

**INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS**

**IV TRIMESTRE 2017**

**JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA**  
**GERENTE**

**2017**

**CAPITULO I**

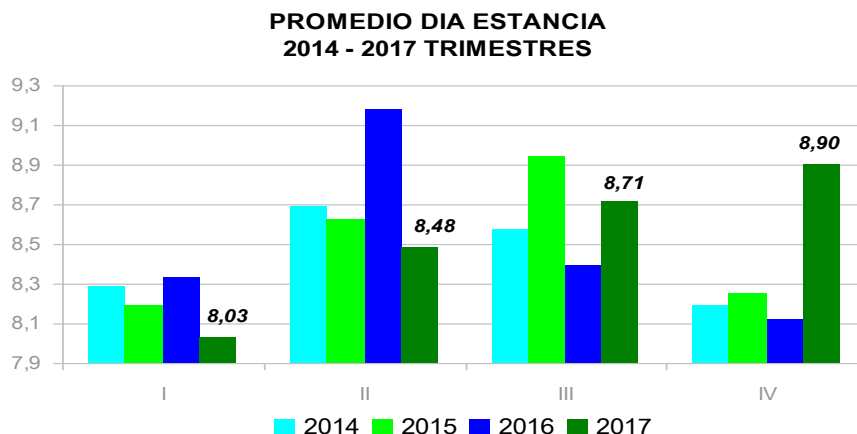
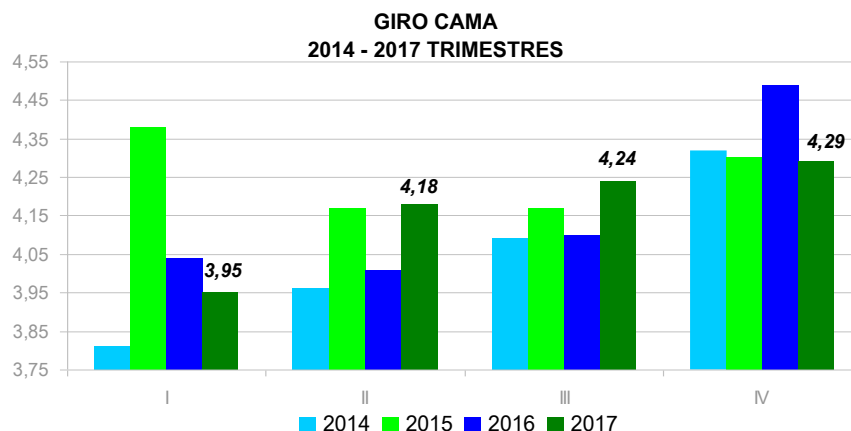
**INFORME DE GESTIÓN**

**DIRECCIÓN CIENTÍFICA**

## 1.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

### GESTIÓN DEL PROCESO

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



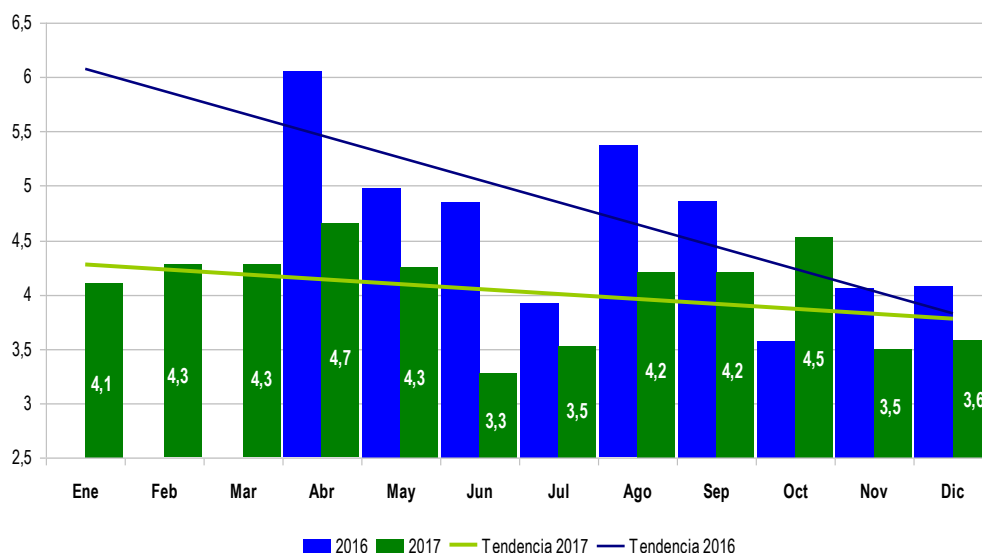
En el último trimestre se observó un leve aumento en la rotación de camas, relacionado a mayor número de egresos hospitalarios de los servicios de medicina interna y cirugía general frente a trimestres anteriores, así como el incremento del porcentaje de mortalidad hospitalaria explicada más adelante.

Continúa el ingreso elevado de pacientes con necesidad de cuidado crítico (UCI e intermedios adultos), las cuales no son satisfechas en todas las ocasiones por no cama disponible, atribuible a la complejidad de los pacientes internados así como las limitaciones para la resolución extrainstitucional (remisiones cuidados crónicos, PHD, medicamentos, etc.) y otras condiciones para el alta.

En los servicios clínicos como medicina interna, continúa el ingreso de pacientes de alta complejidad y necesidad de estancia prolongada relacionada a la propia atención incluso con tratamientos de larga estancia plenamente justificados. Entre tanto los factores asociados a mayor estancia hospitalaria son el estado nutricional, alta prevalencia de co-morbilidades asociadas, situación socio familiar compleja y otras barreras externas para el alta efectiva.

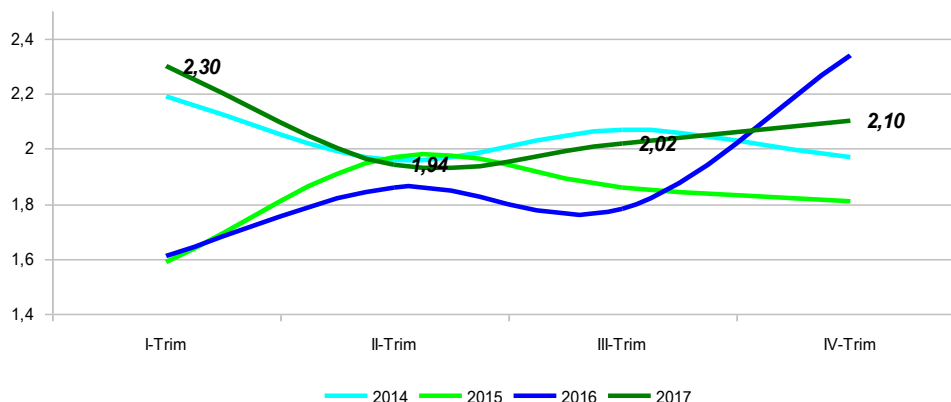
Para la vigencia se alcanzó la meta planteada para el año 2017 (4.2), atribuible a la implementación de la auditoría concurrente a partir del segundo semestre del año, facilitando la gestión inmediata de la estancia hospitalaria inactiva, que en relación a años anteriores se evidenció una tendencia hacia el incremento a pesar de la mayor especialización de los servicios (oferta de cirugía cardiovascular) y de la complejidad de los pacientes.

**OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA EN HORAS (Promedio)**  
(Cirugía General - Medicina Interna - Ortopedia - Neurocirugía)



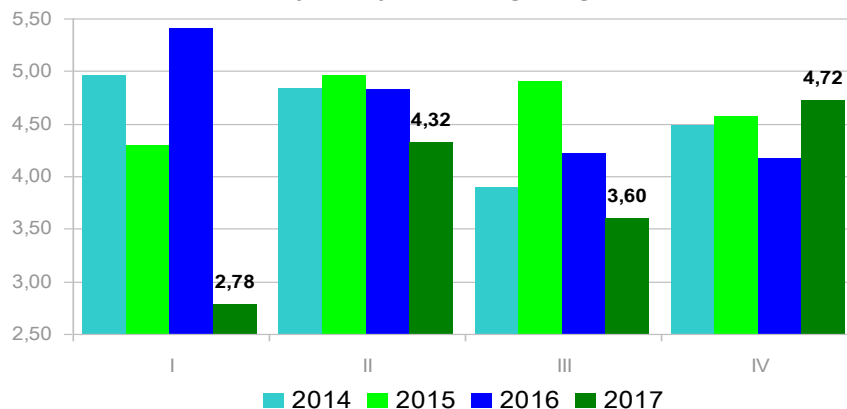
- En el último trimestre se mantuvo la tendencia en relación al año 2016 con promedio del periodo de 3.9 horas de los cuatro servicios priorizados.
- Para el periodo 2017 se logró disminuir en tiempos alrededor de un 13% la oportunidad de respuesta de interconsulta, frente al periodo inmediatamente anterior, es decir de 4.6 horas promedio en 2016 a 4.0 horas en el año 2017.
- Se continúa la estrategia de comunicación directa al servicio hospitalario de los tiempos de respuesta de interconsulta además de la implementación de la auditoría concurrente como herramienta gestora.
- De acuerdo a la tendencia identificada en los periodos medidos, se considera que el descenso progresivo puede estar cerca a las 4 horas como tiempo estándar a mantener. Sin embargo considerando la limitación institucional en términos efectividad para la respuesta (cantidad de profesionales durante noches, fines de semana y feriados), se debe desagregar el indicador discriminando valores extremos.
- Para el 2018 se plantea la inclusión de los indicadores en la plataforma TUCI para favorecer la gestión mensual por parte de los servicios hospitalarios.
- Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

**TASA DE IAAS POR DIAS DE ESTANCIA  
2014 - 2017 TRIMESTRES**

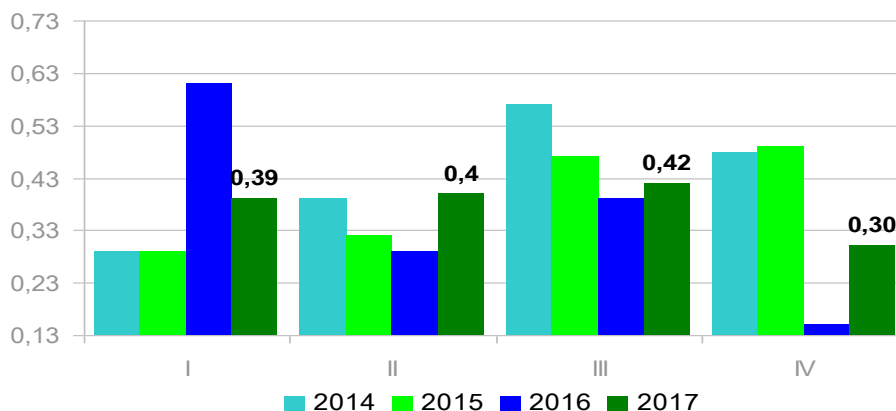


- Durante el último periodo se notó un descenso de la tasa de IAAS en relación al año inmediatamente anterior, sin embargo se mantuvieron las causas atribuibles, entre ellas dispositivos centrales y adherencia a estrategia multimodal (viene en aumento progresivo), así mismo no se evidenciaron desviaciones significativas del indicador frente a periodos anteriores.
- Continuamos con el indicador global por debajo de la meta (<3.0), incluso a estándares nacionales (<5.0).
- No se presentaron brotes durante el periodo ni la vigenia.
- Se continúa con la socialización y despliegue de la estrategia multimodal en los servicios hospitalarios, mejorando significativamente el indicador en el servicio de obstetricia, el cual históricamente presentaba datos por debajo de la meta esperada. Diciembre sin servicios en zona de alerta.
- Para el último periodo y producto de actividades relacionadas a la visita de acreditación se trabajó en el uso de prudente de antibióticos y seguimiento.

**PORCENTAJE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA  
MAYOR A 48 HORAS  
2014 - 2017 TRIMESTRES**



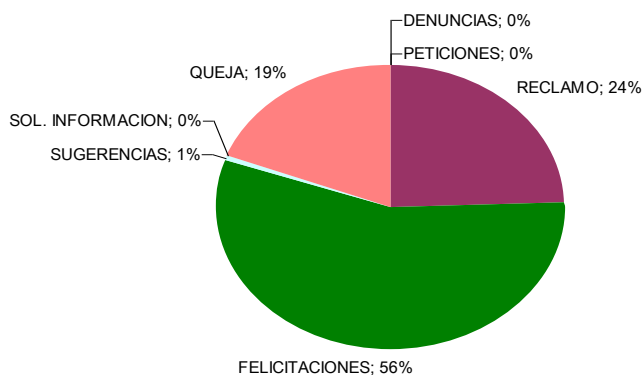
**PORCENTAJE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA MENOR  
A 48 HORAS  
2014 - 2017 TRIMESTRES**



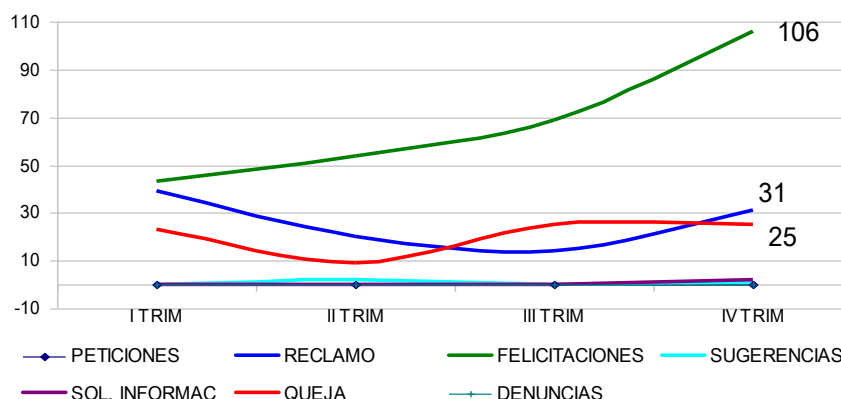
- En el ultimo trimestre se notó un leve incremento en la mortalidad > 48 horas, atribuible a la proporción de Pacientes complejos (estados oncológicos, cirugía mayor, etc.) hospitalizados, lo que se correlaciona con el descenso en el porcentaje en mortalidad <48 horas atribuible a eventos traumáticos y agudos mayores.
- 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.
- No se presentaron mortalidades maternas en el periodo.
- En relación a vigencias anteriores se nota un aumento progresivo de la mortalidad temprana, explicada por las condiciones de ingreso de los pacientes (trauma mayor, eventos agudos con desenlace no reversible, etc.), así mismo descenso en la mortalidad tardía (>48 horas) lo que denota cambios epidemiológicos en la población atendida que se hospitaliza en la institución, de igual manera se continúa con los análisis de mortalidad pertinentes por cada uno de los servicios hospitalarios.

**PQRS**

**PQRS 2017  
PORCENTAJE POR CATEGORIAS**



**PQRS 2017  
TRIMESTRES POR CATEGORIA**



Si bien en el último trimestre se pasó de 39 a 56 PQRS relacionadas a quejas y reclamos, son atribuidos a las actividades de búsqueda activa en aumento que se realiza en los servicios, con el objeto de fortalecer la voz del cliente interno y externo, por otro lado se destaca positivamente el aumento en un 35% de las felicitaciones derivadas a la atención de los procesos hospitalarios, así mismo se concluyó el proceso de sensibilización por parte de enfermería y desarrollo humano, como parte de planes de mejora desarrollados.

**PLANES ÚNICOS DE MEJORA DEL PROCESO - PLAN DE ACCIÓN EN SALUD**

Se realizó verificación del grado de cumplimiento y la efectividad de las acciones planificadas en el Plan Único de mejora por proceso el cual incluye resultados de Revisión Gerencial, Auditoría interna (Habilitación, Acreditación, Gestión Calidad, Gestión Ambiental, Gestión en Salud y Seguridad en el trabajo, Gestión del riesgo, Seguridad del paciente, MECI), Auditoría Externa (Entes de control, INVIMA), Autocontrol (Análisis del informe de gestión anual o trimestral por proceso), Servicio No conforme, Indicadores de Gestión, Quejas, reclamos y sugerencias de mejoramiento en la prestación del servicio y Otras como: Evaluación de satisfacción del cliente y resultado de inspecciones, por parte de la oficina de planeación, obteniendo los siguientes resultados:

<b>AVANCE</b>	<b>95,00%</b>
<b>CUMPLIMIENTO</b>	<b>88%</b>
<b>CIERRE DE CICLOS</b>	<b>70%</b>

**SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Durante la vigencia se notó un descenso en el reporte de novedades de seguridad del paciente, sin embargo manteniendo la proporción entre incidentes y eventos adversos, lo que denota afianzamiento en la cultura del reporte. Se realizaron intervenciones relacionadas a los eventos adversos, mediante análisis ANCLA pertinentes, análisis de mortalidad, etc. Se identificó para el 2017 la primera causa de eventos adversos, los cuales son derivados de flebitis químicas y mecánicas, por lo tanto para el año 2018 se realizarán los respectivos análisis y planes de mejora pertinentes para la mejora continua.

<b>NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR TIPO DE ACCIÓN INSEGURA</b>		
<b>COMPARATIVO 2016 - 2017</b>		
<b>POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA (Incluye los eventos, incidentes, complicaciones)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	237	21
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	780	793
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	13	27
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	261	171
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	390	356
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	16	38
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	13	17
Tipo 8: Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales	0	0
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	141	166
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	15	37
Tipo 11: Caídas de pacientes	59	62
Tipo 12: Accidentes de Pacientes	2	6
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	104	16
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	17	24
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	20	108
<b>TOTAL</b>	<b>2068</b>	<b>1842</b>

<b>2017</b>		
<i>INCIDENTES</i>	844	47%
EVENTOS ADVERSOS	766	42%
COMPLICACIONES	193	11%
<b>TOTAL</b>	<b>1803</b>	<b>100%</b>

## OTROS

### SALA DE EGRESO

A partir del mes de septiembre se cuenta con la sala de Egreso Institucional, el cual es un espacio de transición, donde el paciente hospitalizado que tenga resolutivez clínica y se determine egreso por parte de la especialidad medica tratante, puede ser trasladado a la sala de egreso (ubicada frente a el servicio de ginecología), donde serán resueltos los temas de índole administrativa o personal, que no correspondan al manejo clínico. (Traslado de paciente (llegada del carro o familiar), situación financiera, autorizaciones, etc.). Esto a permitido, dar mayor optimización del uso de las camas en los servicios de hospitalización (giro cama), permitiendo la eficiencia en el uso de las mismas, y la atención de procesos de otra pertinencia para la mejora de la prestación del servicio. En el periodo se contó con una rotación en sala de Egreso de 201 pacientes, distribuidos entre usuarios pos quirúrgico, crónico y pos evento obstétrico.

Para la vigencia 2018 se tiene contemplado fortalecer las actividades de socialización y despliegue a los servicios hospitalarios, favoreciendo el conocimiento de las virtudes relacionadas al alta temprana, educación en salud y gestión de cama hospitalaria.

### 1.2 GESTIÓN DEL PROCESO ATENCION QUIRURGICA

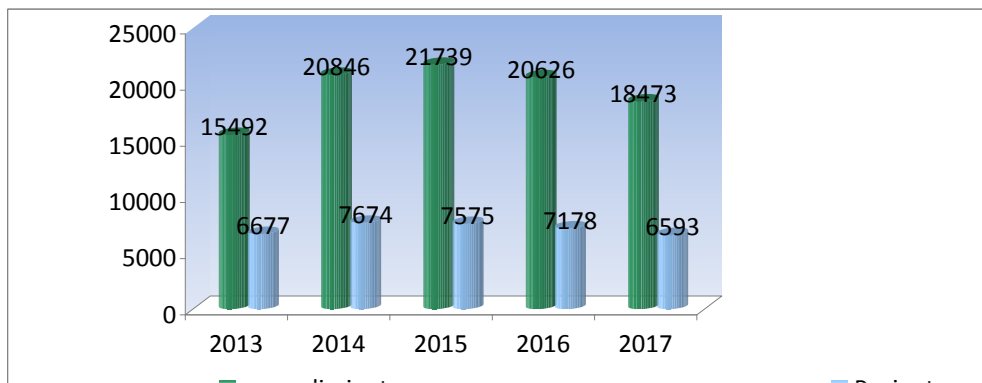


**ANÁLISIS DEL INFORME ANUAL UNIDAD QUIRÚRGICA. Comparativo 2013, 2014, 2015, 2016 Y 2017**

**OBJETIVO ESTRATÉGICO: Auto sostenibilidad financiera y productividad.**

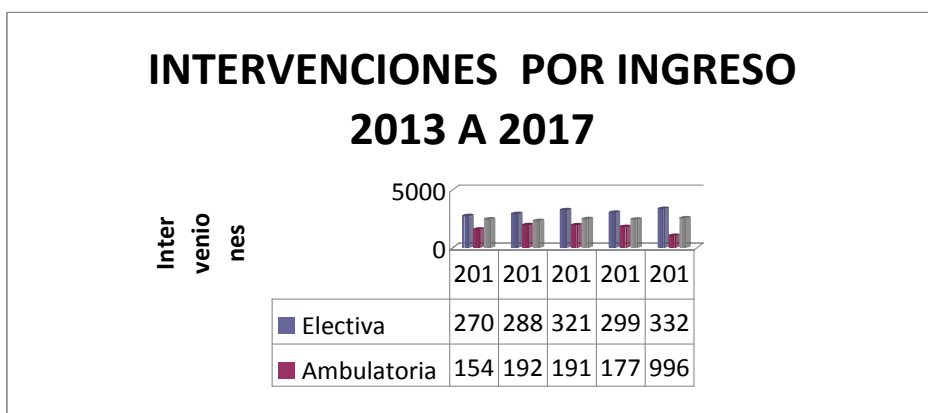
**Número de quirófanos:** Se dio cobertura a la demanda Quirúrgica con siete Quirófanos en la mañana y seis en la tarde para Cirugía electiva

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS 2013 A 2017**



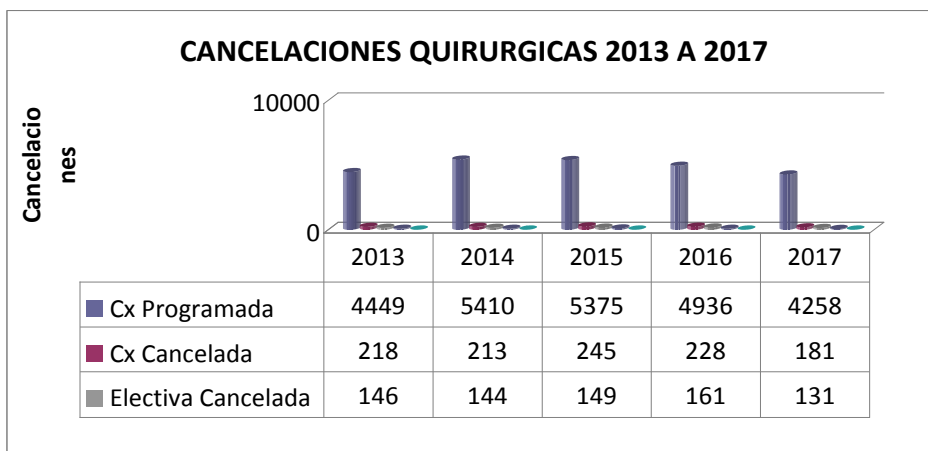
Los procedimientos Quirúrgicos en relación al año 2015 (año de mayor productividad), disminuyeron en un 15%, y respecto al año 2016 en un 10%. Obedeciendo a disminución en la demanda. Afectada por la suspensión de algunos contratos como Convida y la redirección de pacientes a segundo nivel y tercer nivel de Cundinamarca. Castigando especialidades como Cirugía general, Oftalmología y Urología con una disminución mayor a un 50% de su productividad.

Especialidades como Ortopedia, Neurocirugía y Cardiología se fortalecieron y la productividad se mantuvo constante, además con una ganancia incluida por ser especialidades Quirúrgicas que intervienen mayor complejidad, alto costo

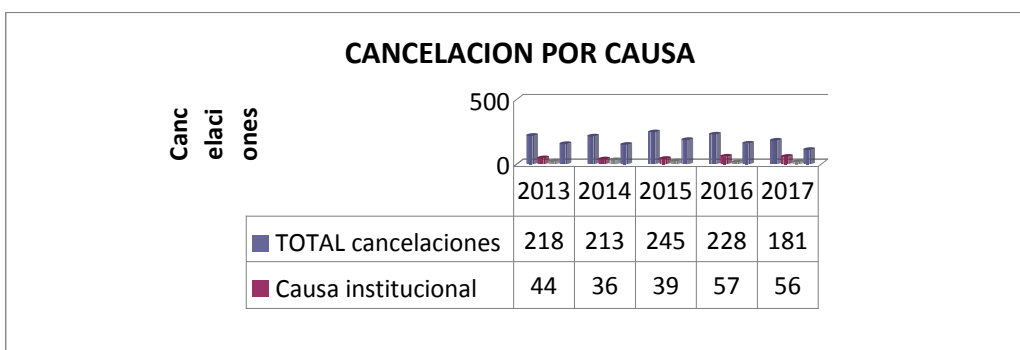


La cirugía electiva presenta un ascenso del 10% respecto al año anterior y del 3% comparado con el 2015 año de mayor productividad, Igualmente las Urgencias ascienden en un 4% respecto al 2016 y de 4% respecto al año 2015.

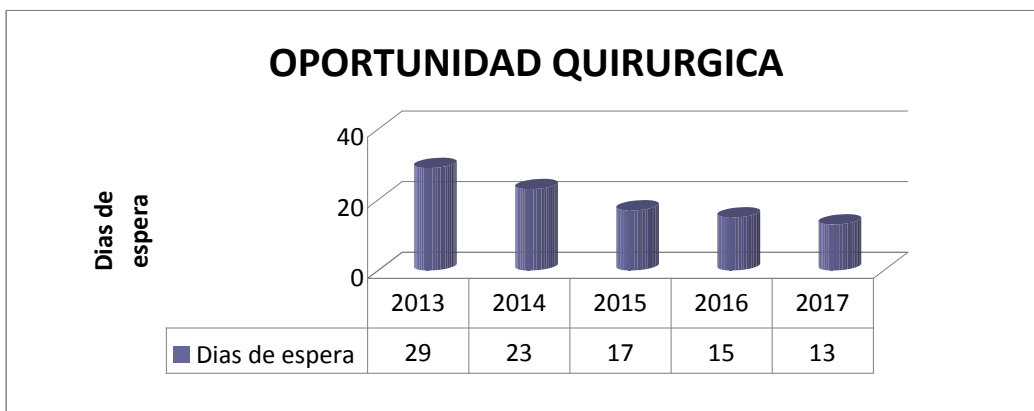
La productividad general en cifras se ve afectada por la Cirugía ambulatoria que disminuyo en un 50%, lo que evidencia el enfoque de la razón de la esencia institucional tercer y cuarto nivel de complejidad.



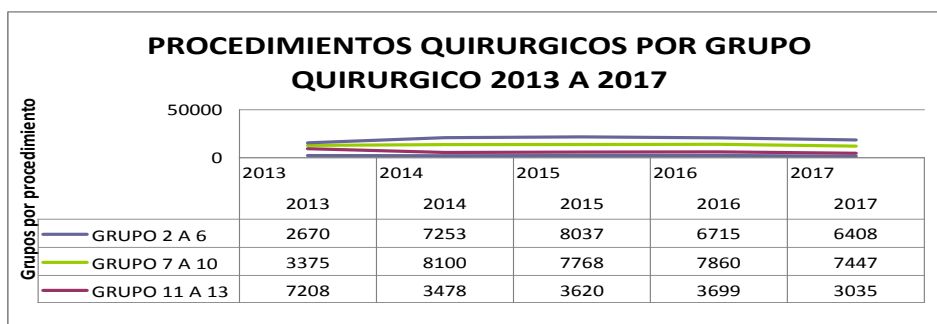
La cancelación Quirúrgica mantiene una proporción en el tiempo de un 4%, representada en un 60% cirugía hospitalizada y un 40% cirugía ambulatoria. Como factor contributivo de mayor impacto está asociado a la conducta medica relacionada con Patología asociada, comorbilidad, Cambio de Diagnostico e inadecuada preparación.



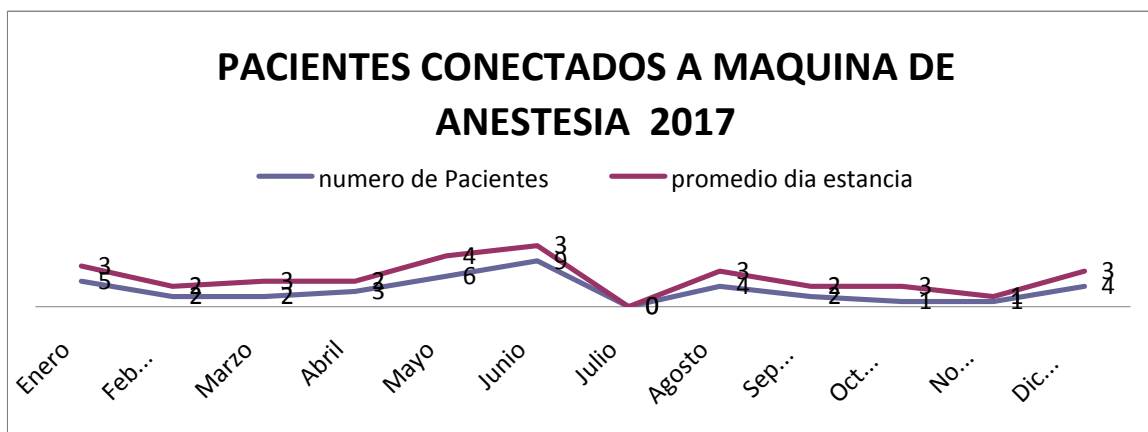
La causa institucional de mayor proporción está asociada a la decisión médica, relacionada con conductas sobre patologías no controladas, patologías sobrevenientes, cambio de Diagnostico, inadecuada preparación. La causa institucional de mayor proporción es la referente a la no disponibilidad de Cuidados intensivos post-operatorios. Correspondiente a un 19%. La causa extra institucional de mayor frecuencia está asociada con ausencia del Paciente por diversas causas pero la de mayor impacto está asociada al desplazamiento y el factor económico.



La Oportunidad Quirúrgica Ha disminuido progresivamente llegando en el año 2017 a 13 días, obedeciendo a la Auditoría que se hace por caso y por especialidad. Oftalmología es la especialidad con una oportunidad mayor a 30 días, lo cual obedece a situaciones relacionadas con autorizaciones, desplazamientos y patología asociada e Hipertensión arterial que obliga a reprogramar el procedimiento.



La disminución en la demanda que afectó en un porcentaje mayor al 50% a especialidades como Cirugía, Oftalmología y Urología, impactó sobre el número de Procedimientos especialmente grupos de 2 a 10 y el grupo 20 a 23 refleja la disminución de vítreos y retina que se clasifican en este grupo.



La no disponibilidad de U.C.I. y la orientación de la complejidad institucional hacia un cuarto nivel, genera insuficiencia de camas de Cuidado Intensivo, obligando a que un promedio de tres pacientes por mes permanezcan en un Quirófano conectados a Maquina de Anestesia un promedio de tres días de estancia.



La unidad post anestésica atendió 226 pacientes con una estancia promedio en días de 524. En 2017. Lo que evidencia una ocupación de dos pacientes día, con una estancia por paciente de dos días en promedio.

### 1.1.1 Gestión del Riesgo

Se presentó un evento adverso relacionado con el envío de una muestra de Patología a Laboratorio Clínico para procesamiento de cultivo y no se envió muestra para Patología.

Mejora:

- Revisión soporte documental (procedimiento)
- Socializó y evaluó pertinencia

Durante el segundo semestre se reporta 13 eventos de Seguridad Relacionados con 4 Ulceras por Decúbito en Pacientes que quedan conectados a Maquina de anestesia o en la Unidad de Transito Rápido, tres eventos asociados a infección del sitio Quirúrgico operatorio, dos eventos relacionados con formulación y despacho de una nutrición parenteral para un paciente conectado a máquina de anestesia, dos eventos asociados a la administración de líquidos parenterales. Se generó formato para identificación del riesgo relacionado con: Farmacológicos Conciliación medicamentosa, Psicosociales, alergias, caídas, lesiones de piel y condición de discapacidad.

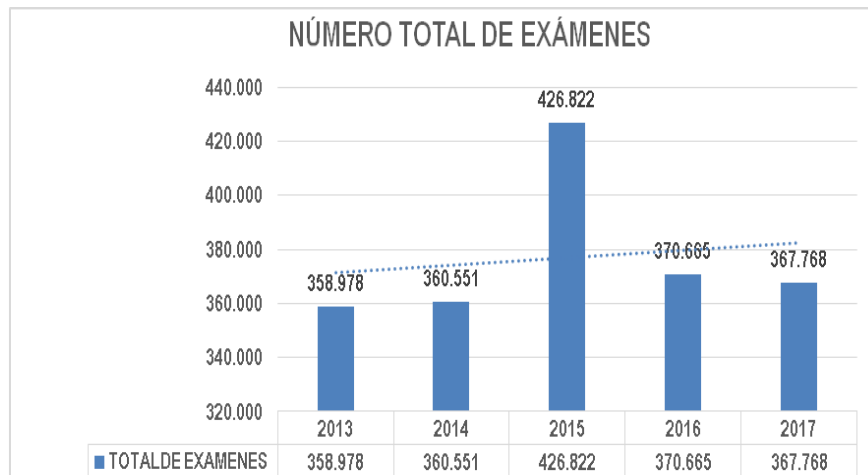
Se modificó la lista de chequeo de seguridad del Paciente incluyendo tiempo de administración de Antibiótico Profiláctico, se mide y se controla, igualmente los tiempos de pausa Quirúrgica. Se incluyó diagrama para no solo identificar el sitio operatorio cuando es contra lateralidad, secuencia o múltiple en el Paciente sino en un diagrama al respaldo de la lista de seguridad del Paciente Quirúrgico. Se implementó el proceso de Atención de Enfermería en recuperación individualizado de acuerdo al sistema comprometido. Se estableció una base de datos de identificación de Oportunidad Quirúrgica por paciente y por Especialidad que permite detectar la oportunidad y así mismo retroalimentar y agendar el procedimiento con la especialidad.

## CONCLUSIONES GENERALES INFORME 2017 UNIDAD QUIRURGICA

1. La Oferta de Quirófano de acuerdo a la Demanda y asignación de Bloques por especialidades, se ha cumplido, todo requerimiento de programación es atendido en un 100%.
2. Ortopedia que es la especialidad de mayor demanda se asignó en acuerdo con el servicio dos bloques Quirúrgicos de 24 horas /día quirófano. El cual se ocupa en un porcentaje del 95%.
3. Cirugía General solicita asignación de dos bloques uno para programada de doce horas día y uno para Urgencias, pero la proporción de ocupación no alcanza el 50%.
4. Las Urgencias Quirúrgicas se mantienen en un crecimiento relativo de un 4% respecto al 2015 y de un 8% respecto al 2016. se ha dado resolución a la demanda de solicitud de asignación de horas Quirófano de Urgencias en 24 horas, dependiendo la gravedad.
5. El seguimiento a programación se hace diaria, por caso y por especialidad pero en el momento la oportunidad Quirúrgica está a menos de 15 días, proceso apoyado por Auditoria concurrente.
6. El impacto que tiene convida en el proceso de demanda Quirúrgica es relevante e impacta severamente la programación Quirúrgica, lo que impide tener una asignación estandarizada y continúa en el tiempo con algunas especialidades: Oftalmología, Cirugía General, Plástica. Urología y Otorrino.
7. Definitivamente la relación entre el Diagnostico Quirúrgico, la autorización y la programación disminuye la cantidad de Pacientes hasta en un 60%, paciente que derivan a otras instituciones, o no son autorizados.
8. El hospital **UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA** en cuanto a la Atención Quirúrgica orienta sus esfuerzos hacia el cumplimiento de uno de los objetivos primordiales y básicos, la eficiencia de la oferta de servicios Quirúrgicos. Con una complejidad de tercer y cuarto nivel como cabecera de Red, y se observa en la realización de Cirugía electiva Hospitalizada que ha sido la más alta en los últimos cinco años.
9. Se evidencia la realidad de la caída de la demanda de complejidad media y baja derivada de la red dependiente del departamento en el corto y en el mediano plazo. Lo que impacto en el número de procedimientos, no así en la gestión financiera. Se castigó Cirugía ambulatoria en las especialidades: Cirugía general, Oftalmología y Urología cuya productividad fue menor al 50%. Comparado con los 5 años anteriores.
10. El Direccionamiento a nivel III Y IV de complejidad plantea retos frente al crecimiento sostenible, infraestructura, academia y gestión de recursos tecnológicos y humanos. Los cuales la institución ha venido fortaleciendo desde la gestión Directiva, generando confianza y fortaleciendo el proceso Quirúrgico.
11. La conversión del Hospital a un nivel IV de atención y su acreditación, representa una ventaja para desarrollar servicios estratégicos (centros de excelencia). Iniciando el Proceso con Neurocirugía.

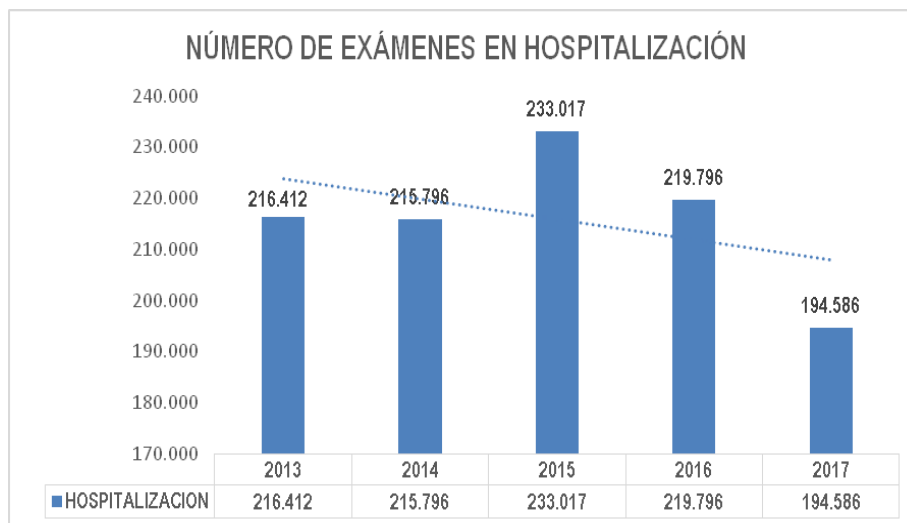
**1.3 GESTION DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO**

**PRODUCTIVIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO 2017**



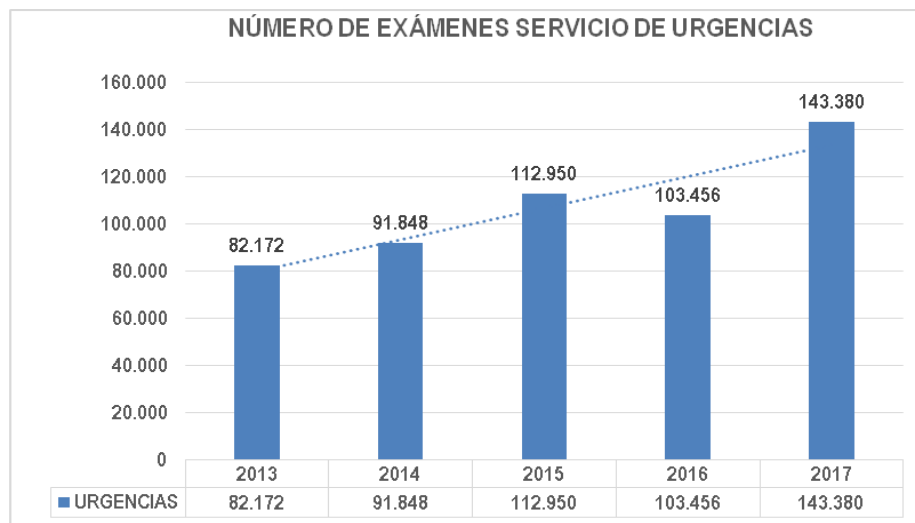
**Gráfica No. 1 (Fuente Labcore)**

Comparativamente durante el 2016 vs 2017 se observa un comportamiento similar solo se disminuye en un 0.8% en el volumen total de exámenes con respecto al 2016. Esta diferencia obedece a una disminución generada en el primer trimestre y dada por la disminución en la contratación de paciente ambulatorio. La relación número de exámenes por orden es de 3.6 en el 2016 y 3.7 en el 2017.



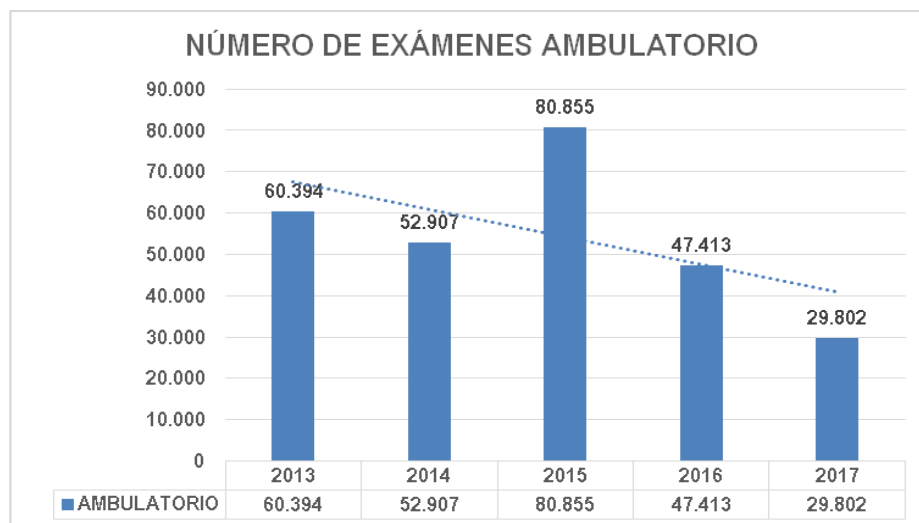
**Gráfica No. 2 (Fuente Labcore)**

En el servicio de Hospitalización se observa una disminución del 12 % en el 2016 vs el 2017. Puede ser generado por el aumento de estancia en urgencias por la demora en la autorización por parte de las EPS de la hospitalización.



**Gráfica No. 3 (Fuente Labcore)**

En el servicio de urgencias se observa un incremento del 39% en el 2017 vs el 2016. Ocasionado por la complejidad de las patologías y por las estancias prolongadas de los pacientes que requieren hospitalización o remisión.



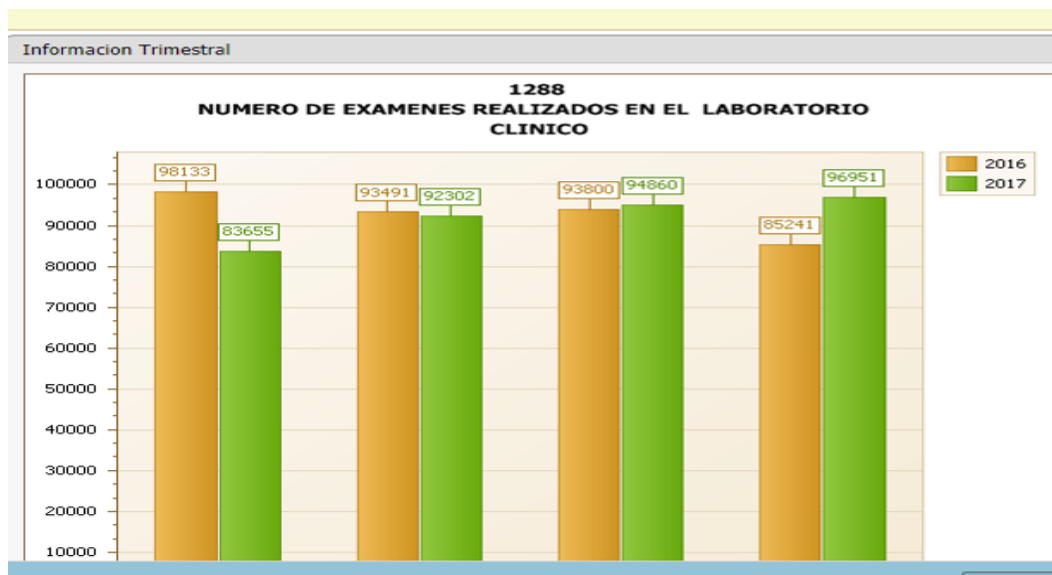
**Gráfica No. 4 (Fuente labcore)**

Se observa una disminución del 37 % en el número de exámenes en el 2017 frente al 2016. Generado por la disminución de contratos, la relación número de exámenes por orden que paso de 2.7 a 2.3. También se observa un incremento en la solicitud de exámenes de alta complejidad y costo.

**PRODUCTIVIDAD IV TRIMESTRE 2016-2017**

Durante el cuarto trimestre de 2017 se observa un incremento del 13% frente al 2016. (Gráfica No. 5 Y TABLA No. 1) (INDICADOR 1288 del TUCI)

**Gráfica No. 5 (FUENTE TUCI)**



Gráfica No. 6 (FUENTE TUCI)

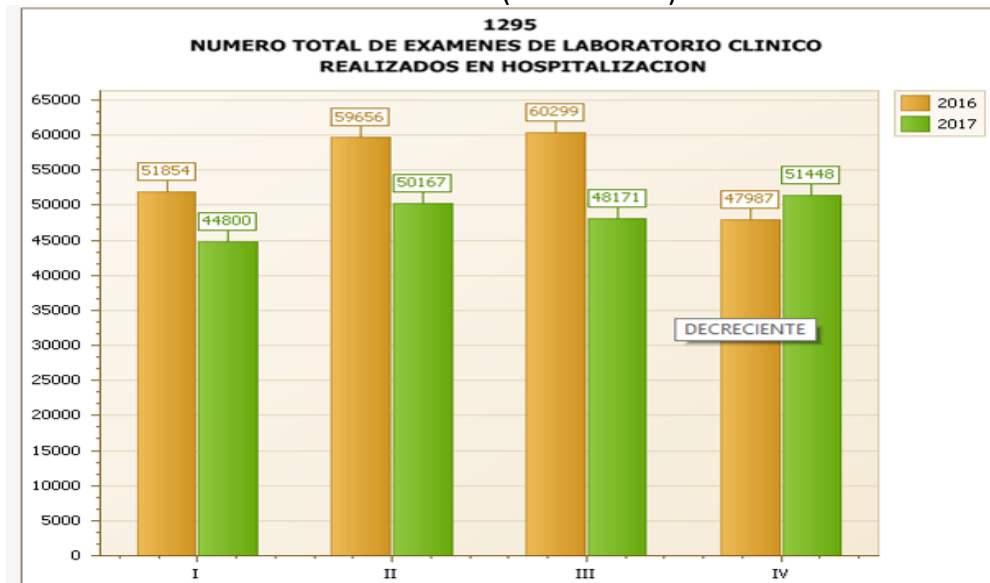


TABLA NO. 1

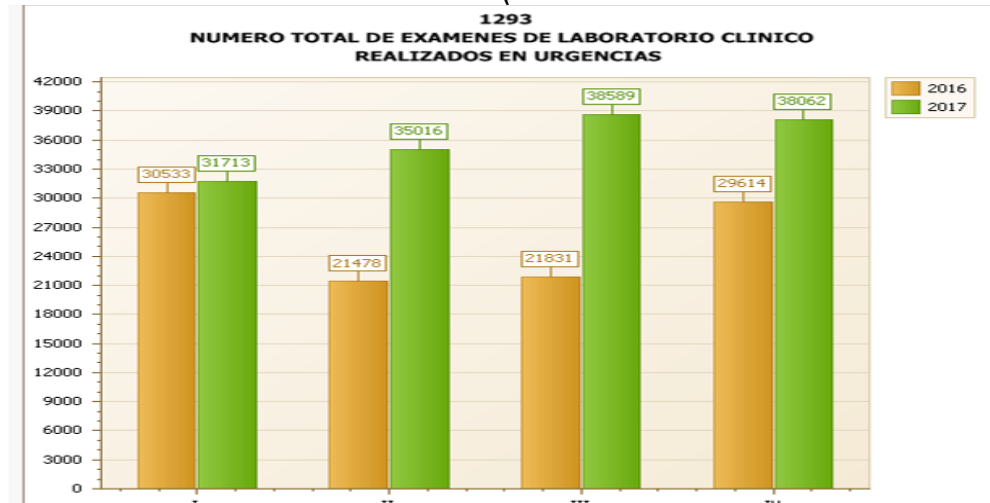
TRIMESTRE	2016	2017
I	94.328	83.655
II	93.491	92.302
III	93.800	94.860
IV	85.241	96.951

El servicio con mayor utilización del Laboratorio Clínico es Hospitalización. (Gráfica No. 6), seguido por urgencias y con una menor participación Ambulatorio. La mayor participación en el Laboratorio Clínico del Servicio de



Hospitalización, con un 53 % del total de exámenes de laboratorio, siendo la Unidad de Cuidados intensivos el servicio con mayor número de solicitudes.

Gráfica No. 7 (FUENTE TUCI)



La participación del servicio de urgencias corresponde a un un 38%. (Gráfica No.7)

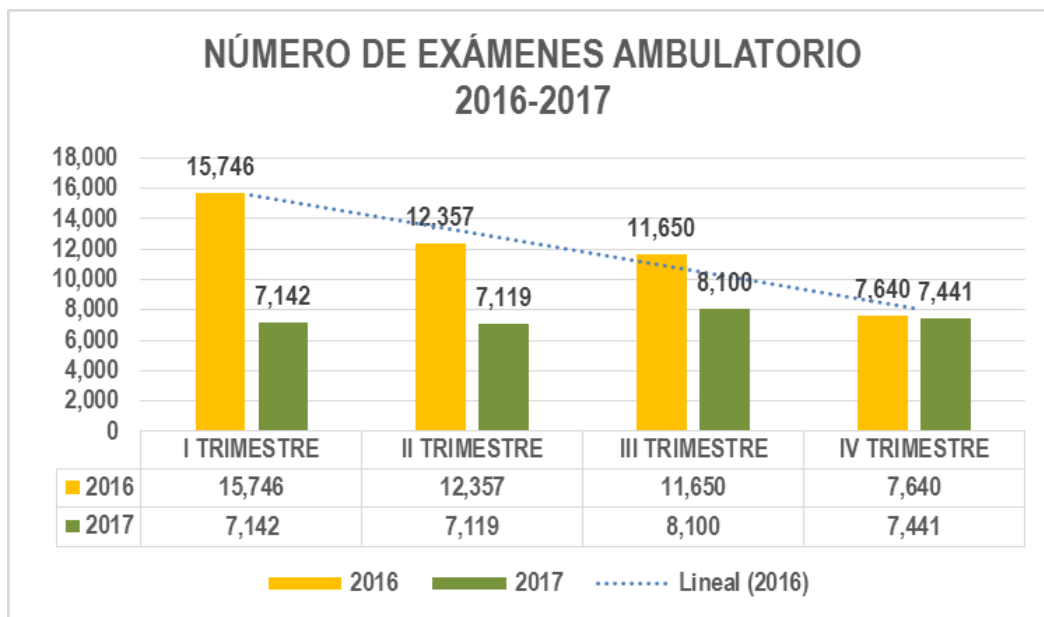
Es de anotar que el volumen de urgencias 2017 con respecto al 2016 se ha ido incrementando progresivamente y que se ve reflejado en el IV trimestre con un incremento del 44%. Esto obedece a la alta complejidad y patologías de nuestra Institución. (GRÁFICA No. 7 y TABLA No. 2)

TRIMESTRE	URGENCIAS 2016	URGENCIAS 2017	HOSPITALIZACIÓN 2016	HOSPITALIZACION 2017
I	30.533	31.713	51.854	44.800
II	21.478	35.016	59.656	50.167
III	21.831	38.589	60.299	48.171
IV	29.614	38.062	47.987	51.448

TABLA NO. 2

Con relación a Número de exámenes de ambulatorio se observa una disminución durante el 2017, en un 8%. Es importante resaltar que a pesar de que el volumen de exámenes de ambulatorios disminuyo, la complejidad de los mismos se incrementa. Las EPS autorizan solo los exámenes de alto costo, exámenes especiales. Que ninguna otra institución tiene en su portafolio. (Tabla No. 3, Gráfica No. 8)

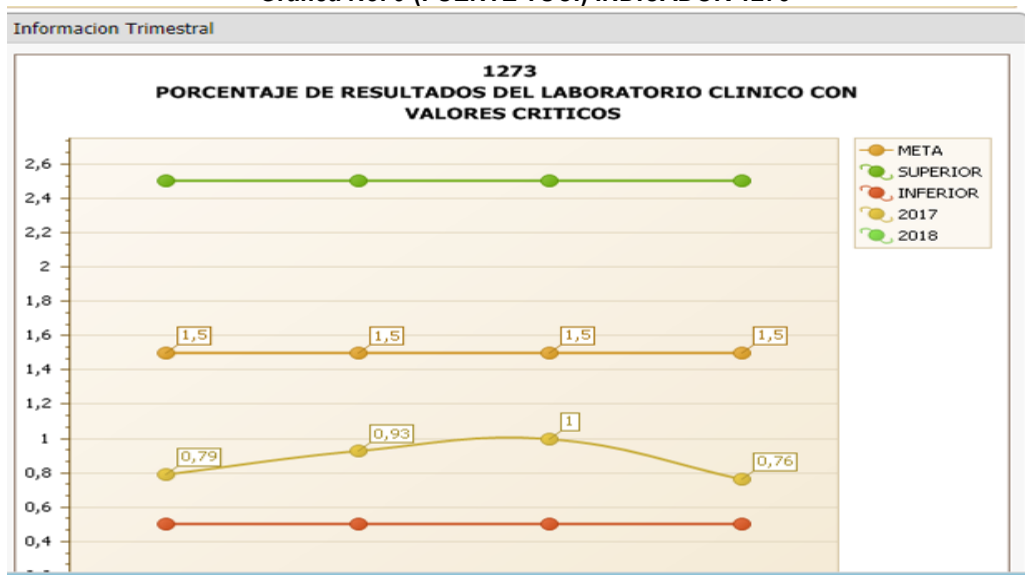
TRIMESTRE	AMBULATORIO 2016	AMBULATORIO 2017
I	15.746	7.142
II	12.357	7.119
III	11.650	8.100
IV	7.640	7.441



Gráfica No. 8

INFORME DE VALORES CRITICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

Gráfica No. 9 (FUENTE TUCI) INDICADOR 1273



Dando continuidad a los planes de mejora el Laboratorio Clínico reporta a los diferentes servicios los exámenes con resultados críticos de manera oportuna (15 minutos después de validada la prueba), con el fin de generar impacto a nivel institucional se hace entrega de la base de datos generada con los reportes críticos para que desde el servicio de hospitalización, urgencias y ambulatorio se haga el correspondiente seguimiento, tomando una muestra y verificando por historia clínica el seguimiento y tratamiento prestado al paciente.

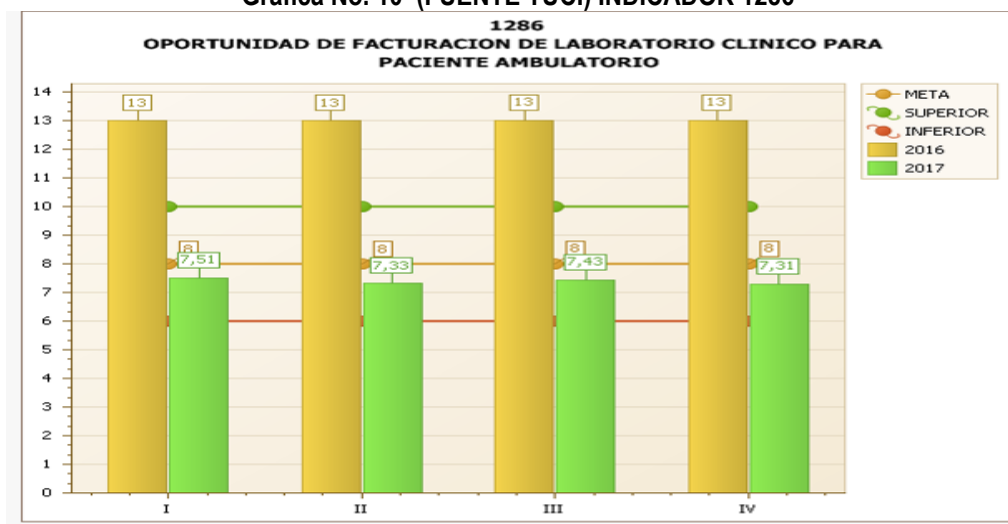
En el servicio ambulatorio se llama inmediatamente al paciente y se direcciona a urgencias con el fin de ser atendido. Se entrega informe trimestral a las diferentes áreas con el fin de realizar el análisis y verificar impacto en la atención. El comportamiento del indicador está determinado por dos factores importantes uno es la cultura del reporte por parte del Laboratorio Clínico a los diferentes servicios y el segundo factor por las patologías, comorbilidades de nuestros pacientes y la complejidad de nuestra institución que puede generar que un incremento. Para el 2018 se hará una modificación de la meta, debido a que los datos obtenidos han estado por debajo de la misma y se han mantenido entre el límite inferior y la media.

### OPORTUNIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO

El laboratorio Clínico realiza las mediciones de oportunidad de:

#### OPORTUNIDAD DE FACTURACION DEL PACIENTE AMBULATORIO

**Gráfica No. 10 (FUENTE TUCI) INDICADOR 1286**

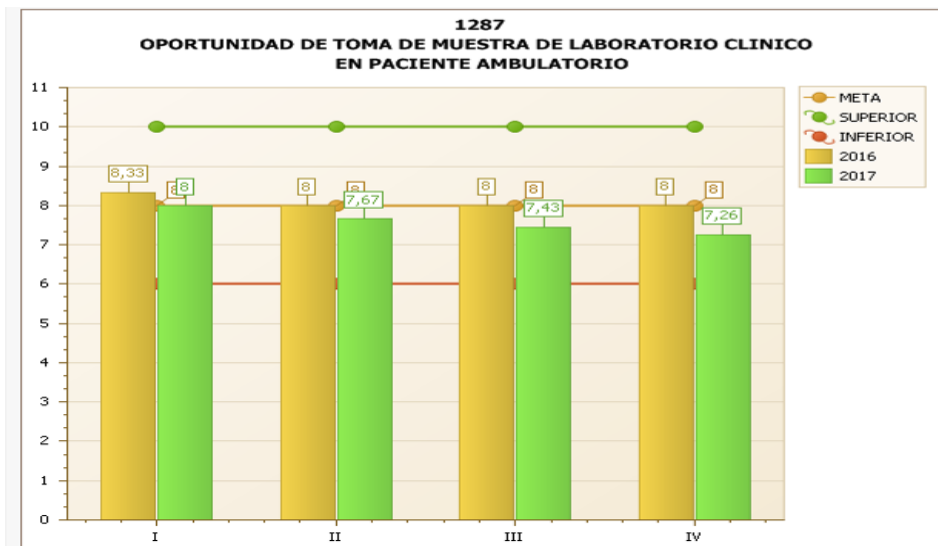


Se observa una disminución debido al bajo volumen de atención de pacientes ambulatorios, por otra parte a partir de enero de 2017 la medición se está realizando por digiturno, anteriormente se realizaba de manera manual. En el 2016 se mantenía un tiempo de 13 minutos en la actualidad se encuentra en 7.4 minutos. Tiempo que se ha mantenido constante en el 2017.

#### OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN TOMA DE MUESTRAS DE MUESTRAS A PACIENTE AMBULATORIO

Este tiempo se mide desde que el paciente factura hasta el momento en que se realiza la toma de las muestras.

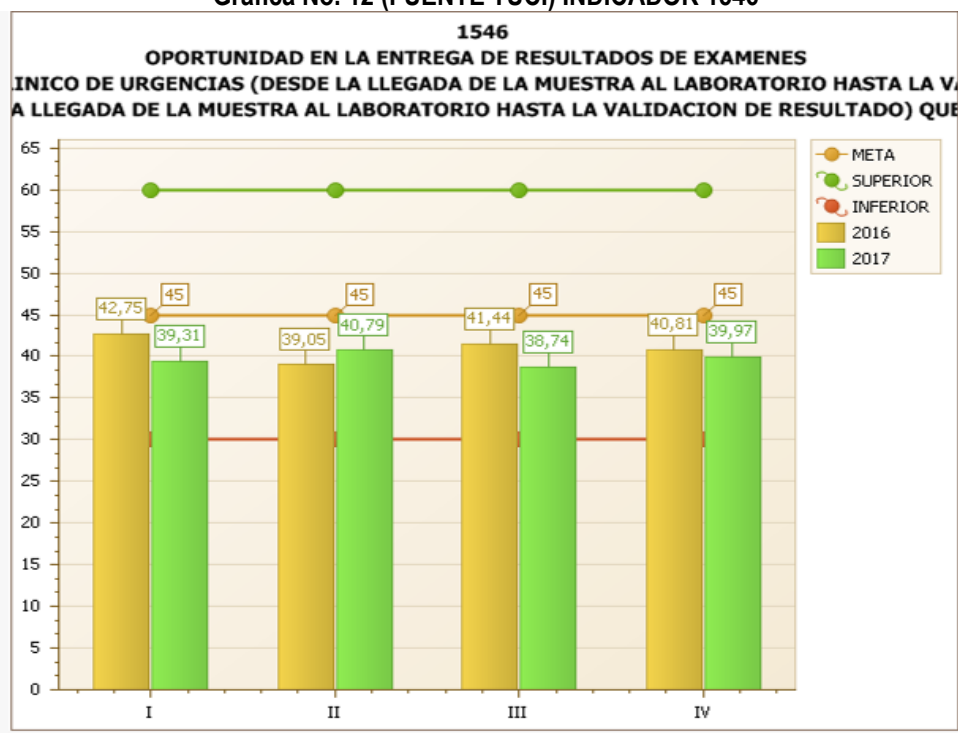
**Gráfica No. 11 (FUENTE TUCI) INDICADOR 1287**



Este tiempo ha sido constante, es el tiempo mínimo en la toma de muestras. En el IV TRIMESTRE DE 2017 se encontró en 7.4 minutos

**OPORTUNIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

Gráfica No. 12 (FUENTE TUCI) INDICADOR 1546

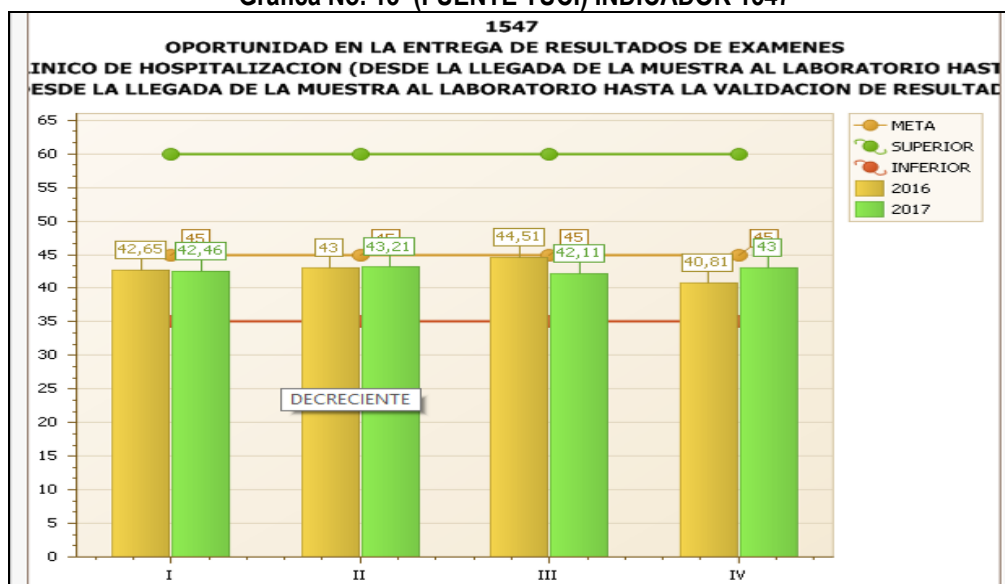


La oportunidad desde que llega la muestra al Laboratorio hasta la validación del examen se encuentra en 39 minutos. Pero debemos trabajar en coordinación con el servicio de urgencias para mejorar la oportunidad global, dado que se evidencia que el mayor tiempo de demora se encuentra entre la solicitud y la llevada de la muestra al Laboratorio.

