacovigilancia

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos

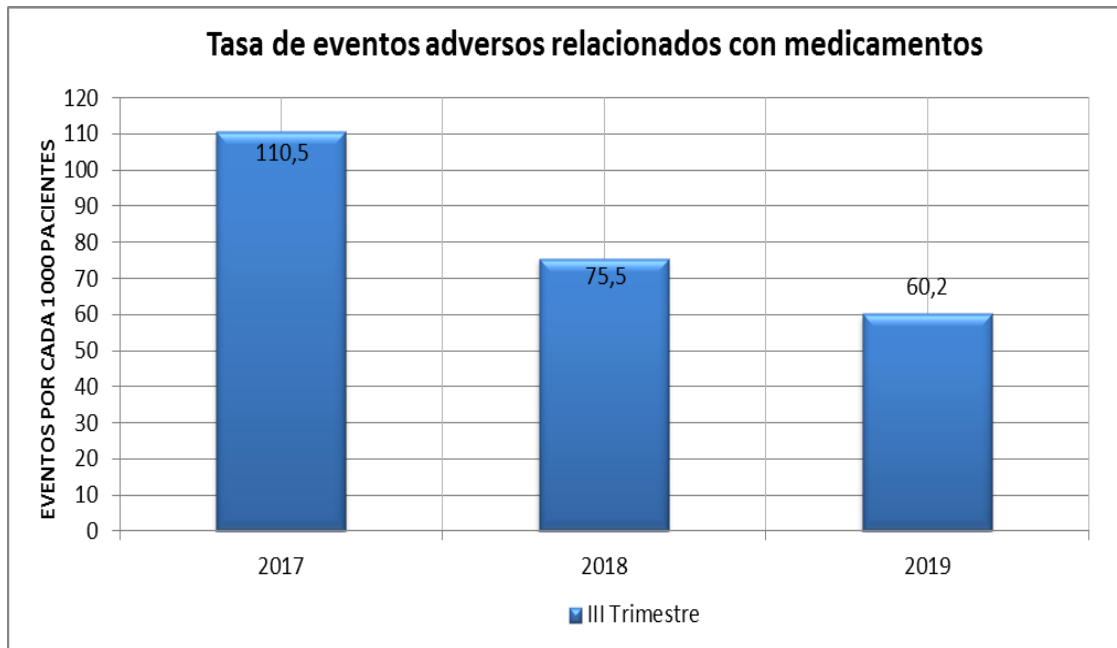


Figura 12. Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos

Este indicador es una tasa que mide el estado general de seguridad del hospital con relación al uso seguro del medicamentos y su definición operacional es $(\text{Número total de eventos} / \text{Número de pacientes hospitalizados} * 1000)$.

Para el tercer trimestre 2019 se evidencia un valor promedio de 60,2 el cual representa una disminución de 15,3 y 50,3 para 2018 y 2017 respectivamente, lo que indica el impacto de los programas farmacéuticos en el uso seguro de los medicamentos a partir de las acciones generadas durante el 2018 (Semana del uso seguro del medicamento, búsqueda activa de Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos, prevención de flebitis química con farmacovigilancia proactiva, formulación oportuna por el servicio de medicina interna, entre otras).

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)

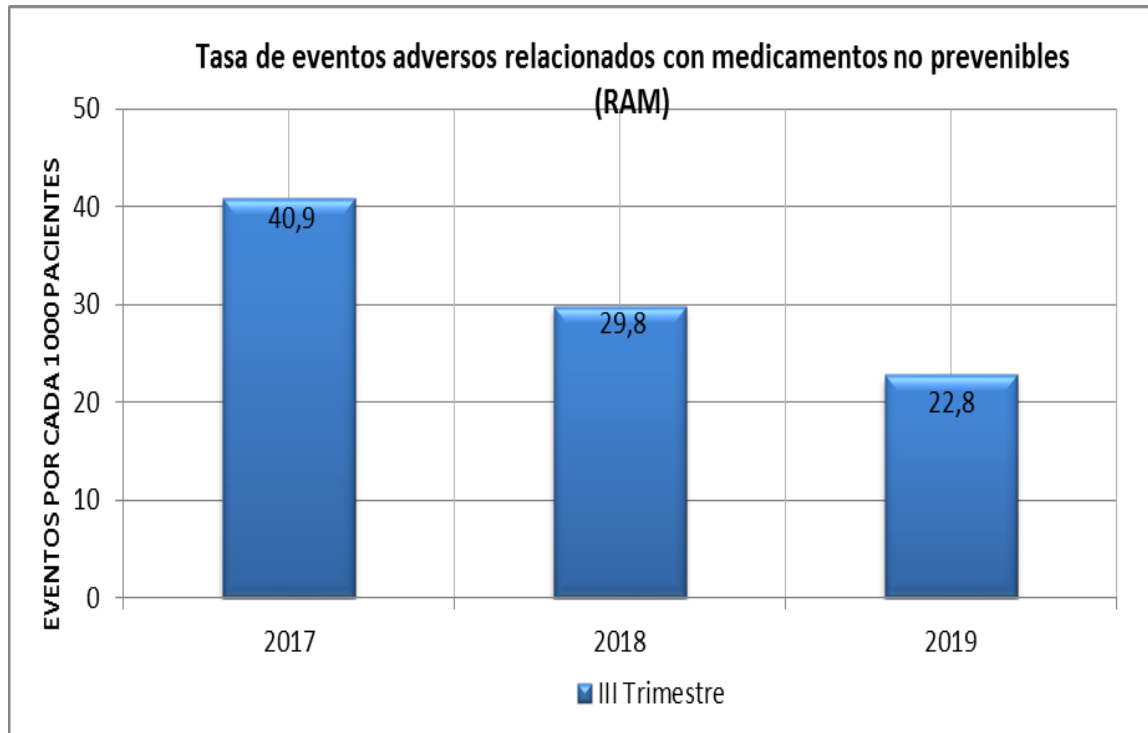


Figura 13. Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)

Una Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) es cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que **se produce a dosis normales**, por esta razón son eventos adversos no prevenibles y su indicador no tiene meta. Para el tercer trimestre 2019 se evidencia un valor promedio de 22.8 el cual representa una disminución de 7.0 y 18.1 para 2018 y 2017 respectivamente (figura 12), esta disminución no es positiva ya que lo que se desea es aumentar el número de evidencia de RAM en los pacientes anteriores, debido posiblemente a disminución de reportes, desde farmacovigilancia activa la entrevista a pacientes, sin embargo durante el presente año ha evidenciado tendencia al alza gracias a la participación de los estudiantes de la Universidad Nacional y más con la participación activa de los pasantes, evidenciando más RAM no identificadas con solo farmacovigilancia pasiva.

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles

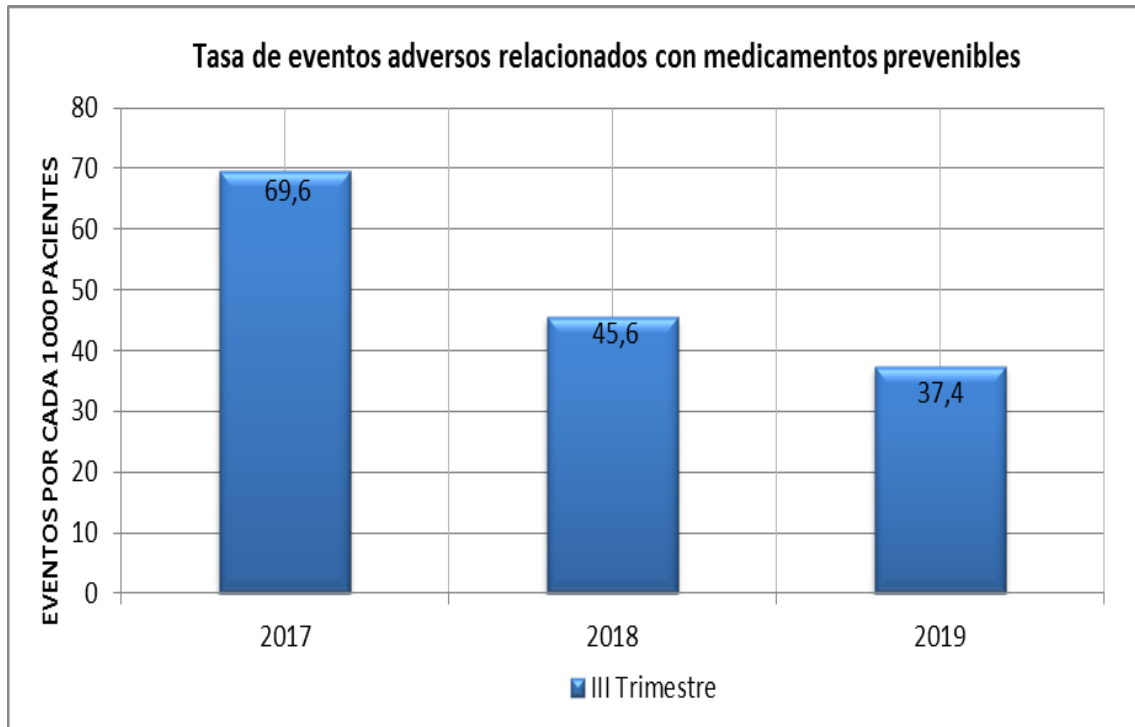
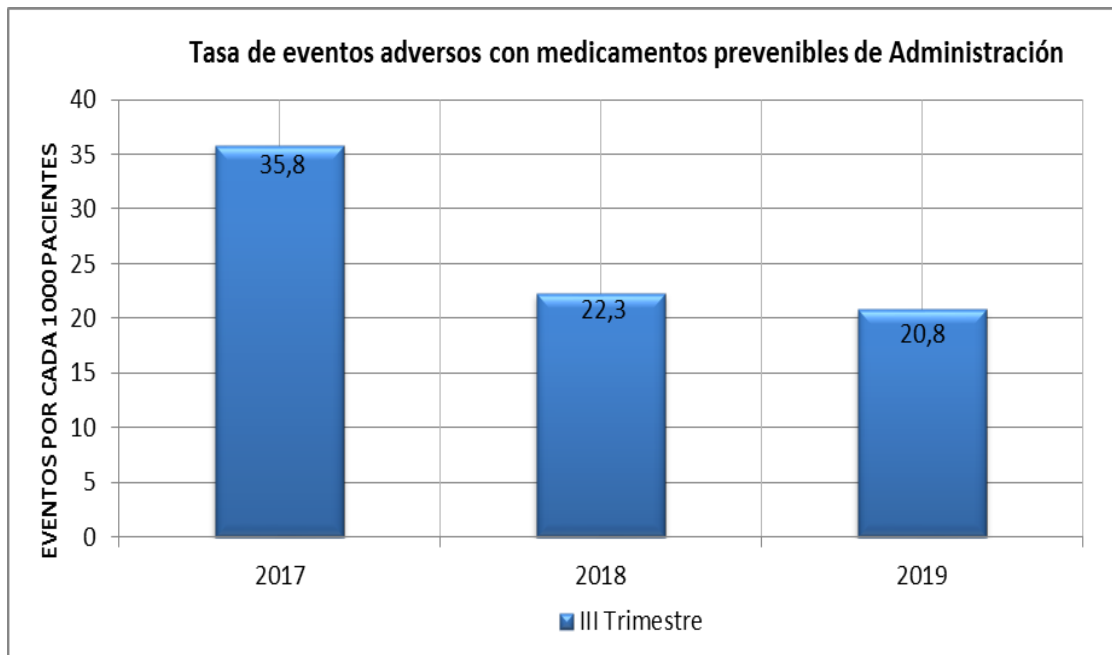
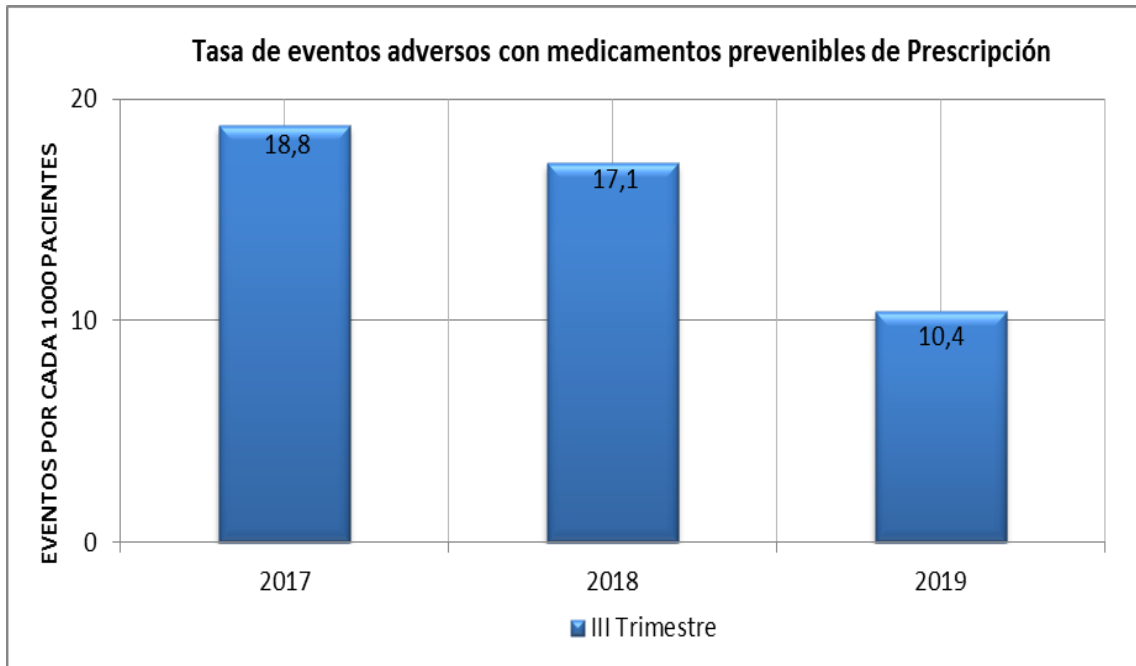
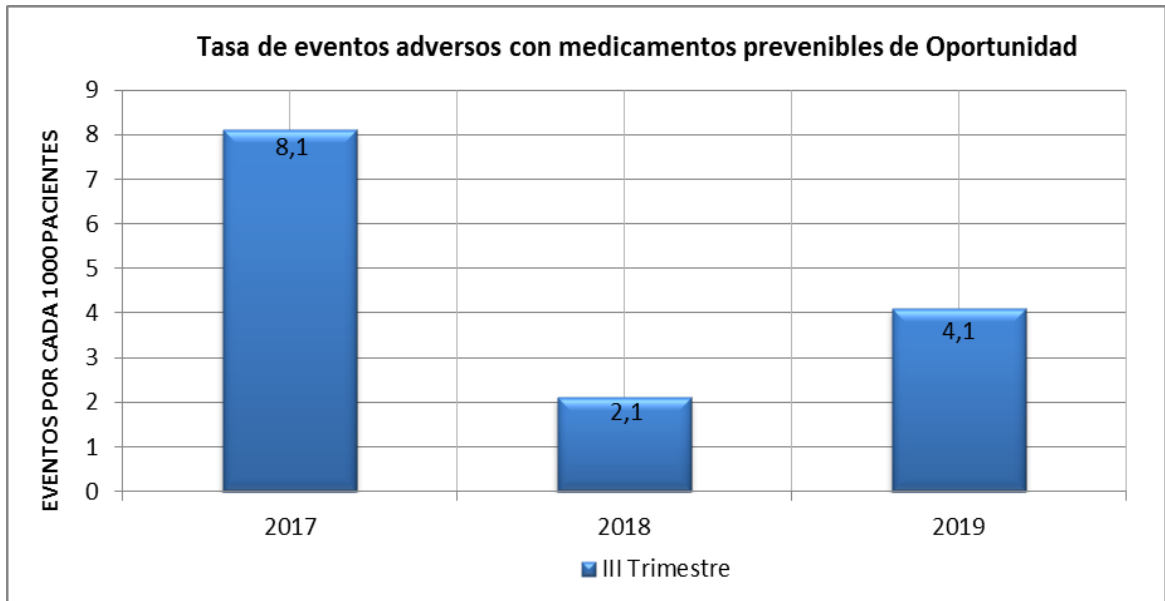


Figura 14. Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles

Con este indicador se identifican los riesgos prevenibles del uso del medicamento en el hospital con el fin de definir los puntos críticos del uso de medicamentos que presentan desviaciones en oportunidad, prescripción, dispensación, administración y/o calidad, para realizar las intervenciones correspondientes. Para el tercer trimestre 2019 se evidencia un valor promedio de 37.4 el cual representa una disminución de 8.2 y 32.2 para 2018 y 2017 respectivamente. Se puede observar que hay una tendencia de aumento en los eventos, esto debido a que a partir de agosto del año 2019 se cuenta con la participación de 4 químicos farmacéuticos pasantes de la Universidad Nacional en la búsqueda activa de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Sin embargo durante este trimestre se continúa con la meta de menos de veinte eventos/1000 pacientes (<20), lo cual se corrobora como un logro continuo frente a la constante gestión e intervención dentro de la vigilancia activa de los programas de seguimiento farmacoterapéutico y conciliación medicamentosa. Dentro de la clasificación de eventos prevenibles en el tercer trimestre de los 3 años los que presentaron mayor contribución fueron en primer lugar por prescripción, en segunda instancia por administración; sin embargo se evidencia una tendencia a la disminución para estos 2 últimos y, por otra parte, en 2019 se evidencia un mayor valor para oportunidad que indica eventos por faltantes (figuras 15, 16 y 17). En estos 3 ítems se presentaron valores por encima de meta específicamente en el mes de septiembre y una tendencia al alza lo cual concuerda con el seguimiento activo de los químicos farmacéuticos pasantes.





Figuras 15, 16 y 17. Tasa de eventos adversos con medicamentos prevenibles de Prescripción, Administración y Oportunidad.

Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

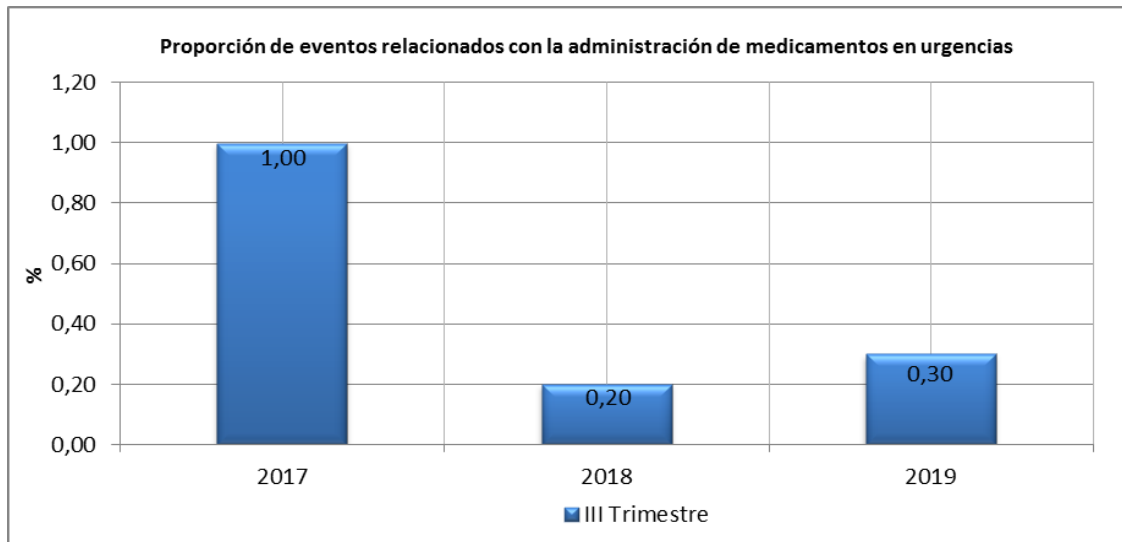


Figura 18. Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

Con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en urgencias (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Para el tercer trimestre 2019 se evidencia un porcentaje promedio de 0.03% que representa un aumento de 0.1% frente al mismo periodo del año 2018 y una disminución de 0.7% frente al mismo periodo del año 2017. El aumento se puede explicar por la misma razón de la búsqueda activa adicional, y el uso de la herramienta gatillo de la búsqueda activa.

Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

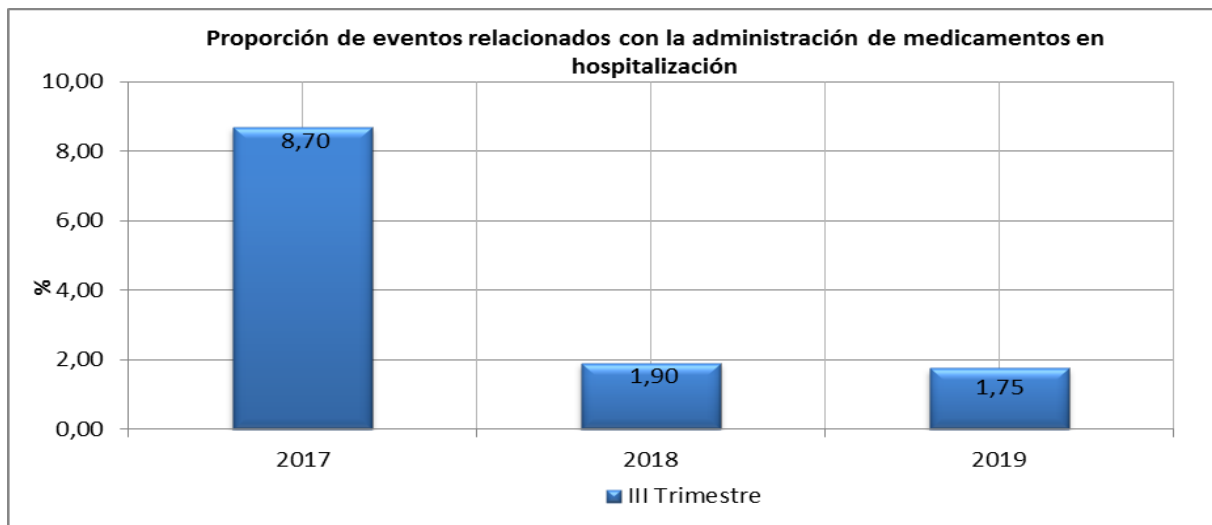


Figura 19. Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

Con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en hospitalización (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Para el tercer trimestre 2019 se evidencia un porcentaje de 1.75% que representa una disminución de 0.15% y 6.95% para 2018 y 2017 respectivamente. Se puede observar en el gráfico una diferencia marcada de los últimos 2 años comparada con 2017. Lo cual se explica en conjunto con las acciones referidas en el análisis del indicador para tasa de eventos adversos prevenibles.

Complicaciones medicamentosas

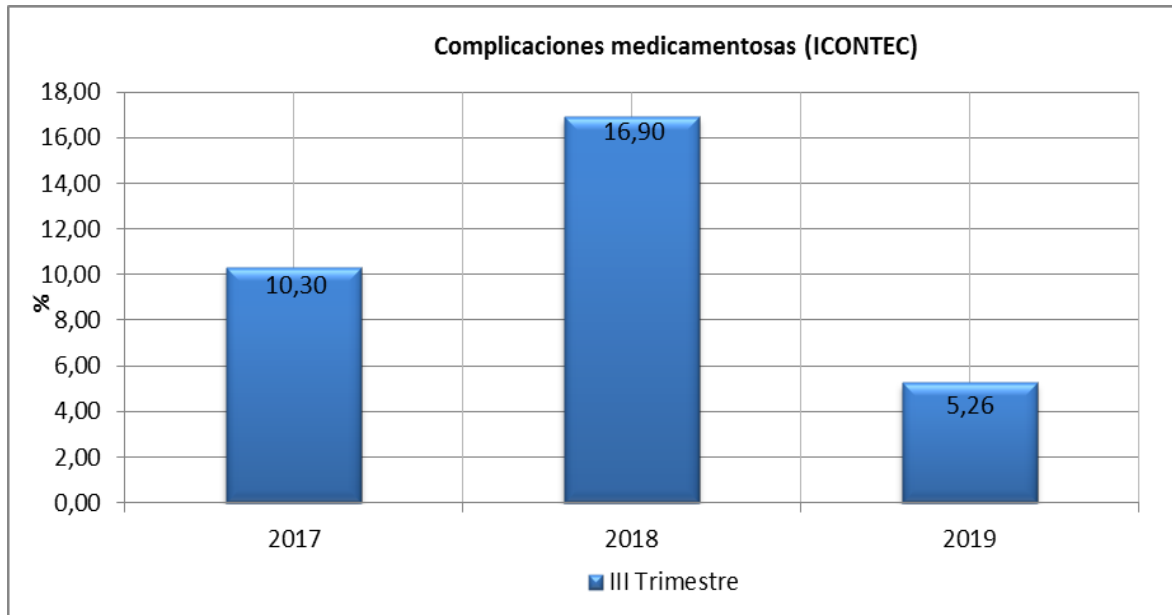


Figura 20. Complicaciones medicamentosas

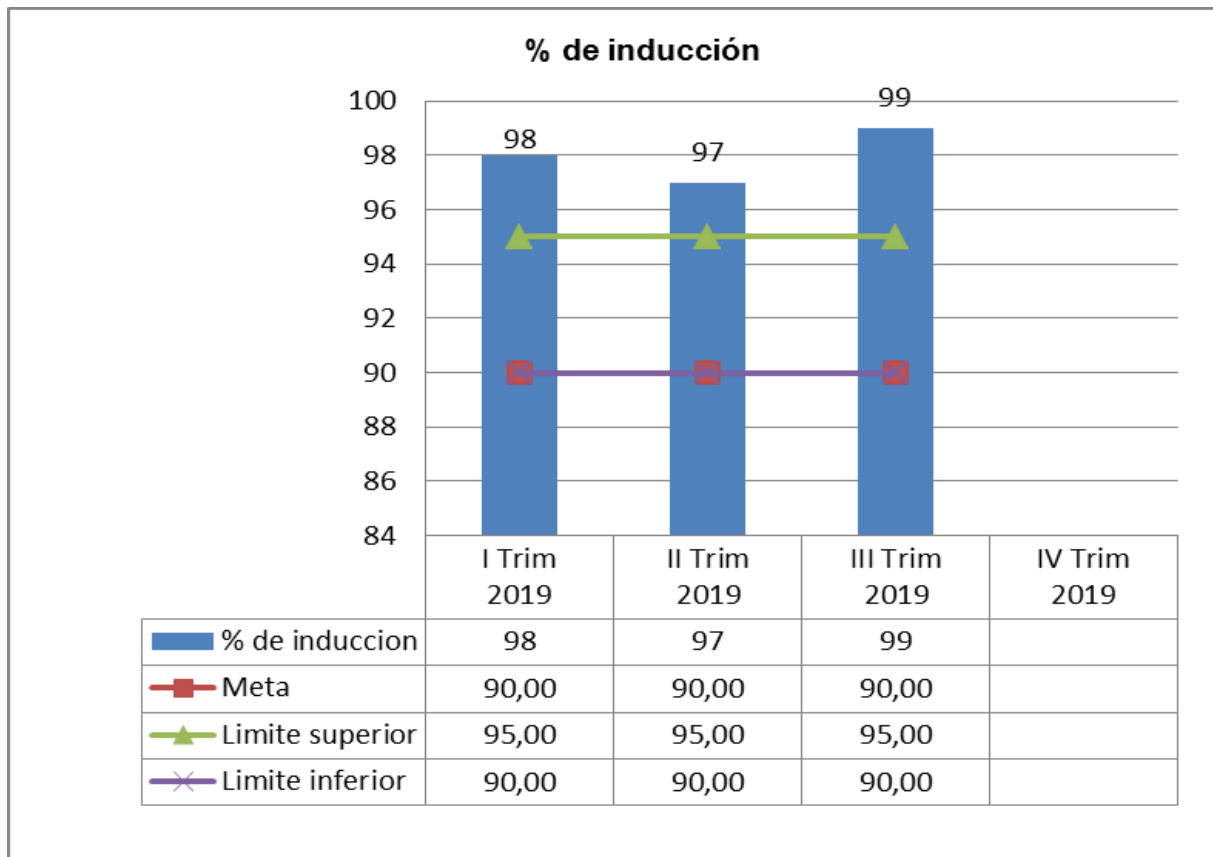
La definición operacional de este indicador es $(\text{Complicaciones medicamentosas hospitalarias} / \text{Numero de egresos hospitalizados}) * 100$, es un indicador ICONTEC, en el cual se suman tanto eventos como complicaciones (RAM). Para el tercer trimestre de 2019 se evidencia un porcentaje promedio de 5.26% que representa una disminución de 11.90% y 10.3% para 2018 y 2017 respectivamente. Se exalta el aumento en la cultura del reporte de novedades de seguridad por la constancia en el aumento de número de observadores (seguimiento farmacoterapéutico, conciliación medicamentosa, del COVE a flebitis, farmacovigilancia activa y, como ya se explicó, los pasantes farmacéuticos).

1.7 PROCESOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADORES DEL PROCESO DOCENCIA

1.1. PORCENTAJE DE INDUCCION A PERSONAL EN FORMACION



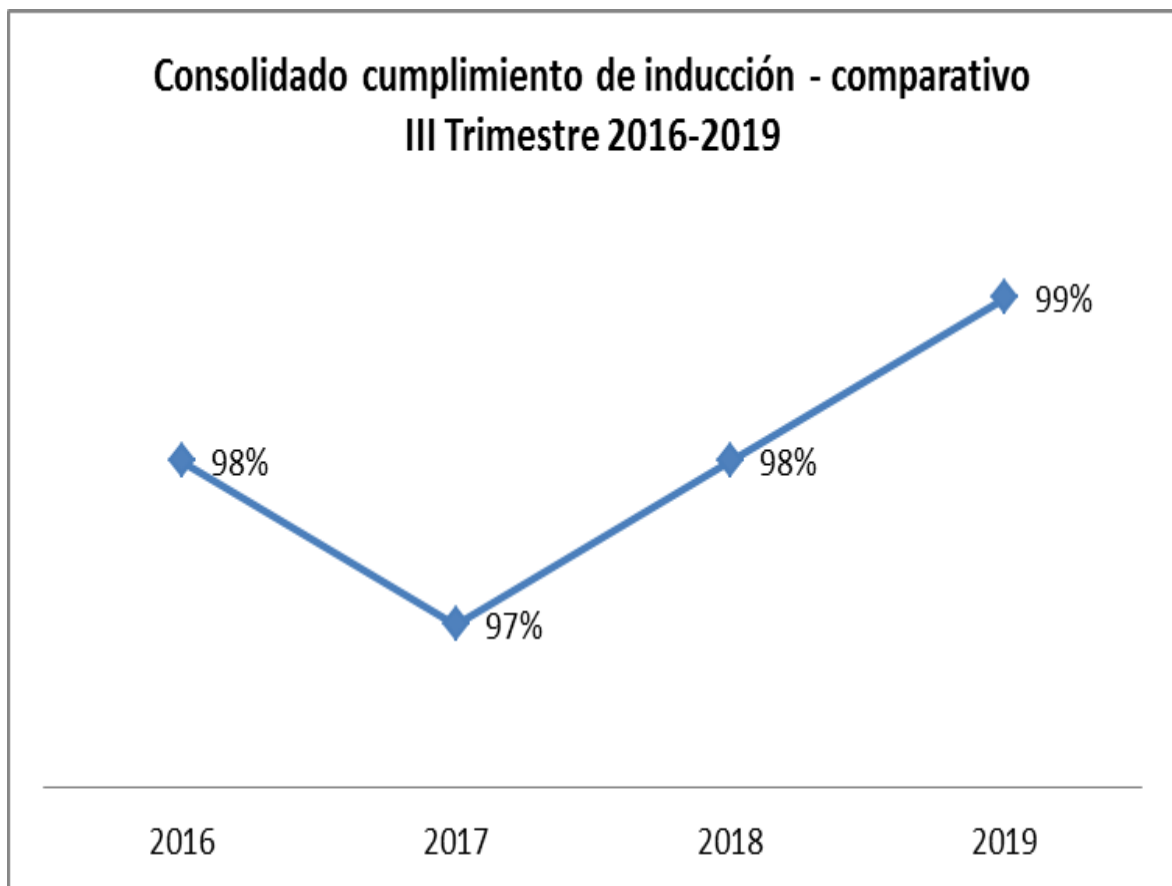
Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

Grafica No 1.

La cobertura de inducción tuvo un resultado ascendente con respecto a los periodos anteriores, afectado específicamente por el aumento de la adherencia al proceso de inducción por parte de los médicos residentes Ver gráfico No. 2 y No. 3, resultado de las acciones de mejora implementadas como:

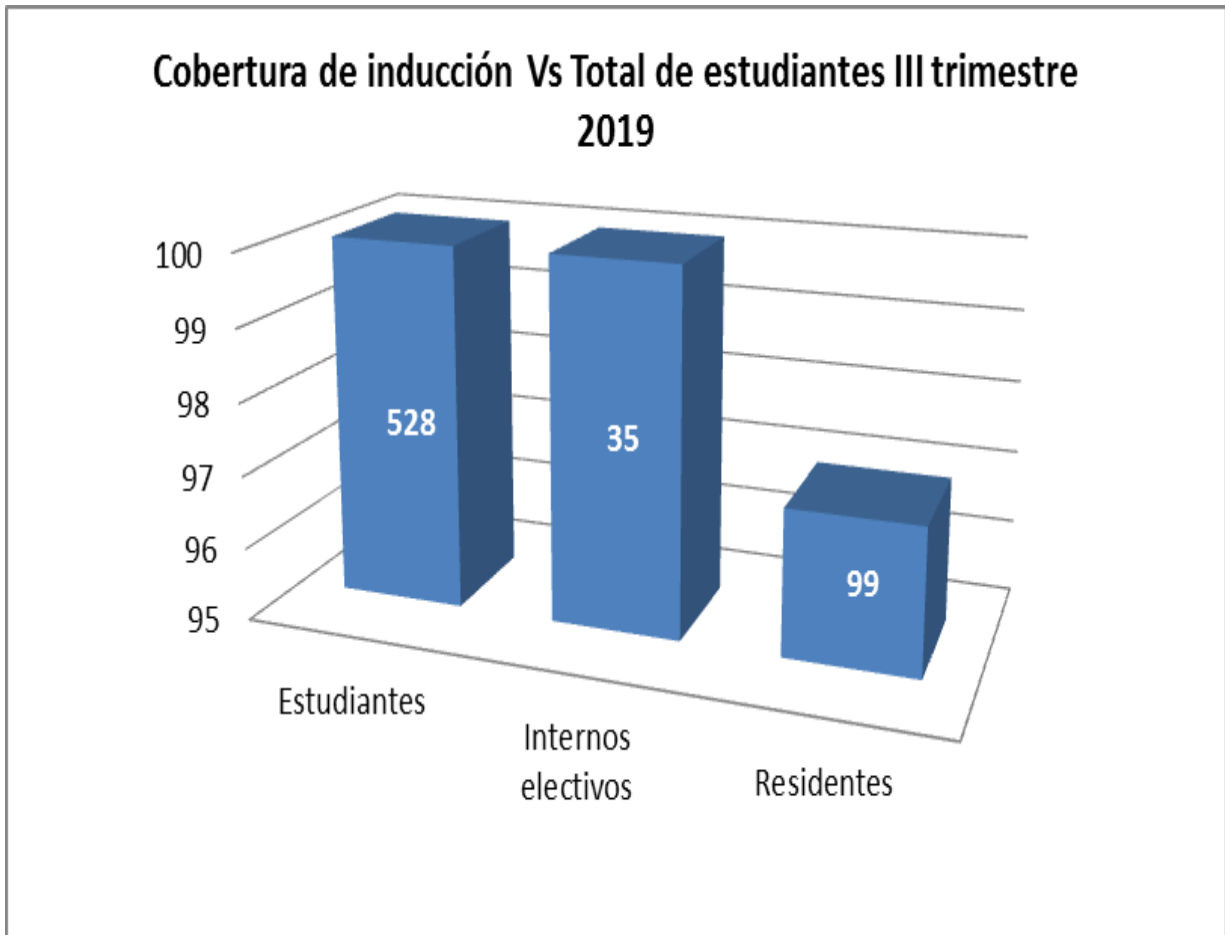
- a. No entrega de la tarjeta de alimentación ni de parqueadero.

- b. No entrega de notas a la Universidad, esta es retenida hasta cuando el estudiante cumpla con todo el proceso de inducción, situación que adicional nos pone en una inadecuada situación con el estudiante, dado que informan que cumplieron con su rotación y que el servicio así lo aprobó.
- c. Se llama y hace seguimiento a los estudiantes vía telefónica y email, actualmente con copia al jefe del servicio.
- d. Se puede llegar a la suspensión de la rotación si el estudiante no cumple con el proceso de inducción, que afecta adicional la contraprestación con la Universidad.



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

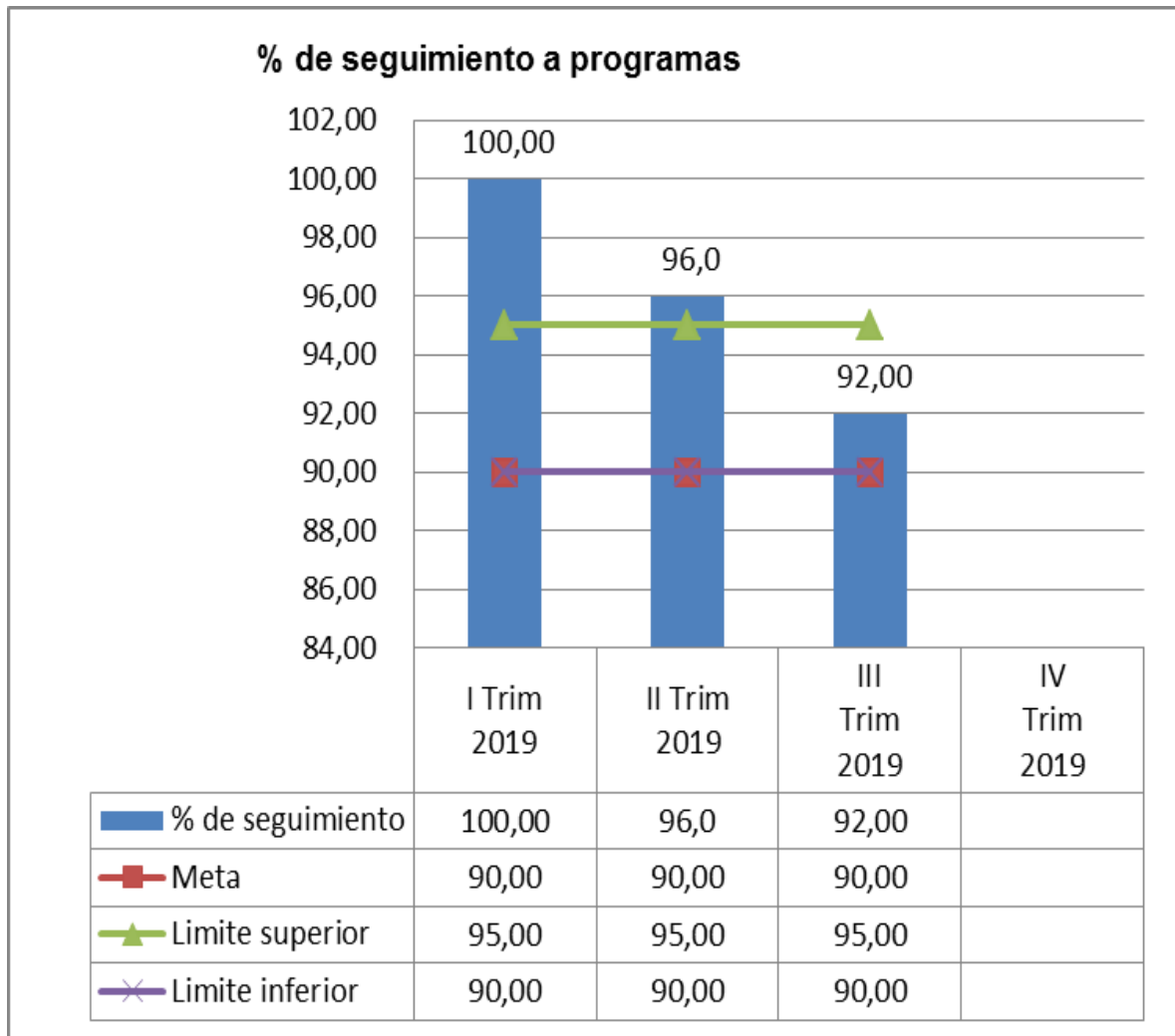
Grafica No 2.



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

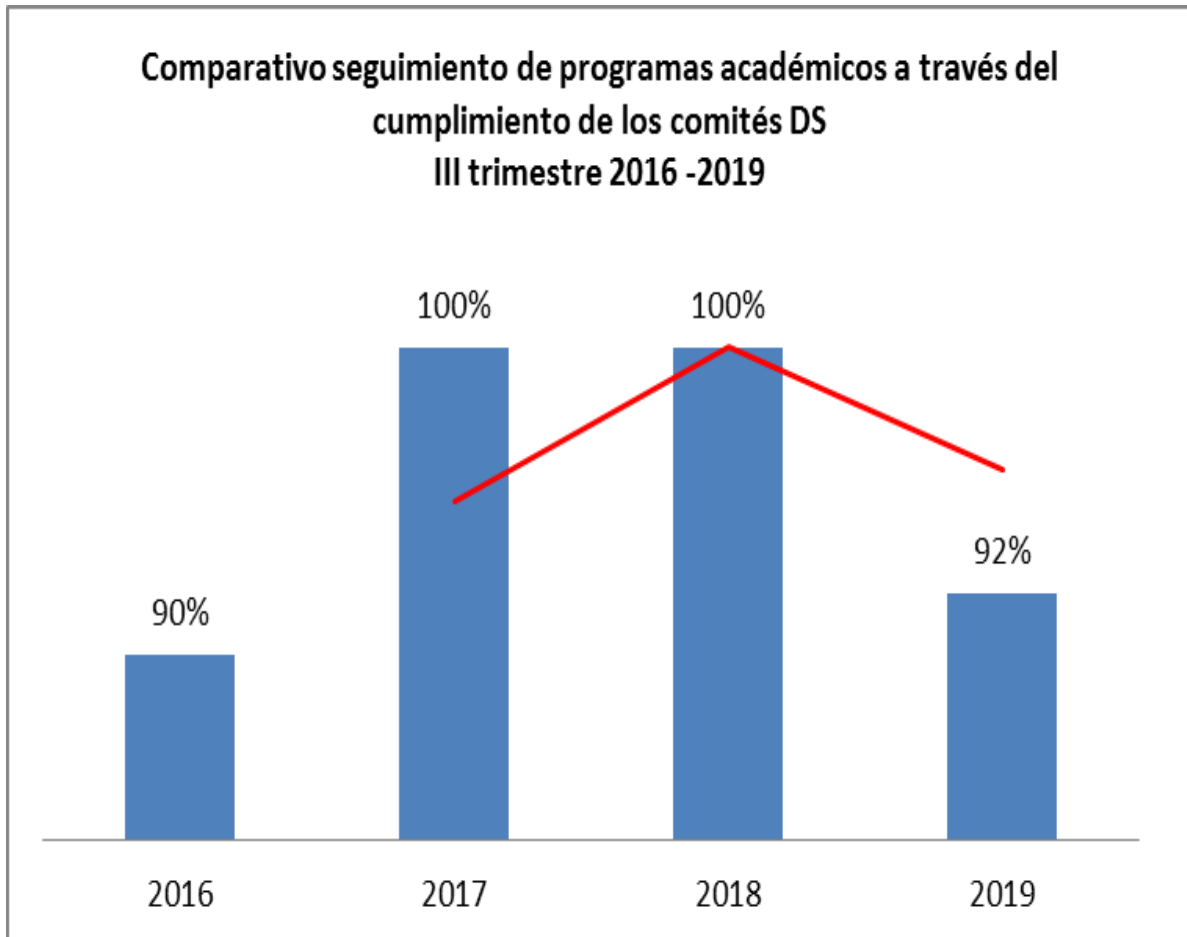
Grafica No 3.

1.2 SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DESARROLLADOS EN EL HUS, A TRAVÉS DE LOS COMITÉS DE DOCENCIA SERVICIO ESTABLECIDOS



Fuente: Tabla de trabajo convenios de Docencia
Gráfica No 4.

Para este trimestre se evidencia una tendencia decreciente del indicador, el cual se vio afectado por el incumplimiento de dos (2) Universidades en la realización del comité, se especifica que de igual forma el mismo se realizó, aunque fuera del trimestre programado, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente. Es importante resaltar que el mismo no ha estado por debajo de la meta inferior planteada. Ver Gráfica No. 4 y No. 5



Fuente: Tabla de trabajo convenios de Docencia
Grafica No 5.

INDICADORES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

INDICADORES DE GESTIÓN

Porcentaje (%) de Proyectos Aprobados por el CEIHUS

Parte de las funciones establecidas en el comité de ética en investigación son la de “vigilar que la investigación en la institución sea realizada dentro del marco legal, científico, metodológico financiero y ético de acuerdo a las normas que regulan a nivel internacional, nacional e institucional” adicional que “evaluar integralmente la pertinencia, el contenido técnico, metodológico y los aspectos éticos de todos los proyectos o enmiendas de investigación que se pretendan desarrollar en la institución”



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Por tal motivo este indicador permite medir de manera indirecta la efectividad y calidad de las asesorías temáticas, semánticas y metodológicas que se realizan en el centro de investigación del Hospital universitario de la Samaritana. Debido a que todo proyecto sesionado en este comité debe ser previamente revisado por el CIHUS.

El indicador se mide dividiendo el número de proyectos evaluados por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de La Samaritana (CEIHUS) sobre el número de proyectos aprobados por el CEIHUS.

La meta propuesta de aprobación de proyectos por parte del CEIHUS es de un 75% de los proyectos evaluados.

Para este trimestre se puede observar la siguiente gestión.

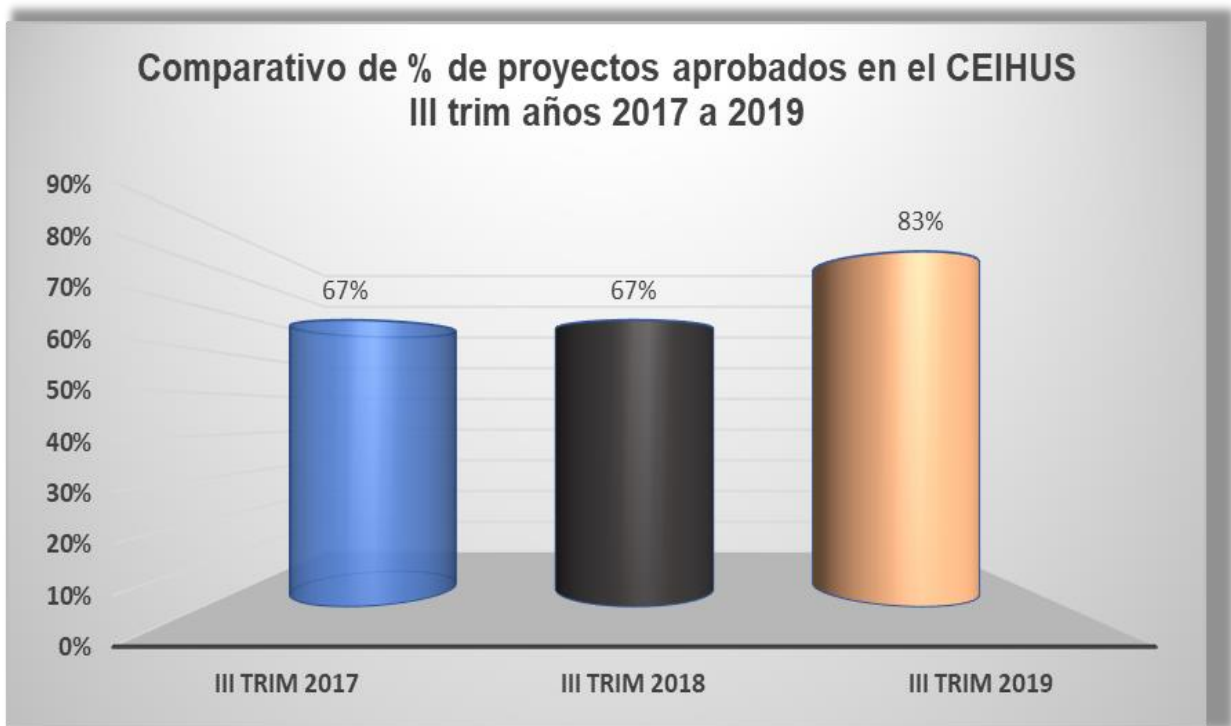
15 proyectos Aprobados

18 proyectos Evaluados = $0.83 \times 100 = 83\%$

Discriminación por mes de los proyectos de investigación evaluados y aprobados por el CEIHUS:

MES	2019	
	PRESENTADOS	APROBADOS
JULIO	8	7
AGOSTO	6	5
SEPTIEMBRE	4	3
TOTAL	18	15
CUMPLIMIENTO		83%

Fuente: Base datos CIHUS



Fuente: Base datos CIHUS
Grafica No 6.

En la gráfica anterior, se representa el comportamiento de este indicador en la misma periodicidad en los años 2017 a 2019, se puede observar un crecimiento del 16% frente a los 2 años anteriores asociado a un acompañamiento minucioso en los procesos previos a la presentación ante el CEIHUS

Porcentaje de Proyectos Terminados Anualmente

Este indicador toma el número de proyectos finalizados sobre el número de proyectos aprobados por el CEIHUS durante el 2016 y 2018, dejando como meta el 80% de cumplimiento.

Para este trimestre este indicador no aplica, por ser un indicador que se mide anualmente. En el informe de gestión del cuarto trimestre incluirá los proyectos finalizados durante el primer, segundo y tercer trimestre.

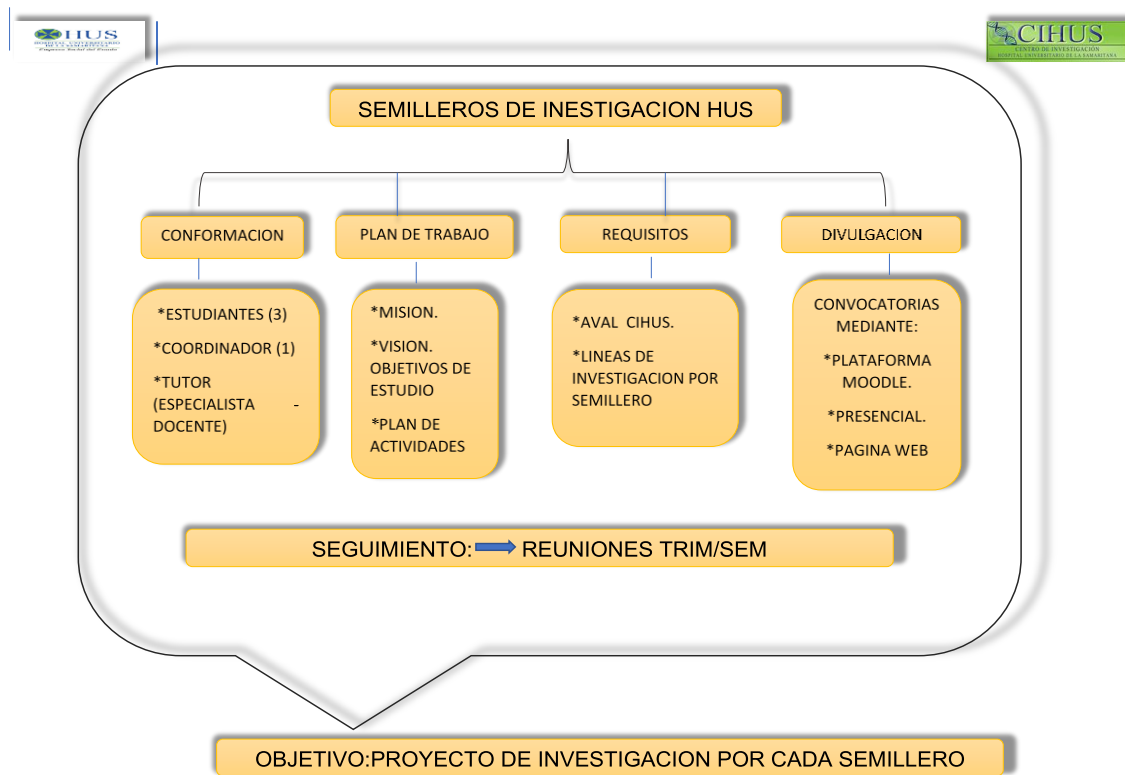
Participación de estudiantes en proyectos de investigación

Para este trimestre se contó con la participación de 26 estudiantes (pregrado, internos, residentes, especialistas) en los diferentes proyectos de investigación gestionados para el periodo evaluado.

Estudiantes	Interno	Residente	Pregrado	Especialización/doctorado/maestría	Total
julio	1	4	1	3	9
agosto	2	7	0	2	11
septiembre	1	3	2	0	6
TOTAL	4	14	3	5	26

Fuente: Base datos CIHUS

Lo anterior permite visualizar al CIHUS en la creación de los futuros semilleros de investigación. Por ende, se trabajó en la estandarización de este proceso el cual se presenta a continuación:



GESTIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

PQRS

Se recibieron para este III Trimestre un total de 11 PQRS por los dos procesos (docencia-investigación), en su mayoría correspondían a solicitudes de información en general y una (1) queja referenciada del área de Biblioteca. Estas fueron tramitadas en un 100%.

PAS

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	III Trimestre	EVIDENCIA
Obtención de la Certificación de Hospital Universitario	Realizar una nueva autoevaluación de hospital universitario (30%)	100%	100%	Se realiza autoevaluación de Hospital Universitario el 12 de Septiembre con un total de 85 participantes entre Universidades, estudiantes, docentes, administrativos y directivos
	Elaborar planes de mejora producto de la autoevaluación de Hospital Universitario (30%)	50%	50%	Se desarrollaron las actividades propuestas en el plan de acción, encontrando dos actividades no iniciadas, las cuales se complementarían en el IV trimestre
	Mantener la participación activa en dos Redes de investigación nacional (30%)	30%	30%	Se mantiene la participación activa en las redes de investigación a través de las reuniones concertadas y llevadas a cabo
	Recepción de visita por parte del ente Acreditador	10%	NA	NA
Cumplimiento del desarrollo del Modelo de Docencia e Investigación del HUS (III fase)	Cumplimiento del plan de acción para la vigencia avalado por la Gerencia y la Dirección Científica (100%)	25%	20%	Se desarrollaron las actividades propuestas en el plan de acción, encontrando dos actividades no iniciadas, las cuales se complementarían en el IV trimestre

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	III Trimestre	EVIDENCIA
Mantener la Relación Docencia Servicio con Universidades Internacionales que actualmente se tienen en convenio	Presentación de propuesta a Universidades Internacionales	50%	50%	Se realizó contacto con la Universidad de Panamá y de Guadalajara
Mantener el número de grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Seguimiento a todos los Grupos de Investigación avalados por Colciencias	25%	25%	Se realizó seguimiento a los 12 grupos de investigación
	Realizar la VI jornada de investigación del HUS	NA	NA	NA

Avance del III trimestre del 83%

PLAN DE ACCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL MODELO DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

#	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCES			SOPORTES
					I	II	III	
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%	Evidencia en la plataforma Moodle, de la inducción de los estudiantes, internos y residentes, e indicadores de cumplimiento de la inducción en informe en

#	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCES			SOPORTES
					I	II	III	
								Gestión y TUCI
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, fisioterapia, bacteriología, instrumentación quirúrgica de acuerdo al MDI.	No. de Programas académicos desarrollados del programa de pregrado base, de acuerdo al MDI/ Total de programas base que se desarrollan en el HUS de pregrado base	-	25%	25%	Anexos técnicos (programas académicos) actualizados, archivados en carpeta (internado base de U. Andes, Fisioterapia y Bacteriología)
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	-	25%	25%	Cumplimiento del PAS y del PUMP de acuerdo a los seguimientos de planeación
			Seguimiento y análisis de la encuesta de satisfacción a estudiantes base, residentes y docentes del HUS.	Planes de mejora de acuerdo a los resultados de la encuesta, plasmado en el PUMP	25%	0%	0%	Se han aplicado las encuestas a los internos base, pendiente seguimiento para desarrollo de planes de mejora
			Realizar el levantamiento del semillero de Docentes del HUS	Semillero documentado	-	25%	0%	No se ha avanzado en la actividad

#	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCES			SOPORTES
					I	II	III	
			Desarrollo de la especialización de Docencia en el HUS en convenio con alguna de las Universidades Acreditadas de Medicina	Especialización propuesta para el HUS con docentes inscritos	-	-	50%	Se solicitó los cupos a la Universidad, quien certifica que los mismos se encuentran separados para realizar el I sem de 2020
4	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%	Actas de seguimiento en el área
			Seguimiento y consolidación del Semillero de investigación de estudiantes del HUS	Semillero documentado	-	25%	50%	Documento aprobado por planeación ya disponible en la pirámide documental

Se tiene un avance de cumplimiento consolidado para el **trimestre del 75%**

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Para este Trimestre semestre se dio cierre a los Cursos de:
 1. Buenas prácticas en Seguridad del paciente
 2. Atención en Violencia Sexual
 3. IAMII

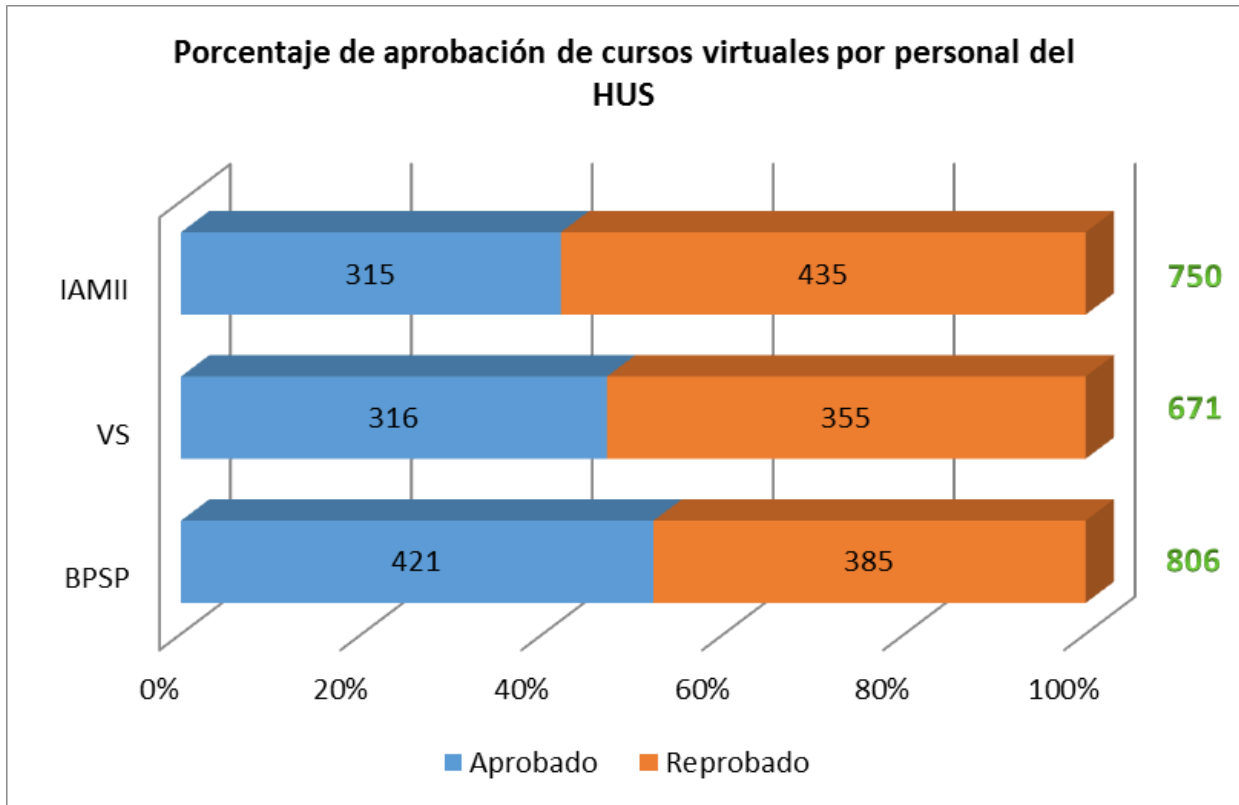


051



SC5520-1





Fuente: Plataforma virtual Moodle HUS

Grafica No 7.

Con respecto al porcentaje de aprobación, se observa una participación activa de los cursos por parte de los funcionarios inscritos, teniendo un promedio de participación alrededor de 700 funcionarios por curso, pero se logra evidenciar que aproximadamente solo lo aprueban el 50% de los participantes, lo que hace necesario buscar opciones de mejoramiento de los procesos de aprendizaje del personal que usa esta plataforma como medio de formación.

Cursos en desarrollo

DONACION ORGANOS
DONACION ORGANOS GOBERNACION
IAMII-II
DIPLOMADO EN PREVENCION Y ATENCION A LA PERSONA CON LESIONES Y HERIDAS EN LA PIEL

GESTIÓN

- ACREDITACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Se realizó la Segunda jornada de autoevaluación bajo la metodología de World café con un total de 85 de participantes

Autoevaluación Hospital Universitario 2018



La cual evalúa 6 factores de acuerdo a lo solicitado en el anexo 00003 y la resolución 3409 de 2012, obteniendo un resultado de 4.1 para la vigencia.



051



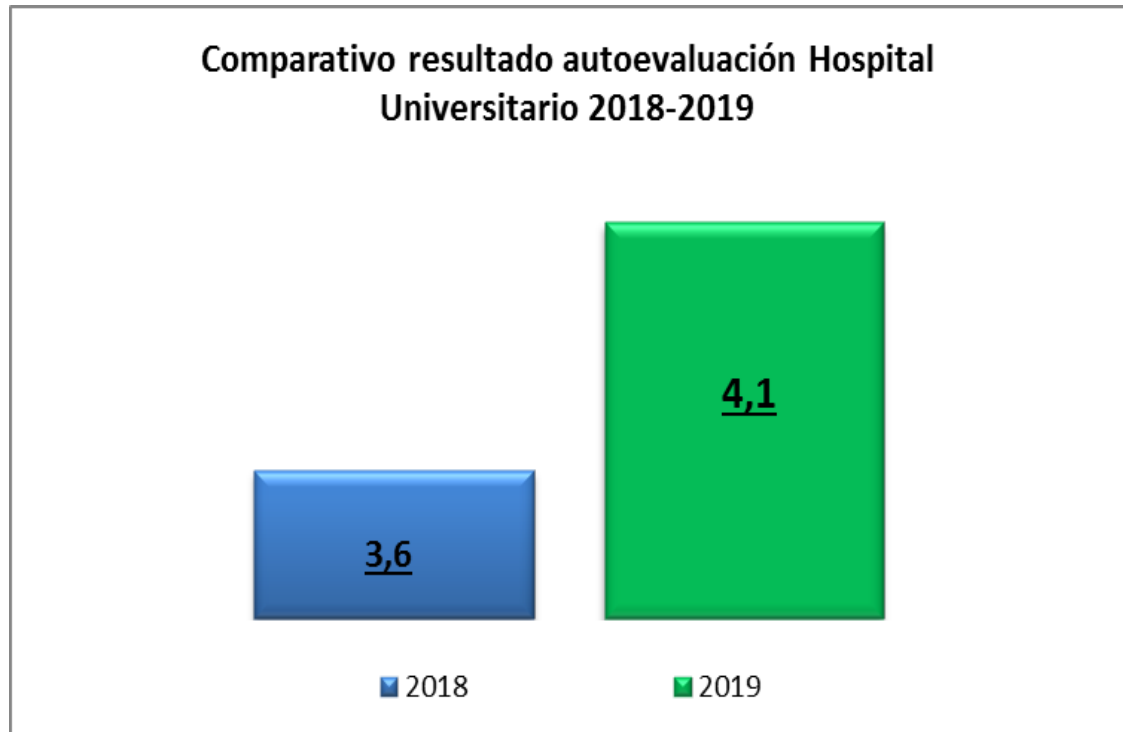
SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Fuente: Resultados autoevaluación
Grafica No 8.

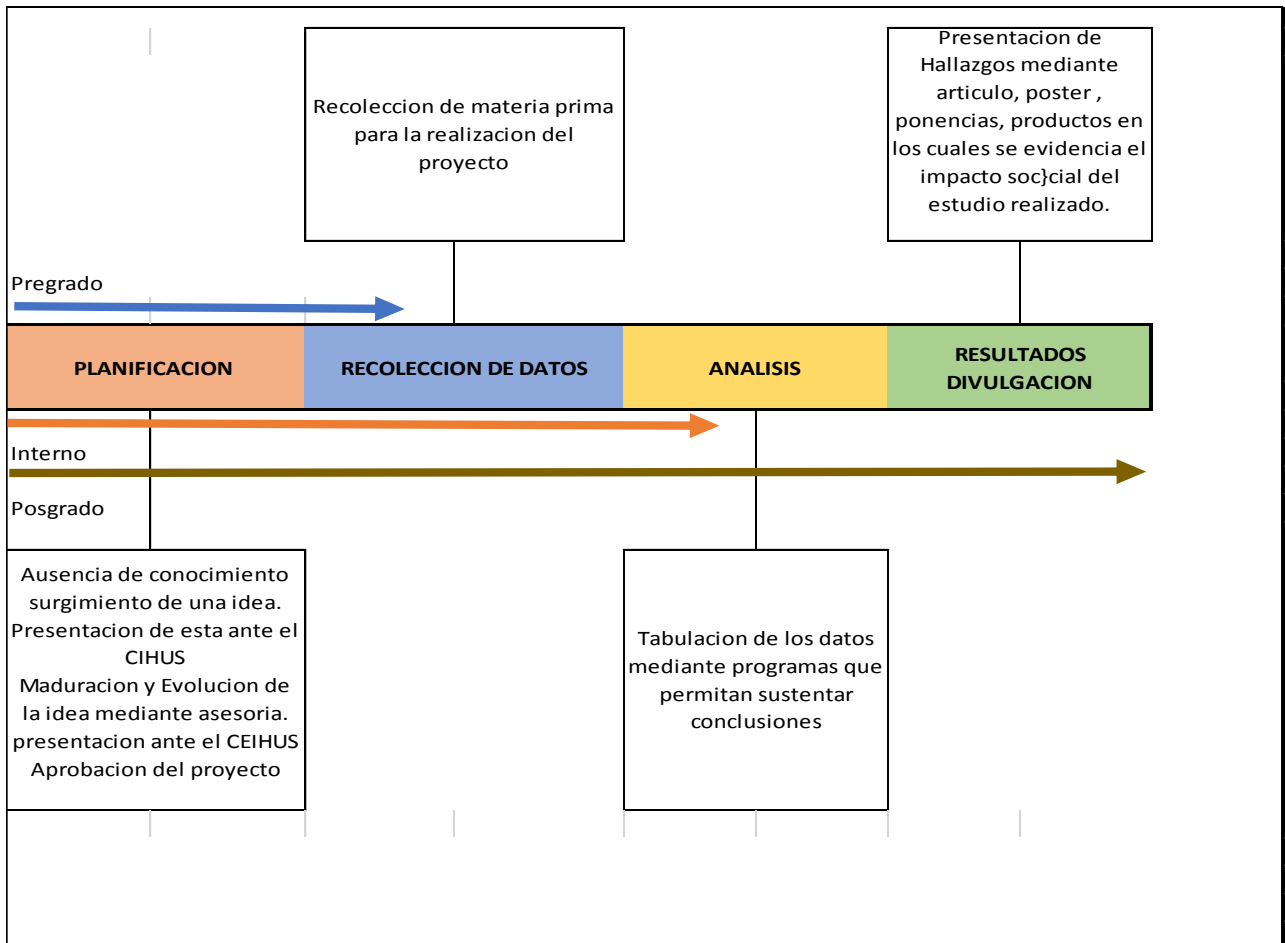
- **GESTIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EVENTOS INTRA Y EXTRA, INSTITUCIONALES:**

En búsqueda del reconocimiento de los Grupos de investigación avalados por el HUS, en el mes de agosto se gestionó la inscripción de dos trabajos de investigación en el **“Foro Nacional de soluciones Exitosas”**, organizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Se presentó un proyecto por parte del grupo Rehabilitar denominado *“Caracterización de la medición de saturación de oxígeno pre y postductual como medida indirecta de la presentación de cardiopatía congénita en neonatos del Hospital Universitario de la Samaritana. Abordaje desde fisioterapia”* y el grupo UTOS con su proyecto denominado *“Retorno de la calidad de vida en pacientes con defectos faciales mediante reconstrucción protésica personalizada”* siendo este último el seleccionado desde la asociación para la participación en dicho foro.

- **PROCESOS DESARROLLADOS EN LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

En el periodo a evaluar, el CIHUS realizó 52 inducciones a proyectos de investigación a estudiantes internos, residentes, especialistas y población en general, interesadas en los procesos investigativos, en esta inducción se socializa la pirámide documental relacionando los formatos requeridos para iniciar cualquier actividad investigativa.

A continuación, se relaciona la estandarización del proceso de inducción plasmada en este trimestre desde el centro de investigación.

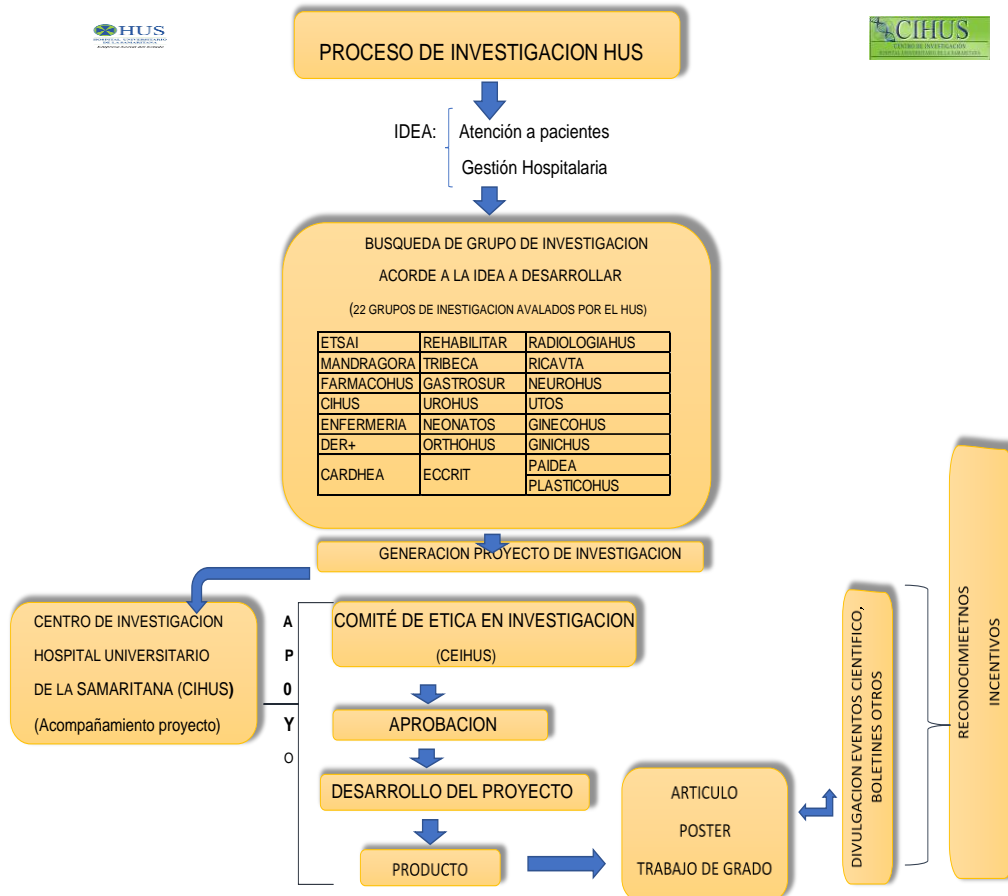


Fuente: Estandarización de procesos CIHUS

ITEM	Estudiante	
	Pregrado	Interno
Tiempo	* 1-4 meses	* 6 meses - 1 año
Rol minimo	* Colaborador * Co-investigador	* Co-investigador
Finalidad minima	* Inclusion en semillero de investigación	* Inclusion en semillero de investigación
Tipo de producto minimo	* Protocolo de investigación	* Protocolo de investigación * Reporter de caso y/o Proyecto de investigación
Proceso academico	* Nota en el proceso de evaluacion dentro de la formacion academica	* Nota en el proceso de evaluacion dentro de la formacion academica

Fuente: Estandarización de procesos CIHUS

Fuente: Estandarización de procesos



Adicional se revisaron 20 protocolos de investigación de los cuales 18 fueron llevados al comité de ética en investigación, se trabajaron 8 bases de datos inmersas en proyectos de investigación y se realizaron 30 asesorías vía email, en las cuales se realizó retroalimentación al investigador acerca de su proceso individual de investigación.

Conjuntamente y teniendo en cuenta la base de datos establecida en el CIHUS de cada uno de los proyectos avalados por el comité de ética en investigación, la cual contiene proyectos desde el 2014 a la fecha, se realizaron 101 seguimientos a dichos proyectos, lo que permitió actualizar las hojas de vida facilitando la trazabilidad de los mismos.

La siguiente tabla da informe de algunas de las actividades anteriormente descritas:

Gestión CIHUS III trim 2019					
Clasificación	JULIO	AGOS	SEPT	Total	%
1. Inducción proyectos	14	24	14	52	20



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

2. Revisión de Protocolos	8	8	4	20	8
3. Revisión de Artículos	2	0	1	3	1
4. Revisión de Poster	2	0	1	3	1
5. Realización de Base de Datos	3	3	2	8	3
6. Seguimiento a proyectos	9	14	78	101	39
7. GrupLac - CvLac	5	11	24	40	15
8. Inducción a publicación	1	2	0	3	1
9. Asesorías vía Web (correo, Skype)	10	6	14	30	12
Total	54	68	138	260	100

Fuente: Base datos CIHUS

Al realizar una comparación retrospectiva con los años 2017, 2018 y 2019 en la misma periodicidad se obtiene el siguiente cuadro resumen:

Clasificación	III trim 2017	%	III trim 2018	%	II trim 2019	%
1. Inducción proyectos	16	19	10	10	52	20
2. Revisión de Protocolos	7	8	11	11	20	8
3. Revisión de Artículos	7	8	1	1	3	1
4. Revisión de Póster	10	12	0	0	3	1
5. Realización de Base de Datos	2	2	1	1	8	3
6. Seguimiento a proyectos	32	37	68	68	101	39
7. GrupLac - CvLac	4	5	9	9	40	15
8. Inducción a publicación	0	0	0	0	3	1
9. Asesorías vía Web (correo, skype)	8	9	0	0	30	12
TOTAL	86	100	100	100	260	100

Fuente: Base datos CIHUS

Se puede concluir que las actividades realizadas en el CIHUS han ido en aumento progresivo, secundario al compromiso del centro frente a procesos de acreditación como hospital universitario, lo cual ha implicado un mayor esfuerzo frente a la estandarización y revisión de procesos que implican un seguimiento a las hojas de vida de los mismos, adicional a la convocatoria 833 de Colciencias del año 2018 para reconocimiento y categorización de grupos de investigación a nivel nacional.

- **PROYECCIÓN VI JORNADA DE INVESTIGACIÓN 2019**

Como parte del compromiso institucional se hizo la divulgación de algunos de los trabajos generados en los dos últimos años por los diferentes grupos de investigación del HUS, se inició la logística de la actividad académica (VI Jornada de investigación HUS), la cual está proyectada a realizarse en el aula máxima de la universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, el día 04 de octubre del presente año, se contó con la participación aproximada de **120** asistentes; para la realización se cuenta con el apoyo de comunicaciones del HUS. Dentro de las actividades programadas esta la publicidad e inscripciones del evento, las actividades de logística inherentes, se contará con la

participación de dos conferencias magistrales con los expositores el Dr. Rodolfo Dennis, director del departamento de investigaciones de la Fundación Cardio infantil y la Docente de cátedra Sonia Marcela Rosas, con quienes se estableció contacto para la respectiva participación.

GESTIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIA MÉDICA CONCURRENTE

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

El área de Auditoria 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.

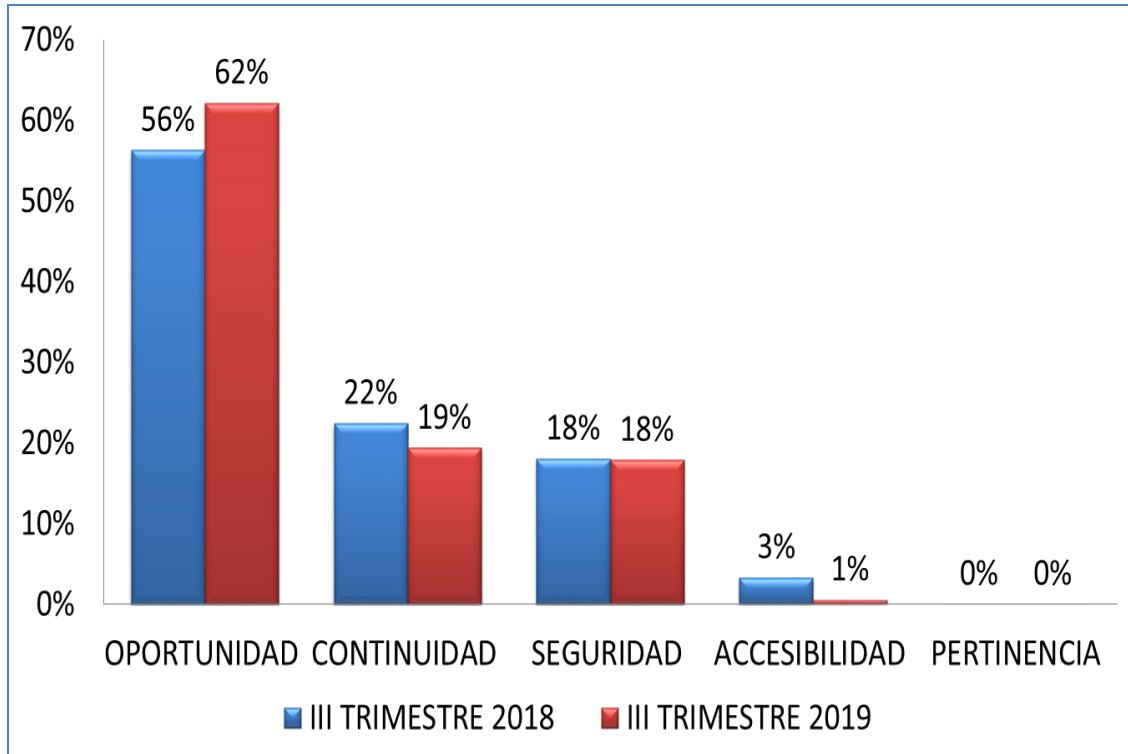
- a. **OBJETIVO:** Desarrollar, continua e integralmente las acciones de seguimiento en la atención en salud que se le brinde a los pacientes del HUS con la revisión de los procesos asistenciales de forma sistemática y continua para la evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad
- b. **ALCANCE:**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

1.1 Indicadores de Gestión de Auditoria Médica Concurrente

1.1.1 PROPORCION DE NOVEDADES DE IMPACTO POR PACIENTES ASIGNADOS:

Durante el III TRIMESTRE del año en curso se identificaron 734 novedades de impacto por Auditoria Medica 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, se identifica porcentualmente cual es el 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
COMPARATIVO III TRIMESTRE 2018- 2019**


Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III trimestre 2019- Área Auditoria Concurrente

Como se puede evidenciar durante el III trimestre 2018 comparativo 2019, se identifica que el atributo de calidad con mayor afectación es OPORTUNIDAD identificándose un incremento en un 6%, lo cual se encuentra atribuido a las demoras intra-extra institucionales identificadas, en el aspecto intra-institucional es importante definir la oportunidad ofertada por cada uno de los procesos de apoyo diagnósticos (cardiología, radiología, gastroenterología, cardiología, hemodinámica, neurología, vascular periférico, etc). En segundo lugar CONTINUIDAD es el atributo con mayor afectación, el cual se encuentra atribuido y relacionado directamente con los requerimientos de remisión a otras especialidades, para darle continuidad al manejo medico requerido, finalmente el atributo de SEGURIDAD no presentó ninguna variable en relación al mismo trimestre del año inmediatamente anterior, ya que se realiza continuamente la búsqueda activa de novedades de seguridad tanto en entrega de turno como en los registros de la historia clínica.

TABLA N° 1. PRINCIPALES NOVEDADES DE IMPACTO DURANTE EL II TRIMESTRE 2019

NOVEDADES INTRAINSTITUCIONALES	NOVEDADES EXTRAINSTITUCIONALES
Inoportunidad de realización de procedimientos en cirugía vascular periférica, hemodinamia, 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, hematooncología , 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 e INTERMEDIO, para manejo pop	autorización de diálisis ambulatoria
Inoportunidad en la realización y lectura de electromiografía, electroencefalogramas	autorización de exámenes no ofertados en el HUS, perfusión miocárdica, videocapsula, esfinteromanometria
Inoportunidad en reportes de patología	Demora Ayudas Dx extrainstitucionales (Fibrobroncoscopia por daño en el HUS)
Inoportunidad en programación y realización de ayudas diagnosticas de cardiología (ecocardiograma, reportes de holter, eco te, implante de marcapaso bicameral, arteriografía) y en programación de procedimiento en hemodinamia por disponibilidad de sala.	Ubicación de fiscalía en hogar a victimas

Programación de biopsia de aspirado de medula ósea	Trámites administrativos de pacientes con nacionalidad Venezolana
Inoportunidad en realización de ayudas diagnosticas (doopler portal, doopler venoso) vascular periférico.	
Inoportunidad en Inicio de trámites administrativos (autorizaciones- remisiones- etc)	
Inoportunidad en realización de espirometrias	
se informa a las especialidades corrección de los registros clínicos	
Inoportunidad en el servicio de oftalmología (campimetría)	
No disponibilidad de argón plasma en gastroenterología por lo cual se inicia remisión	
Camas de hospitalización inhabilitadas por arreglos de infraestructura	

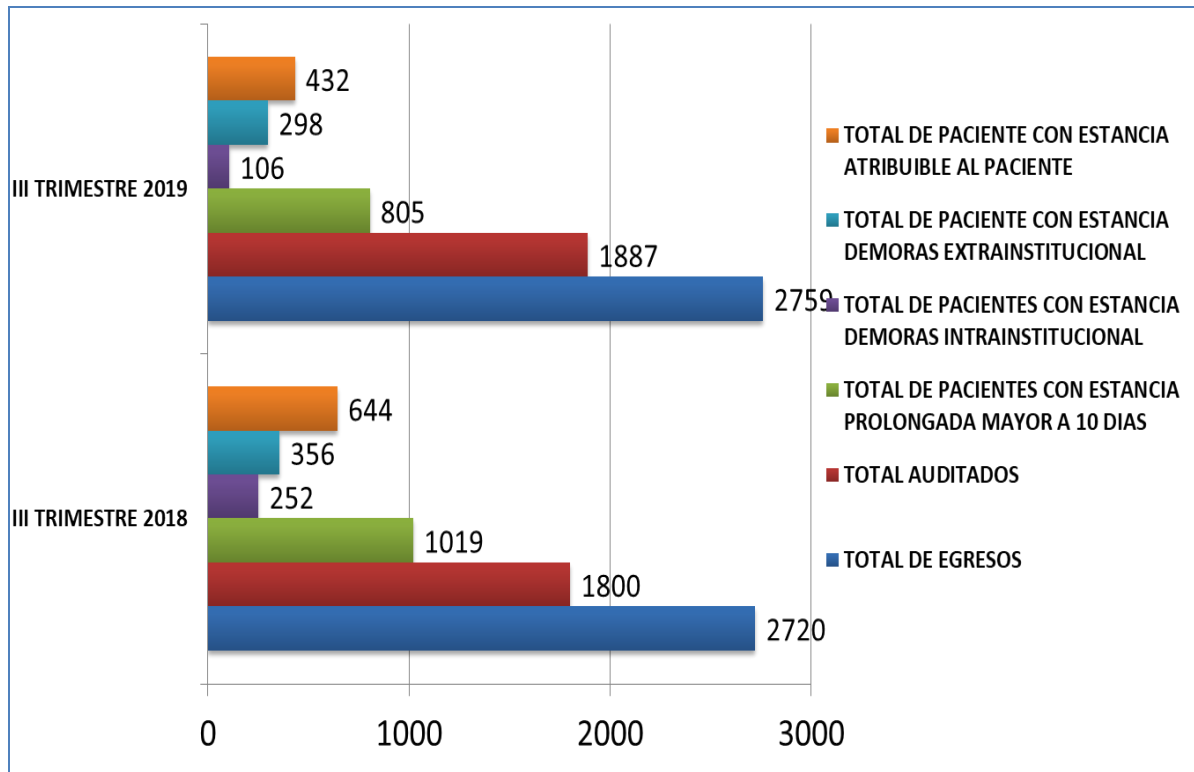
Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III trimestre. 2019- Área Auditoria Concurrente

Se identifica en general en el III trimestre los mismos tipos de NOVEDADES, sin embargo se evidenciaron hallazgos Intra- institucionales relacionados con inoportunidad por daño de fibrobroncospio y argón plasma lo cual afecto la oportunidad de la prestación del servicio pese a que activo plan de contingencia ante la EPS para ubicación extra institucional. Adicionalmente se evidencia durante el mes de septiembre fallas en el sistema de información de CARESTREAM, lo cual dificulto la visualización de estudios previos realizados a pacientes hospitalizados lo retraso la definición de conducta por ausencia de imágenes para consulta y en algunos casos la repetición del estudio.

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.

1.1.2. GRAFICA N° 2. TOTAL DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN HOSPITALIZACION COMPARATIVO III TRIMESTRE 2018- 2019:





Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III TRIMESTRE 2018- 2019- 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 del III trimestre del 2018-2019, se evidencia claramente un incremento significativo en el total egresos de hospitalización del III trimestre del 2019 (giro cama 4,48) en comparativo del 2018 (giro cama 4,43), evidenciando para este trimestre la misma tendencia en comparativo al mismo trimestre del año inmediatamente anterior, pero en relación al trimestre anterior si se evidencio un incremento de 4,36 a 4,48, adicionalmente en relación al total de pacientes auditados sobre el total de egresados, se evidencia una incremento del 87 pacientes, sin embargo no fue significativo ya que durante el mes de agosto no se contó con auditor concurrente en el 4to piso, lo cual afecto circunstancialmente el consolidado final. Entre el equipo auditor se activó plan de contingencia de cobertura, gestionando los hallazgos más relevantes que pudieran afectar la estancia hospitalaria y por consiguiente el giro cama institucional.

Se evidencia un discreto descenso del total de pacientes con estancia prolongada, que puede estar atribuido al subregistro mencionado con antelación.

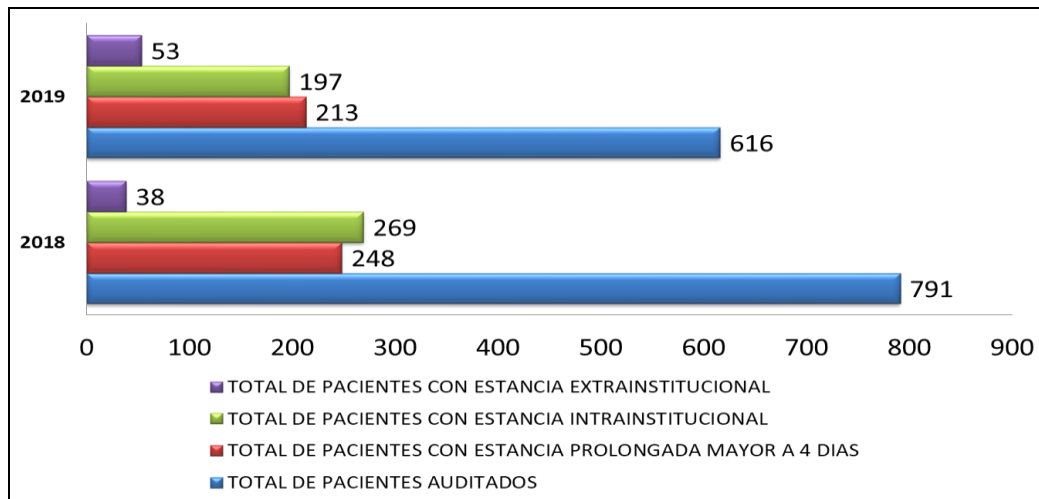
En relación al discriminado de estancia prolongada por especialidad en comparativo con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior, se evidencia que las especialidades en medicina interna de un 24% a un 33% del total de paciente con estancia prolongada, esto atribuido al incremento significativo de pacientes con patología oncológica y principalmente hematoncológica ya que medicina interna es el servicio tratante, adicionalmente a la inoportunidad por parte de las EPS de trámites que condicionan egreso y finalmente a los inconvenientes que se han presentado

con los pacientes de nacionalidad venezolana, ya que la estancia se prolonga por trámites administrativos extrainstitucionales que afectan la continuidad del manejo médico requerido; otra especialidad que presenta incremento es unidad de cuidados intermedios de un 3% a un 6% y unidad de cuidados intensivos de un 2% a un 8%, esta variación se encuentra atribuida principalmente a la condición clínica de los pacientes, ya que durante el año en curso no se ha evidenciado dificultades en relación a trámites extrainstitucionales como unidad de cuidados crónicos, otro factor que contribuye es la inoportunidad para la asignación de cama de pacientes con egreso de UCI, por falta de estandarización del proceso de asignación.

Las especialidades que presentaron incremento fueron cirugía general, ortopedia, cirugía vascular periférica, dermatología, cirugía cardiovascular y urología. En caso de requerirse, se cuenta con el porcentaje de estancias prolongadas discriminado por especialidades.

Es importante definir que el total de estancias prolongadas es efectivo si se cuenta con todo el equipo auditor porque de dicha manera se puede realizar un consolidado óptimo y en consecuencia se puede realizar los comparativos correspondientes.

1.1.3 TOTAL DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN URGENCIAS COMPARATIVO III TRIMESTRE 2018-2019



GRAFICA N°3. Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente III TRIMESTRE 2019- Área Auditoría Concurrente.

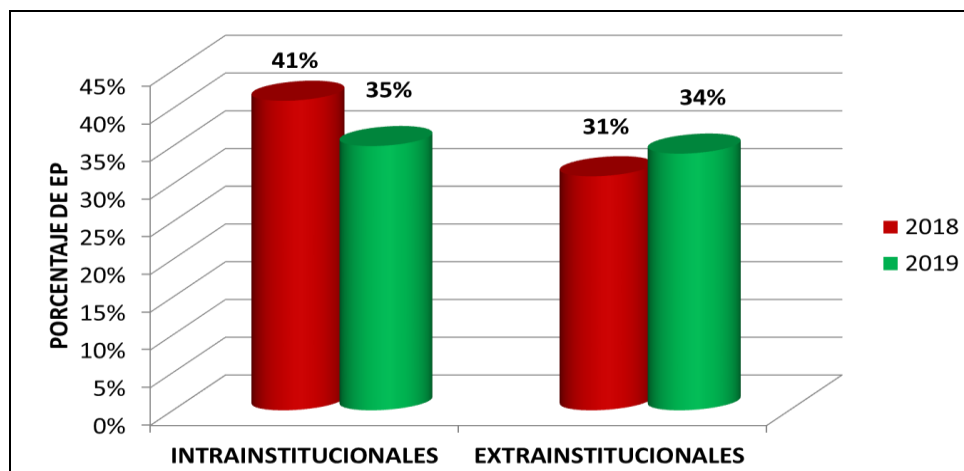
En el III trimestre del 2018 en total se atendieron en urgencias 4203 pacientes en total y en el 2019 un total de 4809 pacientes, evidenciando claramente un incremento significativo en el ingreso a urgencias por demanda espontánea de pacientes de diferentes EPS con contrato y sin contrato con el HUS, lo cual ha llevado a un sobrecupo del 200%, pese a la ampliación de 10 camillas en el servicio de urgencias, una de las principales dificultades que se evidencia en el servicio la falta de disponibilidad de cama en hospitalización ya que las unidades de cuidados intensivos e intermedios y la unidad quirúrgica tienen mayor prioridad para la ocupación de las mismas, sin embargo se ha evidenciado una mejora significativa en relación al total de pacientes con estancia prolongada (mayor a 4 días) en urgencias, como se evidencia en la gráfica descendió de 248 a 213.

En relación al total de pacientes auditados se evidencia nuevamente un descenso eso atribuido a cambio de auditora y auditoria de procesos críticos. El total de pacientes con identificación de demoras intra y extra-institucionales ha sido variable evidenciando un descenso en relación a demoras intrainstitucionales esto atribuido a la gestión diaria y en general a la oportuna realización de las ordenes de hospitalización lo cual fue priorizado en este trimestre.

Las demoras extrainstitucionales aumentaron ligeramente principalmente por dificultades en la consecución de medicamentos ambulatorios, autorización de oxígeno ambulatorio y autorización de procedimiento quirúrgicos.

Se considera como recomendación para el servicio de urgencias, reconsiderar la DINAMICA DE REVALORACION DIARIA DE PACIENTES, ya que se evidencia que los pacientes que aún no tiene orden de hospitalización son valorados cada 24 horas, lo cual afecta el giro cama dentro del servicio y hay pacientes con el resultado de los paraclínicos se podrían definir conducta de egreso.

1.1.4. GRAFICA N°4 PORCENTAJE GENERAL DE PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS DEMORAS



Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III TRIMESTRE 2019- Área Auditoria Concurrente

INTRA- INSTITUCIONALES Y DEMORAS

EXTRA-INSTITUCIONALES EN EL HUS III TRIMESTRE 2018-2019

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 para el III trimestre del año en curso. No obstante, en comparativo de las demoras intrainstitucionales del mismo trimestre del año inmediatamente anterior se evidencia un descenso del 6%, esto atribuido a las diferentes intervenciones realizadas incluida la gestión diaria de concurrencia.

En relación a las demoras intra-institucionales se evidencia en el III trimestre del presente año que los procesos que más están afectando este indicador son Inoportunidad en realización y lectura de ayudas diagnósticas de radiología, respuesta de interconsultas de subespecialidades (ENDOCRINO, REUMATOLOGIA, CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, NEFROLOGIA, HEMATOLOGIA), finalmente inoportunidad para la presentación de pacientes quirúrgicos en juntas médicas. Por lo tanto ante los hallazgos anteriormente mencionados la dirección científica gestiona la contratación de otro reumatólogo y se encuentra en proceso otro hematólogo, lo cual mejorara la oportunidad, la especialidad de cabeza y cuello fue deshabilitada en el ámbito ambulatorio e intrahospitalario por disponibilidad del especialista.

En hospitalización se presentó un subregistro por ausencia de auditor concurrente en el 4to piso de hospitalización.

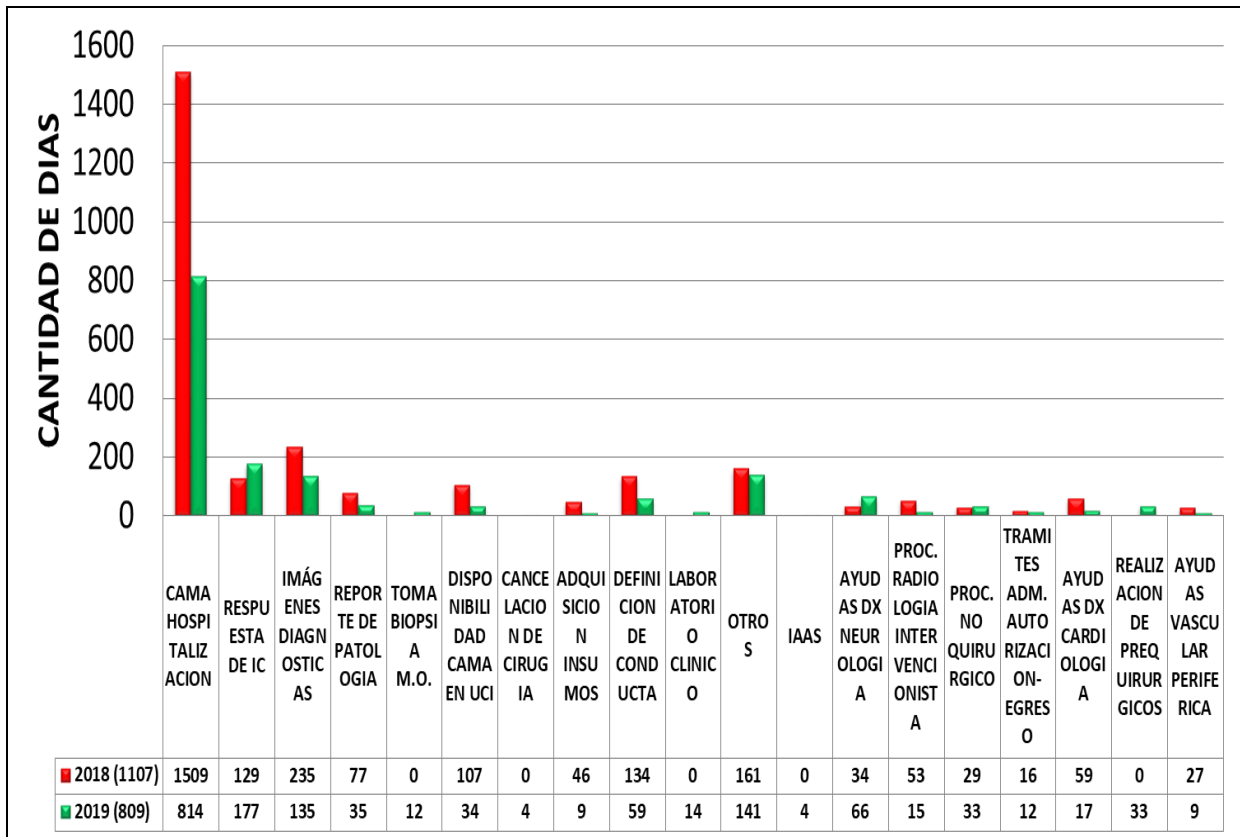
En cuanto a las demoras extra- institucionales en hospitalización del III trimestre, se evidencio que las demoras que generaron mayor impacto fueron tramites de oxigeno domiciliario, remisión a otras especialidades como oncología, unidad de salud mental, UCI, Unidad de Cuidados Intermedios), tramite de autorización de procedimiento quirúrgico, estudios especializados como (argón plasma, biopsia renal por microscopia, entre otros) y finalmente dispensación de medicamentos ambulatorio condicionantes de egreso.

En el proceso de urgencias las principales demoras identificadas en pacientes con estancia mayor a 4 días en el III trimestre fueron Inoportunidad de disponibilidad de cama en hospitalización, teniendo en cuenta que dentro del procedimiento de asignación de camas de hospitalización, el servicio de urgencias es la 3 opción de asignación. Otro tipo de demora que genera impacto es la inoportunidad en realización y lectura de ayudas diagnósticas de radiología y finalmente la definición de órdenes medicas como remisión, orden de procedimiento quirúrgico y demás por parte del servicio tratante. En este trimestre se evidenciaron solo 2 pacientes que requirieron remisión a uci por soporte ventilatorio que a diferencia de otros trimestres ha sido marcado.

En relación al porcentaje de demoras en urgencias Extra- institucional en urgencias de pacientes con estancia prolongada en el HUS se identifica un incremento significativo de pacientes en trámite de autorización de oxigeno domiciliario, remisión a otras especialidades (SALUD MENTAL, UCI, ONCOLOGIA), autorización por la EPS para realización de procedimiento quirúrgicos, el comportamiento no ha tenido variación significativa en comparación al año inmediatamente anterior. No obstante, se presentaron reingresos por falta de continuidad de consecución ambulatoria de medicamentos de pacientes de Convida y Medimas, lo cual genero inoportunidad y reprocesos administrativos. (INFORMACION DISCRIMINADA EN BASE DE DATOS DE AUDITORIA CONCURRENTE).

1.1.5 GRAFICA N°5 TOTAL DE DIAS POR TIPO DE DEMORA INTRAINSTITUCIONAL EN EL HUS COMPARATIVO III TRIMESTRE 2018 -2019





Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III TRIMESTRE 2019- Área Auditoria Concurrente

En la gráfica anterior se evidencia el total de días por tipo de demora en el III trimestre del 2018 y 2019, entre ambos trimestres se evidencia una diferencia significativa en el total de 293 días, esto atribuido a las diferentes acuerdos de servicios planteados para definir la oportunidad de algunos servicios de apoyo diagnóstico y el cumplimiento de dichos tiempos ofertados. Adicionalmente se puede observar el descenso significativo de estancia prolongada en urgencias atribuido a la disponibilidad de camas en piso, lo cual demuestra una mejor gestión en general de la cama hospitalaria.

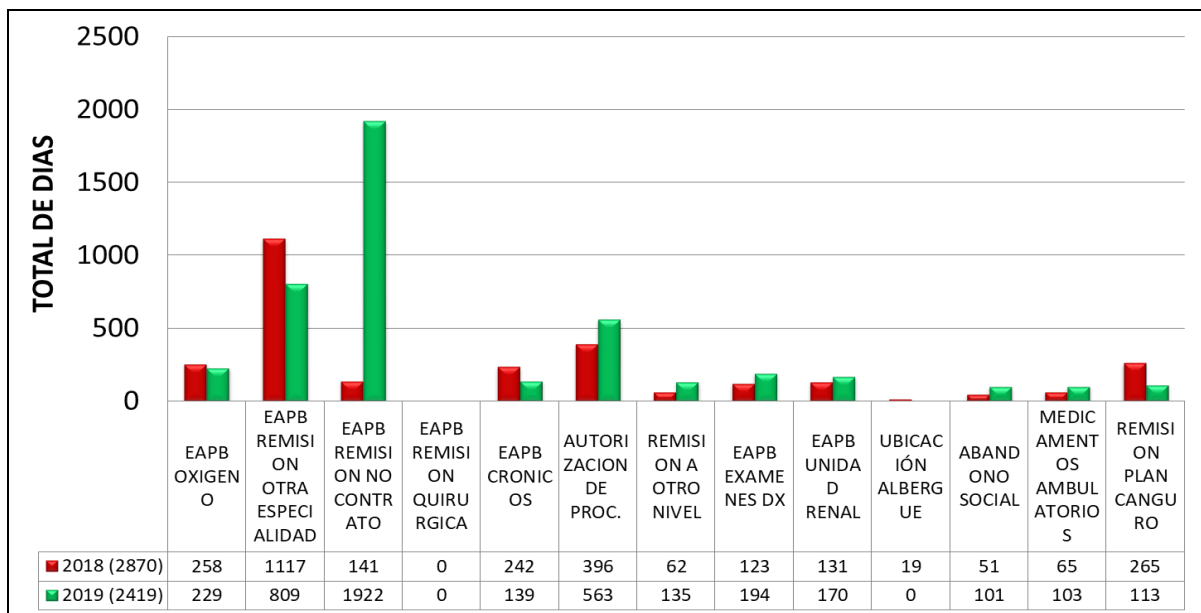
En el III trimestre del presente año se evidencia que el proceso que genera mayor impacto de inoportunidad es

Inoportunidad por respuesta de interconsultas de subespecialidades y especialidades no disponibles (reumatología, endocrino, hematología, nefrología) por lo cual la dirección científica gestiona y se contrató un segundo reumatólogo y está en proceso de contratación de otro hematólogo para mejorar la oportunidad; en segundo lugar inoportunidad de radiología (programación y lectura de ayudas diagnosticas) con un 17% del total de días de demoras identificadas en pacientes con estancia prolongada y por último con otro 17% demoras definidas como otros donde incluidos inoportunidad de definición de conducta por juntas médicas, las cuales se realizan en algunas

especialidades exclusivamente los días miércoles, y se presentaron casos en los cuales no se alcanzan a presentar todos los pacientes por lo tanto son reprogramados.

Adicionalmente se evidencia que los servicios que fueron priorizados y abordados entre el III trimestre del 2019 fueron oftalmología y neurocirugía. No obstante, en el próximo trimestre se priorizara con el proceso de cirugía vascular periférica y se solicitara al líder de proceso de hospitalización replantear los acuerdos de servicios de JUNTAS MEDICAS QUIRURGICAS, para mitigar el impacto de dichas inoportunidades.

1.1.6 GRAFICA N°6 TOTAL DE DIAS POR TIPO DE DEMORA EXTRAINSTITUCIONAL EN EL HUS COMPARATIVO III TRIMESTRE 2018 – 2019



Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III TRIMESTRE 2019- Área Auditoria Concurrente

En la gráfica anterior se evidencia el total de días por tipo de demora extra-institucionales en el III trimestre del 2019 que en comparación con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior presento un descenso de 451 días, ello atribuido a la disminución de requerimiento de unidad de cuidados crónicos, remisiones a otras especialidades, como se evidencia en la gráfica anterior.

Sin embargo, los tipos de demoras que han generado mayor impacto en las estancias intrahospitalaria en el III trimestre del 2019, han sido los siguientes: en primer lugar las remisiones a otras especialidades principalmente oncología correspondiente a un 28%, en segundo lugar inoportunidad por autorización de la EPS de procedimiento quirúrgicos, ya que no se obtienen autorizaciones por inconsistencia en los códigos por tratarse de códigos internos no homologables (Famisanar, Nueva EPS, Medimas) lo cual corresponde al 16%, en tercer autorización de oxígeno domiciliario con un 15%, ello por terminación de contrato entre las EPS Medimas y Convida con algunos de sus proveedores del servicio y por último el cuarto tipo de demora extra- institucional con mayor impacto fue

consecución de medicamentos ambulatorios condicionantes de egreso principalmente de Medimas, lo cual fue causante de reingreso hospitalario en algunos casos e inoportunidad en egreso hospitalario con un 12%.

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:

1.2 ESTANCIA PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

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

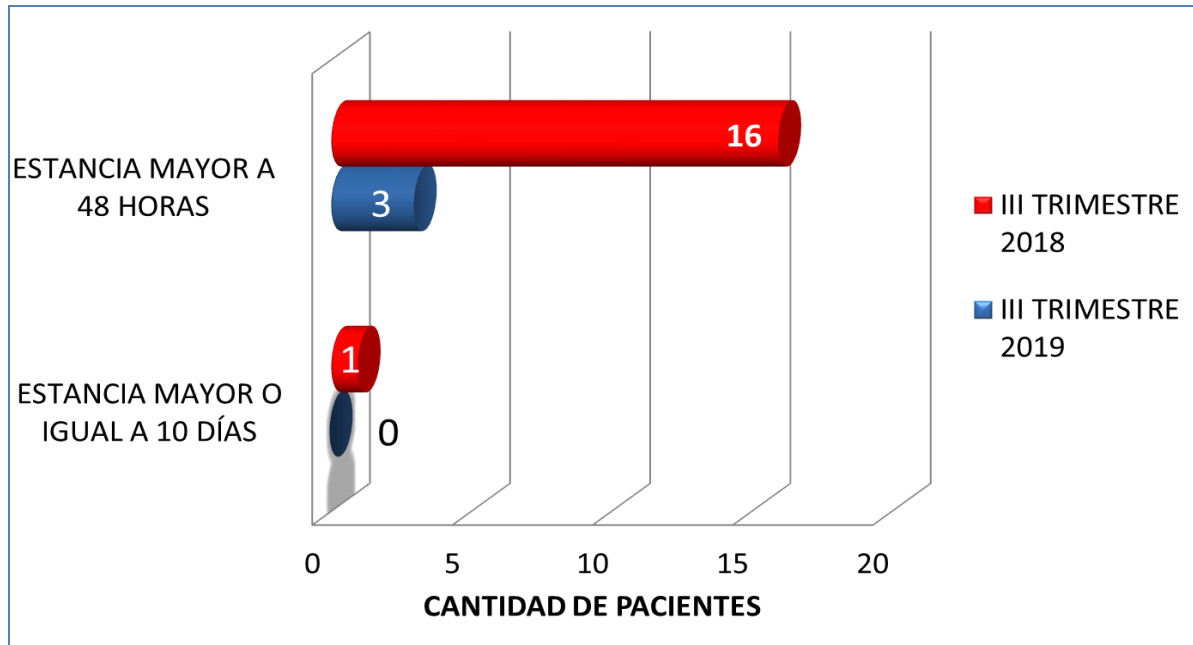
- Se evidencia un adecuado cumplimiento al inicio de los procedimientos quirúrgicos en su mayoría, sin embargo, continúan casos excepcionales en donde se evidencian retrasos y demoras para el inicio de los procedimientos quirúrgicos por parte de las especialidades como lo son: Oftalmología, Ginecología, Neurocirugía, Otorrino, y técnicos de radiología, causando retrasos en los tiempos quirúrgicos.

- Aun se logra evidenciar la Insuficiencia en cuanto al seguimiento directo de las especialidades a los pacientes autorizados de cirugía, ginecología, urología, otorrinolaringología, oftalmología, ortopedia, lo cual genera retrasos y vencimiento de la orden para la programación de los procedimientos quirúrgicos generando afectación a la institución, durante este trimestre se continua con la priorización, y se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes como son Ortopedia , Otorrino , Urología ,Oftalmología en este caso , solicitando agenda a los pacientes próximos a vencer durante este periodo se realizó trámites administrativos a cada una de estas especialidades para operar a los pacientes .

Dada esta intervención se realizaron dos jornadas los fines de semana por parte de la especialidad de ortopedia.

- Se logra evidenciar un desabastecimiento material quirúrgico como son : cámara de laparoscopia , nefroscopio con daño del lente , uretotomo rígido y flexible , ureterorectoscopio flexible, lente de 30ª para urología, torres de laparoscopia; para la especialidad de otorrinolaringología falta de lentes de otorrino e instrumental endoscópico nasal.
- Se evidencia en el proceso de asignación de camas de hospitalización falta de priorización lo cual genera represamiento de paciente en recuperación quirúrgica.
- Pacientes del INPEC con hoja de ruta vencida, con los números y correos de contacto que dejaron los funcionarios del INPEC, se realiza los trámites administrativos internos y así mismo se solicitó al especialista nuevo agenda para la programación del procedimiento quirúrgico. Sin embargo a pesar de ser canceladas por la ausencia del paciente se siguen programando y continúan cancelando el procedimiento por inasistencia.

GRAFICA N° 7. COMPARATIVO ESTANCIAS PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA I TRIMESTRE 2018-2019



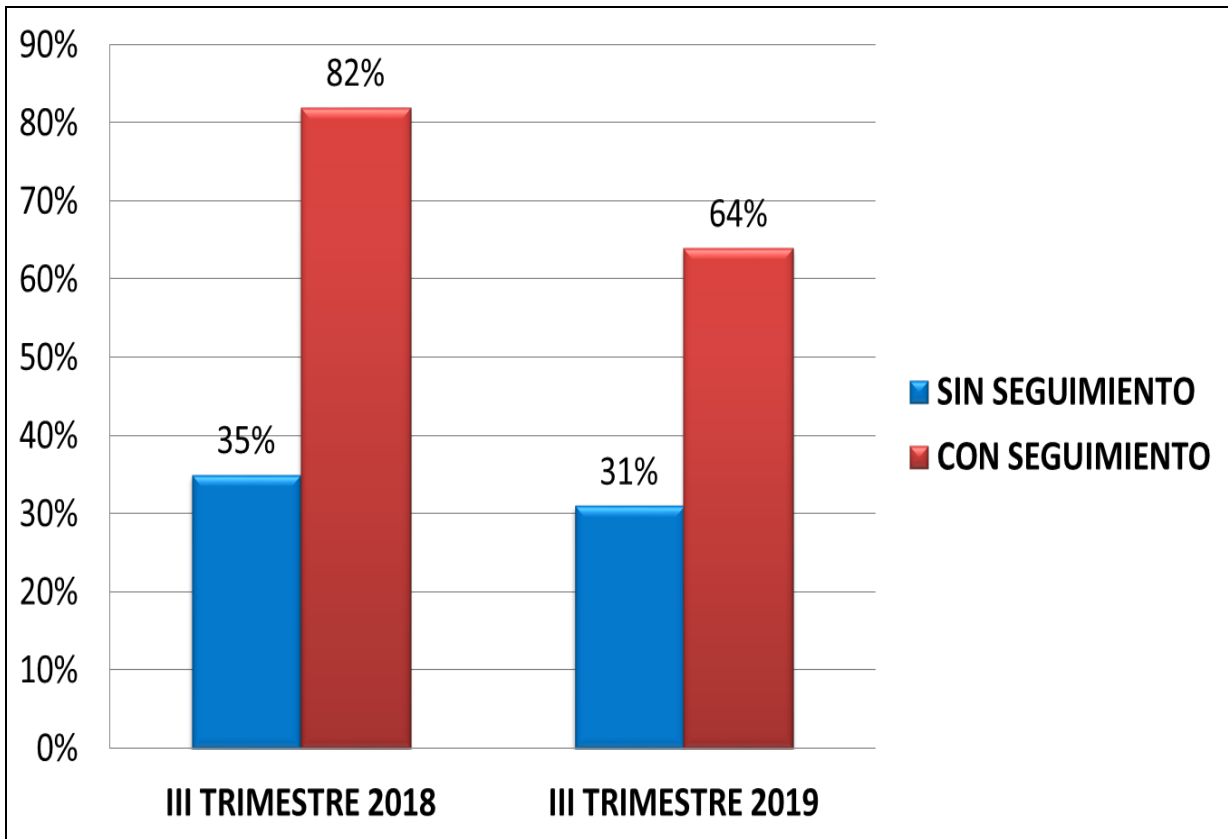
Fuente: Información tomada de la verificación de Estancias Unidad quirúrgica III trimestre 2019. Área Auditoría Médica

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 III trimestre del 2018 se identificaron en total 16 pacientes con estancia mayor a 48 horas y 1 paciente con estancia mayor a 10 días, no obstante, en comparación con el III trimestre del presente año, se evidenciaron 3 pacientes con estancia mayor a 48 horas y ningún paciente con estancia mayor a 10 días, lo cual está asociado principalmente al incremento del giro cama de la Unidad de cuidados intensivos e intermedios. Todos los pacientes fueron ubicados en camas del HUS, ningún paciente remitido.

1.2.1 PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS

GRAFICA N° 8. PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS COMPARATIVO III TRIMESTRE 2018-2019

A continuación se muestra en la siguiente grafica el porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente sobre el total de pacientes autorizados por las diferentes EAPB durante el III trimestre de 2018 y 2019:



Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III TRIMESTRE 2019- Área Auditoria Concurrente.

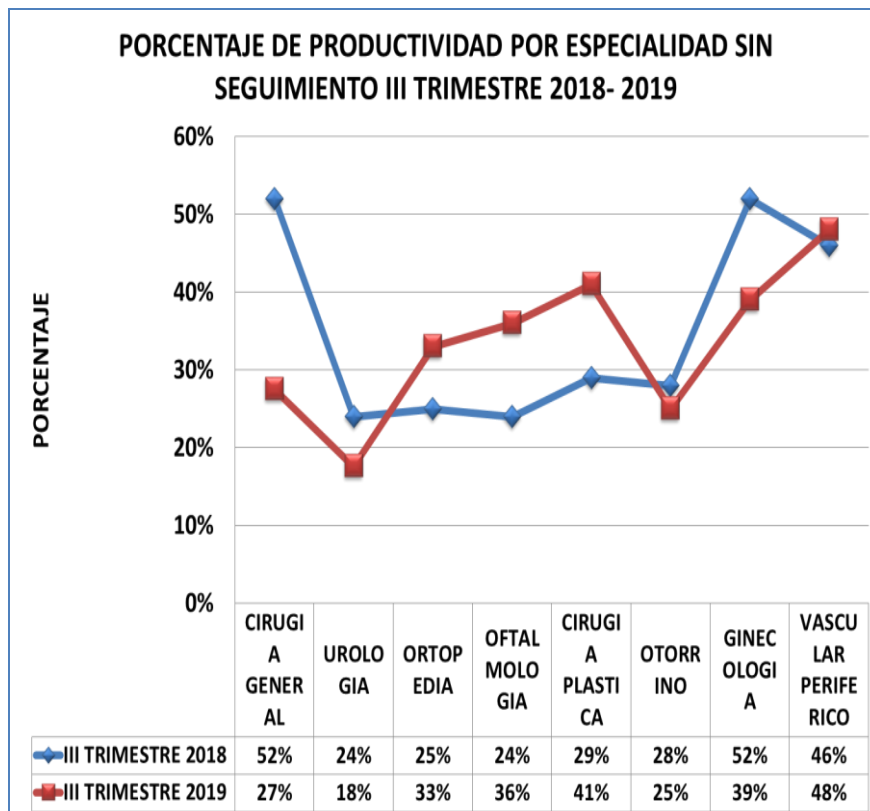
La anterior grafica es un comparativo del porcentaje de productividad sin seguimiento y con seguimiento del III trimestre del 2018 y del 2019, evidenciando que la productividad de las especialidades en relación a las hojas de rutas ambulatorias radicadas no presenta una variable significativa sin seguimiento ya que en el 2018 correspondió al 35% y el 2019 al 31%, evidenciándose claramente en zona de problema, esto se encuentra atribuido a que persiste el proceso de las especialidades una vez la hoja de ruta es radicada son ellos mismos que programan según la disponibilidad del especialistas, salas y disponibilidad de insumos, este último ha generado un impacto significativo en este trimestre ya que la falta de instrumental quirúrgico ya que no hubo disponibilidad de lente de 30ª, ureteroscopio flexible, nefroscopio dañado para urología, torres de laparoscopia, daño monitor cámara HD, daño cámara HD de cirugía general la cual se encuentra en mantenimiento, el equipo útero flexible para urología, para la especialidad de otorrinolaringología falta lentes de otorrino, instrumental endoscópico nasal. Solo se evidencio una torre de laparoscopia disponible por lo cual la oportunidad quirúrgica ambulatoria se vio afectada.

No obstante, en relación al porcentaje de productividad con el seguimiento respectivo en el II trimestre del 2018 corresponde al 82% y en el 2019 al 64%, esta diferencia entre ambos trimestres esta atribuido a que el seguimiento

del mes de septiembre es culminado en el mes de octubre, una vez se termine dicho seguimiento el porcentaje final se encontrara en zona de seguridad, dispuesto para el indicador que corresponde al 85%.

En este trimestre la productividad de otorrino, oftalmología y urología tuvieron afectada su productividad secundaria a la no disponibilidad de dispositivos médicos como instrumental.

1.2.2 PRODUCTIVIDAD COMPARATIVO DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD SIN SEGUIMIENTO III TRIMESTRE 2018- 2019:

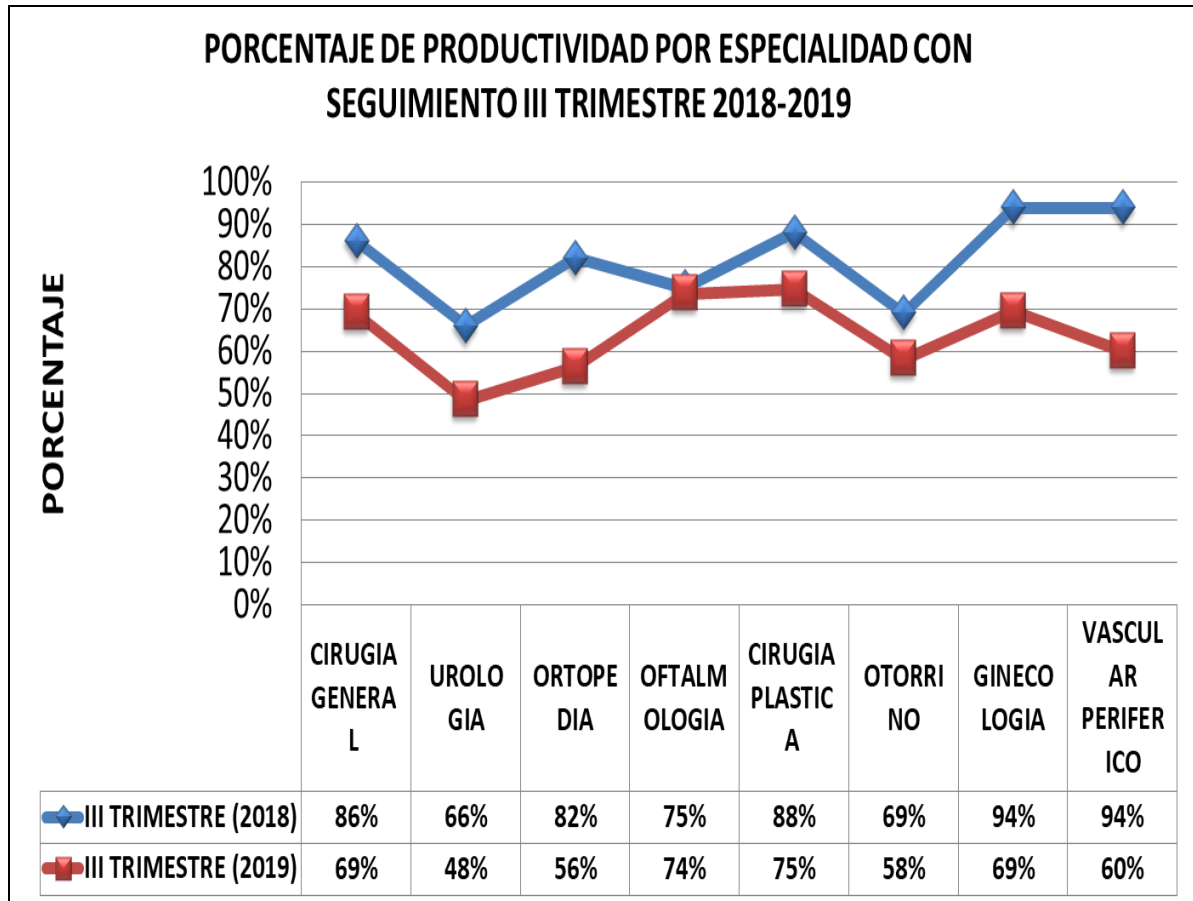


GRAFICA 9. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente UNIDAD QUIRURGICA- Área Auditoria Concurrente

Como se puede observar en la gráfica anterior el comportamiento de programación de procedimiento quirúrgico autorizados en la mayoría de especialidades fue similar en el III trimestre del 2018 y del 2019, sin embargo se evidencia que algunas especialidades presentaron un incremento significativo en relación al mismo trimestre del año inmediatamente anterior las cuales fueron ortopedia, oftalmología, cirugía plástica y cirugía vascular periférica, y cuatro especialidades estuvieron por debajo de la media las cuales fueron cirugía general, urología, otorrino y ginecología, su productividad fue igual e inferior al 50%, esto atribuido a la disponibilidad de algunos insumos y el

contrato con Medimas, ya que por trámite administrativo no se pudo programar algunos pacientes pese a estar autorizados en el mes de julio y agosto. Ya por directrices administrativas a medias de agosto se empezó a programar todo lo autorizado.

1.2.3 PRODUCTIVIDAD COMPARATIVO DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD CON SEGUIMIENTO III TRIMESTRE 2018- 2019:



Grafica N°10. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente UNIDAD QUIRURGICA- Área Auditoria Concurrente

Con el seguimiento por especialidad realizado por auditoria concurrente en el III trimestre alcanza un 64% de productividad, se evidencia un total de 808 hojas de ruta radicadas y 518 procedimientos realizados. Sin lograr la meta establecida para dicho indicado, por lo tanto se realizó un análisis a la variación de la meta del indicador, identificando que se han presentado un número importante de casos de pacientes del INPEC que tiene hojas de rutas vencidas por causas no prevenibles ya que no asisten los pacientes a la programación quirúrgica; por otro lado hay un número de procedimientos pendientes por programar por falta de disponibilidad de equipos biomédicos, lo cual ha limitado el seguimiento. Por otro lado hay poca disponibilidad el urólogo que realiza procedimiento de uretroplastia. En el mes de octubre se priorizara el respectivo seguimiento.

A continuación se relacionan algunos hallazgos puntuales por especialidad:

CIRUGIA GENERAL: Números telefónicos erróneos, se han presentado inconvenientes con los pacientes de INPEC, ya que no son trasladados el día que son programados, este hecho afecta la oportunidad y muchos casos se han registrado cancelaciones lo cual genera reprogramación.

OFTALMOLOGIA: Cancelaciones de los procedimientos por patologías no controladas como conjuntivitis, adicionalmente los pacientes del INPEC son programados y no asisten.

ORTOPEDIA: Cambio de diagnósticos quirúrgicos e inasistencia al procedimiento quirúrgico pacientes del INPEC, cancelaciones por daño de infraestructura dentro de la sala quirúrgica, lo cual genero cancelación de procedimiento por riesgo a infecciones, falta de consecución de material de osteosíntesis para algunos reemplazos principalmente de cadera.

UROLOGIA: Cambio de diagnósticos quirúrgicos (infecciones urinarias) o solicitud de exámenes para definir conducta quirúrgica. Falta de elementos e insumos como son uretrotomo rígido, flexible, lente de 30°, torres de laparoscopia.

CIRUGIA PLASTICA: Inasistencia quirúrgica pacientes del INPEC.

OTORRINOLARINGOLOGIA: Fechas vencidas, falta de lentes de otorrino, e instrumental endoscópico nasal.

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:

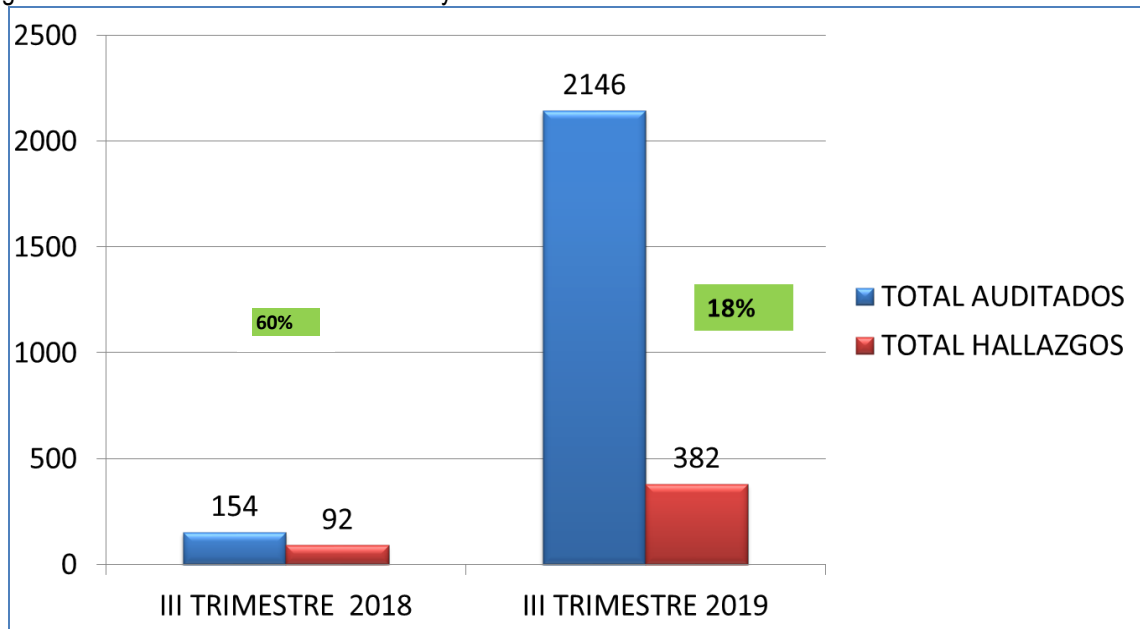
1. **DATOS INSUFICIENTES:** pacientes autorizados sin programar con Imposibilidad para realización de seguimiento por contacto telefónico de pacientes por no actualización o datos incorrectos de numero de contacto en la historia clínica y en la ruta quirúrgica.
2. **FALTA DE INSUMOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:** ausencia de insumos para la especialidad de urología como son uretrotomo flexible, rígido, falta de lentes de laparoscopia, torres de laparoscopia insuficientes para las diferentes especialidades.
3. **PARTE DEL PERSONAL MEDICO ESPECIALISTAS SE AUSENTAN POR MOTIVOS JUSTIFICABLES:** Se evidencia retraso de los procedimientos quirúrgicos por parte de los especialistas como cirugía de cabeza y cuello, urología.
4. **NO PREPARACION DEL PACIENTE ANTES DE LA CIRUGIA:** Se evidencia que los pacientes no son preparados antes del procedimiento; ingresan al quirófano con prótesis dental ,hipertensos , sin ayuno, con anticoagulación no suspendida algunos de los pacientes que se encuentran en el programa los servicios de hospitalización no realizan el traslado oportuno al quirófano , en cuanto a los pacientes ambulatorios a pesar de informar la importancia de la toma de los antihipertensivos y llegada puntual al área ambulatoria algunos de estos no cumplen causando cancelaciones quirúrgicas .

1.2.3 INTERVENCIONES REALIZADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

- Durante el III trimestre se priorizó y se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes, se plasmó la retroalimentación directamente al líder y/o coordinador de cada una de las especialidades, como consecuencia a esto, se programan jornadas quirúrgicas de ortopedia, el cual, se dejó un quirófano adicional, dando prioridad a las cirugías ambulatorias y evitando así el vencimiento de las hojas de ruta. Se realizó seguimiento a hora de inicio de procedimientos por parte de los especialistas y a las causas de cancelaciones por tiempo quirúrgico.
- Se realiza Auditoria diaria de consentimiento informado a los pacientes que son programados para los procedimientos quirúrgicos y se gestionan las modificaciones pertinentes.
- Se realizó auditoria de todos los pacientes con órdenes vencidas contactando cada uno de ellos vía telefónica, para renovar las órdenes vencidas por la EPS para agilizar procesos y liberar repesa de procedimientos quirúrgicos de todas las especialidades.
- Se realizó auditoria concurrente transoperatorio y postoperatorio inmediato de trasplante de córnea.

SEGUIMIENTO A CONSENTIMIENTO INFORMADO

- En relación al seguimiento realizado al diligenciamiento del consentimiento informado se realiza comparativo en la gráfica anterior del III trimestre del 2018 y 2019:



GRAFICAS N°11. Fuente: Base de seguimiento– Auditoria Concurrente 2019.

Durante el proceso de seguimiento se auditaron durante el III trimestre 2146 consentimientos, de los cuales se evidenciaron 382 con hallazgos lo que corresponde al (18%) del total de consentimiento auditado. De acuerdo a la

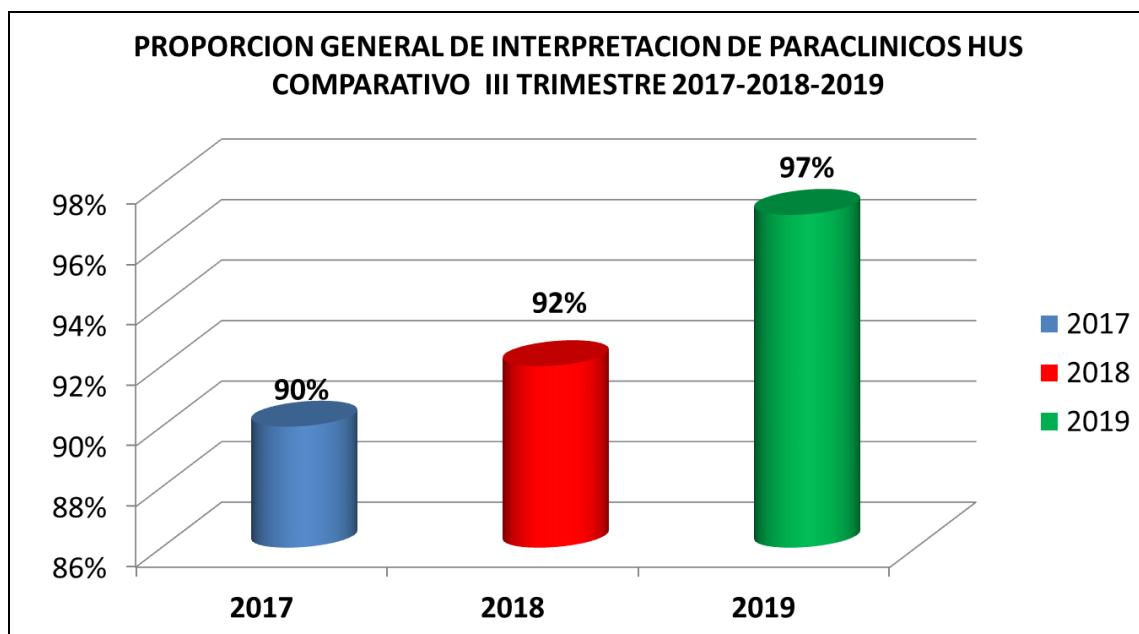
gráfica anterior se logra evidenciar que las especialidades están generando un cumplimiento adecuado en el diligenciamiento del consentimiento informado en ítems como: nombre completo del paciente, fecha del procedimiento, firma del paciente o acudiente y el procedimiento coincide con la orden, lo cual es de importancia ya que se evidencia adherencia a retroalimentación posterior a auditorías de consentimiento informado, sin embargo es importante tener en cuenta que se evidencia que las especialidades están presentando falencias en el adecuado diligenciamiento de los ítems: (autorización toma de fotografía). Las especialidades con mayor porcentaje de hallazgos fueron cirugía cardiovascular, ginecología y urología.