El Tiempo desde que se genera la orden de solicitud hasta que se valida el resultado que se encuentra entre 4 y 4.5 horas. Pese a las acciones que se describieron en los informes anteriores se debe seguir trabajando y coordinando con el servicio de urgencias con el fin de generar impacto en los tiempos globales, esta es una oportunidad de mejora dejada por ICONTEC en la visita de Acreditación, para lo cual se sugiere contar en los tres turnos con personal de enfermería dedicado solo a toma de muestras y verificaciones de la fase pre-analítica.

**OPORTUNIDAD EN EL LABORATORIO CLINICO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION**

**Gráfica No. 13 (FUENTE TUCI) INDICADOR 1547**



El tiempo desde que llega la muestra al laboratorio hasta la validación se encuentra en 43 minutos. Sin embargo en caso de requerir el examen de manera urgente el médico debe seleccionar la prioridad urgente con el fin de tomar las muestras dentro del tiempo acordado. De acuerdo a las oportunidades de mejora planteadas por ICONTEC, las oportunidades globales de hospitalización y en especial de la UCI deben mejorar, por tal motivo al igual que en urgencias debemos en conjunto revisar las acciones a tomar y que se genere impacto.

**PQRS**

En el cuarto trimestre de 2017 no se presentan PQRS en el servicio de Laboratorio Clínico y se recibe unas felicitaciones por la atención del personal profesional y auxiliar. Para el IV trimestre evaluado el 100% de los encuestados califico "Definitivamente Si" recomendaría a sus familiares, en relación con el trimestre anterior. Se Mantuvo en el 100%.

**PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO (PUMP)**

En el Apoyo Diagnóstico se describieron 7 hallazgos a considerar en el PUMP. Se tiene el siguiente cumplimiento con cierre al 31 de diciembre de 2017

No. HALLAZGO	% CUMPLIMIENTO
1.	100% ESTADO CERRADO
2.	100% ESTADO CERRADO



3.	100% ESTADO CERRADO
4.	100% ESTADO CERRADO
5.	20% ESTADO EN DESARROLLO
6.	100% ESTADO CERRADO
7.	100% ESTADO CERRADO

SEGUIMIENTO

AVANCE	93%
CUMPLIMIENTO	86%
CIERRE A 31 DE DICIEMBRE DE 2017	86%

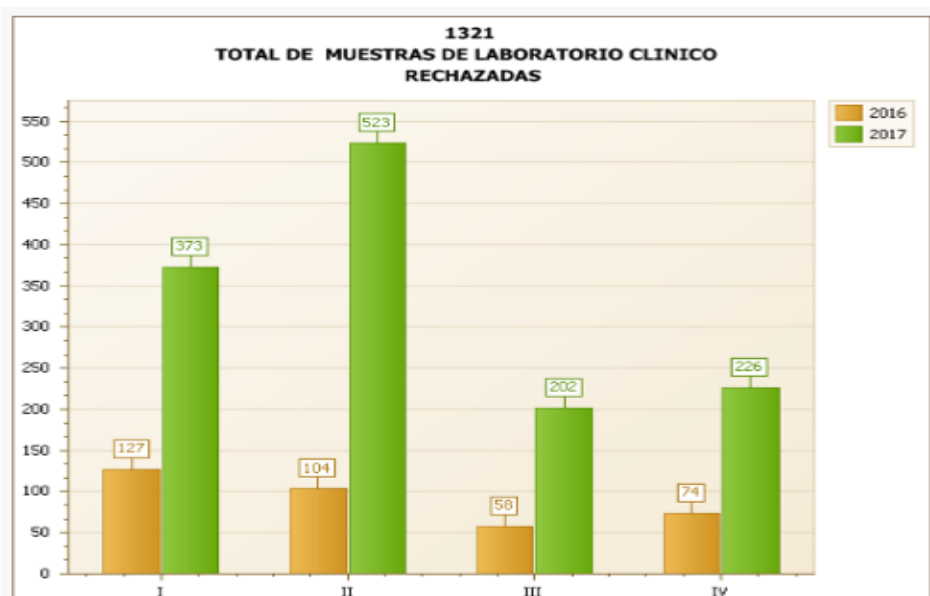
GESTION DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

TABLA 3

PROCESO	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	TIPO DE CONTROL	PONDERACIÓN DEL CONTROL	Indicador
APOYO DIAGNÓSTICO	Generar resultados de apoyo diagnóstico de manera oportuna y segura, que permita la toma de decisiones	Generar resultados incorrectos e inoportunos	<p>Quién: Auxiliar de recepción de muestras de apoyo diagnóstico.</p> <p>Cuándo: Llega una muestra al proceso</p> <p>Qué: Verifica la calidad de la muestra (Técnica y de identificación)</p> <p>Cómo: Revisando H.C. del paciente que coincide con la muestra y verificando de forma visual la calidad de la misma</p> <p>Para qué: Garantizar un adecuado resultado</p> <p>Medio de Verificación: Muestra con Check-In</p>	PREVENTIVO	50%	Número de muestras rechazadas
			<p>Quién: Profesional del Proceso de Apoyo Diagnóstico</p> <p>Cuándo: Cada que procese o manipule una muestra</p> <p>Qué: Revisar que este debidamente identificada y que cumpla con la calidad técnica</p> <p>Cómo: Revisando resultados generados, concordancia de históricos y revisión de H.C.</p> <p>Para qué: No se genere un reporte incorrecto</p> <p>Medio de Verificación: Validación y generación de resultados.</p>	PREVENTIVO	50%	Productos no conformes

Se determinó la descripción del riesgo en el servicio de Apoyo Diagnóstico: “**GENERAR RESULTADOS INCORRECTOS E INOPORTUNOS**”. Se cuenta con controles preventivos y se describen dos indicadores a saber:

1. TOTAL DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO RECHAZADAS



Gráfica No. 14 (FUENTE TUCI)

Se observa en el 2017 un incremento del rechazo de muestras ocasionado por la cultura del reporte, adicionalmente desde LABCORE se genera una aplicación en el que se registran todos los rechazos de muestras realizando un mejor reporte y clasificación de los rechazos. Por tal motivo iniciamos con otra etapa y es la de detectar la mayor causa de rechazo y realizar el seguimiento y adherencia a los procesos para definir si son incidentes o Eventos adverso y tomar las medidas preventivas correspondientes. Se implementa la medición.

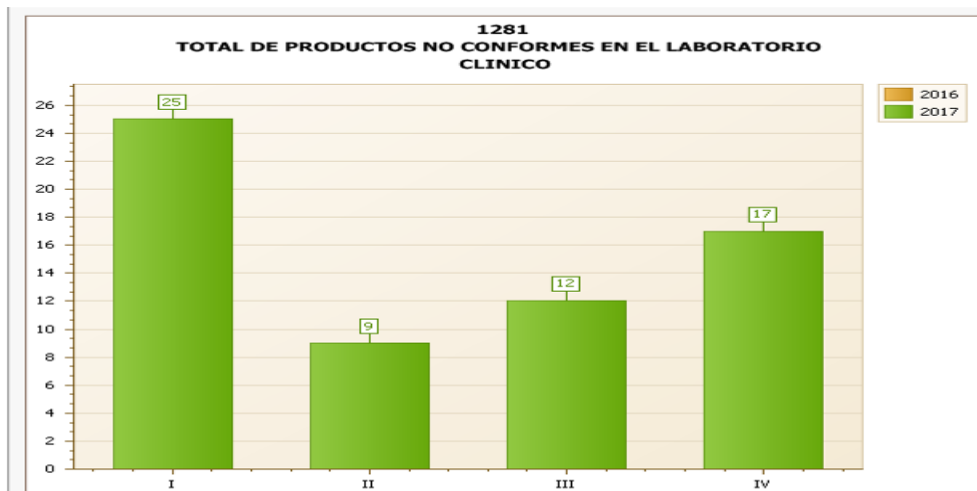
## 2. TOTAL DE PRODUCTOS NO CONFORMES EN EL LABORATORIO CLÍNICO

Iniciamos la medición en enero de 2017 y en el IV TRIMESTRE DE 2017 se detectaron 17 a los cuales se les realiza el correspondiente seguimiento y análisis con el fin de minimizar las ocurrencias.

Los productos no conformes definidos en el Laboratorio Clínico son 9 a saber:

1. Errores en identificación del paciente en la factura
2. Exámenes mal facturados (nombre o cantidad)
3. Paciente inconforme o insatisfecho en la atención de toma de muestras
4. Errores en identificación de la muestra en paciente ambulatorio
5. Errores en la muestra por fallas de calidad de la misma
7. Reporte de apoyo diagnóstico erróneo
8. Reporte de apoyo diagnóstico inoportuno
9. Errores en la entrega de resultado (incompleto o equivocado)

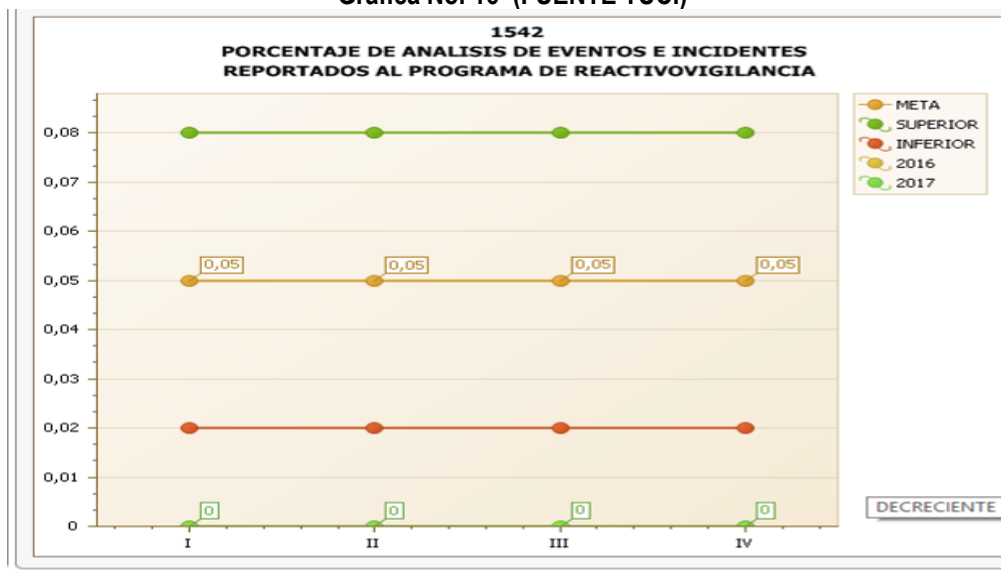
Gráfica No. 15 (FUENTE TUCI)



**PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA**

Durante el IV trimestre de 2017 no se presentaron Eventos adversos por reactivovigilancia. Los indicadores considerados en el MANUAL DE REACTIVO VIGILANCIA se encuentran disponibles en el TUCI  
Porcentaje de cumplimiento del 100%

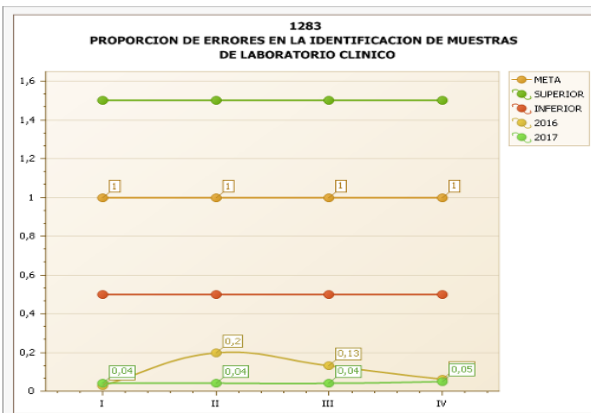
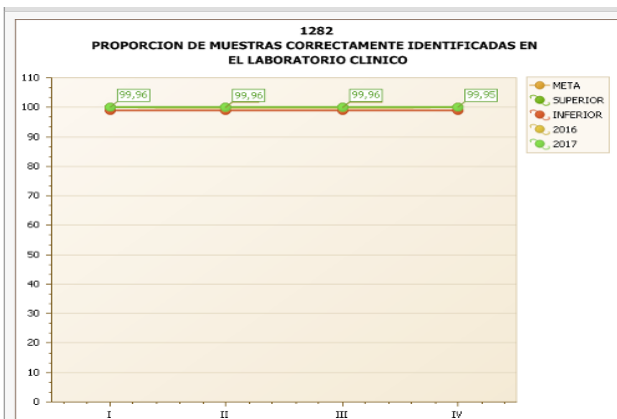
**Gráfica No. 16 (FUENTE TUCI)**



**PAQUETE INSTRUCCIONAL PARA GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DE PACIENTES Y MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO**

**Gráfica No. 17-18 (FUENTE TUCI)**

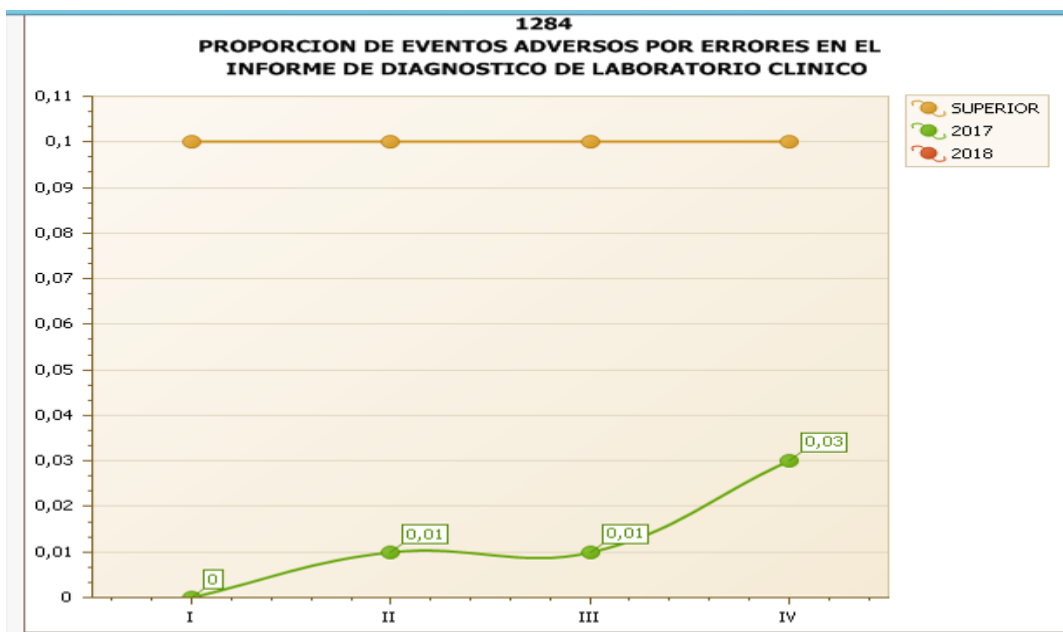




Los indicadores se encuentran en el TUCI (INDICADORES 1282- 1283). Se observa que de 13.340 muestras tomadas en el cuarto trimestre del 2017, se detectaron 4 muestras con errores en la identificación que corresponde a un 0.03%. Es un porcentaje que a pesar de ser bajo debemos hacerle seguimiento dado el impacto que puede ocasionar. Se cuenta con las barreras para detectar este tipo de incidentes.

Adicionalmente se genera el indicador de Eventos Adversos por errores en el informe diagnóstico de Laboratorio Clínico

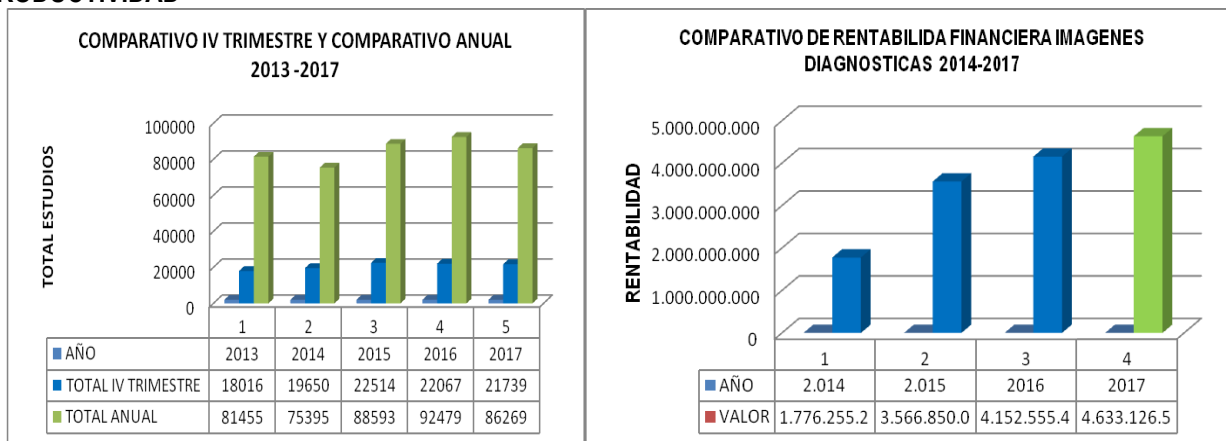
En el IV trimestre de 2017 se reporta un evento adverso al cual se le realizó el correspondiente análisis (ANCLA), se socializó en el Laboratorio Clínico. Se observa una proporción de 0.01. Corresponde a un paciente de 8.146 pacientes en el cuarto trimestre de 2017. Se hacen las socializaciones y se conocen las barreras para evitar que este tipo de Eventos ocurran.



Gráfica No. 17 (FUENTE TUCI)

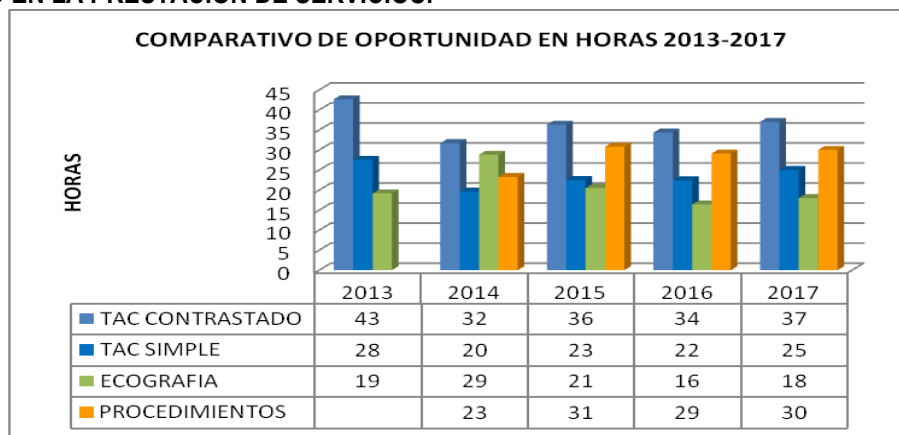
## 1.4 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

**PRODUCTIVIDAD**



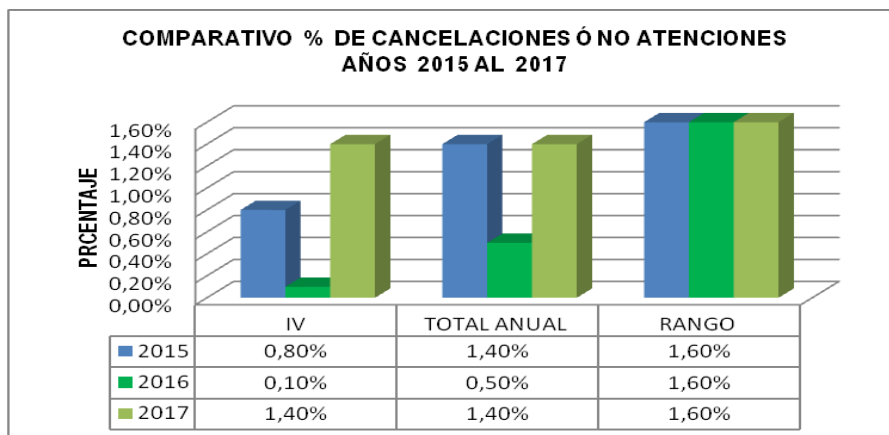
En el comparativo general por número de estudios realizados se refleja una disminución del 7% , en la productividad general, esta disminución se da por las modalidades de Ultrasonido, Doppler y Rx convencional; sin embargo las modalidades correspondiente al nivel de complejidad de la institución aumentaron sustancialmente como son procedimientos intervencionistas con un 23%, tac con un 6%, resonancia magnética 46%, procedimientos menores 48% y hemodinámica 6%; esto es coherente con el aumento en la rentabilidad del proceso de imágenes Diagnosticas frente a los años anteriores; Este comportamiento se refleja en las áreas hospitalarias, urgencias, y ambulatoria dado a los esfuerzos institucionales enfocados a prestar servicios de alta complejidad.

**OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:**



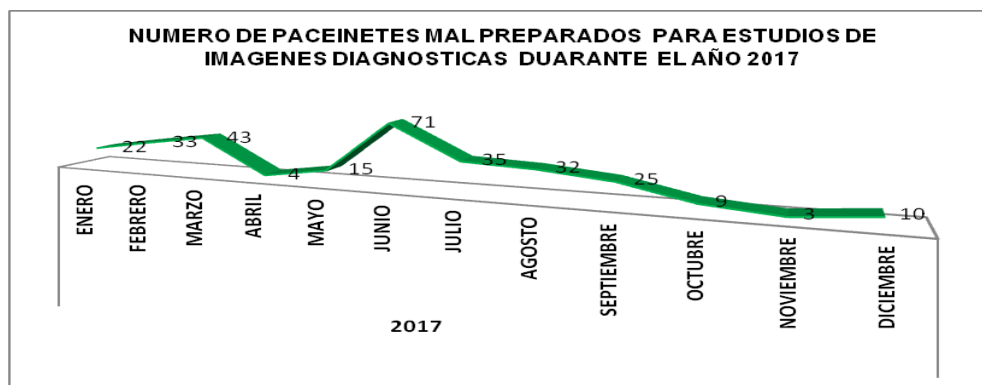
En el comparativo de oportunidad se refleja un aumento en promedio de dos horas para las diferentes modalidades , este resultado está medido desde la generación de la orden hasta la generación del resultado , el aumento está relacionado con el aumento de la productividad para las áreas de intervencionismo , Tomografía y por una falla técnica en los meses de Noviembre y Diciembre con el sistema de información RIS que retrasó el tiempo de soporte de los estudios en aproximadamente 12 horas lo cual generó tiempos prolongados en el último trimestre del año , sin embargo a través del año se realizaron diferentes actividades como la formalización de asignación de citas para los pacientes hospitalizados y de urgencias, ajustes en los procedimientos de programación , reasignación de funciones y puestos de trabajo para cobertura de la programación y a nivel directivo la evaluación para la cobertura con médico Radiólogo durante horario diurno los fines de semana para la vigencia de 2018 .

**PORCENTAJE DE CANCELACIONES:**



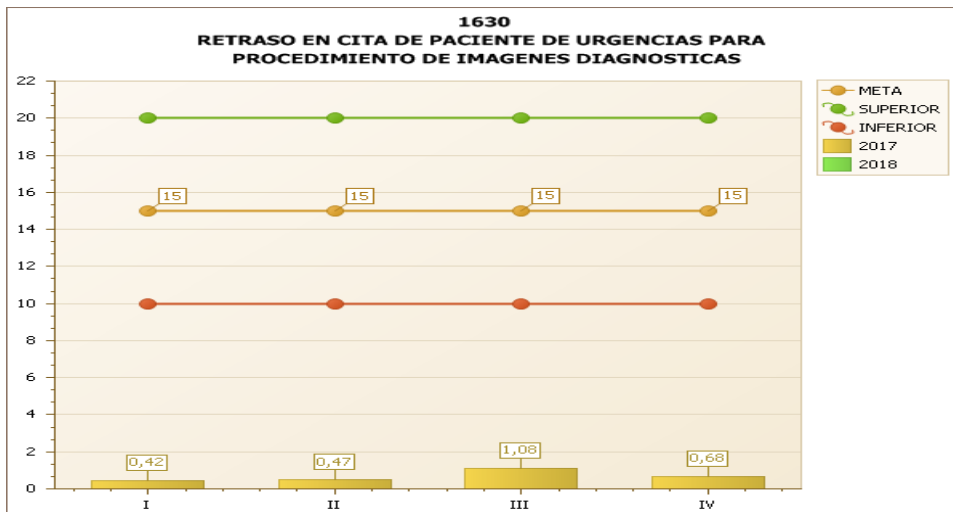
El dato del indicador corresponde a porcentaje de estudios cancelados durante el trimestre y el total de estudios cancelados en el año, para este indicador que aunque no ha sobre pasado la meta se implementaron acciones correspondientes a la sistematización del mismo por medio del sistema de información, ajuste de las variables alineadas a los servicios ambulatorios, ajustes a procedimientos e implementación de pautas de preparación; el aumento para el año 2017 está dado al mejoramiento de la captura de las variables .

**NOVEDADES DE PREPARACIÓN**



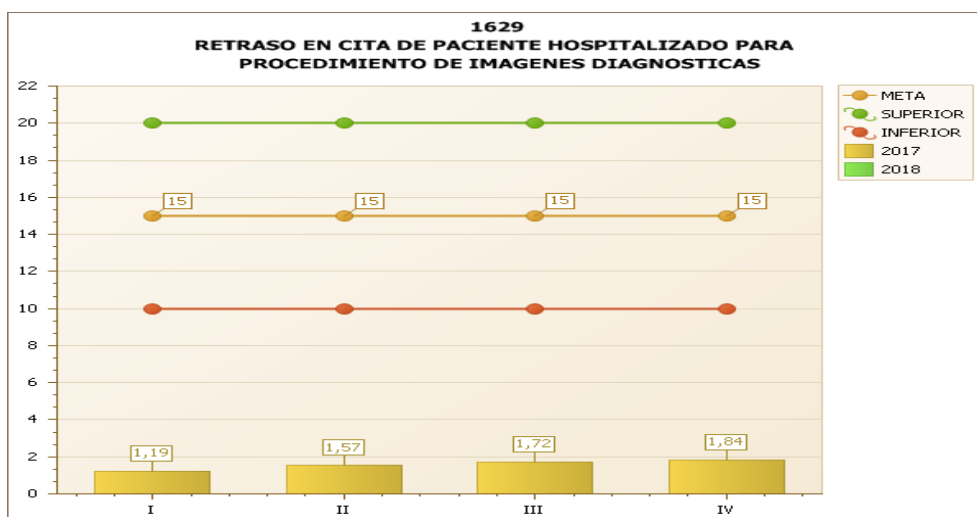
Para el año 2017 se da inicio a la medición de este indicador, por requerimiento de acreditación, se realizaron actividades como definición de las variables, diseño de herramienta de medición implementada en cada una de las salas de procedimientos, documentación y socialización de pautas de preparación, se realizo la captura de 302 pacientes donde las variables mas repetitivas corresponden a insuficiente agua, condición clínica del paciente y retraso en cita. Para el año 2018 se reforzara la captura del indicador ya que se evidencio en algunas mediciones que no se está registrando el total de las novedades de preparación debido a una falla en el aplicativo la cual ya se solucionó, se generara la línea base y el reporte trimestral del mismo.

**RETRASO EN CITA PACEINTE PROGRAMADO EN URGENCIAS**



El tiempo de retraso en cita para el servicio de urgencias para el IV Trimestre es de 1 hora, en la actualidad se continua con la programación de pacientes para las modalidades de procedimientos y TAC.

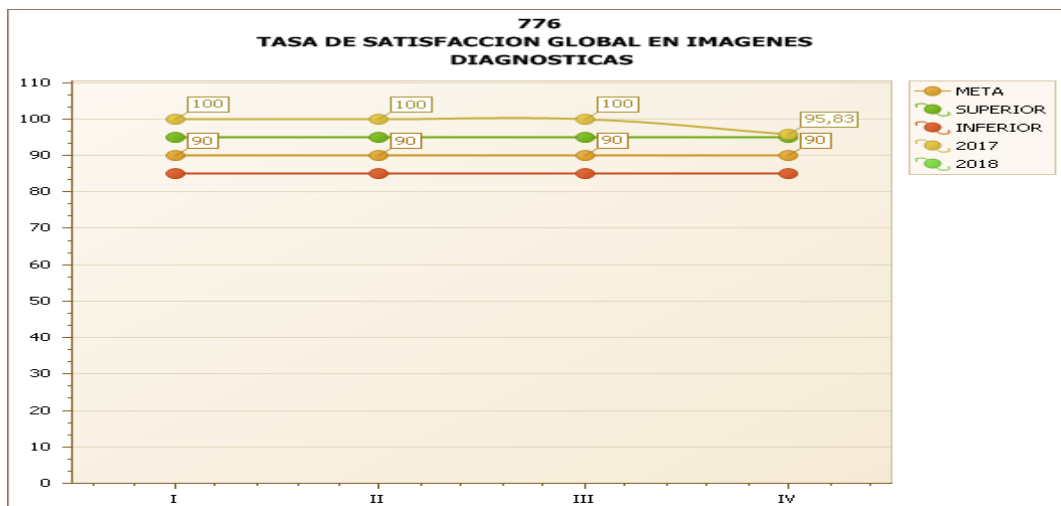
**RETRASO EN CITA PACEINTE PROGRAMADO DE HOSPITALIZACIÓN**



El tiempo promedio de retraso en cita en promedio para los pacientes hospitalizados es de 2 horas, se continúa realizando la programación formal de los pacientes de las mismas modalidades TAC y Procedimientos intervencionistas.

**P.Q.R:**

**Tasa de satisfacción en Imágenes Diagnosticas**



En el trimestre evaluado el mayor porcentaje de los usuarios indican que se sintieron satisfechos con la atención recibida en el hospital, en relación con el trimestre anterior Disminuyo teniendo en cuenta que UN usuario indico no estar satisfecho por demora en la entrega de resultados y tiempos de espera

#### PLANES UNICOS DE MEJORA PUM

##### PUM:

Avance: 77%

Cumplimiento: 73%

Cierre de ciclo: 67%

##### OPORTUNIDADES DE MEJORA ABIERTAS PUM:

###### Las actividades mocionadas pasaran al PUM 2018

Actualización de los procedimientos técnicos existentes

Documentación de los procedimientos técnicos para la modalidad de resonancia

Medir la adherencia al manual e calidad de imagen

Demora en a la respuesta telefónica para la solicitud de los procedimientos ambulatorios

##### OPORTUNIDADES DE MEJORA CERRADAS:

Actualización de los procedimientos de imágenes diagnosticas

Estandarización de la entrega de resultados críticos

Socialización de encuestas de satisfacción

Socialización de política de seguridad del paciente, realización de taller de reporte de novedades, seguimiento de

Novedades de seguridad del paciente

Actualización de licencia de funcionamiento a equipos emisores de radiación ionizante

Actualización, socialización, implementación y medición a la aplicación de listas de chequeo

Actualización y documentación de formatos en imágenes diagnosticas

Actualización de metodología de programación a pacientes hospitalizados y de urgencias

Medición de retraso en cita

Identificación de pacientes con mala preparación.

#### PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Se Tomaron acciones correctivas en Las PQR mas repetitiva y se incluyeron dentro del PUM , La cual corresponde a demora en repusta telefonica para la asu¿ignación decitas , ya se definio que se colocara una line ade call center en la recepción de imágenes diagnosticas con el fin de contar incialmentes con estadisticas que no sdmuestren la s verdadderas caussa de abandono o demora ya que por medio d el alienea actua no se puede dar captura al ainformación ni seguimiento dela mismas .

### **GESTION DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Se realizo para el año 2017 la actualización de la matriz de riesgos de Imágenes Diagnostiicas a la nueva versión priorizando tres riesgos :

- Aumento de la posibilidad Extravasación de medio de contraste
- Aumento de la probabilidad de sobre irradiación .
- Aumento de los tiempos de Oportunidad en los tiempos de atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas

## **1.5 BANCO DE SANGRE**

	2013	2014	2015	2016	2017	VARIACION			
						2013- 2017	2014- 2017	2015- 2017	2016-2017
<b>BANCO DE SANGRE</b>									
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	49	34	43	48	51	4%	50%	19%	6%
DONANTES ATENDIDOS	3239	2502	2770	2662	2952	-9%	18%	7%	11%
UNIDADES RECOLECTADAS	2579	2036	2225	2235	2452	-5%	20%	10%	10%
UNIDADES PROCESADAS	2521	2007	2225	2235	2452	-3%	22%	10%	10%
<b>UNIDADES PRODUCIDAS</b>	<b>6693</b>	<b>5162</b>	<b>5629</b>	<b>5411</b>	<b>6460</b>	<b>-3%</b>	<b>25%</b>	<b>15%</b>	<b>19%</b>
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	34	24	0	0	0	-29%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	2521	2007	2185	2201	2427	-4%	21%	11%	10%
UNIDADES DE PLAQUETAS	1651	1294	1396	991	1651	0%	28%	18%	67%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	328	176	47	241	383	17%	118%	715%	59%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	2193	1685	2001	1944	1975	-10%	17%	-1%	2%
<b>UNIDADES ADQUIRIDAS</b>									
<b>POR PRESTAMO O CANJE</b>	<b>55</b>	<b>263</b>	<b>130</b>	<b>114</b>	<b>290</b>	<b>427%</b>	<b>10%</b>	<b>123%</b>	<b>154%</b>
<b>COMPRADAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>UNIDADES TRANSFUNDIDAS BOGOTA</b>	<b>1996</b>	<b>1911</b>	<b>1932</b>	<b>1813</b>	<b>2142</b>	<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>11%</b>	<b>18%</b>
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	1049	905	713	778	871	-17%	-4%	22%	12%
UNIDADES DE PLAQUETAS	388	542	625	560	643	66%	19%	3%	15%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	60	52	68	49	147	145%	183%	116%	200%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	399	318	402	333	377	-6%	19%	-6%	13%
OTRAS UNIDADES GR FILTRADOS	100	94	124	93	104	4%	11%	-16%	12%
<b>UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR SERVICIO</b>									
URGENCIAS	170	131	182	215	146	-14%	11%	-20%	-32%
GINECOLOGÍA	36	51	34	59	108	200%	112%	218%	83%
OBSTETRICIA	57	30	24	39	29	-49%	-3%	21%	-26%
NEONATOLOGÍA, UCI NEONATAL	20	26	29	16	14	-30%	-46%	-52%	-13%
UCI ADULTOS	638	400	547	581	340	-47%	-15%	-38%	-41%
CIRUGÍA VASCULAR	31	6	12	39	150	384%	2400%	1150%	285%
CIRUGÍA PLÁSTICA	22	9	21	7	13	-41%	44%	-38%	86%
CIRUGÍA GENERAL	413	440	285	370	514	24%	17%	80%	39%
NEUROCIURUGÍA	13	2	16	6	11	-15%	450%	-31%	83%
UROLOGÍA	183	6	4	19	20	-89%	233%	400%	5%
ORTOPEDIA	0	109	69	69	73	0	-33%	6%	6%
MEDICINA INTERNA	413	636	365	393	715	73%	12%	96%	82%
UNIDAD RENAL	0	0	0	0	7	0	0	0	0!
<b>TOTAL</b>	<b>1996</b>	<b>1846</b>	<b>1588</b>	<b>1813</b>	<b>2140</b>	<b>7%</b>	<b>16%</b>	<b>35%</b>	<b>18%</b>

No UNIDADES CRUZADAS	1475	1350	1106	1251	1366	-7%	1%	24%	9%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	410	393	347	366	402	-2%	2%	16%	10%
UF ZIPAQUIRA	186	55	154	227	0	-100%	-100%	-100%	-100%
UNIDADES VENDIDAS	0	0	231	673	506	0	0	119%	-25%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	410	409	347	366	402	-2%	-2%	16%	10%
<b>TRANSFUSIONES FACTURADAS BOGOTA</b>	<b>2207</b>	<b>1846</b>	<b>1588</b>	<b>1813</b>	<b>2140</b>	<b>-3%</b>	<b>16%</b>	<b>35%</b>	<b>18%</b>
<b>TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS</b>	<b>1136</b>	<b>2017</b>	<b>2807</b>	<b>2434</b>	<b>3587</b>	<b>216%</b>	<b>78%</b>	<b>28%</b>	<b>47%</b>
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	925	1061	828	443	782	-15%	-26%	-6%	77%
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	211	206	134	468	0	122%	127%	249%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	0	36	10	0	0	0	-100%	-100%	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	0	199	136	44	165	0	-17%	21%	275%
OTRAS UNIDADES	211	510	39	0	32	-85%	-94%	-18%	0
<b>TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1588</b>	<b>1813</b>	<b>2140</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35%</b>	<b>18%</b>
<b>UNIDADES DESECHADAS BOGOTA POR</b>	<b>1634</b>	<b>0</b>	<b>726</b>	<b>992</b>	<b>1613</b>	<b>-1%</b>	<b>0!</b>	<b>122%</b>	<b>63%</b>
VENCIMIENTO	92	0	0	0	217	136%	0!	0	10%
REACTIVIDAD	293	0	218	86	122	-58%	0	-44%	42%
ALMACENAMIENTO INADECUADO	57	0	110	132	173	204%	0	57%	31%
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE	1192	0	200	94	89	-93%	0	-56%	-5%
OTROS	0	0	198	680	1012	0	0	411%	49%
<b>HORAS PROFESIONAL PROGRAMADAS</b>	<b>4072</b>	<b>4091</b>	<b>4719</b>	<b>4908</b>	<b>7854</b>	<b>93%</b>	<b>92%</b>	<b>66%</b>	<b>60%</b>
PRODUCTOS POR UNIDAD PROCESADA	2,7	2,6	2,5	2,4	2,6	-5%	-2%	-4%	9%
% DE CONSUMO INTERNO GLOBULOS	46%	50%	38%	40%	40%	-16%	-23%	3%	2%
% DE DESPACHO EXTERNO GLOBULOS	37%	53%	38%	20%	32%	3%	-28%	-47%	60%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	30	37	34	34	33	15%	-7%	-2%	-1%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	-3%	2%	-8%	3%
% DE TRANSFUSIONES AUTOLOGAS	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	4,9	4,7	4,6	5,0	5,3	-6%	-3%	8%	7%

Tabla 1. Información acumulada comparada del IV trimestre del Banco de sangre de los años 2013 hasta el 2017.

### Gestión del Proceso Banco de Sangre

Tabla 1. Información acumulada comparada del IV trimestre del Banco de sangre de los años 2013 hasta el 2017.



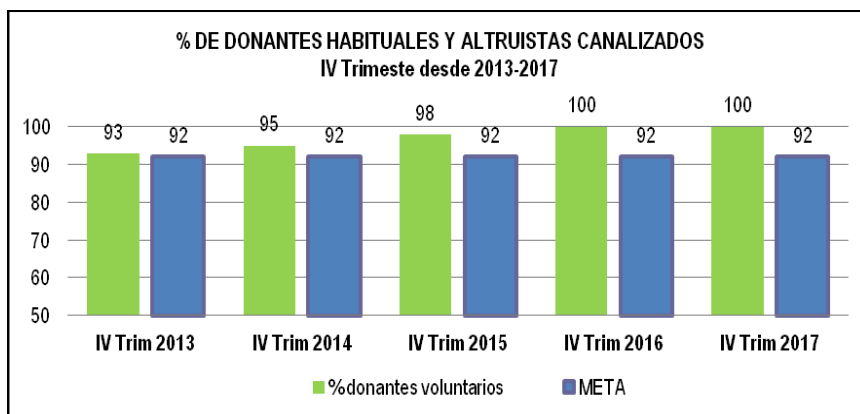
Durante el cuarto trimestre del 2017 en comparación con el año anterior se observa un aumento del 19% unidades producidas, esto se debe al trabajo realizado en sensibilización de nuevas empresas para lograr aumento de las unidades recolectadas, de igual forma se articuló la promoción de la donación con nuestra página de Facebook, lo cual logramos motivar e invitar a los donantes a los diferentes lugares y generar mayor impacto en ese. A su vez se sigue trabajando en lograr apropiación y reconocimiento de la institución sobre los municipios para lograr fidelización de los municipios hacia el HUS y así minimizar los ingresos de otros bancos de sangre en Cundinamarca. De igual forma, es importante mencionar que se ha logrado este aumento por que se cuenta con las profesionales que cubren las jornadas de donación como son la jefe de enfermería, la rural de bacteriología y el medico que logra un mayor impacto en las metas de captación de donantes; Por otro lado, es importante mencionar que en el mes de noviembre y diciembre se aumentó la captación para el mes de enero y febrero del 2018, ya que son meses difíciles de captación e ingreso a los municipios; en espera que se sigan cumpliendo las metas.

Por otro lado, es importante mencionar que se mantiene estable el servicio dando abastecimiento al Hospital, Unidad funcional y a sus convenios. De igual forma, se decide hacer recuperación de la cartera de las unidades que debían los diferentes bancos de sangre (intercambio de componentes) para cumplimiento con los convenios generando un aumento en este trimestre del 31% comparado con el año anterior. Durante este IV trimestre del 2017 con la adquisición de la nueva carpa, nos generó una **mejor imagen institucional** en la cual el donante mejoro su percepción e imagen del banco de Sangre queriéndose acercar a donar y esto se ve impactado con el aumento de las unidades recolectadas en un 10. Sin embargo, pese a las dificultades con los municipios y la falta de empoderamiento de la red de Cundinamarca hacia nosotros, se ha generado otras estrategias de promoción como la búsqueda activa de empresas, visitas directas y sensibilización a las empresas; que el día de mañana se verá reflejado con la fidelización de donantes voluntarios y altruistas.

Así mismo, se observa que se aumentan las jornadas de donación de sangre en un 6%, debido a la búsqueda de empresas y nuevamente incorporarnos en espacios públicos de Bogotá; sin embargo, se siguen presentando demoras del LSPC por darnos las autorizaciones al ingreso del municipio que perjudican el ingreso al mismo y conllevan a cancelación de la jornada.

No obstante, se sigue trabajando en estrategias con municipios de (Cajicá, Tocancipá, Ubaté y la Mesa) logrando que perciban que somos la cabeza de red y que apoyamos a todo el departamento para que nos permitan el ingreso y predilección en el municipio. Además, se ha logrado aumentar fidelización de empresas para obtener donantes voluntarios y altruistas, ejemplos claro son Universidades de Cundinamarca con Sede en Cajicá, Zipaquirá, Ubaté así mismo el Sena con esas mismas sedes logrando que sigan apoyándonos en esta labor.

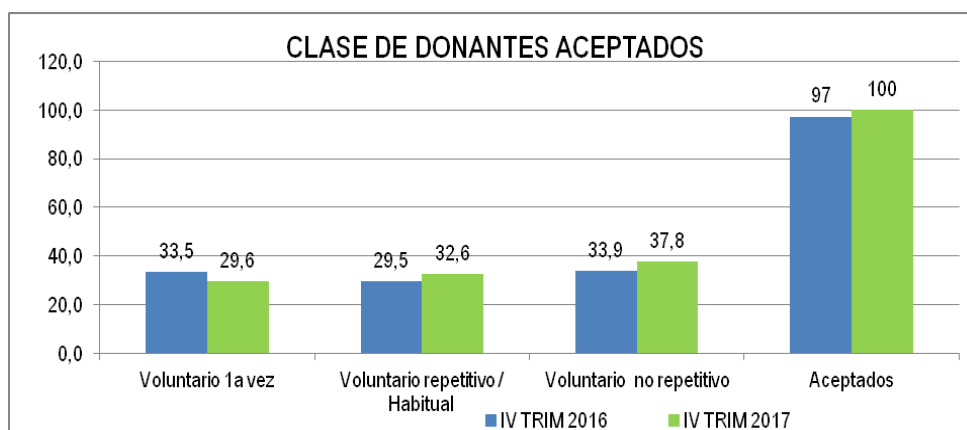
Gracias a todos estos esfuerzos por mantener la sensibilización y la promoción de nuestros donantes fidelizados no se ve afectado; (ver gráfica 1) el indicador de porcentaje de donantes voluntarios y altruista canalizados demostrando que tanto en comparación con el IV trimestre del año anterior hemos aumentado en la voluntariedad de nuestros donantes logrando un 100% en el indicador, es importante recalcar que durante esta vigencia se finalizó el indicador con el 100% de donantes voluntarios altruistas.



Gráfica 1. % de Donantes Voluntarios

Fuente: % Donantes voluntarios y altruista canalizados. Comparación IV Trim 2013 hasta el IV Trim 2017

En cuanto a este indicador es importante mencionar que el resultado de esta vigencia 2017 de lograr el 100% de voluntariedad; se debe al constante apoyo y concientización de nuestros colaboradoras que trabajan constantemente estrategias de disminuir los donantes en reposición demostrando que durante este IV trim 2017 no se cuentan con este tipo de donantes y observando un aumento de donantes voluntarios HABITUALES en un 32,6%, a la sensibilización de las empresas de primera vez y nuevos municipios en el IV Trim del 2017, a su vez, se observa una disminución de donantes de primera vez en 29.6% que se ve reflejado en los donantes habituales, en cuanto a donantes voluntarios no repetitivos en un 37.8% ha aumentado comparado con el trimestre del año anterior ya que se ha generado nuevas estrategias para buscar a los donantes y se vuelvan a fidelizar. Así mismo, se espera que para esta vigencia logremos mantener este indicador de donantes voluntarios habituales en aumento y cumplir la meta de aumento en un 2%. (Gráfica 2). Todo esto se logró debido al fortalecimiento de las actividades de una bacterióloga dedicada a la promoción, se espera un mayor apoyo por parte de la red departamental para que durante esta vigencia se logre afianzar y fortalecer la prestación de servicios de salud.



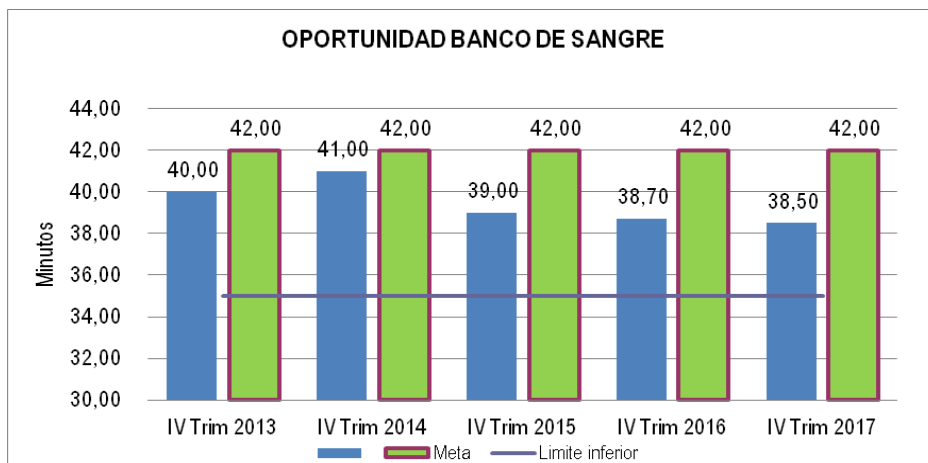
Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados

Fuente: Clase de donantes aceptados. Comparación IV Trim 2016 vs IV Trim 2017

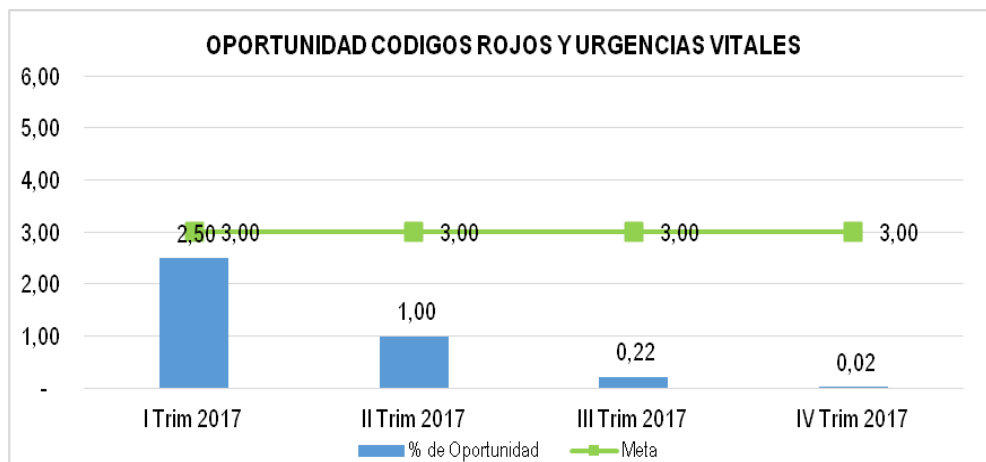
Por otro lado, en comparación con el IV trim del 2016 se observa un aumento del 18% en las unidades transfundidas, evidenciando un aumento del 100% en transfusión de crioprecipitados, plaquetas en un 15%, plasma Fresco congelado en un 13%, seguido de los Glóbulos Rojo en un 12% y Glóbulos Rojos filtrados en un 12%. Justificado por un aumento de transfusión en los siguientes servicios como: Cirugía vascular en un 100%, Cirugía Plástica en un 86%, Ginecología 83%, Neurocirugía en un 83% y Medicina Interna en un 82%.

Es importante mencionar que se tiene una oportunidad de despacho de hemocomponentes en este IV Trim 2017 de 38.5 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, cumpliendo la meta establecida actual de 42 minutos, Este comportamiento se debió a que se logró la curva de aprendizaje del personal del servicio de transfusional (Grafica 3) y adicionalmente, se finalizó el 2017 con una oportunidad de 42 minutos cumpliendo con la meta actual.

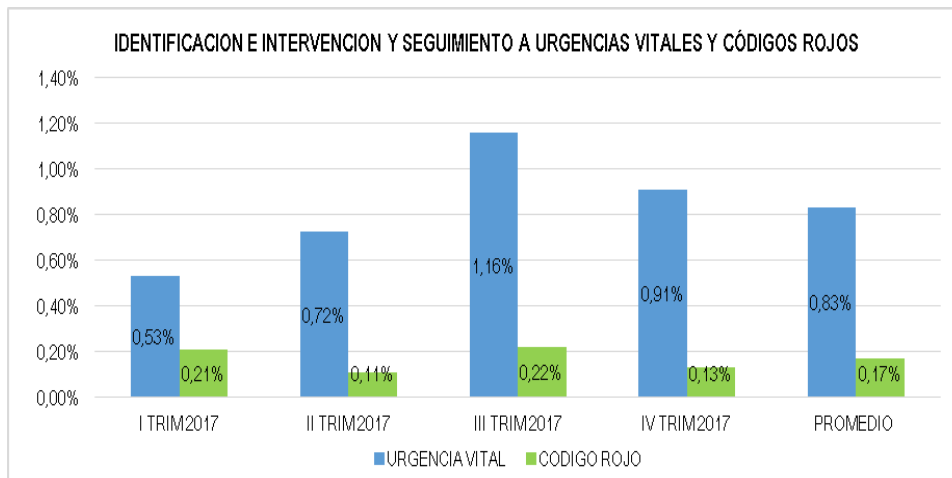
De igual forma, se dio respuesta oportuna las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el IV trimestre del 2017 se cuenta con una oportunidad de 2 segundos en atención ante la emergencia (Grafica 4); observando una disminución en urgencias vitales en 0.91% en comparación con el III trim del 2017. Se atiende un 0.96% de pacientes en urgencias vitales y un 0.13% de códigos rojos en un promedio de 713 unidades transfundidas (Grafica 5), esta oportunidad no se cuenta dentro de la oportunidad general, en general ya que el tiempo de respuesta es de menos de 30 segundos. Así mismo, se evidencia un aumento del 10% comparado con el 2016 en el número de pacientes transfundidos; Impactando las unidades facturadas en un 18% comparado con el IV trimestre del 2016.



Gráfica 3. Oportunidad de despacho de hemocomponentes  
Fuente: Oportunidad del STS. Comparación IV Trim 2103 - 2017



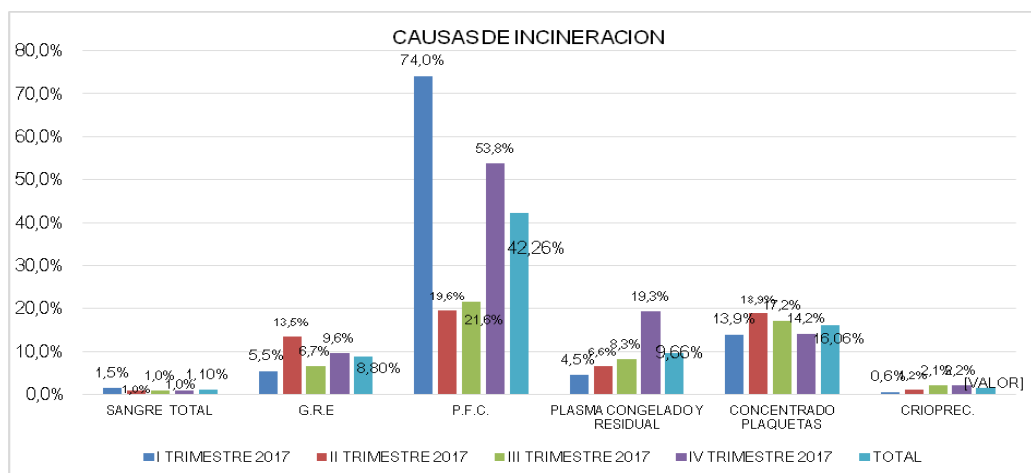
Gráfica 4. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos  
Fuente: Oportunidad del STS códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación I Trim vs IV Trim 2017



Gráfica 5. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos  
Fuente: STS en códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación I Trim vs IV Trim 2017

Para este informe del IV trimestre del proceso de banco de sangre se observa que el promedio de unidades transfundidas por paciente es de 5.3 con un aumento del 7% comparado con el trimestre del año anterior, evidenciando que el trabajo realizado desde el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre y mayor adherencia a los médicos disminuye en el ingreso de nuevos residentes y estudiantes, en espera de mayor adherencia a los procesos después de las capacitaciones. En este cuarto trimestre, también se evidencia mayor aprovechamiento de las unidades recolectadas ya que se cuenta con los ultracongeladores en buen estado lo que impacta en el uso de todas las unidades; por parte del banco de sangre.

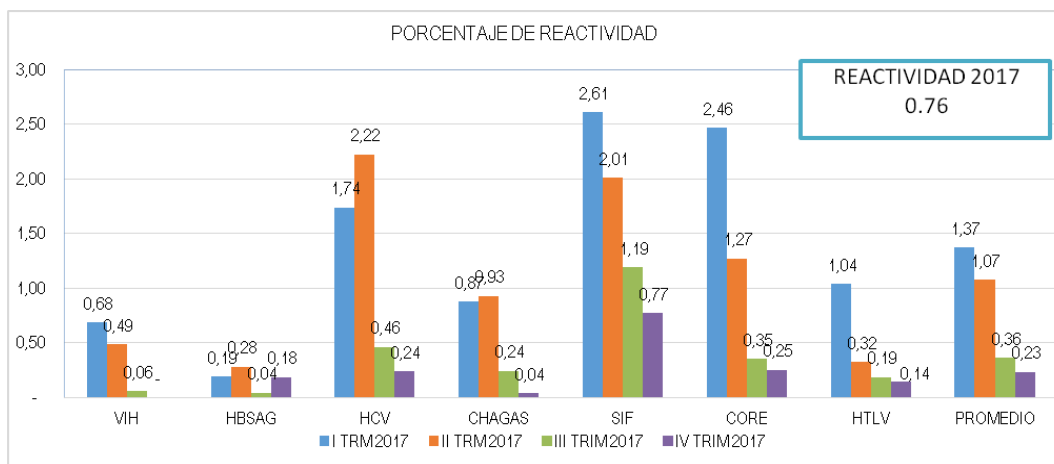
En cuanto a las causas de incineración, se evidencia que la causa de mayor descarte es por control de calidad en un 40.8%, seguido de unidades vencidas en 9.4 % (debido a una baja afluencia de Grupos A, B y AB en nuestros pacientes); que es inherente al proceso interno del banco de sangre ya que es sujeto a cada paciente y a disponibilidad de Grupos de nuestros convenios. Relacionado con lo anterior, en la Grafica 6 se evidencian que el mayor componentes descartado es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 42,26%, seguido de Plaquetas en un 16.06% debido a control de calidad de las unidades y aumento de incineración por vencimiento como se comentó anteriormente.



Gráfica 6. Componentes Incinerados 2017  
Fuente: Componentes Incinerados. Comparación I Trim vs IV Trim 2017

Adicionalmente, en cuanto al porcentaje de reactividad para el IV trimestre del 2017, es importante mencionar se presentó una reactividad mayor en el marcador de SIFILIS en 0.77%, seguido de CORE en un 0,25%; cabe recalcar que nuestra reactividad se encuentra en un 0.76% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 7). Es importante mencionar que no se ha realizado cierre del cuarto trimestre en porcentaje de Positividad ya que se cuenta con 3 meses para lograr la ubicación efectiva de los donantes reactivos.

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

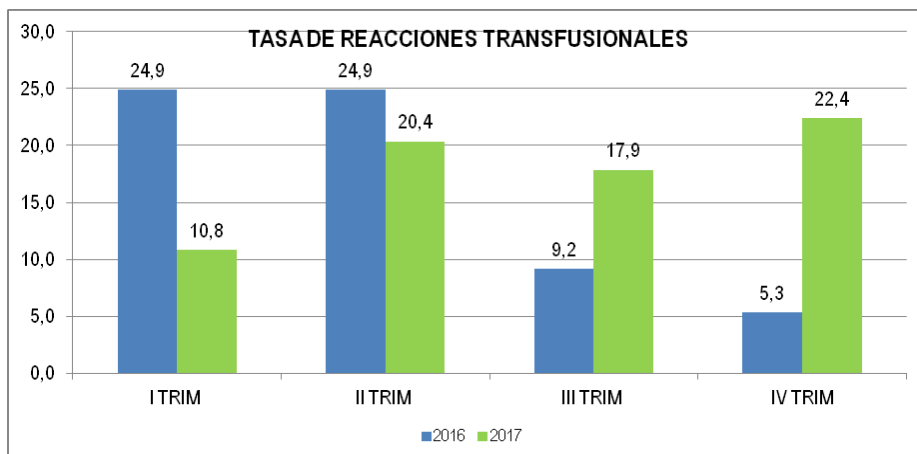


Gráfica 8. % de Reactividad  
Fuente: % de reactividad. Comparación I Trim vs IV Trim 2017

Es necesario recalcar que para este IV trimestre del 2017 el porcentaje de despacho externo aumento en un 47%, evidenciando que se acrecentó en los glóbulos al igual que el componente plaquetario, debido a los convenios institucionales como mayor cliente Hospital San Rafael de Facatativá y el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa de igual forma se siguen con convenios con la ESE Hospital el Salvador de Ubaté, la ESE San Francisco de Gacheta, ESE Hospital San Rafael de Pacho, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital san Martín de Porres de Chocontá, Hospital San Rafael de Caqueza, ESE Hospital san Vicente de Paul Nemocón, y Fundación Renal Colombia. En espera de este VI Trimestre lograr aumentar convenios y aumentar con más STS de Cundinamarca y lograr ser el Banco de Sangre de Cabeza de Red.

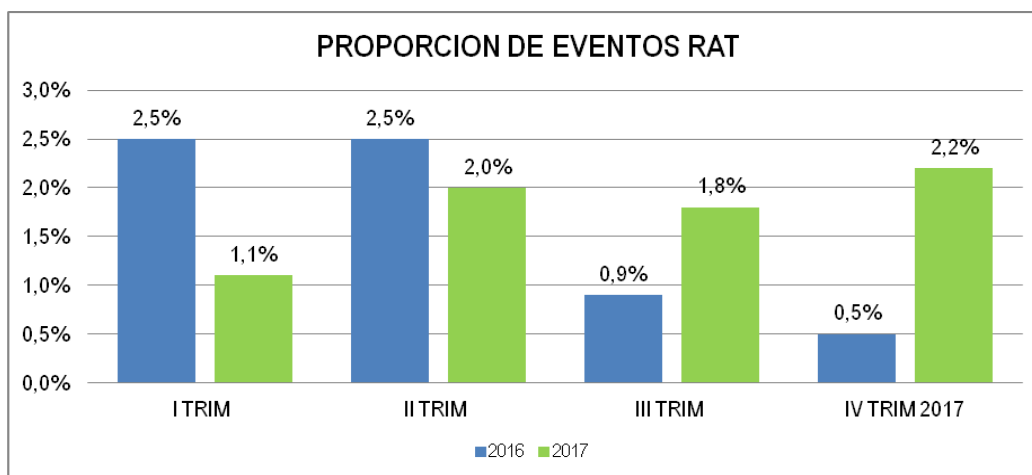
Así mismo; en el Trimestre se logró Fortalecer los Servicios del Banco de sangre a nivel de Cundinamarca en el V Simposio de Medicina transfusional en el mes de agosto, llevando nuestros portafolios y en este se evidencio que varios STS no conocían nuestros servicios y de esta manera lograr aumentar contratos y ventas de hemocomponentes a muchos STS tanto de Cundinamarca como Bogotá, todo con el fin de que se vea reflejado financieramente y se logre mayor rentabilidad en el proceso.

En espera de lograr que se pueda gestionar el envío de las unidades por parte del banco de sangre ya que se cuenta con precios competitivos, pero el envío a los STS dificulta la contratación. Sin embargo, es importante mencionar que se han mejorado con los procesos administrativos por el área de contratos y mercadeo; sin embargo se siguen presentando retrasos en la revisión de los contratos lo cual dificulta y retrasa el proceso.



Gráfica 9. Tasa de Complicaciones Transfusionales

Fuente: tasa de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT). Comparación I Trim vs IV Trim 2016 vs 2017



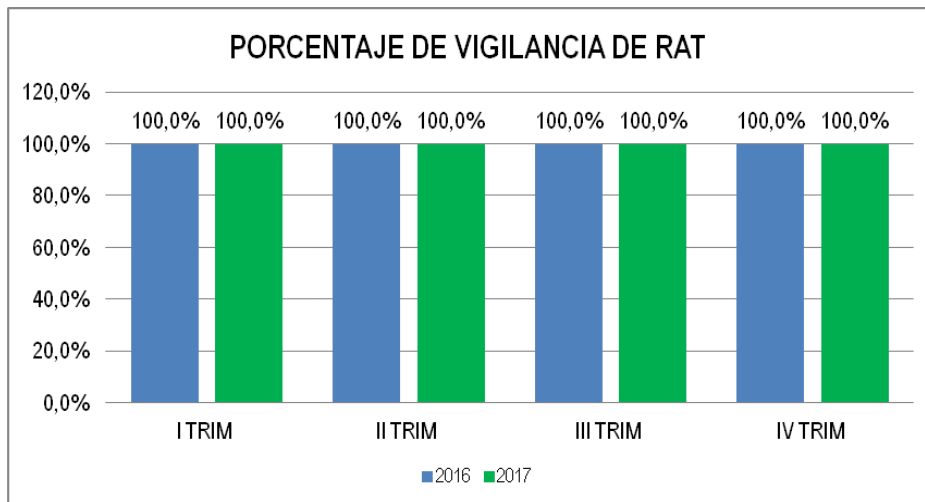
Gráfica 10. Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales

Fuente: Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales (RAT). Comparación I Trim vs IV Trim 2016 vs 2017

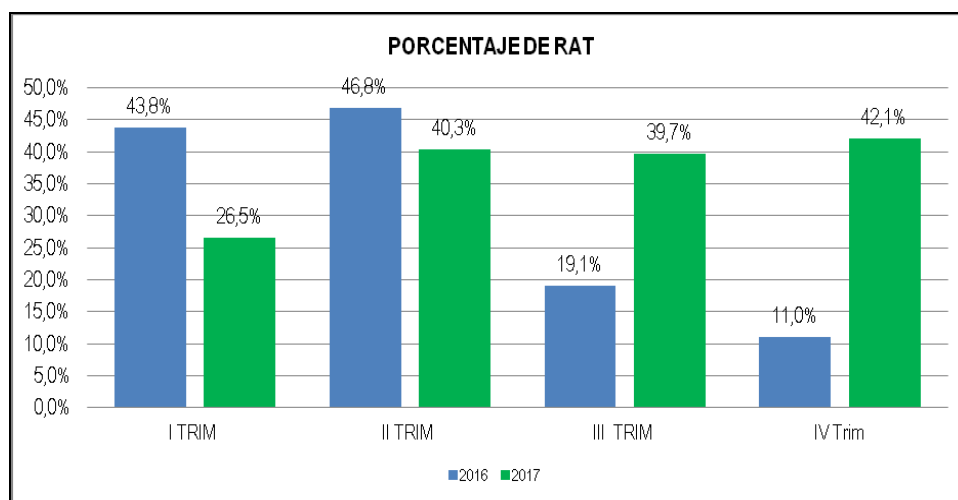
En el cuarto trimestre del 2017 en cuanto a Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 22,4 y 2,2% por debajo de la meta establecida de 30 y 0,30% del indicador respectivamente (Gráfica 9 y 10), comparado con el trimestre del año anterior evidenciando un 5,3 y 0,5% , se evidencia que se ha logrado fortalecer el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre, en el reporte y tener mayor adherencia a todos los procesos logrado por contar un profesional exclusivo para realizar estas actividades y así de esta manera lograr capacitaciones continuas con médicos y el área de enfermería para que nos siga impactando el proceso.

Sin embargo, se espera continuar capacitaciones y reinducciones para lograr mayor adherencia en la cadena transfusional y en espera de que el curso de medicina transfusional que sale en febrero del 2018, nos genere impacto en todo el proceso. Se analizaron por el comité de transfusiones hasta la fecha un total de 28 RAT en esta vigencia generando un cumplimiento del 100% (Grafica 11) de las RAT notificadas y analizadas por nuestro comité; sin embargo, se generó un aumento en el comportamiento de las RAT, ya que en el mes de octubre y noviembre se generó 4 RAT, evidenciando que de 1557 pacientes transfundidos durante lo que lleva la vigencia 2017 se ha

presenta un porcentaje de RAT del 42.1% en la institución (Gráfica 12). En espera de mantenernos durante este 2018 ya que se tienen programadas capacitación y mayor seguimiento a toda la cadena transfusional para generar impacto el indicador de tasa de reacciones adversas y así garantizar un sistema integral de gestión de la calidad y manejo de nuestros eventos asociados a la Transfusión.

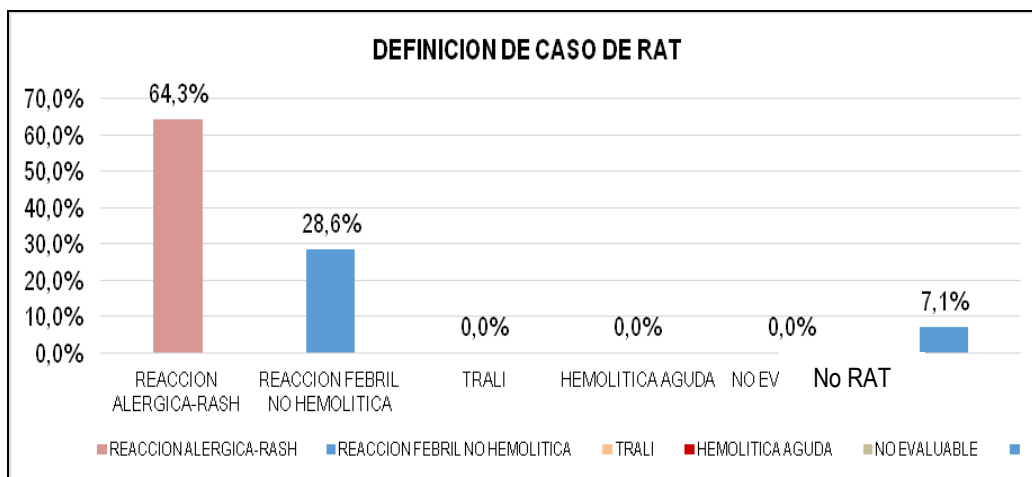


Gráfica 11. % de vigilancia de Reacciones adversas a la Transfusión  
Fuente: Tasa de Reacciones Adversa Comparación I Trim vs IV Trim 2016 vs 2017

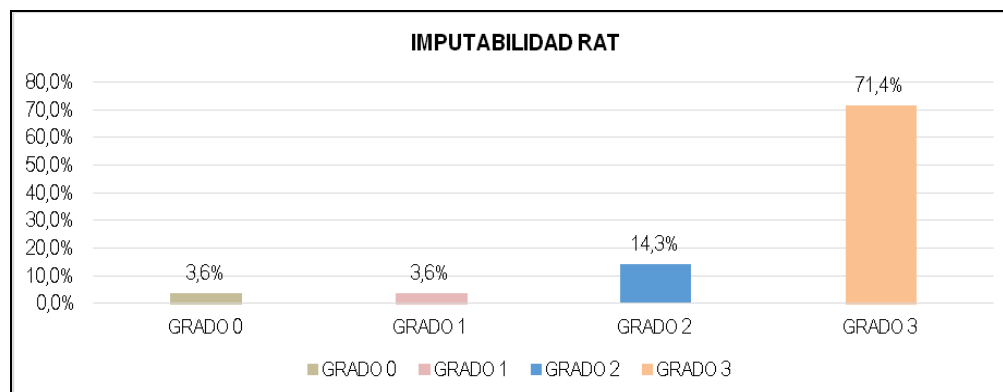


Gráfica 12. % de Reacciones adversas a la Transfusión  
Fuente: Porcentaje de Reacciones Adversa. Comparación I Trim vs IV Trim 2016 vs 2017

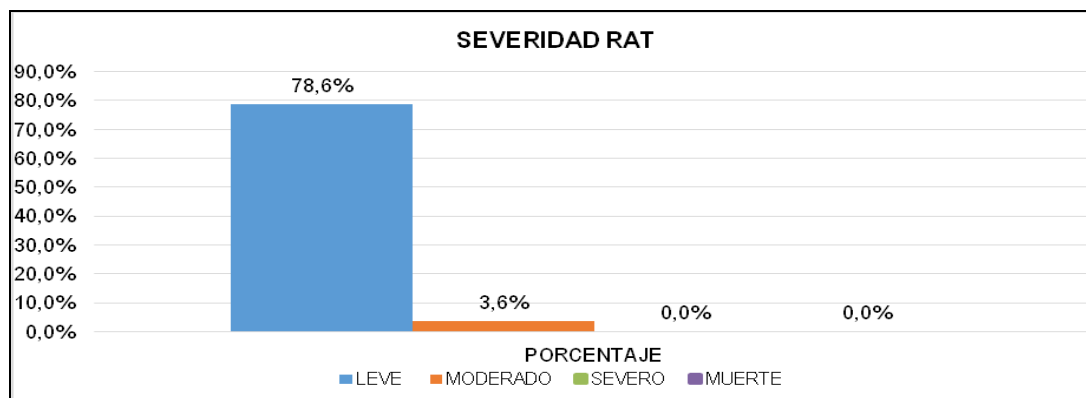
Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS es reacción alérgica en un 64.3% seguidas de Reacciones Febriles No Hemolíticas en un 28.6% (gráfica 13) de nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia más al grado tres(3) en un 71.4% (gráfica 14); así mismo, en severidad el grado leve en un 78.6% (Gráfica 15), en cuanto al componente involucrado es plaquetas en un 42,% (gráfica 16) y el servicio donde se genera mayor RAT es Medicina Interna en un debido al tipo de paciente que se ubica en este servicio.



Grafica 13. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión  
Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. Consolidado hasta el IV trim 2017.

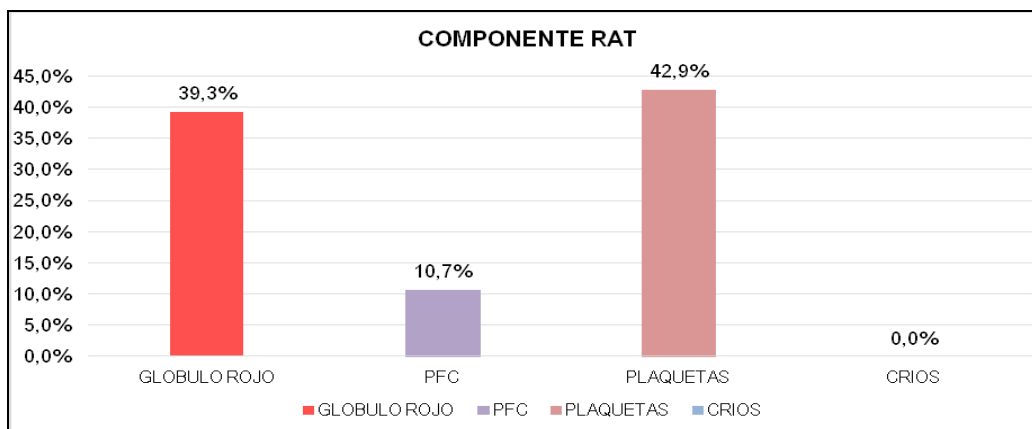


Grafica 14. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión  
Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. Consolidado hasta el IV trim 2017.



Grafica 15. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión  
Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. Consolidado hasta el IV trim 2017.





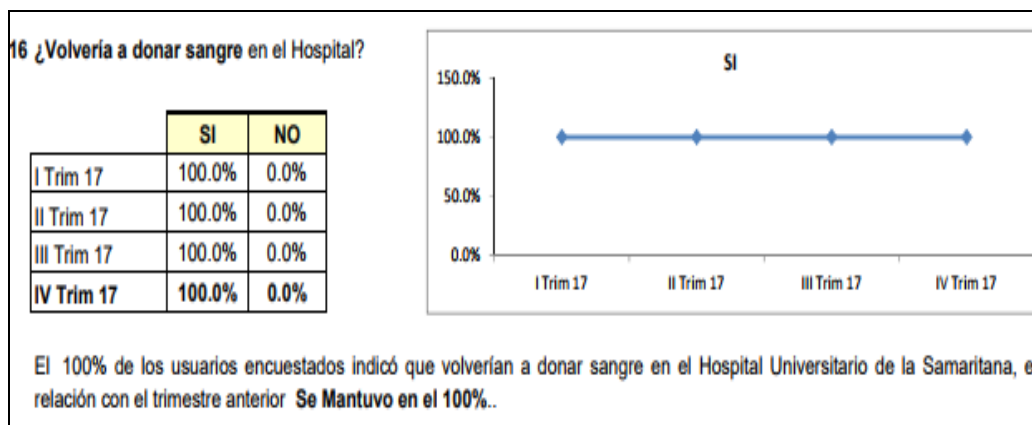
Grafica 16. % de Componente de la Reacciones adversas a la Transfusión  
Fuente: Componente de Reacciones Adversa. Consolidado hasta el IV trim 2017.

### PQRS

Durante el IV trim del 2017 se generó 2 PQRS para el proceso del banco de sangre; descritas a continuación:

1. En atención al paciente ambulatorio por consulta externa se evidencia una (1) felicitación
2. En Atención al Paciente y su Familia se evidencia una (1) felicitación

Es importante mencionar que estas felicitaciones se ven reflejado en el trabajo realizadas por nuestras profesionales de atención de donantes en sala, que genera gran impacto durante este año en el servicio, ya que los usuarios reconocen nuestra atención a nivel del HUS. En cuanto a la encuesta de satisfacción del IV trim del 2017, se trabajó fuertemente en el acompañamiento constante de los donantes durante la notación logrando en este trimestre un 100%; impactando en esta vigencia del 2017 con un consolidado anual de 95.6%; en cuanto a resolver inquietudes al donante o recomendaciones después de la donación de igual forma se logró el 100% en este IV trimestre y se logra terminar el año en un 91.3%, y para finalizar es importante mencionar que en cuanto a la encuesta de satisfacción en la pregunta 16 si volvería a donar sangre en el Hospital nos mantenemos en el 100% durante toda la vigencia 2017 ( gráfica 17).



El 100% de los usuarios encuestados indicó que volverían a donar sangre en el Hospital Universitario de la Samaritana, en relación con el trimestre anterior **Se Mantuvo en el 100%**.

Grafica 17. Encuesta de Satisfacción Banco de Sangre  
Fuente: Encuesta de satisfacción. Atención al usuario. IV trim 2017.

### Planes Únicos de Mejora PUMP

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 13 hallazgos, estos corresponden a: 8 acciones específicas de la vigencia del 2016 donde no se lograron el cierre. Sin embargo en esta vigencia se evidencia un **avance del 90%**, un cumplimiento del 77% con cierre de ciclo del 77% del total de las acciones.

Para el cierre del 2017 se encuentra: 10 completas, 1 atrasada y 2 en desarrollo. De las cuales en desarrollo se encuentra:

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

Así mismo, en cuanto a la acción Atrasada se encuentra el proceso de la unidad móvil ya que es un proceso largo y depende de varias interdependencias del hospital. Para la vigencia del 2018, se va a reevaluar y estructural las acciones de mejora para el cumplimiento de las acciones de las cuales quedaron en desarrollo y la atrasada, para que en la próxima vigencia se logre el cierre de los ciclos efectivos.

### Gestión del Riesgo

En cuanto al seguimiento de la gestión de riesgo para el IV trimestre del 2017 para el banco de sangre se espera lograr su reorganización se encuentra en la pirámide documental, para lograr su seguimiento y fortalecer los riesgos priorizados y seguir gestionando para que el riesgo no se materialice, impulsando y fortaleciendo los controles establecidos como son el re entrenamiento al personal y fortalecer las barrera de seguridad del sistema informático.

### Sistema Único de Acreditación

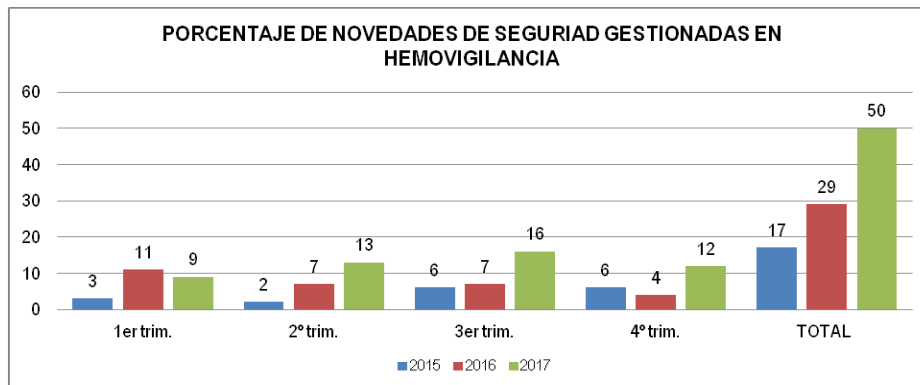
En cuanto al seguimiento del PAMEC, por parte del Banco de Sangre se evidencian 2 mejoras en el hallazgos N° 59 "Aún no se han establecido los tiempos de la atención oportuna y retraso de la atención por lo que debe establecerse la línea base, definición de indicadores y fuente de la información, además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

Según los hallazgos se definieron las siguientes oportunidades u acción de mejora 1. Establecer las diferencias entre atención oportuna y retraso de la atención, que permitan gestionar adecuadamente la intencionalidad de los estándares de acreditación basado en claridad de conceptos, definición de indicadores y fuente de la información y 2. Organizar y ajustar registro correspondiente a los resultados de los indicadores del programa, de tal forma que la información demuestre la confiabilidad y validez necesaria, en el cual se describen 6 actividades específicas de mejoramiento para dar respuesta a los mismos y que tienen como responsable de la ejecución a la líder del Banco de Sangre.

De las dos oportunidades de mejora planteadas en el PAMEC de 2017 se encuentran ya en 100% completadas. En espera del informe por parte de Icontec si se deben incluir o gestionar más hallazgos para iniciar trabajo sobre estos en el PAMEC 2018.

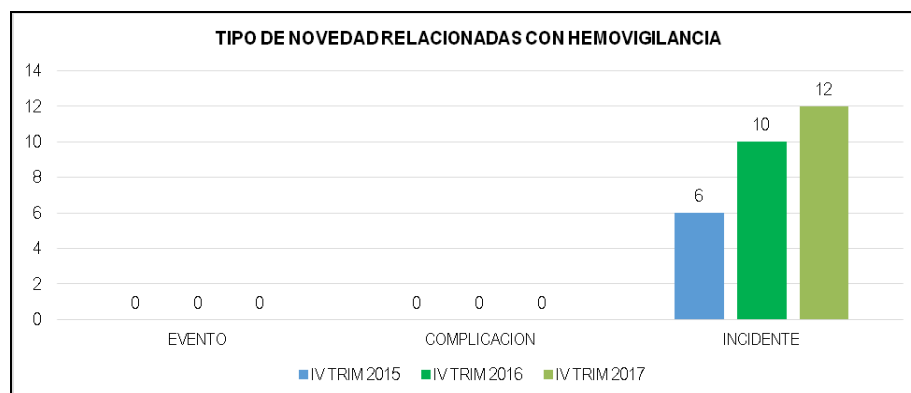
### Programa Hemovigilancia

En este cuarto trimestre del 2017 se obtiene un cumplimiento del 91% de las actividades del programa de Hemovigilancia, generando un cierre del 2017 con **el 93.2%** cumpliendo con las actividades planificadas, realizando reportes de las novedades y haciendo los análisis pertinentes frente al comité de seguridad. Durante este IV trimestre se gestionaron y se analizaron un total de 12 incidentes (Gráfica 18), por metodología ANCLA estipulada por el HUS, logrando esclarecer que eran Incidentes relacionados con Sangre; donde se tomaron medidas en cuanto a los triples chequeos cruzados, disponibilidad y pérdida de hemocomponentes para evitar reprocesos y nuevos incidentes con el personal de enfermería y médico (Gráfica 19).



Gráfica 18. Comparación informe de novedades gestionadas

Fuente: Informe de novedades gestionadas Comparación I Trim vs IV Trim 2015 vs 2017.

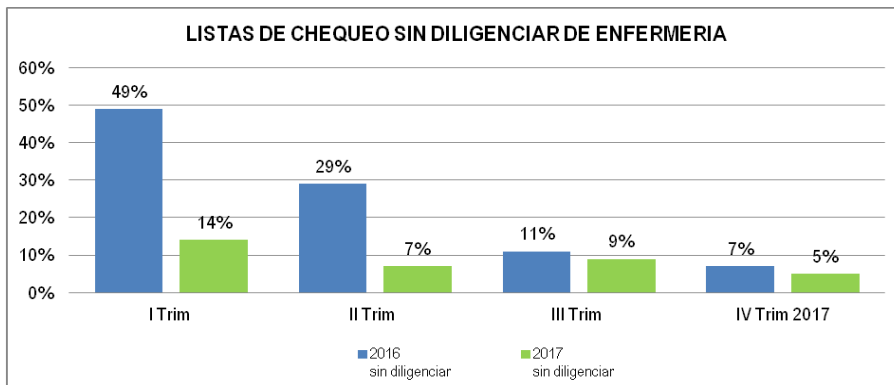


Gráfica 19. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia

Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia. Comparación IV Trim 2015 vs 2017

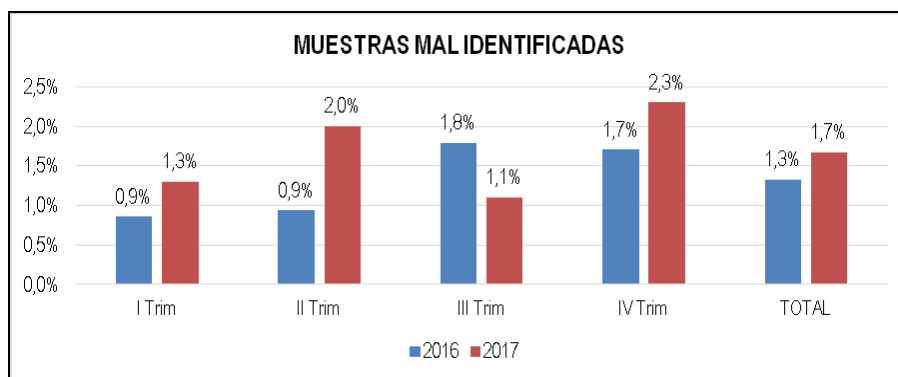
Así mismo, es importante mencionar que gracias al apoyo de la profesional en las actividades de hemovigilancia, se lograron aumentar capacitaciones a médicos de todos los servicios logrando un 75% de cobertura al personal y medición de adherencia al 90%. A la fecha Aunque no se logra la totalidad de la cobertura se logró gran adherencia por parte del personal médico en las actividades de registro transfusionales, RAT, seguimiento, trazabilidad, en oportunidad de hemocomponentes y retraso en la oportunidad de los hemocomponentes para tomar medidas sobre el paciente.

Por otro lado, se incluyeron seguimientos a listas de Chequeo de enfermería evidenciando que se logró una disminución al 5% de ordenes sin diligenciar comparado con el año anterior que fue del 7%, generado por las capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos, marcaje de muestras, etc y todos los procesos que tienen que ver con la cadena transfusional hacia el personal de enfermería (Gráfica 20).



Gráfica 20. Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusional.

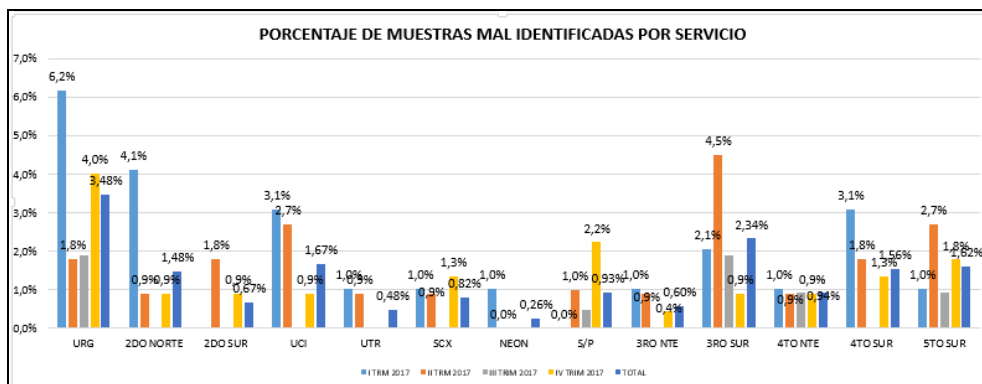
Fuente: Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusión. Comparación I Trim vs IV Trim 2016 -2017.



Gráfica 21. Muestras mal Identificadas proceso transfusional.

Fuente: muestras mal identificadas en el proceso transfusión. Comparación I Trim vs IV Trim 2016 -2017.

Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas en el proceso de transfusión impactando el proceso llegando en este cuarto trimestre a un 2.3% de muestras mal identificadas en un promedio de 164 órdenes analizadas (Grafica 21) y culminando esta vigencia con un 1.7% de muestras mal identificadas. Así mismo se observa que los servicios que más impactan son urgencias y Sala de Partos, por otro lado se evidencio el trabajo de los servicios de segundo norte y tercero norte. En espera de que durante la próxima vigencia los servicios que aumentaron logren una disminución (Grafica 22).



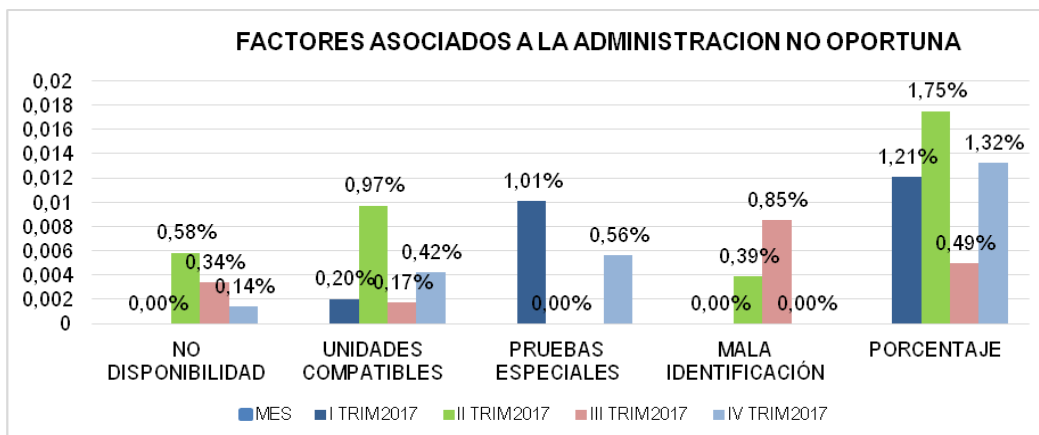
Gráfica 22. Muestras mal Identificadas proceso transfusional Por Servicios

Fuente: muestras mal identificadas en el proceso transfusión por servicios. Comparación I Trim vs IV Trim 2016 -2017.



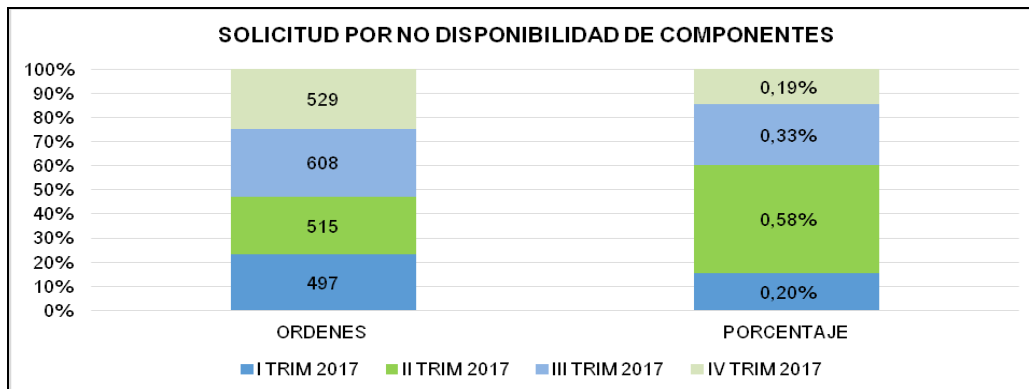
En espera de lograr estrategias para disminuir ese porcentaje y lleguemos a menos del 1%, es de aclarar que ninguna de estas muestras ha llegado algún evento asociado a la transfusión solo han sido incidentes, gracias a las barreras de control en cada uno de los procesos del STS. Por otro lado se analizaron todos los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 1.32% en este cuarto trimestre, teniendo mayor impacto pruebas especiales, debido a que se debieron realizar búsqueda de unidades hacia pacientes con pruebas como fenotipificación, absorción, autoabsorción entre otras para encontrar unidades compatibles equivalente a un 0.56%.(Gráfica 23). Así mismo, se ve reflejado en un 0.42% por búsqueda de unidades compatibles se presentaron 3 pacientes que por la compatibilidad le dieron incompatibles, lo cual se volvió a iniciar el proceso retrasando la oportunidad en el envío de unidades compatibles.

En cuanto al indicador por no disponibilidad de hemocomponentes en un 0.19% en un promedio de 529 ordenes, esto se debió a que en el mes de diciembre se tuvo deficiencias de componentes plaquetario demorando el despacho de este componente a nuestros pacientes, sin exceder un máximo de 1 hora como se explicó anteriormente(Gráfica 24)



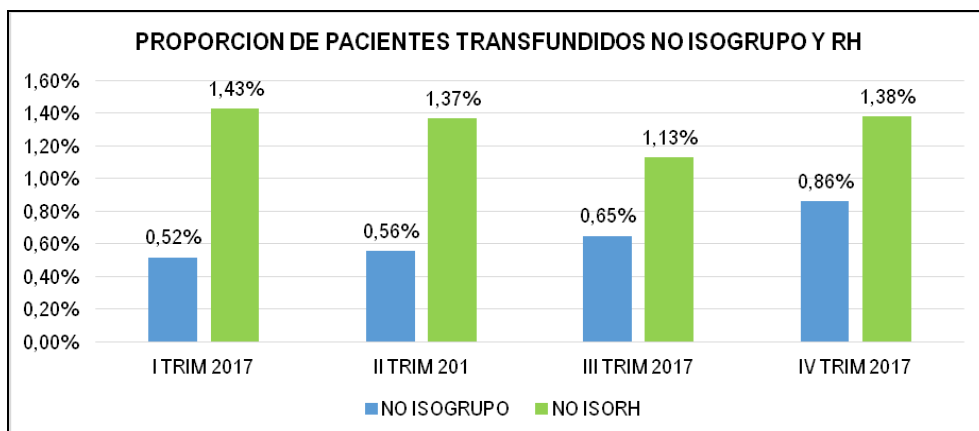
Gráfica 23. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2017

Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación I Trim vs IV Trim 2017.



Gráfica 24. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2017

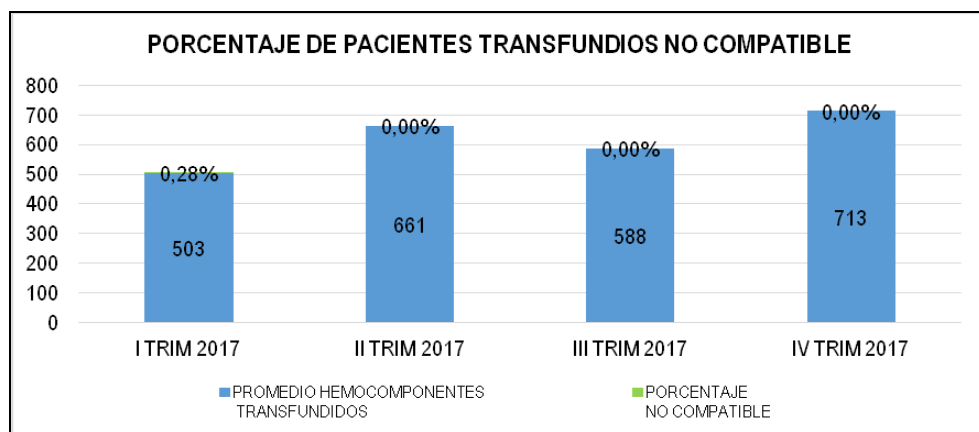
Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación I Trim vs IV Trim 2017.



Gráfica 25. Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH.

Fuente: Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo. Comparación I Trim vs III Trim 2017.

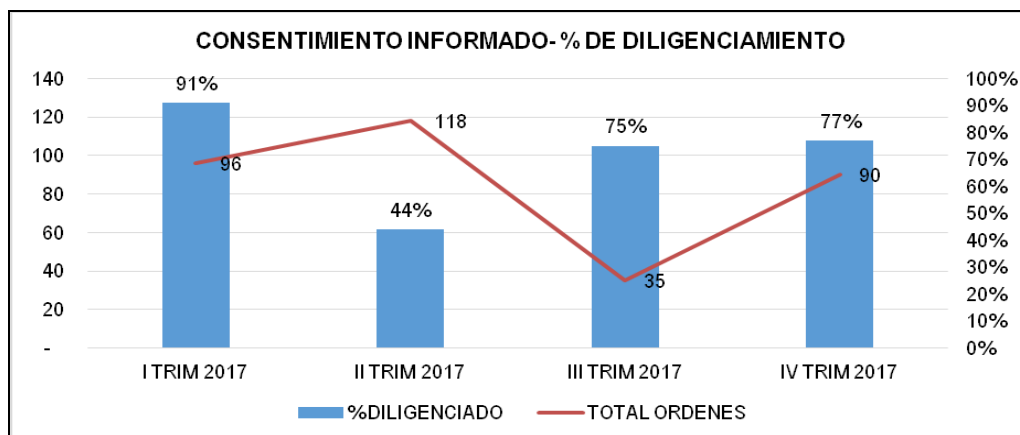
Así mismo, en este IV trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH en un promedio de 713 hemocomponentes transfundidos, lo que evidencia que a nivel del STS Lo que más se transfunde sin compatibilidad es el de RH en un 1.38% por evitar vencimiento de unidades negativas o por fenotipos del paciente y por códigos rojos y/o urgencias vitales que ameritan la transfusión urgente de las unidades; a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde como primera opción transfusional su mismo GRUPO ABO o transfundiendo la segunda opción transfusional como lo es "O", sin presentar ningún daño o evento al paciente. (Gráfica 25)



Gráfica 26. Proporción de pacientes transfundidos no compatible

Fuente: Proporción de fallas en la identificación hemocomponentes. Comparación I Trim vs IV Trim 2017.

Por otro lado, durante IV trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible, evidenciando que en este trimestre no se presentó ningún evento de transfusión no compatible (0.0%) en un total promedio de 713 hemocomponentes transfundidos, terminando este año con un indicador de transfusión no compatible en 0.07%.



Gráfica 27. Consentimientos informados de Transfusión

Fuente: Porcentaje de consentimientos informados para la transfusión. Comparación I Trim vs III Trim 2017

Para finalizar, durante el IV trimestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados logrando aumentar su diligenciamiento en comparación con el trimestre anterior en un 77% de consentimientos diligenciados sobre el total de los pacientes transfundidos; debido a que se cambió el esquema de revisión donde se analiza el total de los 4 requisitos de diligenciamiento que debe contener el consentimiento informado; se espera durante la próxima vigencia, se logre aumentar la totalidad de los consentimientos auditados (10%) y se quiere mínimo el 50% para dar mayor confiabilidad al dato y así mismo, lograr aumentar a más del 80%.

Así mismo es importante mencionar que durante esta vigencia del 2017 se trabajó en nuevas estrategias para aumentar el indicador en el HUS como son:

1. Instructivo para médicos del consentimiento informado
2. Cartilla para pacientes sobre el acto transfusional.

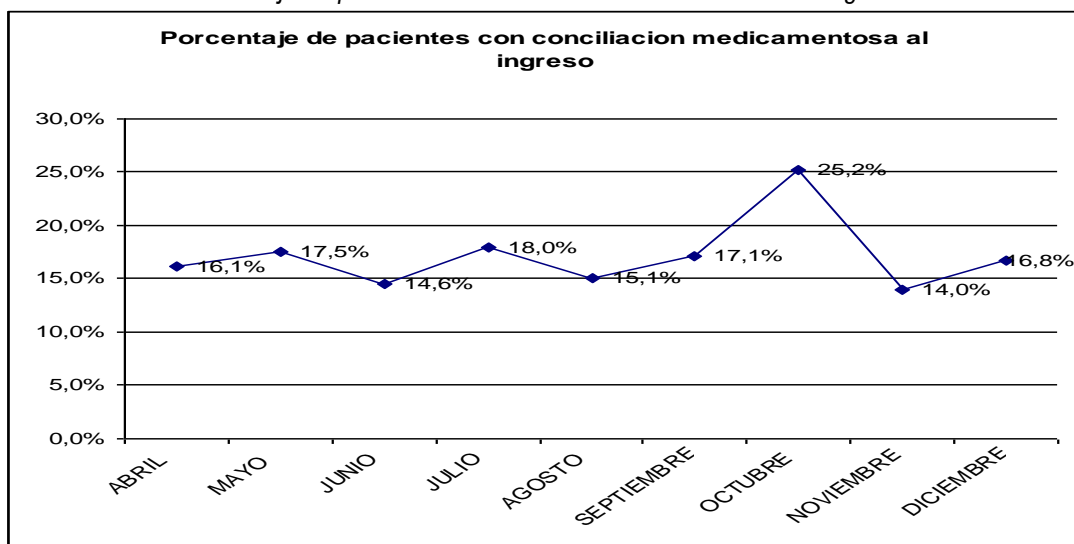
La implementación de las nuevas estrategias se ven significativamente en este trimestre ya que se logra un diligenciamiento mayor por parte de los médicos, esperamos seguir logrando esta adherencia ya que se ve su mejora en comparación con el 2016 que fue el 58.3% del diligenciamiento, logrando un aumento del 19% en este diligenciamiento.

## 1.6 PROCESO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

**Gestión del Proceso**

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

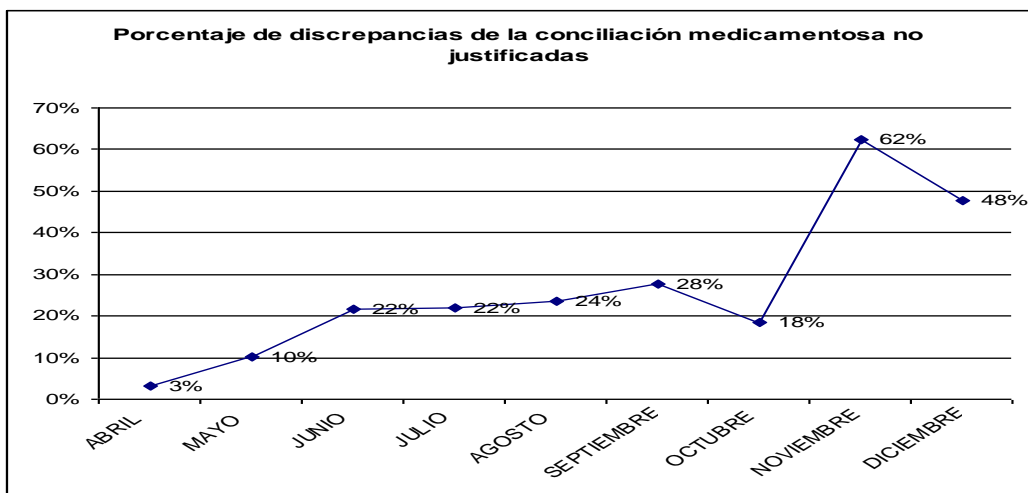
**Indicadores de Conciliación Medicamentosa**  
*Porcentaje de pacientes con conciliación medicamentosa al ingreso*



Este indicador mide la adherencia del personal medico a la realización de conciliación medicamentosa cuyo fin es aportar a garantizar un tratamiento farmacológico adecuado en el ingreso, durante la estancia y transiciones hospitalarias de los pacientes. El porcentaje de adherencia ha disminuido si se comparan los meses de noviembre 14,7 % y diciembre 16,8% con el mes de octubre de 26,2%, lo que nos permite evidenciar la importancia de estar haciendo constantes capacitaciones, por lo tanto se debe socializar nuevamente el protocolo de conciliación medicamentosa y dar capacitaciones sobre la importancia de realizar la misma, se quiere llegar a que en las inducciones de ingreso al hospital les hablen sobre la conciliación medicamentosa, de tal manera que se evidencie un mejor servicio y mejores transiciones hospitalarias.

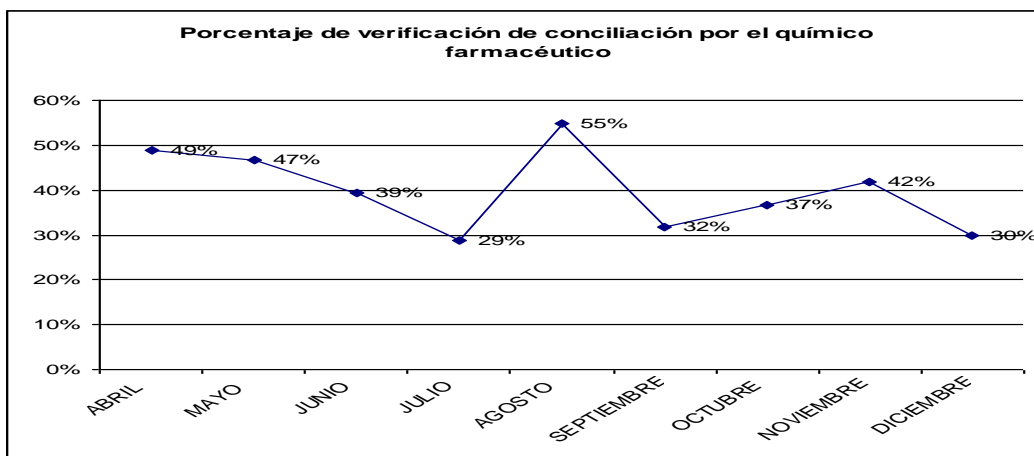
*Porcentaje % de Discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas*





Porcentaje de discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas (Total número de discrepancias no justificadas / Total de pacientes verificados) ha aumentado en el mes de noviembre se ubico en 62 % y un 48% para diciembre, el aumento puede ser debido a que durante este mes se cambió la manera de análisis y se contaron discrepancias repetidas como omisión de un medicamento o prescripción incompleta como diferentes hallazgos, lo que lleva a un aumento de discrepancias.

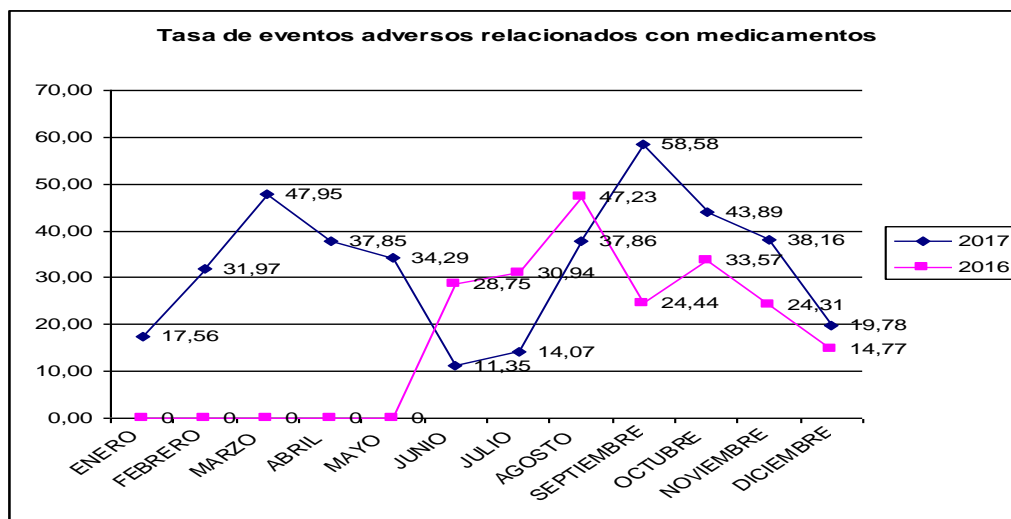
*Porcentaje de verificación de conciliación por el químico farmacéutico*



Porcentaje de verificación de conciliación por el químico farmacéutico = (Número de pacientes verificados) / (Número total de los pacientes a los que los médicos les realizan la conciliación medicamentosa) para el último trimestre se ubico en 36% en promedio, este indicador al aumentar la adherencia de los médicos disminuye puesto que solo se cuenta con un químico farmacéutico para la verificación, para el mes de diciembre se ubico en 30%, con el cronograma establecido se busca mejorar las intervenciones que tengan los programas de atención farmacéutica.

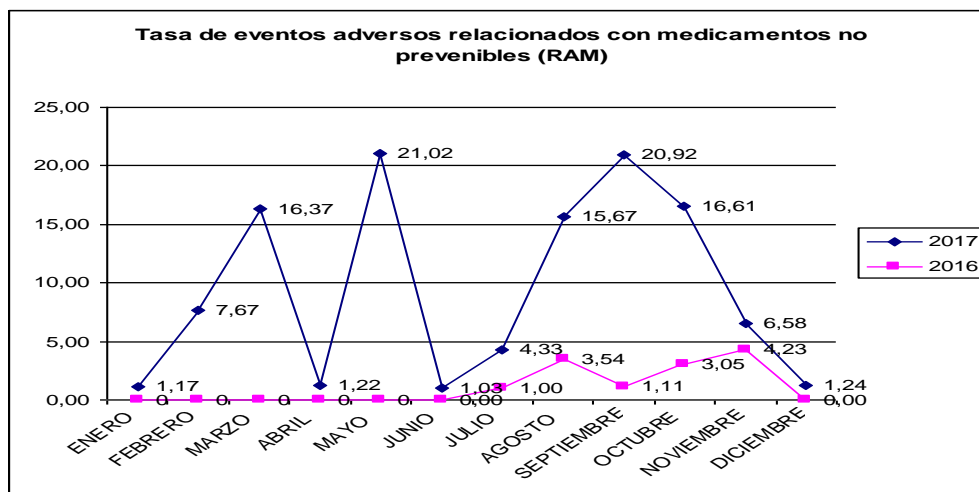
### Indicadores de Farmacovigilancia

*Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos*



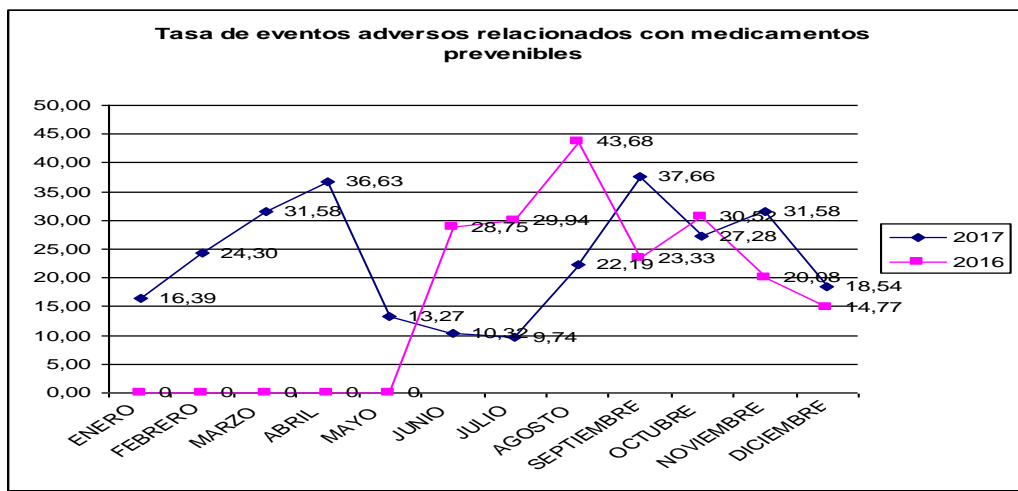
Este indicador es una tasa que mide el estado de seguridad del hospital con relación al uso seguro del medicamentos y su definición operacional es (Número total de eventos/Número de pacientes hospitalizados \*1000). Para el cuarto trimestre se observa que el indicador fue mayor en el 2017 respecto al año anterior, esto fue debido a un incremento en el número total de eventos, que a su vez fue debido a un aumento en el número total de novedades de seguridad relacionadas con medicamentos, por contribución en el número de reportes del nuevo programa de seguimiento farmacoterapéutico.

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



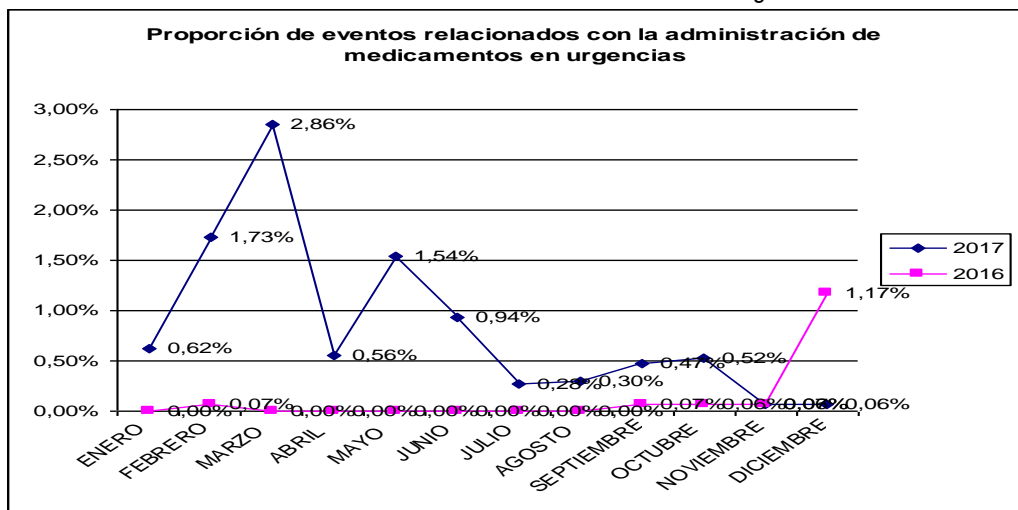
Una Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) es cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que **se produce a dosis normales**, por esta razón son eventos adversos no prevenibles. En el gráfico se observa que en el año 2017 la tasa fue superior en todos los meses, esto no quiere decir que se hayan presentado más eventos, los mayores valores fueron debidos a la implementación de la farmacovigilancia activa, gracias a que se tiene un farmacéutico de dedicación exclusiva para el programa de farmacovigilancia, con lo cual se lograron evidenciar muchas mas RAM que no estaban siendo identificadas con solo la farmacovigilancia pasiva.

*Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles*



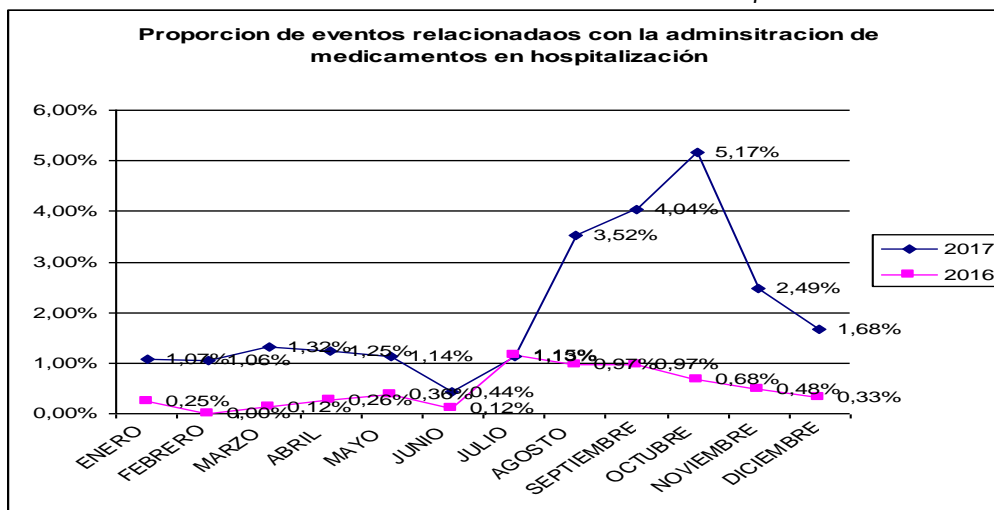
Con este indicador se identifican los riesgos prevenibles del uso del medicamento en el hospital con el fin de definir los puntos críticos del uso de medicamentos que presentan desviaciones en oportunidad, prescripción, dispensación, administración y/o calidad, para realizar las intervenciones correspondientes. Respecto al cuarto trimestre de 2017 se puede observar que hay una tendencia a disminuir, sin embargo los meses de noviembre y diciembre son mayores comparados con el año inmediatamente anterior, debido al aumento de en la cultura del reporte de novedades de seguridad por el aumento de número de observadores (seguimiento farmacoterapéutico, del COVE a las flebitis y farmacovigilancia activa). Sin embargo es importante mencionar que a Diciembre de 2017 se logró la meta, la cual es menor a veinte (<20), como en los otros meses no se logró la meta se planteó plan único de mejora por proceso que tiene como acción la creación de un Manual de Uso seguro de medicamentos y una lista de verificación de uso seguro de medicamentos para aplicarla al personal asistencial, evaluar y medir su adherencia. Dentro de la clasificación de eventos prevenibles los que presentaron mayor contribución al aumento de la tasa, fueron los eventos por prescripción y administración, y en segunda instancia los de dispensación y calidad, sin embargo los de calidad fueron debidos a posibles fallos terapéuticos que luego de un análisis exhaustivo se reclasificaron en eventos por fallas en la administración.

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



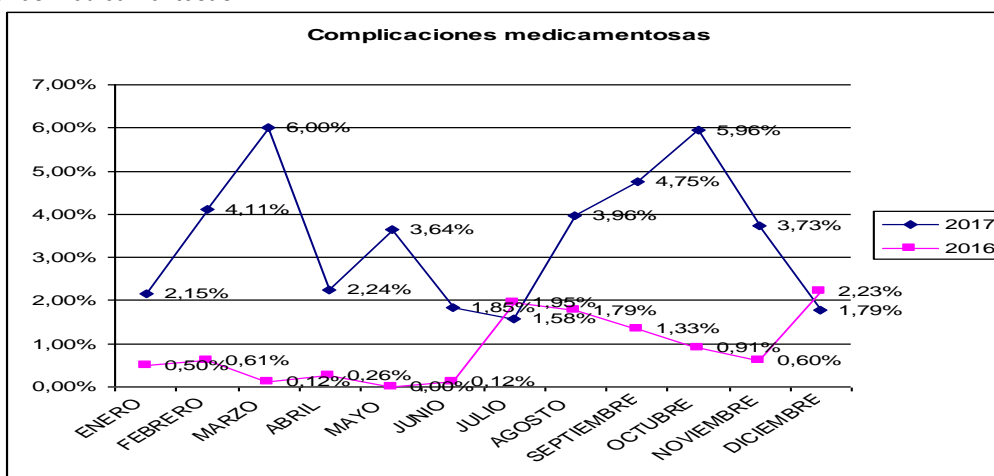
Con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en urgencias (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Se puede observar en el grafico que para el cuarto trimestre de 2017 fue menor la cantidad de eventos comparada con el resto del año, esto se debe a que la implementación de barreras de seguridad fue óptima en este servicio o ha disminuido el número reportes.

*Proporción de eventos relacionada 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). Se puede observar en el grafico que para el cuarto trimestre de 2017 fue mayor la cantidad de eventos comparada con el resto del año y el 2016, sin embargo hubo una tendencia a la baja, esto se debe a que la implementación de barreras de seguridad fue óptima en este servicio y ha aumentado el número reportes.

*Complicaciones medicamentosas*

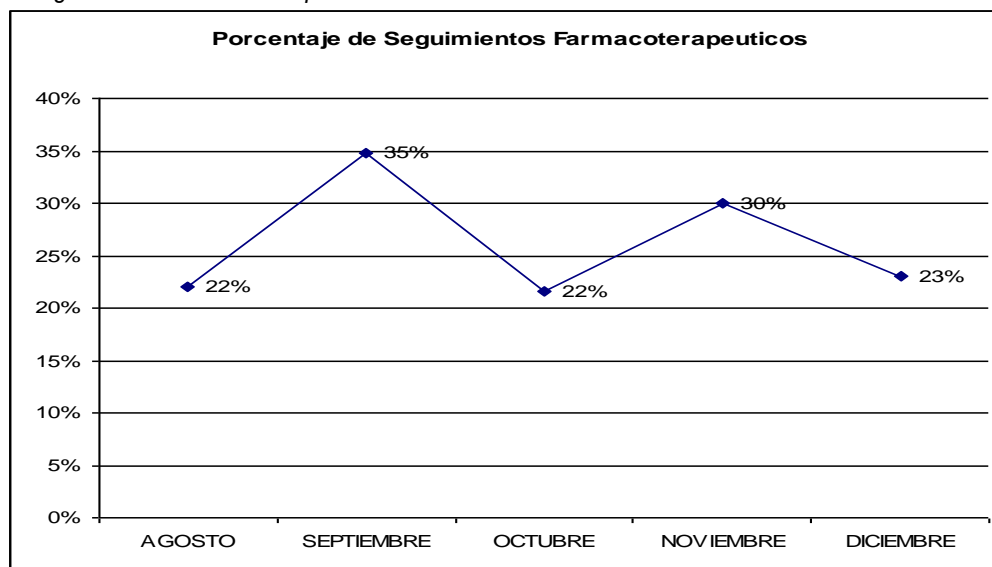


La definición operacional de este indicador es (Complicaciones medicamentosas hospitalarias/Numero de egresos hospitalizados)\*100, es un indicador ICONTEC, en el cual se suman tanto eventos como complicaciones (RAM).

Se puede observar en la gráfica un aumento en el 2017 respecto al año anterior, debido al aumento de en la cultura del reporte de novedades de seguridad por el aumento de número de observadores (seguimiento farmacoterapéutico, del COVE a las flebitis y farmacovigilancia activa)

### Indicadores de Seguimiento Farmacoterapéutico

Porcentaje % Seguimientos farmacoterapéuticos:

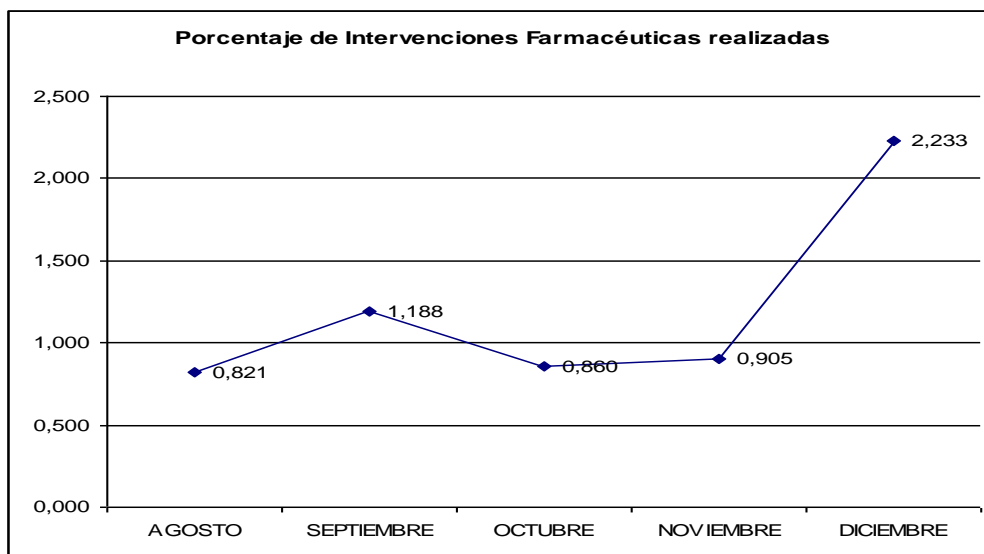


Este indicador mide la gestión de los químicos farmacéuticos a cargo del proceso, con el fin de evaluar la cobertura del programa en la institución, se empezó a medir a partir de Agosto de 2017, y para el cuarto trimestre ingresaron al programa de seguimiento farmacoterapéutico (según los criterios de inclusión) 469 pacientes, de los cuales a 115 de ellos se les revisó la terapia a profundidad. Dentro de los seguimientos revisados se realizaron 148 intervenciones al personal de la salud o pacientes, lo que arroja un promedio de 1.33 intervenciones por cada paciente. Las intervenciones incluyen notificación de reacciones adversas, errores en prescripción y administración de medicamentos, educación a pacientes y sus familias, y socialización de hallazgos con médicos y enfermeras.

Es importante aclarar que se presentó una disminución en el porcentaje de pacientes debido a que en octubre el número de pacientes que por los criterios de inclusión ingresaron al programa se duplicó. A su vez, se debe resaltar que el número de pacientes seguidos en octubre y noviembre comparados con el mes de septiembre incrementó en 11 pacientes, por lo que se hace evidente que el programa de seguimiento sigue en crecimiento pero este mes hubo un pico de pacientes que no se había presentado en los meses anteriores.

Se presentó una disminución en el número de pacientes seguidos en diciembre, esto dado que los estudiantes de farmacia se encuentran en vacaciones y ellos realizaban parte de los seguimientos. Por otro lado, se evidenció un incremento en el número de intervenciones, duplicando las del mes pasado, esto porque se efectuaron jornadas de educación sanitaria a pacientes y sus familias.

Porcentaje % de Intervenciones Farmacéuticas realizadas



La intención de este indicador es la identificación de la prevalencia de eventos asociados a la farmacoterapia del paciente con el fin de diseñar estrategias que permitan minimizar la ocurrencia de estos eventos. Para el mes de Agosto dentro de los 28 pacientes a quienes se les realizó seguimiento, se realizaron 22 intervenciones con el personal de la salud o pacientes, lo que es equivalente a un 82,14% de actividades intervencionistas con los actores involucrados. Para el mes de septiembre dentro de los 32 pacientes seguidos, se realizaron 38 intervenciones con el personal de la salud o pacientes, lo que refleja un promedio de 1.18 intervenciones por cada individuo. Las intervenciones incluyen notificación de reacciones adversas, errores en prescripción y administración de medicamentos, educación a pacientes y sus familias, y socialización de hallazgos con médicos y enfermeras.

### PQRS

En el primer trimestre de 2017 se presentaron tres (3) peticiones por parte de los usuarios, en el segundo trimestre tres (3) peticiones, en el tercer trimestre una (1) petición y en el cuarto trimestre no se presentó ninguna petición. Por tanto en el 2017 de presentaron un total de siete (7) peticiones por parte de los usuarios, las cuales fueron resueltas y expuestas en los anteriores informes de gestión.

### Planes Únicos de Mejora PUM

Para total del año 2017 el PUMP (Plan Único de Mejora por Proceso) del Servicio Farmacéutico de acuerdo al autocontrol, se tiene un avance aproximado del noventa y cuatro por ciento 94%, un porcentaje de cumplimiento cercano al setenta y siete por ciento 77%, y un porcentaje de cierre de ciclo aproximado a setenta por ciento 70%. Se informa que hay cinco (5) acciones de mejora que no se cerraron debido a que dependen o se deben trasladar a otros procesos, en síntesis son: la primera relacionada con el cumplimiento al programa de farmacovigilancia, a la cual se le dará cierre si el cumplimiento es mayor al 90% avalado en *comité de Seguridad del Paciente*; una segunda acción de mejora está relacionada con capacitar al personal de la farmacia en los riesgos del proceso, se le dará cierre con resultado de encuesta de riegos que realiza la *Oficina Asesora de Planeación*; una tercera compete a la publicación del Manual de Seguridad y Salud Laboral cuyo responsable es *Gestión de Talento Humano*; una cuarta acción referente a la gestión, y adecuación de espacios que cumplan con requisitos normativos para el Servicio Farmacéutico, le compete a *Gestión de la Infraestructura*; y una quinta que tiene que ver con afectación del costo promedio en el sistema de información Dinámica Gerencial, hallazgo que dejó la Revisoría Fiscal, y que debe ser trasladado al proceso de *Gestión de la Información*, ya que en el 2017 se trabajó con el proceso de Gestión Financiera llegando a la conclusión que la causa del hallazgo radica en el sistema de información Dinámica y que por tanto el hallazgo debe ser trasladado al proceso de Gestión de la Información.