En relación a la toma de fotografía se remitió requerimiento a concepto y definición de la toma de fotografía al Comité de Ética y Comité de Historias Clínicas, a la fecha sin contestación.

1.3. OPORTUNIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE PARACLÍNICOS DE LABORATORIO Y APOYO DIAGNOSTICO

1.3.1 PROPORCION INTERPRETACION DE PARACLINICOS

A continuación se muestra la tendencia de proporción de interpretación de paraclínicos comparativo III trimestre del 2017- 2018-2019:



GRAFICA N°12. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III trimestre 2019.

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, en la gráfica anterior se realiza una comparación del III trimestre del 2017- 2018- 2019, identificando claramente un ascenso significativo año tras año, atribuido a las retroalimentaciones realizadas en relación a la importancia de interpretar dentro de la historia clínica

todas las ayudas diagnosticas validadas y la obligatoriedad de interpretación dentro de Dinámica Gerencia, adicionalmente los avances en reportes de críticos lo cual contribuye.

En conclusión se evidencia un gran avance en relación la cultura por parte de las especialidades de interpretar las ayudas diagnosticas solicitadas y validadas.

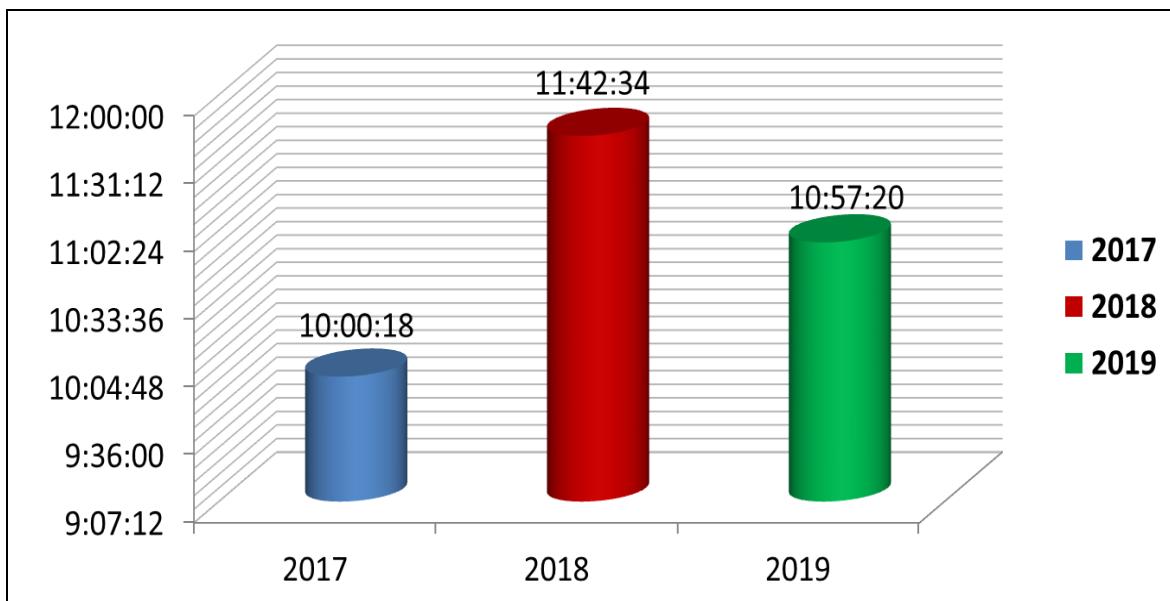
(INFORMACION DISCRIMINADA POR ESPECIALIDAD EN BASE DE DATOS DE AUDITORIA CONCURRENTE)

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

1. 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.
2. Cuando la lectura es subida de manera manual al PACRIPS dentro del proceso de validación, la misma no migra a DGH.
3. En la primera semana de septiembre se presentó una falla en la visualización de imágenes en carestream lo cual afecto la prestación del servicio, sin embargo se considera que puede afectar la medición del indicador en los siguientes meses, ya que no se puede consultar si efectivamente se realiza el estudio o no.

1.3.2. OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DE LABORATORIO EN EL HUS COMPARATIVO III TRIMESTRE 2017- 2018-2019.

A continuación se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos de laboratorio en general del Hospital Universitario de la Samaritana durante III TRIMESTRE 2017- 2018 - 2019:



GRAFICA 13. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III trimestre 2019- Área Auditoria Concurrente

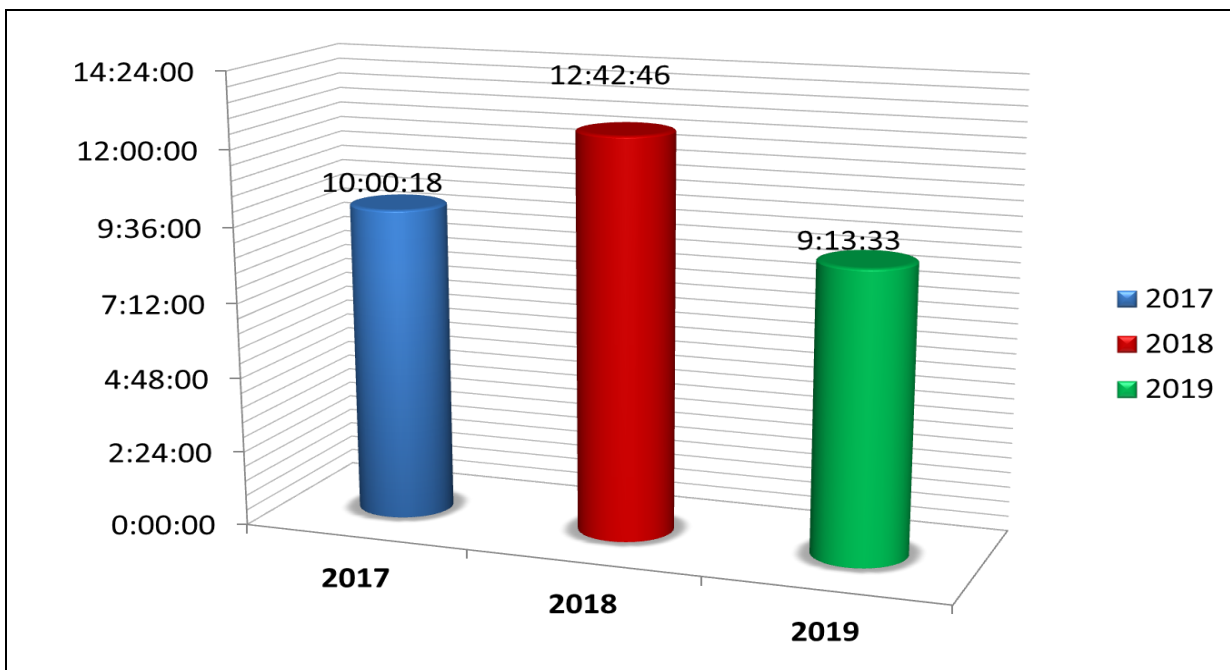
En el gráfico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos de laboratorio clínico (Tiempo transcurrido entre la validación y la interpretación dentro de la historia clínica), en general para el HUS, donde se evidencia que se cumplió con la meta establecida (menor o igual a 18 horas), en el III trimestre del presente año se evidencia una oportunidad de 10 horas con 57 minutos, en comparación con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior se evidencia una diferencia significativa de 54 minutos, no obstante, en comparación con el 2017, se evidencia un incremento tanto en el 2018 como en el 2019. Esto se encuentra atribuido a que es un indicador con medición reciente en el cual aún no se puede definir una tendencia.

Aún 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.

Existen especialidades que deben ser priorizadas porque la oportunidad en los diferentes trimestres ha sido superior a 18 horas, lo cual afecta el promedio general, las cuales son neonatos, cirugía plástica, neurocirugía en este trimestre, por lo cual serán priorizados.

1.3.4. 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 TRIMESTRE 2017- 2018- 2019:



GRAFICA 14. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III trimestre 2019- Área Auditoria Concurrente.

En el gráfico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnósticas en general para el HUS, donde se evidencia que en los trimestres medidos se ha cumplido la meta establecida (menor o igual a 18 horas) y la oportunidad para el III trimestre del año en curso muestra una disminución significativa en relación al mismo trimestre de los años en comparación.

Se considera que la meta para el 2020 debe ser ajustada, con el fin de establecer mayor exigencia y evidenciar una mejora continua.

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. Algunos estudios no pudieron ser medidos porque el resultado no migro a dinámica y tampoco se pudo corroborar la validación por fallas en carestream.

4. AUDITORIA DE PROCESOS CRITICOS:

2.1. AUDITORIA DE HOJA DE GASTOS QUIRURGICA

Se realizó auditoria de proceso crítico, por solicitud del Comité quirúrgico realizado en el I semestre del año en curso por lo cual se realiza la auditoria que tuvo que se fundamentó en realizar Auditoria de adherencia al diligenciamiento de hoja de gastos de enfermería 05PQX49-V1, instrumentación quirúrgica 05PQX47V1 y formato atención farmacéutica 05AF93-V2, en cumplimiento al procedimiento de Atención Integral del Paciente Quirúrgico 02QX03-V2 y a el procedimiento de distribución de productos farmacéuticos código 05AF93-V2. **Objetivo definido:** Evaluar y verificar la adherencia a los lineamientos de solicitud, préstamo, dispensación y registro de medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos utilizados en salas de cirugía (preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio) del Hospital Universitario de la Samaritana, con el fin de evidenciar oportunidades de mejora en la aplicación de los mismos.

Según los resultados obtenidos definidos se plantearon las siguientes recomendaciones y/ o observaciones:

- No hay adecuada adherencia al diligenciamiento del formato del personal de enfermería, e instrumentación ya que se no se evidencian todos los ítems diligenciados y por otro lado hay pobre adherencia al procedimiento ya que en algunos casos no coincidencia los insumos solicitados vs despacho por farmacia. Por lo tanto se recomienda que los formatos sean nuevamente verificados para omitir los ítems que no sean necesarios y que no generen un dato relevante dentro del proceso.
- Los formatos una vez realizados deben ser codificados en cumplimiento al sistema de gestión de Calidad implementado por la Institución.
- Se recomienda implementar al servicio de farmacia un formato que no tenga el riesgo de que se confundan el número de sala, ya que este formato solo registran el número de sala sin datos de los pacientes, por lo tanto es un factor de riesgo para sesgarse en el momento de realizar el arqueo nocturno.

- Se evidencio la no devolución total de dispositivos médicos y medicamentos sin verse sustentado en la historia clínica del paciente.
- Se sugiere implementar una canasta con insumos estándar, inventariada, y sistematizada para cualquier procedimiento quirúrgico de manera tal, que al finalizar el procedimiento se solicite dichos insumos gastados para reponer esta canasta.
- Se recomienda realizar al servicio de farmacia una referenciación con otra entidad que maneje dinámica gerencial para realizar un comparativo de este proceso sistematizado, con el fin de mejorar el cumplimiento de este, para evitar sobrefacturación y subfacturación.
- Se debe fortalecer la adherencia al diligenciamiento de la descripción quirúrgica, ya que se evidencio en las hojas de gastos utilización de dispositivos médicos como PLEUROVAC, suturas especiales que no quedan registradas dentro de la misma, lo cual se podría convertir en un factor de riesgo para el recobro respectivo.
- Es de vital importancia, implementar el consumo de medicamentos y dispositivos médicos dentro de Dinámica Gerencial, para comparar lo solicitado, dispensado y suministro efectivo, ya que la metodología actualmente utilizada podría ser modificada por el personal asistencial según faltantes identificados.
- La normatividad vigente Resol. 1995 refiere que la historia clínica y sus anexos deben diligenciarse de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, sin espacios en blanco. Dicho lo anterior, estas hojas de gastos son anexos de la historia clínica y son soporte para radicado de cuentas ante las EAPB, por lo tanto se estaría dando incumplimiento a la normatividad ya que se evidenciaron un gran número de formatos que no cumplían con estas características descritas.
- El procedimiento de distribución de productos farmacéuticos código 05AF93-V2, describe “que cada 3 meses, se realiza auditoria a los carros de anestesia en el formato 05AF102 auditoria de carros de anestesia en salas de cirugía”, lo cual consideramos que debe ser revisado internamente por el área de farmacia la pertinencia de realizar dicha actividad cada 3 meses, ya que en caso de evidenciarse faltantes se genera la duda a qué paciente van hacer cargados estos.
- El procedimiento de distribución de productos farmacéuticos código 05AF93-V2, describe “El seguimiento al cargo a suministro y dispensación es realizado por los Auxiliares de la Noche en el formato 05AF95 Revisión de cargo a suministro. La revisión se realiza al 100% de las órdenes médicas y hoja de Gastos. Cabe anotar que el error encontrado se soluciona inmediatamente o en su defecto al día siguiente cuando sea posible su corrección”, en el cumplimiento de esta actividad, el área de farmacia cómo garantiza que el cargo de suministro se facture al paciente correcto.

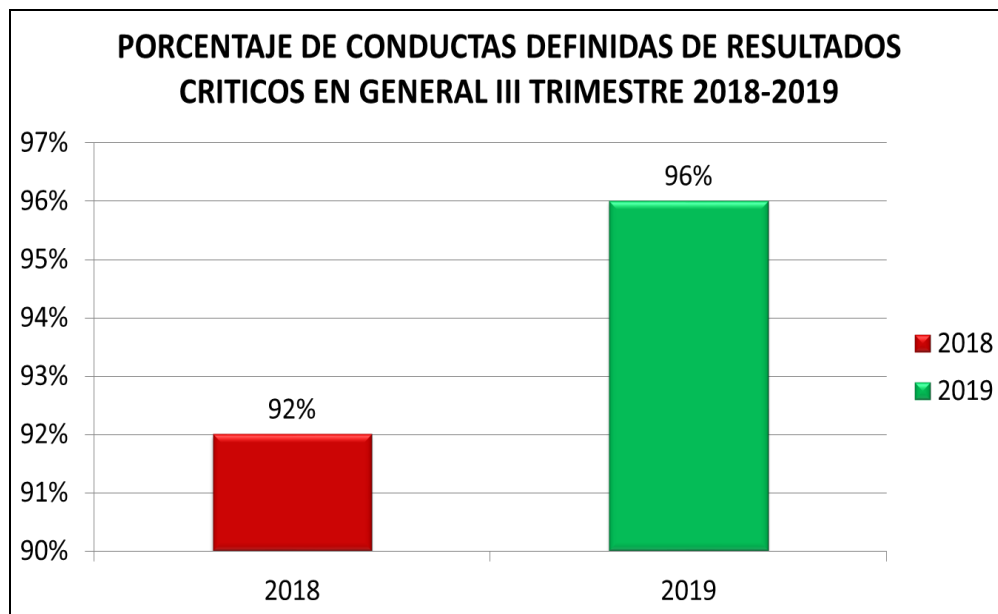
Y finalmente se pudieron definir las siguientes conclusiones:

- Con respecto a la revisión de los 54 formatos hojas de gastos enfermería y 45 formatos de instrumentación quirúrgica verificados durante el periodo del 6 mayo al 23 2019, se evidencia un cumplimiento de un 70% en enfermería e instrumentación quirúrgica 71%. Es de resaltar que el área de unidad quirúrgica vs farmacia están trabajando para mejora de este proceso con el fin de retroalimentar al personal de enfermería e instrumentación quirúrgica e introducir las mejoras correspondientes al proceso.
- Se identifica que el proceso en general no se encuentra estandarizado ni adherido al personal asistencial y la metodología (físico con formatos) son un factor de riesgo para que el cobro no sea respectivo al paciente al cual se realizó el suministro efectivo.

- Se sugiere que desde farmacia se determina los insumos y dispositivos médicos de mayor consumo y de impacto económico relevante para que se defina la pertinencia de su descripción de utilización dentro de la Descripción quirúrgica, ya que al realizar revisión de las descripciones quirúrgica algunos especialistas los registran y otros no, y el concepto es subjetivo y no claro.
- Se requiere que objeciones y cuentas médicas socialice específicamente los casos más relevantes relacionados a falta de soportes asistenciales que motivan las glosas por las EAPBs, para que tenga claridad de las acciones que se deban implementar.
- Se sugiere que se deben implementar en farmacia de la unidad quirúrgica el mismo proceso de hospitalización en relación a sistematización completa del proceso para evitar sesgos.
- Se sugiere definir la pertinencia de utilización de insumos y medicamentos del carro de anestesia por cada sala, ya que garantizar la adecuada utilización y el control de los mismos es realizado por los mismos auxiliares quienes diligencian el formato de hoja de gastos, lo cual puede ser un factor de riesgo para la sobrefacturación y subfacturación por paciente.
- Se evidencio claramente un número significativo de medicamentos e insumos que fueron prestados por farmacia pero no fueron diligenciados en el formato de hoja de gastos de enfermería y de instrumentación quirúrgica lo cual no garantiza que hayan sido facturados.

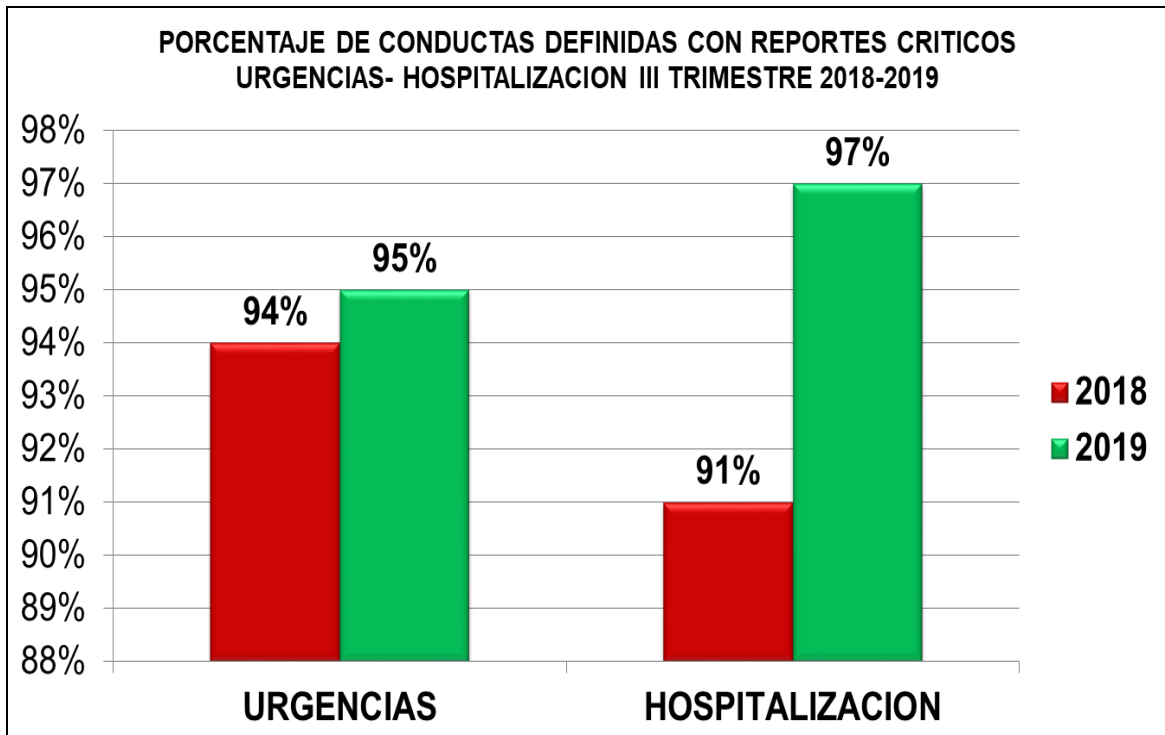
Se realizó socialización respectiva de la auditoría realizada al proceso quirúrgico y farmacéutico, en compañía de asesoras de calidad, por lo cual las oportunidades de mejora serán definidas en el PUM a consideración de los líderes.

3.2. PORCENTAJE DE CONDUCTAS MÉDICAS DEFINIDAS FRENTE A LOS ESTUDIOS CRITICOS DE LABORATORIO CLINICO:



GRAFICA N° 15. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III trimestre 2019

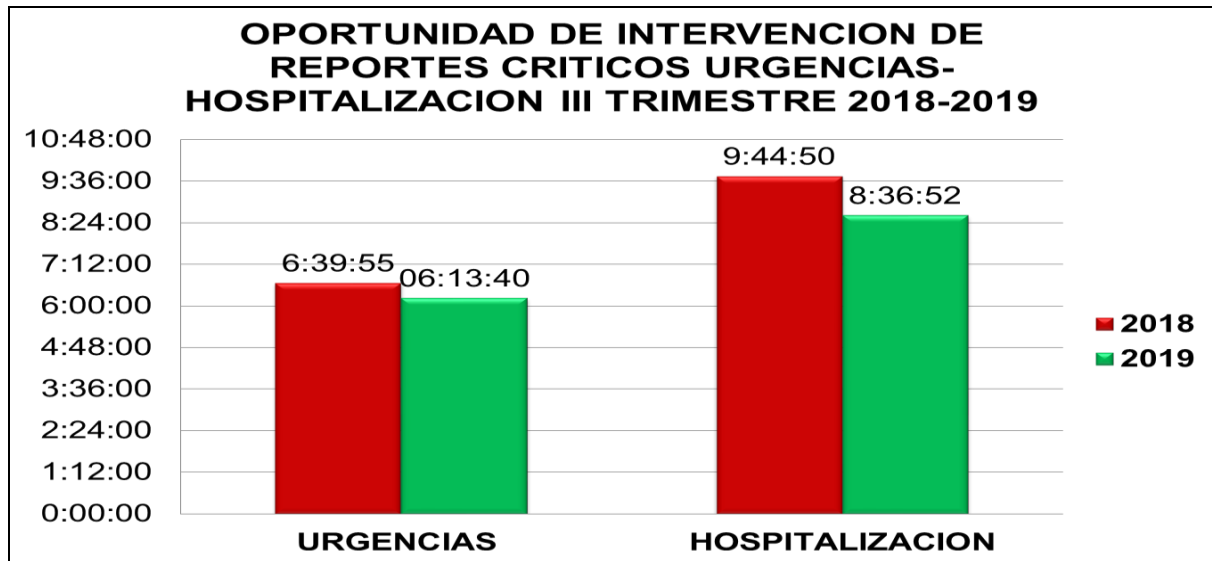
En la anterior grafica se evidencia el comparativo de porcentaje de conductas definidas en relación a resultados críticos de laboratorio clínico en general en el HUS III trimestre del 2018 comparativo 2019, se evidencia claramente un incremento progresivo significativo del porcentaje de conductas medicas definidas con base a los reportes críticos reportados, esto atribuido a las múltiples intervenciones realizadas en conjunto con los líderes de los procesos de hospitalización y urgencias. Adicionalmente para este trimestre el 3% de los laboratorios críticos auditados no fueron interpretados y solo 1 reporte crítico reporto datos inconsistentes que correspondió al 1%



Grafica N° 16. Fuente. Informe de reportes críticos auditoria médica concurrente III trimestre 2019

En la gráfica anterior, se realiza comparativo del porcentaje de interpretación discriminando hospitalización-urgencias, evidenciando claramente que el comportamiento en el III trimestre del 2018 y 2019, se evidencia tanto en urgencias como en hospitalización un incremento significativo del total de reportes críticos intervenidos clínicamente, esto contribuido a las retroalimentación realizada por los líderes de proceso. En urgencia se implementó un libro de control donde se registran los reportes críticos informados por laboratorio clínico al personal médico.

Se considera que para mejorar aún más el resultado del indicar enfermería, debería registrar en la historia clínica el resultado crítico que le fue informado por laboratorio clínico y a quien le informaron dicho resultado, para lograr una mejor trazabilidad del reporte en todas las áreas involucradas. Y por otro lado es importante resaltar que se está fortaleciendo la cultura de registrar en la historia clínica por parte del personal médico "se recibe reporte de laboratorio, llamado de laboratorio o llamado de enfermería".



Grafica N° 17. Fuente. Informe de reportes críticos auditoría médica concurrente III trimestre 2019

En relación a la oportunidad de intervención de reportes críticos en el III trimestre del presente año en general en el HUS fue de 7 horas con 24 minutos, y en la gráfica anterior se evidencia discriminado por servicio de urgencias y hospitalización, observando en el III trimestre en comparación con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior, que en urgencias disminuyó el tiempo de intervención en 26 minutos y en hospitalización disminuyó en 1 hora, lo cual es significativo, y claramente ya se puede evidenciar una tendencia. Es importante, continuar trabajando en adquirir la cultura de intervención a los reportes críticos durante el ciclo de atención tanto en hospitalización como en urgencias.

3. PQRS

No aplica.

4. PLAN OPERATIVO ANUAL

No aplica.

5. GESTIÓN 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 intra- institucional 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.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Informe de Gestión

05DE07 – V3

1.8 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA, CENTRO DE SALUD DE COGUA Y PUESTO DE SALUD SAN CAYETANO

GESTIÓN DEL PROCESO



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



2.1 ATENCIÓN AL PACIENTE URGENCIAS

GESTIÓN DEL PROCESO

➤ COMPARATIVO III TRIMESTRE

	JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE				TERCER TRIMESTRE COMPARATIVO			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Nº PACIENTES CLASIF. TRIAGE 1 EMERGENCIA	22	8	16	3	26	13	17	3	15	12	8	5	63	33	41	11
Nº PACIENTES CLASIF. TRIAGE 2-URGE. VITAL	322	33	32	86	160	34	28	33	87	33	27	42	569	100	87	161
Nº PACIENTES CLASIFI. 3 - URGENCIAS	862	1113	1361	1600	1104	1213	1269	1483	1108	1134	1288	1466	3074	3460	3918	4549
Nº PACIENTES CLASIF. TRIAGE 4 PRIORITARIO	90	212	241	665	102	223	267	475	108	299	217	404	300	734	725	1544
Nº PACIENTES CLASIF. TRIAGE 5 – NO URGEN	217	154	173	97	247	189	153	125	241	203	148	182	705	546	474	404
TOTAL PACIENTES CON TRIAGES	1513	1520	1823	2451	1639	1672	1734	2119	1559	1681	1688	2099	4711	4873	5245	6669
TOTAL CONSULTAS	1458	1453	1425	1658	1508	1338	1361	1654	1432	1267	1417	1660	4398	4058	4203	4972
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	1287	1159	1222	1495	1328	1085	1132	1468	1238	1046	1190	1511	3853	3290	3544	4474
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	171	294	203	163	180	253	229	186	194	221	227	149	545	768	659	498
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	33,21	23,41	25,46	20,35	29,42	20,40	23,50	24,27	23,48	15,56	15,17	27,39	28,70	19,79	21,38	24,00
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	40,32	28,35	39,49	46,56	36,27	30,35	40,52	52,39	38,31	30,06	44,23	56,3	38,30	29,59	41,41	51,75
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	66,42	47,44	54,54	74,41	59	48,56	54,42	77,45	61	40,08	58,38	83,15	62,14	45,36	55,78	78,34
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	13	11	15	12	21	13	16	19	13	17	16		47	41	47	31
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL	1	0	0	0	3	0	0	0	3	1	0	0	7	1	0	0

EGRESO																
TOTAL PTES ATEND.POR DEMANDA ESPONTANEA	936	942	1034	1298	943	933	1007	1249	909	858	978	1255	2788	2733	3019	3802

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANALISIS POR INDICADOR:

 ➤ **NUMERO DE CONSULTAS MEDICINA GENERAL**

Análisis: El Servicio de Urgencias presento un incremento en la demanda del 21% durante el III trimestre del año 2019 aproximadamente, este hecho se tradujo en aumento en los tiempos de oportunidad que mide el Servicio y en una permanente sobreocupación con utilización de los espacios de expansión.

 ➤ **TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA**

Análisis Este indicador viene en aumento en los últimos años observándose una diferencia de 783 pacientes con relaciona al año 2018

Al realizar un análisis de la demanda se observa un pico de afluencia de pacientes que va desde las 11 am a las 3pm, estas 4 horas muchas veces descompensan el Servicio por lo abrupto del aumento de la demanda. Por la Infraestructura del Servicio es imposible apoyar estas horas con otro profesional Médico por falta de espacio físico para adecuar otro consultorio y la imposibilidad de contar con otro punto de cómputo por falta de cableado y capacidad de la red.

 ➤ **NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS EN EL TRIAGE:**

Análisis: El total de triages se aumentó en 1424 pacientes lo que corresponde a un incremento del 21% en el trimestre, a expensas principalmente del triage IV que duplico su volumen. Estos pacientes corresponden: "... a patologías que no comprometen su estado general ni representan un riesgo evidente para la vida, no existen riesgos de complicación o secuela de la enfermedad si no recibe la atención correspondiente." (Resolución 5596/15) Estos pacientes son direccionados a su EPS o IPS de la red de menor nivel de complejidad para ser atendidos en la consulta externa.

No se le realiza el triage a los pacientes remitidos de otras IPS o por la consulta externa del HUS.

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

Análisis: Se cumplió con la oportunidad consignada en la Resolución 5596/15 que corresponde a 30 minutos, su logro corresponde al trabajo en equipo del Servicio y a la comunicación directa y asertiva que inicia con el Jefe el triage, el equipo médico y la atención por Enfermería.

 ➤ **TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE III**

Análisis: Este indicador viene en aumento para los tiempos de oportunidad que el Servicio de Urgencias se había planteado inicialmente como mejora en la atención, (la resolución no establece estándares), pero a causa del incremento de la demanda de atención que muchas veces excede la oferta de horas/ medico (como se explica en el indicador de Demanda espontanea) no es posible mejorar esta oportunidad ya que esta en relación directa a la demanda.

Por otra parte el actuar del técnico de admisiones que acumula varios triages para abrir los ingresos por grupos hace que los tiempos se prolonguen, esto ha sido muchas veces comentado tanto en los informes de Gestión anteriores como al área responsable de este personal, sin soluciones claras a la fecha.

➤ **OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA**

Análisis: Esta oportunidad también se ha incrementado y obedece a las mismas causas que las del Triage III que es el grueso de nuestra atención en salud, al aumentar la demanda con el mismo personal médico no es posible mejorar los tiempos, y la falta de espacio físico y equipos de cómputo hace imposible en la actualidad contratar más personal médico

➤ **TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS:**

Análisis: Los tiempos de las respuestas de la Interconsultas por la especialidades auditadas se ha mantenido dentro de los estándares establecidos en el Procedimiento de Interconsulta código 02PU03, como logro se establece el compromiso de las diferentes especialidades para priorizar los pacientes en Urgencias antes de iniciar procedimiento en Salas de Cirugía.

➤ **CONSOLIDADO PQRS Y FELICITACIONES**

Análisis: Se presenta una disminución de las PQR en el III trimestre comparativamente con el trimestre anterior, y un aumento considerable en las felicitaciones. La Subdirección de Urgencias y la Coordinadora de Enfermería del Servicio han realizado seguimiento directo a las quejas y retroalimentación con el personal involucrado, elaborando actas de seguimiento y compromisos a lugar.

2.2 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

GESTIÓN DEL PROCESO

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
NO de remisiones solicitadas al HUS	1738	1337	1115

Para el segundo trimestre del año 2019 el número de solicitudes de remisión disminuyen con respecto al año 2018, en consecuencia la principal causa es atribuible por una parte a que EPS Convida ya no está comentando los pacientes del Departamento a nuestra institución si no que los comenta a otras entidades igualmente sucede con otras EPS como Famisanar, Compensar, Nueva EPS, quienes aducen que hay otras instituciones que les ofrecen tarifas más baratas que las del Hospital Universitario de la Samaritana.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	1738	1337	1115

El número de remisiones solicitadas al HUS por tipo de Asegurador disminuyen con respecto al periodo del año 2018 no obstante aumentan de forma significativa las solicitudes con líneas de pago vinculados ya que se comentan pacientes de Nacionalidad Venezolana por parte del CRUE de Cundinamarca quienes se encuentran en los diferentes municipios del Departamento, así mismo el régimen contributivo aumenta el número de solicitudes de pacientes, cuando no tienen disponibilidad en su red, por otra parte los pacientes con líneas de pago SOAT disminuyeron notablemente durante este periodo de tiempo.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	1713	1337	1115

El número de remisiones solicitadas al Hospital Universitario de la Samaritana por especialidad en el III trimestre del año 2019 disminuye con respecto al año 2018 de todos modos aumentaron los pacientes comentados en las siguientes especialidades, Cirugía, Cirugía Plástica, Ginecología, Unidad de Recién Nacidos, Cuidados Intermedios, Cirugía vascular, Oftalmología, de ahí que el resto de especialidades baja no de una manera considerable.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	51%	44%	41%

El número de remisiones solicitadas al Hospital Universitario de la Samaritana por especialidad en el tercer trimestre del año 2019 disminuye con respecto al año 2018 como una novedad es la obra que se está realizando en ginecología y sala de partes ya que no se reciben pacientes para esta especialidad desde hace cuatro meses aproximadamente en de todos modos aumentaron los pacientes comentados en las siguientes especialidades, medicina interna, Oftalmología, de ahí que el resto de especialidades baja de una manera considerable.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
Remisiones rechazadas por causa	834	668	581

Para el tercer trimestre del año 2019 aumenta el número de remisiones rechazadas frente al año 2018 de ahí que la no disponibilidad de camas tanto en hospitalización como en el servicio de Urgencias sea la causa más relevante, por otra parte, la falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos también contribuye a las principales causas de rechazo de pacientes que requieren atención en el hospital de tercer nivel y cuarto nivel del departamento de Cundinamarca.

La falta de especialistas para el manejo de patologías oncológicas cuyo servicio no se encuentra ofertado por el Hospital Universitario de la Samaritana es otra razón de importancia en el motivo de rechazo de los pacientes.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	351	46	211

El número de remisiones realizadas desde Urgencias a otras IPS sigue en aumento con respecto al año 2018, la causa más relevante es que la población ve como una opción el ingreso al servicio de urgencias y acude en forma masiva sin importar el tipo de convenio que hay, de igual forma las EPS como Compensar, Sanitas, Nueva EPS, remiten a sus pacientes a sus centros de atención con los cuales tengan convenio a pesar de tener contrato con el HUS.

Otra causa es el incremento de pacientes con patología Oncológica que ingresa al servicio de Urgencias en un estado grave ya que no ha tenido continuidad con su tratamiento y manejo

2.3 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

GESTIÓN DEL PROCESO

A continuación se presenta un informe ejecutivo de la gestión del servicio de Consulta Externa del año 2019 comparado con cada año desde 2015.

COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	III TRIM				
	2015	2016	2017	2018	2019
Horas programadas consulta especializada	6.745	6.166	5.180	5.106	5.369
Consultas asignadas = programadas	20.246	18.668	14.903	15.249	15.868
Consultas realizadas	17.078	16.510	12.930	12.601	13.423
% Inasistencia	15%	11%	12%	17%	15%
% Cancelación o causa de NO atención	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,8%
% cancelación - institucional/programadas	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizada/oferta)	88%	95%	90%	90%	91%
Rendimiento hora medico consulta	2,5	2,7	2,5	2,5	2,5
% Demanda insatisfecha en Consulta	15%	3%	7%	26%	2%

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 1

Con la suspensión de restricción a Medimas, se aumentó oferta de horas en 4% y 5% frente a los años 2017 y 2018 y aumentó a su vez la productividad, en 4% y 7% frente a los años 2017 y 2018. En el III trimestre de 2019 se atendió un promedio de consultas mes de **4.474**, mientras que en el 2015 que presentó mejor demanda y se atendieron en promedio **5.693** consulta por mes, baja a expensas de disminución en demanda por parte de Convida.

Con la **confirmación** de citas que llegó al 17% en el III trimestre de 2019 y con la asignación de cita al familiar y no a la EPS, **La Inasistencia estuvo en 15%**, bajó 13% comparado con el año anterior, marcada por pacientes en primer lugar de Fiduconsorcio (Inpec- fuera de Bogotá), seguido de Pijaos, Compensar, Convida, Mutualser, Comparta, Medimas y particulares. Las tres primeras causas fueron: 1. Dificultad traslado por INPEC 2. Dificultad de desplazamiento 3. Relacionada con la autorización (sin autorización, o vencida).

La cancelación o no atención fue del 0,8% en el III trim: 48% por causa institucional (falla en asignación de cita), **41% atribuida al paciente** (cita mal solicitada seguida de, sin resultado de paraclínicos necesarios para definir conducta, seguido de) y **11% por causa externa**. (accidente en la vía, por lo que el especialista no logra asistir a consulta, Inpec por llegada tarde o no espera atención, se aclara que correspondieron a las penitenciarías de fuera de Bogotá, con quienes no se lleva a cabo reunión de seguimiento

El uso de la capacidad de oferta mejoró pasando **90%** en el 2018 a **91%** en 2019. Este indicador tiene como fin cerrar la brecha, entre la oferta y la demanda optimizando recursos. **La capacidad de oferta se optimiza con:** 1. Aumento de la demanda 2. Cumplimiento de citas (confirmación de citas, para disminuir la inasistencia) 3. Ajuste en capacidad de ofertada en horas de acuerdo a la demanda, optimizando tiempo de especialistas en actividades académicas, administrativas o de hospitalización. **Como dificultades** está: 1. inasistencia 2. La cancelación (institucional, por paciente o por causa externa) 3. Baja demanda en varias agendas (EPS se han llevado pacientes para otras IPS por mejores tarifas, sin tener en cuenta la seguridad del paciente. 4. Falta de contratación de más especialistas en las especialidades de alta demanda. El **rendimiento**, aumentó 1% frente al III trimestre del año anterior (ver tabla No.1), este indicador se afecta debido a la inasistencia, cancelación y cupos que quedan libres, por falta de solicitud por parte de los usuarios. El indicador de **Demanda insatisfecha (DI)**, bajó considerablemente en el III trimestre frente al año anterior, (ver tabla No.1), a expensas de la suspensión de la restricción a

Medimas. La **DI financiera** que dentro del 2% de DI total en consulta representó el 27%, se presentó por usuarios que solicitaron cita, sin contar con autorización de la EPS, por lo que no se asignó cita (Famisanar, quienes envían autorización para cirugía y no de consulta). La **DI por represamiento** en agendas representó el 70% (dentro del 2% de DI total), por la alta demanda en algunas agendas a expensas de Medimas, Famisanar y Fiduconsorcio. En orden se encontró: Un 23% de las solicitudes hacia Cx. cabeza y cuello, no se pudieron asignar (como es bien conocida la demanda del país supera la oferta de supraespecialistas, y hubo necesidad de retirar horas para realizar procedimientos quirúrgicos por represamiento, suspendiendo temporalmente el servicio por habilitación, por lo que bajó frente al trimestre anterior que fue 57%), 7% hacia Endocrinología (bajó gracias a ampliación de 4 horas), 6% hacia Cx. Tórax (bajó, gracias al aumento de la oferta desde en agosto en 3 horas x mes), 15% hacia Reumatología (por falta de oportunidad en la propuesta de agenda por parte del especialista), 12% hacia Cx. Vascular periférica (bajó gracias a ampliación de 5 horas en septiembre), 19% hacia Dolor y paliativos (aumentó nuevamente debido a baja de oferta por especialista), 4% de las solicitudes hacia Hematología, y no se pudieron asignar. La **DI por causa humana** fue de 2% (dentro del 2% de DI total) en Cirugía de cabeza y cuello, por suspensión de contrato en agosto y septiembre. No se presentó demanda insatisfecha por causa **física**, en el periodo.

Oportunidad en asignación de citas

COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	III TRIM				
	2015	2016	2017	2018	2019
Oportunidad en cita Medicina interna (15)	7	1	1	1	3
Oportunidad en cita Cirugía (20 días)	17	2	2	5	4
Oportunidad en cita Ginecología (5 días)	5	1	1	2	2
Oportunidad en cita Obstetricia (5 días)	2	2	2	0	1
Oportunidad en Anestesia (10 días)	4	4	0	2	3
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	13	3	2	4	6

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 2

En **Medicina Interna** se presenta baja demanda (Convida envía a los II niveles). En **Cirugía General** se amplió la oferta en 51 horas desde el I trimestre por incrementó de la demanda a expensas de Fiduconsorcio y Medimas. El HUS solo atiende el **Alto Riesgo Obstétrico**, se oferta de lunes a viernes y se monitoriza mensualmente, también es de seguimiento del PAS, al igual que **Ginecología**. Para **Anestesia** con el aumento de la demanda, para el III trimestre aumentamos 10 horas, con lo cual se obtuvo el resultado presentado. Se atendieron 896 pacientes en el trimestre, mientras que el II trimestre fueron 806 atendidos.

Es de aclarar que No existe una meta máxima establecida por norma para las demás especialidades. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas como: Medicina Interna, Gastroenterología, Nefrología, Obstetricia, Oftalmología y Psicología entre otras.

Las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda, por cada especialidad. Las especialidades que presentaron oportunidad a más de 10 días en citas de primer vez fueron: Endocrinología (20 días), Cirugía de tórax (13 días), Hematología (11 días) y Cirugía vascular (20 días). La oportunidad en las agendas de Reumatología y Cirugía de cabeza y cuello, no se pudo establecer de manera real, por falta de propuesta oportuna de la agenda por trimestre (sino por mes)

2.4 PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

GESTIÓN DEL PROCESO

HUS SEDE BOGOTÁ - VOZ DEL USUARIO

FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	496/507
% satisfacción Global HUS I Semestre 2019	97.8%

En el III trimestre 2019 el Porcentaje de Satisfacción Global fue del 99.6% para HUS Bogotá es decir estuvo por encima de la meta establecida que es del 97% sobre 294 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá, En el III Trimestre **Un (1) Usuario manifestó inconformidad por el servicio**, es decir el **0.4% No** están satisfechos con el servicio, específicamente en **Urgencias** por falta de trato amable del equipo de enfermería, que no dan razón de los pacientes , y sugiere que coloquen más sillas en la sala de espera.

En la Sede de Zipaquirá fue del 95.3 % el cual estuvo por encima de la meta establecida para la vigencia 2019 (87%).

COMPARATIVO TRIMESTRAL

FORMULA	JUL	AGO	SEP	III TRIM 2016	III TRIM 2017	III TRIM 2018	III TRIM 2019
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	98/99 (98.9%)	99/99 (100%)	95/95 (100%)	226/226 (100%)	267/270 (98.8%)	293/293 (100%)	293/294 (99.6%)

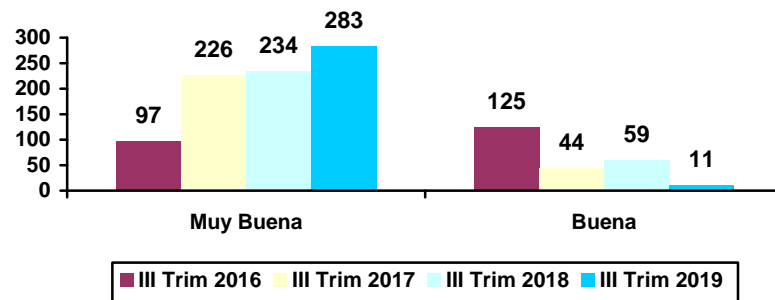
Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario: Pregunta trazadora ¿Cómo se sintió con la atención ofrecida en el HUS? Satisfecho / Insatisfecho

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 III TRIMESTRE 2019



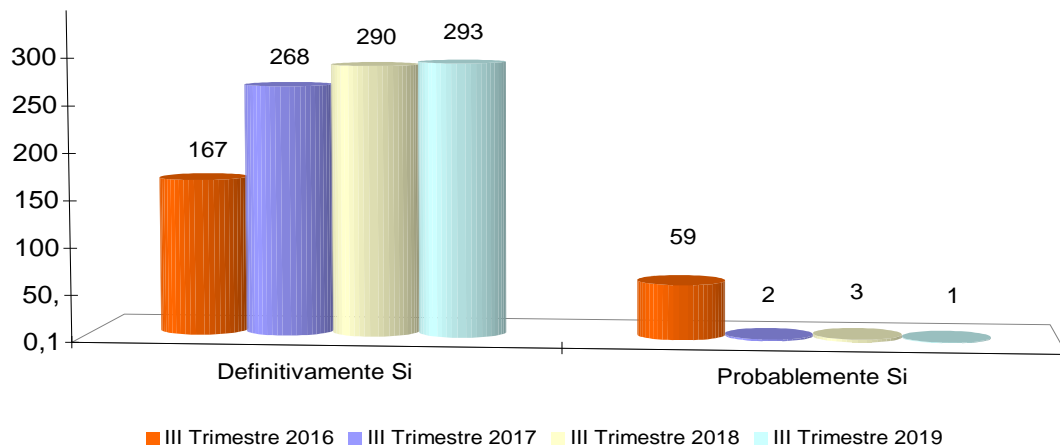
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?



De los 294 Usuarios encuestados la participación en los rangos de muy buena fue de 283 y Buena de 59 Usuarios lo cual indica que el Usuario está muy satisfecho.

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

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?



De los 294 Usuarios encuestados la participación en los rangos de "definitivamente recomendaría la IPS, fue de 293 Usuarios lo cual indica que el Usuario es muy leal a la Institución.

A través de estas 2 preguntas establecidas en la Res 256/2016 aplicadas a nuestros usuarios contempladas en la 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, lo cual se fundamenta en las acciones implementadas desde las diferentes instancias, el fortalecimiento de las Líneas estratégicas del programa de Humanización, Inducción y Reinducción del Cliente Interno, sensibilización del respeto por los derechos y Deberes del Paciente, Apoyo en orientación e información a los Usuarios, Educación al Paciente y / o Cuidador, entre otros.

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO, I SEMESTRE 2019

RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD	JULIO	AGOSTO	SEP	TOTAL
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	252	362	269	819

Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente los 3 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	JUL	AGO	SEPT	TOTAL
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	68	92	120	280

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	JUL	AGO	SEPT	TOTAL
SOCIALIZACION DERECHOS Y DEBERES PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION C. EXTERNA Y URGENCIAS	170	253	276	699

La socialización se realiza diariamente a los usuarios durante las visitas diarias a los pacientes hospitalizados, en las salas de espera de los servicios ambulatorios a través de charlas utilizando un rotafolio con temas adicionales como tips de emergencias y desastres, segregación de residuos, puntos ecológicos, rol de la oficina de la Dirección de Atención al Usuario, mecanismos de interposición de PQRSD, entre otros.

Intervenciones Realizadas por la Informadoras en el III Trimestre 2019, durante Rondas y Visitas a Pacientes Hospitalizados



Intervención	Total Trimestre	Observaciones
Usuarios se comunican por vía telefónica para solicitar citas médicas porque no es fácil comunicación con el Call Center	4	Se logra la asignación de citas en los diferentes servicios
Orientación, información y acompañamiento a paciente en condición Discapacidad Física	1	Servicio de urgencias
Usuarios se comunican por vía telefónica para solicitar citas médicas porque difícil la comunicación con el Call Center y Usuarios envían documentos por correo	20	Se logra la asignación de las citas
Pacientes quienes solicitan en la DAU colaboración para asignación de citas, porque no ha sido posible la asignación de citas vía telefónica	8	Se logra las asignación de citas
Realizando rondas por diferentes servicios se evidencia timbres dañados	2	Se ubica al servicio de mantenimiento para su gestión
Realizando visitas por el servicio 2 sur se evidencia cortina caída	1	Se habla con el servicio de hotelería para su gestión la cual se realizo
Realizando visita por el servicio 4 norte se evidencia que el control de la cama no funcionaba	1	Se habla con la Ingeniera Xiomara Alvarado del servicio de equipos médicos la cual se realizó la gestión
Por petición del jefe enfermero del turno de la tarde solicita intervención de la DAU para el trámite de salida de paciente habitante de calle	1	Se realiza acompañamiento y se gestiona en el servicio de facturación del primer piso
Total de Seguimientos en el Trimestre		38

Seguimiento a (Casos especiales) Pacientes Hospitalizados durante Rondas y Visitas de las Informadoras y Orientadoras en el III Trimestre 2019

Causa del Seguimiento	Total	Observaciones
Familiar de funcionario	5	* Seguimiento y saludo diario 2 veces al día
Colaborador de HUS	2	*Se logró el cambio de habitación a 2 pacientes
Pacientes con Discapacidad	11	* Se realizó acompañamiento en duelo a familiares por fallecimiento de paciente. *Se gestionó con hotelería para la limpieza de los baños. * Se le socializo lo
Especiales – PQRSD – Otros	14	
Representante Junta Directiva de la Asociación de Usuario del HUS	1	
Total de Seguimientos		33

PAS III TRIMESTRE 2019. PROGRAMA DE HUMANIZACION. AVANCES



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Se según el cronograma de actividades del Programa Humanización 2019 se tienen 180 actividades programadas en el año, de las cuales se programaron 46 y se cumplieron TODAS las programadas para el III Trimestre 2019 es decir 100% tanto para Bogotá como par U.F Zipaquirá. Lidera y realiza seguimiento a su cumplimiento la Directora de atención al Usuario.

OTRAS ESTRATEGIAS DE ACOGIDA A NUESTROS PACIENTES Y FAMILIARES.

- **ESTRATEGIA CELEBRACION CUMPLEAÑOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Durante el I semestre 2019 se continuó con la estrategia de Celebración de los Cumpleaños de los Pacientes Hospitalizados

Mes	N° de Celebraciones
Julio	3
Agosto	10
Septiembre	5
TOTAL	18



- **ESTRATEGIA 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 III Trimestre 2019	N. DE ASISTENTES
Julio	6
Agosto	4
Septiembre	11
TOTAL	21

- **ESTRATEGIA SAMI DIVIERTE Y ENSEÑA**

Proporcionar medios y herramientas ludicopedagogicas como el juego y la lectura, para hacer más agradable la estadía de nuestros pacientes hospitalizados. **METODOLOGIA IDENTIFICANDO “QUIEN JUEGA Y APRENDE CON SAMI “**

Diariamente, nuestras Infamadoras en las visitas a los pacientes hospitalizados, identificaran aquellos pacientes que por su patología estarían en condiciones de jugar con **SAMI**, corroborando esta percepción con las enfermeras jefes de cada uno de los servicios.

III Trimestre 2019	N. Pacientes abordados
Julio	1
Agosto	23
Septiembre	27
TOTAL	51



- **ESTRATEGIA DE ESTIMULACION SENSORIAL (AUDITIVA) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS Y UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

La política de humanización del Hospital Universitario de la Samaritana reconoce en toda persona un ser humano en sus dimensiones física, intelectual, emocional, social y espiritual, fomentando una relación respetuosa y cálida entre el equipo humano de la institución, los pacientes y sus familias, este proceso de sensibilización liderado por la Dirección de Atención al Usuario ha permitido espacios que permiten evidenciar el trabajo de equipo y convertir al HUS en un hospital cada vez más humano.

Las personas que ingresan a la **Unidad de Cuidado Intensivo** están limitadas en sus capacidades físicas y cognitivas y necesitan participar en actividades que proporcionen estimulación multisensorial, ayudando a aliviar el estrés y el aburrimiento. El hecho de participar en una actividad también implica un acto de comunicación que mejora la sensación de confort y bienestar.

La forma en estos paciente obtienen la información del ambiente es a través de nuestros sentidos (la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato) y del movimiento, sentidos que están en constante diálogo con el entorno. El color de una pared, la textura de una silla, la intensidad de la luz, la acumulación de olores, o la brisa que entra por una ventana abierta, son ejemplos de sensaciones que podemos experimentar al mismo tiempo.

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. Los Indicadores No se subieron al TUCI (bloqueado) teniendo en cuenta que se va a iniciar la implementación del Software de ALMERA.

Se remitió el Informe trimestral de Participación Social a la Secretaría de Salud de Cundinamarca: Actas del Comité de Ética, Indicador de satisfacción III Trimestre 2019, Informe ejecutivo de las reuniones mensuales de la Asociación de usuarios, Informe de PQRSD por parte de la SDU(mensual y trimestral).

POLITICA PÚBLICA DE PARTICIPACION SOCIAL.

El Plan de Acción de la PPS del HUS se incluyó en el PAS 2019. El HUS en la Declaración de los Derechos y Deberes en Salud tiene contemplado como el 7 Derecho "La Participación Social" a través del cual también se socializa la Política y su Plan de acción al Cliente Interno en las sesiones mensuales de Inducción y Reinducción al igual que al Paciente y su Familia diariamente en las charlas que realizan en las Salas de espera del hospital. Para este trimestre se cumplió el 82,4%, al 11,81 % de incumplimiento se debe al Noreporte de actividades asignadas en el Plan a la Subdirección de la defensoría del usuario y a la Subdirección de Desarrollo Humano, esta última en lo relacionado con la No organización y ejecución del curso de Formadores Comunitarios. Se ha venido Ejecutando el Programa o Plan de acción de Promoción y Prevención del HUS en la Sede Bogotá y U.F de Zipaquirá, liderado por el Enfermero Profesional Julián Caballero en el HUS Bogotá y en el U.F de Zipaquirá por el equipo de salud Pública. Se presentó informe del I semestre 2019 de acuerdo al cronograma. En la U.F a pesar de las reiteradas invitaciones de la Líder de la Oficina de Atención al Usuario para realizar reuniones con la Veeduría, desafortunadamente no han asistido a las mismas y se desconocen los motivos de su ausencia, evidenciando el no ejercicio de este derecho que tienen los ciudadanos desde los mecanismos de participación ciudadana.

La Directora de Atención al usuario en representación del Gerente del HUS asistió a las reuniones de COPACO convocadas por la Alcaldía y participó activamente en la construcción del plan de acción de la misma para el II Semestre de 2019.

PUMP

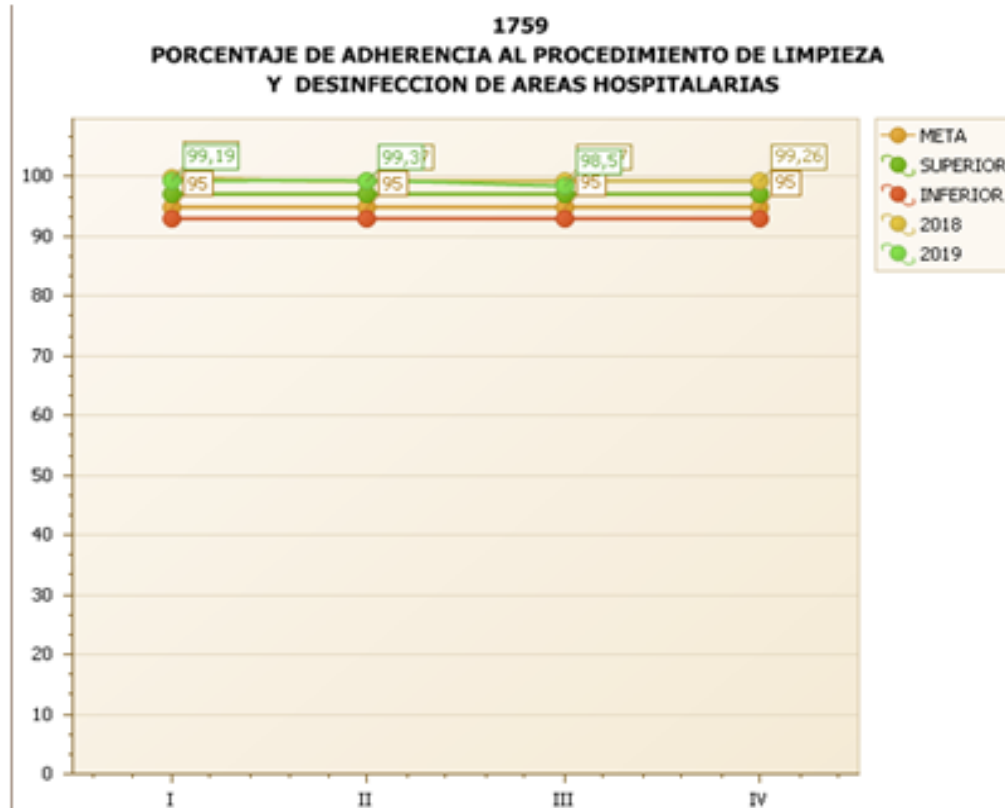
Se revisaron las Propuestas de PUMP por parte de los procesos de las dependencias de la Dirección de Atención al Usuario los cuales se ajustaron y se avalaron los cuales están documentados (correos, actas de reunión, etc). Para este semestre ampliaron y complementaron los PUMP de Hotelería, Urgencias con base a las diferentes fuentes de hallazgo y se publicaron en la INTRANET lo cual se puede verificar.



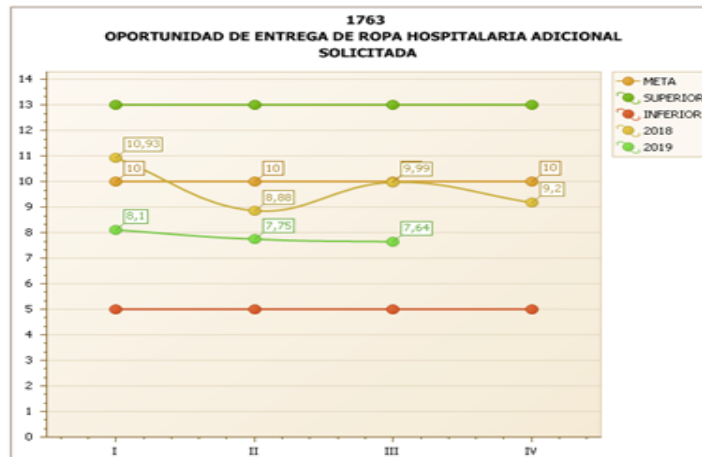
2.5 GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

GESTIÓN DEL PROCESO

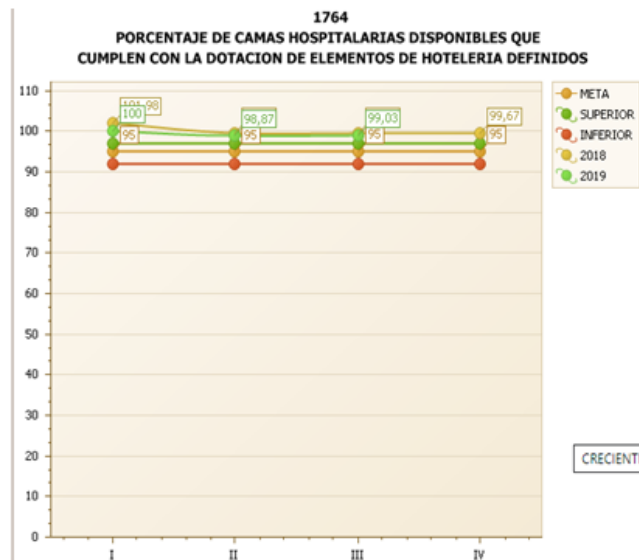
En el tercer trimestre de 2019, se siguen llevando los indicadores formulados en el TUCI con los datos respectivos, pero no se llevan al TUCI, mientras se migra al aplicativo Almera:



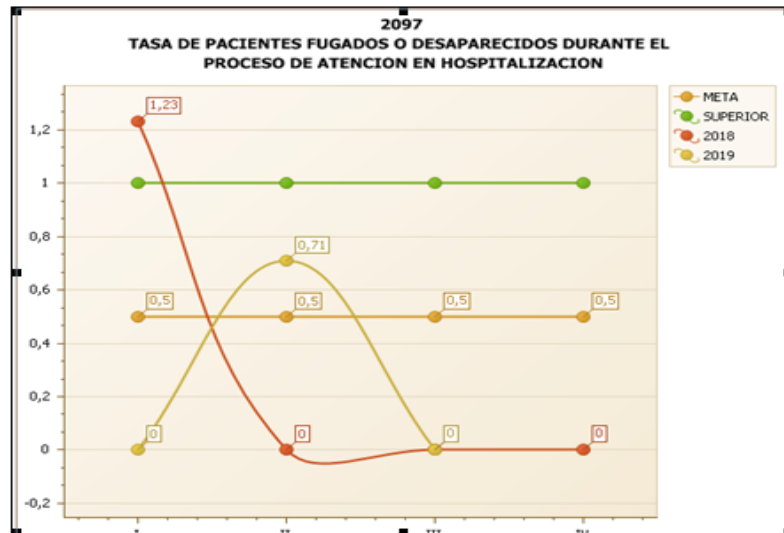
Para el tercer trimestre se mantiene un resultado del 99.7% de adherencia al procedimiento de Limpieza y Desinfección de Áreas Hospitalarias, alcanzado con capacitación y entrenamiento permanente del personal de la empresa de aseo



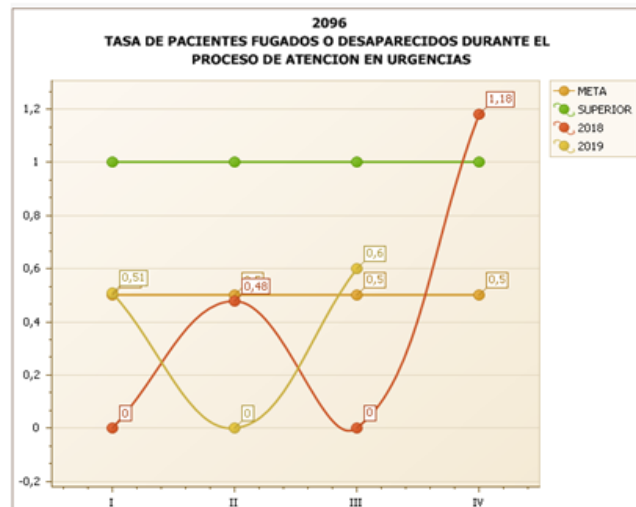
En el tercer trimestre se sigue sobrepasando la meta, con un resultado de 9.8 minutos para la entrega de ropa hospitalaria adicional, reflejado en que a la fecha no hay quejas de los servicios por falta de ropa para los pacientes. La empresa de lavandería tiene suficientes prendas y personal con buena adherencia a los procedimientos



El resultado del indicador se sigue manteniendo con un 96%, a pesar de que no se han cambiado elementos de mobiliario, los cuales se espera n cambiar luego de que se culmine el proceso de compra en el cuarto trimestre de 2019. Sin embargo la meta se sobrepasa



El resultado del indicador se alcanza en el tercer trimestre de 2019, ya que no se presentaron fugas de pacientes, atribuido a acciones conjuntas de mejora que se ejecutaron con el apoyo de las áreas transversales del proceso, todo ello aterrizado en el PUM de Hotelaría Hospitalaria



En el servicio de Urgencias el indicador tiene una tasa del 0% alcanzando la meta; no hubo fugas en el trimestre, resultado de las acciones que se formularon también para pacientes de hospitalización: reforzar barreras físicas, implementar el sistema biométrico de identificación y adherencia al procedimiento de identificación, búsqueda y reporte de usuarios con riesgo de fuga

PQRS

CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS PROCESO HOTELERIA AÑO 2019												CAUSAS POR TRIMESTRE AÑO 2019						ACCIONES DE MEJORA
CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	%	I	%	II	%	III	%	
Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	1	1	0	0	2	8	23	9	1	45	54%	2	20%	10	38%	33	70%	Se formula PUM: implementación del sistema biométrico de ingreso, mejorar adherencia a procedimientos de vigilancia; adecuar un puesto más para recepción.
Falta de calidez y trato amable	1	3	3	1	4	4	4	4	2	26	31%	7	70%	9	35%	10	21%	Se formula PUM: Se realiza análisis úntual de cada caso con toma de desciones. Se realizará intervención en el cuarto trimestre de 2019 por parte de la empresa de vigilancia, en cuanto a calidez y trato amable.
Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	2%	1	10%	0	0%	1	2%	Se recapacitó el personal en procedimientos de ingreso y egres, para mejorar adherencia.
Reclamo por hotelería: Falta de Agua caliente, daño en tv aseó deficiente en áreas del hus, falta de elementos de higiene, obras de remodelacion que no cumplen con el aislamiento	0	0	0	1	3	2	0	2	0	8	10%	0	0%	6	23%	2	4%	Se trasladan requerimientos al área de3 arquitectura y mantenimiento: Ventilación en balos de urgencias, daño de televisores.
Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2%	0	0%	1	4%	1	2%	Se realizan seguimientos a reportes en el aplicativo de seguridad del paciente.

PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA A SEPTIEMBRE 30 DE 2019

La Subdirección de Hotelería, formuló las actividades de las Oportunidades de mejora requeridas y fueron presentadas a la Directora de atención al Usuario, quien las revisa y realiza los ajustes respectivos, como consta en actas y correos electrónicos. Una vez aprobado la ampliación del PUMP se remite a la oficina de Planeación para su publicación en INTRANET.

# HALLAZGO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	RESULTADO Y/O AVANCE A 4 DE OCTUBRE DE 2019	ESTADO
1	PQRS	El 26% de las PQR recibidas durante el 2018, son atribuidas a falta de calidez y trato amable por parte del personal de vigilancia y aseo	1. Fortalecer el proceso de capacitación y sensibilización en relación a la humanización de los colaboradores de vigilancia y aseo	Se evidencia las listas de chequeo y las actas con el análisis de los 6 casos presentados en el tercer trimestre. La actividad culmina el 13 de diciembre de 2019	EN DESARROLLO
2	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	Se evidencian restos de tabaco en los jardines, zonas comunes, parqueaderos y andenes frente al Hospital	2. Mejorar la intervención institucional que conlleve al cumplimiento de la normativa vigente (intra y extrainstitucional) con relación al respeto de los espacios libres de humo en el HUS y sus alrededores	2. Se evidencia el cronograma de las campañas Continuar campaña de sensibilización con los Rompe tráfico, video, cartelera digitales y demás medios masivos del HUS relacionados con el tema (P Humanización: L.E. Ambiente y Tecnologías Amigables) con las acciones ejecutadas a la fecha; asistencia a capacitación de plan estratégico de seguridad vial, protocolo de sustancias psicoactivas con la asistencia de 123 personas; capacitación de 238 personas en capacitación del procedimiento toma de alcoholímetro 3-4- Se evidencia reporte emitido al Gerente sobre los Colaboradores reincidentes.	EN DESARROLLO
3	AUDITORIA ISO 14001	Se evidencia que los depósitos intermedios y centrales de residuos de la institución, no cumplen normativamente frente a condiciones de infraestructura: paredes, pisos y techos deteriorados, no lisos, falta de señalización, deterioro de puertas y chapas, deterioro de barreras para vectores, los puntos de agua no funcionan, en algunos no hay iluminación.	3. Dar cumplimiento a los Requisitos específicos de Habilitación	Se evidencia los soportes de los mantenimientos de los depósitos, supervisión y el correo para la solicitud de inclusión en el cronograma de mantenimiento de las vigencias siguientes.	COMPLETO
4	AUDITORIA ISO 14001	Se encuentran en algunos depósitos centrales e intermedios de residuos, elementos de protección personal, elementos de aseo y bolsas de residuos sin marcar.	4. Mejorar la adherencia del Procedimiento por parte del Personal de la empresa de Aseo	Se evidencia las listas de socialización del plan de saneamiento 27 de agosto 2019 con 21, 13 de agosto con 21, 31 de julio con 17 y 10 personas más. Se evidencia el informe de consolidación de resultados de las 12 listas de listas de chequeo aplicada hasta el tercer trimestre del 2019 de verificación y control de actividades relacionadas con el plan de saneamiento para auxiliares de servicio de alimentos.	COMPLETO
5	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	Se encuentran material particulado en algunos servicios del hospital	5. Mejorar la adherencia del Procedimiento por parte del Personal de la empresa de Aseo	1. Para el tercer trimestre se evidencia las listas de asistencia con 99 personas (incluye servicio de aseo y servicio de alimentación). 2,3,4 se evidencia el informe con el consolidado de los resultados de las listas de chequeo con un porcentaje de adherencia del 99 por ciento	EN DESARROLLO
6	AUDITORIA ISO 14001	Se evidencia que recipientes de residuos hospitalarios en la institución, se encuentran dañados, deteriorados y sin señalización	6. Realizar la solicitud de adquisición con carácter prioritario de los recipientes para residuos hospitalarios necesarios para la institución.	Se evidencia orden de compra de las canecas y contenedores de residuos	EN DESARROLLO
7	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	Falta limpieza y desinfección en muebles. Falta limpieza y desinfección en consultorio.	7. Mejorar la adherencia del Procedimiento por parte del Personal de la empresa de Aseo	1. Para el tercer trimestre se realizó socialización a 99 personas - incluyendo servicio de aseo (contrato tiene 94 personal) y servicio de alimentación. 2,3,4 se evidencia el informe con el consolidado de los resultados de las listas de chequeo con un porcentaje de adherencia del 99 por ciento.	EN DESARROLLO
8	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	Algunos certificados médicos no reportan aptitud para manipular alimentos	8. Incluir en los certificados médicos de las personas del Servicio de alimentos describan explícitamente que no presentan enfermedades infectocontagiosas y que tienen aptitud para manipular alimentos, Verificar su cumplimiento y adjuntarlos a la hoja de vida del personal.	1. Se evidencia la lista de chequeo de seguimiento a la inclusión del certificado médico de manipulación de alimentos del personal de la cocina y la cocineta (33 personas), adicional cumplen en la revisión aleatoria de las hojas de vida.	EN DESARROLLO
9	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se presentaron # 8 fugas de pacientes durante la Vigencia 2018 y # 3 en el I semestre del 2019 evidenciando falta de mecanismos de control que minimicen este riesgo	Definir e implementar acciones que permitan mitigar, disminuir o evitar la fuga de Pacientes	1. Se evidencia el acta de reunión del 27 de junio de 2019, donde se analiza las la cantidad de fugas presentadas en el 2018 y 2019 donde se revisan las necesidades para el reforzamiento de la infraestructura. 2. Se realiza reunión trimestral el seguimiento a fugas donde se presenta el informe trimestral 3. Se evidencia el registro fotográfico	COMPLETO

10	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	En visita de Inspección Sanitaria para establecimientos de preparación de alimentos se observa techo de área de panadería con condensación de grasa; acumulo de residuos en áreas de difícil acceso en equipos de panadería.	Mejorar la limpieza, aseo y desinfección en el servicio de alimentos del hospital	1. Se evidencia las listas de socialización del plan de saneamiento 27 de agosto 2019 con 21 13 de agosto con 21 , 31 de julio con 17 y 10 personas mas 2. Se evidencia el informe de consolidación de resultados de las 12 listas de listas de chequeo aplicada patsa tel tercer trimestre del 2019 de verificación y control de actividades relacionadas con el plan de saneamiento para auxiliares de servicio de alimentos.	COMPLETO
11	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	En visita de Inspección Sanitaria para establecimientos de preparación de alimentos, se encuentra personas en la cocineta de 5 piso usando aretes y con desorden en almacenamiento de refrigerios. y en la cocina se evidencia personas usando dotación de tonalidades de color oscuro.	Cumplimiento de las normas de buenas practicas de bioseguridad y manufactura en áreas de preparación y alistamiento de alimento en el HUS	1. se evidencia el cronograma de socialización del tercer trimestre donde se incluye el procedimiento 02hh03 y las listas de asistencia a las capacitaciones el informe de consolidación de los resultados de las listas de chequeo de comprobación de funcionamiento del servicio de alimentos. Con un porcentaje de adherencia del 99.76% con 21 listas aplicadas auxiliares de cocineta lasu , adicional se evidencia el informe trimestral del listas de chequeo aplicadas en la auxiliares de servicio de alimentos y demas personas que intervienen en el funcionamiento del servicio de alimentos.	COMPLETO
12	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	En visita de Inspección Sanitaria para establecimientos de preparación de alimentos, se observa condensación de grasas en el ducto extractor	Garantizar la limpieza de los ductos de extracción de la campana del servicio de alimentación periódicamente	1. Se evidencia el cronograma de limpieza de ductos y campañas con el cumplimiento de las actividades para el tercer trimestre del año 2019. 2. se evidencia el seguimiento desde el servicio de alimentación de la limpieza a la campana y ductos.	EN DESARROLLO
13	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	En visita de Inspección Sanitaria para establecimientos de preparación de alimentos, en cocinetas no se encuentran planillas de verificación de actividades de limpieza	Fortalecer la limpieza en las Cocinetas de alistamiento de alimentos Implementar en cada cocineta de la institución, el formato Seguimiento a actividades de limpieza y desinfección 05HH19	1. Se evidencia actas con la socialización del formato y las tareas de implementación donde se evidencia el soporte de diligenciamiento del soporte. 2. se evidencia el informe de lista de comprobación de areas criticas - semicriticas y no criticas con porcentaje de adherencia 99.33 %y el analisis correspondiente	EN DESARROLLO
14	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	En visita de Inspección Sanitaria para establecimientos de preparación de alimentos, no se encuentran planillas de verificación de limpieza y desinfección de maquinas dispensadores de bebidas calientes y alimentos y las fichas técnicas de los insumos usados para su limpieza y desinfección	Mejorar la limpieza y desinfección de las máquinas dispensadoras de alimentos e implementar el formato Seguimiento a actividades de limpieza y desinfección 05HH20, control de temperatura y fichas técnicas de los productos de limpieza y desinfección de las mismas	Se evidencia el requerimiento del 11 de julio con respuesta del 15 de julio con la el formato de las fichas tecnicas del productos desinfectante. En la acta de reunión de finalización se incluye el seguimiento a la actividades de mejora relacionada con las fichas tecnicas y el formato de limpieza y desinfección	EN DESARROLLO
15	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	En visita de Inspección Sanitaria para establecimientos de preparación de alimentos, se encuentran recipientes sucios	Mantener los contenedores de residuos biodegradables limpios y en buen estado	se evidencia el requerimiento por medio de correo 24 de julio a la empresa acta de reunion y acta de entrega del 26 de julio con quien lo recibe y los compromisos de limpieza y desinfección y la supervisora de la empresa de aseo	COMPLETO
16	AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	En visita de inspección sanitaria para establecimientos de preparación de alimentos, se encuentran que falta limpieza profunda en cortinas que separan camillas en hospitalización	Mejorar la limpieza, aseo y desinfección de las cortinas en habitaciones y cubículos del hospital	Se evidencia los registros de las socializaciones realizadas a 99 personas el 29 de julio y el informe de la lista de comprobación de areas criticas.	COMPLETO
17	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	La empresa Limpieza Institucional LASU S.A.S, dentro de los contratos (N° 119 y 120 de 2017 y 172 de 2018) en la cláusula segunda establece obligaciones, que no se observaron en la presente verificación, en cuanto a presentar mensualmente el cronograma de capacitaciones (procedimientos de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias, manejo integral de	No da lugar al hallazgo, ya que los soportes documentales evidencian el cumplimiento, los cuales están disponibles para consulta en la próxima auditoria interna.	N/A	
18	PQRS	Se presentaron 25 PQRS en los meses de julio y agosto en 2019 que tienen que ver con accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios	Definir e implementar acciones para disminuir el tiempo de ingreso a la institución de usuarios y visitantes.	Se evidencia acta de reunión 5 de agosto y segundo reunión 30 de septiembre con el seguimiento a los compromisos	COMPLETO
				Se evidencia emn acta de reunion dentro de las actividades de seguimiento que se cumple con la actividad de realizar la adecuación de un puesto de trabajo mas en la recepción	EN DESARROLLO
				Se evidencia la socialización realizada a 8 personas de atención de ingreso	COMPLETO
				Registro fotográfico de la evidencia del cambio	COMPLETO
				Se evidencia el informe de analisis de situacion ene l acceso principal con fecha de 1 de octubre de 2019 con informe de situación	COMPLETO
19	GESTIÓN DEL RIESGO	A pesar de los controles definidos en el Proceso de Hotelería Hospitalaria existe un riesgo residual el cual se puede materializar y está relacionado con el inadecuado manejo de residuos hospitalarios	Mejorar la adherencia del Procedimiento por parte del Personal de la empresa de Aseo	Se evidencia las listas de socialización del plan de saneamiento 27 de agosto 2019 con 21 13 de agosto con 21 , 31 de julio con 17 y 10 personas mas Se evidencia el informe de consolidación de resultados de las 12 listas de listas de chequeo aplicada hasta el tercer trimestre del 2019 de verificación y control de actividades relacionadas con el plan de saneamiento para auxiliares de servicio de alimentos.	COMPLETO

PLAN DE MEJORA ACREDITACION – PAMEC (HOTELERIA HOSPITALARIA)

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO
No se logró evidenciar programas integrales de salud dirigido a los colaboradores con el fin de prevenir y abandonar el hábito del tabaquismo que logren avanzar más allá del cumplimiento de Ley antitabaco del MSPS y generen impacto en el tiempo.	4. Diseñar e implementar programas integrales de salud dirigido a los colaboradores con el fin de prevenir y abandonar el hábito del tabaquismo, que logren avanzar más allá del cumplimiento de Ley antitabaco del MSPS y generen impacto en el tiempo (OPORTUN)	7. Desarrollar las actividades relacionadas en el programa dirigido a hábitos de vida saludable en la estrategia de No consumo de tabaco.	1. Intervención a colaboradores a través del programa de hábitos de vida saludable. 2. Avisos instalados en áreas donde se ha evidenciado consumo de tabaco 3. Informe de la intervención de colaboradores identificados como fumadores o consumidores de sustan	75%	A través de la intervención del médico especialista en salud laboral se realizan capacitaciones para atenuación del riesgo cardiovascular en la población trabajadora. Incluyendo boletines informativos en promoción de la salud publicados en la intranet y carteleros en todo lo que respecta a estilos de trabajo	EN DESARROLLO
		8. Instalar 10 avisos alusivos a evitar consumo de tabaco en zonas donde se evidencia dicho consumo dentro de la institución.		100%	Avisos instalados	COMPLETO
		9. Continuar articulando con las empresas tercerizadas el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo, para la intervención a colaboradores, incentivando el abandono de consumo de tabaco y sustancias psicoactivas.		75%	Desde Seguridad y Salud en el Trabajo se presenta el informe sobre la cobertura en las capacitaciones realizadas en el tercer trimestre relacionadas con el consumo de tabaco: los terceros (Coletempa, LASSU y Servisión) con 319 personas capacitadas y por parte de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana se capacitaron 423 personas; Adicional se realizan capacitación sobre el riesgo cardiovascular	EN DESARROLLO
		10. Fomentar campañas de sensibilización para espacios libres de humo, articulado con Programa de Seguridad y Salud en el trabajo y la línea Estratégica del Programa de Humanización: Ambiente y Tecnologías Amigables.		75%	Se presenta el cronograma con las actividades que aporta a la línea estratégica ambientes y tecnologías amigables, desarrolladas desde hotelería hospitalaria ; se presenta los listados de asistencia de 123 personas a la capacitación de plan estratégico seguridad vial, procedimiento de alcoholimetría y detección de consumo sustancias psicoactivas	EN DESARROLLO
No obstante, a pesar de observarse en general las instalaciones en condiciones de orden, aseo y limpieza se observó en algunos pocos servicios, cuartos de aseo y limpieza, baños de colaboradores elementos acumulados o fuera de su sitio y en condiciones de	despliegue, implementación y medición del Programa de Orden y Limpieza código 01TH04, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad en el ambiente físico del Hospital (OPORTUNIDAD TRASLADADA PAMEC 2019)	14. Implementar y medir el Programa de Orden y limpieza código 01TH04	1. Informe consolidado con resultado priorizados de las listas de chequeo aplicadas.	75%	Se evidencia las listas de asistencia de las campañas de orden y aseo en los puestos de trabajo, avisos en las carteleros institucionales y listas de chequeo aplicadas en el tercer trimestre con la socialización de los resultados a los líderes de los servicios.	EN DESARROLLO

PASS

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS QUE APOYA EL PROCESO DE HOTELERIA HOSPITALARIA	AVANCES III TRIMESTRE DE 2019
PROGRAMA DE HUMANIZACION: ESTRATEGIA DE LA LINEA ESTRATEGICA DE AMBIENTE Y TECNOLOGIAS AMIGABLES	<ol style="list-style-type: none"> Se continúan campañas permanentes del cuidado de HUS, correcta segregación de residuos, espacios libres de humo, orden y aseo en puestos de trabajo. Se realiza campaña señor orden y señora aseo para despliegue del programa, realizando intervención con áreas priorizadas ara cartera, facturación, estares de enfermería, farmacia, gestión documental, mantenimiento. Para el tema de explicación de uso de dispositivos se intervinieron además del personal de enfermería, personal de Imágenes diagnósticas, Cardiología, hemodinamia y Gastroenterología por parte del personal frente a explicación del uso de dispositivos y aplican listas de chequeo para verificar adherencia <p>En el resultado de la Línea Estratégica se mantiene con buen resultado y</p>

sobre pasa la meta 88.27%

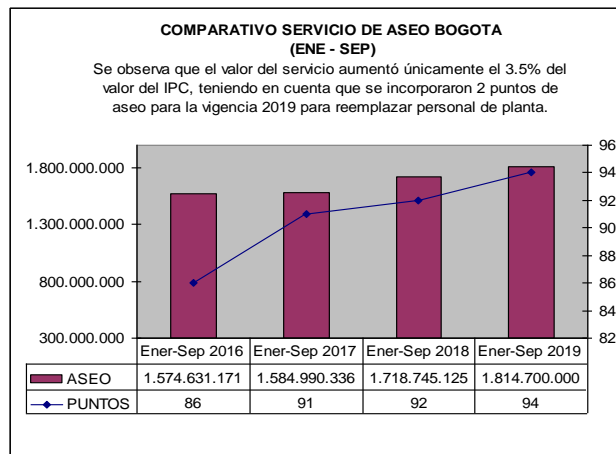
GESTION DEL RIESGO

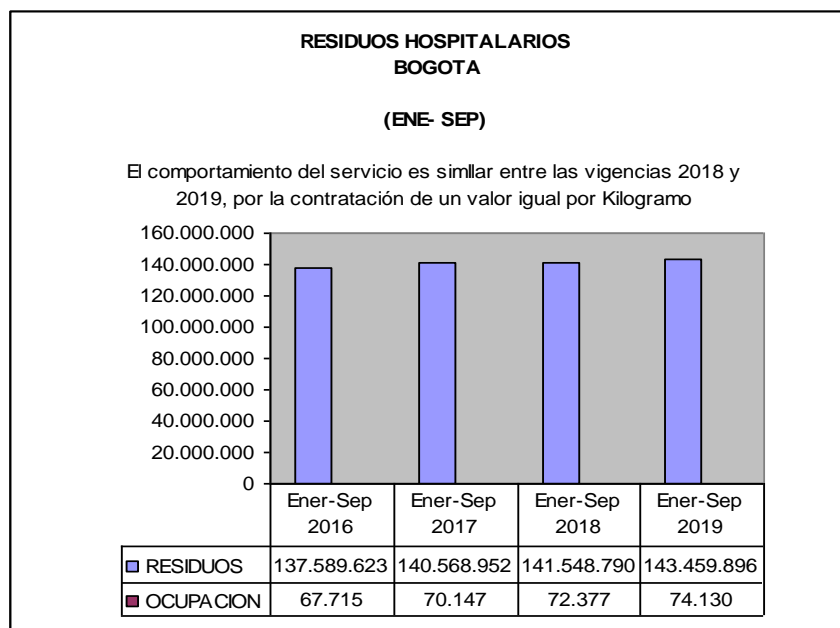
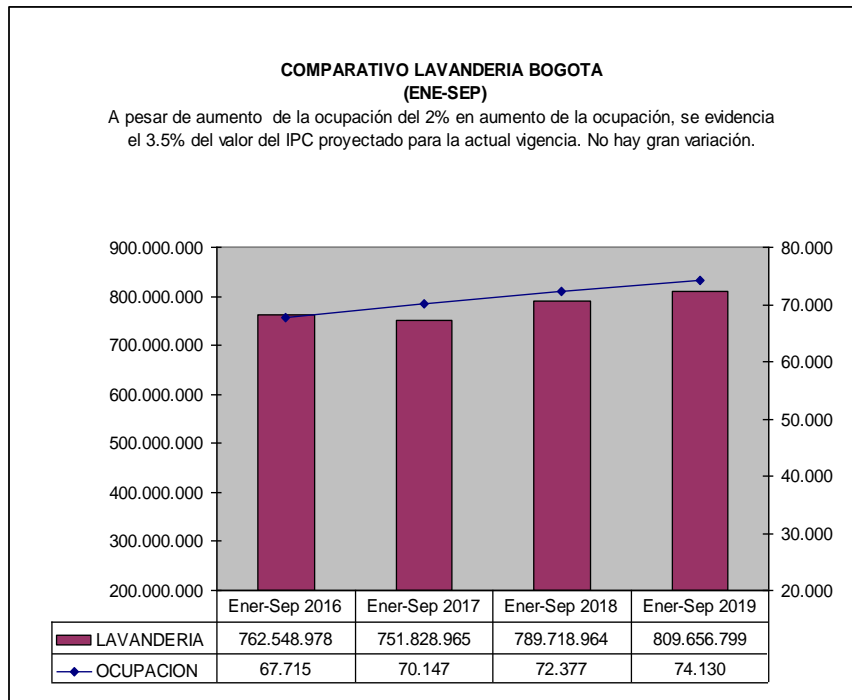
RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACION DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES	IMPACTO
			ZONA DE RIESGO			
Fuga o pérdida de usuarios de la institución	Falta de controles ó controles vulnerados con el riesgo de fuga ó pérdida de usuarios dentro del proceso de atención	Fuga o pérdida de usuarios del Hospital Pérdidas económicas para la institución Riesgo jurídico Insatisfacción del usuario Mala imagen institucional	ALTA	Procedimientos de identificación, reporte y búsqueda de usuarios con riesgo de pérdida o fuga	Se formula en el PUM de Hotelería Hospitalaria: Análisis de los casos materializados para toma de decisiones Revisión y ajuste del procedimiento Identificación de Usuarios con Riesgo de Fuga Revisar y mejorar barreras físicas	En el primer trimestre se presentan 3 fugas En el segundo trimestre NO se presentan fugas. Para el tercer trimestre NO se presentan fugas. En edición el procedimiento de usuarios con riesgo de fuga
				Capacitación al personal de vigilancia en procedimiento de identificación, reporte y búsqueda de usuarios con riesgo de pérdida o fuga		
				Rondas de seguridad del paciente		
				Equipos tecnológicos de seguridad		
Inadecuado manejo de residuos hospitalarios	Falta de adherencia por parte del persona de la empresa de aseo al correcto manejo de residuos hospitalarios	Aumento en el riesgo de infecciones intrahospitalarias Riesgo jurídico Aumento en costos Accidentes laborales Insatisfacción del usuario Mala imagen institucional Riesgo jurídico	ALTA	Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios	Se formula en el PUM intervención: Re capacitación del personal de la empresa de aseo en el procedimiento 02HH01 Recolectión, tratamiento y trasporte para disposición final de residuos hospitalarios. Aplicación de listas de comprobación. Medición de adherencia y toma de decisiones	No hay reportes en el tercer trimestre de novedad frente al manejo de residuos hospitalarios
				Capacitación en Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios		

OTROS

INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2016, 2017, 2018 Y 2019 PRIMER TRIMESTRE SEDE BOGOTA





UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA



051



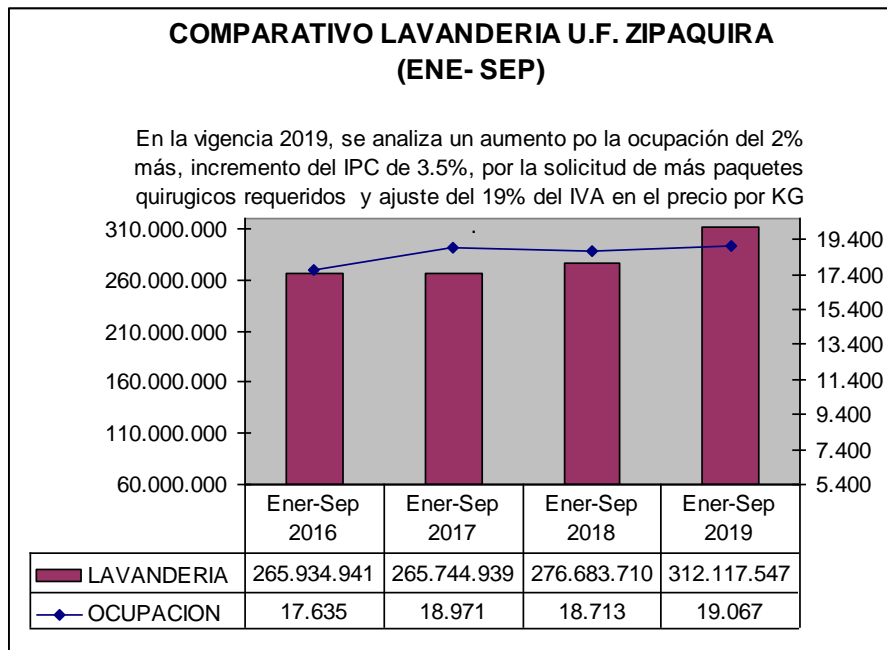
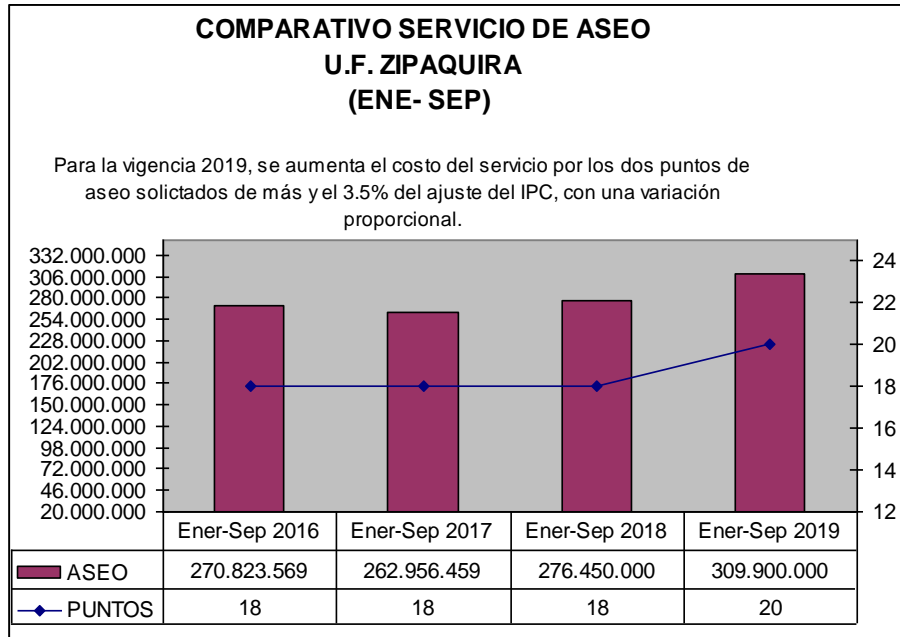
SC5520-1

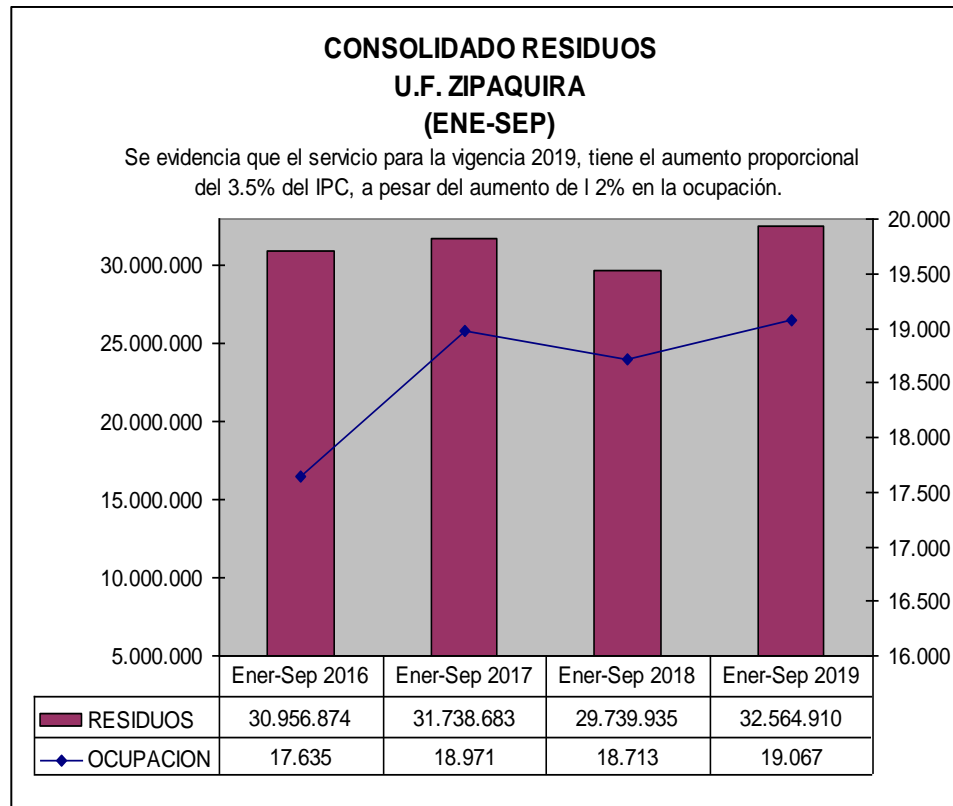


Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”





PROCESO DE ADQUISICION DE DOTACIÓN COMPLEMENTARIA MATERIALES, MENAJE SEDE BOGOTA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

Para el tercer trimestre de 2019 se adelantaron procesos de:

- Adquisición de materiales para hotelería hospitalaria: colchones., colchonetas, cortinas, recipientes, contenedores plásticos y afines, para Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá (con sus respectivo puestos de salud), por valor de \$ 40.846.274.
- Adquisición de Mobiliario de Hotelería para la sede Bogotá y Unidad Funcional de Zipaquirá, por valor de \$19.906.400; pendiente para cuarto trimestre invitar a cotizar los elementos desiertos por valor de \$62.000.000, impacto de variación de los precios por alza del dólar.
- Adquisición de menaje para servicios de alimentos por valor de \$18.372.987

APOYO EN PROCESOS HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA – HOTELERIA HOSPITALARIA

ADQUISICION COMPLEMENTARIA DE HOTELERIA HOSPITALARIA (MOBILIARIO) a fin de dotar el Hospital Regional de Zipaquirá, por valor de \$ 287.400.378, elementos a instalar en el mes de Octubre de 2019, una vez se haga la entrega de las instalaciones por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca:



ITEM	EQUIPO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD TOTAL
1	Carro de Paro	UNIDAD	13
2	Carro de medicamentos	UNIDAD	14
3	Silla de ruedas	UNIDAD	40
4	Escalerilla	UNIDAD	91
5	Mesa auxiliar	UNIDAD	76
6	Mesa de noche	UNIDAD	183
7	Mesa puente	UNIDAD	183
8	Mesa de mayo	UNIDAD	7
9	Mesa para instrumental quirúrgico- Mesa en C	UNIDAD	7
10	Mesa para atención del recién nacido.	UNIDAD	2
11	Atril	UNIDAD	18
12	Diván	UNIDAD	30
13	Torre para almacenamiento de medicamentos	UNIDAD	11
14	Camilla ginecológica (Diván)	UNIDAD	2
15	Silla Reclinable	UNIDAD	16
16	Carro para instrumental	UNIDAD	5
17	Colchoneta de ejercicios Camilla para transporte de	UNIDAD	3
18	cadáveres	UNIDAD	2
19	Pato coprológico	UNIDAD	35
20	Pato Piscingo	UNIDAD	35
21	Riñonera	UNIDAD	16

Otros procesos adelantados por parte del proceso de Hotelería Hospitalaria para el Hospital Regional de Zipaquirá:

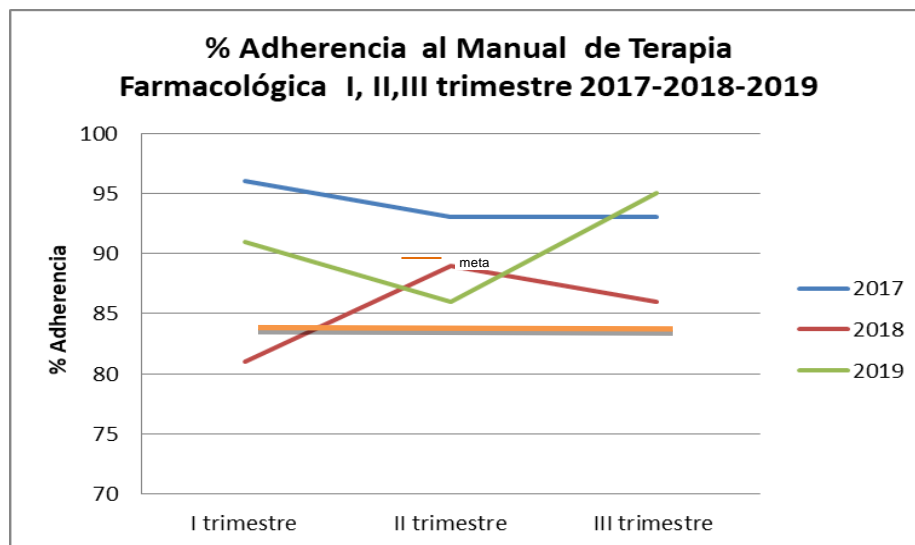
PROCESOS	ESTADO
Servicios de aseo	Contratado por 3 meses para inicio 22 de octubre de 2019
Servicio de Lavandería	Contratado por 68 días para inicio 08 de noviembre de 2019
Servicio de recolección de residuos	Contratado por 68 días para inicio 08 de noviembre de 2019
Dotación de Mobiliario	Proceso a iniciar en octubre de 2019 una vez se modifique por parte de la SSC anexo del convenio 445 de 2019
Dotación para bienestar	Adjudicada para entregar en noviembre de 2019, bajo el convenio 632 de 2019

2.6 GESTIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

GESTIÓN DEL PROCESO

MEDICIÓN DE ADHERENCIA A PROCESOS PRIORITARIOS

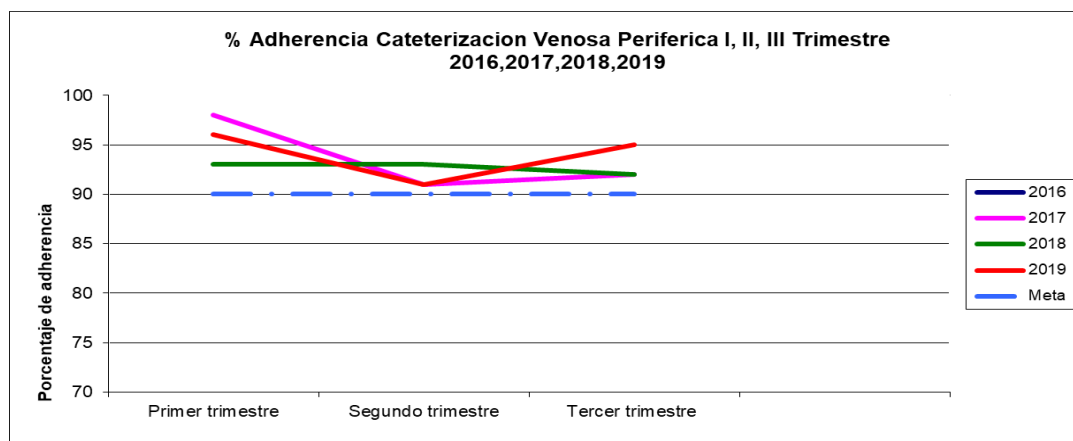
Terapia Farmacológica



Fuente: Estadística Subdirección de enfermería

El mejoramiento se debe al continuo seguimiento, acompañamiento y retroalimentación al momento de aplicar las listas de chequeo tanto al personal auxiliar, como a los profesionales de enfermería.

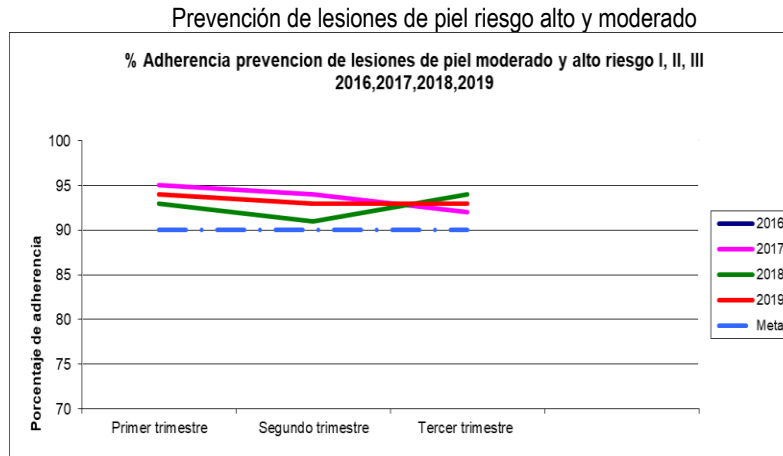
Cateterización venosa Periférica



Fuente: Estadística Subdirección de enfermería

La adherencia al protocolo de cateterización venosa periférica, se encuentra por encima de meta durante el primer, y segundo y tercer trimestre para los años 2017, 2018 y 2019.

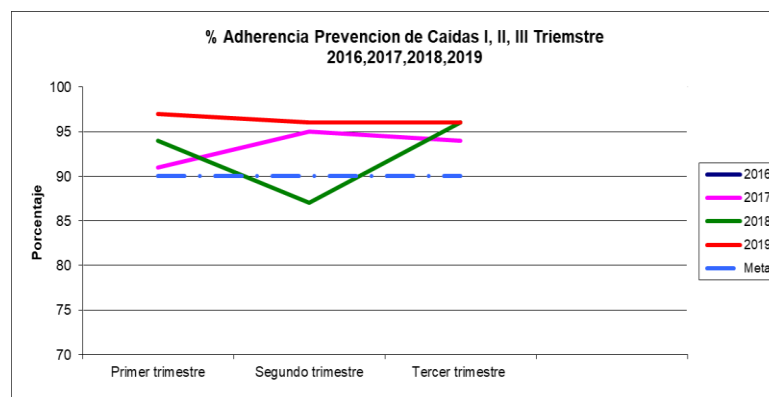
Para mantener los resultados se realiza seguimiento conjunto por parte del personal de enfermería del comité de infecciones y por parte de la subdirección de enfermería con los gestores de calidad. Se continuará reforzando a través de sesiones educativas al personal nuevo.



Fuente: Estadística Subdirección de enfermería

Comprometidos con el paquete instruccional de prevención de úlceras por presión, se realizan listas de chequeo para evaluar la adherencia la cual se encuentra por encima de la meta, en el tercer trimestre del año 2019 con respecto al trimestre anterior se ha mantenido sin cambios significativos al igual que con los años anteriores, se mantiene con similar comportamiento. El ítem que presenta menor adherencia en el periodo fue el N. 13. Brinda educación al paciente y su familia de forma continua acerca de los cuidados y la forma de prevenir las úlceras por presión y se deja registro de enfermería con el 85%, por lo cual y para garantizar la continuidad de la adherencia en conjunto con la referente de clínica de heridas desde el entrenamiento en el puesto de trabajo se dan a conocer los protocolos establecidos y se reforzara mediante capacitación taller de refuerzo de heridas y cuidado de piel a todo el personal quienes ingresaron desde el mes de Mayo de 2019.

Prevención de caídas



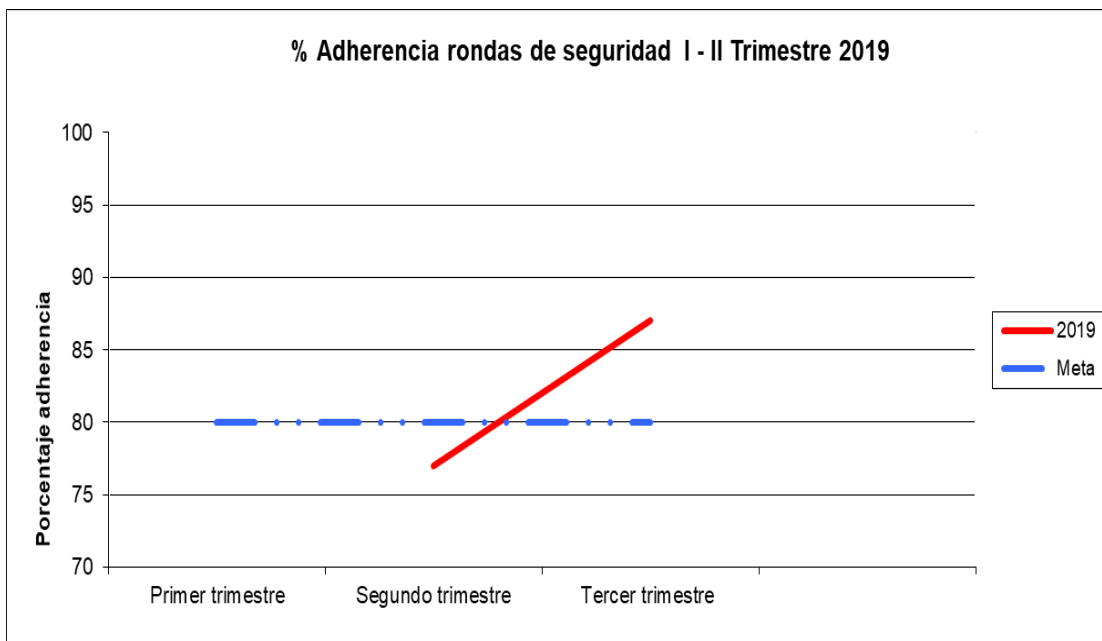
Fuente: Estadística Subdirección de enfermería

En prevención de caídas para el tercer trimestre se evidencia con un comportamiento similar durante el 2019 y se mantiene por encima de la meta, a lo largo de estos años, se actualizo el protocolo, se socializo y se continuó con el seguimiento sistemático para mantener la adherencia.

En la actualidad se viene realizando la modificación del procedimiento de riesgo de caída para la unidad neonatal, con el fin de poder mejorar la gestión del riesgo en esta población.

2. RONDAS DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

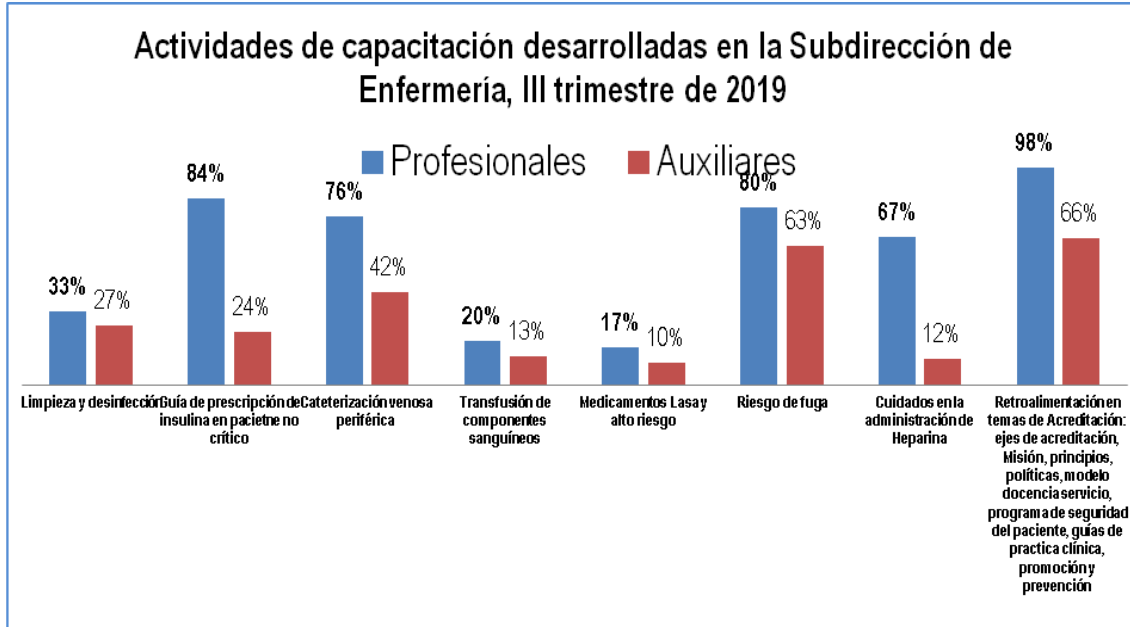
Desde el mes de abril se inició un nuevo seguimiento por parte de los supervisores y los integrantes del grupo de calidad de la Subdirección de Enfermería, a través de una actividad denominada ronda de seguridad de enfermería, allí se habla con el paciente realizándole una entrevista semiestructurada y se le pregunta si le han dado educación en salud, como es la oportunidad de la atención de enfermería, si conocen al profesional de enfermería con el ánimo de evaluar la adherencia a las rondas de enfermería, también se verifica la adherencia al procedimiento de control de elementos de valor y prótesis y se verifican otros aspectos como rótulo de insumos (alcohol, antisépticos), con los siguientes resultados:



Fuente: Estadística Subdirección de enfermería

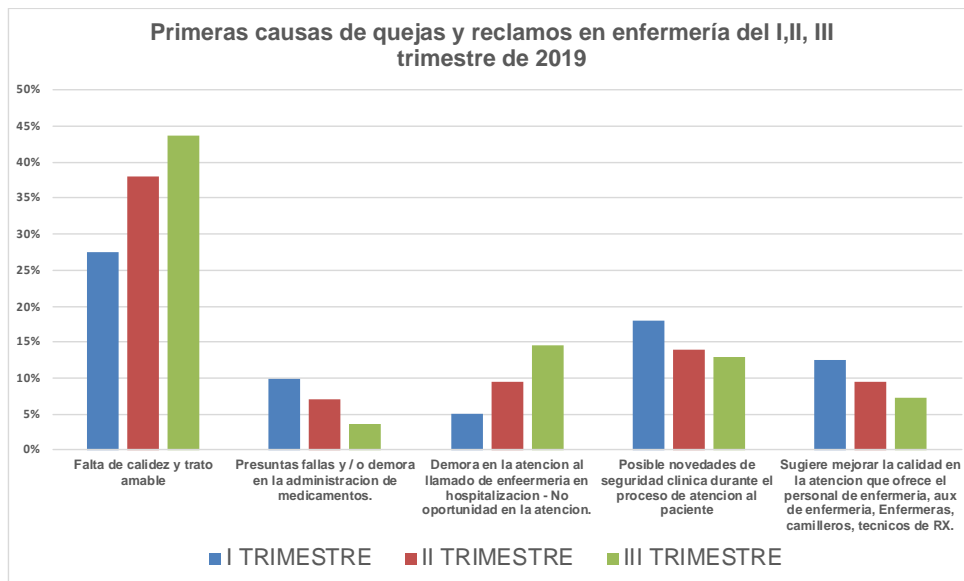
En la gráfica se muestra el resultado de la adherencia de la ronda de enfermería que es verificada con el paciente respecto al registro realizado en la historia clínica, según la información brindada con el paciente hay una diferencia de 10 a 15 puntos porcentuales, por lo que se hace necesario seguir haciendo el seguimiento y realizar la retroalimentación al personal para que la ronda de enfermería sea más oportuna y dejar evidencia de la retroalimentación realizada.

3. ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS



Fuente: Estadística Subdirección de enfermería

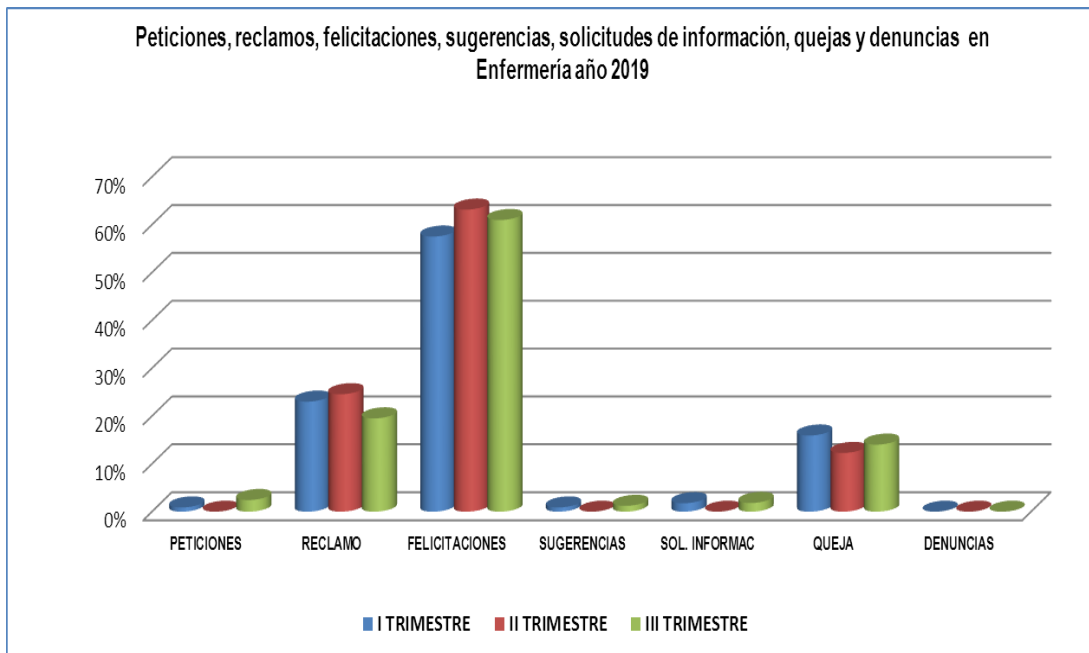
4. GESTION DE PQR



Fuente: Subdirección Defensoría del Usuario

Por la falta de calidez y trato amable y la demora en la respuesta al llamado, se realizan reuniones con los involucrados en las quejas, y seguimientos si presentan más de una queja, de acuerdo a la gravedad se toman medidas más drásticas, se soportan en acta, las reuniones de sensibilización al colaborador en el cumplimiento de las políticas institucionales y se tratan temas como: escuche al paciente, no utilice lenguaje no verbal, responda al llamado del paciente en los tiempos establecidos institucionalmente. Adicionalmente se aplican listas de chequeo para valorar aspectos relacionados con el trato amable y humanizado.

La disminución en las quejas y reclamos relacionada con seguridad del paciente y presuntas fallas y/o demora en la administración de medicamentos, obedece a la constante capacitación y seguimiento en la adherencia a los procesos prioritarios de enfermería.



Fuente: Subdirección Defensoría del Usuario

Las felicitaciones continúan siendo el mayor porcentaje debido al cambio de cultura organizacional trabajada desde Acreditación y al compromiso y entrega del personal por los pacientes y sus familiares

2.7 GESTIÓN OFICINA DE ESTADÍSTICA

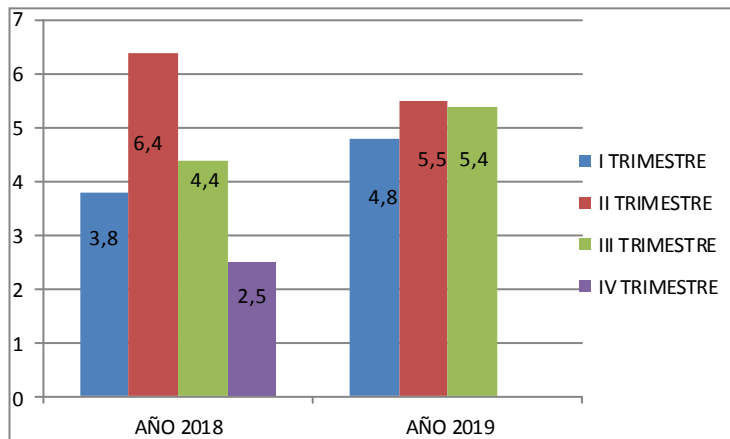


GESTIÓN DEL PROCESO

Durante el tercer trimestre del año 2019 se han realizado los reportes de norma requeridos en lo referente a producción resolución 2193, Matriz de Gestión y reporte mensual de SIVISALA, todos se reportaron cumpliendo con las fechas estipuladas en cada una de las resoluciones que los soportan.

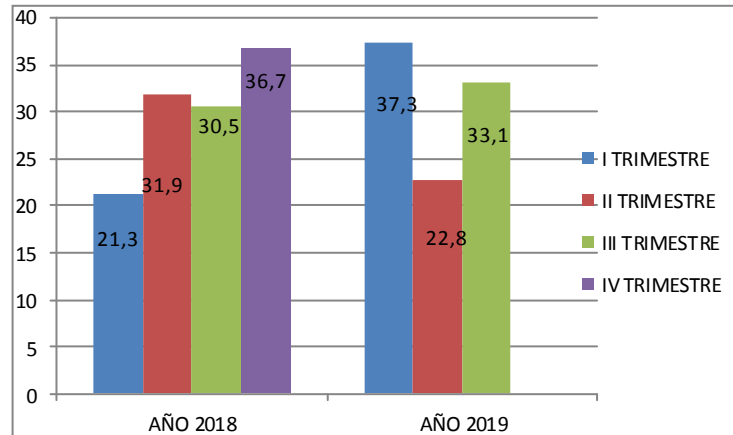
ANÁLISIS DE INDICADORES:

OPORTUNIDAD RESPUESTA A SOLICITUD INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA



EL NUMERO DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA HA PRESENTADO AUMENTO DURANTE TODOS LOS TRIMESTRES DEL AÑO 2019 COMPARADOS CON LOS TRIMESTRES DEL AÑO 2018, SE REGISTRA UN AUMENTO DEL 16,8%, 40,6% Y 23,2% DURANTE EL I, II Y TERCER TRIMESTRE RESPECTIVAMENTE ; A PESAR DEL NÚMERO DE SOLICITUDES TRAMITADAS, SE HA LOGRADO MANTENER LA OPORTUNIDAD DE ACUERDO A LA META Y RANGOS ESTABLECIDOS EN LA FICHA DEL INDICADOR , PARA ESTE TERCER TRIMESTRE SE REGISTRO UN AUMENTO DE 1 DÍA EN COMPARACIÓN CON EL MISMO PERIODO DEL AÑO ANTERIOR, QUEDANDO POR DEBAJO DE LA META, LA CUAL ESTA DEFINIDA EN 7 DÍAS. SE HA LOGRADO MANTENER EL INDICADOR DADO EN GRAN PARTE POR LA ENTREGA DE INFORMACIÓN E MEDIO DIGITAL LO QUE DISMINUYE EL TIEMPO DE RESPUESTA.

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN EL HUS



CON LOS AJUSTES DE NORMA REFERENTE AL REGISTRO DE HIJOS DE PADRES VENEZOLANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD SE NORMALIZÓ EL PROCESO DE REGISTROS CIVILES, OBTENIENDO UN CRECIMIENTO DEL 10,3% EN EL III TRIMESTRE DE 2019 COMPARADO CON EL II TRIMESTRE DEL MISMO AÑO. CON EL RESULTADO DEL INDICADOR DEL MISMO TRIMESTRE DEL AÑO 2018, SE REGISTRO UN INCREMENTO DEL 2,6%, SIENDO ESTE EL PORCENTAJE REAL DE CRECIMIENTO EN LOS PERIODOS ANALIZADOS.

CUADRO DE CONTROL DE INDICADORES TUCI

Por la adquisición de la nueva herramienta informática de calidad ALMERA, en la que se incluye el módulo de indicadores, la oficina de Estadística ha venido participando y apoyando con lo requerido para la migración de las fichas de los indicadores, los datos de la totalidad de las variables parametrizadas en el TUCI y la migración de los análisis cargados para cada uno de los indicadores. Se estableció como corte el mes de julio de 2019 para poder realizar la migración y garantizar que los usuarios solo migraran y analizaran una sola vez.

En la actualidad nos encontramos en realización de validación de migración y pruebas para la elaboración de fichas de los indicadores y cargue de datos, y paso seguido es iniciar la capacitación para que se realice el cargue de los datos de los meses de agosto y septiembre y el análisis del III trimestre en la nueva plataforma para los indicadores institucionales.

INVENTARIO DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL ARCHIVO PASIVO CON FECHA DE ÚLTIMA ATENCIÓN ANTERIOR AL AÑO 2004.



051



SC5520-1



Dentro del Plan Institucional de archivos PINAR se encuentra la Aprobación de las tablas de valoración documental del H.U.S, requiriendo para estas el soporte del inventario de los activos de información, dentro de estos activos se encuentran las historias clínicas que se encuentran en la institución con fecha anterior al año 2004.

La oficina de Estadística en conjunto con la oficina de Gestión documental realizó el inventario en jornadas laborales los días sábados en los tiempos establecidos para el cumplimiento de esta actividad. En el comité de archivo del mes de Octubre se presentó el informe con la culminación de esta actividad.

Se realizó el inventario en dos grupos uno de historias clínicas correspondientes a atenciones de pacientes hospitalizados y otro grupo de historias clínicas de atenciones solo de urgencias, procesando un total de 140.459 historias clínicas que quedaron debidamente inventariadas en el FUID (Formato único de Inventario Documental) con las siguientes variables: Np. Orden, código, Nombre de paciente, tipo de documento, Número de historia clínica, fecha primer registro, fecha último registro, número de folios, diagnóstico de la enfermedad y dx de causa externa (en los casos en que se pudo determinar).

Los registros ingresados correspondieron a:

- 155 cajas con historias clínicas de atenciones de hospitalización, con un total de registros de 16812
- 90 cajas con historias clínicas de atenciones de urgencias con un total de registros de 123647

GESTIÓN TRABAJO SOCIAL

GESTIÓN DEL PROCESO

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

COMPARATIVO ACCIONES ADMINISTRATIVAS III TRIMESTRE

	TRAMITES MEDICAMENTOS	TRAMITES EXAMENES Y/O	TRAMITES OXIGENOS	TRAMITES REMISIONES	DIALISIS AMBIATORIA
2016	228	38	168	104	27
2017	213	89	212	167	31
2018	220	94	94	174	18
2019	251	80	175	191	31

Tabla tomada de informe Trabajo Social I semestre 2019.

En la tabla anterior se relaciona el total de acciones administrativas realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el tercer trimestre de 2019 y consolidado comparativo de los años 2016 a 2019. La variabilidad de los datos cuantitativos está relacionada con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes. Respecto a la oportunidad de las EPS frente a estos trámites encontramos promedio de respuesta en días: para remisiones 8,6 días, exámenes 6,5 días, oxígenos 3,5 y medicamentos 3. Promedio que aumentó en este trimestre teniendo en

cuenta la situación de EPS Medimas que se encuentra en proceso de liquidación. Trabajo Social trata de realizar acciones diarias en coordinación con auditoría para mejorar los tiempos.

Un dato a señalar relevante de los datos registrados anteriormente hace referencia al trámite de remisiones en comparación con años anteriores ha aumentado el número debido a que hay procedimientos o intervenciones específicas para pacientes que las EPS no autorizan y por ello se hace la gestión de la remisión, bien sea para que sea autorizado en Samaritana o lo remitan a otra institución.

GESTION SOCIAL

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS III TRIMESTRE AÑO 2017	USUARIOS INTERVENIDOS III TRIMESTRE AÑO 2018	USUARIOS INTERVENIDOS III TRIMESTRE AÑO 2019
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	2	0	2
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	2	7	1
GESTION HABITANTES DE CALLE	18	8	5
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	2	2	4
REUBICACIONES A ICBF	4	2	1
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	24	19	6
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	2	0	0
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	2	55	52
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	2	1	0
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	27	19	7
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	7	6	2
GESTION POBLACION INPEC	-	47	7
TOTAL	92	166	87

Tabla tomada de informe Trabajo Social III trimestre 2019.

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.

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.

Ha disminuido el número de intervenciones con población vulnerable debido al aumento de actividades de remisión que debe realizar el equipo. Esto afecta notablemente la identificación e intervención social a nuestros pacientes.

INDICADORES
INDICADOR: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

FORMULA	TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE
	III -2017	III-2018	III-2019
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	20/24	34/34	29/29
Total % Reubicación	83%	100%	100%

Tabla tomada de informe Trabajo Social I semestre 2019.

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 91,5 % en el trimestre. Es importante señalar que Trabajo Social continúa gestión de ubicación de pacientes y/o familiares a albergues de la zona 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.

INDICADOR 2: ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

FORMULA		2018	2019
% DE ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS = # de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados / total de ingresos hospitalarios.	I TRIMESTRE	1417/2825 = 50.15%	1857/2800 = 57%
	II TRIMESTRE	1964/2710 = 71.7%	2077/2977 = 70%
	III TRIMESTRE	1751/2907 = 60.2%	1936/2893 = 67%
	ACUMULADO 2019	5147/ 8442 = 61%	5870/ 8670 = 68%



Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

Frente al segundo indicador se evidencia que hubo una disminución en el tercer trimestre en comparación con el 2 trimestre frente al total de estudios sociales alcanzados por el equipo. Sin embargo continúa por encima del 50% de la población que ingresa al área de hospitalización del HUS.

Se seguirá haciendo énfasis en las reuniones semanales de equipo sobre la necesidad de mantener un porcentaje promedio diario de estudios que favorezca la intervención en el HUS.

LOGROS

- Continuar mantenimiento el porcentaje de estudios sociales por encima del 50% de la población hospitalizada que garantiza o favorece una atención integral.
- El avance en la identificación y en el fortalecimiento en la gestión social con poblaciones vulnerables que se viene realizando año tras año de acuerdo a las dinámicas sociales.
- El avance en el desarrollo de la práctica profesional de estudiantes de trabajo social en el HUS y la identificación de aspectos relevantes actuales que desde la academia nos aportan al equipo.
- El apoyo del albergue identificado en la zona por trabajo social a fin de brindar oportunidad de alojamiento a pacientes y/o familiares que no cuentan con red de apoyo en Bogotá ni recursos económicos para asumirlo.
- El apoyo brindado a nuestros pacientes y/o familia gracias a la gestión interinstitucional con entidades como Alcaldías, INPEC, ICBF, Fiscalía, entes territoriales en general.

NOVEDADES IDENTIFICADAS

- 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.

Dificultades en proceso de remisión de pacientes oncológicos debido a la ausencia de contratos de las diferentes Epss con estas instituciones

2.8 ATENCIÓN AL USUARIO – UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

GESTIÓN DEL PROCESO

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global: Circular Única – Supersalud



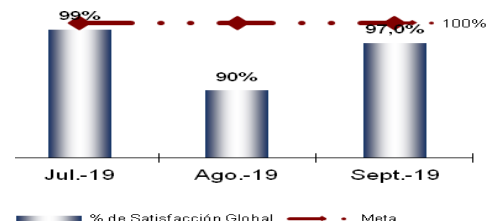
Porcentaje de Satisfacción Global HUS

FORMULA	Julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	%TOTAL III Trimestre
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	70/71 99%	64/71 90%	69/71 97%	203/213 95%

Fuente: Base de datos PQR 2017 – 2019 SIAU

Porcentaje de Satisfacción Global HUS

TERCER TRIMESTRE DE 2019



Referente al porcentaje de satisfacción global en la Unidad Funcional se observa en la gráfica arriba presentada que en el tercer trimestre de 2019 la percepción de los usuarios fue positiva donde ellos califican con un 95% satisfactoria la atención recibida, Esto es el resultado de un mayor compromiso por parte de los colaboradores de la UFZ y de la adherencia a los procesos de calidad y una atención enfocada en la Humanización.

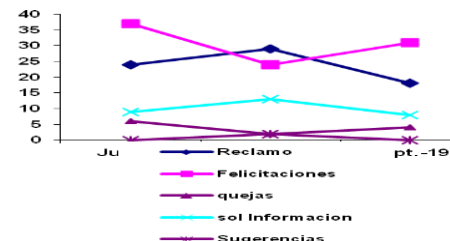
Gestión de Peticiones: Quejas, Reclamos, Sugerencias, Solicitud de Información, Felicitaciones.

a). Clasificación de Peticiones de Usuarios radicadas en la SIAU:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO				
PETICIÓN	julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	Total III Trimes
Reclamo	24(31%)	29(41%)	18(29%)	71(34%)
Felicitaciones	37(49%)	24(34%)	31(50%)	92(44%)
Quejas	6(8%)	2(3%)	4(6%)	12(6%)
Sol. Información	9(12%)	13(18%)	8(13%)	30(14%)
sugerencias	0	2(3%)	0	2(0.9%)
TOTAL	76(100%)	70(100%)	61(100%)	207

Número de Peticiones radicadas

TERCER TRIMESTRE 2019



Fuente: Base de datos PQR 2017 – 2019 SIAU

Con respecto al comportamiento de las PQRS durante el tercer trimestre del 2019, el servicio de Información y Atención al Usuario de la Unidad Funcional recepción, clasificó y tramitó 207 PQRS de las cuales el 44% correspondió a felicitaciones, el 34% a reclamos y un 6% de quejas, es importante resaltar el compromiso de los funcionarios frente a la política de humanización y el impacto de la estrategia del “PACTO POR EL TRATO AMABLE” que se viene desarrollando y el acompañamiento de las auxiliares SIAU sensibilizando tanto al cliente externo como interno, para disminuir quejas especialmente de fallo en el trato amable y digno. En el comparativo de la vigencia se evidencia un aumento significativo en el número de PQRS en virtud a que las felicitaciones de triplicaron frente a los años anteriores.

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 segundo trimestre

a). ENCUESTAS DE SATISFACCION: julio, Agosto, Septiembre de 2019

SERVICIO	Numero de encuestas aplicadas III trimestre 2019	NUMERO DE USUARIOS SATISFECHOS III trimestre 2019	% DE SATISFACCION (pregunta trazadora)
HOSPITALIZACION	24	24	100%
CONSULTA EXTERNA	24	23	96%
COGUA	24	24	100%
C S SAN CAYETANO	24	24	100%
URGENCIAS	24	19	79%
CIRUGIA AMBULATORIA	24	22	92%
SALA DE PARTOS	21	21	100%
IMAGENOLOGIA	24	24	100%
LABORATORIO	24	22	92%

INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE LAS RONDAS Y VISITAS DE SERVICIO a pacientes hospitalizados III Trimestre de 2019.

Se cuenta con dos auxiliares de apoyo para realizar rondas hospitalarias diarias en los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa. Dentro de las actividades que desarrollan se encuentra:

ACTIVIDAD	Julio	Agosto	Septiembre	TOTAL
Divulgación Derechos y Deberes	326	208	317	761
Aplicación de encuestas de satisfacción	71	71	71	213
Ronda a paciente hospitalizado	640	365	499	1504
Talleres de Cuidadores	1	1	1	3
Talleres de Pacto por el Trato Amable	0	0	0	0
Informadoras de la guía de acompañamiento para la familia del paciente hospitalizado	54	36	54	144
Celebración de cumpleaños de pacientes	1	1	1	3

ACCIONES REALIZADAS CON SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA APLICATIVO B SALUD

ACTIVIDAD	Julio	Agosto	Septiembre	TOTAL
Autorizaciones B- salud	60	70	48	178
Portabilidades	43	39	67	149
Autorizaciones ARL	86	80	118	284

Póliza Estudiantil	6	15	15	36
Citas reprogramadas	95	267	57	419
Digiturno	13378	12134	13576	39088

HUMANIZACION HUS UFZ 2017 -2019

Para la meta del producto anual del Plan Indicativo 2019 de la Unidad Funcional Zipaquirá de acuerdo a la siguiente descripción: (37) Implementar el Plan de Acción de Humanización en la UFZ

Formula: # de actividades programadas/ # actividades ejecutadas

Líneas estratégicas	2017		2018		2019 Febrero -septiembre	
	P	E	P	E	P	E
1	1	1	4	4	11	9
2	1	1	6	6	3	2
3	1	1	4	4	6	5
4	1	1	8	8	6	5
5	1	1	1	1	5	4
6	1	1	4	4	11	9
7	1	1	4	4	3	2
	100%		100%		74%	

LOGROS: Se ha cumplido con las actividades descritas en los cronogramas anuales.

DIFICULTADES: débil interés de los funcionarios por empoderarse de los temas de Humanización. y algunas de las actividades requieren recursos financieros para obtener mayor impacto y no contamos con rubros para ello.

Fuente Información: Cronogramas para la Unidad Funcional de Zipaquirá.

LOGROS: Los usuarios reconocen las mejoras que se han hecho en el hospital

DIFICULTADES: falta de tecnología; espacio insuficiente en urgencias, atención más rápida en urgencias y para facturar; cambio de actitud institucional de algunos colaboradores en diferentes servicios.