### **PAS Plan de Atención en Salud**

El porcentaje de cumplimiento de las acciones del Plan de Atención en Salud PAS es de un 98%, ya que para el proceso de Atención Farmacéutica se cumplió con las actividades establecidas para la meta de producto anual 8.4.1. Meta de producto anual: Mantener la Certificación en Gases Medicinales (Producción de Aire) en Bogotá.

8.4.1.1. *Primera Actividad: Ejecución de los Planes de Mejora producto de la Auditoria interna de Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales (50%)*, Se informa que el primero (1) de septiembre del año pasado 2016 se realizó Auditoria Interna en la cual se verificaron los requisitos de la resolución 4410 de 2009 con el instrumento de la resolución 2011012580 del Invima, y de los hallazgos de la misma se plantearon ocho (8) acciones de mejora, las cuales se plasmaron en el PUMP, y de estas se tiene un porcentaje de cumplimiento del 96%.

8.4.1.2. *Segunda Actividad: Realizar auto inspección en Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales (50%)*: Esta auto-inspección se realizó en el mes de Abril 2017 de la cual quedaron dos (2) oportunidades de mejora, a las cuales se les realizó seguimiento y fueron cumplidas cabalmente, dando un cumplimiento de 100% para esta actividad.

### **Gestión del Riesgo**

Los riesgos que se materializaron durante el durante el 2017 son Vencimiento de Productos Farmacéuticos, y Facturación Inadecuada. La facturación inadecuada se debió en gran medida a la actualización del sistema de información Dinámica Gerencial en el mes de Febrero esto se evidencio en el aumento de la cantidad y valor de sobrantes y faltantes, la actualización del sistema genero diferentes inconvenientes dado que el pasar de la facturación manual de productos farmacéuticos a realizarlo mediante interfaz, requirió de adaptación a las nueva plataforma por parte de médicos, enfermeros y el personal del servicio farmacéutico. Si bien esta actualización es una mejora en su arranque represento dificultades, que en su mayoría se solucionaron mediante capacitación y generación de experticia, sin embargo siguen presentándose inconvenientes con el sistema Dinámica como lo son las devoluciones de productos farmacéuticos que se están realizando en decimales y no números enteros afectando el inventario; otro es que aún no han capacitado a todo el personal de enfermería en la solicitud de dispositivos médicos a través del sistema y por lo tanto siguen realizando este proceso de forma manual; el sistema no permite el registro del Código Único de Medicamentos (CUM) por cada medicamento adquirido, el sistema de información no tiene ningún tipo de alerta para el manejo de fechas de vencimiento, Dinámica no permite trazabilidad de solicitud-envío de productos entre farmacias. Para lograr una mejora significativa en las barreras de seguridad y disminuir la probabilidad de materialización de estos riesgos, se requiere de herramientas tecnológicas y de automatización de procesos que permitan realizar una adecuada trazabilidad a los productos farmacéuticos (por ejemplo códigos de barras, QRs...), ya que actualmente el sistema de información no permite generar una adecuada trazabilidad a los productos farmacéuticos.

### **Sistema Único de Acreditación**

Seguridad de medicamentos de alto riesgo: a partir del 2017 los indicadores (Porcentaje de Gestión de Novedades de Seguridad del paciente asociadas a Medicamentos y a Dispositivos Médicos) cambian para medir el impacto de las acciones tomadas, desde el programa de farmacovigilancia se empieza a medir la tasa de eventos adversos asociados a medicamentos, y dentro de los objetivos de medición se incluyó la tasa de eventos adversos asociados a dispensación, administración, oportunidad, formulación, calidad, entendiendo estas líneas como las principales de gestión al momento de medir la seguridad del paciente en lo referente a medicamentos.

Gestión de medicamentos y farmacovigilancia: desde el programa de farmacovigilancia se empieza a medir la tasa de eventos adversos asociados a medicamentos, y dentro de los objetivos de medición se incluyó la tasa de eventos adversos asociados a dispensación, administración, oportunidad, formulación, calidad, entendiendo estas líneas como las principales de gestión al momento de medir la seguridad del paciente en lo referente a medicamentos.

**Seguimiento Farmacoterapéutico (Perfil farmacoterapéutico):** se contrató un químico farmacéutico que está encargado de documentar e implementar el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hospitalizados, dentro de los avances obtenidos a la fecha se logró implementar y llevar a cabo los perfiles fármaco terapéuticos para los pacientes hospitalizados, estos han permitido la identificación de interacciones medicamentosas las cuales son reportadas al personal de salud tratante, se tiene trazabilidad desde abril de 2017.

**Sistema de unidosis:** Además de la adecuación de dosis unitaria, se realiza reempaque de orales, de tal forma que el 100% de la tabletearía se entrega cumpliendo con la identificación en cuanto a principio activo, concentración, fecha de vencimiento, lote, forma farmacéutica, laboratorio, Q.F. responsable del reempaque, vía de administración y registro sanitario.

**Reconciliación medicamentosa:** Actualmente se implementó auditoria farmacéutica para el proceso de reconciliación medicamentosa, la cual se documentó y se lleva trazabilidad, en este proceso se realiza verificación de la conciliación a los pacientes que son hospitalizados desde el área de urgencias y se valida las discrepancias que puedan presentarse. Para este proceso el HUS cuenta con un químico farmacéutico que realiza estas actividades.

**Alertas sobre alergias a medicamentos y medicamentos con empaque y nombres parecidos:** El grupo de enfermería del HUS cuenta con el manual de administración de terapia farmacológica el cual se actualizo y socializo en el 2017, el cual indica que se debe identificar al paciente con riesgo de alergia a medicamentos por historia clínica y colocando una manilla de color rojo en la mano izquierda; además, en la tarjeta de medicamentos, en el kárdex y en la placa de identificación del paciente se debe colocar en color rojo el riesgo de alergia a medicamentos que presenta el paciente y colocar un Etiqueta del mismo color en la carpeta de historia clínica. En cuanto al tema de medicamentos con empaque y nombres parecidos, el HUS cuenta con el “Manual de medicamentos de alto riesgo y LASA”, el cual se encuentra socializado al personal asistencial (850 funcionarios), dentro del manual se incluye el listado de medicamentos LASA (Denominación y presentación similares). En este listado se encuentran los medicamentos, el laboratorio y la descripción o similitud. Es importante mencionar que estos medicamentos se encuentran identificados en las farmacias con etiqueta naranja, para que tanto auxiliares de farmacia como el personal de enfermería estén alertas en el momento de dispensar, o administrar estos medicamentos.

## Otros

### **SERVICIO FARMACEUTICO**

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

#### **INFRAESTRUCTURA**

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

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



## SEGURIDAD

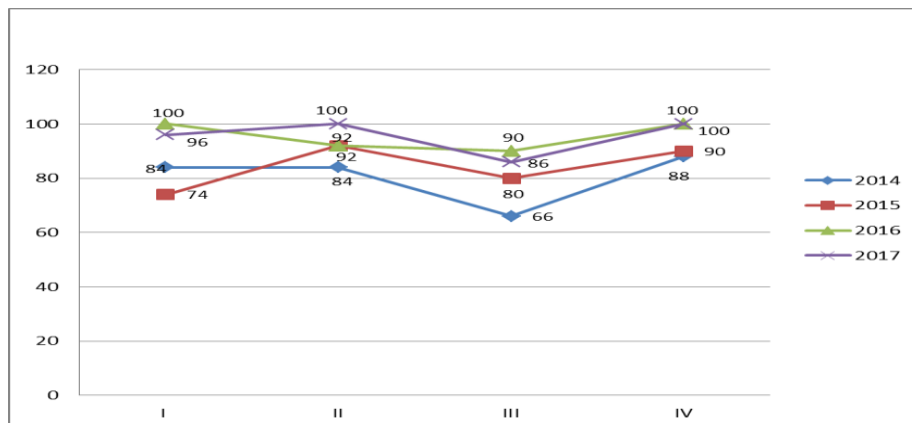
Es necesario dar mayor seguridad al servicio farmacéutico por tanto es importante que el área de arquitectura realice un diagnóstico de las puertas del servicio (Ej: Bodega de Medicamentos) y de un concepto referente a la seguridad; en pasadas ocasiones se ha solicitado la instalación de chapas de seguridad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

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

**1.7 PROCESOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

**GESTIÓN DEL PROCESO**

**A. Seguimiento a los programas desarrollados en el HUS**



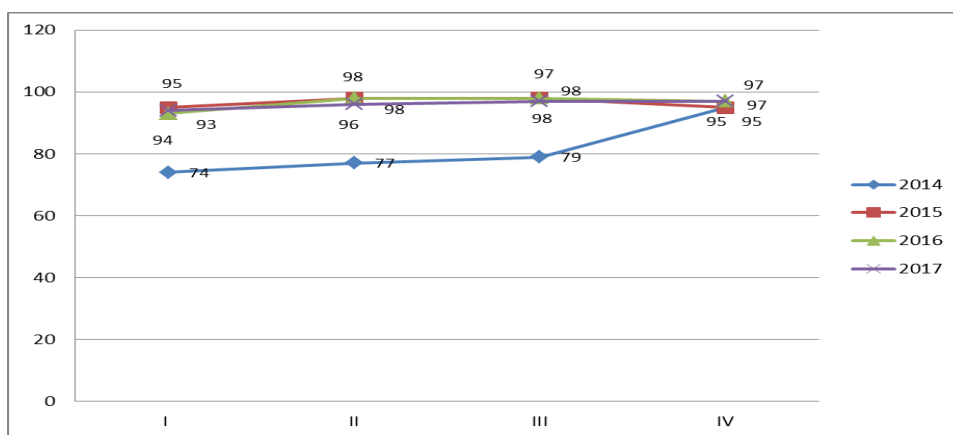
**Gráfica No 1.**

**Análisis**

Este indicador se toma del número de comités de Docencia Servicio (DS) que se realizan en el año, de acuerdo al Decreto 2376 de 2010, se realiza por cada convenio 4 comités al año, actualmente la Subdirección realiza 88 Comités de DS.

Es de aclarar que el indicador se mide de forma trimestral, de acuerdo a la gráfica se puede evidenciar que en algunos trimestres no se cumple con la meta propuesta, pero esto no significa que no se realice el comité, el mismo queda aplazado para el siguiente trimestre; desde el II semestre de 2015, se ha garantizado el cumplimiento de los 4 comités por cada Universidad en Convenio de DS Vigente, teniendo en cuenta que esto hace parte de una de las condiciones como Hospital Universitario.

**B. % DE INDUCCION A PERSONAL EN FORMACION**

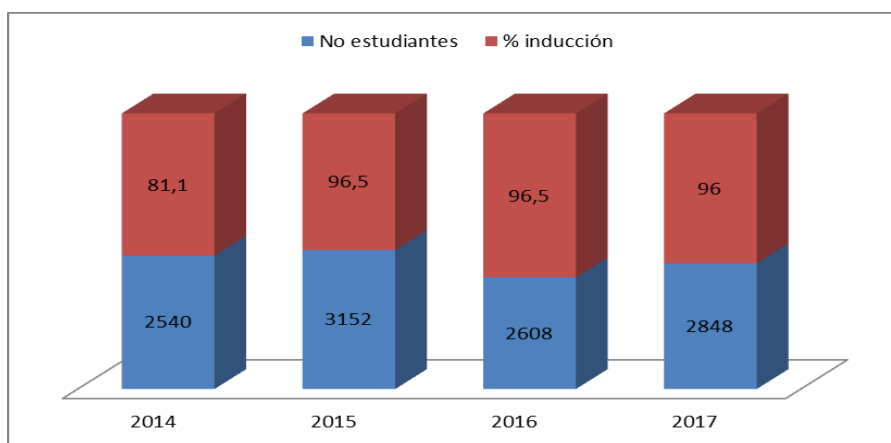


**Gráfica No. 2**

**Análisis**

El porcentaje de cumplimiento de la inducción se encuentra dentro de la meta propuesta para el indicador, manteniéndose de forma ascendente en los últimos 3 años, esto se debe a que al I sem de 2015 se realizó el cambio de la inducción, dejándola en la plataforma virtual del HUS (Moodle), que permitió tener un mayor control sobre los estudiantes que ingresan al Hospital, en la Grafica No.3, se pude evidenciar que a pesar del alto volumen de estudiantes que rotan, se ha logrado en los 3 últimos años tener un cumplimiento de inducción por encima del 95%.

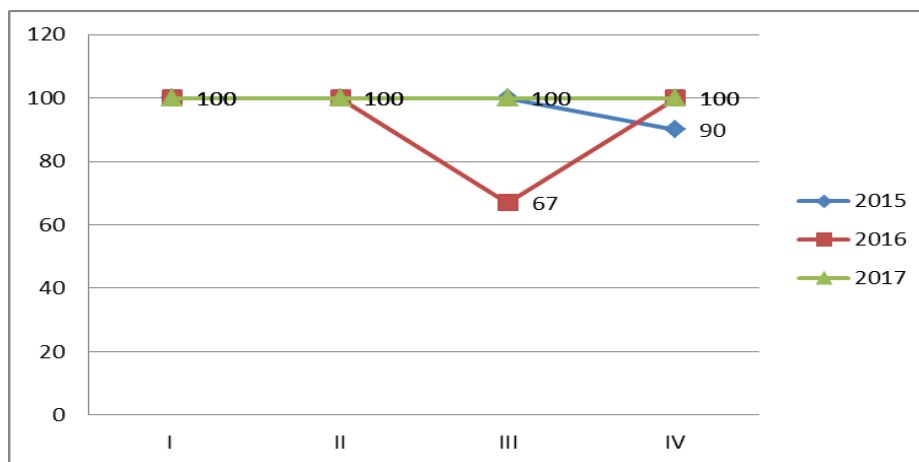
Es importante aclarar que el ideal es un indicador en el 100% de cumplimiento, pero existen aún factores externos a la Subdirección que le afectan. El porcentaje de incumplimiento se encuentra en los estudiantes de Posgrados (residentes), dado que existen servicios, en los que dan inicio a la rotación por necesidades asistenciales y dilatan el cumplimiento de este requisito. Se han implementado nuevas estrategias las cuales se esperan aplicar para el 2018, en las que se incluye, el no envío de la nota a la Universidad hasta cuando el estudiante a pesar de haber culminado su rotación, realice todo el proceso de inducción del HUS.



**Gráfico No 3**

**INDICADORES DE INVESTIGACIÓN**

**Proyectos de Investigación Evaluados**



**Gráfico No. 4**

### Análisis

El Centro de Investigación del HUS (CIHUS), realiza evaluación a todos los proyectos que se presenten, las fluctuaciones en el indicador se han generado en el momento de cambio del coordinador del CIHUS, lo que permite que a pesar de la demanda de proyectos estos no puedan dar curso o trámite de revisión requerido.

### Proyectos de investigación aprobados

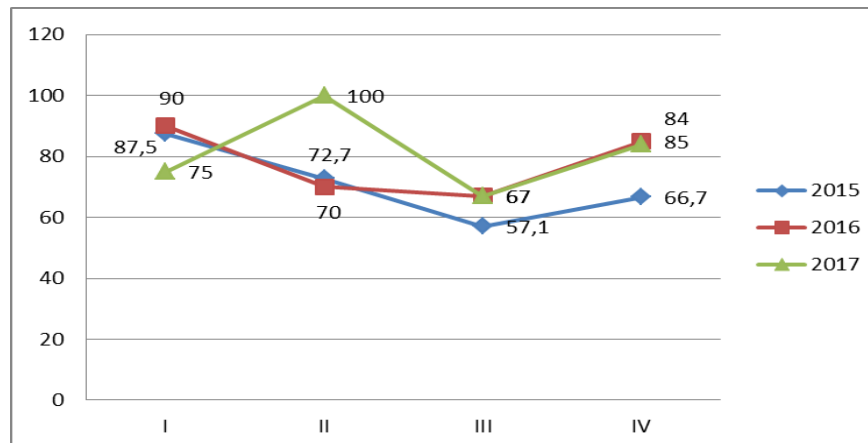


Gráfico No.5

### Análisis

Los proyectos presentados en el CIHUS, reciben una asesoría previa y acompañamiento para ser presentados en el Comité de Ética en Investigación del HUS (CEIHUS), lo que ha permitido que se aprueben adecuadamente los proyectos. Es importante aclarar que los proyectos que no son aprobados corresponden a aquellos que puedan tener fallas éticas o que no sean viables en nuestro Hospital.

#### a. MISIÓN SALUD

##### 1.2.1 Fortalecer plan de acción de docencia

- Avances

a. Fortalecimiento de los grupos de Investigación reconocidos por COLCIENCIAS, actualmente el HUS cuenta con 12 grupos reconocidos, de los cuales el grupo de Ortopedia se encuentra en categoría B. Ver Tabla N° 1 categorización COLCIENCIAS convocatoria 781 del 2017

CODIGO GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	LIDER DEL GRUPO	CLASIFICACIÓN DEL GRUPO
COL0133753	ORTHOHUS GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	OMAR PEÑA DIAZ	<b>CATEGORIA B</b>
COL0057268	GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES DIGESTIVAS GASTROSUR	JULIAN DAVID MARTINBEZ MARIN	CATEGORIA C
COL0067219	ESTUDIOS EN INVESTIGACIÓN DE CUIDADO CRITICO ECCRIT	MARIA TERESA OSPINA CABRERA	CATEGORIA C
COL0074017	GRUPO ENFERMERIA HUS	SANDRA PATRICIA PULIDO BARRAGAN	CATEGORIA C

COL0074302	GRUPO DE INVESTIGACIÓN ENFERMEDADES CARDIO-VASCULAR, TROMBOLISIS Y ANTI-COAGULACIÓN RICAUTA	ALFEDRO PINZON JUNCA	CATEGORIA C
COL0126955	TRIBECA GRUPO DE INVESTIGACIÓN LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE	MARIAN JAIME TORCOROMA	CATEGORIA C
COL0129957	NEUROHUS	WILLIAM MAURICIO RIVEROS	CATEGORIA C
COL0149154	CIRHUS	CARLOS MANUEL ZAPATA ACVEDO	RECONOCIDO
COL0165621	DER+	CAROLINA IVETTE CORTES CORRE	RECONOCIDO
COL0039161	INVESTIGACIONES UTOS	LUIS JORGE MEJIA PERDIGON	RECONOCIDO
COL0052771	INVESTIGACIÓN EN RADIOLOGIA Y DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	MICHEL HERNANDEZ RESTREPO	RECONOCIDO
COL 0042864	GINIC-HUS	LUIS JAVIER MARTINEZ GUERRERO	CATEGORIA C

- b. Se actualizó la base de datos de los docentes y se amplió el nombramiento de docentes por parte de la Universidad del El Bosque para los especialistas en Ginecología y de la Universidad de la Sabana para los especialistas de Anestesia.
- c. Se dio inicio al “Seminario permanente de Educación Médica” virtual de la Universidad de la Sabana para todos los docentes del HUS interesados.
- d. Se tiene en desarrollo la II cohorte de la Especialización de Docencia Universitaria (U. del Bosque), en donde se encuentran cursando actualmente 10 colaboradores del HUS
- e. Cumplimiento del 90% en la ejecución del Plan de desarrollo profesoral.

#### 1.2.2 Definir plan de convenios con universidades internacionales

- Se realizaron dos reuniones con el rector para Colombia de Universidad de Salerno, para coordinar el inicio de la Maestría en Gerencia de Instituciones de Salud.
- Se tiene actualmente 2 pasantes del convenio de UNIR, realizando proyectos institucionales.

### DESARROLLO DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO

#### CONVENIOS

CONVENIOS	ACTUAL	INTERNACIONALES	INACTIVOS
<b>Docencia servicio</b>	24 TOTAL VIGENTES 22	3 internacionales (Universidad Salerno Italia, Instituto National D'etue du Travel Et'orientation professionnelle de Paris y Universidad de la Rioja, )	3

Convenios vigentes pero no activos los siguientes:

- Universidad del Quindío
- Uninavarra
- Humanarte

## MODELO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

En el desarrollo de la responsabilidad social del HUS, se encuentra implícita la formación de un talento humano en salud, alineado con las últimas tendencias académicas, acorde con las necesidades del contexto de nuestra red de hospitales y usuarios, pero en **especial caracterizado** con la formación **humanística y de profesionalismo**, que se refleja en la estructura y desarrollo de un modelo propio de Docencia e Investigación.

Este Modelo espera responder a las necesidades actuales del país, fortaleciendo a través de este las siguientes competencias transversales:

1. Profesionalismo
2. Ética
3. Investigación
4. Gestión administrativa
5. Docencia
6. Comunicación asertiva

De igual forma afianzar las competencias específicas de cada una de las áreas propias del conocimiento. El avance a la fecha es el siguiente:

FASE	DURACIÓN	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	AVANCES
I	2 años Finaliza I sem 2018	Garantizar el Conocimiento del MDI y mejoramiento del nivel académico e investigativo del personal docente del HUS	<p>Desarrollar e implementar el plan de desarrollo profesoral</p> <p>Socializar al personal del HUS con estudiantes, Unidades Funcionales e Instituciones Educativas con convenio de Docencia Servicio Vigente</p> <p>Realizar un diagnóstico sobre la metodología de aprendizaje que usan nuestros docentes para enseñar competencias de profesionalismo y ética</p> <p>Realizar los primeros programas académicos propios de las rotaciones bases de pregrado (cirugía, Medicina Interna, Ortopedia, Ginecología y Urgencias)</p> <p>Formalizar y presentar ante Colciencias grupos de investigación avalados por el HUS para categorización</p>	<p>Esta primera fase, tiene un avance del <b>70%</b></p> <p>Se planteó para cada estrategia una serie de actividades en las que se encuentran:</p> <p>Desarrollo del plan profesoral, el cual tiene avance del <b>80%</b> en su plan de acción, en el que se incluye el fortalecimiento de las competencias transversales.</p> <p>Se realiza la socialización permanente del modelo a los estudiantes que ingresan al HUS a través de la inducción virtual en Moodle con una cobertura del <b>96%</b></p> <p>Y a nuestros docentes en el diplomado de Docencia que se encuentra en nuestra plataforma Moodle</p> <p>Se socializó el modelo con las Universidades de convenio Docencia Servicio Vigente en un <b>100%</b></p> <p>Se realizó un proyecto de investigación acerca de las estrategias de enseñanza para de los docentes para las competencias de profesionalismo y ética</p> <p>Está en desarrollo el programa</p>

				académico propio centrado en el fortalecimiento de las competencias transversales del servicio de Cirugía. Los demás están en proceso.
--	--	--	--	--

**PLAN DE DESARROLLO PROFESORAL**

No	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCES		
				I	II	
1		Levantamiento de la base de datos de docentes, en donde se identifique el nivel de formación de los profesionales del HUS con estudiantes a cargo	Base de datos de docentes realizada	1		Actualmente el HUS cuenta con una base de docentes que permite determinar el nivel de experiencia y estudio en docencia e investigación
		Desarrollo con una IES en convenio de Docencia servicio, de la especialización en Docencia Universitaria	Consecución de la especialización	1		Se logró el desarrollo de la especialización con la Universidad del Bosque que brindo un descuento del 30% y 40% para todo el personal interesado
2	Lograr las competencias necesarias para ejercer su actividad docente	Lograr dos cohortes de la especialización de Docencia Universitaria para profesionales con estudiantes a cargo	Cobertura de 30 cupos en la especialización de Docencia Universitaria, para profesionales con estudiantes a cargo	15		26 Estudiantes en II cohortes
		Desarrollar cursos de educación continua en competencias de enseñanza-aprendizaje para profesionales con estudiantes a cargo	Desarrollo de al menos 4 cursos de educación continua para profesionales del HUS con estudiantes a cargo	1		Se tiene un total de 4 cursos en desarrollo en docencia
4		Desarrollo de un curso virtual de Docencia para profesionales con estudiantes a cargo que inicien proceso de Docencia	Desarrollo y ejecución de un curso de Moodle para profesionales con estudiantes a cargo que inicien proceso de Docencia	1		En la plataforma Moodle se cuenta con el Diplomado de Moodle para docentes
5		Desarrollo de competencias transversales a profesionales con estudiantes a cargo	Elaborar al menos 2 cursos en competencias transversales para profesionales con estudiantes a cargo	1		Se realizaron dos charlas consecutivas en desarrollo de competencia en Trabajo en equipo y comunicación con la estrategia de Lego Serios
<b>TOTAL AVANCE</b>				<b>90%</b>		

**PQRS**

**DOCENCIA**

Petición	Peticionario Paciente	Clasificación Inicial	Contenido
No. 494-2017	Familiar paciente	<i>Queja</i>	Trato inadecuado del residente
No. 675 - 2017	Familiar	<i>Felicitaciones</i>	Reconocimiento al buen trato y atención recibida en Ginecología
No. 672 – 2017	Familiar	<i>Felicitaciones</i>	Reconocimiento al buen trato y atención recibida en ortopedia
No. 559 – 2017	Familiar	<i>Felicitaciones</i>	Reconocimiento al buen trato y atención recibida en Medicina Interna
No. 587 – 2017	Paciente	<i>Felicitaciones</i>	Por la atención recibida

**Gestión**

Se dio respuesta a la solicitud dentro de los términos y se realizó seguimiento al residente frente a lo sucedido. Por otro lado se hizo extensiva las felicitaciones a los grupos de estudiantes involucrados

**INVESTIGACIÓN**

No se presentaron casos

**3. PUMP**

**Docencia**

Avance	100%
Cumplimiento	100%
cierre	100%

**Investigación**

Avance	65%
Cumplimiento	50%
cierre	50%

**4. PAS**

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



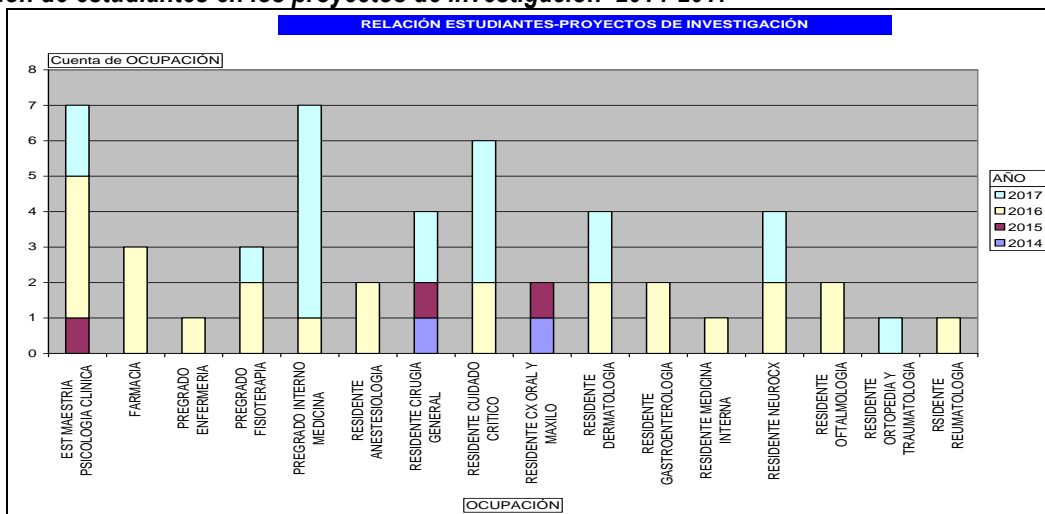
META DEL PRODUCTO ANUAL	Descripción de las actividades	Indicador		Soportes	TOTAL 2017
Completar y dar cumplimiento a los documentos solicitados en la Resolución 3409 de 2012	Presentación de los documentos solicitados en la Resolución 3409 de 2012, ante la Comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud.	Documentos completos radicados ante la Comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud	porcentaje	Se complementa los soportes con la autoevaluación de la Junta Directiva y Comité Directivo Se da cumplimiento al PUMP Actividad programada para el IV trimestre 2017	100%
Cumplimiento del desarrollo del Modelo de Docencia e Investigación del HUS (II fase)	Plan de acción de docencia ejecutado del modelo propio de Docencia e Investigación del HUS	Número de actividades propuestas en el plan de acción realizadas/ Total de actividades propuestas en el plan de acción*100	Porcentaje	Actividad evaluada y con cumplimiento desde el I trimestre 2017 Actividad programada para el IV trimestre 2017	91,6%
Establecer Relación Docencia Servicio con Universidades Internacionales	Convenios internacionales realizados	Convenios realizados	Unidad	Actividad evaluada y con cumplimiento desde el II trimestre 2017 Se realizan citaciones de reuniones por Skype y Acta de reunión con U. de Salerno (Italia)	100%
Aumentar y mantener el número de grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Reconocimiento de nuevos grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Número de nuevos grupos de investigación avalados por Colciencias	Unidad	ACTIVIDAD COMPLETA PARA LA VIGENCIA El HUS tiene reconocidos actualmente 11 Grupos de Investigación en Colciencias. Se mantuvieron los 8 iniciales y se incluyeron 3 grupos más: ECCRIT, NEURO-HUS, TRIVECA	100%
				<b>TOTAL</b>	<b>98%</b>

### LOGROS

- En el artículo 2 de la resolución 3409 del 2012, por la cual se establece los requisitos para otorgar Reconocimiento a las instituciones prestadoras de servicio de salud como "hospital Universitario"; uno de los requisitos es ser miembro activo de una red de investigación; en el último trimestre del año se realiza las primeras reuniones para ser miembro fundador de la red de investigación Cardiovascular con la Universidad Nacional, la clínica Shaio, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad Surcolombiana, Grupo Bayer, Universidad Simón Bolívar y la Fundación del caribe para la investigación Biomédica, la cual a través del acta del 14 de diciembre se integra como miembros fundadores al HUS en cabeza del Dr. Alfredo Pinzón líder del grupo de investigación RICAUTA.
- Se actualiza bajo la nueva norma definida por el área de planeación, la gestión documental (caracterización, procedimientos y formatos) de proceso de Docencia e Investigación
- Se generan los indicadores para iniciar medición y seguimiento en el 2018 a través de la plataforma TUCI.

- En tercer trimestre se redacción del IV boletín de investigación correspondiente al año 2017 se encuentra en revisión de estilo y pendiente publicación en el mes de enero del 2018.
- Se aumenta el número de estudiantes de pregrado involucrados en los proyectos de investigación que se desarrollan en el HUS Grafica No. 5

**Vinculación de estudiantes en los proyectos de investigación 2014-2017**

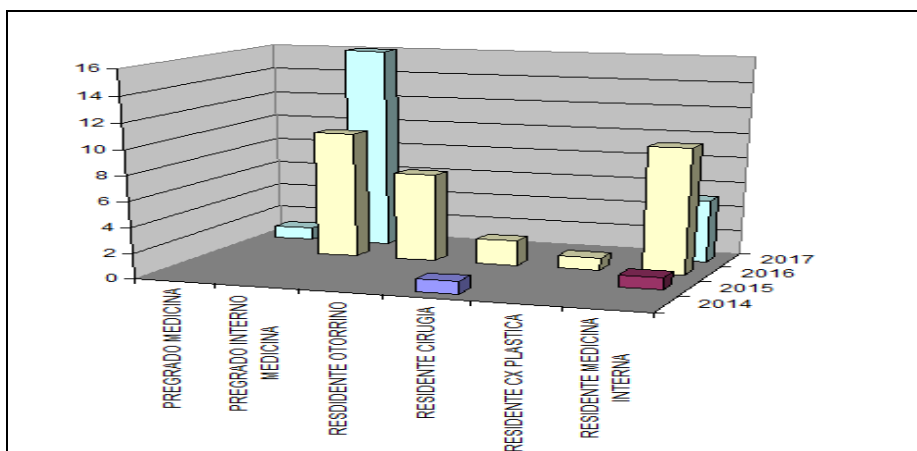


**Grafica Nº 5**

Para 2016 y 2017, Se evidencia un incremento significativo en la vinculación de estudiantes a los procesos de investigación, esto se debe a la implementación del nuevo modelo de docencia-investigación implementado en el HUS; en el año 2016 se vincularon 25 estudiantes de diferentes carreras y especialidades, en el 2017 dos estudiantes de maestría realizaron sus proyectos de investigación en HUS, once (11) residentes y siete (7) estudiantes de pregrado contribuyeron al fortalecimiento de la investigación y nuevos conocimientos en el HUS.

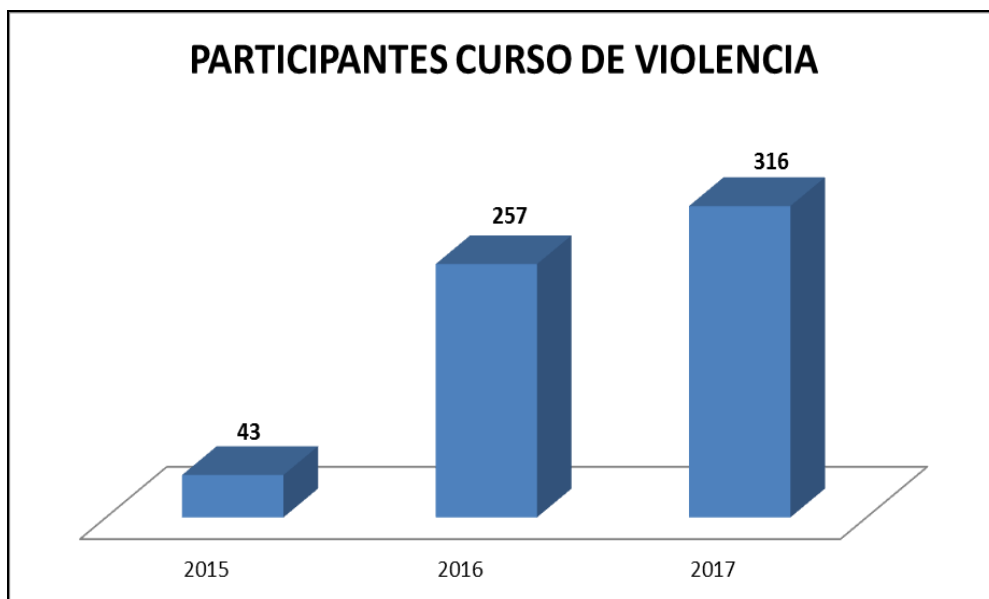
En relación a los reportes de caso, actualmente se han realizado para el 2017 se han realizado 27 reportes de caso de todas las especialidades con una contribución importante de estudiantes de pregrado de medicina representa 77% y residentes con un 23%, vinculados a esta modalidad de investigación (ver grafica No 6)

**Relación estudiantes Vinculados Reporte de Caso 2014-2017**

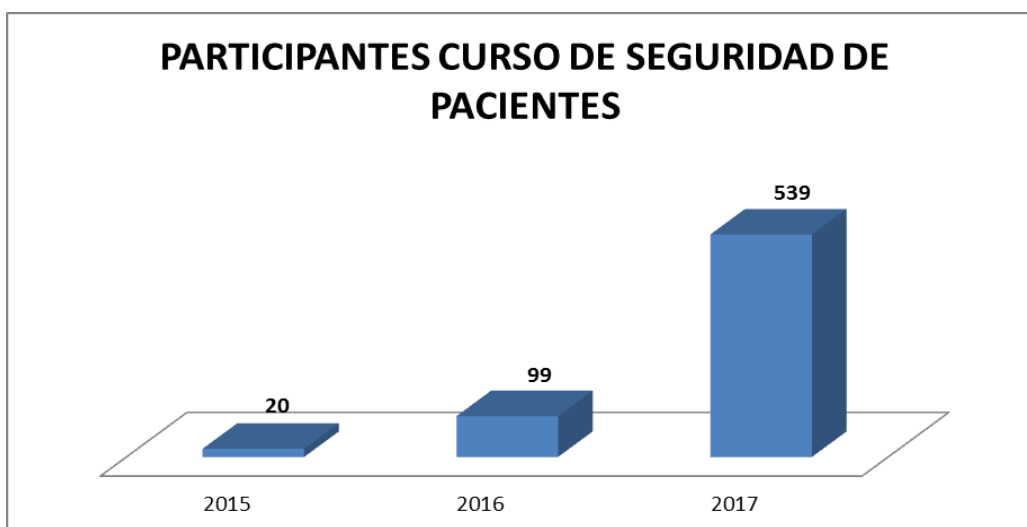


**Gráfica Nº 6**

- Desde la Subdirección de Educación Médica, se está fortaleciendo la gestión del conocimiento a través del desarrollo de cursos de educación continua de forma virtual por nuestra plataforma de Moodle. Actualmente contamos con 5 cursos virtuales, siendo los de mayor demanda el de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual y el curso de Buenas Prácticas de Seguridad del paciente con sus respectivos paquetes instruccionales. Evidenciando una mayor adherencia de nuestros colaboradores a las TICS. Ver gráfica 7 y 8.



**Gráfica N° 7**



**Gráfica N° 8**

## 1.8 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

### ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DEL AÑO 2017 CON LAS VIGENCIAS 2013 A 2016

#### CONSULTA EXTERNA.

El área de consulta externa de la sede hospitalaria cuenta con 54 consultorios, sin embargo, la oferta de servicios de salud no ocupa permanentemente los consultorios construidos; por ejemplo, el consultorio destinado exclusivamente a cardiología sólo es utilizado cuatro horas al día tres veces a la semana, el consultorio de otorrinolaringología sólo es utilizado 4 horas al día de lunes a jueves, el consultorio de gastroenterología sólo se utiliza 6 horas al día de lunes a viernes, y esto ocurre por los equipos propios del servicio que no permiten que estos consultorios sean compartidos con otras especialidades.

El centro de salud de Cogua cuenta con tres consultorios para atención médica, un consultorio para atención de enfermería y dos consultorios para atención odontológica. El centro de salud de San Cayetano cuenta con dos consultorios para atención médica, uno para atención de enfermería y otro para atención odontológica.

En la tabla 1 se encuentra el comparativo de la producción de servicios en lo referente a actividades de promoción y prevención incluidas la sede hospitalaria en Zipaquirá, el centro de salud de Cogua, y el puesto de salud de San Cayetano.

**TABLA 1.** Comparativo de la producción de servicios en promoción y prevención Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud durante las vigencias de 2013 al 2017

CONCEPTO	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Dosis de Biológicos Aplicados	43.386	45.540	23.270	32.126	42.904
Controles de Enfermería	2.283	3.578	4.372	4.951	5.347
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	3.921	3.946	15.021	23.490	28.364
Citologías Cervicovaginales	5.355	5.061	2.920	3.736	3.787
Total de Actividades de Salud Pública	54.945	58.125	45.583	64.303	80.402

FUENTE: Oficina de Salud Pública, oficina de patología

Se observa en el tema de los biológicos aplicados un comportamiento ascendente al final del periodo evaluado que se explica básicamente por las diferentes contrataciones PIC tanto con los Municipios como Concurrencias con el Departamento que impulsaron las actividades de vacunación extramural lo que impactó positivamente con un incremento del 33,5% en la cantidad de biológicos aplicados. Las actividades de enfermería muestran una marcada tendencia al incremento explicado por el fuerte impacto de programas de promoción y prevención como lo es la estrategia SAMIIS. La tendencia observada en las citologías vaginales es el resultado del esfuerzo de los funcionarios de salud pública por captar efectivamente la población objeto a pesar de la poca aceptación de las mujeres con aseguramiento subsidiado para la realización de la prueba. En resumidas cuentas el impacto de las estrategias de Salud Pública se manifiestan en un incremento sostenido a lo largo del periodo de observación y comparado con la vigencia anterior es del 25%.

En tabla dos se encuentra la producción de servicios de medicina general en toda la unidad funcional de Zipaquirá, se incluye la información de la sede hospitalaria en Zipaquirá, el centro de salud de Cogua, y el puesto de salud de San Cayetano.

**TABLA 2.** Comparativo de la producción de servicios en medicina general Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud vigencias 2013 al 2017

CONSULTA MEDICINA GENERAL	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Horas médico programadas para consulta	24.153	24.540	25.827	26.693	25.293
Capacidad de oferta	68.550	70.054	73.993	75.321	71.724
No de consultas agendadas	68.550	70.054	73.993	75.321	71.724
No de consultas asignadas	63.992	64.754	67.906	68.814	63.703
No de consultas realizadas	58.936	61.161	61.108	63.437	59.433
Consulta no realizada por inasistencia del usuario	5.056	3.593	5.839	5.377	4.270
% Uso capacidad de oferta	86,0%	87,3%	82,6%	84,2%	82,9%
% de inasistencia	7,9%	5,5%	8,6%	7,8%	6,7%
Rendimiento hora médico consulta	2,4	2,5	2,4	2,4	2,3
Rendimiento hora médico consulta esperado	2,84	2,85	2,86	2,82	2,84

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

Hay una disminución del 5,2% en la cantidad de horas médico ofertadas debido a la dificultad del cubrimiento del tiempo médico en el Puesto de Salud de San Cayetano, esto repercute en la disminución del 4,8% en la capacidad de oferta y de agendas disponibles. De la agenda ofertada sólo se asigna el 89% explicado por la incertidumbre en la cantidad de personas a atender en las brigadas de salud y por otro lado por la demanda irregular de servicios de medicina general en la UFZ. Por otro lado hay una disminución del 20,6% en la inasistencia de los pacientes a la consulta médica explicado por el seguimiento telefónico recordando las citas y por otro lado por la sustitución de inasistentes. El uso de la capacidad instalada disminuyó en el 14,2% dado la suma de inasistentes y la no demanda de servicios lo que se traduce que el rendimiento médico sea de 2.3 pacientes hora y no 2.8 pacientes hora. En la tabla tres se muestran la producción de servicios de medicina especializada.

**TABLA 3.** Comparativo de la producción de servicios en medicina especializada en la Unidad Funcional de Zipaquirá, durante las vigencias 2013 al 2017

CONSULTA ESPECIALIZADA	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Horas médico programadas en consulta	12.086	12.448	13.329	13.562	15.539
Capacidad de oferta	36.259	37.344	39.987	40.686	46.617
# de consultas agendadas	36.259	37.344	39.987	40.686	46.617
# de consultas asignadas	34.443	40.665	42.437	46.008	50.545
# de consultas realizadas	31.125	36.524	37.151	40.758	44.670
Consulta no realizadas por inasistencia del usuario	2.429	2.428	4.319	5.250	5.875
% Uso capacidad de oferta	85,8%	97,8%	92,9%	100,2%	95,8%
% de inasistencia	7,1%	6,0%	10,2%	11,4%	11,6%

Rendimiento hora médico consulta	2,6	2,9	2,8	3,0	2,9
Horas programadas procedimientos	749	727	675	1.103	1.152
# procedimiento programados	2.247	2.181	2.025	4.220	4.550
# procedimientos realizados	2.535	3.181	3.053	5.385	5.649
Procedimientos no realizados por inasistencia del usuario	57	0	0	0	0
% de realización de procedimientos	113%	146%	151%	128%	124%
% de inasistencia	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rendimiento hora médico procedimiento	3,4	4,4	4,5	4,9	4,9
Días espera asignación cita medicina general	4	6	2	2	1
Días espera asignación cita medicina interna	15	27	6	18	13
Días espera asignación cita pediatría	4	4	3	15	5
Días espera asignación cita cirugía	7	4	3	3	4
Días espera asignación cita ortopedia	21	23	9	20	12
Días espera asignación cita ginecología	10	17	13	18	10
Días espera asignación cita obstetricia	5	4	3	9	3
Días espera asignación demás especialidades	11	18	13	12	14
días espera asignación cita anestesiología		1	1	0	0
días espera asignación cita cardiología		38	34	15	26
días espera asignación cita cirugía plástica		5	5	7	6
días espera asignación cita cirugía vascular periférica		27	11	25	5
días espera asignación cita dermatología		4	4	7	10
días espera asignación cita endocrinología		13	NA	NA	NA
días espera asignación cita gastroenterología		53	45	8	7
días espera asignación cita neurología		12	7	12	7
días espera asignación cita neumología		NA	4	6	29
días espera asignación cita oftalmología		17	5	19	12
días espera asignación cita otorrinolaringología		17	18	23	42
días espera asignación cita psiquiatría		10	12	15	11
días espera asignación cita urología		9	8	5	7

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Se incrementó un 14,6% la cantidad de horas médicos especialistas disponibles dado que se aumentaron las horas de ginecología, neurología, dermatología, gastroenterología. Este incremento se traduce en un incremento similar en la cantidad de cupos ofertados y por ende de la capacidad instalada. Se asignó un 8% de citas sobre la capacidad instalada con el fin de contrarrestar la inasistencia de usuarios, y aunque se incrementa un 9,6% la cantidad de consultas realizadas sólo se alcanza a ocupar el 95,8% de la oferta explicado esto por el incremento del 11,9% de inasistentes. El rendimiento hora médico disminuyó en un 4,3% pasando de 3 a 2,9 pacientes hora. Se incrementaron en un 4,4% las horas programadas para procedimientos médicos ambulatorios en consulta externa, lo que incrementó en un 7,8% la cantidad de cupos disponibles para procedimientos, se realizó un 24% más procedimientos que los ofertados, dado el interés de los médicos contratados por productividad de ampliar su oferta de servicios.

En cuanto a la oportunidad de la consulta médica se mejoraron los tiempos de espera en 11 de 18 especialidades con porcentajes de disminución variable que oscilan entre un 81% menos (cirugía vascular) hasta un 5,4% menos (gastroenterología). Mientras que se incrementó los tiempos de espera en 6 de 18 especialidades también con porcentajes variables de aumento que oscilan entre el 27,8% más (cirugía general) hasta el 418% más (neumología); esto implica que especialidades como cardiología, neumología y otorrinolaringología se encuentren con una oportunidad por fuera de lo máximo permitido, y especialmente en neumología y otorrinolaringología se debió a enfermedad aguda y prolongada de los médicos especialistas.

## URGENCIAS

El servicio de urgencias cuenta con un consultorio de triage, cinco consultorios de atención, una sala de reanimación, una sala de procedimientos menores, una sala ERA, una sala de hidratación y un área de hospitalización para observación con 11 camas adultos. En la tabla cuatro se evidencian el comportamiento del servicio de urgencias.

**TABLA 4.** Comparativo de la producción de servicios en urgencias, Unidad Funcional de Zipaquirá, vigencias 2013 al 2017

URGENCIAS	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Horas médico general programadas URGENCIAS	40.182	35.436	34.560	34.560	45.120
# pacientes clasificados como Triage 1	1.532	3.978	996	259	29
# pacientes clasificados como Triage 2	30.915	27.801	24.163	13.994	1.375
# pacientes clasificados como Triage 3	15.034	17.988	19.238	23.563	30.251
# pacientes clasificados como Triage 4	0	0	5.565	12.281	20.494
# pacientes clasificados como Triage 5	0	0	0	1.805	2.335
Total pacientes con triage	47.481	52.462	49.962	51.902	54.484
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	<b>32.437</b>	<b>38.895</b>	<b>44.151</b>	<b>43.448</b>	<b>48.082</b>
tiempo promedio de espera en minutos para consulta	20	27	34	37	29
tiempo de espera en minutos atención triage II	20	28	32	33	27
# PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS	4.964	6.673	7.707	7.178	6.472
Pacientes en CODIGO AZUL en urgencias	138	135	201	230	217
# transfusiones en urgencias	19	24	14	0	0
# de reingresos entre 24 y 72 horas después del egreso	0	0	281	414	1.257
# Pacientes con soporte vital por más de 1 hora en el servicio	138	135	201	230	217

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Para brindar una mejor oportunidad y calidad del servicios de urgencias para el año 2017 se incrementó un 30,6% la oferta de horas médico disponibles para urgencias, eso permitió incrementar un 10,5% la cantidad de pacientes atendidos por el servicio, y además permitió disminuir un 21,1% el tiempo de espera para ser atendido en el servicio

independientemente de la clasificación de triage y específicamente para el triage II se evidenció una disminución del 20,4% en el tiempo de espera. En cuanto a la cantidad de procedimientos hay una disminución del 9,8% lo que significa que ha disminuido la complejidad de los casos con predominio de consulta médica; por otro lado la mayoría de consultantes se clasifican como triage tres (55,5%) o cuatro (37,6%). El incremento en los reingresos que corresponden alrededor del 3% de la consulta realizada se debe al cambio de la búsqueda manual por la del sistema de información.

## REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

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

**TABLA 5.** *Comparativo del uso del sistema de referencia a la Unidad Funcional de Zipaquirá, vigencias 2013 al 2017*

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
<b># de remisiones solicitadas al HUS por IPS de origen</b>	<b>908</b>	<b>981</b>	<b>888</b>	<b>1021</b>	<b>1157</b>
CHÍA	79	129	65	58	74
CHOCONTÁ	73	67	82	168	183
TABIO	69	41	36	43	60
SESQUILÉ	66	79	53	52	90
CAJICÁ	84	135	135	173	203
TENJO	60	58	36	44	46
SOPÓ	51	68	58	57	74
TOCANCIPÁ	59	40	23	17	13
NEMOCON	46	37	55	53	83
PACHO	29	24	15	11	10
SUESCA	41	47	62	62	43
GUATAVITA	32	64	43	37	62
BOGOTA	30	46	29	22	27
GUASCA	18	17	11	31	17
GACHETÁ	16	18	12	15	28
OTROS	155	111	173	178	144
<b># de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador</b>	<b>908</b>	<b>981</b>	<b>888</b>	<b>1021</b>	<b>1157</b>
PPNA - EVENTOS NO POS	50	46	31	49	76
Régimen subsidiado	761	814	723	864	960
Régimen contributivo	69	101	89	95	99
soat ecat	6	13	33	8	20
Otros	22	7	12	5	2
<b># de remisiones solicitadas al HUS por especialidad</b>	<b>908</b>	<b>981</b>	<b>888</b>	<b>1021</b>	<b>1157</b>
MED. INTERNA	220	142	181	192	227



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
CIRUGÍA	337	355	226	258	305
OBSTETRICIA	249	381	301	392	354
PEDIATRÍA	38	52	77	114	186
ORTOPEDIA	16	25	58	29	45
PSIQUIATRIA	38	15	18	7	5
CIRUGÍA PLASTICA	2	2	1	0	0
UROLOGÍA	3	4	3	8	7
GASTROENTEROLOGÍA	0	3	5	3	10
OFTALMOLOGÍA	2	1	0	5	5
OTROS	3	1	18	13	13
<b># de remisiones aceptadas por IPS de origen</b>	<b>540</b>	<b>620</b>	<b>527</b>	<b>597</b>	<b>745</b>
CHÍA	46	72	35	34	41
CHOCONTÁ	44	46	49	92	105
TABIO	41	23	25	21	41
SESQUILÉ	46	56	37	31	55
CAJICÁ	52	96	94	119	138
TENJO	39	35	23	25	29
SOPÓ	26	44	36	33	51
TOCANCIPÁ	41	33	15	12	9
NEMOCON	32	31	43	43	59
PACHO	15	11	8	4	6
SUESCA	27	31	27	33	35
OTROS	131	142	135	150	176
<b># de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador</b>	<b>540</b>	<b>620</b>	<b>527</b>	<b>597</b>	<b>745</b>
PPNA - EVENTOS NO POS	28	30	22	35	62
Régimen subsidiado	443	513	417	485	598
Régimen contributivo	50	65	56	68	72
soat ecat	3	7	23	6	10
Otros	16	5	9	3	3
<b># de remisiones aceptadas por especialidad</b>	<b>540</b>	<b>620</b>	<b>527</b>	<b>597</b>	<b>745</b>
OBSTETRICIA	153	254	181	229	207
CIRUGIA	244	253	164	186	218
MEDICINA INTERNA	87	64	65	80	130
PEDIATRIA	19	25	53	60	130
ORTOPEDIA	9	18	39	20	31
PSIQUIATRIA	20	3	10	3	2
CIRUGIA PLASTICA	2	0	0	0	0
UROLOGÍA	2	0	0	3	5

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
GASTROENTEROLOGÍA	0	2	3	7	9
OFTALMOLOGÍA	2	1	0	1	5
Otras	2	0	12	8	8
% de remisiones aceptadas por especialidad	59,5%	63,2%	59,3%	58,5%	64,4%
OBSTETRICIA	61,4%	66,7%	60,1%	58,4%	58,5%
CIRUGIA	72,4%	71,3%	72,6%	72,1%	71,5%
MEDICINA INTERNA	39,5%	45,1%	35,9%	41,7%	57,3%
PEDIATRIA	50,0%	48,1%	68,8%	52,6%	69,9%
ORTOPEDIA	56,3%	72,0%	67,2%	69,0%	68,9%
PSIQUIATRIA	52,6%	20,0%	55,6%	42,9%	40,0%
CIRUGIA PLASTICA	100,0%	0,0%	0,0%		
UROLOGÍA	66,7%	0,0%	0,0%	37,5%	71,4%
GASTROENTEROLOGÍA		66,7%	60,0%	233,3%	90,0%
OFTALMOLOGÍA	100,0%	100,0%		20,0%	100,0%
Otras	66,7%	0,0%	66,7%	61,5%	61,5%
# de remisiones rechazadas por causa	341	361	374	424	414
NO PERTINENCIA DE LA REMISIÓN	213	45	31	84	20
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	0	215	217	236	254
FALTA DE CAMAS	52	9	4	23	34
FALTA DE ESPECIALISTA	32	32	60	32	34
NO HAY CONTRATO	3	4	0	0	1
REQUIERE U. SALUD MENTAL	0	0	4	2	2
FALTA DE PROCEDIMIENTO (TAC)	41	56	58	47	69
# de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS	1273	1286	1357	1620	1768
HOSPITAL DE LA SAMARITANA	225	211	314	329	387
CLINICA EUSALUD	133	78	76	55	67
CLINICA CANDELARIA DIOSALUD	40	18	0	0	0
CLINICA LA MAGDALENA	44	32	29	43	33
HOSPITAL CARDIOVASCULAR	51	41	45	95	33
HOSPITAL SAN RAFAEL	22	56	18	24	16
HOSPITAL SANTA CLARA	32	39	16	6	2
CLINICA FUNDADORES	23	27	33	25	3
HOSPITAL MEREDIC	20	27	17	34	14
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR	19	27	37	49	43
CLINICA ZIPAQUIRÁ	3	0	0	15	70
OTROS	661	730	772	945	1100
# de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	1.273	1.286	1.357	1.620	1.768

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
PPNA - EVENTOS NO POS	13	11	20	20	29
Régimen subsidiado	572	520	494	634	616
Régimen contributivo	592	634	706	768	929
soat ecat	93	115	132	86	193
Otros	3	6	5	112	1
# de remisiones realizadas por causa	0	0	1357	1620	1768
FALTA DE ESPECIALISTAS			120	354	366
FALTA APOYO DIAGNOSTICO			4	216	126
CONTRAREMISION			3	1	1
REQUIERE UNIDAD DE SALUD MENTAL			5	54	71
REQUIERE INTERMEDIOS			8	44	52
REQUIERE UCI			115	302	278
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD			1013	515	637
NO HAY CONTRATO			66	54	149
TRASLADO PRIMARIO			23	80	88

FUENTE: Oficina de referencia y contrareferencia Unidad Funcional Zipaquirá

Como es de esperarse los municipios más proximales a la Unidad Funcional son los que tienen mayor peso porcentual en cuanto a solicitudes de referencias, al momento de evaluar el comportamiento comparativo se evidencia una tendencia progresiva la incremento que para la última vigencia fue de 13,3% mayor. El 83% de los casos comentados corresponden al régimen subsidiado, sin embargo, en el comparativo todos los regímenes incrementaron en porcentajes variables que oscilan desde el 4,2% (contributivos) hasta el 150% (soat – ecat). Las especialidades básicas son las más solicitadas en las referencias, sin embargo es evidente que los primeros lugares son ocupados por las especialidades de obstetricia y de cirugía general (31% y 26% respectivamente); sin embargo, en el comparativo se encuentran con porcentajes de disminución las especialidades de Psiquiatría (28,6% menos), Urología (12,5% menos) y Obstetricia (9,7% menos).

El porcentaje de aceptación se ubicó en el 64,4% lo que equivale a un incremento del 10,1% en el comparativo; el 80% de los aceptados pertenecen al régimen subsidiado, en el comparativo las especialidades con mayores incrementos en el porcentaje de aceptación fueron Oftalmología (400% más), Urología (90,5% más) y Medicina Interna (37,4% más); mientras que las especialidades con mayores disminuciones fueron Gastroenterología (61,4% menos) y Psiquiatría (6,7% menos). Las causas para no aceptar pacientes cuyo incremento comparativo fueron los más altos corresponden a Falta de camas (47,8% más) para el tipo de paciente, y falta de procedimiento (46,8% más) tales como TAC, Dopler, Resonancia; mientras que las causas que en el comparativo disminuyeron fue la no pertinencia de la remisión (76,2% menos).

En números absolutos se incrementó en un 9,1% las remisiones a otra IPS desde la Unidad funcional, por un lado las EPS contributivas con quienes no se tiene convenio son responsables del 53% de esas remisiones, en cuanto al comparativo se evidencia que el régimen contributivo aumentó en un 21% la cantidad de remisiones. Al revisar el comparativo las causas con mayores incrementos fueron no convenio o no contrato con la EAPB responsable del paciente (175,9% más), requerir unidad de salud mental (31,5% más) y necesidad de mayor nivel de complejidad (23,7% más). En cuanto al sitio de envío de pacientes dado que en la Unidad Funcional el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al régimen de aseguramiento subsidiado la institución receptora más frecuentemente utilizada es la sede Bogotá del Hospital Universitario de la Samaritana.

**APOYO DIAGNOSTICO**

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

**TABLA 6.** *Comparativo de la Producción de servicios en el laboratorio clínico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, vigencias 2013 al 2017*

<b>LABORATORIO CLINICO</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
# EXAMENES DE LABORATORIO HOSPITALIZADOS	26.690	31.347	33.065	34.748	38.932
# ORDENES HOSPITALIZACIÓN	9.148	11.807	11.268	12.668	12.980
# EXAMENES DE LABORATORIO EXTERNOS	79.180	94.718	81.610	96.744	103.943
# ORDENES EXTERNAS	19.643	21.398	20.586	23.150	24.463
# EXAMENES DE LABORATORIO URGENCIAS	51.192	55.435	73.998	72.316	83.362
# ORDENES URGENCIAS	17.456	20.217	20.301	25.585	26.302
# EXAMENES DE LABORATORIO TOTALES	157.062	181.500	188.673	203.808	226.237
# ORDENES TOTALES	46.247	53.422	52.155	61.403	63.745
EXAMENES REALIZADOS	157.062	181.500	188.673	203.808	226.237
COAGULACION	3.345	3.516	4.906	5.749	7.038
HEMATOLOGIA	28.807	34.489	32.601	31.450	32.522
INMUNOHEMATOLOGIA	3.636	3.442	3.227	3.210	3.209
INMUNOLOGIA	4.237	5.046	4.463	4.666	5.141
MICROBIOLOGIA	5.931	7.748	11.118	14.510	15.648
PARASITOLOGIA	3.298	3.707	4.078	3.472	3.299
QUIMICA	81.422	92.433	95.244	97.456	109.337
ESPECIALES	2.714	6.356	8.049	13.790	15.441
REMISIONES ESPECIALES	5.706	6.006	6.669	11.549	15.968
UROANALISIS	17.966	18.757	18.318	17.956	18.628
EXAMENES FACTURADOS	157.062	181.500	188.663	203.808	226.237
EXAMENES REPETIDOS	1.950	1.927	2.418	2.498	1.800
COAGULACION	510	413	368	362	196
HEMATOLOGIA	465	509	824	792	457
INMUNOHEMATOLOGIA	41	38	33	31	45
INMUNOLOGIA	40	36	47	66	99
MICROBIOLOGIA	58	46	94	129	116
PARASITOLOGIA	20	10	25	20	32
QUIMICA	724	754	820	850	656
ESPECIALES	45	70	107	169	119
REMISIONES ESPECIALES	0	0	0	0	0
UROANALISIS	47	51	100	79	80
EXAMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACION	26.690	31.347	33.065	34.748	38.932
Medicina Interna	10.716	11.325	12.023	10.715	14.659

<b>LABORATORIO CLINICO</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
Cirugía	4.178	4.899	6.203	6.610	5.096
Ginecología y Obstetricia	8.023	10.012	9.559	11.128	14.061
Ortopedia	37	27	11	157	6
Pediatría	1.602	2.149	1.839	2.234	2.276
Recién Nacidos	2.134	2.935	3.428	3.758	2.660
Otras	0	0	2	146	174
HORAS BACTERIOLOGA	11.619	11.543	11.592	11.556	11.556
EXAM. NO REALIZADOS POR	0	0	48	178	220
FALTA DE REACTIVOS	0	0	15	0	0
DAÑOS EN LOS EQUIPOS	0	0	0	0	0
NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCION	0	0	0	171	220
OTROS	0	0	33	7	0
USO HOSPITALARIO DE LABORATORIO No ORDENES POR EGRESO	1,5	1,8	1,7	1,9	1,9
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN EN HOSPITALIZACION	2,9	2,7	2,9	2,7	3,0
RELACION LABORATORIOS/EGRESO	4,5	4,7	5,1	5,3	5,8
USO AMBULATORIO DE LABORATORIO No ORDENES POR CONSULTA	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN CONSULTA EXT	4,0	4,4	4,0	4,2	4,2
RELACION LABORATORIOS / CONSULTAS EXTERNAS	2,5	2,6	2,2	2,4	2,3
USO EN URGENCIAS DELABORATORIOS No ORDENES POR ATENCIÓN DE URGENCIAS	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN URGENCIAS	2,9	2,7	3,6	2,8	3,2
RELACION LABORATORIOS / CONSULTAS DE URGENCIA	1,6	1,4	1,7	1,7	1,7
PROMEDIO GENERAL DE EXAMENES POR ORDEN	3,4	3,4	3,6	3,3	3,5
PRODUCTIVIDAD LABORATORIO	13,5	15,7	16,3	17,6	19,6
% DE EXAMENS REPETIDOS	1,2%	1,1%	1,3%	1,2%	0,8%
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO HOSPITALIZACION (minutos)	ND	58	49	50	48
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO URGENCIAS (minutos)	ND	49	46	47	48

FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

De manera global se observa un incremento del 11% en los exámenes solicitados y realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, explicado por el aumento del volumen de atenciones en los servicios ofertados; y a expensas del aumento de los exámenes en urgencias (15,3% más) y en Hospitalización (12% más). En cuanto a los servicios de

hospitalización los que más solicitan laboratorios son ginecobstetricia y medicina interna explicada por el volumen, la complejidad y comorbilidades de dichos pacientes; a su vez en el comparativo son los servicios que más se incrementaron (26,4 y 36,8% más respectivamente). La oportunidad en la entrega de resultados se encuentra dentro de lo esperado para el nivel de complejidad. En la tabla siete se observa el comportamiento del servicio de apoyo diagnóstico de imágenes.

**TABLA 7.** Comparativo de la producción de servicios en apoyo diagnóstico de imágenes en la Unidad Funcional de Zipaquirá, de las vigencias 2013 al 2017

IMÁGENES DIAGNOSTICAS	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Ecografías realizadas consulta externa	2.775	2.510	3.284	4.586	5.242
Ecografías realizadas hospitalización	1.467	1.858	1.613	1.055	1.713
Ecografías realizadas urgencias	2.421	2.823	3.357	3.596	4.540
Total ecografías realizadas	6.663	7.191	8.254	9.237	11.495
Oportunidad ecografía en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	3	4	3	5	3
Radiografías realizadas consulta externa	3.579	4.415	5.257	5.488	5.283
Radiografías realizadas hospitalizados	864	891	1.176	1.179	1.076
Radiografías realizadas urgencias	11.876	13.260	15.456	14.507	15.024
Total radiografías realizadas	16.319	18.566	21.889	21.174	21.383
Oportunidad radiografías en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	1	1,3	1	1	1

FUENTE: Servicio de radiología, software Dinámica Gerencial

Se observan un incremento global en el total de ecografías tomadas (24,4% más) con respecto a la vigencia anterior y una tendencia permanente al alza en dicho total a lo largo del periodo de observación; en todos los servicios hay incremento siendo el mayor el 62,4% en hospitalización y el menor incremento es 14,3% en consulta externa; todo esto es debido al aumento de oferta de hora médico ecografista que pasó de 20 horas a 36 horas semanales, esto entre otras cosas permitió controlar la oportunidad de ecografías en consulta externa. En cuanto a radiología básica presentamos un incremento global del 1% influenciado positivamente por el incremento en urgencias del 3,6% debido al mayor volumen de consulta, y negativamente por la disminución en consulta externa (3,7% menos) y en hospitalización (8,7% menos). En la tabla ocho observamos el comportamiento de la unidad fija de recolección de sangre.

**TABLA 8.** Comparativo de la producción de servicios en el puesto fijo de recolección de sangre de la Unidad Funcional de Zipaquirá, de las vigencias 2013 al 2017

BANCO DE SANGRE	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	25	24	33	33	31
UNIDADES RECOLECTADAS	1.309	1.289	1.647	1.120	910
UNIDADES PROCESADAS	0	0	0	0	0
UNIDADES PRODUCIDAS	0	0	0	0	0
UNIDADES ENTREGADAS ZIPAQUIRA	888	883	757	967	780
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	782	728	662	801	688
UNIDADES DE PLAQUETAS	42	20	38	91	26

<b>BANCO DE SANGRE</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	64	135	80	75	66
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS ZIPAQUIRA	664	618	549	569	526
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	571	521	446	458	467
UNIDADES DE PLAQUETAS	37	10	38	58	26
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	56	87	65	53	33
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS POR SERVICIO	664	618	549	569	526
URGENCIAS	19	24	14	0	0
CIRUGIA	279	268	275	372	209
PEDIATRIA	34	13	11	12	19
MEDICINA INTERNA	200	174	165	83	192
GINECOLOGIA	123	139	87	102	106
SALAS DE CIRUGIA	0	0	0	0	0
No UNIDADES CRUZADAS	1.212	1.078	971	788	832
No UNIDADES RETORNADAS NO USADAS	0	0	0	0	0
No TRANSFUCIONES AUTOLOGAS	0	0	0	0	0
No PACIENTES TRASFUNDIDOS	181	202	185	179	208
UNIDADES DISTRIBUIDAS VENDIDAS	193	145	137	230	154
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	193	145	137	211	154
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	0	0	6	0
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	0	0	0	0	0
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	857	763	686	799	680
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	764	666	583	686	621
UNIDADES DE PLAQUETAS	37	10	38	64	26
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	56	87	65	49	34
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	857	763	675	799	680
UNIDADES DESECHADAS ZIPAQUIRA POR	23	78	44	72	72
VENCIMIENTO	20	48	31	61	41
REACTIVIDAD	0	0	0	0	0
ALMACENAMIENTO INADECUADO	0	22	2	0	0
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE (PLASMA FRESCO SIN PROCESAR)	0	0	0	0	0
OTROS	3	8	11	11	29
HORAS Bacterióloga PROGRAMADAS	2.304	2.304	2.304	2.304	2.304
% DE CONSUMO INTERNO	77,4%	78,8%	78,3%	66,3%	76,7%
% DE DESPACHO EXTERNO	21,7%	16,4%	18,1%	23,8%	19,7%
% DE UNIDADES TRASFUNDIDAS	74,8%	70,0%	72,5%	58,8%	67,4%

<b>BANCO DE SANGRE</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
UNIDADES TRASFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	54,8%	57,3%	56,5%	72,2%	63,2%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	3,7	3,1	3,0	3,2	2,5
PROPORCIÓN DE UNIDADES DESECHADAS	2,6%	8,8%	5,8%	7,4%	9,2%
% UNIDADES DESECHADAS POR VENCIMIENTO	87,0%	61,5%	70,5%	84,7%	56,9%
% UNIDADES DESECHADAS POR REACTIVIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% UNIDADES DESECHADAS POR OTROS	13,0%	10,3%	25,0%	15,3%	40,3%

FUENTE: Departamento de estadística, puesto fijo de recolección de sangre

Con el paso del tiempo se ha incrementado paulatinamente las jornadas de recolección de unidades, sin embargo en la última vigencia se presentó una disminución del 65,1%, dada la dificultad de concretar espacios para la recolección de la sangre de donantes voluntarios; esa disminución de jornadas se traduce en una menor cantidad de unidades recolectadas (18,8% menos).

En cuanto al uso de los componentes sanguíneos para la última vigencia fue necesario solicitar menos unidades (7,6% menos) por disminución de la demanda institucional de servicios como el de cirugía; y por otro lado por la disminución de la venta extrainstitucional de componentes sanguíneos (33% menos). Permaneció sin variación la una proporción de unidades desechadas cuya causa es el vencimiento de las mismas.

#### **SALAS DE CIRUGIA Y SALAS DE PARTO**

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

**TABLA 9.** Comparativo de la producción de servicios en el área quirúrgica por número de procedimientos realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, vigencias 2013 al 2017

<b>CIRUGÍA</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
NÚMERO DE QUIRÓFANOS	2	2	2	2	2
NÚMERO HORAS QUIRÓFANO PROGRAMADAS EN CIRUGÍA ELECTIVA	2.940	2.430	2.430	2.460	2.430
NÚMERO HORAS QUIRÓFANO UTILIZADAS EN CIRUGÍA ELECTIVA Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas	2.137	2.557	2.501	1.893	2.012
HORAS DISPONIBLES DE QUIRÓFANO PARA URGENCIAS	8.760	8.760	8.760	8.784	8.760
HORAS UTILIZADA DE QUIRÓFANO EN URGENCIAS Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugía de urgencias	2.914	3.298	3.615	4.606	2.796
NÚMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN CIRUGÍA ELECTIVA	2.940	2.430	2.430	2.460	2.430
NÚMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN CIRUGÍA DE URGENCIA	8.760	8.760	8.760	8.784	8.760
NÚMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN CIRUGÍA ELECTIVA	2.940	2.430	2.430	2.460	2.430
NÚMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN CIRUGÍA DE URGENCIA	8.760	8.760	8.760	8.784	8.760
NÚMERO TOTAL INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS	3.652	4.079	4.228	4.167	4.252



<b>CIRUGÍA</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
ELECTIVA CON ESTANCIA	189	141	135	100	71
AMBULATORIAS	1.524	1.884	1.985	1.910	1.830
URGENTES	1.939	2.054	2.108	2.157	2.351
NUMERO DE PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS REALIZADOS	3.652	4.079	4.228	4.167	4.252
GENERAL	1.287	1.578	1.627	1.673	1.712
REGIONAL	1.329	1.337	1.315	1.297	1.218
LOCAL	1.036	1.164	1.286	1.193	1.317
Otro	0	0	0	4	5
PROMEDIO DE CIRUGÍAS POR HORA QUIRÓFANO CIRUGÍA PROGRAMADA	0,6	0,8	0,9	0,8	0,8
PROMEDIO DE CIRUGÍAS POR HORA QUIRÓFANO CIRUGÍA URGENCIAS	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
PROMEDIO DE CIRUGÍAS POR HORA CIRUJANO CIRUGÍA PROGRAMADA	0,6	0,8	0,9	0,8	0,8
PROMEDIO DE CIRUGÍAS POR HORA ANESTESÍOLOGO CIRUGÍA PROGRAMADA	0,6	0,8	0,9	0,8	0,8
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EN SALAS DE CIRUGÍA POR GRUPO QUIRÚRGICO	0	7037	7400	8017	8040
2	0	91	127	108	281
3	0	476	579	862	1017
4	0	528	657	626	571
5	0	536	530	584	621
6	0	567	555	511	563
7	0	960	1132	952	1024
8	0	1252	1023	1114	1044
9	0	734	843	850	802
10	0	1395	1490	1896	1532
11	0	75	67	68	56
12	0	141	105	86	71
13	0	147	79	87	82
20	0	133	205	265	367
21	0	0	7	8	8
22	0	2	1	0	0
23	0	0	0	0	1
Sin dato	0	0	0	0	0
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EQUIVALENTES	0	4218	4365	4810	4646
NÚMERO PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR CIRUGÍA	1,4	1,7	1,8	1,9	1,9
NÚMERO CIRUGÍAS PROGRAMADAS	1843	2154	2208	2164	1982
CIRUGÍAS CON ESTANCIA CANCELADAS	0	0	0	0	0
CIRUGÍAS AMBULATORIAS CANCELADAS	129	129	96	154	81
NÚMERO CIRUGÍAS CANCELADAS POR	129	129	96	154	81
CRITERIO MÉDICO DE ANESTESIA	38	57	49	82	36
CRITERIO MÉDICO DE CIRUJANO	0	3	1	2	1
ROPA	0	0	0	0	0
MATERIAL QUIRÚRGICO	8	6	4	13	13
AUSENCIA DE PROFESIONAL	31	14	10	14	11

<b>CIRUGÍA</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
AUSENCIA DE PACIENTE	33	34	26	28	17
OTROS	19	15	6	15	3
% DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS	7,0%	6,0%	4,3%	7,1%	4,1%
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGÍA CON ESTANCIA	0	0	0	0	0
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGÍA AMBULATORIA	59	63	60	46	45
NÚMERO DE PACIENTES OPERADOS EN EL QUE EL DIAGNÓSTICO PREVIO NO SE CORRELACIONA CON EL DIAGNÓSTICO POSQUIRÚRGICO	4	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS TRANSOPERATORIOS	0	1	0	0	3
QUIRÚRGICOS	0	1	0	0	0
ANESTÉSICOS	0	0	0	0	3
OTROS	0	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS POSOPERATORIO IDENTIFICADOS	2	1	0	0	0
QUIRÚRGICOS	2	1	0	0	0
ANESTÉSICOS	0	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0	0
NÚMERO DE REINTERVENCIONES	12	5	8	6	0
CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS					
LIMPIAS	1.002	1.295	1.719	1.577	1.538
LIMPIAS CONTAMINADAS	2.325	2.494	2.255	2.351	2.431
SUCIAS	200	248	233	223	257
INFECTADAS	68	42	21	16	26
INFECCIONES IDENTIFICADAS EN HERIDAS QX					
LIMPIAS	3	2	0	0	1
LIMPIAS CONTAMINADAS	10	10	8	15	8
SUCIAS	3	1	3	2	2
INFECTADAS	0	0	0	0	0
INFORMES QUIRÚRGICOS INCOMPLETOS	ND	0	0	0	0
REGISTROS ANESTÉSICOS INCOMPLETOS	ND	0	0	0	0
DÍAS ESPERA CIRUGÍA ELECTIVA	6,6	7,0	5,9	5,3	5,2
Cirugía General	5	5	5	4	5
Ortopedia	5	5	4	4	4
Ginecología	5	4	4	5	5
Otorrinolaringología	7	10	6	4	4
Urología	5	7	7	7	6
Cirugía Maxilofacial	5	4	4	2	4
Oftalmología	5	5	5	7	6
Cirugía Plástica	4	4	5	3	5
Cirugía Vascul Periférica	12	17	10	10	9
Odontología Integral	13	11	9	6	4
Otros procedimientos anestésicos en salas	0	0	0	0	0
LEGRADOS	340	319	325	369	249
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	1.478	2.011	2.346	2.691	3.053
...Cirugías grupos 7-10	3.438	4.580	4.586	4.812	4.402
...Cirugías grupos 11-13	174	323	238	241	209

<b>CIRUGÍA</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
...Cirugías grupos 20-23	42	126	230	273	376
<b>TOTAL</b>	<b>5.132</b>	<b>7.040</b>	<b>7.400</b>	<b>8.017</b>	<b>8.040</b>

FUENTE: Departamento de estadística, salas de cirugía, software Dinámica Gerencial

Se evidencia una tendencia sostenida al aumento en el total de personas a quienes se les realizó una intervención quirúrgica durante el periodo de observación, en el comparativo fue un 2% más que en la última vigencia. De manera recíproca los procedimientos quirúrgicos también mantienen una tendencia sostenida al incremento, al comparar por procedimientos equivalentes en el último año hay una disminución del 3,4% dado que se incrementaron los procedimientos de grupos bajos y se disminuyeron los procedimientos de grupos altos. El tipo de anestesia mayormente utilizado es la anestesia general que además se incrementó en un 2,3%, luego la local que se incrementó en un 10,4%, y finalmente la regional que presenta una disminución del 6,1%. La tendencia del indicador de porcentaje de cirugías canceladas es decreciente en el comparativo hay una disminución del 42,6% siendo la mayor causa la patología persistente en el usuario seguida de la ausencia del paciente, aunque valga la aclaración que todos fueron reprogramados y realizados.

Se ha mejorado el tiempo de oportunidad para cirugía programada disminuyó a 5,2 días lo que representa en el comparativo una disminución del 3,1% que en el año 2016. En cuanto al tiempo programado para cirugía electiva vale la pena mencionar que la Unidad Funcional de Zipaquirá cuenta con dos salas de cirugía con todos los elementos necesarios para funcionar, de lunes a viernes de 7 am. A 7 pm. Cuenta con dos equipos quirúrgicos, uno para cirugía programada y otro para urgencias, las restantes doce horas sólo se cuenta con un equipo quirúrgico encargado de las urgencias. El 57% de las heridas se clasifican como limpias contaminadas y el 36% como limpias; en el comparativo las heridas infectadas se aumentaron en un 62,5% y las heridas sucias en un 15,2% más que en la vigencia anterior.

## HOSPITALIZACION

El área de hospitalización para el año 2017 cuenta con 95 camas distribuidas así: En ginecología y obstetricia 18 camas, en pediatría 24 camas, en neonatos 2 cunas y 3 incubadoras, en medicina interna (tercer piso) 25 camas y en quirúrgicas (segundo piso) 23 camas. El comportamiento de los indicadores de hospitalización se observan en la tabla diez.

**TABLA 10.** Comparativo de la producción de servicios en el área de hospitalización en la Unidad Funcional de Zipaquirá, vigencias 2013 al 2017

<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
NÚMERO DE CAMAS	94	95	92	94	93
DIA CAMA DISPONIBLE	34.460	34.505	33.665	34.460	33.875
DIAS CAMAS TEMPORALES (EXPANSIÓN)	0	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0	14	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	0	145	952	310	416
# DE EGRESOS POR ESPECIALIDAD	5.988	6.621	6.516	6.576	6.725
EGRESOS NO QUIRURGICOS	3.535	3.572	3.715	3.608	3.350
EGRESOS OBSTETRICOS	1.417	1.891	1.894	2.118	2.193
EGRESOS QUIRURGICOS	1.036	1.158	907	850	1.182
NÚMERO DÍAS CAMA OCUPADA	22.500	23.122	21.677	23.640	24.748

NÚMERO DÍAS ESTANCIA EGRESOS	20.975	23.307	22.409	24.849	25.350
NÚMERO DE REINGRESOS	21	37	28	19	21
% OCUPACIONAL	65,3%	67,0%	64,4%	68,6%	73,1%
PROMEDIO DÍA ESTANCIA	3,5	3,5	3,4	3,8	3,8
GIRO CAMA	7,0	7,8	7,8	7,8	8,0
% DÍAS CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% DÍAS CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	0,0%	0,4%	2,8%	0,9%	1,2%
% DE REINGRESOS	0,4%	0,6%	0,4%	0,3%	0,3%
PARTOS POR CESAREA	451	420	387	405	393
PARTOS VAGINALES	691	969	831	965	1.004
% DE CESAREAS	39,5%	30,2%	31,8%	29,6%	28,1%
TOTAL PARTOS	1.142	1.389	1.218	1.370	1.397

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Se evidencia una tendencia sostenida a la disminución del número de camas en promedio disponibles para cada vigencia, esto se explica por las intervenciones de mantenimiento de infraestructura que hay que realizar a las instalaciones, pero por otro lado para optimizar el recurso y disminuir costos; en consecuencia los días camas disponibles también muestran esa tendencia sostenida a la disminución que en el comparativo corresponde a un 1,7% menos que la vigencia anterior.

Hay un incremento en el número de egresos en el comparativo que corresponde a un 2,3% más que en la última vigencia; el 50% de los egresos son no quirúrgicos, el 33% obstétricos y el 17% quirúrgicos; en el comparativo los egresos quirúrgicos se incrementaron en el 39,1% mientras que los no quirúrgicos disminuyeron en un 7,2%. El porcentaje ocupacional también tiene una tendencia global al aumento siendo el año 2017 el mejor registro de ocupación en todo el periodo observado con un incremento en el comparativo del 6,5%, el promedio día estancia con una tendencia estable continua en 3,8 días de estancia, el giro cama permanece con una tendencia al aumento finalizando el 2017 con un incremento del 3,6% con respecto a la vigencia anterior.

## INFORME DE AUDITORIA MÉDICA CONCURRENTE

A continuación se presenta un informe de la gestión del proceso de auditoría médica concurrente correspondiente al mes de noviembre del año en curso, teniendo en cuenta iniciación de proceso de plantación, implementación y despliegue desde el mes de agosto.

El área de Auditoría Concurrente del Hospital Universitario de la Samaritana 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 GESTIÓN propios de cada auditor e indicadores generales de Oportunidad de Respuesta a Interconsultas por especialidad, Proporción y Oportunidad de Interpretación de paraclínicos y estancias prolongadas, 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, no interpretación, estancias injustificadas entre otras.

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 mes de noviembre en el área / especialidad de los pacientes hospitalizados en el HUS hasta el seguimiento de los indicadores que se realiza de manera mensual, para este mes se mostrará la tendencia durante el mes de julio con revisión retrospectiva de los mismos.

**Indicadores de Gestión de Auditoría Médica Concurrente**

**PROPORCIÓN DE NOVEDADES DE IMPACTO POR PACIENTES ASIGNADOS:**

Durante el mes de noviembre se identificaron 383 novedades de impacto por Auditoría Médica Concurrente las cuales fueron notificadas a las diferentes áreas implicadas tanto intrainstitucionales como extrainstitucionales que dependen directamente de la EAPB, esto con el objetivo de que las novedades que sean por gestión interna del HUS sean gestionadas y resueltas, las novedades más frecuentes fueron:

**TABLA NUMERO 1. PRINCIPALES NOVEDADES DE IMPACTO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE**

NOVEDADES INTRAINSTITUCIONALES	NOVEDADES EXTRAINSTITUCIONALES
Programación de Procedimientos de Radiología pendientes ( disponibilidad de resonador las tardes- falla técnica del TAC, falla en fluoroscopia)	Remisiones a otras especialidades como ONCOLOGIA, HEMATOONCOLOGIA, MANEJO INTEGRAL POR GASTROENTEROLOGIA, GINECOONCOLOGIA
Inoportunidad en respuesta de Interconsultas de Reumatología	Remisiones a PHD
No disponibilidad de UCI en el HUS	Tramite de Oxigeno Domiciliario
Tramite de consecución de insumos por parte de Farmacia y Compras	Autorización Diálisis Ambulatorias
Tramite de autorizaciones de procedimientos de la EPS.	Remisión a procedimiento quirúrgico (Cirugía Cardiovascular) con respecto a esta se realizó envío de correos, se habla con auditora de EPSS y no se obtiene respuesta
Programación de procedimientos por hemodinámica por disponibilidad de electrofisiología (sincronización e implante de marcapaso) y sala	Autorización de Exámenes diagnósticos no ofertados en la institución (gamagrafia, mapeo diafragmático )
Pacientes en espera de traslado a piso desde las unidades (urgencias, quirúrgica, unida de cuidados intensivos adultos e intermedios)	Inoportunidad en autorización de procedimientos por la EPS.
Dificultad en las interfases de LABCORE – PATCORE- CARESTREAM	
Inoportunidad en realización de trámite administrativo de remisión por NO CONTRATO.	

Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de DICIEMBRE 2017- Área Auditoría Concurrente

Durante la actividad diaria de auditoría médica concurrente se gestiona directamente tanto en el área asistencia como administrativa los hallazgos de inoportunidad que pueden potencializar estancia injustificada e incumplimiento de

algunos 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 y es reportada en la **ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVA** los días martes para la gestión respectiva por el área correspondiente.

**1.1.2. TABLA NUMERO 2. PROPORCIÓN DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN PROCESO HOSPITALIZACION:**

TOTAL DE PACIENTES AUDITADOS	TOTAL DE PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA MAYOR A 10 DIAS	TOTAL DE PACIENTES CON ESTANCIA DEMORAS INTRAINSTITUCIONAL	TOTAL DE PACIENTES CON ESTANCIA DEMORAS EXTRAINSTITUCIONAL	TOTAL DE PACIENTES CON ESTANCIA ATRIBUIBLE AL PACIENTE
595	216 (100%)	82 (38%)	85(27%)	49 (23%)

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de DICIEMBRE 2017- Área Auditoria Concurrente

Como se puede observar a continuación durante el mes de DICIEMBRE se auditaron un total de 595 pacientes en el área de hospitalización del HUS, evidenciando pacientes con estancia superior a 10 días el cual es el promedio de estancia a nivel institucional que corresponde a 216 pacientes y 82 (38%) de ellos su principal justificación son tramites o inoportunidades intrainstitucionales las cuales se describirán a continuación, 85 (27%) pacientes con estancia prolongada son atribuibles a razones extrainstitucionales atribuibles a la EAPB y finalmente causas atribuibles al pacientes sin identificación de demoras que equivale al 23 % la hospitalización prolongada.

**TABLA NÚMERO 3. PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADAS DISCRIMINADO POR SERVICIO DE HOSPITALIZACION**

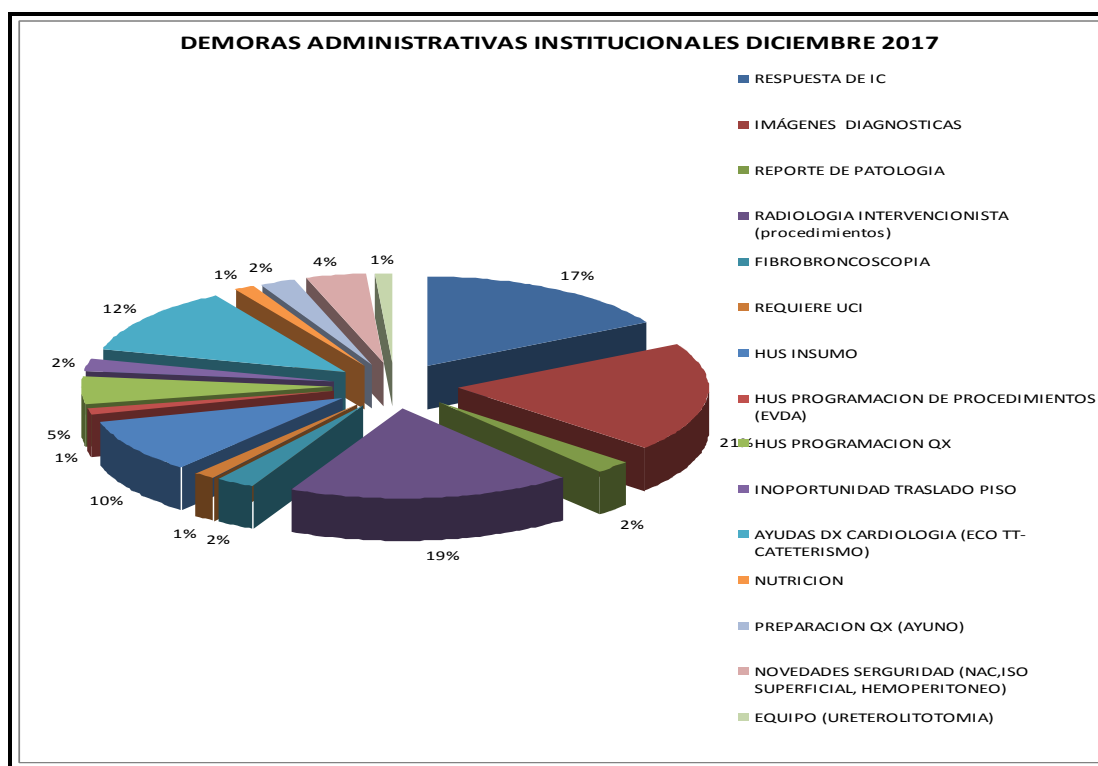
SERVICIO	PACIENTES
GINECOOBSTETRICIA	2
NEUROCIRUGIA	32
MEDICINA INTERNA	85
ORTOPEDIA	19
CIRUGIA GENERAL	32
CIRUGIA PLASTICA	7
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	11
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1
UROLOGIA	5
DERMATOLOGIA	3
NEUROLOGIA	1
UCI	10
INTERMEDIO	4
UCIN	2
UCIN INTERMEDIO	2
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de DICIEMBRE 2017- Área Auditoria Concurrente

Como se evidencia en la tabla anterior los servicios con mayor cantidad de pacientes con estancia prolongada son medicina interna, cirugía general, neurocirugía y ortopedia ya que la mayoría de estos pacientes hospitalizados en el HUS, son pacientes que requieren de alta complejidad y con un número significativo de morbilidades asociadas a su patología de ingreso al HUS.

### PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA POR DEMORAS INTRAINSTITUCIONALES EN HOSPITALIZACION

Durante el mes de Diciembre de 2017 se identificaron 82 pacientes con estancia mayor a 10 días con demoras administrativas que equivalen a un 38 %, clasificadas en la gráfica número 1 y la tabla número 4, de las cuales se identificaron 15 tipos de causas que contribuye al aumento de la estancia prolongada de los pacientes, la principal causa con 21% (16) está relacionada con **APOYO DIAGNOSTICO** en lo referente a toma y lectura de ayudas diagnósticas como se describe en la tabla, posteriormente **RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA** un 19 % que corresponde a respuesta de interconsulta y realización de procedimientos y respuesta de Interconsultas principalmente del servicio de hematología, reumatología, endocrinología, dermatología con un 17 % y finalmente realización de ayudas diagnosticas por servicio de cardiología- hemodinámica como lo son realización de ecocardiogramas, implante de marcapasos y cateterismo cardiaco con un 12 %.



**Grafica número 1.** Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de DICIEMBRE 2017- Área Auditoria Concurrente

### TABLA NÚMERO 4. CLASIFICACION DE DEMORAS ADMINISTRATIVAS INTRAINSTITUCIONALES DICIEMBRE 2018

<b>ATRIBUIBLES AL HUS</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>RESPUESTA A INTERCONSULTAS</b>	14, paciente con demoras para respuesta de interconsulta por parte de reumatología, endocrinología, psicología, neurocirugía, dermatología
<b>IMÁGENES DIAGNOSTICAS</b>	16, pacientes con demoras para toma y reporte de tomografías, reporte y toma de RNM, electromiografía, reporte de Doppler arteriales y venosos, toma y reporte de colangiografía, daño en TAC, daño en fluoroscopio, toma de radiografías de tórax, digestiva.
<b>REPORTE DE PATOLOGIA</b>	2, pacientes con demoras en reporte de patología (patología de estenosis esofágica, dermatología)
<b>RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA (procedimientos)</b>	15, pacientes con demoras en la respuesta de interconsulta y realización de procedimientos ( biopsia, toracentesis, paracentesis, entre otros)
<b>FIBROBRONCOSCOPIA</b>	2, pacientes con demoras en realización de fbc por disponibilidad institución de realización cada 8 días (miércoles)
<b>REQUIERE UCI</b>	1, paciente inoportunidad en disponibilidad de UCI ubicado en 5to piso con ventilación mecánica.
<b>HUS INSUMO</b>	8, pacientes con demoras en consecución de insumos ( cánulas, stent, medicamentos , diversor de flujo, balones, insumo para realización de cierre de fístula )
<b>HUS PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS (EVDA)</b>	1, paciente con demora en la programación de endoscopia digestiva alta
<b>HUS PROGRAMACION QX</b>	4 ( programación cirugía de granula de traquea, disponibilidad de sala quirúrgica, decisión por junta)
<b>INOPORTUNIDAD TRASLADO PISO</b>	2, paciente con demoras para traslado de paciente de unidad de cuidados intermedios
<b>AYUDAS DX CARDIOLOGIA (ECO TT- CATETERISMO)</b>	10, pacientes con demoras para realización de ecocardiograma, cateterismo cardiaco posterior a la autorización, valoración por electrofisiología, implante de marcapaso)
<b>NUTRICION</b>	1, paciente con demora en paso de sonda avanzada de nutrición
<b>PREPARACION QX (AYUNO)</b>	2, paciente con cancelación de colonoscopia y procedimiento rx intervencionista por ayuno)
<b>NOVEDADES SEGURIDAD (NAC,ISO SUPERFICIAL, HEMOPERITONEO)</b>	3, paciente con IASS ( Neumonía asociada al cuidado de la salud, ISO superficial, hemoperitoneo)
<b>EQUIPO (URETEROLITOTOMIA)</b>	1, paciente con cancelación de procedimiento de urología por equipo.

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de DICIEMBRE 2017- Área Auditoria Concurrente

### ESTANCIA PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

En el mes de noviembre se evidencia un total de 13 con estancias prolongada mayor a 48 horas dentro de la unidad y en el mes de diciembre se evidencia un total de 3 estancias prolongadas mayor a 48 horas como se evidencia en la tabla número 5, atribuible a la falta de disponibilidad de camas en la unidad de cuidado intensivo y unidad de cuidados intermedios para el traslado de los pacientes de la unidad de cuidados pos quirúrgicos de tránsito rápido UTR. Cubículo 298, 299, y 300, pues este servicio está diseñado para cubrir el pos operatorio inmediato con estancias inferiores a 6 horas en el quirófano y en el área de recuperación menor de 48 horas algunas problemáticas generadas por dicha situación son:



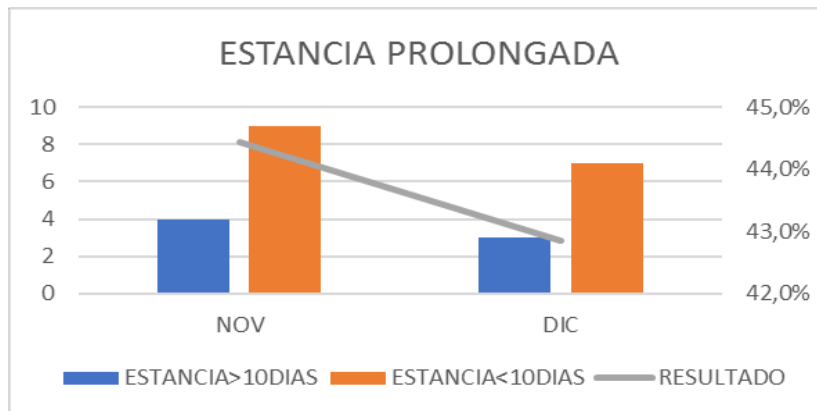
1. Bloqueo en el quirófano por pacientes ventilados En espera de inicio de remisión según evolución por parte de especialistas.
2. Las unidades de cuidados intensivos e intermedios no son exclusivas para salas cirugías y por lo tanto es compartida con los demás servicios del hospital universitario de la samaritana

**TABLA NÚMERO 5. ESTANCIAS PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA**

MES	ESTANCIA MAYOR A 48 HORAS	ESTANCIA MENOR A 10 DÍAS	ESTANCIA MAYOR O IGUAL A 10 DÍAS	RESULTADO %
DICIEMBRE	10	7	3	42.9% (estancia mayor a 10 días)

Fuente: Información tomada de la verificación de estancias prolongadas del mes Noviembre – Diciembre 2017  
Área Auditoria Concurrente

**GRAFICA NUMERO 2. COMPARATIVO DE ESTANCIAS PROLONGADAS NOVIEMBRE- DICIEMBRE**



Durante el mes de Diciembre se auditaron los pacientes de UTR y programados a procedimientos quirúrgicos tanto ambulatorio como de hospitalización con identificación los siguientes hallazgos relevantes que afectan el cumplimiento de los atributos de calidad durante la prestación del servicio:

- Se evidencia que se persiste programando con un tiempo estimado expuesto (hoja de ruta), y este no concuerda con el tiempo real ocupado en salas generalmente siendo este mayor, lo que ocasiona el retraso de la agenda programada generando así que se disminuya el aprovechamiento de los quirófanos posiblemente a causa de factores derivados de los diferentes actores del sistema: personal de salud, administración hospitalaria, pacientes, etc.
- Con respecto a la eficiencia en la transferencia del paciente entre servicios, se evidencia estancias prolongadas mayores a 48 horas en los cubículos 298, 299, y 300 al no contar con disponibilidad de camas en la UCI y retrasos en el proceso administrativo por parte de las EPS cuando se inicia trámite de remisión.
- Retraso al trasladar los pacientes programados o urgenciados al quirófano por mala preparación preoperatoria como: (no los dejan bañados en los turnos contrarios, administración de anticoagulantes y accesos venosos insuficientes – de mal calibre) causando inoportunidad del procedimiento o cancelación, se realizó la retroalimentación pertinente al Departamento de Enfermería para el análisis respectivo.

- Incumplimiento de los pacientes ambulatorios, ya que, viven en zonas urbanas, se encuentran sin acompañante. En especial los ancianos, así mismo, no cuentan con el dinero para el transporte de su vivienda al HUS, también, en la gran mayoría de ocasiones, no se pueden contactar telefónicamente, ya sea, por mal registro o por dificultad en la señal de esas zonas.

### PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA POR DEMORAS EXTRAINSTITUCIONALES EN HOSPITALIZACION

Durante el mes de DICIEMBRE se verificaron 595 pacientes de los cuales el 36% (216) presentaban estancias prolongadas ( $\geq$  a 10 días), y de estos el 38% (82) pacientes su estancia fue atribuible a demoras extrainstitucionales es decir directamente por tramites que dependen de la EAPB, de las cuales se identificaron 12 tipos de causas que contribuye al aumento de la estancia prolongada de los pacientes, la principal causa con 25% (21) está relacionada a Trámites de remisión a unidad de cuidados intensivos, unidad oncológica y remisión a II nivel de complejidad, en el 24% (20) presentan inoportunidad en la autorización y administración de oxígeno domiciliario, en el 14% (12) está relacionada a remisiones por requerimiento de ayudas diagnósticas que no se encuentran dentro del portafolio de servicio del HUS como los son (VIDEOCAPSULA, ECOENDOSCOPIA, GAMAGRAFIA, VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA, IMPLANTE DE MARCAPASO DIAFRAGMATICO) y finalmente con un 12% (10) por ubicación en unidad renal ambulatoria por parte de la EAPB, otros dependientes de egresos como ubicación de PHD, remisión a otras especialidades, remisión a unidad de cuidado crónico, remisión por no contrato, consecución de heparina para uso ambulatorio, remisión a otras especialidades y otro nivel de complejidad.

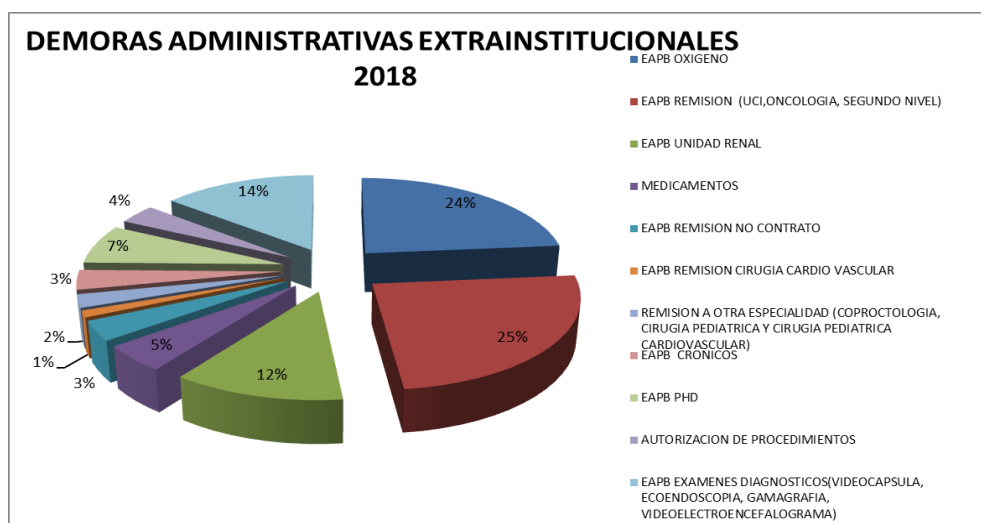


GRAFICO N°3 Fuente, base de datos estancia prolongada DICIEMBRE 2017

**TABLA NÚMERO 4. CLASIFICACION DE DEMORAS ADMINISTRATIVAS INTRAINSTITUCIONALES DICIEMBRE 2018**

DEMORAS EAPB	CANTIDAD
EAPB OXIGENO	19, paciente con demoras en autorización y consecución de oxígeno domiciliario (oxígeno, bala de transporte)
EAPB REMISION (UCI, ONCOLOGICA, SEGUNDO NIVEL)	21, pacientes con demoras en ubicación por parte de la EAPB dentro de la red de prestadores para valoración por oncología, uci, continuación de manejo en II nivel de complejidad)

<b>EAPB UNIDAD RENAL</b>	10, pacientes con demoras para autorización y asignación de unidad renal ambulatoria
<b>EAPB REMISION NO CONTRATO</b>	3, pacientes con demoras para ubicación dentro de la red de prestadores por no contrato con la EAPB
<b>EAPB REMISION CIRUGIA CARDIO VASCULAR POR COMPLEJIDAD</b>	1, paciente con demora para ubicación dentro de la red de prestadores por parte de EAPB, por requerimiento de procedimiento quirúrgico por dicha especialidad en institución de mayor complejidad.
<b>REMISION A OTRA ESPECIALIDAD (COPROCTOLOGIA, CIRUGIA PEDIATRICA Y CIRUGIA PEDIATRICA CARDIOVASCULAR)</b>	3, pacientes con demoras con requerimiento de otras especialidades no ofertadas en el HUS, sin ubicación oportunidad dentro de la red de la EAPB.
<b>EAPB CRONICOS</b>	3, paciente con demoras en la ubicación en unidad de cuidados crónicos por parte de EAPB.
<b>EAPB PHD</b>	6, pacientes con demoras para ubicación plan domiciliario para terminar manejo antibiótico.
<b>AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTOS</b>	3, pacientes con demoras para autorización de procedimiento (cateterismo cardiaco, procedimiento quirúrgico) por parte de la EAPB.
<b>EAPB EXAMENES DIAGNOSTICOS(VIDEOCAPSULA, ECOENDOSCOPIA, GAMAGRAFIA, VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA)</b>	12, pacientes con demoras para autorizar extrainstitucional procedimiento no ofertados por el HUS.
<b>MEDICAMENTOS (HEPARINAS, RETROVIRALES)</b>	4, paciente con demoras para consecución de medicamentos ambulatorios.

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de DICIEMBRE 2017- Área Auditoria Concurrente

#### PROPORCIÓN DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN URGENCIAS:

TABLA NUMERO 6.PROPORCION DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN URGENCIAS DICIEMBRE HUS

TOTAL DE PACIENTES AUDITADOS	TOTAL DE PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA MAYOR A 4 DIAS	TOTAL DE PACIENTES CON ESTANCIA INTRAINSTITUCIONAL	TOTAL DE PACIENTES CON ESTANCIA EXTRAINSTITUCIONAL
428	10 (100%)	7 (70%)	3 (30%)

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente

Como se puede observar a continuación durante el mes de DICIEMBRE se auditaron un total de 428 pacientes en el servicio de urgencias del HUS, evidenciando 10 pacientes con estancia mayor a 4 días equivalente al 2 % del total de pacientes auditados, y de los 10 pacientes 7 (70%) de ellos presentaron demoras o inoportunidades intrahospitalarias las cuales se describirán a continuación, adicionalmente 3 (30%) pacientes presentaron estancia prolongada por demoras extrahospitalarias dependientes de la EAPB.

#### PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA POR DEMORAS INTRAHOSPITALARIAS EN URGENCIAS DICIEMBRE 2018.



Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente  
**Grafica número 4.** Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de DICIEMBRE 2017- Área Auditoría

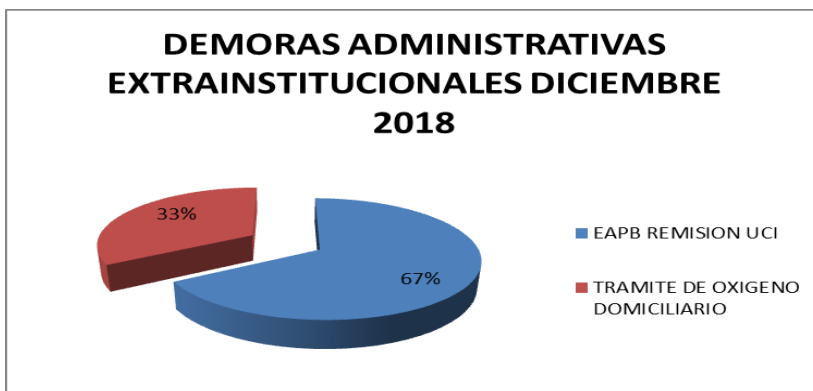
**TABLA NÚMERO 7. CLASIFICACION DE DEMORAS ADMINISTRATIVAS INTRA INSTITUCIONALES EN URGENCIAS DICIEMBRE 2018**

ATRIBUBLES AL HUS	CANTIDAD
DEMORA EN RESPUESTA DE IC	2, pacientes con demora de respuesta de interconsulta por el servicio de radiología intervencionista
NO DISPONIBILIDAD DE CAMA UCI	2, pacientes en sala de trauma con ventilación mecánica invasiva soporte inotropico con requerimiento de UCI, sin disponibilidad en el HUS.
NO DISPONIBILIDAD DE CAMA EN HOSPITALIZACION	2, Paciente con orden de hospitalización con el servicio tratante sin traslado a piso por no disponibilidad de cama
CANCELACION DE CIRUGIA	1, paciente con demora por cancelación de procedimiento por desconocimiento de protocolo por enfermería Traqueostomía percutánea

Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de noviembre 2017- Área Auditoría Concurrente

En el mes de diciembre 2017 se reportaron 7 estancias prolongadas atribuibles a demoras administrativas intrahospitalarias, demora en respuesta de Inter consultas por radiología intervencionista 20% (2), no disponibilidad de cama en UCI 20% (2), no disponibilidad de camas en hospitalización 20% (2), es importante aclarar que el volumen de pacientes en el mes de diciembre disminuyó significativamente sin evidenciar el sobrecupo constante que en el resto de meses de año se evidencia en el HUS, lo cual redujo proporcionalmente la cantidad de pacientes en este mes con estancias mayores a 4 días, sin embargo persisten las demoras en la asignación de camas en hospitalización de los pacientes que se encuentran en urgencias, actualmente se encuentra pendiente la socialización e implementación del **PROCEDIMIENTO DE ASIGNACION DE CAMAS DE HOSPITALIZACION**.

**PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA POR DEMORAS EXTRA INSTITUCIONALES EN URGENCIAS DICIEMBRE 2018.**



Grafica numero 5. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de DICIEMBRE 2017- Área Auditoria

	ESPECIALIDAD	NO. EGRESOS 2016	90% CONFIANZA	HC AUDITAR POR MES
HOSPITALIZACION	Medicina Interna	9012	68	1
	Cirugía general			1
	Ginecoobstetricia			1
	Ortopedia			1
	Neurocirugía			1
	Urología			1
	Cirugía plástica			1
UCI INTERMEDIO		388	50	4
NEONATOLOGIA		286	50	4
UCI ADULTOS		17458	50	4
URGENCIAS		460	60	5
		27604	278	24
			TOTAL MES	24
			TRIMESTRE	72

TABLA NÚMERO 8. CLASIFICACION DE DEMORAS ADMINISTRATIVAS EXTRAINSTITUCIONALES EN URGENCIAS DICIEMBRE 2018

DEMORAS EAPB	CANTIDAD
EAPB REMISION UCI	2, pacientes con demoras para ubicación dentro de la red de prestadores de la EAPB, de pacientes con requerimiento de UCI.
TRAMITE DE OXIGENO DOMICILIARIO	1, paciente con demora para autorización de oxígeno domiciliario (bala de transporte de oxígeno)

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente

En el mes de diciembre 2017 se reportaron en el servicio de urgencias 3 estancias prolongadas por causas administrativas extrainstitucionales, remisión a UCI 20% (2), tramite de oxígeno domiciliario 10% (1).

**OPORTUNIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE PARACLÍNICOS DE LABORATORIO Y APOYO DIAGNOSTICO**

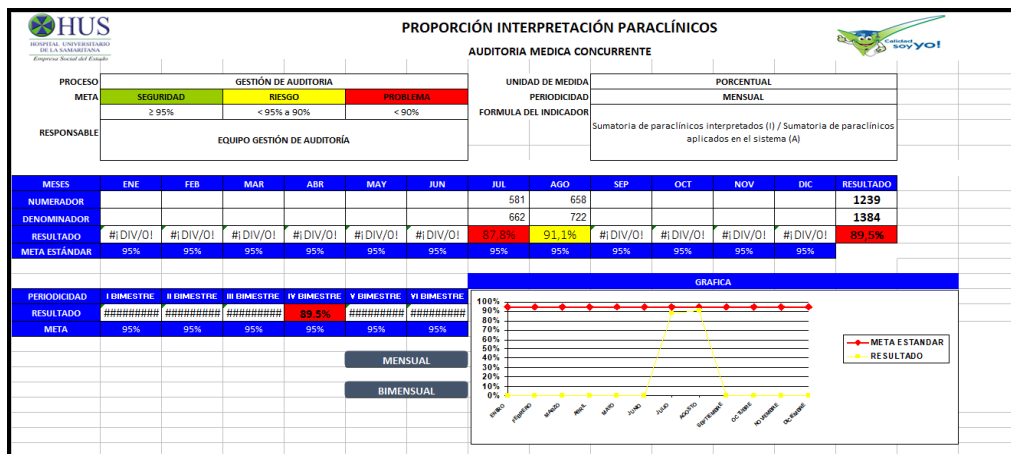
Dentro del planteamiento de auditoria medica concurrente se planteó determinar la oportunidad de interpretación de paraclínicos de laboratorio clínico y ayuda diagnostica por el área de hospitalización, urgencias, neonatos, UCI intermedios y Uci adultos, por deficiencias del sistema de Dinámica Gerencia se consideró tomar el muestreo por

egresos del año 2016 con un porcentaje de confiabilidad del 90%, en la siguiente grafica de determina el muestreo por cada una de las áreas a auditar:

**PROPORCION INTERPRETACION DE PARACLINICOS**

A continuación se muestra la tendencia de proporción de interpretación de paraclínicos durante los meses de JULIO a AGOSTO del 2017:

**TABLA NÚMERO 9. MUESTREO RETROSPECTIVO DETERMINADO POR EGRESOS**

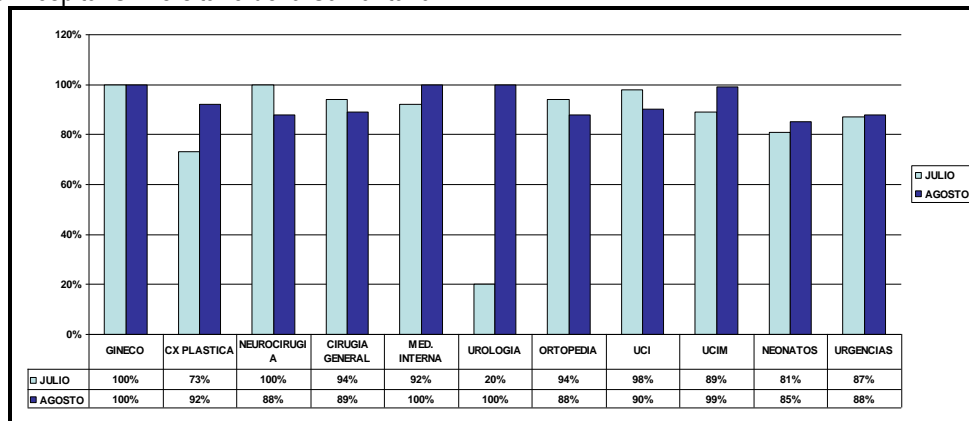


Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente

Para este indicador se considera una meta de cumplimiento igual o mayor al 95% en un rango de seguridad, de esta manera se evidencia que durante el mes de julio alcanzo un 87.8% con identificación de problema y el agosto se identifica un 91% de porcentaje de interpretación con indicación riesgo, sin embargo es importante aclarar que el proceso de auditoria medica concurrente tuvo implementación a partir de agosto, de tal manera que la medición se consideró retrospectiva para determinar si existe o no variante con la implementación de auditoria medica concurrente, ya que la interpretación de paraclínicos es un factor de riesgo potencial de glosas por parte de las diferentes EAPB.

**PROPORCION DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DISCRIMINADO POR SERVICIOS:**

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



GRAFICA 6. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente



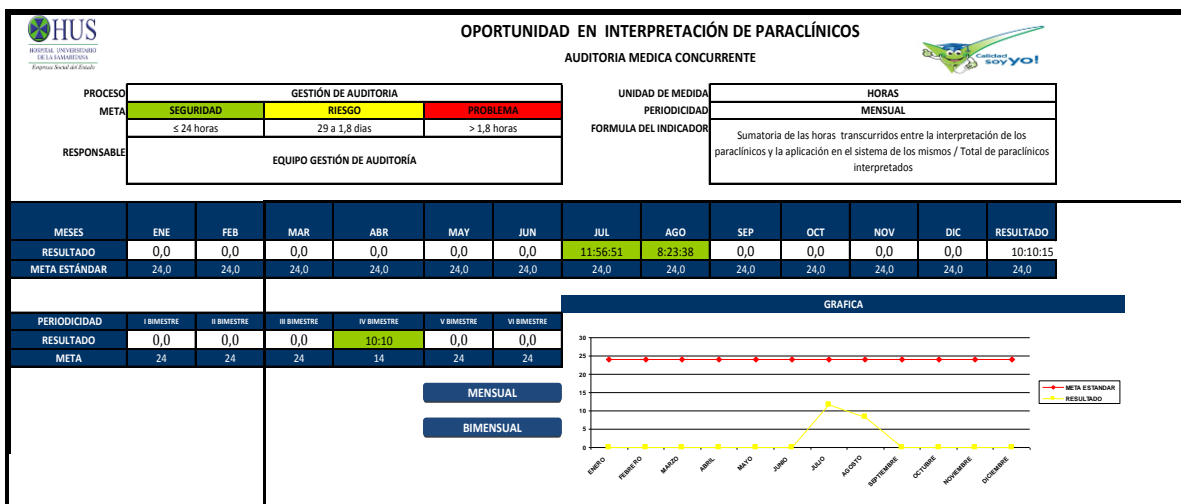
El anterior grafico muestra la proporción de interpretación de paraclínicos (laboratorios e imágenes diagnosticas) de los diferentes servicios, comparativamente entre los meses de julio y agosto de 2017. Se puede evidenciar para ambos meses que el servicio que se encuentra en rango de seguridad en ginecoobstetricia con una interpretación del 100% de los paraclínicos identificados en el muestreo, lo cual demuestra su compromiso con la labor realizada y es determinante para el cumplimiento de los atributos de calidad durante la prestación de servicios.

Los servicios que se encuentran para ambos meses en margen de riesgo (entre 90 y menor de 95%) son: cirugía plástica para el mes de julio 73% y mes de agosto 92%, cirugía general en el mes de julio 94% y mes de agosto 89%, ortopedia en el mes de julio 94% y agosto 88%, neonatos en el mes de julio 81% y mes de agosto 85% y finalmente urgencias en el mes de julio con un 87% y en el mes de agosto 88%.

En comparación con el mes de abril se evidencia que para mayo todos los servicios bajaron su proporción de interpretación de paraclínicos en un promedio entre el 2 y el 24%, a excepción del servicio quirúrgico 5 sur el cual se mantuvo con el mismo valor que el mes pasado, y los servicios de Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos 4 piso quienes aumentaron su proporción de interpretación entre un 4 y 6% respectivamente, sin embargo no alcanzan a cumplir la meta establecida.

### OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DE LABORATORIO EN EL HUS EN AGOSTO

A continuación se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos de laboratorio clínico en general del Hospital Universitario de la Samaritana durante los meses de julio y agosto de 2017.



**GRAFICA 6.** Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente

En el grafico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos en general para el HUS, donde se evidencia que cumplió con la meta establecida (menor o igual a 24 horas) sin 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 paraclínicos si su requerimiento es urgente o de rutina, todos los paraclínicos evaluados fueron tomados como de rutina.

- Al realizar la verificación se evidencia que las historia clínica de DGH tiene en el registro de la horas 2 tipos de horas (militar y hora normal) el reporte de los laboratorios tiene hora normal de validación, es importante estandarizar la hora.

**TABLA NÚMERO 10. OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DE LABORATORIO DISCRIMINADO POR SERVICIO DE HOSPITALIZACION:**

SERVICIO HOSPITALIZACION	TOTAL DE LABORATORIOS SOLICITADOS	OPOTUNIDAD EN LA INTERPRETACION (HORAS)	TOMADOS vs NO INTERPRETADOS	SOLICITADOS vs NO REALIZADOS	PARACLINICOS NO INTERPRETADOS
GINECOLOGIA	7	01:38:49	0	0	NINGUNO
CIRUGIA PLASTICA	10	06:05:44	0	0	NINGUNO
NEUROCIRUGIA	40	07:21:18	3	2	POTASIO, OSMORALIDAD EN SUERO, OSMORALIDAD ORINA
CIRUGIA GENERAL	40	17:54:13	2	0	CAPACIDAD DE COMBINACION DE HIERRO, AG CARCINOEMBRIONARIO
MEDICINA INTERNA	27	11:27:00	0	1	NINGUNO
UROLOGIA	10	10:31:36	0	0	NINGUNO
ORTOPEDIA	7	14:15:30	1	0	HEMOGRAMA
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>10:15:00</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	

**TABLA NÚMERO 11. Fuente: Información tomada de la verificación de la oportunidad de laboratorios del mes agosto 2017- Área Auditoria Concurrente**

- La oportunidad entre la validación y la interpretación de los resultados de laboratorios se encuentra con un promedio total de 10 horas 15 minutos lo cual indica que se están reportando los resultados de los laboratorios antes de las 24 horas de validados los resultados.
- Al realizar la verificación se evidencia que las historia clínica de DGH tiene en el registro de la horas 2 tipos de horas (militar y hora normal) el reporte de los laboratorios tiene hora normal de validación, es importante estandarizar la hora.
- Se evidencia que del total de paraclínicos solicitados y validados por laboratorio clínico el 4,2% (6) no son interpretados dentro de la historia clínica por tal motivo pueden ser motivo de objeción por parte de las EAPB y generar impacto económico teniendo en cuenta que dicho hallazgo se evidencia en un muestreo.

**TABLA NÚMERO 11. OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DE LABORATORIO EN UCI- UCI INTERMEDIOS- NEONATOS- URGENCIAS**



SERVICIO HOSPITALIZACION	TOTAL DE LABORATORIOS SOLICITADOS	OPORTUNIDAD EN LA INTERPRETACION (HORAS)	TOMADOS VS NO INTERPRETADOS	SOLICITADOS VS NO REALIZADOS	PARACLINICOS NO INTERPRETADOS
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	216	15:30:45	20 (9%)	0	Creatinina, glucosa, potasio, sodio, uroanálisis 2, gases arteriales, hemocultivo, pcr, adenosina diaminaza, albúmina, citoquímico, factor reumatoidea, urocultivo
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	151	3:46:00	2(1%)	0	Urocultivo, hemoglobina glicosilada
NEONATOS	47	10:45:00	7 (15%)	0	Coombs directo, herpes I – II IGM, calcio, PCR, Bilirrubina directa y total
URGENCIAS	65	2:03:00	9 (14%)	1	Uroanálisis #2 , Gram #2, calcio, cloro, magnesio, potasio sodio

#### UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

- Para la verificación se tomaron 4 egresos del mes de agosto de 2017 correspondiente a Unidad de Cuidados Intensivos, se auditaron en total 216 laboratorios clínicos correspondientes a estas cuatro (4) historias clínicas. De los 216 laboratorios se evidenció una oportunidad para la interpretación de laboratorios en promedio de 15 horas y 30 minutos, y del total de paraclínicos solicitados y válidos por laboratorio clínico se evidencia que un 9.3% (20) no se encuentran interpretados dentro de la historia clínica.

#### UNIDAD INTERMEDIOS

- Se auditaron en total 151 laboratorios clínicos del servicio de unidad de cuidados intermedios del mes de Agosto de 2017 correspondientes a cuatro (4) historias clínicas. De los 151 laboratorios hay 2 que presentan inconsistencias que se detallarán más adelante. Entonces se tomó una muestra de 149 laboratorios que da una oportunidad para la interpretación de laboratorios en promedio de 3 horas y 46 minutos.
- Un laboratorio (urocultivo) fue reportado el día que el paciente fallece (08-08-2017) y no fue interpretado por esta razón otro (una hemoglobina glicosilada) aparece validada y no interpretada.

#### URGENCIAS

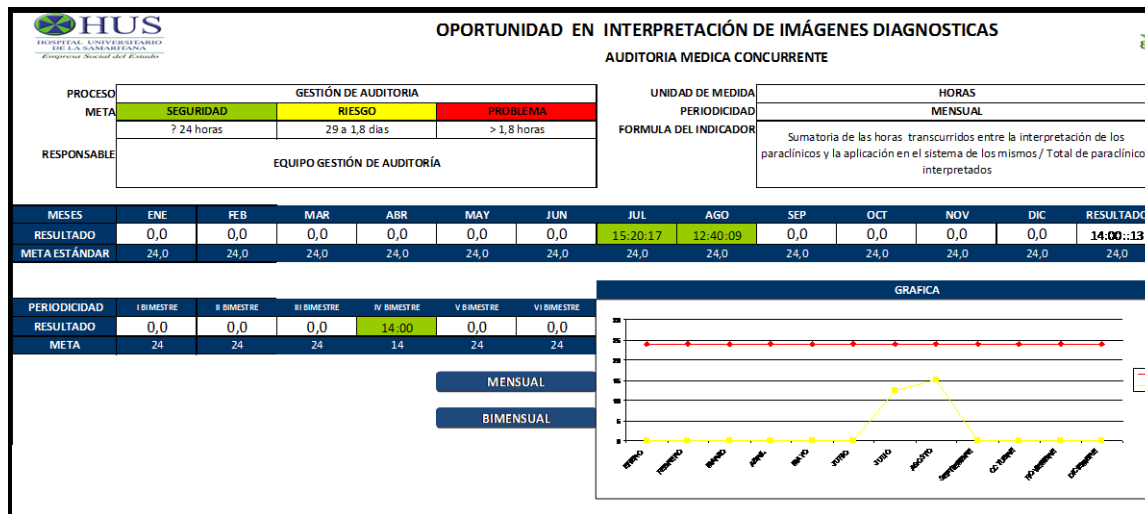
- Se revisa interpretación de paraclínicos en 5 historias del servicio de urgencias de pacientes egresados en agosto 2017. Encontrando 65 exámenes de laboratorios ordenados con un promedio de interpretación de 2:03:00 horas, 9 exámenes realizados y no interpretados que equivale al 14 % y 1 solicitado y no realizado.

#### NEONATOS

- Se revisa interpretación de paraclínicos en 4 historias del servicio de unidad neonatal de pacientes egresados en agosto 2017. Encontrando 47 exámenes de laboratorios ordenados con un promedio de interpretación de 10 horas y 45 minutos, 7 exámenes realizados no interpretados que corresponde al 15%. La medición de este tiempo va desde la validación del paraclínicos hasta que el médico lo interpreta en historia clínica.

**OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN EL HUS EN AGOSTO**

A continuación se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnosticas en general del Hospital Universitario de la Samaritana durante los meses de julio y agosto de 2017.



GRAFICA 7. Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.

En el gráfico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnosticas en general para el HUS, donde se evidencia que cumplió con la meta establecida (menor o igual a 24 horas) 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 paraclínicos 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.

- Al realizar la verificación se evidencia que las historia clínica de DGH tiene en el registro de la horas 2 tipos de horas (militar y hora normal) el reporte de los laboratorios tiene hora normal de validación, es importante estandarizar la hora.
- Se evidencian casos puntuales donde se describe una fecha de solicitud, una fecha de realización e interpretación diferente (carestream) a la fecha de validación en dinámica Gerencial, que probablemente se puede deber al tiempo de migración en la interfase con mucho tiempo de diferente entre las mismas.

**TABLA NÚMERO 12. OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DISCRIMINADO POR SERVICIOS DE HOSPITALIZACION AGOSTO 2017.**

SERVICIO HOSPITALIZACION	TOTAL DE IMAGENES SOLICITADAS	OPOTUNIDAD EN LA INTERPRETACION (HORAS)	TOMADOS vs NO INTERPRETADOS	SOLICITADOS vs NO REALIZADOS	PARACLINICOS NO INTERPRETADOS
GINECOLOGIA	2	07:22:25	0	0	NINGUNO
CIRUGIA PLASTICA	2	2:28:43	1	0	RX DEDOS DE MANO
NEUROCIRUGIA	3	21:10:01	2	0	TAC DE SENOS ,

					RMN BASE DE CRANEO
CIRUGIA GENERAL	4	04:55:00	3	0	RX DE TORAX, TAC DE TORAX, TAC DE ABDOMEN.
MEDICINA INTERNA	2	14:59:15	0	0	NINGUNO
UROLOGIA	1	21:18:00	0	0	NINGUNO
ORTOPEDIA	10	12:21:32	1	0	
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>12:03:00</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	

Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.

En general se puede evidenciar que la oportunidad de interpretación de ayudas diagnósticas es inferior a 24 horas y 7 paraclínicos del total no fueron interpretados que equivalen al 18%.

**TABLA NUMERO 13: OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN UCI- UCI INTERMEDIOS- NEONATOS- URGENCIAS AGOSTO 2017**

SERVICIO	TOTAL DE IMÁGENES SOLICITADAS	OPOTUNIDAD EN LA INTERPRETACION (HORAS)	TOMADOS VS NO INTERPRETADOS	SOLICITADOS VS NO REALIZADOS	PARACLINICOS NO INTERPRETADOS
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	43	22:35:00	6	0	Eco vías urinarias, ecocardiograma, tac torax, rx de pelvis, rx de torax, tac de torax.
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	17	16:39:00	6	1	Tac de cuello, rx de tórax 3, eco abdomen total, duplex venoso MII
NEONATOS	8	14:06:00	1	1	Rx de tórax
URGENCIAS	10	11:16:24	0	1	NINGUNO

Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.