RESOLUCION 0256 MINISTERIO DE SALUD

NUMERO DE USUARIOS QUE RESPONDIERON MUY BUENA O BUENA SU EXPERIENCIA EN EL HUS III TRIMESTRE	NUMERO TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS III TRIMESTRE DE 2019	PORCENTAJE DE SATISFACCION GLOBAL III TRIMESTRE 2019
196	213	95%

SATISFACCION GLOBAL HUS UFZ 2017-2019

FORMULA	Julio	Agosto	Septiembre	%TOTAL
----------------	--------------	---------------	-------------------	---------------



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

	2019	2019	2019	III Trimestre
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	70/71 99%	64/71 90%	69/71 97%	203/213 95%

LOGROS: Los usuarios reconocen las mejoras que se han hecho en el hospital

DIFICULTADES: falta de tecnología; espacio insuficiente en urgencias, atención más rápida en urgencias y para facturar; cambio de actitud institucional de algunos colaboradores en diferentes servicios

ACCIONES DE MEJORA

1. Arreglos a la infraestructura como puertas vidrios, paredes y demás que solicitaban los usuarios
2. Se han colocado estudiantes del Sena para apoyar diferentes áreas especialmente donde más congestión se identifica
3. En el servicio de urgencias específicamente el Triage se están aplicando estrategias de priorización de pacientes para que sean atendidos en menor tiempo.
4. Apoyo permanente de SIAU en urgencias
5. Mayor cobertura de las agendas
6. Organización en filas con apoyo estudiantes Sena

PARTICIPACION SOCIAL HUS UFZ 2017 – 2019

Para la meta del producto anual del Plan Indicativo 2019 de la Unidad Funcional Zipaquirá de acuerdo a la siguiente descripción: (Política Publica de Participación Social) Ejecución Plan de Acción

Se presenta la siguiente información.

Formula: # actividades programadas / # actividades Ejecutadas

vigencias	2017		2018		2019	
	Comité usuarios	Veeduría	Comité usuarios	Veeduría	Comité usuarios	Veeduría
Actividades planeadas	10	2	10	8	6	4
Actividades Ejecutadas	10	2	10	6	5	0
%	100%	100%	100%	75%	83%	0%

LOGROS: Se han realizado reuniones con el Comité Apoyo de Usuarios y se dio cumplimiento a algunas actividades del Plan de Acción.

DIFICULTADES: La PPPS debe ejecutarse especialmente con los grupos de Participación Social En el caso del hospital, la UFZ debe trabajar con los veedores en salud. Y ellos no han asistido al hospital durante este I semestre a pesar de las invitaciones y llamadas.

Fuente Información: Plan de Acción de la PPPS para la Unidad Funcional de Zipaquirá. Y documentos años anteriores

Misión Salud: Identifique logros y dificultades de la estrategia.

LOGROS: revisada trazabilidad proceso PQRSFD se evidencio cumplimiento de términos en las respuestas.

DIFICULTADES: No de encuestas aplicadas para UFZ; programa de Humanización exclusivo para UFZ.

ACCIONES IMPLEMENTADAS EN VIRTUD A LAS PQRS

- Se levantó el Pum de urgencias y se están realizando acciones efectivas para satisfacer las necesidades de los usuarios
- Atención al usuario implemento una estrategia exclusiva para urgencias con una orientadora 9 horas continuas en el servicio brindando orientación e información a los usuarios que hacen tránsito por ese servicio y haciendo acompañamiento.
- Se han abordado más usuarios y pacientes en todo el hospital educándolos en Derechos y Deberes.
- Se ha informado en comité de gestión, de ética y de humanización la necesidad de ajustar el sistema de información del hospital específicamente el acceso de los usuarios por medio de un Call center efectivo que brinde información integral respecto de la oferta institucional.

FORTALEZAS

- ✓ Equipo de trabajo consolidado , con buena actitud y excelentes relaciones interpersonales
- ✓ Se ha dado cumplimiento a la entrega de informes (Plan Indicativo, PAS, Pamec, Informe Humanización, Informe de gestión.
- ✓ Apoyo estudiantes Sena

DEBILIDADES

- ❖ La oficina SIAU requiere un escáner
- ❖ Computador para la oficina
- ❖ Dos sillas de oficina
- ❖ La ausencia de la Veeduría en salud ha sido un obstáculo para el desarrollo de la PPPS
- ❖ El Comité de Apoyo disminuyo número de integrantes
- ❖ Algunos servicios demoran la entrega de las respuestas de PQRS
- ❖ Algunos servicios no entregan los planes de mejora

Algunos funcionarios se resisten a adherirse a la política de Humanización



051



SC5520-1



CAPÍTULO III

DIRECCION FINANCIERA

3.1 GESTIÓN FINANCIERA

GESTIÓN DEL PROCESO

3.3.1 *Mercadeo y Contratación de servicios de Salud*

Valores contratados

Régimen Contributivo	34.941.931.504
----------------------	----------------



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Régimen Subsidiado	55.942.210.711
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	2.703.251.785
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	2.703.251.785
...Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado	0
SOAT (Diferentes a ECAT)	0
ADRES (Antes FOSYGA)	0
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	412.395.092
Otras Ventas de Servicios de Salud	5.705.369.371
Total venta de servicios de salud	99.705.158.463
Responsable formulario	0

3.3.2 Facturación

En el área de facturación se compone de 4 sub-procesos los cuales son admisiones, autorizaciones, facturación, armado de cuentas, y en todas las áreas se han venido desarrollando acciones de mejoramiento continuo para tener un mejor desempeño de área destacando:

Ingresos abiertos:

De acuerdo al trabajo realizado con el seguimiento diario a ingresos abiertos se ha logrado disminuir en valor y en cantidad los pendientes, Se ha dado la directriz de realizar el cargue diario de todos los servicios prestados a los usuarios, lo que hace exigible el cierre de los egresos una vez el usuario tenga salida, para efectos de cierre oportuno en la factura y adicional lograr obtener la firma del usuario como es debido, sin embargo de los ingresos que en algunas ocasiones quedan abiertos cabe aclarar que se debe a servicios de los cuales facturación no es responsable del cargue o soportes que determinan el servicio a facturar, adicional a esto el reporte de las salidas hospitalarias por parte del área asistencial se hace la gran mayoría de veces en horas de la tarde lo que hace que



051



SC5520-1



se genere retraso en el proceso. Sin embargo, se seguirá trabajando en conjunto con el área asistencial para seguir mejorando el proceso.

Suministro efectivo:

De acuerdo al suministro efectivo de las tecnologías NO PBS se viene realizando un trabajo en conjunto con el área de sistemas para obtener la información de los pendientes desde los meses de marzo a septiembre ya que a partir de octubre el personal de facturación realiza este proceso, sin embargo con los pendientes de los meses anteriores solo se ha podido avanzar con los meses de marzo a mayo ya que el documento entregado por el área de sistemas no contenía los filtros necesarios para realizar esta labor, sin embargo estamos en constante comunicación con el área de sistemas, farmacia y Mipres para darle celeridad a este proceso.

Conciliaciones con el área contable:

Se realizan conciliaciones de manera mensual entre los módulos de contabilidad y facturación, y se identifican las diferencias para los ajustes correspondientes, esto teniendo en cuenta que como oportunidad de mejora identificada, las dos áreas deben sacar el reporte en la misma fecha para minimizar el margen de diferencia.

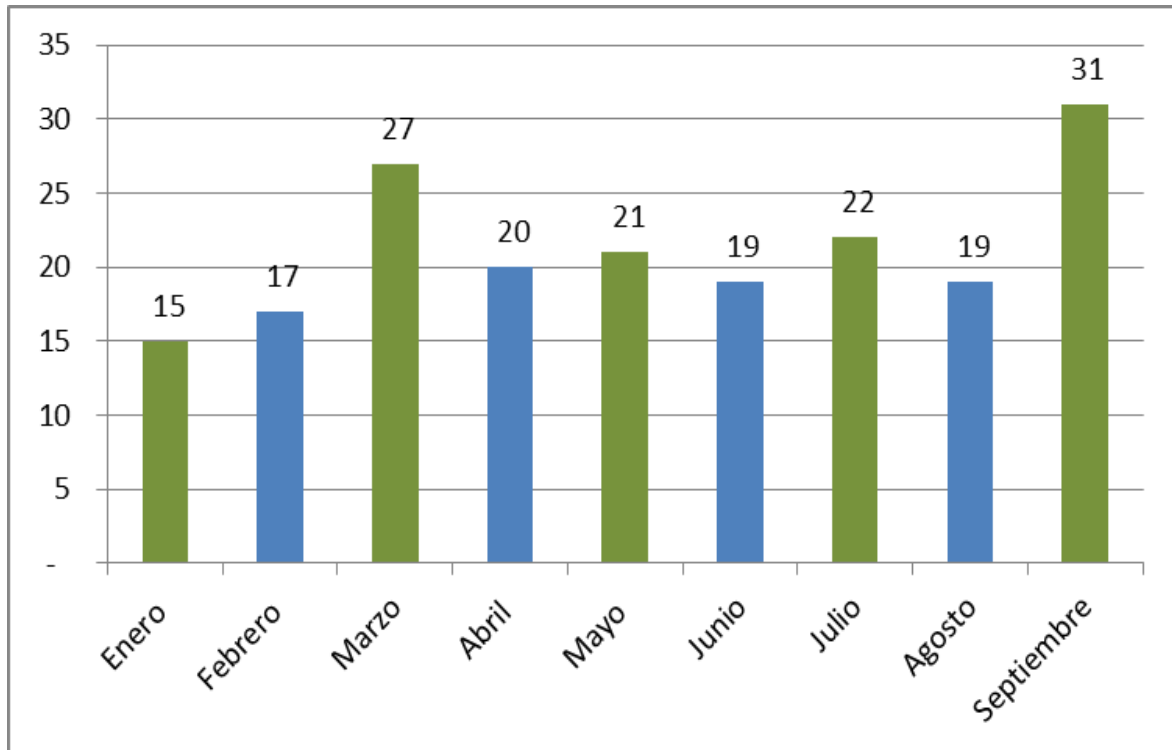
Anulaciones:

En cuanto a las anulaciones del tercer trimestre se evidencia un incremento con respecto al trimestre anterior, esto debido a que se cambió la metodología de la auditoría a la factura, esto teniendo en cuenta que se realizaba sobre la pre-factura y a hora se hace sobre la factura ya generada, lo que ocasiona unas posibles correcciones a las facturas que no cumplan con los requisitos de calidad para ser radicadas a las diferentes entidades responsables de pago, no sin aclarar que también existen anulaciones por áreas externas a facturación, sin embargo se espera disminuir este valor para el próximo trimestre.

De igual manera en el área de realiza seguimiento diario a los ingresos abiertos, se genera reporte semanal de las facturas pendientes por entregar al área de armado de cuentas para agilizar el proceso de generación de Rips y obtener una radicación oportuna.

GRÁFICA1. PROMEDIO TIEMPO DE OPORTUNIDAD EN FACTURACIÓN EN CONSULTA EXTERNA (EN MINUTOS) III TRIMESTRE 2019 - ACUMULADO





Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre 2019

Para el indicador del tiempo de oportunidad en la facturación en el servicio de consulta externa, el cual se toma desde que el usuario solicita el turno hasta que es llamado a la ventanilla, se puede evidenciar que se mantiene en la meta propuesta (la cual es de 30 minutos), para el mes de septiembre se observa un incremento en el tiempo de atención, esto se debe a las inconsistencias que se presentaron con la actualización realizada DGH, y adicional a esto los problemas presentados con los equipos del servicio, sin embargo se sigue trabajando para mantener la meta propuesta.

TABLA 1. FACTURACIÓN POR SERVICIOS SEDE BOGOTÁ III TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019, 2018 Y 2017

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	TOTAL 2017	% PART	TOTAL 2018	% PART	TOTAL 2019	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	489.892.705	0,6%	505.855.220	1%	672.762.330	1%

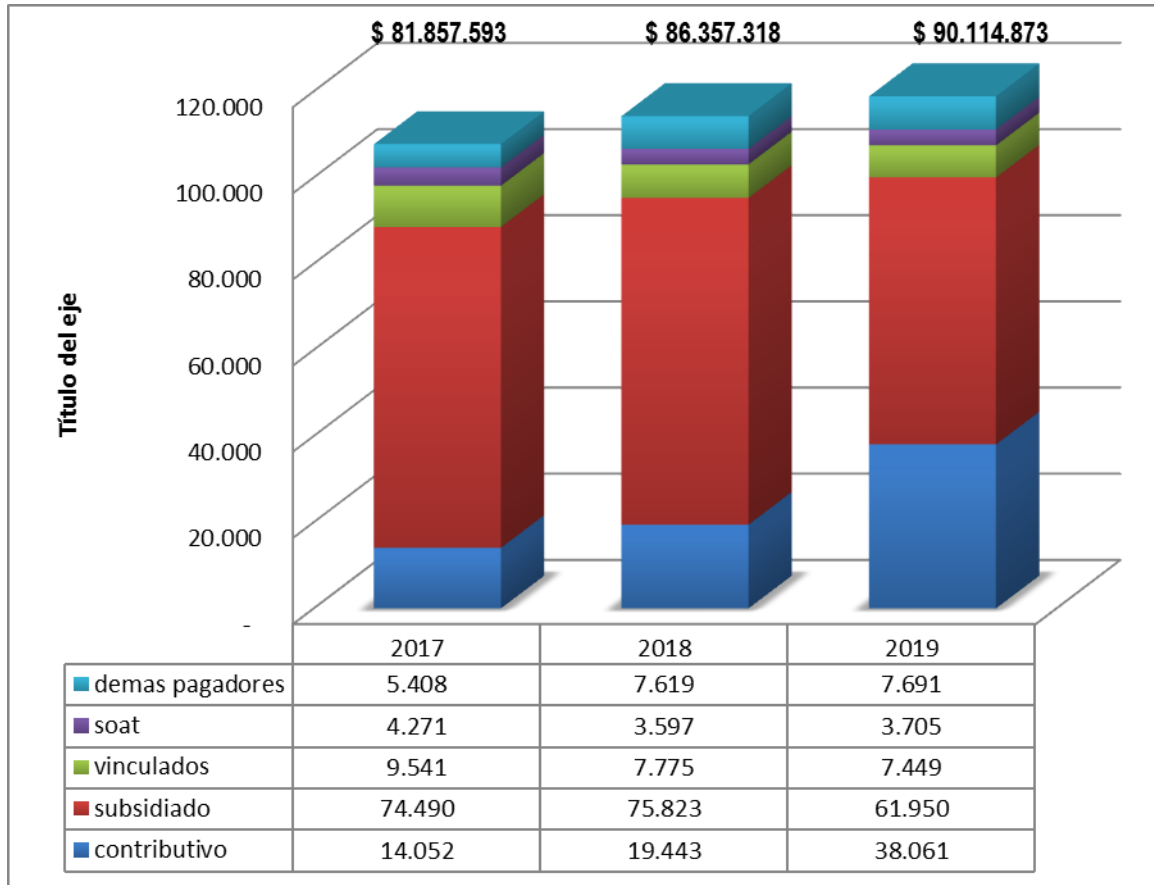
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	3.920.309.956	4,8%	3.541.859.892	4%	3.999.114.051	4%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C. EXTERNA Y PROCE (3)	145.655.043	0,2%	1.956.600	0%	698.500	0%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C. ESPECIALIZADA (4)	5.638.737.377	6,9%	6.041.140.475	7%	6.346.986.688	7%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	11.653.049.747	14,2%	10.060.219.996	12%	10.905.196.354	12%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	4.319.913.311	5,3%	2.759.160.797	3%	2.700.076.807	3%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	2.202.328.422	2,7%	1.401.292.429	2%	1.586.185.941	2%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	2.799.417.714	3,4%	3.129.085.138	4%	3.161.672.317	4%
QUIROFANOS	10.495.654.874	12,8%	9.578.004.664	11%	10.343.026.467	11%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	5.946.799.999	7,3%	6.645.062.115	8%	7.295.862.369	8%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	8.152.842.773	10,0%	10.149.319.968	12%	12.670.207.919	14%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	585.546.025	0,7%	626.003.965	1%	689.514.010	1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	3.599.765.944	4,4%	3.729.778.043	4%	4.097.082.901	5%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.510.507.489	1,8%	1.731.902.380	2%	1.911.944.825	2%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	1.806.359.667	2,2%	2.313.228.241	3%	2.384.056.947	3%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	265.077.320	0,3%	295.465.881	0%	488.410.866	1%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	17.184.502.983	21,0%	22.708.489.500	26%	20.183.166.103	22%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	137.024.768	0,2%	196.625.731	0%	268.676.122	0%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	80.500	0,0%	42.200	0%	-	0%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	993.200	0,0%	1.417.700	0%	2.429.500	0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	967.357.279	1,2%	941.407.544	1%	407.802.343	0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	35.776.453	0,0%	-	0%	-	0%
DEVO. REBAJAS Y DESTO EN VENTAS S. (DB)	-	0,0%	-	0%	-	0%
FACTURACION MODULO (CTA 43)	81.857.593.549	100,0%	86.357.318.479	100%	90.114.873.360	100%

Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre 2019

En la sede de Bogotá durante el tercer trimestre, se evidenció un aumento de la facturación en un 4% con respecto al año anterior, el cual está representado en \$ 3.757 millones, correspondientes al incremento de los centros de costos como: unidad renal en un 65%, consulta y procedimientos 33%, imagenología en un 25%, cuidados intermedios en un 13% como los más representativos en incremento, sin embargo otros servicios que también incrementaron sus ventas en una menor proporción fueron: Urgencias observación, Patología, y terapias.

Por otro lado, los servicios que disminuyeron la facturación fueron: consulta externa-promoción y prevención, consulta externa procedimientos, y docentes.

GRÁFICA 2 FACTURACIÓN POR RÉGIMEN SEDE BOGOTÁ III TRIMESTRE – ACUMULADO



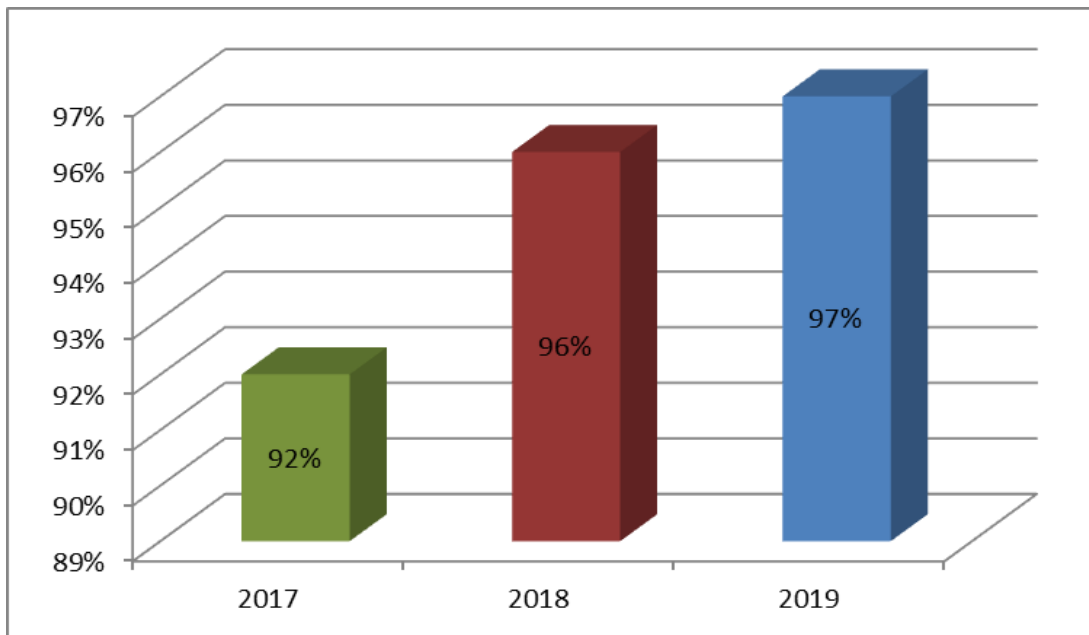
Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre 2019

En el régimen contributivo se observa un incremento en la facturación del 155%, siendo las EPS más representativas: Medimas con un incremento del 151%, y Famisanar 108%, otras EPS con una participación significativa son: Nueva EPS y convida.

En el régimen subsidiado se evidencia una disminución en la facturación en un 21%, esto teniendo en cuenta que la EPS convida tuvo una disminución significativa del 56%, seguido salud vida en un 25% (EPS que actualmente se encuentra en trámite de liquidación), sin embargo las EPS con mayor participación en este régimen son: Ecoopsos y compartá.

Por otro lado se evidencia una disminución en la facturación de vinculados y soat o aseguradoras.

GRÁFICA 3. PORCENTAJE DE RADICACIÓN SEDE BOGOTÁ III TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre 2019

De acuerdo a la metodología de la radicación la cual se hace mes vencido, se logró un porcentaje de radicación del 97% superando la meta propuesta, sin embargo con algunas EPS como Medimas, Capresoca y unión temporal San José, se ha tenido dificultades en las plataformas para cargue de Rips lo que genera una no radicación oportuna, estos inconvenientes ya han sido comentados con cada una de las entidades para que no se siga generando inoportunidad en la radicación.

TABLA 2. VALORES RADICADOS FRENTE A LA FACTURACIÓN BOGOTA III TRIMESTRE 2019 – ACUMULADO

TOTAL FACTURADO (Facturación Niff)	90.114.873.366
Menos	
MES SEPTIEMBRE (Radicación Octubre 19)	10.700.714.985
Sub Total	79.414.158.381
TOTAL RADICADO	77.399.402.446

% Radicación	97%
--------------	-----

TABLA 3. FACTURACIÓN POR SERVICIOS SEDE ZIQAQUIRA III TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019, 2018 Y 2017

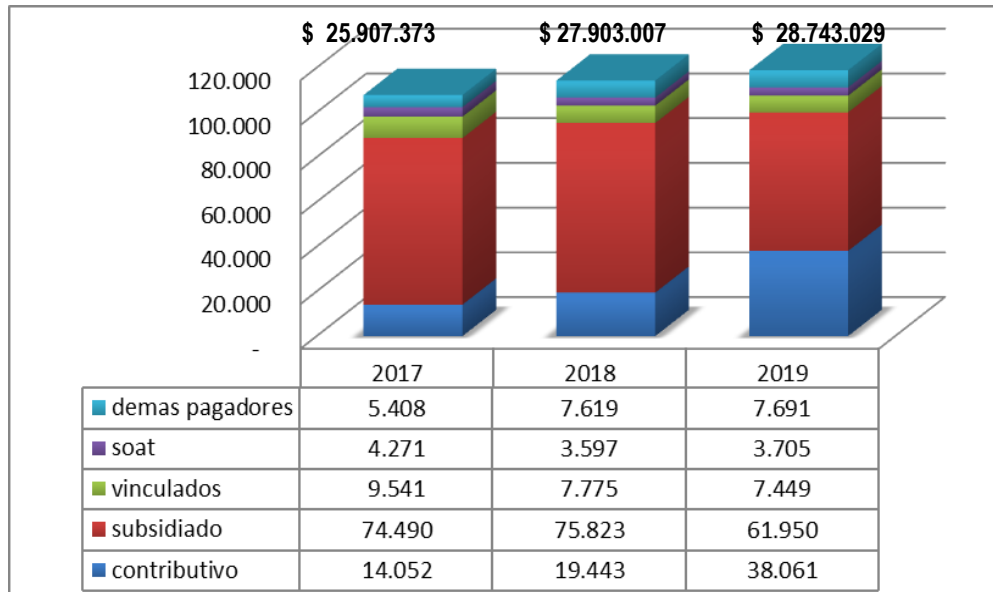
FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	TOTAL 2017	% PART	TOTAL 2018	% PART	TOTAL 2019	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	1.853.842.408	7%	1.638.007.870	6%	1.848.898.473	6%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	784.089.155	3%	830.725.486	3%	655.000.340	2%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	1.011.980.422	4%	1.380.008.801	5%	1.654.535.952	6%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	3.508.980.126	14%	3.952.109.453	14%	3.591.660.821	12%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	430.206.276	2%	628.179.796	2%	633.033.977	2%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	3499995285	14%	2680765659	10%	3.146.613.044	11%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	290287518,7	1%	246848231,4	1%	283.863.001	1%
QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO -QUIROFANOS (11)	3.870.596.822	15%	4.027.994.756	14%	3.840.790.121	13%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	3.565.438.012	14%	4.117.014.846	15%	4.714.989.152	16%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	1.820.100.977	7%	2.204.007.189	8%	2.197.658.411	8%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	228.073.040	1%	287.146.715	1%	251.537.172	1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	1.456.591.448	6%	1.768.276.748	6%	1.664.328.087	6%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	378.196.135	1%	452.518.410	2%	458.368.372	2%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	188.951.364	1%	240.016.200	1%	249.186.088	1%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	794.278	0%	6.379	0%	11.916.360	0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	1.086.110.869	4%	1.522.876.059	5%	1.831.265.612	6%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	48.296.407	0%	90.815.413	0%	69.339.845	0%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	893.089.038	3%	1.249.633.480	4%	1.099.026.404	4%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	327934201,7	1%	275425634,2	1%	269.646.346	1%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	217.636.200	1%	250.910.800	1%	251.532.652	1%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	-193.426.878	-1%	-	0%	-	0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	639610657	2%	59720061	0%	19.839.400	0%
DEVO. REBAJAS Y DESTO EN VENTAS S. (DB)	-	0%	-	0%	-	0%
Facturacion Modulo (43)	25.907.373.760	100%	27903007986	100%	28.743.029.631	100%

En la sede de Zipaquirá durante el tercer trimestre, se evidenció un aumento de la facturación en un 3% con respecto al año anterior, el cual está representado en \$ 840 millones, correspondientes al incremento de los centros de costos como: farmacia en un 20%, consulta externa-procedimientos, hospitalización estancia general en un 17%, hospitalización recién nacidos en un 15% como los más representativos en incremento, sin embargo otros servicios

que también incrementaron sus ventas en una menor proporción fueron: laboratorio clínico y urgencias-procedimientos.

Por otro lado, los servicios que disminuyeron la facturación fueron: promoción y prevención en un 12%, patología en un 12% y ambulatorio consulta especializada.

GRÁFICA 4. FACTURACIÓN POR RÉGIMEN SEDE ZIQAQUIRA III TRIMESTRE – ACUMULADO

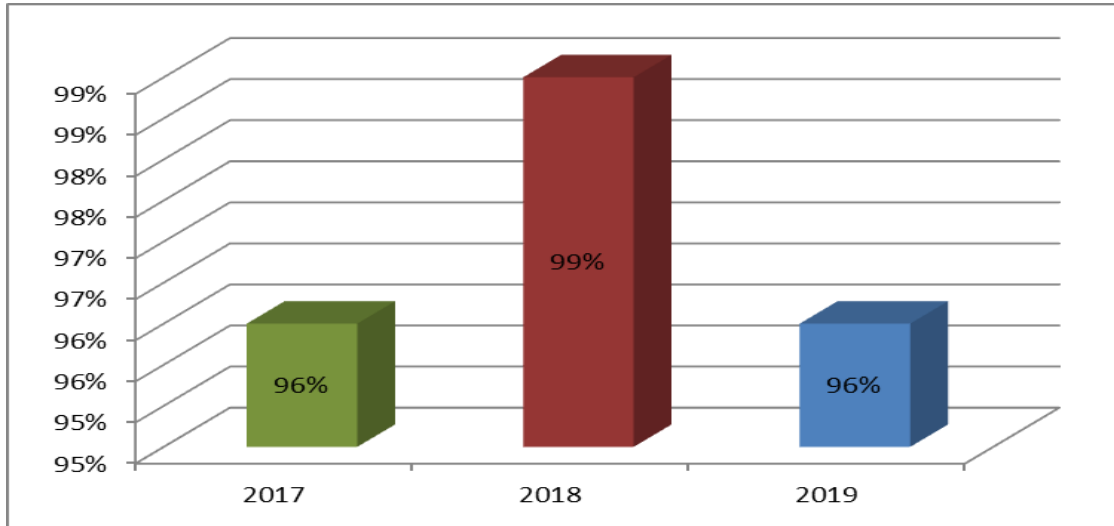


Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre 2019

En el régimen contributivo se observa un incremento del 20%, donde las EPS más representativas son Medimas con un incremento del 34%, sanitas 22% y Famisanar 18% por otro lado para el régimen subsidiado se evidencia una disminución en la facturación del 8%, siendo las EPS más representativas Ecoopsos y comparta.

GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE RADICACIÓN SEDE ZIQAQUIRA III TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019-2018

2018-2017



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre 2019

Para el tercer trimestre de la vigencia se obtuvo una radicación del 96%, se observa una disminución en el indicador con respecto a la vigencia anterior, esto teniendo en cuenta que se presentaron inconsistencias con la plataforma de Medias EPS, lo que generó una inoportunidad en la radicación.

TABL 4. VALORES RADICADOS FRENTE A LA FACTURACIÓN ZIPAUQIRA III TRIMESTRE 2019 – ACUMULADO

TOTAL FACTURADO (Facturación Niff)	28.743.029.631
Menos	
MES SEPTIEMBRE (Radicación Octubre 19)	3.181.333.653
Sub Total	25.561.695.978
TOTAL RADICADO	24.563.172.175
% Radicación	96%

TABL 5. FACTURACIÓN POR SERVICIOS CONSOLIDADO III TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019, 2018 Y 2017

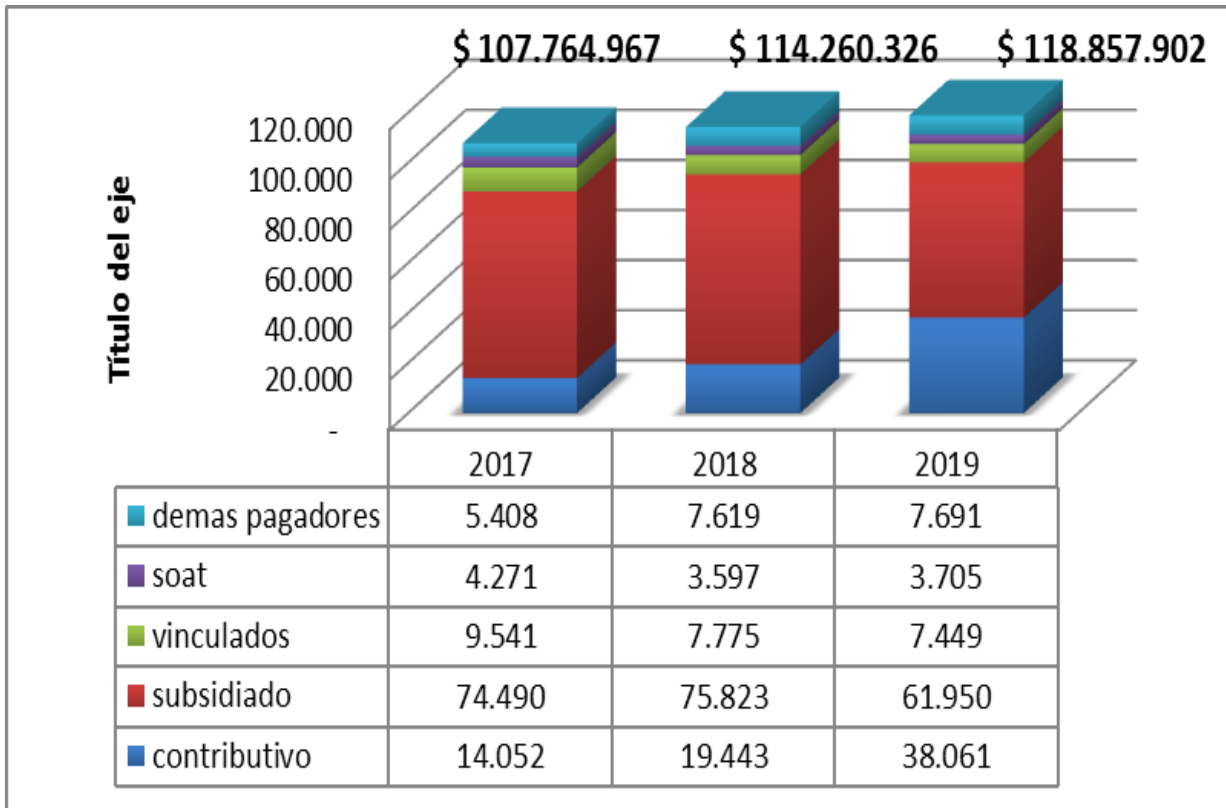
FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	TOTAL 2017	% PART	TOTAL 2018	% PART	TOTAL 2019	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	2.343.735.113	2%	2.143.863.089	2%	2.521.660.803	2%

URGENCIAS-OBSERVACION (2)	4.704.399.110	4%	4.372.585.378	4%	4.654.114.391	4%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	1.157.635.465	1%	1.381.965.401	1%	1.655.234.452	1%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	9.147.717.503	8%	9.993.249.928	9%	9.938.647.509	8%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	430.206.276	0%	628.179.796	1%	633.033.977	1%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	15.153.045.031	14%	12.740.985.654	11%	14.051.809.398	12%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	4.319.913.311	4%	2.759.160.797	2%	2.700.076.807	2%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	2.202.328.422	2%	1.401.292.429	1%	1.586.185.941	1%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	3.089.705.233	3%	3.375.933.370	3%	3.445.535.318	3%
QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO -QUIROFANOS (11)	14.366.251.696	13%	13.605.999.420	12%	14.183.816.588	12%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	9.512.238.011	9%	10.762.076.961	9%	12.010.851.522	10%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	9.972.943.750	9%	12.353.327.157	11%	14.867.866.330	13%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	813.619.065	1%	913.150.680	1%	941.051.182	1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	5.056.357.392	5%	5.498.054.791	5%	5.761.410.988	5%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.888.703.624	2%	2.184.420.789	2%	2.370.313.197	2%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	1.995.311.031	2%	2.553.244.441	2%	2.633.243.035	2%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	265.871.598	0%	295.472.260	0%	500.327.226	0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	18.270.613.852	17%	24.231.365.559	21%	22.014.431.715	19%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	185.321.175	0%	287.441.144	0%	338.015.967	0%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	893.169.538	1%	1.249.675.680	1%	1.099.026.404	1%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	218.629.400	0%	252.328.500	0%	253.962.152	0%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	327.934.202	0%	275.425.634	0%	269.646.346	0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	773.930.401	1%	941.407.544	1%	407.802.343	0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	675.387.110	1%	59.720.061	0%	19.839.400	0%
DEVO. REBAJAS Y DESTO EN VENTAS S. (DB)	0	0%	-	0%	-	0%
LA VEGA	0	0%	-	0%	-	0%
TOTAL (cuenta 43)	107.764.967.309	100%	114.260.326.465	100%	118.857.902.991	100%

La facturación consolidada representa un aumento en la facturación del 4% donde los centros de costo más representativos en incremento son: unidad renal en un 69% Imagenología en un 20%, consulta externa y procedimientos en un 20% como los más representativos en incremento, sin embargo otros servicios que también incrementaron sus ventas en una menor proporción fueron: urgencias procedimientos, cuidados intermedios y laboratorio clínico.

GRÁFICA 6. FACTURACIÓN POR RÉGIMEN CONSOLIDADO II TRIMESTRE – ACUMULADO





Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre 2019

En el total de la facturación se evidencia que el régimen contributivo incremento la facturación del 96% donde las EPS más representativas son: Medimas incremento en un 124%, Sanitas 133% y Famisanar en un 67%, el régimen subsidiado por el contrato tuvo una disminución en la facturación del 18% comparado con la vigencia anterior, siendo las EPS más representativas en este régimen Ecoopsos y Comparta.

En la facturación de los vinculados y soat también se evidencia una disminución.

GRÁFICA 7. PORCENTAJE DE RADICACIÓN CONSOLIDADO III TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017



051



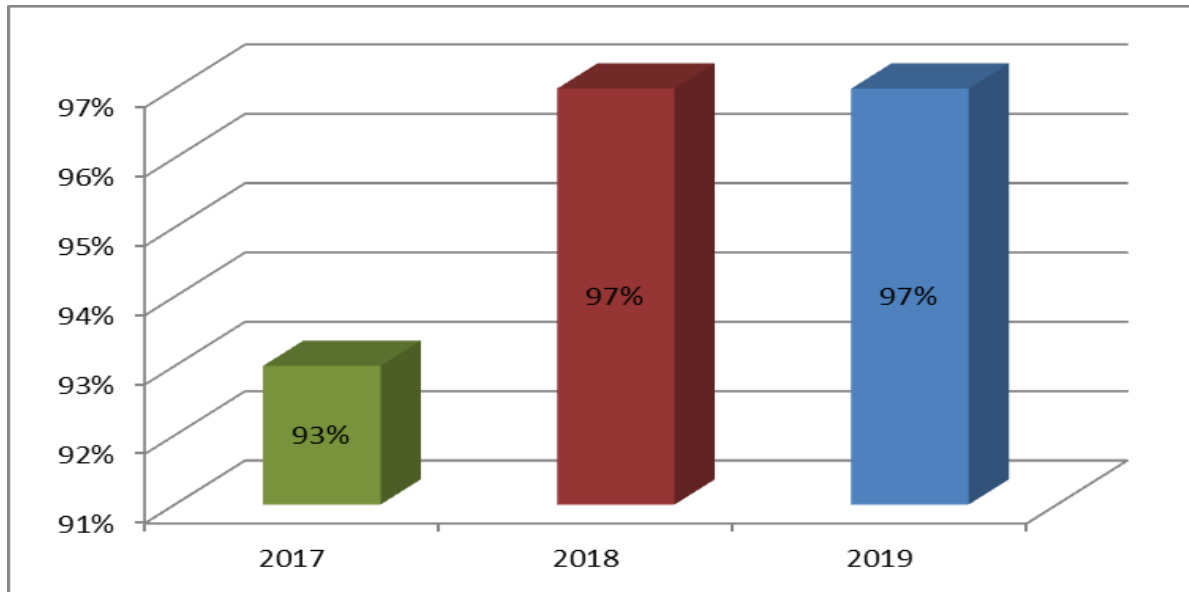
SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre 2019

La radicación consolidada se encuentra en un 97% para esta vigencia, esto teniendo en cuenta lo descrito anteriormente de las dificultades presentadas en la plataforma con la EPS Medimas, EPS Capresoca y con Adres por inconvenientes en la validación, se espera que para este trimestre se puedan resolver dichos inconvenientes.

TABL 6. VALORES RADICADOS FRENTE A LA FACTURACIÓN CONSOLIDADO III TRIMESTRE 2019 – ACUMULADO

Conceptos	Valores (\$\$\$)
TOTAL FACTURADO NIFF 2019	118.857.902.991
Menos:	
Mes Septiembre (radicacion Octubre/19)	13.882.048.638
Subtotal	104.975.854.353
TOTAL RADICADO	101.962.574.620
Porcentaje Radicacion	97,13%

3.3.3 Objeciones y glosas

Al cierre del III trimestre de 2019 las cifras reflejan claramente una continuidad en la optimización y mejoramiento en proceso operativo y planes en ejecución, con mayor oportunidad, disminución marcada de la glosa en proceso, estabilización e incremento en las conciliaciones y la glosa tramitada, menor valor en glosa pendiente por ingresar al MDG, como referentes del resultado positivo dentro del área de Objeciones.

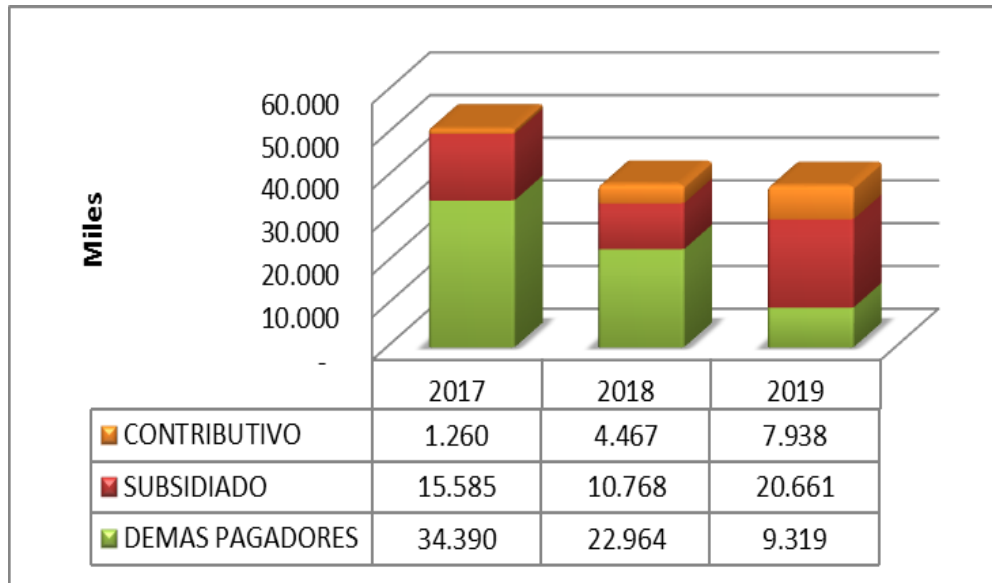
Hemos generado continuidad, sistematicidad y ajustes a procedimientos internos según el resultado a cierre de cada mes y trimestre, en etapas como:

- ✓ Incremento en conciliaciones con disminución en la glosa pendiente por trámite y el aumento en la glosa tramitada o gestionada manteniendo los estándares de aceptación.
- ✓ Trabajamos en la disminución de tiempos en ingreso de glosa, aún tenemos registro en herramienta diseñada para el control del inventario de glosa y devoluciones recibidas, sin embargo esperamos a cierre de vigencia ya no utilizar este mecanismo y hacer ingreso “on line”
- ✓ Consolidación mensual de saldos de glosa, socialización al grupo técnico y trabajo con el equipo para gestión oportuna.
- ✓ Se consolidó e hizo seguimiento a ratificaciones y respuesta oportuna a facturas de alto monto de manera mensual con la gestión correspondiente
- ✓ Se socializó los resultados, los motivos de glosa y devoluciones, en áreas claves (Facturación, Autorizaciones, Farmacia, Auditoría Concurrente y líderes UF Zipaquirá)
- ✓ Se desarrolló las capacitaciones programadas para el trimestre sobre los hallazgos de glosa por impacto, frecuencia y se ejecutó un taller formativo sobre calidad en la respuesta de las conciliaciones, mejorando el análisis e integralidad a la respuesta de la glosa con enfoque de bases normativas.
- ✓ Se han realizado los cruces de la información entre los módulos Objeciones y Contabilidad, identificando y reportando las diferencias con las causales y justificaciones correspondientes, sin embargo se resalta que ya no se están pasando por comprobante los ajustes y se hacen en el módulo operativo de Objeciones.
- ✓ Se ha dado continuidad al acercamiento ante las diferentes Aseguradoras-SOAT con propuestas serias de reconocimiento de las cuentas en estado extemporáneo o en curso de prescripción, con escenarios nuevos de solicitud de reconocimiento.
- ✓ Se desarrollaron reuniones de seguimiento al proceso de MIPRES con el área, para dar continuidad a la entrega de las actas y cumplimiento al inicio obligatorio de dispensación efectiva – modelo integrado en los dos regímenes a partir del 1 de Marzo de 2019, por alto impacto y probabilidad de glosa por tecnologías NO POS e incumplimiento en el envío de información y cierre efectivo de eventos.
- ✓ Se cerró conciliación con EPS CONVIDA por valor de \$12.400 Millones y se entregaron las actas correspondientes a la EPS para continuidad en proceso de pago (cierre a Junio de 2019)
- ✓ Se concilio con Medimas \$ 925 Millones con entrega de actas y dejando al día esta ERP, entre otras.
- ✓ Se programó cierre de conciliación con Capresoca EPS por \$ 1.100 Millones la cual se cierra en primera semana de Octubre.
- ✓ Se cerró conciliación con PPL por \$ 240 millones y con Asmet Salud por \$ 240 Millones dentro de las más representativas.

Objeciones y Glosas Bogotá:

GRÁFICA .8. VALOR GLOSA RADICADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ





Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

Los conceptos de glosa y devoluciones radicadas ante el HUS en la Sede Bogotá al cierre de Septiembre presentan un decrecimiento frente a la vigencia anterior; dentro de las causas y conceptos analizados se presenta así:

Otros Pagadores presentan disminución en glosa y devoluciones para el trimestre, como causal principal es ausencia de auditoría y devoluciones de la ADRES, no inicio de auditoría y glosa con Secretaría de Salud de Cundinamarca que a pesar de notificarnos tres meses corresponde a la Vig 2018, se debe ingresar por comprobante ya que no es posible por factura bajo el modelo definido con este Pagador; los principales conceptos y participación ordinaria hacen referencia a: Tarifas, falta de actas NO POS, Autorizaciones, soportes y pertinencia; con Aseguradoras y ADRES por atención a víctimas de Accidentes de Tránsito, el concepto continúa siendo estructural por el incorrecto diligenciamiento y transcripción de datos en FURIPS y la estructura de los medios magnéticos.

En régimen Subsidiado, Convida EPS, Ecoopsos EPS, Capresoca EPS y Comparta EPS, generan un entorno importante de glosa y devolución, priorizando el ingreso, la respuesta y/o conciliación.

Con régimen contributivo la EPS Famisanar, Nueva EPS, Salud Total EPS, Sanitas EPS son las ERP que más notifican glosa y/o devoluciones, resaltando que se lleva un proceso paralelo de respuesta y conciliación.

Dentro de los conceptos de glosa de impacto, mencionamos la tarifa, ausencia de la autorización, las actas NO POS y/o MIPRES, la pertinencia y los soportes especialmente.

GRÁFICA 9. VALOR GLOSA ACEPTADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ



051

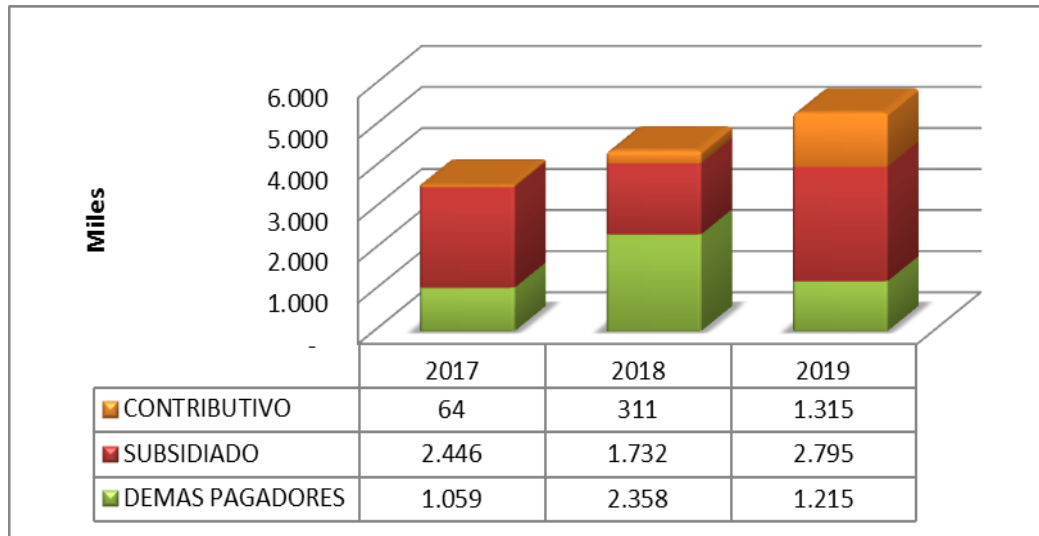


SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

La aceptación presentada crece frente a la vigencia anterior con homogenización por mercado ya que la estrategia de conciliación y respuesta se da por ERP, por monto y por vigencia en consideración a ejecutar mayor gestión en la respuesta y disminución de glosa pendiente o en trámite; aun así mantenemos los estándares de aceptación dentro del indicador Institucional ($\leq 5\%$ con relación a la Facturación por vigencia)

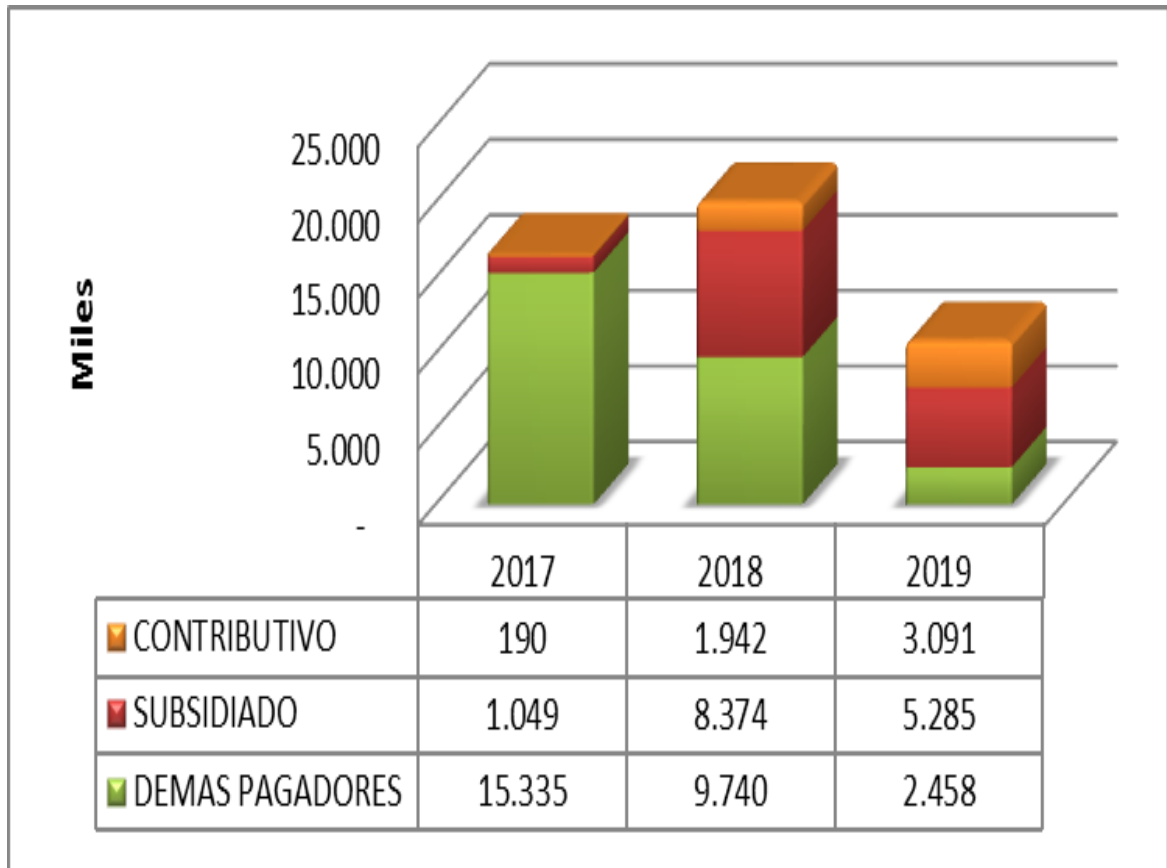
El Régimen Subsidiado reporto mayor índice de aceptación por mayor notificación de glosa y cierre de conciliaciones con Convida EPS, Ecoopsos EPS, Unicajas EPS y Salud Vida EPS entre otras.

Con respecto al régimen contributivo, se logró la firma de actas con: EPS Famisanar, Medimas EPS, Salud Total EPS, Nueva EPS, Sura EPS y Sanitas EPS entre otras.

En los demás pagadores como se ha indicado y por corresponder a una línea mixta de aseguramiento incluidos los Entes Territoriales, Aseguradores y ADRES, es un tipo de mercado más complejo por el entorno normativo que así los regula, que al definir y analizar los conceptos de Objeción y devolución conlleva a algunos ajustes necesarios, para dar continuidad a la exigencia de pago de los servicios a reconocer.

Es importante mencionar los saldos referidos por prescripción (más de 2 años) y extemporaneidad (más de 20 días y dos meses respectivamente) en tiempo, que hace más difícil la gestión de conciliación y exigencia de estos valores desde el área de Objeciones, sin embargo continuamos buscando las mejores alternativas normativas para la aplicación por la complejidad del tema.

GRÁFICA 10. VALOR GLOSA EN TRÁMITE COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

Con el análisis previo en el consolidado de la glosa en trámite, la sede Bogotá presenta un comportamiento claro de gestión ya mencionada, la estabilización y disminución final de la cifra de glosa en proceso para el trimestre, la tendencia sigue decreciendo comparado con las otras vigencias, siendo el proceso de gestión dentro del área más efectivo.

A pesar de lograr estos avances claros, la oportunidad en el ingreso, las respuestas y las conciliaciones se ha convertido en un ejercicio que demanda tiempo y trabajo operativo, disminuyendo la oportunidad de la entrega inmediata al área de cartera para la confirmación de las transacciones (se ingresa ítem a ítem)

A lo anterior, complementamos que la validación juiciosa de las cifras y módulos nos ha permitido programar y hacer ajustes responsables dentro del módulo, cruces y priorizaciones; llevando la operación cada vez más a la exactitud y así se registra en las actas de cruce.

GRÁFICA 11. VALOR GLOSA TRAMITADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ



051



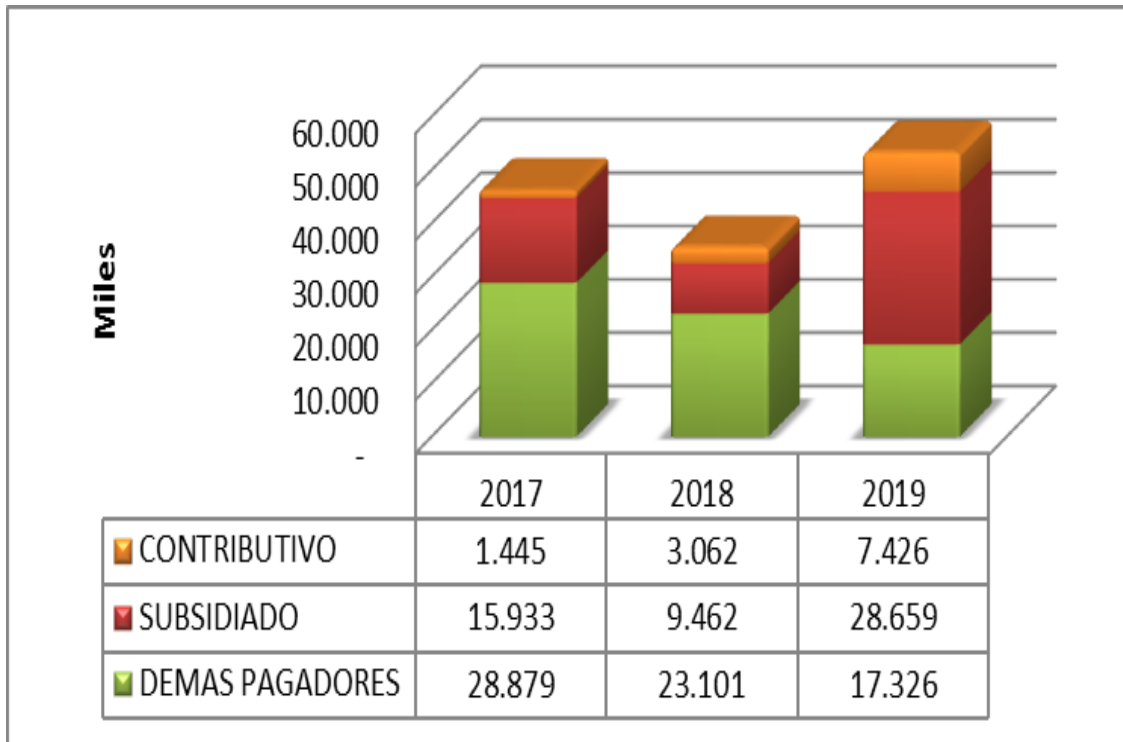
SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



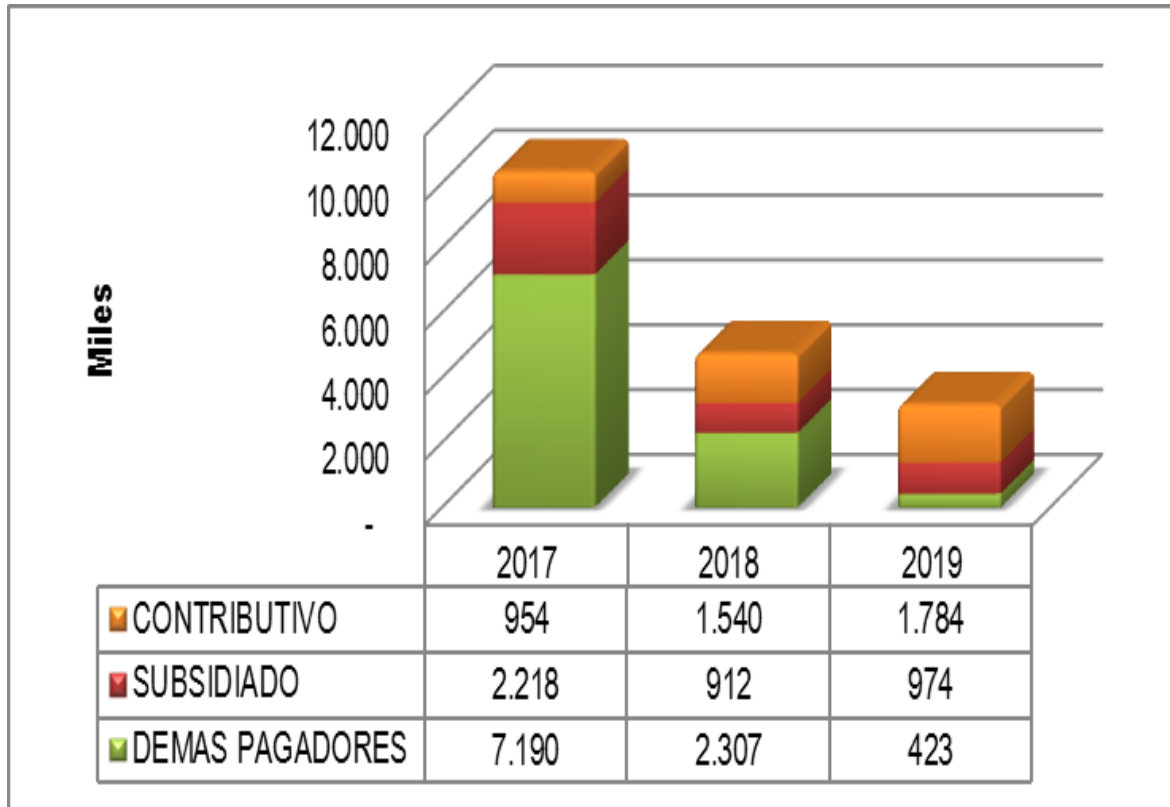
Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

Contrario a la gráfica anterior y resultado esperado, se disminuye la glosa en proceso y se aumenta la glosa tramitada o gestionada asociado a un resultado efectivo, coherente y de proceso continuo para el III Trimestre del 2019; continuamos con la respuesta más oportuna en primera estancia, la conciliación posterior de ser necesaria con escenarios más equilibrados y validación conjunta de glosa individualizada, sustentable y levantable por parte de las ERP, con mejor retorno de los recursos para el HUS.

Con intervención efectiva hacia otros pagadores como ADRES, se logró avanzar en este trimestre con tramite respuesta y presentación de reclamaciones devueltas por una cifra cercana a los \$ 700 millones que corresponde a 1600 reclamaciones aproximadamente, con Seguros del Estado se logró la entrega de la glosa final a Agosto de 2019 y se planeó y definió la respuesta a las reclamaciones, mencionando las pocas opciones que tenemos de reclamar lo prescrito de acuerdo al marco normativo en tiempos.

Adicional se logró conciliación y avances de conciliación con PPL-Fiduprevisora; Fondo Financiero Distrital; y Aseguradoras.

En régimen Subsidiado, logramos cierres y avances importantes con Convida EPS, Capresoca EPS, Comparta EPS, Asmet Salud EPS y Ecoopsos EPS principalmente.

Objeciones y Glosas Zipaquirá
GRÁFICA 12. VALOR GLOSA RADICADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF ZIPAQUIRÁ


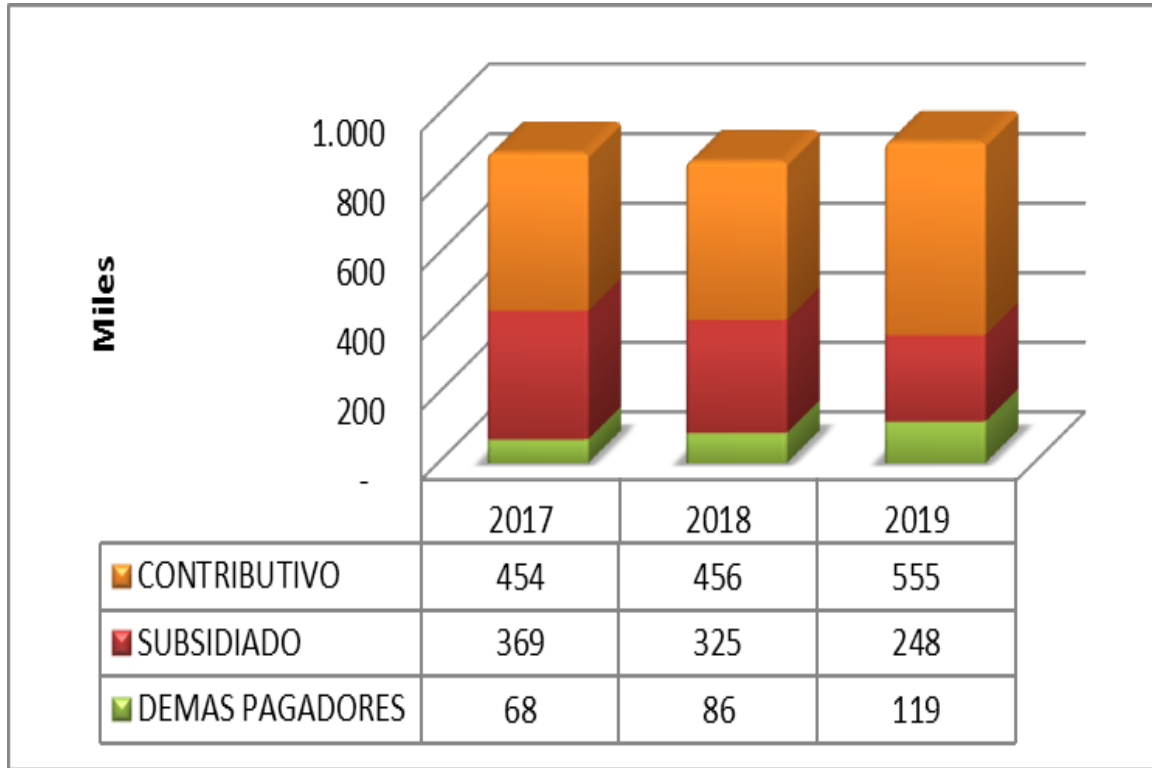
Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

En la UF de Zipaquirá decrece en términos de radicación de glosa por las deferentes ERP al HUS, mostrando tendencias equilibradas en los diferentes regímenes, con mayor atención hacia el Régimen Contributivo y monitoreando el comportamiento de notificación oportuna de las diferentes ERP.

Mencionamos el crecimiento del régimen contributivo como principal comprador de servicios en esta UF y la participación de Nueva EPS, Sanitas EPS, Sura EPS y Famisanar EPS como ERP que han venido aplicando rigurosamente glosas y devoluciones, por temas relacionados con la ausencia parcial o total de la autorización, la ausencia de las actas de NO POS o MIPRES, falta de soportes y tarifa respectivamente.

En Régimen Subsidiado se mantiene tendencia especialmente por Convida EPS y otros pagadores como Aseguradoras por SOAT y en vigilancia Secretaria de Salud de Cundinamarca y ADRES especialmente que no han presentado glosa o devoluciones o parcialmente para este periodo.

GRÁFICA 13. VALOR GLOSA ACEPTADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF ZIPAQUIRÁ



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

La tendencia de aceptación incrementa levemente respecto a las vigencias anteriores como resultado de respuesta y conciliación que incluyo facturación representativa de la UF de Zipaquirá aun así el resultado es positivo al mantener el rango Institucional ($\leq 5\%$ con relación a la Facturación por vigencia) y tendencia de regularización de la operación, que presenta un escenario muy positivo en términos de resultado.

En Régimen Contributivo mencionamos a Famisanar EPS, Salud, Nueva EPS, Sanitas y Sura EPS en régimen contributivo como las EPS que más acceso nos has brindado a las conciliaciones y propuestas de cierre, mercado que más aporta en términos de glosa en la Unidad Funcional. Los ajustes en régimen Subsidiado están aportados especialmente por Convida EPS como principal ERP, con tipificación de glosas soportables las cuales ya se encuentran conciliadas al cierre de trimestre,

Importante dar continuidad a la socialización de los hallazgos y tipificación de glosas aceptadas, para las estrategias previas enmarcadas en la prevención de las mismas en la UF, especialmente por la ausencia y gestión de las autorizaciones, las actas NO POS/MIPRES, envío de soportes e interpretación de ayudas diagnósticas y pertenencia.



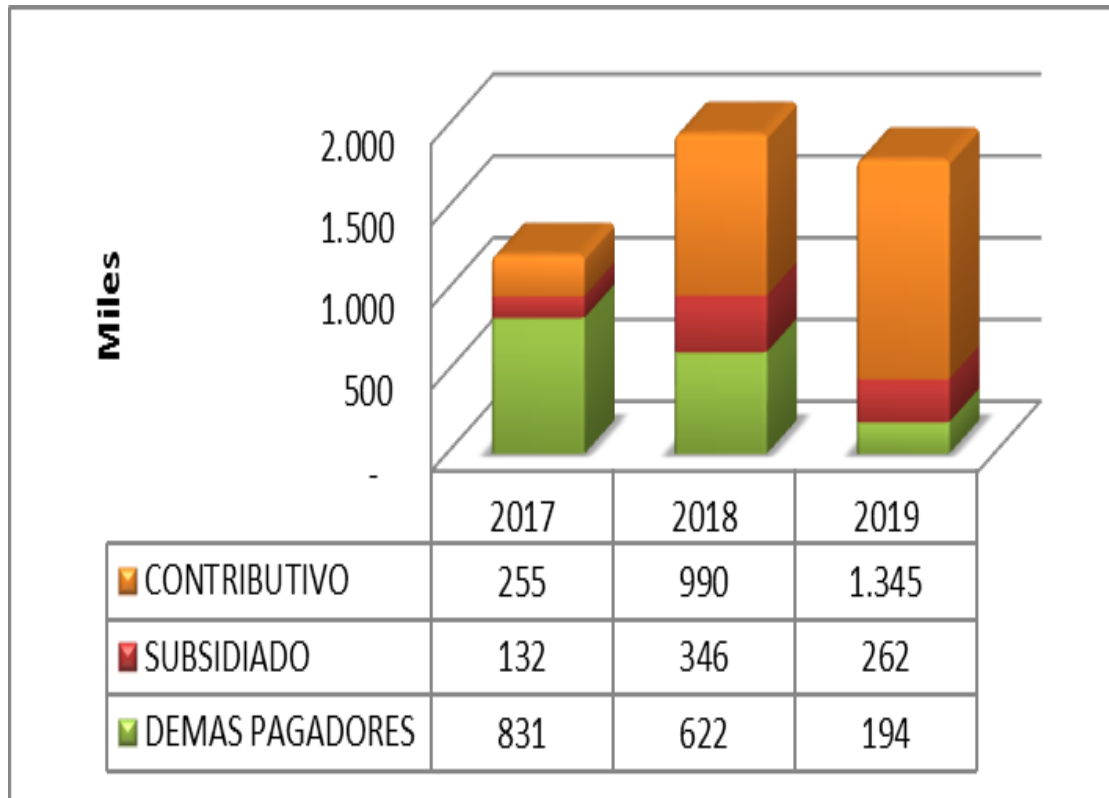
051



SC5520-1



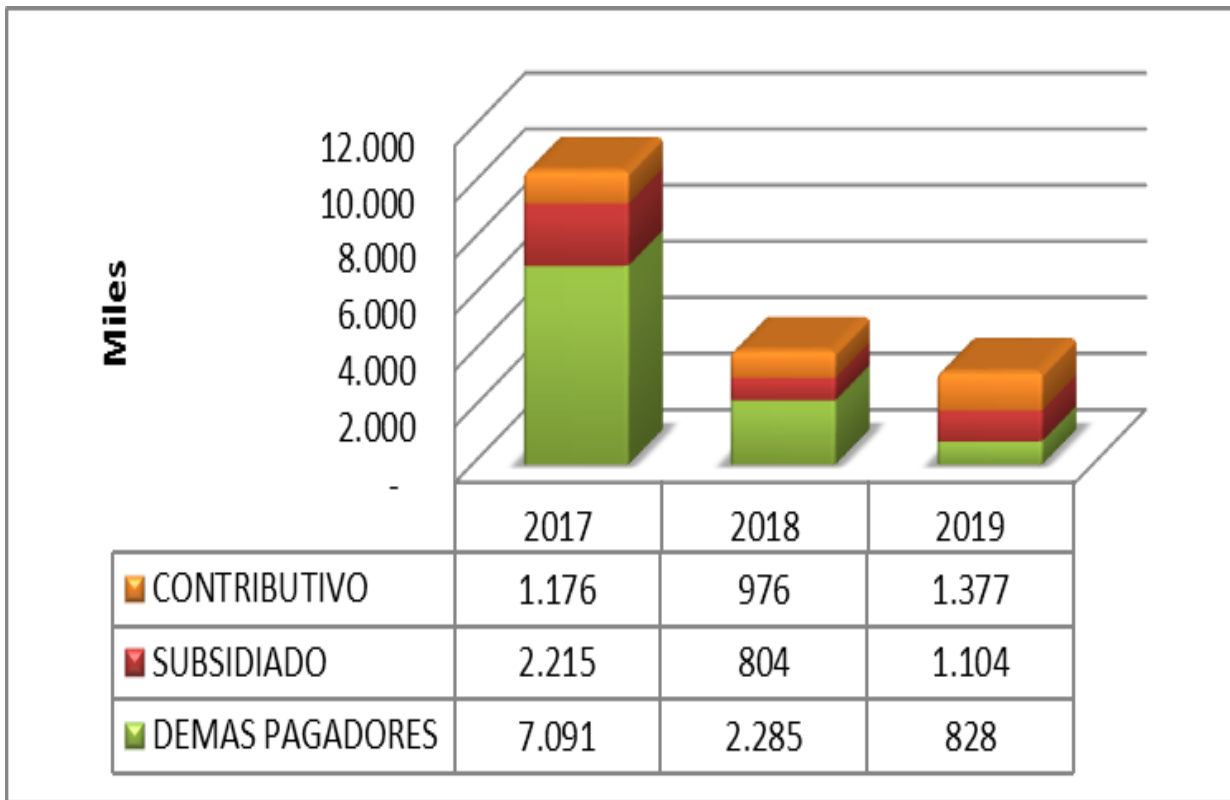
GRÁFICA 14. VALOR GLOSA EN TRÁMITE COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF ZIPAQUIRÁ



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

Con el análisis previo de la glosa en trámite la UF Zipaquirá para el trimestre, presenta un comportamiento de decrecimiento frente a la vigencia anterior; cotros pagadores y subsidiado disminuye marcadamente y crece el contributivo; se menciona Nueva EPS, Famisanar EPS y SURA EPS y Sanitas EPS en contributivo y Convida EPS en subsidiado especialmente, considerando que una vez se finalice el descargue de las actas y nuevo ciclo de respuesta y conciliación, se dará el impacto positivo a la disminución en Contributivo el cual será priorizado; en cuanto a las ADRES se logró la gestión y radicación de las reclamaciones pendientes de la UF, las Aseguradoras continuamos avanzando en conciliación de las Objeciones no prescritas.

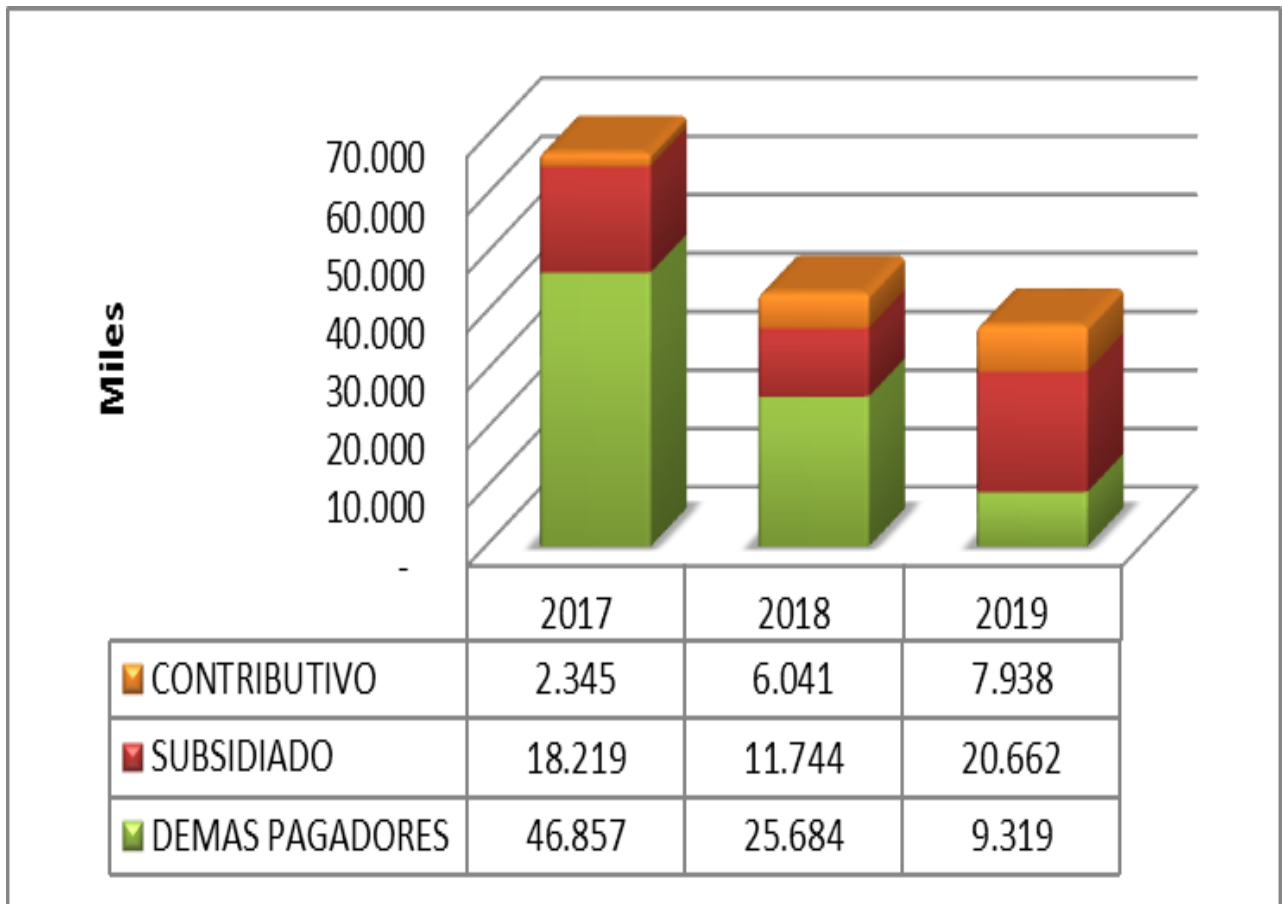
GRÁFICA 15. VALOR GLOSA TRAMITADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF ZIPAQUIRÁ



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

Para el régimen contributivo de acuerdo a tendencias ya explicadas en el ingreso se presentó un incremento leve en glosa tramitada con respecto al mismo periodo de la vigencia 2018, ejercicio que complementa lo explicado en la glosa en trámite, esperamos que con el ingreso más oportuno de las conciliaciones; logremos incrementar la gestión de respuesta.

Por lo anterior, a pesar de ser un resultado positivo por la gestión a glosa en respuesta y conciliación incluidas las devoluciones, debemos continuar con planteamientos de cierre de vigencias y montos, con acciones preventivas en la UF Zipaquirá, se menciona la socialización y planes solicitados a la UF frente a la ausencia de autorizaciones y volantes de servicios, que aún no se tramitan o anexan a las facturas a presentar a diferentes EPS, esto es una causal dominante que nos impide ejecutar con mayor oportunidad la respuesta o nos pone en desventaja en las conciliaciones.

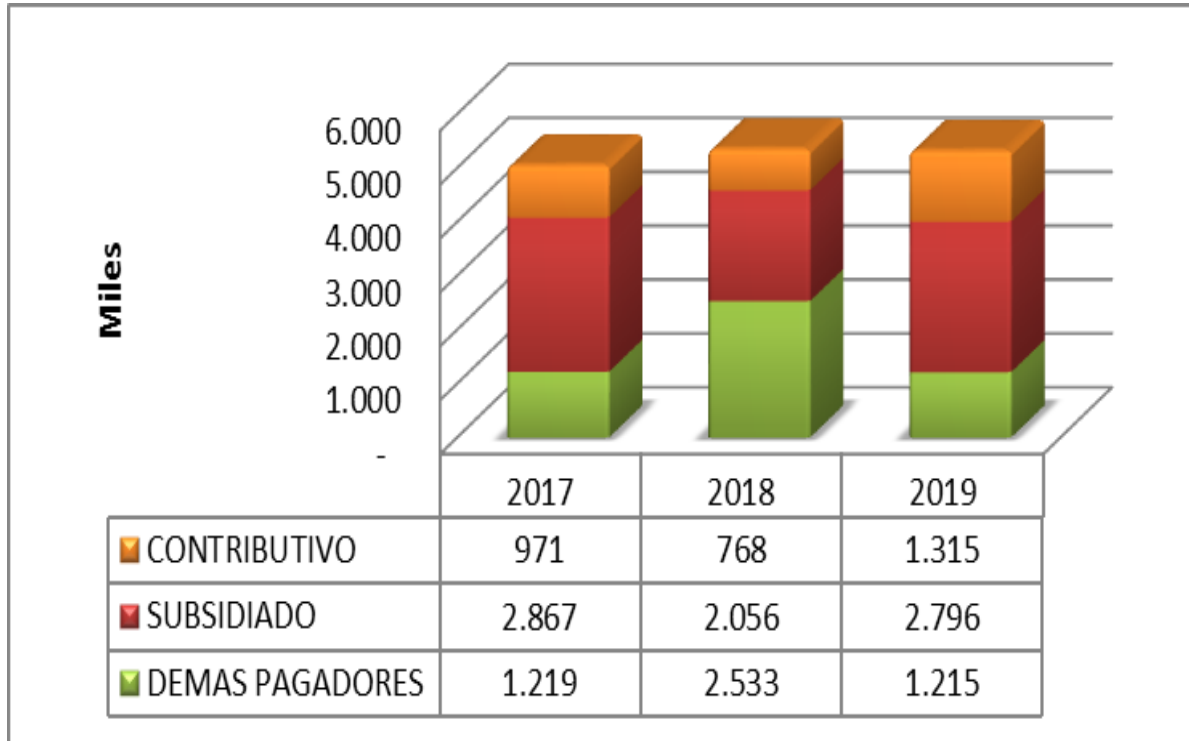
GRÁFICA 16. VALOR GLOSA RADICADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 CONSOLIDADO


Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte Septiembre 30 de 2019

Para el III Trimestre de 2019 como ya se explicó al detalle frente al resultado en sede Bogotá y UF Zipaquirá, se decreció en la recepción de glosa y devoluciones al HUS se fundamentó principalmente por mayor enfoque en conciliación, más oportunidad en el tiempo del ingreso de la Objeción y cierre de vigencias; aun así debemos hacer seguimiento puntual a la oportunidad en notificación de glosa por diferentes ERP que dentro de su proceso de auditoría, notifican inoportunamente las glosas.

Por lo anterior, los esfuerzos y estrategias en oportunidad y cumplimiento de tiempos deben estar en la línea del cargue masivo de la glosa y las conciliaciones al módulo DGH- Cartera-Glosas, que nos permitirá en corto plazo ser más efectivos en el ingreso, registro y respuesta.

GRÁFICA 17. VALOR GLOSA ACEPTADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 CONSOLIDADO



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte Septiembre 30 de 2019

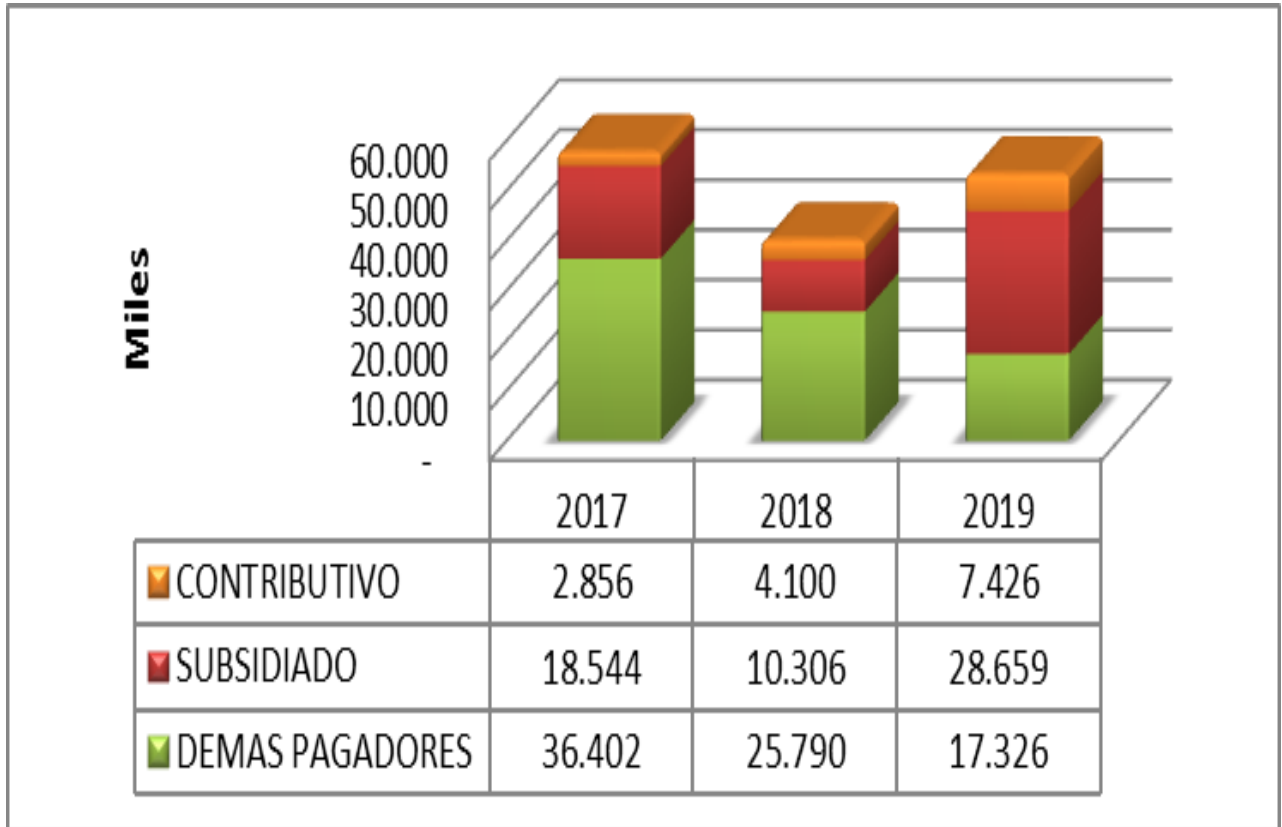
Al cierre del trimestre se realizó un trabajo programado de persistencia en cuanto al fortalecimiento de las conciliaciones (glosa una a una), mejorar la calidad y oportunidad en el ingreso de la glosa y generar un escenario de respuesta inicial a Objeciones dentro de los tiempos, siendo óptimo el resultado ya que al tener una operación más al día, con mayor índice de gestión, se logra mantener el estándar Institucional de aceptación que para este periodo cerro acumulado en un **2.2%**.

La estrategia planteada ha dado resultados positivos y seguiremos en la misma línea de ir disminuyendo la aceptación, una vez logremos estar al día y se activen las estrategias de calidad y mejoramiento e áreas generadoras del producto, cerrando el ciclo y tendremos sin lugar a dudas una estabilización operacional.

Lo anterior ha permitido en cada periodo el cumplimiento de la meta establecida de estar dentro del rango igual o inferior al 5% sobre la facturación de la vigencia en tema de aceptación.

Tenemos como plan complementario, identificar y separar las notas créditos para identificar solo las relacionadas a glosas por aceptación y separar las notas por ajustes en otras áreas como facturación y cartera.

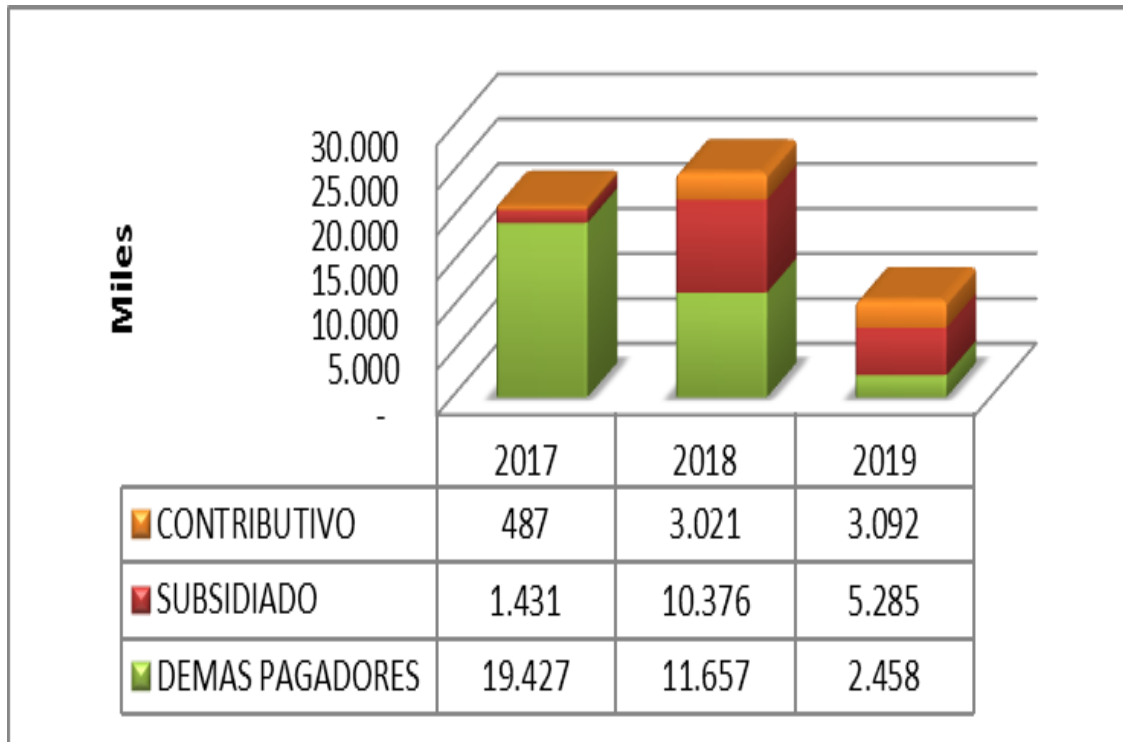
GRÁFICA 18. VALOR GLOSA TRAMITADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 CONSOLIDADO



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

El crecimiento en la glosa tramitada para el III trimestre de 2019 frente a la vigencia anterior, se complementa a lo explicado en las gráficas anteriores, ingreso de glosa más oportuno, menor porcentaje en aceptación e incremento en la glosa tramitada. Esto hace un entorno más seguro, de mayor confianza y con evidencia de resultado con las acciones implementadas dentro del área y ajustes oportunos y dinámicos frente a los riesgos del sector y las oportunidades de mejora que se tienen que ejecutar en las áreas generadoras del producto final-factora.

Se logró mantener la periodicidad de las conciliaciones y su registro en el módulo DGH operativo a pesar de la volumetría y la operación compleja de registrar ítem a ítem, hemos logrado avanzar e impactar el resultado positivo de la glosa tramitada, es importante estar coordinados con el área de Cartera para que se confirmen las transacciones entregadas dentro del mismo periodo y evitar atrasos, que reflejan la glosa ya conciliada en un estado en trámite.

GRÁFICA 19. VALOR GLOSA EN TRÁMITE COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 CONSOLIDADO


Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Septiembre de 2019

La disminución importante de los saldos pendientes de la glosa que al cierre aún está en proceso o trámite, complementa la integración de los buenos resultados al decrecer en el estado de pendiente por tramitar, aumentar la glosa tramitada y mantener el indicador de aceptación, directamente favorece y aporta al proceso del área de cartera.

Notas:

Para esta vigencia, la Secretaria de Salud de Cundinamarca reporto glosa por resultado de auditoria para el I trimestre de 2018, al cual se encuentra en proceso de conciliación y definición, aún no se refleja por lo descrito anteriormente indicando que se pasó cuenta de cobro por actividades.

Resaltar la importancia de aplicar correctamente la Resolución 1479 con línea de cobertura por Otros pagadores, que permitirá el flujo de las facturas, la radicación y reconocimiento, disminuyendo la glosa y devoluciones por este concepto.

Es importante mencionar que el HUS en conciliaciones con diferentes Aseguradoras que reconocen reclamaciones por Accidentes de Tránsito como: AXA COLPATRIA, SURAMERICANA, MUNDIAL DE SEGUROS, QBE SEGUROS y LA PREVISORA, se ha solicitado formalmente se nos asigne un escenario para definición de las prescripciones,

sin embargo reiteradamente argumentan acoger y aplicar lo referido en el marco normativo y no dar trámite o reconocimiento a los saldos por vencimiento de términos, seguiremos insistiendo en el reconocimiento a pesar de la regulación normativa en busca de recuperar estos recursos y paralelamente trabajar estrategias en el comité de cartera con apoyo del área jurídica.

Con ADRES-FOSYGA en este trimestre se logró la radicación de las reclamaciones Incluyendo UF Zipaquirá y UF Girardot de lo pendiente; con un saldo inferior al 5% con físicos que se tienen en el inventario, indicando que el 95% del total inventariado más los resultados de este trimestre ascienden a \$ 700 Millones por 1.600 reclamaciones ya se encuentra debidamente radicadas ante la Administradora, sin embargo aún queda para una segunda etapa con la identificación y reconstrucción de reclamaciones de vigencias anteriores (2004-2015) por pérdida de los físicos en su momento, desconociendo las causas, variables y acciones.

Dejar mencionado que el tiempo transcurrido para la gestión de reclamaciones ante la ADRES, ha tenido serias dificultades para el éxito del reconocimiento directo de la mismas; aun con el esfuerzo y logro del área de objeciones en depurar y radicar todo lo pendiente, por tiempos prolongados y vigencias en prescripción.

La ADRES cambio a partir de Agosto la forma de presentación y radicación de las glosas; pasando de físicos a medios ópticos, hicimos los ajustes al interior del área, la socialización correspondiente y el HUS no tuvo ningún problema al radicar la respuesta a la glosa y cumplimos con los lineamientos de la circular 05 emitida por la ADRES.

3.3.4 Cartera

En el III Trimestre de 2019 las actividades propias de gestión de cobro administrativo se realizó con previos cruces de cartera, circularización de saldo por medio de dos tipos de documentos como son: notificación de saldos se radicaron 544 Oficios, los cuales se realizan de manera mensual a todos los clientes que se les presta servicios de salud y Derechos de Petición con copia a los entes de control se radicaron 74 oficios a los clientes con deuda que representa más del **80%** del total de la cartera que tienen con hospital; igualmente se programó y ejecuto un ciclo de llamadas telefónicas más envío de correos electrónicos a los clientes que están fuera de la ciudad.

Dado que se ha dificultado la comunicación para incrementar los cruces de cartera con cada uno de los clientes y para dar un mejor seguimiento a la depuración de los estados de cartera, se diseñó otro documento donde se solicitó específicamente a cada uno de los clientes agenden citas para cruces de cartera; se dio indicaciones claras a los ejecutivos sobre la necesidad de mantener los cruces al día, para el cierre de Septiembre de 2019 se radicaron 492 oficios de los cuales dieron respuesta 61 clientes y partiendo de estas respuestas se está generando este documento mensualmente, para agilizar el proceso acompañado de trabajo en campo, por correo electrónico o video conferencia, de acuerdo a la ubicación geográfica del cliente, estrategia que facilita realizar cruce al 100% con las entidades responsables de pago a los cuales se les presta servicios de salud, sobre este punto se enfocaran esfuerzos grupales para definición y efectividad en la identificación y gestión de la cartera.

Adicionalmente teniendo en cuenta la problemática que los clientes que no entregan soportes oportunamente de pagos a corte 30 de Septiembre de 2019 se han enviado 17 notificaciones, en busca de hacer cumplir este parámetro normativo para identificación de partidas, sin embargo tenemos como factor secundario la aplicación de pagos según lo identificado en ADRES por giro directo y aplicación normativa para cruzar facturas antiguas.

Realizado un análisis de las cuentas por cobrar a cierre 30 de Septiembre de 2019 por valor de \$219.046.855.684.38, el total radicado corresponde a \$195.310.019.119.06/ **89%** y \$ 23.786.836.565.32/ **11%** de facturación no radicada y en la cuenta de difícil recaudo cerramos con un valor de \$20.273.430.798.04 que para el próximo trimestre deberá tener una intervención a través de cobro jurídico, las partidas por identificar están en \$ 26.698.465.226 divididas en \$15.681.597.797.13 / **59%** ordinaria y un valor por giro directo de \$11.016.867.429.75/ **41%**

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 Septiembre de 2019 se acumula un valor de **\$34.979.209.066**, correspondiente a objeciones que no pudieron ser subsanadas mediante gestión administrativa corriente, por Cartera de más de 180 días y Cartera Corriente no cancelada y se relaciona a continuación:

VIG	VALOR
2014	\$ 477.435.146
2015	\$ 53.656.855
2016	\$ 7.791.703.300
2017	\$ 630.111.998
2018	\$ 15.035.647.774
2019	\$ 10.990.653.993
TOTAL	\$ 34.979.209.066

Cartera Bogotá Radicada y Sin Radicar por Vigencia:
TOTAL CARTERA BOGOTA SEPTIEMBRE DE 2019 - RADICADA Y SIN RADICAR

TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada	156.213.808.464	1.078.517.118	6.026.351.655	8.917.878.166	29.373.763.155	32.425.505.531	78.388.640.191	3.152.648
Cartera sin Radicar	18.004.288.921	10.112.071.269	3.374.138.811	342.388.128	215.403.797	530.496.772	596.035.428	2.833.754.717
TOTAL	174.218.097.386	11.190.588.387	9.400.490.466	9.260.266.294	29.589.166.952	32.956.002.303	78.984.675.619	2.836.907.365

Rad	90%	10%	64%	96%	99%	98%	99%
Pte X Rad	10%	90%	36%	4%	1%	2%	1%

TOTAL CARTERA BOGOTA SEPTIEMBRE DE 2018 - RADICADA Y SIN RADICAR

TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada	138.947.241.764,10	2.125.973.571,19	5.367.490.434,00	8.022.266.632,00	14.927.068.436,90	39.090.388.461,22	69.409.833.479,79	4.220.749,00
Cartera sin Radicar	19.893.852.352	9.881.095.477	2.186.171.990	1.337.466.375	1.086.300.776	709.221.488	339.902.252	4353693994
TOTAL	158.841.094.116	12.007.069.048	7.553.662.424	9.359.733.007	16.013.369.213	39.799.609.949	69.749.735.732	4.357.914.743

Rad	87%	18%	71%	86%	93%	98%	100%	0%
Pte X Rad	13%	82%	29%	14%	7%	2%	0%	100%

TOTAL CARTERA BOGOTA SEPTIEMBRE DE 2017 - RADICADA Y SIN RADICAR

TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada	110.329.642.490	1.574.811.217	6.845.514.282	5.923.354.671	11.933.768.751	22.545.059.093	61.507.134.476
Cartera sin Radicar	12.124.647.307	8.745.555.724	1.787.057.603	554.853.594	601.476.801	359.232.178	76.471.407
TOTAL	122.454.289.796	10.320.366.941	8.632.571.885	6.478.208.265	12.535.245.552	22.904.291.271	61.583.605.882

Rad	90,10	15,26	79,30	91,44	95,20	98,43	99,88
Pte X Rad	9,90	84,74	20,70	8,56	4,80	1,57	0,12

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

Al cierre del III trimestre del año 2019 de la sede de Bogotá, el 11% de la cartera se encuentra pendiente por radicar y el 89% ya se encuentra radicada; es importante resaltar la interacción con facturación y acuerdos de servicio para lograr disminuir los saldos y garantizar mayor radicación e impacto al giro directo, de lo radicado El 99% es cartera a más de 360 días.

Cartera UF Zipaquirá Radicada y Sin Radicar por Vigencia:
TOTAL CARTERA UF ZIPAQUIRA SEPTIEMBRE DE 2019 - RADICADA Y SIN RADICAR


051



SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada	30.927.171.063	100.971.570	1.508.301.453	2.453.727.344	6.434.439.844	7.945.728.389	12.477.681.635	6.320.828
Cartera sin Radicar	4.531.098.735	2.199.727.903	253.117.970	16.220.082	22.894.900	1.083.026.265	956.111.615	2.833.754.717
TOTAL	35.458.269.799	2.300.699.473	1.761.419.423	2.469.947.426	6.457.334.744	9.028.754.654	13.433.793.251	2.840.075.545

Rad	87%	4%	86%	99%	100%	88%	93%
Pte X Rad	13%	96%	14%	1%	0%	12%	7%

TOTAL CARTERA UF ZIPAQUIRA SEPTIEMBRE DE 2018 -RADICADA Y SIN RADICAR

TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA SEPTIEMBRE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)								
TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada	31.182.911.799	571.533.508	2.567.317.754	1.619.818.269	5.515.195.953	8.734.565.157	12.163.550.146	10.931.010
Cartera sin Radicar	3.909.920.564	2.804.469.440	134.997.555	30.303.574	105.140.290	54.772.417	111.479.985	668.757.303
TOTAL	35.092.832.363	3.376.002.948	2.702.315.309	1.650.121.843	5.620.336.243	8.789.337.574	12.275.030.131	679.688.314

Rad	89%	17%	95%	98%	98%	99%	99%	2%
Pte X Rad	11%	83%	5%	2%	2%	1%	1%	98%

TOTAL CARTERA UF ZIPAQUIRA SEPTIEMBRE DE 2017 -RADICADA Y SIN RADICAR

TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA SEPTIEMBRE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada	27.833.095.968	2.228.726.502	2.117.367.184	1.697.514.518	4.417.334.335	6.451.649.747	10.920.503.682
Cartera sin Radicar	3.544.828.997	2.607.463.496	710.388.194	13.904.054	45.777.380	44.859.825	122.436.049
TOTAL	31.377.924.965	4.836.189.997	2.827.755.378	1.711.418.572	4.463.111.715	6.496.509.572	11.042.939.731

Rad	89%	46%	75%	99%	99%	99%	99%
Pte X Rad	11%	54%	25%	1%	1%	1%	1%

Al Cierre del III trimestre del año 2019 en la UF de Zipaquirá; del total de la cartera el **13%** se encuentra pendiente por radicar y el **87%** se encuentra radicado; de lo radicado el **93%** es cartera a más de 360 días, es importante resaltar las medidas complementarias para ser más efectivos en la aplicación de estrategias de cobro y acciones por las vías necesarias para disminuirla, al igual que la Sede Bogotá es importante definir tiempos de oportunidad en radicación con líder del proceso para impactar giro directo y condiciones más óptimas para el cobro.

Cartera UF Girardot Radicada y Sin Radicar por Vigencia:
TOTAL CARTERA GIRARDOT A SEPTIEMBRE DE 2019 - RADICADA Y SIN RADICAR

TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada	8.131.106.264,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.131.106.264,15	0
Cartera sin Radicar	32.862.225,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32.862.225,76	0
TOTAL	8.163.968.490	0	0	0	0	0	8.163.968.490	0

Rad	99.6%	99.6%
Pte X Rad	0.3%	0.3%

TOTAL CARTERA GIRARDOT A SEPTIEMBRE DE 2018 - RADICADA Y SIN RADICAR

TOTAL CARTERA GIRARDOT SEPTIEMBRE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada	10.659.720.173	0	0	0	0	346.701	10.659.373.472
Cartera sin Radicar	200.976.147	0	0	0	0	0	200.976.147
TOTAL	10.860.696.320	0	0	0	0	346.701	10.860.349.619

Rad	98%	100%	98%
Pte X Rad	2%	0%	2%

TOTAL CARTERA GIRARDOT A SEPTIEMBRE DE 2017 - RADICADA Y SIN RADICAR

TOTAL CARTERA GIRARDOT SEPTIEMBRE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TIPO	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada	18.296.514.700	0	0	0	0	0	18.296.514.700
Cartera sin Radicar	950.341.765	0	0	0	0	3.043.829	947.297.936
TOTAL	19.246.856.465	0	0	0	0	3.043.829	19.243.812.636

Rad	95%	0%	95%
Pte X Rad	5%	100%	5%

Al cierre del III trimestre del año 2019 de la UF de Girardot aún se encuentra pendiente por radicar \$32 Millones / 0.39%, cifra que se encuentra mayor a de 360 días, debemos definir con el área encargada la viabilidad y posibilidad de ejecutar la radicación a pesar que esta Unidad dejo de funcionar desde el 12 de febrero de 2016.

Cartera Consolidada Radicada y Sin Radicar por Vigencia:

CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2019

Etiquetas de fila	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS 360	Suma de ORD SERV
BOGOTA	156.213.808.464	1.078.517.118	6.026.351.655	8.917.878.166	29.373.763.155	32.425.505.531	78.388.640.191	3.152.648
GIRARDOT	8.131.106.264	0	0	0	0	0	8.131.106.264	0
VEGA	37.933.327	0	0	0	0	0	37.933.327	0
ZIPAQUIRA	30.927.171.063	100.971.570	1.508.301.453	2.453.727.344	6.434.439.844	7.945.728.389	12.477.681.635	6.320.828
Total general	195.310.019.119	1.179.488.689	7.534.653.108	11.371.605.510	35.808.202.999	40.371.233.920	99.035.361.418	9.473.476



051



SC5520-1



CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2019

Etiquetas de fila	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS 360	Suma de ORD SERV
BOGOTA	18.004.288.921	10.112.071.269	3.374.138.811	342.388.128	215.403.797	530.496.772	596.035.428	2.833.754.717
GIRARDOT	32.862.226	0	0	0	0	0	32.862.226	0
ZIQUAIRA	5.699.685.418	3.529.941.908	1.125.693.652	23.080.946	136.928.651	59.003.697	208.919.855	616.116.709
Total general	23.736.836.565	13.642.013.177	4.499.832.463	365.469.074	352.332.448	589.500.469	837.817.508	3.449.871.427

CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2018

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360	Suma de ORDENES DE SERV
BOGOTA	138.947.241.764	2.125.973.571	5.367.490.434	8.022.266.632	14.927.068.437	39.090.388.461	69.409.833.480	4.220.749
GIRARDOT	10.659.720.173	0	0	0	0	346.701	10.659.373.472	0
VEGA	48.552.171	0	0	0	0	0	48.552.171	0
ZIQUAIRA	31.182.911.799	571.533.508	2.567.317.754	1.619.818.269	5.515.195.953	8.734.565.157	12.163.550.146	10.931.010
Total general	180.838.425.907	2.697.507.079	7.934.808.188	9.642.084.901	20.442.264.390	47.825.300.319	92.281.309.270	15.151.759

CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2018

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360	Suma de ORDENES DE SERV
BOGOTA	19.893.852.352	9.881.095.477	2.186.171.990	1.337.466.375	1.086.300.776	709.221.488	339.902.252	4.353.693.994
GIRARDOT	200.976.147	0	0	0	0	0	200.976.147	0
ZIQUAIRA	3.909.920.564	2.804.469.440	134.997.555	30.303.574	105.140.290	54.772.417	111.479.985	668.757.303
Total general	24.004.749.063	12.685.564.917	2.321.169.545	1.367.769.949	1.191.441.066	763.993.905	652.358.384	5.022.451.298

CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2017

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360
BOGOTA	110.329.642.490	1.574.811.217	6.845.514.282	5.923.354.671	11.933.768.751	22.545.059.093	61.507.134.476
GIRARDOT	18.296.514.700	0	0	0	0	0	18.296.514.700

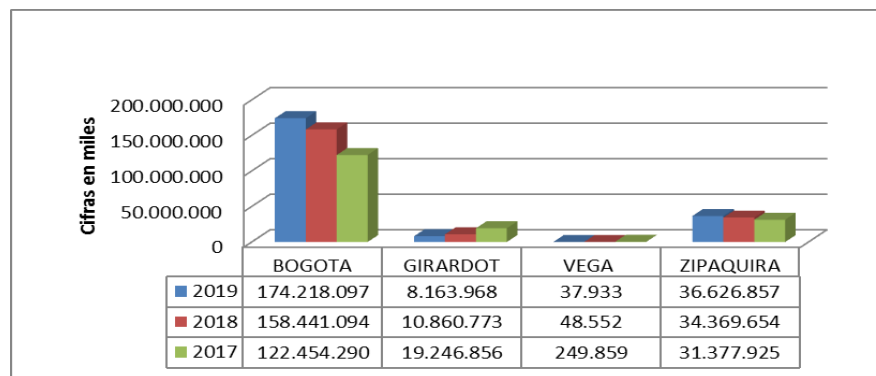
VEGA	249.858.585	0	0	0	0	0	249.858.585
ZIQUAIRA	27.833.095.968	2.228.726.502	2.117.367.184	1.697.514.518	4.417.334.335	6.451.649.747	10.920.503.682
Total general	156.709.111.743	3.803.537.719	8.962.881.466	7.620.869.189	16.351.103.086	28.996.708.840	90.974.011.443

CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2017

U FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360
BOGOTA	12.124.647.307	8.745.555.724	1.787.057.603	554.853.594	601.476.801	359.232.178	76.471.407
GIRARDOT	950.341.765	0	0	0	0	3.043.829	947.297.936
ZIQUAIRA	3.544.828.997	2.607.463.496	710.388.194	13.904.054	45.777.380	44.859.825	122.436.049
Total general	16.619.818.069	11.353.019.220	2.497.445.797	568.757.648	647.254.181	407.135.832	1.146.205.392

Cartera Total por Vigencia y UF:

CARTERA TOTAL POR SEDE A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019				
VIG	BOGOTA	GIRARDOT	VEGA	ZIQUAIRA
2019	174.218.097	8.163.968	37.933	36.626.857
2018	158.441.094	10.860.773	48.552	34.369.654
2017	122.454.290	19.246.856	249.859	31.377.925

GRÁFICA 19. COMPARATIVO CARTERA UNIDAD FUNCIONAL A SEPTIEMBRE DE 2019 (Miles de pesos)


Grafica 1. Fuente: Modulo Cartera/Contabilidad a corte 30 de Septiembre de 2019

Al III Trimestre de 2019 la cartera en general presenta un incremento con respecto a las vigencias anteriores, principalmente por la dificultad marcada con el cumplimiento de los pagos y acuerdos por parte de diferentes ERP, las Objeciones, la no radicación y las Entidades que se encuentran en vigilancia y medida especial; debemos retomar y aplicar estrategias más efectivas, con modelos de trabajo en campo, cobros directos y utilizar los mecanismos complementarios de estancias jurídicas o ante la Súper Salud.

3.3.4.2 Recaudo

Recaudo Total por Vigencia y UF:

Recaudo Sede Bogotá por vigencia – Actual y Anteriores

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A SEPTIEMBRE 2019			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2019	TOTAL
CONTRIBUTIVO	4.348.886.588	4.294.037.191	8.642.923.779
SUBSIDIADO	49.297.930.387	16.978.138.653	66.276.069.040
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.925.434.562	0	1.925.434.562
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	104.397.453	51.782	104.449.235
ASEGURADORAS-SOAT	1.178.082.883	1.469.009.682	2.647.092.565
FOSYGA	56.179.599	95.140.180	151.319.779
OTRAS ENTIDADES	1.630.717.504	2.597.555.786	4.228.273.290
TOTAL	58.541.628.976	25.433.933.274	83.975.562.250

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A SEPTIEMBRE DE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	2.000.151.994	2.261.986.853	4.262.138.847
SUBSIDIADO	27.637.768.705	29.787.966.361	57.425.735.066
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.794.575.653	1.452.032	1.796.027.685
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	48.332.967	299.597.811	347.930.778
ASEGURADORAS-SOAT	2.492.112.109	2.401.338.333	4.893.450.442
FOSYGA	2.492.358.581	29.466.568	2.521.825.149

OTRAS ENTIDADES	754.117.435	559.248.924	1.313.366.359
TOTAL	37.219.417.444	35.341.056.882	72.560.474.326

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A SEPTIEMBRE DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	637.032.232	1.586.521.819	2.223.554.051
FOSYGA	1.064.950		1.064.950
SUBSIDIADO	27.823.466.458	27.907.589.744	55.731.056.202
CONTRIBUTIVO	3.571.337.600	3.217.752.621	6.789.090.221
IPS PUBLICAS	800.800	22.796.300	23.597.100
IPS PRIVADAS	19.538.020	4.638.900	24.176.920
ARL	2.653.181	253.090.798	255.743.979
VIDA	105.804	41.813.319	41.919.123
MEDICINA PREPAGADA	1.678.432	18.309.446	19.987.878
ENTIDADES ESPECIALES	513.286.976	407.345.468	920.632.444
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	776.214.639	158.379.731	934.594.370
TOTAL	33.347.179.092	33.618.238.146	66.965.417.238

El recaudo por régimen al cierre del III Trimestre de 2019, se compone de Régimen Subsidiado con un **79%**, Aseguradoras con un **3%**, siendo este tipo de mercado el de mayor participación con el **82%** sobre el total recaudado. Importante mencionar que las vigencias anteriores tienen una mayor participación con el **70%** y la vigencia actual con el **30%**.

Debemos buscar el equilibrio y estabilización de la vigencia actual, para que inicie una tendencia de mayor participación; indirectamente mejorara el acumulado de las vigencias anteriores, al evitar envejecimiento de la cartera.



051



SC5520-1



Recaudo Consolidado por vigencia – Actual y Anteriores

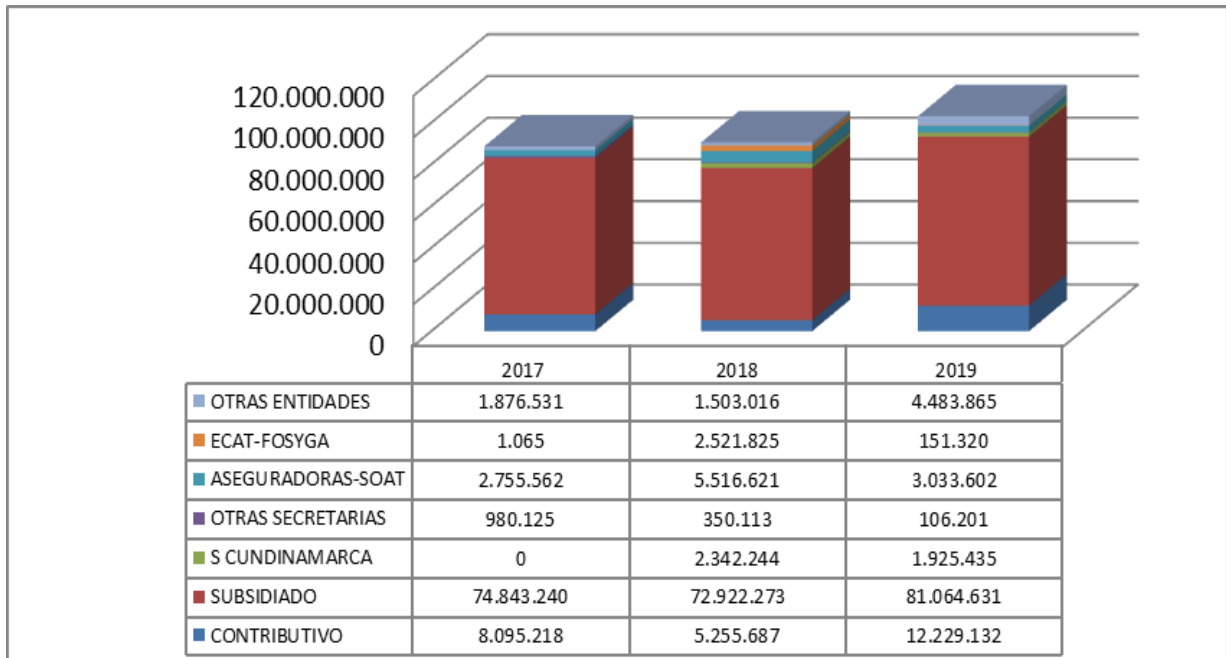
TOTAL CONSOLIDADO DE RECAUDOS A SEPTIEMBRE DE 2019			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2019	TOTAL
CONTRIBUTIVO	6.797.998.025	5.431.133.629	12.229.131.654
SUBSIDIADO	58.660.529.938	22.404.101.239	81.064.631.177
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.925.434.562	0	1.925.434.562
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	106.149.628	51.782	106.201.410
ASEGURADORAS-SOAT	1.248.829.301	1.784.772.733	3.033.602.034
ECAT-FOSYGA	56.179.599	95.140.180	151.319.779
OTRAS ENTIDADES	1.769.727.107	2.714.137.690	4.483.864.797
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019	70.564.848.160	32.429.337.253	102.994.185.413

TOTAL GENERAL DE RECAUDOS A SEPTIEMBRE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	2.317.669.890	2.938.016.974	5.255.686.864
SUBSIDIADO	31.940.434.049	40.981.838.797	72.922.272.846
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	2.340.792.191	1.452.032	2.342.244.223
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	50.514.837	299.597.811	350.112.648
ASEGURADORAS-SOAT	2.748.539.717	2.768.081.101	5.516.620.818
ECAT-FOSYGA	2.492.358.581	29.466.568	2.521.825.149
OTRAS ENTIDADES	854.653.750	648.362.346	1.503.016.096
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA SEPTIEMBRE DE 2018	42.744.963.015	47.666.815.629	90.411.778.644

TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A SEPTIEMBRE DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	882.327.395	1.873.234.755	2.755.562.150
FOSYGA	1.064.950	0	1.064.950
SUBSIDIADO	32.899.536.555	38.700.100.349	71.599.636.904
CONTRIBUTIVO	4.526.744.074	3.568.473.594	8.095.217.668
CAPITADO	26.736.731	3.216.866.791	3.243.603.522
IPS PUBLICAS	5.937.765	26.375.700	32.313.465
IPS PRIVADAS	61.676.882	6.181.451	67.858.333
ARP	6.533.980	257.995.354	264.529.334
VIDA	1.990.583	45.298.315	47.288.898
MEDICINA PREPAGADA	2.118.203	25.355.314	27.473.517
ENTIDADES ESPECIALES	868.420.518	568.647.269	1.437.067.787
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	821.745.065	158.379.731	980.124.796
TOTAL CONSOLIDADO MES DE SEPTIEMBRE DE 2017	40.104.832.701	48.446.908.623	88.551.741.324

RECAUDO CONTABILIZADO A SEPTIEMBRE POR VIG. 2017-2018-2019			
MERCADO	VIG 2017	VIG 2018	VIG 2019
CONTRIBUTIVO	8.095.218	5.255.687	12.229.132
SUBSIDIADO	74.843.240	72.922.273	81.064.631
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	2.342.244	1.925.435
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	980.125	350.113	106.201
ASEGURADORAS-SOAT	2.755.562	5.516.621	3.033.602
ECAT-FOSYGA	1.065	2.521.825	151.320

OTRAS ENTIDADES	1.876.531	1.503.016	4.483.865
TOTALES	88.551.741	90.411.779	102.994.185

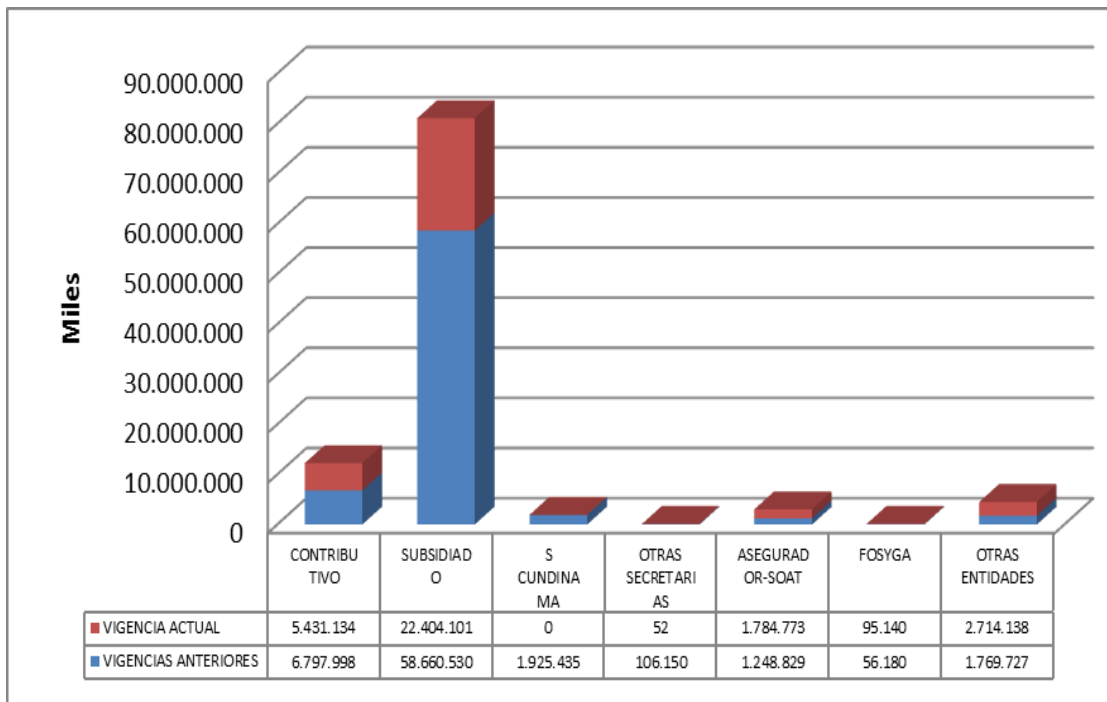


Grafica 2. Fuente: Modulo Cartera/Contabilidad a corte 30 de Septiembre de 2019

El recaudo total consolidado por régimen para el III trimestre de 2019 cierra con participación en Régimen Subsidiado **79%**, Contributivo con un **12%**, representando estos dos un **91%** sobre el total. Importante resaltar que el **69%** corresponde a vigencias anteriores y el **31%** a vigencia actual.

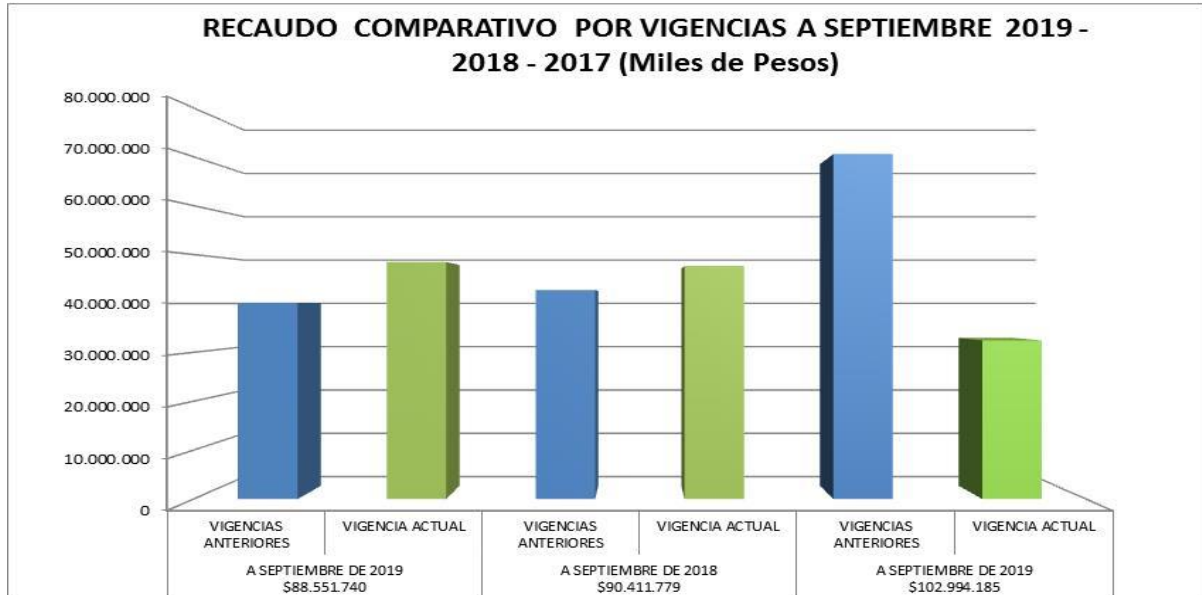
TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A SEPTIEMBRE DE 2019			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	6.797.998	5.431.134	12.229.132
SUBSIDIADO	58.660.530	22.404.101	81.064.631
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.925.435	0	1.925.435
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	106.150	52	106.201

ASEGURADORAS-SOAT	1.248.829	1.784.773	3.033.602
ECAT-FOSYGA	56.180	95.140	151.320
OTRAS ENTIDADES	1.769.727	2.714.138	4.483.865
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	70.564.848	32.429.337	102.994.185



Grafica 3. Fuente: Modulo Cartera/Contabilidad a corte 30 de Septiembre de 2019

RECAUDO COMPARATIVO POR VIGENCIAS 201-2018-2017 (MILES DE PESOS)					
A SEPTIEMBRE DE 2019 \$88.551.740		A SEPTIEMBRE DE 2018 \$90.411.779		A SEPTIEMBRE DE 2017 \$102.994.185	
VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL
40.104.832	48.446.908	42.744.963	47.666.816	70.564.848	32.429.337
88.551.740		90.411.779		102.994.185	



Grafica 4. Fuente: Modulo Cartera/Contabilidad a corte 30 de Septiembre de 2019

Al cierre se presentan una disminución del recaudo actual con respecto a las vigencias anteriores teniendo como factor principal; el no cumplimiento de la normatividad por parte de las ERP y el entorno del sector. Sin embargo se intensificara el cobro principalmente con trabajo en campo, a través de comunicados, notificación de saldos, derechos de petición, cruces de cartera oportunos y resolutivos en identificación y gestión de la cartera, aplicando alcance de 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 las ERP.

Adicional se menciona que durante la vigencia 2019 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

Se continuara participando 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 solicitando con mayor contundencia el cumplimiento a compromisos adquiridos o definir estancias jurídicas a que haya lugar.

Se reforzara una fuerza ejecutiva de trabajo extra institucional, interviniendo con las diferentes ERP con el fin de tener mayor persuasión en pagos, reconocimientos de cartera firmados y clarificación en los estados finales de las facturas objeto de la cartera.

Se reanudarán los cruces de información entre objeciones y cartera para identificar y gestionar los saldos y dependiendo de los hallazgos aplicar las acciones inmediatas de resultado.

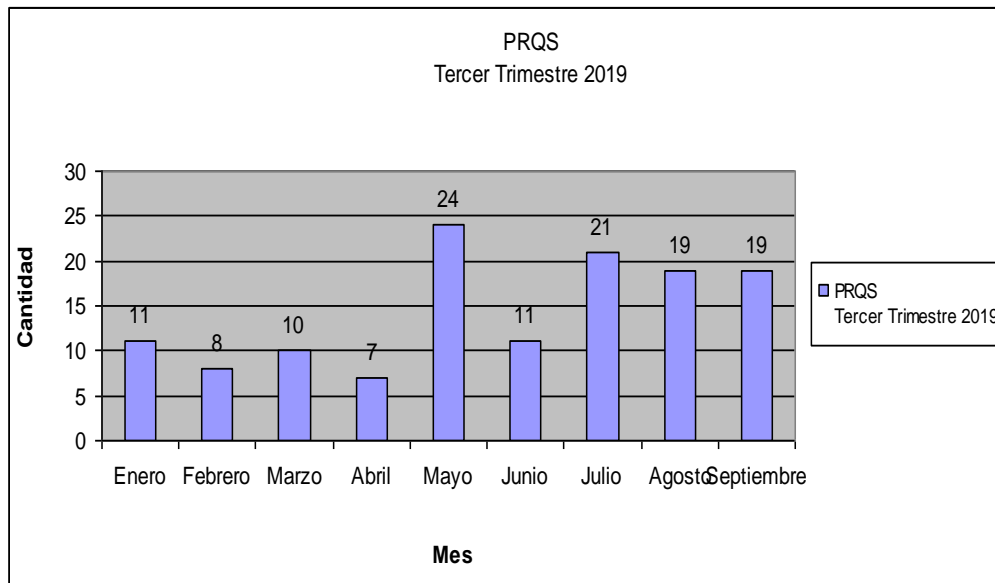
3.3.5 PQRS

De acuerdo al proceso de las PQRS presentadas en el área de facturación se adelanta un análisis comparativo, análisis de causas de acuerdo con el contenido de las quejas, reclamos y sugerencias que dieron lugar a estas identificando inconformidades o debilidades en la atención, formulando de esta manera recomendaciones para mejorar le prestación del servicio, como también solicitud de información y cotizaciones a nuestros usuarios.

Todas las peticiones presentadas se han clasificado de acuerdo a su contenido en:

- Peticiones
- Quejas
- Reclamos
- Sugerencias
- Felicitaciones
- Solicitud de información
- Solicitud de Cita
- Cotizaciones

TOTAL, PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS



Durante el tercer trimestre de 2019 fueron radicados en total, 130 requerimientos en el área de facturación HUS, los cuales fueron atendidos en su totalidad y se realizó seguimiento por mes arrojando los siguientes resultados, en enero se formularon 11 radicados, en febrero 8, en marzo 10, en abril 7, en mayo 25, en junio 11, en julio 21, en agosto 19 y septiembre 19 radicados.

De acuerdo con el aplicativo de Gestión Documental ORFEO, en el tercer trimestre informado del total de peticiones se radicaron 130 PQRS, con diferentes clasificaciones como lo muestra el siguiente gráfico:

PQRS TERCER TRIMESTRE 2019										
Clasificación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	TOTAL
Peticiones	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3
Quejas	0	2	4	3	11	2	6	4	5	37
Reclamos	3	2	4	1	7	1	1	3	3	25
Sugerencias	0	0	0	0	0	1	1	2	3	7
Felicitaciones	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Solicitud Inf.	6	2	1	2	3	1	5	6	7	33
Solicitud Citas.	0	2	0	1	1	1	2	2	1	10
Cotización	0	0	0	0	1	5	4	2	0	12
TOTAL	11	8	10	7	24	11	21	19	19	130

Las PQRS recibidas en facturación fueron clasificadas cada una en cantidad recibidas por mes y cantidad total por clasificación durante el trimestre. Las PQRS son recibidas luego de su clasificación se realiza el trámite y seguimiento pertinente en el tiempo sugerido por ORFEO, según la petición solicitada.

Como gestión realizada para las quejas y reclamos las cuales tienen el mayor número de peticiones presentadas durante el III trimestre, se socializó en diferentes reuniones importancia de la calidad del servicio en cuanto a trato al usuario, y de manera particular se citó a reunión a los funcionarios implicados en quejas presentadas junto con el líder del proceso de Facturación, la auditora y el revisor, donde se socializaron los derechos que tienen todos nuestros usuarios a recibir atención humanizada, enfatizando en los derechos de todos los pacientes y sus familiares a recibir una atención oportuna segura y continua, se hizo acta de compromiso donde los funcionarios se comprometen a cumplir con los lineamientos y directrices establecidas en cuanto al buen trato para con nuestros usuarios; Adicional por actualización en DGH también se generaron algunas quejas, esto teniendo en cuenta el cambio y retraso en el sistema.

Con respecto al tema de Solicitud de Información y Cotizaciones se da respuesta con la información solicitada y las cotizaciones se envían de acuerdo a los parámetros y valores establecidos por el HUS para dicho trámite.

3.3.6 Plan único de mejora por procesos PUMP

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
1.	Crear en el sistema DGH únicamente contratos con el acta de Inicio debidamente legalizada por las partes	GESTIÓN DEL RIESGO	75%	100%
	Justificación:			
	Se tienen las actas de inicio de los contratos con las entidades que a la fecha han enviado la documentación completa			
Barrera de mejoramiento:				
Inoportunidad por parte de las entidades con quien se tiene contrato del envío de la información completa				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
2.	Diseñar un sistema de control individual de revisoría de cuentas medicas previo al cierre de la factura	GESTIÓN DEL RIESGO	75%	100%
	Justificación:			
	Actualmente se tiene un grupo de revisores para auditoria a la pre factura			
Barrera de mejoramiento:				
N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
3.	Realizar seguimiento sistemático diario para el cargue oportuno de los servicios prestados	GESTIÓN DEL RIESGO	75%	100%
	Justificación:			
El grupo de facturación se encarga de tener actualizada la pre factura				

	Barrera de mejoramiento: N/A
--	--

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
4.	Realizar seguimiento sistemático a las quejas de los usuarios	PQRS	75%	100%
	Justificación: Se realiza retroalimentación de las quejas a los funcionarios que las presenten y compromisos adquiridos			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
5.	Fortalecer el talento humano de facturación para empoderarlo en su trabajo	PQRS	75%	100%
	Justificación: Se tiene designada una persona de facturación para orientar a los usuarios de consulta externa antes de agendar o facturar la cita			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
6.	Realizar seguimiento sistemático a las glosas generados por falta de autorización de los servicios prestados	AUTOCONTROL	75%	100%
	Justificación: El área de objeciones realiza socialización de las glosas por falta de autorización al área de facturación y así mismo se hace retroalimentación con el grupo para reducir las mismas.			

	Barrera de mejoramiento: N/A
--	--

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
7.	Mejorar la calidad y oportunidad en la respuesta a la glosa formulada por las diferentes ERP, evitando las ratificaciones por conceptos que no justifican o no soportan la objeción	GESTIÓN DEL RIESGO	75%	100%
	Justificación: Se tiene control de las ratificaciones por usuario y se hace socialización individual con firma de compromisos			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
8.	Establecer el mecanismo para el ingreso oportuno de la glosa y devoluciones al sistema de información	GESTIÓN DEL RIESGO	75%	100%
	Justificación: Se realizó la solicitud a sistemas y syac dice que si es posible el cargue masivo, sin embargo se debe hacer el requerimiento, por el momento se sigue ingresando una por una			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
9.	Cumplir el plan y cronograma del comité de cartera con análisis de facturación, objeciones, devoluciones y otros y dar cumplimiento a las actividades allí definidas	OTRAS	75%	100%

	Justificación:
	En el mes de mayo se realizó el primer cruce entre cartera y objeciones, dejando un acta con unas diferencias que se tienen que resolver en el mes de agosto a más tardar
	Barrera de mejoramiento:

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
10.	Gestionar a través del Área Jurídica la cartera que cumpla con los requisitos normativos para su cobro judicial y jurisdiccional	GESTIÓN DEL RIESGO	50%	100%
	Justificación: Se realizan notificaciones al área de jurídica para su respectivo trámite			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

3.3.7 Plan de acción en salud PAS

NO.	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	Ejecutar un plan de oferta y presentación del portafolio de servicios a las diferentes empresas responsables de pago que se consideren nuevos clientes estratégicos. (60%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%
	Justificación Se anexa presentación de ofertas de servicio a potenciales clientes nuevos			
	Barrera de mejoramiento N/A			
	Gestionar la contratación con las diferentes EPS que	% facturación con respaldo contractual	100%	100%

2.	representen el 80% de la Facturación del Hospital (Régimen Subsidiado 60% , Régimen Contributivo 20% y otros pagadores 20%)			
	Justificación			
	se anexa contratos realizados con las diferentes e.p.s más representativas tanto en régimen contributivo como en subsidiado			
Barrera de mejoramiento				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	Fortalecer el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de facturación (80%).	% cumplimiento aumento en la facturación	100%	100%
	Justificación			
	Se estructuro un plan de choque de cerrar ingresos de la vigencia 2018 y hasta el 15 de marzo de la vigencia 2019			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4.	Desarrollar reuniones con el equipo operativo de facturación para determinar las oportunidades de mejora involucrando las áreas que afecten este proceso, las cuales se realizaran de	% cumplimiento aumento en la facturación	100%	100%

manera trimestral (20%)			
Justificación			
Reuniones de manera semanal para evaluar la productividad de cada funcionario y realización de actas con compromisos			
Barrera de mejoramiento			
N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
5.	Acordar y realizar cortes de facturación mensual, según se establezca con cada EPS. (100%)	% de facturación radicada dentro del término de ley.	97%	94.3%
Justificación				
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
6.	Realizar socialización de los motivos de glosa y devoluciones a los procesos responsables de las mismas y/o servicios más representativos de manera trimestral. (30%)	% Disminución aceptación glosa	100%	100%
Justificación				
Se realizó socialización a las áreas de facturación, autorizaciones, farmacia, cirugía y directivos unidad funcional de Zipaquirá				
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
7.	Ejecutar acciones de pre auditoría técnica y administrativa a las facturas entregadas a cuentas médicas dentro del periodo, a una muestra igual al 40% sobre lo facturado, de manera trimestral (50%)	% Disminución aceptación glosa	100%	100%
	Justificación			
	Se realiza auditoria permanente a la pre-factura y factura generada cumpliendo con el 41% del total de la facturación del periodo y se realiza la retroalimentación de los hallazgos encontrados al líder de facturación.			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
8.	Desarrollar reunión trimestral sobre los hallazgos y motivos de glosa socializados con facturación y farmacia (NO POS), que evidencie las acciones correctivas y preventivas en curso (20%)	% Disminución aceptación glosa	100%	100%
	Justificación			
	Se desarrolla reuniones de seguimiento especialmente con el área de farmacia para seguimiento y planes de mejora en el tramite NO POS; y con auditoria concurrente quienes entregan un plan de avance para la disminución de la glosa en hallazgos relacionados a la pertinencia.			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
9.	Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas por servicios prestados en vigencias anteriores. (20%)	% de recaudo vigencias anteriores	38%	100%
Justificación				
Se gestiona recaudo de cartera mediante circularización, cruces de cartera, llamadas telefónicas y correos electrónicos (Clientes fuera de Bogotá) como también Mesas de trabajo que se convocan a través de la Secretaria de Salud de Cundinamarca y el fondo Financiero Distrital.				
Barrera de mejoramiento				
Crisis de flujo de efectivo en el Sector Salud, aumento indiscriminado de glosas y devoluciones injustificadas que vienen realizando las ERPs, como también a la no entrega oportuna de soportes de pago para ser identificados por factura lo cual genera que dichos pagos no se estén descargando de la cartera.				

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 para inicio de cobro jurídico, según saldo a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior con seguimiento trimestral (60%)	% de entrega cartera más 360 días.	34%	100%
Justificación				
Se ha radicado para gestión jurídica de los clientes; Emdisalud por valor de \$1.299.280.361, Convida por valor de \$8.223.699.248 y Emcosalud por valor de \$278.939.089, para un valor total entregado en el primer trimestre de 2019 por \$9.801.918.698, teniendo en cuenta la documentación que solicitan para iniciar los Cobros Jurídicos a las Entidades Responsables de Pago con los requisitos necesarios para ser llevados ante la Superintendencia Nacional de Salud.				
Barrera de mejoramiento				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
11.	Alcanzar el 65% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas servicios prestados en la vigencia actual. (20%)	% de Recaudo de la vigencia actual	32%	70%
	Justificación			
	Se gestiona recaudo de cartera mediante circularización, cruces de cartera, llamadas telefónicas y correos electrónicos (Clientes fuera de Bogotá) como también Mesas de trabajo que se convocan a través de la Secretaria de Salud de Cundinamarca y el fondo Financiero Distrital.			
Barrera de mejoramiento				
Crisis de flujo de efectivo en el Sector Salud, aumento indiscriminado de glosas y devoluciones injustificadas que vienen realizando las ERPs, como también a la no entrega oportuna de soportes de pago para ser identificados por factura lo cual genera que dichos pagos no se estén descargando de la cartera.				

3.3.8 Gestión del riesgo

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Corrupción	Posibilidad de peculado en la facturación	3	2
	Justificación			
	El área de tesorería se encarga de la verificación de este riesgo, no se ha materializado sin embargo está latente			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
2.	Financiero	Sobre ejecución de los contratos	4	5
	Justificación			
	Para la minimización de este riesgo se realiza un informe de ejecución de contratos de manera semanal			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
3.	Financiero	Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información	4	4
	Justificación			
	El personal de admisiones debe verificar los datos correctos del paciente para evitar errores en la identificación			
Barrera de mejoramiento				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
4.	Financiero	Negación del pago de los servicios por autorización	4	4
	Justificación			
	Actualmente se tiene destinada una funcionaria gestora en el proceso de autorizaciones para garantizar el mayor número de autorizaciones posibles para la prestación de los servicios de los usuarios y asa mismo el soporte en la cuenta de cobro			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
5.	Financiero	Subfacturación sobrefacturación	4	5
	Justificación			
	En el mes de mayo se destinó un grupo de personas para la auditoria a la pre-factura y que se cobre a la entidad responsable de pago únicamente los servicios prestados a los pacientes			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
6.	Financiero	Existencia de Ingresos abiertos en el sistema	4	5
	Justificación			
	Se realizó un plan de contingencia para el cierre de ingresos abiertos de vigencia actual y anteriores y actualmente se trata de tener al día el cierre de egresos			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
7.	Financiero	inoportunidad en la radicación de facturas	5	5
	Justificación			
	Se mejoró el indicador de oportunidad de la facturación para mitigar este riesgo			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
8.	Financiero	Inoportunidad registro y/o respuesta de La glosa y/o devoluciones según tiempos normativos definidos.	4	4
	Justificación			
	Barrera de mejoramiento			
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
9.	Financiero	Prescripción de facturas	4	4
	Justificación No se ha materializado el riesgo			
	Barrera de mejoramiento N/A			

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
10.	Financiero	Disminución en el porcentaje de Recuperación de Cartera	4	5
	Justificación			
	Barrera de mejoramiento N/A			

3.3.9 Programas

En el Proceso de Facturación y Recaudo no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

3.3.10 Gestión Financiera
3.3.10.1 Presupuesto
Presupuesto de ingresos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2017		AÑO 2018		2018/ 2017	2018/2017	AÑO 2019			2019/ 2018	2019/2018
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	39.724.825.215	39.724.825.215	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%	46.250.177.768	46.250.177.768	46.250.177.768	-3,46%	-3,46%
INGRESOS CORRIENTES	79.943.032.217	40.808.538.942	90.342.703.035	43.777.413.385	13,01%	7,28%	63.156.861.178	94.583.282.017	34.301.435.625	4,69%	-21,65%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	77.568.692.270	38.434.198.995	86.357.318.479	39.792.028.829	11,33%	3,53%	55.967.422.178	90.114.873.363	29.833.026.971	4,35%	-25,03%
....REGIMEN SUBSIDIADO	55.760.796.355	27.907.589.744	59.482.563.421	29.787.966.361	6,67%	6,74%	41.226.545.444	46.952.068.335	16.978.138.653	-21,07%	-43,00%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	6.043.707.110	3.217.752.621	10.918.230.583	2.261.986.853	80,65%	-29,70%	3.130.589.805	27.816.044.747	4.294.037.191	154,77%	89,83%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	8.377.609.814	3.439.903.331	6.795.469.942	3.427.668.147	-18,89%	-0,36%	5.639.146.994	6.057.010.981	3.126.670.086	-10,87%	-8,78%
....OTRAS ENTIDADES	7.386.578.991	3.868.953.299	9.161.054.533	4.314.407.468	24,02%	11,51%	5.971.139.935	9.289.749.300	5.434.181.041	1,40%	25,95%
...OTROS INGRESOS	490.451.691	490.451.691	361.048.476	361.048.476	-26,38%	-26,38%	500.000.000	346.468.653	346.468.653	-4,04%	-4,04%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	1.883.888.256	1.883.888.256	3.624.336.080	3.624.336.080	92,39%	92,39%	6.689.439.000	4.121.940.001	4.121.940.001	13,73%	13,73%
INGRESOS DE CAPITAL	1.638.481.386	1.638.481.386	1.687.472.587	1.687.472.587	2,99%	2,99%	1.200.000.000	1.234.570.967	1.234.570.967	-26,84%	-26,84%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	34.121.935.908	34.121.935.908	37.468.861.227	37.468.861.227	9,81%	9,81%	59.077.414.077	59.352.562.383	59.352.562.383	58,41%	58,41%
TOTAL INGRESOS	155.428.274.726	116.293.781.451	177.406.923.667	130.841.634.017	14,14%	12,51%	169.684.453.023	201.420.593.135	141.138.746.743	13,54%	7,87%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	115.703.449.511	76.568.956.236	129.499.036.849	82.933.747.199	11,92%	8,31%	123.434.275.255	155.170.415.367	94.888.568.975	19,82%	14,41%



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

El valor de los reconocimientos aumenta por el mayor valor en la venta de servicios de salud, se recibieron recursos por estampillas pro hospitales y se reconoció mayor valor por cartera de vigencias de vigencias. En los recaudos totales aumenta por los ingresos de transferencias, recuperación de cartera de vigencias anteriores y donde nos muestra de este total por recaudos hay un mayor comparado con el de la vigencia anterior. Para la vigencia 2019 del total ejecutado por reconocimientos con respecto al total aprobado es del 96% y por recaudos en un 65%. En los ingresos por transferencias el hospital recibió aportes del departamento y de la nación, no ligados a la venta de servicios de salud.

Presupuesto de gastos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2017			AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019				2019/ 2018	2019/ 2018
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	48.101.035.117	32.576.409.555	29.709.622.992	58.101.485.801	37.605.197.794	34.482.191.190	20,79%	15,44%	90.059.885.735	58.688.272.403	38.545.062.492	32.517.594.484	1%	2%
...GASTOS DE PERSONAL	40.828.318.301	28.002.458.504	26.224.263.790	49.050.855.352	32.545.748.372	30.370.848.640	20,14%	16,22%	70.078.398.229	48.631.134.562	33.295.930.778	28.675.437.028	-1%	2%
.....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	6.490.068.636	6.490.068.636	6.490.068.636	8.166.038.311	8.166.038.311	8.158.530.118	25,82%	25,82%	22.883.810.000	7.999.900.229	7.999.900.229	7.999.900.229	-2%	-2%
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	34.338.249.665	21.512.389.868	19.734.195.154	40.884.817.041	24.379.710.061	22.212.318.522	19,06%	13,33%	47.194.588.229	40.631.234.333	25.296.030.549	20.675.536.799	-1%	4%
...GASTOS GENERALES	7.031.581.935	4.332.816.170	3.247.377.821	8.614.385.241	4.623.204.214	3.678.409.112	22,51%	6,70%	18.977.698.506	9.799.411.351	4.991.405.224	3.584.430.966	14%	8%
.....ADQUISICION DE BIENES	741.004.170	631.288.288	161.968.192	1.239.761.367	695.638.939	226.156.413	67,31%	10,19%	2.646.304.923	1.809.377.800	1.133.923.050	367.963.455	46%	63%
.....ADQUISICION DE SERVICIOS	6.290.577.765	3.701.527.882	3.085.409.629	7.374.623.874	3.927.565.275	3.452.252.699	17,23%	6,11%	16.331.393.583	7.990.033.551	3.857.482.174	3.216.467.511	8%	-2%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	158.891.400	158.891.400	158.891.400	154.017.200	154.017.200	154.017.200	-3,07%	-3,07%	225.000.000	170.005.410	170.005.410	170.005.410	10%	10%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	82.243.481	82.243.481	79.089.981	282.228.008	282.228.008	278.916.238	243,16%	243,6%	778.789.000	87.721.080	87.721.080	87.721.080	-69%	
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	23.052.475.716	8.522.257.574	2.562.471.035	23.981.135.446	9.790.507.067	1.643.113.849	4,03%	14,88%	25.303.547.536	22.634.845.474	10.627.914.645	2.438.612.379	-6%	9%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	22.690.551.806	8.412.127.594	2.554.142.935	23.507.599.446	9.505.787.687	1.588.340.057	3,60%	13,00%	24.603.700.536	21.993.766.134	10.349.360.240	2.420.188.604	-6%	9%
.....MEDICAMENTOS	6.538.572.695	2.594.484.591	448.140.227	6.564.254.667	2.241.330.911	41.021.035	0,39%	-13,61%	6.572.368.536	6.020.101.811	3.108.038.446	646.232.222	-8%	39%
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	16.151.979.111	5.817.643.003	2.106.002.708	16.943.344.779	7.264.456.776	1.547.319.022	4,90%	24,87%	18.031.332.000	15.973.664.323	7.241.321.794	1.773.956.382	-6%	0%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	361.923.910	110.129.980	8.328.100	473.536.000	284.719.380	54.773.792	30,84%	68,53%	699.847.000	641.079.340	278.554.405	18.423.775	35%	-2%
INVERSION	-	-	-	75.315.601	75.315.600	69.007.410	#DIV/0!	#DIV/0!	22.217.710.628	105.060.963	-	-	39%	-100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	16.096.271.802	11.872.747.046	10.342.944.518	17.032.885.120	14.181.604.504	11.712.964.301	5,82%	19,45%	20.952.642.517	18.953.420.834	15.880.219.784	13.286.873.565	11%	12%
TOTAL GASTOS	87.249.782.635	52.971.414.175	42.615.038.545	99.190.821.968	61.652.624.965	47.907.276.750	13,69%	16,39%	158.533.786.416	100.381.599.674	65.053.196.921	48.243.080.428	1%	6%

El valor de los reconocimientos aumenta conforme a la venta de servicios de salud, se recibieron recursos por estampillas pro hospitales y el valor de los recursos recibidos por el ministerio de salud para proyecto UCI y un mayor valor por cartera de vigencias anteriores. Los recaudos totales aumentan por los ingresos de transferencias, recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Para la vigencia 2019 del total ejecutado por reconocimientos con respecto al total aprobado es del 119% y por recaudos en un 83%. En los ingresos por transferencias el hospital recibió aportes del departamento y de la nación, no ligados a la venta de servicios de salud.

Presupuesto de Gastos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2017		AÑO 2018		AÑO 2019			2019/ 2018	2019/ 2018
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	62.540.060.664	51.467.558.656	70.139.633.848	57.770.800.468	99.884.659.624	80.132.926.257	61.205.174.869	14%	6%
...GASTOS DE PERSONAL	52.414.211.014	43.958.198.325	58.149.640.284	49.524.644.941	79.120.603.518	67.664.143.335	51.986.940.119	16%	5%
.....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	10.347.432.055	10.347.432.055	11.605.772.656	11.605.772.656	22.800.998.400	12.718.213.532	12.718.213.532	10%	10%
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	42.066.778.959	33.610.766.270	46.543.867.628	37.918.872.285	56.319.605.118	54.945.929.803	39.268.726.587	18%	4%
...GASTOS GENERALES	9.873.579.968	7.257.090.649	11.536.911.958	7.793.073.921	19.677.455.506	12.056.748.192	8.806.200.020	5%	13%
.....ADQUISICION DE BIENES	1.705.414.550	1.401.090.006	1.812.153.732	1.413.973.382	2.954.322.923	2.083.005.580	1.749.536.717	15%	24%
.....ADQUISICION DE SERVICIOS	8.168.165.418	5.856.000.643	9.724.758.226	6.379.100.539	16.723.132.583	9.973.742.612	7.056.663.303	3%	11%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	161.649.216	161.649.216	170.853.598	170.853.598	307.811.600	256.723.220	256.723.220	50%	50%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	90.620.466	90.620.466	282.228.008	282.228.008	778.789.000	155.311.510	155.311.510	-45%	-45%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	24.368.571.595	15.749.284.077	25.530.699.125	16.542.613.167	28.777.453.065	24.709.057.755	17.492.522.574	-3%	6%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	24.006.647.685	15.493.198.265	24.924.663.125	16.143.415.343	27.953.606.065	24.067.978.415	16.980.063.699	-3%	5%
.....MEDICAMENTOS	6.849.839.383	4.648.567.377	6.753.642.926	4.103.077.346	7.637.393.536	6.648.475.891	4.597.467.012	-2%	12%
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	17.156.808.302	10.844.630.888	18.171.020.199	12.040.337.997	20.316.212.529	17.419.502.524	12.382.596.687	-4%	3%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	361.923.910	256.085.812	606.036.000	399.197.824	823.847.000	641.079.340	512.458.875	6%	28%
INVERSION	75.493.600	-	710.455.215	167.183.600	22.217.007.432	494.856.396	-	-30%	-100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	15.678.036.496	12.298.487.344	15.659.123.403	14.530.934.713	18.805.332.902	18.326.228.622	17.051.182.738	17%	17%
TOTAL GASTOS	102.662.162.355	79.515.330.077	112.039.911.591	89.011.531.948	169.684.453.023	123.663.069.030	95.748.880.181	10%	8%

El presupuesto de gastos se ha ejecutado por compromisos con respecto al presupuesto aprobado en un 73% y en el 2018 del 66%, el valor aprobado en los gastos de inversión son recursos que se tienen para el proyecto de la ampliación de la UCI y los recursos recibidos por estampillas pro hospitales al cierre de la vigencia 2018 para ejecutar y los que el departamento proyectó que iban a recibir en esta vigencia. El aumento del total ejecutado de la vigencia 2019 con el 2018 está dado porque a este corte se han registrado presupuestalmente más gastos en esta vigencia en gastos generales por el rubro de mantenimiento Hospitalario (servicios) los cuales cubren hasta mediados de octubre, también los contratos de servicios médicos y servicios de mano de obra contratada por empresa temporal.

El aumento representativo en cuentas por pagar (vigencias anteriores) está dado porque al cierre de la vigencia 2018, quedaron más saldos al cierre por ejecutar en el vigencia 2019.

El total de las obligaciones de la vigencia 2018 a 2019 aumenta por mayor valor de servicios recibidos y facturados por los proveedores y los pagos de una vigencia a otra aumentaron.

Balance presupuestal Bogotá-gastos comprometidos

Indicador	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	77.568.692.270	86.357.318.479	90.114.873.363
Gastos de funcionamiento comprometidos	39.912.640.264	70.139.633.848	80.132.926.257
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	46.995.991.995	25.530.699.125	24.709.057.755
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	89	90	86
Ingresos por venta de salud recaudados	38.434.198.995	39.792.028.829	29.833.026.971
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	44	42	28
Ingreso reconocido total	155.428.274.726	177.406.923.667	201.420.593.135
Ingreso recaudado total	116.293.781.451	130.841.634.017	141.138.746.743
Gasto comprometido total	102.662.162.355	112.039.911.591	123.663.069.030
Relación reconocimiento total/ compromiso total	151	158	163

Relación recaudo total/ compromiso total	113	117	114
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	75	74	77

El porcentaje de cubrimiento de los gastos totales habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos es mayor su cubrimiento para la vigencia 2019 comparado con la vigencia 2018 teniendo en cuenta que hay más ingresos por venta de servicios de salud reconocidos a este corte (no sin dejar de obviar que estos gastos van hasta mediados de octubre) donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$86 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2019 de \$28 pesos, siendo menor al de la vigencia 2018; teniendo en cuenta que se recibieron menos recursos por la venta de servicios de salud de la vigencia y en el 2018 fueron mayores.

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 2019 llega a \$163 pesos siendo mayor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$77 en la vigencia 2019 donde es mayor al de la vigencia anterior.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"			
Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogotá			
		Compromisos	Compromisos con Defactor
		30/09/2019	30/09/2018
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	104.841.984.012	98.712.649.562
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	10.406.899,00	9.922.316,00
Resultado (a/b)		10.074	9.949
Resultado Indicador		1,01	
Estándar indicador		<0,90	

Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)				a	
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)				b	
Resultado Indicador (a/b)					
Estándar indicador					

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"
Superávit o déficit operacional corriente
Superávit o déficit operacional no corriente
Superávit o déficit total
Sin Riesgo
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)

Presupuesto de ingresos aprobado Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2017		AÑO 2018		AÑO 2019			2019/ 2018	2019/ 2018
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
INGRESOS CORRIENTES	24.697.751.027	15.547.595.329	26.751.921.006	13.103.700.021	25.048.921.263	28.177.172.242	8.181.404.618	5,33%	-37,56%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	24.694.250.418	15.544.094.720	26.747.895.054	13.099.674.069	24.648.921.263	27.767.822.814	7.772.055.190	3,81%	-40,67%
....REGIMEN SUBSIDIADO	14.901.570.412	14.009.377.396	15.052.507.560	11.193.872.436	18.895.881.758	13.959.809.654	5.425.962.586	-7,26%	-51,53%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	7.238.301.662	350.720.973	8.581.748.346	676.030.121	3.563.141.913	10.279.660.417	1.137.096.438	19,79%	68,20%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	711.341.783	-	967.577.081	-	202.813.340	1.365.725.217	-	41,15%	#DIV/0!
....OTRAS ENTIDADES	1.843.036.561	1.183.996.351	2.146.062.067	1.229.771.512	1.987.084.252	2.162.627.526	1.208.996.166	0,77%	-1,69%
...OTROS INGRESOS	3.500.609	3.500.609	4.025.952	4.025.952	-	9.349.428	9.349.428	132,23%	132,23%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	-	-	-	-	400.000.000	400.000.000	400.000.000	0,00%	0,00%
INGRESOS DE CAPITAL	-	-	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	6.438.456.582	6.438.456.582	5.525.545.571	5.525.545.571	9.342.153.659	12.023.219.184	12.023.219.184	117,59%	117,59%
TOTAL INGRESOS	31.136.207.609	21.986.051.911	32.277.466.577	18.629.245.592	34.391.074.922	40.200.391.426	20.204.623.802	24,55%	8,46%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	31.136.207.609	21.986.051.911	32.277.466.577	18.629.245.592	34.391.074.922	40.200.391.426	20.204.623.802	24,55%	8,46%

Del presupuesto total de ingresos aprobado se ha ejecutado por reconocimientos en un 49% y por recaudos en 22%, dentro de la variación por reconocimiento está dado por el aumento de reconocimiento en la venta de servicios de salud y en las cuentas por cobrar (vigencias anteriores), 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 porque se ha logrado una mayor recuperación comparado con el de vigencias anteriores.

También por recuperación de cartera por ventas de servicios de salud de la vigencia es del 17%, comparado al de la vigencia anterior que fue del 31% siendo menor en la vigencia 2.019.

Presupuesto de gastos Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2017			AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019			2019/ 2018	2019/ 2018	
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	17.725.170.362	10.408.070.118	9.258.852.523	20.898.137.830	11.999.596.761	10.636.013.939	17,90%	15,29%	28.809.503.056	17.089.816.844	12.154.053.201	9.932.925.855	-18%	1%
...GASTOS DE PERSONAL	15.693.734.297	9.184.822.917	8.207.671.880	18.502.417.900	10.617.131.809	9.463.352.046	17,90%	15,59%	23.189.292.056	14.882.756.355	10.837.621.585	8.817.739.091	-20%	2%
...SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	15.693.734.297	9.184.822.917	8.207.671.880	18.502.417.900	10.617.131.809	9.463.352.046	17,90%	15,59%	23.189.292.056	14.882.756.355	10.837.621.585	8.817.739.091	-20%	2%
...GASTOS GENERALES	1.902.198.565	1.094.009.701	921.943.143	2.257.033.530	1.243.778.552	1.033.975.493	18,65%	13,69%	5.492.715.000	2.055.331.589	1.164.702.716	963.457.864	-9%	-6%
...ADQUISICION DE BIENES	170.061.174	58.745.669	19.827.401	272.516.391	147.275.428	49.026.149	60,25%	150,70%	720.553.000	83.139.083	38.500.458	29.703.183	-69%	-74%
...ADQUISICION DE SERVICIOS	1.732.137.391	1.035.264.032	902.115.742	1.984.517.139	1.096.503.124	984.949.344	14,57%	5,92%	4.712.162.000	1.972.192.506	1.126.202.258	933.754.681	-1%	3%
...IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	99.237.500	99.237.500	99.237.500	103.686.400	103.686.400	103.686.400	4,48%	4,48%	142.496.000	106.728.900	106.728.900	106.728.900	3%	3%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	30.000.000	30.000.000	30.000.000	35.000.000	35.000.000	35.000.000	16,67%	16,67%	45.000.000	45.000.000	45.000.000	45.000.000	29%	29%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTSS	2.607.709.055	945.384.891	332.632.309	2.750.479.496	1.406.863.981	387.160.642	5,47%	48,81%	2.917.589.000	2.057.408.252	523.333.666	347.798.683	-25%	-63%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.572.016.965	932.578.567	332.632.309	2.715.687.496	1.388.915.331	386.236.386	5,59%	48,93%	2.837.419.000	2.057.408.252	523.333.666	347.798.683	-24%	-62%
...MEDICAMENTOS	578.681.194	295.760.819	32.640.900	550.632.930	299.764.186	1.853.779	-4,85%	1,35%	561.744.000	478.144.788	59.203.760	33.083.553	-13%	-80%
...OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	1.993.335.771	636.817.748	299.991.409	2.165.054.566	1.089.151.145	384.382.607	8,61%	71,03%	2.275.675.000	1.579.263.464	464.129.906	314.715.130	-27%	-57%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	35.692.090	12.806.324	-	34.792.000	17.948.650	924.256	-2,52%	40,15%	80.170.000	-	-	-	-100%	-100%
INVERSION	-	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (vigencias anteriores)	2.200.860.129	1.803.683.553	1.621.176.357	2.489.757.832	2.143.446.773	1.748.869.954	13,13%	18,84%	2.663.982.866	2.261.721.323	2.058.247.253	1.808.076.069	-9%	-4%
TOTAL GASTOS	22.533.739.546	13.157.138.562	11.212.681.189	26.138.375.158	15.549.907.515	12.772.044.535	16,00%	18,19%	34.391.074.922	21.408.946.419	14.735.634.120	12.088.800.607	-18%	-5%

Del presupuesto total de ingresos aprobado se ha ejecutado por reconocimientos en un 117% y por recaudos en 59%, dentro de la variación por reconocimiento está dado por el aumento de reconocimiento en la venta de servicios de salud y en las cuentas por cobrar (vigencias anteriores), 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 porque se ha logrado una mayor recuperación comparado con el de vigencias anteriores.

Se ha recuperado de las ventas por \$27.805 millones con un recaudo de \$7.772 representa un 28%, comparado al de la vigencia anterior que fue del 49% siendo menor en la vigencia 2.019.

Presupuesto de gastos Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2017		AÑO 2018		AÑO 2019			2019/ 2018	2019/ 2018
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	22.164.891.981	16.527.684.525	22.564.976.904	18.546.806.606	29.189.961.296	22.707.408.323	19.191.949.886	1%	3%
...GASTOS DE PERSONAL	19.461.562.577	14.627.585.263	19.483.737.900	16.302.359.279	23.462.500.671	19.595.113.555	16.857.258.987	1%	3%
....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	19.461.562.577	14.627.585.263	19.483.737.900	16.302.359.279	23.462.500.671	19.595.113.555	16.857.258.987	1%	3%
...GASTOS GENERALES	2.574.091.904	1.770.861.762	2.932.552.604	2.095.760.927	5.539.964.625	2.960.565.868	2.182.961.999	1%	4%
....ADQUISICION DE BIENES	396.818.509	201.378.253	393.653.891	314.646.961	721.074.625	363.865.375	276.519.245	-8%	-12%
....ADQUISICION DE SERVICIOS	2.177.273.395	1.569.483.509	2.538.898.713	1.781.113.966	4.818.890.000	2.596.700.493	1.906.442.754	2%	7%
....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	99.237.500	99.237.500	113.686.400	113.686.400	142.496.000	106.728.900	106.728.900	-6%	-6%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	30.000.000	30.000.000	35.000.000	35.000.000	45.000.000	45.000.000	45.000.000	29%	29%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTSS	2.679.445.836	1.841.831.795	2.875.517.640	2.377.807.912	2.946.536.901	2.600.813.089	1.819.444.052	-10%	-23%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.643.753.746	1.817.971.619	2.819.225.640	2.357.434.110	2.866.366.901	2.550.813.089	1.819.444.052	-10%	-23%
....MEDICAMENTOS	587.813.842	478.972.941	558.954.880	471.063.469	561.744.000	510.206.161	295.907.536	-9%	-37%
....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.055.939.904	1.338.998.678	2.260.270.760	1.886.370.641	2.304.622.901	2.040.606.928	1.523.536.516	-10%	-19%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	35.692.090	23.860.176	56.292.000	20.373.802	80.170.000	50.000.000	-	-11%	-100%
INVERSION	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	2.112.432.784	1.915.266.906	2.364.248.537	2.199.601.436	2.254.576.725	2.236.622.499	2.161.154.466	-5%	-2%
TOTAL GASTOS	26.956.770.601	20.284.783.226	27.804.743.081	23.124.215.954	34.391.074.922	27.544.843.911	23.172.548.404	-1%	0%

El Total ejecutado por Compromisos con respecto al presupuesto total aprobado es del 80% pero presentándose un mayor compromiso de la vigencia 2018 a 2019. Al interior de los rubros de la vigencia se presenta una menor variación en los rubros de gastos de operación comercial y prestación de servicios y en cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el menor valor de las cuentas por pagar presupuestales de la vigencia 2018, esta variación de un año a otro esta dado que el hospital no ejecuta en gran porcentaje el presupuesto para la Unidad Funcional en compromisos teniendo en cuenta que la Unidad Funcional se proyecta que va hasta mediados de Octubre y para el mes de Noviembre y Diciembre se proyecta un menor gastos por el nuevo hospital regional de Zipaquirá.

Los pagos totales en el presupuesto de gastos con respecto al periodo de 2018 a 2019 disminuye en un 5%, esta situación se puede ver en menor valor pagado en los gastos de personal y gastos generales.

Balance presupuestal Zipaquirá-gastos comprometidos

Indicador	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	15.591.398.938	17.378.440.329	18.338.253.572
Gastos de funcionamiento comprometidos	14.266.700.362	20.898.137.830	17.089.816.844
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	6.066.179.055	2.750.479.496	2.057.408.252
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	77	73	96
Ingresos por venta de salud recaudados	7.567.522.009	5.423.167.402	3.196.293.774
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	37	23	17
Ingreso reconocido total	21.904.322.942	21.602.586.917	27.849.213.969
Ingreso recaudado total	13.880.446.013	9.647.313.990	12.707.254.171
Gasto comprometido total	22.533.739.546	26.138.375.158	21.408.946.419
Relación reconocimiento total/ compromiso total	97	83	130
Relación recaudo total/ compromiso total	62	37	59
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	62	37	59

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos mejoro su cubrimiento para la vigencia 2019 comparado con el de la vigencia 2018 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$110 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 2019, 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 \$146 pesos superior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$73 pesos de cubrimiento.

Indicadores presupuestales

**Indicadores Resolución No. 408 de 2018
"Indicador No. 5"**

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - UF Zipaquirá

		Compromisos 30/09/2019	Compromisos con Deflactor 30/09/2018
-			
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	25.308.221.412	26.249.502.270
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	5.127.223,00	4.806.746,00
Resultado (a/b)		4.936	5.461
Resultado Indicador			0,90
Estandar indicador			<0,90

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo UF Zipaquirá

		Compromisos 30/09/2019
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	20.204.623.802



Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)

b 27.544.843.911

Resultado Indicador (a/b)

0,73

Estandar indicador

>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-9.123.807.964
Superávit o déficit operacional no corriente	12.198.137.109
Superávit o déficit total	3.074.329.146
Sin Riesgo	0.19
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	12.693.860.684

Nuevo Hospital Regional Zipaquirá

Presupuesto de ingresos

	AÑO 2019
CONCEPTO	APROBADO
INGRESOS CORRIENTES	35.931.878.595
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	-
.....REGIMEN SUBSIDIADO	-
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	-
.....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	-
.....OTRAS ENTIDADES	-
...OTROS INGRESOS	-

...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	35.931.878.595
INGRESOS DE CAPITAL	-
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	-
TOTAL INGRESOS	35.931.878.595
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	35.931.878.595

Que la ESE Hospital Universitario de la Samaritana Suscribió Convenio Interadministrativo de Cooperación No. SS-CDC 436 del 2 de Abril de 2019 con el Departamento de Cundinamarca y el Municipio de Zipaquirá, cuyo objeto es: Integrar los esfuerzos de las partes dentro del ámbito de su competencia, para lograr la prestación del servicio de salud de mediana y alta complejidad, en la Infraestructura del Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá . Que en desarrollo del citado convenio el Hospital firmo convenio Interadministrativo No. 445 de 2019 por la suma de \$22.462 millones, convenio No. 631 de 2019 por la suma de \$378 millones y el Convenio No. 632 de 2019 por la suma de \$13.090 millones, para dar cumplimiento a lo citado en dichos convenios.

Presupuesto de Gastos Nuevo Hospital Regional Zipaquirá



CONCEPTO	AÑO 2019			
	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	10.535.478.313	504.111.287	-	-
...GASTOS DE PERSONAL	5.728.483.522	124.583.922	-	-
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	5.728.483.522	124.583.922	-	-
...GASTOS GENERALES	4.806.994.791	379.527.365	-	-
....ADQUISICION DE BIENES	1.489.385.044	-	-	-
....ADQUISICION DE SERVICIOS	3.317.609.747	379.527.365	-	-
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	-	-	-	-
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	-	-	-	-
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	2.933.412.161	-	-	-
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.891.412.161	-	-	-
....MEDICAMENTOS	855.993.552	-	-	-
....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.035.418.609	-	-	-
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	42.000.000	-	-	-
INVERSION	22.462.988.121	14.683.956.907	-	-
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	-	-	-	-
TOTAL GASTOS	35.931.878.595	15.188.068.194	-	-

El Total ejecutado por Compromisos con respecto al presupuesto total aprobado es del 42% teniendo en cuenta los contratos que ya se registraron presupuestalmente a este corte para el inicio de la operación en el nuevo hospital regional de Zipaquirá.

Consolidado
Presupuesto de ingresos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2017		AÑO 2018		2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019			2019/ 2018	2019/ 2018
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	39.724.825.215	39.724.825.215	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%	46.250.177.768	46.250.177.768	46.250.177.768	-3,46%	-3,46%
INGRESOS CORRIENTES	104.640.783.244	56.356.134.271	117.094.624.041	56.881.113.406	11,90%	0,93%	124.137.661.036	122.760.454.259	42.482.840.243	4,84%	-25,31%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	102.262.942.688	53.978.293.715	113.105.213.533	52.891.702.898	10,60%	-2,01%	80.616.343.441	117.882.696.177	37.605.082.161	4,22%	-28,90%
.....REGIMEN SUBSIDIADO	70.662.366.767	41.916.967.140	74.535.070.981	40.981.838.797	5,48%	-2,23%	60.122.427.202	60.911.877.989	22.404.101.239	-18,28%	-45,33%
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	13.282.008.772	3.568.473.594	19.499.978.929	2.938.016.974	46,81%	-17,67%	6.693.731.718	38.095.705.164	5.431.133.629	95,36%	84,86%
.....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	9.088.951.597	3.439.903.331	7.763.047.023	3.427.668.147	-14,59%	-0,36%	5.841.960.334	7.422.736.198	3.126.670.086	-4,38%	-8,78%
.....OTRAS ENTIDADES	9.229.615.552	5.052.949.650	11.307.116.600	5.544.178.980	22,51%	9,72%	7.958.224.187	11.452.376.826	6.643.177.207	1,28%	19,82%
...OTROS INGRESOS	493.952.300	493.952.300	365.074.428	365.074.428	-26,09%	-26,09%	500.000.000	355.818.081	355.818.081	-2,54%	-2,54%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	1.883.888.256	1.883.888.256	3.624.336.080	3.624.336.080	92,39%	92,39%	43.021.317.595	4.521.940.001	4.521.940.001	24,77%	24,77%
INGRESOS DE CAPITAL	1.638.481.386	1.638.481.386	1.687.472.587	1.687.472.587	2,99%	2,99%	1.200.000.000	1.234.570.967	1.234.570.967	-26,84%	-26,84%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	40.560.392.490	40.560.392.490	42.994.406.798	42.994.406.798	6,00%	6,00%	68.419.567.736	71.375.781.567	71.375.781.567	66,01%	66,01%
TOTAL INGRESOS	186.564.482.335	138.279.833.362	209.684.390.244	149.470.879.609	12,39%	8,09%	240.007.406.540	241.620.984.561	161.343.370.545	15,23%	7,94%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	146.839.657.120	98.555.008.147	161.776.503.426	101.562.992.791	10,17%	3,05%	193.757.228.772	195.370.806.793	115.093.192.777	20,77%	13,32%

68%. El total de reconocimientos aumento en la presente vigencia comparado con la vigencia anterior por el mayor valor reconocido en las cuentas por cobrar (otras vigencias) y la venta de servicios de salud.

El Presupuesto de Ingresos Aprobado de 2019 por valor de \$240.007 millones, se discrimina así: Bogotá por valor de \$169.684 millones con una participación del 71%, UF Zipaquirá por valor de \$34.391 con una participación del 14% y para el hospital regional de Zipaquirá \$35.931 millones del 15%.

En la Disponibilidad Inicial para la vigencia 2019 del resultado ejercicio cierre de la vigencia 2018, presenta un total de recursos con destinación específica comprometidos y no comprometidos por la suma de \$25.019 millones donde hay recursos para comprometer en proyecto remodelación y ampliación de la UCI, recursos de estampillas pro hospitales, recursos de aportes patronales (cuentas maestras) y por recursos propios del Hospital el valor de \$21.230 millones de pesos m/cte. para funcionamiento del presupuesto total aprobado se ha ejecutado por reconocimientos totales en un 101% y por recaudos totales en

Presupuesto de gastos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2017			AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019			2019/ 2018	2019/ 2018
	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	107.116.949.810	84.704.952.645	67.995.243.181	119.217.412.137	92.704.610.752	76.317.607.074	9,44%	12,24%	139.610.099.233	103.344.445.867	80.397.124.755	11%	5%
...GASTOS DE PERSONAL	86.223.254.259	71.875.773.591	58.585.783.588	97.011.770.755	77.633.378.184	65.827.004.220	8,01%	12,36%	108.311.587.711	87.383.840.812	68.844.199.106	13%	5%
....SERVICIOS DE PERSONAL ASOCIA LA NOMINA	17.829.350.942	10.347.432.055	10.347.432.055	20.037.803.454	11.605.772.656	11.605.772.656	12,16%	12,16%	22.800.998.400	12.718.213.532	12.718.213.532	10%	10%
....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	68.393.903.317	61.528.341.536	48.238.351.533	76.973.967.301	66.027.605.528	54.221.231.564	7,31%	12,40%	85.510.589.311	74.665.627.280	56.125.985.574	13%	4%
...GASTOS GENERALES	19.773.746.551	12.447.671.872	9.027.952.411	21.132.683.382	14.469.464.562	9.888.834.848	16,24%	9,54%	30.024.414.922	15.396.841.425	10.989.162.019	6%	11%
....ADQUISICION DE BIENES	2.997.662.066	2.102.233.059	1.602.468.259	3.350.040.382	2.205.807.623	1.728.620.343	4,93%	7,87%	5.164.782.592	2.446.870.955	2.026.055.962	11%	17%
....ADQUISICION DE SERVICIOS	16.776.084.485	10.345.438.813	7.425.484.152	17.782.643.000	12.263.656.939	8.160.214.505	18,54%	9,89%	24.859.632.330	12.949.970.470	8.963.106.057	6%	10%
...IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	315.000.000	260.886.716	260.886.716	345.000.000	284.539.998	284.539.998	9,07%	9,07%	450.307.600	363.452.120	363.452.120	28%	28%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	804.949.000	120.620.466	120.620.466	727.958.000	317.228.008	317.228.008	163,00%	163,00%	823.789.000	200.311.510	200.311.510	-37%	-37%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTSS	32.445.559.576	27.048.017.431	17.591.115.872	31.887.090.281	28.406.216.765	18.920.421.079	5,02%	7,56%	34.657.402.127	27.309.870.844	19.311.966.626	-4%	2%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	31.996.947.576	26.650.401.431	17.311.169.884	31.133.265.281	27.743.888.765	18.500.849.453	4,10%	6,87%	33.711.385.127	26.618.791.504	18.799.507.751	-4%	2%
....MEDICAMENTOS	9.928.494.576	7.437.653.225	5.127.540.318	8.085.782.000	7.312.597.806	4.574.140.815	-1,68%	-10,79%	9.055.131.088	7.158.682.052	4.893.374.548	-2%	7%
....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	22.068.453.000	19.212.748.206	12.183.629.566	23.047.483.281	20.431.290.959	13.926.708.638	6,34%	14,31%	24.656.254.039	19.460.109.452	13.906.133.203	-5%	0%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	448.612.000	397.616.000	279.945.988	753.825.000	662.328.000	419.571.626	66,57%	49,88%	946.017.000	691.079.340	512.458.875	4%	22%
INVERSION	29.602.395.715	75.493.600	-	31.394.076.642	710.455.215	167.183.600	841,08%	#DIV/0!	44.679.995.553	15.178.813.303	-	2036%	-100%
CUENTAS POR PAGAR (vigencias anteriores)	17.860.341.235	17.790.469.280	14.213.754.250	19.388.744.735	18.023.371.940	16.730.536.149	1,31%	17,71%	21.059.909.627	20.562.851.121	19.212.337.204	14%	15%
TOTAL GASTOS	187.025.246.336	129.618.932.956	99.800.113.303	201.887.323.795	139.844.654.672	112.135.747.902	7,89%	12,36%	240.007.406.540	166.395.981.135	118.921.428.585	19%	6%

El total de compromisos con respecto al presupuesto total aprobado se ejecutó en un 69% teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede Bogotá, la uf Zipaquirá y el hospital regional de Zipaquirá.

Los compromisos totales han tenido una variación del 19% para el 2019, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos en el presupuesto para la sede de Bogotá, la Uf Zipaquirá han aumentado y los gastos que se proyectan para el hospital regional de Zipaquirá.

El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2019 por valor de \$166.395 millones, se discrimina así: Bogotá por valor de \$123.663 millones con una participación del 74%, U.F. Zipaquirá por valor de \$27.544 millones con una participación del 16 y el Hospital Regional de Zipaquirá por \$15.188 millones para 10%.

Se presenta un aumento de la vigencia 2018 a 2019 del 6% del total de los gastos obligados, estando en gran representación las cuentas por pagar (vigencias anteriores) y seguido los gastos de funcionamiento por servicios personales asociados a la nómina, siendo servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores y para la vigencia 2019 se aumentó el total de las obligaciones por mayor valor facturado.

Balance presupuestal consolidado -gastos comprometidos

Indicador	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	102.262.942.688	113.105.213.533	117.882.696.177
Gastos de funcionamiento comprometidos	57.396.762.245	92.704.610.752	103.344.445.867
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	54.356.207.831	28.406.216.765	27.309.870.844
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	92	93	90
Ingresos por venta de salud recaudados	53.978.293.715	52.891.702.898	37.605.082.161
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	48	44	29
Ingreso reconocido total	186.564.482.335	209.684.390.244	241.620.984.561
Ingreso recaudado total	138.279.833.362	149.470.879.609	161.343.370.545
Gasto comprometido total	129.618.932.956	139.844.654.672	166.395.981.135
Relación reconocimiento total/ compromiso total	144	150	145
Relación recaudo total/ compromiso total	107	107	97
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	76	73	69

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos disminuye en la vigencia 2019 por el menor valor en los gastos comprometidos en funcionamiento y operación y prestación de servicios, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos para la vigencia 2019 aumentaron por los servicios médicos y servicios tercerizado. Donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$90 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos disminuye su participación llegando a \$29 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 \$145 pesos siendo menor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$97 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos aumenta en la vigencia 2019 por el menor valor 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 \$50 pesos.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado

		Compromisos 30/09/2019	Compromisos con Deflactor 30/09/2018
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	130.654.316.711	124.962.151.832
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	15.534.122,00	14.729.062,00
Resultado (a/b)		8.411	8.484
Resultado Indicador			0,99



Estándar indicador

<0,90

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado

Compromisos

30/09/2019

Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC) a 161.343.370.545

Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP) b 166.395.981.135

Resultado Indicador (a/b) **0,97**

Estándar indicador **>1,00**

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-47.970.677.446
Superávit o déficit operacional no corriente	79.796.106.149
Superávit o déficit total	31.825.428.703
Sin Riesgo	0.38
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	75.225.003.426

Indicadores de financiera y administrativa

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
ESTÁNDAR: Mayor o igual que 0,00
RESULTADO: Sin Riesgo



051



SC5520-1



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	0.38	0.19	0.38
	RESULTADO INDICADOR	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo

Como podemos observar en el resultado del indicador para la Sede Bogotá y la unidad funcional de Zipaquirá presenta 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. En efecto a estos esfuerzos el recaudo de la vigencia actual y el de la facturación de vigencias anteriores aumenta 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 que inciden directamente en 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, el aumento del recaudo de vigencias anteriores.

Dificultades

La facturación y el valor de recaudo se aumentó, 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 \$117.882 millones y un recaudo de \$37.605 millones llegando a un 32% 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	-40.401.149.627
Superávit o déficit operacional no corriente	78.858.861.422
Superávit o déficit total	38.457.711.795
Sin Riesgo	0.64
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	57.993.205.868

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

ESTÁNDAR: <0.90

RESULTADO: 0.85

CALIFICACIÓN: 5

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)	0.89	0.74	0.85

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

El Hospital los ingresos facturados aumentan, el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para la Bogotá crecen en un 8.27% y UF Zipaquirá en 6.75%, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud.

Los gastos aumentan para la sede Bogotá teniendo en cuenta que van hasta mediados de octubre y para la UF Zipaquirá disminuyen porque solo se proyectaron teniendo en cuenta que van hasta mediados de Junio por el proceso de la operación del nuevo hospital regional de Zipaquirá.

LOGROS

Al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2018 con la de 2019 en pesos constantes, hay un aumento del 85%, dando como resultado global Gasto de funcionamiento más los gastos de operación comercial y prestación de servicios por UVR en el 2019 un número de 9.790 y en el 2018 un número de 11.456.

Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 0.89 comparado con el año anterior al pasar de 13.211 pesos por UVR en el 2018, a 11.716 pesos esto dado principalmente por el menor valor registrado en gastos a la vigencia 2019 y un mayor valor en UVR Producidas porque aumentan de una vigencia a otra en el 2018 fue de 6.411.016 y en el 2019 de 6.941.056.
- Sede U.F. Zipaquirá se tiene un gasto por UVR de 0.74 comparado con el año anterior al pasar de 7.842 pesos por UVR en el 2018, a 5.764 pesos esto dado principalmente por el menor valor en gastos comprometidos y en UVR Producidas en el 2018 es de 3.111.551 y en el 2019 de 3.321.643.

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

En los gastos de funcionamiento y operación comercial se dio disminución en Bogotá 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 menos gastos comprometidos ya que muchos contratos quedan para garantizar gastos a mediados de octubre en especial para la sede Bogotá y en la sede de Zipaquirá disminuye debido que los contratos se proyectaron hasta mediados de Junio donde el hospital empezara administrar el nuevo hospital regional de Zipaquirá, y las UVR 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.



Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) – Consolidado

		Compromisos	Compromisos con Deflactor
		30/06/2019	30/06/2018
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	100.470.342.973	109.093.491.960
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	10.262.699,00	9.522.568,00
Resultado (a/b)		9.790	11.456
Resultado Indicador			0,85
Estandar indicador			<0,90

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO				
ESTÁNDAR: >1.00				
RESULTADO: 0.97				
CALIFICACIÓN: 0				
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Resultado Indicador: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.	1.14	0.73	0.97

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



051



SC5520-1



procesos de cobro jurídico y conciliaciones prejudiciales y fallos judiciales ordenando el pago al hospital, siendo favorable para obtener más ingresos efectivos en el 2019 por cartera de vigencias anteriores.

Los gastos comprometidos a este corte superan los recaudos teniendo en cuenta que en su gran mayoría los gastos están proyectados a Diciembre pero el recaudo total es al tercer trimestre 2019, por lo tanto no se logra el estándar del indicador.

Logros

Al mirar este comportamiento por sede vemos que sin tener en cuenta el valor del saldo de caja y bancos a Diciembre 31 de 2018 (Disponibilidad inicial), aumento el recaudo de cuentas por cobrar (vigencias anteriores) comparado con el de la vigencia anterior (Septiembre de 2018) para la sede Bogotá y UF Zipaquirá, por la recuperación de cartera de empresas que están en proceso de liquidación y de vigencia actual (por venta de servicios de salud de 2019), sumando un mayor recaudo entre estos conceptos por \$13.094.754.032 m/cte, también por los ingresos recibidos por aportes (estampillas, convenios con la secretaria de salud y del ministerio).

Dificultades

Los contratos están suscritos hasta mediados de Diciembre y el total de recaudo hasta el mes de Septiembre de 2019, algunos gastos comprometidos en la vigencia 2018 quedaron para garantizar gastos en la siguiente vigencia 2019 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 recaudos de solo la vigencia, porque la recuperación de cartera de servicios de solo la vigencia por el valor de reconocimientos es de \$117.882 millones con un recaudo de \$37.605 millones llegando a un 32% a este corte, 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 Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado

Compromisos

30/09/2019

Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC) a 161.343.370.545



Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP) b 166.395.981.135

Resultado Indicador (a/b)

0,97

Estandar indicador

>1,00

3.3.10.2 Contabilidad

Balance Contable

Estado de Situación Financiera Comparativo

Segundo Trimestre 2018-2019 (Cifras en miles)

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 de la Entidad.

Los Estados Financieros se presentan según lo establecido en la Resolución 414 y el Instructivo 002 de Junio 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 2018 y 2019.

	sep-19	sep-18	Análisis horizontal		Análisis vertical	
			Variación	inc o dis % (18-19)	2018	2019
ACTIVO						
CORRIENTE	169.617.701	168.203.511	-1.414.190	-1	64	62
EFFECTIVO Y EQUIVALENTES A EFEC	56.488.526	60.661.807	4.173.281	7	21	23
CUENTAS POR COBRAR	102.049.376	95.989.522	-6.059.855	-6	39	36
INVENTARIOS	4.087.694	4.251.889	164.195	4	2	2



051



SC5520-1



OTROS ACTIVOS	6.992.105	7.300.293	308.189	4	3	3
NO CORRIENTE	95.218.504	101.396.898	6.178.394	6	36	38
INVERSIONES E INSTRU. DERIVADOS	178.511	183.381	4.870	3	0	0
CUENTAS POR COBRAR	38.783.844	42.565.385	3.781.541	10	15	16
	0	0	0	0	0	0
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	55.235.409	58.264.690	3.029.281	5	21	22
OTROS ACTIVOS NO CTES	1.020.741	383.443	-637.299	-62	0	0
TOTAL ACTIVO	264.836.206	269.600.409	4.764.204	2	100	100
PASIVO						
CORRIENTE	32.701.300	25.369.293	-7.332.007	-22	88	91
CUENTAS POR PAGAR	15.955.518	12.354.395	-3.601.123	-23	35	39
OTRAS CUENTAS POR PAGAR	816.186	1.015.513	199.327	24	10	9
BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	10.233.796	9.099.196	-1.134.600	-11	37	32
PASIVOS ESTIMADOS	0	0	0	0	0	4
PROVISIONES	4.735.326	1.616.340	-3.118.986	-66	2	4
OTROS PASIVOS	960.475	1.283.849	323.374	34	3	3
NO CORRIENTE	0	2.583.100	2.583.100	100	12	9
CUENTAS POR PAGAR	0	0	0	0	0	0
PROVISIONES	0	2.583.100	2.583.100	100	12	9
TOTAL PASIVO	32.701.300	27.952.394	-4.748.907	-15	100	100
PATRIMONIO				-1	64	62
PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS	232.134.905	241.648.015	9.513.110	4	100	100
TOTAL PATRIMONIO	232.134.905	241.648.015	9.513.110	4	100	100
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	264.836.206	269.600.409	4.764.204	2	100	100

El Activo: Presenta un aumento del 2% al pasar de \$264 mil millones de pesos, a \$269 mil millones de pesos de Septiembre de 2018 a Septiembre de 2019. Las cifras más representativas de este incremento, están dadas por el efectivo en \$4.1 mil millones de pesos y la Propiedad, Planta y Equipo por \$3 mil millones de pesos presenta un



051



SC5520-1



aumento del 2% al pasar de \$264 mil millones de pesos, a \$269 mil millones de pesos de Septiembre de 2018 a Septiembre de 2019. Las cifras más representativas de este incremento, están dadas por el efectivo en \$4.1 mil millones y la Propiedad, Planta y Equipo por \$3 mil millones.

La cuenta más representativa del Activo se concentra en la Cartera con un porcentaje de participación del 52%, de los cuales la cartera corriente representa un 36% y la cartera No corriente representa un 16%. De la Cartera se tiene contabilizado por concepto de deterioro en Norma Internacional \$77.581 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. Las deudas de difícil recaudo pasaron de \$17.567 millones de pesos a \$20.273 millones de pesos que equivale a un aumento del 15%, dado por los efectos de la liquidación de la Entidad Cafesalud por cerca de \$7 mil millones de pesos.

El Efectivo y Equivalente al efectivo aumentó a corte a Septiembre de 2019 en un 7% con relación a la vigencia anterior, al pasar de \$56.488 millones en el 2018 a \$60.661 mil millones en 2019, por la gestión de pagos realizada al final del periodo, incluyendo la consignación por parte de Caprecom en liquidación. Existe Efectivo de uso restringido destinado para proyectos del Hospital por valor de \$ 26 mil millones de pesos comprendidos por la estampilla Departamental \$15.856 millones, Recursos propios destinados para proyecto de ampliación remodelación y dotación unidad de cuidados intensivos para adultos por un total de \$3.951 millones.

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, éstos pasan de \$4.087 millones a \$4.251 millones.

Las inversiones en la Clínica el Country aumentaron de un periodo a otro en un 3% valor que corresponde a los intereses causados en el periodo.

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta un aumento del 5% equivalente a \$3.029 millones de pesos representados principalmente en la adquisición de Equipo médico y científico por \$3.531 millones de pesos, Muebles y enseres por \$546 millones de pesos y Equipos de Cómputo por \$1.436 millones de pesos. La depreciación acumulada aplicada en el periodo asciende a \$5.268 mil millones de pesos

Con respecto al Pasivo total: Se evidencia en el presente ejercicio, una disminución del 15% representada en \$4.748 millones de pesos, al pasar de \$32.701 millones de pesos a \$27.952 millones de pesos. Esto dado por la buena gestión de pagos realizada al cierre del periodo

Del Pasivo total la cuenta más representativa se concentra en las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios con una participación del 39% representada en \$12.354 millones de pesos. Los pagos se realizan según los términos contractuales, dentro de los 90 días siguientes a su radicación.

Dentro del pasivo se encuentra registrado unos recursos por transferencias de la SSC según convenio de desempeño 668 de 2018 como apoyo al proyecto de la UCI.

El Patrimonio incrementó en un 4% al pasar de \$232.134 millones de pesos, a \$241.648 millones de pesos, con un aumento cercano a los \$9.513 millones de pesos. Correspondientes a las utilidades del ejercicio



051



SC5520-1



Estado de Resultados

CONSOLIDADO Comparativo Tercer Trimestre 2018-2019 (Cifras en miles)

El Estado de Resultados representa las operaciones ordinarias y extraordinarias con el fin de calcular el resultado o déficit operacional del ejercicio.

Cuentas	sep-19	sep-18	inc o dis \$ (18-19)	inc o dis % (18-19)
INGRESOS PRESTACION DE SERVICIOS	118.857.903	114.260.326	4.597.577	4,0
COSTO POR PRESTACION DE SERVICIOS	104.385.417	99.382.615	5.002.802	5,0
UTILIDAD BRUTA	14.472.486	14.877.711	-405.225	-2,7
GASTOS DE ADMON Y OPERACIÓN	19.674.761	18.191.747	1.483.014	8,2
DE ADMINISTRACIÓN	7.719.364	7.398.086	321.278	4,3
DETERIORO, DEPRECIACIONES Y AMORT.	11.955.397	10.793.661	1.161.736	10,8
Deterioro	11.519.423	9.963.207	1.556.216	15,6
Depreciación	435.974	830.455	-394.481	-47,5
RESULTADO OPERACIONAL	-5.202.275	-3.314.036	-1.888.239	57,0
Subvenciones ***	3.397.500	3.815.208	-417.708	-10,9
OTROS INGRESOS	11.474.605	5.740.221	5.734.384	99,9
Financieros	2.230.874	2.146.244	84.630	3,9
Ingresos Diversos	2.653.367	1.062.717	1.590.650	149,7
Ingresos Diversos - Margen Contratos Ss.	0	0	0	0,0
Reversión de las pérdidas por deterioro de valor	6.590.364	2.531.260	4.059.104	160,4
Ingresos de ejercicios anteriores	0	0	0	0,0
OTROS GASTOS	4.545.093	7.210.789	-2.665.696	-37,0
Financieros	2.884.717	5.716.461	-2.831.744	-49,5
Gtos - Diversos - Margen en la contratación Ss.	975.207	1.155.113	-179.906	-15,6

Gtos de ejercicios anteriores (Inc. Glosas. V.a)	685.169	339.215	345.954	102,0
RESULTADO DEL PERIODO	5.124.737	-969.396	6.094.133	-628,7

Los ingresos operacionales de Septiembre de 2018 a Septiembre de 2019 aumentaron en \$4.597 millones, lo que equivale al 4,0%. Los Ingresos acumulados por ventas de servicios de salud con corte a Septiembre disminuyen en un 4% al pasar de \$114.260 millones de pesos a \$118.858 millones de pesos.

Los Costos de Septiembre de 2018 a Septiembre 2019 aumentaron en \$5.002 millones, lo que equivale a un incremento del 5% dado principalmente por la contención de los costos realizados en el Tercer trimestre de 2019 en nueva la contratación, principalmente médicos.

Dentro de los Gastos Operacionales se contempla el deterioro, para el Mes de Septiembre de 2019 presenta un aumento del 15,6% al pasar de \$9.963 millones a \$11.519 millones.

Los Otros Gastos disminuyeron a Septiembre de 2019 en \$2.665 millones de pesos equivalente a un 37%, dado principalmente por la disminución de la Glosa de vigencias anteriores. El margen de contratación de contratos capitados produjo una utilidad de \$975 millones.

Por los motivos expuestos anteriormente se presenta un resultado del ejercicio a Septiembre de 2019 de \$5.124 millones de pesos.

Indicadores financieros

1. LIQUIDEZ	jun-18	jun-19
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	142.834.218	136.916.401
1.2 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	6,63	5,19
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	6,49	5,08
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	3,45	2,79
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	142.834.218	136.916.401
2. ENDEUDAMIENTO	jun-18	jun-19
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,10	0,12
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,12	0,14
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	9,64	8,10
3. RENTABILIDAD	jun-18	jun-19
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	0,04312	-0,00848
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	0,01901	-0,00366



051



SC5520-1



3.2 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	0,02121	-0,00418
4. ACTIVIDAD	jun-18	jun-19
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/dias)	440.214	423.186
4,2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	0,66	0,68
4,3 ROTACION DE CARTERA DIAS	408	395
4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	0,71	0,67
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,44	0,43
4,6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	23	23
4,7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Dias (Inv*360/Costo de Vtas)	9	10

5. EBITDA	jun-18	jun-19
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	10.489.770	7.293.006
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	9%	6%

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 \$142.834 millones 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 \$46.844 millones de pesos 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. Para el periodo \$6.63 por cada peso que se adeuda

Corriente disponible: Activo Cte-Inventarios /Pasivo corriente. Con 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 \$6.49 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 \$3.45 por cada



051



SC5520-1



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 0.10, 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 0.12, 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 9.64 en el 2019, 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). Para la vigencia 2019 presentó un aumento considerable de \$0.04312.

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 0.01901 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, mientras que en el 2019 va a la alza. A la fecha de análisis \$0.02121.

Ventas promedio diarias: Ventas / días -De un periodo a otro las ventas diarias han disminuido al pasar de \$423.186 en Septiembre de 2018 a \$440.214 en Septiembre de 2019, para un aumento del 4% que equivale a 17 millones de pesos, en parte por la disminución en la contratación

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 Septiembre de las dos últimas vigencias el comportamiento levemente ha subido al pasar de 395 a 408 días para recuperar la cartera

Rotación 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, en esta ocasión se ha sostenido entre 0,67 y 0,71 en el último año..

Rotación activo total. Ventas/activo total Al igual que el indicador de Rotación del Activo Corriente, la rotación del Activo Total se ha sostenido entre 0.43 y 0.44.



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 entre ambos periodos se ha mantenido en 23 veces.

Ebitda. Es un indicador financiero, acrónimo que significa (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), para los tres últimos años se presenta un resultado positivo, presentado un valor al cierre del periodo 2019 de \$\$10.489 millones de pesos.

Margen Ebitda : margen Ebitda/Ventas En términos porcentuales la participación de las ventas en los dos últimos periodos, presenta un % positivo para cada una de las vigencias analizadas, para la vigencia de Septiembre de 2019 cierra con un 9%.

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. Al cierre de Septiembre de 2019 el resultado es \$1.165 millones de pesos mensuales.

3.3.10.3 Estado de tesorería

- En el tercer trimestre de los años objeto de análisis, se evidencia una disminución en el efectivo que queda en la caja entre 2019 y 2018 de 30% y entre 2018 y 2017 de 11%, esto debido a que a cierre de cada mes quedaron menos consignaciones pendientes de canje.
- Con respecto al total del efectivo y equivalentes al efectivo entre el tercer trimestre de 2019 y 2018 se observa un incremento de 7% producto del aumento en el recaudo en bancos ya que se recibió consignación parte de CAPRECON Entidad en liquidación, así mismo se recibieron transferencias correspondientes a Estampilla Pro Hospitales, transferencias producto de Convenios Interadministrativos celebrados entre el Departamento de Cundinamarca -Secretaria de Salud y El Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E así:
Convenio 489 de 2019, para contribuir con el fortalecimiento, mejoramiento, y cumplimiento para la prestación de servicios de salud de la población cundinamarquesa, por (\$400 millones), Recursos asignados por el Ministerio por \$1.172 millones para la adecuación y mejoramiento de la infraestructura física existente de la unidad de cuidado intensivo de la ESE.
- El efectivo de uso restringido entre 2018 y 2017 presenta un incremento de 53% ya que para la vigencia 2018 del total del efectivo el 60 % se encontraba clasificado como efectivo de uso restringido. En el mismo periodo entre 2019 y 2018 se refleja una disminución de 22% (\$7.602 millones) debido principalmente a que se realizó un traslado de esta cuenta al total del efectivo y equivalente a efectivo.
- De otra parte se realizaron negociaciones de tasas especiales con los bancos para optimizar ingresos por rendimientos financieros, es así que las cuentas corrientes presentan un incremento de \$9.753 millones equivalentes al 118%.

A Septiembre de 2019 del total de efectivo y equivalentes al efectivo (\$60.661.807 millones), luego de atender las cuentas por pagar e impuestos que suman \$13.369.908 millones y de descontar el valor total del efectivo de uso restringido \$26.299.475 distribuido así: Estampilla \$15.856.881, Recursos propios destinados para proyectos \$3.951.683 cuenta maestra recaudadora \$3.961.736, pagadora \$ 1.024.236, Convenio 651 de 2018 (Apalancamiento Financiero) \$328.167, Convenio 489 de 2019 (Fortalecimiento en la Prestación de servicios de salud) \$706 mil, transferencia Ministerio para (Adecuación y mejoramiento de la UCI) \$ 1.176.064 millones, queda una disposición total de recursos de \$ 20.992.424 millones, por lo que se evidencia un incremento de \$15.177.739 millones frente al mismo periodo de 2018.

ESTADO DE TESORERIA COMPARATIVO 3 CER TRIMESTRE DE 2017 A 2019 SEGÚN CONTABILIDAD NIIF (Cifras en Miles de Pesos)							
	2.017	2.018	2.019	Incr o dism (\$) 2019-2018	Incr o dism (%) 2019-2018	Incr o dism (\$) 2018-2017	Incr o dism (%) 2018-2017
CAJA GENERAL	38.797	34.487	24.195	- 10.292	-30%	-4.309	-11%
CUENTAS CORRIENTES	27.783.650	8.296.342	18.049.834	9.753.492	118%	-19.487.308	-235%
CUENTAS DE AHORROS	13.501.400	14.255.560	16.288.302	2.032.743	14%	754.159	5%
TOTAL EFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	16.051.680	33.902.137	26.299.475	- 7.602.662	-22%	17.850.457	53%
TOTAL EFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFECTIVO	57.375.527	56.488.526	60.661.807	4.173.281	7%	-887.001	-2%
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	20.730.006	16.771.703	13.369.908	- 3.401.796	-20%	-3.958.303	-24%
(-) Menos Cuentas Por Pagar	20.368.062	16.348.255	12.864.899	- 3.483.356	-21%	-4.019.807	-25%
(-) Menos Cuentas por Pagar Impuestos	361.944	423.448	505.008	81.560	19%	61.504	15%
(-) Menos Efectivo de uso restringido	16.051.680	33.902.137	26.299.475	- 7.602.662	-22%	17.850.457	53%
TOTAL RECURSOS DISPONIBLES:	20.593.840	5.814.686	20.992.424	15.177.739	261%	-14.779.155	-254%

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo Información Financiera NIIF años 2017-2018-2019

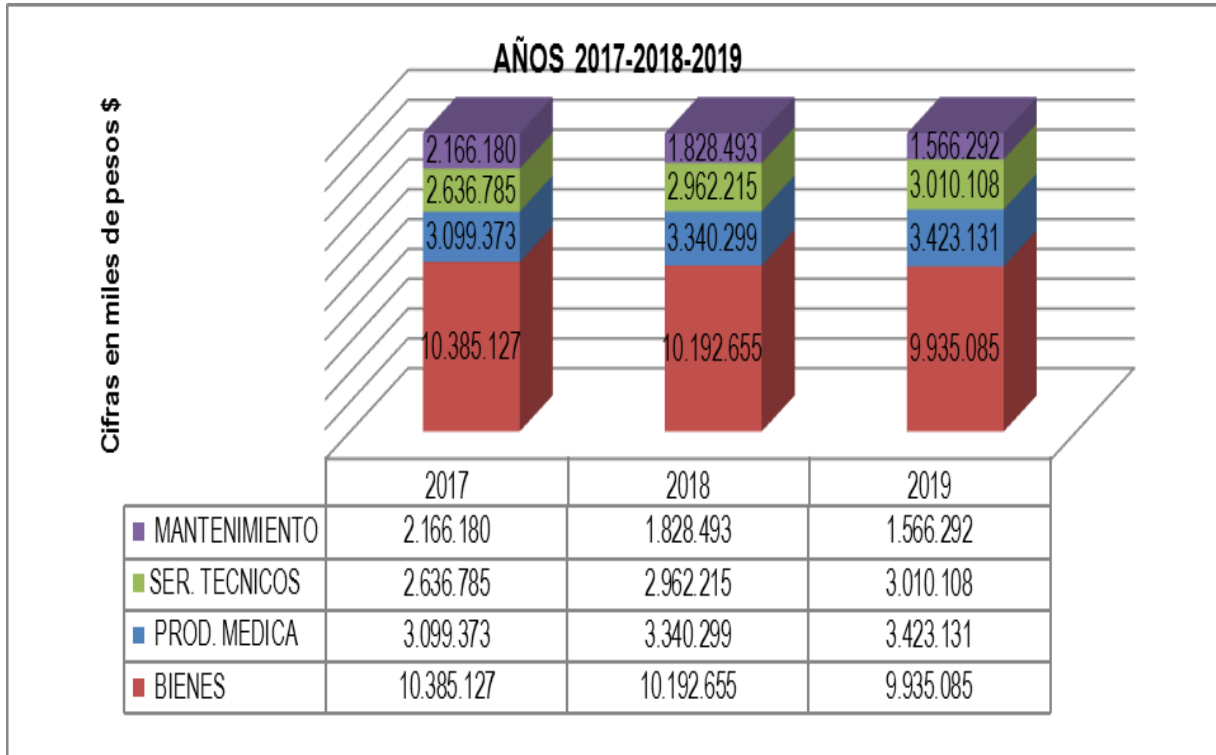
En la siguiente tabla se muestra la relación mensual del recaudo en bancos de las cuentas del Hospital por los diferentes conceptos, que comparado frente a 2018 presenta un incremento de \$15.004.923 millones equivalentes al 13%, esto debido a las gestiones realizadas por la alta gerencia para mejorar el recaudo de la Institución.

RECAUDO MENSUAL DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2019				
CIFRAS EN MILES DE PESOS				
	2019	2018	Variación (\$)	Variación %
Enero	15.446.580	4.587.986	10.858.594	70%
Febrero	8.096.729	8.836.859	-740.129	-9%
Marzo	10.408.132	15.044.507	-4.636.375	-45%
Abril	8.963.659	20.744.826	-11.781.168	-131%
Mayo	12.485.884	6.073.785	6.412.099	51%
Junio	12.585.293	6.882.744	5.702.549	45%
Julio	17.862.099	10.351.177	7.510.922	42%
Agosto	13.713.814	11.801.322	1.912.492	14%
Septiembre	13.598.772	13.832.834	-234.062	-2%
Total General	113.160.962	98.156.039	15.004.923	13%

3.3.10.4 Cuentas por pagar

Comparativo cuentas por pagar años 2017 – 2018 – 2019

	2017	2018	2019
BIENES	10.385.127	10.192.655	9.935.085
PROD. MEDICA	3.099.373	3.340.299	3.423.131
SER. TECNICOS	2.636.785	2.962.215	3.010.108
MANTENIMIENTO	2.166.180	1.828.493	1.566.292
TOTAL	18.287.466	18.323.661	17.934.616



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

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 positiva
RESULTADO: 4,855743928
CALIFICACIÓN: 0

Actividades y estrategias ejecutadas

El recaudo obtenido permitió generar flujo de recursos para el pago de acreencias del hospital,



Se efectuaron los pagos de las obligaciones por concepto de salarios y prestaciones del personal de planta, colaboradores y personal especializado que cumplieron con los requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo

Logros

Los salarios y prestaciones de personal de planta se cancelaron oportunamente.

Dificultades

En el mes de septiembre del 2019 quedo pendiente el pago de las obligaciones con la temporal Coltempora y la cooperativa Coopsein ya que no cumplieron con algunos requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo.

Se presentan deudas superiores a 30 días las cuales resultan del 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.

Evidencias y soportes

Anexo N° 7

- Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo septiembre de 2018 y 2019

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A SEPTIEMBRE 2019

CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MÁS DE 360
SERV. M. BTA CUENTA 25111302	2.399.104.318	2.176.590.589	134.601.726	0	4.286.858	83.625.145	0
SERV. TECNICOS BTA CTA 25111801	2.116.164.009	2.116.164.009	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 25111322	1.024.026.783	892.274.792	131.751.991	0	0	0	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 25111802	893.943.657	893.943.657	0	0	0	0	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	0	0	0	0	0	0	0

SERV M. GDOTCUENTA 24010131							
TOTAL	6.433.238.767	6.078.973.047	266.353.717	0	4.286.858	83.625.145	0

354.265.720

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A SEPTIEMBRE 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	2.193.772.146	2.001.773.364	48.584.935	6.617.085	0	136.796.762	0
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	2.173.011.903	2.173.011.903	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	1.146.526.471	1.057.217.606	89.308.865	0	0	0	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	789.203.067	789.203.067	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6.302.513.587	6.021.205.940	137.893.800	6.617.085	0	136.796.762	0

281.307.647

La sumatoria de lo mayor a 30 días

4,855743928

Por lo que arroja un aumento en las cuentas pendientes por pagar equivalente a **\$4,855743928**



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

3.3.10.5 Activos Fijos

Detalle	sep-19	sep-18	Variación	%
Terrenos	13.250.916	13.250.916	0	0,00
Edificaciones	23.161.655	21.620.535	1.541.120	7,13
Repuestos	0	110.522	-110.522	-100
Planta, ductos y túneles	977.306	877.895	99.411	11,32
Redes, líneas y cables	630.768	375.734	255.034	67,88
Maquinaria y equipo	847.738	749.814	97.924	13,06
Equipo médico y científico	35.100.717	31.569.004	3.531.713	11,19
Muebles y enseres y equipo de oficina	1.091.141	545.098	546.043	100,17
Equipo comunicación computación	4.762.814	3.326.559	1.436.255	43,18
Equipo de transporte	782.965	444.655	338.310	76,08
Equipo de comedor cocina despensa y hotelería	2.307.556	1.745.158	562.398	32,23
Total	82.913.576	74.615.889	8.297.686	11,12
(-) Depreciación Acumulada	-24.648.886	-19.380.481	-5.268.405	27,18
Valor Neto de la Propiedad Planta y Eq.	58.264.690	55.235.409	3.029.281	5,48

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

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta un aumento del 5,48% equivalente a \$3.029 millones de pesos.

Análisis comparativo de los periodos Junio 2018-2019 (NIIF)

Variación absoluta- Análisis horizontal:

Terrenos

Tanto la variación absoluta como relativa de esta cuenta no cambió, (0-0) presenta valores iguales en los dos periodos analizados 2018 y 2019, de hecho la variación relativa tampoco varía, cabe mencionar que en Junio de 2018 se incorporó en el módulo de activos fijos el valor del terreno del bien inmueble edificio principal con el valor



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

que previamente se había incorporado contablemente en el balance de apertura NIF, como se menciona en el informe de gestión anterior (terceros trimestres 2016, 17 y 18).

Edificaciones

La variación absoluta del segundo trimestre 2018-2019 de \$1.541 millones corresponde a que durante el último año se han realizado adecuaciones y remodelaciones en las áreas de esterilización, uci, intermedio, residuos hospitalarios 4 piso, cardiología, observación de urgencias y mejoramientos hidrosanitarios en las distintas locaciones de la entidad.

Cabe mencionar que en el mes de Junio de 2018 se vendió un activo clasificado como propiedad de inversión con uso indeterminado (Código 19510401) correspondiente a la casa de la avenida 32; pero el mismo no estaba clasificado dentro de los bienes que componen la cuenta 16.

Repuestos

La variación absoluta para el comparativo 2018-2019 disminuyó por el valor total de \$110.5 millones, teniendo en cuenta que los elementos pertenecientes a esta clasificación, fueron reclasificados de acuerdo con el tipo de bien en el que iban a utilizarse durante el proceso de conciliación junto con la empresa contratada para el proceso de levantamiento de inventario de Activos entre Octubre del 2018 y Enero del 2019, es decir, si el repuesto correspondía a un equipo médico y científico, se clasificó como un activo fijo de la misma clasificación.

Plantas ductos y túneles

Para el periodo 2018-2019 se presenta un aumento en la variación de \$99.4 millones que corresponden al contrato de Mantenimiento de la Planta de gases medicinales y los manómetros en toda el área hospitalaria, realizado en Mayo de 2019.

Redes líneas y cables

Respecto a la variación del primer trimestre del 2018 en comparativo con el del 2019 se presenta un aumento de \$255 millones con una variación relativa del 67,8%. Esto debido a que en el mes de diciembre del 2018 se realizó la renovación y la instalación de los nuevos puntos de red Wi-Fi y se realizó una acometida desde la subestación eléctrica hasta la UPS del segundo piso con 240 metros lineales de cableado por valor de \$128 millones. De igual manera se realizó el mantenimiento preventivo y correctivo de la Planta de Gases Medicinales en el mes de Mayo de 2019 por valor de \$207.357.500.

Maquinaria y equipo

Este grupo está compuesto por los rubros de equipo de música, herramientas y accesorios y maquinaria y equipo como tal.



Comparativo 2018-2019. La variación es de \$97 millones que se presenta por ingresos que se han realizado entre los dos últimos trimestres analizados, desde Septiembre de 2018 hasta Septiembre de 2019, ingresos de compresores, serpentines para calentadores de agua y selladores. Asimismo, durante la reclasificación de los elementos realizada por la empresa externa, ciertos equipos que en su ingreso fueron considerados en la clasificación 1645 (Plantas, ductos y túneles), se han reclasificado dentro de ésta categoría debido a su funcionalidad.

Equipo médico y científico

La variación absoluta que presenta en los primeros trimestres de las vigencias 2018-2019 (\$3.531.713) obedece en parte a los ingresos realizados por cerca de \$3.200 millones durante éste periodo, principalmente por la adquisición de un equipo instrumental de cirugía cardiovascular por valor de \$263 millones, piezas de mano, pinzas de biopsia, micromotores, transductores, un cistoscopio en el mes de Marzo de 2019, un Ecógrafo por \$390 millones en el mes de Mayo de 2019, equipos para el servicio neonatal por \$464 millones entre otros.

De igual manera, durante el proceso de levantamiento de inventario realizado por la empresa externa, se ingresaron gran cantidad de equipos que en su comienzo fueron ingresados al gasto y no como activos fijos, entre los que se destacan flujómetros, fonendoscopios, tensiómetros, vacuómetros, humidificadores e infusores. La variación relativa para estas dos vigencias fue del 11,19%

Muebles y enseres y equipo de oficina

La variación absoluta del segundo trimestre del 2018 comparado con el segundo trimestre del 2019, presenta un aumento de \$546 millones a consecuencias de las adquisiciones realizadas durante este periodo de toda clase de mobiliario para uso de la institución en cada una de las distintas áreas. Se destaca la compra de sillas ergonómicas, tándem, puestos de trabajo, escritorios, gabinetes aéreos y divisiones de oficina, así como la renovación mobiliaria del Área de Desarrollo Humano y del Área de Cartera en el mes de Marzo de 2019

Al igual que en las demás clases, el proceso de levantamiento de inventario realizado en la vigencia comparada ha impactado de manera positiva a esta clase, ya que dentro de dicho proceso se han encontrado gran cantidad de muebles y equipos de oficina que no estaban reflejados en el módulo de activos fijos y por lo tanto, no estaban afectando la cuenta contable de éste rubro. Una vez realizada la conciliación de los elementos, los muebles y enseres fueron ingresados como un alta y el valor razonable impacta considerablemente el aumento de tal clasificación. Entonces la variación relativa es positiva y del 100% para esta clase de activos.

Equipo de comunicación y computación.

Analizando el segundo trimestre del 2018 comparado con su homólogo de la vigencia 2019, nos hallamos ante una variación absoluta positiva (aumento) en \$1.436 millones cuyas principales causas son las siguientes:



En el mes de diciembre del 2018, se adquirieron las controladoras y los equipos Access point para la renovación del sistema Wi-Fi del hospital por valor de \$348 millones.

Durante esta vigencia se hicieron adquisiciones por \$217 millones entre los que se destacan 2 UPS de 30 KVA por valor de \$112 millones, equipos de computación, monitores industriales y video beams.

Finalmente, el proceso previamente mencionado del levantamiento de inventarios afectó poderosamente esta clasificación, debido a que los computadores que inicialmente fueron ingresados como una unidad, es decir, un sólo activo fijo para todos los componentes del equipo, fueron disgregados en CPU y Monitor y fueron valorados de manera separada, siendo los monitores considerados como altas dentro del inventario de activos fijos. De igual manera, ciertos computadores, especialmente en la unidad funcional de Zipaquirá, fueron encontrados físicamente pero no se encontraban reflejados en el módulo de inventarios y debieron ser

La variación relativa entonces es del 43%. Este aumento también lo arrastra las adquisiciones entre los dos últimos trimestres analizados, y que en cada informe de gestión presentado se mencionan que tipo de activos entraron y/o bajas y otras novedades que haya habido.

Equipo de transporte

Para los primeros trimestres 2018-2019 en este rubro se presentó una variación por valor de \$338 millones a consecuencia del reingreso en diciembre de 2018 de la unidad móvil del banco de sangre debido a que se le realizarán los mantenimientos a los que haya lugar para su puesta en funcionamiento nuevamente. Por otro lado, se reclasificaron 10 equipos de GPS que fueron incluidos dentro de este rubro y se consideraron como equipos de comunicación, el valor de adquisición de dichos equipos fue de \$6,6 millones

De igual manera, en el mes de Mayo de 2019 se adquirió la nueva Camioneta Toyota Fortuner 4x4 al servicio de la Gerencia por valor de \$170 millones. La variación relativa para este periodo es de 76%

Equipo de cocina despensa y hotelería.

Tanto la variación absoluta (\$562,3) millones como su relativa 33,23%, para el comparativo del segundo trimestre del 2018 con el segundo trimestre del 2019, se ve afectada por el ingreso de 50.7 millones el día 26 de septiembre de 2018, por la adquisición de atriles portabomba, escalerillas, sillas pato, biombos, mesas puente y mesas puente, sillas de ruedas, mesas de mayo y mesas de noche. De igual manera, durante el mes de Julio de 2018, se adquirieron nuevos equipos de hotelería para las áreas del descanso médico, comedor y el balcón de la estancia del cuarto piso. Asimismo, se registraron altas por parte de la empresa externa que realizó el mencionado proceso de levantamiento de activos fijos.



3.3.10.6 Costos

INFORME RENTABILIDAD UNIDADES DE NEGOCIO

ENERO A SEPTIEMBRE DE 2019

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NOMBRE DEL PROCESO	UNIDAD DE NEGOCIOS	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL
APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO CLINICO	5.223.728.129	12.008.761.363	6.785.033.234
APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO INMUNOLOGIA	26.335.438	2.090.160	-24.245.278
APOYO DIAGNOSTICO	PATOLOGIA	1.123.940.458	941.051.182	-182.889.276
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	467.244.509	283.832.339	-183.412.170
APOYO DIAGNOSTICO	GASTROENTEROLOGIA	1.988.488.765	1.855.314.342	-133.174.423
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	2.247.337.947	2.449.250.763	201.912.816
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	1.661.261.388	1.147.372.542	-513.888.846
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	32.522.959	25.640.602	-6.882.357
APOYO DIAGNOSTICO	UNIDAD RENAL	1.708.351.814	500.327.226	-1.208.024.588
APOYO DIAGNOSTICO	SOPORTE NUTRICIONAL	124.913.672	0	-124.913.672
APOYO DIAGNOSTICO	CLINICA DEL DOLOR	13.939.186	322.994	-13.616.192
APOYO DIAGNOSTICO	SC- ESTRAMURALES	0	0	0
Total APOYO DIAGNOSTICO		14.618.064.265	19.213.963.513	4.595.899.248
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA GENERAL	3.736.613.005	1.654.535.952	-2.082.077.053
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CON. ALERGIAS Y REUMATO	104.689.652	21.226.040	-83.463.612
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ANESTESIA	465.767.427	277.181.557	-188.585.870
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CARDIOLOGIA	93.668.128	4.828.800	-88.839.328
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CIRUGIA GENERAL	920.626.394	2.890.900.600	1.970.274.206

ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX PLASTICA	423.688.771	62.879.763	-360.809.008
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CURACIONES	340.926.456	146.121.812	-194.804.644
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DERMATOLOGIA	448.322.189	469.808.719	21.486.530
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	148.473.812	46.303.030	-102.170.782
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	849.725.814	886.224.689	36.498.875
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA HEMATOLOGIA	209.487.629	147.623.366	-61.864.263
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INFECTOLOGIA	292.009.959	102.912.363	-189.097.596
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INMUNOLOGIA	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA INTERNA	1.083.343.012	618.299.535	-465.043.477
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEFROLOGIA	145.407.789	93.559.422	-51.848.367
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEONATOLOGIA	429.018.305	886.611.100	457.592.795
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUMOLOGIA	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROCIRUGIA	312.721.725	154.257.347	-158.464.378
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROLOGIA	820.245.143	927.129.988	106.884.845
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE NUTRICION	450.248.360	190.423.601	-259.824.759
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OFTALMO.	771.823.713	892.382.550	120.558.837
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ORTOPEDIA	601.060.855	384.745.380	-216.315.475
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OTORRINO	519.936.343	370.192.236	-149.744.107
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PSICOLOGIA	133.880.073	33.260.010	-100.620.063

ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE UROLOGIA	487.010.611	486.993.435	-17.175
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PSIQUIATRIA	492.059.663	136.146.640	-355.913.023
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	766.425.316	943.200	-765.482.116
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PEDIATRIA	274.616.246	81.562.600	-193.053.646
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	FISIOTERAPIA	2.518.800.148	2.344.566.780	-174.233.368
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	TERAPIA DEL LENGUAJE	78.961.810	25.746.417	-53.215.393
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	SC- OTROS SALUD PUBLICA	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	PTO COGUA	368.900.302	8.138.510	-360.761.792
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	PTO SAN CAYETANO	447.797.234	261.507.836	-186.289.398
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	PTO SAN RAFAEL	0	0	0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ODONTOLOGIA	611.147.210	633.033.977	21.886.767
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	AMBULATORIOS PROMOCION Y PREVENCIÓN	790.329.855	1.118.865.804	328.535.949
Total ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO		20.137.732.948	16.358.913.059	-3.778.819.890
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	4.591.199.209	2.521.660.802	-2.069.538.407
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	OBSERVACION-UNIT URGENCIAS	2.427.308.595	4.654.114.391	2.226.805.796
Total ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS		7.018.507.805	7.175.775.194	157.267.389
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX GRAL.	2.284.325.556	4.243.702.171	1.959.376.615
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX.PLASTICA	314.255.138	460.840.268	146.585.130
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION GINECO	1.567.389.506	1.344.216.170	-223.173.336
ATENCION AL PACIENTE	HOSPITALIZACION MEDICINA INT.	5.193.578.447	3.647.722.394	-1.545.856.054

HOSPITALIZADO				
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEUROQX	1.294.452.414	1.052.900.610	-241.551.804
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION ORTOPIEDIA	1.409.958.822	1.462.363.635	52.404.813
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION OTORRINO	141.347.427	4.834.100	-136.513.327
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION UROLOGIA	663.746.821	1.105.057.817	441.310.996
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION U.C.I.	3.649.114.414	2.700.076.807	-949.037.607
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION CUIDADOS INTERMEDIOS	1.655.524.550	1.586.185.941	-69.338.608
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEONATO.	4.016.339.931	3.445.535.318	-570.804.613
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION PEDIATRIA	1.034.223.868	717.177.834	-317.046.034
Total ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO		23.224.256.892	21.770.613.064	-1.453.643.828
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	ANESTESIA	655.558.201	29.162.489	-626.395.712
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA GENERAL	2.812.049.324	3.300.497.340	488.448.016
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA PLASTICA	1.664.379.794	2.677.207.791	1.012.827.997
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX GINECOLOGIA	3.564.921.965	1.966.818.040	-1.598.103.925
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX NEUROCIRUGIA	765.893.556	794.458.386	28.564.830
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OFTALMOLOGIA	1.358.940.944	1.320.341.970	-38.598.974
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORTOPIEDIA	1.823.811.902	2.873.276.310	1.049.464.408
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OTORRINOLARINGOLOGIA	331.615.196	543.479.145	211.863.949
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX UROLOGIA	636.239.876	655.900.517	19.660.641
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORAL MAXILOFACIAL	0	0	0

ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	580.424.636	290.000	-580.134.636
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	SALAS DE PARTOS	0	0	0
Total ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO		14.193.835.394	14.161.431.988	-32.403.406
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	OTROS SERVICIOS CONEXOS	0	0	0
Total ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA		0	0	0
ATENCION FARMACEUTICA	FARMACIA	21.611.781.078	22.014.431.715	402.650.637
Total ATENCION FARMACEUTICA		21.611.781.078	22.014.431.715	402.650.637
BANCO DE SANGRE	BANCO DE SANGRE	2.229.935.536	2.633.243.035	403.307.499
Total BANCO DE SANGRE		2.229.935.536	2.633.243.035	403.307.499
DOCENCIA	SC- DOCENCIA	527.690.442	407.802.343	-119.888.099
Total DOCENCIA		527.690.442	407.802.343	-119.888.099
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	IMAGENOLOGIA	8.054.708.890	14.867.766.930	6.813.058.041
Total IMÁGENES DIAGNOSTICAS		8.054.708.890	14.867.766.930	6.813.058.041
INVESTIGACION	INVESTIGACION CIENTIFICA	47.612.446	0	-47.612.446
Total INVESTIGACION		47.612.446	0	-47.612.446
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	AMBULANCIAS URGENCIAS	447.474.927	253.962.152	-193.512.774
Total REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES		447.474.927	253.962.152	-193.512.774
TOTAL GENERAL		112.111.600.623	118.857.902.994	6.746.302.370

RENTABILIDAD POR PROCESOS

U.F. BOGOTA, Se observa una rentabilidad mayor o igual a \$3.568 millones, en las áreas de Imagenología, Observación Urgencias, Laboratorio, H Cirugía General, QX Plástica. Por el contrario y en el mismo rango de valores las unidades de negocio que presentan pérdida operacional son Consulta urgencias, QX Ginecología, Unidad Renal, Hospitalización Medicina Interna, QX Cardiovascular, H. Neonatología, AD Angiografía.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Se reitera que dentro del seguimiento a las áreas con déficit financiero se inició un trabajo de seguimiento a los costos asociados y las ventas registradas para dichas áreas, para establecer si es necesario algún ajuste a los registros de costeo o como ya se ha venido evidenciando es necesario efectuar cambios en las parametrizaciones de los productos IPS con su correspondiente área, ya que en algunas áreas como vascular, Angiografía y Cardiología las parametrizaciones no son las correctas y esto genera errores en los informes financieros de rentabilidad.

U.F. ZIPAQUIRA, Se presenta indicadores de Rentabilidad muy buenos en los procesos de Apoyo Diagnostico, Atención Hospitalizado, Atención Quirúrgico. Por el contrario la Atención al Paciente Ambulatorio, Atención farmacéutica presentan resultados negativos en cuanto a la operación financiera, se pide plan de mejora y revisión registros de ventas de medicamentos cargados a otras áreas por parametrizaciones del sistema en el caso de la Atención Farmacéutica.

El análisis a nivel de rentabilidad por Unidades de negocio y /o áreas de servicios nos muestran que en áreas como Laboratorio Clínico, Estancia Cirugía General, Consulta de Neonatología, Quirúrgicos Cirugía General, Promoción y Prevención, se presentan como las áreas más rentables durante el semestre, mientras las no rentables de este semestre que merecen una revisión del proceso y sus registros son Consulta Medicina General, Quirúrgicos Anestesia (ajuste proceso de ventas), consulta medicina interna, Farmacia, Pto. de salud Cogua, Consulta Pediatría, que inciden en indicadores negativos de los procesos, se pide la revisión de la facturación de estas áreas, y le asocio del sistema con cada uno de sus productos, para verificar posibles problemas de Subfacturación y/o registro a otras áreas de la Unidad. Se procederá a realizar ajuste la área de QX Anestesia ya que esta área participa en la producción y ventas del proceso quirúrgico pero sus ventas no se registran la área sino al área tratante.

Visto desde la perspectiva de los procesos consolidados de las dos sedes, la rentabilidad presento un valor de **\$12,372,000,000** de utilidades de los cuales Imágenes Diagnosticas participan con un 55.07%, Apoyo Diagnostico un 37%, Banco de Sangre un 3.26%, A.P. Urgencias 1.27%, A. Farmacéutica 3.25%. Mientras que la pérdida operacional presento una cifra de - **\$ 5.626.000.000**, de los cuales A.P. Ambulatorio representa el 67.17%, Hospitalización de 25.84%, Áreas QX 0.58% Referencia y Contra referencia Ambulancias el 3.44%, e Investigación y Docencia el restante 2.13%, revisando en el escenario de los generadores las ventas de medicamentos angiografía genera \$2.006.000.000, Hospitalización de UCI \$ 1.689.000.000, QX ortopedia \$3.156.000.000.

COMPORTAMIENTO COMPARATIVOS VENTAS ASISTENCIALES

CIFRAS EN MILES DE PESOS



051



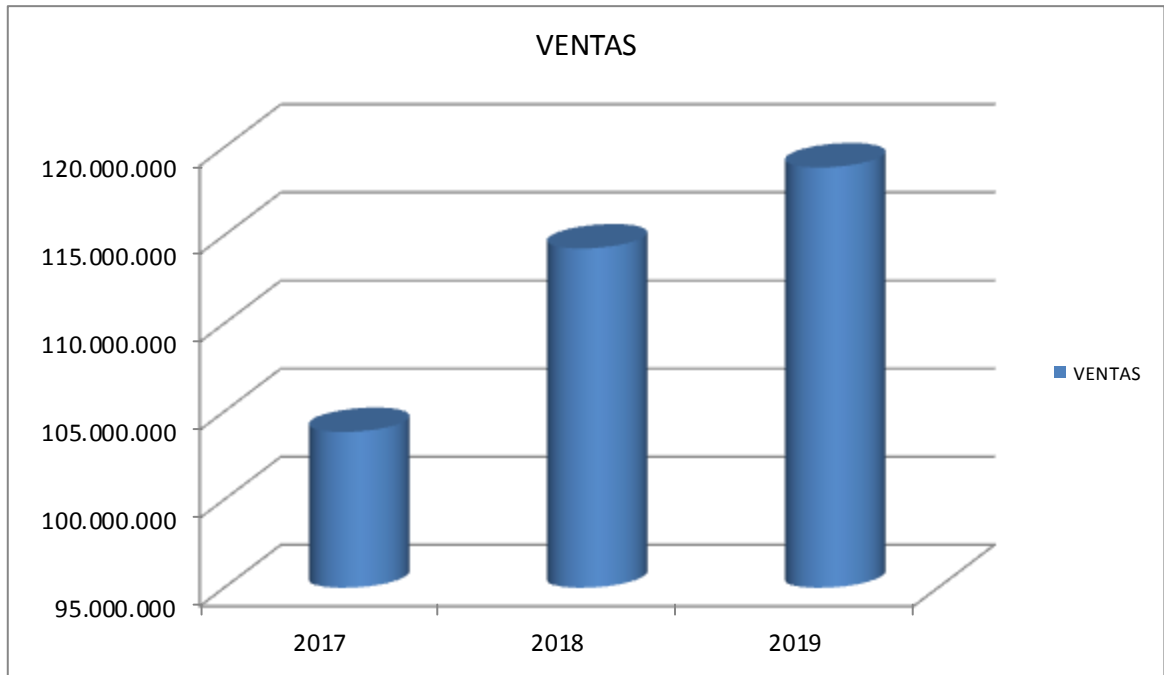
SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



	2017	2018	2019
VENTAS	69.028.572	75.279.185	78.817.656

En el comportamiento global de las ventas la situación por unidades funcionales presenta el siguiente comportamiento:

U.F. Bogotá, evidencia un incremento de los ingresos de los periodos Enero a Septiembre comparativos de 2018 a 2019 del 4%, equivalentes a \$ 3.597.millones de pesos, en comparación con el mismo periodo de 2018.

U.F. Zipaquirá, el aumento de las ventas se registró comparativamente en un 3%, equivalente a \$840 millones de pesos.

En general la E.S.E. H.U.S., presenta un incremento en sus ventas del 4%, a corte del 30 de Septiembre, que equivalen a \$ 4.597 millones de pesos, en comparación con el mismo corte del periodo anterior, esto en comparación con el tema de costos que presento un incremento de \$ 5.324 millones de pesos, que es NO estarían acordes con el incremento ventas. Ya que el crecimiento del costo supera a las ventas en un valor aproximado de \$800 millones de pesos.



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

ANALISIS RUBROS TOTALES

ENERO A SEPTIEMBRE DE 2017 - 18 – 19

ENERO A SEPTIEMBRE 2017 - 18 - 19

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA				
	2017	2018	2019	%
MANO DE OBRA	40.683.012.315,10	44.304.781.873,46	45.768.893.579,85	3%
INSUMOS	20.394.186.075,90	21.312.530.674,91	20.381.569.834,09	-4%
GASTOS GENERALES	3.945.761.027,10	4.448.678.543,98	8.182.149.670,98	84%
DEPRECIACION	1.808.029.775,00	2.236.652.795,30	1.982.032.164,06	-
COSTOS INDIRECTOS	24.452.415.153,33	27.079.970.838,48	28.070.771.304,09	4%
GASTOS ADMON	6.769.120.770,01	7.398.085.936,15	7.719.364.063,26	4%
TOTALES	98.052.525.116,44	106.780.702.680,28	112.104.780.616,33	5%
VENTAS	103.842.180.087,91	114.260.326.465,65	118.857.902.993,67	4%

En el comportamiento comparativo de los dos cortes año 2018 vs 2019 Se evidencia un aumento de los costos y gastos del 5%. Este incremento se registró de la siguiente manera. En Bogotá un aumento total del 5% (\$4.215 millones) y en Zipaquirá un aumento del 5%, (\$ 1.208 millones). estas cifras se relacionaron de la siguiente manera por ítems.

Disminuciones en Gastos Generales (-18%) Bogotá, Insumos (-5%) Bogotá, Depreciaciones (-16%), Gastos Generales (-7%) Zipaquirá. Incrementos en Depreciaciones del (100%) Zipaquirá, Costos Indirectos (23%) Bogotá (71%) Zipaquirá, Insumos (5%) Zipaquirá y Gastos Admón. (4%) Zipaquirá, (5%) Bogotá, Mano de Obra (3%) Zipaquirá y Bogotá

El comportamiento de los costos de la Institución, presentan un crecimiento menor a la inflación proyectada para el año 2019 (7%), pero esta ecuación no es acorde al crecimiento de las ventas que nos indican que la productividad bajo, lo que no permitiría obtener punto de equilibrio en la línea financiera de la institución. Es necesario revisar los



051



SC5520-1

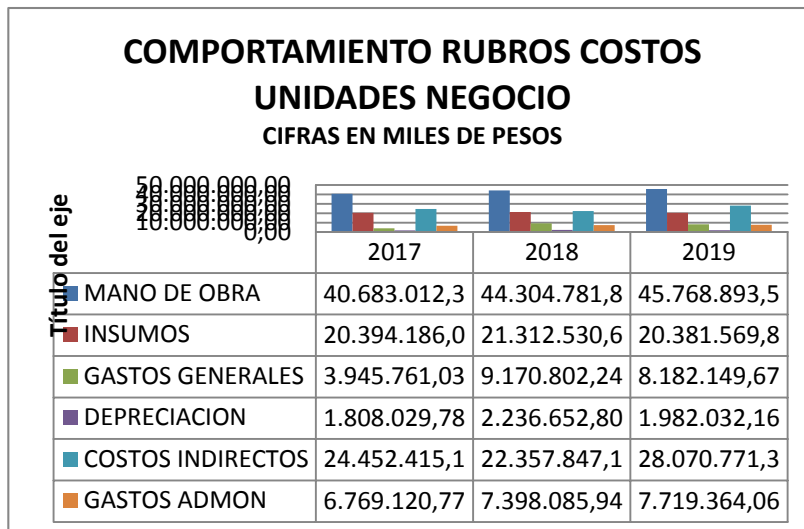


Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

indicadores de producción para establecer si es coherente el registro de ventas acorde a lo producido por cada área de lo contrario estaríamos teniendo dificultades de subfacturación en los registros de las ventas para el año 2019.



3.3.10.7 PQRS

En el Proceso de Gestión Financiera durante el Primer trimestre de 2019 no se presentaron peticiones a través del SIAU (Sistema de Información de Atención al Usuario).

3.3.10.8 Planes Únicos De Mejora PUMP

A la fecha ya elaborado, publicado y socializado el PUMP de Gestión Financiera de la vigencia 2019, se efectuó evaluación y seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación según acta del día 19 de julio de 2019 en proceso de medición de resultados.

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %*
1.	<p>En informe de control interno contable mediante Acta del 25 de febrero de 2019 recomienda: En la vigencia 2018 no se advirtió asesoría por parte de la oficina de Planeación y Garantía de la calidad en mecanismos de identificación y monitoreo de los riesgos de índole contable, se observan actas, mas no se cuenta con mecanismos y/o metodologías de identificación documentadas o acto administrativo de adherencia. 30,1 El tratamiento de los riesgos de índole contable es generado por la Dirección Financiera, por consenso general efectúa la evaluación y seguimiento sin directriz, metodología o protocolo establecido por la oficina responsable de la gestión del riesgo. Los riesgos identificados contienen controles mínimos, en caso de materializarse no permiten mitigar o neutralizar el impacto. 30,4 La dirección Financiera ha avanzado en lo referente a riesgos y controles, se requiere hacer énfasis en que los hechos económicos provienen de varias fuentes por lo que es indispensable establecer un flujograma, o un mapa conceptual o cualquier otro mecanismo desde cada uno de los procesos involucrados.).</p>	<p>Identificar, Analizar y Valorar los riesgos del proceso de gestión financiera que se deriven de cada uno de las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman Tesorería, Presupuesto, Costos, Cuentas por Pagar y Contabilidad.</p>	<p>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</p>	<p>COMPLETO</p>	<p>100% Efectividad del control</p>
<p>Soporte: 1. Matriz de riesgo actualizada y publicada</p> <p>2, Soportes de seguimiento y monitoreo a los riesgos identificados.</p>					
<p>Barrera de mejoramiento: N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
2.	<p>En informe de control interno contable mediante Acta del 25 de febrero de 2019 recomienda:</p> <p>Se han realizado avances importantes en el establecimiento de procedimientos, planes y PUMP acordes a los objetivos institucionales y las políticas contables de la ESE, se cuenta con la caracterización del proceso de gestión financiera, procedimientos parciales y un Plan de Sostenibilidad del Sistema Contable de la ESE. Las herramientas del proceso contable se encuentran publicadas en la intranet y/o en el sitio Web de la ESE, pero aunque se ha realizado la socialización no se ha replicado a todos los responsables de los hechos económicos ; la ESE tiene establecidos los procedimientos sin flujogramas, sin interfaces, ni puntos de control, la información circula a través del aplicativo DGH, los responsables del proceso ejercen el autocontrol e implementan los procedimientos, los planes existentes y las recomendaciones emitidas de manera parcial.</p>	<p>Capacitar a todos los responsables de los hechos económicos según el perfil y el alcance de sus funciones.</p>	<p>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</p>	<p>Se cumplió con el cronograma PIC del HUS.</p>	<p>Pre test – Post test de la capacitación</p>
<p>Soporte: 1. Registro de asistencia a capacitaciones de acuerdo al plan interno de capacitaciones incluida socialización del flujograma componente financiero, se incluye pre test y post test, evaluaciones de impacto y medición de adherencia.</p> <p>2. Publicación del flujograma del componente financiero en la pirámide documental, socializado correo masivo y por áreas.</p>					
<p>Barrera de mejoramiento: N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
3.	<p>Baja o Nula Rentabilidad</p> <p>Riesgo calificado como extremo en la matriz de riesgos del proceso Gestión</p>	<p>1. Dar cumplimiento al plan interno de capacitaciones de la Dirección Financiera en cuanto a la estructura de</p>	<p>GESTIÓN DEL RIESGO</p>	<p>Se cumplió con el cronograma PIC del HUS. Se adjuntan</p>	<p>.</p>

Financiera en la vigencia 2019	<p>costos de la Institución.</p> <p>2. Dar continuidad a la Consecución de actividades tiempos y movimientos de las 30 Unidades de Negocio programadas para la vigencia 2019 en el PAS</p>		nuevas actas de consecución de tiempos y movimientos cumpliendo con el 75% de la meta pactada para la vigencia 2019	
<p>SopORTE: 1. Registro de asistencia a capacitaciones.</p> <p>2. Actas del Comité de Sostenibilidad Contable y Dirección científica.</p> <p>3. Informes de Gestión</p>				
<p>Barrera de mejoramiento: N/A</p>				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
4.	<p>En el informe de auditoría interna de la oficina de control interno de diciembre de 2018 menciona que en lo que respecta a la Dimensión de Evaluación de resultados los indicadores de gestión que deben ser validados y brindar información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados, la ESE ha fortalecido sus indicadores con la herramienta TUCI, sin embargo este aspecto NO SE CUMPLE a cabalidad puesto que las desviaciones se detectan cada tres meses cuando se presentan los informes de gestión sin permitir establecer acciones preventivas, correctivas o de mejora de manera inmediata.</p> <p>Por otra parte recomienda que se debe clasificar en la plataforma TUCI los indicadores financieros por cada proceso,</p>	<p>Realizar las gestiones necesarias para la reingeniería de los indicadores en la plataforma TUCI contables.</p> <p>(Documentado) activos de intangibles incluyendo la conciliación entre sistemas y contabilidad.</p>	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	EN DESARROLLO, CAMBIO PLATAFORMA A TUCI-ALMERCA EN PROCESO	Porcentaje de cumplimiento de los compromisos adquiridos en Comité de Sostenibilidad Contable

<p>para que los respectivos líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias. En la plataforma el resultado de estos indicadores no corresponde a la realidad establecida por la descripción del indicador. Este hecho se verificó con los documentos soporte de los estados financieros y los resultados registrados en el TUCI</p>				
<p>1. Indicadores reflejados en la herramienta TUCI 2. Informe de Gestión 3. Acta Comité de Sostenibilidad Contable</p>				
<p>Barrera de mejoramiento: N/A</p>				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
5.	<p>Revisar los procedimientos existentes y construir procedimientos del actuar por cada una de los servidores públicos que reciban, manejen y custodien los dineros públicos.</p>	<p>Documentar y socializar el procedimiento "Recepción manejo y custodia de dineros públicos.</p>	<p>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</p>	<p>Se actualizó, publicó y socializó el procedimiento</p>	<p>Hallazgos por desviaciones encontradas / Arqueos de caja realizados</p>
<p>Soporte: 1. Procedimiento publicado. 2. Socialización del procedimiento</p>					
<p>Barrera de mejoramiento: N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
6.	<p>No pago de obligaciones suscritas mediante pagaré, Riesgo calificado como extremo en la matriz de riesgos del proceso Gestión</p>	<p>Evaluar la situación presentada por el riesgo no pago de obligaciones suscritas por pagaré en Comité de Sostenibilidad</p>	<p>GESTIÓN DEL RIESGO</p>	<p>Se efectuó la depuración contable de la cuenta de pagarés</p>	<p>Porcentaje de disminución de saldos cuentas por cobrar por concepto de</p>



051



SC5520-1



Financiera en la vigencia 2019	Contable e Información Financiera		según las recomendaciones del comité de Sostenibilidad contable, mediante ficha técnica comprobante contable.	pagarés
Soporte: 1. Acta 2. Evidencias acciones adelantadas				
Barrera de mejoramiento: N/A				

3.3.10.9 Plan de acción en salud PAS

Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor ejecutado meta producto II trimestre	% de avance meta II trimestre	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	II Trim	Ejecutado II trimestre	TOTAL Ejecutado Segundo Trim	DESCRIPCIÓN	
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base AÑO 2019										Valor esperado Año 3
			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	50%	2019	100%	50%	100%	Consecución de información actividades tiempos y movimientos de 30 Unidades de Negocio DE LAS 60 UNIDADES DE NEGOCIO	50%	50%	50%	50%	Se anexan actas con las mediciones de tiempos y movimientos de 15 Unidades

3.3.10.10 Gestión del Riesgo

Mapa de riesgos

Evaluación mapa de riesgos (A la fecha publicada y socializada matriz de riesgos de Gestión Financiera de la vigencia 2019 con soportes de evidencias de seguimiento a controles establecidos. Pendiente evaluación por parte de la Oficina Asesora de Planeación.

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	13	2	2	En evaluación	0	11

En relación con la evaluación de la matriz de riesgos del Proceso de Gestión Financiera, aquellos que quedaron en **EXTREMO** en la evaluación del mismo, fueron unificados y consolidados dentro del Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP).

En el Mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Financiera existen 13 riesgos priorizados, según su tipo, se presenta la siguiente distribución: 6 financieros, 1 administrativo, 5 corrupción, 1 de incidentes de seguridad

Riesgos de corrupción

En lo referente a los riesgos de corrupción para el año 2019, se continúan monitoreando 5 riesgos priorizados con seguimiento permanente:

- *Uso inapropiado del dinero en efectivo que se recibe en cajas*
- *Pago de obligaciones no adquiridas.*
- *Inclusión de gastos no autorizados.*
- *Adulteración de la información contable y financiera.*
- *Devolución de dineros a terceros de manera injustificada*

3.3.10.11 Programas

En el Proceso de Gestión Financiera no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.



CAPÍTULO IV

DIRECCION ADMINISTRATIVA



4.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

GESTIÓN DEL PROCESO

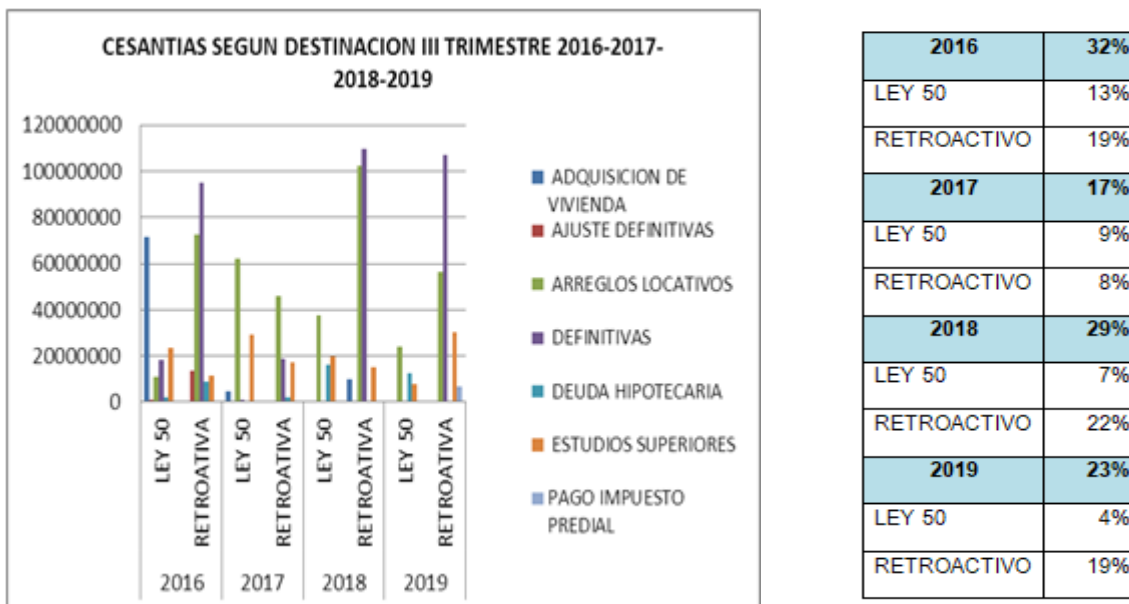
CESANTIAS:

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 cobija 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 III trimestre de los años 2016, 2017, 2018 y 2019, según el régimen al que pertenece cada uno de los colaboradores:

GRAFICA N°01: Cesantías según destinación III trimestre 2016-2017-2018 y 2019.



Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

Análisis:

Se realiza comparación del tercer trimestre de los años 2016, 2017, 2018 y 2019, evidenciando que las cesantías más solicitadas para retiro corresponden a arreglos locativos y cesantías definitivas para los años 2018 y 2019.

Las cesantías más solicitadas para en todos los periodos comparados son las retroactivas para los dos regímenes

Tabla N° 01. Destino retiro de cesantías.

DESTINACIÓN	2016		2017		2018		2019	
	LEY 50	RETRO	LEY 50	RETRO	LEY 50	RETRO	LEY 50	RETRO
ADQUISICIÓN DE VIVIENDA	5		1			1	0	0
AJUSTE DEFINITIVAS	11	3					0	0
ARREGLOS LOCATIVOS	3	17	4	8	7	11	7	8
DEFINITIVAS	7	4	1	1		2	0	3
DEUDA HIPOTECARIA	1	2		1	1		1	6
ESTUDIOS SUPERIORES	9	6	10	5	9	4	3	5
PAGO IMPUESTO PREDIAL	0	0	0	0	0	0	0	7
TOTAL	36	32	16	15	17	18	11	22

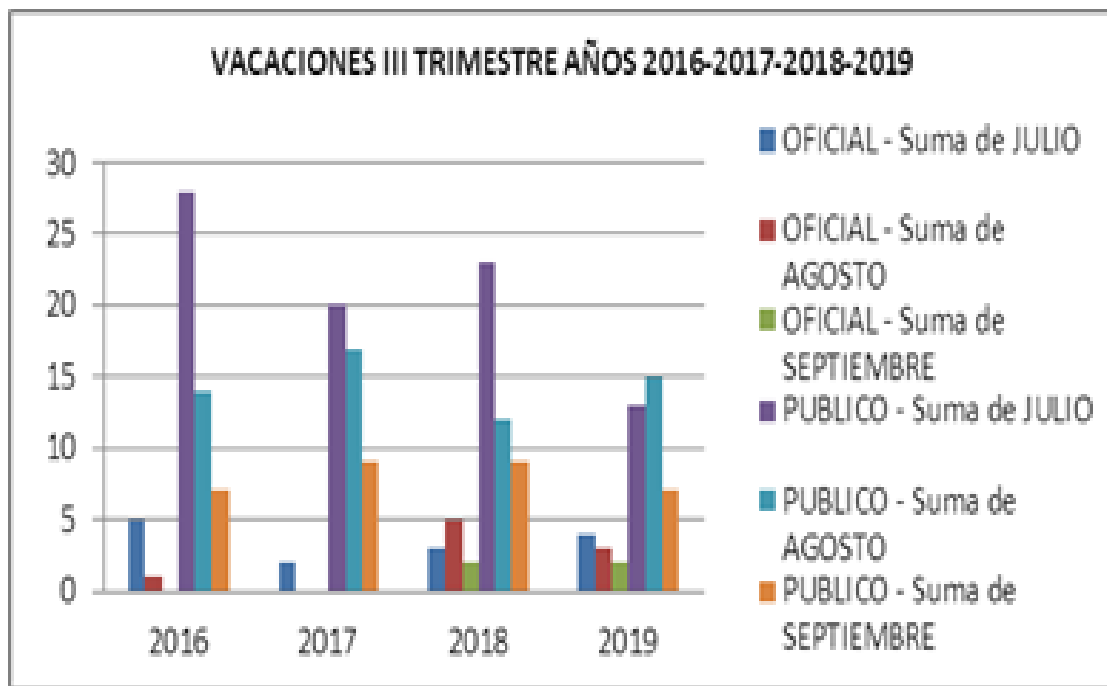
Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías.

VACACIONES:

La relación de vacaciones se vienen reconociendo y concediendo de acuerdo con la programación anual, 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 No 02: VACIONES III TRIMESTRE AÑOS 2016-2017-2018 Y 2019



Fuente: Subdirección de Personal - Vacaciones

TABLA N°: 02. NÚMERO DE SERVIDORES CON DISFRUTE DE VACIONES III TRIMESTRE AÑOS 2016-2017-2018 Y 2019.

AÑO	PUBLICO			OFICIAL		
	JULIO	AGOSTO	SEPT	JULIO	AGOSTO	SEPT
2016	28	14	7	5	1	0
2017	20	17	9	2	0	0
2018	23	12	9	3	5	2
2019	13	15	7	4	3	2

Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones.

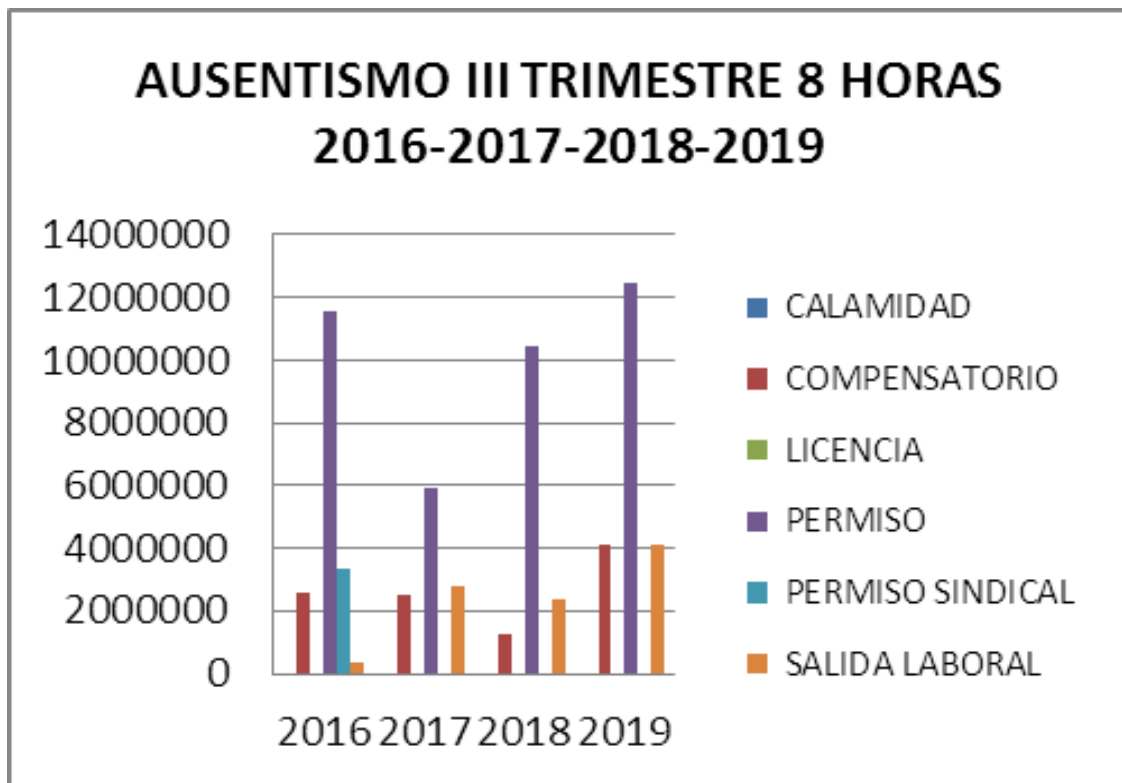
Análisis:

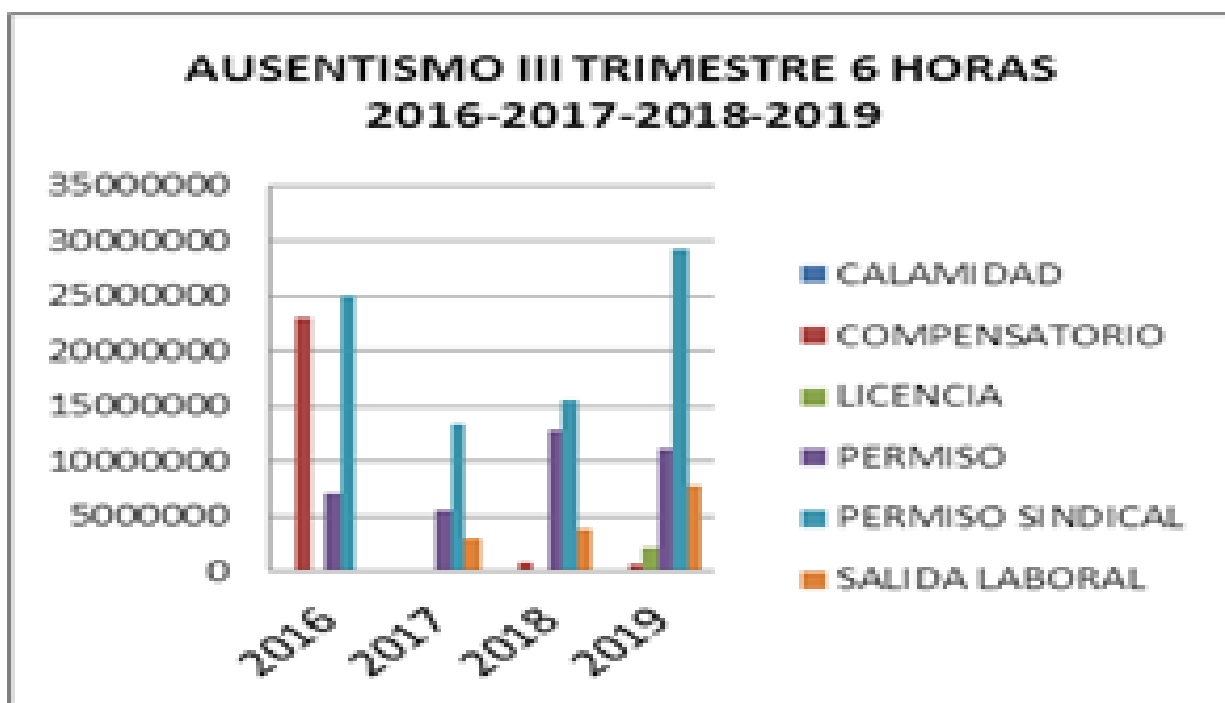
Se genera comparativo del tercer trimestre de los años 2016, 2017, 2018 y 2019 en el cual se evidencia que las vacaciones de los trabajadores en mayor proporción son para el sector público, ya que el mayor volumen de trabajadores se encuentra vinculado bajo este régimen. El mes en el que más disfrutaron vacaciones los trabajadores corresponden al mes de julio.

AUSENTISMO DE PLANTA.

Se realiza el ausentismo del personal de planta del tercer trimestre de 2016, 2017, 2018 y 2019 por 8 y 6 horas con sus respectivos valores y totales.

GRÁFICA No03 AUSENTISMO III TRIMESTRE AÑOS 2016-2017-2018 Y 2019





Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

Se puede observar en el gráfico que el motivo que más influye en el ausentismo respecto a los años 2016, 2017, 2018 y 2019 correspondiente a los ausentismos de 6 horas son los permisos sindicales y para ausentismos 8 horas el más influyente son los permisos.

TABLA No.03 AUSENTISMOS TERCER TRIMESTRE POR 8 HORAS Y POR 6 HORAS.

Ausentismos Tercer Trimestre x 8 horas				
CAUSA	2016	2017	2018	2019
COMPENSATORIO	2.574.033	2.490.718	1.247.524	4.078.246
LICENCIA				
PERMISO	11.563.715	5.914.908	10.464.809	12.454.944
PERMISO SINDICAL	3.325.884	-	-	
SALIDA LABORAL	362945	2.766.438	2.358.568	4.108.315

TOTAL	30.230.194	42.843.451	31.052.195	20.641.505
Ausentismos Tercer Trimestre x 6 horas				
CAUSA	2016	2017	2018	2019
COMPENSATORIO	23.098.266	139.682	863.740	610.915
LICENCIA				2.222.602
PERMISO	7.171.731	5.652.403	12.944.427	11.221.743
PERMISO SINDICAL	25.018.822	13.364.565	15.655.282	29.349.653
SALIDA LABORAL	-	3.042.354	3.842.236	7.781.742
TOTAL	88.867.305	52.812.172	51.995.367	51.186.655

Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo.

Para el primer semestre del año 2019, el ausentismo en mayor volumen se presenta en el mes de febrero con los permisos sindicales. Los ausentismos se presentan en mayor proporción para los trabajadores 6 horas, quienes se presentan en mayor volumen dentro de la institución, al ser del área asistencial.

PLANES DECRETO 612 DE 2018 – AVANCE A III TRIMESTRE 2019

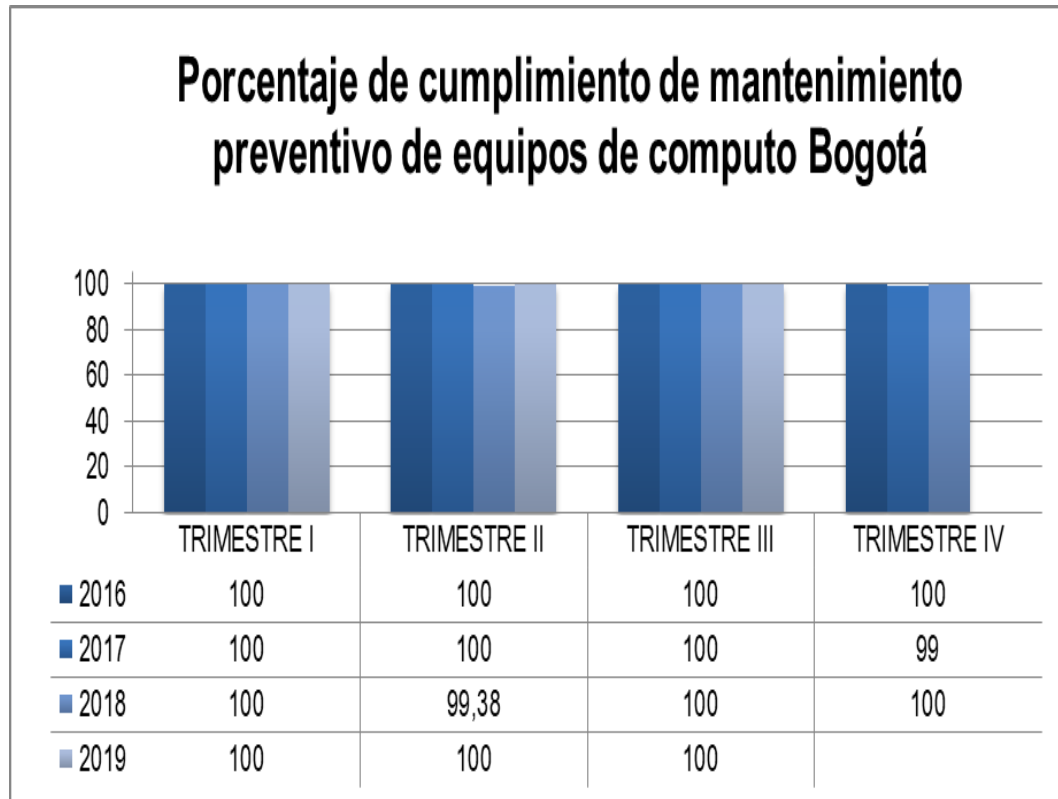
PLAN PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	ACTIVIDADES CRONOGRAMA III TRIMESTRE 2019	ACTIVIDADES EJECUTADAS III TRIMESTRE 2019	% DE CUMPLIMIENTO	SOPORTES / EVIDENCIAS
Plan Anual de Vacantes	Actividad No. 1 Provisión de vacantes de asistenciales y de apoyo mediante Concurso de Meritos Convocatoria No. 426 de 2016 – Primera Convocatoria E.S.E: Dar cumplimiento a las Listas de Elegibles y requerimientos realizados por la Comisión Nacional	Para el III trimestre de la vigencia 2019 la Subdirección de Personal continuó con el proceso de nombramientos en periodo de prueba a los aspirantes relacionados en las listas de elegibles, teniendo en cuenta las consideraciones en particular frente a cada empleo, el funcionario que ostenta el cargo en situación de provisionalidad y los lineamientos de tiempo impartidos por la CNSC. Adicional, de manera periódica se monitorea el estado de provisión de la	Porcentaje de cumplimiento o al III trimestre 2019 25% Porcentaje de cumplimiento o acumulado	Actos administrativos de nombramiento en periodo de prueba en medio magnético de los nuevos ingresos a la planta de personal, de esta manera se da cumplimiento al proceso de vinculación a planta de personal conforme a lo dispuesto por la Ley 909 de 2004 y a lo

	<p>del Servicio Civil en la vigencia.</p> <p>Actividad No. 2</p> <p>Realizar periódicamente monitoreo y seguimiento a las vacantes: Trimestralmente monitorear y realizar seguimiento a las vacantes que se generen durante el periodo</p>	<p>planta de personal y en específico de las vacantes generadas.</p> <p>Se concluye: Conforme a las dos (02) actividades programadas por cronograma para el tercer trimestre de 2019 se ejecutaron las mismas dos (02) actividades.</p>	<p>I –II Y III Trimestre 2019 75%</p>	<p>estipulado en el plan anual de vacantes institucional y a cumplimiento de la meta a III Trimestre 2019 el cual corresponde al 25%.</p> <p>Pantallazo monitoreo provisión de planta de persona (vacantes) a 30 de septiembre 2019.</p>
<p>Plan de Previsión de Talento Humano</p>	<p>Actividad No. 1</p> <p>Ejecución de medidas Externas de cobertura: Nombramientos Concurso de Méritos - Convocatoria No. 426 de 2016 - Primera Convocatoria ESE: Dar cumplimiento a las listas de elegibles y requerimientos realizados por la Comisión Nacional del Servicio Civil</p> <p>Actividad No. 2</p> <p>Realizar contratación de un profesional para adelantar la identificación periódica de necesidades de talento humano: Realizar contratación de un profesional que actualice, consolide, analice y mantenga identificadas de manera periódica las necesidades de talento humano en los servicios asistenciales y áreas administrativas.</p>	<p>Para el tercer trimestre de 2019, se efectuaron más nombramientos en periodo de prueba en uso de las listas de elegibles.</p> <p>Se contrató a través de la empresa de Servicios temporales una Ingeniera Industrial para el cumplimiento de la actividad.</p> <p>Se concluye: Conforme a las dos (02) actividades programadas por cronograma para el III trimestre de 2019 se ejecutaron las mismas dos (02) actividades, por tanto, con esta se da cumplimiento a la meta del 25% cumplimiento del III trimestre de la vigencia 2019.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento al III trimestre 2019 25%</p> <p>Porcentaje de cumplimiento acumulado I, II, III Trimestre 2019 75%</p>	<p>Actos administrativos de nombramiento en periodo de prueba en medio magnético de los nuevos ingresos a la planta de personal, de esta manera se da cumplimiento al proceso de vinculación a planta de personal conforme a lo dispuesto por la Ley 909 de 2004 y a lo estipulado en el plan anual de vacantes institucional y a cumplimiento de la meta a III Trimestre 2019 el cual corresponde al 25%.</p> <p>También se adjunta como soporte documental del proceso de contratación del profesional en mención</p>

4. 2 GESTION DE INFORMACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo Bogotá



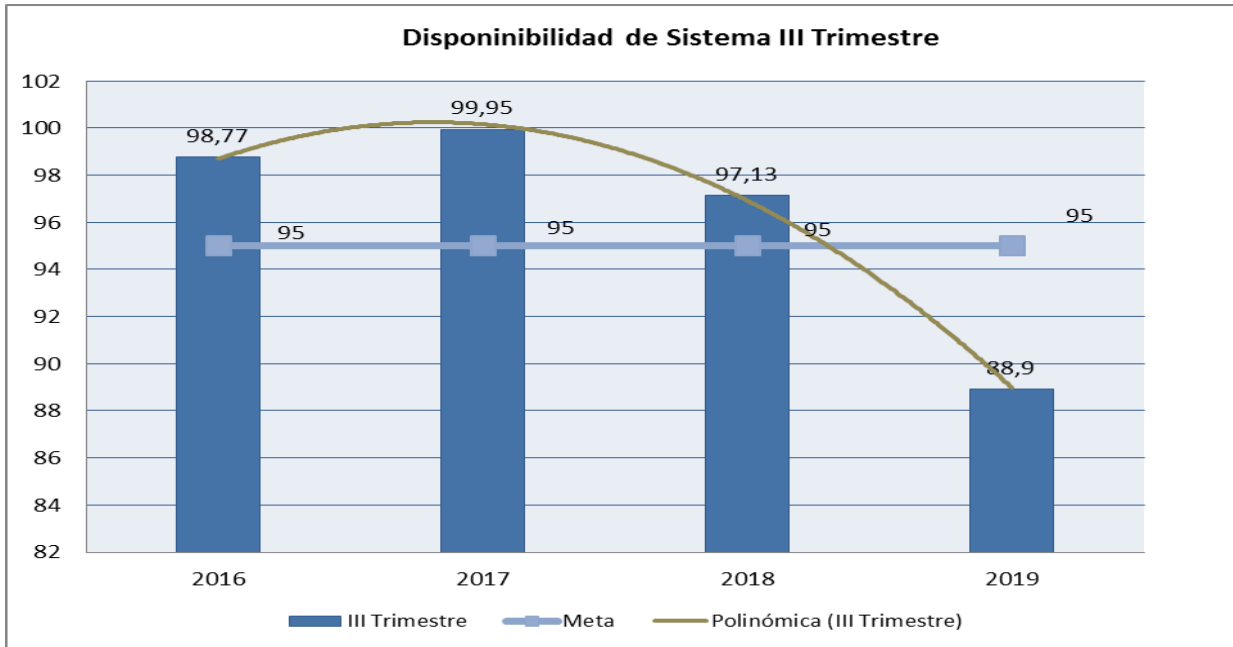
Fuente: Departamento de sistemas.

Análisis:

El porcentaje de cumplimiento de mantenimientos preventivos durante los últimos años se ha mantenido estable, dado que la programación mensual establecida por el área de sistemas ha tenido una buena supervisión. Con el cumplimiento de esta tarea, se contribuye al buen funcionamiento del área de soporte del hospital.

Para el tercer trimestre del año 2019 se encontraban programados 436 mantenimientos preventivos, para lo cual se realizaron 436 mantenimientos. Por tal motivo se da un cumplimiento del 100%.