### URGENCIAS

Se revisa interpretación de imágenes diagnósticas en 5 historias clínicas del servicio de urgencias de pacientes egresados en agosto 2017. Encontrando 10 solicitud de imágenes con un promedio de tiempo en la interpretación de 11:16:24 horas, 0 imágenes no interpretadas y 1 solicitadas no realizadas.

### INTERMEDIOS

Se auditaron en total 17 imágenes diagnósticas del servicio de unidad de cuidados intermedios del mes de Agosto de 2017 correspondientes a cuatro (4) historias clínicas. De las 17 imágenes diagnósticas hay 7 que presentan inconsistencias que se detallarán más adelante. Entonces se tomó una muestra de 10 imágenes diagnósticas que da una oportunidad para la interpretación de las mismas en promedio de 16 horas y 39 minutos. Seis imágenes no tomadas ni interpretadas.

### NEONATOS

Se auditaron en total 8 imágenes diagnósticas del servicio de neonatos del mes de agosto de 2017 correspondientes a cuatro (4) historias clínicas. De las 8 imágenes diagnósticas hay una oportunidad para la interpretación de las mismas en promedio de 14 horas con 06 min, y se evidencio 1 imagen diagnostica no interpretada que equivale al 12.5%, un

examen de potenciales evocados auditivos no realizado si no solicitado ambulatoriamente, adicionalmente existe la interpretación del paraclínicos (radiografías de tórax) antes del reporte oficial por radiología en dinámica gerencial.

### **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Con el anterior cuadro se evidencia que en promedio de horas de espera para la interpretación de imágenes diagnósticas por parte del médico tratante es de 22:35 horas y se evidencia un porcentaje de 14% de ausencia de reporte por parte del médico tratante.

### **INDICADOR DE PROPORCION DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS**

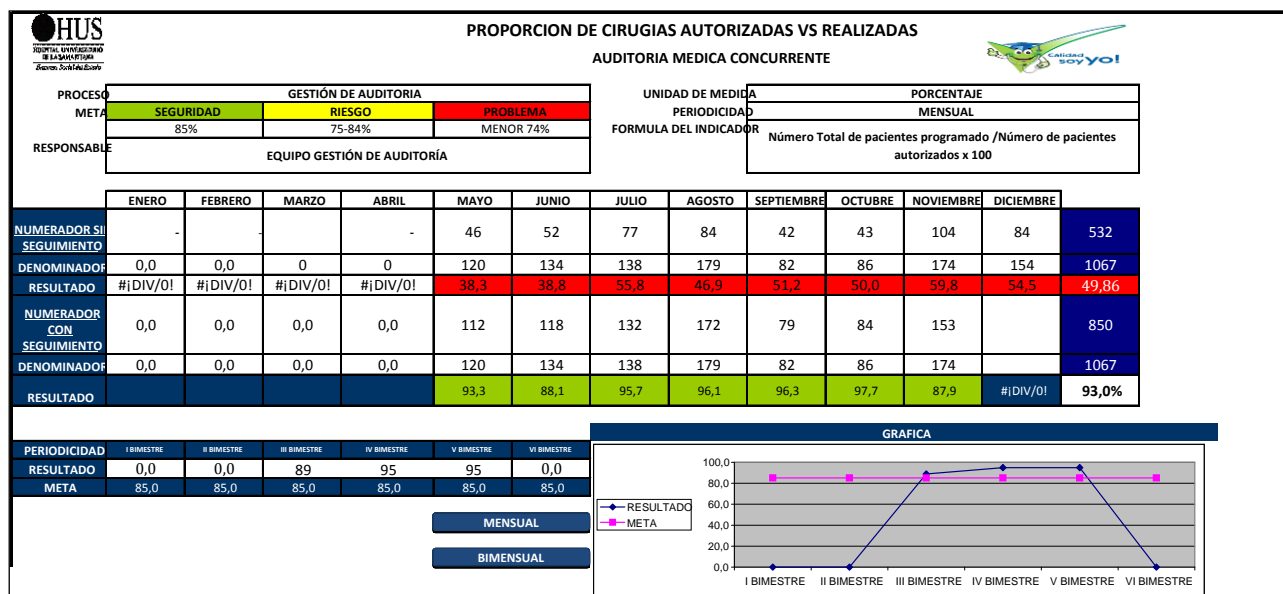
A continuación se muestra la tendencia de proporción de cirugías autorizadas vs. Realizadas en el 2017 desde el mes de mayo hasta diciembre del 2017 por las diferentes especialidades en el Hospital Universitario de la Samaritana:

**TABLA NÚMERO 14. PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS AÑO 2017.**

TOTAL DE PCTES AUTORIZADOS	PENDIENTE PROGRAMAR CX	FECHA VENCIDA Y PROCEDIMIENTO NO REALIZADO	PRODUCTIVIDAD TOTAL
1067	82 (8%)	51 (5%)	934 (87%)

Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.

A continuación se muestra en la anterior tabla el total de pacientes autorizados por la EAPB los fueron 1067 de los cuales han sido intervenidos quirúrgicamente 934 que corresponde a un 87 % de productividad, a la fecha del total de pacientes autorizados aún falta un 8 % por programar procedimiento quirúrgico que se encuentra limitado a diferentes factores institucionales y extrainstitucionales que se evidencian registrados en la matriz de seguimiento de auditoría y finalmente un 5% que tienen la fecha vencida de autorización y no ha sido programado el procedimiento.



**GRAFICA 8. Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.**

En la gráfica anterior se evidencia que en el mes de junio con un 88.3% y noviembre con un 87.9% existió un descenso en la programación de pacientes por las diferentes especialidades que se atribuye a que en estos meses se presentó un receso de contratación en el mes de junio y noviembre con pacientes de Convida que tenían procedimientos autorizados pero pendiente paraclínicos prequirúrgicos, valoración anestésica y entre otros por lo tanto se evidencia inoportunidad para la programación de los procedimiento ambulatorios.

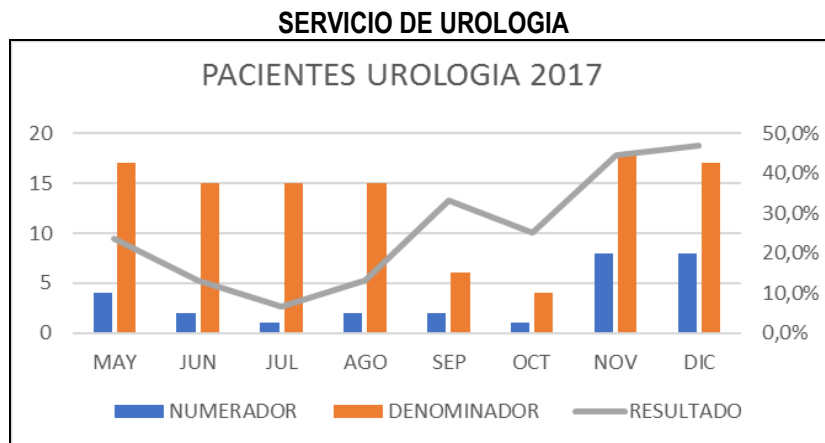
La programación quirúrgica en el HUS, depende directamente de la coordinación de cada servicio con la respectiva hoja de ruta y la verificación de instrumentación quirúrgica de insumos para la programación de los mismos, se evidencia que las especialidades sin seguimiento por parte de auditoría se encuentran por debajo del 60% de productividad, evidenciando algunas especialidades más críticas que otras, de esta manera el impacto en la productividad una vez se realiza el seguimiento de paciente por paciente con la respectiva autorización de la EPS con el seguimiento al servicio y seguimiento directo al paciente para identificar los factores que contribuyen a la no programación de los procedimientos.

Dicho lo anterior durante el año 2017 los hallazgos identificados relevantes son:

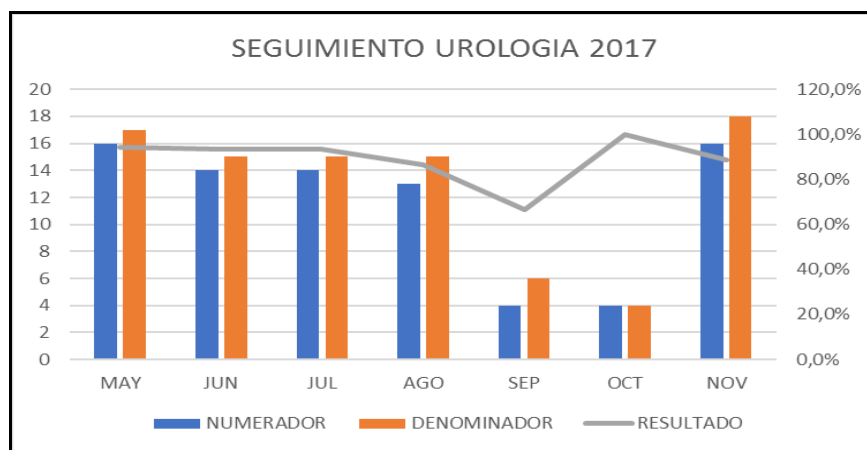
- Se hace especial énfasis en este informe en las inconsistencias detectadas desde el primer semestre en la programación de cirugías en relación con los requisitos médicos necesarios para la asignación de fecha de procedimiento a los pacientes y en la productividad de cada especialidad como resultado de los procedimientos quirúrgicos solicitados y ejecutados.
- Unas de las causas INTRAINSTITUCIONALES de la no ejecución de los procedimientos quirúrgicos, es debido a inconsistencias en su autorización por parte extra – intrainstitucional, algunos insumos solicitados por los especialistas no son autorizados por EAPB quedando incompleto el procedimiento lo cual no se puede programar, falta disponibilidad de cama en UCI, ya que se cuenta con once (11) camas en total sin lograr la cobertura necesaria para los pacientes ambulatorios y por lo tanto la no ejecución de dicho procedimiento a pesar de su respectiva autorización por las diferentes EAPB según contratación que fijan una fecha límite; En el mes de octubre además de sus inconsistencias mencionadas anteriormente.

- Dentro de las causas extrainstitucionales atribuibles al paciente se identifican con mayor frecuencia las siguientes: Pacientes que no asisten por localización geográfica retirada del HUS (CARTAGENA), Dificultad para trasladarse desde su sitio de origen y no encuentran apoyo para el mismo por parte de la EAPB.

**PROPORCION DE CIRUGIAS PROGRAMAS VS AUTORIZADAS DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD DESDE EL IV BIMESTRE HASTA EL VI BIMESTRE DE 2017**



**GRAFICA 9. PRODUCTIVIDAD DE UROLOGIA SIN SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente.

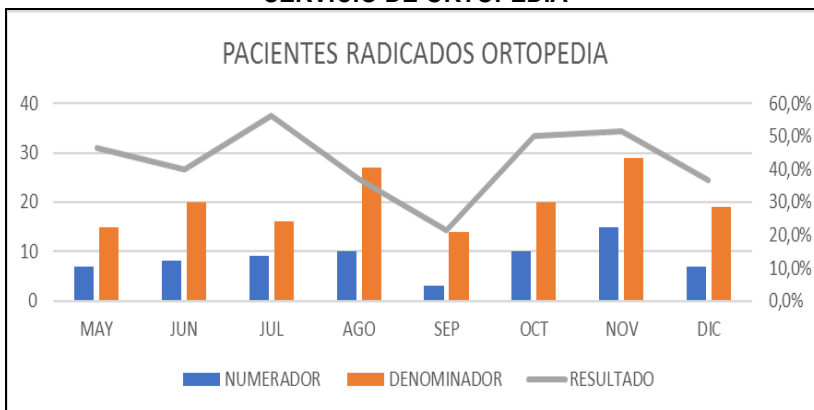


**GRAFICA10. PRODUCTIVIDAD DE UROLOGIA CON SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente.

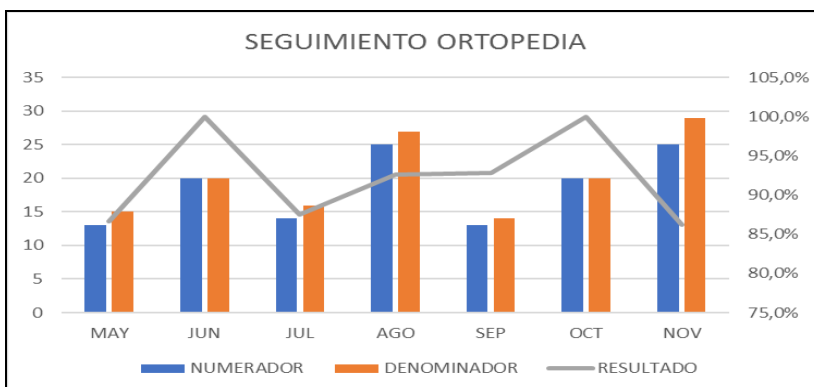
En las gráficas anteriores se evidencia un descenso significativo de autorizaciones por parte de las diferentes EPS en el mes de septiembre y octubre con una productividad reducida en los mismos meses, la productividad en general de la especialidad sin seguimiento es inferior al 10%, sin embargo ha presentado ascenso mes tras mes, una vez se realiza el seguimiento respectivo por auditoria la productividad mejora significativamente por encima del 80%, sin embargo es un servicio que la programación se limita a paraclínicos prequirúrgicos como los son urocultivo que una vez salen positivos se tiene que reprogramar el procedimiento por el alto riesgo de infección postquirúrgica. A continuación se describen casos relevantes identificados en el mes de diciembre correspondiente al seguimiento realizado:

- Fecha vencida y Procedimiento no realizado
- Uro cultivos positivos en manejo de Antibiótico
- Falta Disponibilidad de cama en UCI pop Operatorio
- Numero telefónicos erróneos a la hora de contactar los pacientes del INPEC en cuanto a fechas vencidas

**SERVICIO DE ORTOPEdia**



**GRAFICA 9. PRODUCTIVIDAD DE ORTOPEdia SIN SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.

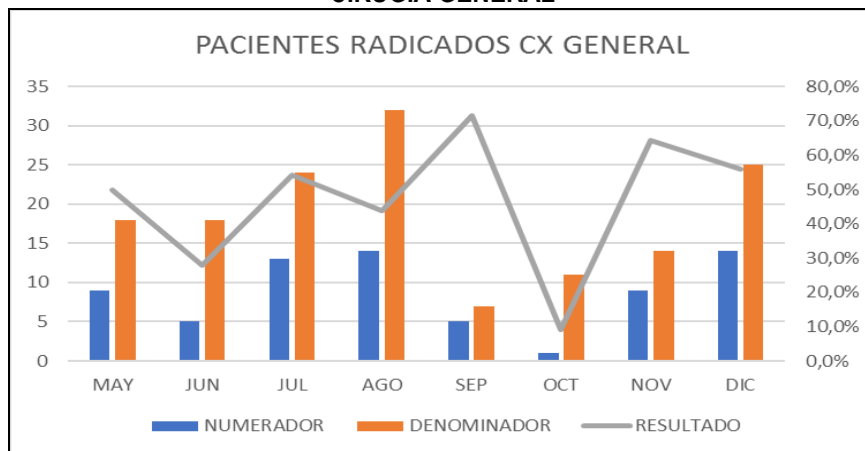


**GRAFICA 10. PRODUCTIVIDAD DE ORTOPEdia CON SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.

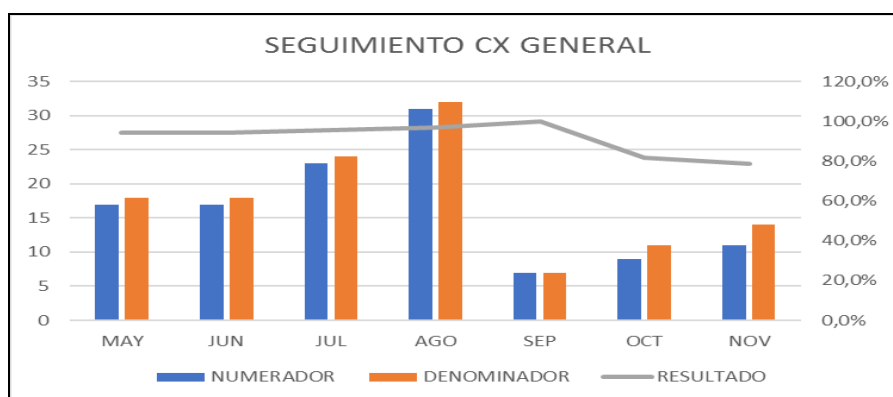
En las gráficas anteriores se evidencia un descenso significativo de autorizaciones por parte de las diferentes EPS en el mes de septiembre con una productividad reducida en el mismo, la productividad en general de la especialidad sin seguimiento alcanza un 50%, sin embargo ha sido muy variable, una vez se realiza el seguimiento respectivo por auditoría la productividad mejora significativamente por encima del 79% en algunos meses alcanzando un 100% de productividad con respecto a los procedimientos autorizados. A continuación se describen casos relevantes identificados en el mes de diciembre correspondiente al seguimiento realizado:

- Fecha vencida y Procedimiento no realizado
- Falta Disponibilidad de cama en UCI pop Operatorio
- No autorización por parte EAPB (Convida, INPEC): aunque ya se tiene contrato aun no se renueva la fecha de autorización
- Numero telefónicos erróneos a la hora de contactar los pacientes del INPEC en cuanto a fechas vencidas

**CIRUGIA GENERAL**



**GRAFICA 11. PRODUCTIVIDAD DE CIRUGIA GENERAL SIN SEGUIMIENTO. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente.**



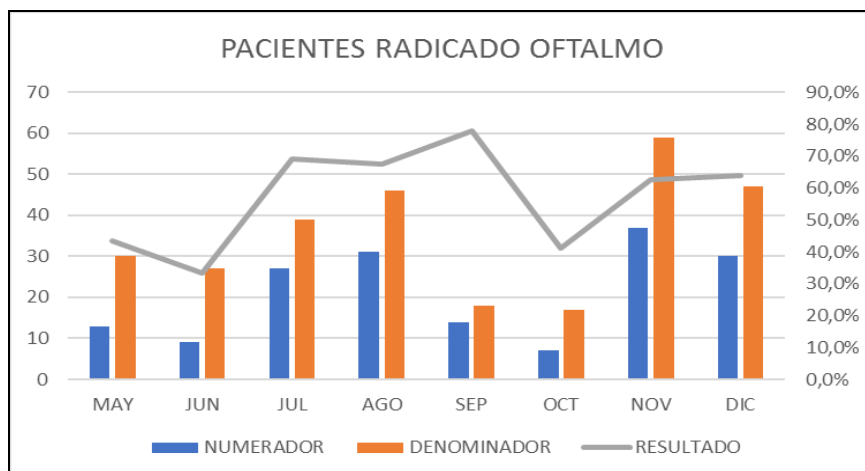
**GRAFICA 12. PRODUCTIVIDAD DE CIRUGIA GENERAL CON SEGUIMIENTO. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente.**

En las gráficas anteriores se evidencia un descenso significativo de autorizaciones por parte de las diferentes EPS en el mes de septiembre, octubre, noviembre con una productividad en promedio inferior al 50%, la productividad en general de la especialidad sin seguimiento no alcanza un 50%, sin embargo ha sido muy variable, una vez se realiza el seguimiento respectivo por auditoria la productividad mejora significativamente por encima del 85% en algunos meses alcanzando un 100% de productividad con respecto a los procedimientos autorizados, A continuación se describen casos relevantes identificados en el mes de diciembre correspondiente al seguimiento realizado:

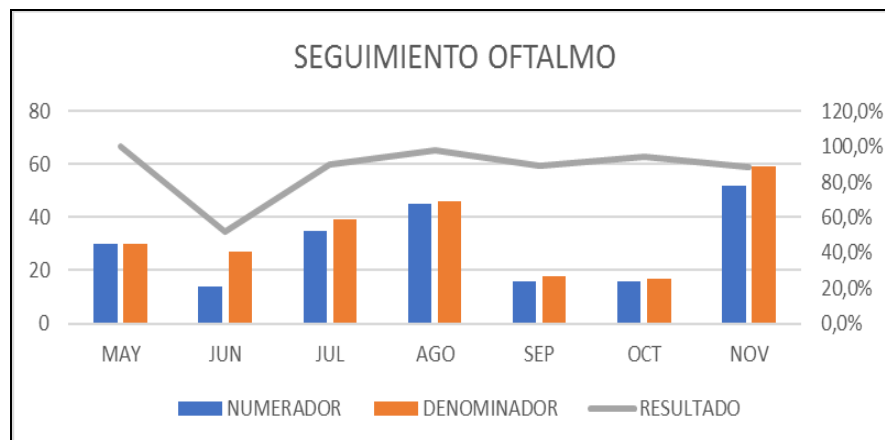
- Fecha vencida y Procedimiento no realizado
- Pacientes con sintomatología respiratoria
- No Autorización del procedimiento por parte de la junta quirúrgica por falta de estudios adicionales
- Falta Disponibilidad de cama en UCI pop Operatorio
- No autorización por parte EAPB (Convida)

**SERVICIO DE OFTALMOLOGIA**





**GRAFICA 13. PRODUCTIVIDAD DE OFTALMOLOGIA SIN SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente.

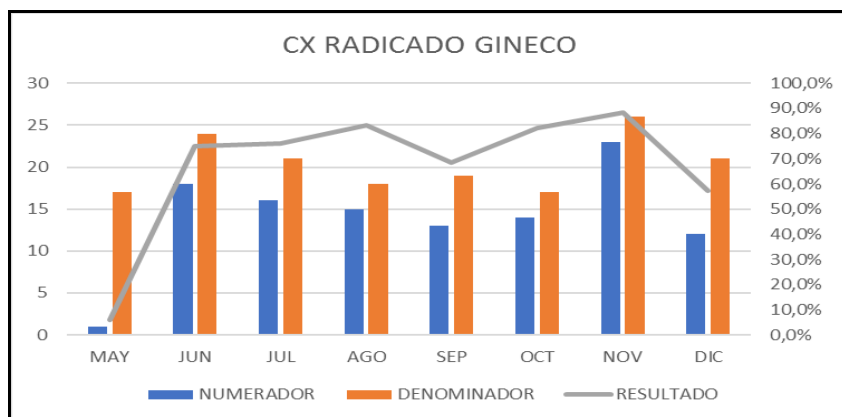


**GRAFICA 14. PRODUCTIVIDAD DE OFTALMOLOGIA CON SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente.

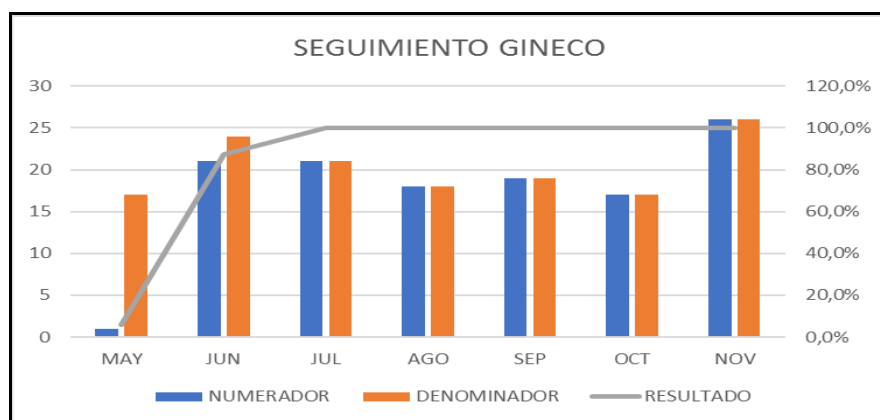
En las gráficas anteriores se evidencia un descenso significativo de autorizaciones por parte de las diferentes EPS en el mes de septiembre y octubre con una productividad en promedio superior al 50%, la productividad en general de la especialidad sin seguimiento alcanza un 50%, una vez se realiza el seguimiento respectivo por auditoria la productividad mejora significativamente por encima del 90% en algunos meses alcanzando un 100% de productividad con respecto a los procedimientos autorizados, A continuación se describen casos relevantes identificados en el mes de diciembre correspondiente al seguimiento realizado:

- Fecha vencida y Procedimiento no realizado
- No autorización por parte EAPB ( INPEC ) Renovar autorización
- Cambio de Diagnostico Quirúrgico al ingresar al quirófano
- El Usuario No realizan trámites administrativos (los funcionarios del INPEC) para renovar la fecha ya vencida del procedimiento Quirúrgico
- No disponibilidad de material quirúrgico HUS

### SERVICIO DE GINECOLOGIA



**GRAFICA 15. PRODUCTIVIDAD DE GINECOLOGIA SIN SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.

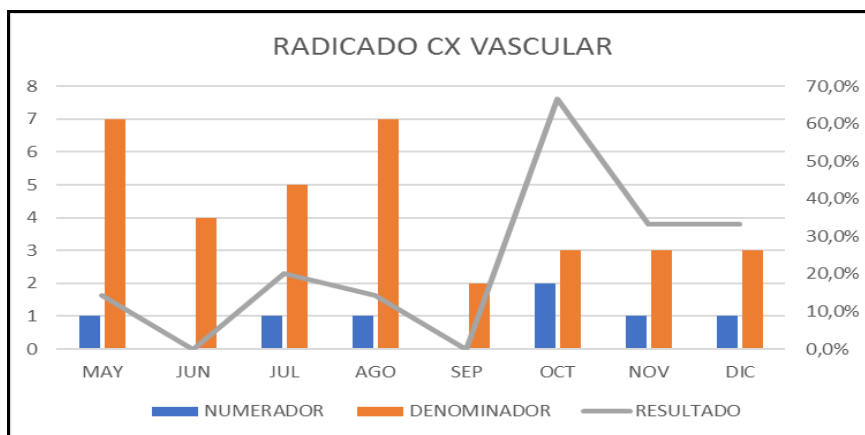


**GRAFICA 16. PRODUCTIVIDAD DE GINECOLOGIA CON SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de diciembre 2017- Área Auditoría Concurrente.

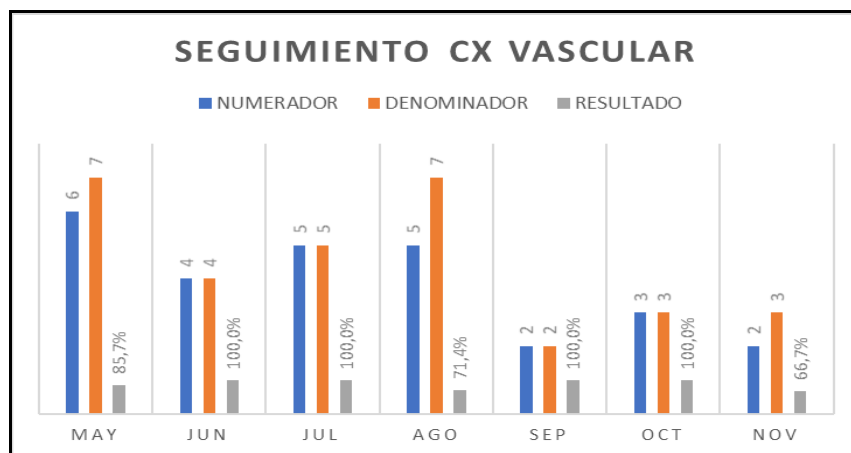
En las gráficas anteriores se evidencia una constante en las autorizaciones por parte de las diferentes EPS durante todos los meses, la productividad en general de la especialidad sin seguimiento es superior al 50%, una vez se realiza el seguimiento respectivo por auditoría la productividad mejora significativamente por encima del 90% en algunos meses alcanzando un 100% de productividad con respecto a los procedimientos autorizados, A continuación se describen casos relevantes identificados en el mes de diciembre correspondiente al seguimiento realizado:

- Cancelación de cirugía por condición clínica del paciente
- Números telefónicos erróneos a la hora de comunicarse con los pacientes

### SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA



**GRAFICA 17. PRODUCTIVIDAD DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA SIN SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente.



**GRAFICA 17. PRODUCTIVIDAD DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA CON SEGUIMIENTO.** Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de diciembre 2017- Área Auditoria Concurrente.

En las gráficas anteriores se evidencia un descenso significativo en las autorizaciones por parte de las diferentes EPS durante los meses de septiembre, octubre y noviembre, la productividad en general de la especialidad sin seguimiento es inferior al 50%, una vez se realiza el seguimiento respectivo por auditoria la productividad mejora significativamente por encima del 90% en algunos meses alcanzando un 100% de productividad con respecto a los procedimientos autorizados sin embargo se evidencia en el mes de agosto y noviembre que pese a seguimiento no se alcanza una productividad superior al 71%. A continuación se describen casos relevantes identificados en el mes de diciembre correspondiente al seguimiento realizado:

- Fecha vencida y Procedimiento no realizado
- No autorización por parte EAPB
- Pacientes con Infección, celulitis, lesión en las Ulceras en manejo con Antibiótico

## CONCLUSIONES

Durante la actividad diaria de auditoria medica concurrente se evidencian diferentes hallazgos tanto en procesos asistenciales como administrativos que afectan el cumplimiento de los atributos de calidad durante la prestación de los servicios, de esta manera se ha priorizado los diferentes procesos en donde se evidencia dicha desarticulación y han sido abordador por parte de auditoria medica concurrente con retroalimentación de los casos puntuales con el objetivo de mitigar cualquier inoportunidad y falta de comunicación que se presente, se considera que es un proceso del día a día recibiendo receptividad por los mismo y mejora en algunos aspectos que se evidenciaban al inicio de la implementación de la auditoria , adicionalmente se ha realizado seguimiento semanal con las diferentes EPS de los pacientes hospitalizados con identificación de estancias prolongadas con demoras administrativas que dependen directamente de las mismas; de lo anterior se ha evidenciado mejora en la oportunidad de respuesta por parte de las aseguradoras ya que dentro de los compromisos de las reuniones se estipula la gestión que debe realizar el auditor externo de la EAPB y se ha creado una comunicación constante con los mismo lo cual se ven reflejado en la disminución de tiempos de oportunidad de la respuesta por parte de las EPS. Se evidencian algunas limitantes como lo son:

- Falta de estandarización y socialización del procedimiento de **ASIGNACION DE CAMAS DE HOSPITALIZACION** para agilizar los egresos y de esta manera que sea sistemática la asignación de las camas de pacientes que se encuentran en urgencias, UCI, unidad quirúrgica.
- Falta de compromiso por las diferentes áreas asistenciales y administrativas (admisiones urgencias) para la actualización sistémica del censo en urgencias.
- Falta de estandarización desde la contratación de los servicios tercerizados (radiología – hemodinamia) para conocer la oportunidad de realización de procedimientos pactada entre los mismos y el HUS, para realización de seguimiento y retroalimentación desde contratación a las EPS y de esta manera no generar estancias inactivas por este tipo de demoras.
- Limitación para la implementación de la auditoria de prefectura, la cual se encuentra limitada a la que la prefecturación de los pacientes acostados se encuentran a 12 horas, para la revisión respectiva de los auditores.
- Falta de estandarización para la respuesta administrativa de no disponibilidad institucional de UCI- UCIM, lo cual ha generado el múltiples ocasiones reprocesos.

## GESTION DE RIESGO

Durante el mes de noviembre del año en curso con la asesoría del área de planeación se realizó la formulación de los posibles riesgos con respecto a dos objetivos estratégicos de la Institución los cuales son Fortalecer la prestación de los Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental y Lograr la autosostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir, con respecto a estos objetivos se planeó el riesgo, la descripción del mismo, las posibles causas , efectos y se formularon los controles para estos, todo con el fin de ser incorporados en la próxima actualización de matriz de riesgos institucionales del 2018.

OBJETIVO	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	AGENTES GENERADORES	CONTROLES
Fortalecer la prestación de los Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Posibilidad de aumento de estancias hospitalaria prolongadas por demoras intrainstitucionales gestionables.	La probabilidad de que un paciente tenga estancia prolongada atribuible a la gestión propia del HUS durante la atención en salud.	1. Talento humano asistencial y administrativo 2. Procesos institucionales 3. Recursos financieros 4. Insumos y dispositivos médicos	En cada una de las áreas de hospitalización ( urgencias, hospitalización general, unidad de cuidados intensivos adultos y neonatales, unidad de cuidados intermedios adultos y neonatales , unidad quirúrgica) hay asignado un auditor concurrente el cual realiza la revisión diaria de las historias clínicas y prioriza los pacientes que tienen algún procedimiento

				<p>quirúrgico, proceso administrativo, ayuda diagnóstica terapéutica pendiente para ser gestionado con la interacción entre el área asistencia y administrativa con el fin de mitigar cualquier inoportunidad detectada propia de HUS, y ser corregida en lo posible y reducir el riesgo de estancia hospitalaria prolongada, adicionalmente genera de 3 veces a la semana novedades de impacto por auditoría médica concurrente en el cual se describen hallazgos de inoportunidad por alguno de los procesos para que el líder del mismo gestione y mitigue este.</p> <p>Medio de verificación envió de correo electrónico con el registro de novedades de impacto a los líderes de proceso.</p>
<p>Lograr la autosostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir</p>	<p>Posibilidad de glosas ante las diferentes EAPB</p>	<p>Posibilidad de glosas por para de las diferentes EAPB por subfacturación, sobrefacturación, por pertinencia médica, soportes, autorizaciones y coberturas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Talento humano asistencial y administrativo</li> <li>2. Procesos institucionales</li> <li>3. Recursos financieros</li> <li>4. Insumos y dispositivos médicos</li> <li>5. Sistema de información DGnet</li> </ol>	<p>En cada una de las áreas de hospitalización (urgencias, hospitalización general, unidad de cuidados intensivos adultos y neonatales, unidad de cuidados intermedios adultos y neonatales, unidad quirúrgica) hay asignado un auditor concurrente el cual realiza la revisión diaria de las historias clínicas y prioriza de manera aleatoria algunas historias clínicas según criterios estipulados en procedimiento de auditoría médica concurrente 02DE17-V1, donde se estipula la realización de auditoría de prefectura para verificar que el cobro de insumos, procedimientos y materiales sean facturados de manera adecuada, en caso de identificar algún hallazgo se retroalimentara de manera inmediata para la corrección del mismo antes del egreso definitivo del paciente y de esta manera minimizar el riesgo de glosas.</p>

**CAPITULO II**

**INFOME DE GESTIÓN**

**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO**

## 2.1 ATENCIÓN DEL PACIENTE EN URGENCIAS

### GESTIÓN DEL PROCESO

CUARTO TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 – EMERGENCIA	67	147	41	22
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	2855	3097	182	101
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 – URGENCIAS	292	266	3510	3552
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 – PRIORITARIO	299	501	286	803
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	70	33	893	706
<b>TOTAL PTES CON TRIAGES</b>	3583	4044	4912	5184
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	4216	4399	4450	4580
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	ND	102	135	200
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	3678	3782	3895	3744
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	538	617	555	836
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	72,33	56,33	53,93	46,27
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	48,67	37,67	33,57	30,16
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	48,67	37,67	33,57	21,59
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	37	23	44	49
<b>TOTAL PTES ATEND. POR DEMANDA ESPONTANEA</b>	2817	2811	2866	2774

**Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria**

En este informe de Gestión la metodología utilizada es; Analizar el año como conclusión final y tener en cuenta la particularidad del IV trimestre de ser relevante, para lo cual se van a utilizar las gráficas del TUCI para los indicadores que cuente con ellas y graficas del servicio para los indicadores no relacionados en el TUCI.

En resumen podemos concluir: El Servicio de Urgencias presento un buen desempeño anual cumpliendo con las metas de los Indicadores de obligatorio reporte, y un mejoramiento notorio en aquellos indicadores asumidos como

parte del mejoramiento propuesto. Como novedad en el año 2017 Se presentó un incremento de los días de estancia pasando de 3 a 5 días causado por:

- 1.- Aumento en el número de los pacientes en estado crítico, ventilados con soporte vasopresor, en estado terminal y/o con necesidad unidad mental, que ingresan por traslados no autorizados, sin ser comentados.
- 2.- Por la necesidad de manejo oncológico y la mala red de servicios de las EPS para dar cubrimiento a estos pacientes.

<b>INFORME ANUAL</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 – EMERGENCIA	224	505	269	118
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	11457	12722	7568	383
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 – URGENCIAS	1891	1458	7299	13621
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	1142	1977	1638	2351
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	277	204	1854	2806
<b>TOTAL PTES CON TRIAGES</b>	14950	16866	18628	19279
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	15783	18007	17458	17044
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	ND	495	825	459
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	13474	15694	15351	14174
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	2309	2313	2107	2870
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	68,46	67,33	58,27	50,57
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	42,42	46,17	37,21	32,47
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	42,42	46,00	34,82	21,09
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	185	121	176	159
<b>TOTAL PTES ATEND.POR DEMANDA ESPONTANEA</b>	11565	12471	11102	9831

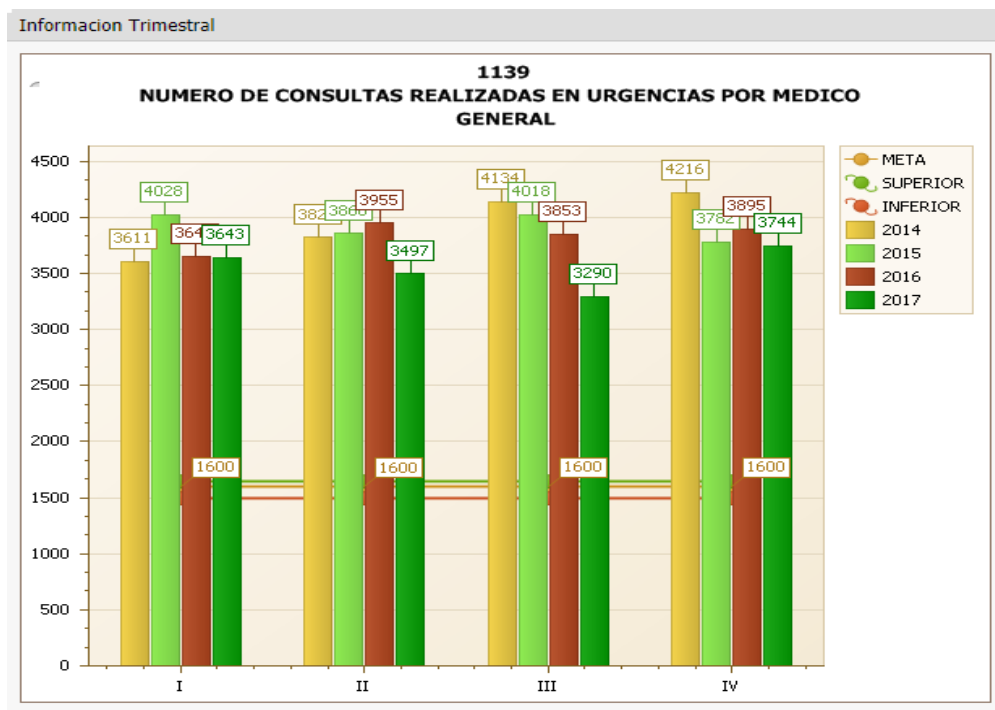
**Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria**

**CONSULTA MEDICINA GENERAL**

<b>INFORME ANUAL</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	13474	15694	15351	14174

**Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria**





Base de Datos TUCI

### Análisis

Este indicador mide todas las consultas realizadas a pacientes en el Servicio de Urgencias por los Médicos Generales, e incluyen: La Demanda espontánea, los traslados no autorizados y las remisiones.

Nos muestra un descenso del 8% del total de las consultas en relación con el año 2016 a expensas de la demanda espontánea y las remisiones (verificable con el Informe de Referencia), las causas son varias:

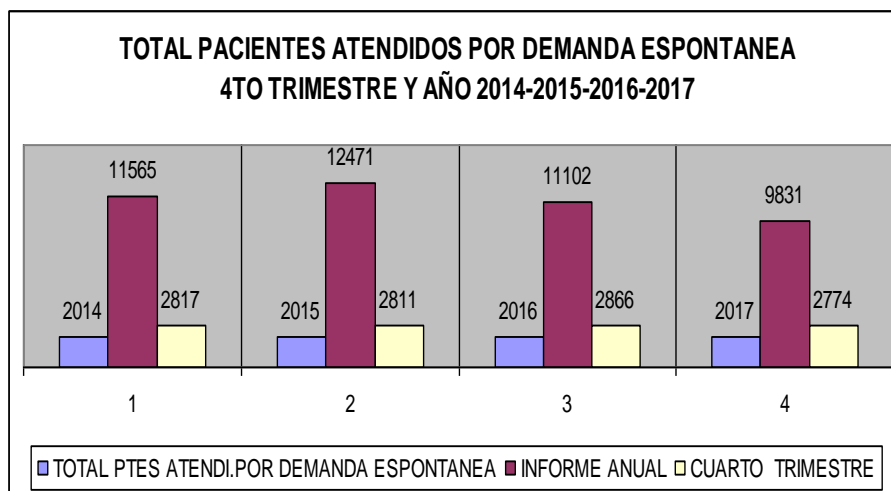
- 1.- El incremento en el número de Triages IV y V en un 67% en relación al año 2016.
- 2.- El incremento de las estancias prolongadas en Urgencias por no disponibilidad de UCI, la baja rotación de camas en hospitalización, obliga el envío de la carta de restricción al CRUE, lo que indudablemente disminuye el flujo de aceptación.

### TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA

INFORME ANUAL	2014	2015	2016	2017
TOTAL PTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	11565	12471	11102	9831

CUARTO TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
TOTAL PTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	2817	2811	2866	2774

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



**Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria**

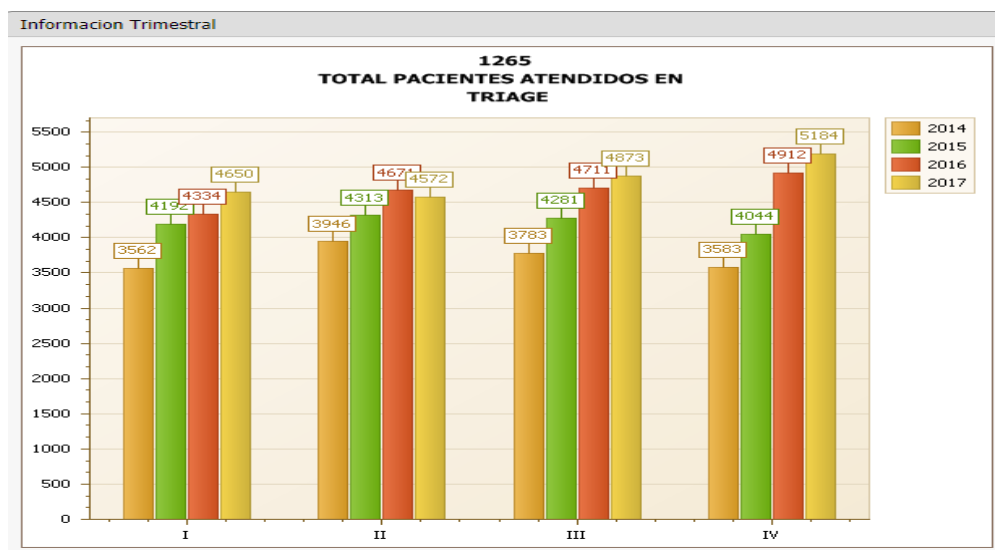
**Análisis**

La demanda espontánea es el 58% del total de la atención de los pacientes que ingresan al Servicio de Urgencias, de estos el 60% Pertenecen a Cundinamarca y el 40% a Bogotá y otros departamentos, el 41% para el año 2017 fueron mayores de 60 años y el 37% mayores de 44años.

**NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE:**

INFORME ANUAL	2014	2015	2016	2017
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 – EMERGENCIA	224	505	269	118
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	11457	12722	7568	383
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 – URGENCIAS	1891	1458	7299	13621
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 – PRIORITARIO	1142	1977	1638	2351
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	277	204	1854	2806
<b>TOTAL PTES CON TRIAGES</b>	14950	16866	18628	19279

**Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria**



Base de Datos TUCI

### Análisis

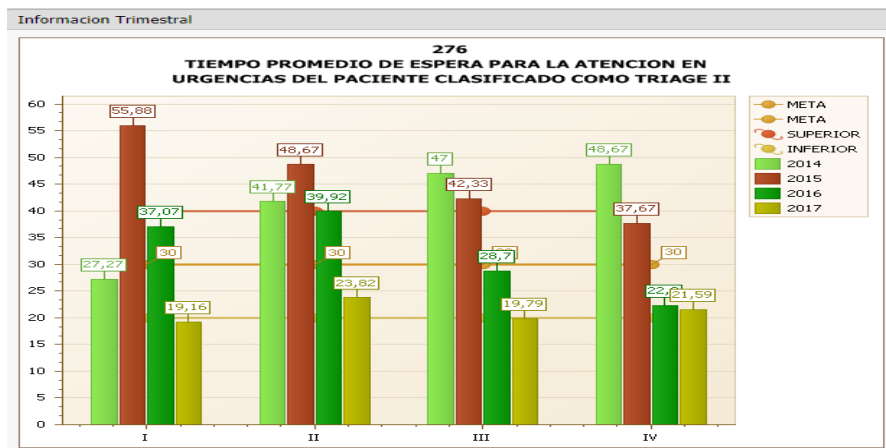
Como recordación el Hospital a partir de Julio/15 realizo cambio de la clasificación del triage incrementando a V el número de categorías. Con un incremento progresivo de las categorías IV y V ya que es el único y/o último recurso con que cuentan los pacientes para ingresar al Sistema de Salud por la inoportunidad de las autorizaciones a cargo de las EPS en algunos casos y en otros casos el desconocimiento de los usuarios en el funcionamiento la red en salud que lleva a querer solucionar sus problemas de salud de manera pronta, no importando lo agudo o grave de sus síntomas congestionando los Servicios de Urgencias. Esta situación ha llevado a un incremento en el número de quejas de los pacientes por no ser atendidos en el Servicio.

Se tiene en un lugar visible la tabla con los tiempos de atención como lo establece la Resolución 5596/15. Aquí me gustaría resaltar que la medición de los tiempos de atención de los Triage compete no tanto al personal asistencial como a la parte administrativa ya que la ruta de atención se inicia con el ingreso a DGH del paciente a cargo del técnico de admisiones, para ser visualizado en el Sistema por parte de la persona que realiza el triage (Licenciada o Medico) y lo clasifique, si el triage es una Urgencias (trriage II y III) el paciente regresa a la oficina del técnico de admisiones nuevamente, para el ingresar los datos completos del paciente y la Seguridad social. Posterior a estos datos y con el ingreso activado en DGH, es visto en consulta por medico en el Servicio. Como se aprecia el paso por la oficina de admisiones son en 2 ocasiones diferentes, si existen demoras por parte del técnico de admisiones como ocurre con alguna frecuencia los tiempos también se prolongan, de ahí mi insistencia en que existan controles por parte del Líder de facturación para minimizar el impacto en el Indicador.

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

INFORME ANUAL	2014	2015	2016	2017
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	42,42	46,00	34,82	21,09

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



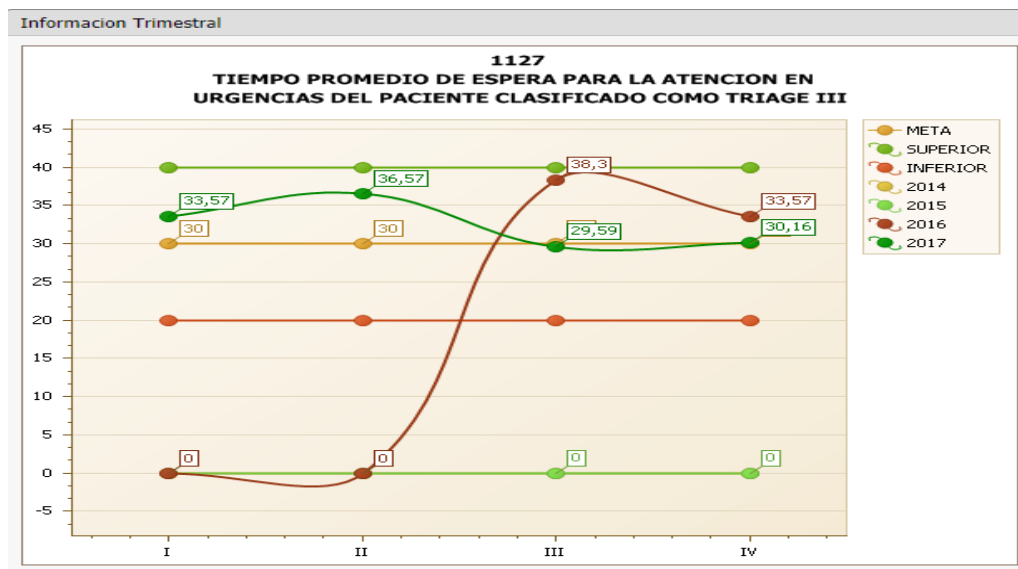
**Análisis**

Este Indicador es de obligatorio cumplimiento con una meta de 30 minutos la cual se cumplió durante todo el año 2017, su logro ha sido un trabajo en equipo de todos los actores del servicio y una permanente monitorización por parte de la Subdirección de manera sistémica y sistemática.

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

INFORME ANUAL	2014	2015	2016	2017
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	42,42	46,17	37,21	32,47

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de Datos TUCI

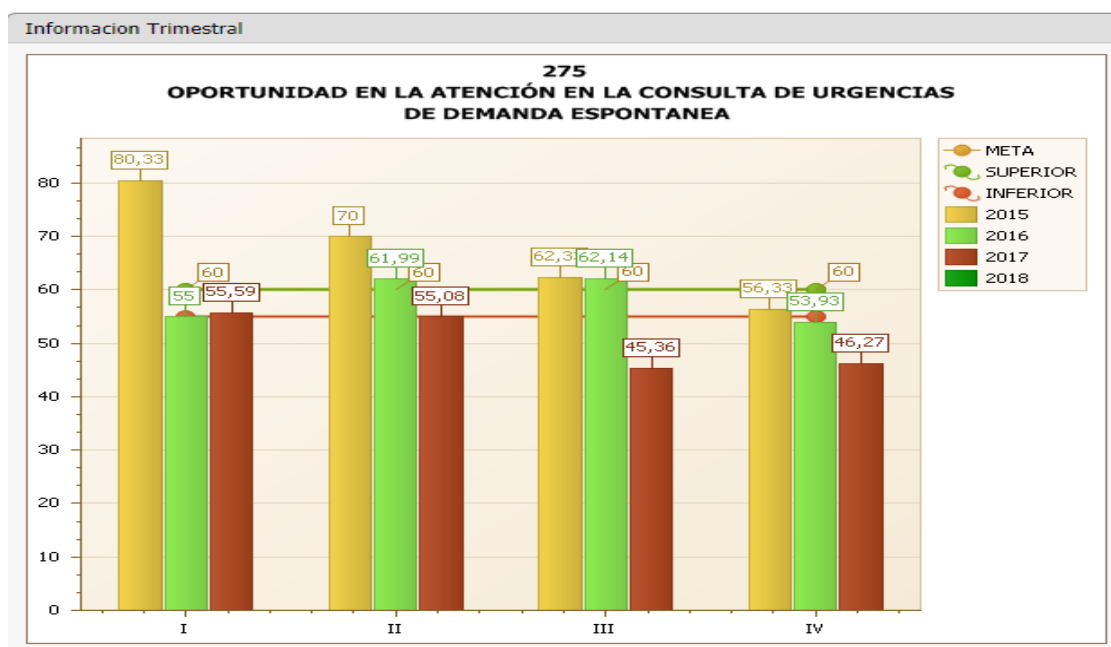
**Análisis**

La meta de este indicador no está normada, sin embargo el Servicio de Urgencias estableció como mejora interna la meta de hasta 45 minutos, la cual se viene cumpliendo. El logro de esta mejora se alcanzó al concientizar a todo el equipo en el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el Plan de Mejora y el seguimiento diario para minimizar y controlar las desviaciones que presente el Indicador.

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

INFORME ANUAL	2014	2015	2016	2017
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	68,46	67,33	58,27	50,57

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

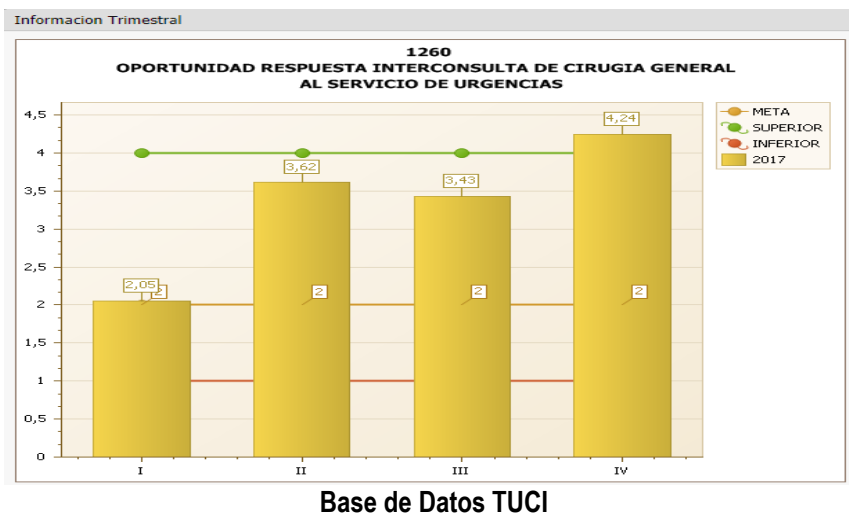


Base de Datos TUCI

**Análisis**

Este Indicador es de obligatorio cumplimiento y la meta de 60 minutos se viene cumpliendo, su medición incluye todo el ciclo de atención del paciente desde su Ingreso, incluyendo los tiempos de Admisiones y/o facturación hasta la toma de conducta por el Medico del Servicio de Urgencias, aquí no se mide la actuación por parte del equipo de Enfermería en relación al cumplimiento de las ordenes médicas para el inicio de los medicamentos formulados y la toma de algunos laboratorios. Para estos tiempos que nos venían afectando la oportunidad en la atención por demoras evidenciadas, se acordó con la Subdirección de Enfermería, la Dirección Científica y la Subdirección de Urgencias, asignar una Supervisora permanente horario diurno para el Servicio de Urgencias a partir del mes de Enero/18 que ha redundado en la mejora de estos tiempos y una mejor percepción del usuario en cuanto al trato amable y la oportunidad en la Atención.

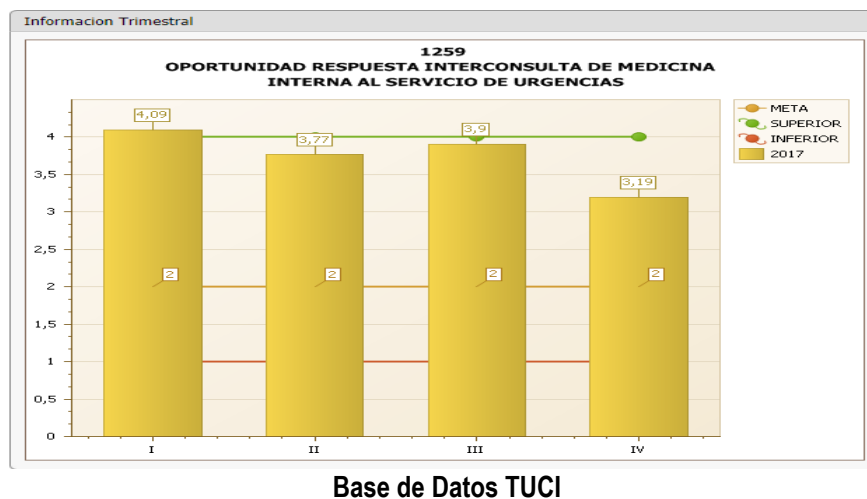
**OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA DE CIRUGIA GENERAL AL SERVICIO DE URGENCIAS**



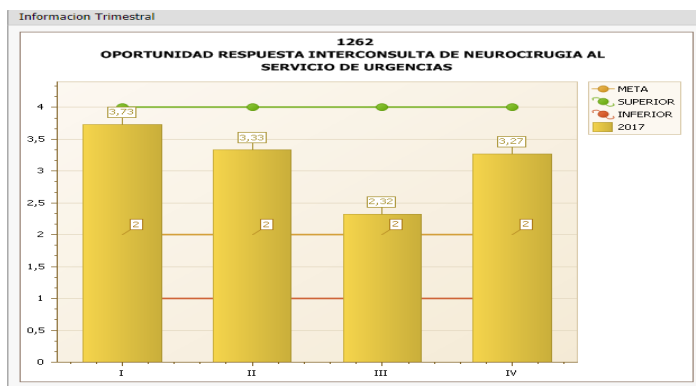
### Análisis

El seguimiento a este Indicador, “Oportunidad de respuesta a Interconsultas ”desagregado en las Especialidades de Cirugía general, Medicina Interna Neurocirugía, Ortopedia y Urología lo voy analizar de manera global ya que el comportamiento de las especialidades auditadas ha sido el mismo se inició con unos tiempos promedio de 9 horas sobre todo para las Especialidades quirúrgicas, que por estar muchas veces en Salas de Cirugía no pueden dar respuesta a las Interconsultas, o por disponer en la noche y fines de semana con 1 solo especialista no puede brindar una respuesta pronta y oportuna. Sin embargo con el concurso de la Dirección Científica se llegaron a unos acuerdos con los Subdirectores Asistenciales de estas especialidades para priorizar los pacientes de urgencias antes del Ingreso a Salas de Cirugía y/o el inicio de la Consulta Externa, logrando unas mejoras notorias en los tiempos. Como parte del seguimiento realizado a este indicador y posterior al análisis realizado por cada uno de los Subdirectores Asistenciales de las especialidades auditadas se planteó la actualización y modificación de los tiempos consignados dentro del Procedimiento de Respuesta a Interconsulta código 02PU03 de 2 horas como esta descrito a 4 horas., actividad que también quedo plantea dentro del PAS 2018.

### OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA DE MEDICINA INTERNA AL SERVICIO DE URGENCIAS

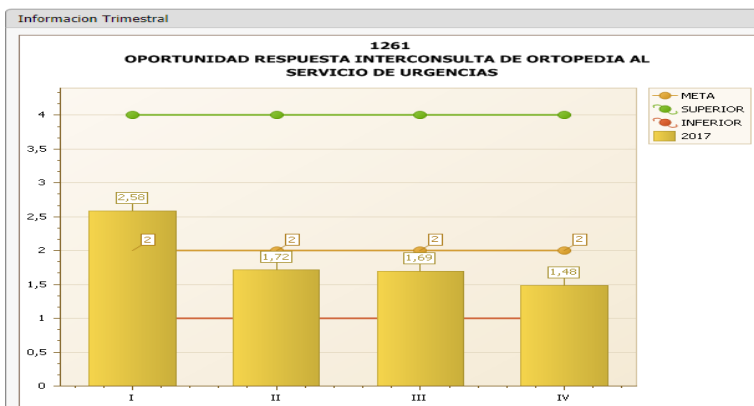


OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA DE NEUROCIRUGIA AL SERVICIO DE URGENCIAS



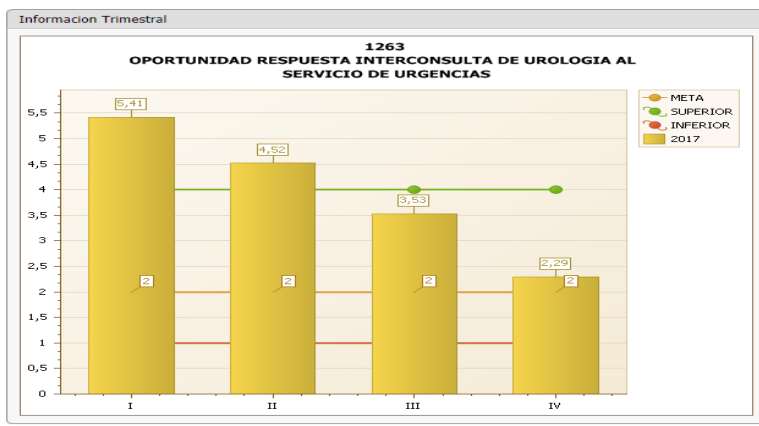
Base de Datos TUCI

OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA DE ORTOPEdia AL SERVICIO DE URGENCIAS



Base de Datos TUCI

OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA DE UROLOGIA AL SERVICIO DE URGENCIAS



Base de Datos TUCI

PQR

CODIGO	CAUSA DE QUEJA	URGENCIAS
--------	----------------	-----------

	O RECLAMO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
<b>N</b>	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>AJ</b>	Falta de calidez y trato amable	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3
<b>Q</b>	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	0	1	0	1	2	2	0	1	0	7
<b>U</b>	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	0	1	1	1	1	0	0	1	0	5
<b>Z</b>	Perdida de elementos personales del usuario.	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
<b>I</b>	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización - No oportunidad en la atención.	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
<b>S</b>	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>AÑ</b>	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>T</b>	Falta de comunicación y/o información	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1



	medica										
<b>TOTAL</b>		1	3	1	3	6	3	1	3	2	21

### **Análisis**

Para el análisis de este ítem se revisaron cada una de las causas aquí anotadas, persistiendo las quejas sobre el trato amable por parte de Enfermería a lo cual se han realizado múltiples sensibilizaciones sobre el tema liderado por la Subdirección de Enfermería y en el actual PUMP de Urgencias vuelve a quedar plasmado como una acción de mejora, debemos tener en cuenta la permanente rotación del personal como causa recidivante de las quejas. En cuanto a la fallas en el proceso de Atención se encontraron varios motivos que van desde la inconformidad por el egreso de un paciente por parte del familiar hasta demoras en la realización de algunos procedimientos.

Cabe anotar que se incrementaron las Felicitaciones.