- **Porcentaje De Tiempo Disponible Del Sistema De Información Bogotá**

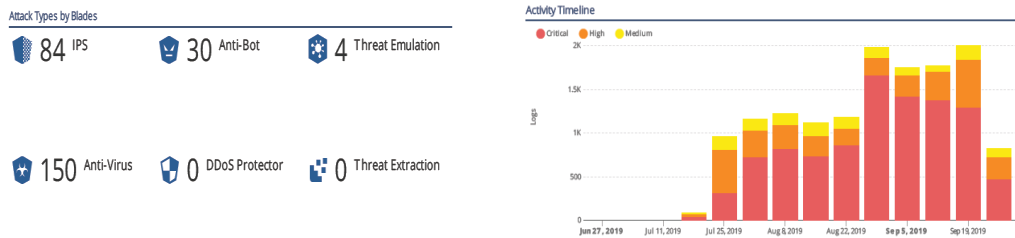


Fuente : departamento de sistemas.

Analisis:

Se presentó la indisponibilidad del sistema Pacs, por 14990 Minutos, se realizó la reinstalación del sistema y se inicia el proceso de restauración de las imágenes.

Porcentaje de ataques informáticos que afectan el sistema de información



Fuente :Departamento de Sistemas.



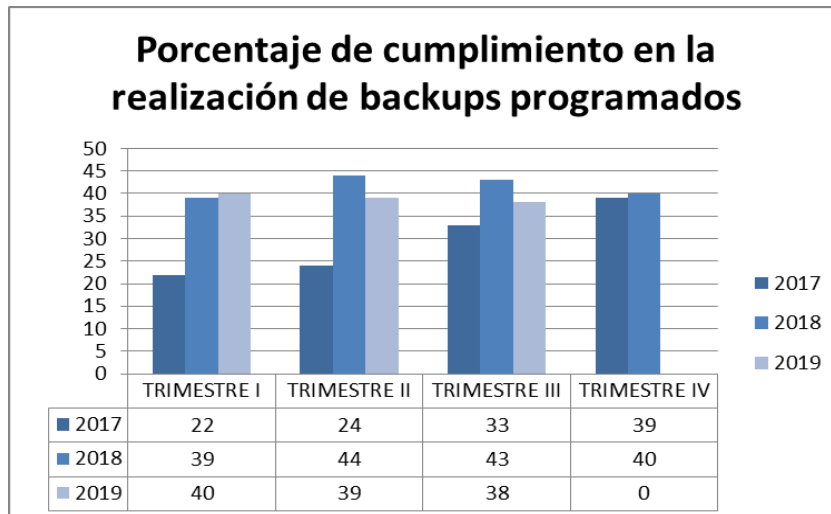
Análisis:

No se presenta ningún ataque efectivo de 268 ataques en total detectados por nuestro sistema de seguridad perimetral.

Top Attacks				Top Sources			
Protection Name	Severity	Blade	Logs	Source	Severity	Blade	Logs
Command Injection Over HTTP Payload	Critical	IPS	5.2K	172.16.50.4	Critical	IPS	1.7K
CIFS (SMB) File Name Patterns	Critical	IPS	1.7K	172.16.101.39	Critical	Anti-Bot Anti-Virus IPS	277
SQL Servers SQL Injection Evasion Techniques - ver 2	Critical	IPS	795	Srv_Correo (172.16.10.28)	Critical	Anti-Bot	214
SQL Servers SQL Injection Evasion Techniques	Critical	IPS	435	SB_HUS (10.70.1.3)	Critical	Anti-Bot Anti-Virus IPS	105
Suspicious Executable Mail Attachment	Critical	IPS	294	serv_drive_18_2 (172.16.10.58)	Critical	IPS	69
Trojan.WIN32.XMRig.A	Critical	Anti-Bot	214	85.100.121.139.dynamictt.net.com.tr (85.100.121.139)	Critical	IPS	61
Nmap Scripting Engine Scanner Over HTTP Request	Critical	IPS	185	malware-hunter.census.shodan.io (66.240.205.34)	Critical	Anti-Bot	44
SQL Servers UNION Query-based SQL Injection	Critical	IPS	133	173.225.108.99	Critical	IPS	40
NoneCMS ThinkPHP Remote Code Execution (CVE-2018-20062)	Critical	IPS	104	zoom2.doc-anexo99.com (104.37.188.20)	Critical	IPS	40
Bayrob.TC.brym	Critical	Anti-Bot	94	90.231.60.94.rev.vo.dafone.pt (94.60.231.90)	Critical	IPS	40
Joomla Object Injection Remote Command Execution	Critical	IPS	80				
Bayrob.TC.brym	Critical	Anti-Bot	75				
SQL Servers Time-based SQL Injection	Critical	IPS	74				
Total: 240 Protections	Critical	4 Blades	14.0K	Total: 4331 Sources	Critical	4 Blades	14.0K

Fuente : Departamento de sistemas

- **Porcentaje de cumplimiento en la realización de Backups programados**



Fuente : Departamento de sistemas



Análisis:

100 % de cumplimiento en la realización de backups programados

Comparando la cantidad de cintas generadas del tercer trimestre con el año anterior se observa una disminución del 11.63 % correspondiente a la aplicación de cuotas de espacio de almacenamiento y la partición de la data al momento de generar la copia lo cual optimiza la reutilización de las cintas.

Para el tercer trimestre de 2019 se entregaron 38 Cintas de backup al proveedor de custodia, dando cumplimiento con las políticas de seguridad informática del E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

Durante el tercer trimestre se generados 2 incidencias por mesa de ayuda para recuperación de datos los cuales fueron recuperados satisfactoriamente. Incidencias 47618 – 46857.

Incidencia - ID: 47618							
Fecha de Apertura	2019-07-29 12:21						
Por	Andrea Morales						
Fecha de solución	2019-07-31 17:14						
Tipo*	Incidencia						
Estado	Cerrado						
Urgencia*	Muy alta						
Impacto	Medio						
Prioridad	Urgente						
Fecha de Vencimiento	2019-08-02 15:15 ANS (Acuerdo de nivel de servicio) BAJA						
Última actualización	2019-08-04 06:25 por Jair Mauricio Bustacara Maldonado						
Fecha de Cierre	2019-08-04 06:25						
Categoría*	MICROINFORMATICA > SOFTWARE > BACKUP						
Origen de la solicitud	Helpdesk						
Aprobación	No está sujeto a una aprobación						
Ubicación*	EDUCACION MEDICA						
Associated elements							
Actor	<table border="0"> <tr> <th>Autor +</th> <th>Watcher +</th> <th>Asignado a: +</th> </tr> <tr> <td>Andrea Morales</td> <td></td> <td>Jair Mauricio Bustacara Maldonado</td> </tr> </table>	Autor +	Watcher +	Asignado a: +	Andrea Morales		Jair Mauricio Bustacara Maldonado
Autor +	Watcher +	Asignado a: +					
Andrea Morales		Jair Mauricio Bustacara Maldonado					
Título*	Solicitud recuperación información						
Descripción*	<p>Mi estimado Ingeniero</p> <p>Reciba un cordial saludo</p> <p>La presente es para solicitar de manera atenta, la recuperación de la Carpeta 2014 - Certificaciones Icetex, que se encontraba en la carpeta compartida de Educación Médica.</p> <p>Muchas gracias por su amable gestión.</p>						
Incidentes relacionados							
Archivo (2750 Mb max)							

Fuente : Departamento de sistemas

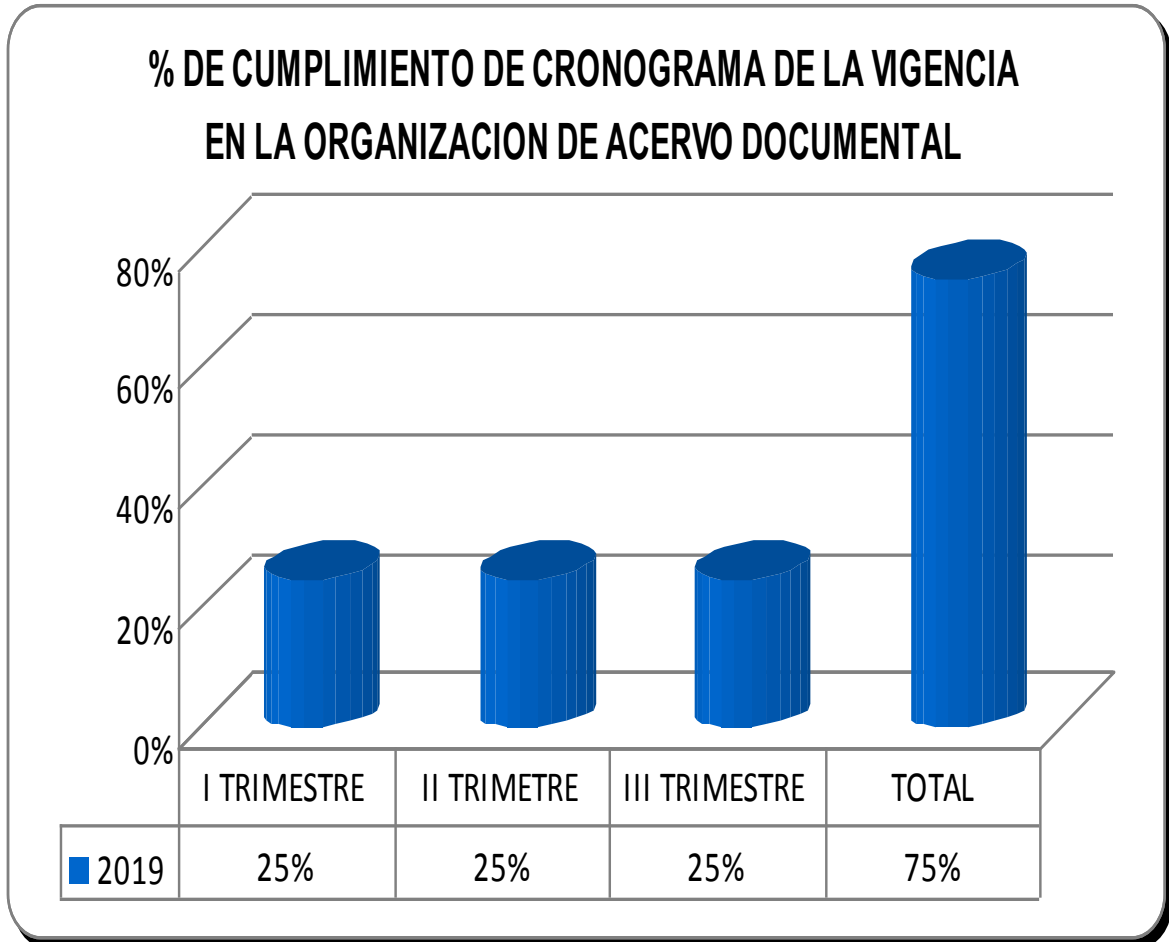
- **Porcentaje Cumplimiento de cronograma de la vigencia en la organización de acervo documental**



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

www.hus.org.co

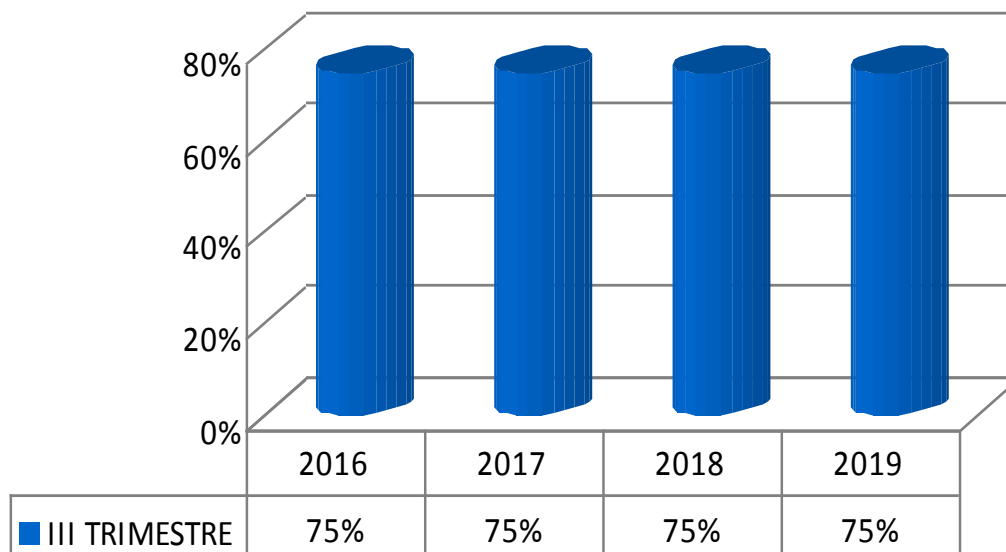
“Humanización con sensibilidad social”



Análisis:

Se da cumplimiento de la meta establecida en el cronograma de organización acervo documental en un avance del 75% donde se proyectó realizar proceso completo (organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo documental) de la serie Instrumentos de Control, Programación Servicio de Referencia del área de Urgencias - Referencias y Contrarreferencia vigencias 2009 al 2013 del acervo documental de la entidad. Se han realizado 1125 expedientes con proceso de 1.500 expedientes con proceso propuestos a realizar.

**COMPARATIVO % CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA DE LA
VIGENCIA EN LA ORGANIZACION DEL ACERVO
DOCUMENTAL III TRIMESTRE**

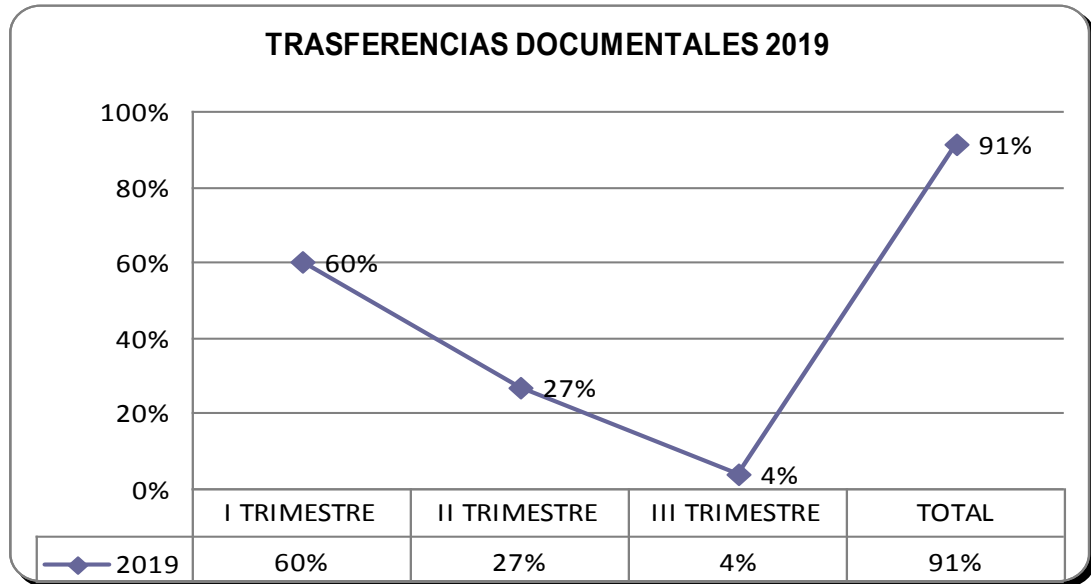


Fuente : Departamento de sistemas

La tendencia en el tercer trimestre de cada vigencia se mantiene teniendo en cuenta los controles establecidos para tal fin como es la inclusión en el inventario único documental mensual que permite ir observando promedio de cumplimiento.

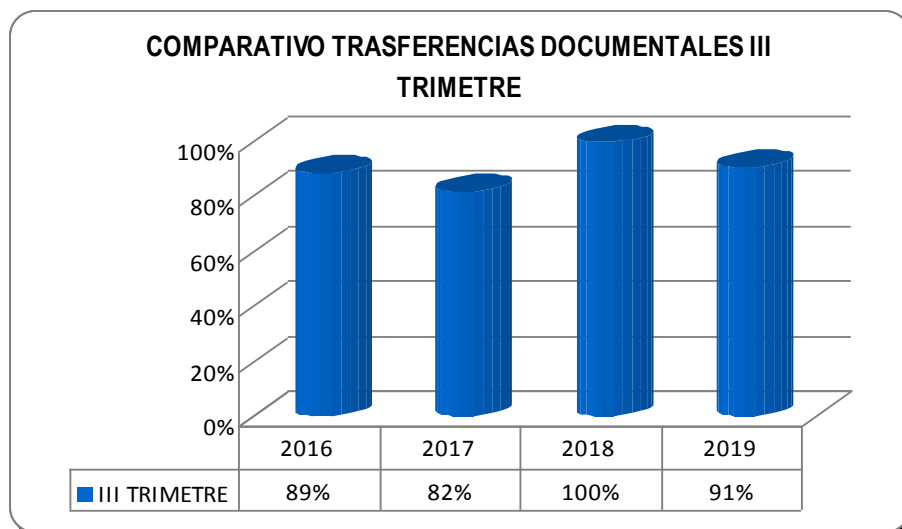
Porcentaje De Cumplimiento Anual De Cronograma De Transferencia Documental

Número de dependencias que realizaron la transferencia / Número total de dependencias a transferir documentación



Fuente : Departamento de sistemas

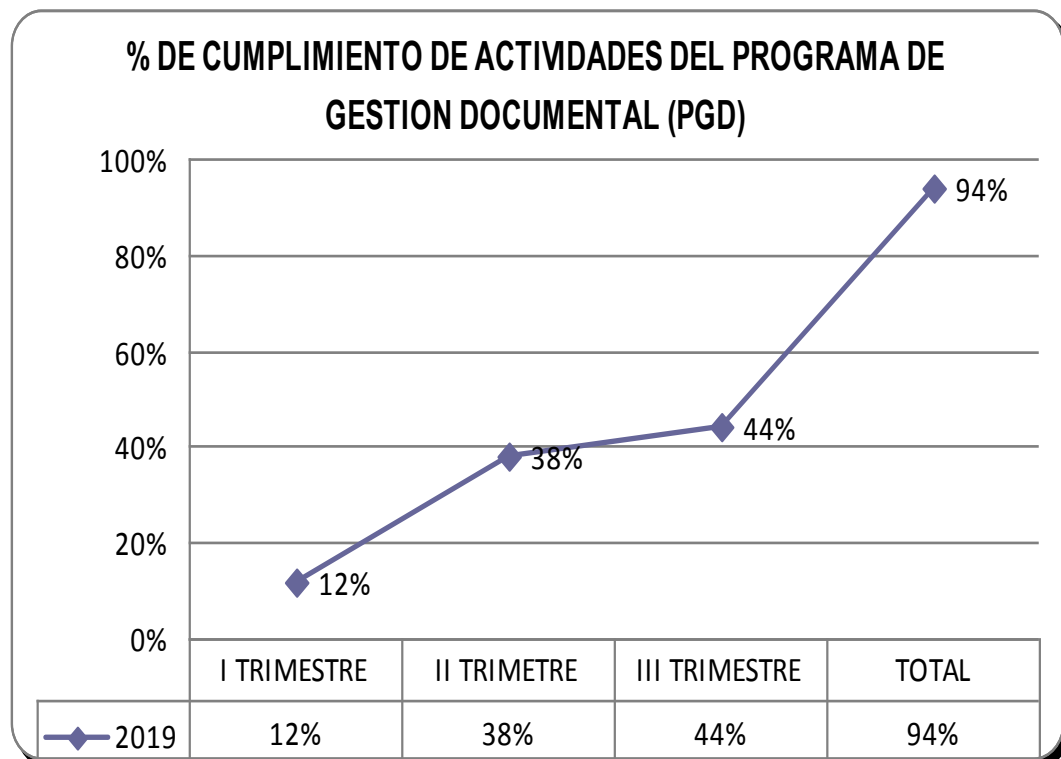
El Hospital Universitario La Samaritana cuenta con 47 dependencias de las cuales 43 efectuaron el proceso de transferencias durante la vigencia dando cumplimiento del 91% de la meta programada de acuerdo con el cronograma establecido, el 9% restante solicitó ampliar el plazo de entrega, se han transferido un total de 266 cajas que correspondiente a 2.033 expedientes.



Fuente : Departamento de sistemas

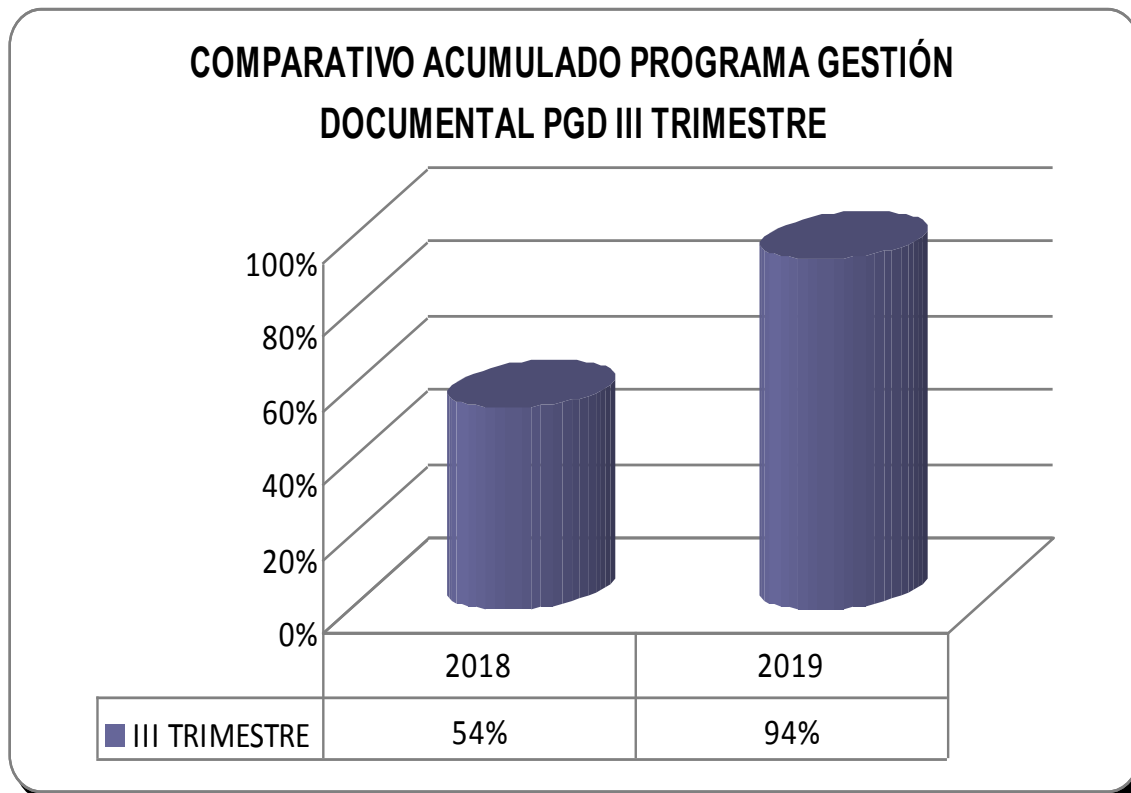
Durante el tercer trimestre de las vigencias 2016 al 2019 se evidencia cumplimiento por encima del 75% (total acumulado promedio que debe ir a la fecha) dando cumplimiento al cronograma para cada vigencia; normalizando el proceso de transferencias de archivos de gestión al archivo central del Hus.

- **Porcentaje De Cumplimiento De Actividades Del Programa De Gestión Documental (PGD)**



Fuente : Departamento de sistemas

De acuerdo al cronograma establecido para la vigencia 2019, se programaron cuatro (4) actividades con ocho (8) actividades específicas, dando cumplimiento al 94% de la meta establecida. Esta meta se vio favorecida teniendo en cuenta la elaboración del inventario único documental de historia Clínica del fondo acumulado por parte de los colaboradores del área en contingencia programada.



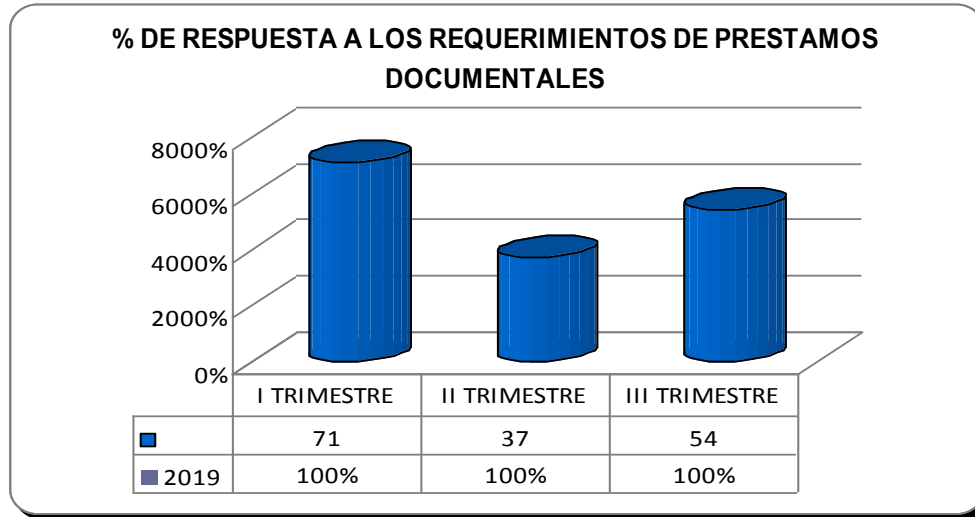
Fuente : Departamento de sistemas

Logrando la implementación de instrumentos archivísticos, formulados y documentados a corto, mediano y largo plazo, en el tercer trimestre de las vigencias 2018 y 2019 se dio cumplimiento a las metas establecidas en el cronograma, sin embargo la gráfica nos muestra que para la vigencia 2018 el total acumulado fue menor teniendo en cuenta que el programa se aprobó para el mes de junio. A diferencia de la vigencia 2019 para el cual se establece cronograma en el primer trimestre.

Porcentaje De Respuesta A Los Requerimientos De Prestamos Documentales

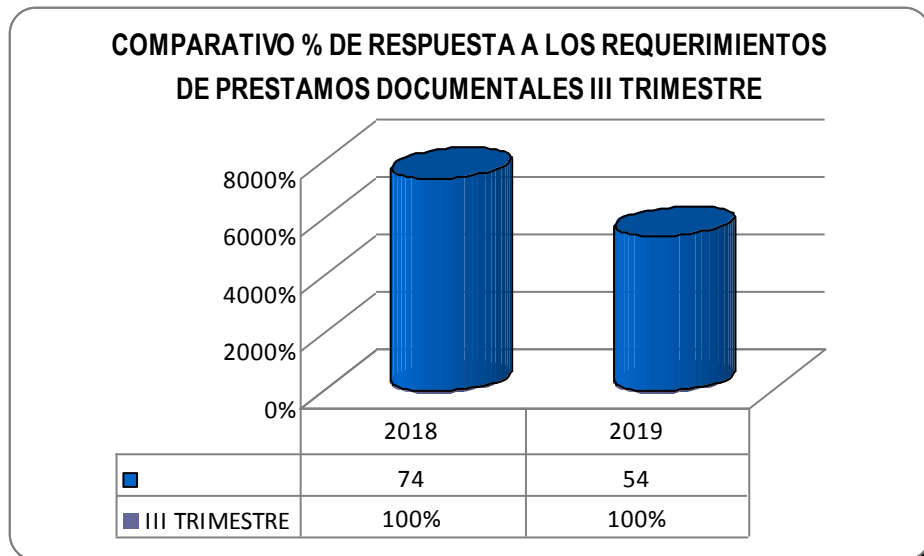
Número de solicitudes resueltas de préstamos documentales / Número de solicitudes recibidas de préstamos documentales





Fuente : Departamento de sistemas

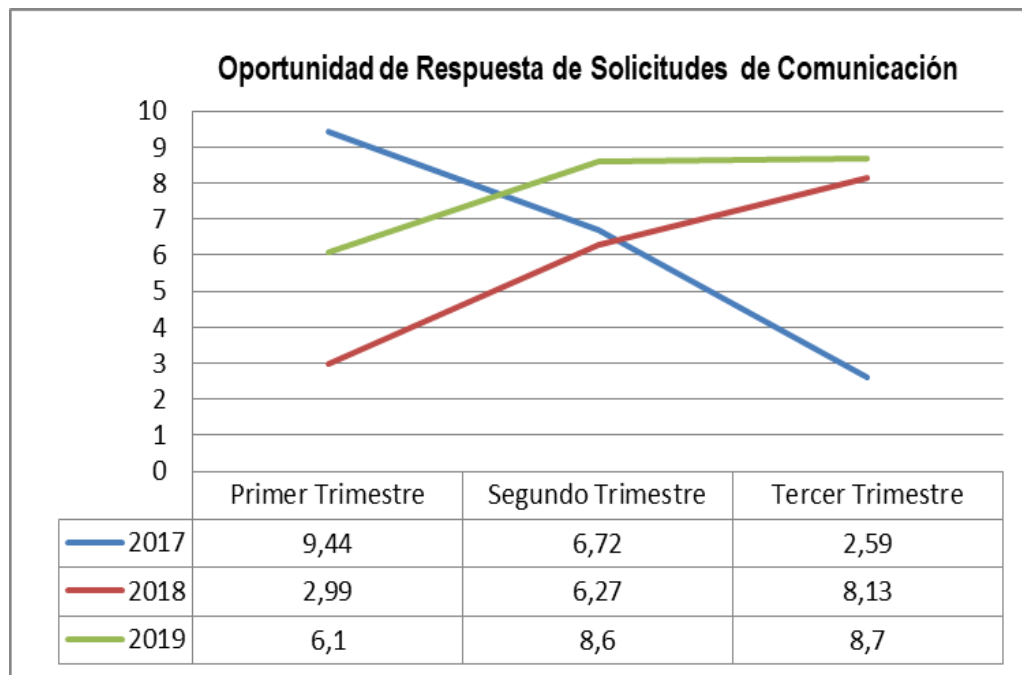
Se da cumplimiento del 100% de los diferentes requerimientos de consulta y préstamo documental de Archivo Central, el cual varía de acuerdo al número de solicitudes realizadas por las áreas; los servicios que más consultas realizan son la Oficina Asesora Jurídica y el área de Estadística.



Fuente : Departamento de sistemas

Se da cumplimiento del 100% de los diferentes requerimientos de consulta y préstamo documental de Archivo Central.

Oportunidad De Respuesta De Solicitudes De Comunicación



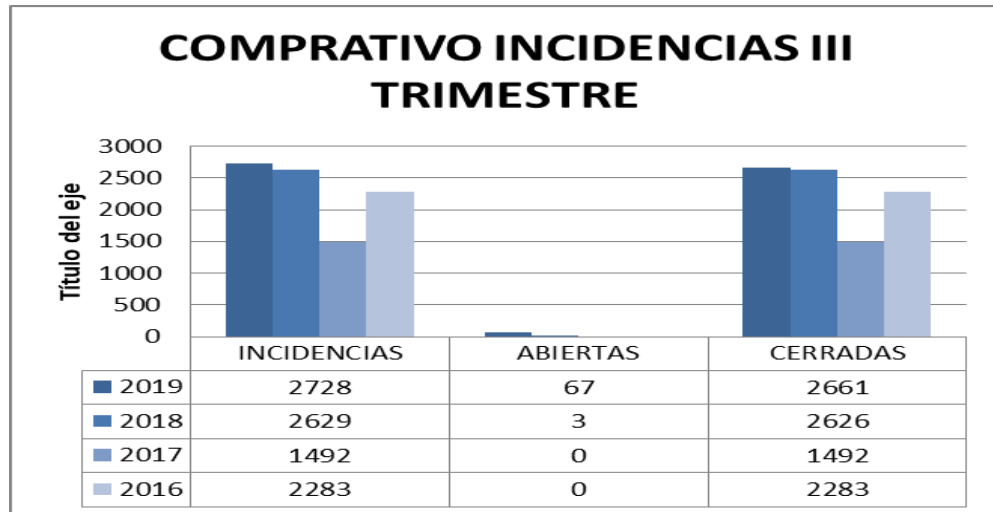
Fuente : Departamento de sistemas

El indicador 1553 determina el número de incidencias diarias resueltas por la Oficina de Comunicaciones (**cantidad de productos diarios entregados**). Se puede denotar una cifra homogénea entre el período 2018 y 2019 entregando entre **8 a 9** productos diarios, demostrando así un **mayor interés** de las áreas y servicios por visibilizar su quehacer a nivel institucional a través de los medios de comunicación institucionales, en comparación con el tercer trimestre de 2017 el cual se entregaban 3 productos diarios. Este aumento se debe al **posicionamiento de la oficina y asesoría oportuna en comunicación estratégica** y a su vez, contar con mayor personal (dos practicantes con competencias en comunicación organizacional y diseño gráfico en segundo y tercer trimestre) conllevando a satisfacer la demanda de mayor incidencias con agilidad, con un sello innovador y con calidad.

Porcentaje De Percepción De Los Canales De Comunicación Interna

La medición de este indicador está programada para realizarse **dos veces al año** una al inicio para establecer un diagnóstico y al final del año a final del mes de noviembre para realizar un comparativo. Se espera para noviembre contar con este resultado y así entregar el consolidado.

- **Porcentaje De Soportes Realizados**

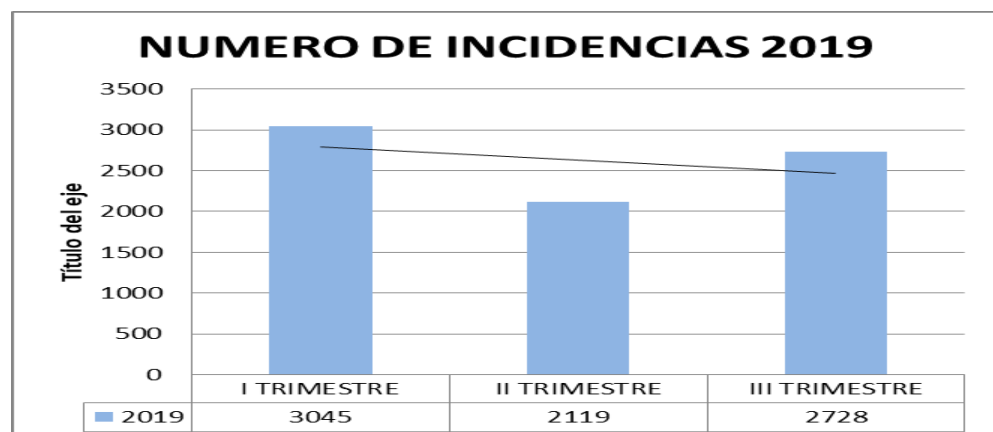


Fuente: Mesa de Ayuda Bogotá.

Análisis:

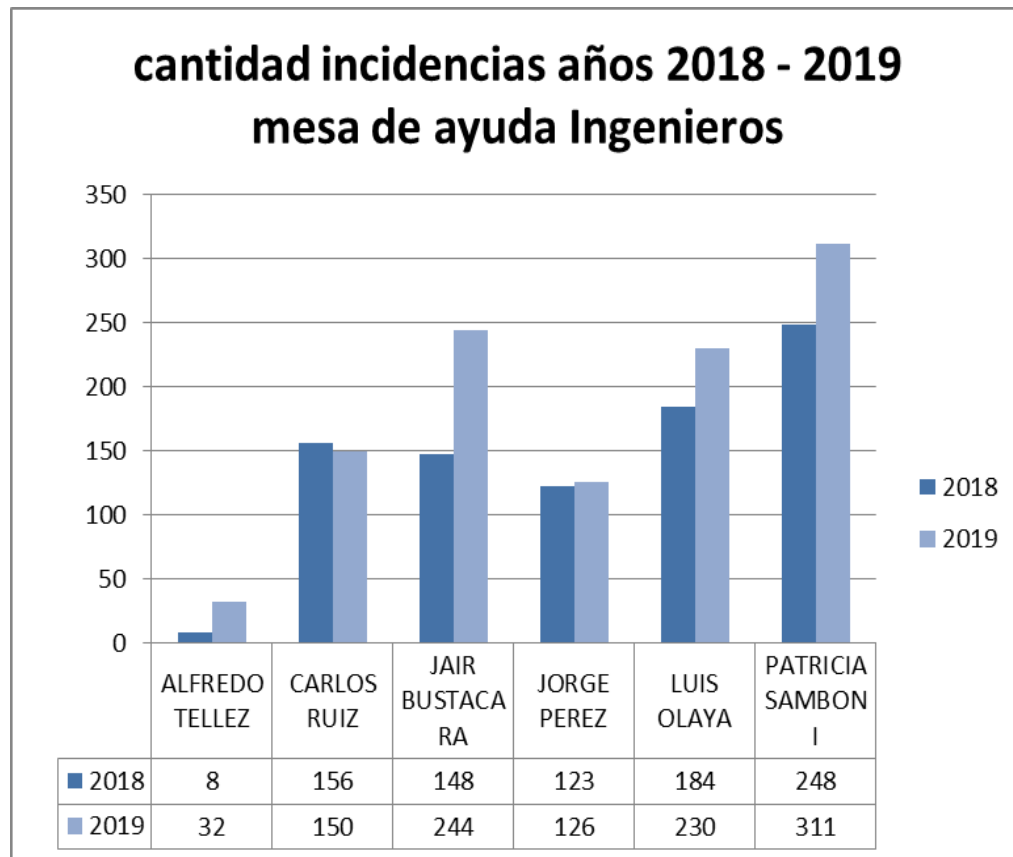
En el año 2019 se observa un incremento de 99 incidencias con respecto al trimestre del año anterior, se evidencia una cantidad mayor de incidencias abiertas, esto debido a la disminución del personal técnico en el área de sistemas.

INCIDENCIAS 2019



Fuente : Departamento de sistemas

Durante el 2019 se presenta una tendencia a la baja en solicitudes del soporte; esto apoyado en el cumplimiento de mantenimientos programados así como en las actualizaciones de sistemas operativos y de nuestro aplicativo principal DGH.



Fuente : Departamento de sistemas

Comparando el tercer trimestre 2018 – 2019, se evidencia un aumento en la cantidad de incidencias solucionadas por parte de ingeniería, esto debido a la disminución de personal técnico e ingeniero de mesa de ayuda en el área de sistemas.

El promedio de aumento en la cantidad de incidencias solucionadas por ingeniería contra el año anterior es aproximadamente de un 69% más con respecto al año anterior

Porcentaje De Avance General De Necesidades De Información

La medición de este indicador está programada para realizarse una vez al **año**, se validara en el cuarto trimestre de 2019.

COPAS: Avance 42%.

1. Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta y telecardiología para los Hospitales de Cundinamarca - Avance 30%

- Realizar el Proceso de Contratación de Desarrollo de la Plataforma de Telecardiología – Avance **20%**: Se realizó Contrato 329 de 2019 con la empresa Meditel para el desarrollo del módulo de Telecardiología.
- Desarrollo de la Plataforma de Telecardiología – Avance **10%**: Se realizó documento donde se definió el diseño arquitectura y construcción para la recepción, interpretación, análisis y almacenamiento de estudios de electrocardiografía, por la modalidad de Telemedicina.
- Prueba Piloto de la Plataforma de Tele cardiología: Esta actividad está programada para ejecutarse en el 4 trimestre.
- Puesta en Producción de la Plataforma de Tele cardiología: Esta actividad está programada para ejecutarse en el 4 trimestre

Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR – Avance 84%

Se articula con el Programa de Gestión Documental, para dar cumplimiento al cronograma de actividades establecidas dando un cumplimiento del **84%** de lo establecido, se definen 6 actividades, así:

Indicador: Numero de actividades realizadas (5)/ Total de actividades programadas para la vigencia (6) * 100.

- Elaboración e Identificación de tipos de riesgos: formatos establecidos en el Manual de PINAR Archivo General de la Nación: Avance **17%** Se diligencio el formato de identificación de tipos de riesgos, basado en el diagnóstico integral de archivos, donde se identifica todo el acervo documental existente en el hospital.
- elaboración de la Clasificación de riesgos: formato tabla de evaluación de acuerdo a los ejes articuladores establecidos en el Manual de PINAR Archivo General de la Nación: Avance **17%**: Se realizó formato clasificación del riesgo, teniendo como base la priorización de aspectos críticos de los ejes articuladores.
- Calificación e Inclusión matriz de riesgos institucional: Avance **17%**: Se realizó el formato matriz de riesgos institucional, se valida y se publica en la pirámide documental, gestión de la información/08 otros – Matriz de riesgos institucionales.
- Levantamiento de inventario único documental del Fondo Documental Acumulado **avance 17%**: Se realizó inventario completo de Gerencia, Talento Humano, Subdirección de Personal,



Mantenimiento y Arquitectura, Patología y Atención al Usuario (Estadística historias Clínicas), de la totalidad del fondo acumulado.

- Tablas de Valoración Documental para aprobación, presentación documento y soportes para Convalidación Consejo Departamental de Archivo: Esta actividad está programada para ejecutarse en el 4 trimestre
- Continuar con la implementación de la Directiva presidencial 04 de 2012 Cero Papel, estrategia uso racional de recursos: **avance 16%**, Se realizaron las siguientes actividades
 - Informe de consumo de papel Comité Interno de Archivo 12-06-2019
 - Circular reglamentaria No. 20191000000535 Directiva Presidencial “Cero Papel” 28-06-2019

Implementación de Plan estratégico de tecnologías de la información: Avance 60%

3.1 Proyecto Plataforma de Supervisión de Historias Clínicas Docencia: Avance 87%

se definieron 3 actividades para el 2019

- **Seguimiento y ajustes al Aplicativo 34%:**

Ajustes:

1. realizar plantilla de evaluación para las historias clínicas de evolución.
2. Se modificó los estados en que se encuentran las evaluaciones.

Se realizaron reuniones con la Subdirectora de educación médica donde se validaron y aprobaron las modificaciones.

- **Capacitación 20%**

Se deben capacitar 5 areas, de las cuales se realizó capacitación en Medicina Interna, Ortopedia y Cirugía Plástica, se encuentra pendiente los servicios de Cirugía General y Neurocirugía.

- **Puesta en Producción Aplicativo 33%**

El aplicativo se encuentra en producción y publicado para su uso, en la intranet opción aplicaciones – evaluación de la historia clínica docente



051



SC5520-1



La Entidad | Aplicaciones | Documentos | Educación e Investigación | Planeación y Calidad

Nuestro Hospital | Nuestras Dependencias | Comunicaciones | Nuestros Programas

Usted está aquí: Inicio > Aplicaciones

Arial Georgia Tahoma Trebuchet MS Verdana

Aplicaciones

Wednesday, 28 de August de 2013

Vínculos relacionados

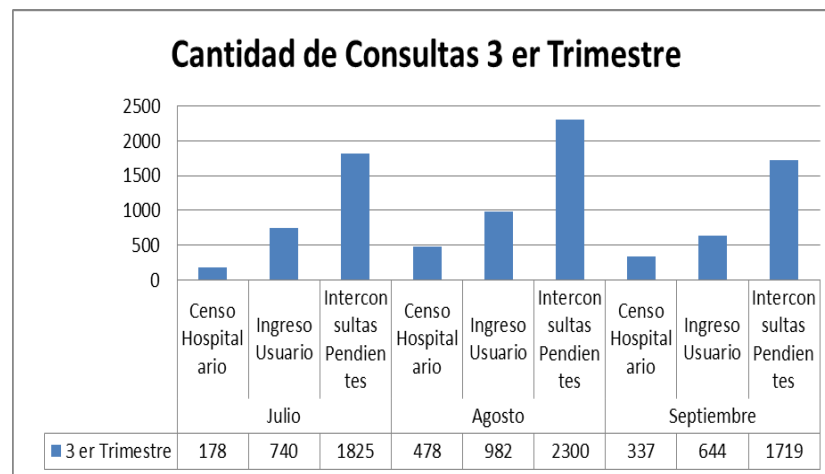
- Orfeo
- Guías de Practicas Clinicas
- TODO SOBRE MIPRES**
- Evaluación de la historia clinica - Docente
- Cursos Virtuales
- Portal Web Samaritana
- Turnos Digitales
- Tutoriales
- Citas por Paciente

1.2 Proyecto de Desarrollo de Aplicación Móvil: Avance 100%

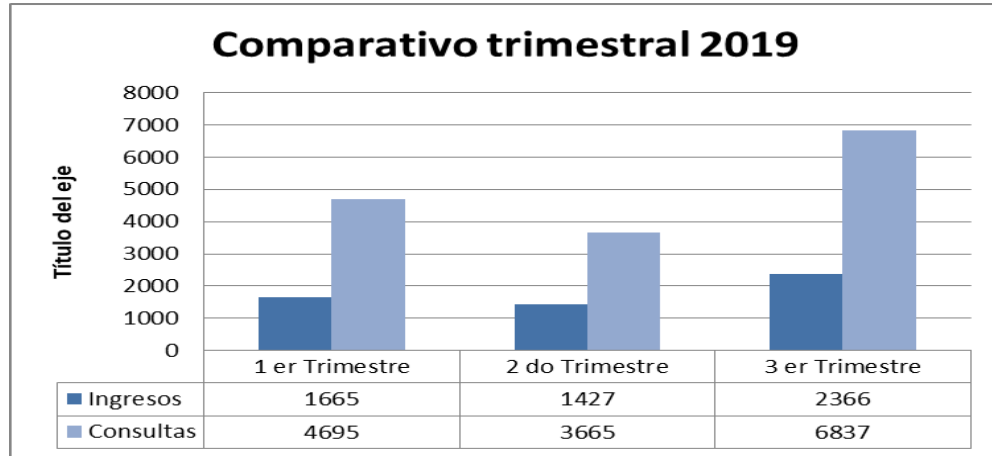
Ajustes, Publicación y Puesta en Producción App móvil.

Se realizó ajuste en el código para estabilidad, seguridad y acceso de dispositivos ANDROID, realizando publicación en la Web.

A continuación se relacionan las estadísticas de los ingresos realizados al aplicativo móvil, donde se han ingresado 2366 ingresos y se generaron 6837 consultas correspondientes a interconsultas y censos hospitalarios.



Fuente : Departamento de sistemas



Proyecto de Analítica de datos Para la Toma de decisiones: Avance 34%.

Actividades:

- Análisis de técnicas de minería de datos para el procesamiento de información Avance 34%: Se realizó un documento con el análisis de técnicas de minería de datos para el procesamiento de información las cuales pueden ser utilizadas o implementadas en el HUS
- Analizar las herramientas computacionales para la realización del procesamiento de la información (Big Data): 0%
- Informe de Aplicación de Big Data en el HUS: Esta actividad está programada para ejecutarse en el 4 trimestre

Proyecto de Actualización de arquitectura empresarial (AE) para el HUS bajo el contexto del marco de referencia de Arquitectura TI. : Avance 20%

Actividades Detalladas:

- Realizar el levantamiento de información por cada dominio del marco de referencia de MINTIC y documentarlo: Se realizó el levantamiento de información de cada uno de los dominios y esta en proceso de consolidación el informe. Avance 20%
- Identificar las necesidades del HUS. Avance 0%
- Actualizar la línea base de la arquitectura TI. Avance 0%



Implementación de Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. Avance 22%

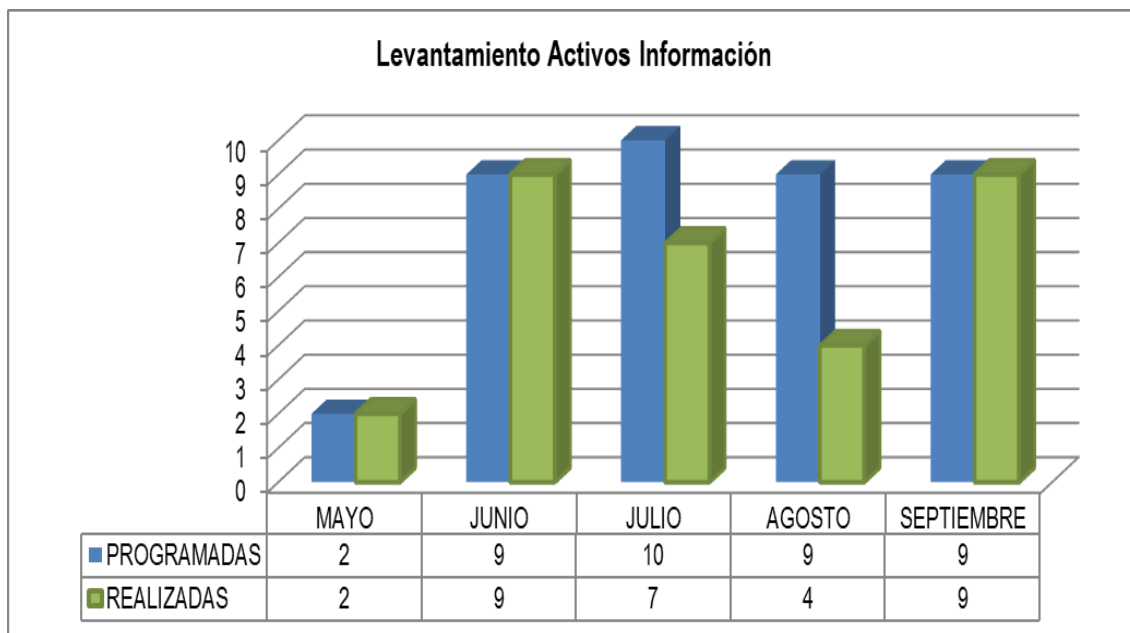
Identificación de Activos de información de todos los procesos del HUS: Avance 22%

ACTIVIDAD	AVANCE
Identificación de Activos de información	66%
Aprobación de Matriz de Activos de Información	0%
Publicación de Matriz de Activos de Información en la página Web	0%
AVANCE	22%

Fuente : Departamento de sistemas

Para la identificación de activos de información, se definieron 47 áreas las cuales están establecidas en el organigrama de la entidad, donde se utilizó como base la tabla de retención documental.

Se realizó un cronograma de levantamiento de activos de información, desde el mes de Mayo a Octubre de 2019, Hasta Septiembre de 2019 se han realizado 31 reuniones lo cual corresponde a un avance del **66%** de los activos de información. El 44 % restante será realizado en el mes de Octubre para dar cumplimiento del cronograma y poder realizar la publicación de esta información en la página web a finalizar el año 2019.



Fuente : Departamento de sistemas

Pendiente recolección de activos debido a que en varias de áreas se encuentran en actividades referentes a la puesta en funcionamiento del Nuevo Hospital regional de Zipaquirá.

Identificación de los riesgos de los activos de información por cada proceso:

ACTIVIDAD	AVANCE
Identificación de los riesgos de los activos de información por cada proceso.	0%
Actualización de la Matriz de riesgos de cada proceso con los riesgos identificados de los activos de información.	0%
AVANCE	0%

Fuente : Departamento de sistemas

En esta actividad se han realizado reuniones con el área de planeación con el fin de definir la metodología para la identificación de riesgos una vez se haya culminado el levantamiento de activos de información para todas las áreas.

Dentro de la matriz de riesgos institucional se incluyeron:

- Riesgos transversales en el sistema de seguridad y privacidad de la información.
- Calificación de los riesgos Nivel de impacto o consecuencia / tipos de impacto – Categorías para los activos de información.
- Tipología del riesgo Seguridad y privacidad de la información.
- Indicadores de los riesgos.
- Agentes generadores (causas, tablas de vulnerabilidades, amenazas y consecuencias).
- Metodología para alinear la matriz de activos de información con la matriz de riesgos institucional definiendo que activos de información se llevan a la matriz de riesgos de cada área.

Implementación de Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información: 15%

- Se tienen las Documento con la política de seguridad de la información aprobada y socializada a todos los procesos del HUS
- Realizar el documento de la Política de seguridad de información 0%
- Aprobación de la Política de seguridad de información 0%
- Socialización de la Política de seguridad de información 0%
- Actualización del Manual de seguridad de la información y socializar a todos los procesos del HUS.

Documento con la política de seguridad de la información aprobada y socializada a todos los procesos del HUS. 0%

- Realizar el documento de la Política de seguridad de información



- Aprobación de la Política de seguridad de información
- Socialización de la Política de seguridad de información

Actualización del Manual de seguridad de la información y socializar a todos los procesos del HUS. Avance 15%

- 4.1 Actualizar el manual de seguridad de la información 15%
- 4.2 Socialización del manual de seguridad de la información 0%

PAMEC

OM: Implementar y hacer seguimiento a los simulacros para la activación del plan de contingencia, evaluarlos, hacer los ajustes correspondientes y retroalimentar a los participantes y servicios. (OPORTUNIDAD AUTOEVALUACIÓN) Avance 0%

Actividades:

1. Realizar el ajuste del plan de contingencia 0%
2. Realizar la socialización de los ajustes del plan de contingencia 0%
3. evaluación y seguimiento a los simulacros 0%

Implementar estrategias de comunicación interna para la difusión de información a todo nivel de la institución. (OPORTUNIDAD AUTOEVALUACIÓN). Avance 81%

Actividades:

Realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma de ejecución del PECOS

De las **8** actividades planteadas se han cumplido **7**, dando un porcentaje de cumplimiento del PECOS del **81%**.

El comité de Comunicaciones programado para el bimestre Julio-Agosto se llevó a cabo el 29 de julio dando un cumplimiento del 100% en este trimestre.

- Se evidencia que se continua con las estrategias para la divulgación de la plataforma Estratégica inmersas en las estrategias del PECOS, entre ellas se realizó el comité de comunicaciones el 29 de julio del 2019, donde se dieron a conocer las necesidades del fortalecimiento de la comunicación interna conllevando a la divulgación de la Plataforma estratégica en los diferentes medios de comunicación, iniciando por los diferentes grupos de WhatsApp con los que cuenta la institución, integrados por **221** colaboradores pertenecientes a los grupo MECI, Estándar de la Información, Comunicaciones HUS-UFZ, grupo Ginecología y PACAS, al igual que en los protectores de pantalla de los equipos de cómputo durante **1 mes**.
- Se realizó el **Diseño e Impresión de la Edición N°2 del Boletín Institucional Samaritana** al día con un total de impresos de **800** boletines, los cuales se distribuyeron a los colaboradores, usuarios y sus familias.
- **Se Definió Un Eje Temático** Para la Celebración del Cumpleaños N° 86 del HUS como frase conmemorativa "**86 Años Escribiendo la Historia de la Medicina en Colombia**" con el fin de realizar

su difusión en distintos productos comunicativos a través de los canales de comunicación institucionales, fomentando así la pertenencia y cultura institucional hacia los funcionarios y colaboradores de la Organización.

- Se realizó el **Fortalecimiento de la Publicación con Contenido Institucional en las RRSS** gracias al sinnúmero de actividades programadas en la organización por los servicios y áreas, se ha logrado replicar el contenido institucional a nivel interinstitucional.
- A la fecha solo existe una Actividad pendiente: Gerencia de Puertas Abiertas dado que se depende de la agenda del Gerente para llevar cabo esta reunión, se espera que una vez se haya realizado la el evento de la entrega del Hospital Regional de Zipaquirá se cuente con el espacio para concluir con este actividad.

Implementar un sistema que integre los Planes de Mejora, indicadores y que permita la generación de alertas. (OPORTUNIDAD AUTOEVALUACIÓN) Avance 25%

Actividades:

- Realizar la integración de los planes de Mejora en una sola herramienta a nivel institucional, **avance 50%**, Se realizó reuniones con el personal de planeación, se están migrando los planes del HUS, al sistema Almera
- Capacitar a los colaboradores en el uso de la herramienta y/o sistema que integre los Planes de Mejora, indicadores y que permita la generación de alertas., **0%**

PUMP

Se deben ejecutar las conciliaciones entre la subdirección de sistemas y el responsable del módulo de activos 0%

Actividades:

Realizar la conciliación del inventario de Hardware y Software con el líder de Activos fijos.

Se evidencia inoportunidad de la migracion de la solicitud de ayudas diagnosticas imagen lógicas en las interfaces entre CARESTREAM, DGH y PACS RIS. 100%.

Los resultados de las imágenes diagnosticas en DHG quedan con la misma fecha de realización y lectura, lo cual no coincide con la información de PACS RIS y CARESTREAM para la respectiva monitorización.

Se verifican interfaz Carestream y DGH, validando las fechas de realización y lectura de DGH y Carestream, en esta validación en el momento en que en el aplicativo de carestream, queda la fecha de Hecho, esta misma se deja en la interfaz con DGH en el campo fecha de realización, lo mismo sucede con la fecha de aprobado en Carestream, esta



es tomada en la interfaz de DGH, como la fecha del resultado del estudio. Podemos evidenciar lo anteriormente mencionada en las siguientes graficas anexas.

Carestream	DGH
Fecha Examen Hecho	Fecha_ Realización
Fecha Aprobado	Fecha_ Resultado

Fuente : Departamento de sistemas

<Historial de transacciones: 74847489 - RICAUTE CORDOBA, WILSON>

Detalles	Registrar tiempo
LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) (7/19/2019 12:10 AM, SALA DRX. 9275000704259) study status: 19/07/2019 12:17:54 a. m.	
., DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) created and status set to Examen Hecho 19/07/2019 12:37:15 a. m.	
., DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) status changed to Uvicado 19/07/2019 11:53:29 a. m.	
., DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) status changed to Firmado 3 19/07/2019 11:56:26 a. m.	
., DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) status changed to Aprobado 19/07/2019 12:09:27 p. m.	

<Mostrar todas las transacciones de pacientes>

Información del Paciente

Paciente: 74847489 WILSON RICAUTE CORDOBA Área Servicio

(Consulta) Resultado de Procedimiento

Formulario

Resultado de Procedimiento

Información de la Solicitud

Servicio: 871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P. A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL,
Fecha Solicitud: 18/07/2019 15:28 Estado: Cantidad: 1

Observaciones: SE SOLICITA POR SECRECIO UNO TRAQUEAL AUMENTADA Y CON CAMBIO DE COLORACION

Detalle del Resultado

F. Realización: 19/07/2019 0:38 F. Resultado: 19/07/2019 12:10 Confirmado Interpretado

Medico: 52818039 RAMIREZ TONCEL SANDRA MILENA

Las fechas se encuentran sincronizadas diferencias no mayor a 5 segundos. Mas sin embargo el día 25 de septiembre se genera la incidencia 13414177 debido a que las órdenes no cambian de estado en carestream de Firmas a Aprobado.

Más sin embargo existen eventos que pueden provocar que la interfaz envíe tardíamente los mensajes (mensajes no mayores a 10 minutos) como lo son pérdida de conectividad en la red producto de picos o frecuentes bajones de luz, interbloqueos de bases de datos, saturación en la red. Para minimizar los eventos anteriores se han implementado acciones para disminuir la saturación del servicio Ris Application, se depuran logs semanalmente y son enviados a cintas para su almacenamiento.

Se evidencio que la entidad auditada tiene a su cargo el archivo de gestión y archivo central, el cual se encuentra ubicado en un inmueble denominados casas viejas declarado bien de interés cultural que se tiene como bodega ubicado en la sede de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA con problemas de humedad, de igual forma se encuentra otra información en un container que lo tiene acondicionado como bodega, espacios que no reúnen los requisitos para almacenamiento y organización documental. 100%

Actividades:

1. Elaboración de estudios previos.
2. Contrato de arrendamiento de espacio físico
3. Adecuación de condiciones físicas de bodega de archivo
4. Traslado de mobiliario
5. Adquisición de mobiliario nuevo
6. Traslado, centralización y ubicación física de la documentación
7. Custodia y conservación documental

Teniendo en cuenta observaciones realizadas por parte del área de Control interno se da cumplimiento del **100%** de cumplimiento, así.

- Se realiza contrato de arrendamiento de bodega tres (3) pisos para uso y ubicación física de archivo central de la entidad.
- Adecuación de las instalaciones (acondicionamiento de la planta física pintura, instalación de electricidad, agua, desmontaje y montaje de estantería de la bodega antigua a la nueva bodega, desmontaje y montaje de estantería de la bodega caldera a la nueva bodega).
- Adquisición de estantería de archivo
- Adecuación física de rampa para el ingreso, instalación de extintores y rutas de evacuación, instalación de tapas eléctricas
- Traslado de la documentación de archivo de las calderas, bodega de archivo a la nueva bodega para Archivo central de la entidad.
- Capacidad de almacenamiento de alrededor 6.000 cajas x-200.



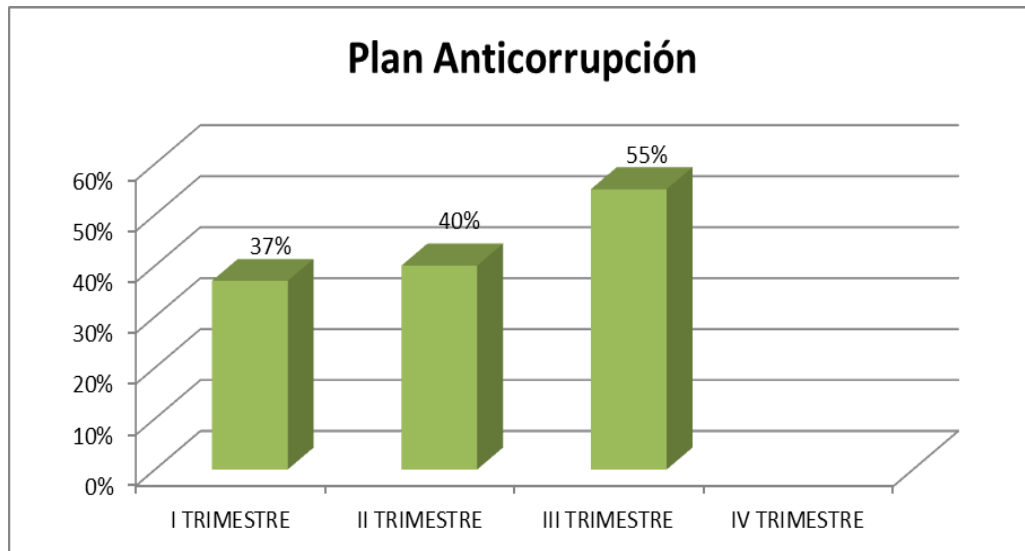
1. PLAN ANTICORRUPCIÓN: Avance 65%

Actividades		Meta o Producto Anual
1.1	Fortalecer la Socialización de la política de gestión del riesgo institucional	Política de Gestión del riesgo Socializada al 50% de los colaboradores del HUS y UFZ
1.5	Revisión y monitoreo al Mapa de Riesgos de corrupción Institucional	Revisión y monitoreo una vez en la vigencia y/o cuando se materialice un riesgo de corrupción
5.1	Publicación de informes en pagina Web de acuerdo a la ley 1712 de 2014	Lista de Chequo de informes a ser publicados
5.4	Implementación de los 3 instrumentos establecidos por la Ley para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades:	Matriz e activos de información del HUS por cada área de la institución diligenciada
		Matriz de información publicada en la pagina Web

Actividades:

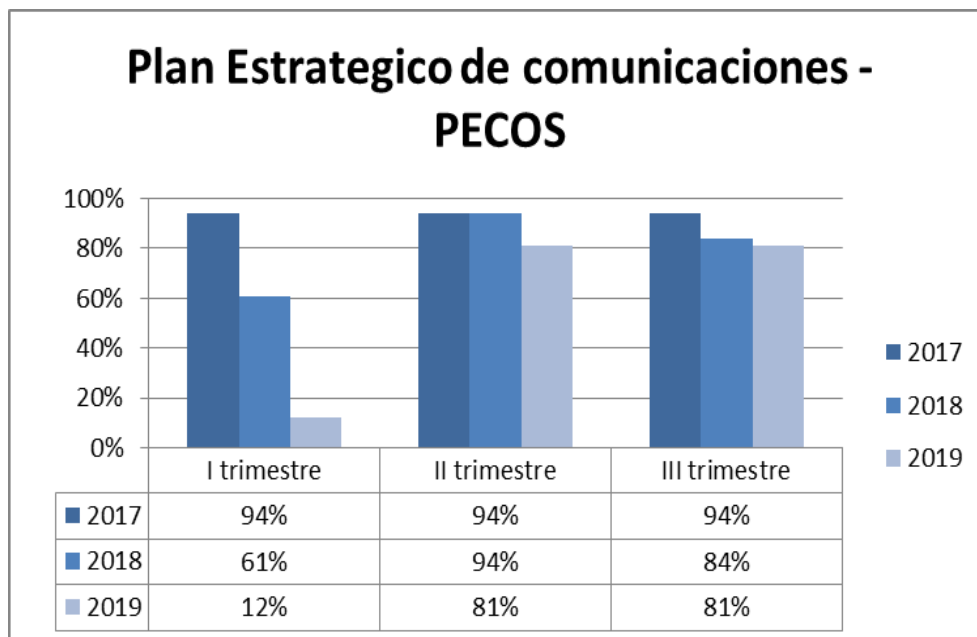
- 1.1 Fortalecer la socialización de la política de gestión del riesgo institucional –Cumplimiento 100%
- 1.5 Revisión y monitoreo al Mapa de riesgos de corrupción institucional - Cumplimiento 0%
- 5.1 Publicación de Informes en página web de acuerdo a la ley 1712 de 2014 - Cumplimiento 94% Se realiza seguimiento mensual y trimestral sobre la información publicada en la página web con el cumplimiento de la Ley 1712.
- 5.4 Matriz e activos de información del HUS por cada área de la institución – Avance 66%: Se realizó un cronograma de levantamiento de activos de información, desde el mes de Mayo a Octubre de 2019, Hasta Septiembre de 2019 se han realizado 31 reuniones.





Fuente : Departamento de sistemas

2. Plan estratégico de Comunicaciones PECOS Avance 81%



Fuente : Departamento de sistemas

En comparación entre el tercer trimestre del año 2018 con respecto al año 2019, se visualiza un aumento de 3%, a continuación se describen las actividades realizadas

Tercer trimestre de 2019:

ACTIVIDAD 1: COMITÉ DE COMUNICACIONES. Número de comités realizados 2/número comités programados 4 meta 75. Cumplimiento 50%. Dado al sinnúmero de actividades en las agendas de los miembros del comité no ha sido posible llevar a cabo los comités programados.

ACTIVIDAD 2: Estrategia Inmersa En El Comité De Comunicaciones: Renovación de la imagen de 48 carteleras institucionales con el objeto de atraer la atención del cliente interno y externo hacia el contenido institucional gracias a su rediseño fresco y llamativo acorde a la imagen e identidad institucional (unificación de colores institucionales, inclusión de la dirección de las redes sociales, sitio web y nombre del hospital en la cabecera) fortaleciendo así la comunicación interna, externa y la imagen e identidad de la Institución. Inversión \$4.325.000. Cumplimiento 100%.

ACTIVIDAD 3: Estrategia Inmersa En El Comité De Comunicaciones: Instalación de la Segunda Campaña de Marketing Promocional (*Todos Juntos.... Somos Hospital Universitario*) cambio de contenido de los 18 vinilos en los 3 ascensores estrategia implementada dada la visita programada por el ICONTEC para el mes de julio y la presentación por parte del Hospital para la Acreditación como Hospital Universitario, proyectando así los indicadores de la Subdirección de Educación Médica e Investigación, el modelo de docencia y servicio, la categorización de los grupos de investigación reconocidos en COLCIENCIAS e información adscrita a esta subdirección. Inversión: \$2.797.000. Cumplimiento 100%.

ACTIVIDAD 4: Estrategia Inmersa En El Comité De Comunicaciones: Renovación de la imagen de la parrilla de programación en los 18 televisores gracias a la adición de la Cortinilla “Canal Samaritana al Día” impactando de esta manera al cliente interno y externo con información novedosa, actual, con videos cortos y llamativos fortaleciendo así la comunicación interna y externa. Cumplimiento 100%.

ACTIVIDAD 5: ESTRATEGIA INMERSA EN EL COMITÉ DE COMUNICACIONES: Instalación de 5 Vinilos en el servicio de Laboratorio Clínico Bogotá y 2 para la UFZ con la información (derechos, deberes de los usuarios y escala de dolor) dada la necesidad de contar con un elemento atractivo que impactará al usuario con esta información dado a la visita programada por el ICONTEC para el mes de julio, inversión: \$120.00. Cumplimiento 100%

ACTIVIDAD 6: ESTRATEGIA INMERSA EN EL COMITÉ DE COMUNICACIONES: Fortalecimiento y posicionamiento de las Redes Sociales Institucionales superando el indicador de 6.000 seguidores contando para el tercer trimestre con un número de seguidores en la Página de Facebook de la Institución de 27.463 seguidores. Este aumento se debe a la publicación diaria de información institucional, publicación de videos llamativos (jornadas, actividades institucionales, eventos gestión del conocimiento, transmisión en vivo de charlas magistrales, etc). Cumplimiento 100%.

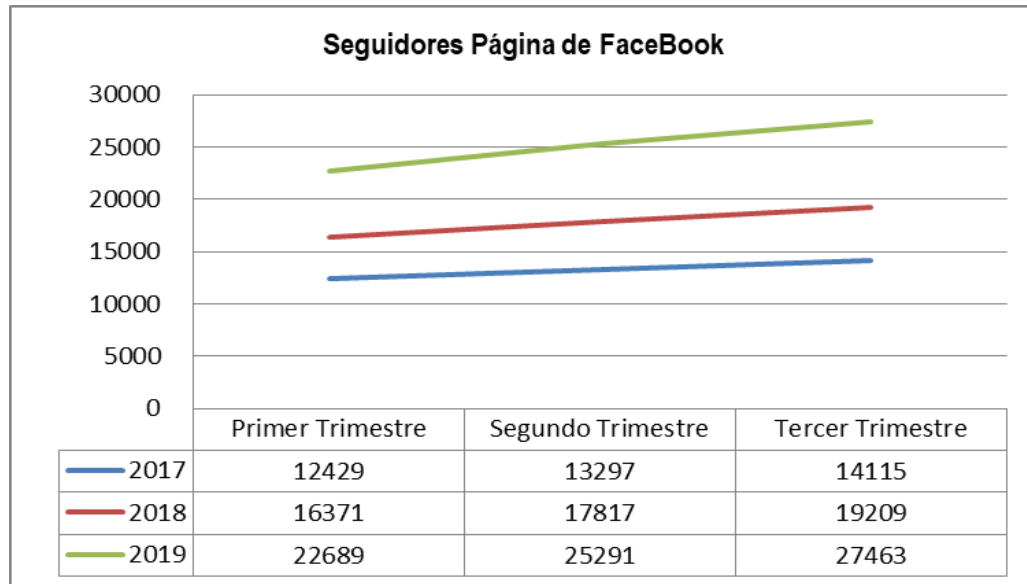
ACTIVIDAD 7: DISEÑO E IMPRESIÓN DE LA EDICIÓN N°2 DEL BOLETÍN INSTITUCIONAL SAMARITANA AL DÍA. Entregando 800 ediciones a los colaboradores, usuarios y sus familias permeándolos con información institucional y fortaleciendo así la comunicación interna y externa. Cumplimiento 100%.



ACTIVIDAD 8: ACTIVIDAD PENDIENTE POR EJECUCIÓN: Gerencia de Puertas Abiertas.

Cumplimiento 0%

ALCANZAR UN NÚMERO DE SEGUIDORES SUPERIOR A 6.000



Fuente : Departamento de sistemas

Como se denota en la gráfica para el tercer trimestre de 2019 se muestra un aumento significativo en el número de seguidores con respecto al tercer trimestre de 2018, lo que **demuestra que se superó el indicador** debido a la constancia en la publicación de información noticiosa de la institución conllevando a facilitar el incremento de personas que han optado por seguir y compartir los contenidos que semanalmente se difunden en esta red social Institucional lo cual significa un aumento en la favorabilidad o imagen positiva (me gusta) de la institución (siguiente cuadro). A continuación se describen algunas de las publicaciones realizadas (publicación boletín Samaritana al Día segundo edición, invitación charlas magistrales, publicación Gobernación de Cundinamarca, Referenciación comparativa Centro Dermatológico Federico Lleras, invitación e inscripciones simposio de ginecología, urgencias neurológicas, cirugía general, entre otros.).

HOSPITAL REGIONAL DE ZIQAQUIRÁ

Se realizó Contrato Mantenimiento y Soporte con la empresa Sistemas y Asesorías de Colombia SYAC: Se dio inicio a actividades del contrato para mantenimiento y soporte del aplicativo DGH para la puesta en producción del Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá que incluyen semanas de acompañamiento por parte de Ingenieros de Syac y 150 Horas de desarrollo. Hasta el momento se han ejecutado 6 semanas de visita.



Cronograma actividades implementación NHRZ: Se realizó el respectivo análisis sobre las opciones que se deben parametrizar para la puesta en funcionamiento del NHRZ para lo cual se diseñó un cronograma con las actividades de parametrización que se deben realizar para cada uno de los módulos donde se asignaron sus respectivo responsable para cada una.

Levantamiento de Requerimientos: Con el fin de mejorar los procesos manejados en el NHRZ, se realizó el levantamiento y documentación de 10 solicitudes de requerimientos para el respectivo análisis y documentación:

- Cartera: Cargue de recepción y tramite de objeciones mediante archivo plano. (Desarrollo ya realizado y aprobado por el HUS).
- Facturación: Liquidación de ingresos en estado (BLOQUEADO).
- Historia Clínica: Búsqueda listado de medicamentos para devolución (Registro enfermería).
- Inventarios: No permitir realizar traslados a bodegas las cuales no se tengan permisos.
- Programación Cirugías: Manejo de salas por centro de atención: Las salas de cirugía no se pueden controlar por centro de atención.
- Programación Cirugías: Manejo de salas por centro de atención: Las salas de cirugía no se pueden controlar por centro de atención.
- Programación Cirugías: Agregar campos (Fecha Valoración Anestesia, especialista y radicación de documentos) en el formulario de creación de la programación de sala.
- Historia Clínica: Parametrización de la pestaña de información general, y alertas.
- Nomina: Prorroga de incapacidades.
- Historia Clínica: Exportación de Historias Clínicas.

El área de comunicaciones realiza las siguientes actividades

- Recorrido al HRZ con el fin de contar con un repositorio fotográfico. Se realizó la toma de 100 fotografías.
- Reunión realizada en la Gobernación de Cundinamarca con la Oficina de Prensa (Jorge Camacho y personal de la Gobernación) para esclarecer la gestión de los estudios previos para la señalización del HRZ, concretando los tiempos y ajustes para las entregas.
- Reunión con la Comunicadora de la Secretaria de Salud de la Gobernación de Cundinamarca (Mónica Santana) con el fin de esclarecer dudas sobre la imagen, identidad y señalización del HUS.
- Acompañamiento al Dr. Javier Fernando Mancera con el objeto de realizar el recorrido con el Ministro de Salud y Protección Social Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo al HRZ.

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS

- **Actualización DGH:** Se realizó el proceso de actualización de DGH a la versión 43895 del 18/09/2019 de DGH. La cual incluye mejoras en los procesos de activos fijos y deterioro de cartera.
- Adicionalmente se realizó capacitación en el módulo de Citas Médicas para el personal del Call Center, con las nuevas funcionalidades diseñadas por Syac.



Se programaron capacitaciones para iniciar el proceso de deterioro de cartera en DGH.

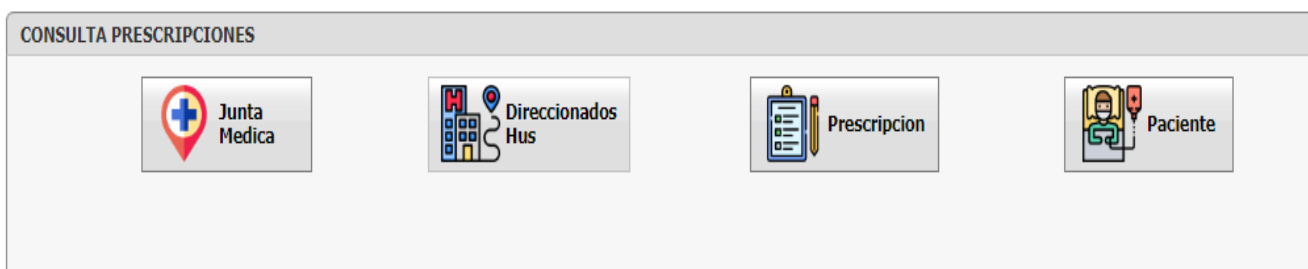
- **Cobros jurídicos:** Se realizó el proceso de apoyo en la generación de la documentación de resúmenes de Historia Clínica e informar los detalles de los servicios de las facturas que no se encontraron con soportes en el módulo de HC y los cuales debían realizarse manualmente para las entidades que entraron en proceso de liquidación **EMCOSALUD, CAFESALUD y COMFACOR**, Para lo cual de las 10800 facturas solicitadas se generaron 9920 correspondiente a un 91 % del totalidad de las facturas.

ENTIDAD	FACTURAS SOLICITADAS	FACTURAS GENERADAS	
CAFESALUD	10.396	9.775	
EMCOSALUD	403	97	
COMFACOR	66	53	
	10.865	9.925	91,35 %

Fuente : Departamento de sistemas

Aplicativo Mipres

Durante el 2019 y bajo la solicitud de la secretaria de salud, se desarrolló una aplicación que permite consultar, autorizar y realizar seguimiento a las tecnologías No pos solicitado por la institución.



JUNTA MÉDICA

Permite consultar las prescripciones generadas en la institución y que requieren de una aprobación por parte de junta medica

Registros por Paciente

AÑO: 2017 2018 2019 2020
MES: ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEP OCT NOV DIC

	PRESCRIPCION	IDENTIFICACION	PACIENTE	TECNOLOGIA	ESTADO
Ver	20191001122014712784	21167391	MYRIAM CECILIA DELGADO DELGADO	Estándar - Distribución normal de la dieta-Ensure advance-Polvo-850 g/Lata	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191001147014706588	11344378	PEDRO IGNACIO DELGADO TIBAQUIRA	Modulos de proteína, carbohidratos, lipidos-PROWHEY-Polvo-275 g/Lata	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191001151014716380	19086349	CONSTANTINO RODRIGUEZ JARA	Pulmonar - Alto aporte de proteína y moderado aporte en grasa.- Pulmocare-Líquido-237 mL/Lata	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191001153014719758	1076739176	ARISDEY VANESSA BELTRAN CASTILLO	Alta en Proteína - Proteína mayor al 20% de la energía total-Prowhey NET-Polvo-868 g/Lata	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191001166014704894	52727328	HELENA PATRICIA MEDINA MORALES	[RITUXIMAB] 10mg/1ml[RITUXIMAB]10mg/1mlOTRAS SOLUCIONES	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191001176014720012	1075674097	LEYDY YULIANA CUERVO AREVALO	SEIS CHAMPÚ Y LOCIONES CAPILARES	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191001177014727298	11480234	SAUL ROMERO PEÑA	Proteína hidrolizada Basadas en Péptidos-Vital 1,5-Líquido-220 mL/Botella	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191002143014744277	81673	ANTONIO AGAPITO BARON CARRERO	Renal Prediálisis - Estadios 2,3,4 Baja en proteína, fósforo y electrolitos.-Prowhey Renal crónico-Polvo-900 g/Lata	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191002163014750748	1075651469	YOHAN DAVID USAQUEN HERNANDEZ	QUINIENTOS CUARENTA PAÑALES	PENDIENTE EVALUACION
Ver	20191003136014773315	1075668609	LUIS ANDRES MARTINEZ GONZALEZ	QUINIENTOS CUARENTA PAÑALES	PENDIENTE EVALUACION

Fuente : Departamento de sistemas

DIRECCIONADOS

En esta opción podemos consultar todas las prescripciones generadas por otras instituciones y que las EPS han direccionado al HUS.

CodMunEnt	FecMaxEnt	CantTotAEntregar	DirPaciente	CodSerTecAEntregar	NoDEPS	CodEPS	FecDireccionamiento	EstDireccionamiento	FecAnulacion	DESCRIPCION
11001	2019-03-30	4	KR 7F E 90	null	830003564	EPS017	2019-03-01 11:06	0	2019-07-14 00:3	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-03-30	4	TV 7 ESTE 58 26	null	830003564	EPS017	2019-03-01 14:01	0	2019-07-14 00:4	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-03-30	4	KR 47 171A 23	null	830003564	EPS017	2019-03-01 08:01	0	2019-07-14 00:1	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-03-31	4	CR 6A NRD 7 49	null	830003564	EPS017	2019-03-02 09:00	0	2019-06-14 08:4	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-04-02	2	CR 5C NRD 90 24 S	null	830003564	EPS017	2019-03-04 12:07	0	2019-07-14 01:2	E.P.S. Famisanar LTDA.
25899	2019-04-02	1	CALLE 18 A N 6 B 04	null	830003564	EPS017	2019-03-04 17:02	0	2019-06-14 08:5	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-04-02	2	CR 5C NRD 90 24 S	null	830003564	EPS017	2019-03-04 08:01	0	2019-06-14 08:4	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-04-02	1	KR 7F E 90	null	830003564	EPS017	2019-03-04 15:02	0	2019-06-14 08:4	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-04-03	1	CR 8 160 01 SAN CRISTOVAL	null	830003564	EPS017	2019-03-05 12:14	0	2019-07-14 01:1	E.P.S. Famisanar LTDA.
25899	2019-04-03	30	CLL 16 04 21	null	830003564	EPS017	2019-03-05 14:09	0	2019-07-14 01:3	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-04-03	4	CR 6A NRD 7 49	null	830003564	EPS017	2019-03-05 06:00	0	2019-06-14 08:5	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-04-04	1	CRA 13 H N 33 B 11 SUR	null	830003564	EPS017	2019-03-06 10:03	0	2019-07-14 01:3	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-04-04	18	CL 15 4 19	null	830003564	EPS017	2019-03-06 10:05	0	2019-07-14 01:3	E.P.S. Famisanar LTDA.
11001	2019-04-03	30	CL 29 S NRD 121 03	null	830003564	EPS017	2019-03-06 00:03	0	2019-07-14 01:3	E.P.S. Famisanar LTDA.
25899	2019-03-23	4	CALL 25 NRD 10 40	20084425-01	900156264	EPS037	2019-03-14 15:13	1	null	Nueva EPS
25899	2019-03-23	1	DG 14 20 63 BRR LA ESPERANZA	20013309-02	900156264	EPS037	2019-03-14 19:08	1	null	Nueva EPS
25899	2019-03-23	1	CALLE 2 N 17 28 SAN PABLO	20041687-01	900156264	EPS037	2019-03-16 21:08	1	null	Nueva EPS
25899	2019-04-11	60	CAJ I F 14 RIS. 3A 22 FI PNRTAJ	198953072-07	900156264	EPS037	2019-03-16 16:54	1	null	Nueva EPS

Fuente : Departamento de sistemas



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"

PRESCRIPCIONES

Opción que permite consultar directamente una prescripción por su número de creación.

No Prescripcion:

La salud es de todos		Minsalud		FORMULA MEDICA		Fecha y hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2019-10-08 13:25:52		
						No. Prescripcion 20191008153014862076		
DATOS DEL PRESTADOR								
Departamento: BOGOTA D.C.		Municipio: BOGOTA D.C.		Codigo Habilitacion: 110010922401				
Documento de Identificación: 899999032		Nombre Prestador de Servicio de Salud: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
Direccion: CRA 8 # 0 29 SUR		Telefono: 4077075 ext 10702						
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC 39530611		Primer Apellido: ARDILA	Segundo Apellido: ARIZA	Primer Nombre: ROSALBA	Segundo Nombre:			
Número Historia Clínica: 39530611		Diagnostico Principal: I251 INSUFICIENCIA (DE LA VALVULA) AORTICA		Usuario Regimen:	Ambio Atencion: Hospitalario - Internación			
MEDICAMENTOS								
Tipo Prescritor	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Via Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Categorías Farmacológicas / Químicas / Usos Farmacéuticos
Sucesiv a	[CLORHEXIDINA DISULFONATO] 200mg/100ml [CLORHEXIDINA]200mg/100ml [CLO RHEXIDINA]200mg/100ml OTRAS SOLUCIONES	20 mililitro(s)	BUCAL	8 Hora(s)	Sin indicación Especial	2 Dia(s)	20cc cada 8 horas. Higiene oral prequirúrgica	1 UNO FRASCO
Sucesiv a	[CLORHEXIDINA DISULFONATO] 200mg/100ml [CLORHEXIDINA]200mg/100ml [CLO RHEXIDINA]200mg/100ml OTRAS SOLUCIONES	20 mililitro(s)	BUCAL	8 Hora(s)	Sin indicación Especial	2 Dia(s)	20cc cada 8 horas. Higiene oral prequirúrgica	1 UNO FRASCO
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC 1026263021				Nombre: DAVID BRAVO CASTELBLANCO				
Registro Profesional: 1026263021								
Especialidad:								

La vigencia de la prescripción se la establece en la Resolución 3251 de 2016 Art 13, Numeral 5.

Fuente : Departamento de sistemas.

PACIENTE

Opción que permite consultar por número de identificación del paciente las prescripciones generadas al mismo y con la posibilidad de ver cada una de las prescripciones generadas.



051



SC5520-1




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


www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Identificación Paciente:



Registros por Paciente	
Noprescripción	MEDICAMENTOS
<input type="button" value="Ver"/>	20191018167015064144 Densidad Calórica - 1 a 2 kcal/mL-Ensure plus HN-Líquido-237 mL/Botella
<input type="button" value="Ver"/>	20191017129015038304 Diabetes - Baja carga de carbohidratos-Glucerna 1.0-Líquido-250 mL/Lata
<input type="button" value="Ver"/>	20191017129015038304 Diabetes - Baja carga de carbohidratos-Glucerna 1.0-Líquido-250 mL/Lata
<input type="button" value="Ver"/>	20191015115014976421 [CALCIO CLORURO] 40µmol/1ml ; [FIBRINOGENO 72-110mg] 91mg/1ml ; [TROMBINA] 500UI/1ml[TROMBINA]500UI/1mlOTRAS SOLUCIONES
<input type="button" value="Ver"/>	20191013115014960258 Diabetes - Baja carga de carbohidratos-Glucerna 1.0-Líquido-250 mL/Lata
<input type="button" value="Ver"/>	20191013115014960258 Diabetes - Baja carga de carbohidratos-Glucerna 1.0-Líquido-250 mL/Lata
<input type="button" value="Ver"/>	20191010127014913175 [PARACETAMOL] 10mg/1ml[PARACETAMOL]10mg/1ml;[PARACETAMOL]10mg/1mlOTRAS SOLUCIONES
<input type="button" value="Ver"/>	20191010127014913175 PARACETAMOL 10mg/1ml[PARACETAMOL]10mg/1ml;[PARACETAMOL]10mg/1mlOTRAS SOLUCIONES
<input type="button" value="Ver"/>	20191008153014862076 [CLORHEXIDINA DIGLUCONATO] 200mg/100ml[CLORHEXIDINA]200mg/100ml;[CLORHEXIDINA]200mg/100mlOTRAS SOLUCIONES
<input type="button" value="Ver"/>	20191008153014862076 [CLORHEXIDINA DIGLUCONATO] 200mg/100ml[CLORHEXIDINA]200mg/100ml;[CLORHEXIDINA]200mg/100mlOTRAS SOLUCIONES
<input type="button" value="Ver"/>	20191005129014814956 Diabetes - Baja carga de carbohidratos-Glucerna 1.0-Líquido-250 mL/Lata



La salud es de todos

Minsalud


FORMULA MEDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)		2019-10-18 13:54:53	
No. Prescripción		20191018167015064144	

DATOS DEL PRESTADOR			
Departamento:	Municipio:	Codigo Habilitación:	
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	110010922401	
Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicio de Salud:		
8999990032	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		
Dirección:	Teléfono:		
CRA 8 # 0 29 SUR	4077075 ext 10702		

DATOS DEL PACIENTE			
Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:
CC 39530611	ARDILA	ARIZA	ROSALBA
Numero Historia Clínica:	Usagrupo Principal:	Usario Regimen:	Ambio Atención:
39530611	8441 DESNUTRICION PROTEICOALCALINA LEVE		Ambulatorio - priorizado

PRODUCTOS DE SOPORTE NUTRICIONAL						
Tipo Producto	Producto Nutricional / Forma	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Duración Tratamiento	Recomendaciones
Suspen	Densidad Calórica - 1 a 2 kcal/mL-Ensure plus HN-Líquido-237 mL/Botella	1 unidades		24 Horas(s)	30 Día(s)	suministrar una lata al día
						TREINTA

PROFESIONAL TRATANTE	
Documento de Identificación:	Nombre: GLORIA LUCIA GUTIERREZ CASTRO
CC: 51695407	
Registro Profesional:	 Firma
Especialidad:	

La vigencia de la prescripción en la institución es la establecida en la Resolución 2017 de 2016 Art 12, numeral 5.

Fuente : Departamento de sistemas



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Autorización de Medicamentos

Esta ventana nos permite autorizar la dispensación de medicamentos relacionando cada ítem de las prescripciones frente a las solicitudes realizadas en DGH y alimentando la ventana DISPENSAR.

Datos Del paciente											
Identificación del paciente											23689818
pacnumdoc		PACIENTE									
23689818		MONROY CUADRADO FLOR OBDULIA									

Prescripciones											
	Noprescripción	Fprescripción	tipo	nombre	dosis	vía	frecuencia	Indicaciones	duración	recomendaciones	cantidades
[Seleccionar]	20190813130013737348	2019-08-13	Única	[POLIETILENGLICOL] 59g/1U ; [POTASIO CLORURO] 0,743g/1U ; [SODIO BICARBONATO] 1,685g/1U ; [SODIO CLORURO] 1,465g/1U ; [SODIO SULFATO] 5,685g/1U [POLIETILENGLICOL] 59g/1U POLVOS PARA RECONSTITUIR	4 unidades unidades	ORAL	24 24 Hora(s)	Sin indicación Especial	24 24 Hora(s)	PACIENTE CON PROCTITIS ACTINICA. REQUIERE COLONOSCOPIA. GUIAS ESGE. 2018.	4/CUATRO/SOBRE
[Seleccionar]	20190726152013397814	2019-07-26	Única	[POLIETILENGLICOL] 59g/1U ; [POTASIO CLORURO] 0,743g/1U ; [SODIO BICARBONATO] 1,685g/1U ; [SODIO CLORURO] 1,465g/1U ; [SODIO SULFATO] 5,685g/1U [POLIETILENGLICOL] 59g/1U POLVOS PARA RECONSTITUIR	4 Dosis Dosis	ORAL	24 24 Hora(s)	Sin indicación Especial	24 24 Hora(s)	4 sobres para preparación de colonoscopia	4/CUATRO/SOBRE
[Seleccionar]	20190724129013358253	2019-07-24	Única	POLIETILENGLICOL 59g/1U [POLIETILENGLICOL] 59g/1U ; [POTASIO CLORURO] 0,743g/1U ; [SODIO BICARBONATO] 1,685g/1U ; [SODIO SULFATO] 5,685g/1U ; [SODIO CLORURO] 1,465g/1U POLVOS PARA RECONSTITUIR	4 Dosis Dosis	ORAL	24 24 Hora(s)	Sin indicación Especial	24 24 Hora(s)	4 sobres para preparación de colonoscopia	4/CUATRO/UNIDADES
[Seleccionar]	20190617173012638961	2019-06-17	Única	[POLIETILENGLICOL] 59g/1U ; [POTASIO CLORURO] 0,743g/1U ; [SODIO BICARBONATO] 1,685g/1U ; [SODIO CLORURO] 1,465g/1U ; [SODIO SULFATO] 5,685g/1U [POLIETILENGLICOL] 59g/1U POLVOS PARA RECONSTITUIR	236 gramo(s) gramo(s)	ORAL	1 1 Día(s)	Sin indicación Especial	1 1 Día(s)	PACINETE QUE REQUIERE REALIZACION DE COLONOSPIA PARA IDENTIFICAR POSIBLE SANGRADOS.	4/CUATRO/SOBRE
[Seleccionar]	20190613155012575035	2019-06-13	Única	[POLIETILENGLICOL] 59g/1U ; [POTASIO CLORURO] 0,743g/1U ; [SODIO BICARBONATO] 1,685g/1U ; [SODIO CLORURO] 1,465g/1U ; [SODIO SULFATO] 5,685g/1U [POLIETILENGLICOL] 59g/1U POLVOS PARA RECONSTITUIR	236 gramo(s) gramo(s)	ORAL	1 1 Día(s)	Sin indicación Especial	1 1 Día(s)	PACIENTE QUE REQUIERE REALIZACION DE COLONOSCOPIA SE SOLICITA PREPARACION	4/CUATRO/SOBRE

Solicitudes DGH									
	AINCONSEC	ESTADO	HCONUMPOL	HCEFCPOL	iprcodigo	iprdescar	hcsobserv	control	
[Seleccionar]	4637194	FACTURADO	52	07/07/2019 11:42:30 p.m.	A16AP055252	POLIETILENGLICOL P.RECONS SOBRE 59g LAMINADO (SACHET) + SULFATO DE SODIO ANHIDRO 5,685g BICARBONATO DE SODIO 1,685g CLORURO DE SODIO 1,465g CLORURO DE POTASIO 0,7425g	2,00 und VO 1 DIA - (PARA PREPARACION DE COLONOSCOPIA)	34620145	
[Seleccionar]	4637194	FACTURADO	47	05/07/2019 08:25:47 p.m.	A16AP055252	POLIETILENGLICOL P.RECONS SOBRE 59g LAMINADO (SACHET) + SULFATO DE SODIO ANHIDRO 5,685g BICARBONATO DE SODIO 1,685g CLORURO DE SODIO 1,465g CLORURO DE POTASIO 0,7425g	4,00 und VO 1 DIA - (PARA PREPARACION DE COLONOSCOPIA)	34611910	

Fuente : Departamento de sistemas

DISPENSAR

Ventana que permite al responsable de la entrega de medicamentos realizar una consulta del estado de entrega por paciente de los medicamentos autorizados en la ventana anterior.

Pendientes por Dispensar								
NUM. DOCUMENTO	NOMBRES	INGRESO	codigo	DESCRIPCION	autorizado	Dispensado	saldo	
1003952771	SHERLY VALENTINA HERNANDEZ GONZALEZ	4756383	V06DF018231	FORMULA POLIMERICA DENSIDAD CALORICA 237 mL	120,00	8,00	112,00	
10155572	BENJAMIN ZULETA RAMIREZ	4748504	V06DF021231	FORMULA POLIMERICA RENAL PREDIALISIS BAJA PROTEINA 200mL a 250mL	60,00	2,00	58,00	
1069053380	CRISTINA GARZON VIRGUEZ	4747324	V06DF018231	FORMULA POLIMERICA DENSIDAD CALORICA 237 mL	120,00	2,00	118,00	
1069053380	CRISTINA GARZON VIRGUEZ	4747324	V06DF207	FORMULA OLIGOMERICA HIPERCALORICA FUNCION GASTROINTESTINAL DETERIORADA BOTELLA 220ml	120,00	6,00	114,00	
1070955888	NATHALIA GARAVITO SILVA	4731746	A16AA032299	MODULO DE PROTEINA GLUTAMINA/L REUTERI 10g/100UFC SOBRE 15g	120,00	23,00	97,00	
1070955888	NATHALIA GARAVITO SILVA	4731746	H01BV014712	VASOPRESINA 20UI/ml SOL INY AMPOLLA 1ml	8,00	1,00	7,00	
1070955888	NATHALIA GARAVITO SILVA	4731746	J02AN009232	NISTATINA (10 Millon UI/100 g) / OXIDO DE ZINC (20g/100 g) CREMA TUBO 40g	10,00	1,00	9,00	
1070955888	NATHALIA GARAVITO SILVA	4731746	V06DF207	FORMULA OLIGOMERICA HIPERCALORICA FUNCION GASTROINTESTINAL DETERIORADA BOTELLA 220ml	60,00	4,00	56,00	
1070955888	NATHALIA GARAVITO SILVA	4731746	V06DFI95414	FORMULA POLIMERICA RENAL DIALISIS ALTA PROTEINA 200mL a 250 mL	60,00	29,00	31,00	
1116615908	MARIO EDESIO ADAN CARDENAS	4740242	A16AA032299	MODULO DE PROTEINA GLUTAMINA/L REUTERI 10g/100UFC SOBRE 15g	42,00	19,00	23,00	
1116615908	MARIO EDESIO ADAN CARDENAS	4740242	V06DF207	FORMULA OLIGOMERICA HIPERCALORICA FUNCION GASTROINTESTINAL DETERIORADA BOTELLA 220ml	30,00	11,00	19,00	
11338594	LUIS ALFREDO MALAVER MONTAÑO	4750064	J01XL015701	LINEZOLID 600mg (2mg/ml) SOL INY BOLSA por 300ml	60,00	23,00	37,00	
11338594	LUIS ALFREDO MALAVER MONTAÑO	4750064	P02CI009231	IVERMECTINA 6mg/ml SOLUCION FCO 5ml	2,00	1,00	1,00	
11348016	LUIS HERNANDO NIETO CAMARGO	4709467	J01XL015701	LINEZOLID 600mg (2mg/ml) SOL INY BOLSA por 300ml	60,00	2,00	58,00	
11348016	LUIS HERNANDO NIETO CAMARGO	4709467	N03A9031012	PREGABALINA 75mg CAPSULA	30,00	9,00	21,00	
11348016	LUIS HERNANDO NIETO CAMARGO	4709467	N03A9031014	PREGABALINA 25mg CAPSULA	30,00	6,00	24,00	
11348016	LUIS HERNANDO NIETO CAMARGO	4709467	V06DFI95414	FORMULA POLIMERICA RENAL DIALISIS ALTA PROTEINA 200mL a 250 mL	120,00	19,00	101,00	
1233898840	ANGEL YESID GARNICA MONTAÑO	4719588	J01CA026777	TIGECICLINA 50mg P. RECONS VIAL 5ml	120,00	44,00	76,00	
1233898840	ANGEL YESID GARNICA MONTAÑO	4719588	N05AO010012P	OLANZAPINA 10mg TABLETA	60,00	48,00	12,00	
17069970	CARLOS GALINDO MORENO	4756831	H01BV014712	VASOPRESINA 20UI/ml SOL INY AMPOLLA 1ml	15,00	5,00	10,00	

Fuente : Departamento de sistemas



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

SUMINISTRO EFECTIVO

Esta ventana permite realizar el registro de las tecnologías suministradas al paciente y que han sido facturadas, dando opción al usuario de seleccionar la información suministrada en mipres y en DGH, para al finalizar el registro guardar el cruce de información y realizar el envío efectivo a la página de Mipres.

Este proceso de envío se ejecuta automáticamente todos los días a las 23 horas.

AUTORIZACION DE SERVICIOS

No de Ingreso

DATOS PACIENTE

PACNUMDOC	NOMBRES	INGRESO	FECHA_INGRESO	FECHA_SALIDA	ESTADO	FACTURA
94458079	DIEGO FERNANDO VARGAS VALENCIA	4492215	27/02/2019 06:42:05 p.m.	28/03/2019 04:47:36 p.m.	CERRADO	HBOG0002912253
94458079	DIEGO FERNANDO VARGAS VALENCIA	4492215	27/02/2019 06:42:05 p.m.	28/03/2019 04:47:36 p.m.	CERRADO	HBOG0002912254

PRESCRIPCIONES

	NOPRESCRIPCION	ConOrden	TipoTecnologia	DESCRIPCION	CANTIDAD	AUTORIZADO	SALDO
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20190204149010277744	1	M	OLANZAPINA 10mg/1U[OLANZAPINA]10mg/1UTABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	45	0,00	45,00
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20190206161010314050	1	M	OLANZAPINA 10mg/1U[OLANZAPINA]10mg/1UTABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	60	0,00	60,00
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20190302177010715629	1	M	[OLANZAPINA] 10mg/1U[OLANZAPINA]10mg/1UTABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	60	37,00	23,00
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20190313121010878208	1	N		60	0,00	60,00
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20190313121010878208	3	N		60	0,00	60,00
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20190313179010878639	1	N		4	2,00	2,00
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20190315120010922062	1	N		60	32,00	28,00

SOLICITUDES DGH

#	ORDE_N_SERVICIO	FECH_A_CARGA	TECNOLOGIA	CODIGO	DESCRIPCION	VALOR	CANTIDAD	OID	SFANUMFAC	INGRESO

No data to display

SERVICIOS AUTORIZADOS

CODTECENTREGADO	DESCRIPCION	VALOR_UNITARIO	CANTIDAD_TOTAL	VALOR_TOTAL
	FORMULA POLIMERICA DENSIDAD CALORICA 237 ml	8778,00	32,00	280896,00
19974415-03	OLANZAPINA 10mg TABLETA	258,00	37,00	9546,00
NA	MODULO DE PROTEINA SIN CALCIO POLVO 275g	112545,00	2,00	225090,00

Fuente : Departamento de sistemas

VENTAJAS DE USO

- Toda la información consultada de mipres es almacenada en servidores del Hospital permitiendo acceder a ella **7*24** y sin limitante de consultas
- Creación de informes ej: mayores tecnologías solicitas, estadístico de médicos por cantidad de prescripciones, días de la semana con mayor número de solicitudes etc.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

- Informes estadísticos para retroalimentación al área médica en cuanto al diligenciamiento del mipres.
- Dado que es un proceso automático la descarga de prescripciones, esta es realizada 3 veces cada hora en los minutos 00 20 y 40.
- Generación automática de cada prescripción en pdf para soporte de cuentas.

ESTADO EN DESARROLLO DEL APLICATIVO

OPCION	ESTADO
Descarga de prescripciones	Finalizado
Consulta de prescripciones	Finalizado
Descarga de juntas Medicas	Finalizado
Consulta Juntas medicas	Finalizado
Autorización de Medicamentos	Finalizado
consulta De autorización Medicamentos	Finalizado
Cruce De suministro efectivo	Finalizado
envió suministro efectivo	finalizado
consulta soporte suministro Efectivo	En desarrollo
Descarga de Direccionados	Finalizado
Consulta de direccionados	En desarrollo
Informes	Por Definir

- Apoyo en la difusión de **6 eventos** de Gestión del Conocimiento dirigidos al personal asistencial de Bogotá y Cundinamarca. Se evidencia mayor participación de los profesionales de la salud en los distintos eventos programados gracias al apoyo suministrado (posters publicitarios, formularios de inscripción, publicación en RRSS, publicación en las carteleras físicas y canal Interno de comunicación -parrilla de programación)
- Acompañamiento al Gerente-Evento “Presentación Acuerdo de Punto Final” realizado en la Gobernación de Cundinamarca. Se logró visibilizar el alcance, y el número de veces que se compartió esta publicación en las RRSS del HUS y de los entes aliados (Gobernación de Cundinamarca y Secretaria de Salud).
- Acompañamiento visita de Referenciación Comparativa Centro Dermatológico Federico Lleras. Se logró reconocer el modelo de comunicación adoptado en el Centro para referencia de nuestra institución.
- Entrega de **100 lapiceros** institucionales a la Dirección de Atención al Usuario de la UFZ para las campañas de Humanización. Se logró fortalecer y reforzar el apoyo de la oficina de comunicaciones para esta unidad cuando así lo requieran.
- Manejo del presupuesto asignado para comunicaciones con el fin de dar apoyo para las distintas actividades del tercer trimestre (eventos de gestión del conocimiento, actividades, jornadas, etc).



051



SC5520-1



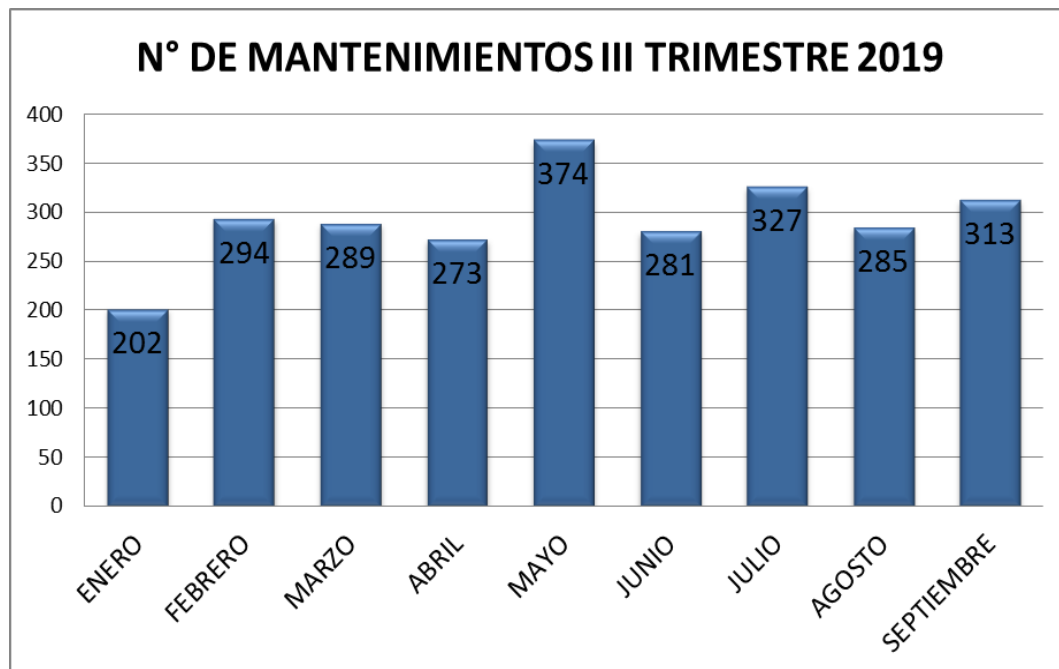
4.3 GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

GESTIÓN DEL PROCESO

UNIDADES FUNCIONALES BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ

1.1. ANÁLISIS DE MANTENIMIENTOS

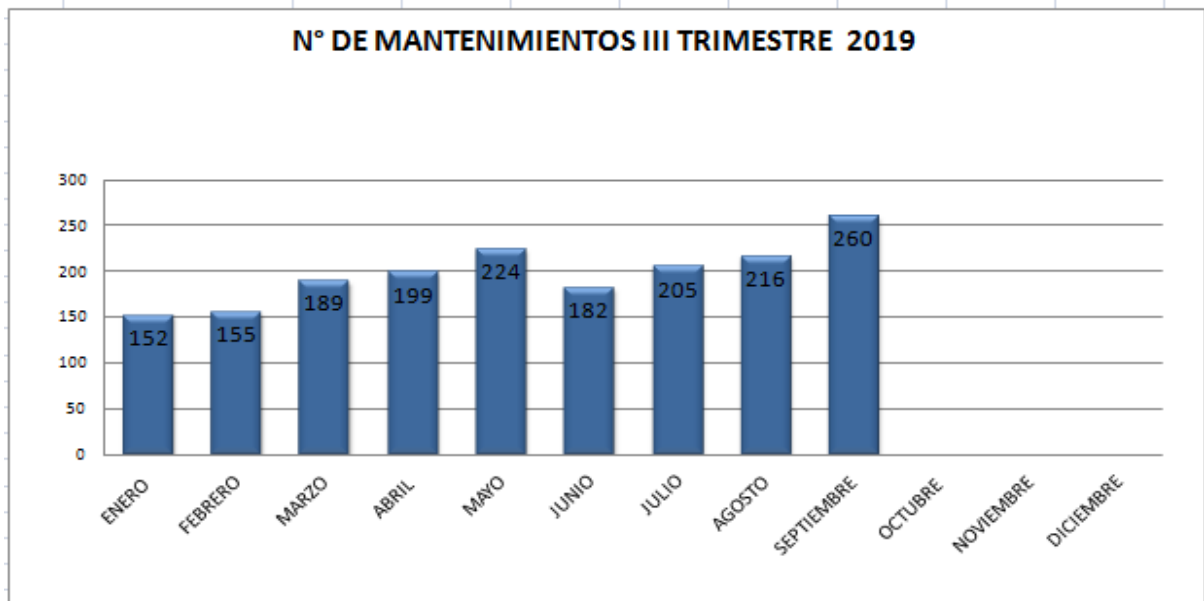
a) SEDE BOGOTÁ



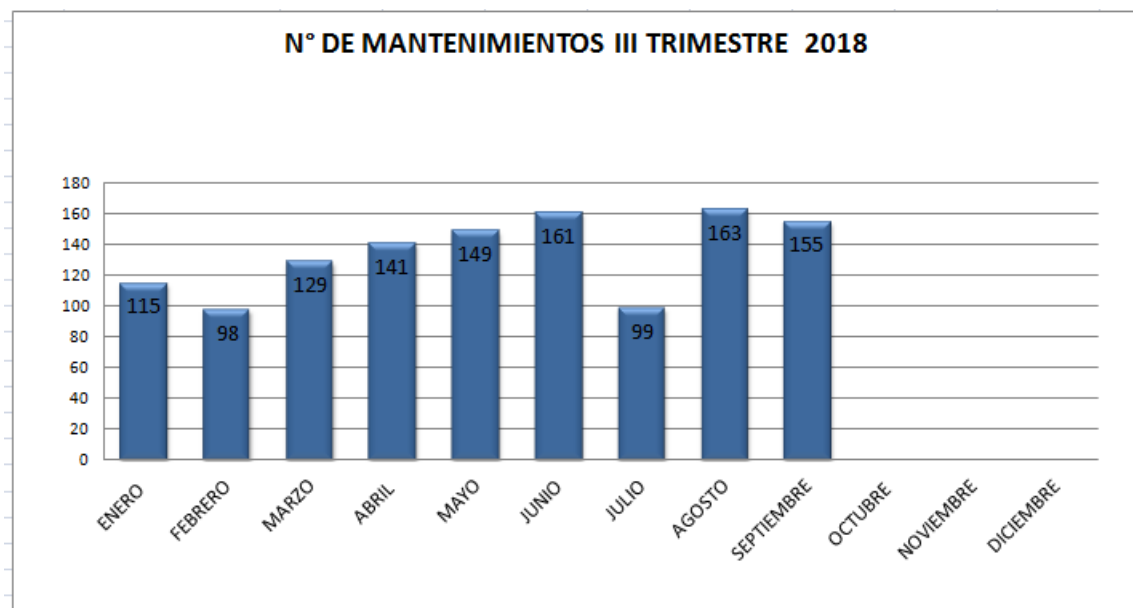
Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.

La gráfica representa el número de mantenimientos realizados mensualmente en el transcurso del 2019, manteniendo una media de 308,3 la cual es muy cercana al anterior trimestre teniendo en cuenta que la media anterior fue de 309,3. En el mes de julio y septiembre se obtuvo un valor superior a la media en el mes de agosto hubo un bajo registro ya que las actividades de mantenimiento preventivo así requieran de varios días solo generaba un reporte de mantenimiento, lo que genera un desequilibrio en cuanto a número de reportes según el tiempo requerido.

b) ANALISIS DE MANTENIMIENTOS UFZ



Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.



Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.

1.2. INDICADORES

a) SEDE BOGOTÁ

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

N° de mantenimientos 2019

	JUL	AGO	SEP	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	212	171	241	624	67,24%
M. PREVENTIVOS	115	114	72	301	32,44%
TOTAL	327	285	313	928	99,68%

N° de mantenimientos 2018

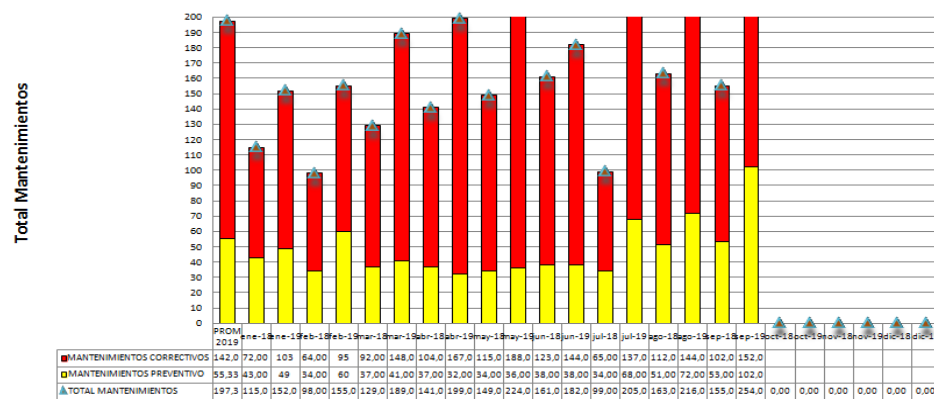
	JUL	AGOST	SEP	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	90	315	260	665	81,30%
M. PREVENTIVOS	51	52	50	153	18,70%
TOTAL	141	367	310	818	100,00%

Los porcentajes del año 2019 el mantenimiento preventivo aumento en un 13.74% lo anterior debido a que la cantidad de mantenimientos que se están registrando es mayor comparado con los porcentajes registrados en el trimestre del 2018 y los mantenimientos correctivos disminuyeron en un 14.06%.

b) Sede Zipaquirá

RESUME

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS/CORRECTIVOS



Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.

Los Mantenimientos Preventivos / correctivos para el III Trimestre 2019 se evidencia un aumento significativo debido a que se ha realizado en las instalaciones de la Unidad Funcional Zipaquirá y en sus puestos de Salud un programa de revisión y reparación el cual ha garantizado el buen funcionamiento de los equipos industriales, áreas y su fiabilidad, todo ajustado al cronograma de mantenimientos preventivos del año en curso y al plan de mantenimiento Hospitalario, el promedio de los mantenimientos de lo que va corrido del año está en 197.3 órdenes de mantenimiento preventivos y correctivos, atendidas durante la vigencia, además de cumplir con la certificación de habilitación al Centro de Salud de Cogua.

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	103	95	148	167	188	144	137	144	152				1278	71,72%
M. PREVENTIVOS	49	60	41	32	36	38	68	72	108				504	28,28%
TOTAL	152	155	189	199	224	182	205	216	260	0	0	0	1782	100,00%

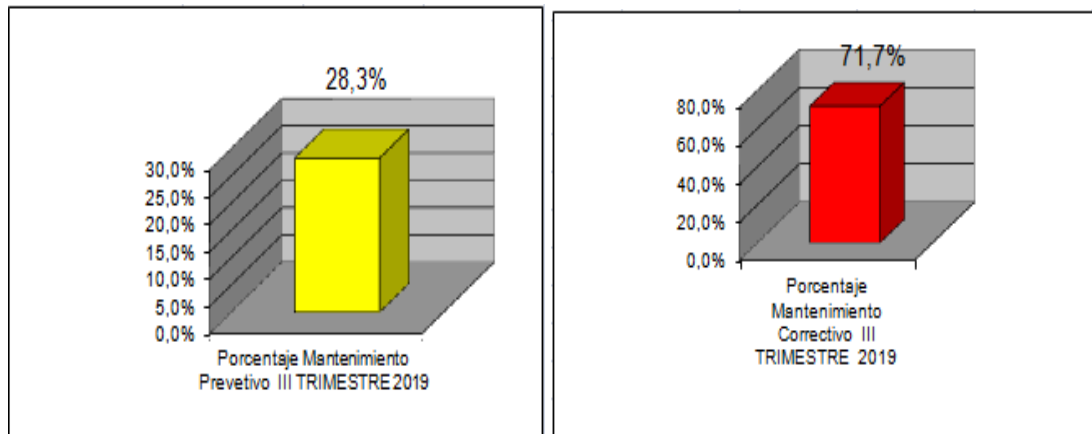
Nº de mantenimiento 2019 FUENTE : PLAN DE MANTENIMIENTO

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	72	64	92	104	115	123	65	112	102				849	70,17%
M. PREVENTIVOS	43	34	37	37	34	38	34	51	53				361	29,83%
TOTAL	115	98	129	141	149	161	99	163	155	0	0	0	1210	100,00%

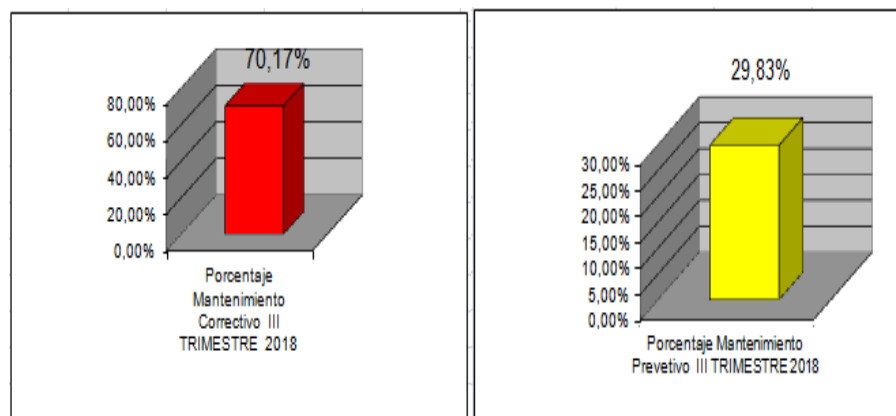
Nº de mantenimiento 2018 FUENTE : PLAN DE MANTENIMIENTO

En las ultimas vigencias 2019 y 2018 se han mantenido los porcentajes entre un 71 % y 28,5 % en promedio cabe desatacar con relación a otras vigencias el aumento significativo en los mantenimiento preventivos y correctivos se debe a que se ha aumentado el recurso humano inicialmente de tres auxiliares de mantenimiento para el 2016 a siete para el 2019.

INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO III TRIMESTRE DE 2018 VS III TRIMESTRE 2019



Fuente: Área de mantenimiento.



Fuente :Área de mantenimiento y arquitectura.

Los mantenimientos preventivos se encontraron en un 28.3 % en la totalidad del III Trimestre de 2019, se observa que en los mantenimientos correctivos estuvieron un 71,7% de esta vigencia. En el caso del aumento de los correctivos se presentaron fue debido a las órdenes de mantenimiento relacionadas con la habilitación del Centro de Salud de Cogua.

I. INDICADOR PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO

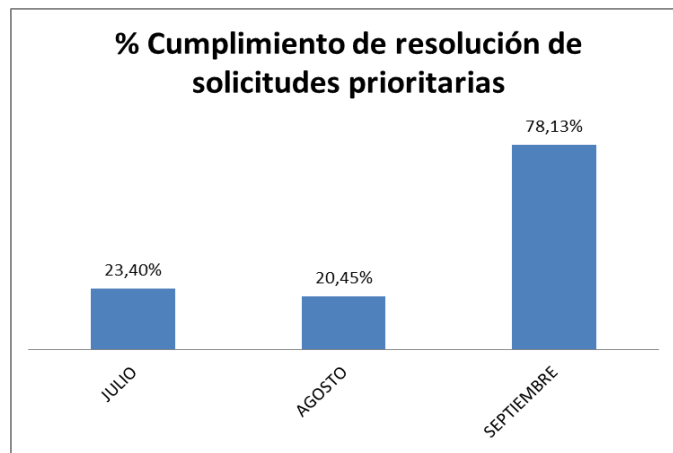
a) SEDE BOGOTÁ

% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
JULIO	47	11	23,40%
AGOSTO	44	9	20,45%
SEPTIEMBRE	32	25	78,13%
PROMEDIO			40,66%

El indicador muestra un promedio de 40,66% de cumplimiento de solución de las solicitudes prioritarias. Arrojando un resultado negativo comparado con el trimestre anterior (51,21%) a lo cual se le realizó su análisis minucioso en el cual se evidenció que aquellas incidencias que se realizan después de las 5 de la tarde y las que se realizan en días no hábiles, nos afecta en dicho indicador teniendo en cuenta que la mesa de ayuda es manejada solo por el coordinador de mantenimiento en horario de oficina de lunes a viernes, lo que hace que en las estadísticas del indicador de “tiempo de solución de las incidencias” tengan tiempo ocioso desde el momento de su creación hasta el momento de asignarse al operario correspondiente.

Las solicitudes faltantes igualmente se solucionaron pero en un tiempo después de un (1) día.

En el mes de septiembre se evidencia un buen porcentaje de cumplimiento, esto se debe que en los días no hábiles no se realizaron muchas incidencias, pero cabe recalcar que en todo el trimestre la mayoría de las incidencias decepcionadas en el horario laboral por el coordinador, con apoyo de los auxiliares se realizaron todas las actividades y gestiones necesarias para solucionar las prioritarias en menos de 24 horas

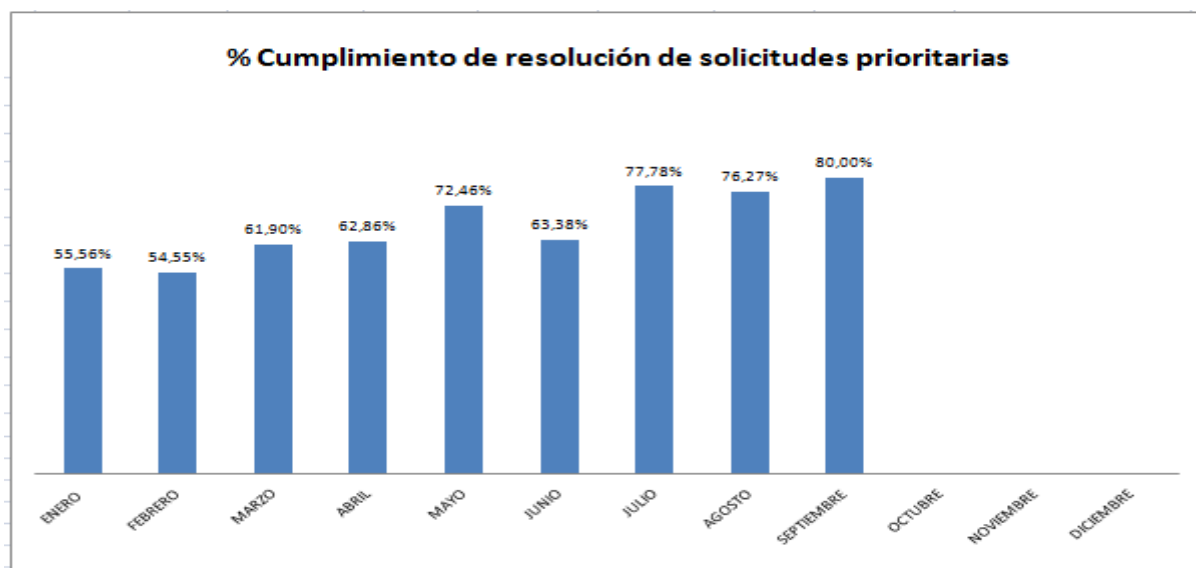


Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.

Sede Zipaquirá

% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
ENERO	36	20	55,56%
FEBRERO	33	18	54,55%
MARZO	42	26	61,90%
ABRIL	35	22	62,86%
MAYO	69	50	72,46%
JUNIO	77	45	63,38%
JULIO	45	35	77,78%
AGOSTO	59	45	76,27%
SEPTIEMBRE	50	40	80,00%
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			
<i>PROMEDIO</i>			<i>67,20%</i>

Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.



Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.



051



SC5520-1



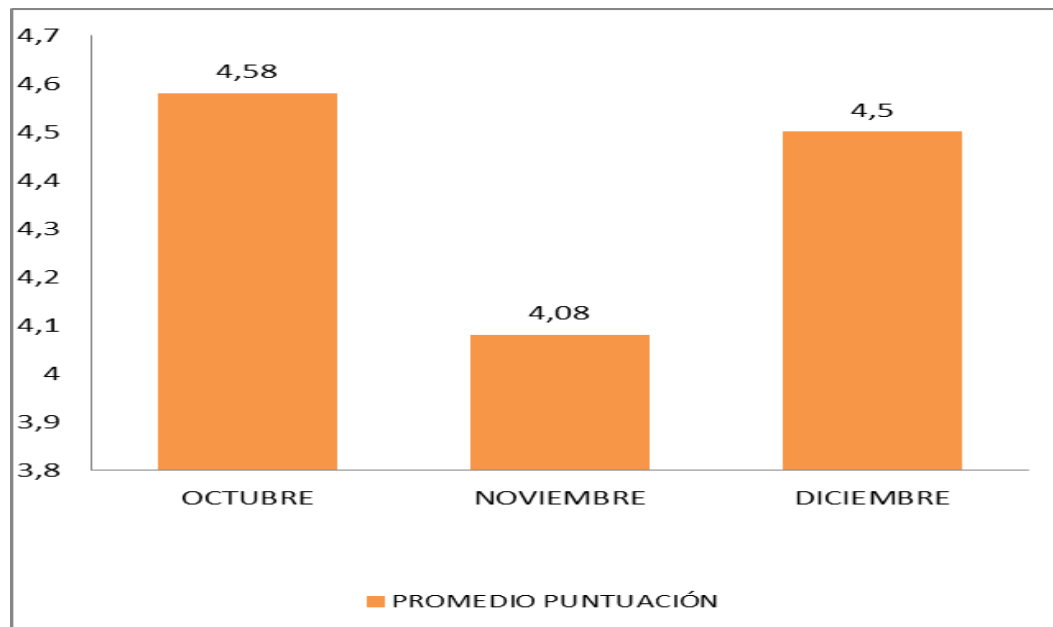
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

El indicador muestra que en un promedio de 67,20 % se cumple por encima del 50% con la solución de solicitudes prioritarias, se debe seguir trabajando con la eficiencia del servicio prioritario. Algunas solicitudes no se realizaron en el tiempo por disponibilidad de insumos pero de se solucionan después del día.

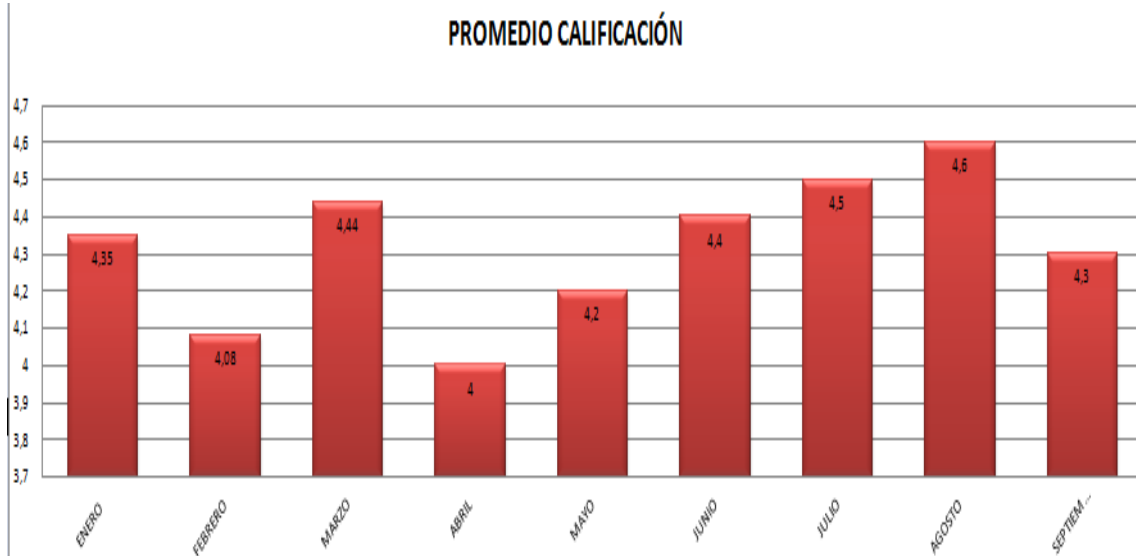
II. INDICADOR DE SATISFACCIÓN.



Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.

Se considera que dicho indicador no presenta información real por lo tanto se espera que al implementar el nuevo software para mantenimiento para se logre registrar datos que reflejen la realidad, teniendo en cuenta que dichos datos no podrían registrarlos de manera manual.

Sede Zipaquirá:



Fuente :Area de mantenimiento y arquitectura.

El cliente interno se encuentra satisfecho con un promedio de 4,3 de acuerdo a la calificación con la solución a los requerimientos que se presentaron durante lo que va corrido del año

CRITERIO
PRESENTACION PERSONAL
DISPOSICION
OPORTUNIDAD
HABILIDAD

PQRS SEDE BOGOTÁ.

En este trimestre NO se atendieron Peticiones, quejas, reclamos ni sugerencias.

PLAN OPERATIVO:

El cumplimiento del cronograma de mantenimiento para el mes de septiembre 100%, de acuerdo a la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario de 2019, y lo que va corrido en el año 48%



CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO

PISO	SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
SOTANO	UNIDAD RENAL	■											
	CONSULTA EXTERNA (SOTANO)		■										
	FARMACIA		■										
	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO		■										
	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	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ MANTENIMIENTO PREVENTIVO
■ MANTENIMIENTO CORRECTIVO

Fuente: Departamento de mantenimiento Bogotá.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

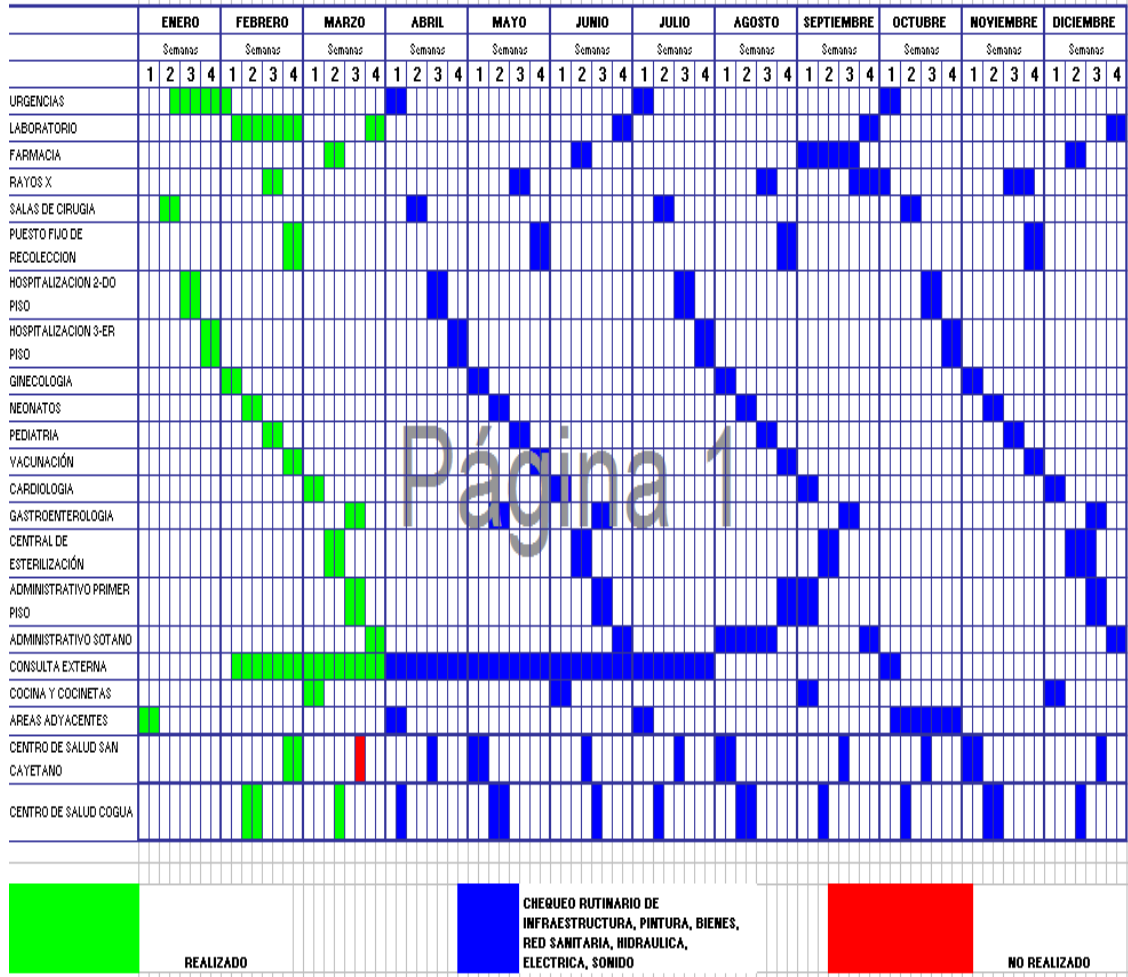
“Humanización con sensibilidad social”

a. Sede Zipaquirá:

**CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS SERVICIOS DEL HUS
ARQUITECTURA Y MANTENIMIENTO**



PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2019



Página 1

5. PAS

a. SEDE BOGOTÁ.

El PAS (Plan de acción en la salud) del área está enfocado al apoyar el objetivo estratégico número 1 con el que se busca **FORTALECER LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DE LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS EN EL MODELO DE RED DEPARTAMENTAL** en el cual se establecen dos objetivos operativos cada uno con sus actividades específicas, mencionadas a continuación:



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

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)	50%
Radicar y hacer ajustes solicitados por el Ministerio de Salud	30%
Elaborar los estudios previos una vez se cuente con la aprobación del Ministerio de Salud	20%
Ejecución del plan mantenimiento hospitalario	25%
Radicar prorroga ante CODENSA y obtener aprobación para 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	15%
Obtener permisos para aprobación de proyecto de 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	15%
Estudios previos para contratar la ejecución de la obra correspondiente a la implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	10%
Contratar para la ejecución de la obra e interventoría	15%
Asegurar o anclar todos los lockers.(cuantificar los lockers y realizar anclaje)	5%

6. GESTIÓN DEL RIESGO

a. 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

Estamos en proceso de fortalecer dicha matriz incluyendo los riesgos operativos ya que es un área en que el personal a cargo puede significar riesgos mecánicos.