### **NOVEDADES EN SALUD SEGUNDO SEMESTRE 2017**

<b>CLASIFICACIÓN POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA JUL -DIC 2017</b>	<b>COMPLICACIÓN</b>	<b>EVENTO ADVERSO</b>	<b>INCIDENTE</b>	<b>Total General</b>
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	7	48	26	81
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	4	8	8	20
Tipo 11: Caídas de pacientes			11	11
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	5		4	9
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	1	1	4	6
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud			4	4
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente			4	4
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud		4		4
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos			4	4
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos			3	3
Tipo 12: Accidentes de pacientes			2	2
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico			2	2
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos			1	1
Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales			1	1
<b>Total General</b>	<b>17</b>	<b>61</b>	<b>74</b>	<b>152</b>

### **NOVEDADES EN SALUD CUARTO TRIMESTRE 2017**

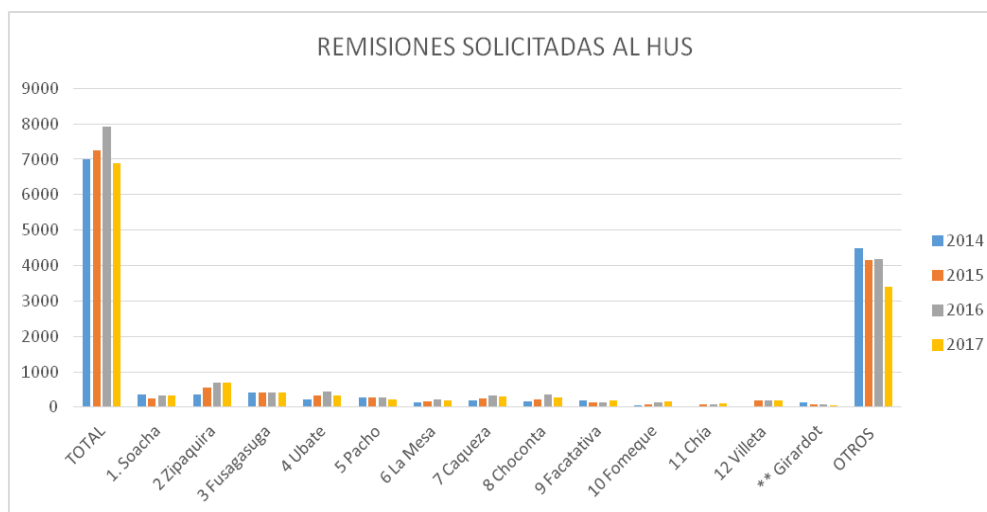
<b>CLASIFICACIÓN POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA OCT-DIC 2017</b>	<b>COMPLICACIÓN</b>	<b>EVENTO ADVERSO</b>	<b>INCIDENTE</b>	<b>Total General</b>
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	4	22	13	39
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	3	6	2	11
Tipo 11: Caídas de pacientes			5	5
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	1		4	5
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	3		1	4
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud		2		2
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos			2	2
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud			1	1
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico			1	1
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos			1	1
Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales			1	1
<b>Total General</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>72</b>

Para el Servicio de Urgencias es un gran reto disminuir el número de Novedades en Salud y lograr controlar la ocurrencia de los riesgos ya identificados tanto en el proceso de Atención como del paciente como Individuo, Es por esto que se tomara la Seguridad como tema fundamental para el POA interno del Servicio haciendo énfasis en el Seguimiento a los riesgos Individuales del paciente al ingresar al Servicio.

## 2.2 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2017

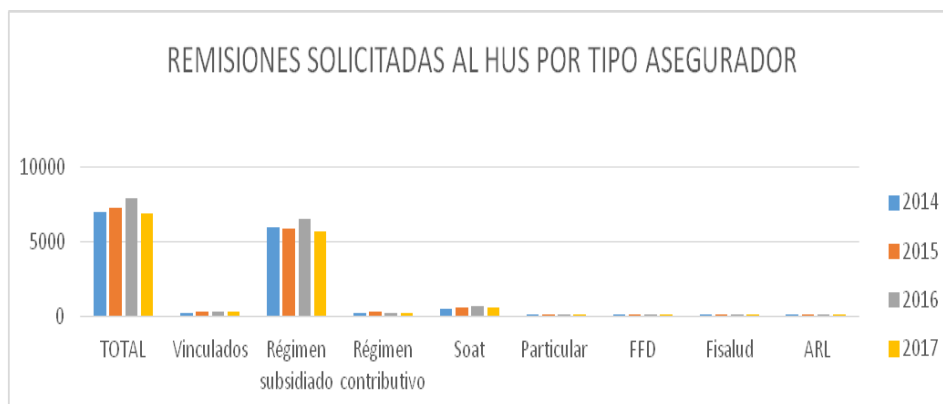
**REMISIONES SOLICITADAS**

INFORME ANUAL	TOTAL 2014	TOTAL 2015	TOTAL 2016	TOTAL 2017
<b>TOTAL</b>	6999	7263	7913	6889
Soacha	349	258	347	346
Zipaquirá	350	547	694	684
Fusagasugá	411	407	410	421
Ubaté	229	346	441	344
Pacho	276	286	281	228
La Mesa	125	174	236	189
Caqueza	188	260	320	312
Chocontá	177	230	356	277
Facatativá	182	147	151	193
Fomeque	58	88	147	175
Chía	0	80	79	104
Villeta	0	195	190	181
Girardot	151	96	80	42
OTROS	4503	4149	4181	3393



En el año 2017 las solicitudes de las diferentes IPS disminuyeron en 1024 respecto a la vigencia 2016, al igual en general respecto a los anteriores a expensas de la sobreocupación de Urgencias de un 226% genera la restricción de recepción de pacientes, lo cual se comunica mediante oficio a los Centros Reguladores de Cundinamarca, Bogotá y a las IPS de la Red de Cundinamarca, la no disponibilidad de camas en la UCI adulto e Intermedio adulto.

**REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR TIPO DE ASEGURADOR**



INFORME ANUAL	TOTAL 2014	TOTAL 2015	TOTAL 2016	TOTAL 2017
<b>TOTAL</b>	6999	7263	7913	6889
Vinculados	239	306	278	312
Régimen subsidiado	5983	5902	6534	5688
Régimen contributivo	222	321	226	209
Soat	464	601	708	537
Particular	8	9	10	12
FFD	9	15	16	11
Fisalud	63	93	134	113
ARL	11	16	7	7

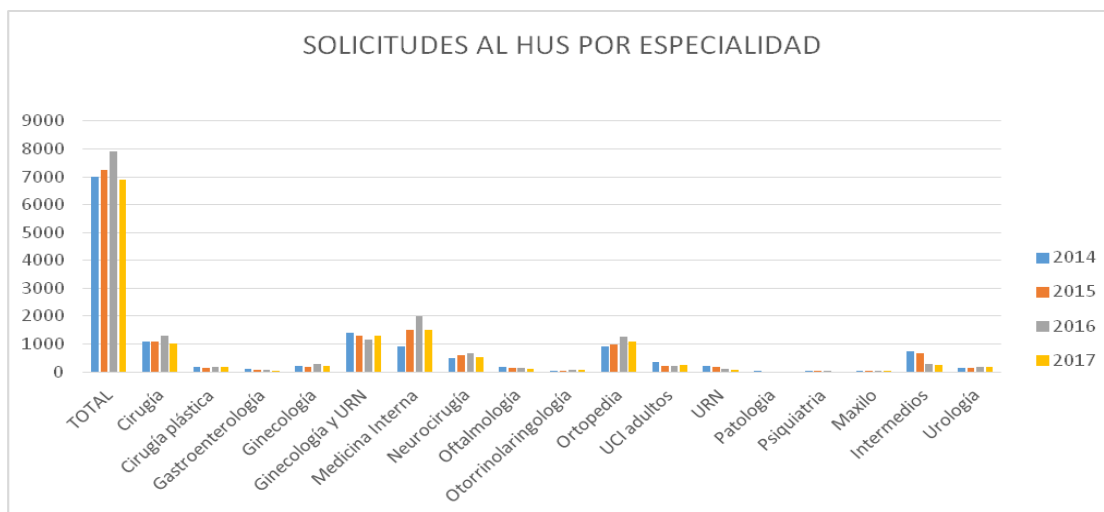
Los pacientes con tipo de aseguramiento vinculados son los que aumentaron para el año 2017, por la atención de los pacientes con nacionalidad Venezolana que llegaron a I Departamento de Cundinamarca y demandaron especialmente servicios de Psiquiatría y Ginecología, En relación a pacientes con Línea de Pago SOAT, disminuyeron notoriamente debido a que las IPS privadas, ofrecen comisión económica a las tripulaciones para que sean llevados a esas instituciones, un ejemplo es Medical Proinfo (ubicada en Kenedy) que encía por correo electrónico a todas las IPS de la red de Cundinamarca informado disponibilidad de atención en todas las especialidades médicas incluyendo UCI adulto.

#### REMISIONES SOLICITADAS POR ESPECIALIDAD

INFORME ANUAL	TOTAL 2014	TOTAL 2015	TOTAL 2016	TOTAL 2017
---------------	------------	------------	------------	------------

TOTAL	6999	7263	7913	6889
Cirugía	1074	1078	1309	1030
Cirugía plástica	185	153	182	184
Gastroenterología	106	70	67	10
Ginecología	208	191	284	220
Ginecología y URN	1414	1302	1163	1304
Medicina Interna	905	1498	1985	1501
Neurocirugía	484	599	650	519
Oftalmología	184	130	135	122
Otorrinolaringología	53	47	68	58
Ortopedia	895	974	1260	1100
UCI adultos	363	204	217	248
URN	209	160	91	84
Patología	1	0	0	0
Psiquiatría	1	2	3	0
Maxilo	14	37	28	7
Intermedios	751	671	281	235
Urología	152	147	190	178

Al disminuir el número de solicitudes realizadas al HUS disminuye el número de remisiones solicitadas por especialidad, excepto las remisiones solicitadas para la Unidad de Cuidado Intensivo en el año 2017.



**PORCENTAJE REMISIONES ACEPTADAS POR ESPECIALIDAD**

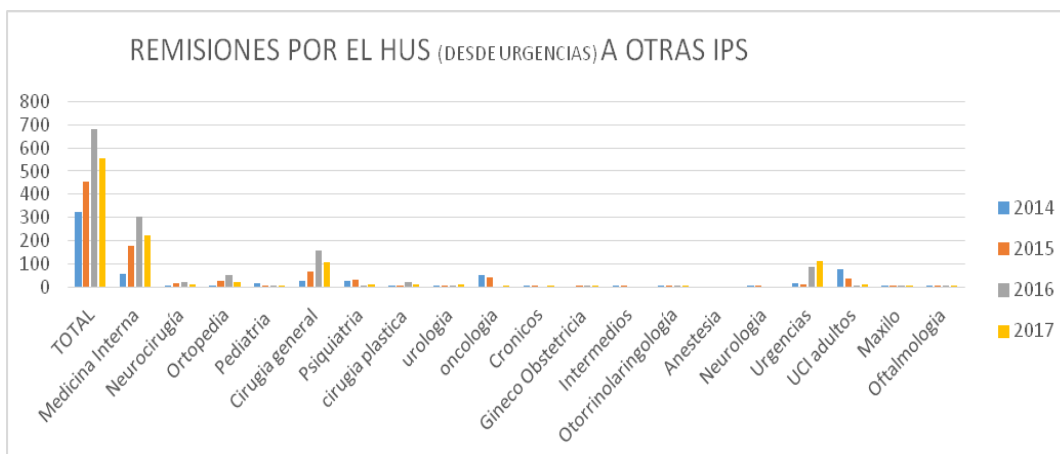
INFORME ANUAL	TOTAL 2014	TOTAL 2015	TOTAL 2016	TOTAL 2017
<b>TOTAL</b>	69%	54%	49%	53%
Cirugía	89%	55%	45%	62%
Cirugía plástica	63%	77%	63%	75%
Gastroenterología	100%	65%	40%	22%
Ginecología	71%	56%	45%	44%
Ginecología y URN	67%	71%	57%	58%
Medicina Interna	46%	27%	29%	42%
Neurocirugía	96%	67%	75%	80%
Oftalmología	100%	80%	68%	77%
Otorrinolaringología	80%	61%	56%	68%
Ortopedia	81%	75%	75%	82%
UCI adultos	56%	25%	18%	7%
URN	62%	54%	61%	62%
Patología	0%	0%	0%	0%
Psiquiatría	0%	0%	0%	0%
Maxilo	100%	57%	45%	8%
Intermedios	52%	48%	23%	24%
Urología	20%	27%	29%	41%



Al disminuir el número de solicitudes realizadas al HUS disminuye el número de remisiones solicitadas por especialidad, excepto las remisiones solicitadas para la Unidad de Cuidado Intensivo en el año 2017 teniendo en cuenta el nivel de complejidad de las patologías de los pacientes por sus múltiples comorbilidades, sobre todo en Medicina Interna. Aumento la solicitud de Pacientes para Ginecología y Unidad de RN, desde sitio de origen de remisión, igualmente por el nivel de complejidad para su manejo clínico derivado de las múltiples comorbilidades y el riesgo de los RN.

#### TOTAL DE REMISIONES POR EL HUS A OTRAS IPS

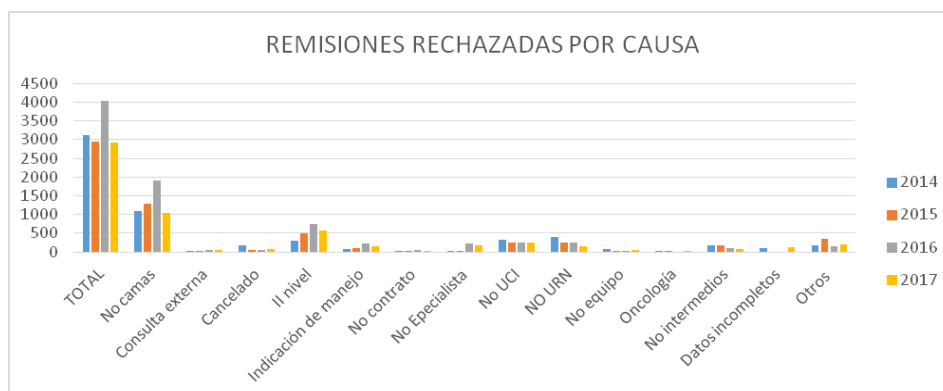
INFORME ANUAL	TOTAL 2014	TOTAL 2015	TOTAL 2016	TOTAL 2017
<b>TOTAL</b>	322	456	680	554
Medicina Interna	59	177	304	225
Neurocirugía	2	19	22	11
Ortopedia	10	30	51	25
Pediatría	17	10	1	3
Cirugía general	27	66	157	110
Psiquiatría	30	31	4	14
cirugía plástica	4	6	22	13
Urología	5	3	9	11
Oncología	52	44	0	7
Crónicos	9	3	0	1
Gineco Obstetricia	0	3	8	2
Intermedios	7	4	0	0
Otorrinolaringología	1	7	4	6
Anestesia	0	0	0	0
Neurología	1	1	0	0
Urgencias	17	11	88	113
UCI adultos	77	37	2	12
Maxilo	3	2	1	2
Oftalmología	1	2	6	2



El número de remisiones desde urgencias disminuye a otras IPS con respecto al año anterior debido a que las EPS no ubican oportunamente los pacientes que se ponen en remisión, lo que conlleva a que el paciente mejore de su patología y se le da salida, o que fallezca esperando la ubicación sobre todo en camas de Cuidado Intensivo o esperando un cupo en instituciones para el manejo de patologías oncológicas, pacientes que requieren manejo crónico en instituciones especializadas. Las EPS con las que el HUS tiene contrato de prestación de servicios, una vez atendida la urgencia y estabilizado el paciente, los ponen en remisión a sus IPS primarias de su red Ejemplo: Compensar y Famisanar.

**TOTAL DE REMISIONES RECHAZADAS POR CAUSA**

INFORME ANUAL	TOTAL 2014	TOTAL 2015	TOTAL 2016	TOTAL 2017
<b>TOTAL</b>	3121	2952	4038	2922
No camas	1079	1292	1917	1028
Consulta externa	25	22	46	51
Cancelado	176	44	61	66
II nivel	293	484	754	573
Indicación de manejo	73	90	230	160
No contrato	14	28	45	10
No Especialista	18	11	221	174
No UCI	319	252	247	255
NO URN	402	251	246	157
No equipo	86	24	37	38
Oncología	37	31	0	10
No intermedios	178	177	94	71
Datos incompletos	89	0	0	133
Otros	180	339	140	196



Al comentar menos pacientes el indicador de remisiones rechazadas por causa disminuye y las causas más frecuentes de rechazo son: No camas, Patologías de II nivel que las comentan al tercer nivel, una fortaleza es la presencia de los especialistas a los cuales se les comentan los pacientes ya que se logra tener un mejor filtro en las patologías de acuerdo al nivel de complejidad ya que como alternativa se le brinda indicaciones de manejo a los primeros y segundos niveles de complejidad.

**PAS**

Para el año 2017 en conjunto con la sub.-dirección de sistemas se desarrolló un aplicativo para el control de las remisiones y contra remisiones, este aplicativo se presentó en la secretaria de salud para la implementación en el departamento estamos a la espera de la propuesta. Se aplica la herramienta índice de seguridad hospitalaria con el área de arquitectura, Ingeniería ambiental y referencia el índice en sus tres componentes, estructural, no estructural y funcional teniendo como resultado que somos un hospital capaz de seguir funcionando cuyos servicios permanezcan accesibles y funcionando a su máxima capacidad después de una emergencia o desastre.

**2.3 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA**



A continuación se presenta un informe comparativo de la gestión del servicio de Consulta Externa **acumulado** a IV trimestre de 2017 comparado con cada año desde 2014.

VARIABLE	2014	2015	2016	2017
Horas programadas consulta especializada	26.524	25.509	23.098	18.947
No de consultas asignadas(programadas)	78.596	78.304	68.856	55.453
No de consultas realizadas	67.844	67.340	60.404	48.162
% Inasistencia	13%	13%	12%	13%
% Cancelación Consulta (no atención)	ND	0,8%	0,6%	0,6%
% Cancelación - Institucional	ND	0,2%	0,1%	0,1%
% Cancelación por paciente	ND	0,6%	0,4%	0,5%
% Cancelación por causa externa	ND	0,1%	0,0%	0,0%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizadas/oferta)	88%	92%	92%	92%
Rendimiento hora medico consulta	2,6	2,6	2,6	2,5
% Demanda insatisfecha Total en Consulta	4%	7%	3%	5%
% Demanda Insatisfecha-represamiento	ND	3,6%	2,0%	1%
% Demanda Insatisfecha- Físico	ND	0,0%	0,0%	0,03%
% Demanda Insatisfecha- Humano	ND	0,0%	0,1%	0,0%
% Demanda Insatisfecha- Financiero	ND	3,2%	0,9%	4%

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Se continuó con disminución en **horas programadas** bajando un 18% frente al año anterior, un 26% frente al 2014 y un 29% frente al 2015, a expensas de la terminación del contrato con la EPS Convida que representa aproximadamente un 70% de la demanda en Consulta Externa. En consecuencia también bajaron tanto las **consultas asignadas** en un 19%, como las **realizadas** en un 20% comparado con el año 2016 y frente a 2014 y 15 bajó en un promedio un 29%. Es de recordar que en el 2014 se produjo el retiro de EPSs Cafam, Colsubsidio y Caprecom del Régimen Subsidiado, año desde el cual el comportamiento de la consulta se afectó drásticamente, en razón a que la demanda de estas EPSs, representaba un 80%, y para 2017 se suma la baja demanda por Convida y la terminación del contrato en la primera semana de septiembre, que se reactivó hasta noviembre.

Gracias a la confirmación de citas que se inició en el 2015 por parte de la Central de Citas, se logró mantener la **inasistencia** en las vigencias 2014 y 2015, pero aumentó frente al 2016, en éste último año a expensas de la inasistencia del INPEC, que no cancelaron previamente las citas programadas por lo cual el HUS perdió varios cupos. A partir de noviembre de 2017 se logró iniciar reuniones de compromiso con INPEC, para cumplimiento de citas asignadas, específicamente con COMEB, EC BTA y RM BTA que son los establecimientos de Bogotá que más internos demandan el servicio. Por cada colaborador que apoya la consulta, se logró aumentar el seguimiento telefónico a la inasistencia a cita programada en un 35% frente al año anterior. Los motivos de **inasistencia** por trimestre fueron:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	AÑO	Causa de Inasistencia	Motivo y gestión
22%	21%	21%	23%	22%	Prevenible	No se logró establecer comunicación (número errado, no contestan o sin servicio), por lo cual se continúa insistiendo en la actualización de datos de contacto, cada vez que se asigna una cita.
8%	7%	6%	6%	7%		Relacionado con información de cita (no sabía, cita solicitada por EPS y no informó a paciente, olvido o equivocación de cita), para lo cual se tiene implementada la actividad de confirmación de asistencia a citas, que se encuentran a más de 20 días, a po
3%	5%	9%	3%	5%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos)
0,3%	0,3%	0,8%	0,3%	0%		Cita mal asignada (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
ND	ND	1%	0,9%	1%		No se logró comunicar para cancelar
19%	18%	15%	22%	19%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
13%	13%	14%	14%	14%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
16%	16%	13%	14%	15%		Otros motivos (INPEC u hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir).
4%	4%	5%	5%	4%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
4%	3%	3%	2%	3%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
3%	7%	6%	6%	5%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
4%	4%	5%	4%	4%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas, cuando por algún motivo no puede asistir)
1%	1%	0,2%	0,7%	1%		Fallecimiento del paciente

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

La **cancelación** o causa de **NO atención**, es cuando el paciente está en el HUS y por alguna causa o motivo, no se puede prestar el servicio programado. Las causas pueden ser: institucional, por el paciente o por causa externa y ellas a su vez clasificadas en prevenibles y no prevenibles. La cancelación se mide con la fórmula: No. de consultas Canceladas o no atendidas, estando el paciente en el HUS/No. de consultas realizadas\*100. La cancelación bajó un 20% frente al 2015 y subió un 11% comparado con el 2016, a expensas de la mejora en la captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el inconveniente presentado. La cancelación más alta correspondió a motivos del paciente, así:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	AÑO	Cancelación por paciente	Motivo y gestión
0,06%	0,08%	0,18%	0,17%	0,12%	Prevenible	Sin resultados de paraclínicos necesarios en consulta para definir conducta
0,06%	0,06%	0,13%	0,02%	0,07%		Cita mal solicitada
0,05%	0,04%	0,80%	0,07%	0,24%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
0,01%	0%	0,01%	0,02%	0,01%		No responde al llamado para la atención, a pesar de llamado por altoparlante y al número telefónico
0,16%	0,12%	0,06%	0,05%	0,10%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
0,08%	0,07%	0,11%	0,06%	0,08%		Condición del paciente (enfermo u hospitalizado en el HUS y no cancelaron cita)
0%	0%	0,01%	0%	0,00%		Sin recursos
0,01%	0%	0,01%	0,02%	0,01%		Sin paciente
0,01%	0,004%	0,150%	0,01%	0,04%		Sin acompañante, sin referencia o justificación de la atención
0%	0%	0%	0,06%	0,02%		Otros motivos

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Para minimizar la **cancelación institucional**, se gestionaron los motivos prevenibles.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	AÑO	Cancelación Institucional	Motivo y gestión
0,06%	0,06%	0,13%	0,08%	0,09%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0,01%	0,01%	0%	0%	0,01%		Sin paraclínicos que se generan en el HUS (reporte de exámenes especiales o patología), se asigna cita de control a más días teniendo certeza de contar con resultados
0,01%	0,01%	0,003%	0,01%	0,01%		Cambio de agenda por parte del especialista. Se recuerda a los especialistas los tiempos de cambio de agendas establecidos en el Procedimiento.
ND	ND	0,01%	0%	0,01%		Orden errada o incompleta
ND	ND	0%	0,01%	0,01%		Falta oportunidad en la atención, para lo cual se recuerda al especialista brindar la atención en la hora de la cita asignada
ND	ND	0,01%	0%	0,01%		No llamado del paciente para la atención, el especialista debe hacer el llamado por sistema salvo los postoperatorios.
0,03%	0,02%	0%	0%	0,01%		Calamidad o enfermedad del especialista
0,001%	0,004%	0%	0%	0,00%	No prevenible	Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita).

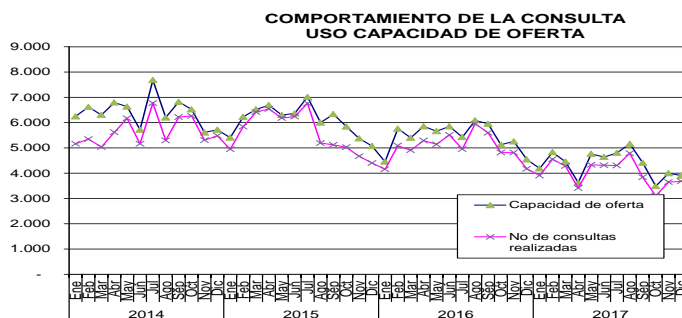
Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

La cancelación **por causa externa**, no se puede intervenir

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	AÑO	Cancelación por externo	Motivo y gestión
0%	0,01%	0%	0,02%	0,03%	No prevenible	Autorización códigos errados o incompleta, el asegurador no cambia los códigos telefónicamente
0%	0%	0%	0,01%	0,01%		Otros, dragoniante de INPEC no espera la atención

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Los pacientes accedieron a consultas de manera particular, cuando la EPS no contó con contrato. La **cancelación previa**, es cuando el paciente cancela el servicio programado con mínimo 6 horas de anticipación, liberando un cupo, o el profesional realiza cambio de agenda y nos comunicamos previamente con el paciente reubicando la cita, este tipo de cancelación correspondió a 17% para el año 2017.



Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

El **uso de la capacidad de oferta**, frente al 2014 se mejoró en 4% y se mantuvo en el año 2017 en 92%, sin variación comparada con 2015 y 2016. Para lograr este resultado, se ajustan permanentemente las agendas de acuerdo al comportamiento de la demanda y se afecta directamente por la inasistencia y la cancelación.

El **rendimiento**, bajo 3% frente al 2016, a expensas de la inasistencia y cancelación. Es de recordar que la mayoría de consultas son de 20 minutos, otras como psicología 40 minutos, ginecoobstetricia y reumatología 30 minutos, lo que también incide en la obtención de este resultado, que es óptimo.

El indicador de **Demanda insatisfecha total**, aumentó a expensas de la causa **financiera** por falta de contrato con EPS Convida, adicionalmente que cuando hubo contrato la misma EPS, no autorizó consultas para nutrición y psicología, direccionando a los I y II niveles, a pesar de ser ofertados en el HUS para atención integral. La Demanda insatisfecha por **represamiento** mejoró notablemente en un 72%, gracias a la ampliación de agendas de endocrinología en coordinación con especialistas y por otro lado a la baja demanda en otras especialidades. La agenda de reumatología presentó represamiento por falta de oportunidad en la propuesta de agenda por parte del especialista. La agenda de Cirugía de cabeza y cuello, continua con el mayor porcentaje de represamiento, ya que como es bien conocido la demanda del país supera la oferta de supraespecialistas, por este motivo se han aumentado las quejas y derechos de petición demandando esta consulta que no es posible cubrir por el HUS. A partir de la segunda semana de Junio, se suspendió la consulta de Cirugía Cardiovascular por falta de equipo biomédico y se reactivó a partir de septiembre, aunque no se presentó demanda insatisfecha para esta agenda.

**Oportunidad en asignación de citas** Este indicador se reportó hasta el II trimestre del año en curso bajo la Resolución 1552 de 2013, teniendo en cuenta el número total de consultas asignadas y a partir el II trimestre se reporta bajo la Resolución 256, cuya fórmula es: sumatoria de días entre la fecha para la cual el usuario solicito le fuera asignada la **cita de primer vez** y la fecha para la cual se asignó / número total de consultas asignadas de primer vez en el periodo.

OPORTUNIDAD EN ASIGNACIÓN DE CITAS	2014	2015	2016	2017
Oportunidad en cita medicina interna (15)	3,3	7,7	1,6	0,8
Oportunidad en cita cirugía (20 días)	9,3	9,9	2,3	1,1
Oportunidad en cita ginecología (10 días)	4,5	4,6	1,2	0,8
Oportunidad en cita obstetricia (5 días)	4,3	2,7	1,4	1,2
Oportunidad en Anestesia (10 días)	4,6	4,1	2,5	0,4
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	6,4	8,8	3,5	1,9

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

La oportunidad en el acumulado a IV trimestre de 2017 estuvo a menos de 3 días para consulta, a expensas de novedades de la demanda ya mencionada. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas. Las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda.

En **Medicina Interna** la oportunidad se ha mantenido por debajo del máximo aceptable que son 15 días, no por acciones tomadas, sino por la baja demanda. La EPS Convida remite para esta especialidad a los II niveles de Cundinamarca, sin garantizar la oportunidad en la asignación de las citas. Frente a 2014, mejoramos la oportunidad en 75%, año donde estuvo alcanzando los 15 días en oportunidad, por lo cual se aumentaron 40 horas mensuales, las cuales se redujeron una vez empezó a bajar la demanda. Para **Cirugía General** la oportunidad mejoró 53% frente al resultado del año 2016, encontrándose por debajo del máximo aceptable que son 20 días. Esta mejora se presentó a expensas del comportamiento de la demanda, sumado a que la medición para el 2017 es exclusiva para Cirugía General y anteriormente se consolidaban otras consultas supra especializadas de Cirugía como Vascular y Cabeza y cuello, las cuales se miden a partir de este año de manera independiente. La oportunidad en **Ginecología** se ha mantenido muy por debajo del máximo aceptable que son 15 días. Mejoró el indicador, frente al año inmediatamente anterior en 30%. Este resultado se obtuvo por un lado, por la oferta de lunes a viernes y por otro a la baja demanda (Convida direcciona a los II niveles).

En **Obstetricia**, la oportunidad mejoró en promedio 14% frente a 2016. El HUS solo atiende el Alto Riesgo Obstétrico y esta demanda no se ha visto afectada, gracias a “la ruta materna” que lidera el HUS. El resultado se obtuvo con ampliación de oferta a partir del IV trimestre de 2016, donde se implementó agenda de Alto Riesgo de lunes a viernes, que anteriormente se ofertaron tres días en la semana y monitorización mensual entre las Subdirecciones de Consulta Externa con la de Ginecología; por otro lado, se continúa con la estrategia implementada en el 2013, de “Atención al día, cuando una materna se acerca a programar cita de alto riesgo de primera vez, canalizándola por urgencias, cuando ya pasó la agenda”, para el III trimestre del año 2017 se actualizó acuerdo de servicio frente a este tema. La atención de las maternas se prioriza en todas las consultas, optimizando en un traslado al HUS todas las posibles citas especializadas o de apoyo diagnóstico que se requieran, como ecografía, laboratorios y otras consultas nutrición, psicología, cuando la EPS la autoriza.

Para la consulta de **Preanestesia** se estableció en el HUS un máximo aceptable de 10 días en asignación de cita desde inicios del 2015, lo anterior en conjunto con el jefe del servicio con el fin de mejorar la oportunidad en programación de cirugía, por lo cual esta agenda periódicamente se revisa y ajusta de acuerdo a la necesidad. A pesar de la reducción que se ha realizado en la oferta, se mantiene excelente oportunidad, con mejora de 82% comparado con el año anterior.

**Procedimientos mínimos y menores.** Se observa baja de un 2% en horas programadas, frente a 2016. Tanto los procedimientos **programados** como los **realizados** bajaron un 36% comparado con el 2015, y en promedio 24% comparado con 2016, a expensas de las novedades de EPS ya mencionadas. Continúa pendiente realizar el ajuste a tarifas y mercadeo de los servicios ambulatorios por el área encargada y las especialidades.

PROCEDIMIENTOS C.EXTERNA	2014	2015	2016	2017
Horas programadas procedimientos	14.172	13.689	16.594	16.235
No. Procedimientos programados	18.267	26.688	21.874	17.041
No. Procedimientos realizados	16.073	23.318	20.193	15.158
% Inasistencia en procedimientos	9%	12%	7%	7%
% Cancelación Procedimiento(no atención)	0,4%	0,9%	0,7%	0,9%
% Cancelación - Institucional	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%
% Cancelación por paciente	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%
% Cancelación por causa externa	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

La **inasistencia** a procedimientos aumentó un 6% frente al año inmediatamente anterior, a pesar de la confirmación de citas por cada especialidad y seguimiento a inasistencia, cuyas causas fueron similares, a las presentadas en consulta.

En cuanto a las causas de **cancelación o no atención** aumentó frente al año anterior, a expensas de la mejora en captura del dato. La causa más alta se atribuyó al paciente por los motivos que se relacionan en el siguiente cuadro.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	AÑO	Cancelación por paciente	Motivo
		0,02%		0,02%	Prevenible	Sin resultados de paraclínicos previos al procedimiento (se recuerda en la asignación de la cita)
		0,06%	0,03%	0,05%		Cita mal solicitada (se indaga al solicitante para asignar correctamente)
0,04%		0,00%		0,02%		No responde al llamado para la atención, a pesar de llamado por altoparlante y al número telefónico
0,02%		0,03%	0,09%	0,05%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
	0,02%			0,02%		Sin referencia o justificación clínica
0,02%	0,33%	0,61%	0,17%	0,28%		Falta preparación (a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal).
0,02%	0,04%	0,08%	0,06%	0,05%		No prevenible
0,07%	0,17%	0,04%	0,09%	0,09%	Condición del paciente, que no permitió la realización del procedimiento (enfermo o sintoma)	
0,04%				0,04%	Desistimiento- a pesar de consentimiento informado	
		0,02%	0,03%	0,03%	Sin recursos para el copago	
		0,02%	0,11%	0,07%	Otros motivos	

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Como se evidencia, la causa más alta de cancelación fue por mala preparación para procedimientos de endoscopias, a expensas de internos del INPEC, quienes no contaban con los insumos en la seccional, por lo anterior se llevó a cabo acuerdo con el servicio de gastroenterología ajustando la preparación para el INPEC, y con ello se logró la correcta preparación bajando la cancelación por este motivo. La **cancelación institucional** estuvo atribuida a:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	AÑO	Cancelación Institucional	Motivo y gestión
0,04%	0%	0,15%	0,11%	0,08%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0,02%	0,12%	0%	0,26%	0,10%		Falla en equipo tecnológico o sin insumos, se reportó al área correspondiente sin solución inmediata, por lo cual fue necesario reprogramar cita
0%	0%	0,02%	0,11%	0,03%		Demora por tiempos de facturación
0,04%	0%	0%	0%	0,01%		Orden errada o incompleta
0,07%	0,02%	0,02%	0%	0,03%	No prevenible	Inasistencia de especialista por calamidad o enfermedad

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Y la **cancelación por otro o externo**, debida ha:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	AÑO	Cancelación por externo	Motivo y gestión
0%	0%	0,02%	0%	0,01%	No prevenible	No contrato
0,04%	0%	0%	0,03%	0,02%		Autorización Codigos errados o incompleta
0%	0%	0%	0,03%	0,01%		Sin medicamento
0,02%	0%	0%	0%	0,01%		Otros

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

## PQRS

Las felicitaciones en el 2017 en el Proceso de Atención Ambulatoria aumentaron un 317% frente al año anterior. Las manifestaciones de felicitación de los pacientes hacia los diferentes colaboradores del proceso, se recibieron a diario.

PQRS	2015	2016	2017
FELICITACIÓN APA	34	12	50
Perdida de exámenes	-	-	1
Entrega equivocada reporte exámenes, HC.	-	-	2
SI - Solicitud Información	-	4	-
Sugerencia	-	2	2
SU Mejora calidad atención personal medico	-	-	2
SU Mejora calidad atención personal admon	-	-	2
Queja - OP Demora atención	12	22	10
Queja - OP Demora entrega reportes	-	-	1
Queja - OP Falta de información u orientación	-	2	3
Queja - OP Falla en diligenciamiento de ordenes completas para trámites ante EPS	-	-	3
Queja - OP No atención consulta programada	3	-	6
Reclamo - OP No atención por especialista	-	1	2
Queja - OP En asignación cita - call	1	2	11
Queja - OP Falta calidez y trato amable	11	12	12
Queja- OP Falta de insumo o de mala calidad	-	-	1
Queja - AC Mala asignación cita	6	-	2
Queja - Comodidad	6	2	-
<b>TOTAL PQR</b>	<b>39</b>	<b>41</b>	<b>60</b>

En cuanto a las PQR, por cada 100 pacientes atendidos en el Proceso de Atención al paciente Ambulatorio, 9 interponen una PQRS. La queja más frecuente al finalizar el año 2017 fue por falta calidez y trato amable, se incluyó la sensibilización en el PUM y también se intervino desde la Dirección de Atención al Usuario. El segundo lugar lo ocupó falta de oportunidad en asignación de cita, atribuido a que en el III trimestre de 2017 se aumentó la demanda de llamadas y adicionalmente se dañó una diadema de un equipo, en el IV trimestre por calamidad de auxiliares que no se cubrieron, se aumentó el abandono de llamadas. Después de estar en primer lugar la demora en la atención, pasó a ocupar el tercero, gracias al seguimiento realizado a través del Plan Anticorrupción, que permitió mejorar en el inicio oportuno por parte del especialista en la atención en consulta programada y por otro lado, mantener informados a los pacientes, cuando por algún motivo se encuentra retrasada la consulta. Se realizó seguimiento puntual a la consulta de Cirugía Vasculat con el especialista, por demora en entrega de documentos de la consulta y también incluido en el PUM Ambulatorio, con el fin de mejorar en oportunidad. El cuarto lugar lo ocupó la No atención, a expensas de llegada tarde del paciente, seguida de temas administrativos y causa no prevenible como fue, calamidad del especialista y no contamos con otro especialista para la atención, para lo cual se reprogramaron las citas.

### PLAN ÚNICO DE MEJORA PUM

El PUM 2017 contó con 14 hallazgos y 30 actividades específicas de mejoramiento.

# HALLAZGO	FUENTE
2	GESTIÓN DEL RIESGO
7	OTRAS
2	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN
2	PQRS
2	AUTOCONTROL

Para el cierre del PUM 2017 se obtuvo:

Avance 96%  
Cumplimiento 90%  
Cierre de ciclo 80%

Quedaron abiertas y se pasan para el PUM 2018 el seguimiento a inasistencia y demora en la atención, no por incumplimiento de actividades, sino por el no logro de la meta.

### **PLAN ANUAL DE SALUD PAS**

Se dio cumplimiento a las 3 metas planteadas en el 100%.

- Mantener por debajo de 5 días, la oportunidad en asignación de citas de ginecología. Cumplimiento 100% con una oportunidad de 0.8 días.
- Mejorar la oportunidad en asignación de citas para Obstetricia, a menos de 5 días. Cumplimiento 100% con una oportunidad de 1,2 días.
- Mantener Capacidad Ofertada igual o mayor a 90%. Gracias a los permanentes ajustes de agendas que se realizaron con especialistas, de acuerdo a la demanda, se cumplió al 100%, resultado del 92%.

### **SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN**

La calificación obtenida para Consulta externa en la Acreditación condicionada 2016 fue de 2.5 y como lo evidencia el resultado de la certificación en el 2017 subió a 3.2. Se logró la certificación gracias al cumplimiento de las oportunidades de mejora de Acreditación, como fueron:

1. Se retomó el indicador de **consultador crónico**, es aquel paciente que demanda el servicio de una especialidad más de siete veces en el año sin requerirlo. En el HUS no se presenta en razón a que media remisión de otro nivel y autorización del servicio.
2. Con el rotafolio de información general del HUS, en coordinación con Seguridad del Paciente, líderes de paquetes instruccionales y Comunicaciones, se dio alcance a las actividades de prevención y autocuidado, en Seguridad del Paciente y se incluyeron otros temas como segregación, tips de emergencia, donación de sangre y derecho y deber de la semana, este último es una estrategia implementada años atrás en Consulta Externa y acogida transversalmente por el comité de humanización.
3. La actividad puntual de medición de tiempos del ciclo de atención, que es en conjunto con sistemas y facturación, se encuentra en implementación de la segunda fase, en donde a través del sistema de turnos electrónicos, se realizará el llamado del paciente al consultorio por parte del especialista.
4. Con un informador u orientador en Consulta Externa se fortaleció el suministro de información al paciente y acompañante en salas de espera, se brindó orientación cuando se requirió de atención preferencial, al egreso de la consulta se aplicaron listas de chequeo de información suministrada al paciente por el equipo de salud, se realizó retroalimentación a los mismos y se aplicó listas de chequeo de procedimientos en gastroenterología.

### **PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

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:

1. **Programa Habilitación y/o rehabilitación física** provee de manera lúdica y mediante acciones educativas en áreas de consulta, diversas temáticas para pacientes con secuelas secundarias a diagnóstico neurológico a la atención temprana en pacientes con remplazo total de cadera y post operatorio de fractura de fémur.

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
----------	----------	------	------



		IV TRIM	IV TRIM
<b>Habilitación y Rehabilitación Física</b>	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	1135

**Programa IAMII**, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMI con enfoque integral. Se brindaron diferentes temas como lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido, entre otros; así mismo se realizó seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, con el fin de identificar signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS de origen.

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
		IV TRIM	IV TRIM
IAMII	# gestantes y/o maternas a quien se realizó seguimiento del programa IAMII	ND	402
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	165	136
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	123	177

**Programa Madre-Padre Canguro** se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicionalmente se identificó diferentes riesgos de abandono o deserción del programa, permitió control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro. Con el seguimiento telefónico a la inasistencia realizado en Consulta Externa, se identificaron barreras de tipo económico en el desplazamiento, para ello se articuló con la ruta de la salud del departamento desde junio del año en curso y con trabajo social, logrando el traslado para cumplimiento de citas de pacientes con limitación económicas.

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
		IV TRIM	IV TRIM
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0,0%	0,0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100%	100%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0,0%	0,0%
	% Canguro fallidos nacidos extrainstitucional	0,0%	0,0%
	% inasistencia al programa madre y padre canguro	11%	14%
	% Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100%	00%

**Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**, Se obtuvo cobertura útil del programa del 100% de vacunados en relación de los recién nacidos vivos institucionales, con un total de 247 neonatos, adicional, una cobertura del 87% en vacunación en BCG, para el recién nacido que por condiciones clínicas pudo ser vacunado dentro del programa

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
		IV TRIM	IV TRIM
Programa Ampliado de Inmunizaciones	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100%	100%

**Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel**, desde el enfoque preventivo, se desarrollaron acciones educativas y de capacitación que permitió valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden

desarrollar UPP durante la atención, se aplicaron medidas para disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. La prevalencia aumentó por un mayor reporte y un juicio más crítico del estado de la piel de cada paciente por parte del personal de Enfermería. Así mismo se controló la prevalencia de UPP mediante la implementación y 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 el desarrollo de acciones de prevención de úlceras por presión.

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
		IV TRIM	IV TRIM
Clínica Cuidado de las heridas y de la Piel	Prevalencia de UPP en el periodo	2.1	4.2
	# de personas asistenciales de unidades capacitadas en el periodo sobre prevención de UPP	ND	119

**Programa Educación para la salud**, desarrollado desde el mes de Julio, permitió 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 y los cuidados extrahospitalarios, así como el desarrollo de temas relacionados con la seguridad del paciente y autocuidado, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento, y el fortalecimiento de hábitos saludables en relación a la situación en salud del usuario.

**Sala de Egreso.** A partir del mes de septiembre se contó con la Sala de Egreso Institucional, espacio de transición, donde el paciente hospitalizado que tenga resolutivez clínica y se determine egreso por parte de la especialidad médica tratante, puede ser trasladado a dicha sala, ubicada en el tercer piso, donde se resolvieron temas de índole administrativo o personal, que no corresponden al manejo clínico y donde adicionalmente se brinda educación y cuidados en salud.

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
		IV TRIM	IV TRIM
Programa Educación en salud	# de personas a quien se les brindo educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	1936
Sala de egreso	# de usuarios que rotaron por sala de egreso (Septiembre)	ND	201

#### CENTRAL DE CITAS

CENTRAL DE CITAS	2014	2015	2016	2017
LLAMADAS RECIBIDAS	118.578	103.627	87.610	100.893
LLAMADAS ATENDIDAS	102.570	88.791	72.356	80.215
% LLAMADAS ATENDIDAS	87%	86%	83%	80%
% LLAMADAS SOLICITUD INFORMACIÓN	21%	23%	29%	29%
% LLAMADAS DE CONFIRMACIÓN	0%	6%	5%	8%
% SOLICITUD POR CORREO	NA	3,6%	1,1%	7,4%
% SOLICITUD POR WEB	NA	0,00%	0,47%	1,31%

Las llamadas **recibidas y atendidas** aumentó en 15% comparado con el 2016, frente a 2015 bajó en 3% y con 2014 bajó 15%, debido a las novedades de las EPS mencionadas. Para el IV trimestre de 2017 la demanda de llamadas aumentó a expensas de la terminación de contrato de Convida, en donde los solicitantes llamaron simplemente por información frente a renovación de contrato, y por otro lado, solicitando radiología por la continua queja de falta de oportunidad en respuesta en la extensión de ese servicio, pero sin resolutivez en razón a que esas programaciones

se realizan solo en radiología. Adicionalmente el tiempo de la llamada para los usuarios afiliados a Convida, aumentó debido a la ampliación de la información que se tuvo que solicitar al paciente con referencia al número de contrato de la autorización. El **porcentaje de abandono de llamadas** aumentó en un 25%, debido a novedades como retiro, calamidad e inducción de operador y daño de una diadema, que hicieron que se presentara este resultado, adicional al aumento de llamadas reflejado en los datos. Se continuó optimizando tiempos de bajo volumen, en realización de llamadas de confirmación, a las citas no solo que se encontraron a más de 20 días, sino a las agendas que presentaron mayor inasistencia, lo que contribuyó a mejorar el indicador. Bajó la **asignación de citas a través de la Central** en un 5% frente al año anterior a expensas de la terminación del contrato con Convida.

La solicitud de citas por correo aumentó, gracias al INPEC, quienes fueron los que mayor demanda de este medio realizaron, igualmente aumentó la solicitud de citas por página web, frente las solicitudes del 2016, pero no se logró el aprovechamiento en la utilización de este medio, en razón a que la mayoría de pacientes que atendemos en el HUS no cuentan con el manejo de estos medios. La inasistencia se espera mejorar a través de mecanismos tecnológicos de recordación de citas, que se están revisando, para su implementación.

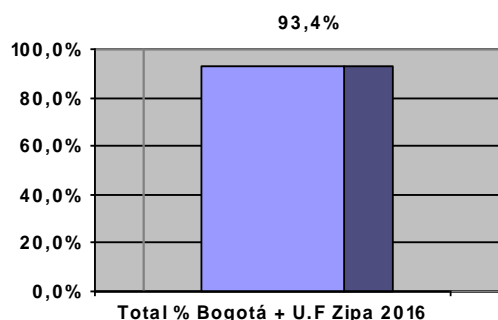
## 2.4 ATENCION AL USUARIO

## HUS SEDE BOGOTÁ

### VOZ DEL USUARIO

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS 2017: Circular Única – Supersalud Indicador General, ANUAL de 2017: incluye HUS Bogota más U.F. Zipaquirá).

**% Satisfacción Global HUS : Bogotá + U.F. Zipaquirá Anual 2017**



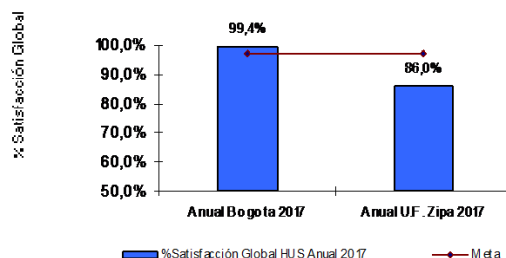
FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	1892/2025
Total % satisfacción Global HUS 2016	93.4%

Para el año 2017, el Porcentaje de Satisfacción Global ( general), del HUS fue del 93.4% sobre 2025 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá y la sede de Zipaquirá, porcentaje de satisfacción alto, lo cual afirma que a pesar de las quejas, reclamos y no conformidades que manifiestan nuestros usuarios en la prestación de los servicios detectados a través de las PQRSD, Encuestas de satisfacción, auditorías internas, externas, nuestro Usuario paciente y familia se encuentra muy satisfecho con la atención brindada en el HUS.

Este indicador general de satisfacción de los usuarios uniendo las dos (2) sedes HUS empezó a llevarse a partir de la vigencia 2016 como oportunidad de mejora producto del Plan de Mejoramiento de la Visita de auditoría de la Supersalud en el 2015, por tal motivo no se puede realizar la comparación con vigencias anteriores. Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global Anual 2017 HUS por cada sede del HUS: Circular Única – Supersalud:

FORMULA		
FORMULA	Bogota 2017	U.F. Zipa 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	1074 /1080 (99,4%)	818/945 (87%)

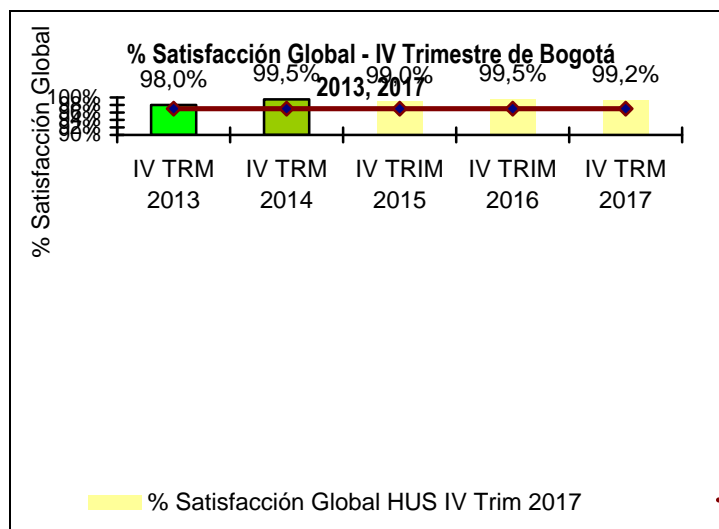
**% Satisfacción Global HUS Anual de Cada una de las Sedes Bogotá y U.F. Zipaquirá, 2017**



Para el 2017 el Porcentaje de Satisfacción Global, fue del 99.4% para HUS Bogotá es decir estuvo por encima de la meta establecida que fue de 97% sobre 1080 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá, y en la Sede de Zipaquirá fue del 87% el cual alcanzo la meta establecida para la vigencia 2017 que fue del 87%. Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global: Circular Única – Supersalud.

FORMULA	IV TRIM 2013	IV TRIM 2014	IV TRIM 2015	IV TRIM 2016	IV TRIM 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	424/431 (98%)	451/453 (99.5%)	435/438 (99%)	226/227 (99.5%)	268/270 (99.2%)

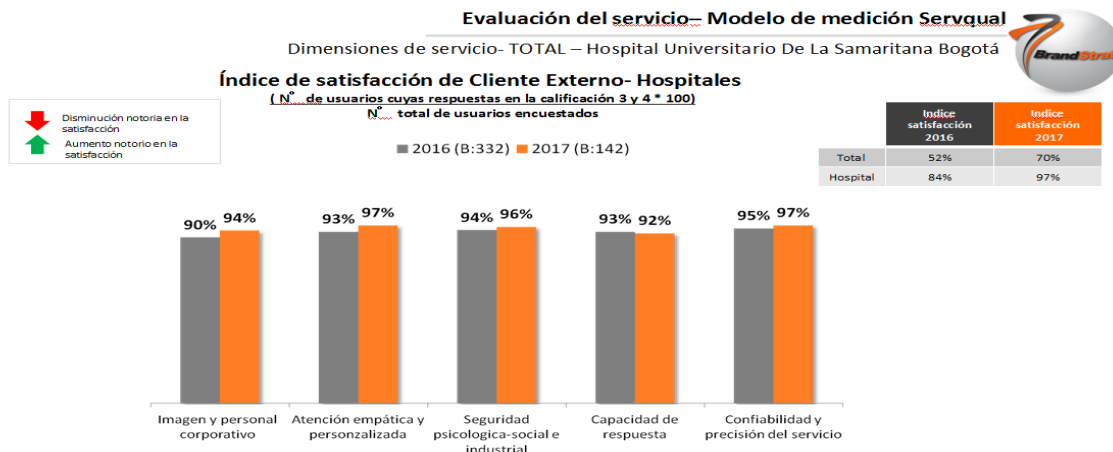
**COMPARATIVO IV TRIMESTRE**



**COMPARATIVO ANUAL**

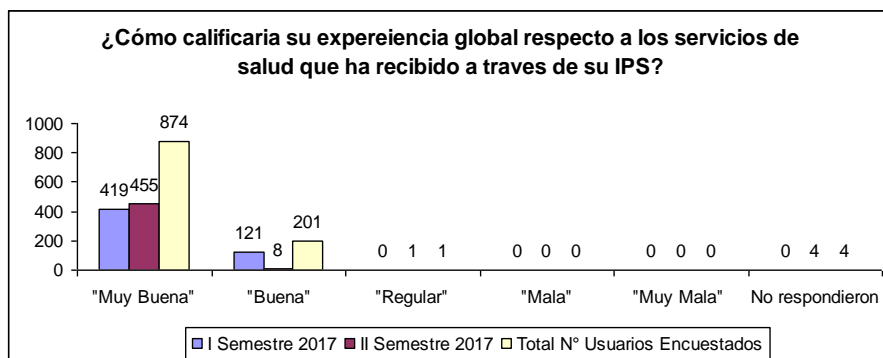
FORMULA	ANUAL 2013	ANUAL 2014	ANUAL 2015	ANUAL 2016	ANUAL 2017
			<p>% Satisfacción Global Anual de Bogotá 2013-2017</p> <p>■ % Satisfacción Global HUS Anual 2017</p>		
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	1658/1680 (98.7%)	1778/1794 (99.)	1764/1729 (98%)	910/916 (99.3%)	1074/1080 (99.4%)

**Resultado encuestas de Satisfacción de Cliente Externo realizado por la SSCC en el HUS**



**INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO SEGÚN RESOLUCIÓN 0256/ 2016. ANUAL 2017: Se implementó a partir del II Semestre de acuerdo a la normatividad.**

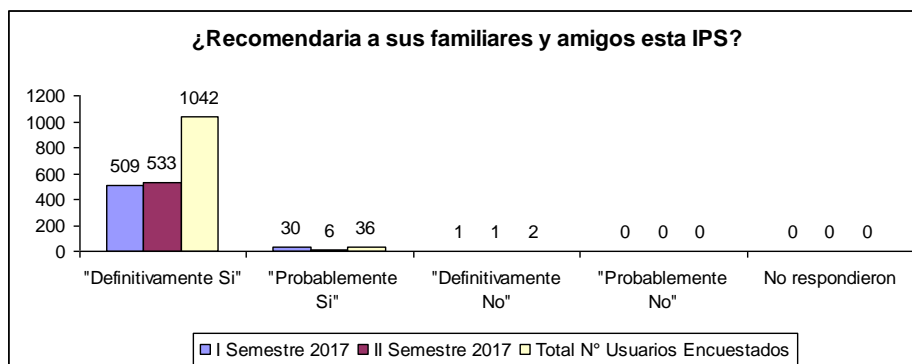
PREGUNTA: ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"



¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?						
	"Muy Buena"	"Buena"	"Regular"	"Mala"	"Muy Mala"	No respondieron
I Semestre 2017	419	121	0	0	0	0
II Semestre 2017	455	8	1	0	0	4
Total N° Usuarios Encuestados	874	201	1	0	0	4
<b>Porcentaje</b>	<b>80,9%</b>	<b>18,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,4%</b>

PREGUNTA: ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?"

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?						
	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"	"Definitivamente No"	"Probablemente No"	No respondieron	"Definitivamente Si"
I Semestre 2017	509	30	1	0	0	509
II Semestre 2017	533	6	1	0	0	533
Total N° Usuarios Encuestados	1042	36	2	0	0	1042
<b>Porcentaje</b>	<b>80,9%</b>	<b>18,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,4%</b>



A través de estas 2 preguntas establecidas para aplicar a nuestros usuarios y contempladas en la norma se confirma nuevamente una alta percepción de nuestros usuario por los servicios prestados en el HUS Bogotá

**Voz del Usuario** captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de Encuestas de Satisfacción y PQR's, Anual 2017

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS AÑO 2017
<b>UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO</b>	<p>En el área administrativa hay mucha negligencia..            Las enfermeras del turno de la noche son groseras.            Que el fin de semana dieran mas información medica            Que las visitas fueran mas largas            Una sala de espera más cerca a la unidad de cuidado intermedio            La auxiliar de enfermería del turno de la tarde es grosera            Sala de espera en el 5 piso            Que puedan ingresar menores de edad en el momento de visita (2)            Que den mas comida            Tener una buena cafetería para los familiares            Que los horarios de visitas sean mas largas            Que haya mas iluminación en los pasillos            Que haya mas sillas en los pasillos de intermedios            Demorado en la hora de facturación            Que tengas horarios extendidos</p>
<b>HOSPITALIZACION</b>	<p>Ortopedia: Los baños y las duchas no sirven, el agua sale fría.            El desayuno llega muy tarde            Ginecología: Las enfermeras del turno noche son groseras.            El desayuno lo suben muy tarde.            Neurocirugía: En la tarde no desocupan las canecas.            En algunas ocasiones las enfermeras no acuden al llamado.            Cirugía general: Los médicos no dan el reporte medico y las enfermeras de la noche son displicentes.            Quinto piso: Los vigilantes de la entrada son groseros.            Ortopedia: Que le asignaran al familiar una silla o sillón cuando es de acompañante permanente para poder descansar de noche            Ginecología:            Que hubiera un parqueadero mas económico para los familiares por que el del frente es muy costoso            Que tenga mas ventiladores en el hospital            Que se le informe cuanto debe cancelar antes de la salida            Que el aseo de los baños de urgencias sea mejor            Que los estudiantes no tomaran los pasillos para hacer recocha (hacen mucho ruido con las risas)            Que hayan sillas en urgencias            Que no saquen el paciente sin tener un tiempo correspondiente el familiar entiende que necesitan la cama pero la paciente no tiene ropa lista y no esta el transporte coordinado            Mejorar la calidad de facturación</p>



	<p>Que no saquen a los familiares a las 5:30 am. Hace frío  Que se le informe cuanto debe cancelar antes de la salida  Que haya una cafetería dentro del hospital  Que hayan sillas para los familiares dentro de las habitaciones  Que haya un comedor dentro del hospital para los usuarios  Tener mas sillas en la sala de espera  Que haya una hora específica para que solo entren los del INPEC y no se revuelvan con los demás usuario  Tener mas baños  Hacer mejoras en habitaciones  En las salas de espera haya dispensador de alimentos</p>
<p><b>CONSULTA EXTERNA</b></p>	<p>Que haya puntualidad en la hora de la consulta (2)  Muchos estudiantes  Mejorar el servicio, ser mas eficientes  Un televisor en la sala de espera  Atención por facturación un poco mas rápida  Que presten la silla de ruedas en la portería así no se tenga documento  Que el doctor llegue puntual y dé la información clara sobre el estado de salud y cuidados que se deben tener.  Que expliquen claro y sin afares.  Que si el paciente llega tarde haya mas humanización por que somos pacientes de lejos o que le expliquen mejor o mas cortes de que no se puede ser atendido.  Dispensador de bebidas calientes (2)  Que hayan neveras de alimentos en las salas de espera  Que haya un parqueadero  Que mejoren la limpieza de los baños  Que tengan mas sillas en las salas  Que hayan mas baños para discapacitados  Que la entrada del hospital tenga rampas  Que tenga restaurante</p>
<p><b>URGENCIAS</b></p>	<p>En general hacen mucho ruido.  Las enfermeras son desatentas.  El trámite para hospitalizar es demorado.  Las enfermeras de los turnos de la mañana y de la tarde no están pendientes del paciente  La enferma jefe del turno de la tarde jueves 05 de mayo 2017 fue muy irrespetuosa  Sillas mas cómodas para el acompañante  Una buena cafetería que funcione las 24 horas  Que la asignación de camas en piso fuera mas rápido  Que sea mas rápido la asignación de cama en piso  Que en urgencias puedan entrar dos familiares  Que hayan mas sillas para los familiares  Que hayan mas baños para mujeres  Que no saquen a los familiares a las 4 AM.  Ampliación del área de urgencias  Sillas para los acompañantes, una cafetería dentro del hospital 24 horas  Asignación de cama mas rápido  Que sean mas humanos y enfermera del triage escuche al paciente  Que no haya tanta demora en la atención, hay mucha tramitología  Que después de la valoración del triage la atención sea rápida  Que haya silla para el acompañante  Que mejoren el servicio de urgencias (Usuario encuestado en Cuidado Intermedio)  Que el aseo de los baños de urgencias sea mejor (Usuario encuestado en Hospitalización)  Que tenga una sala de espera mas grande  Que tenga mas baños públicos  Que hayan mas almohadas  Que hayan visitas nocturnas  Que hayan mas sillas para los visitantes  Que haya mas rapidez en la entrega de alimentos  Que no los muevan tanto de sitio  Que haya una ampliación en el servicio de urgencias</p>

	<p>Que tenga mas duchas Que tenga en cuenta no colocar pacientes en los cuartos sucios Que haya mas camillas en urgencias Que haya escaleras para las camillas Que tengan mas ventanas Que tenga agua caliente en todo momento Mejorar la comodidad de las camillas Tener mas ventanas Que tengan mas baños para hombres y tener agua caliente en todo momento Que hayan rampas para las sillas de ruedas</p>
<b>UNIDAD CUIDADO INTENSIVO</b>	<p>Los vigilantes de la entrada son groseros. Ampliar un poco el horario de visita Que no demoren el traslado de urgencias a UCI Tener mas camillas en urgencias Ampliación de la UCI Que el horario de visita sea mas largo Que haya una buena cafetería Que haya informadoras los fines de semana Que puedan ingresar 2 familiares Que tenga mas cuidado con los pacientes entubados Que haya mas información por parte del residente Trato mas humano en urgencias en triage Que las enfermeras sean mas amables Tener mas sillas en la sala de urgencias y que la atención se a mas rápida Que haya mas información por parte del medico</p>
<b>CIRUGIA AMBULATORIA</b>	<p>Que asignaran la cita POP cuando los familiares van a solicitarla así el paciente esta hospitalizado Cafetería con mesas y sillas Felicitan al servicio en general Que en las salas de esperas hayan mas sillas Que haya convenio Colombiana de Salud E,P,S para que la atención no toque particular Tener baños en las habitaciones Que la información de los residentes sea mas clara y que respeten los horarios de información medica. Que haya mas rapidez en la entrada del hospital Una cafetería Que demoren menos antes de la cirugía porque sintió mucho frío con la bata Que tengan mas sillas en la sala de espera Que hayan mas sillas de ruedas</p>
<b>NEONATOS</b>	<p>Que la guarda de seguridad sea mas humana Que dieran la información medica en la visita de la mañana Que hayan mas tiempo en las horas de visita para que los padres estén con sus bebes(2) Que hayan mas iluminación en las habitaciones Que las enfermeras nos información clara Que puedan entrar los dos padres al mismo tiempo para visita al bebe Mas ascensores Una cafetería dentro del hospital</p>
<b>SALA DE PARTOS</b>	<p>Que los médicos pasen revista dos veces al día Felicita al servicio que lo recibió Que hayan mas baños en las públicos para hombre y damas Dejar entrar al familiar en el momento del parto El servicio de facturación es muy lento Mas guardias de seguridad Que den mas alimentos Que hayan teléfonos en las habitaciones Que en facturación sean claros en la hora de pago Tener mas sillas para los familiares</p>
<b>RADIOLOGIA</b>	<p>Que hubiera una oficina de CONVIDA dentro del HUS para autorizar Que el Call Center de citas la contestación fuera mas rápida Que contestaran la línea telefónica de radiología Que el paciente que es particular recurrente y tenga controles médicos se le haga un descuento por que los exámenes son demasiado costosos por que toca recurrir a otra institución mas económica</p>

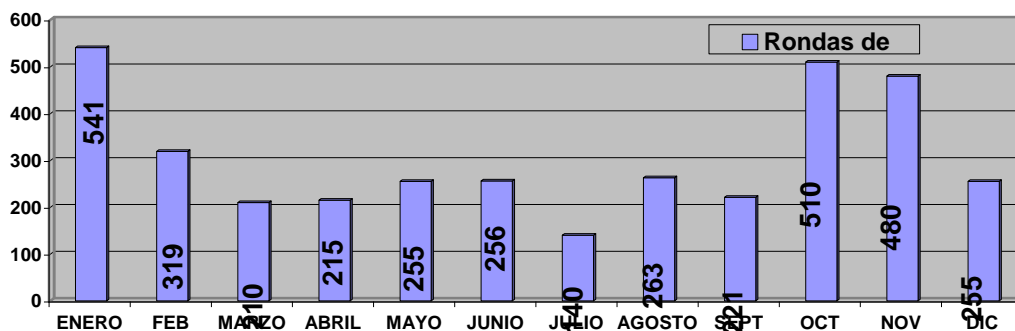
	<p>Que contestaran la línea telefónica de radiología          Que en la portería no pongan mucho problema en la hora de visitas          Que en la salas de espera hayan baños públicos y limpios          Mucha demora en facturación          Que no se demoren los resultados de los exámenes tomados          Que no pongan tanto problema en la portería para el ingreso por no tener documento          Tener una buena cafetería dentro del hospital          Tener sillas de ruedas disponibles en cada momento          Que hayan mas sillas cómodas para el familiar</p>
<b>BANCO DE SANGRE</b>	<p>Que hubiera un informador en portería y recepción para que guié al usuario          Socializar a los usuarios trato adecuado a los funcionarios, porque a veces son muy groseros          Que se mejore el refrigerio          Que el procedimiento de la donación de sangre sea mas rápido y haya mas personal          Promocionar más la donación de sangre.          Que ampliaran el horario para donar sangre.          Que tenga mejor espacio para el descanso          Que tengan un buen comedor para los usuarios          Que puedan dar otro tipo de refrigerio          Que tengan avisos para su ubicación de cada servicio          Que las sillas sean mas practicas</p>
<b>UNIDAD RENAL</b>	<p>Que siempre hubiera refrigerio en la unidad por que los pacientes salen muy débiles          Que siempre dieran refrigerio          Que las ventanas tengan mas seguridad          Que las habitaciones sean mas arregladas en pintura          Que las camillas estén con seguridad          Que siempre dieran refrigerio          Que las ventanas tengan mas seguridad          Que las habitaciones sean mas arregladas en pintura          Que las camillas estén con seguridad          Que tenga una rampa a la entrada para poder ingresar en sillas de ruedas          Que haya variedad en el refrigerio          Que le den mas fruta          Que el servicio de camillero sea mas rápido          Tener mas alumbrado en los pasillos          Que tengan una buen cafetería          Que las camas sean mas practicas</p>
<b>LABORATORIO</b>	<p>Que ayudaran a tramitar las autorizaciones en el hospital con la EPS convida          Que en la salida del paciente dieran la información que se deben llevar las órdenes a la EPS para la autorización.          Maquinas dispensadoras de café, aromática o una cafetería dentro de las instalaciones del hus.          Que el resultado de los exámenes el hospital los envíe a través de un correo          Que haya un dispensador de tintos</p>

Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de **RONDAS Y VISITAS DE SERVICIO** a pacientes hospitalizados en el mes evaluado. 2017.