PROGRAMA

b. SEDE BOGOTÁ.

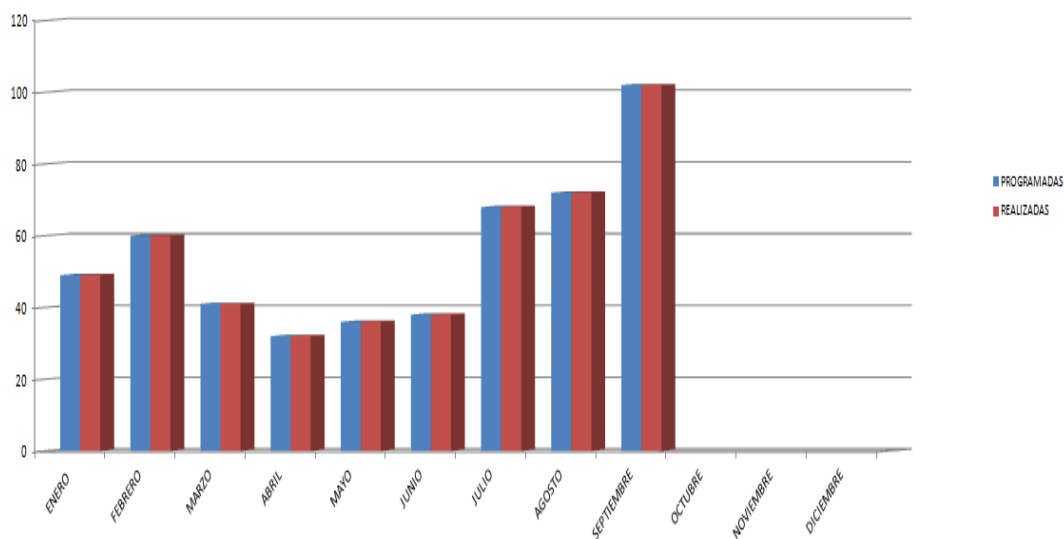
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO



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	51
AGOSTO	52	52
SEPTIEMBRE	50	50
OCTUBRE	43	
NOVIEMBRE	46	
DICIEMBRE	36	
TOTAL	536	411
% CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO		77%
TERCER TRIMESTRE		100%

Para el corte de segundo trimestre se obtiene un cumplimiento del 100% de ejecución del plan de mantenimiento preventivo, y con un cumplimiento de 77% para todo el año 2019.

a. SEDE ZIPAQUIRÁ



Para el corte del tercer trimestre se obtiene un cumplimiento del 100% de ejecución del plan de mantenimiento preventivo.

NÚMERO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS		
	PROGRAM ADAS	REALIZADAS
ENERO	49	49
FEBRERO	60	60
MARZO	41	41
ABRIL	32	32
MAYO	36	36
JUNIO	38	38
JULIO	68	68
AGOSTO	72	72
SEPTIEMBRE	102	102
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		
TOTAL	498	498
% CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO		
III TRIMESTRE	100%	

OTROS

a. SEDE DE BOGOTÁ :

PRINCIPALES LOGROS

- Está en trámite por parte de mantenimiento las siguientes convocatorias:

Convocatoria 14 correspondiente a la remodelación de la UCI.

Convocatoria 15 correspondiente al mantenimiento de la cubierta.

Convocatoria 16 el correspondiente a la adquisición de ascensores.

- Finalización de obra de SALA DE PARTOS con un 100% de ejecución
- Adecuación Oficina de compras y suministros
- Adecuación oficina de Arquitectura y Mantenimiento
- Pavimentación ingreso urgencias
- Demarcación.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Pintura planta eléctrica parte de mantenimiento:



Remodelación baños públicos 100% de ejecución del valor inicial, posterior se realiza adición de \$32.964.933.



- Remodelación consulta externa para habilitar dos consultorios de Neurocirugía.



DISTRIBUCIÓN AUXILIARES DE MANTENIMIENTO A CARGO “PLAN PADRINO”

Nombres	Cargo	Funciones
Reyes Daniel	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos eléctricos correctivos y/o preventivos de cualquier área del HUS BOGOTA
Gaitán Enrique	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos eléctricos correctivos y/o preventivos de cualquier área del HUS BOGOTA
Cáceres Jonathan	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Tercero Norte.</u>
Anzola Robinson	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Quinto Piso.</u>
Bermúdez Juan	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Sótano Norte</u>
Moreno José	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Tercero Sur</u>
Pérez Jorge	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Segundo Norte</u>
Anzola Wilmer	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Sótano Sur</u>
Hermes José	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA.

Méndez Jeison	Auxiliar De Mantenimiento	<u>Especialmente en el Primer Piso</u> Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA.
Prieto José	Auxiliar De Mantenimiento	<u>Especialmente en el Segundo Sur</u> Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Cuarto Norte</u>

Sede Zipaquirá

- Adecuaciones Cardiología.
- Pintura interior Ginecología, Hospitalización segundo y tercer piso
- **Habilitación Centro de Salud de Cogua.**
- Instalación de cubierta 350 mt2 primera fase
- Mantenimiento eléctrico tableros de distribución primera fase
- Adecuaciones del auditorio consulta externa
- Adecuaciones esterilización- salas de cirugía

REGISTRO FOTOGRAFICO MANTENIMIENTO PREVENTIVO/ CORRECTIVO LO MAS SIGNIFICATIVO.





MANTENIMIENTO CUBIERTAS FASE UNO



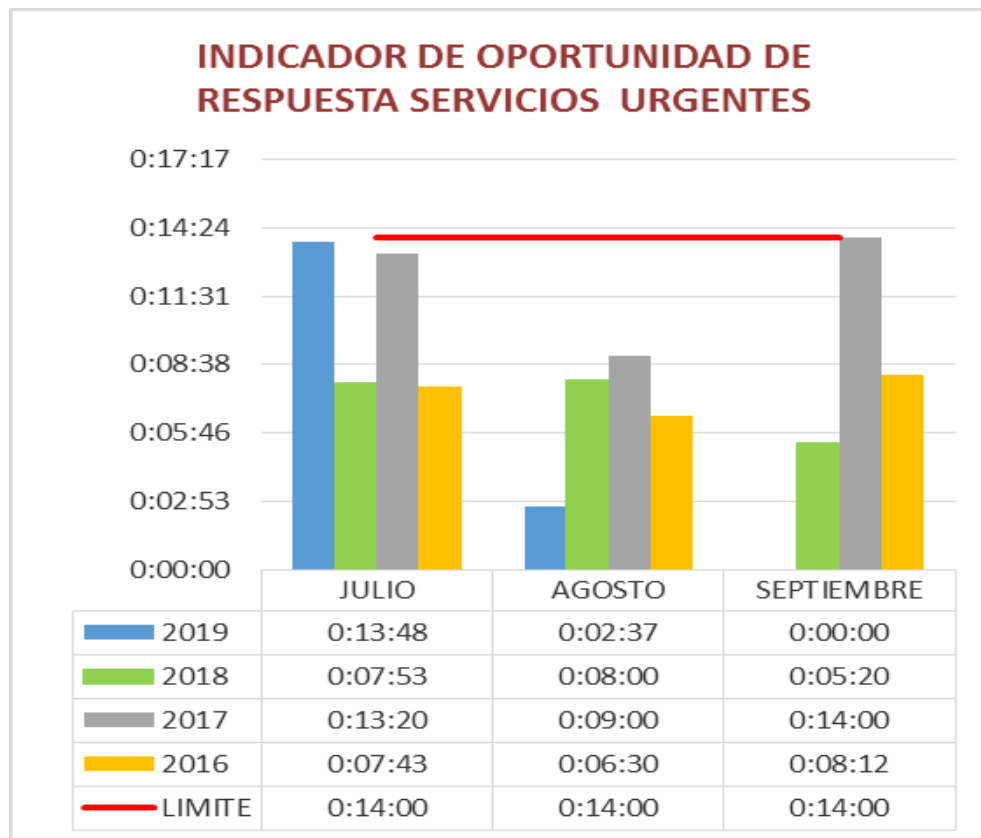
4.4 GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

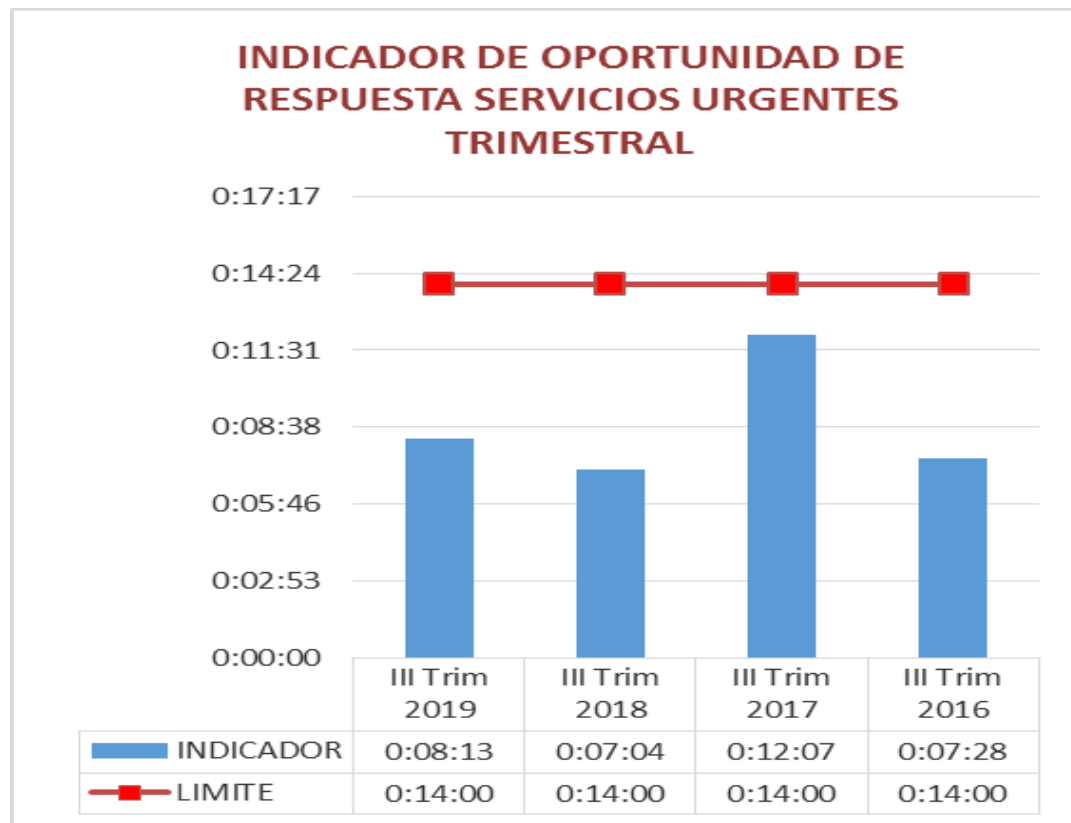
GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADOR OPORTUNIDAD DE RESPUESTA – SERVICIOS URGENTES

Indicador oportunidad de respuesta urgente – BOGOTÁ

Durante el tercer trimestre del año 2019 se presentaron un total de 23 requerimientos de servicio de mantenimiento por falla, mal funcionamiento o avería de tecnología biomédica, en los años anteriores se presentaron así: 30 en 2018, 15 en 2017 y 32 en 2016. La respuesta oportuna a estos servicios urgentes, se mantiene dentro del límite estimado. Sin embargo se presentó un pequeño incremento en relación al mismo trimestre del 2018, debido a que la tecnología más recurrente en fallo es “colchón alternante” la cual empleo rápidamente los repuestos proyectados para este año y se ha tenido que reparar algunos de las celdas de los colchones. Para dar una solución más rápida está en proceso la adquisición de nuevos repuestos.

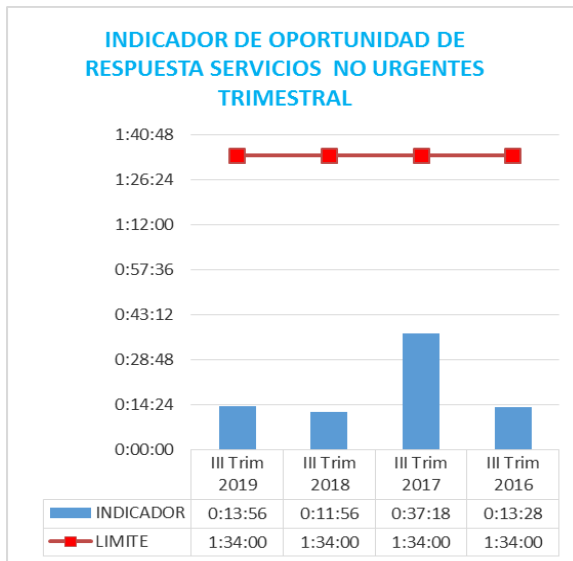




1.2. INDICADOR DE OPORTUNIDAD DE RESPUESTA - SERVICIOS NO URGENTES

Indicador oportunidad de respuesta no urgente – BOGOTÁ

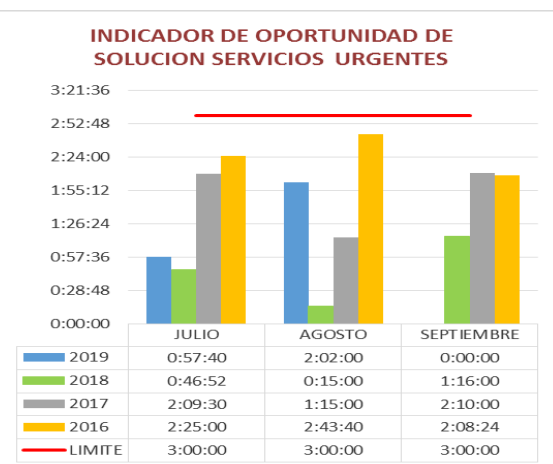
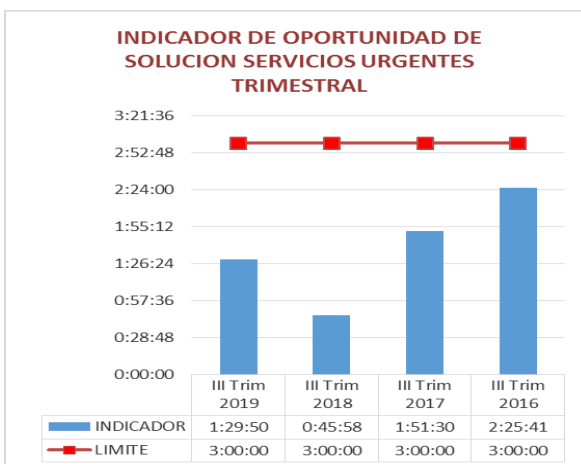
La cantidad de requerimientos de mantenimiento correctivo desde los servicios no urgente en el tercer trimestre fue de 44. Para los años anteriores se presentó así; (39 en 2018, 15 en 2017 y 55 en 2016). La respuesta se mantiene inferior al límite estimado en 94 minutos. En este último trimestre se presenta un leve incremento debido al hecho particular de ocurrencia simultánea de requerimientos por daño, que obligan a priorizar la atención. – hecho puntual; monitor de signos vitales de hospitalización 5° piso que requirió un repuesto. Tiempo de solución; 2 horas. – No se genera acción de mejora debido a que este tipo de eventos son normales en la acción de priorizar la atención cuando los requerimientos son simultáneos, además el tiempo el promedio mensual y trimestral no fue superado.



1.3. INDICADOR OPORTUNIDAD DE SOLUCIÓN – SERVICIOS URGENTES

Indicador oportunidad de solución – servicios urgentes – Bogotá

En el tercer trimestre del 2019 en tiempo de solución promediado se ve incrementado debido al tipo de falla presentado en dos electrocardiógrafos del servicio de urgencias en el mes de agosto, el cual requirió de tiempo alto de pruebas para poder entregar los equipos en óptimas condiciones de funcionamiento. No se requiere plan de mejora. En términos generales, el Indicador de Oportunidad de Solución para servicios Urgentes no se ve rebasado.

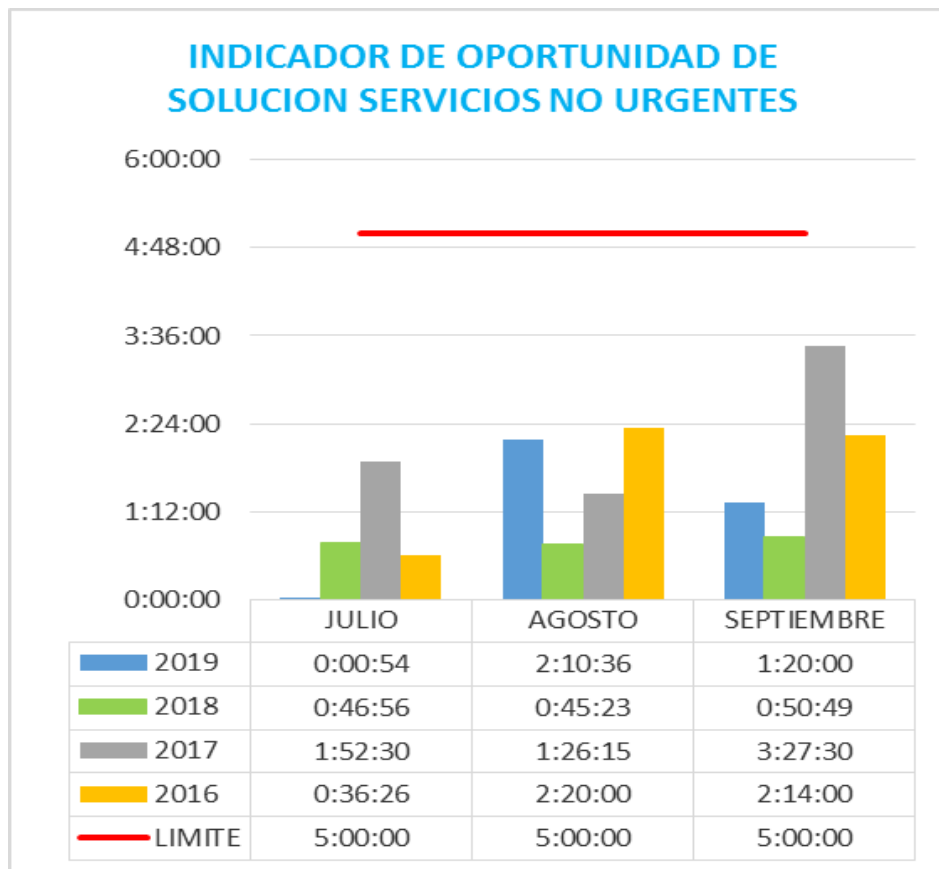


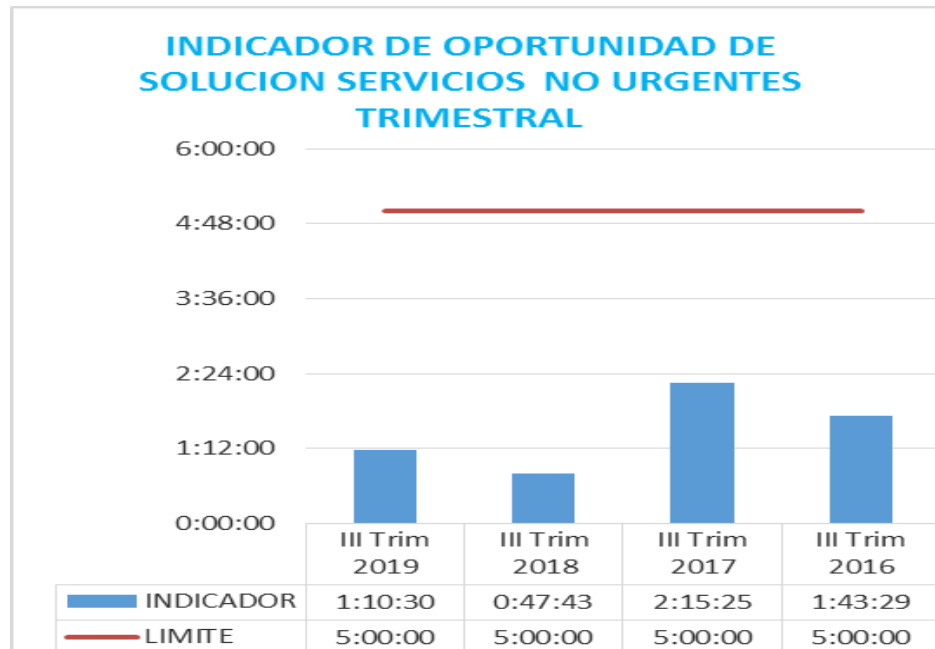
1.4. INDICADOR OPORTUNIDAD DE SOLUCIÓN – SERVICIOS NO URGENTES



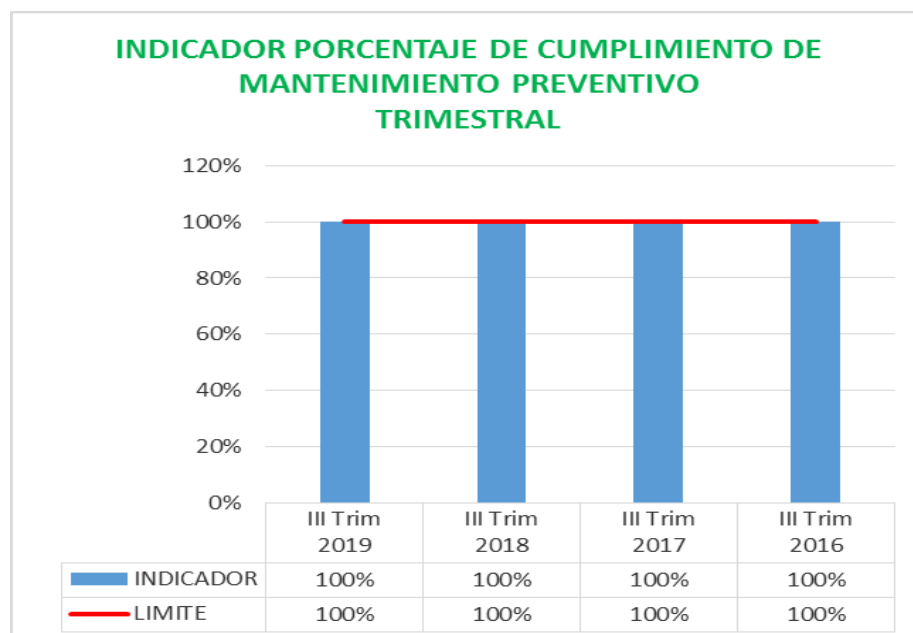
Indicador oportunidad de solución – servicios no urgentes – Bogotá

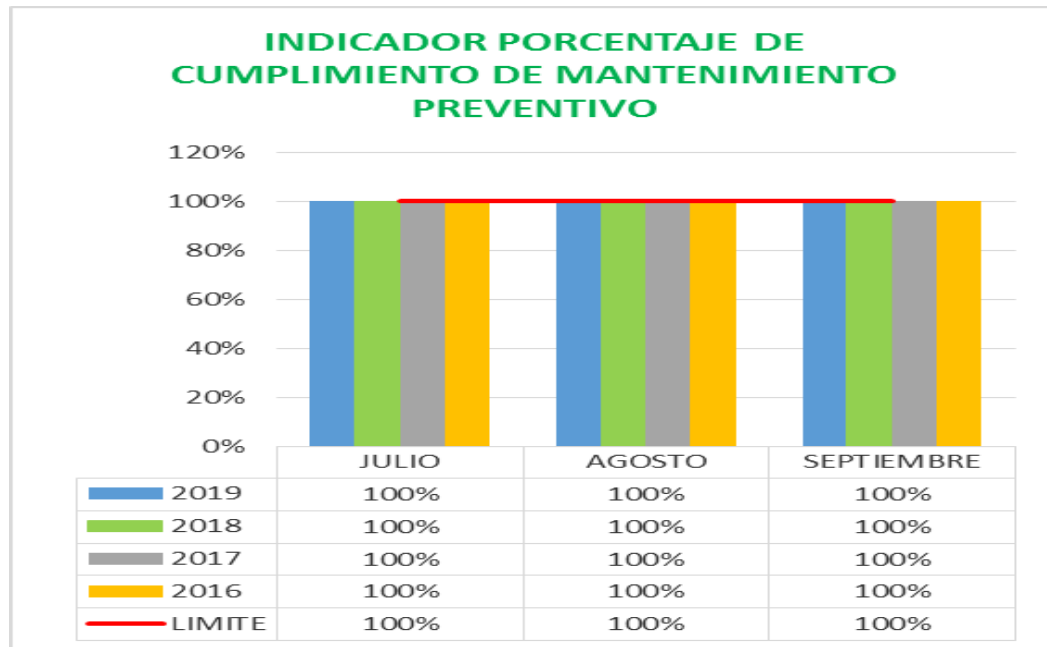
Del total de 44 requerimientos por falla de tecnología biomédica en servicios no urgentes, 32 corresponde a camas eléctricas y 7 a colchones alternantes, razón por la cual se ha incrementado levemente el tiempo de solución de las fallas. Hay que aclarar que en la mayoría de los casos – casi todos – los daños no inhabilitan el equipo y este se puede intervenir aun cuando se encuentre en uso. Para reducir la probabilidad de daño se ha intensificado la periodicidad de revisión según cronograma y está en proceso la adquisición de stock de repuestos. Sin embargo el tiempo de respuesta programado, no fue rebasado.





Fuente: departamento de equipo medico.



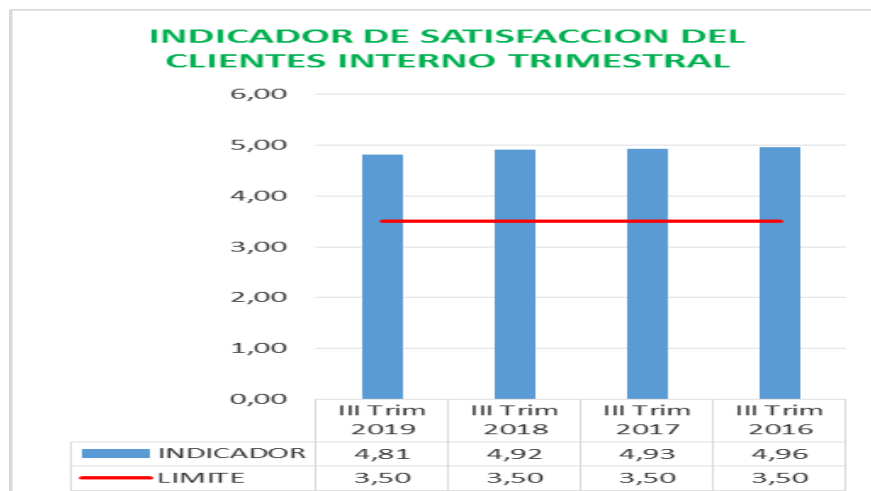


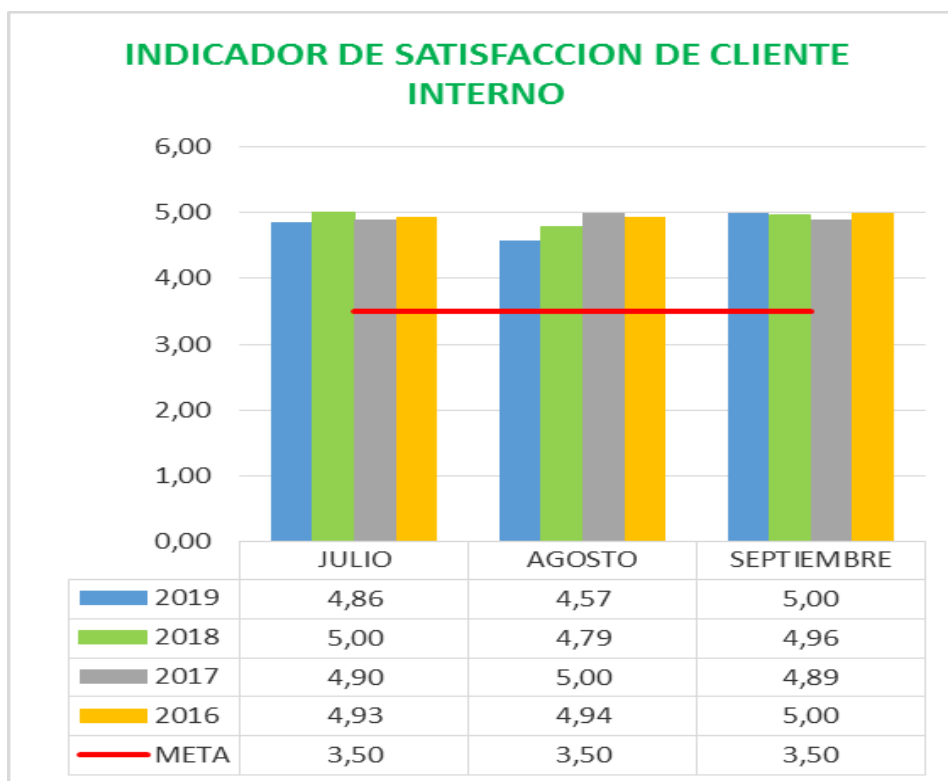
Fuente: departamento de equipo medico

Se día total cumplimiento al mantenimiento preventivo, según lo establecido en el cronograma.

1.6. INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO.

Satisfacción del cliente interno - Bogotá



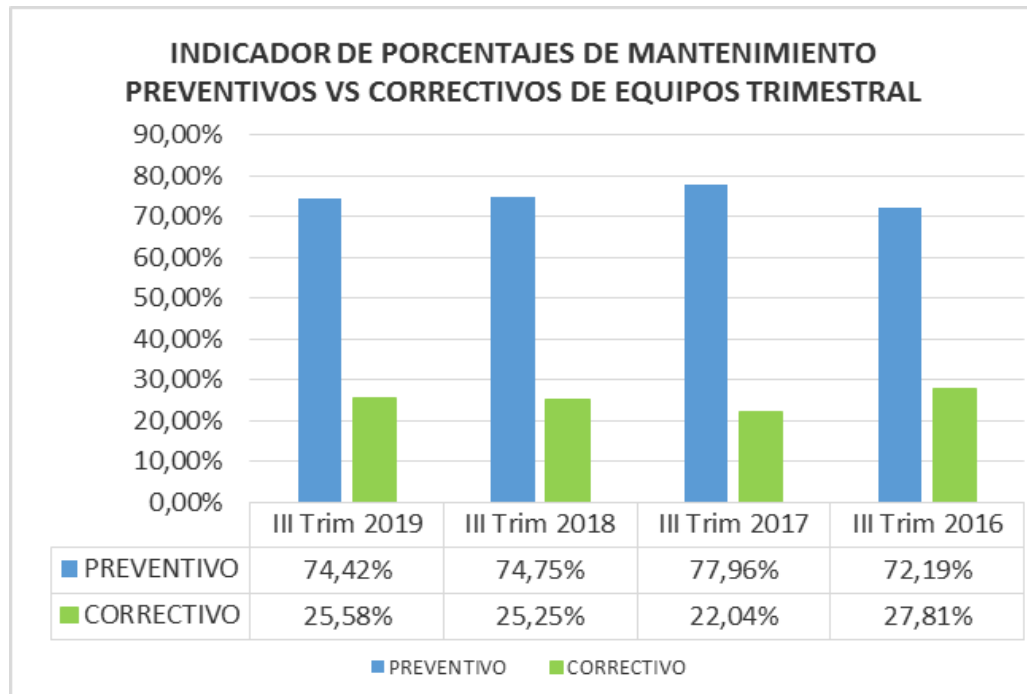


El Indicador de Satisfacción cliente interno para Bogotá, muestra la buena percepción de los clientes internos en cuanto a la atención y servicio por parte del grupo de ingeniería de tecnología biomédica del HUS.

1.7. Indicador de mantenimiento preventivo frente a los correctivos.

Mantenimiento Preventivo Vs Correctivo - Bogotá

En el tercer trimestre se mantiene la tendencia que señala una superioridad porcentual del mantenimiento según el cronograma. Aunque se pretende disminuir la cantidad de fallas, esto no se ha podido lograr debido a dos factores principalmente; uno es, los permanentes picos de ocupación y demanda de usuarios del HUS y el otro es consecuencia del anterior, horas de uso y antigüedad de algunos equipos, que presentan fallas reiteradas. Como plan de acción desde tecnología biomédica, se incrementará la cantidad de repuestos de alta rotación para mantener en mejor estado los equipos.



TECNOLOGIA RECIBIDA EN EL TERCER TRIMESTRE DE 2019.

Contrato número 475 – 2018:

Con la firma AMAREY: 4 incubadoras cerradas, 3 incubadoras híbridas y 1 lámpara de fototerapia, por valor de \$464.457.000. Recibido a satisfacción el 21 de agosto de 2019.



4.5 GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADORES

Durante el tercer trimestre, la Subdirección 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 tercer trimestre involucraron las áreas de Farmacia, Hotelería, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Osteosíntesis, Comunicaciones, Personal, Desarrollo Humano, Atención al Usuario y Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico, 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 2019. Estos estudios sirvieron para llevar a cabo las Convocatorias y Compras Directas las cuales pretenden, primero que todo atender los requerimientos del Hospital y finalmente satisfacer todas las necesidades de la institución en cada uno de sus áreas.

PROCESOS ADELANTADOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

La Subdirección de Bienes, Compras y Suministros continuó el proceso de Convocatoria Pública No. 13 de 2019 cuyo objeto fue: ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DE APOYO INDUSTRIAL DE USO HOSPITALARIO, A FIN DE DOTAR EL NUEVO HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ, quien tuvo como fecha de apertura el día 12 de junio de 2019 pero la mayor parte del desarrollo de la misma se llevó a cabo dentro del tercer trimestre del año en curso, dándose su adjudicación el día 21 de agosto de 2019.

Es de recalcar que esta convocatoria se llevó a cabo con el fin de dotar el Hospital Regional de Zipaquirá.

De acuerdo a lo anterior, se presenta relación de cantidad de procesos ejecutados durante el periodo presentado en mención, realizando comparativo con la vigencia inmediatamente anterior (2018-2019).

TOTAL CONVOCATORIAS		
	2018	2019
PUBLICADAS	1	0
ADJUDICADAS	1	0
ANULADAS	0	0

Fuente : departamento de compras y suministros

De lo anterior se resalta la siguiente información:



2018						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONVOCATORIA PUBLICA N 01	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (MEDICAMENTOS) PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAUIRÁ.	84	\$ 7.065.269.786,00	\$ 6.256.057.413,00	\$ 809.212.373,00	89%
CONVOCATORIA PUBLICA N 02	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (MEDICAMENTOS) PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAUIRÁ.	147	\$ 4.680.051.475,00	\$ 3.767.870.279,95	\$ 912.181.195,05	81%
CONVOCATORIA PUBLICA N 03	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO DE HEMODINAMIA) PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ.	86	\$ 1.918.361.390,00	\$ 1.503.334.381,00	\$ 415.027.009,00	78%
CONVOCATORIA PUBLICA N 04	ADQUISICION DE LA COMPRA DE SUMINISTROS DE MATERIALES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE	87	\$ 867.262.650,00	\$ 684.917.241,00	\$ 182.345.409,00	79%

	LA SAMARITANA.					
CONVOCATORIA PUBLICA N 05	SUMINISTRO DE MATERIALES DE OSTEOSINTESIS PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	111	\$ 3.631.000.000,00	\$ 3.594.631.905,00	\$ 36.368.095,00	99%
CONVOCATORIA PUBLICA N 06	SUMINISTRO DE REACTIVOS E INSUMOS PARA LABORATORIO CLINICO, PATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA D.C Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	142	\$ 3.399.114.185,00	\$ 3.119.016.198,00	\$ 280.097.987,00	92%
CONVOCATORIA PUBLICA N 07	SUMINISTRO DE MATERIALES E INSUMOS DE APOYO CLINICO PARA EL ALMACEN GENERAL DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	145	\$ 626.963.943,00	\$ 558.428.661,00	\$ 68.535.282,00	89%
CONVOCATORIA PUBLICA N 08	SUMINISTRO DE MATERIALES E INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS PARA EL ALMACEN GENERAL DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE	154	\$ 825.889.393,00	\$ 739.357.397,00	\$ 86.531.996,00	90%

	LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.					
CONVOCATORIA PUBLICA N 09	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE: ASEO Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ, INCLUYENDO ALISTAMIENTO, PREPARACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS; ASEO Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD.	135	\$ 1.920.351.526,00	\$ 1.919.300.000,00	\$ 1.051.526,00	100%
CONVOCATORIA PUBLICA N 10	PRESTACIÓN DE: SERVICIO INTEGRAL DE PROVISIÓN ROPA DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA CON RECOLECCIÓN, LAVADO, DESINFECCIÓN, PLANchado Y DISTRIBUCIÓN, DE ROPA HOSPITALARIA EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	136	\$ 965.162.250,00	\$ 965.162.250,00	\$ -	100%

	BOGOTÁ Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD, DE ACUERDO AL VOLUMEN POR DEMANDA DE SERVICIOS.					
CONVOCATORIA PUBLICA 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 ENTIDAD - E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS CENTROS DE SALUD	343	\$ 650.000.000,00	\$ 649.989.284,00	\$ 10.716,00	100%
CONVOCATORIA PUBLICA N 12	ADECUACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NTC 6047 Y LA RESOLUCIÓN 14861 DE 1985 DE LAS UNIDADES SANITARIAS PÚBLICAS QUE INCLUYE, TAMBIÉN, IMPLEMENTACIÓN DE VENTILACIÓN, MEJORAMIENTO DEL SISTEMA HIDROSANITARIO Y LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO COMPLEMENTARIAS, DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	533	\$ 720.150.077,00	\$ 659.281.866,00	\$ 60.868.211,00	92%

	BOGOTÁ					
TOTALES			\$ 27.269.576.675,00	\$ 24.417.346.875,95	\$ 2.852.229.799,05	90%

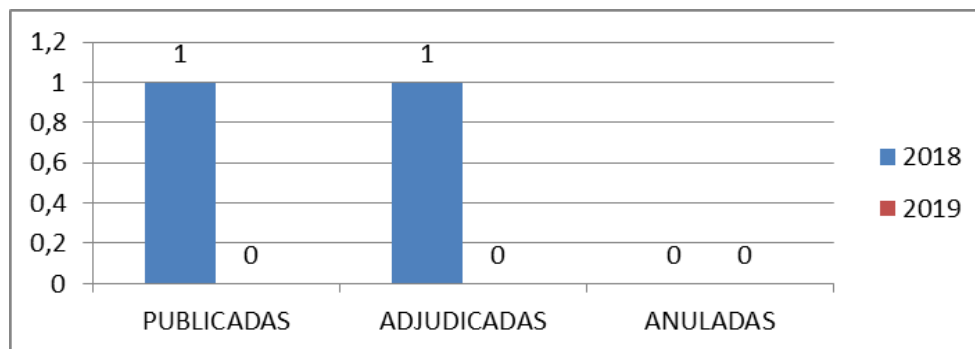
2019						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONVOCATORIA PÚBLICA N 01	SUMINISTRO DE PÓLIZAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ Y SUS CENTROS DE SALUD MEDIANTE SELECCIÓN DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE ESTABLECIDA EN COLOMBIA, ESTAS SON REQUERIDAS PARA LA ADECUADA PROTECCIÓN DE LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES DE PROPIEDAD DEL HOSPITAL Y AQUELLOS POR LOS CUALES SEA O LLEGARE A SER LEGALMENTE RESPONSABLE O LE CORRESPONDA		\$ -	\$ -	\$ -	#¡DIV/0!

	ASEGURAR EN VIRTUD DE DISPOSICIÓN LEGAL O CONTRACTUAL					
CONVOCATORIA PUBLICA N 02	PRESTACION DE: SERVICIO INTEGRAL DE PROVISIÓN (ROPA DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA) CON RECOLECCIÓN, LAVADO, DESINFECCIÓN, PLANCHADO Y DISTRIBUCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA DE ACUERDO AL VOLUMEN POR DEMANDA DE SERVICIOS.	174	\$ 693.160.000,00	\$ 693.160.000,00	\$ -	100%
CONVOCATORIA PUBLICA N 03	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE: ASEO Y DESINFECCIÓN DE AREAS HOSPITALARIAS (ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS) PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, INCLUYENDO ALISTAMIENTO, PREPARACION Y DISTRIBUCION DE ALIMENTOS.	175	\$ 1.644.822.000,00	\$ 1.641.600.000,00	\$ 3.222.000,00	100%
CONVOCATORIA PUBLICA N 04	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (MEDICAMENTOS) PARA LA E.S.E.	176	\$ 4.963.128.690,00	\$ 4.861.281.188,70	\$ 101.847.501,30	98%

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.					
CONVOCATORIA PUBLICA N 05	SUMINISTRO DE PRODUCTOS DISPOSITIVO MEDICOS (MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO) PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.	177	\$ 6.427.018.959,00	\$ 4.963.397.730,44	\$ 1.463.621.228,56	77%
CONVOCATORIA PUBLICA N 06	SUMINISTRO DE MATERIALES DE OSTEOSINTESIS PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.	178	\$ 3.013.800.000,00	\$ 2.927.362.192,00	\$ 86.437.808,00	97%
CONVOCATORIA PUBLICA N 07	SUMINISTRO DE REACTIVOS E INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO, PATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS POR LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.	179	\$ 2.501.451.188,00	\$ 1.931.285.669,13	\$ 570.165.518,87	77%
CONVOCATORIA PUBLICA N 08	SUMINISTRO DE MATERIALES APOYO CLÍNICO DE CONSUMO GENERAL EN LAS AREAS ASISTENCIALES, SUMINISTRADOS POR EL ALMACEN GENERAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA.	180	\$ 549.934.701,00	\$ 244.949.398,80	\$ 304.985.302,20	45%

CONVOCATORIA PUBLICA N 09	SUMINISTRO DE MATERIALES MEDICO QUIRURGICO DE CONSUMO GENERAL EN LAS AREAS ASISTENCIALES, SUMINISTRADOS POR EL ALMACEN GENERAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA.	181	\$ 723.377.028,00	\$ 696.367.172,20	\$ 27.009.855,80	96%
CONVOCATORIA PUBLICA N 10	ADQUISICIÓN, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DE APOYO INDUSTRIAL DE USO HOSPITALARIO, A FIN DE DOTAR EL NUEVO HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ		\$ -	\$ -	\$ -	#¡DIV/0!
CONVOCATORIA PUBLICA N 11	ADQUISICIÓN DE DOTACIÓN COMPLEMENTARIA DE HOTELERÍA HOSPITALARIA (MOBILIARIO) A FIN DE DOTAR EL NUEVO HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ	509	\$ 591.612.664,00	\$ 339.412.898,00	\$ 252.199.766,00	57%
CONVOCATORIA PUBLICA N 12	ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA - REMODELACIÓN DE UNIDAD CUIDADO INTENSIVO DEL 4-TO PISO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA SEDE BOGOTÁ SEGÚN CONVENIO		\$ -	\$ -	\$ -	#¡DIV/0!

	INTERADMINISTRATIVO No. SS-CDCVI-668 de 2018 SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA – SECRETARÍA DE SALUD Y LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA					
CONVOCATORIA PÚBLICA N 13	ADQUISICIÓN, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DE APOYO INDUSTRIAL DE USO HOSPITALARIO, A FIN DE DOTAR EL NUEVO HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ	606	\$ 21.867.263.548,00	\$ 8.444.433.931,00	\$ 13.422.829.617,00	39%
TOTALES			\$ 42.975.568.778,00	\$ 26.743.250.180,27	\$ 16.232.318.597,73	62%



Fuente: Subdirección Compras y Suministros

Para el tercer trimestre de la vigencia 2019, la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros culminó el proceso de Convocatoria No. 13, dando como resultado de adjudicación el 39% del presupuesto total determinado. Es de anotar que para esta Convocatoria participaron 27 proponentes entre empresas individuales y consorcios donde se requirieron 82 ítems y se adjudicaron 25 de ellos, razón por la cual se nota un bajo porcentaje de adjudicación en

referencia al presupuesto, sin embargo dentro de estos ítems adjudicados se logra un ahorro respecto al precio techo establecido de \$1.419.686.152

ITEM	ITEM2	PRODUCTO REQUERIDO	CANTIDADES REQUERIDAS	VALOR TOTAL CANTIDADES REQUERIDAS IVA INCLUIDO ADJUDICADO EN CONVOCATORIA No. 13 DE 2019	PRECIOS TECHO
4	4	ELECTROCARDIOGRAFO	7	\$81.634.000,00	\$98.685.334,16
14	14	ELECTROBISTURÍ	5	\$141.907.500,00	\$252.331.289,00
21	21	MONITOR FETAL (MONITOR FETAL TIPO I)	3	\$29.398.950,00	\$40.171.570,18
15	15	MÁQUINA DE ANESTESIA	5	\$961.284.403,80	\$1.084.814.515,63
59	59	LÁMPARA DE FOTOTERAPIA	18	\$213.925.802,58	\$214.927.221,14
73	73	VENTILADOR DE TRANSPORTE	3	\$93.694.650,00	\$155.956.388,32
46	46	PROCESADOR TEJIDOS	1	\$205.870.000,00	\$231.975.430,63
47	47	COLOREADOR AUTOMÁTICO DE LÁMINAS	1	\$145.180.000,00	\$145.870.000,00
48	48	MICRÓTOMO	1	\$84.490.000,00	\$84.672.710,62
49	49	CRIOSTATO	1	\$102.340.000,00	\$102.815.402,22
51	51	CENTRAL DE INCLUSIÓN	1	\$77.350.000,00	\$79.682.453,33
53	53	MESA DE MACROSCOPIA	1	\$273.700.000,00	\$285.600.000,00
12	12	LÁMPARA CIELÍTICA DOBLE SATÉLITE	2	\$158.660.363,63	\$158.660.363,63
75	75	AUTOCLAVE A VAPOR	2	\$1.004.288.081,16	\$1.004.288.082,00
81	81	LÁMPARA CIELÍTICA UN SATÉLITE	4	\$208.079.572,96	\$208.079.572,96
82	82	EQUIPO PARA LAPAROTOMIA ADULTOS	5	\$189.310.555,00	\$189.310.555,00
	83	CESAREA N. 2	5	\$82.782.826,00	\$82.782.826,00
	84	EQUIPO COMPRESIÓN	2	\$29.059.800,00	\$29.059.800,00
	85	EQUIPO DE AMPUTACIÓN	1	\$11.477.240,60	\$11.477.240,60
	86	EQUIPO DE EPISIORRAFIA	2	\$3.966.698,40	\$3.966.698,40
	87	EQUIPO DE EPISIOTOMIA	3	\$7.966.455,00	\$7.966.455,00
	88	EQUIPO DE ESTOMAGO	2	\$20.443.914,40	\$20.443.914,40
	89	EQUIPO DE FEMUR	3	\$98.264.250,00	\$98.264.250,00
	90	EQUIPO DE LAPAROTOMIA DE GINECO	4	\$132.657.868,00	\$132.657.868,00
	91	EQUIPO DE LEGRADO GINECOLOGICO	3	\$28.890.225,00	\$28.890.225,00
	92	EQUIPO DE PARTOS	6	\$15.292.594,80	\$15.292.594,80
	93	EQUIPO DE PUNTOS	4	\$10.978.368,80	\$10.978.368,80
	94	EQUIPO DE REVISIÓN UTERINA	3	\$6.196.234,80	\$6.196.234,80

95	EQUIPO DE TORAX	2	\$72.417.259,60	\$72.417.259,60
96	EQUIPO HERNIA	3	\$44.393.235,60	\$44.393.235,60
97	EQUIPO INTESTINAL	2	\$13.993.876,40	\$13.993.876,40
98	EQUIPO DE OIDO	2	\$40.308.013,20	\$40.308.013,20
99	EQUIPO ORBITO FACIAL	1	\$32.207.541,59	\$32.944.388,40
100	EQUIPO PARA ACCESORIOS BILIARES	2	\$11.214.369,60	\$11.214.369,60
101	EQUIPO DE AMIGDALAS	2	\$20.517.646,80	\$20.517.646,80
102	EQUIPO PARA AMNIOTOMIA	2	\$1.473.696,00	\$1.473.696,00
103	EQUIPO DE AMPUTACION	1	\$20.588.332,80	\$20.588.332,80
104	EQUIPO DE APENDICE	3	\$51.555.155,40	\$51.555.155,40
105	EQUIPO PARA BIOPSIA UTERINA	2	\$9.889.423,60	\$9.889.423,60
106	EQUIPO DE CATETERISMO	2	\$8.012.317,60	\$8.012.317,60
107	EQUIPO DE CESAREA	4	\$58.612.640,80	\$58.612.640,80
108	EQUIPO DE CIRCUNCISION	3	\$27.206.613,00	\$27.206.613,00
109	EQUIPO PARA CIRUGIA ANAL	2	\$5.090.201,20	\$5.090.201,20
110	EQUIPO PARA CIRUGIA MAYOR	3	\$96.120.250,80	\$96.120.250,80
111	EQUIPO CISTOTOMIA	1	\$7.206.592,40	\$7.206.592,40
112	EQUIPO PARA COLPORRAFIA	2	\$36.876.767,20	\$36.876.767,20
113	EQUIPO DE CURACIONES	4	\$8.310.769,60	\$8.310.769,60
114	EQUIPO PARA DIU (PLANIFICACION)	2	\$5.612.135,20	\$5.612.135,20
115	EQUIPO PARA DERMATOLOGIA	2	\$6.574.416,80	\$6.574.416,80
116	EQUIPO PARA DISECCION	2	\$4.998.999,60	\$4.998.999,60
117	EQUIPO PARA DISECCION DE VENA	2	\$9.918.412,00	\$9.918.412,00
118	EQUIPO PARA DRENAJE DE ABCESO	2	\$23.501.310,00	\$23.501.310,00
119	EQUIPO PARA EPISIORRAFIA	2	\$3.966.698,40	\$3.966.698,40
120	EQUIPO PARA EPISIOTOMIA	2	\$5.140.276,40	\$5.140.276,40
121	EQUIPO PARA EXAMEN GINECOLOGICO	3	\$14.667.844,80	\$14.667.844,80
122	EQUIPO PARA EXTRACCION DE UÑAS	1	\$4.068.895,60	\$4.068.895,60
123	EQUIPO PARA FISTULA ARTERIOVENOSA	2	\$26.387.678,80	\$26.387.678,80
124	EQUIPO PARA GINECOLOGIA VAGINAL	3	\$82.917.177,00	\$82.917.177,00
125	EQUIPO PARA HERNIA PEDIATRICA	2	\$20.878.121,60	\$20.878.121,60
126	EQUIPO PARA LAPAROTOMIA PEDIATRICA	2	\$45.631.644,80	\$45.631.644,80
127	EQUIPO PARA LAVADO DE OIDO	2	\$9.458.453,20	\$9.458.453,20

	128	EQUIPO PARA MEATOMIA	1	\$9.216.288,20	\$9.216.288,20
	129	EQUIPO PARA NEFRECTOMIA	1	\$48.197.665,60	\$48.197.665,60
	130	EQUIPO PARA PEQUEÑA CIRUGIA	3	\$39.690.831,60	\$39.690.831,60
	131	EQUIPO PARA PLASTICA PEDIATRICO	3	\$43.518.228,60	\$43.518.228,60
	132	EQUIPO PARA PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	2	\$55.531.778,40	\$55.531.778,40
	133	EQUIPO PARA TAPONAMIENTO NASAL	3	\$11.355.670,20	\$11.355.670,20
	134	EQUIPO PARA TIROIDECTOMIA	2	\$43.562.092,00	\$43.562.092,00
	135	EQUIPO PARA TORACOCENTESIS	3	\$20.828.308,20	\$20.828.308,20
	136	EQUIPO PARA TRAQUEOSTOMIA	2	\$17.163.655,60	\$17.163.655,60
	137	EQUIPO PARA TUNEL DEL CARPO	2	\$18.299.344,00	\$18.299.344,00
	138	EQUIPO PARA VARICES	3	\$41.288.835,00	\$41.288.835,00
	139	EQUIPO PARA VASECTOMIA	2	\$11.139.542,40	\$11.139.542,40
	140	EQUIPO SEPTO-OTORRINO	2	\$48.912.712,80	\$48.912.712,80
	141	EQUIPO VASCULAR	3	\$162.713.674,20	\$162.713.674,20
	142	GANCHOS DE OIDO	1	\$8.745.619,40	\$8.745.619,40
	143	VASCULAR PERIFERICO	2	\$37.521.652,00	\$37.521.652,00
	144	ORTOPEDIA MAYOR	3	\$67.196.682,00	\$67.196.682,00
	145	EQUIPO DE TORACOSTOMIA	2	\$84.793.688,00	\$84.793.688,00
8	8A	FLUJOMETRO SENCILLO NEONATAL - FLUJOMETRO DOBLE - FLUJOMETRO SENCILLO	98	\$45.410.545,18	\$48.027.816,15
	8B		20	\$11.730.163,20	\$11.777.787,00
	8C		65	\$12.681.532,50	\$13.133.488,55
13	13	MESA ATENCIÓN DE PARTOS	2	\$147.806.064,75	\$150.690.164,89
16	16	LÁMPARA DE CALOR RADIANTE	2	\$33.478.111,33	\$64.444.168,84
27	27	MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA	1	\$104.161.443,75	\$216.486.899,95
30	30	MESA DE CIRUGIA	3	\$267.843.712,50	\$361.879.000,00
58	58	INCUBADORA CERRADA	20	\$523.329.473,25	\$1.042.383.263,97
78	78	AUTOCLAVE DE PEROXIDO DE HIDROGENO	1	\$446.917.664,38	\$448.038.962,37
1	1	DESFIBRILADOR	8	\$133.260.960,00	\$226.074.357,33
5	5	CAMILLAS DE TRANSPORTE Y RECUPERACIÓN	69	\$699.330.870,00	\$895.236.927,41
TOTAL				\$8.444.433.931	\$9.864.120.084
AHORRO ADJUDICACIÓN VS PRECIO TECHO (VALOR TOTAL PRECIO TECHO - VALOR TOTAL CANTIDADES REQUERIDAS IVA INCLUIDO)					\$1.419.686.152

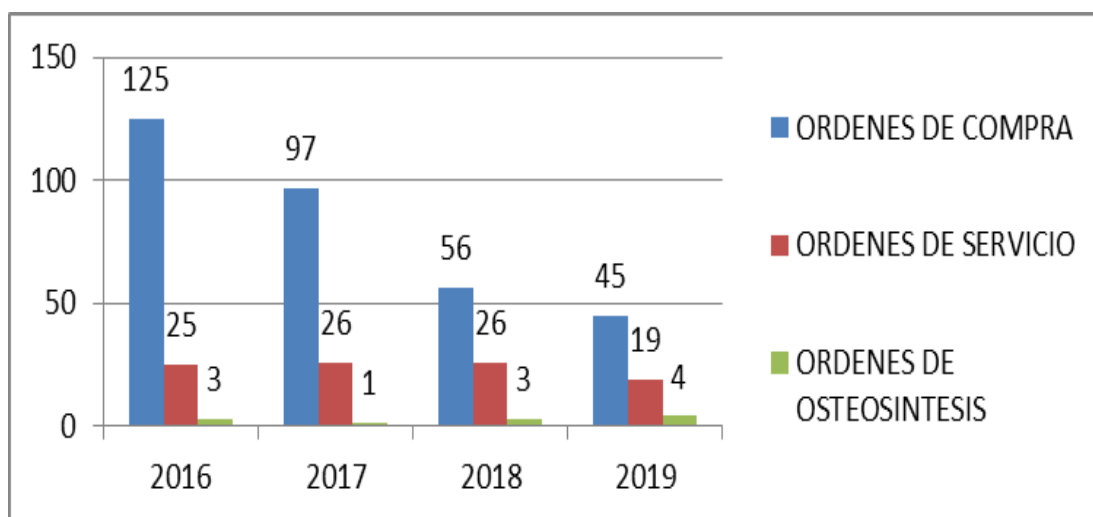
El bajo porcentaje de adjudicación se relaciona a que la mayoría de las empresas no cumplieron con la totalidad de los requisitos exigidos por el Hospital dentro del Pliego de Condiciones y anexos, en especial aquellos desde la parte técnica (documentación).

SOLICITUDES RADICADAS Y TRAMITADAS

Ordenes de Compras y Servicios: Durante el tercer trimestre de la vigencia 2019, se dio el respectivo trámite a las solicitudes realizadas por las diferentes áreas que cubren el tiempo de referencia del presente informe, cubriendo las necesidades programadas e imprevistos presentados por las diferentes áreas del Hospital.

ÓRDENES DE COMPRA Y SERVICIOS TRAMITADAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE 2016 A 2019

TOTAL ORDENES POR VIGENCIA			
VIGENCIA	ORDENES DE COMPRA	ORDENES DE SERVICIO	ORDENES DE OSTEOSINTESIS
2016	125	25	3
2017	97	26	1
2018	56	26	3
2019	45	19	4

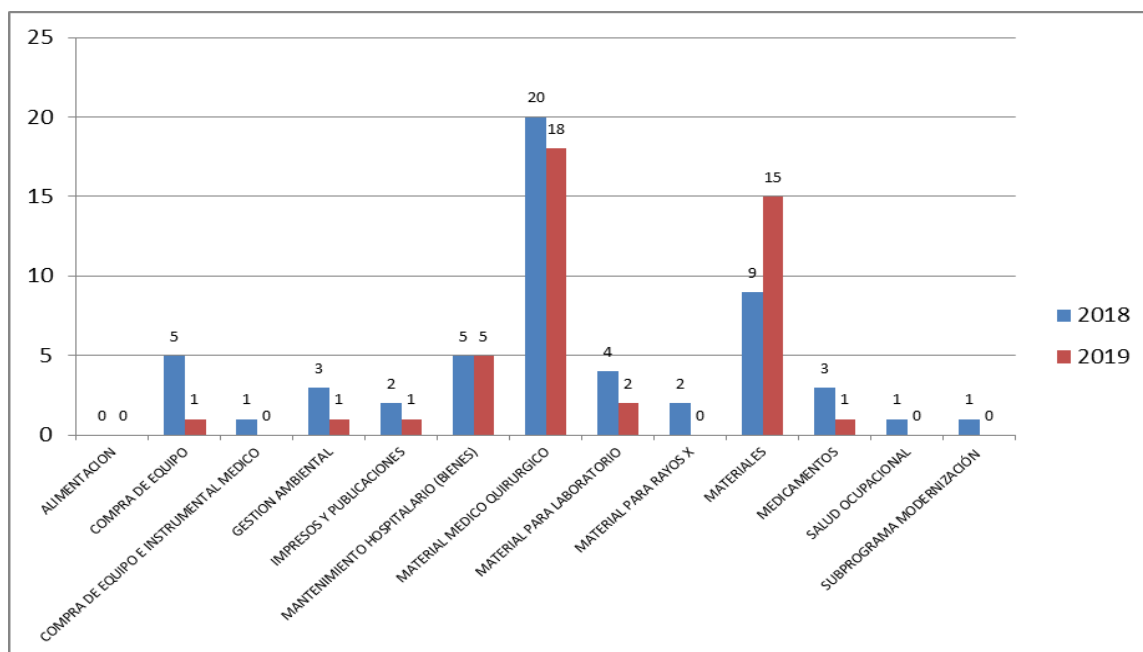


Fuente: Subdirección, Compras y Suministros.

Del comportamiento en la elaboración de la cantidad de Órdenes de Compra, Órdenes de Servicios y Órdenes de Osteosíntesis del año 2019 con respecto a las tres (3) vigencias anteriores, se observa que ha tenido una disminución significativa, toda vez que la planeación en compras se ha llevado a Contratación por Convocatoria Pública en el periodo inmediatamente anterior. Como argumento de lo anterior, respecto al año 2018 disminuyó la elaboración de las Órdenes de Compra (reducción del 20%), las Órdenes de Servicio también disminuyeron en un (27%) y las Ordenes de Osteosíntesis tuvo un aumento de 1 orden para un promedio de (1,33%), aclarando que la dinámica de solicitud de necesidades en Osteosíntesis se deriva de la necesidad del momento o programación de intervenciones (están sujetas a aumentos o disminuciones de acuerdo a los casos que se puedan presentar durante la vigencia).

Las órdenes se elaboran de acuerdo a aquellas necesidades generadas por los servicios, que no superan los 30 SMMLV y que no requieren garantías (pólizas).

RUBRO	CANTIDAD ORDENES DE COMPRA VIGENCIA 2018-2019 POR RUBRO		
	2018	2019	VARIACION
ALIMENTACION	0	0	
COMPRA DE EQUIPO	5	1	
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	1	0	
GESTION AMBIENTAL	3	1	
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	2	1	
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	5	5	
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	20	18	
MATERIAL PARA LABORATORIO	4	2	
MATERIAL PARA RAYOS X	2	0	
MATERIALES	9	15	
MEDICAMENTOS	3	1	
SALUD OCUPACIONAL	1	0	
SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN	1	0	
PROYECTO: EQUIPOS BIOMEDICOS (NUEVO HOSPITAL DE ZIPAQUIRÁ CONV INTERADM.#445/2019	0	1	
TOTAL	56	45	

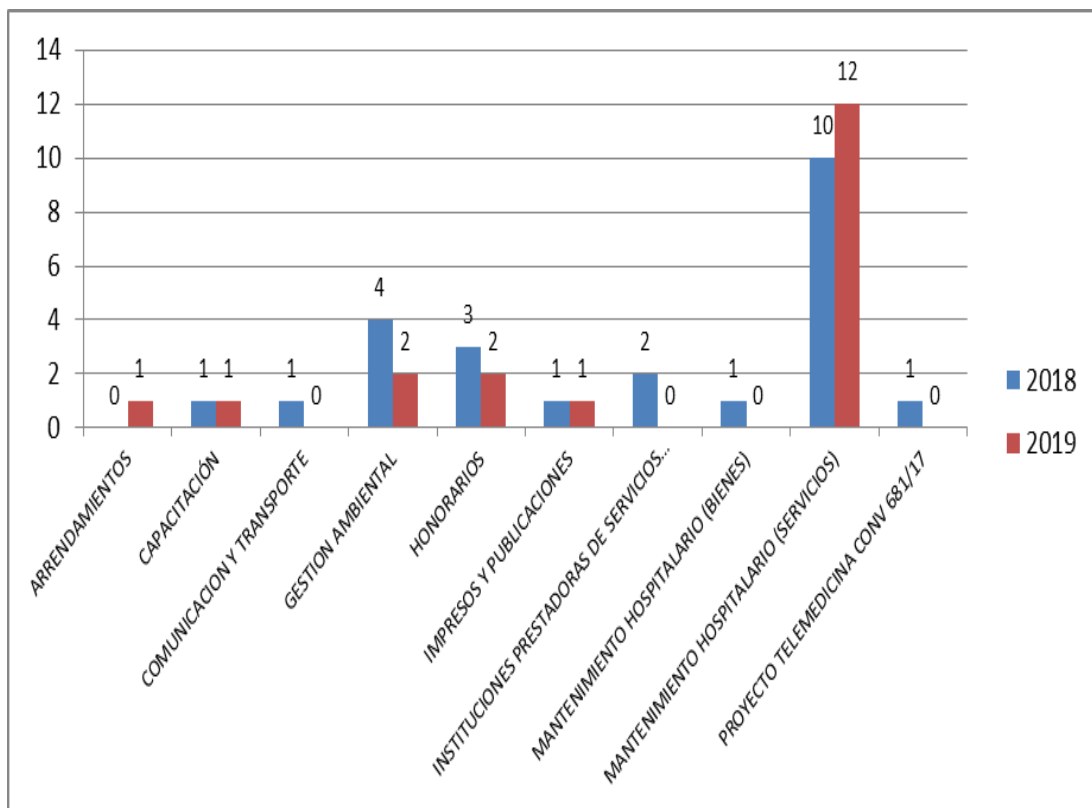


Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Como ha venido siendo una constante durante los últimos periodos, incluso en las últimas vigencias, se puede observar que el rubro de mayor participación durante los años 2018 y 2019 de acuerdo a los datos aportados, es el de **MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO** con un total de 20 y 18 órdenes respectivamente para cada año, y el rubro que representa mayor reducción es el de **COMPRA DE EQUIPO** el cual pasó de 5 a 1 órdenes durante el tercer trimestre de las vigencias 2018 y 2019 y el rubro que se mantiene en total equilibrio es **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO BIENES**, en referencia de aumento de órdenes de compra de 2018 a 2019 es el rubro de **MATERIALES** que tuvo un aumento significativo del 40%, en los otros rubros se evidencia que tuvieron una reducción respecto al año 2018 a 2019.

RUBRO	CANTIDAD ORDENES DE SERVICIO VIGENCIA 2018-2019 POR RUBRO		
	2018	2019	VARIACION
ARRENDAMIENTOS	0	1	1
CAPACITACIÓN	1	1	0
COMUNICACION Y TRANSPORTE	1	0	-1
GESTION AMBIENTAL	4	2	-2
HONORARIOS	3	2	-1

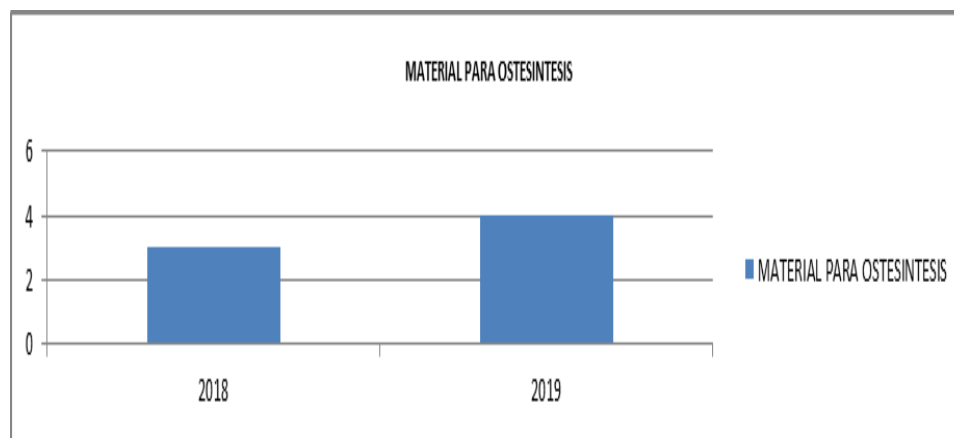
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	1	1	0
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	2	0	-2
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	1	0	-1
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	10	12	2
PROYECTO TELEMEDICINA CONV 681/17	1	0	-1
TOTAL	24	19	-5



Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

De acuerdo al anterior gráfico, evidenciamos que el rubro de mayor incidencia en cuanto a servicios es **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIO)** que respecto al año anterior para esta vigencia obtuvo un aumento del 20%, se mantienen equilibrados los rubros de **CAPACITACIÓN** e **IMPRESOS Y PUBLICACIONES**, los rubros de **COMUNICACIÓN** y **TRANSPORTE**, **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS**, **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO BIENES** y **PROYECTO TELEMEDICINA** no tuvieron movimiento en el año 2019 durante el tercer trimestre; en referencia a los rubros que aumentaron para el año 2019 respecto al año inmediatamente anterior es **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)** aumento del 20% y arrendamientos en un 100%.

RUBRO	CANTIDAD ORDENES DE OSTEOSINTESIS VIGENCIA 2019		
	RUBRO OSTEOSINTESIS		
	2018	2019	VARIACION
MATERIAL PARA OSTESINTESIS	3	4	1.33%
TOTAL	3	4	1.33%



Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Para el rubro de Osteosíntesis se observa que para el tercer trimestre respecto al año inmediatamente anterior se incrementa en una (1) orden las cantidades de ordenes generadas, es importante tener claridad que para el material de osteosíntesis y su dinamismo con los procedimientos hay algunos elementos que se obtienen previa programación y de acuerdo a los requerimientos del especialista los cuales no son tenidos en cuenta en la Convocatoria por su baja rotación.

PROCESO GESTION ALMACEN GENERAL

1. PLAN ANUAL DE COMPRAS - CONTRATOS Y EJECUCIÓN A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019.

LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE

- Total Contratos: 28
- Bogotá por valor de \$2.859.191.474
- Zipaquirá \$690.486.990
- Ejecución:
- Bogotá \$1.993.791.752
- Zipaquirá \$422.067.422
- Adiciones 1 por valor de \$73.814.510

CONSUMIBLES MEDICO QUIRURGICO.

- Total Contratos: 27 Contratos
- Bogotá \$875.765.812
- Ejecución: \$780.355.140
- Zipaquirá \$ 135.816.689
- Ejecución \$110.644.496
- Adiciones 8 \$242.906.837

MATERIALES APOYO CLINICO.

- Total Contratos: 35
- Bogotá \$1.676.874.631
- Ejecución: \$1.366.836.351
- Adiciones 4 \$99.097.890
- ODONTOLOGIA ZIPAQUIRA
- 1 Contrato por valor de \$51.751.745
- Ejecutado \$20.264.651

OTRAS ACTIVIDADES.

- a) En mantenimiento las ordenes despachadas fueron de 814 por un valor de total \$ 103.291.704.23
- b) El total de activos fijos que se adquirieron son de 111 bienes cuyo valor es de \$ 444.698.718.
- c) Se elaboraron 178 Ingresos en Dinámica Gerencial, a los cuales se elaboraron trámite para el pago e informes de Supervisión. Se atendieron 488 solicitudes de pedido.
- d) En los procesos de Bodega de Almacén General, Bodegas Zipaquirá (Almacén y Mantenimiento). Bodega Mantenimiento Bogotá, Inventarios de Activos Fijos (Bogotá y Zipaquirá), se ejerce el control de inventario mensual (ingresos y salidas).

CAPÍTULO V

OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO



5.1 OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

GESTIÓN DEL PROCESO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluar de manera independiente Objetiva y Oportuna el sistema de control interno, a través de seguimientos y auditorías generando alertas tempranas que contribuyan con el mejoramiento continuo en la gestión del Hospital Universitario de la Samaritana que sirva como apoyo a la toma de decisiones del nivel directivo

En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina de control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana.

1. INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO.

Se presentó auditoría sobre la implementación del Mecí en la vigencia 2018, para lo cual se tuvo como insumo entre otros aspectos la información publicada en la intranet y la autoevaluación del grado de implementación diligenciada por los funcionarios mediante una encuesta. Se diligenció la herramienta FURAG en el aplicativo del DAFP por parte de la oficina de control interno en los términos señalados, por lo anterior el **DAFP calificó la implementación del MECI en un 58,6% modalidad de enfoque. El resultado general del índice de evaluación independiente fue de 59,2 % el cual resulta de la autoevaluación realizada por la oficina de planeación y de la evaluación independiente realizada por la oficina de control interno.**

Nota: Se recomienda reactivar el comité institucional de gestión y desempeño MIPG, elaborar y ejecutar el plan de acción que permita medir la mejora, y realizar la autoevaluación de la vigencia 2019.

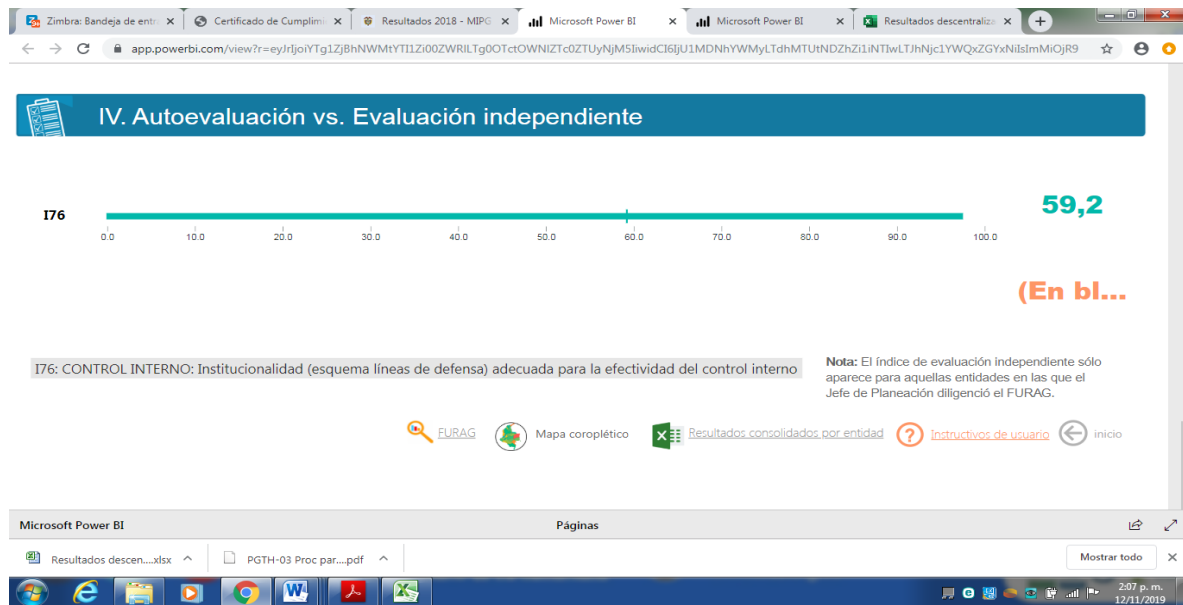
La calificación emitida por el DAFP por componentes en la dimensión de control interno (MECI) obtenida fue la siguiente:

COMPONENTES	CALIFICACIÓN 2018	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	CALIFICACIÓN 2017	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	DIMENSIÓN DE MIPG
Componente de ambiente de control	63,8	98,31	3	66.5	85.5	2	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación
Componente de gestión del riesgo	52,1	95,50	2	70.0	88.4	3	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los

							resultados
Componente de actividades de control	54,3	94,21	2	74.4	90.7	4	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de información y comunicación	64,6	96,82	3	71.8	84.8	4	Dimensión de información y comunicación
Componente de actividades de monitoreo	57,7	98,64	2	72.5	88.1	4	Dimensión de control interno
Resultado institucional	58,6	80,01	2	72.7	87.1	4	

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





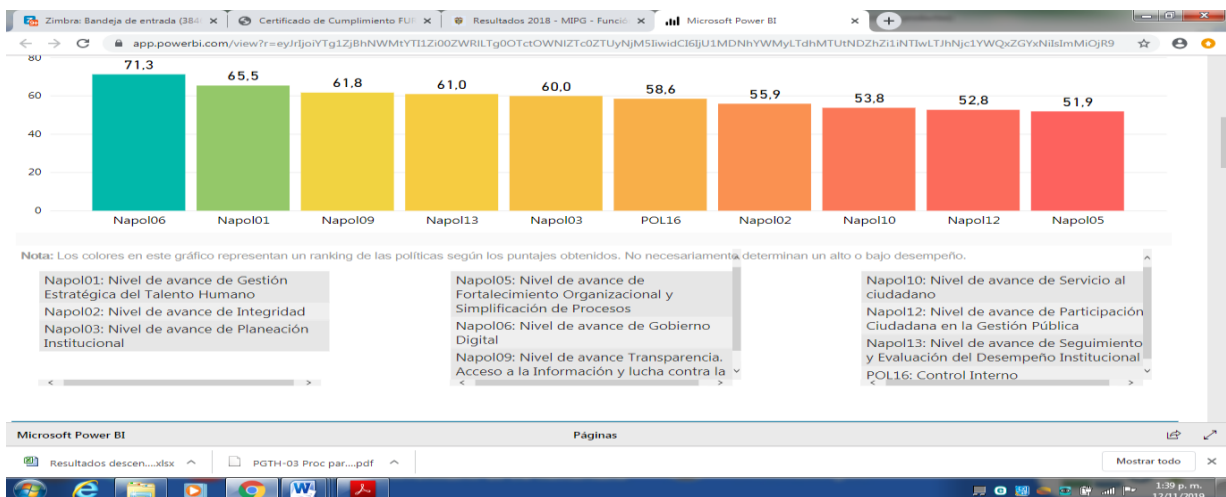
Según la calificación emitida por el DAFP la dimensión de control interno obtuvo una calificación de 58,6 ubicándose en el quintil 2 para un grado de implementación de enfoque. En virtud de lo anterior se recomienda elaborar de manera expedita el plan de acción del equipo MECI con el fin de que se implementen acciones tendientes a mantener el resultado y a mejorarlo teniendo en cuenta que el porcentaje máximo del grupo par fue de 80.1.

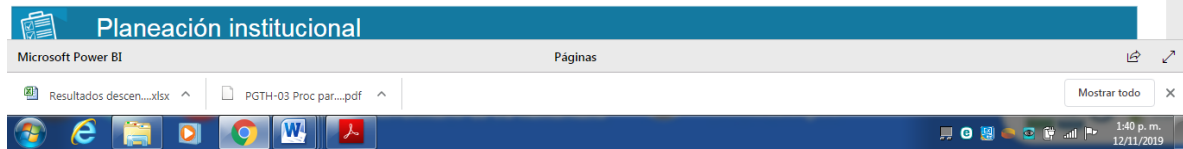
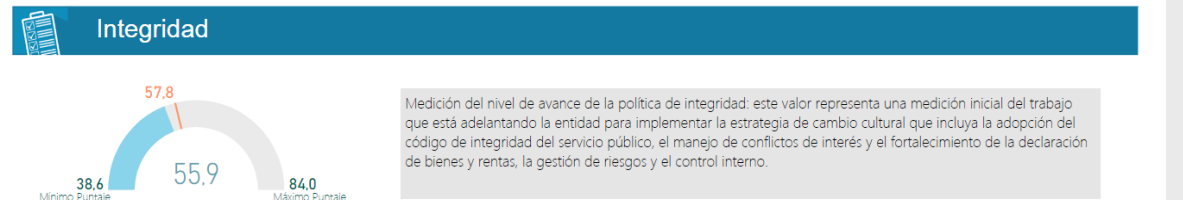
Nota: Los resultados de la calificación obtenida fueron socializados al comité directivo mediante oficio y de manera presencial en el comité Coordinador de Control Interno.

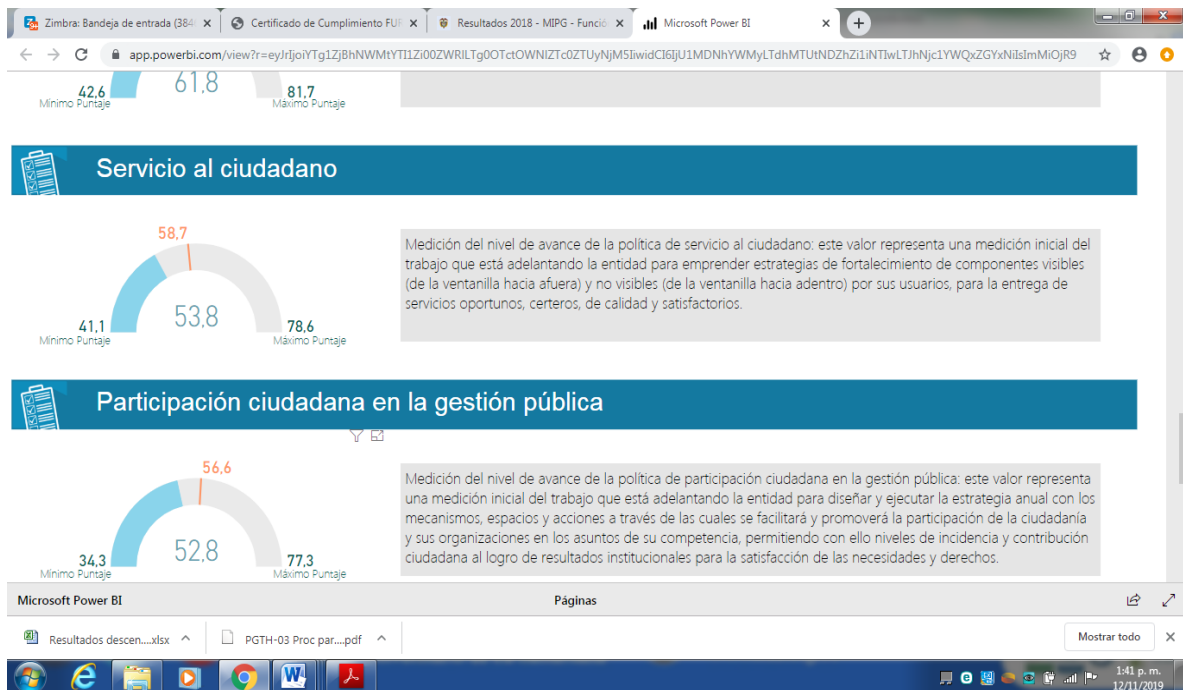
RESULTADOS DEL FURAG – FORMULARIO DILIGENCIADO POR LA OFICINA DE PLANEACIÓN DE MANERA EXTEMPORANEA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2019.

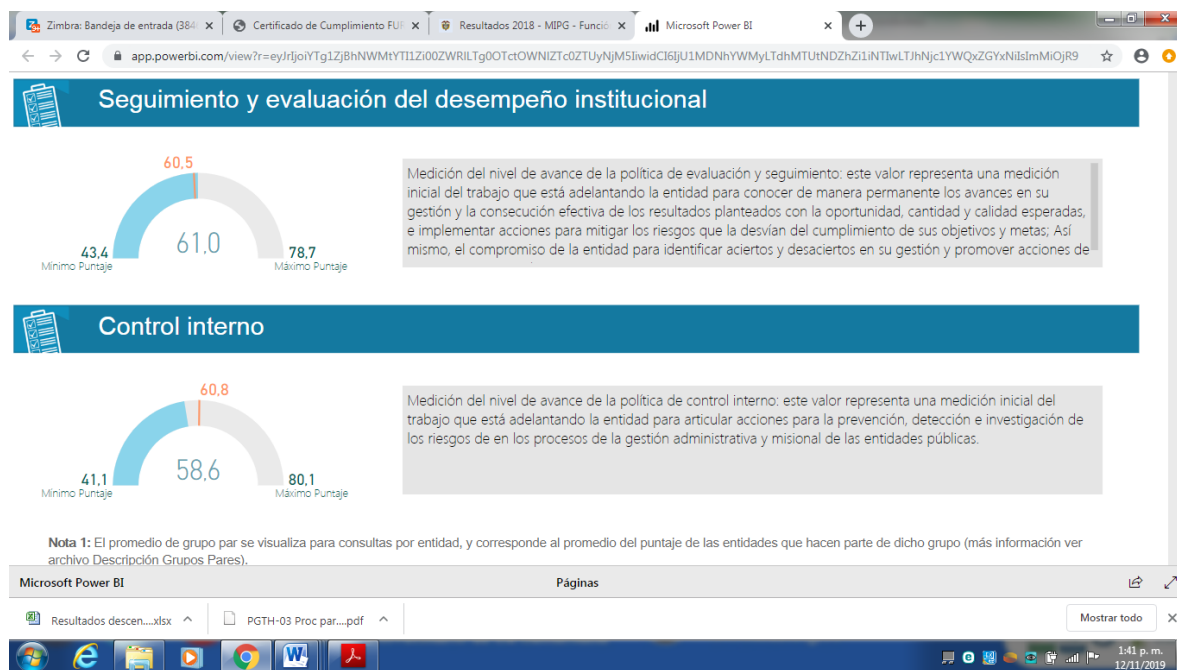
Gestión Estratégica del Talento Humano	65,5
Integridad	55,9
Planeación Institucional	60,0
Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	51,9
Gobierno Digital	71,3
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	61,8
Servicio al ciudadano	53,8

Participación Ciudadana en la Gestión Pública	52,8
Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	61,0
POLÍTICA: Control Interno	58,6
C1:CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	63,8
C2:CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	52,1
C3:CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	54,3
C4:CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	64,6
C5:CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	57,7
I76:CONTROL INTERNO: Institucionalidad (esquema líneas de defensa) adecuada para la efectividad del control interno	59,2
LE: CONTROL INTERNO: Línea Estratégica	60,8
L1: CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa	61,0
L2: CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa	52,6
L3: CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa	62,2









RESULTADOS DE LAS VIGENCIAS ANTERIORES.

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				

1.1 INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO

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

Noviembre de 2018 – febrero 2019

Marzo 2019 – junio 2019

Julio 2019 – Octubre 2019.

Pendiente:

Octubre 2019 – Diciembre 2019 Se presenta en enero de 2020.

Con las recomendaciones de estos informes se debe elaborar el plan de acción del equipo MECI vigencia 2019.

1.2 COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO. CUMPLIMIENTO DEL 100%

Se programaron las 3 reuniones obligatorias del comité, de las cuales ya se han realizado dos la primera para socializar los resultados de la evaluación del MECI emitida por el DAFP y la segunda para revisar el plan de acción del equipo MECI vigencia 2019. Se citó a reunión de comité coordinador de control interno el 22 de octubre a las 10.00 am según el cronograma establecido desde el 10 de abril de 2019, sin embargo esta no se llevó a cabo por cuanto a la misma hora se citó comité directivo ampliado. Se reprogramo la reunión para el 27 de noviembre de 2019 a las 10.00 am.

1.3 FORTALECIMIENTO DEL MECI

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 de 81 a 127 participantes. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

SOCIALIZACIÓN MEDIANTE VIDEOS



2019

1. las 3 líneas de defensa 571 visitas
2. Inducción sobre control interno 77 visitas
3. Se capacitó al personal del proceso de atención farmacéutica en gestión del riesgo (para lo cual se analizó el mapa de riesgos que tenían vigente y sus controles) se transmitió la capacitación por Facebook la cual tiene 246 reproducciones.
4. Responsabilidad social empresarial / acreditación en salud. 157 Reproducciones.

2018

1. Se produjo video en el mes de abril sobre la implementación de MIPG el hoy ya cuenta con 2.117 visitas.
2. Se emitió video sobre el pensamiento basado en riesgos que cuenta con 167 visitas
3. Se produjo video sobre inducción y reinducción (control interno MECI) que cuenta con 163 visitas.
4. Se produjo video sobre control interno subiendo el nivel de conciencia que cuenta con 111 visitas
5. Se emitió video sobre austeridad del gasto que cuenta con 166 visitas.
6. Seguimiento a riesgos y controles con 348 visitas.

2017

1. MECI – plan de mejoramiento en entidades públicas. 568 visitas
2. Autocontrol MECI. 562 visitas.
3. Gestión del riesgo primera parte. 352 visitas
4. Gestión del riesgo segunda parte. 173 visitas
5. Gestión del Riesgo tercera parte 221 visitas

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	4.09	SATISFACTORIO	8
2014	3.96	SATISFACTORIO	21
2015	3.78	SATISFACTORIO	19 13 correspondiente a años anteriores. 16 correspondiente al año 2015 Total 29 Se atendieron en su totalidad 4 recomendaciones. Parcialmente se atendieron 21 y 4 no se atendieron.
2016	3.65	ADECUADO Nuevos rangos resolución 193 de 2016 exp por la contaduría general de la Nación 1-3 DEFICIENTE 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015 15 recomendaciones del año 2016.
2017	4.27	EFICIENTE	Cuatro recomendaciones vigentes del 2014 12 recomendaciones pendientes del 2015 18 recomendaciones pendientes del 2016 16 recomendaciones de la vigencia 2017



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

2018	4.31	EFICIENTE	Cuatro recomendaciones vigentes del 2014 12 recomendaciones pendientes del 2015 18 recomendaciones pendientes del 2016 16 recomendaciones de la vigencia 2017
------	------	-----------	--

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.
2018	2016 5 recomendaciones 2017 7 recomendaciones 2018 6 recomendaciones Total 18 recomendaciones	Pendiente entrega del plan de mejoramiento

4. AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.

Se radicó el correspondiente informe el 7 de febrero de 2019, correspondiente a la vigencia 2018.

Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2018.

5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS. 60%

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2019	AUDITORIAS REALIZADAS	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
21 Se retira 1 por cambio de procedimiento para un total de 20	12	20	17	13	12	5	5	14	7	8	6
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
1.AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL	1	1.AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL	1	AUDITORÍA PARA RENDIR EL	1	DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1

ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.1		ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.1		INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI-CUMPLIDA									
2.INFORME CUATRIMESTRAL DEL MECI – 3 INFORMES 100%	1	2.INFORME CUATRIMESTRAL DEL MECI – 3 INFORMES 100%	1	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE-CUMPLIDA	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1		
3.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE.1	1	3.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE.1	1	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR-CUMPLIDA	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1		
4.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1	1	4.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1	1	AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS—CUMPLIDA	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1		
5.AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.1	1	5.AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.1	1	AUDITORIA PARA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS-CUMPLIDA	1			AUDITORÍA DE PQRS, LEY ANTITRÁMITES, CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL A CONTRATOS	1		
6.AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS-1	1	6.AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS-1	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		
7.AUDITORIA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1	1	7.AUDITORIA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1	1	AUDITORIA ENTREGA DE TURNOS-CUMPLIDA	1			AUDITORIA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1				
8. AUDITORÍA A RIESGOS Y CONTROLES DE LOS PROCESOS. 1	1	8. AUDITORÍA A RIESGOS Y CONTROLES DE LOS PROCESOS. 1	1	AUDITORIA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA-CUMPLIDA	2			AUDITORÍA DE PQRS	1				
9. CUMPLIMIENTO DEL PUMP FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO. 1	1	9. CUMPLIMIENTO DEL PUMP FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO. 1	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1						
10. SEGUIMIENTOS POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN (OFICIOS ENVIADOS A LOS	1	10. SEGUIMIENTOS POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN (OFICIOS ENVIADOS A LOS	1	AUDITORIA PQRS	1								

LÍDERES DE LOS PROCESOS SOLICITANDO INFORMARÁN SOBRE POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN)		LÍDERES DE LOS PROCESOS SOLICITANDO INFORMARÁN SOBRE POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN)									
11. AUDITORÍA DE AUSTERIDAD EN EL GASTO DECRETO 1068 DE 2015. 1		11. AUDITORÍA DE AUSTERIDAD EN EL GASTO DECRETO 1068 DE 2015. 1	1	AMBIENTAL PGRS							
12. AUDITORÍA DE PGRHS. 1		12. AUDITORÍA DE PGRHS. 1	1	CAJAS MENORES	1						
13. AUDITORÍA PROCESOS DISCIPLINARIOS. 1		13. AUDITORÍA PROCESOS DISCIPLINARIOS. 1	1	INVENTARIOS ACTIVOS FIJOS	INCLUIDA EN LA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO CONTABLE						
14. AUDITORÍA PQRSD. 1		14. AUDITORÍA PQRSD. 1	1	DISCIPLINARIOS	1						
15. AUDITORÍA MIPG. 1	1	15. AUDITORÍA MIPG. 1	1								
16. AUDITORÍA CAJAS MENORES. 1		16. AUDITORÍA CAJAS MENORES. 1	1								
17. AUDITORÍA RECOMENDACIONES ELABORACIÓN PAS Y PI. 1	1	17. AUDITORÍA RECOMENDACIONES ELABORACIÓN PAS Y PI. 1	1								
18. GESTIÓN DOCUMENTAL,		GESTIÓN DOCUMENTAL,									
19. SARLAF,	1	SARLAF,									
20. ACTIVOS FIJOS		ACTIVOS FIJOS									
21. AUDITORÍA SUIT											
	60%		85%	PORCENTAJE DE AVANCE	92.3%	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	PORCENTAJE DE AVANCE	50%	PORCENTAJE DE AVANCE	75%
AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2018		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2018	1	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 cargue contratación secop y sia observa	1	AUDITORÍA DE TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN AL CIUDADANO.		AUDITORÍA AL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL- PUMP DE ACREDITACIÓN CUMPLIDA	1	AUDITORÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS	1				
Entrega de Turno	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 informe final ingresos abiertos	1					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 Informe de evaluación de la gestión	1					AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO-18 DE ENERO 2016-OCTUBRE-001-16	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
								EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1

TOTAL	16	TOTAL	18	TOTAL	13	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7
-------	----	-------	----	-------	----	-------	---	-------	----	-------	---

Se recomienda que incluyan las acciones de mejora en los PUMP 2019 de los procesos correspondientes, y de esta manera dar cumplimiento al Decreto 1499 de 2017.

Se han realizado 16 seguimientos de los siguientes temas:

1. Pago de prestaciones sociales trabajadores en misión Coltempora
2. Supervisión de contratos.
3. Seguimiento y Solicitud de envío de actas de comité Directivo vigencia 2018 y 2019
4. Tercera línea de defensa. Funciones líder de facturación. Reporte de inconvenientes en el proceso por parte del líder de facturación. Debilidades, fortalezas, riesgos y controles.
5. Cartera mayor a 360 enviada para cobro jurídico / implementación de las tres facturas originales
6. Entrenamiento en el puesto de trabajo
7. Recaudo de la estampilla
8. Ingresos abiertos
9. Inventario, propiedades, planta y equipos, activos intangibles
10. Rendición de cuentas
11. Acuerdos de gestión 2019
12. Auditoría concurrente – Dirección científica
13. Rendición de informes a entes externos
14. Facturación con cumplimiento de requisitos.
15. Condiciones de habilitación sistemas de gestión.
16. RUAF
17. Seguimiento al cumplimiento del contrato Almera / indicadores.
18. Seguimiento al sistema MIPRES.
19. Seguimiento al envío del reporte de la ley de cuotas.
20. Rentabilidad y/o pérdida operacional y sistema de costos
21. Perdida de imágenes diagnósticas. Posibles Glosas. 10 de octubre de 2019 Correo dirigido al ingeniero Alfredo Téllez.

En el cuarto trimestre se le realizará seguimiento a:

22. Implementación de MIPG
23. Actualización del Manual de funciones
24. Seguimiento al diligenciamiento de los formatos del empalme.

Seguimiento No 12. El Líder de facturación Álvaro Augusto Guevara informó mediante oficio del 9 de abril de 2019, quien informó que en el área de hospitalización se le han presentado inconvenientes para la firma de las 3 facturas como: registro inoportuno de devoluciones, suministros medicamentos y epicrisis. En urgencias se presentan inconvenientes como sistemas enfermería, y médico tratante por lo cual se les hace firmar la boleta de salida a los usuarios.



Seguimiento 16. El Líder de facturación Álvaro Augusto Guevara informó mediante oficio del 8 de abril de 2019, llama la atención la respuesta emitida por el funcionario del área de facturación, quien de manera clara narra varios inconvenientes que ameritan que se atiendan y resuelvan de manera inmediata a través de plan de mejoramiento avalado por sus superiores.

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CONTRALORIA.

Según el informe final de la contraloría páginas 133 y 134 se da por cumplido el plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2017 antes de tiempo de conformidad con lo establecido en el informe radicado el 28 de octubre de 2019 radicado c 19118000107. Pese a lo anterior la oficina de control interno realizará seguimiento que se radicará los primeros 5 días de enero de 2020.

Se encuentra pendiente la elaboración del plan de mejoramiento producto de la auditoría realizada por la Contraloría a la Vigencia 2018.

DESCRIPCION	AUDITORIA HALLAZGOS ESPECIAL AUDITORIA FINSEM vigencia 2018	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2017	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:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:			
Concepto sobre La gestión	Con observaciones	Concepto sobre La gestión	NA	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	NA	Opinión sobre los Estados contables	Con salvedades	Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades
Fenecimiento	Se feneció	Fenecimiento	No se feneció de forma	Fenecimiento	Se feneció	Fenecimiento	No feneció	Se feneció	feneció	feneció
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO										
Primer trimestre		Primer trimestre		primer trimestre	27.5	primer trimestre	34.43%	16,60%	26,38%	
Segundo trimestre		Segundo trimestre	47.22%	Segundo trimestre	51.00%	Segundo trimestre	37.35	45,50%	54,93%	44,26%
Tercer trimestre		Tercer trimestre		Tercer trimestre	67.15	Tercer trimestre	76.12	70.00%	73,73%	50,95%
Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL		Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL		Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	91.92%	Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	89.25%	93,40%	95.20%	90,03%
Nivel de cumplimiento		Nivel de cumplimiento	100%	Nivel de cumplimiento	de Plan Cumplido	Nivel de cumplimiento	de Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido
<p>Según el informe de la contraloría de páginas 133 y 134 se da por cumplido el plan de mejoramiento antes de tiempo informe radicado el 28 de octubre de 2019 radicado c 19118000107</p>										

7. 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%. Con oficio del 4 de abril de 2019 se envió a la Supersalud el



avance correspondiente a uno de los tres hallazgos que se encuentran pendientes. Se encuentra pendiente por cumplir: Acuerdos de gestión, hoja testigo de historias laborales inactivas, actualización caracterizaciones de los procesos de: Atención al paciente extramural, atención al paciente quirúrgico, atención farmacéutica.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2015. CERRADO.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015.

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

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

8. CUMPLIMIENTO DEL PUMP. 100%

1. Hallazgo. Cumplimiento 100%

Estandarizar la evaluación de los riesgos y controles del hospital, para que permitan hacer una autoevaluación de los mismos por parte de los líderes de los procesos y una evaluación por parte de la oficina de control interno.

Acción de mejora.

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

Se estandarizó la encuesta y se envió para su diligenciamiento por parte de los responsables.

2. Hallazgo. Cumplimiento del 100%

Continuar con la digitalización de todo el archivo de la oficina.

Acción de Mejora.

Escaneo del archivo de gestión de cada vigencia

Actividad cumplida evidencia en los archivos digitales de la Secretaria de Control Interno.

3. Hallazgo. Cumplimiento del 100%

Masificar la capacitación por parte de control interno a los funcionarios y partes interesadas

Acción de mejora

Producir videos con información relevante para la consulta permanente del cliente interno y externo.



Actividad cumplida con la publicación de 3 videos 2019

1. las 3 líneas de defensa 365 visitas
2. Inducción sobre control interno 67 visitas
3. Se capacitó al personal del proceso de atención farmacéutica en gestión del riesgo (para lo cual se analizó el mapa de riesgos que tenían vigente y sus controles) se transmitió la capacitación por Facebook la cual tiene 246 reproducciones.

9. SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES

Riesgos del proceso de auditoría y control

En el mapa de riesgos se identificaron dos riesgos así:

1. Posibilidad de emitir informes de auditoría sesgados a causa de influencias de terceros que limiten la independencia de la evaluación. No se materializó este riesgo los controles han sido efectivos.
2. Posibilidad de entrega parcial, ocultamiento y/o no entrega de información por parte del proceso auditado que origine un informe que no proporcione el panorama integral de lo evaluado. No se materializó este riesgo los controles han sido efectivos.

Nota: La oficina de control interno hace una auditoría anual para el seguimiento de indicadores riesgos y controles.

El mapa de institucional de riesgos 2019 se publicó en la intranet el día 8 de julio de 2019. La oficina de control interno ya se encuentra haciendo la auditoría a los riesgos y controles priorizados.

La oficina de control interno ya elaboró la auditoría al mapa de riesgos de corrupción.

10. SEGUIMIENTO ENTREGAS DE TURNO

Porcentaje de asistencia.

MES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ENERO	71,94%	63,80%	48,71%	54,67%	51,37%	52,02%	56,98%	62,33%
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8%	55,27%	63,36%	65,50%
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51,50%	50,17%	63,27%	49,36
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51,59%	50,6%	65,17	64,25%
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60,75%	57,11%	55,27%	64,37	61,55%
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60,64%	51,96%	45,66%	63,32	64,15%
JULIO	69,24%	53,64%	70,22%	53,4%	50,14%	49,67%	64,93	52,90%

AGOSTO	77,47%	55,56%	61,76%	53,92%	43,82%	57,7%	63.1	60.38%
SEPTIEMBRE	76,30%	55,61%	58,93%	57,58%	46,81%	55,03%	66.23	61.88%
OCTUBRE	69,10%	58,33%	49,37%	53,68%	50%	53,40%	63.03	
NOVIEMBRE	61,39%	47,78%	58,43%	54,24	48,90%	54,66%	65.00	
DICIEMBRE	47,23%	46,40%	52,94%	46,57	53,55%	51,6%	55,3%	
Total	72,35%	56,92%	54,73%	56,67%	50,96%	50,08%	62.84%	

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 asistió al turno administrativo programado y se rindió el correspondiente informe.

11. 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	24	68% Avance 86%
2019	35	2	Avance del 51% con corte a 31 de agosto de 2019.

12. SEGUIMIENTO AL SIA OBSERVA y PUBLICACIÓN EN EL SECOOP

Se elaboró un informe de verificación de:



SIA OBSERVA CON SIA CONTRALORÍAS HASTA LA VIGENCIA 2018
VERIFICACIÓN DEL CARGUE DE LA INFORMACIÓN EN EL SECOP Y SIA OBSERVA HASTA MAYO DE 2019

13. ACUERDOS DE GESTIÓN

Se debe informar por parte de la Sub Dirección de Desarrollo humano la suscripción de la totalidad de los acuerdos de gestión y los resultados de la calificación el primer semestre de 2019.

14. 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 socialicen los avances en materia de prevención del daño antijurídico

15. RECOMENDACIONES GENERALES AL SEÑOR GERENTE.

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 implementación del sistema de costos en el aplicativo DGH , la implementación de actividades tendientes a la austeridad del gasto, la elaboración oportuna de planes de mejoramiento producto de las auditorías de control interno, diligenciar los formatos establecidos para el empalme en caso de que se llegue a presentar y el seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión.

Se recomienda hacer seguimiento minucioso al contrato Almera ya que a la fecha no contamos con un sistema de gestión que nos permita alimentar los indicadores de hospital, esto por cuanto se detuvo el sistema TUCI para la entrada en funcionamiento de Almera, el cual al parecer presenta retrasos en la implementación. Este tipo de fallas pueden generar inconvenientes en el seguimiento oportuno a los riesgos y controles, impidiendo la toma de decisiones oportunas.

Revisión del evento en que al parecer de borraron muchas imágenes diagnosticas lo cual puede presentar problemas como la glosa de la factura. De los seguimientos realizados llama la atención la respuesta emitida por el funcionario Álvaro Guevara Posada Profesional Especializado III del área de facturación, quien de manera clara narra varios inconvenientes que ameritan que se atiendan y resuelvan de manera inmediata a través de plan de mejoramiento avalado por sus superiores.

Se recomienda dar cumplimiento por parte de gestión financiera y facturación y recaudo a la directriz emitida por el Gerente sobre la firma en original de las 3 facturas de prestación de servicios de salud.

Se recomienda al señor Gerente exigir a los procesos la elaboración oportuna de los planes de mejoramiento dando prioridad al que se derive de la auditoría de austeridad del gasto.

Se debe actualizar el manual de funciones dejando la **planta global para todos los cargos**.

Se debe informar periódicamente por los procesos asistenciales, de gestión financiera y de facturación y recaudo la correcto diligenciamiento del sistema MIPRES para garantizar el recaudo.

Se debe contratar un firma experta parametrizar los indicadores compuestos que permitan evaluar misión, visión, objetivos estratégicos, depuración de indicadores etc.



Se debe propender por la participación activa en el comité coordinador de control interno para lo cual se solicita a la gerencia dar el estatus que corresponde a este espacio.

Se recomienda dar impulso al comité institucional de gestión y desempeño el cual constituye el comité más importante de la entidad con la entrada en vigencia del decreto 1499 de 2017, el cual en la presente vigencia solo se ha reunido una sola vez y del cual a la fecha no se conoce su plan de acción.

Se debe dar un impulso desde la gerencia al equipo MECI, el cual está conformado por los algunos líderes de los procesos de la entidad y quienes velan por el cumplimiento del plan de acción del equipo MECI el cual es verificado por el comité coordinador de control interno.

Se recomienda socializar de manera oportuna las actas del comité Directivo, ya que desde la vigencia 2018 se dejaron de enviar esos documentos a los integrantes del comité lo que dificulta el seguimiento y verificación de lo allí establecido.

16. ACREDITACIÓN

Se ha ejercido las funciones de secretaria del estándar de Direccionamiento y Gerencia.

Reuniones realizadas:

26 de febrero

1 de marzo

4 de marzo

24 de abril

29 de abril

6 y 7 de mayo

6 de junio

3 de julio

13 de noviembre

Se solicitó a los responsables que enviaran los soportes del cumplimiento del PAMEC de Direccionamiento y Gerencia de 2018 y 2019 y no lo enviaron.

17. CUMPLIMIENTO DEL PAS 2019.

CUMPLIMIENTO DEL PAS 2019. Cumplimiento para el tercer trimestre 100%

Avance general de las 4 actividades 87.5%

1. ACTIVIDAD.

Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución (Se realiza en el 4 trimestre).

Avance 50%

La matriz institucional de riesgo fue publicada por parte de la oficina asesora de planeación el día **8 de julio** de 2019, el seguimiento a esta se realizará en el según los plazos establecidos en el **PAMEC** y en el PAS cuya fecha de cumplimiento es el **16 de diciembre** de



2019. De ante mano dejo constancia que la evaluación de los riesgos y controles de la matriz institucional se realiza mediante un informe de auditoría el cual tiene recomendaciones que deben ser atendidas por los responsables mediante planes de mejora, esto para aclarar que la oficina no propondrá planes de mejoramiento por cuanto no es su función.

La oficina de control interno ya realizó la auditoría de evaluación de riesgos de corrupción radicada con oficio 14014-1 del 25 de octubre de 2019. Producto de esta auditoría se debe realizar el correspondiente plan de mejoramiento por parte de los responsables el cual es monitorizado por la oficina de planeación como está establecido en el procedimiento de planes de mejora de la entidad.

La oficina de control interno dio inicio a la evaluación de los riesgos institucionales para lo cual luego de que se publicó la matriz de riesgos el 8 de julio se procedió a elaborar la encuesta de autoevaluación para que sea diligenciada por los líderes de los procesos, por los directores y jefes de oficina asesoras, las encuestas fueron enviadas el 25 de octubre de 2019 y tienen plazo para diligenciarlas hasta el 5 de noviembre de 2019. Esta encuesta sirve de insumo para la Evaluación de los riesgos y controles que realiza la oficina de control interno. Una vez se entregue el informe de auditoría se deberá elaborar el correspondiente plan de mejoramiento por parte de los responsables el cual es monitorizado por la oficina de planeación como está establecido en el procedimiento de planes de mejora de la entidad.

La oficina de Control interno proyectó para la firma del gerente el oficio 14019-1 de fecha 25 de octubre de 2019, con el fin de que les solicite a los responsables el diligenciamiento de la encuesta en los términos establecidos.

2. ACTIVIDAD

Aplicación de la encuesta a los funcionarios para medir el grado de implementación del MECI. 50% (primer trimestre). **Cumplimiento del 100% los soportes se entregaron en el trimestre anterior.**

Evidencia: Con oficio del 17 de enero de 2019 se enviaron a los líderes de los procesos y procedimientos de la entidad las encuestas de implementación del MECI contestaron 21 funcionarios de 44 encuestas enviadas a funcionarios.

Con oficio 12 de marzo de 2019 No [2019110003322-1](#) se socializó al Comité Directivo los resultados de las encuestas practicadas, en el cual se observa que la autoevaluación bajo de 79.93% a 74,12%. Este soporte no se adjuntó en el seguimiento anterior.

3. ACTIVIDAD

Elaborar y socializar el informe de auditoría anual del MECI vigencia 2018. 50%. (Primer trimestre) **Cumplimiento del 100%. Los soportes se entregaron en el trimestre anterior.**

Evidencia: El 12 de marzo de 2019, se radicó informe de auditoría anual del MECI 2018, a todo el Comité Directivo, informe que está publicado.

El 8 de marzo de 2019, se envió informe cuatrimestral al comité directivo en donde se evidencias fortalezas y recomendaciones a las 7 dimensiones de MIPG, entre ellas la de control interno y se les manifiesta que ese informe debe tenerse en cuenta para la elaboración del plan de acción del MECI

El 15 de marzo de 2019 se radicó al comité directivo el informe de auditoría de implementación de MIPG, en el cual también se audita el MECI.



4. ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la evaluación emitida por el DAFP según la encuesta diligenciada en el aplicativo dispuesto por el DAFP. (Segundo Trimestre) . **Cumplimiento del 100%**

La calificación del MECI fue del 58,6 resultado que no es comparable con la vigencia anterior en la que se obtuvo un puntaje de 72.7 por cuanto el DAFP cambió la metodología de evaluación.

La calificación de MIPG no se obtuvo por cuanto la Oficina de planeación no diligenció la encuesta en el aplicativo del DAFP.

Evidencias

Se socializaron los resultados de la evaluación emitida por el DAFP a través de:

Con Oficio No [2019110007744-1](#) del 24 de mayo de 2019 dirigido al Comité Directivo con copia al equipo MECI se socializaron los resultados de la evaluación del DAFP obtenida para el MECI.

En Comité coordinador de control interno realizado el 11 de junio de 2019 se socializaron los resultados a los miembros del comité coordinador de control interno y del equipo MECI que asistieron. Se adjunta listado de asistencia. Con el Informe Cuatrimestral radicado el 10 de julio de 2019, con oficio [2019110009874-1](#), se socializó a toda la entidad los resultados de la evaluación del DAFP.

18. 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 JURÍDICA

6.1 GESTIÓN JURÍDICA

GESTIÓN DEL PROCESO

a. DEFENSA JUDICIAL - PROCESOS JUDICIALES:

Esta comparación incluye tanto los procesos en los que la institución es demandada como demandante al cierre del 3er Trimestre de 2019. Es así que el HUS hace parte de procesos en las jurisdicciones contenciosa administrativa y ordinaria, en los que el número de procesos contenciosos representan el 73% y los tramitados ante la jurisdicción ordinaria el 27%.

Con respecto a la participación por valor de las pretensiones en cada jurisdicción, observamos que la Jurisdicción Contenciosa Administrativa presenta un mayor valor representado el 96% y la Jurisdicción Ordinaria un 4%.



NÚMERO TOTAL DE PROCESOS			
Jurisdicción	A 3er trimestre 2019		
	No. Procesos	Cuantía	%
Contencioso Administrativa	118	\$53.014.593.903	96%
Ordinaria	43	\$2.095.613.134	4%
TOTAL	161	\$55.110.207.037	100%

Es importante aclarar que el Hospital se encuentra vinculado como víctima en once (11) procesos penales por el delito de Hurto por medios informáticos de los cuales en uno (1) se aceptó cargos por parte del imputado, proceso radicado con el CUI: 11001600000020180136000.

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS						
Jurisdicción	A 1er trimestre 2019		A 2do trimestre 2019		A 3er trimestre 2019	
	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Contencioso Administrativa	119	\$49.296.378.926	119	\$51.030.432.955	118	\$53.014.593.903
Ordinaria	37	\$10.729.771.093	45	\$2.409.297.909	43	\$2.095.613.134
TOTAL	156	\$60.026.150.019	164	\$53.439.730.864	161	\$55.110.207.037

Para el 3er trimestre de esta vigencia se presenta una disminución de un (1) proceso en la jurisdicción contenciosa, sin embargo la cuantía se incrementó; esto se debe a que durante el 3er trimestre se archivaron cinco (5) procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho en contra del Hospital con unas pretensiones estimadas en \$35.830.430 e ingresaron cuatro (4) procesos con unas pretensiones iguales a \$2.019.991.378.

Con respecto a la Jurisdicción Ordinaria se presentó una disminución de dos (2) procesos frente al 2do trimestre de 2019, que obedece al archivo de cuatro (4) procesos que se tramitaban ante esta jurisdicción, con una cuantía de \$399.831.874 y el ingreso de (2) dos demandas ordinarias laborales en contra del HUS con una cuantía igual a \$86.147.099. Sin embargo la cuantía presenta una disminución de \$313.684.775.

Comparativo a tercer trimestre vigencias anteriores:

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS TERCER TRIMESTRE				
Jurisdicción	3er Trimestre Año	3er Trimestre Año	3er Trimestre Año	3er Trimestre Año



	2016		2017		2018		2019	
	Nº	Cuantía	Nº	Cuantía	No.	Cuantía	No.	Cuantía
Contencioso Administrativa	82	\$36.745.169.496	100	\$46.592.400.452	101	\$46.667.178.072	118	\$53.014.593.903
Ordinaria	24	\$438.156.897	16	\$1.293.187.542	19	\$8.030.768.382	43	\$2.095.613.134
TOTAL	106	\$37.183.326.393	101	\$47.885.587.994	120	\$54.697.946.454	161	\$55.110.207.037

Realizando un comparativo entre el número total de procesos judiciales a 3er trimestre de las vigencias 2016 y 2017 podemos indicar que se presentó una disminución de 4.9% en el número de procesos en los que el HUS es parte. Haciendo el mismo análisis para el 3er trimestre de los años 2017 y 2018 se evidencia un aumento del 15.8%, y entre el 2018 y el 2019, el incremento fue del 25.5%.

1.1.1 DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD

Del consolidado general a 3er trimestre de 2019, tenemos un total de las 152 demandas en contra de la entidad de las cuales 110 que representan un 72% se encuentran en la Jurisdicción Administrativa por un monto de \$47.610.705.063 y 42 demandas que representan el 28% en la Jurisdicción Ordinaria por un valor de \$1.745.613.134.

1. DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD - JURISDICCIÓN CONTENCIOSA.

Los procesos en contra el HUS que se adelantan en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, para el 3er trimestre 2019 se encuentran discriminados así:

Contencioso Administrativo	No. Procesos	%	Cuantía
Reparación directa (<i>falla médica</i>)	80	72,73%	\$45.972.427.822
Reparación directa (<i>pago por arrendamiento de equipo biomédico</i>)	1	0,91%	\$51.754.560
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	4	3,64%	\$57.902.797
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	3	2,73%	\$59.522.805
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	0.91%	\$2.466.666

Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	20	18.18%	\$445.398.103
Controversia Contractual	1	0.91%	\$1.021.232.310
Total parcial	110	100%	\$47.610.705.063

Al observar este informe aún más resumido encontramos que:

JURISDICCIÓN	NUMERO DE PROCESO	%	VALOR DE LAS PRETENSIONES
Controversia Contractual	1	0.91%	\$1.021.232.310
Nulidad y restablecimiento del derecho	28	25.45%	\$565.290.371
Reparación Directa	81	73.64%	\$46.024.182.382
ADMINISTRATIVA	110	100%	\$47.610.705.063

Con respecto a la clasificación de las demandas tramitadas ante Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo por unidad funcional tenemos que en contra de la sede Bogotá se tramitaron 60 demandas, en contra de la unidad funcional de Girardot se presentaron 44, y finalmente en contra de la unidad funcional Zipaquirá se interpusieron 6.

Comparativo trimestral Jurisdicción Contencioso Administrativa:

Es de aclarar que la totalidad de los procesos judiciales en el 3er trimestre de cada año se realiza del consolidado total que se reporta para ese período, razón por la cual el reporte al 3er trimestre contiene la misma cifra que en el 3er trimestre, por lo que se hará el siguiente análisis:

Contencioso Administrativo	A III Trimestre Año 2016			A III Trimestre Año 2017			A III Trimestre Año 2018			A III Trimestre Año 2019		
	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía
Reparación directa (falla médica)	51	64,00%	\$39.010.095.430	70	74.5 %	\$44.080.982.142	75	79,70%	\$43.063.626.087	80	73,00%	\$45.972.427.822
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	0	0,00%	0	0	0,00 %	\$0	1	1,10%	\$51.754.560	1	0,90%	\$51.754.560

Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	19	25,30%	\$289.109.307	15	16%	\$170.396.724	9	9,50%	\$108.718.128	4	3,60%	\$57.902.797
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	9,30%		7	7,5%	\$93.368.499	7	6,40%	\$93.368.499	3	2,70%	\$59.522.805
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	1,30%		1	1,06%	\$2.466.666	1	1,10%	\$2.466.666	1	0,90%	\$2.466.666
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	0	0,00%	0	1	1,06%	\$37.902.011	1	1,10%	\$37.902.011	20	18,00%	\$445.398.103
Controversia Contractual	0	0,00%	0	0	0,00%	\$0	1	1,10%	\$1.021.232.310	1	0,90%	\$1.021.232.310
Total parcial	78	100%	\$39.299.204.737	94	100,00%	\$44.385.116.042	95	100,00%	\$44.379.068.261	110	100,00%	\$47.610.705.063

Realizando un análisis a la tabla anterior, podemos verificar que en las vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019 a 3er trimestre, el medio de control más representativo sigue siendo la reparación directa por falla médica.

En la siguiente tabla, se hará un análisis del incremento porcentual del número de procesos tramitados en contra del HUS, ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa entre las vigencias 2016 – 2017 y 2018 – 2019.

Contencioso Administrativo	2016	2017	2018	2019	2016-2017	2018-2019
Reparación directa (<i>falla médica</i>)	51	70	75	80	37.3%	6.6%
Reparación directa (<i>pago por arrendamiento de equipo biomédico</i>)	0	0	1	1	0,0%	0,0%
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	19	15	9	4	-21,1%	-56%
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	7	7	3	0.0%	-57.1%
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	1	1	1	0,0%	0,0%
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	0	1	1	20	100%	1900,0%
Controversia Contractual	0	0	1	1	0,0%	0,0%
Total parcial	78	94	95	110	20%	16%

2. DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD - JURISDICCIÓN ORDINARIA

Por su parte los procesos contra el HUS que se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria se discriminan de la siguiente manera para el 3er semestre del 2019:

Ordinario	No. Procesos A 1er trimestre 2019	%	Cuantía	No. Procesos A 2do trimestre 2019	%	Cuantía	No. Procesos A 3er trimestre 2019	%	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	3	9%	\$ 30.190.140	3	7.0%	\$30.190.140	2	4.76%	\$17.060.482
Laboral contrato realidad	26	76%	\$1.237.782.490	38	88.4%	\$1.606.624.515	38	90.48%	\$1.626.848.928
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	3	9%	\$45.133.520	1	2.3%	\$14.754.340	1	2,38%	\$14.754.340
Incumplimiento Contractual	1	3%	\$86.949.384	0	0	0	0	0	0
Ejecutivo contractual	1	3%	\$6.734.956.000	1	2.3%	\$86.949.384	1	2,38%	\$86.949.384
Total parcial	34	100%	\$8.135.011.534	43	100%	\$1.738.518.379	42	100%	\$1.745.613.134

Comparativo a tercer trimestre Jurisdicción Ordinaria:

A III Trimestre Año 2016				A III Trimestre Año 2017			A III Trimestre Año 2018			A III Trimestre Año 2019		
Ordinario	#	%	Cuantía	#	%	Cuantía	#	%	Cuantía	#	%	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	21	96%	\$507.402.553	3	21%	\$30.190.140	3	18%	\$30.190.140	2	4,76%	\$17.060.482
Laboral contrato realidad				8	57%	\$449.759.808	11	64%	\$493.138.988	38	90,48%	\$1.626.848.928
Acreencias laborales e indexación	0	0%	\$0	2	14%	\$29.508.680	1	6%	\$14.754.340	1	2,38%	\$14.754.340

(convención colectiva)												
Incumplimiento contractual	0	0%	\$0	0	0%	\$0	1	6%	\$6.734.956.000	0	0,00%	\$0
Ejecutivo contractual	1	5%	\$86.949.384	1	7%	\$86.949.384	1	6%	\$86.949.384	1	2,38%	\$86.949.384
Total parcial	22	100%	\$594.351.937	14	100%	\$596.408.012	17	100%	\$7.359.988.852	43	100%	\$1.745.613.134

Realizando un comparativo en la Jurisdicción Ordinaria, el mayor número de procesos en los que se acciona al HUS a 3er trimestre de las vigencias del 2017, 2018 y 2019, es en el que se pretende se declare la existencia de contrato realidad, presentándose el aumento más representativo en demandas de esta clase en el 3er trimestre 2019 con un porcentaje del 90,48%.

Comparativo al trimestre de 2019 (procesos Judiciales en contra tanto en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa como Jurisdicción Ordinaria):

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD JURISDICCIÓN CONTENCIOSA							
Contencioso Administrativo	A 1er TRIMESTRE 2019	A 2do TRIMESTRE 2019	A 3er TRIMESTRE 2019	Diferencia 1er trimestre con 2do trimestre	Incremento-Disminución	Diferencia 2do trimestre con 3er trimestre	Incremento-Disminución
	No. Procesos	No. Procesos	No. Procesos				
Reparación directa (falla médica)	78	77	80	-1	1%	3	4%
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	1	1	1	0	0%	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (sobresueldo 20%)	6	6	6	0	0%	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (bonificación por servicios)	5	5	3	0	0%	-2	-2%

Nulidad y Restablecimiento (Contrato Realidad)	20	20	20	0	0%	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (proceso disciplinario)	1	1	1	0	0%	0	0%
Controversia contractual	1	1	1	0	0%	0	0%
Total parcial	112	111	110	-1	1%	-1	1%

Ordinaria	A 1er TRIMESTRE 2019	A 2do TRIMESTRE 2019	A 3er TRIMESTRE 2019	Diferencia 1er trimestre con 2do trimestre	Incremento-Disminución	Diferencia 2do trimestre con 3er trimestre	Incremento-Disminución
	No. Procesos	No. Procesos	No. Procesos				
Laboral sobresueldo 20%	3	3	2	0	0%	-1	-33.3%
Laboral contrato realidad	26	38	38	12	46%	0	0%
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	3	1	1	-2	-67%	0	0%
Incumplimiento Contractual	1	0	0	-1	-100%	0	0%
Ejecutivo contractual	1	1	1	0	0%	0	0%
Total parcial	34	43	42	9	26,40%	1	2%
TOTAL	146	154	152	8	6%	-2	-1%

Realizando un comparativo entre el 1er, 2do y 3er trimestre del 2019, podemos observar que en la Jurisdicción Contencioso Administrativa los procesos de reparación directa incrementaron en un 4% para 3er trimestre y en los procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho en los que se pretende se reconozca el derecho a percibir la bonificación por servicios disminuyeron en un 2%.



051



SC5520-1



En los procesos incoados ante la Jurisdicción Ordinaria, entre el 1er y 2do trimestre se presentó un aumento del 46% en los procesos ordinarios laborales en los que se pretende se declare la existencia de contrato realidad sin variación para el 3er trimestre. Ahora bien podemos resaltar una disminución del 33.3% en los procesos laborales en los que se busca se reconozca y pague el sobresueldo del 20% entre el 2do y 3er trimestre de la presente anualidad.

Comparativo a 3er trimestre de las vigencias anteriores:

A continuación se analiza el incremento o disminución porcentual del número de procesos por jurisdicciones en las vigencias 2016 - 2017, 2017 - 2018 y 2018 - 2019:

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD COMPARATIVO A 3ER TRIMESTRE VIGENCIAS ANTERIORES							
Contencioso Administrativo	3er trimestre 2016	3er trimestre 2017	3er trimestre 2018	3er trimestre 2019	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Reparación directa (falla médica)	51	70	75	80	37.2%	-7%	7%
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	0	0	1	1	0%	100%	0%
Nulidad y Restablecimiento (sobresueldo 20%)	19	15	9	4	-21%	-40%	-56%
Nulidad y Restablecimiento (bonificación por servicios)	7	7	7	3	0%	0%	-57.1%
Nulidad y Restablecimiento (Contrato Realidad)	0	1	1	20	100%	0%	1900%
Nulidad y Restablecimiento (proceso disciplinario)	1	1	1	1	0%	0%	0%
Controversia contractual	0	0	1	1	0%	100%	0%
Total parcial	78	94	95	110	21%	1%	16%
Ordinaria	3er trimestre 2016	3er trimestre 2017	3er trimestre 2018	3er trimestre 2019	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Laboral sobresueldo 20%	21	3	3	2	-86%	0%	-33.3%

Laboral contrato realidad		8	11	38	61%	37.5%	245%
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	0	2	1	1	200%	-100%	-100%
Incumplimiento Contractual	0	0	1	0	0%	100%	-100%
Ejecutivo contractual	1	1	1	1	0%	0%	0%
Total parcial	22	14	17	42	11%	50%	187%
TOTAL GENERAL	100	108	112	152	10.7%	17%	41%

Si entramos a analizar el total de los procesos tanto en la Jurisdicción Contenciosa como en la Ordinaria, observamos que el incremento más alto se evidencia en el comparativo de las vigencias 2018-2019 con un 41%.

El anterior análisis permite inferir que en los trimestres comparados tanto en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa como en la Jurisdicción Ordinaria (con excepción del 3er trimestre de 2017 en la Jurisdicción Ordinaria), se ha presentado un aumento constante en el número total de procesos en que la entidad es demandada, lo que indica que progresivamente se ha estado incrementado la litigiosidad en contra del Hospital, esta situación ha requerido una importante gestión la Oficina Asesora Jurídica, que se evidencia en la realización de un mayor número de actuaciones judiciales.

Debe resaltarse que el aumento más significativo con relación al número de procesos se presentó aquellos cuyas pretensiones persiguen se declare la existencia de contrato realidad, tramitados ante la Jurisdicción Ordinaria ya que para el 3er trimestre de 2019, se presentó un aumento de veintisiete (27) procesos más que en el mismo periodo del año 2018, esto obedece al aumento de las demandas en contra del Hospital en los que se persigue el reconocimiento de relación laboral y acreencias laborales de personal vinculado a través de cooperativas de trabajo asociado contratadas por el Hospital.

1.1.3. DEMANDAS A FAVOR DE LA ENTIDAD:

Contenciosa administrativa	Causas	A I trimestre de 2019		A II trimestre de 2019		A III trimestre de 2019	
		No.	Cuantía	No.	Cuantía	No.	Cuantía
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$1.315.723.610	3	\$1.315.723.610	3	\$1.315.723.610
Contractual	Incumplimiento contrato	0	\$0	1	\$2.066.054.029	1	\$2.066.054.029

Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Ejecutivo	Incumplimiento contractual	1	\$1.049.725.000	1	\$1.049.725.000	1	\$1.049.725.000
Contractual	Restitución de inmueble	1	\$39.000.000,00	1	\$39.000.000,00	1	\$39.000.000,00
Total parcial		7	\$3.337.834.811	8	\$5.403.888.840	8	\$5.403.888.840

Ordinaria	Causas	A I trimestre de 2019		A II trimestre de 2019		A III trimestre de 2019	
		No.	Cuantía	No.	Cuantía	No.	Cuantía
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530	0	\$0
Laboral	Laudo Arbitral	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000
Declarativo	Arbitramento	1	\$1.923.980.029	0	\$0	0	\$0
Total parcial		3	\$2.594.759.559	2	\$670.779.530	1	\$350.000.000

TOTAL GENERAL	10	\$5.932.594.370	10	\$6.074.668.370	9	\$5.753.888.840
----------------------	-----------	------------------------	-----------	------------------------	----------	------------------------

Realizando un comparativo de los procesos judiciales activos en los cuales el Hospital es accionante entre el 1er y 3er trimestre del 2019 se presentó un aumento de un (1) proceso en la Jurisdicción Contenciosa administrativa, en este proceso de controversias contractuales en el que se pretende se declare que la Fundación Integral para la Salud y Educación Comunitaria del Magisterio -FINSEMA-, incumplió el Contrato de Alianza Técnico Científico y Asistencial para la Ejecución y Explotación de la Nueva Unidad de Cuidado Intensivo Adultos y la Ampliación de la Unidad de Cuidado Intensivo de Neonatos No. 128, las pretensiones del hospital oscilan en \$2.066.054.029.

Analizando los datos reportados para este trimestre tenemos que en la Jurisdicción Ordinaria se reportó un (1) proceso menos con relación al 2do trimestre, este corresponde al proceso Declarativo - Divisorio en el que se dictó auto de archivo el 08 de julio de 2019 y por lo que se procedió a depurarlo de la base de datos de procesos judiciales de la entidad

Comparativo 3er trimestre vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019:

Contenciosa administrativa	Causas	A III trimestre de 2016		A III trimestre de 2017		A III trimestre de 2018		A III trimestre de 2019	
		No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550,00	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550



	cortes de fluido eléctrico								
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$1.260.898.209	3	\$1.280.898.209,00	3	\$1.315.723.610	3	\$1.315.723.610
Contractual	Incumplimiento contrato	0	0	0	\$0,00	0	\$0,00	1	\$2.066.054.029
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651,00	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Ejecutivo	Incumplimiento contractual	0	0	0	\$0,00	1	\$1.049.725.000	1	\$1.049.725.000
Contractual	Restitución de inmueble	1	\$39.000.000	1	\$39.000.000,00	1	\$39.000.000,00	1	\$39.000.000,00
Total parcial		6	\$2.233.274.410	6	\$2.253.284.410	7	\$3.337.834.811	8	\$5.403.888.840
Ordinaria	Causas	A III trimestre de 2016		A III trimestre de 2017		A III trimestre de 2018		A III trimestre de 2019	
		No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530	0	\$0
Laboral	Laudo Arbitral	0	0	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000
Declarativo	Arbitramento	0	0	0	\$0,00	1	\$1.142.738.029	0	\$0
Total parcial		1	\$320.779.530	2	\$670.779.530	3	\$1.813.517.559	1	\$350.000.000
TOTAL GENERAL		7	\$2.554.053.940	8	\$2.924.063.940	10	\$5.151.352.370	9	\$5.753.888.840

Lo anterior evidencia una constante gestión de la Oficina Asesora Jurídica en la interposición de demandas que buscan la reclamación judicial de los derechos que el Hospital considera tener, siendo en la Jurisdicción Administrativa en la que se presenta la mayor cantidad de procesos en qué el HUS es demandante.

1.1.4. CONTESTACIONES DE DEMANDA EN 1ER, 2DO Y 3ER TRIMESTRE DE 2019: (indicador de proceso)

Respecto al número de demandas contestadas tenemos que para el 3er trimestre de 2019 se han contestado un total de treinta y cincuenta (50) demandas, tanto en la jurisdicción contenciosa Administrativa como la Jurisdicción ordinaria, como se detalla en la siguiente tabla:



CONTESTACIONES DE DEMANDA VIGENCIA 2019			
Jurisdicción	En 1er trimestre 2019	En 2do trimestre 2019	En 3er trimestre 2019
	No. contestaciones	No. contestaciones	No. contestaciones
Contencioso Administrativa	6	0	13
Ordinaria	10	18	3
TOTAL	16	18	16

1.1.4.1 Comparativo contestaciones de demandas en 3er trimestre vigencia 2016, 2017, 2018 y 2019.

Antes de realizar el análisis que nos ocupa debemos indicar que para el 3er trimestre de 2016, no se reportaba la información relacionada con la contestación de las demandas, por lo que se analizara el trimestre de las vigencias posteriores.

NÚMERO TOTAL DE CONTESTACIONES DE DEMANDAS EN 3er TRIMESTRE			
Jurisdicción	En 3er trimestre 2017	En 3er trimestre 2018	En 3er trimestre 2019
	No. contestaciones	No. contestaciones	No. contestaciones
Contencioso Administrativa	2	3	13
Ordinaria	4	2	3
TOTAL	6	5	16

Para el 3er trimestre 2019 se han gestionado once (11) contestaciones más que el mismo periodo del 2018, siendo el periodo dentro de los comparados con más demandas contestadas, otro punto a tener en cuenta por el aumento de la litigiosidad en contra de la entidad.

1.1.4.2 Comparativo contestaciones de demandas A 3er trimestre vigencia 2016, 2017, 2018 y 2019.

NÚMERO TOTAL DE CONTESTACIONES DE DEMANDAS A 3ER TRIMESTRE			
Jurisdicción	A 3do trimestre 2017	A 3do trimestre 2018	A 3do trimestre 2019
	No. contestaciones	No. contestaciones	No. contestaciones
Contencioso Administrativa	13	11	19

Ordinaria	6	4	31
TOTAL	19	15	50

Realizando un comparativo entre las vigencias 2017, 2018 y 2019 a 3er trimestre, el mayor número de contestaciones de demandas se ha presentado en el año 2019, con un número de cincuenta (50) contestaciones, de las cuales diecinueve (19) se presentaron ante la Jurisdicción Contenciosa y treinta y uno (31) ante la jurisdicción Ordinaria.

1.1.4.3 FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA DEL HUS EN SEGUNDA INSTANCIA A 3ER TRIMESTRE 2016, 2017, 2018, 2019:

Fallos a favor y fallos en contra a 3er trimestre de 2016:

A 3er trimestre de la vigencia 2016, no se profirieron fallos en segunda instancia condenatorios en contra de la entidad. Con respecto a los fallos a favor tenemos que al 3er trimestre de 2016, una acción de reparación directa y dos procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho, que reportaron **un ahorro patrimonial de \$1.128.019.360**.

Fallos a favor y fallos en contra a 3er semestre de 2017:

A 3er trimestre de 2017, ninguna autoridad judicial profirió fallo en contra de la entidad, con relación a las sentencias favorables, encontramos dos (2) providencias dictadas dentro de los procesos de nulidad y restablecimiento del derecho con una cuantía de \$13.307.000 y \$8.218.112, lo que indica un **ahorro patrimonial de \$21.525.112**

Fallos a favor y fallos en contra a 3er trimestre de 2018:

Para el 3er trimestre del año 2018, se reportaron dos (2) fallos a favor dentro de procesos ordinarios laborales con unas pretensiones de \$1.423.346 y 15.637.136 que lograron establecer **un ahorro patrimonial de \$17.060.482 para dicha vigencia**.

Al 3er trimestre de 2018, se profirieron dos (2) fallos condenatorios, uno (1) en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, que corresponde a un proceso de reparación directa en el que sólo se canceló el 7% del total de las pretensiones de la demanda y representó **un ahorro patrimonial de \$812.692.904**. El otro correspondió a un proceso Ordinario Laboral en el que la demandante pretendía la suma de \$13.000.000, sin embargo la sentencia sólo reconoció la suma de \$7.715.890 el monto total de la condena fue asumido por la Cooperativa Grupo Laboral por lo que la entidad no realizó erogación alguna.

Fallos a favor y fallos en contra a 3er trimestre de 2019:

Al 3er trimestre de este año, ninguna autoridad judicial profirió fallos condenatorios en contra del Hospital en segunda instancia.

Para el 3er trimestre de 2019, se profirieron tres (3) fallos favorables en segunda instancia, todos en procesos tramitados ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa consistente en dos (2) reparaciones directas con cuantías de \$266.000.000 y \$200.000.000 respectivamente y una Nulidad y Restablecimiento del Derecho en el que las pretensiones oscilaban en \$23.704.000, lo que indica que ante la sentencia definitiva proferida en estos procesos, **el ahorro patrimonial para la Institución fue de \$489.704.000.**

1.2. DEFENSA JUDICIAL - ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso)

1.2.1. TERCER TRIMESTRE 2019

A continuación se relaciona la gestión de las acciones de tutela en el 3er trimestre de 2019, en los que se detalla motivo específico que motivo la presentación de la acción constitucional establecida para el amparo de los derechos fundamentales y contemplados en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia.

MOTIVO ESPECÍFICO	En 3ER TRIMESTRE	PARTICIPACIÓN
CITA ESPECIALISTA	44	28%
EXÁMENES	13	8%
MEDICAMENTOS	10	6%
SOLICITUD CIRUGÍA	16	10%
SOLICITUD INFORMACIÓN	10	6%
SOLICITUD PROCEDIMIENTO	20	13%
TRATAMIENTO INTEGRAL	17	11%
OTROS	26	12%

Total general	156	100%
---------------	-----	------

En lo que respecta a la decisión definitiva proferida por los despachos judiciales, para el tercer trimestre de 2019 se profirieron las siguientes decisiones:

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ORDEN AL HUS	Total	Participación
DECLARA TEMERARIA ACCIÓN DE TUTELA	1	1%
CONCEDE	1	1%
DESVINCULA	33	21%
INSTA A LA ENTIDAD	3	2%
NIEGA	33	21%
NO EMITE ORDEN A HUS	46	29%
EL FALLO NO FUE NOTIFICADO	30	19%
ORDENA	8	5%
PREVIENE	1	1%
Total general	156	100%

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

El HUS tan solo es accionado en el 1%, ya que la mayoría de tutelas nos vinculan como entidad prestadora y de las entidades accionadas el mayor porcentaje de tutelas está dirigido a Medimás E.P.S. (26%), seguido por Convida E.P.S. (22%) y por el Inpec (12%). En el 3er trimestre de 2019, se reporta una acción de tutela en el que nos accionan en conjunto con Medimas EPS, la cual tiene un peso porcentual del 1% dentro del total de las acciones constitucionales.

ACCIONADO	Total	Participación
COMPARTA E.P.S.	8	5%
CONVIDA E.P.S.	34	22%
FAMISANAR E.P.S.	8	5%
INPEC	18	12%
MEDIMÁS E.P.S.	41	26%
OTRAS	47	30%

Total general	156	100%
---------------	-----	------

1.2.2. CONSOLIDADO A TERCER TRIMESTRE 2019

MOTIVO ESPECÍFICO	En 1er trimestre 2019	En 2do trimestre 2019	En 3er trimestre 2019	Total a 3er trimestre 2019	Participación a 3er trimestre 2019
SOLICITUD CITA ESPECIALISTA	25	44	44	113	25%
DERECHO DE PETICIÓN	8	0	0	8	2%
SOLICITUD EXÁMENES	26	19	13	58	13%
SOLICITUD MEDICAMENTOS	7	20	10	37	8%
SOLICITUD REMISIÓN	15	20	9	44	10%
SOLICITUD CIRUGÍA	27	30	16	73	16%
SOLICITUD INFORMACIÓN	9	14	10	33	7%
TRATAMIENTO INTEGRAL	0	1	17	18	4%
SOLICITUD PROCEDIMIENTO	0	7	20	27	6%
OTROS	6	10	17	33	9%
Total General	123	165	156	444	100%

Con respecto a la decisión de los despachos judiciales en relación con las acciones de tutela tramitadas por la Oficina Asesora Jurídica al 3er trimestre de 2019, se puede indicar lo siguiente:

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ORDEN AL HUS	1er trimestre de 2019	2do trimestre de 2019	3er trimestre de 2019	Total A III Trimestre 2019	Participación
DESVINCUCLA	25	31	33	89	20%
DECLARA TEMERARIA ACCIÓN DE TUTELA	0	0	1	1	0%
NIEGA	23	31	33	87	20%
NO EMITE ORDEN A HUS	38	37	46	121	27%

EL FALLO NO FUE NOTIFICADO	24	55	30	109	25%
ORDENA	6	10	8	24	5%
CONCEDE	0	0	1	1	0%
INSTA A LA ENTIDAD	0	0	3	3	1%
PREVIENE	7	1	1	9	2%
Total general	123	165	156	444	100%

Lo anterior quiere decir que del 100% de las tutelas impetradas al 3er trimestre solo el 5% (24) se ordena al HUS, lo que evidencia la importante gestión de la Oficina Asesora Jurídica en el trámite de respuesta de las acciones constitucionales.

Podemos evidenciar que de acuerdo al consolidado a tercer trimestre de 2019, las entidades con más acciones de Tutela en su contra son la Medimás E.P.S, con ciento dieciocho (118, seguido de Convida E.P.S. con ciento diecisiete (117), Inpec con treinta y nueve (39) y Famisanar E.P.S. con treinta y cuatro (34).

Es importante mencionar que a 3er trimestre del año en curso, el HUS tan sólo fue accionado en cinco (5) acciones de tutela, lo que indica que en la mayoría de los casos no se alega por el accionante una violación directa de sus derechos fundamentales por parte del HUS, sino que nos vinculan como entidad prestadora.

1.2.3 COMPARATIVO VIGENCIAS 2016- 2017-2018- 2019 A TERCER TRIMESTRE.

En la siguiente tabla se relaciona el total de las Acciones de Tutela en las que se vinculó a la entidad al 3er trimestre en las vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019; es decir de enero a septiembre de cada vigencia se detalla también el motivo por el cual se promovió la acción constitucional.

Teniendo en cuenta los informes de gestión presentados en el 1er, 2do y 3er trimestre de 2016, solo se relaciona el número general de las acciones de tutela tramitadas en cada periodo, reportándose un total de ciento veintidós (122) acciones de tutela tramitadas; ahora bien, con respecto a las demás vigencias podemos hacer el siguiente comparativo, teniendo en cuenta que se cuenta con una información más detallada:

Motivo	Año 2017 a III Trimestre	Año 2018 a III Trimestre	Año 2019 a III Trimestre	Comparativo 2017-2018 (aumento o d disminución porcentual)	Comparativo 2018-2019 (aumento o disminución porcentual)
	No. Tutelas	No. Tutelas	No. Tutelas		

AUTORIZACIÓN	17	0	0	1700%	0%
MEDICAMENTOS	16	25	37	56%	48%
PROCEDIMIENTOS	20	0	27	-2000%	2700%
REMISIÓN	0	40	44	4000%	10%
REMISIÓN AL HUS	9	0	0	-900%	0%
SOLICITUD CIRUGÍA	28	88	73	214%	-17%
SOLICITUD CITA ESPECIALISTA	26	29	113	11%	290%
SOLICITUD EXÁMENES	3	46	58	1433%	26%
SOLICITUD INFORMACIÓN	0	20	33	2000%	65%
TRANSPORTE	8	4	6	50%	50%
TRATAMIENTO INTEGRAL	8	0	18	-800%	1800%
OTROS	24	16	35	-33%	119%
TOTAL	159	268	444	68%	65%

Al comparar el tercer trimestre de 2019 con el mismo periodo de vigencias anteriores, se puede realizar el siguiente análisis:

Al comparar el 3er trimestre de los años 2016 y 2017, encontramos un aumento de aumento del 30% en el total de las acciones constitucionales; lo anterior teniendo en cuenta que al 3er trimestre del año 2016 se reporta un total de 122 tutelas y en el mismo periodo de 2017 se reporta un total de 159 tutelas, lo que representa un aumento de 37 tutelas gestionadas.

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ORDEN AL HUS	a 3er trimestre de 2017	%	A 3er trimestre de 2018	%	A 3er trimestre de 2019	%
DESVINCULA	3	2%	35	13%	89	20%
DESITE	0	0%	1	0%	0	0%
DECLARA TEMERARIA ACCIÓN DE TUTELA	0	0%	0	0%	1	0.2%
NIEGA	0	0%	42	16%	87	20%
NO EMITE ORDEN A HUS EXONERA	109	0%	98	37%	121	27%
EL FALLO NO FUE NOTIFICADO	3	2%	65	24%	109	24%

ORDENA	8	5%	22	8%	24	5%
CONCEDE	0	0%	1	0%	1	0.2%
NO CONCEDE	0	0%	1	0%	0	0%
CONMINA	0	0%	1	0%	0	0%
REQUIERE	0	0%	2	1%	0	0%
CARÁCTER INFORMATIVO HISTORIA CLÍNICA	36	23%	0	0%	0	0%
INSTA A LA ENTIDAD	0	0%	0	0%	3	0.7%
PREVIENE	0	0%	0	0%	9	2%
Total general	159	100%	268	100%	444	100%

De acuerdo a la tabla anterior es importante mencionar que las tutelas en las que se ordena al HUS, no supera el 8% dentro del total de las tutelas reportadas las vigencias comparadas. Es importante resaltar que en las acciones de tutela en las que se profiere orden al HUS, la orden judicial impartida obedece al objeto social de la entidad (prestador del servicio de salud), es decir como entidad vinculada y no por ser accionados directamente.

1.3 DEFENSA JUDICIAL – INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS

Al 3er trimestre del año 2019, se encuentran activos cincuenta y seis (56) procesos, 23 que representa el (40%) por incumplimientos normativos y 33 el (60%) por irregularidades en la prestación del servicio médico.

Igualmente, se realizaron nueve (9) actuaciones dentro de los procesos Administrativo Sancionatorio que se adelantan en contra de la entidad, consistente en tres (3) indagaciones preliminares aporte de documentos, cuatro (4) descargos y dos (2) alegatos.

Al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el 64% (36 procesos) se encuentran en la Secretaría de Salud Departamental y el 29% (16 procesos) en la Secretaría de Salud Distrital, 4% (2 procesos) en la Superintendencia Nacional de Salud, finalmente el INVIMA y la CAR Cundinamarca con 2% reportan un (1 proceso) cada uno.

Por unidad funcional tenemos que para el 3er trimestre de 2019, del total de los procesos activos veinticuatro (24) que representan el 43%, se tramitan en contra de la sede de Bogotá, quince (15) es decir un 27% por la Unidad Funcional Girardot y diecisiete (17) un 30% por la Unidad Funcional de Zipaquirá.

Procesos que ingresaron Durante el 3er trimestre de 2019



Ingresaron seis (6) nuevos procesos en total; cinco (5) de ellos por presuntas irregularidades en la prestación del servicio médico y el restante (1) por una presunta infracción del Decreto 1769 de 1994, norma mediante el cual se regulan los componentes y criterios básicos para la asignación y utilización de los recursos financieros que deben ser destinados al mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria en los hospitales públicos.

Procesos Archivados Durante el 3er trimestre de 2019

Ahora bien, para el tercer trimestre de 2019 se archivaron nueve procesos, procesos que a su vez fueron fallados a favor de la entidad: 2015 Q341, 2015 96620, 2016 64348, 2016 70164, 2017 18927, 2018 25057, 2018 Q235, 2018 Q230, 2018 Q291, 2014-Q265 y 2015-Q253.

Procesos cancelados en el 3er trimestre de 2019

- A través de Resolución No. 5568 del 12 de Junio de 2018, la Secretaría de Salud Distrital, impuso a la entidad sanción consistente en multa de 150 SMDLMV, por infracción de lo dispuesto en los numerales 2 (oportunidad) y 5 (continuidad) del artículo 3 del Decreto 1011 de 2006 en concordancia con el numeral 3 del artículo 3 de la ley 1438 de 2011 y el numeral 9 del artículo 153 de la ley 100 de 1993. La queja consistía en una inconformidad contra el Hospital por la falta de oportunidad en la entrega del resultado del examen Polisomnografía. El pago de la sanción, se realizó el día 14 de agosto de 2019, así mismo se envió a la Dirección Científica solicitud de plan de mejora.

- La Dirección de Administración Sanitaria del INVIMA a través de Resolución No. 2019023651 de 12 de Junio de 2019, impone sanción consistente en Multa de 3.000 SMDLMV a la entidad, por falencias encontradas en la mezcla de medicamentos luego de la verificación de actividades del servicio farmacéutico en la unidad funcional de Girardot a la fecha de presentación del informe la entidad se encuentra en gestiones de pago.

Desde la oficina jurídica se gestionó la defensa del Hospital en estos procesos administrativos sancionatorios, agotando todos y cada uno de los recursos respectivos.

1.3.1. EN EL 3ER TRIMESTER VIGENCIAS ANTERIORES (2016, 2017, 2018, 2019)

Actuaciones: Es importante aclarar que no hay reporte de información referente a la vigencia 2016; sin embargo, en la siguiente tabla podemos observar un comparativo en 3er trimestre de las vigencias 2017, 2018 y 2019.

ACTUACIÓN	En 3er trimestre 2017	En 3er trimestre 2018	En 3er trimestre 2019	Comparativo 2017-2018	Comparativo 2018-2019
INDAGACIÓN PRELIMINAR (APORTE DOCUMENTOS)	0	0	3	0%	300%
DESCARGOS	11	1	4	-91%	300%
ALEGATOS	6	2	2	-67%	0%

RECURSOS	1	4	0	300%	-400%
Total	18	7	9	-61%	29%

1.3.2 COMPARATIVO AL 3ER TRIMESTER VIGENCIAS ANTERIORES (2016, 2017, 2018, 2019)

Actuaciones: Es de resaltar, que conforme a la información que se reportó en los informes de gestión institucional para el año 2016 no se detalla el número de actuaciones realizadas dentro de las investigaciones administrativas, por lo que este análisis se realizó para las vigencias posteriores.

ACTUACIÓN	A 3er trimestre 2017	A 3er trimestre 2018	A 3er trimestre 2019	Comparativo 2017-2018	Comparativo 2018-2019
INDAGACIÓN PRELIMINAR (APORTE DOCUMENTOS)	18	5	6	-72%	20%
DESCARGOS	10	6	5	-40%	-17%
ALEGATOS	13	8	5	-38%	-37,5%
Total	41	19	16	-54%	-16%

Lo anterior evidencia una constante disminución en el número de actuaciones realizadas dentro del trámite de las investigaciones administrativas en contra de la entidad, lo que corresponde con la disminución del número de procesos que se tramitan en contra de la entidad.

Motivo de Queja:

MOTIVO DE QUEJA	A 3er trimestre 2017	%	A 3er trimestre 2018	%	A 3er trimestre 2019	%
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	21	25%	21	28%	23	40%
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	63	75%	49	72%	33	60%
Total	84	100%	70	100%	56	100%

Con relación al motivo de queja tenemos que las irregularidades por prestación del servicio médico representa el mayor peso porcentual dentro la totalidad de las investigaciones administrativas al 3er trimestre de las vigencias comparadas, con un 75% para el año 2017, un 72% para el año 2018 y un 60% para la presente anualidad.

Entidad que adelanta el proceso administrativo sancionatorio:



ENTIDAD	A 3er trimestre 2017	Participación	A 3er trimestre 2018	Participación	A 3er trimestre 2019	Participación
CAR – CUNDINAMARCA	0	0%	1	1%	1	2%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	61	73%	45	64%	36	64%
INSPECCIÓN DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DE GIRARDOT	1	1%	0	0%	0	0%
INVIMA	0	0%	1	1%	1	2%
SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	22	26%	21	30%	16	29%
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	0	0%	2	3%	2	4%
Total	84	100%	70	100%	56	100%

La mayoría de procesos administrativos sancionatorios en las vigencias comparadas se adelantan en la Secretaría de Salud Departamental teniendo el 73% para el 3er trimestre de 2017, y el 64% para el 3er trimestre de 2018 y 2019.

1.4. DEFENSA JUDICIAL - DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, se recibió una petición, radicada por el señor Marcos Fabián Soriano, en el que solicitaba información respecto al proceso de reparación directa instaurado por la señora Olga Reinela Cubillos Prieto, cuyo radicado fue 11001-33-36-033-201300481-00 y que cursó en el Juzgado 33 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá. Igualmente se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

TIPO	3er TRIMESTRE 2019	%
Certificación contratos productividad	23	46%
Certificación de contratos	26	52%
Otros	1 ¹	2%
Total general	50	100%

¹ Derecho de petición resuelto al señor Marcos Fabián Soriano, en el que solicitaba información respecto al proceso de reparación directa instaurado por la señora Olga Réinela Cubillos Prieto, cuyo radicado fue 11001-33-36-033-201300481-00 y que cursó en el juzgado 33 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá.

Se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido como se puede observar el 98% de los derechos de petición dirigidos al área jurídica se refieren a solicitudes de certificación de contratos por productividad y de bienes y servicios.

1.4.1. COMPARATIVO 3ER TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2016, 2017, 2018 Y 2019.

TIPO	3er TRIMESTRE 2017	3er TRIMESTRE 2018	3er TRIMESTRE 2019
Certificación contratos productividad	46	42	23
Certificación de contratos	14	8	26
Otros	8	4	1
Total general	68	54	50

1.4.2. COMPARATIVO A 3ER TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2016, 2017, 2018 Y 2019.

TIPO	AL 3er TRIMESTRE 2017	AL 3er TRIMESTRE 2018	AL 3er TRIMESTRE 2019
Certificación contratos productividad	214	153	341
Certificación de contratos	131	89	159
Otros	22	14	1
Total general	367	256	501

Podemos observar que la tendencia al trimestre de las vigencias comparadas se mantiene siendo el tipo de derecho de petición más gestionado aquel que solicita la certificación de contratos por productividad.

1.5. CONTRATACIÓN – OTRAS GESTIONES REALIZADAS

GESTIÓN	3er trimestre 2019	PARTICIPACION
Productividad - invitaciones a contratar	20	2%
Evaluaciones Jurídicas	105	11%
Contratos suscritos	87	9%
Adiciones y prórrogas	164	18%
Aprobación de pólizas	434	46%
Liquidaciones vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019.	125	13%

TOTAL	935	100%
-------	-----	------

Durante el 3er trimestre del año 2019 se gestionaron 935 actividades el mayor número de actividades corresponde a aprobación de pólizas con el 46% y adiciones y prórrogas con el 18%.

1.5.1 COMPARATIVO 3ER TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2016, 2017, 2018 Y 2019

GESTIÓN	3er TRIMESTRE 2016	3er TRIMESTRE 2017	3er TRIMESTRE 2018	3er TRIMESTRE 2019
Productividad - invitaciones a contratar	N/A	10	6	20
Evaluaciones Jurídicas	N/A	104	98	105
Contratos suscritos	68	59	47	87
Adiciones y prórrogas	93	163	60	164
Aprobación de pólizas	0	0	0	434
Liquidaciones	118	78	81	125
TOTAL	279	414	292	935

Realizando el comparativo de las vigencias a 3er trimestre se pudo evidenciar un aumento significativo en las actividades realizadas para el 3er trimestre de 2019, con relación a las vigencias anteriores teniendo en cuenta que si comparamos el 3er trimestre de 2018 y el 3er trimestre de 2019 se presentó un aumento de 643 actividades más con relación al mismo periodo del 2018.

1.5.2 COMPARATIVO A 3ER TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2016, 2017, 2018 Y 2019

GESTIÓN	A 3er TRIMESTRE 2016	A 3er TRIMESTRE 2017	A 3er TRIMESTRE 2018	A 3er TRIMESTRE 2019
Productividad - invitaciones a contratar	N/A	68	62	86
Evaluaciones Jurídicas	N/A	374	333	336
Contratos suscritos	68	379	391	468
Adiciones y prórrogas	93	190	133	309
Aprobación de pólizas	0	289	0	826
Liquidaciones	118	191	285	416
TOTAL	279	1.202	1.204	2441

Al tercer trimestre de las vigencias comparadas podemos identificar el aumento constante de las actividades gestionadas por la Oficina Asesora Jurídica, teniendo en cuenta que para el 2016 se habían gestionado 279 actuaciones y para este trimestre 2441, un incremento del 874%.

1.6. COBRO JURÍDICO DE CARTERA DEL HOSPITAL – (indicador de proceso)

1.6.1 ANÁLISIS VIGENCIA 2019 (1ER, 2DO Y 3ER TRIMESTRE 2019)

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er trimestre 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 2do trimestre 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 3er trimestre 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
CARTERA LIMPIA	22	\$35.795.916.001	21	\$36.544.786.743.00	20	\$34.641.429.790
GLOSAS	22	\$ 9.896.661.291	16	\$7.372.476.959.00	15	\$6.881.115.566,92
Total General	44	\$ 45.692.577.292	37	\$ 43.917.263.702.00	35	\$41.522.545.356,92

En la gestión de cartera correspondiente al 3er trimestre de 2019, se evidencia una disminución de un (1) proceso de cartera limpia y un (1) procesos por conflicto de glosas con respecto al 2do trimestre de 2019, lo anterior se debe a que seis (6) procesos fueron depurados de la base de datos, uno (1) por conflicto de glosas correspondiente al proceso jurisdiccional J- 2016-0618 seguido en contra de Ecoopsos EPS, en el que se aceptó la transacción del proceso y se ordenó el archivo de las diligencias a través de auto A2019-002498 del 18 de julio de 2019, esto obedece a que paulatinamente la Superintendencia Nacional de Salud se ha aceptado por la terminación de los procesos en contra de esta EPS en virtud del acuerdo de pago suscrito con la EPS por valor de \$8.291.516.659,91.

Con respecto a los procesos de cartera limpia cinco (5) procesos fueron depurados y corresponden a un (1) en contra de Emdisalud EPS, en el que se aceptó desistimiento y se ordenó archivo caja 209 de 2019, lo anterior teniendo en cuenta que en virtud del acuerdo de pago suscrito con la EPS el pasado el pasado 11 de abril de 2019, por valor de \$1.202.800.870, se estableció como obligación del Hospital, presentar el desistimiento de los procesos judiciales en trámite.

El otro proceso depurado de la base de datos corresponde al ejecutivo tramitado en contra de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena en el cual se aceptó desistimiento y se ordenó archivo del expediente, luego que se solicitara la terminación del proceso por cumplimiento total de la obligación, conforme lo informado por el área de cartera.

Dos (2) procesos de Cafesalud EPS fueron retirados, uno (1) en el cual se retiró la demanda, por autorización del Comité de Conciliación de la entidad, cuyos anexos originales fueron entregados al área de cartera para ser adjuntados como soporte documental en la reclamación ante el liquidador de la EPS, en este proceso se había negado mandamiento por las dos instancias, el otro proceso corresponde a un ejecutivo archivado el 03 de septiembre de 2019, en el cual se están realizando las gestiones pertinentes para el desglose y retiro de la demanda, teniendo en cuenta que la misma fue remitida a la oficina de archivo central de la Rama Judicial.

Finalmente se retiró de la base de datos un (1) proceso de cartera limpia seguido en contra de la EPS Convida al declararse fracasada la conciliación por inasistencia de la EPS a la diligencia programada para el 04 de septiembre de 2019.

Ahora bien, para el 3er trimestre de 2019, ingresaron cuatro (4) procesos de cartera limpia que corresponden a: dos (2) solicitudes de conciliación presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud convocando a la EPS Convida, por valor de \$631.322.031 y \$631.322.031, un ejecutivo laboral en contra de Emcosalud en el que se pretende la ejecución de la sentencia proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva por valor de \$278.939.089 y un proceso Ejecutivo Laboral en contra del Departamento del Meta en el que se aprobó la liquidación de crédito por \$15.000.000.

Tipo de cartera a 3er trimestre de 2019:

Al discriminar por tipo de cartera por valor encontramos que para el 1er trimestre de 2019, se presentaba una participación por conflicto de glosas del 22% de y 78% de cartera limpia, ahora bien, para el 2do trimestre y 3er trimestre de 2019, encontramos que el 17% del total de la cartera corresponde a conflicto de glosas y 83% a cartera limpia.

Al analizar el anterior reporte podemos evidenciar el aumento de la gestión de cobro de cartera limpia, lo que corresponde a la presentación constante de solicitudes de Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud en su función de conciliación, por lo que al 3er trimestre de la presente anualidad, tenemos seis (6) procesos de cartera limpia en cumplimiento de la obligación, y que se derivan de la suscripción de acuerdos de pago con la EPS CONVIDA y en los cuales se está a la espera del reporte de cumplimiento por parte del área de cartera, esta información se mantiene actualizando en cada reunión de cruce de cartera con la ejecutiva encargada de la EPS.

1.6.2. CLASIFICACIÓN DE PROCESOS POR JURISDICCIÓN ACTIVOS A 3ER TRIMESTRE DE 2019

PROCESOS EN CURSO	CAPITAL	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
Jurisdicción ordinaria	\$2.830.248.079,00	\$4.215.379.064,00
Superintendencia nacional de salud	\$25.841.787.891,00	\$37.307.166.292,92
Total general	\$28.672.035.970,00	\$41.522.545.356,92

Ahora bien de los treinta y cinco (35) procesos activos en cobro jurídico, por valor de \$41.522.545.356,92, catorce (14) se encuentran en la jurisdicción ordinaria por valor (\$4.215.379.064,00) capital más intereses y veintiuno (21) se ante la Superintendencia Nacional de Salud por valor de (\$37.307.166.292,92), capital más intereses

1.6.3. EVALUACIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD:



Al discriminar la cartera en el Área Jurídica a 3er trimestre de 2019 por deudor, encontramos que el mayor valor lo representa la EPS Convida con un 73% y un monto de \$30.426.050.726,00, seguida por la EPS Ecoopsos con un 14% y un valor de \$5.858.551.153.

1.6.4. ACUERDOS DE PAGO

Acuerdo de pago de Ecoopsos:, Se ha venido cumpliendo de manera satisfactoria con el siguiente detalle:

Valor reconocido con el Acuerdo de Pago: [\\$8.291.516.659.91](#).

Número de cuotas y monto fijo pactado: Treinta y seis (36) cuotas a partir del mes de junio de 2018, por la suma de \$230.319.907.

Cumplimiento de la obligación: Se ha efectuado un pago por parte de la cuota 16 lo que asciende a la suma de \$3.685.118.512

Saldo pendiente a favor del HUS: \$4.606.398.147.91

Acuerdo de pago de Emdisalud: Este fue suscrito el 11 de abril de 2019, por valor de \$1.202.800.870, pagaderos en 12 cuotas a partir de julio de 2019 hasta junio de 2020 por valor de (\$100.233.405), el área de cartera informa que no se ha cancelado la cuota de julio, agosto y septiembre, pendiente que se remita por el área de cartera para iniciar cobro ejecutivo por el incumplimiento del acuerdo de pago.

Acuerdo de pago de Convida: A 30 de septiembre de 2019, seis (6) procesos se encuentran en cumplimiento de la obligación con el siguiente detalle:

CLIENTE	VALOR CONCILIADO	CONDICIONES DE PAGO
Convida	\$6.904.684.067	7 cuotas a diciembre de 2019
Convida	\$5.736.186.343	6 cuotas a diciembre de 2019
Convida	\$633.287.409	1 cuota a febrero de 2019- pendiente certificación de pago
Convida	\$1.093.895.068	1 cuota enero de 2019 pendiente certificación de pago
Convida	\$645.655.995	1 cuota dentro de los 60 días a partir del 20 de septiembre de 2019
Convida	\$631.322,031	1 cuota dentro de los 60 días a partir del 20 de septiembre de 2019
Total:		\$15.013.708.882

Frente al reporte de cumplimiento el mismo se ha solicitado al área de cartera, quien es la encargada de cruzar los valores consignados con la facturación relacionada en los acuerdo de pago, a la fecha no se ha recibido reporte de los incumplimientos por parte del área de cartera.

Se debe resaltar que en el 3er trimestre de 2019, se presentaron dos (2) solicitudes de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud convocando a la EPS Convida, lo que indica que al 3er trimestre de 2019. Se han radicado cuatro (4) solicitudes de conciliación por valor de \$8.869.355.243 (valor capital) suma que con intereses asciende a \$12.591.535.787.

Acuerdo de pago EPS COMEVA: Se suscribió acuerdo de pago el 26 de septiembre de 2019 con la EPS COMEVA por valor de **MIL OCHOCIENTOS DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS** (\$1.802.988.094) M/CTE, pagadero a 48 cuotas mensuales, cada una de ellas equivalente a la suma de \$37.562.252 m/cte a partir de noviembre de 2019, conforme a lo anterior se procederá a solicitar la suspensión por seis (6) meses del proceso judicial 76001310300320170033800.

1.6.5. SENTENCIAS A FAVOR DEL HUS:

Se encuentra en cobro administrativo ante la Gobernación del Choco, la sentencia del 08 de mayo de 2019, proferida la Sala Laboral del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Quibdó providencia en la que se declaró la prestación de servicio de salud por parte del Hospital y se reconoció la suma de \$71.375.469, intereses y las costas procesales a favor de HUS, el 04 de julio del corriente se radicó solicitud de pago de sentencia ante la entidad territorial y el 08 de julio DE 2019, se complementaron los documentos, la entidad territorial cuenta con 10 meses para realizar el respectivo pago.

1.6.6. ANÁLISIS COMPARATIVO a 3er TRIMESTRE 2016, 2017, 2018 y 2019

Es de aclarar que la totalidad de los procesos al 3er trimestre de cada año se realiza del consolidado total que se reporta para ese periodo, razón por la cual el reporte del 3er trimestre contiene la misma cifra que al 3er trimestre, por lo que se hará el análisis conjunto tanto del trimestre como al trimestre de cada vigencia.

Antes de realizar el respectivo análisis, se debe precisar que la información contenida en el informe de gestión del 3er trimestre de 2016, indica de manera genérica que se encontraban en trámite en la Oficina Asesora Jurídica 42 procesos por la suma total de \$31.590.299.661, sin detallar más aspectos, sin embargo los informes de gestión de las vigencias posteriores permiten realizar un análisis a mayor profundidad:

Conforme a lo anterior tenemos que:

Tipo de Cartera	A 3er trimestre 2016	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	A 3er trimestre 2017	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	A 3er trimestre 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	A 3er trimestre 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
Cartera limpia	42	\$31.590.299.661	43	\$34.758.470.099	18	\$18.966.458.310	21	\$34.641.429.790,00
Glosas			32	\$11.917.366.907	24	\$10.811.967.469	14	\$6.881.115.566,92
Total	42	\$31.590.299.661	75	\$46.675.837.006	42	\$ 29.778.425.779	35	\$41.522.545.356,92

Analizando el 3er trimestre de 2017 con respecto al 3er trimestre de 2016 podemos evidenciar un aumento en el número de procesos y el monto de la deuda en cobro jurídico, teniendo en cuenta que de cuarenta y dos (42) procesos activos a 3er trimestre de 2016 se pasó a tener setenta y cinco (75) procesos en el 2017, lo que indica un aumento de treinta y tres (33) procesos y de \$15.085.537.345 en el monto de la deuda, porcentualmente representa un aumento del 78% en número de procesos y el 47% en el monto de la deuda en gestión jurídica.

Comparando el 3er trimestre de 2017 con el mismo periodo de 2018, tenemos que se presentó una disminución de treinta y tres (33) procesos y de \$16.897.411.227 en el monto de deuda con respecto al 2017, porcentualmente indicaría una disminución del 44% en el número total de procesos y de 36,2% en monto total de la cartera en cobro jurídico. Lo anterior obedece a que desde la oficina jurídica se realizó una serie de devoluciones al área de cartera de procesos que no cumplían con el requisito para el cobro jurídico.

Haciendo el mismo análisis del 3er trimestre de 2018 con el 3er trimestre de 2019, observamos una disminución de siete (7) procesos en cobro jurídico y un aumento de \$11.744.119.577 en el monto de la deuda, con respecto al 2018, lo que porcentualmente representa una disminución del 16% en el número de procesos pero un incremento del 39.4% en el valor de la deuda en cobro jurídico.

Clasificación por Tipo de Cartera:

Respecto al tipo de cartera debemos indicar que para el 2016, no se clasificaba la cartera discriminando este criterio por lo que sólo se encuentra el monto y el número total, sin embargo para el 3er trimestre de 2017, 2018 y 2019 se puede realizar el siguiente análisis:

Por Cartera Limpia:

Tipo de Cartera	N° A 3er trimestre 2017	N° A 3er trimestre 2018	Diferencia 3er trimestre 2017-2018	Aumento o disminución 2017-2018	N° A 3er trimestre 2019	Diferencia 3er trimestre 2018-2019	Aumento o disminución 2018-2019
Cartera limpia	\$34.758.470.099	\$18.966.458.310	-\$15.792.011.789	-45.4%	\$34.641.429.790,00	15.674.971.480	83. %
	43	18	25	-58%	21	3	17%

Si realizamos un comparativo entre el 3er trimestre de 2017 y el 3er trimestre de 2018 podemos indicar que para el 2018, se presentó una disminución de veinticinco procesos (25) procesos de cartera limpia y de \$15.792.011.789 en el monto de la deuda, lo que represaría una disminución del 45.4% en el monto y 58% en el número de procesos.

Para 3er trimestre de 2019 reportamos un aumento de (3) tres procesos y un incremento de \$15.674.971.480 en el monto, lo que represaría un aumento del 83% en el valor de la cartera limpia y un 17% en número total de procesos, con respecto al mismo periodo del 2018.

Por conflicto de Glosas:

Tipo de	N° A 3er	N° A 3er	Diferencia 3er trimestre 2017-	Aumento o disminución	N° A 3er trimestre	Diferencia 3er trimestre 2018-	Aumento o disminución
---------	----------	----------	--------------------------------	-----------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------



Cartera	trimestre 2017	trimestre 2018	2018	2017-2018	2019	2019	2018-2019
Conflicto de Glosa	\$11.917.366.907	\$10.811.967.469	\$1.105.399.438	-9.2%	\$6.881.115.566,92	\$3.930.851.902,08	-36%
	32	24	-8	-25%	14	10	-42%

Si realizamos un comparativo entre el 3er trimestre de 2017 y el 3er trimestre de 2018 podemos indicar que para el 2018, se presentó una disminución de ocho (8) procesos y de \$1.105.399.438 en el monto de la deuda, lo que representaría una disminución del 9.2% en el monto de la cartera por conflicto de glosa y de 25% en el número de procesos.

Para el 3er trimestre de 2019 se presenta disminución de diez (10) procesos y de \$3.930.851.902 en el monto de la deuda, lo que representa una disminución del 36% en el monto y 42% en el número de procesos.

Al analizar el monto de la deuda de los procesos por conflicto de glosas tramitados ante la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, podemos indicar que se ha presentado disminución constante en el monto de la deuda y el número de procesos; ello tiene relación con la aceptación de las solicitudes de terminación de los procesos tramitados en contra de la EPS Ecoopsos en virtud del acuerdo de pago suscrito y las devoluciones que se realizaron al área de cartera.

Procesos por Jurisdicción:

- **Ordinaria:** Con relación a los procesos tramitados por jurisdicción tenemos que al 3er trimestre de 2017, se encontraban en trámite en la jurisdicción ordinaria siete (7) procesos por valor de \$736.208.390, para el 3er trimestre de 2018, (15) procesos, por valor de \$3.610.539.424 y para el 3er trimestre de 2019 catorce (14) procesos por un valor de \$5.107.431.604, lo que indica que se ha mantenido constante la gestión del cobro de cartera.
- **Superintendencia Nacional de Salud:** en 3er trimestre de 2017 se encontraban en trámite cincuenta y dos (52) procesos por valor de \$36.103.467.308, para el mismo periodo de 2018, se encontraban activos veintiún (21) procesos por valor de \$38.809.832.098 y para el 2019 la misma cantidad de procesos pero por el valor de \$37.307.166.292,92, lo que determina la regularidad en el cobro de cartera cuya suma no reporta una variación significativa.

Entidades más representativas:

Analizando la entidad más representativa en los periodos comparados, tenemos que:

-Para el 2016 la entidad más representativa fue la EPS Salud Vida subsidiado con un valor de \$10.218.931.094 en gestión de cobro de cartera, seguida por la EPS Ecoopsos con \$10.143.375.433.



-Con relación al 3er trimestre de 2017, la entidad más representativa fue la EPS Convida con \$12.123.546.423, (24%), seguido por la EPS Ecoopsos con \$10.785.943.907 (21%).

-Para el 3er trimestre de 2018, la entidad más representativa fue la EPS Convida con \$13.915.626.795, (47%) en gestión jurídica, seguido por la EPS Ecoopsos con \$9.747.438.679 (33%),

En el 3er trimestre de 2019, la entidad más representativa es la EPS Convida con \$30.426.050.726,00 (73%), seguido por la EPS Ecoopsos con \$5.858.551.153,92 (14%).

Lo anterior quiere decir, que en las vigencias comparadas un aspecto en común es que las entidades con mayor capital en gestión jurídica de cartera son la EPS Convida y la EPS Ecoopsos.

1. Indicadores propios del proceso

Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%) : A 3er trimestre 2019 se han gestionado un total de 1403, requerimientos judiciales los cuales fueron contestados dentro de los términos procesales.

Porcentaje de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados. (100%): Al 3er trimestre se han gestionado el 100% de los procesos remitidos por el área de cartera, reportándose un cumplimiento del 100%

2. PQRS

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, se recibieron 50 peticiones a las cuales se les dio respuesta dentro de los términos, reportándose un cumplimiento del 100%.

3. PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP:

Respecto a las actividades programadas en el PUMP

- Al 3er trimestre de 2019 se han gestionado el 100% de los procesos remitidos por el área de cartera, con cumplimiento del 100%.
- Respecto a la continuación del despliegue de la Política de Daño antijurídico, a 3er trimestre de 2019 se tenían programadas 15 actividades reportándose un cumplimiento 100%. están pendientes por gestionarse 6 actividades para el cumplimiento de las 21 programadas para 2019.
-

Producto de los hallazgos de la auditoria de control interno contable se incluyeron las 3 actividades de mejora, consistentes en:

- Actualizar los procedimientos en los que se identifique las interfaces con el área financiera para el pago de la acreencia producto de un fallo judicial, sanción, multa u otro.
- Concepto con recomendación jurídica a la Dirección Administrativa para ajustar la siguiente actividad de



procedimiento de entrega de turno: " la inasistencia mensual al 15% de las sesiones de entrega de turno por parte de un servicio o especialidad generará un llamado de atención o una sanción de acuerdo al tipo de vinculación".

- Revisar y actualizar los parámetros de entrega de información de historias clínicas a las EPS y sus auditores.

4. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS):

Frente al cumplimiento de PAS a tercer trimestre encontramos:

1. Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico a 3er trimestre de 2019 se tenían programadas 15 actividades reportándose un cumplimiento 100%.

. Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia, se da cumplimiento del 100% teniendo en cuenta que al tercer trimestre de 2019 se debían por cumplir 2.942 actividades y fueron ejecutadas la misma cantidad.

5. DECÁLOGO DEL GERENTE:

Al 3er trimestre de 2019 encontramos avance en los siguientes compromisos:

- 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. En sesión del Comité de conciliación y defensa Judicial (ver acta N°24 de fecha 09 de septiembre de 2019) se decidió adelantar acción de repetición en contra del personal médico que intervino en la atención brindada a la señora Angela Bello González, en razón a la sentencia condenatoria proferida por Tribunal Administrativo de Cundinamarca el pasado 15 de agosto de 2018, dentro del proceso de reparación Directa radicado con el N° 2015-372.

-Realizar la gestión mínima necesaria para incrementar el recaudo mediante la acción judicial de la cartera de las EAPB: al 3er trimestre del 2019 se han gestionado la totalidad de los procesos remitidos por el área de cartera, reportando un cumplimiento del 100%

6. MISIÓN SALUD

Se dio cumplimiento al 100% de las actividades programadas al tercer trimestre de 2019 consistente en la modificación de la política, la actualización de los procesos de contratación, la consecución de los expedientes en físico, la realización de las 9 auditorías a procesos judiciales y se continua con la inclusión de la 1ª, 2ª y 3ª víctima en cada proceso en que la entidad es parte.



7. PLAN ANTICORRUPCIÓN

Se dio cumplimiento al 100% de las actividades programadas al 3er trimestre de 2019, consistente en la socialización a los colaboradores la Política de Gestión del Riesgo Institucional, se revisó y actualizó mapa de Riesgos de Corrupción, se realizó la publicación del estado de los procesos judiciales. Las actividades pendiente de cumplimiento corresponden a la revisión y monitoreo una vez en la vigencia y/o cuando se materialice un riesgo de Corrupción y la revisión y actualización de la Circular Reglamentaria de Administración y Acceso a Historias Clínicas.

8. PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORÍA

Se ha cumplido con el 100% de las actividades formuladas en este plan teniendo en cuenta que mensualmente se realiza cruce de datos entre el área jurídica, la subdirección de bienes bienes compras y suministros y la dirección administrativa consistente en la revisión de la información reportada en SIA Observa y SECOP, a 30 septiembre de 2019. Se han suscrito ocho (8) actas correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio, julio y agosto el acta de septiembre se suscribirá en el mes de octubre.

9. PLAN INDICATIVO

Meta de Producto Anual 57. Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia, se cumplió 100% de las actividades programadas al 3er trimestre 2019, teniendo en cuenta que ejecutaron 2.942 sobre 2.942 actividades programadas.

Meta de resultado: *Fortalecer el Proceso de Gestión Jurídica institucional* a 3er trimestre de 2019 y conforme a la caracterización del proceso de gestión jurídica: se gestionaron un total de 1173 actividades sobre 1173 programadas.

10. INFORME DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

La Oficina Jurídica tiene cuatro (4) actividades para el cumplimiento durante la vigencia, (1) Ejecución de la política del daño antijurídico (2) inclusión de la datos la 1ª 2ª y 3ª víctima y recolección de expedientes judiciales en físico. Estas actividades se encuentran en ejecución reportando un cumplimiento del 100% en las actividades programadas al 3er trimestre de 2019.

11. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



La Oficina Asesora Jurídica **NO** tiene plan de mejoramiento específicamente al área.

12. MIPG

Se han realizado las actividades programadas dentro del Plan de acción del MIPG seis (6) en el 1er trimestre y trece (13) en el 2do trimestre y dos (2) para el 3er trimestre.

13. GESTIÓN DEL RIESGO

El 17 de junio de 2019 se publicó la Matriz de riesgos de gestión jurídica 08GJ01-V6 en la pirámide de gestión documental de gestión jurídica.

14. PROGRAMAS

Conforme a la modificación de la política del daño antijurídico la Oficina Jurídica adelanta el programa de daño antijurídico, en la que se tenía programadas 15 actividades con cumplimiento del 100%.

15. TABLERO ÚNICO DE CONTROL DE INDICADORES

Se define por parte de la Oficina Asesora Jurídica dos (2) indicadores de seguimiento a través de la plataforma TUCI Institucional, resaltando que la plataforma estuvo habilitada para cargue de información hasta julio de 2019 cumpliéndose el 100% en cada indicador



CAPÍTULO VII

OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD



7.1 PROGRAMA DE AUDITORÍA DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (PAMEC)

GESTIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO:

Presentar los resultados de mejoramiento alcanzados a nivel Institucional del componente Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - Sistema Único de Acreditación y avances de los procesos asistenciales que han sido asesorados.

ALCANCE:

Desde los resultados de las actividades de Autoevaluación hasta el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento definidos por cada uno de los grupos de estándares.

La gestión alcanzada en los procesos asistenciales de: Apoyo Diagnóstico, Atención al paciente Hospitalizado, Esterilización, Banco de Sangre y Atención al Paciente Quirúrgico.

El presente informe reúne los resultados únicamente de la gestión realizada en el Hospital Universitario la Samaritana

METODOLOGÍA:

Revisar con los líderes del proceso los resultados del mejoramiento, verificando evidencias de su cumplimiento. Asesorar a los líderes de procesos asignados en análisis de indicadores, metodología de análisis causal y seguimiento a la actualización de la estructura documental.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

1. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO: (PAMEC)



Con la presente herramienta la institución ha podido mostrar de manera ascendente una tendencia al mejoramiento de sus procesos institucionales a través de la aplicación de los estándares del Sistema Único de Acreditación, Resolución 123 de 2014.

Los resultados obtenidos muestran varias de las etapas de la ruta crítica como se evidencia a continuación:

a). AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN:

GRUPO DE ESTÁNDARES	AUTOEVALUACIÓN					2019
	2014	2015	2016	2017	2018	
PACAS	2,19	2,66	3,1	3,14	3,5	Programada para el mes de noviembre de 2019, aplicando la nueva normatividad Resolución 5095 de 2018.
GERENCIA	1,97	2,96	3,6	3,42	3,4	
DIRECCIONAMIENTO	1,74	3,12	3,1	3,03	3,5	
G TALENTO HUMANO	1,83	2,72	3,4	3,26	3,4	
G AMBIENTE FISICO	2,1	3,2	3,3	3,11	3,4	
G TECNOLOGIA	1,8	3,17	3,3	3,31	3,6	
G INFORMACION	2,2	2,8	3,3	3,24	3,3	
MEJORAMIENTO	1,48	2,57	3,2	3,12	3,4	
PROMEDIO	1,92	2,91	3,3	3,2	3,4	

Las actividades de autoevaluación se realizaron a través de los equipos de Mejoramiento institucional integrados por personal interdisciplinario de la institución. Los equipos de mejoramiento cuentan con una estructura que establece la funcionabilidad de cada uno de los integrantes encontrando dentro de los roles: El líder del equipo, secretario, facilitador de calidad, participantes y en algunos casos invitados.

Los resultados de evaluación externa fueron los siguientes:

GRUPO DE ESTÁNDARES	EVALUACIÓN EXTERNA ICONTEC	
	2016	2017
PACAS	2,8	3,2
GERENCIA	2,9	3,3

DIRECCIONAMIENTO	2,9	3.4
G TALENTO HUMANO	2,7	2.8
G AMBIENTE FISICO	2,7	3.1
G TECNOLOGIA	2,8	3.2
G INFORMACION	2,7	3.2
MEJORAMIENTO	2,5	3.1
PROMEDIO	2,7	3.2

Los resultados de la autoevaluación permitieron al HUS presentarse al ente Acreditador "ICONTEC" para lograr la certificación como entidad de Salud Acreditada en el 2018.

Así mismo la entidad se encuentra en espera del informe del primer seguimiento al proceso de Acreditación el cual fue realizado en la entidad en el mes Julio de 2019.

b). SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR:

A nivel Institucional se realiza la selección para la mejora de todos sus procesos, según los resultados obtenidos en la autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación y las entregadas por el ente acreditador, realizando un paralelo entre los procesos existentes y los resultados de la autoevaluación de estándares logrando una sinergia con el mejoramiento. Los resultados de la articulación se muestran a continuación:

PROCESOS VS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		
SECCIÓN DE ESTÁNDARES	GRUPO DE ESTÁNDARES	PROCESOS
SECCION DE PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	GRUPO DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN DEL CLIENTE ASISTENCIAL	1. ATENCIÓN EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA.
		2. ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO
		3. ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS
		4. ATENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO
		5. ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO.
		6. INVESTIGACIÓN
		7. ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA
		8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
		9. APOYO DIAGNÓSTICO
		10 BANCO DE SANGRE

		11 ATENCIÓN FARMACÉUTICA
SECCIÓN DE ESTÁNDARES DE APOYO	GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO	1.DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
		2. GESTIÓN FINANCIERA
	GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA	1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
		2. DESARROLLO DE SERVICIOS
		3. FACTURACIÓN Y RECAUDO
		4. GESTIÓN JURÍDICA
		5. GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
	GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
	GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	1. GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA
		2. HOTELERIA HOSPITALARIA
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1. GESTIÓN DE TECNOLOGIA BIOMÉDICA	
	2. ESTERILIZACIÓN	
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	
SECCIÓN DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO	GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1. GESTIÓN DE LA CALIDAD

c). PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES:

Institucionalmente se tiene contemplado:

- Abordar el 100% de las oportunidades identificadas en el proceso de evaluación externa del Icontec.
- Oportunidades de la Autoevaluación y definir a través de los equipos de mejoramiento institucional cuales serán abordadas en los planes de mejoramiento.

La escala de Valoración aplicada es la siguiente:

SEMAFORIZACIÓN	PRIORIZACIÓN	RANGOS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
ROJO	Alta	Mayor o igual a 80	Hasta los 6 meses
AMARILLO	Media	31 a 79	Hasta los 9 meses
VERDE	Baja	Menor o Igual a 30	Hasta 12 meses

d). OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO:

El tratamiento de las Oportunidades e Mejoramiento se realiza a través de los equipos de mejoramiento, estructurados a nivel institucional los cuales están integrados por un líder, secretario, el facilitador de calidad, los participantes y finalmente los invitados.

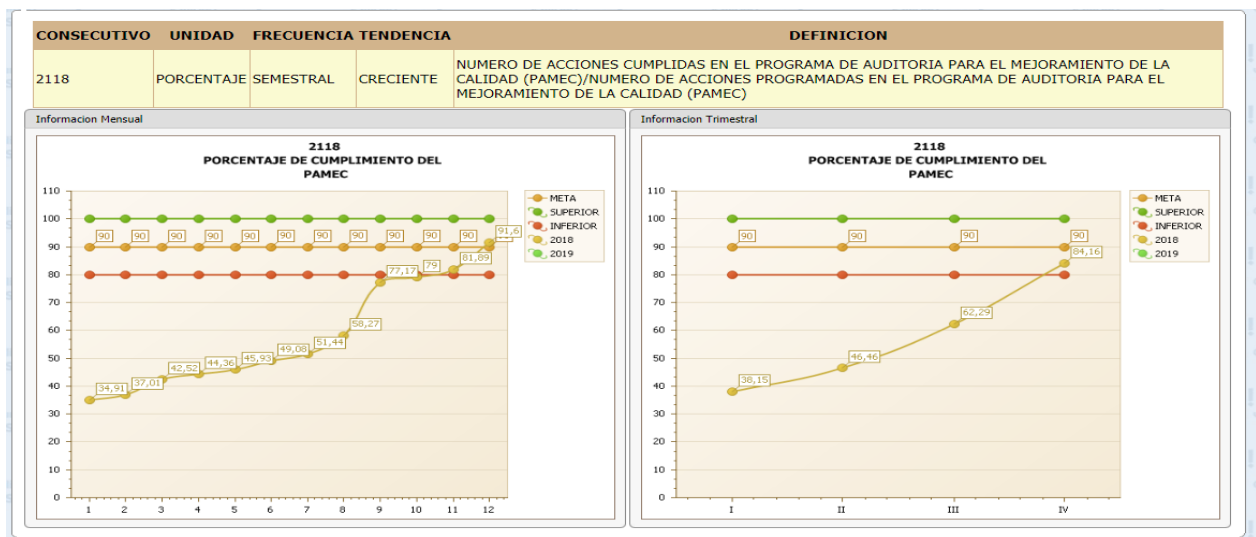
Los lineamientos de operación se encuentran documentados en el procedimiento institucional de Metodología para la Implementación del Sistema Único de Acreditación código: 02GC02-V4.

A continuación, se presenta el consolidado de oportunidades que han sido trabajadas durante las diferentes vigencias:

OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO PAMEC						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
# Oportunidades de Mejora	381	33	34	128	216	84
# Acciones de Mejora	53	41	33	370	381	173

5. RESULTADOS DE EVALUACIÓN AL CUMPLIMIENTO:

La evaluación al cumplimiento se monitorea a través del indicador PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PAMEC (Código 2118) cuya información es cargada en el aplicativo institucional TUCI.



Los resultados de evaluación obtenidos son los siguientes:

	2015	2016	2017	2018	2019 Corte tercer trimestre
Porcentaje de cumplimiento	98%	69%	91%	92%	31,3%

2. INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS:

Dentro de las actividades ejecutadas de acompañamiento, asesoría y seguimiento a proceso se presentan de manera resumida las realizadas en la vigencia 2018 y 2019.

- *Seguimiento a la actualización de la estructura documental
- *Asesoría a procesos en formulación del mejoramiento con fuentes diferentes al Sistema Único de Acreditación.
- *Capacitación en análisis de indicadores y metodología de Análisis causal
- *Auditoria de seguimiento al Proceso de Banco de Sangre
- *Seguimiento a PUMP de los procesos asistenciales asignados y detallados en el alcance.
- *Participación en comités institucionales con invitación entre otras.

7.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN DEL PROCESO

I. CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2019

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en la Vigencia 2019 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 III Trimestre de 2019, se identifica que de 34 actividades programadas en total se lograron ejecutar 32, de esta forma se da un cumplimiento del **94,1%**.(Ver Tabla No.1); en comparación para el III trimestre del año 2018 mejoramos el porcentaje en el cumplimiento de actividades descritas en el 2019, también es de reconocer el fortalecimiento al equipo de Seguridad del Paciente con una profesional más y con la contratación de personal médico para el apoyo en toda la línea 3 y 4 del Programa de Seguridad del Paciente.

Además también se ve el fortalecimiento de la cultura de Seguridad en como eje transversal en la institución, tras la visita de seguimiento de Icontec se puede observar el empoderamiento no solo del equipo de Seguridad del Paciente sino de toda la institución.



Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente III Trimestre 2019

AÑO 2018		AÑO 2019	
Al III Trimestre	Total en la Vigencia 2018	Al III Trimestre	Total en la Vigencia 2019
88,9 %	93 de 150 : 62%	94,1%	80 de 124 : 64,5%

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente III Trimestre 2018 y III Trimestre de 2019

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 programó 4 actividades en el III Trimestre de 2019 que se desarrollaron en su totalidad.
 - ✓ Se refiere al 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.
 - ✓ La segunda actividad para realizar para el III trimestre está relacionado con Medición de indicadores relacionado con la Seguridad del Paciente (definidos por Programa y por resolución 256) la cual se realiza seguimiento durante este trimestre, el consolidado se entrega a estadística para el segundo semestre del 2019.
 - ✓ La tercera y cuarta actividad se encuentra programa como: Seguimiento a la ejecución del PAMEC relacionado con Seguridad del Paciente, al cual se le da cumplimiento con el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y Calidad entregando soportes correspondientes a las diferentes actividades propuestas.
 - ✓ Asistencia al 100% a todas las reuniones que se realizan desde el estándar de PACAS Y de Mejoramiento

***Asistencia a las reuniones de Referentes de Calidad y Seguridad del Paciente, programadas por Gobernación de Cundinamarca, con el cumplimiento del cargue de los diferentes compromisos al aula virtual de Gobernación

*** Asistencia a Foro Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas en representación de Hospital universitario Samarita, invitación realizada por la Gerencia

***Participación en el desarrollo y alcance a los documentos requeridos para dar cumplimiento al nuevo Hospital Regional de Zipaquirá

Soportes: 1 Actas del Comité de Seguridad del Paciente. 2. Informe Trimestral III de 2019. 3 Asistencia a las reuniones de Calidad programación por la Oficina de Planeación y Calidad 4.Firmas de Estándar de PACAS Y Mejoramiento.

La Línea Estratégica No 1: Integración del Programa de Seguridad del Paciente con el Sistema de Gestión de La Calidad Institucional, tiene programado 12 actividades de las cuales se han desarrollado 7 actividades para la vigencia 2019, en el III Trimestre de 2019 tiene un cumplimiento hasta la fecha de 100% de las actividades



programadas; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No 1 para la vigencia 2019, representa un 58,3%% en su ejecución.

2. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FÁRMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

-No se encuentran programadas actividades para contemplar en este trimestre de 2019, el próximo seguimiento se encuentra programado para el IV trimestre de 2019.

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 III Trimestre de 2019 se programaron 14 actividades, ejecutándose 12 actividades a continuación se describe, su desarrollo:

- ✓ Rondas de Seguridad: Se realizaron 3 rondas programadas según cronograma en los servicios de: Laboratorio Clínico, Hospitalización 5 sur, Banco de Sangre con su respectivo informe escrito donde se plasman los compromisos que se adquieren en el cierre de las rondas, además, en el cierre se cuenta con la participación de la Dirección Científica representación de la alta Gerencia.
- ✓ Aplicación de metodología de Paciente Trazador: Para el programa de Seguridad del Paciente se considera como una Buena Práctica para Garantizar la Seguridad del Paciente, sin embargo el equipo de seguridad trabajo en la actualización del documento dando alcance a las diferentes Unidades Funcionales que tiene el Hospital Universitario La Samaritana, también se actualizo instrumento para poder ser aplicado en el IV trimestre para con ello dar cumplimiento al final del año 2019.
- ✓ Seguimiento a la implementación de planes de mejora y/o acciones correctivas producto de los resultados de la aplicación de la metodología Trazadora: No se realiza esta actividad desde el programa de Seguridad del Paciente.
- ✓ Seguimiento adicional a los paquetes Instruccionales que se encuentran en Nivel Bajo de implementación: paquetes con puntaje de implementación < del 50%: Durante el primer seguimiento realizado a los paquetes Instruccionales se encontraron dos paquetes con un porcentaje menos del 50% de implementación, por lo que el Equipo de Seguridad del Paciente realiza nuevamente el seguimiento encontrando una mejora significativa en estos dos paquetes, Prevenir el cansancio en el Personal de Salud y el Paquete de atención a Pacientes cardiovasculares, esto debido a la gestión que han realizado con diferentes líderes.
- ✓ Para las actividades programas y relacionadas con la Gestión de la adherencia de Guías de Práctica Clínica que se encuentra lidera por médico especialista de Seguridad del Paciente, según cronograma cumpliendo con las activadas programadas.

Soportes: 1. Informe de Rondas de Seguridad. 2. Cronograma de Programa Seguridad del Paciente: Cronograma de referente de guías de Práctica Clínica 3. Seguimiento Paquetes Instruccionales menores del 50% 4 Actas de Comité de Seguridad del Paciente. 5. Documento: Metodología de Paciente Trazador versión 3 e Instrumento que se encuentra publicado en la Gestión Documental Hospital Universitario Samaritana.



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 46 actividades para la vigencia 2019, con un cumplimiento para la línea 3 en el año del 56,6% de ejecución del programa. Para el III Trimestre de 2019 se programan por línea 14 de las cuales se ejecutaron 12 para un cumplimiento del 85%

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 III Trimestre de 2019 se Planearon 12 actividades, las cuales fueron desarrolladas en su totalidad dando alcance al 100% con esta línea del Programa Seguridad del Paciente se describe a continuación como se desarrollan:

-Documentar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se realizó seguimiento a todas las novedades reportadas, su revisión y clasificación fue remitida al Líder del área donde se presentó la novedad, con el objetivo que ellos conozcan que se presenta en su servicio y de considerarlo, generen planes de mejora que permitan evitar que se presenten de nuevo las novedades o reducir su ocurrencia.

-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.

- Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad: Durante III Trimestre de 2019 se reportaron e identificaron un total de 1269 novedades de Seguridad de las cuales 464(36%) corresponden a la Unidad Funcional de Zipaquirá y las restantes 805 (64%) son de Bogotá.

En comparación con el trimestre anterior la gestión de Novedades para el tercer trimestre mejoro llegando a un 96% de gestión esto está relacionado con la llegada de la nueva integrante del Equipo de Seguridad del Paciente.

-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 Extra institucional, se procede a informar vía correo electrónico a la institución respectiva y retroalimentar la novedad; en todos los casos no es fácil comunicarse con las instituciones, más si son en 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 terceros. Para este trimestre no se generaron novedades extrainstitucionales, de identifican las novedades como pacientes que viene con tratamiento de su hogar.

Soportes: 1. Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35 con corte a 30 de JUNIO de 2019, Análisis Ancla y Actas de Reunión. 2. Actas de Comité, Boletín Trimestral, Listado de socialización en los diferentes



servicios, correo electrónico dirigido a Líderes de Paquetes y Jefes de Área, Informes Rondas de Seguridad. 3. Comunicación al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad 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 39 actividades para la vigencia 2019, a lo que para el III Trimestre se cumple con el 69,2 % que corresponde a la realización de 27 actividades por todo el tema de la gestión de novedades.

5. FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN.

- En este III Trimestre de 2019 se programaron 5 actividades, desarrolladas de la siguiente manera:
 - ✓ Actualizar y presentar el proceso inducción y reinducción institucional en lo referente a Seguridad del Paciente: se asiste y participa activamente a 3 Jornadas de Inducción en los meses de Julio, Agosto y Septiembre organizadas por la Subdirección de desarrollo Humano, dirigidas al personal de planta y tercerizados, para el cierre del III trimestre de 2019 se cuenta con una asistencias de 70 personas capacitadas a través de inducción y reinducción.
 - ✓ 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, 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.
 - ✓ Apoyo en la formulación de Seguridad del Paciente por diferentes mecanismos: esta actividad se realizó a través de diferentes estrategias como presencial y de forma virtual, para este trimestre se oferto el modo virtual una cohorte con el curso Virtual Buenas Practicas en Seguridad del Paciente con nuevo enfoque y actualización del material, para este trimestre se obtuvo un cierre de 137 inscritos certificados en el curso, que corresponde a un 65% de las personas que se inscribieron en esta cohorte.

Soportes: 1. Listado de asistencia Inducción y re inducción Soportes con Talento Humano 2. Listado de Educación a paciente y familia en seguridad del paciente Soportes con Líder de P y D 3. Correos de seguimiento a los participantes del curso virtual. 4. Actas de Comité

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 24 actividades para la vigencia 2019, en el III Trimestre se ejecutaron 5 actividades de las 5 programadas, con un cumplimiento del 100%; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No.5 para la vigencia 2019, representa un 75% en su ejecución.

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 III Trimestre de 2019 no se presentaron solicitudes.

II. INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2019, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

1. Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

El III Trimestre de 2019 cierra con un cumplimiento en la ejecución del programa de Seguridad del Paciente del 94.1 %

Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente II Trimestre 2019

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma	
III Trimestre de 2019	32 / 34 = 94.1%

Fuente: Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente Vigencia 2019

2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.

Para el III trimestre de 2019 se cuenta con un total de 308 eventos adversos, consolidada la información de los diferentes procesos, para este trimestre con el apoyo de la tercera profesional que hace parte del Equipo de Seguridad del Paciente se logró realizar la clasificación de las diferentes novedades, sin embargo aún se encuentra pendiente la información de la investigación. **Esta información puede estar sujeta a cambios de acuerdo a días posteriores que se tenga el 100% de la investigación de cada novedad.** (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Clasificación global de Reportes de Novedades III Trimestre 2019 en el HUS	
COMPLICACIÓN	76
DESCARTADO	82
EVENTO ADVERSO	308
INCIDENTE	229
REPETIDO	99
RIESGOS LABORALES	7
ADMINISTRATIVA (SECURITY)	4
Total general	805

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

*****NOTA IMPORTANTE:** De acuerdo a la solicitud de la fecha (25 de Octubre 2019) del Informe Gestión, el total de las novedades es de forma parcial, porque falta aún información que aporta el programa de infecciones, por lo que las posibles infecciones no han sido socializadas en Comité de Infecciones que se desarrollara el 30 de Octubre de 2019.

Tabla 3. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
Trimestre 2019	296/ 308 = 96%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

En relación a los trimestres anteriores del año, para este periodo se puede evidenciar una disminución en la búsqueda de Incidentes, esto puede ser reflejo que el Hospital Universitario La Samaritana muestra una cultura más reactiva y menos proactiva lo que desde el objetivo del Programa de Seguridad del Paciente, debe ser más proactiva. Por lo tanto desde el programa y con la nueva adquisición de Software Almera lo que se pretende es que las profesionales esté más cerca de la parte asistencial y con ellos se puedan identificar más novedades como incidentes, además de realizar la capacitación constante para el reporte de novedades de Seguridad del Paciente.

Al igual que los eventos adversos estos se encuentran clasificados, sin embargo hace falta la investigación de algunas novedades. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados / Número total de incidentes detectados	
III Trimestre 2019	229/ 229= 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Comparando cada Trimestre del 2017, 2018 y 2019 (tabla 6) se evidencia una tendencia general de aumento en la Proporción de Reporte de Novedades de Seguridad, sin embargo para este trimestre se ve una tendencia a la disminución con un -0.09% , a pesar de todo el esfuerzo por las diferentes vigilancias en la Búsqueda activa de las novedades, para este trimestre no se pudo superar la cantidad de Novedades en comparación con el trimestre anterior. Desde el análisis que se puede realizar esto puede estar relacionado con la rotación y la llegada de nuevo personal (estudiantes) que desde la práctica también ayudan y contribuyen en la búsqueda de las Novedades de Seguridad del Paciente.

También en contexto general desde la búsqueda que realiza Auditoria concurrente de novedades de Seguridad del paciente y en comparación con el trimestre anterior disminuyeron, esto se puede atribuir al envío de parte de esta área de las novedades al correo del equipo de Seguridad y no ser reportadas directamente al aplicativo, sin embargo desde el aplicativo actual no se puede realizar una clasificación de quien reporta, por lo que se trabajó en el nuevo software (Almera) para se pueda identificar fuentes como Vigilancia y por supuesto desde Auditoria Concurrente y con ello que los colaboradores de Auditoria puedan realizar el reporte directo al aplicativo (Ver Tabla 5)

Tabla 5: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

(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		
AÑO 2019	AÑO 2019	AÑO 2019
I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
0,05	0,08	- 0,09

Tabla 6: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas (comparativo por años)

AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019
III TRIM	III TRIM	III TRIMESTRE	III TRIMESTRE
$(720-766) / 766 = -0,06(-6\%)$	$(842-537) / 537 = 0,56 (56\%)$	$(1031-928) / 928 = 0,11$	$(805-888) / 888 = -0,09$

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años. 2017-2018-2019

5. Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación

Durante el III trimestre de 2019 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo con un 86% que equivale a 699 del total de la recibidas (805) novedades (ver tabla 6), lo que constituye una mejora, ya que al realizar los reportes a través del aplicativo, se hace casi de inmediato cuando la novedad se presenta y le garantiza a quien reporta total anonimato, esto ha permitido fortalecer la cultura del reporte. El restante fue identificado por auditoría concurrente con 76 que corresponde a un 9,4%, que en comparación con el trimestre anterior bajo el reporte, en un 1.6% desde esta área, desde Atención al usuario se recibieron 20 novedades que representa el 2,4% en comparación con el trimestre anterior esta área bajo el 0.6% y por último se recibe reporte de auditoría Externa con 10 novedades que corresponden al 1,2%, donde se observa un descenso en el aporte de novedades por esta fuente.

Tabla 6: 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.		
APLICATIVO	699	86%
ATENCIÓN AL USUARIO	20	2,40%
AUDITORÍA CONCURRENTE	76	9,40%
AUDITORÍA EXTERNA	10	1,20%
Total general	805	99%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

6. 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 III Trimestre de 2019 se relacionan con: fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (42%) si como es de resaltar es el mayor porcentaje por tipo de Atención Insegura y esto se encuentra reflejado en los diferentes análisis que se realizan a las novedades donde el factor humano es uno de los fallos más comunes, la comunicación no efectiva en el personal que brinda la atención en el paciente, la no adherencia a los protocolos institucionales entre otros hace que este tipo por histórico siempre sea unas los más significativos en cuanto a porcentaje le sigue en segundo lugar los Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (28%); infecciones asociadas a la atención en salud (9 %), Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (3,9%), Caídas de pacientes (4%);dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes; (Ver Tabla. 7).

Tabla 7: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2019

Novedades de Seguridad por Tipo de Atención Insegura III Trimestre de 2019	COMPLICACIÓN	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	Total general
Tipo 2:Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	49	131	81	261
Tipo 5:Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	22	99	56	177
Tipo 4:Infección ocasionada por la atención en salud		56		56
Tipo 11:Caídas de pacientes		13	13	26
Tipo 10:Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	1	6	7	14
Tipo 1:Relacionados con tramites administrativos para la atención en salud		1	13	14
Tipo 3:Relacionados con fallas en los registros clínicos		1	11	12
Tipo 9:Relacionados con los dispositivos y equipos médicos		1	23	24
Tipo 13:Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico			5	5
Tipo 14:Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional			1	1
Tipo 15:Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología			7	7
Tipo 6:Relacionados con la sangre o sus derivados	4		9	13
Tipo 7:Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos			3	3
Total general	76	308	229	613

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

7. Tasa de Eventos Adversos por procesos

Durante la vigencia 2019 el Equipo de Seguridad del Paciente en articulación con los líderes de los procesos prioritarios como lo son Hospitalización, Urgencias, Atención Quirúrgica y Consulta Externa se encuentran analizando los eventos adversos en tasa y no en porcentaje como se venía haciendo, generando así la posibilidad de brindar un dato más fino que permite establecer metas más coherentes y un panorama global de las fallas durante el proceso de atención en salud.

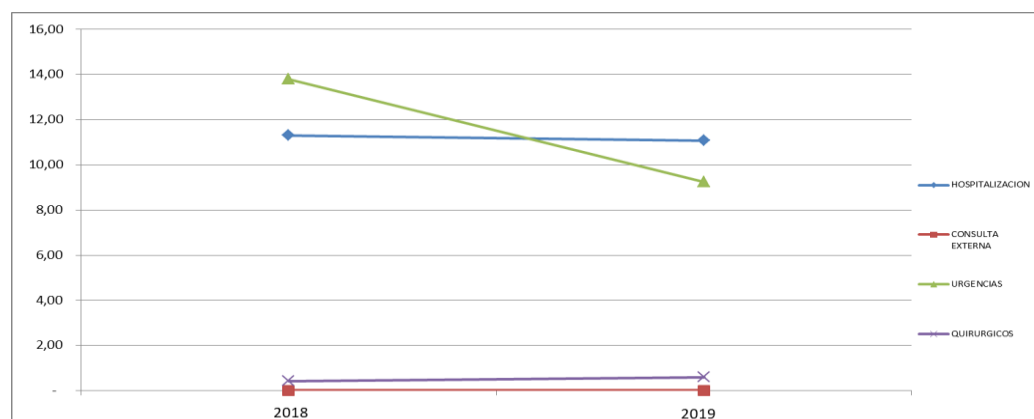


Para el proceso del paciente hospitalizado en la vigencia 2019 en comparación con la vigencia anterior se mantiene la tasa de eventos adversos con una ligera disminución de 0,3 puntos porcentuales que se encuentra directamente proporcional a la disminución de los días estancia, para el proceso de atención del paciente ambulatorio “consulta externa”, este proceso de atención continua con una tasa por debajo de 1, con un ligero aumento en 0,07 puntos porcentuales que en relación con el número de consultas realizadas representa un leve incremento. Para el proceso de atención de urgencias se observa un incremento de 769 atenciones pese a lo cual disminuye la tasa de eventos adversos, producto del fortalecimiento de las barreras de seguridad implementadas como lo son los paquetes instruccionales, la supervisión y el empoderamiento del personal asistencial en las diferentes estrategias de seguridad, en cuanto al proceso de atención al paciente quirúrgico, se mantiene una tasa controlada de eventos adversos pese al incremento de la productividad lo que aumenta el riesgo, sin embargo dicha materialización se mantiene dentro de metas, sin embargo es claro que dada la criticidad de este proceso y su quehacer se continúa fortaleciendo la adherencia a las diferentes barreras de seguridad.

Tabla 8: Tasa de Eventos Adversos III Trimestre de 2019

PROCESO	III TRIMESTRE ATENCIONES			
	2018	TASA DE EVENTOS ADVERSOS	2019	TASA DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALIZACION	23972	11,30	23016	11,08
CONSULTA EXTERNA	12601	0	13423	0.07
URGENCIAS	4203	13,80	4972	9,25
QUIRURGICOS	4808	0,42	5102	0,59

Gráfico1: Tasa de Eventos Adversos III Trimestre de 2019



Fuente: Estadística/ Base de Datos Novedades de Seguridad 2019

III. ANEXOS

- Anexo 1: Cronograma para la ejecución del programa de Seguridad del Paciente año 2019

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2019 III TRIMESTRE – UNIDA FUNCIONAL DE ZIPQUIRÁ

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana Unidad Funcional Zipaquira en la Vigencia 2019 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 III Trimestre de 2019, se identifica que del total de actividades programadas que son 28, se lograron ejecutar 26 de ellas, de esta forma se da un cumplimiento del **92.9 %**. (Ver Tabla No.1); comparado con el resultado del cumplimiento del 87% obtenido al finalizar el III Trimestre del 2018, permite corroborar que el éxito en el cumplimiento de las actividades está directamente relacionada con garantizar la continuidad del personal que las ejecuta y es de anotar que el profesional de seguridad del paciente fue contratado desde el 2 de septiembre del 2019, donde priorizo actividades como la inducción y reinducción a todo el personal colaborador sobre política, programa y reporte de novedades de seguridad del paciente, haciendo énfasis en la cultura de seguridad del paciente, donde se generó cambios en el cronograma del programa de seguridad del paciente.

Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente III trimestre 2019

AÑO 2018		AÑO 2019	
Al III Trimestre	Total, en la Vigencia 2018	Al III Trimestre	Total, en la Vigencia 2019
87 %	20 de 134 : 14.9%	92.9%	26 de 153 : 16.9 %

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente con cierre a diciembre del 2018 y III Trimestre de 2019

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:

7. INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL



- Se programó 4 actividades en el III Trimestre de 2019 que se desarrollaron en su totalidad.

-Se refiere al 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 I Trimestre.

**Medición de indicadores relacionado con la Seguridad del Paciente, se desarrollaron los Indicadores definidos por el Programa de Seguridad del Paciente de cada uno de los paquetes instruccionales, los cuales se presentan mensualmente en el comité de Seguridad del Paciente, con excepción de los que no aplican en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

**Asistencia a las reuniones de Referentes de Calidad y Seguridad del Paciente, programadas por Gobernación de Cundinamarca, con el cumplimiento del cargue de los diferentes compromisos al aula virtual de Gobernación.

** Seguimiento a la ejecución de tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se lleva a cabo de forma mensual en comité

** Recolección de información que muestre la trazabilidad en el desarrollo de la Seguridad del Paciente

Soportes: 1 Actas del Comité de Seguridad del Paciente. 2. Soporte de correo de envió de información para cargue de información de la resolución 256.

La Línea Estratégica No 1: Integración del Programa de Seguridad del Paciente con el Sistema de Gestión de La Calidad Institucional, tiene programado la realización de 27 actividades para la vigencia 2019, en el III trimestre de 2019; se ejecutaron 7 actividades de las 7 programadas con un cumplimiento del 100%. En la línea estratégica no 1 hasta la fecha se a implementado un 66.7% de cumplimiento en las actividades.

8. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FÁRMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

Seguimiento de la ejecución de los Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia Hemovigilancia, Reactivo vigilancia 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 5 Programas de Vigilancia Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, informan las gestiones realizadas en sus programas. Es de anotar que dentro de los cambios de fechas que se realizaron, se modificó la fecha de seguimiento de los programas de las vigilancias que estaba para el mes de septiembre, por prioridad de necesidad de fortalecimiento de la cultura en seguridad del paciente.

Soportes: 1. cronograma para la ejecución del programa de seguridad del paciente modificado.

La Línea Estratégica No 2: fortalecimiento de los programas de fármaco, tecno, hemo, reactivo y control de infecciones asociadas a la atención en salud, (no se incluye biovigilancia ya que en UFZ no se cuenta con trasplante de órganos) tiene programado la realización de 12 actividades para la vigencia 2019, en el III trimestre de 2019; no se ejecutaron actividades de la única programada en el fortalecimiento en el desarrollo de los paquetes



instruccionales (Cogua, San Cayetano) sin cumplimiento; ahora bien, frente al total de las actividades de la línea estratégica no 2 para la vigencia 2019, no se evidencia porcentaje en su ejecución.

9. 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)

Seguimiento y medición del impacto a la ejecución de acciones correctivas y/o planes de mejora producto de las rondas de Seguridad del Paciente. Esta actividad es un producto nuevo del programa para realizar el seguimiento a los diferentes compromisos que se adquieren al cierre de cada Ronda de Seguridad. Con el fin de dar a socializar los hallazgos a los se le dio solución de manera prioritaria, se presenta en el mes octubre de 2019 al comité de Seguridad la socialización de la actividad.

--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; paquetes (auto cuidado, uso seguro de medicamentos, cirugía segura, correcta identificación en muestra de laboratorio, binomio madre hijo, consentimiento informado, prevención de caídas, manejo de UPP, identificación del paciente, hemovigilancia, tecnovigilancia, Se cuenta con un porcentaje de implementación global de los Paquetes Instruccionales para el primer trimestre 2019 con un 81% en comparación al cierre del año 2018 con un 85%, se ha reflejado falta de empoderamiento de los líderes y las diferentes estrategias que han utilizado para realizar el despliegue de los paquetes instruccionales, aunque todavía falta implementar paquetes instruccionales que aplican en la institución UFZ.

- Para la actividad de la socialización de los resultados de la medición de los paquetes instruccionales: esta se realizó a través de diferentes fuentes, entre ellas la socialización del comité de seguridad del paciente, de igual forma se modificó la fecha del seguimiento a los paquetes instruccionales con el fin de generar desarrollo organizacional en el programa de seguridad del paciente.

-Para la actividad relacionada con Desarrollo de la Metodología Trazadora, esta para ejecutar en el mes de noviembre del presente año por modificación del cronograma.

Soportes: 1. Informe de Rondas de Seguridad (listas de chequeo, acta de reunión de la ronda de seguridad) 2. Cronograma de Programa Seguridad del Paciente 3. Informe de Paquetes Instruccionales. 4 actas de Comité de Seguridad del Paciente.

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 49 actividades para la vigencia 2019, en el III trimestre de 2019; se ejecutaron 3 actividades de las 3 programadas con un cumplimiento del 100%. En la línea estratégica no 3, hasta la fecha se ha implementado un 53% de cumplimiento de las actividades.



10. 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 III Trimestre de 2019 se Planearon 12 actividades y ejecutadas en su totalidad para un cumplimiento en esta línea del 100% las cuales fueron desarrolladas así

- Documentar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se realizó seguimiento a todas las novedades reportadas, su revisión y clasificación fue remitida al Líder del área donde se presentó la novedad, con el objetivo que ellos conozcan que se presenta en su servicio y de considerarlo, generen planes de mejora que permitan evitar que se presenten de nuevo las novedades o reducir su ocurrencia.

- 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 el profesional de Seguridad del Paciente.

Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad: Durante III Trimestre de 2019 se reportaron e identificaron un total de 464 novedades de Seguridad que corresponden a la Unidad Funcional de Zipaquirá.

Para el segundo trimestre de 2019 se cuenta con un total de 712 novedades de Seguridad, una disminución muy significativa en el reporte de novedades evidenciando la falta de la cultura del reporte. Es de anotar que se cuenta con un computador con Windows 97, no es suficiente para tener la base de datos al día, se requiere otro equipo y disponibilidad de un técnico u otro profesional, para permitir depurar con mayor precisión las novedades reportadas las que son repetidas y de forma general se facilita la búsqueda y la generación de la información requerida.

Para el mantenimiento de esta base de datos se han encontrado dificultades relacionadas con el análisis de las novedades, se cuenta con un solo profesional de seguridad del paciente, por lo que no da al cumplimiento del 100%

-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 extrainstitucional, se procede a informar vía correo electrónico a la institución respectiva y retroalimentar la novedad.

Soportes: 1. Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35 con corte a 30 de SEPTIEMBRE de 2019, Análisis Ancla y Actas de Reunión. 2. Actas de Comité, Listado de socialización en los diferentes servicios, correo electrónico dirigido a Líderes de Paquetes y Jefes de Área, Informes Rondas de Seguridad. 3. Comunicación al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad 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 46 actividades para la vigencia 2019; en el III Trimestre de 2019



se ejecutaron 12 actividades de las 12 programadas con un cumplimiento del 100%. En la línea estratégica No 4 hasta la fecha se ha implementado un 74% de cumplimiento en las actividades.

11. FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN.

- En este III Trimestre de 2019 se programaron 4 actividades, desarrolladas de la siguiente manera:

- Actualizar y presentar el proceso inducción y reinducción institucional en lo referente a Seguridad del Paciente: se asiste y participa activamente a 3 Jornadas de Inducción en los meses de JULIO, AGOSTO y SEPTIEMBRE organizadas por la coordinación de enfermería, líder de odontología, líder de facturación, líder de servicios generales y en cada uno de los servicios al personal asistencial (médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros profesionales, terapeutas respiratorios otros) y tercerizados, se cuenta con una asistencia de 378 de 495 colaboradores capacitados a través de inducción y reinducción.

- 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 seguridad del paciente cuenta con tres auxiliares entrenadas y capacitadas por el profesional de seguridad del paciente para brindar educación, 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 bajo la supervisión y acompañamiento del profesional de seguridad del paciente.

- Se cuenta con un total de 100% de personal colaborador que labora en el HUS, Unidad Funcional Zipaquirá con la estrategia del curso virtual de buenas prácticas en seguridad del paciente, dato suministrado por talento humano

- Las actividades relacionadas con planes de mejora de las mediciones del año anterior se cumple por parte del Equipo de Seguridad, este tema se dio a conocer en Comité de Seguridad donde se encuentran diferentes líderes de proceso, sin embargo, no se evidencia planes de mejora para realizar su seguimiento.

Soportes: 1. Listado de asistencia Inducción y reinducción Soportes con Talento Humano 2. Listado de Educación a paciente y familia en seguridad del paciente. 3. Correo de información de indicador de capacitación enviado por Talento Humano (anexado en el informe) 5. Soportes de firmas de capacitación a Enfermería. 8. Actas de Comité.

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 19 actividades para la vigencia 2019, en el III Trimestre se ejecutaron 4 actividades de las 4 programadas, con un cumplimiento del 100%. En la línea estratégica No 5 hasta la fecha se ha implementado un 57.9% de cumplimiento en las actividades.

12. 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 III Trimestre de 2019 no se presentaron solicitudes.



II. INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2019, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

1. Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

El III Trimestre de 2019 cierra con un cumplimiento en la ejecución del programa de Seguridad del Paciente del 92.8%.

Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma	
III trimestre de 2019	26/ 28 = 92.8 %

Fuente: Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente Vigencia 2019

2. 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 III trimestre de 2019 de 90 eventos Adversos (Ver Tabla 2, Tabla 3)

Tabla 2. Clasificación global de Reportes de Novedades III Trimestre 2019 en el HUS-UFZ		
CLASIFICACIÓN DE LA NOVEDAD	Total	%
COMPLICACIÓN	1	0
DESCARTADO	11	2
EVENTO ADVERSO	90	19
INCIDENTE	349	75.2
REPETIDO	13	3
Total General	464	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

Tabla 3. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
III Trimestre 2019	90/ 90 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Hay un fortalecimiento en el aumento del reporte de los incidentes en los años 2017, 2018 y ahora en el III trimestre de 2019. lo cual muestra el impacto de las gestiones institucionales realizadas en el fomento del reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo y el Programa de IAAS, Líderes de Paquetes Instruccionales; Todos los incidentes se han gestionado según el procedimiento establecido según el tipo de reporte y si es de alta, media o baja prioridad (proporción de 1), cada uno con diferente grado de avance en el ciclo;(Ver Tabla 4)

Tabla 4. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados / Número total de incidentes detectados	
III Trimestre 2019	349 / 349 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

A comparación de los dos últimos trimestres en los meses de julio agosto y septiembre de los años 2017 y 2018 se evidencia un aumento en la cantidad de reportes generados, en el tercer trimestre del año 2019 disminuyó un 32% debido a que en este trimestre los colaboradores no reportan a pesar de las capacitaciones y búsquedas activas que se realizan, no se logró el aumento de los reportes. (Ver Tabla 5)

Tabla 5: 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	II Trimestre 2017:368	
	III Trimestre 2017: 391	
	II Trimestre 2018:569	
	III Trimestre 2018: 524	
	II Trimestre 2019: 691	
	III Trimestre 2019: 464	
AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019

III TRIM	III TRIM	III TRIMESTRE
(391-368)/368= 0.06	(569-524) /524 = 0.08	(464-691) / 691= - 0.32
(6.25%)	(8.5%)	(-32%)

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años 2017-2018-2019

5. Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación

Durante el III trimestre 2019 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo Digital con 464 novedades que representa el 100%, lo que constituye una mejora, ya que al realizar los reportes a través del aplicativo, se hace casi de inmediato cuando la novedad se presenta y le garantiza a quien reporta total anonimato se evidencia una disminución en el tema del reporte, se está priorizando la cultura del reporte y fortaleciendo en el programa de seguridad del paciente.

Tabla 6: 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	%
Aplicativo	464	100
Total General	464	100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

8. 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 III Trimestre de 2019 se relacionan con: fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (34%), Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (11.4%); Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud (39.4%), Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (3.6%), Relacionados con infraestructura o ambiente físico (3%); dentro de lo más frecuentemente reportadas; (Ver Tabla. 7).

Tabla 7: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2019

NOVEDADES POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA JULIO AGOSTO SEPTIEMBRE DE 2019	COMPLIC	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	TOTAL	%
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	1	57	99	157	34%
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de		25	28	53	11.4%

líquidos parenterales					
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud			183	183	39.4
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos			17	17	3.6
Tipo 13: Relacionados con infraestructura o ambiente físico			13	13	3
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados			1	1	0
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud		5	3	8	1.7%
Tipo 11: Caídas de pacientes		3		3	0.6
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente			5	5	1
REPETIDOS				11	2.3
DESCARTADOS				13	3
Total General	1	90	349	464	100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

9. Porcentaje de Eventos Adversos

Para el III Trimestre de 2019 se evidencia una disminución porcentual de 4 puntos, esto se debe a la adherencia de los procesos y procedimientos, compromiso de los colaboradores, por las constantes capacitaciones en la cultura de identificación de riesgos. (Ver Tabla 8)

Tabla 8: Porcentaje de Eventos Adversos III Trimestre de 2019

Formula: Número total de eventos adversos en el periodo / Número total de Atenciones en el periodo	
III Trimestre 2018	148/ 1656 = 9 %
III Trimestre 2019	90 / 1779 = 5 %

Fuente: Oficina de Estadística Archivos 2019/Indicadores / Indica General y Base de Datos Novedades de Seguridad 2019.

III. ANEXOS

- Anexo 1: Cronograma para la ejecución del programa de Seguridad del Paciente año 2019.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Adopción:

Guías nuevas:

Servicio	Patología	GPC
Psiquiatría	Ideación y conducta suicida	GPC para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y conducta suicida. MSPS. 2018
Nefrología	Enfermedad renal crónica	GPC para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. MSPS. 2016
Neurocirugía	Trauma raquímedular cervical	Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries. Asociación americana de neurocirugía. 2013
	Trauma raquímedular toracolumbar	Guidelines on the Evaluation and Treatment of Patients with Thoracolumbar Spine Trauma. Asociación americana de neurocirugía. 2019
Urgencias	Síndrome coronario agudo	GPC para el Síndrome Coronario Agudo. MSPS. 2017
UCI	Delirium en el paciente críticamente enfermo	GPC basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo. Medicinaintensiva.org. 2019
Infectología	VIH en adolescentes y adultos	GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en adolescentes y adultos. MSPS. 2014
Endocrinología	Diabetes mellitus tipo 1	GPC para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes mayores de 15 años con Diabetes Mellitus tipo 1. MSPS. 2016
	Diabetes mellitus tipo 2	GPC para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. MSPS. 2016

Guías actualizadas por tener más de 5 años de publicación:

Servicio	Patología	GPC
Urología	Urolitiasis	EUA Guidelines Urolithiasis 2019



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

	Infección de vías urinarias	<i>Guía De Práctica Clínica De Infección De Vías Urinarias En El Adulto. Sociedad Colombiana de Urología. 2018</i>
Cirugía general	Enfermedad biliar	<i>Tokyo guidelines. 2018</i>
Medicina interna	Hipertensión arterial	<i>GPC para la Hipertensión arterial primria. MSPS. 2017</i>
Unidad de Cuidado Intermedio	Síndrome coronario agudo	<i>GPC para el Síndrome coronario agudo. MSPS. 2017</i>
Unidad de Cuidado Intensivo	Sepsis	<i>Campaña para sobrevivir a la sepsis. Sociedad europea de cuidado intensivo. 2017</i>

De la misma manera, los servicios de UCI y Anestesiología están trabajando en la documentación de sus guías adoptadas.

Implementación:

Se desarrollaron los planes de implementación para las GPC:

SERVICIO	GPC
Psiquiatría	<i>Conducta suicida</i>
Ginecobstetricia	<i>Sífilis gestacional</i>
	<i>Complicaciones del embarazo, sección 1 (alteraciones del embarazo)</i>
	<i>Complicaciones del embarazo, sección 2 (HIE)</i>
	<i>Complicaciones del embarazo, sección 3 (RPM)</i>
	<i>Complicaciones del embarazo, sección 4 (toxoplasmosis)</i>
	<i>Complicaciones del embarazo, sección 5 (atención del parto normal y distócico)</i>
	<i>Complicaciones del embarazo, sección 6 (complicaciones hemorrágicas)</i>
Urgencias	<i>Síndrome Coronario</i>
Neurocirugía	<i>Trauma craneoencefálico</i>
Anestesiología	<i>Preparación del paciente para el acto quirúrgico</i>
Neonatología	<i>RN prematuro</i>
	<i>RN trastorno respiratorio</i>

Igualmente se está trabajando con los servicios de Psiquiatría, Unidad de Cuidados Intermedios, UCI, Urología, Neurocirugía y Anestesiología en el desarrollo de los planes de implementación de otras guías adoptadas.

Evaluación de adherencia:

Se cambió el método de evaluación a preguntas que buscan evidenciar la implementación de las recomendaciones trazadoras en la historia clínica. El resultado global de adherencia para la institución durante el III trimestre de 2019 fue 80%.

Indicador:

Formula: Número de historias clínicas con evidencia de adherencia a las recomendaciones trazadoras de las guías/número de historias clínicas evaluadas con CIE 10 correspondiente a nombre de guía de práctica clínica	
2016	91,05%
2017	92,04%
2018	92,173%
III 2019	80%

Lo que muestra el indicador del III trimestre del 2019 comparado con los años previos es que el cambio del método evaluador ha afectado el resultado de adherencia evidenciando que anteriormente se evaluaba calidad de la historia clínica más no la implementación de las recomendaciones de una GPC. Las recomendaciones con las que actualmente se está evaluando adherencia a las GPC fueron escogidas por los líderes de los servicios.

Retroalimentación de resultado de auditoría:

Se ha informado a los servicios el resultado de adherencia a las GPC adoptadas con la formulación de actividades para mejorar el seguimiento a las GPC.

7.3 GESTIÓN AMBIENTAL

GESTIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO:

Realizar entrega de las actividades del primer semestre 2019 correspondiente a la gestión ambiental de la ESE Hospital Universitario la Samaritana, mediante las seis líneas estratégicas establecidas en el Programa de gestión ambiental con código 01GC07 y la implementación de la Norma ISO 14001:2015



METODOLOGIA

Se evalúa el avance según el sistema de gestión ambiental y los lineamientos de la ISO 14001 de 2015, desde la perspectiva del ciclo PHVA

1. Línea estratégica liderazgo

1.1 Establecer un sistema de gestión ambiental bajo la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 14001:2015

Para la etapa de planeación se establecieron los siguientes documentos que son base para la implementación de la norma ISO 14001 2015.

Código	Documento
01DG18	Política Ambiental
01GC17	Manual de Gestión Ambiental
01GC07	Programa de Gestión ambiental
02GC15	Procedimiento para la evaluación de las partes interesadas del SGA
08GC04	Matriz general de partes interesadas, sus requisitos, necesidades y expectativas
02GC12	Procedimiento para la identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales
05GC51	Matriz multicriterio de identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales
02GC16	Procedimiento de evaluación de requisitos legales ambientales
05GC52	Matriz evaluación de requisitos legales ambientales

Tabla No. 1 documentos del sistema de gestión ambiental

1.2 Fortalecimiento de la gestión ambiental hospitalaria

Evaluación de los procesos en aspectos ambientales mediante auditorías internas integrales.

Auditoría interna a los procesos de la Institución con el fin de evaluar el avance en la implementación de los requisitos exigidos por la NTC ISO 14001-2015 e identificar su nivel de cumplimiento dentro de los procesos. A corte del tercer trimestre se han realizado 10 auditorías internas a los procesos de Hotelaría Hospitalaria, Apoyo Diagnóstico, Atención al paciente ambulatorio, Atención al paciente de urgencias, Atención farmacéutica, banco de sangre, Esterilización Docencia, e Investigación y Gestión de la tecnología biomédica, donde se ha evidenciado principalmente los siguientes hallazgos:

- Ninguna de las caracterizaciones de los procesos contempla el aspecto ambiental
- Falta Incluir los riesgos ambientales de los procesos con el fin de establecer los controles pertinentes en cada una de las matrices de riesgo

- Los colaboradores del proceso cuentan con conocimiento en el sistema de gestión, lo que facilita la dinámica de implementación, pero se debe continuar desplegando la información a los colaboradores del proceso, de tal manera que todos conozcan acerca del sistema de gestión ambiental

Rondas de verificación

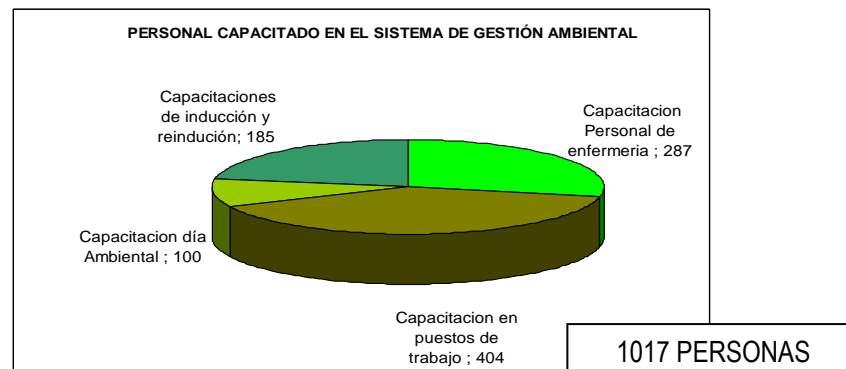
Rondas de verificación a diferentes servicios donde se evalúan aspectos ambientales como: educación ambiental, gestión de residuos hospitalarios, ruta sanitaria, vehículos, almacenamiento de residuos hospitalarios y similares y el uso eficiente de los recursos.

Fecha	Servicio	Cumple	No cumple	No aplica	% de cumplimiento
Miércoles 31 de Julio	Medicina Interna 5 piso	27	9	8	75%
Miércoles 28 de Agosto	Laboratorio Clínico	28	8	8	78%
Lunes 16 de Septiembre	Banco de sangre	29	6	9	83%

Tabla No. 2 Rondas de verificación

1.3 Sensibilización y capacitación del personal interno sobre los aspectos relevantes del sistema de gestión ambiental

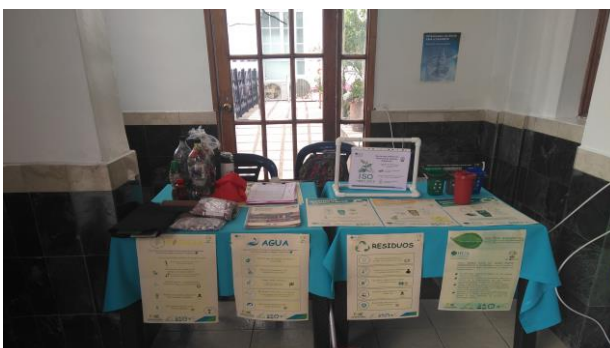
Socialización del sistema de gestión ambiental mediante jornadas de capacitación y campañas de sensibilización a 1017 personas.



Gráfica No. 1 Personal Capacitado. Fuente gestión ambiental

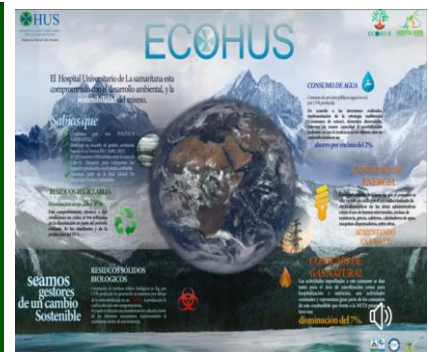
Día ambiental: el día 22 de octubre se realizó el día ambiental, donde se realizó actividades lúdicas de aprendizaje para todos los colaboradores

Imágenes: Día ambiental. Fuente: gestión ambiental





Se realizan campañas ambientales con el fin de que la comunidad hospitalaria conozca acerca de aspectos ambientales del sistema de gestión ambiental y son desplegadas a través de: Correo masivo, pantallas, carteleras, redes sociales, y demás.



Imágenes: Día ambiental. Fuente: gestión ambiental

Verificar

1.4 Participación en redes territoriales de hospitales y/o entidades comprometidas con la promoción de políticas de salud ambiental.

El Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra vinculado a dos programas, por una parte el Grupo Ambiental Empresarial GAE liderado por la Secretaria de Ambiente Y el segundo es la red global de Hospitales verdes liderado por la Secretaria de Salud. En estos programas se brindan capacitaciones, visitas y tutorías de acompañamiento para poder implementar sistemas de gestión ambiental y el desarrollo de estrategias ambientales para lograr la producción sostenible

Estrategia	N°	Tema de capacitación	Fecha
Grupo Ambiental Empresarial GAE – Secretaria Distrital de Ambiente	Sesión 1	Parte 1 Indicadores GAE: obtención y confiabilidad.	20 de junio
	Sesión 2	Parte 2 Reporte de indicadores ambientales.	27 de junio
	Sesión 3	Indicadores GAE: obtención y confiabilidad.	29 de Agosto
	Sesión 4	Incentivos económicos aplicados al componente ambiental.	5 de septiembre
	Sesión 5	Aspectos Ambientales. Riesgos y oportunidades	12 de Septiembre
	Sesión 6	Objetivos, Metas y planificación de acciones	19 de Septiembre
	Sesión 7	Requisitos legales: evaluación y seguimiento	26 de Septiembre
Hospitales Verdes – Secretaria de Salud	Sesión 1	Foro Cambio climático y desafíos en la salud de la Red de Hospitales Verdes y Saludables - Secretaria de Salud del Departamento	9-12 Septiembre

Tabla No. 3 participación programas ambientales

1.5 Medición, compensación y establecimiento de actividades que permitan disminuir la huella de carbono.

Se realizó el cargue de la información de la huella de carbono en la Plataforma de Cundinamarca + verde y en la Red Global de Hospitales Verdes (Consumo de agua, consumo de energía, papelería, Gasolina, residuos).

Para los años 2017 y 2018 la medición de la huella de carbono se realizó con los datos obtenidos de las mediciones del consumo de recursos y generación de residuos. En la siguiente imagen se muestra la cantidad de emisiones generadas para los últimos dos años, al igual que la cantidad de árboles a sembrar como medidas de compensación, y se puede evidenciar la disminución de árboles a sembrar para el último periodo evaluado, esto debido principalmente a la utilización de papel ecológico y la implementación de los programas de ahorro y uso eficiente de energía, y agua.

Por otra parte, se realizó el cargue de los indicadores ambientales y trámites legales de los años 2017 y 2018 a la página de la secretaria de ambiente, a través de la herramienta GAE, como meta para la calificación del programa de Gestión ambiental empresarial. A continuación, se muestra evidencia de los radicados ante la entidad competente.

Fecha Trámite: 2019-09-26 15:46:29
 Fecha Vencimiento: 2019-10-02 15:46:29
 Trámite: Herramienta para el reporte de indicadores ambientales
 Dependencia: SUBDIRECCION DE ECOURBANISMO Y GESTION AMBIENTAL
 No radicado: 2019ER226277
 Proceso: 4589355
 Actividad: VERIFICAR INFORMACIÓN
 Estado: Activo
 Respuestas:

Fecha Trámite: 2019-09-24 09:51:40
 Fecha Vencimiento: 2019-09-30 09:51:40
 Trámite: Herramienta para el reporte de indicadores ambientales
 Dependencia: SUBDIRECCION DE ECOURBANISMO Y GESTION AMBIENTAL
 No radicado: 2019ER223267
 Proceso: 4585273
 Actividad: VERIFICAR INFORMACIÓN
 Estado: Activo
 Respuestas:

Imágenes: Soportes GAE Fuente: gestión ambiental



2. Línea estratégica de compras verdes

Se realiza seguimiento y análisis de las compras realizadas en la vigencia impulsando la responsabilidad extendida del productor (REP), con el fin de plantear acciones de corresponsabilidad en el manejo del impacto ambiental (control, minimización y/o eliminación) de materias primas y/o insumos que generen impactos ambientales significativos desde la adquisición de bienes y/o servicios. Se presenta el consolidado de las evaluaciones técnicas evaluadas por parte del sistema de gestión ambiental

SOLICITUDES				
AG000020190005	OC000020190058	OC000020190079	AG000020190048	AG000020190059
AG000020190009	OC000020190059	OC000020190082	AG000020190030	MO000020190011
AG000020190012	OC000020190060	OC000020190083	AG000020190050	OC000020190194
AG000020190013	OC000020190061	OC000020190085	AG000020190052	OC000020190170
MO000020190001	OC000020190063	OC000020190086	AG000020190054	OC000020190169
MO000020190002	OC000020190067	OC000020190100	AG000020190048	OC000020190144
MO000020190003	OC000020190069	AG000020190042	AG000020190056	OC000020190157
OC000020190024	OC000020190070	AG000020190030	AG000020190056	OC000020190157
OC000020190029	OC000020190072	AG000020190044	AG000020190055	OC000020190144
OC000020190030	OC000020190078	AG000020190024	AG000020190055	OC000020190137
OC000020190045	OC000020190055	OC000020190057		

3. Línea estratégica de Residuos

Se realizan mediciones de la generación de residuos generados en la Institución e identificación de residuos potencialmente reciclables

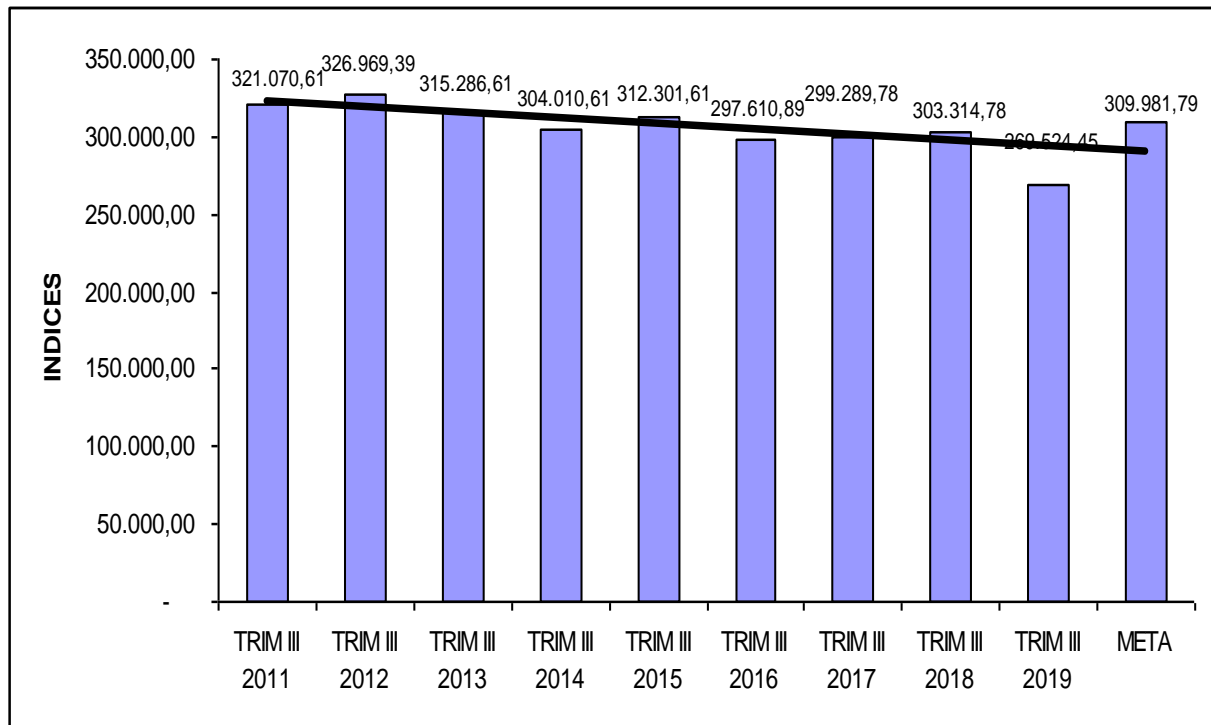
INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

TIPODERESIDUOKg	TRIMIII2011	TRIMIII2012	TRIMIII2013	TRIMIII2014	TRIMIII2015	TRIMIII2016	TRIMIII2017	TRIMIII2018	TRIMIII2019
ORDINARIOS/INERTES/RECICLABLE	183.203,00	181.497,00	172.387,00	166.705,00	168.655,00	175.150,00	182.058,00	178.213,00	164.357,00
Ordinarios	98.876,00	110.285,00	108.400,00	102.663,00	106.545,00	113.782,00	117.264,00	116.876,00	109.618,00
Inertes	4.551,00	4.414,00	3.969,00	3.602,00	3.822,00	3.847,00	3.651,00	3.338,00	3.136,00
BIODEGRADABLES	21.466,00	21.557,00	21.482,00	21.516,00	21.528,00	21.986,00	21.955,00	22.004,00	19.489,00
RECICLABLES	58.310,00	45.241,00	38.536,00	38.924,00	36.760,00	35.535,00	39.188,00	35.995,00	32.114,00
RIESGOBIOLÓGICO	132.132,00	138.349,00	135.815,00	131.076,00	135.705,00	112.541,00	107.242,00	114.050,00	95.272,00
Anatomopatológicos	14.193,00	14.337,00	14.415,00	13.851,00	15.406,00	15.228,00	13.322,00	15.226,00	12.758,00
biosanitarios	116.529,00	122.689,00	120.161,00	115.974,00	118.857,00	95.813,00	92.403,00	97.237,00	81.228,00
cortopunzantes	1.410,00	1.323,00	1.239,00	1.251,00	1.442,00	1.500,00	1.517,00	1.587,00	1.286,00
QUIMICOS	5.735,61	7.123,39	7.084,61	6.229,61	7.941,61	9.919,89	9.989,78	11.051,78	9.895,45
Farmacos	5.638,00	4.663,00	4.719,00	4.469,00	5.508,00	7.284,00	7.768,00	8.196,00	7.246,00

Reactivos	53,00	2.415,57	2.321,00	1.716,00	2.389,00	2.589,00	2.175,00	2.809,00	2.608,00
ContenedoresPresurizados	44,61	44,83	44,61	44,61	44,61	46,89	46,78	46,78	41,45
TOTAL	321.070,61	326.969,39	315.286,61	304.010,61	312.301,61	297.610,89	299.289,78	303.314,78	269.524,45
RECICLAJE	17.812,00	19.025,00	21.298,00	25.655,00	23.717,00	18.229,00	19.313,00	17.903,00	18.340,00

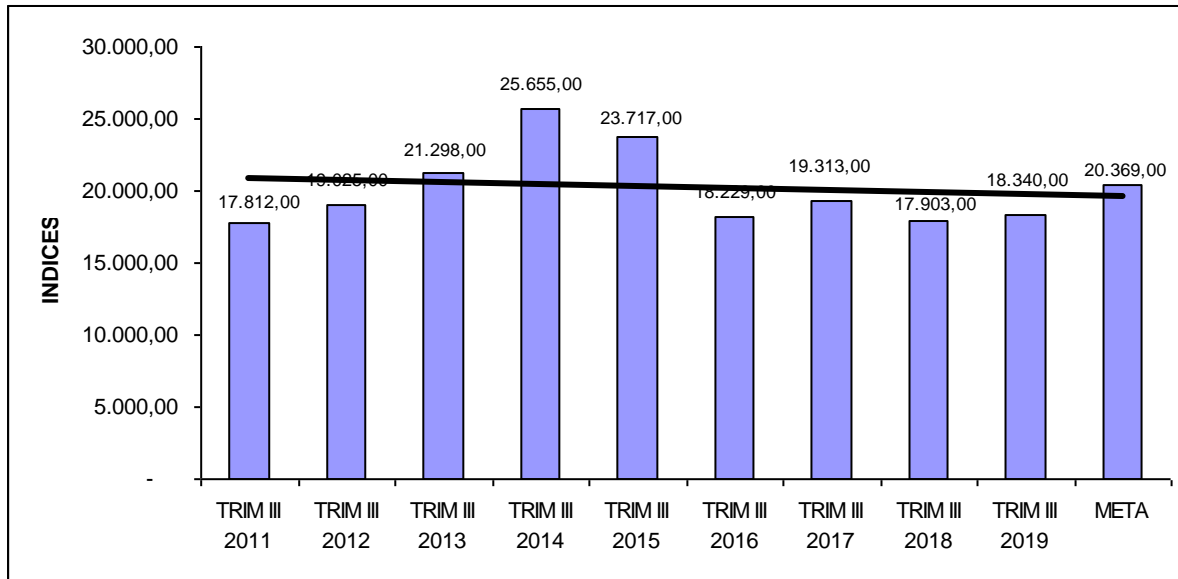
De acuerdo al comportamiento de los últimos 8 años, y permitiéndonos que la meta establecida se evalúe a través del promedio obtenido de las vigencias anteriores (**309.982 Kgs**), vemos que para el 2019 ha disminuido en un 13% a nivel general y para algunos tipos estos han disminuido como es el caso de los biológicos, cabe aclarar que estas variaciones están supeditadas a la producción general de la prestación del servicio que para el periodo evaluado no se ha remitido la información

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 2019 en el acumulado del periodo, en cuanto a generación de residuos el periodo tuvo una disminución con relación al acumulado de la vigencia anterior en un 11.14 %. A manera general la disminución obedece a la adherencia a los procedimientos y protocolos.

GRÁFICA: Residuos RECICLABLES RECUPERADOS Y COMERCIALIZADOS.



Los residuos reciclables tienen un comportamiento parecido reforzando la adherencia a procedimientos de segregación, articulando la transformación cultural en cada uno de sus componentes aumentando la cantidad de residuos reciclados en un 2.4% con respecto a la vigencia anterior.

4. Línea estratégica agua y energía - consumo 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 más influyen a la hora de evaluar son, agua energía y gas natural los cuales analizaremos a continuación

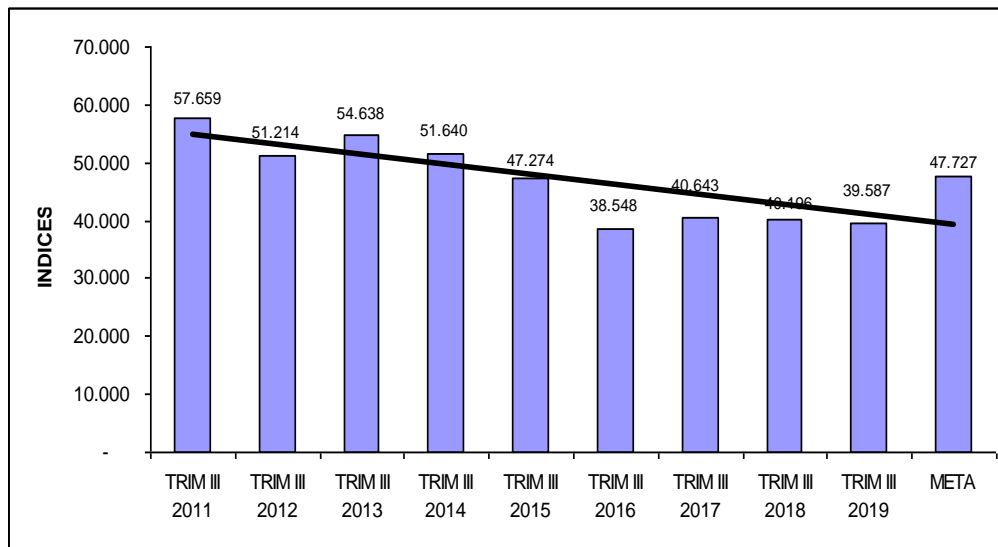
Presentamos los comportamientos observados comparados con las vigencias anteriores

COSUMODERECURSOS	SEMI2010	TRIMIII2011	TRIMIII2012	TRIMIII2013	TRIMIII2014	TRIMIII2015	TRIMIII2016	TRIMIII2017	TRIMIII2018	TRIMIII2019
ENERGIAKWH	592.506	1.792.506	1.644.198	1.345.200	1.470.000	1.476.854	1.279.985	1.421.677	1.543.200	1.593.314
AGUAm3	11.050	57.659	51.214	54.638	51.640	47.274	38.548	40.643	40.196	39.587
GASm3	29.850	90.723	90.137	84.379	87.806	86.138	71.133	83.175	80.538	83.347

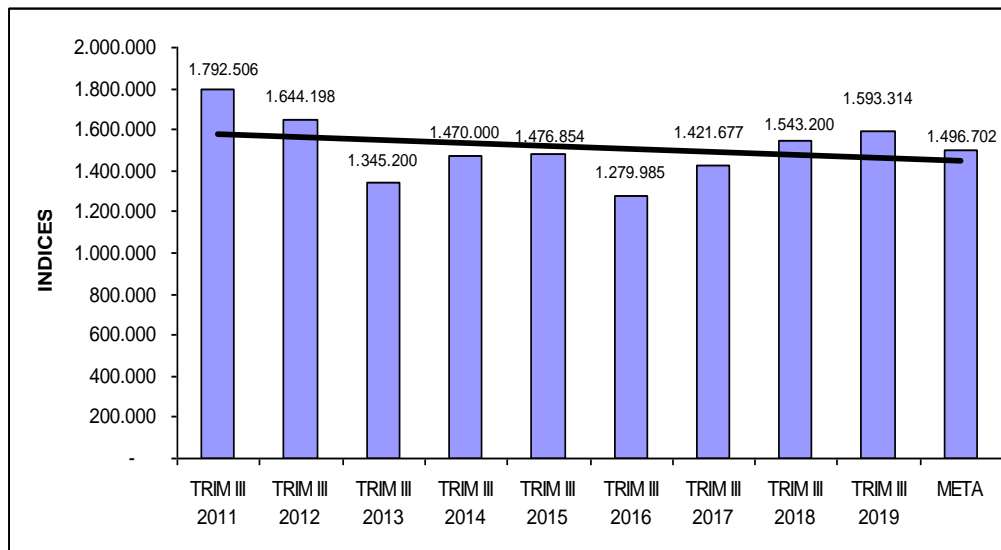
Consumo de agua: de acuerdo a los consumos evaluados, este se encuentra por debajo de la META propuesta evidenciando en este sentido una diferencia del **17%** en ahorro, que de acuerdo a las inversiones realizadas, implementación de la estrategia multimodal (lavamanos de censor), elementos ahorradores, 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. Se mantiene en ahorro en relación con el periodo de la vigencia anterior lo cual se ve soportado junto con la disminución de la producción que evidencia un incremento, es necesario tener en cuenta que con relación a la vigencia anterior la disminución es del **1.52%**.

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos AGUA en Metros Cúbicos por UVR producida

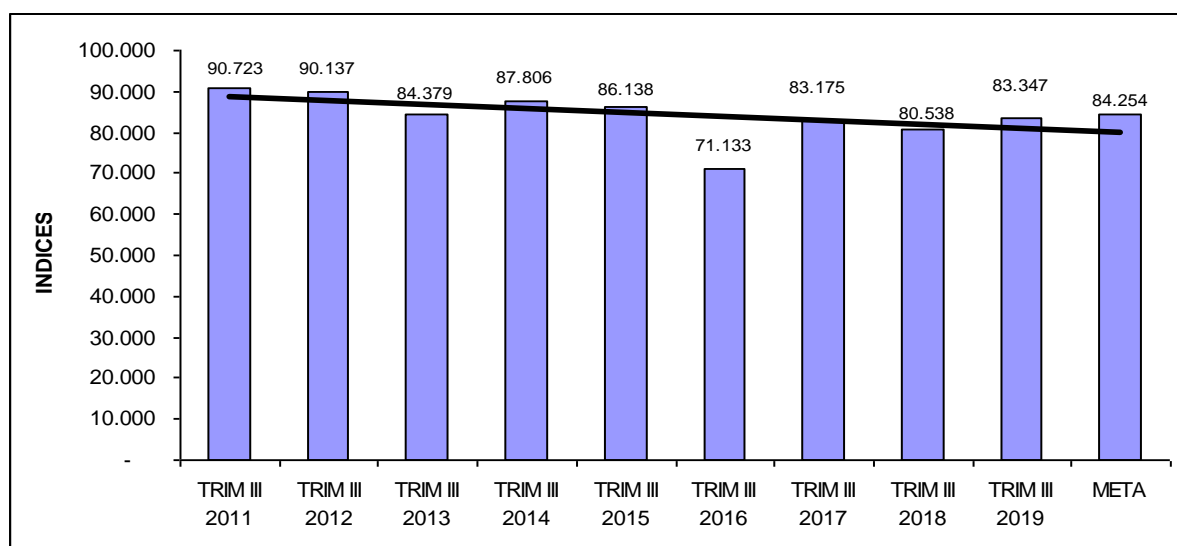


GRÁFICA: Consumo de servicios públicos ENERGÍA en Kilovatios Hora por UVR producida



Para el caso de la energía, en comparación con la tendencia que está presentando, viene con un aumento del **6%**, por encima de la META propuesta, un punto menos que en la evaluación del periodo anterior lo cual denota un comportamiento deficiente ya que el consumo se está 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, máquinas 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, baja adherencia a las prácticas ambientales sostenibles relacionadas con el uso de equipos ofimáticos, en relación con el comportamiento del mismo periodo de la vigencia anterior este **aumento** en un **3.5%**

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos GAS NATURAL en Metros Cúbicos por UVR producida



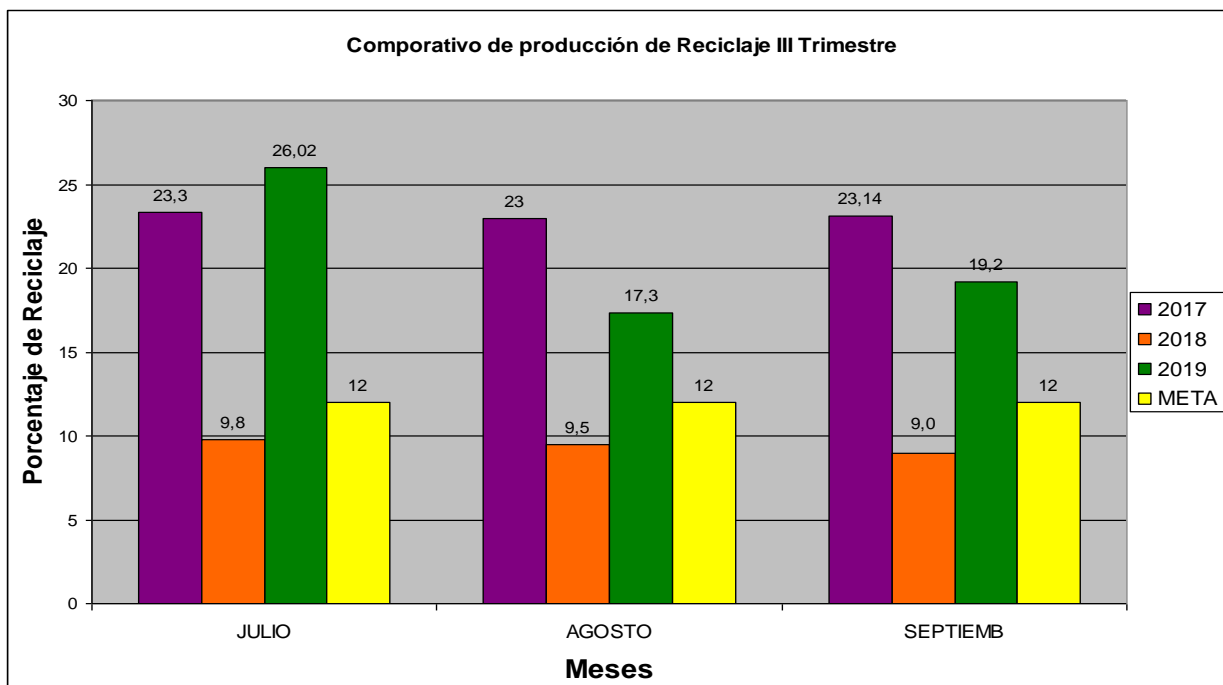
Para el caso del consumo de gas, las actividades supeditadas a este consumo se dan tanto para el área de esterilización como para hospitalización y nutrición, son actividades constantes y representan gran parte de los consumos de este combustible que frente a la META propuesta tuvo una **disminución** del **1%**, 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, en comparación al consumo del periodo inmediatamente anterior se evidencia de igual manera un **aumento** del **3.37%**

IMPLEMENTACIÓN DE PLAN ACCIÓN DE HOSPITAL VERDE UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

- **Aumentar el % de Reciclaje Generado**

Se ha realizado un aumento de material reciclado en el puesto Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ), donde se han desarrollado diferentes estrategias para la buena segregación en la fuente y esto se vea reflejado en los indicadores.

Gráfica 1 Generación de Reciclaje –Unidad Funcional de Zipaquirá



Fuente: RH1 - Gestión ambiental de Unidad Funcional de Zipaquirá

Como se evidencia el año que la UFZ tuvo mayor producción de reciclaje en los últimos 3 años es el 2017 donde el promedio de índice de reciclaje es de 23.2% siendo este un muy buen indicador del manejo de residuos sólidos, para el año 2018 el indicador tuvo una caída sustancial teniendo como promedio 9.8% esto debido a que no se siguió depurando el archivo documental y de historia clínica del antiguo Hospital San Juan de Dios, que por condiciones de almacenamiento llegaba a un nivel muy alto de deterioro y había que eliminar dicha documentación, siendo esta una de las fuentes principales de generación de residuos reciclables (Archivo) para el año 2017.

Dentro del plan de acción de Hospital verde para la meta de reciclaje se fijó el aumento de puntos porcentuales sobre la media del año anterior, lo que fijo que se debía producir por lo menos el 12% de reciclaje en la UFZ. Para el tercer trimestre del año 2019 estamos superando la meta propuesta, ya que el índice de reciclaje para el mes de julio fue del 26%, agosto 17.3 % y septiembre 19.2% lo demuestra que estamos superando la meta en 8 puntos porcentuales.

En el tercer trimestre del año 2019 se lograron reciclar más de **4.3 toneladas de residuos**, para completar **10.3 toneladas** de residuos reciclables en lo que va corrido en el año 2019.

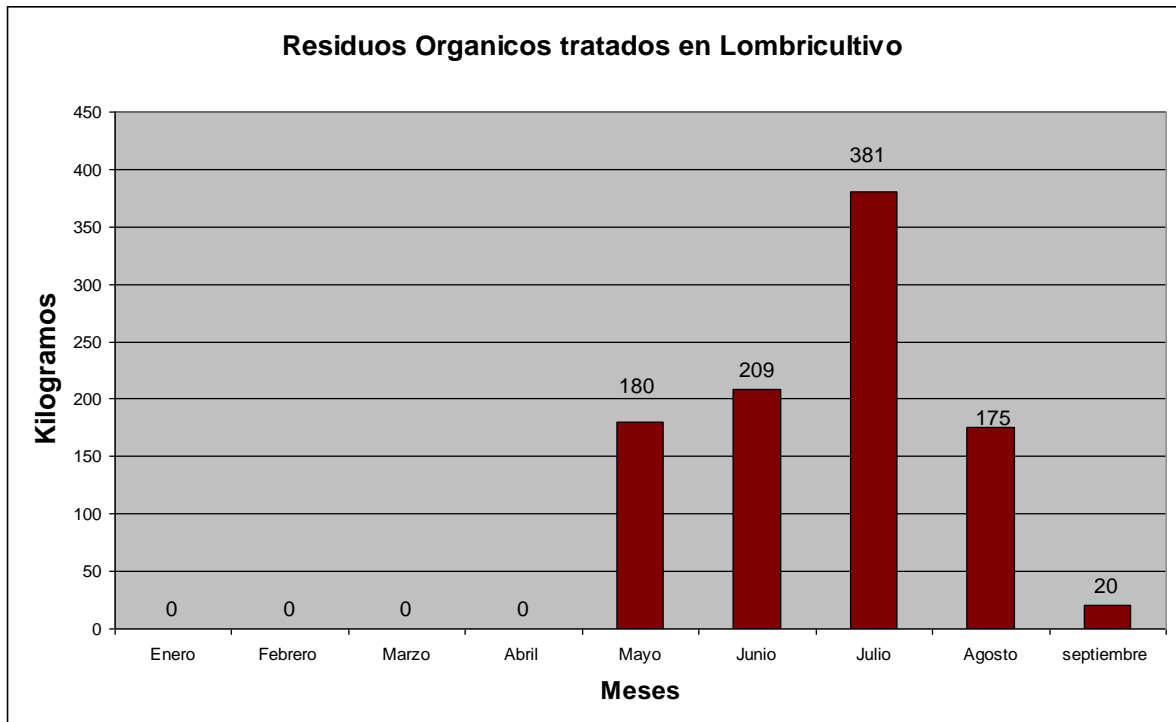
Este incremento ha logrado gracias al compromiso de los colaboradores con la Gestión integral de residuos, a las constantes capacitaciones por parte de gestión ambiental al personal, las rondas de verificación en los servicios y la implementación de nuevas estrategias de aprovechamiento de residuos como lo es el lombricultivo.

- **Aprovechamiento de Residuos Orgánicos**

Mediante el lombricultivo se está aprovechando los residuos orgánicos crudos generados en la cocina del Hospital, para transformarlos en abono que servirá para las zonas verdes del Hospital y la Huerta Orgánica. Evitando que estos residuos lleguen a los rellenos sanitarios y disminuyendo un poco los impactos ambientales que generan.

Grafica 2 Residuos Orgánicos tratados

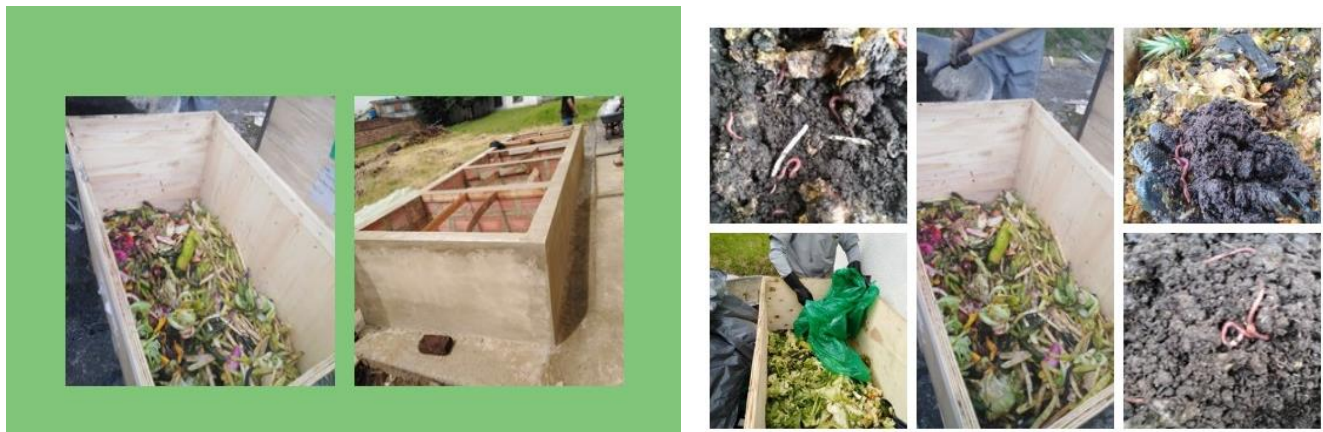




Fuente: RH1 - Gestión ambiental de Unidad Funcional de Zipaquirá

Desde que empezó el proyecto se ha logrado tratar **945 kilogramos** de residuos orgánicos, en el último trimestre en el mes de Septiembre se produce una disminución de los residuos ya que la capacidad de los contenedores llegó a su nivel máximo, por lo que se decidió construir unas camas de lombricultivo en mampostería y que permita una mayor capacidad de acopio, y en septiembre fue suspendido el proceso temporalmente hasta que se construyera la nueva estructura, por tal motivo se vio la disminución de residuos tratados.

Imagen 1 - Lombricultivo



Fuente: Gestión ambiental – Unidad Funcional de Zipaquirá

Imagen 2 Proceso de Descomposición por medio de Lombricultivo



ANTES



DESPUES

Fuente: Gestión ambiental – Unidad Funcional de Zipaquirá

Con las nuevas camas de lombricultivos se controlan mejor los lixiviados y se puede recepcionar muchos más residuos orgánicos, teniendo varias secciones que permiten estar en producción de abono constante.

- **Estrategia de Cero Papel**

A través de la empresa tercerizada se lleva un consolidado y un seguimiento del papel que se utiliza en la institución, con el fin de realizar seguimientos periódicos y poder identificar las zonas críticas de consumo de papel, permitiendo realizar una intervención más directa en el área.

También se realizó una análisis de masas con el consumo de papel (Entrada) y la cantidad de papel que se desecha como reciclaje (Salida), ya que hay actividades administrativas que es inevitable el uso de papel (Soporte de Facturas EPS), por tal motivo se realizó un análisis de papel que se entregaba (Resmas) a las áreas y el papel que salía (Archivo-Reciclable), e identificar realmente la fuga de papel que se presenta en la institución

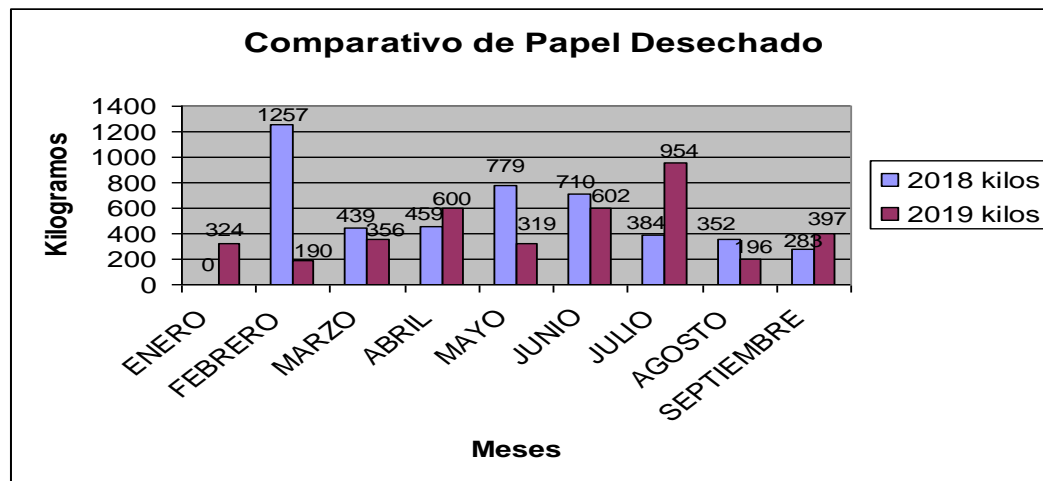
Grafica 3 Generación de Reciclaje - Papel



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Fuente: RH1 - Gestión ambiental de Unidad Funcional de Zipaquirá

En los últimos meses se realizó un incremento en la fuga de papel de más de 1500 kilos de papel, siendo el mes de julio el de mayor cantidad de papel se desechó (954 kilos), esto se debe a que se depuraron archivos que perdieron vigencia del área de facturación. Estos documentos pesaron alrededor de 400 kilogramos de papel. A pesar del incremento en el último trimestre la tendencia es hacia la baja en el año 2019, ya que el año anterior el desperdicio de papel fue 4663 kilogramos hasta el mes de septiembre, para este año se han desechado 3938 Kg lo que equivale a una disminución de 442 kilogramos representando una disminución del 10%. Cumpliendo la meta propuesta en el Plan de Acción de Hospital Verde para la estrategia de papel cero que consiste en la reducción de consumo de papel en 2%. La suma 442 kilogramos de papel es equivalente a 200 resmas de papel que se dejaron de utilizar de la manera inadecuada y en dinero se ahorró un promedio de \$1.800.000 (Millón ochocientos mil pesos mtc.)

Esto se logró a través de la sensibilización de las zonas más críticas en el consumo de papel, donde se recalca todo el proceso de la producción de la pulpa de papel y cuáles son los impactos ambientales que estos genera, adicional a esto mensualmente se lleva un control de consumo de papel lo que permite monitorizar constantemente el consumo diario de papel y poder tomar algunas acciones de correctiva en las áreas.

- **Capacitaciones a los colaboradores sobre la Gestión Ambiental de UFZ y Puestos de Salud**

En el primer semestre del año se realizaron diferentes jornadas de capacitación teniendo como resultado:

Tabla 1 Consolidado de Capacitaciones a Colaboradores –UFZ

FECHA	TEMA	NUMERO DE PERSONAS
-------	------	--------------------

12/07/2019	PGIRH'S Y LEGISLACIÓN AMBIENTAL – Puesto de salud San Cayetano	8
12/08/2019	Manejo de Residuos, PGIRH'S , Segregación en la fuente	57
13/08/2019	Ahorro y Uso eficiente del agua Energía –PGIRH'S, segregación en la fuente	16
03/09/2019	Manejo de Residuos, PGIRH'S, Segregación en la fuente	3
	Trimestres anteriores	289
	TOTAL PERSONAL CAPACITADO	373

Fuente: Gestión ambiental – Unidad Funcional de Zipaquirá

Se ha logrado un total de **373** de colaboradores capacitados en temas asociados a la Gestión Ambiental y el manejo de residuos hospitalarios, lo que equivale aproximadamente al **75.3 %** de los colaboradores de la Unidad Funcional de Zipaquirá y Puestos de Salud, teniendo como objetivo capacitar a más del 90% de los colaboradores de la UFZ.

Estas capacitaciones se realizan siguiendo el cronograma de Plan de Gestión integral de Residuos Hospitalarios, de los cuales se realiza una medición de adherencia al tema como la evaluación pre test y post test. Por lo que se evidencia en las tendencias de los indicadores los colaboradores ponen en marcha la mayoría de las recomendaciones y lineamientos realizados.

- **Brindar educación ambiental a los usuarios de la Unidad Funcional de Zipaquirá**

Este trimestre se realizó la capacitación a los usuarios a través de curso para la preparación de la maternidad y paternidad donde se brinda información a los usuarios de diferentes temas de interés ambiental

Curso de Preparación para la maternidad y paternidad

El área de Gestión ambiental de Hospital se vinculó dentro del Curso de preparación para la maternidad y paternidad, donde se busca a cultivar conciencia en las nuevos padres de todas las necesidad ambientales que se ponen tener un hijo, junto con recomendaciones para tener un entorno saludable en el crecimiento de esa nueva vida, evitando exposiciones a químicos peligrosos desde la gestación y contribuyendo a salud ambiental de la familia.

La vinculación al curso se realiza en dos sesiones:

- 1. Consejos para reducir la exposición a contaminantes ambientales y proteger la salud**

Donde se abordan los químicos más comunes en los hogares, de qué manera se pueden sustituir, hablamos de sustancias como son mercurio, BisfenolA, Ftalatos, Parabenos, etc.

- 2. Impactos ambientales que generan la llegada de una nueva vida**



Se abordan temas como el cuidado del agua, el uso eficiente de la energía y como la crisis climática puede afectar a mi hijo, por eso se realizan esas recomendaciones en los cursos, para generar una conciencia más profunda sobre la problemática ambiental

Todos estos temas se manejan de la manera más lúdica posible, a través de videos, actividades grupales y muy participativas con el objetivo de mostrar de manera más clara por que es importante cuidar el planeta y la vida del nuevo Bebe.

Imagen 3 Curso Preparación Para la Maternidad y Paternidad



Fuente: Salud Publica y Gestión ambiental

Estas actividades se llevan a cabo siempre en conjunto con Salud Publica que se han vinculado activamente con cada una de las actividades desarrolladas con los usuarios.

Tabla 2 Consolidad de Actividades realizadas con Usuarios



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Fecha de la actividad	Temática Tratada	Número de Usuarios
05/09/2019	Curso de Preparación para la maternidad y paternidad: Consejos para reducir la exposición a contaminantes ambientales y proteger la salud	20
10/09/2019	Curso de Preparación para la maternidad y paternidad: Impactos ambientales con la llegada de una vida	20
15/05/2019	Manejo de Recipientes de residuos y cuidado de las instalaciones físicas	15
Capacitaciones anteriores		286
Total de Usuarios Capacitado		341

Fuente: Gestión Ambiental- Unidad Funcional de Zipaquirá

- **Visitas de Entes de Control y Otros**

Se realizó acompañamiento a las visitas de Concepto Higiénico Sanitario a la Unidad Funcional de Zipaquirá el 24 de julio del 2019 la secretaria de salud realizó la inspección para el concepto sanitario en el manejo interno de residuos hospitalarios, en el cual se da un cumplimiento del 98% de favorabilidad.

Además de realizar el acompañamiento de las visitas de las EPS a la Unidad funcional de Zipaquirá

Tabla 3 Consolidado de Visitas realizadas por entes de Control

Visita	Lugar	Resultado /Concepto	Hallazgos /Recomendaciones
Concepto Higiénico Sanitario	Unidad Funcional de Zipaquirá	Favorable - 987%	Asignación de funciones miembros del GAGAS

Fuente: Gestión Ambiental- Unidad Funcional de Zipaquirá

- **Implementación de Huerta – UFZ**

En el tercer trimestre del año se realizó intervención en el terreno ubicado en la parte posterior a consulta externa, donde se va ubicar la huerta, con el apoyo de la Secretaria de Agricultura y Medio ambiente del municipio de Zipaquirá, la cual nos prestó el tractor que se necesitaba para realizar las adecuaciones.

Esta huerta se está implementada con la finalidad de poder brindar a nuestros usuarios y colaboradores alimentos limpios, libres de sustancias químicas peligrosas que puedan generar deterioro de la Salud a largo plazo.

La adecuación de este terreno se realizó en 3 jornadas las cuales siempre tuvieron asistencia técnica por parte de los ingenieros agrónomos de la secretaria de agricultura del Municipio y con la ayuda de tractor, la primera jornada se realizó el corte del pasto de toda la zona (Desbrozadora), luego se procedió a utilizar un arado para soltar el terreno y por último se usó el retobo para romper las partículas más grandes del suelo y rompiendo las raíces de pasto.

Imagen 6. Adecuación terreno Huerta



Fuente: Gestión Ambiental- Unidad Funcional de Zipaquirá

Anexo cronograma de cumplimiento de Plan de acción Hospital Verde que hasta la fecha tiene un cumplimiento del 64% de todas actividades propuestas.

7.4 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

Para el tercer trimestre del año 2019 se realiza el seguimiento a los planes de mejoramiento por procesos descritos en los PUMP, pertenecientes a 15 de los procesos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y derivados de la autoevaluación de Habilitación:

1. Gestión del Talento Humano
2. Desarrollo de servicios
3. Hotelería Hospitalaria.
4. Gestión de la tecnología
5. Esterilización
6. Atención al paciente ambulatorio
7. Gestión de la infraestructura
8. Atención paciente quirúrgico
9. Apoyo diagnóstico
10. Banco de sangre
11. Imágenes diagnósticas
12. Referencia y contrarreferencia
13. atención Farmacéutica
14. Atención paciente hospitalizado
15. atención al paciente de urgencias

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

- Para el tercer trimestre 2019 se ejecutaron 67 actividades pertenecientes a los planes de mejora por procesos derivados de la autoevaluación de Habilitación.
- Según el indicador: Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación, se presenta el resultado para el primer semestre y el resultado total.

Tabla 1. Porcentaje de ejecución de planes de mejoramiento derivados de la autoevaluación de habilitación 2019.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE HABILITACION



ACTIVIDADES EJECUTADAS CON CORTE A SEPTIEMBRE 2019	67
ACTIVIDADES PROGRAMADA AL AÑO 2019	100
% DE CUMPLIMIENTO TOTAL	67,2%

Fuente: elaboración propia, tomado del informe de seguimiento a la ejecución de planes de mejoramiento derivados de la autoevaluación de habilitación - tercer trimestre 2019.

1.2. Referenciación Comparativa:

En el seguimiento realizado al cronograma de referenciaci3nes comparativas arroj3 como resultado un cumplimiento del 47,5%, con un total de 17 referenciaci3nes comparativas realizadas, m3s dos referenciaci3nes internas entre procesos del Hospital.

Tabla 2. Ejecuci3n de la Referenciaci3n Comparativa Programada en 2019.

REFERENCIACION COMPARATIVA HUS 2018	
Total 28 Programadas	Desarrollo
Realizadas	17
Solicitadas	13
Por solicitar	6
Informes presentados	12
Ref Interna programada	2
Ref Interna realizadas	2

% Avance
% Realizadas
47,2%

Fuente: Cronograma de referenciaci3nes comparativas a3o 2019.

1.2.1. Referenciaci3nes comparativas internas

Se realizaron dos referenciaci3nes internas entre los procesos de apoyo diagnostico – Laboratorio cl3nico con el servicio de Farmacia y el proceso de im3genes diagnosticas con el servicio de Laboratorio cl3nico; para un cumplimiento del 100% de referenciaci3nes internas.

1.2.2. Implementaci3n de referenciaci3n comparativa:



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

www.hus.org.co

“Humanizaci3n con sensibilidad social”

De las 19 referenciacines realizadas (tanto externas como internas) se cuenta con 12 informes a la fecha del seguimiento, de los cuales se describen 21 actividades o aspectos a implementar en el HUS para el año 2019. En el seguimiento realizado a la implementación de estas actividades evidenciado en formato de implementación a referenciacines comparativas, el cual arroja un porcentaje de implementación del 78% de las actividades ejecutadas derivadas de las referenciacines comparativas al tercer trimestre.

Tabla 3. *Porcentaje de Implementación de Referenciacines Comparativas*

SEGUIMIENTO IMPLEMENTACION DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS 2019	
ACTIVIDADES PROGRAMADAS AÑO 2019	21
ACTIVIDADES CON CORTE AL MES DE SEPTIEMBRE 2019	11
% DE CUMPLIMIENTO AL TERCER TRIMESTRE DE 2019	78%
% DE CUMPLIMIENTO TOTAL	40%

Fuente: Formato de implementación referenciacines comparativas 2019.

Tabla 4. *Actividades Implementadas Derivadas de Referenciacines Comparativas.*

Nº	Proceso que realiza la referenciación	Proceso referenciado	Actividad o aspecto implementado	Porcentaje de ejecución
1	Apoyo Diagnóstico-Laboratorio Clínico	Atención Farmacéutica Implementación y seguimiento a MIPRES	1. Generar herramienta institucional para descarga control de solicitudes NO PBS en el laboratorio clínico	1. 100%
2	Atención al paciente quirúrgico- Programa de Donación y Trasplantes	Programa de Donación de órganos y Tejidos y Trasplantes	2. Generar franjas Informativas para que sean publicadas. 3. Videos de sensibilización, testimonios, mitos, intervención de expertos, respecto a este tema, con el fin de Divulgarlos en pantallas y Redes Sociales Institucionales.	2. 100% 3. 100%
3	Gestión de Calidad.	Gestión del riesgo	4. Se encuentra en la identificación de riesgos del	4. 30%

			<p>sistema de seguridad digital alineado con el inventario de activos de información realizados con proceso de gestión de la información. Soportes Actas de reunión.</p> <p>Cumplimiento:</p> <p>5. Relacionado con los sistemas de riesgos de Seguridad física y seguridad y salud en trabajo, se están tratando en el equipo primario del estándar de ambiente físico. Soporte acta de reunión.</p>	5.10%
4.	Atención al paciente Hospitalizado- Equipo interdisciplinario de la línea estratégica "Apoyando al cuidador"	Programa de humanización.	<p>6. Abrir un espacio y tiempo para la catarsis dentro de la dinámica del taller para la Catarsis.</p> <p>7. Implementación de Formulario escala de Zarit, que mide la carga del cuidador.</p> <p>8. Enfocar un tema diferente dentro de la temática del taller conocimiento, Valor, Paciencia.</p>	<p>6. 100%</p> <p>7. 100%</p> <p>8. 100%</p>
5	Atención al paciente ambulatorio – servicio de Terapia	Consulta externa- programa de rehabilitación de piso	9. Favorecer educación en salud del programa de promoción y prevención institucional con acrílico que permite acceso a diferentes folletos educativos	9. 100%
6	Atención Farmacéutica, Gestión Financiera: Facturación y Mercadeo	MIPRES – Tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC	<p>10. Crear oficina NO PBS confiriéndole facultades de manejo transversal de todas las tecnologías No PBS (no dependiente del Servicio Farmacéutico) definiendo los integrantes que permitan el control y gestión de NO PBS.</p> <p>11. Se requiere una herramienta tecnológica funcional que permita el reporte de suministro efectivo, seguimiento a juntas de profesionales y todo lo relacionado con lo NO PBS, para esto se requiere acompañamiento permanente por el área de sistemas o considerar la compra de un software.</p>	<p>10. 100%</p> <p>11. 20%</p>

Fuente: Formato de implementación de referenciación comparativa 2019.

Falta definir las actividades o aspectos a implementar de la referenciación Internacional realizada en la Clínica MAYO, la cual ya fue socializada a los diferentes líderes de procesos y/o servicios del HUS. Se evidencia



socialización de otras referenciaci3nes realizadas, pero falta definir las actividades como lo son la realizada por la realizada por la Junta Directiva a la Clínica de Occidente; otras ya tienen definidas sus actividades, pero su ejecuci3n est1 para el mes de diciembre de 2019, por lo tanto ser1n incluidas en el pr3ximo seguimiento: Servicio de Terapias referenciaci3n realizada a la Clínica Colombia, el proceso de im1genes diagn3sticas.

1.2.3. Referenciaci3nes recibidas en el HUS

Se recibieron 24 instituciones que solicitaron referenciaci3n comparativa con procesos del HUS, de las cuales tres son internacionales: Ministerio de Salud del Per1, Federaci3n M1dica de Buenos aires FEMEBA, 12 vicepresidentes de Indonesia, Europa, China, Estados Unidos de la compa1a Johnson y Johnson.

Tabla 5. Referenciaci3nes recibidas en el HUS de otras instituciones 2019.

REFERENCIACIONES RECIBIDAS EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA								
2019								
N°	FECHA	INSTITUCION O ENTIDAD	NATURALEZA DE LA ENTIDAD			DEPARTAMENTO-CIUDAD	TEMA	PROCESO DEL HUS (Relacionado con el tema)
			Publica	privada	Mixta			
1	01-feb-19	Hospital Universitario San Ignacio		X		Bogotá	Servicio transfusional	Banco de sangre
2	13-feb-19	E.S.E Hospital San Rafael de Pacho	X			Cundinamarca- Pacho	Personal, nomina	Gesti3n del Talento humano
3	20-feb-19	E.S.E Hospital San Rafael de Pacho	X			Cundinamarca/ pacho	Costos	Gesti3n Financiera
4	19-mar-19	Ministerio de Salud del Per1	X			Per1- Lima	Intercambio t1cnico binacional para la transferencia de conocimientos en Telemedicina por parte de Colombia	Atenci3n a paciente ambulatorio
5	28-mar-19	Hospital Internacional de Colombia		X		Santander – Bucaramanga	Tecnolog1a de fraccionamiento de la cual ustedes son nuestro referente por los est1ndares de calidad que manejan.	Banco de sangre
6	24-abr-19	Subred Integrada de Servicios de Salud - Centro Oriente	X			Bogotá	Central de Producci3n de aire medicinal.	Atenci3n Farmac1utica
7	14-may-19	Federaci3n M1dica de Buenos aires FEMEBA		X		Argentina	Sistema de salud de Colombia, Situaci3n m1dica, procesos de atenci3n	Direcci3n Cient1fica, Docencia
8	16-may-19	Jhonson y Jhonson		X		12 vicepresidentes de	Tecnolog1a de	Im1genes

						Indonesia, Europa, China, Estados Unidos	Imágenes, Medicamentos de uso prolongado, Enfermedades de la retina; Dispositivos Inteligentes	diagnósticas, Atención Farmacéutica, Atención al paciente ambulatorio, atención al paciente quirúrgico- A Neurocirugía
9	22-may-19	Subred Integrada de Servicios de Salud - Centro Oriente E.S.E	X			Bogotá	Servicio farmacéutico, atención farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, conciliación y reconciliación medicamentosa, seguimiento a antibióticos	Atención Farmacéutica
10	20-jun-19	Hospital José Cayetano de Puerto Boyacá	X			Boyacá - Puerto Boyacá	Farmacovigilancia	Atención Farmacéutica
11	20-jun-19	E.S.E Hospital Universitario Clínica San Rafael	X			Bogotá	Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional	Apoyo diagnóstico, banco de sangre
12	20-jun-19	Hospital San Antonio de Guatavita	X			Cundinamarca- Guatavita	Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional	Apoyo diagnóstico, banco de sangre
13	20-jun-19	Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la Mesa	X			Cundinamarca- La Mesa	Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional	Apoyo diagnóstico, banco de sangre
14	20-jun-19	Instituto Roosevelt		X		Bogotá	Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional	Apoyo diagnóstico, banco de sangre
15	21-jun-19	E.S.E Hospital San Rafael de Tunja	X			Boyacá - Tunja	Programa de Hemovigilancia y comité de servicio transfusional	Banco de sangre
16	26-jun-19	Subred Centro Oriente	X			Bogotá	1. Estrategias implementadas para vincular al personal de Contratación en el Proceso de Acreditación 2. Estrategias de Capacitación al personal de contrato 3. Estrategias implementadas para fortalecer la adherencia	Gestión del talento humano, Docencia e investigación

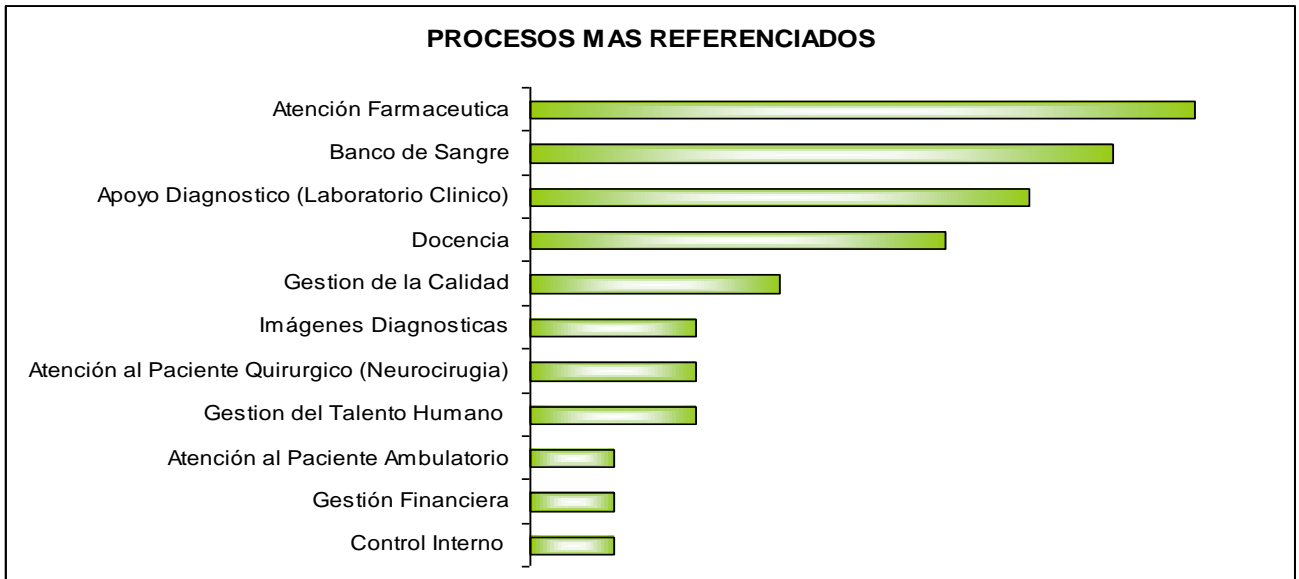
						al Manual de Bioseguridad del personal de planta y en Formación 4. Articulación Docencia e Investigación	
17	04-jul-19	Fundación Hospital de la Misericordia		X		Bogotá	Certificación Hospital Universitario Docencia
18	23-jul-19	Subred Sur Occidente	X			Bogotá	Órdenes de compra, desde el servicio de Farmacia Atención Farmacéutica
19		ESE Hospital Universitario de Santander	X			Santander – Bucaramanga	Hospital Universitario Docencia
20	31-jul-19	Hospital san Vicente de Paul de Nemocón	X			Cundinamarca- Nemocón	Seguridad del paciente, farmacovigilancia Atención Farmacéutica, Gestión de Calidad
21	31-jul-19	E.S.E Hospital San Rafael de Tunja	X			Boyacá - Tunja	Seguridad del paciente, farmacovigilancia Atención Farmacéutica, Gestión de Calidad
22	01-ago-19	Hospital de San Carlos		X		Bogotá	Hospital Universitario Docencia
23	05-ago-19	Hospital san Vicente de Paul de Nemocón	X			Cundinamarca- Nemocón	Riesgos Administrativos Control Interno
24	05-ago-19	Clínica Meta		X		Meta- Villavicencio	Técnica Screegen PRC MTB Apoyo diagnóstico - Laboratorio clínico

Fuente. Tomado del informe de referenciación comparativa.

- El 67% de las entidades que se referencian con el HUS son de naturaleza pública.
- Los procesos más solicitados del HUS para referenciación comparativa por otros son: Atención Farmacéutica, Banco de Sangre, seguido del proceso de Apoyo diagnóstico- Laboratorio clínico y Docencia.

Figura 1. Gráfico con procesos más referenciados del HUS 2019.





- Los procesos con resultado del 100% en la implementación de las actividades derivadas de referenciones comparativas son:
 - Apoyo diagnóstico: Laboratorio Clínico,
 - Atención al paciente Ambulatorio: Servicio de Terapia,
 - Atención al Paciente Quirúrgico - Programa de Donación y Trasplantes,
 - y Atención al paciente hospitalizado con el equipo interdisciplinario de la línea estratégica “Apoyando al Cuidador” (Enfermería, Psicología, Terapias, Trabajo Social y nutrición).

- Para el primer semestre de 2019 se publicó la nota de Referenciones comparativas en el Boletín Informativo del HUS.

Figura 2. Procesos con mayor resultado en la implementación de actividades derivadas de las referenciones comparativas 2019.



2. Planes Únicos de Mejora PUM

En el seguimiento al PUMP del proceso de desarrollo de servicios, se obtuvo un porcentaje de avance del 100%.

Figura 3. Plan de Mejora del Proceso Desarrollo de Servicios.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA GESTION DE LA CALIDAD PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP														05GC24-V3				
VIGENCIA : 2019														SEGUIMIENTO 1. FECHA: 12 de Diciembre de 2019				
PROCESO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PESOR DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE DESARROLLO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR DE LA OBLIGACIÓN DE TRABAJAR LA ACCIÓN	RESULTADOS		SEGUIMIENTOS			
													PERCENTAJE DE AVANCE	CIENRAS DE CIERRE	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BAJERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE
DESARRROLLO	1		Realizar la actualización del instrumento para el control de transporte de piel, realizar el trámite ante el ente territorial, realizar la visita previa para habilitar el servicio y realizar el formulario con la necesidad de apertura y cerrar el resultado o habilita el servicio.	5	3	OP	ARTICULACIÓN	Realizar el Seguimiento al plan de mejoramiento durante de los hallazgos de la visita previa para apertura del servicio de transporte de Piel.	Acta de seguimiento	01/03/2019	01/03/2019	100%	100%	100%	COMPLETO	Se realiza el seguimiento con el notificación del programa de transporte al cual se verificó que se subscribió el protocolo Transporte de Piel (esta se elaboraron), en la trabajo al objetivo, el albecco, con tener respso se verificó con el ente el 14 de febrero y 15 de marzo a la	COMPLETO	Se realiza el seguimiento con el notificación del programa de transporte al cual se verificó que se subscribió el protocolo Transporte de Piel (esta se elaboraron), en la trabajo al objetivo, el albecco, con tener respso se verificó con el ente el 14 de febrero y 15 de marzo a la
	2		Quitar para la apertura del servicio de Transporte sistémico Básico en HUS Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá.	5	5	AC	GESTIÓN DE RECURSOS Y ALIANZAS	1. Realizar el trabajo correspondiente para habilitar el servicio de Transporte sistémico medicado.	1. Dictatorio de Habilitación del Servicio Habilitado.	10/04/2019	01/04/2019	100%	100%	100%	COMPLETO	Se cuenta con el servicio habilitado de Transporte sistémico Básico, en cuenta con el dictatorio de habilitación del servicio habilitado. Reporte: Dictatorio de habilitación del servicio	COMPLETO	Se cuenta con el servicio habilitado de Transporte sistémico Básico, en cuenta con el dictatorio de habilitación del servicio habilitado. Reporte: Dictatorio de habilitación del servicio
												100%	100%	100%	COMPLETO	COMPLETO		
												100%	100%	100%	COMPLETO	COMPLETO		

➤ Se realiza seguimiento a los PUMP de los procesos de Talento Humano y del proceso de atención farmacéutica.

Figura 4. Plan de Mejora del Proceso de Gestión del talento Humano 2019.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA GESTION DE LA CALIDAD VIGENCIA : 2019														05GC24-V3					
IDENTIFICACION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO O NO CONFORMIDAD														SEGUIMIENTO 1. FECHA: 23 junio 2019 - Semana Operativa		SEGUIMIENTOS			
PROCESO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACION, HALLAZGO O NO CONFORMIDAD	PESOR DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE DESARROLLO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR DE LA OBLIGACIÓN DE TRABAJAR LA ACCIÓN	RESULTADOS		SEGUIMIENTOS				
													PERCENTAJE DE AVANCE	CIENRAS DE CIERRE	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BAJERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO
GESTION DEL TALENTO HUMANO	1	5/11/2018	Los prestadores de servicio de piel deterioraron la calidad 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. No se evidencian la capacidad instalada en el proceso, a partir de que algunos servicios cuentan con sets. (Este hallazgo también tiene como fuente CONTROL INTERNO)	5	3	AC	ARTICULACIÓN	Determinar la necesidad del talento humano de acuerdo con la capacidad instalada de los servicios	Manifi de necesidades de Talento humano diligenciado	01/05/2019	13/12/2019	redistribución de Talento Humano	Manifi diligenciado de los servicios	80%	100%	EN DESARROLLO	1. concurrencia con el tiempo de los planes de servicios. 2. En el listado inicial faltaban áreas por cubrir, que se cubrían mediante un trabajo por turno. 3. Los médicos que se cambiaban diligenciado se actualizaban, se realizaban algunos cambios según los cambios.	COMPLETO	El informe recomienda realizar un estudio de tiempo y movimiento que permita tener claridad en la toma de decisiones.
	2	5/11/2018	En la revisión de los hojas de vida se se cuenta con notificación de falta, con certificado de formación en atención de atención integral a salud de los médicos de violencia sexual	5	3	AC	GESTIÓN DE RECURSOS Y ALIANZAS	Revisión de hojas de vida	Resultado de la revisión de las hojas de vida	01/02/2019	30/12/2019	Subdirección de personal	Menor de hojas de vida que cumplen con los requisitos número total de personal sustituido que laboran en el hospital	35%	100%	EN DESARROLLO	La subdirección de personal no realiza la gestión al personal de vigilancia, asse, para el cumplimiento del contrato de prestación de servicios por productividad, por lo cual se hace difícil sustituirlos con los contratistas.	EN DESARROLLO	Falta el dato de las hojas de vida retiradas que cumplen con todos los requisitos. 35 Para el mes de septiembre se tiene 1014 personal sustituido que laboran en el hospital.
	3	5/11/2018	Criterio 2.11. No se tiene establecido por escrito la política de Seguridad y Salud en el trabajo, no ha sido comunicada al comité. Política de Seguridad y Salud en el trabajo o al Vigía de Seguridad y Salud en el trabajo. 2.2.1	5	3	AC	ENFOQUE DE RESULTADOS AL BIENCOMUN	1. definir Política de SST 2. socializar política de SST al CODASST 3. desplegar la política de SST a los colaboradores.	1. Política publicada en la intranet. 2. Acta de socialización 3. planillo de despliegue.	01/01/2019	15/02/2019	Subdirector de Desarrollo Humano/ Recursos SST.	número de colaboradores los que se despliegan la política. Meta: 50% colaboradores.	100%	100%	EN DESARROLLO	1. se cuenta con la política aprobada y publicada en la intranet. 2. Acta de inducción desde se socializa la política. Reporte: programación de la inducción y última sets de inducción. 3. Faltó dotación del despliegue.	EN DESARROLLO	1. se cuenta con la política aprobada y publicada en la intranet. 2. Acta de inducción desde se socializa la política. Reporte: programación de la inducción y última sets de inducción. 3. Faltó dotación del despliegue.



Figura 5. Plan de Mejora del Proceso de Atención farmacéutica 2019.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA														GESTIÓN DE LA CALIDAD		PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP		VIGENCIA : 2019		65624-93		SEGUIMIENTO			
DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA														RESULTADOS				SEGUIMIENTO							
INSTRUMENTO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PARÁMETROS DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORA	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	INDICADOR DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	INDICADOR DE RESULTADOS	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	INDICADOR DE SEGUIMIENTO						
1. Fortalecer la Práctica de Servicio de Salud frente a la competencia en el ámbito de la Salud Departamental.	2. Disponer de personal de farmacia en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	3	5	AC	1. Activación de la gestión de riesgo de proceso. 2. Disponer de personal de farmacia en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	1. Métricas de riesgo de proceso y actividades de seguimiento. 2. Diagrama de flujo de proceso de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	30/04/2019	31/03/2020	Líder de proceso: Rosendo Fernández	Porcentaje de personal de farmacia en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	50%	SI	COMPLETO	Se cuenta con la Métrica de riesgo de proceso y actividades de seguimiento en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	COMPLETO	Se cuenta con la Métrica de riesgo de proceso y actividades de seguimiento en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	COMPLETO	Se cuenta con la Métrica de riesgo de proceso y actividades de seguimiento en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	COMPLETO						
1. Fortalecer la Práctica de Servicio de Salud frente a la competencia en el ámbito de la Salud Departamental.	5. Realizar el diagnóstico y documentar la constitución del proceso.	5	3	Nuevo	AC	1. Desmontar y/o diseñar la constitución del proceso. 2. Activación de la Constitución del Proceso.	1. Evidencia de la constitución del proceso. 2. Diagrama de flujo de proceso de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	30/04/2019	31/03/2020	Líder de proceso: Rosendo Fernández	Porcentaje de personal de farmacia en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	1. T1: 2. T2: Total: 100%	SI	COMPLETO	Se cuenta con la constitución del proceso y actividades de seguimiento en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	COMPLETO	Se cuenta con la constitución del proceso y actividades de seguimiento en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	COMPLETO	Se cuenta con la constitución del proceso y actividades de seguimiento en el punto de atención de la farmacia de la Unidad de Salud Departamental.	COMPLETO					

3. Plan Operativo Anual

Tabla 5. PAS 2019.

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Numerador	Denominador	% de avance meta III trimestre	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta		
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018	Valor esperado Año 2019							
1.1	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Cumplimiento a la ejecución de planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de Habilitación	Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación	Porcentaje	100%	2018	100%	67%	67	100	67%	Seguimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación realizado en la vigencia 2018	30%
1.2												Capacitación en los nuevos estándares del Sistema Único de Habilitación a Líderes de procesos y/o servicios (Borrador o Resolución aprobada)	70%

Tabla 6. Indicador del PAS 2019.

Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Numerador	Denominador	% de avance meta II trimestre
Cumplimiento a la ejecución de planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de Habilitación	Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación	67	100	67,2%

Descripción de estrategias y actividades:

1.1. Seguimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación realizado en la vigencia 2018.

Se realizó el seguimiento a la ejecución de las actividades los planes de mejoramiento de los procesos con oportunidades de mejora con fuente habilitación. Se plantearon 100 actividades para el año 2019 y para el tercer trimestre de 2019 se han ejecutado 67 para un porcentaje de cumplimiento del 67%.

1.2. Capacitación en los nuevos estándares del Sistema Único de Habilitación a Líderes de procesos y/o servicios (Borrador o Resolución aprobada).

A la fecha no ha sido aprobado por el ministerio el proyecto de la Resolución de habilitación.

Se realizó la capacitación a los líderes de proceso y servicios en comité directivo ampliado el 25 de junio de 2019, sobre el nuevo proyecto de Resolución de Habilitación, del cual se cuenta con acta y listas de asistencia.

4. Programa de Auditorías Internas

Para el tercer trimestre del año 2019, se ha ejecutado el 35,9 % de las auditorías programada, según cronograma de auditorías internas.

Tabla 7. Seguimiento a la ejecución del *Cronograma de Auditorías Internas 2019*.



5.2 Revisión documental

Se realizó la revisión documental a los procedimientos del proceso de Gestión Talento humano y del proceso de atención farmacéutica, proceso de Docencia y el proceso de Investigación.

5.3 Comparativos años 2016, 2017, 2018 y primer semestre 2019.

Los Indicadores presentados son anuales, por lo tanto, el comparativo se realizará al finalizar el año 2019.

5.4.1. Servicios habilitados

AÑOS	SERVICIOS HABILITADOS			
2016	Diciembre	Anual	84	Según el Certificado de Cumplimiento de habilitación dado por la secretaria Distrital de salud en visita de Habilitación de fecha 25 de mayo de 2016, se tenían habilitados 84 servicios, los cuales fueron verificados por el mismo ente de control.
2017	Diciembre	Anual	87	Para el año 2017 se incrementan los servicios habilitados ya que se realiza la apertura de tres nuevos servicios: Servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos no oncológicos, en modalidad ambulatoria y hospitalaria, complejidad media. Código: 364 Consulta externa, 232 Grupo Quirúrgico. Grupo Consulta externa. 309. Dolor y cuidados paliativos oncológicos, modalidad ambulatoria, complejidad media. Para un total de 87 servicios habilitados y 87 servicios prestados.
2018	Diciembre	Anual	88	Para el año 2018 se realiza la apertura del Servicio de Terapia Ocupacional, Código 728. Para un total de 88 servicios habilitados y 88 servicios prestados.
2019	Junio		89	Para el año 2019 se realiza la apertura del Servicio Traslado asistencial Medicalizado. Código: 602. Una vez realizada la visita previa por la secretaria Distrital de Salud se habilita el servicio (28 de mayo), para un total de 89 servicios habilitados.

5.4.2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS

AÑOS	NUMERO DE AUDITORIAS INTERNAS EJECUTADAS EN EL HUS	NUMERO DE AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS	RESULTADO DEL INDICADOR	OBSERVACION
2016	4	19	21,1	
2017	21	22	95,5	Para el año 2017 se programaron 22 auditorías de la cuales se ejecutaron 21, para un cumplimiento del 95%

2018	31	33	93,9	Para el año 2018 se programaron 33 auditorías según el programa de auditoría interna, del cual se ejecutaron 31 de las programadas para un tener un cumplimiento del 93 %. En comparación del año anterior se incrementó el número de auditorías programadas derivados de auditorías la necesidad de los servicios, de auditorías externas como entes de control y de acreditación.
------	----	----	------	---

5.4.3. REFERENCIACIONES COMPARATIVAS

5.4.3.1. PORCENTAJE DE ACCIONES IMPLEMENTADAS PRODUCTO DE LAS REFERENCIACIONES COMPARATIVAS EXTERNAS.

AÑOS	NUMERO DE ESTRATEGIAS ACCIONES O PRACTICAS EXITOSAS IMPLEMENTADAS EN EL HUS DERIVADAS DE LA REFERENCIACION COMPARATIVA REALIZADA EN OTRA INSTITUCION	NUMERO DE ESTRATEGIAS ACCIONES O PRACTICAS EXITOSAS IDENTIFICADAS EN LA REFERENCIACION COMPARATIVA REALIZADA POR EL HUS EN OTRA INSTITUCION	RESULTADO DEL INDICADOR PORCENTAJE	OBSERVACION
2016	7	15	46,7%	En el año 2016 se identificaron 15 aspectos a implementar, de los cuales se ejecutaron 7 de las referenciaci3nes realizadas por: Farmacia: conciliaci3n y seguimiento farmacoterap3utico, 4 acciones implementadas. Comit3 de 3tica hospitalaria an3lisis de caso: 1 acci3n implementada. Servicio de enfermer3a y plan de cuidado de enfermer3a: 2 acciones implementadas.
2017	23	39	59,0	En el a3o 2017 se implementaron 23 acciones de los 39 aspectos identificados para implementar en el HUS: Proceso de laboratorio: Manejo integral de muestras biol3gicas programa de informe de resultados cr3ticos, medici3n de oportunidad y socializar los indicadores que se llevan en dicho proceso. Dos acciones implementadas. - Referenciaci3n interna del laboratorio al banco de sangre. Una acci3n implementada. - Referenciaci3n interna del banco de sangre al laboratorio cl3nico, una acci3n implementada. - Banco de sangre: tres acciones implementadas. - Procedimiento de cancelaci3n de citas consulta externa, referenciaci3n interna al servicio de consulta externa. Una acci3n. - Servicio quir3rgico y esterilizaci3n, cuatro acciones derivadas de dos referenciaci3nes a dos instituciones diferentes. - Tecnovigilancia y farmacovigilancia, cuatro acciones derivadas de dos referenciaci3nes a diferentes instituciones. - referenciaci3n interna - fisioterapia y gastroenterolog3a al proceso de investigaci3n:

				<p>dos acciones.</p> <p>- Servicios de apoyo: Servicios de cafetería y alimentación y servicios complementarios a la salud, dos acciones.</p> <p>- Comité de ética, Consentimiento Informado: una acción.</p> <p>- REFERENCIACIÓN INTERNA del servicio de Fisioterapia al servicio del LABORATORIO CLÍNICO; una acción.</p> <p>- Promoción y Prevención una acción.</p>
2018	26	29	89,7	<p>Nutrición: Atención al paciente hospitalizado, se implementaron tres acciones.</p> <p>Auditoría concurrente, implemento tres acciones de dos referenciaci3nes realizadas a instituciones diferentes.</p> <p>El comité de infecciones implemento dos acciones de la referenciación realizada al Instituto Nacional de Cancerología.</p> <p>Atención al usuario implemento cuatro acciones de la referenciación realizada al Hospital San Ignacio con el objetivo de Identificar acciones de humanización que logran impacto en la transformación cultural del Hospital.</p> <p>Programa de seguridad del paciente, 6 acciones implementadas de dos referenciaci3nes realizadas.</p> <p>Proceso de Tecnología Biomédica: dos acciones derivadas de la referenciación con el hospital de San Ignacio.</p> <p>Educación Médica, implemento tres acciones derivadas de la referenciación.</p> <p>Referenciación interna del programa de Donación al Banco de Sangre, una acción implementada.</p> <p>Referenciación interna del Programa de Biovigilancia al programa de seguridad del paciente, se implementó una acción.</p> <p>Referenciación interna de farmacia al banco de sangre, un acción que se está implementando.</p>

5.4.3.2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS REFERENCIACIONES COMPARATIVAS INTERNAS

AÑOS	3687- NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS INTERNAS REALIZADAS EN EL HUS	3688- NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS INTERNAS PROGRAMADAS EN EL HUS	RESULTAADO DEL INDICADOR	OBSERVACION
2017	8	12	66,7%	

2018	4	4	100%	En el año 2018 se programaron cuatro referenciaci3nes internas, las cuales fueron realizadas. Programa de trasplantes con banco de sangre. Tema: promoci3n de la Donaci3n. Programa de Biovigilancia con Programa de seguridad del paciente. Fisioterapia con Laboratorio cl3nico. Tema Reporte de resultados cr3ticos. Farmacia con Banco de Sangre. Tema implementaci3n entrenamiento en puesto de trabajo
2019	1	1	100%	Para el a3o 2019, dentro del cronograma de referenciaci3nes se tienen contemplada una del servicio de Laboratorio Cl3nico al servicio de Farmacia: Implementaci3n y seguimiento a MIPRES. La cual se realiz3. Continúa abierta el cronograma de referenciaci3nes internas para recibir solicitudes.

5.4.3.3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS REFERENCIACIONES **EXTERNAS** COMPARATIVAS PROGRAMADAS

AÑOS	NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS EXTERNAS REALIZADAS EN EL HUS	NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS EXTERNAS PROGRAMADAS EN EL HUS	RESULTADO DEL INDICADOR
2016	14	22	63,6%
2017	26	38	68,4%
2018	13	27	48,1
JULIO 2019	8	26	30,8

7.5 PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP

GESTI3N DEL PROCESO

OBJETIVO:

Verificar la formulaci3n de las acciones de mejoramiento establecidas en el PUMP 2019, cuyas fuentes pueden ser entre otras, Autocontrol, Auditorías Internas de Calidad (Habilitaci3n, Acreditaci3n, Gest3n de Calidad, Gest3n Ambiental, Gest3n en Salud y Seguridad en el Trabajo, Gest3n del Riesgo, Seguridad del Paciente) Auditorias de Control Interno, Auditorias de Entes Externos, Revisi3n Gerencial y PQRS.



ALCANCE:

Desde la concertación con el líder del proceso para la formulación del PUMP, hasta la evaluación del grado de cumplimiento con las evidencias que soporten dichas acciones.

METODOLOGÍA:

Revisar con el líder del proceso la formulación del PUMP de la vigencia 2019 y cumplir con lo descrito en el Procedimiento Formulación, Seguimiento y Cierre del Plan Único de Mejora por Proceso – PUM Código: 02GC03 – V4.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

Los resultados de la formulación y publicación de los PUMP para la vigencia 2019 a la fecha del 25 de octubre son los siguientes: 218 Hallazgos, 231 Acciones de Mejora y 509 Actividades Específicas.

FUENTE	Número	Porcentaje
AUTOCONTROL	22	10,09%
AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	42	19,27%
AUDITORÍA INTERNA HSEQ	8	3,67%
AUDITORÍA CONTROL INTERNO	42	19,27%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	15	6,88%
GESTIÓN DEL RIESGO	20	9,17%
AUDITORÍA EXTERNA EPS	8	3,67%
AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	10	4,59%
AUDITORÍA EXTERNA SS CUNDINAMARCA	2	0,92%
AUDITORÍA EXTERNA CONTRALORÍA	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	7	3,21%
AUDITORÍA EXTERNA INVIMA	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA SUPERSALUD	0	0,00%
AUDITORÍA INTERNA ISO 14001	19	8,72%
REFERENCIACION	0	0,00%
INDICADORES DE GESTIÓN	1	0,46%
REVISIÓN GERENCIAL	1	0,46%
SERVICIO NO CONFORME	1	0,46%
PQRS	13	5,96%
OTRAS	7	3,21%
TOTAL	218	

Cuadro 1



051



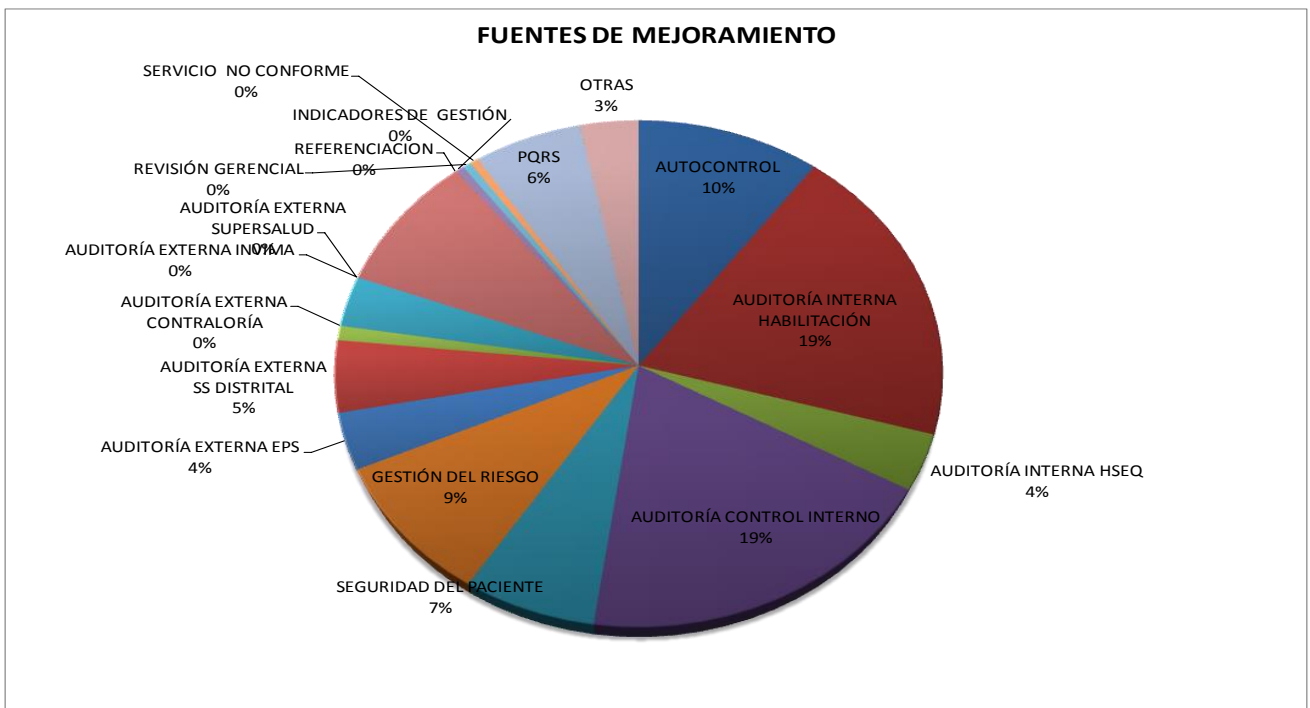
SC5520-1



Para el III Trimestre del 2019, la fuente de mejoramiento más utilizada por los líderes de procesos es la de auditoría Interna Habilitación con un porcentaje del 19,27%, seguida por el Auditoría de Control Interno con el mismo porcentaje 19.27%.

Fuente de Habilitación distribuida en los siguientes procesos.

- Atención al Paciente Ambulatorio. 1
- Atención al Paciente Hospitalizado. 5
- Atención al Paciente de Urgencias. 1
- Atención al Paciente Quirúrgico . 3
- Apoyo Diagnóstico. 9
- Banco de Sangre. 1
- Imágenes Diagnósticas. 1
- Referencia y Cotrarreferencia . 1
- Atención Farmacéutica. 2
- Desarrollo de servicios. 1
- Gestión del Talento Humano. 2
- Hotelería . 2



RESULTADO SEGUIMIENTO POR PROCESO			
PROCESO	HALLAZGOS	ACCIONES	ACTIVIDADES



			ESPECIFICAS
Atención al Paciente Ambulatorio	5	6	18
Atención al Paciente Hospitalizado	14	14	39
Atención al Paciente de Urgencias	6	6	20
Atención al Paciente de Quirúrgico	6	6	13
Apoyo Diagnostico	12	12	27
Banco de Sangre	5	5	17
Imágenes Diagnosticas	7	7	25
Referencia y Contrareferencia de Pacientes	2	4	7
Atención Farmacéutica	13	24	33
Atención al Usuario y su Familia	10	9	32
Gestión de Bienes y Servicios	12	14	23
Gestión Financiera	6	7	15
Investigación	1	1	4
Docencia	6	6	18
Gestión de la Calidad	29	35	42
Direccionamiento Estratégico	11	12	18
Desarrollo de Servicios	2	2	2
Gestión del Talento Humano	6	6	13
Hotelería Hospitalaria	7	7	21
Gestión de la Tecnología Biomédica	3	3	13
Gestión de la Infraestructura	11	14	27
Esterilización	3	3	6
Gestión Jurídica	7	7	14
Gestión de la Información	8	8	14
Facturación y Recaudo	11	11	29
TOTAL	218	231	509

Cuadro 2

A la fecha se cuenta con 218 hallazgos de los cuales se formularon en total 231 acciones de mejora y 509 actividades específicas. El tipo de acción más utilizada por los líderes de procesos es la acción correctiva (AC) identificada 167 veces en los PUMP lo que equivale a un 80%, seguida de la Oportunidad de Mejora (OP) identificada 40 veces con un 19%.



051



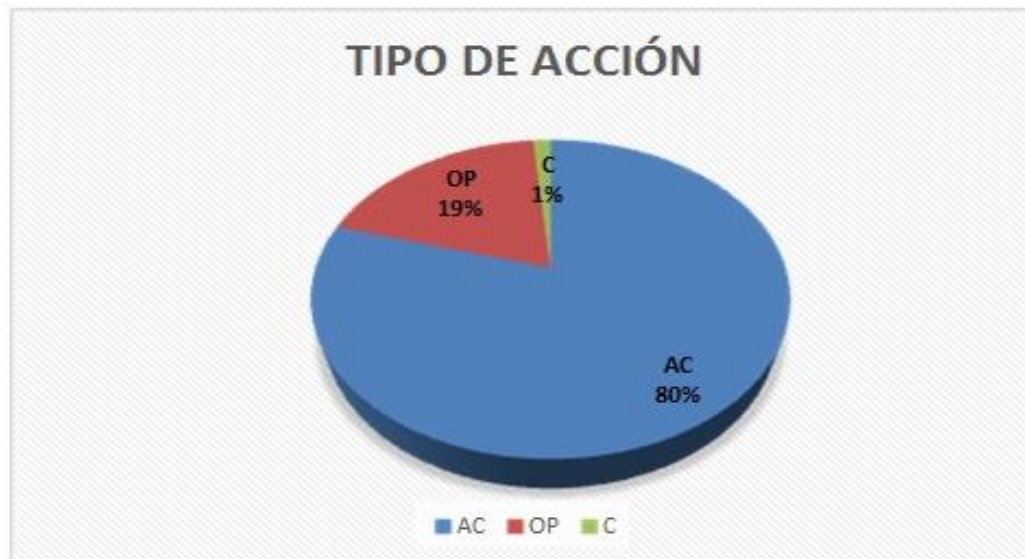
SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



TIPO DE ACCIÓN	Número	Porcentaje
AC	167	79,5%
OP	40	19,0%
C	3	1,4%



El atributo de calidad más vulnerado es el de seguridad identificado 88 veces por los líderes de proceso lo que equivale a un 41%.

ATRIBUTO DE CALIDAD	Número	Porcentaje
PERTINENCIA	13	6,0%
ACCESIBILIDAD	4	1,9%
CONTINUIDAD	7	3,3%
OPORTUNIDAD	21	9,8%
SEGURIDAD	88	40,9%
COORDINACIÓN	22	10,2%
EFICIENCIA	19	8,8%
ACEPTABILIDAD	10	4,7%
COMPETENCIA	15	7,0%
EFFECTIVIDAD	16	7,4%
TOTAL	215	

Adicionalmente para el tercer trimestre se realizó la Asesoría y acompañamiento al proceso de Autoevaluación de estándares de Acreditación bajo la Resolución 5095 del 2018, en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

Asesoría y acompañamiento a la líder del proceso de Atención al Paciente Ambulatorio en la actualización de Protocolos de Urología.

Asesoría y acompañamiento a la líder del proceso de Atención al Paciente Ambulatorio en la actualización de Protocolos de Otorrino- ORL.

Asesoría y acompañamiento a la líder del proceso de Atención al Paciente Ambulatorio en la actualización de Protocolos de Cirugía General.

Asesoría y acompañamiento a la líder del proceso de Atención al Paciente Ambulatorio en la actualización de Protocolos de Oftalmología.

Actualización de la Caracterización del proceso Atención al Paciente Ambulatorio.

Revisión y consolidación de los nuevos hallazgos incluidos en los PUMP de los diferentes procesos del HUS.

Asesoría y acompañamiento al Director Científico y Administrativo frente a la formulación del PUMP de Direccionamiento los cuales dan respuesta a dos auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno.

Seguimiento a la ejecución de los avances del PAMEC de PACAS – Ambulatorio, Direccionamiento y Gerencia.

Auditoría Interna al proceso de Atención al Paciente de Urgencias en el Procedimiento Sistema de Cadena de Custodia para la Evidencia. Código 02PU09.



7.6 PROGRAMA HUMANIZACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO



7.7 GESTIÓN DEL RIESGO

GESTIÓN DEL PROCESO

a. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El programa de Gestión y Administración del Riesgo se desarrolla a través de un cronograma de cumplimiento con seguimiento trimestral, elaborado por líneas estratégicas que se encuentran articuladas con los objetivos del programa y por ende al cumplimiento de la política.

Indicador : 2122 Porcentaje de cumplimiento del cronograma del programa de gestión del riesgo															
Formula														Meta	
(Número total de actividades realizadas del cronograma de gestión del riesgo / Número total de actividades planeadas en el cronograma de gestión del riesgo) * 100														90%	
Datos															
% de cumplimiento	2016				2017				2018				2019		
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III
Trimestral	100 %	100 %	75 %	88 %	100 %	100 %	88 %	92 %	No aplica	No aplica	88 %	50 %	No aplica	90 %	72 %
Semestral	100%		79%		100,0%		89,5%		No aplica			71,4%		90%	
Anual	91,8%				91,0%				71,4%						

Para este trimestre se obtuvo un cumplimiento del 72% lo cual no cumple la meta del 90% debido que no se completó con las actividades de identificación, análisis y valoración del riesgos en la Unidad Funcional de Zipaquirá; en la cual se inició con la divulgación de la política de administración del riesgo y se identificaron con los líderes de proceso de Bogotá los riesgos operativos que le aplican tanto al HUS como a la UFZ, quedando pendiente completar la identificación de riesgos propias de la UFZ.

Comparado con los años anteriores la tendencia se mantiene con un decrecimiento en el porcentaje cumplimiento para el tercer trimestre, dejando un cronograma ajustados para el último trimestre en el cumplimiento de las actividades atrasadas.

Se elaboró el siguiente poster para iniciar con la divulgación masiva de la política de Administración del Riesgo iniciando en el mes de septiembre con la UFZ



i. Gestionar y administrar el riesgo en cada uno de los procesos y unidades funcionales de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana (HUS)

Para el 2019 se han generado 21 Acciones de Mejora con fuente Gestión del Riesgo y están distribuidos como lo muestra la tabla 2. Oportunidades de mejora fuentes gestión del riesgo.

Tabla 4. Oportunidades de mejora fuente gestión del riesgo.

Proceso	N° Oportunidades de mejora	% de avance primer semestre
Hotelería Hospitalaria	1	No aplica*
Imágenes Diagnosticas,	2	33%
Gestión Financiera	2	50%

Facturación y Recaudo	6	50%
Atención al Paciente Ambulatorio	1	50%
Atención al Paciente Quirúrgico	1	20%
Apoyo Diagnóstico	3	No aplica*
Atención Farmacéutica	4	No aplica*
Docencia e Investigación	1	No aplica*
TOTAL	21	

Fuente: PUMP de los procesos - I seguimiento 2019

Los procesos que en la columna de “% de avance primer semestre” registra *no aplica se debe se ingresaron las acciones de mejora después de realizar el primer seguimiento al PUMP, el cual fue a corte de primer semestre de 2019; los seguimientos al PUMP se realizan semestralmente.

Con respecto al año 2018 se incrementó el número de oportunidades de mejora generadas con fuente Gestión del riesgo, debido a la actualización de las matrices de riesgos y el análisis de los controles.

- ii. Gestionar los riesgos de forma integral (Emergencias y Desastres, Seguridad y Salud en el Trabajo, Jurídicos, Ambientales, Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo- SARLAFT, Seguridad del Paciente, entre otros) a uno institucional que dé respuesta a las necesidades del Hospital.

Para el tercer trimestre se continuó con la articulación de los sistemas de riesgos con los siguientes avances por sistemas de riesgos:

Sistema de riesgo	Descripción del avance
Seguridad y Privacidad de la Información	Se establece la metodología de descripción de análisis de riesgos y evaluación de riesgos según la norma de seguridad digital y el inventario de activos de información levantado en la institución.
Seguridad y Salud en el Trabajo	Se actualiza la tabla de evaluación del riesgo y la tipología del riesgo según la GTC 45.
Emergencias y desastres	Se define la tipología de riesgos según el Índice de seguridad hospitalaria OPS y se inicia la inclusión de los riesgos funcionales en la matriz de riesgos para la articulación en la calificación. Desde el Equipo Primario de Emergencias se trabaja en la articulación de los riesgos, con la participación del Salud y seguridad en el trabajo, emergencias, y Seguridad.
SARLAFT	Se incluye los riesgos relacionados con SARLAFT en la matriz de riesgos del proceso de gestión de la calidad.
Ambiental	Se define la tipología del sistema y la articulación en la calificación de los riesgos con la

	matriz de aspectos e impactos ambientales.
--	--

iii. Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud (GIRS)

Se trabajó con el jefe Julián Caballero el algoritmo de la ruta de atención materna y los indicadores de Ginecología, la cual fue aprobada por el Doctor Carlos Julio García, con el cual se acordó trabajar en la implementación de las actividades de Promoción y Prevención. Se tiene planeado continuar con la ruta de neonatos y crónico (hipertensión y diabetes).

Se trabajó con el ingeniero de sistemas Luis Olaya, las alternativas para la inclusión de los riesgos individuales realizando pruebas en la plataforma de historia clínica; para el cuarto semestre se tiene planeado identificar los principales riesgos de acuerdo con el perfil epidemiológico.

2. ACOMPAÑAMIENTO

Se realiza acompañamiento a los siguientes procesos en cuanto a revisión técnica de documentación, seguimiento a oportunidades de mejora registradas en el PAMEC y PUMP.

PROCESO	Documentación revisada
Gestión de bienes y servicios	2
Hotelería Hospitalaria	10
Gestión de tecnología biomédica	1
Gestión de la infraestructura	0
Imágenes diagnóstica	6

3. ACOMPAÑAMIENTO GRUPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Mensualmente se realiza acompañamiento a las reuniones de los grupos de autoevaluación, donde se realiza seguimiento a las actividades planeadas en el PAMEC y se generan estrategias para su cumplimiento.

ESTÁNDAR	Seguimiento a Oportunidades de mejora
Ambiente físico	6
Gestión de la Tecnología	10

7.8 GESTIÓN DE PROYECTOS

GESTIÓN DEL PROCESO

Con el fin de mostrar el avance alcanzado con corte al 31 de Septiembre del año en curso, se relacionan las actividades realizadas con el fin de dar cumplimiento a las metas de producto y en consecuencia de la meta de resultado documentadas en el Plan indicativo de la institución, en este se observan los avances obtenidos en la gestión de proyectos de inversión.

1. META DE PRODUCTO; Diseño e implementación el Programa de Gestión de Proyectos (Definición de metodología para la formulación, evaluación y ejecución de proyectos) de acuerdo a las directrices del Departamento Nacional de Planeación:

Con el fin de dar cumplimiento a esta meta, durante las vigencias 2017 y 2018 se trabajó en la proyección de un programa enfocado a la correcta gestión de los proyectos, esto se realizó en base a las metodologías de gestión de proyectos planteadas tanto por el sector público, como la de mayor aplicación en el sector privado, metodología MGA y metodología del PMP PmBOK respectivamente, lo anterior con el objetivo de incluir los tópicos más relevantes de estas metodologías y así lograr una gestión de proyectos más eficiente, ampliando el abanico posibilidades para la consecución de recursos mediante la aplicación en ambos sectores.

Se implementó el programa con código de documento 01DE10-V, el cual está apoyado en cinco procedimientos como sigue:

- PROCEDIMIENTO-02DE20-V2-IDENTIFICACION Y ALINEACION ESTRATEGICA DE INICIATIVAS
- PROCEDIMIENTO INICIO DE GESTIÓN DE PROYECTOS-02DE23-V1
- PROCEDIMIENTO IDENTIFICACION DEL ALCANCE DEL PROYECTO 02DE24-V1
- PROCEDIMIENTO ELBORACION DEL CRONOGRAMA DEL PROYECTO 02DE26-V1
- PROCEDIMIENTO ESTIMACION DE LOS COSTOS DEL PROYECTO 02DE25-V1

2. Documentar y radicar los Proyectos presentados en plan bienal para la modernización de infraestructura y dotación:

Durante el transcurso de las vigencias se han realizado diferentes actividades encaminadas al cumplimiento de esta meta de resultado, con ella se busca dar inicio al proceso de identificación y documentación de las necesidades que dan lugar a iniciativas de proyectos para la institución, en la actualidad sean identificado y registrado 13 iniciativas



de proyecto en el aplicativo del Ministerio de Salud y Protección Social PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD, para efectos de este informe los presentamos agrupados de la siguiente manera.

GRUPO	PROYECTO
PROYECTOS DE EQUIPAMIENTO FIJO	1. Implementación de acciones por diagnóstico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá
	2. Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana
	3. Implementación de una planta de tratamiento de aguas residuales PTAR en el hospital universitario de la samaritana Cundinamarca
PROYECTOS DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	4. 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
	5. Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá
	6. Dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca
	7. Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de dotación y equipo médico por renovación de tecnología para el hospital universitario de la samaritana Bogotá
PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA	8. Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial
	9. Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS
	10. Remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la Samaritana
	11. Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca
	12. Remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua
	13. Implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca

Tabla 5-proyectos inscritos en Plan Bienal de Inversiones en Salud agrupados por tipología

Los valores de los proyectos documentados en el plan bienal de inversiones en salud son valores estimados que pueden diferir del valor proyectado durante la documentación en la metodología general ajustada MGA			
	CANTIDAD	PORCENTAJE	VALOR (REDONDEADO)
total de Proyectos	13	100%	\$ 39.332.000.000
proyectos de equipamiento fijo	3	23%	\$ 2.843.000.000
proyectos de tecnología biomédica	4	31%	\$ 26.762.000.000
Proyectos de infraestructura	6	46%	\$ 9.727.000.000

Tabla 6-Peso porcentual por grupo de proyectos según tipología en base a los registrados en Plan Bienal



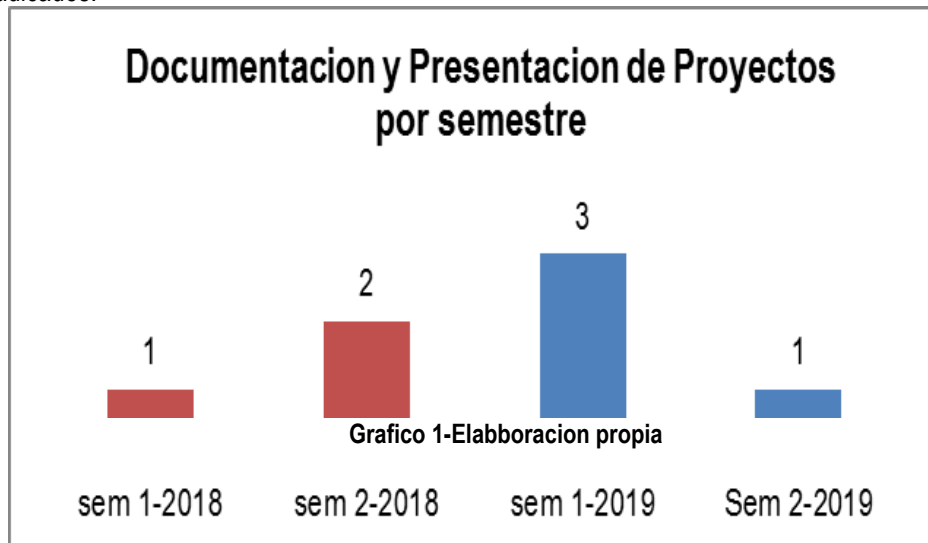
De estos 13 proyectos inscritos, en la actualidad se han radicado 7 ante el ente departamental, lo anterior con el fin de obtener la viabilidad técnica necesaria, para dar inicio a cada uno de ellos, a continuación se relacionan de acuerdo al momento en el que fueron inscritos en el aplicativo del Ministerio de Salud, una inscripción inicial para el periodo 2018-2019 y tres ajustes que se abrieron en instantes diferentes y consecutivos, con el fin de modificar proyectos existentes o inscribir nuevos.

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR EN PLAN BIENAL	FECHA DE RADICACIÓN
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 PLAN BIENAL DE INVERSIONES		
Implementación de acciones por diagnóstico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 1.200.000.000	31/10/18 primer radicado 19/09/2019 radicado de correcciones
dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 2.912.830.000	23/07/18 primer radicado 13/09/2019 radicado de correcciones
remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana	\$ 1.500.000.000	14/05/2019 primer radicado del proyecto devuelto por temas de diseño y presupuestal
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 AJUSTE 1 PLAN BIENAL DE INVERSIONES		
remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 1.187.253.000	10/04/18 radicación del proyecto 25/06/18 radicación de correcciones
Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ESE Hospital Universitario de la Samaritana	\$ 900.000.000	03/04/2019 radicación del Proyecto
dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca	\$ 11.272.110.000	Este proyecto fue proyectado y presentado ante el ministerio de salud por la gobernación de Cundinamarca, toda vez que no se había firmado ningún convenio de operación, por lo tanto las fechas de radicación y aprobación son de manejo del ente territorial; según lo expresa la oficina de desarrollo de servicios este proyecto se radico en el primer semestre de la presente vigencia. La iniciativa de proyecto se encuentra en el plan bienal de inversiones del HUS, dado que nosotros operamos la unidad funcional del municipio de Zipaquirá.
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 AJUSTE 3 PLAN BIENAL DE INVERSIONES		

implementación de una planta de tratamiento de aguas residuales PTAR en el hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 743.105.000	14/05/19 se radico por primera vez el proyecto
---	----------------	--

Tabla 7-Proyectos radicados ante el ente territorial

Si comparamos la presente vigencia con la anterior, podemos evidenciar una mejora en la gestión, dado que se pasó de radicar 3 proyectos ante el ente territorial, a presentar 4, lo que representa un **33%** más de proyectos documentados y radicados.



Ahora, tomando como base que se tiene proyectado documentar y radicar 13 proyectos de inversión, de los cuales a la fecha se han presentado 7 gracias a la gestión realizada, obtenemos como resultado un **avance total del 54% en esta meta de producto.**



Grafico 2 – Elaboración propia

El 46% restante está representado por las siguientes iniciativas, también relacionadas en el plan Bienal de inversiones en salud.

NOMBRE DEL PROYECTO	OBSERVACIONES
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 PLAN BIENAL DE INVERSIONES	
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	MGA en proceso de construcción en acompañamiento con el Doctor Marco Ariza
reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	Pendiente la contratación de estudios de diseño y requerimientos por parte del área de infraestructura
modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS	Pendiente la contratación de estudios de diseño y requerimientos por parte del área de infraestructura
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 AJUSTE 2 PLAN BIENAL DE INVERSIONES	
remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	El municipio de Cogua no ha iniciado con los diseños necesarios para la presentación del proyecto
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 AJUSTE 3 PLAN BIENAL DE INVERSIONES	
Implementación de un sistema de protección contra incendios según	Pendiente estudios de diseño y requerimientos por parte

la normatividad vigente para las estructuras del Hospital Universitario de la Samaritana Cundinamarca	del área de emergencias y desastres
adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de dotación y equipo médico por renovación de tecnología para el hospital universitario de la samaritana bogota	este proyecto no requiere ser radicado ante el ente territorial toda vez que los equipos no son de control especial y sumado a esto son de renovación de tecnología (Resolución 2053 del 2019)

Tabla 8-Proyectos pendientes de radicación

3. Lograr una ejecución promedio del 80% en los proyectos radicados y aprobados para la modernización de infraestructura y dotación:

En relación a esta meta de producto, a continuación se documentan los avances obtenidos y que tienen como objetivo dar inicio con la ejecución de proyectos reportados en el aplicativo del Ministerio de Salud, 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 emitido por el Departamento de Cundinamarca, por medio de su dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaria de Salud.

NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR EN PLAN BIENAL	FECHA DE EN LA QUE SE EMITIÓ CONCEPTO TÉCNICO (DONDE SE CONSIDERA PERTINENTE SU EJECUCIÓN)
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 PLAN BIENAL DE INVERSIONES		
Implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 1.200.000.000	18/10/2019 emisión de concepto por parte del ente departamental, etapa precontractual iniciada por el área de infraestructura
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 AJUSTE 1 PLAN BIENAL DE INVERSIONES		
remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 1.187.253.000	28/06/19 emisión concepto técnico ente territorial 19/07/18 emisión de concepto técnico ministerio de salud, etapa precontractual terminada se espera adjudicar a inicios de Diciembre

Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ESE Hospital Universitario de la Samaritana	\$ 900.000.000	14/05/2019 emisión concepto técnico ente territorial, , etapa precontractual terminada se espera adjudicar a inicios de Diciembre
dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca	\$ 11.272.110.000	Este proyecto fue proyectado y presentado ante el ministerio de salud por la gobernación de Cundinamarca, toda vez que no se había firmado ningún convenio de operación, por lo tanto las fechas de radicación y aprobación son de manejo del ente territorial; según lo expresa la oficina de desarrollo de servicios este proyecto se Viabilizo en el primer semestre de la presente vigencia. La iniciativa de proyecto se encuentra en el plan bienal de inversiones del HUS, dado que nosotros operamos la unidad funcional del municipio de Zipaquirá

Tabla 9-Proyectos que cuentan con concepto técnico de viabilidad

De igual forma que en la meta de producto anterior, comparando la presente vigencia con la inmediatamente anterior, podemos observar una mejora en la gestión, dado que en el periodo anterior fue viabilizado 1 proyecto de los 7 radicados ante el ente territorial, por el contrario durante el transcurso de esta anualidad se han viabilizado 3 de estos, lo que representa un **aumento en el 75% más** de viabilidades obtenidas para los proyectos de inversión radicados.

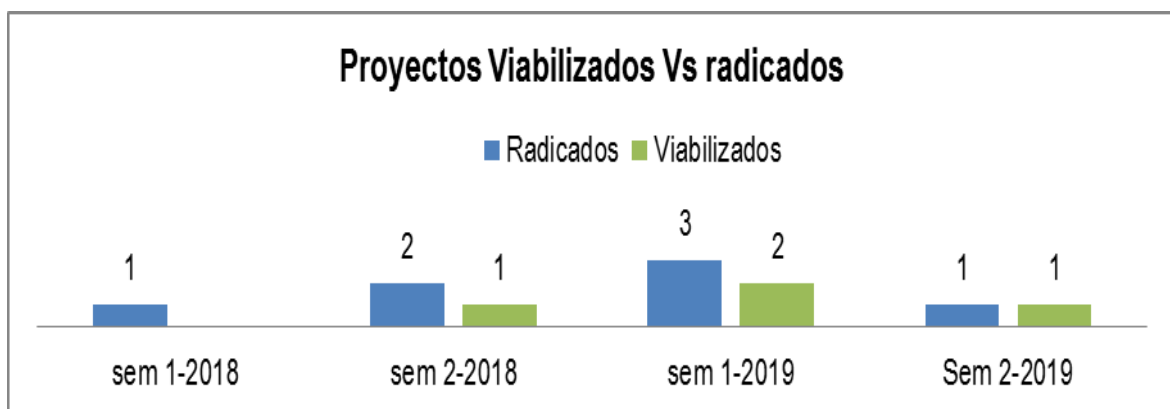


Grafico 3-elaboracion propia

Realizando el mismo ejercicio planteado con el indicador de la meta de producto anterior, podemos realizar la apreciación que se encuentran avalados el 57% de los proyectos que fueron radicados ante la gobernación de Cundinamarca, esto tomando como denominador los 7 proyectos nombrados anteriormente y como numerador los que cuentan viabilidad técnica.

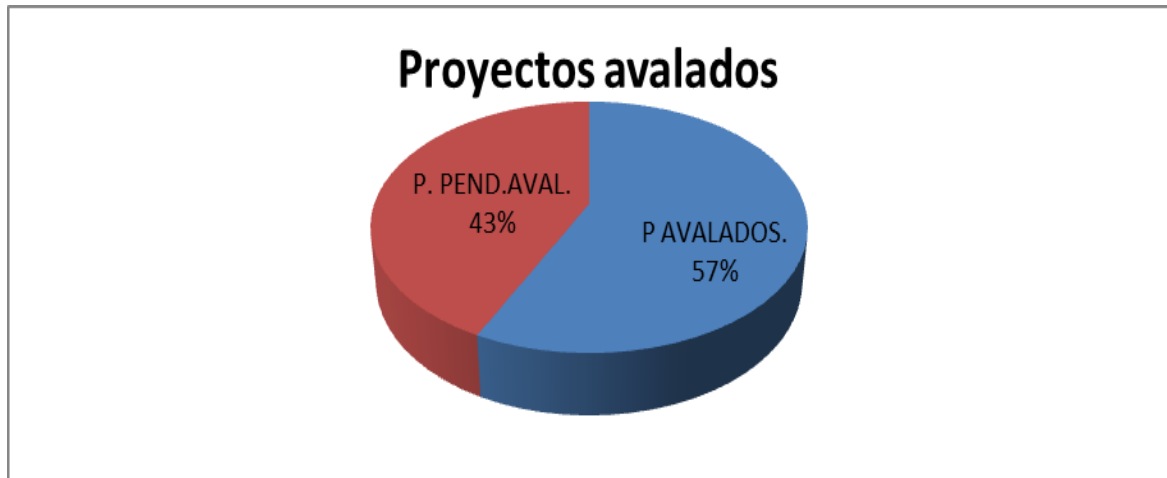


Grafico 4-Elaboracion propia

El restante 43% está representado por los siguientes proyectos.

NOMBRE DEL PROYECTO	OBSERVACIONES
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 PLAN BIENAL DE INVERSIONES	
dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	Actualmente se encuentra en revisión de la oficina de desarrollo de servicios del departamento
remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana	se ha realizado reuniones semanales con los ingenieros del municipio y el arquitecto de la gobernación, con el objetivo de ajustar la documentación de la forma más precisa, de acuerdo a las directrices del ente departamental
INICIATIVAS DE PROYECTO 2018-2019 AJUSTE 3 PLAN BIENAL DE INVERSIONES	
implementación de una planta de tratamiento de aguas residuales PTAR en el hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	El Proyecto se encuentra en corrección de observaciones realizadas por la gobernación de Cundinamarca desde el 21 de agosto del año en curso.

Tabla 10-Proyectos pendientes de viabilidad

A continuación se presentan los mismos indicadores explicados en los anteriores puntos, pero tomando como base la totalidad de proyectos inscritos en el plan bienal de inversiones de salud, esto con el fin de evidenciar el avance sobre la totalidad de iniciativas.

LOS VALORES DE LOS PROYECTOS DOCUMENTADOS EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD SON VALORES ESTIMADOS QUE PUEDEN DIFERIR DEL VALOR PROYECTADO DURANTE LA DOCUMENTACIÓN EN LA METODOLOGÍA GENERAL AJUSTADA MGA			
	CANTIDAD	PORCENTAJE	VALOR (REDONDEADO)
total de Proyectos	13	100%	\$39.332.000.000
Proyectos en revisión	3	23%	\$6.357.000.000
proyectos viabilizados	4	31%	\$13.359.000.000
Proyectos en documentación	6	46%	\$19.616.000.000

Tabla 11-peso porcentual del estado de los proyectos, calculado en base al número total de los registrados en el plan Bienal

Adicional a lo anterior, se resalta, que para uno de estos proyectos presentados, se obtuvo una financiación del 100% de los recursos necesarios para su implementación, tanto por la gobernación de Cundinamarca, como por el ministerio de salud, como consecuencia de esto, a nivel gerencial se tomó la decisión de aceptar los recursos de la nación.

Este incentivo es importante para la institución, ya que permite reorganizar las prioridades en la gestión de los proyectos inscritos en el Plan Bienal de Inversiones en Salud, permitiendo así utilizar los recursos que estaban destinados para la ejecución de este.

LOS VALORES DE LOS PROYECTOS DOCUMENTADOS EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD SON VALORES ESTIMADOS QUE PUEDEN DIFERIR DEL VALOR PROYECTADO DURANTE LA DOCUMENTACIÓN EN LA METODOLOGÍA GENERAL AJUSTADA MGA			
	CANTIDAD	PORCENTAJE	VALOR (REDONDEADO)
total de Proyectos	13	100%	\$39.332.000.000
Proyectos financiados entes territoriales			
<i>remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca</i>	1	8%	\$1.172.000.000

Tabla 12-proyectos financiados por los entes territoriales y su peso porcentual en base al total de los inscritos en plan bienal

Tomando como base el ciclo de vida de los proyectos, se muestra el avance de cada uno de los registrados en el aplicativo del Ministerio de Salud, señalando su avance mediante la fase en la que se encuentran actualmente.

Identificación: esta etapa comprende la alineación del proyecto con los objetivos estratégicos de la institución, departamento y nación, la construcción de objetivos a partir de los problemas directos e indirectos identificados y por último la identificación de la población objetivo del proyecto.

Inicio: esta etapa comprende el planteamiento de las líneas base de alcance, costos y tiempo del proyecto, así como los diseños que haya a lugar para la ejecución.

Ejecución: esta etapa comprende desde la etapa precontractual para la consecución de proveedores, obra civil en su totalidad (en el caso de proyectos de infraestructura) o recepción de equipos (proyectos de adquisición de tecnología).

Monitoreo y control: seguimiento y ajustes al cumplimiento de las líneas base planteadas durante la ejecución de la obra civil (en el caso de proyectos de infraestructura) o recepción de equipos (proyectos de adquisición de tecnología).

Cierre. Comprende la entrega del proyecto ya ejecutado en su totalidad

NOMBRE DEL PROYECTO	IDENTIFICACIÓN	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	MONITOREO Y CONTROL	CIERRE
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					
Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial					
Implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá					
Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica 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	
implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	
Implementación de una planta de tratamiento de aguas residuales PTAR en el hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	
Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de dotación y equipo médico por renovación de tecnología para el hospital universitario de la samaritana Bogotá	
UNIDAD FUNCIONAL Y CENTROS DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	
Remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la	

samaritana	
Dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca	
Remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	

Tabla 13-avance de los proyectos de acuerdo su ciclo de vida

UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA, CENTRO DE SALUD DE COGUA Y PUESTO DE SALUD SAN CAYETANO

1. SISTEMA UNICO DE HABILITACION.

Para el tercer trimestre del año en curso se realizaron las siguientes actividades del sistema único de habilitación.

- Se realiza recorrido por el servicio de urgencias donde se evidencian incumplimientos de habilitación en infraestructura, mantenimiento y dotación se realiza informe.
- Se realiza recorrido a la zona de gastroenterología del Hospital regional de Zipaquirá para verificación la prestación del servicio de acuerdo a la normatividad de habilitación
- Se realiza recorrido por el servicio Hospitalización 2 y 3er piso donde se evidencias hallazgos de incumplimiento de habilitación.
- Se está realizando la autoevaluación del servicio de consulta prioritaria pendiente unas pequeños arreglos de infraestructura.

En el seguimiento al proceso de habilitación de la Unidad Funcional Zipaquirá, Puesto de Salud san Cayetano y Centro de salud de Cogua donde se evidencio en el avance lo siguiente:



HABILITACION UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA

Para el año 2019 en la Unidad funcional Zipaquirá se plantearon 63 actividades en los planes de mejoramiento por proceso, pertenecientes a 11 procesos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional Zipaquirá, los cuales son:

1. Atención al Paciente Ambulatorio
2. Apoyo Diagnostico
3. Atención Farmacéutica
4. Atención al Paciente de Urgencias
5. Esterilización
6. Gestión de la Calidad (Ambiental)
7. Gestión de la Infraestructura
8. Gestión de la Tecnología Biomédica
9. Gestión de la Información
10. Atención al Usuario y su Familia
11. Hotelería Hospitalaria

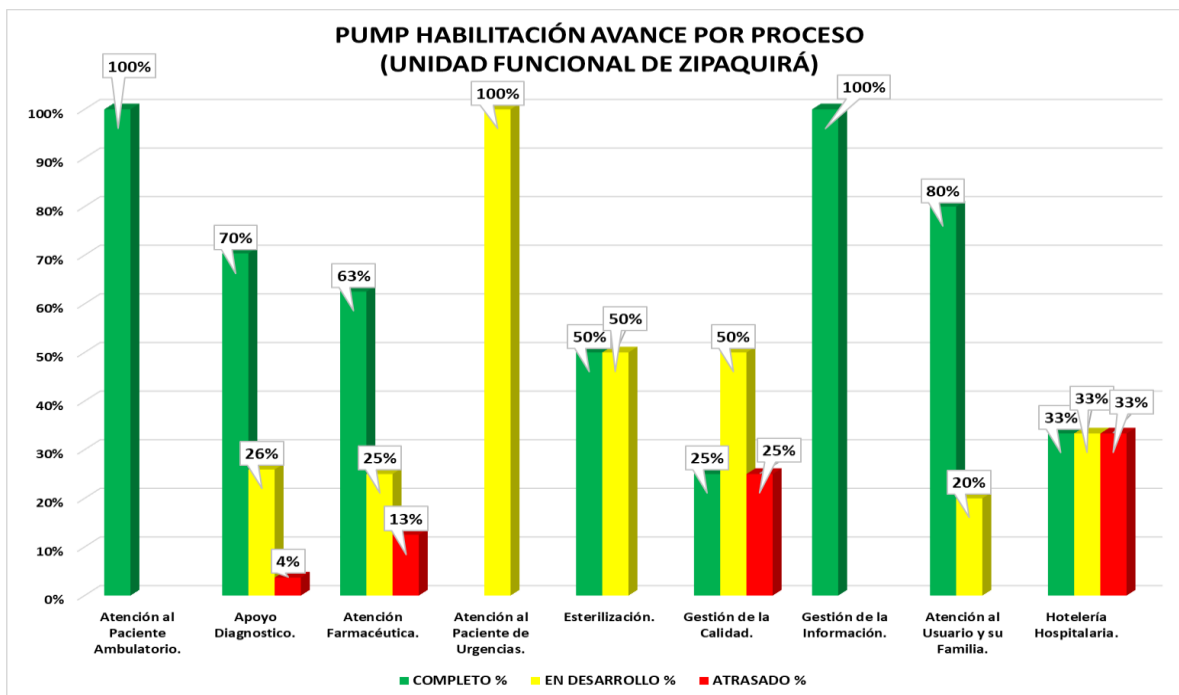
De acuerdo con la establecido en el cronograma de seguimiento al proceso, para el Tercer trimestre del año en curso se realiza un seguimiento, la misma se llevó a cabo el día 30 de Septiembre del presente año. Según el indicador: Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación. Se presenta el resultado para el III trimestre de 2019 el resultado de avance es de **67%**.

Resultado de seguimiento III trimestre

GRUPO DE PROCESOS	TOTAL ACTIVIDADES	CONSOLIDADO HABILITACIÓN								% TOTAL
		COMPLETO		EN DESARROLLO		NO INICIADO		ATRASADO		
		#	%	#	%	#	%	#	%	
Atención al Paciente Ambulatorio.	5	5	100%	0		0	0%	0		100%
Apoyo Diagnostico.	27	19	70%	7	26%	0	0%	1	4%	70%
Atención Farmacéutica.	8	5	63%	2	25%	0	0%	1	13%	63%
Atención al Paciente de Urgencias.	1	0		1	100%	0	0%	0		0%
Esterilización.	4	2	50%	2	50%	0	0%	0		50%
Gestión de la Calidad.	4	1	25%	2	50%	0	0%	1	25%	25%
Gestión de la Infraestructura.	28	11	39%	8	29%	1	4%	8	29%	39%
Gestión de la Tecnología Biomédica.	19	10	53%	3	16%	0	0%	6	32%	53%
Gestión de la Información.	1	1	100%	0		0	0%	0		100%
Atención al Usuario y su Familia.	10	8	80%	2	20%	0	0%	0		80%
Hotelería Hospitalaria.	3	1	33%	1	33%	0	0%	1	33%	33%
TOTAL	63	42	67%	17	27%	0	0%	4	6%	67%

(Cuadro # 1) de relación de actividades en ejecución UFZ

De acuerdo al Cuadro # 1 donde se evidencia el consolidado de las actividades, se Observa que a comparación con el trimestre pasado un aumento no muy significativo, pero al ver las actividades en desarrollo se evidencia que han aumentado las actividades en desarrollo y hay menos atrasadas y no iniciadas.



(Grafico 1) consolidado cumplimiento de procesos de habilitación para Unidad funcional de Zipaquirá.

En el Grafico # 1 se muestra el comportamiento por proceso donde se evidencia que hay algunas actividades atrasadas por el proceso de Hotelaría hospitalaria y mejoramiento de la calidad en cuanto a Señalización de algunos procesos por falta de recursos que se están gestionando con Samaritana Bogotá.

HABILITACIÓN PUESTO DE SALUD DE SAN CAYETANO

Para el año 2019 en el Puesto de salud de San Cayetano se plantearon 47 actividades en los planes de mejoramiento por proceso, pertenecientes a 11 procesos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana Puesto de salud San Cayetano, los cuales son:

1. Atención al Paciente Ambulatorio
2. Atención al Paciente de Urgencias
3. Gestión de la Calidad
4. Gestión de la Información
5. Gestión de la Infraestructura
6. Gestión de la Tecnología Biomédica
7. Atención Farmacéutica

8. Esterilización
9. Gestión de Bienes y Servicios
10. Hotelería Hospitalaria
11. Atención al Paciente y su Familia

De acuerdo con lo establecido en el cronograma de seguimiento al proceso de Habilitación para el tercer trimestre del año en curso se realiza un seguimiento, el día 25 de septiembre del presente año.

Para el tercer trimestre 2019 se ejecutaron 31 actividades pertenecientes a los planes de mejora por procesos derivados de la autoevaluación de Habilitación.

Según el indicador: Número de actividades ejecutadas de los planes de mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación, Se presenta el resultado para el III semestre de **66%**.

Resultado de seguimiento III trimestre

GRUPO DE PROCESOS	TOTAL ACTIVIDADES	CONSOLIDADO HABILITACIÓN PUESTO DE SALUD DE SAN CAYETANO								% CUMPLIMIENTO
		COMPLETO		EN DESARROLLO		NO INICIADO		ATRASADO		
		#	%	#	%	#	%	#	%	
Atención al Paciente Ambulatorio.	12	10	83%	1	8%	0	0	1	8%	83%
Atención al Paciente de Urgencias.	2	2	100%	0		0	0	0		100%
Gestión de la Calidad.	7	6	86%	0		0	0	1	14%	86%
Gestión de la Información.	3	3	100%	0		0	0	0		100%
Gestión de la Infraestructura.	19	7	37%	6	32%	0	0	6	32%	37%
Gestión de la Tecnología Biomédica.	4	3	75%	0		0	0	1	25%	75%
Atención Farmacéutica.	12	7	58%	0		0	0	5	42%	58%
Esterilización.	1	1	100%	0		0	0	0		100%
Gestión de Bienes y Servicios.	7	0		0		0	0	7	100%	0%
Hotelería Hospitalaria.	2	1	50%	0		0	0	1	50%	50%
Atención al Usuario y su Familia.	1	1	100%	0		0	0	0		100%
TOTAL	47	31	66%	1	2%	0	0%	15	32%	66%

(Cuadro # 2 de relación de actividades en ejecución Puesto de salud San Cayetano)



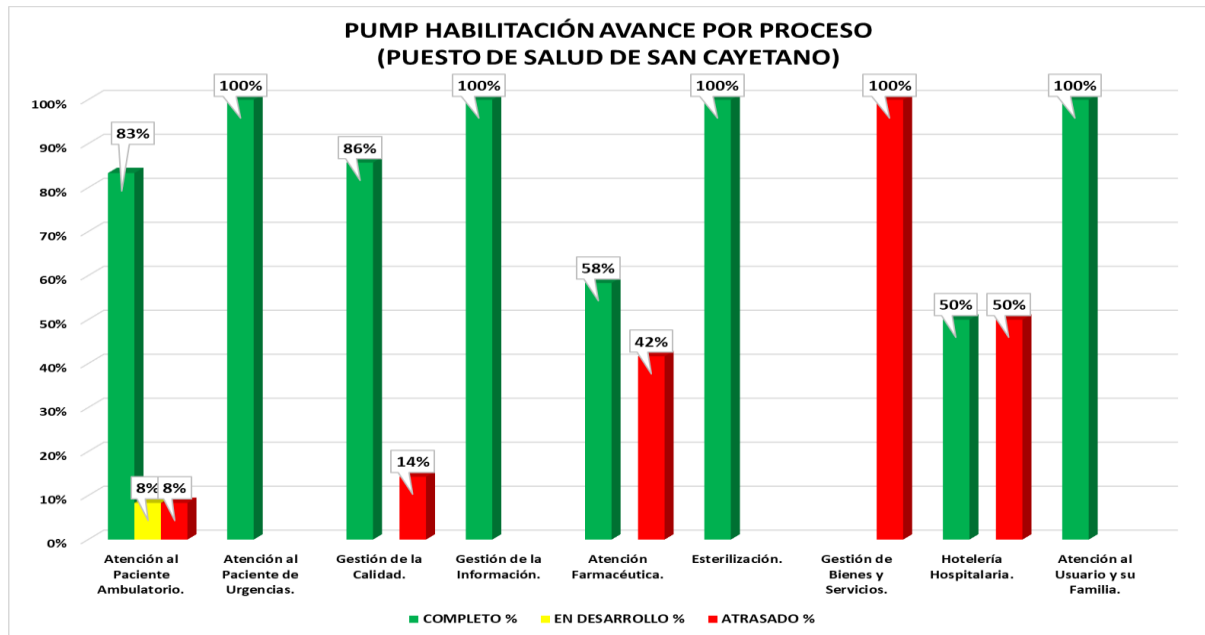
051



SC5520-1



De acuerdo al Cuadro # 2 donde se evidencia el consolidado de las actividades, se observa que la mayor parte atrasado es de Infraestructura, atención farmacéutica y bienes y servicios, esto ha sido demorado por haber el presupuesto para compra y adquisición de bienes.



(Grafico # 2) cumplimiento de procesos de habilitación para el Puesto de salud san Cayetano

En el Grafico # 2 se muestra el comportamiento por proceso donde se evidencia que hay algunas actividades atrasadas por el proceso de Hotelaría hospitalaria y mejoramiento de la calidad en cuanto a Señalización y al ser un proceso que por recursos depende de HUS Bogotá se encuentra demorado.

HABILITACIÓN CENTRO DE SALUD DE COGUA

Para el año 2019 en el Centro de Salud de Cogua se plantearon 24 actividades en los planes de mejoramiento por proceso, pertenecientes a 11 procesos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana Centro de Salud de Cogua, los cuales son:

1. Atención al Paciente Ambulatorio
2. Atención Farmacéutica
3. Gestión del Talento Humano
4. Gestión de la Infraestructura
5. Referencia y Contrareferencia de Pacientes
6. Esterilización
7. Gestión de la Calidad

8. Gestión de la Tecnología Biomédica
9. Gestión de Bienes y Servicios
10. Atención al Usuario y su Familia
11. Gestión de la Información

De acuerdo con el establecido en el cronograma de seguimiento al proceso de Habilitación para el tercer trimestre del año en curso se debería de realizar una auditoría, para verificar que se continúan con los procesos habilitados de los servicios certificados en el Anterior trimestre, la misma se llevó a cabo el día 24 de septiembre del presente año.

Para el tercer trimestre 2019 se han ejecutado 24 actividades pertenecientes a los planes de mejora por procesos derivados de la autoevaluación de Habilitación.

Según el indicador: Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación, Se presenta el resultado para el III semestre de 100%.

Aunque el centro de salud se certificó en habilitación se le realizó seguimiento a los procesos certificados para exista continuidad del cumplimiento.

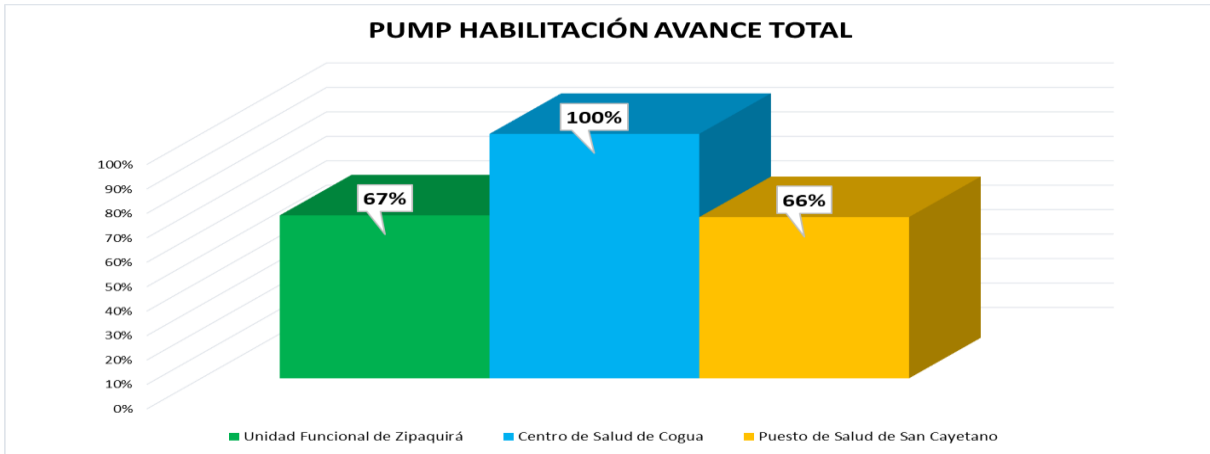
Resultado de seguimiento III trimestre

GRUPO DE PROCESOS	TOTAL ACTIVIDADES	CONSOLIDADO HABILITACIÓN CENTRO DE SALUD DE COGUA								% CUMPLIMIENTO
		COMPLETO		EN DESARROLLO		NO INICIADO		ATRASADO		
		#	%	#	%	#	%	#	%	
Atención al Paciente Ambulatorio.	8	8	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Atención Farmacéutica.	4	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Gestión del Talento Humano.	2	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Gestión de la Infraestructura.	19	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Referencia y Contrareferencia de Pacientes.	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Esterilización.	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Gestión de la Calidad.	2	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Gestión de la Tecnología Biomédica.	2	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Gestión de Bienes y Servicios.	3	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Atención al Usuario y su Familia.	2	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
Gestión de la Información.	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
TOTAL	24	24	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%

(Cuadro # 3) relación de actividades en ejecución Puesto de salud San Cayetano

En el Cuadro # 2 se muestra el cumplimiento a la fecha en habilitación de un 100% en todos los procesos.

CONSOLIDADO DE TODAS LAS SEDES



(Grafico # 3) consolidado resultado avance sedes

COMPARATIVO 2017, 2018 y 2019 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA CENTRO DE SALUD COGUA Y PUESTO DE SALUD SAN CAYETANO.

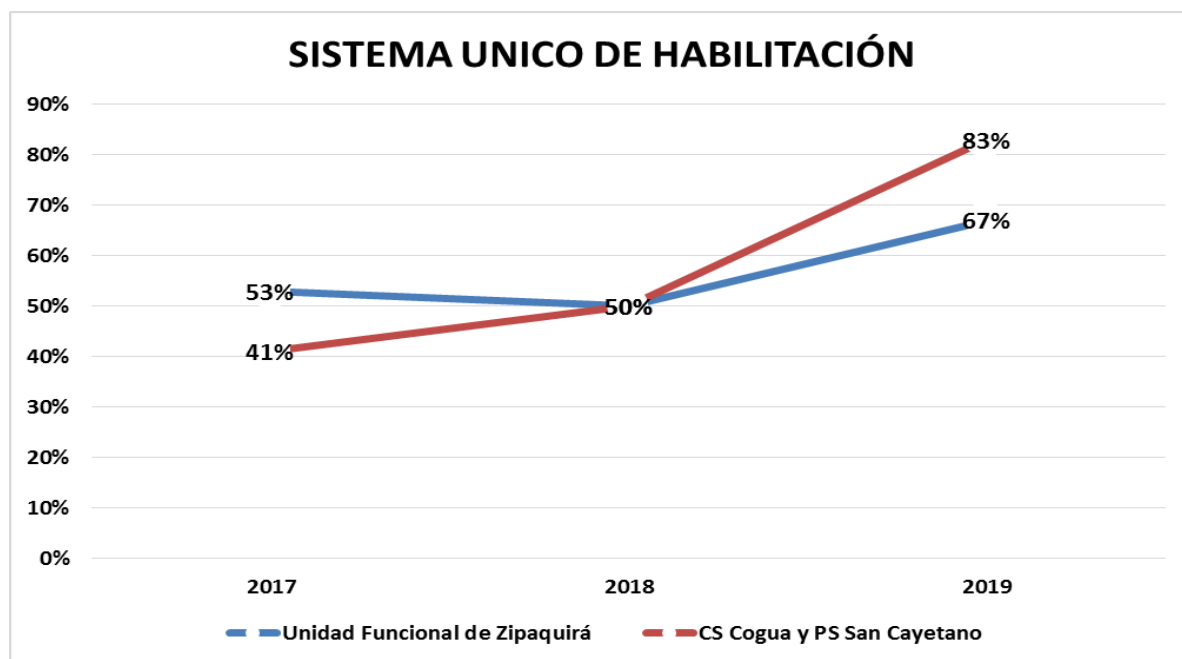


051



SC5520-1





(Grafico # 4) comparativo resultados de avance en Habilitación.

En el Grafico 4 se evidencia el aumento en el avance de cumplimiento de Habilitación del año 2017 al 2019 y de evidencia bajo cumplimiento en el 2018 debido a la falta de referente del proceso en la UFZ, ya se retoma en 2019 con un avance significativo.

2. PAMEC – PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Los resultados de evaluación del PAMEC, muestran el cumplimiento global de las acciones de mejoramiento definidas tanto para la Unidad Funcional de Zipaquirá como para el Centro de Salud de Cogua y Puesto de Salud de San Cayetano, con un resultado global de cumplimiento del: **69%** como se detalla a continuación:


UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA, CENTRO DE SALUD DE COGUA Y PUESTO DE SALUD DE SAN CAYETANO			
GRUPO DE ESTÁNDARES	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
NOMBRE DE LOS ESTÁNDARES	50 ACCIONES REALIZADAS	72 ACCIONES PROGRAMADAS	69%

(Cuadro # 4) de resultado de actividades PAMEC programada y realizadas 3 sedes

Así mismo se presentan los resultados de manera desagregada por cada una de las sedes:

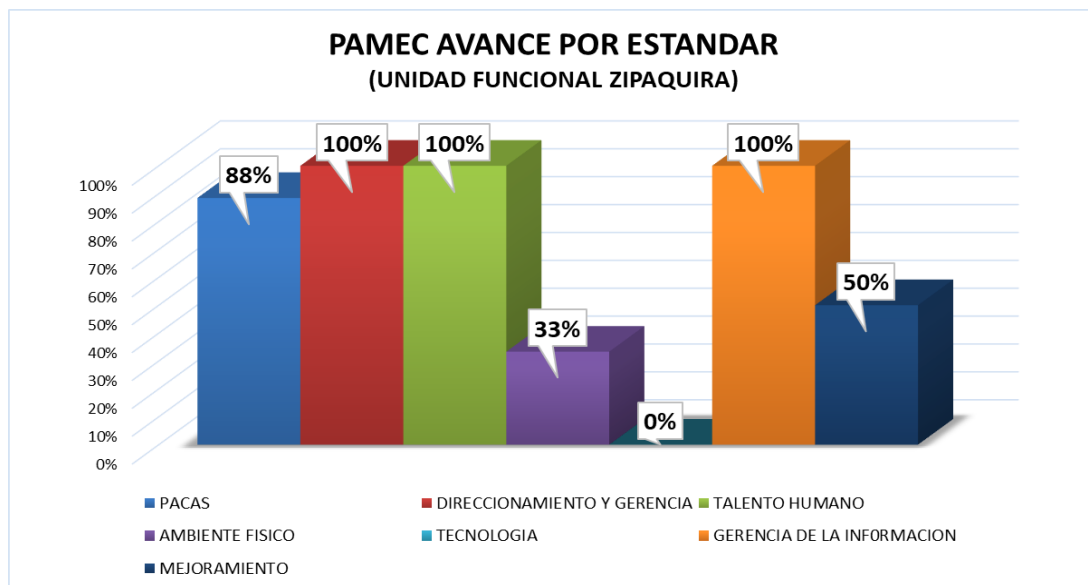
UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRÁ

Para el año 2019 en la Unidad Funcional de Zipaquirá se plantearon 40 acciones de mejoramiento. El resultado de cumplimiento por grupo de estándares se muestra detalladamente a continuación:

		CONSOLIDADO PAMEC UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRÁ					
GRUPO DE ESTÁNDARES	TOTAL O. M.	ACCIONES	COMPLETO	EN DESARROLLO	NO INICIADO	ATRASADO	% CUMPLIMIENTO
PACAS	25	26	23	3	0	0	88%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1	1	1	0	0	0	100%
TALENTO HUMANO	2	2	2	0	0	0	100%
AMBIENTE FISICO	2	3	1	2	0	0	33%
TECNOLOGIA	1	1	0	1	0	0	0%
GERENCIA DE LA INFORMACION	1	1	1	0	0	0	100%
MEJORAMIENTO	6	6	3	3	0	0	50%
TOTAL	38	40	31	9	0	0	78%

(Cuadro # 5) consolidado PAMEC UFZ

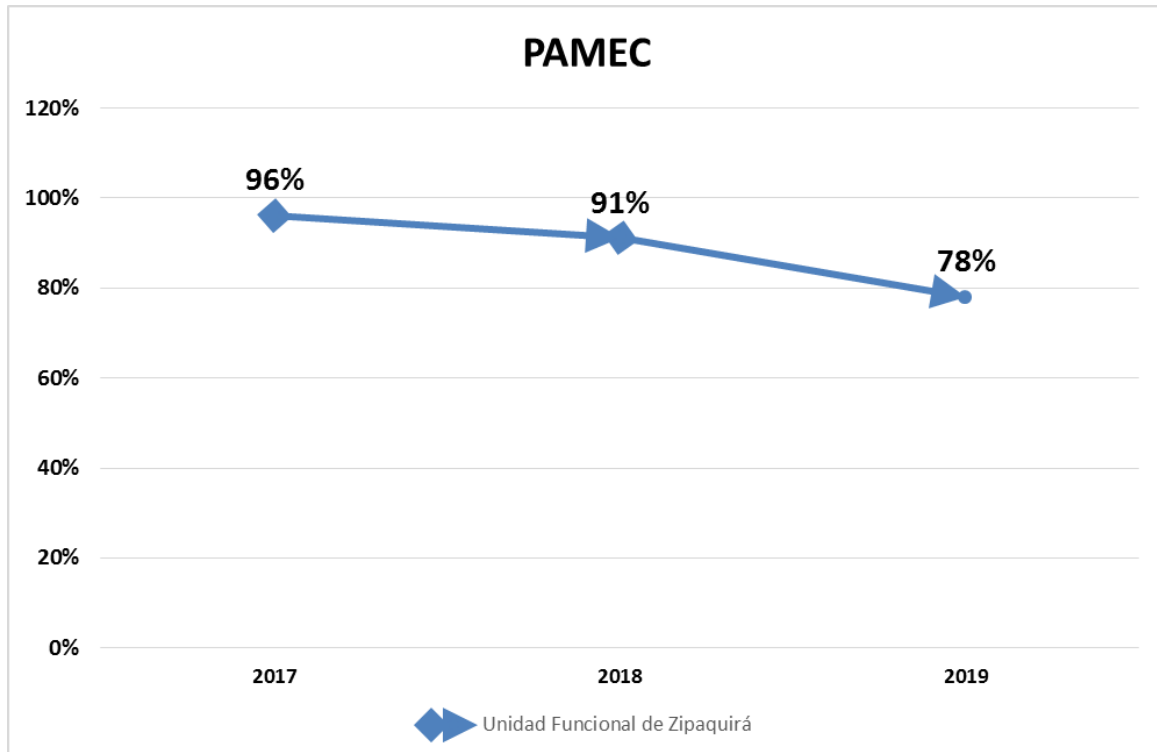
Para este tercer trimestre de 2019 se completaron un total de 31 acciones de mejoramiento. De manera que obtenemos un cumplimiento del **78%** respecto a las oportunidades de mejoramiento asignadas.



(Grafico 5) consolidado cumplimiento de PAMEC de la unidad funcional de Zipaquirá.

En el gráfico 5 se observa el avance de cumplimiento por estándar a la fecha para la Unidad Funcional Zipaquirá donde se observa que en gestión de la tecnología no avanzaron para este trimestre pero se encuentran actividades en desarrollo las cuales aumentarían al final del próximo trimestre.

Comportamiento comparativo del cumplimiento de estándares del PAMEC UFZ




(Gráfico # 6) comparativo PAMEC

Se puede observar en el cuadro 6 el avance del PAMEC, aun cuando falta porcentaje de cumplimiento en este año con respecto a los anteriores esto es debido a que varias actividades se encuentran en desarrollo pero al finalizar el trimestre se completaría para llegar a un 98% y así aumentar el porcentaje de cumplimiento para este año

CENTRO DE SALUD DE COGUA

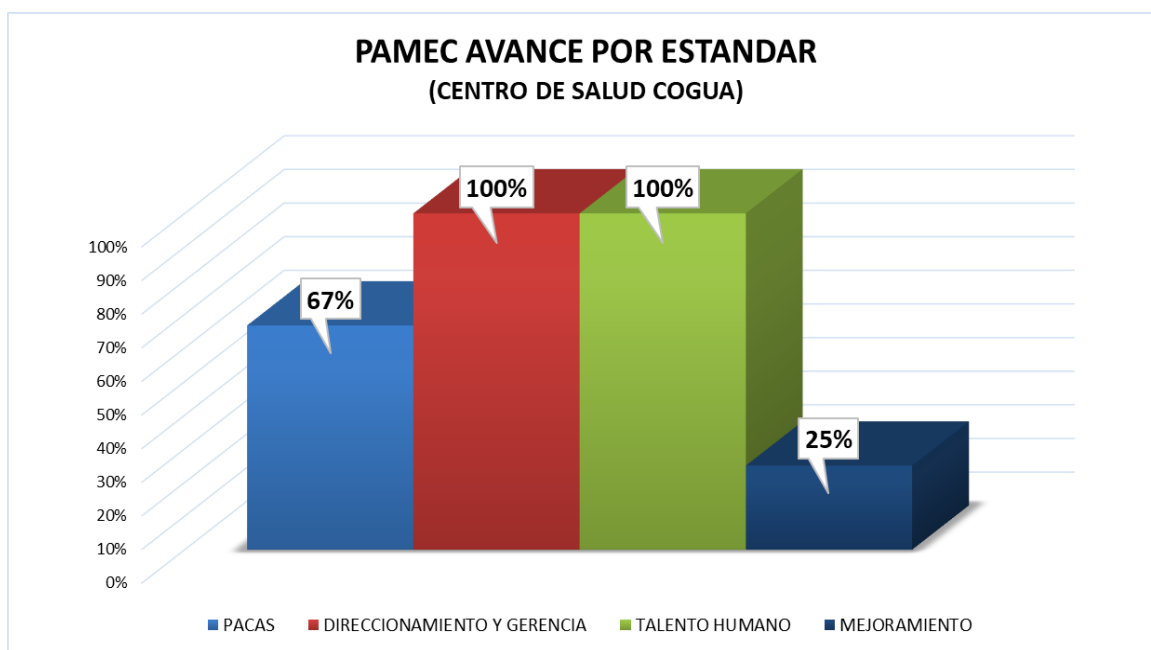
Para el año 2019 en el Centro de Salud de Cogua se plantearon 18 acciones de mejoramiento. El resultado de cumplimiento por grupo se estándares se muestra detalladamente a continuación:



 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>		CONSOLIDADO PAMEC CENTRO DE SALUD DE COGUA					
GRUPO DE ESTÁNDARES	TOTAL O. M.	ACCIONES	COMPLETO	EN DESARROLLO	NO INICIADO	ATRASADO	% CUMPLIMIENTO
PACAS	4	9	6	3	0	0	67%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	2	2	2	0	0	0	100%
TALENTO HUMANO	2	3	3	0	0	0	100%
MEJORAMIENTO	2	4	1	3	0	0	25%
TOTAL	10	18	12	6	0	0	67%

(Cuadro # 6) consolidado de actividades PAMEC Centro de salud de Cogua

Para este tercer trimestre de 2019 se completaron un total de 12 acciones de mejoramiento. De manera que obtenemos un cumplimiento del **67%** respecto a las oportunidades de mejoramiento asignadas.



(Grafico 7) consolidado cumplimiento de PAMEC al centro de salud de Cogua.

Se evidencia en el grafico 7 de los 4 estándares el de mejoramiento es el que menos ha representado avance pero todas las acciones se encuentran en desarrollo razón por la cual para el próximo trimestre se cierran.

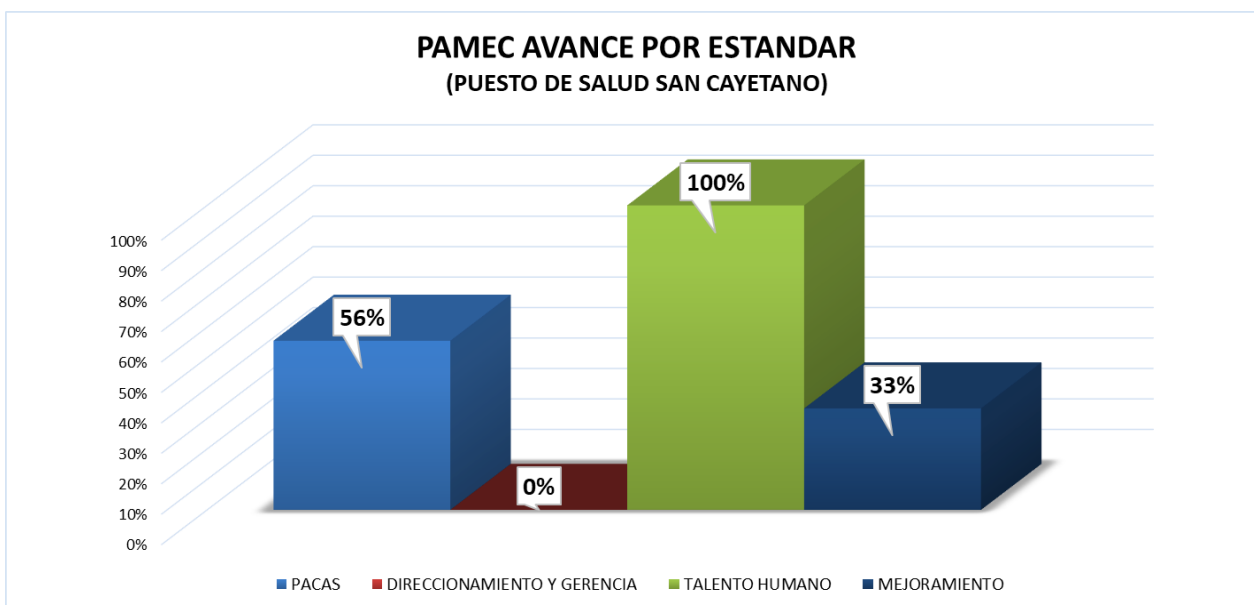
PUESTO DE SALUD DE SAN CAYETANO

Para el año 2019 en el Puesto de Salud de San Cayetano se plantearon 14 acciones de mejoramiento. El resultado de cumplimiento por grupo de estándares se muestra detalladamente a continuación:

GRUPO DE ESTÁNDARES	CONSOLIDADO PAMEC PUESTO DE SALUD DE SAN CAYETANO						
	TOTAL O. M.	ACCIONES	COMPLETO	EN DESARROLLO	NO INICIADO	ATRASADO	% CUMPLIMIENTO
PACAS	3	9	5	4	0	0	56%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1	1	0	1	0	0	0%
TALENTO HUMANO	1	1	1	0	0	0	100%
MEJORAMIENTO	1	3	1	2	0	0	33%
TOTAL	6	14	7	7	0	0	50%

(Cuadro # 7) consolidado de actividades PAMEC Puesto de salud San Cayetano

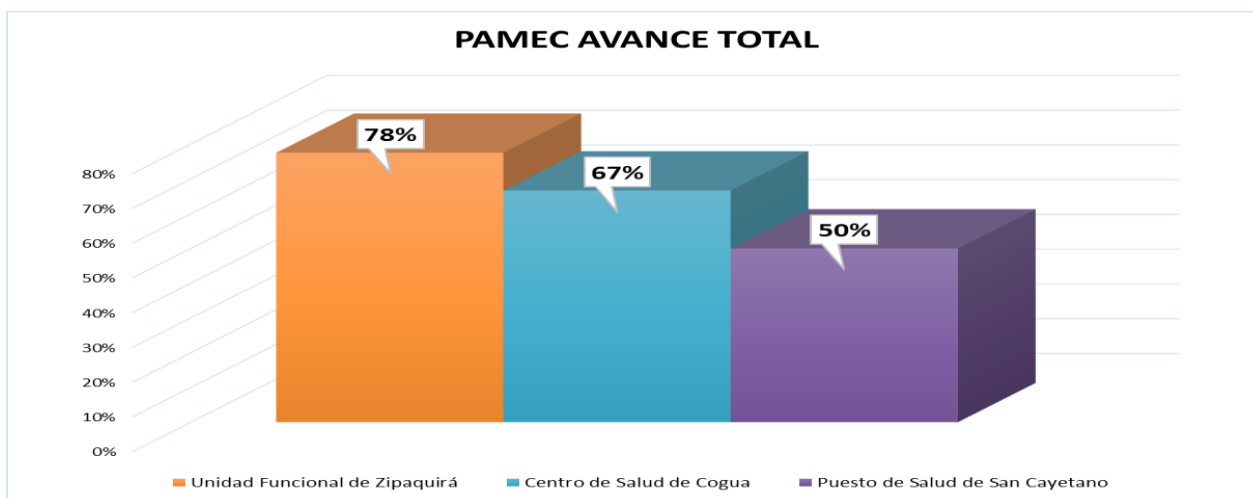
Para este tercer trimestre de 2019 se completaron un total de 7 acciones de mejoramiento. De manera que obtenemos un cumplimiento del **50%** respecto a las oportunidades de mejoramiento asignadas.



(Grafico 8) consolidado cumplimiento de PAMEC al centro de salud de san Cayetano

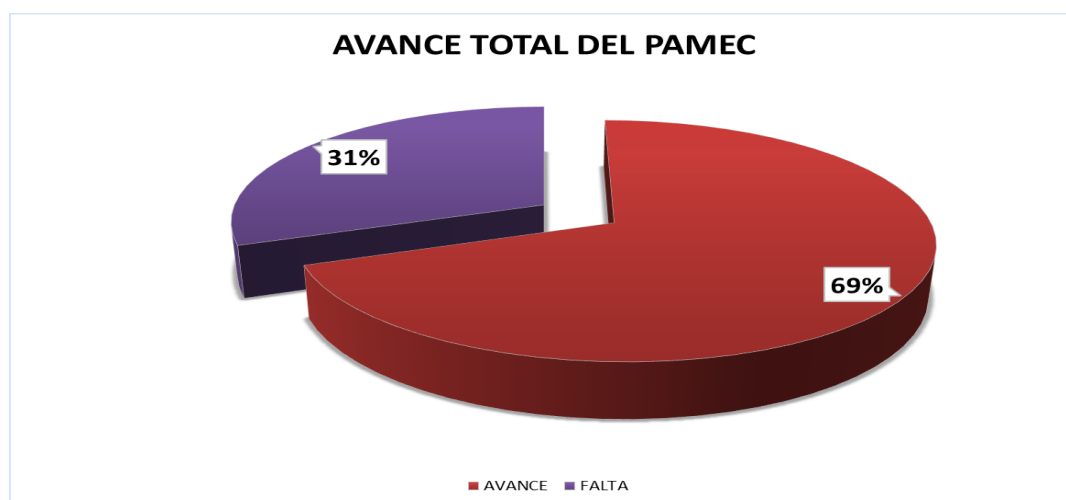
De acuerdo al seguimiento a las acciones de mejoramiento programadas para el año en curso a la Unidad Funcional de Zipaquirá, Centro de Salud de Cogua y Puesto de Salud de San Cayetano podemos evidenciar un aumento en el

cumplimiento de las acciones de mejoramiento respecto al segundo trimestre. En los siguientes gráficos (Gráfico 7) y (Gráfico 8) se podrá observar un consolidado en cuanto al avance de la ejecución de estas acciones de mejoramiento al tercer, así como también se podrá observar un avance total en cuanto a lo que se ha ejecutado y lo que falta para llegar a un **100%** de nuestra meta en cumplimiento para el año en curso.



(Gráfico 9) consolidado cumplimiento de PAMEC para unidad funcional de Zipaquirá, Centro de salud de Cogua y Puesto de salud de san Cayetano.

En este Gráfico se evidencia el avance total por sede donde san Cayetano tiene el menor avance pero todas sus acciones se encuentran en desarrollo razón por la cual se pueden cerrar en el próximo trimestre.



(Gráfico 10) avance de cumplimiento de PAMEC para unidad funcional de Zipaquirá, centro de salud de Cogua y Puesto de salud de san Cayetano.

3. AUTOEVALUACION EN ACREDITACION

RESULTADOS:

Los resultados de la autoevaluación de Acreditación, muestran la calificación cuantitativa para la Unidad funcional de Zipaquirá y sus sedes adscritas, con un resultado del: **2,3%** como se detalla a continuación:

3.1 CONSOLIDADO FINAL DE LA EVALUACION CUALITATIVA POR ESTANDAR

En cada estándar se realizó la Autoevaluación con el grupo evaluador encontrando en resumen de manera cualitativa lo siguiente:

3.1 PACAS- PROCESO CLIENTE ASISTENCIAL

Se evidencio que aunque se cuentan con los procesos documentados, definidos, ayudas y capacitaciones en Derechos y deberes de los pacientes falta el fortalecimiento de la divulgación y el despliegue a toda la institución incluyendo todos los programas y sedes, fomentar el desarrollo de la investigación, incluir dentro el comité de ética el análisis de los eventos adversos, desplegar la política de seguridad al paciente a toda la institución incluyendo el cliente externo e incluirlo en el sistema de gestión de calidad, fortalecer los programas de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, reactivovigilancia, hemovigilancia, incluir la demanda inducida de PYD en todos los servicios de la institución fortalecer el autocuidado, desplegar la política del uso racional de antibióticos, fortalecer, realizar análisis y seguimiento implementado el modelo de control de las IASS.

3.2 DIRECCIONAMIENTO

Se evidencia la falta de despliegue de la política de humanización hacia toda la institución incluyendo el cliente externo, fortalecer el despliegue al cliente interno en direccionamiento estratégico, retroalimentar al personal de la UFZ las decisiones tomadas en la junta directiva, desplegar las políticas institucionales a todos los funcionarios de la institución, socializar a todo el personal el desarrollo del proceso de docencia servicio, realizar cierre de ciclos de mejoramiento y socializar.

3.3 GERENCIA

Fortalecer todas las estrategias contempladas en seguridad del paciente de sus paquetes instruccionales que aplica, evaluar y analizar la pertinencia de las remisiones, desplegar y realizar seguimiento a la política de gestión del riesgo, incluir tercerizados a todos los procesos institucionales, desplegar e implementar la política de gestión del riesgo y la herramienta de plan de mejoramiento que de alcance a todos los servicios incluyendo tercerizados, fortalecer el acompañamiento en la mayoría de los procesos por parte de los funcionarios de la sede Bogotá, incluir tercerizados en todos los procesos institucionales.

3.4 TALENTO HUMANO

Dentro del estándar se evidencio, la poca evaluación oferta demanda en la institución, la falta de integración institucional a los tercerizados, articular con HUS Bogotá los recursos necesarios para la ejecución de los programa de capacitación, entrenamiento y capacitación constante en gestión del riesgo, desplegar el plan de Mejoramiento por proceso a todos los tercerizados, socializar y desplegar con los docentes y estudiantes la política de privacidad de los pacientes.

3.5. GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO

Dentro del estándar se observó que se hay que fortalecer el despliegue a toda la institución del plan de emergencias, fortalecer el despliegue de la política de gestión ambiental y hospitales verdes y realizar la Evaluación del impacto ambiental, al igual que la política del ambiente físico en todos los servicios y sedes, implementar incentivos a los funcionarios en todo lo de la generación en la fuente, socializar el procedimiento en el caso de desconexión de gases, gestionar el uso de alarmas sonoras para hospitalización y observación, continuar educación y seguimiento a los colaboradores en la política de no fumador, gestionar la señalización de todos los procesos.

3.6 GESTION DE LA TECNOLOGIA

En este estándar se observó que hay que fortalecer el despliegue de la política de la gestión de la tecnología y la implementación del manual de gestión de la tecnología a todos los funcionarios, al igual que desplegar todos los programas y líneas estratégicas que incluyen tecnovigilancia y farmacovigilancia, fortalecer la socialización de programa de mantenimiento preventivo a toda la institución, ampliar la cobertura de fichas rápidas de uso a los equipos de la institución.

3.7 GERENCIA DE LA INFORMACION

Se evidencia en el estándar que aunque se cuenta con varias herramientas para la información no está desplegada la información a toda la institución, falta de recursos tecnológicos para mejorar las herramientas de trabajo al personal, falta la herramienta que consolide la información de los indicadores también que se tenga la herramienta de información tanto a cliente interno como externo.

3.8 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

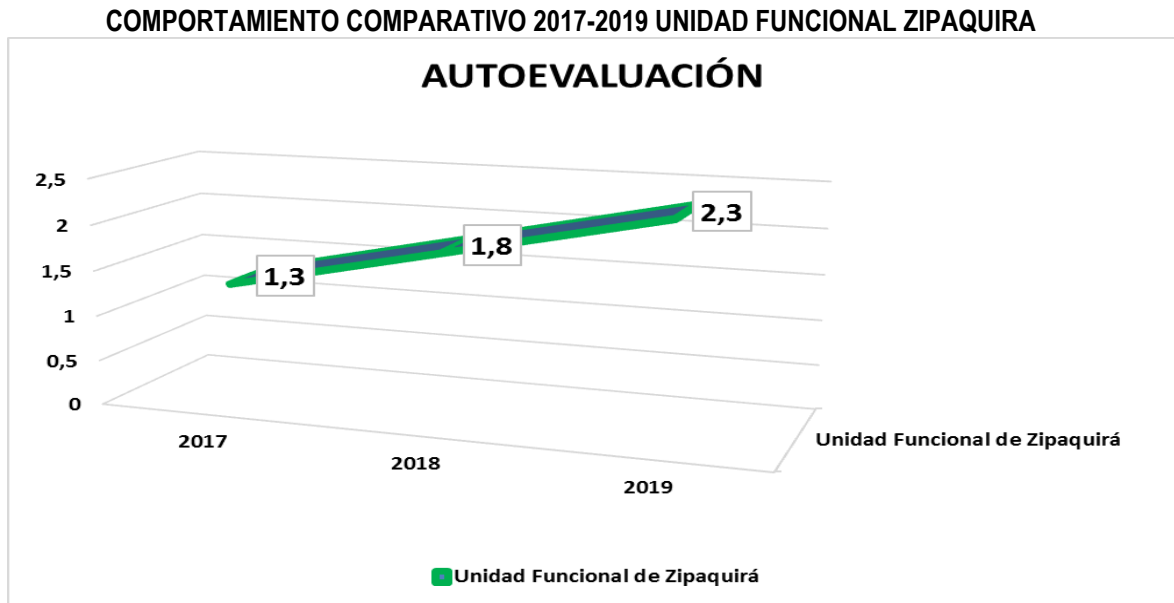
Se evidencia en el estándar que aunque se cuenta con la herramienta de plan de mejoramiento falta fortalecer el despliegue y la implementación hacia todas las áreas incluyendo tercerizados, realizar cierres de planes y retroalimentar a los funcionarios.

CONSOLIDADO FINAL DE LA EVALUACION CUANTITATIVA POR ESTANDAR- HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA- UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

TABLA DE CONSOLIDADO	
ESTÁNDAR	PROMEDIO
Proceso de Atención al Cliente Asistencial	2,0
Direccionamiento	2,1
Gerencia	2,0
Talento Humano	1,9
Ambiente Físico	1,8
Gestión de la Tecnología	2,4
Gestión de la Información	2,5
Mejoramiento de la Calidad	1,9
TOTAL	2,3

(Cuadro # 8) consolidado calificación cuantitativa por cada estándar.

Se evidencia en el consolidado cuantitativo que con respecto a la autoevaluación del año 2018 subió en 5 puntos ya que de 1,8 subió a 2,3 debido a las oportunidades de mejora ejecutadas en el transcurso del año. De las oportunidades de mejora definidas en la autoevaluación se priorizaran las que según la matriz queden con más calificación y serán las oportunidades trasladadas al PAMEC 2020.



(Grafico # 11) comparativo Autoevaluación UFZ

En este Grafico se observa que al comportamiento comparativo entre 2017, 2018 al 2019 se evidencia un aumento en la calificación de los estándares de acreditación de manera consolidada, esto se debe al avance de cumplimiento de las oportunidades de mejora a través de cada periodo anual.

4. REFERENCIACION

Referenciación Externa

Se tiene programada una referenciación **Externa** a la ESE Hospital San Rafael de Facatativá para el día 8 de octubre de 2019; donde se revisará el Manual de reusó Institucional, quien el responsable de ejecutarlo y vigilarlo, el proceso de reuso en Odontología y los soportes científicos, guías adoptadas para Cirugía Oral y Maxilofacial y Guías para Endodoncia para adoptar en nuestra institución. Se definirá un plan de mejoramiento relacionado a la visita.

Referenciación Interna

Se cuenta con una referenciación programada para la Unidad Funcional para el 10 de octubre del presente año de la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá para el servicio de Madre Canguro y Banco de Leche Humana.

5. REVISION DOCUMENTAL

- Se realizó revisión de documentación del servicio de Patología por auditorias de habilitación e internas con ajustando formatos actualizados con un avance de revisión de un 60% y un 90% de cumplimiento.
- Un el servicio de Gastroenterología y Diagnostico cardiovascular se realizó revisión de documentación con relación a auditoria de habilitación e interna realizada, ajustando formatos actualizados donde se evidencia para los dos servicios un avance en la revisión del 80% y cumplimiento de un 75%
- Se realizó revisión de documentación del centro de Salud de Cogua y Puesto de Salud de San Cayetano en los formatos pertinentes y vigentes y con relación a procesos que anteriormente no existían en la documentación, para codificación en Samaritana Bogotá, pendientes para enviar.
- Se realizó revisión de documentación existente y otros a formatos vigentes para el Hospital regional de Zipaquirá.

6. AUDITORIAS EXTERNAS RECIBIDAS

- Se recibió visita sanitaria el 27 de Julio de 2019 por parte de la secretaria Municipal de salud para Concepto sanitario donde la calificación dio para ambiental 98%, en equipos Biomédicos, 100%, y mantenimiento 78%, se realizó plan de mejoramiento.
- Se recibió visita de Auditoria de la IPS Medimas el día 29 de agosto, pero aún no han enviado informe de visita.
- Se recibió visita de Asistencia técnica de Gobernación de Cundinamarca en ruta Materno Perinatal El 23 de septiembre quedando con plan de mejora en proceso.

7. PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS 2019

Para las Unidades Funcionales de Zipaquirá, Centro de Salud de Cogua y Puesto de Salud de San Cayetano. Se cumplió con el cronograma de Auditorias Internas en un **40%** al tercer trimestre 2019 así:

HUS		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		05GC32-V1																						
CRONOGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS VIGENCIA 2019																										
NOMBRE DE LA AUDITORIA	TIPO	ASPECTOS Y/O CRITERIOS A EVALUAR	EQUIPO AUDITOR Y/O LÍDER	UNIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA	VIGENCIA 2019																				
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL								
						P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E					
HABILITACIÓN ELABORACION PLANES DE MEJORA	CONJUNTA	RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Coordinador de Calidad Unidad Funcional Zipaquirá	Unidades Funcionaes (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Anual							1	1									1	1			
CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS SERVICIO DE NUTRICION	CONJUNTA	Cumplimiento de condiciones Higiénico sanitaria a servicios de alimentación	Planeación y Garantía de la calidad/Ambienta tal	Unidades Funcionaes (Zipaquirá)	Anual											1	0					1	0			
PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC	CONJUNTA	Criterios establecidos en la circular 012 de la Superintendencia de salud y Pautas de Auditoria	Planeación y Garantía de la Calidad	Unidades Funcionaes (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Semestral							1	1								1	0	2	1		
CADENA DE CUSTODIA	CONJUNTA	Evaluar la adherencia al procedimiento de cadena de custodia	Urgencias y Hopsitalizacion	Unidades Funcionaes (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Anual											1	0					1	0			
Responsable						0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	5	2
Vivian Castañeda Solano						% Cumplimien 40%																				
Jefe oficina asesora Planeación y Garantía de la Calidad																										

(Cuadro # 9 actividades programadas para 2019 para Calidad)

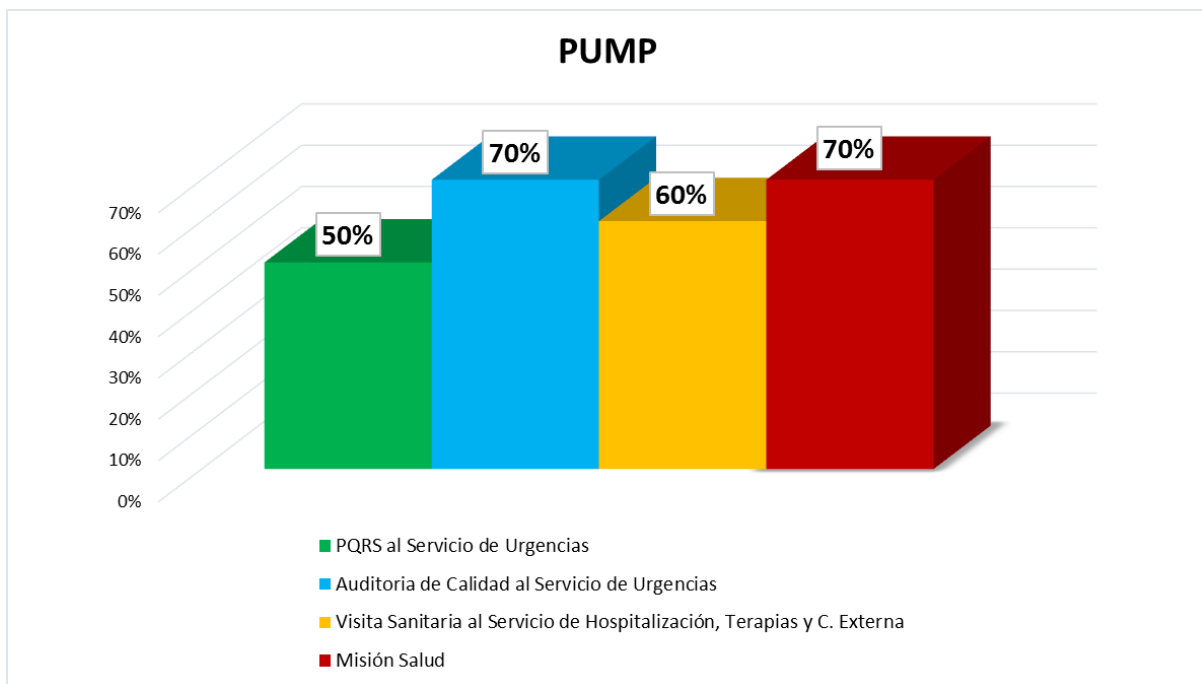
8. PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO (PUMP)

Para el tercer trimestre del año 2019 se ha consolidado el PUMP del servicio de urgencias por PQR el cual va en un 50% está pendiente para Octubre por cerrar.

En el servicio de Urgencias por Auditoria Interna de calidad se ha consolidado un PUMP el cual tiene un avance del 70% pendiente acciones por completar.

En el servicio de Hospitalización, Terapias y consulta externa de consolido un PUMP por visita sanitaria el cual tiene un avance del 60% pendiente terminar el próximo trimestre.

Con Misión salud se cuenta con un PUMP que está en el 70% de avance de cumplimiento ya que hay procesos que se solicitaron a HUS Bogotá y se encuentran pendientes.



(Grafico #12) avance de planes de mejora por planes de mejoramiento de procesos implementados.