ASPECTO	CAMA	SUGERENCAS/EXPECTATIVAS – PACIENTE VISITADO AÑO 2017
Mantenimiento	513, 520, 525, 521, 528,304,303,431,4 32,244,208	Timbre dañado

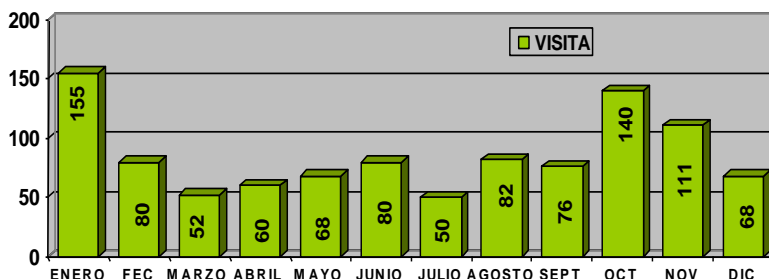
Hotelería	311, 417, 241, 433, 432, 208	Baños y duchas dañados, el agua sale fría. En la tarde no desocupan las canecas. El personal de aseo debe hacer el aseo a diario así el cuarto este limpio Una silla mas cómoda para el acompañante permanente La señora que hace el aseo no lo hace bien y es grosera Baño mal oliente
Medico	203 211	Los médicos no dan el reporte medico. No dan información médica, Se realiza acompañamiento a la Oficina de Cirugía General para que le dieran información.
Enfermería	Ginecología, 233, 444, Unidad Cuidado Intermedio 519, 309	Las enfermeras del turno de la noche son groseras, las auxiliares de enfermería no acuden al llamado.  Las enfermeras del servicio de urgencias son inhumanas Enfermeras son muy demoradas al llamado del timbre en todos los turnos
Seguridad	UCI, 512, 241	Los vigilantes de la entrada son groseros. Se presentan inconvenientes para entrar
Nutrición	311, ginecología 519, 209, 305, 340	El desayuno llega tarde. Que den mas fruta Los alimentos los traen fríos.

**ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DIRECCION DE ATENCION AL USUARIO, ANUAL DE 2017**



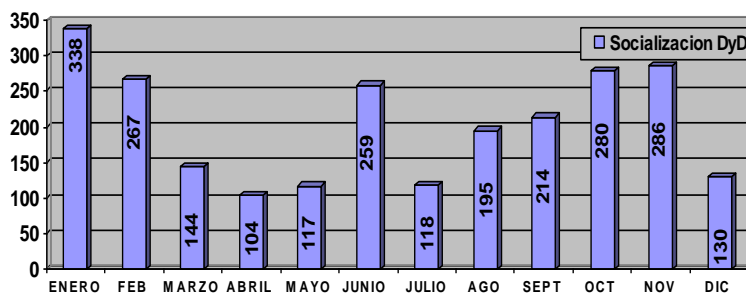
ACTIVIDAD	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	541	319	210	215	255	256	140	63	221	510	480	255	2380

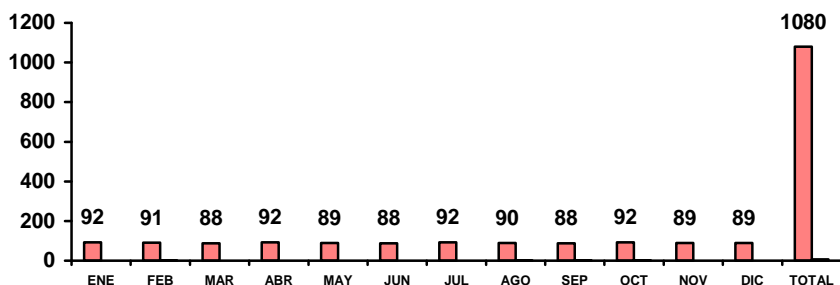
Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente las 2 informadoras de la Dirección de Atención al Usuario realizan RONDAS DE SERVICIO que son visitas cortas de máximo 10 minutos a nuestros pacientes hospitalizados.



ACTIVIDAD	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	155	80	52	60	68	80	50	82	76	140	111	68	1022

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 al igual que prevenir 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.





ACTIVIDAD	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SOCIALIZACION DE LA DECLARACION INSTITUCIONAL DERECHOS DEBERES	338	267	144	104	117	259	118	195	214	280	286	130	2452

Las encuestas de Satisfacción a los usuarios son aplicadas trimestralmente y de manera manual por las informadoras y de acuerdo a la muestra establecida, se cuenta con 12 formatos con modelo específico para Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Sala de Partos, UCI, Unidad QX, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Neonatología, Laboratorio Clínico, imagenología, Banco de sangre y Unidad Renal, las cuales se tabulan a través del software survey Monkey y son publicadas trimestralmente en el Intranet del HUS para consulta de los Directores, Subdirectores y/o Líderes de proceso o Coordinadores de área para consulta y definir oportunidades de mejora.

#### OTRAS ACTIVIDADES

Realizadas: Apertura de Buzones de Sugerencias 2 veces por semana de acuerdo al procedimiento institucional establecido. En el II Semestre se realizaron 52 aperturas.

Atención diaria de Usuarios (paciente o familia) en la oficina de la Dirección de Atención al usuario por parte del Informador asignado a la oficina permanentemente y de la Secretaria de la Dirección para apoyar la atención, brindar información y orientación, consecución de citas, recepción de quejas o reclamos, acompañamiento a los diferentes servicios según necesidad, contacto telefónico con su EPS para trámites entre otros.

Acompañamientos a los pacientes durante el proceso de atención en los casos especiales: pacientes de 3 a edad, en condición de discapacidad, materna. Realización de charlas a los usuarios en las salas de espera buscando educar y capacitar al paciente sobre temas de mecanismo de peticiones, emergencias y desastres, cuidados de las áreas del hospital, declaración de los deberes y derechos, entre otros.

Seguimientos a casos especiales: Pacientes hospitalizados que interpusieron una queja o reclamo, funcionarios o familiares de funcionarios hospitalizados, Pacientes en los cuales se presentó posibles novedades de seguridad, etc.

Socialización y entrega del Manual de Atención al usuario.

#### PROGRAMA DE HUMANIZACION. ESTRATEGIA DEL PACTO POR EL TRATO AMABLE

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL AÑO 2017
REALIZACION DE ENCUESTAS	92	91	88	92	89	88	92	90	88	92	89	89	1080
USUARIOS INSATISFECHOS	0	1	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	6

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 como parte del Programa de Humanización

PACTO POR EL TRATO AMABLE ANUAL 2017	
ENERO	6
FEBRERO	11
MARZO	5
ABRIL	13
MAYO	6
JUNIO	2
JULIO	4
AGOSTO	0
SEPTIEMBRE	3
OCTUBRE	0
NOVIEMBRE	3
DICIEMBRE	4
<b>TOTAL AÑO 2017</b>	<b>57</b>

**Actividades realizadas por el Padre Francisco Romero en el año 2017:**

Celebración de la Eucaristía

Visita y Acompañamiento, Apoyo Espiritual a todos los usuarios, pacientes y/o familiares

Acompañamiento de escucha, oración, comunión, unción de los enfermos y confesión

Administración de Sacramentos

Acompañamiento por los integrantes de la pastoral de la salud del HUS

Reunión de formación a los integrantes de la pastoral del HUS en cuanto a buenas prácticas en las visitas a los pacientes hospitalizados y por el respeto a su privacidad

Se realizó acompañamiento espiritual y escucha a funcionarios del Hospital

Liturgia de la Palabra

Oración del Santo Sacramento en el Monumento

Viacrucis

Celebración de la Pasión del Señor

**Inducción y reinducción por Desarrollo Humano y a través de la DAU se capacito en cuanto al tema de Humanización del Servicio y se socializaron los Derechos y Deberes.**

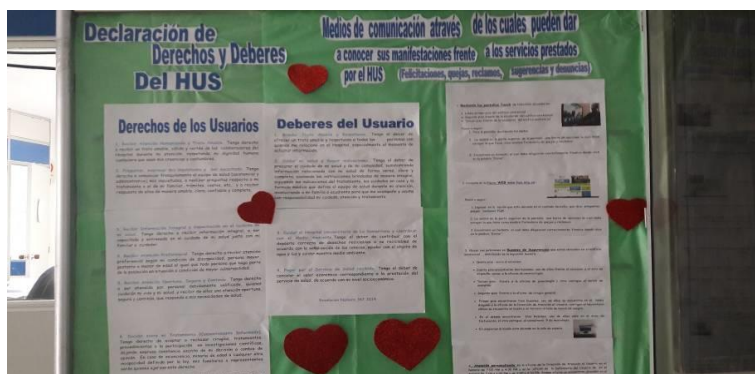
Mes 2017 de Inducción y Reinducción	Total por Mes Personas que Asistieron a Inducción y Reinducción
Enero	43
Febrero	50
Marzo	14
Abril	52
Mayo	67
Junio	34
Julio	73
Agosto	41
Septiembre	18
Octubre	46
Noviembre	26
Diciembre	No se realizó inducción y reinducción
<b>Total</b>	<b>464</b>

Personas que fueron al curso de humanización dictado por el SENA

Total Personas que Asistieron al Curso de Humanización Dictado por el SENA
<b>881</b>

### CARTELERAS RODANTES PUBLICADAS 2017

En el Primer Trimestre se realizó la publicación de las Carteleras Rodantes con el tema: Mecanismos para Interponer PRQS.



En el Segundo Trimestre se realizó la publicación de las Carteleras Rodantes con el tema: Información Servicios Ambulatorios.





En el Tercer Trimestre se realizó la publicación de las Carteleras Rodantes con el tema: Programa de Humanización.



En el Cuarto Trimestre se realizó publicación de las Carteleras Rodantes con el tema: Humanización con Sensibilidad Social



### **Cumplimiento Plan Anticorrupción 2017**

Se estableció como actividad en el componente de Atención al Ciudadano "realizar seguimiento al cumplimiento de los horarios de información médica diaria a los familiares de los pacientes" según horarios ya establecidos en cada Especialidad Médica" presentar 1 Informe Semestral lo cual se cumplió de la siguiente manera:

**I Semestre de 2017:** Se realizaron 3 seguimientos mediante observaciones de campo y registros en planilla respectiva en los meses de enero, febrero, marzo por el Grupo de Trabajadoras Sociales y de Informadoras de la DAU los cuales fueron reportados oportunamente a la Oficina de control Interno el 2 de mayo de 2017 y seguimientos en los meses de abril y mayo de 2017 los que se reportaron oportunamente a la Oficina de Control Interno el 21 de Junio de 2017.

**II Semestre de 2017**e igual forma se realizaron los seguimientos en los meses de agosto, octubre y se reportaron en noviembre de 2017 a la Oficina de C interno del HUS. Se concluye con los seguimientos que hay un cumplimiento del 90% de los horarios, que ha fortalecido la cultura organizacional en lo relacionado a información al familiar del paciente sobre su estado de salud.

Implementación Punto de Información y Orientación al Usuario en la Recepción del HUS actividad asignada a la Dirección de Atención al Usuario (DAU) y a la Dirección Administrativa. Desde la DAU se realizaron durante 3 días observaciones de campo de la dinámica en esta área, y se realizó un pequeño dx locativo frente al proceso de ingreso y egreso de usuarios y visitantes, dotación de muebles y encerres, estado locativo (pintura...)y se entregó a la D Administrativa, al igual que se definieron las funciones y actividades de Información y Orientación al usuario que debía realizar el personal en reubicación y se remitieron al Subdirección de Talento Humano y a la Subdirección de Personal. Posteriormente en el mes de noviembre se aplicó encuesta a los usuarios, para medir el impacto obteniéndose como resultado una percepción positiva, información anteriormente enviada de manera oportuna a la oficina de Control interno.

### **OTRAS NOVEDADES**

A partir del III trimestre de 2017, desde el Programa de salud ocupacional, algunos Auxiliares de Enfermería que requerían reubicación laboral son asignados a puntos de información y orientación al usuario con dependencia jerárquica de la Subdirección de Defensoría del Usuario, total #8, distribuidos así:

Punto de Información en la recepción de Ingreso del HUS # 2: Uno en la Mañana y otra en la tarde.

Punto de Información en la UCI adulto y U. Quirúrgica # 2: Uno en la Mañana y otra en la tarde (que venían ya realizando esta labor con dependencia jerárquica de la Subdirección de Enfermería)

Punto de Información en el servicio de Urgencias # 3: Uno (1) en la Mañana y dos (2) en la tarde.

Punto de Información en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios #1: asignación solo en la mañana (que venían ya realizando esta labor con dependencia jerárquica de la Subdirección de Enfermería).

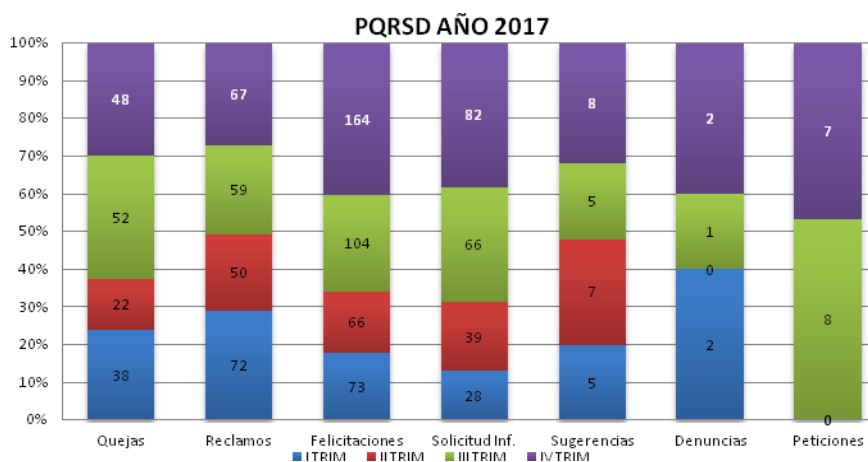
Con este recurso humano se ha fortalecido el proceso de Información y Orientación al usuario pero a partir que fueron asignados a la SDU no son reemplazados durante su ausencia, por novedades derivadas de permisos sindicales, libres, compensatorios, incapacidades, etc generando inconformidad en este sentido de los Coordinadores y del personal asistencial de estos servicios y afectando negativamente la orientación a los familiares en esos días, lo cual no sucedía cuando estaban bajo la dependencia de la Subdirección de Enfermería.

### **PQRSD**

**Total del peticiones IV trimestre año 2017**

CLASIFICACIÓN	PQRSD IV TRIM 2017													COMPARATIVO TRIMESTRES 2017							
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
Quejas	15	12	13	8	10	4	11	23	18	18	15	16	163	40	18%	22	12%	52	18%	49	13%
Reclamos	18	28	25	17	11	23	20	22	17	24	22	26	253	71	33%	51	28%	59	20%	72	19%
Felicitaciones	23	18	32	15	21	30	20	40	44	63	53	48	407	73	34%	66	36%	104	35%	164	43%
Solicitud Inf.	8	9	11	16	10	13	14	26	26	42	26	13	214	28	13%	39	21%	66	22%	81	21%
Sugerencias	2	2	1	2	3	2	1	2	2	4	2	2	25	5	2%	7	4%	5	2%	8	2%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	0%	0	0%	1	0%	2	1%
Peticiones	0	0	0	0	0	0	0	5	3	2	2	3	15	0	0%	0	0%	8	3%	7	2%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>69</b>	<b>82</b>	<b>58</b>	<b>55</b>	<b>72</b>	<b>67</b>	<b>118</b>	<b>110</b>	<b>154</b>	<b>121</b>	<b>108</b>	<b>1080</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>	<b>185</b>	<b>100%</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>	<b>383</b>	<b>100%</b>

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

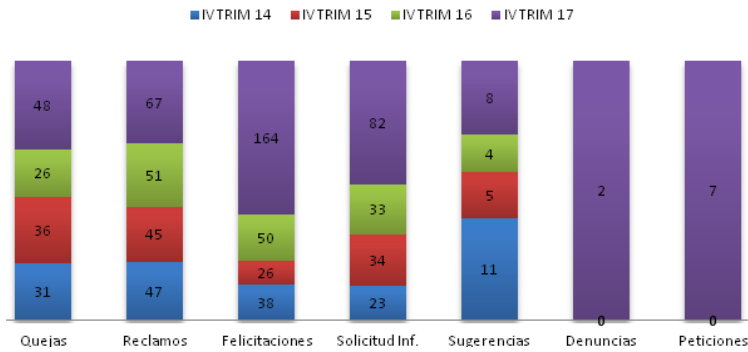


Durante el VI Trimestre del 2017 se recibieron un total de 383 peticiones de las cuales se puede observar en la gráfica que del total de PQRSD el 43% corresponde a felicitaciones el cual continua siendo el porcentaje más representativo, cifra significativa para evidenciar la satisfacción producto de la atención centrada en el usuario que brinda el HUS, las quejas y reclamos son el 32% y las solicitudes de información con un 21%. Se observa un incremento de manifestaciones en comparación con los anteriores trimestre de aproximadamente un 20% esto debido a las estrategias de divulgar los medios de interponer una PQRSD y el fortalecimiento de la página web con el formulario y el link de comentarios promoviendo la participación ciudadana, esta variación se puede observar en el transcurso de los periodos evaluados frente al aumento trimestral en la recepción de PQRSD los cual es un resultado positivo para captar y atender las necesidades de nuestros usuarios y al mismo tiempo implementar acciones de mejoramiento.

CLASIFICACIÓN	IV TRIM 14	%	IV TRIM 15	%	IV TRIM 16	%	IV TRIM 17	%
Quejas	31	21%	36	25%	26	16%	49	13%
Reclamos	47	31%	45	31%	51	31%	72	19%
Felicitaciones	38	25%	26	18%	50	30%	164	43%
Solicitud Inf.	23	15%	34	23%	33	20%	81	21%
Sugerencias	11	7%	5	3%	4	2%	8	2%
Denuncias	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Peticiones	0	0%	0	0%	0	0%	7	2%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>146</b>	<b>100%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>	<b>383</b>	<b>100%</b>

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

**COMPARATIVO PQRSD IV TRIM 2014-2017**

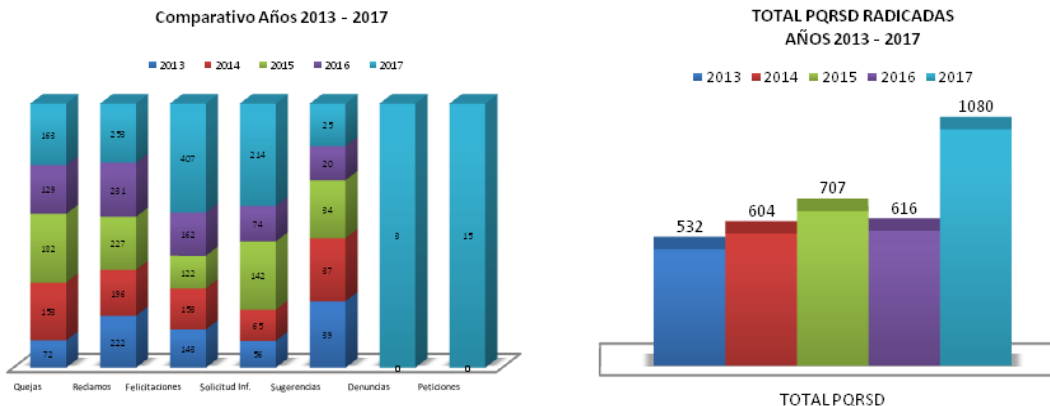


La recepción de PQRSD a nivel general aumenta en el IV trimestre 2017 frente al IV trimestre de los años 2014, 2015 y 2016 con un promedio del 40% con respecto a los años anteriores. Las felicitaciones aumentaron en promedio un 23%, las solicitudes en 18%, las denuncias se incrementan ya que se implementa esta variable en el último trimestre del año 2016 y se observa que las sugerencias disminuyen en un 3%.

**TOTAL DE PQRSD AÑO 2017**

COMPARATIVO PQRSD AÑO 2013 - 2017										
CLASIFICACIÓ	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Quejas	72	14%	153	25%	182	26%	129	21%	163	15%
Reclamos	222	42%	196	32%	227	32%	231	38%	253	23%
Felicidades	143	27%	153	25%	122	17%	162	26%	407	38%
Solicitud Inf.	56	11%	65	11%	142	20%	74	12%	214	20%
Sugerencias	39	7%	37	6%	34	5%	20	3%	25	2%
Denuncias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0%
Peticiones	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	15	1%
<b>TOTAL</b>	<b>532</b>	<b>100%</b>	<b>604</b>	<b>100%</b>	<b>707</b>	<b>100%</b>	<b>616</b>	<b>100%</b>	<b>1080</b>	<b>100%</b>

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



Se observa que para el año 2017 se presenta un aumento de aproximadamente un 42% con respecto al año 2016 y en la misma proporción del promedio de los años anteriores, esto se debe a la ampliación de los canales de recepción de PQRSD como es el formulario web y la implementación de la oficina única de centralización de las PQRSD la subdirección defensoría del usuario desde octubre del año 2016, adicionalmente el despliegue y promoción de nuestros canales a los usuarios y su familia realizados durante el año 2017.

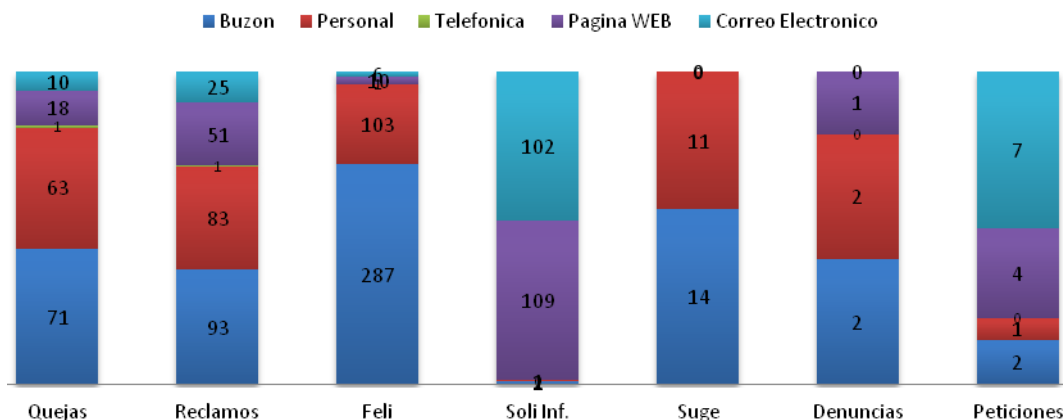
Se resalta el aumento de las felicitaciones para el año 2017 y las solicitudes de información acorde al mejoramiento continuo que se ha venido realizando para la atención centrada en el usuario y el proyecto de acreditación.

**Clasificación de PQRSD por canal de ingreso IV trimestre 2017**

CANAL DE INGRESO PQRSD AÑO 2017																				
CLASIFICACIÓN	Buzon				Personal				Telefonica				Pagina WEB				Correo Electronico			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Quejas	12	11	22	26	20	9	21	13	0	1	0	0	6	0	4	8	0	1	7	2
Reclamos	20	25	15	33	29	16	20	18	0	0	0	1	22	4	15	10	1	6	8	10
Felicitaciones	60	28	52	147	11	36	42	14	0	0	0	1	2	1	7	0	0	1	3	2
Soli Informacion	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	28	34	31	16	0	5	33	64
Sugerencia	3	4	1	6	2	3	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Denuncias	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Peticiones	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	3
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>68</b>	<b>92</b>	<b>214</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>89</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>58</b>	<b>39</b>	<b>59</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>55</b>	<b>81</b>
	471				264				3				193				150			

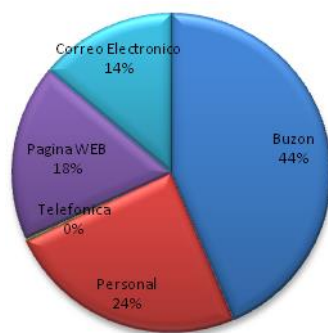
Fuente: Matriz PQRSD 2017

**MEDIO DE INGRESO SEGUN PQRSD AÑO 2017**



De los canales oficiales dispuesta para la recepción de PQRSD se puede observar su comportamiento; el buzón de sugerencias continua siendo el canal más utilizado por los ciudadanos para la presentación de PQRSD con un total de 471 peticiones que equivale el 44% por el medio de buzones, seguido por las peticiones personales el 24% y pagina web y correo electrónico el 32%.

**USO DE CANALES DE INGRESO AÑO 2017**

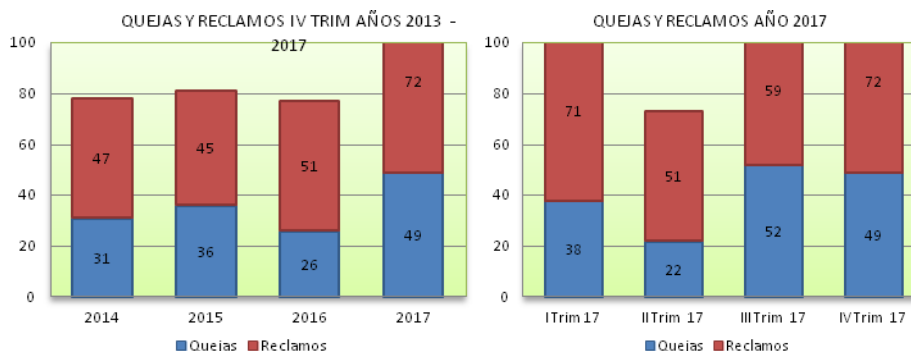


De los canales oficiales dispuesta para la recepción de PQRSD se puede observar su comportamiento y se debe a que el buzón es el medio más rápido y de fácil acceso por la distribución de los buzones y las diferentes estrategias empleadas para informar a los usuarios y su familia, sin embargo durante el año 2017 se observa que a través de la página web se aumenta trimestralmente las manifestaciones por la implementación del formulario web y el link de comentarios el cual los ciudadanos están utilizando para la solicitudes de información.

## 2. Quejas y Reclamos Recepcionadas

IV TRIMESTRE AÑO 2017														COMPARATIVO IV TRIMESTRE 2014 – 2017				
Quejas y Reclamos	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	2014	2015	2016	2017	%
Quejas	15	12	13	8	10	4	11	23	18	18	15	16	163	31	36	26	49	40%
Reclamos	18	28	25	17	11	23	20	22	17	24	22	26	253	47	45	51	72	60%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>40</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>42</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>416</b>	<b>78</b>	<b>81</b>	<b>77</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

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

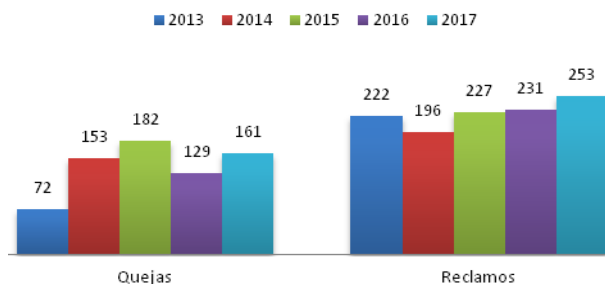


Se observa que para el IV trimestre del 2017 del total de PQRS el 32% corresponden a quejas y reclamos y comparando con el anterior trimestre el porcentaje de las mismas era de un 38% por lo tanto este resultado es positivo para el total de radicados en el trimestre que es de 416.

COMPARATIVO QUEJAS Y RECLAMOS AÑOS 2013 - 2017									
CLASIFICACIÓN	2013	%	2014	%	2015	%	2016	2017	%
Quejas	72	24%	153	44%	182	44%	129	163	39%
Reclamos	222	76%	196	56%	227	56%	231	253	61%
<b>TOTAL</b>	<b>294</b>	<b>100%</b>	<b>349</b>	<b>100%</b>	<b>409</b>	<b>100%</b>	<b>360</b>	<b>416</b>	<b>100%</b>

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

### QUEJAS Y RECLAMOS AÑOS 2013 - 2017



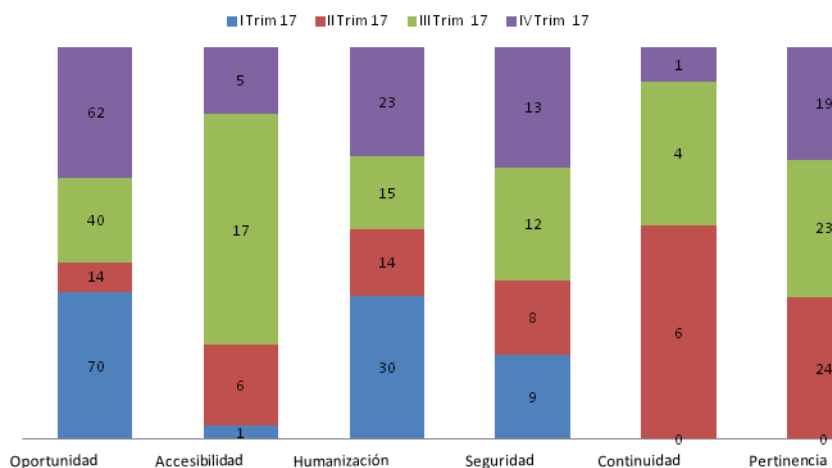
Se observa que durante los últimos cuatro años el comportamiento de las quejas y reclamos ha sido constante, sin embargo es importante mencionar que a diferencia del año 2017 se observa que el porcentaje de quejas y reclamos es inferior a los años anteriores con respecto al total de manifestaciones recibidas.

### Clasificación de Quejas y Reclamos gestionados según Atributos de Calidad afectados

Atributos de Calidad afectados	ATRIBUTOS DE CALIDAD AFECTADOS AÑO 2017												COMPARATIVO DE TRIMESTRES 2017								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	I Trim 17	%	II Trim 17	%	III Trim 17	%	IV Trim 17	%
Oportunidad	19	26	25	5	2	7	12	18	10	16	19	27	186	70	64%	14	19%	40	36%	62	50%
Accesibilidad	0	1	0	4	2	0	4	7	6	0	2	3	29	1	1%	6	8%	17	15%	5	4%
Humanización	13	7	10	3	7	4	7	4	4	11	5	7	82	30	27%	14	19%	15	14%	23	19%
Seguridad	1	5	3	3	2	3	1	6	5	7	3	3	42	9	8%	8	11%	12	11%	13	11%
Continuidad	0	0	0	2	3	1	0	2	2	0	1	0	11	0	0%	6	8%	4	4%	1	1%
Pertinencia	0	0	0	8	3	13	8	8	7	9	8	2	66	0	0%	24	33%	23	21%	19	15%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>416</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

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

Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos Comparativo trimestres 2017



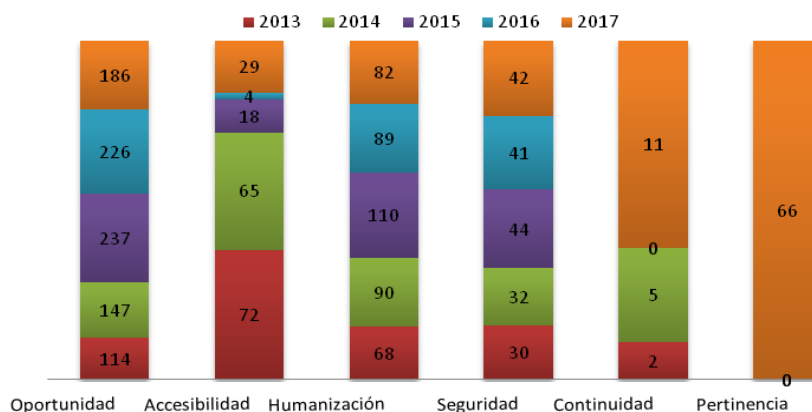
Se observa en las gráficas que de 123 quejas y reclamos presentadas en el IV trimestre del 2017 los atributo de calidad más afectados son el de oportunidad y pertinencia con un 65% entre los dos, se observa que en comparación con el I trimestre esta variación es importante ya que disminuyen en el trimestre sin embargo en comparación al III trimestre aumenta esto se debe también al aumento de manifestaciones recibidas en el IV trimestre.

El atributo de pertinencia disminuye en comparación a los anteriores trimestres a un 15% con un total de 19 quejas y reclamos asociados a este atributo esto se debe a que se ha venido realizando una mejora en el análisis y clasificación de las mismas, así mismo se ve un aumento del 6% en el atributo de continuidad que en comparación con el I trimestre no se tenían peticiones asociados tanto a pertinencia y continuidad. Se presenta también un aumento del atributo de accesibilidad en 17 quejas y reclamos en comparación del anterior trimestre que se identificó solo una de ellas.

Atributos de Calidad afectados	COMPARATIVO AÑOS 2013 - 2017									
	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Oportunidad	114	40%	147	43%	237	58%	226	63%	186	45%
Accesibilidad	72	25%	65	19%	18	4%	4	1%	29	7%
Humanización	68	24%	90	27%	110	27%	89	25%	82	20%
Seguridad	30	10%	32	9%	44	11%	41	11%	42	10%
Continuidad	2	1%	5	1%	0	0%	0	0%	11	3%
Pertinencia	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	66	16%
<b>TOTAL</b>	<b>286</b>	<b>100%</b>	<b>339</b>	<b>100%</b>	<b>409</b>	<b>100%</b>	<b>360</b>	<b>100%</b>	<b>416</b>	<b>100%</b>

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

Atributos de Calidad afectados Comparativo Años 2013 - 2017



La afectación de los atributos de calidad durante los últimos cuatro años se observa que es muy variable debido a que en el año 2017 se fortaleció la clasificación de los atributos de calidad de las quejas y reclamos, observando que continua siendo la oportunidad una de las principales causas de afectación del atributo y aumentan en pertinencia con 66 casos y en comparación a los anteriores años no se evidenciaron casos de posible pertinencia.

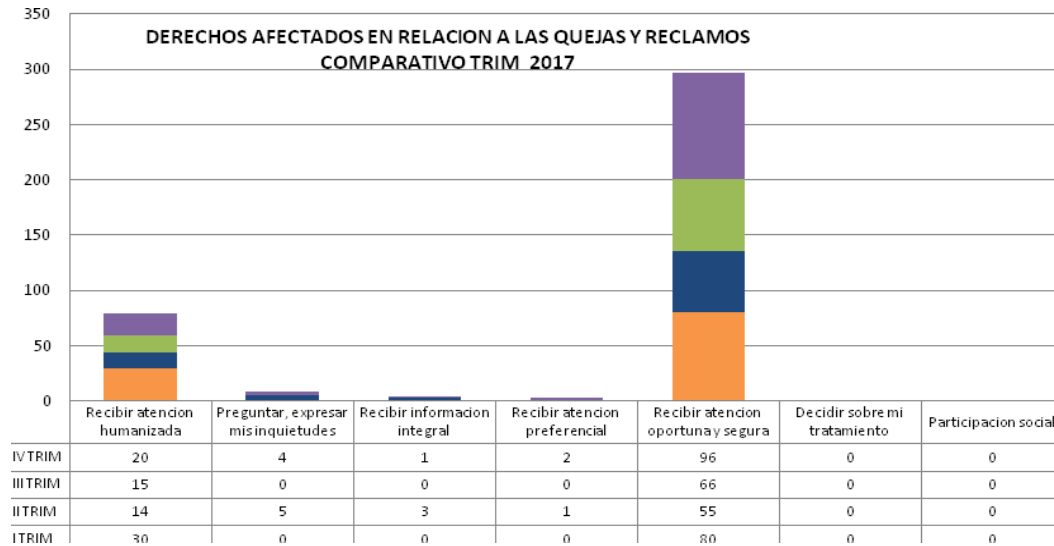
### 2.3 Clasificación de Quejas y Reclamos gestionados, según derechos del usuario Afectados:

DERCHO DEL USUARIO	DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2017												COMPARATIVO TRIMESTRES 2017								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
Recibir atención humanizada	13	7	10	3	7	4	7	5	4	10	4	6	80	30	29%	14	10%	15	19%	20	16%
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0	0	5	0	0	0	1	1	2	0	2	11	0	0%	5	4%	0	0%	4	3%
Recibir información integral	0	0	0	2	1	1	4	3	0	1	0	0	12	0	0%	3	2%	0	0%	1	1%
Recibir atención preferencial	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4	0	0%	1	1%	0	0%	2	2%
Recibir atención oportuna y segura	20	32	28	15	12	20	21	36	29	29	34	33	309	80	76%	55	40%	66	81%	96	78%
Decidir sobre mi tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>416</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

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

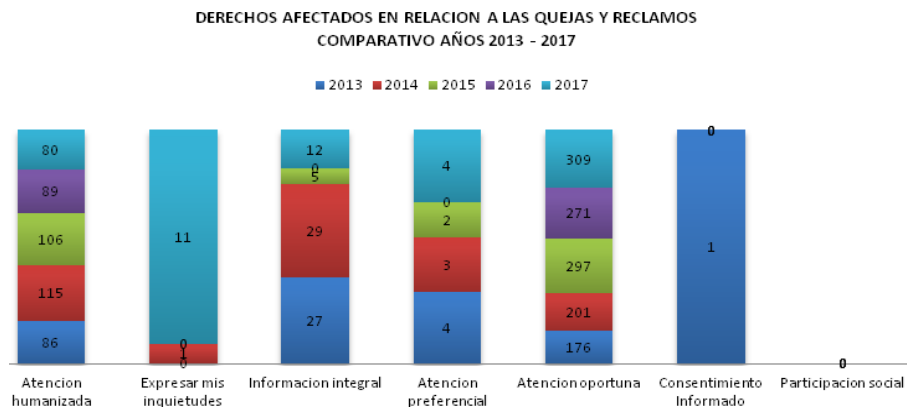
Se observa que el derecho mayor vulnerado para este trimestre es el de recibir una atención oportuna, segura y continua con un 78% de 123 quejas y reclamos, seguido por recibir atención humanizada y trato amable con un 16%, se observa que para este trimestre se identificaron en el derecho de preguntar y expresar mis inquietudes un 3%, en recibir información integral un 1% y en recibir atención preferencial un 2% esto debido a que se está mejorando la clasificación de las mismas.





DERCHO DEL USUARIO	COMPARATIVO AÑOS 2013 - 2017									
	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Recibir atención humanizada	86	29%	115	33%	106	26%	89	25%	80	19%
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	11	3%
Recibir información integral	27	9%	29	8%	5	1%	0	0%	12	3%
Recibir atención preferencial	4	1%	3	1%	2	0%	0	0%	4	1%
Recibir atención oportuna y segura	176	60%	201	58%	297	72%	271	75%	309	74%
Consentimiento Informado	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>294</b>	<b>100%</b>	<b>349</b>	<b>100%</b>	<b>410</b>	<b>100%</b>	<b>360</b>	<b>100%</b>	<b>416</b>	<b>100%</b>

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



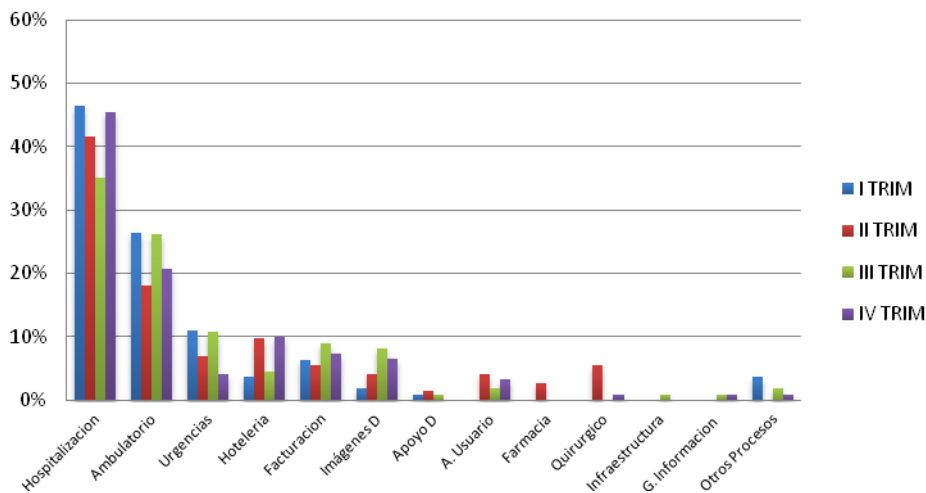
En cuanto a los derechos afectados por quejas y reclamos el comportamiento durante los últimos cuatros años se ve una diferencia ya que se fortaleció la clasificación y se observa que se la afectación por fallas en la atención humanizada disminuyo con respecto a los años anteriores esto a la implementación de acciones de mejoramiento por fallas en el trato amble, capacitación de servicio al cliente y la estrategia de felicitaciones implementada durante el año 2017.

Clasificación de Quejas y Reclamos por proceso

PROCESOS INVOLUCRADO	QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2017													COMPARATIVO TRIMESTRE 2017							
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	I Trim	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
Hospitalización	16	21	14	6	7	17	10	16	13	24	16	15	175	51	46%	30	42%	39	35%	55	45%
Ambulatorio	6	10	13	5	3	5	10	8	11	11	3	11	96	29	26%	13	18%	29	26%	25	21%
Urgencias	5	3	4	1	3	1	3	6	3	1	2	2	34	12	11%	5	7%	12	11%	5	4%
Hotelería	1	1	2	4	1	2	0	2	3	2	7	3	28	4	4%	7	10%	5	5%	12	10%
Facturación	1	3	3	1	2	1	4	4	2	1	3	5	30	7	6%	4	6%	10	9%	9	7%
Imágenes D	0	1	1	3	0	0	2	6	1	0	3	5	22	2	2%	3	4%	9	8%	8	7%
Apoyo D	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	1	1%	1	1%	1	1%	0	0%
A. Usuario	0	0	0	3	0	0	1	1	0	1	3	0	9	0	0%	3	4%	2	2%	4	3%
Farmacia	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%
Quirúrgico	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0%	4	6%	0	0%	1	1%
Infraestructura	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
G. Información	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Otros Procesos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	4%	0	0%	2	2%	1	1%

Fuente: Matriz PQRSD 2017

QUEJAS Y RECLAMOS POR PROCESO AÑO 2017

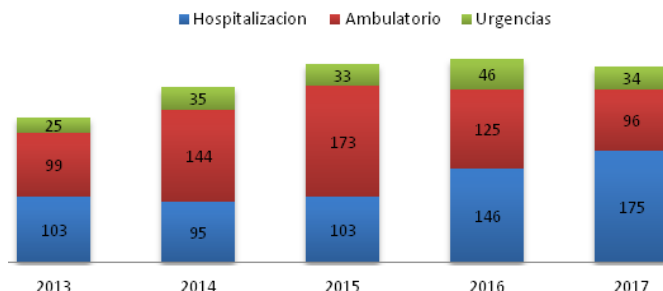


De las quejas y reclamos se observa que de los procesos que más registran este tipo de manifestaciones el de hospitalización como el proceso misional más grande con un 45% del total de quejas y reclamos durante el IV trimestre y el procesos ambulatorio con el 26% del total de QR y un 11% el procesos de urgencias.

PROCESOS INVOLUCRADO	2013	2014	2015	2016	2017
Hospitalización	103	95	103	146	175
Ambulatorio	99	144	173	125	96
Urgencias	25	35	33	46	34

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

QUEJAS Y RECLAMOS POR PROCESOS  
2013 - 2017



Realizando el comparativo de los tres procesos más grandes se evidencia una disminución considerable en el proceso ambulatorio gracias a la implementación de acciones de mejoramiento y al despliegue de los diferentes mecanismos de interponer una PQRSD a los pacientes y su familia hospitalizados.

Causas de Quejas y Reclamos Año 2017

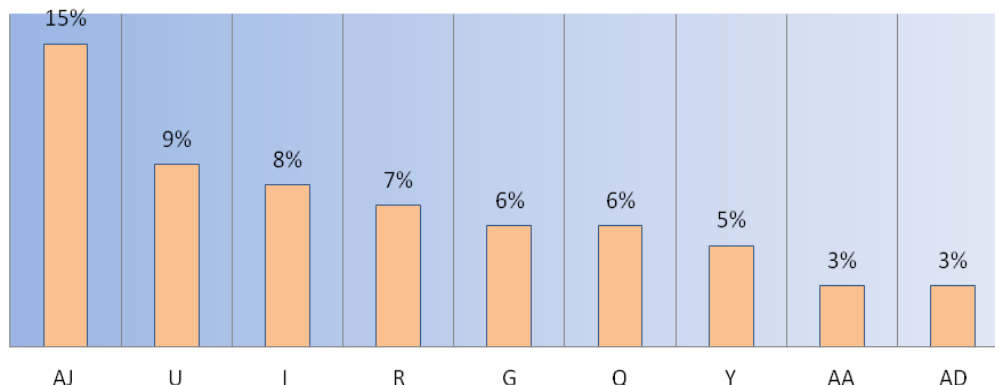
Diez primeras causas del 2017

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
AJ	Falta de calidez y trato amable.	13	7	10	3	7	5	7	4	5	11	5	7	84
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	3	3	4	3	1	8	6	3	0	3	6	5	45
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	0	2	1	1	0	4	3	3	2	8	4	5	33
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	1	4	2	2	2	1	0	2	1	3	2	2	22
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	4	2	1	0	0	2	0	3	0	5	2	1	20
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	1	1	3	0	1	2	0	2	1	0	2	4	17
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	0	4	3	0	1	0	1	2	4	0	1	1	17
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	2	0	1	2	1	0	0	1	3	3	1	2	16
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignación de la citas: call center, gastro, neumó, Rx, cardiología, etc.	0	1	0	1	0	0	2	4	1	0	1	4	14
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	5	1	2	1	0	0	0	0	1	2	0	0	12

Fuente: Matriz PQRSD 2017

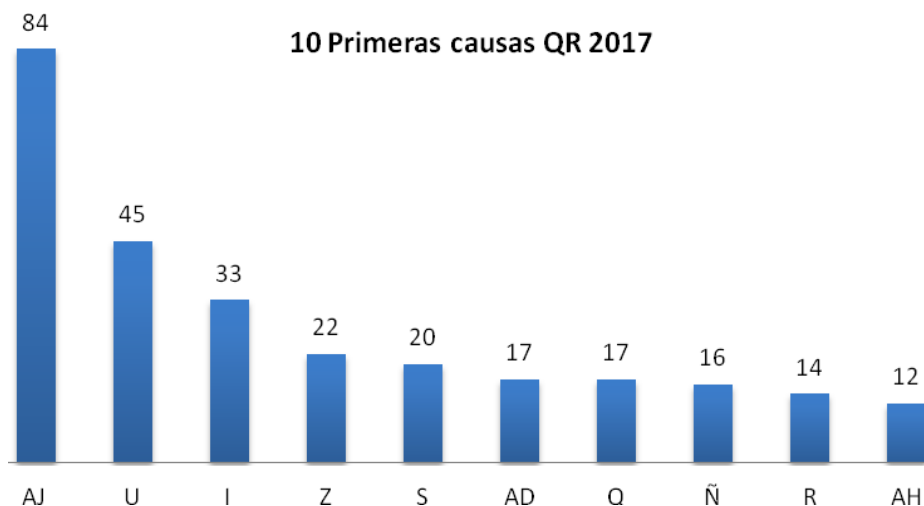
CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	0	1	1	0	0	1	0	4	1	0	2	2	12
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	0	4	1	1	0	0	2	1	0	2	1	0	12
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	1	0	1	0	0	0	0	3	3	1	1	0	10
T	Falta de comunicación y/o información medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0	0	0	0	1	2	2	3	0	0	2	10
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	1	0	0	2	0	0	0	2	0	1	1	1	8
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	7
N	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	7
X	No atención por parte del medico con el cual se asigno la cita.	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	0	1	7
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	2	6
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0	2	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	6
V	Falta de insumos y / o elementos medicos y / o quirurgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	2	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	6
AA	Perdida de placas de radiología u otros exámenes	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	1	5
M	Demora en la entrega de resultados: lab clínico, rx, gastro cardio, neuromo, ori, etc.	0	0	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	5
P	P Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	4
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
D	Cirugia cancelada por factores atribuibles a la organización.	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
W	Incumplimiento horario de atención al publico en areas del HUS.	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3
B	Aclaración de valores presuntamente mal cobrados.	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
AL	Entrega equivocada al paciente de reportes de exámenes, reporte de historia clinica etc.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
AS	Causas externas al HUS.	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
AK	No privacidad durante el proceso de atención del paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
AM	Practicas inseguras durante el proceso de atención ( no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales( Discapacidad)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AÑ	Practicas de actividades medicas y/o de apoyo diagnostico que se repitan al paciente hospitalizado, sin ser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
AO	Accesibilidad por causa ajenas a la institucion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F	Demora en el suministro de alimentos en urgencias y hospitalización	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
O	Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>		<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>36</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>416</b>

**10 PRIMERAS CAUSA DE QUEJA O RECLAMO IV TRIM 2017**



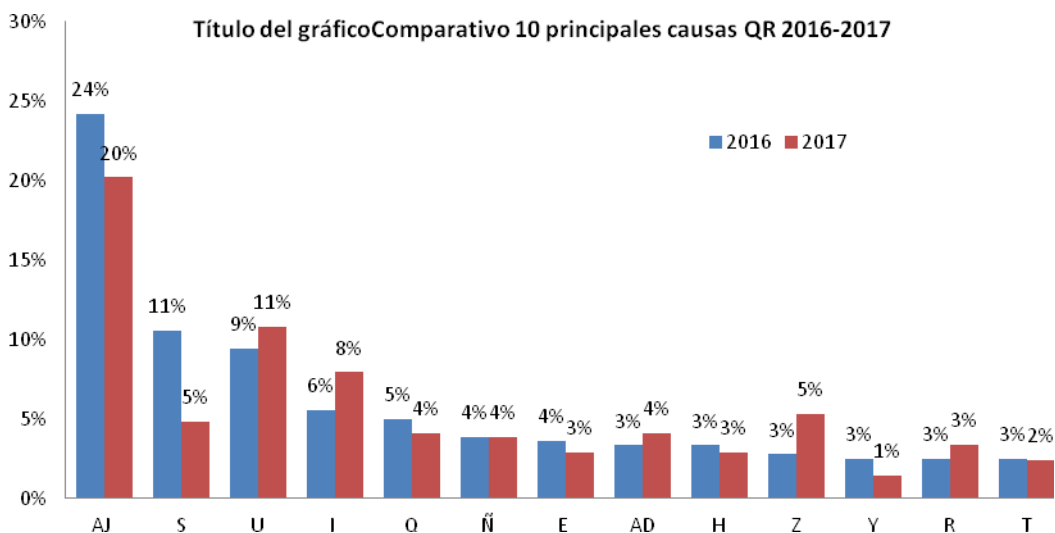
De acuerdo a las causas registradas en este periodo evaluado se observa que del 100% de quejas y reclamos se encuentran clasificadas en 34 causas de las cuales el 62% son porque su frecuencia es mayor a 5. Se observa que de 111 quejas y reclamos 15 están asociadas a la falta de calidez y trato amable que representan un 13%, seguida por falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención con un 9%. En cuanto a las acciones de mejoramiento de acuerdo a las primeras causas se definieron planes únicos de mejoramiento por procesos para analizar las causas de trato amable, perdido de pertenencias, oportunidad en la atención.

**10 Primeras causas QR 2017**



COMPARATIVO 10 PRIMERAS CAUSAS QR AÑOS 2016 - 2017						
CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	2016	2017	DIFERENCIA	2016	2017
AJ	Falta de calidez y trato amable.	87	84	-3	24%	20%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	38	20	-18	11%	5%
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	34	45	11	9%	11%
I	Demora en la atencion al llamado de enfermeria en hospitalizacion, no oportunidad en la atencion.	20	33	13	6%	8%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	18	17	-1	5%	4%
Ñ	Demora en la programacion de cirugía: Amb y Hospitalizacion.	14	16	2	4%	4%
E	Demora en el proceso de facturacion (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalizacion,Urgencias)	13	12	-1	4%	3%
AD	Reclamo por hoteleria: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en areas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelacion que no cumplen con el aislamiento.	12	17	5	3%	4%
H	Demora en la atencion de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	12	12	0	3%	3%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	10	22	12	3%	5%
Y	No atencion de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiologia.	9	6	-3	3%	1%
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignacion de las citas: call center, gastro, neum, Rx, cardiologia, etc.	9	14	5	3%	3%
T	Falta de comunicación y/o informacion medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	9	10	1	3%	2%

Fuente: Matriz PQRS 2016 - 2017



Se observa que la causa de falta de calidez y trato amable durante el año 2017 disminuye en comparación al año 2016 en un 4% esto se debe a la estrategias de planes de mejoramiento y felicitaciones, al igual que la causa de posibles novedades de seguridad del paciente disminuye en un 6% gracias al fortalecimiento de la política de seguridad del paciente y las diferentes estrategias implementadas por los diferentes referentes del programa, en cuanto el aumento de quejas y reclamos por demoras en el llamado de enfermería se ve incrementado en un 2% y el de falta de información y orientación durante el proceso de atención aumenta en un 2%.

De acuerdo al anterior análisis de la información consolidada del total de las causas presentadas en el IV trimestre por procesos involucrados, desde la subdirección de defensoría del usuario se realiza solicitud de realización de análisis causal las siguientes causas según su criticidad a los procesos.

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO PROCESO AMBULATORIO	OCT	NOV	DIC	TOTAL
<b>G</b>	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en colsultorio : no agendas disponibles, otros.	1	1	0	<b>2</b>
<b>H</b>	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en conductorios.	2	1	0	<b>3</b>
<b>R</b>	Dificultad en la comunicación telefonica para la asignacion de la citas: call center, gastro, neutmo, RX, cardiologia, etc.	0	0	2	<b>2</b>
<b>Q</b>	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de hc, etc.	0	0	1	<b>1</b>
<b>Ñ</b>	Demora en la programacion de cirugia: Amb y Hospitalizacion.	3	0	1	<b>4</b>
<b>U</b>	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	0	0	3	<b>3</b>
<b>X</b>	No atencion por parte del medico con el cual se asigno la cita	3	0	1	<b>4</b>
<b>Y</b>	No atencion de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiologia.	1	0	0	<b>1</b>
<b>AJ</b>	Falta de Calidez y trato amable	0	1	2	<b>3</b>
<b>w</b>	Incumplimiento horario de atencion al publico en areas del HUS	0	0	1	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>23</b>

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO PROCESO HOSPITALIZACION				TOTAL
		OCT	NOV	DIC	
<b>AJ</b>	Falta de calidez y trato amable.	9	3	3	<b>15</b>
<b>AD</b>	Reclamo por hoteleria: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en areas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelacion que no cumplen con el aislamiento.	0	0	2	<b>2</b>
<b>AG</b>	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal de enfermeria, Aux de enfermeria, enfermeras, camilleros, tecnicos de Rx.	1	1	0	<b>2</b>
<b>I</b>	Demora en la atencion al llamado de enfermeria en hospitalizacion, no oportunidad en la atencion.	6	3	5	<b>14</b>
<b>N</b>	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	0	1	0	<b>1</b>
<b>S</b>	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	4	1	1	<b>6</b>
<b>T</b>	Falta de comunicacion y/o informacion medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0	1	<b>1</b>
<b>U</b>	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	1	2	0	<b>3</b>
<b>Z</b>	Perdida de elementos personales del usuario.	3	2	2	<b>7</b>
<b>Ñ</b>	Demora en la programacion de cirugia : amb y hospitalizacion	0	0	1	<b>1</b>
<b>P</b>	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificado de defuncion, nacido vivo, etc.	0	1	0	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>		<b>24</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>53</b>

Acciones definidas y/o realizadas producto de las peticiones del Año 2017

QUE	QUEN	CUANDO		DONDE	PORQUE	COMO	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO
		FECHA INICIA	FECHA TERMINA							
De enero a septiembre de 2016 se recibieron 3 quejas 2 por no oportunidad 1 por no trato amable. Por lo tanto es importante trabajar oportunidad del servicio.	Líder del proceso de Urgencias	01-Ene-17	30-Dic-17	Servicio de Urgencias	1. Por que? Tiempos prolongados de interconsulta por algunos especialistas. 2. Por que? No pasan temprano por el servicio de urgencias a definir conducta de los pacientes. 3. Por que? Las especialidades quirúrgicas priorizan el ingreso a salas de cirugía.	Seguimiento y control de los tiempos de respuesta de interconsulta en urgencias	1. Consolidado de la oportunidad de interconsulta de: Medicina interna, Cirugía general, Neurocirugía, Ortopedia, Urología. 2. Oficios o correos enviados a los subdirectores asistenciales por parte de la Dirección científica informando los tiempos de oportunidad	Los resultados muestran las variaciones presentadas con la oportunidad en la atención de interconsulta, a pesar de las reuniones y estrategias definidas con la dirección científica para el mejoramiento de los tiempos. Dentro de las alternativas propuestas se identifica la revisión nuevamente del procedimiento para realizar un nuevo análisis de los tiempos establecidos que involucra la revisión de los datos históricos y se pueda realizar una reinigencia al proceso proponiendo una línea de base y/o meta alcanzable en el servicio. Se evidencia el cumplimiento de las actividades propuestas sin embargo se deja como continuidad para el año 2018 con el fin de mejorar los tiempos.	NA	100%
Falta de personal capacitado para el aseó de los baños y otros mientas están en la sala de espera	Líder de Procesos de Hotelería	14-Feb-17	14-Feb-17	Servicio Hospitalización	Sin análisis	Socializar al respecto y reforzar la limpieza de los baños.	Socialización	Se verifica el acta de socialización del procedimiento DSH97-01 Limpieza y desinfección; aseó de baños publicos el cual se realizó el día 14 de febrero del 2017 realizada a funcionarios del aseó de LASU.	Esta es una acción inmediata. Porcentaje de cumplimiento de la acción 100%.	100%
PQR por falta de trato amable, en la atención de la ventanilla No. 10- Neurología.	Líder de Proceso Ambulatorio	12-Feb-17	28-Jul-17	Servicio de Consulta Externa	1. Falta de adherencia al procedimiento de atención al paciente ambulatorio. 2. No cumplimiento al modelo de atención frente a la calidad. 3. Los pacientes que se atienden en la ventanilla No. 10, concurran a pacientes de difícil manejo por su patología de base, que les genere mayor ansiedad a los pacientes y familiares.	Bajar el número de PQR a través de la sensibilización al personal de la ventanilla No. 10 en la política de Humanización y proceso de Atención al Paciente Ambulatorio y demás colaboradores que incurren en posibles fallas de trato amable (administrativos y/o asistenciales), en temas relacionados con servicio al cliente	1. Acta de Socialización de Atención al Usuario. 2. Acta de Socialización del Proceso de atención al Paciente Ambulatorio. 3. Solicitud de capacitación en Servicio al Cliente, al proceso de Talento humano	Una vez verificados los soportes y el seguimiento realizado de las actividades con corte de noviembre se evidencia el cumplimiento a las acciones planteadas, sin embargo se presentan las estadísticas de la causa de falta de trato amable que se presentaron en el año 2017. Se aclara que la acción de mejoramiento fue planteada más por quejas presentadas en el año 2016 por su causa asociada a la ventanilla No. 10 sin embargo las acciones planteadas muestran una disminución considerable desde el I trimestre hasta el I trimestre del año 2017 por tal motivo se ve la efectividad de las acciones tomadas de acuerdo a la tendencia de quejas y reclamos asociados a falta de calidad.	Indicador: Disminución de Quejas y reclamos por Falta de trato amable	100%
Demora en la entrega de resultados: Lab clínico, Rx, Gastro, Cardio, neuro,neuro,orf, etc.	Líder de Procesos de Apoyo diagnóstico	17-Mar-17	30-Jun-17	Laboratorio Clínico	Sin análisis	Generar alternativas para la entrega de resultados	Alternativas para entrega de resultados	Se verifica el cumplimiento de las alternativas de entrega de resultados el cual se cuenta como soporte del acta de fecha de junio 14 de 2017 el cual establece 3 alternativas.	Esta es una acción inmediata	100%
en el traslado que me realizaron de urgencias a piso se presentó un inconveniente con la previa preparación de la habitación, lo cual genero una larga espera, pues este traslado se realizó en el cambio de turno de la noche	Líder de Proceso de Hospitalización	21-Mar-17	30-Jun-17	Servicio Hospitalización	Sin análisis	Se realiza reentrenamiento al personal de enfermería a cerca de la importancia de hacer los traslados de forma coordinada entre los servicios.	Socialización	Se verifica el acta de socialización del protocolo DSH12-V1 traslado de pacientes, el cual se realizó en el mes de julio del 2017 realizada al personal de enfermería del proceso de hospitalización.	Esta es una acción inmediata	100%
Mi queja es por las sillas de ruedas el cual esta antiestética, analfuncional ya que tras el soporte del asiento descolgado y las varillas se hundien en la nága del paciente lastimando al paciente el cual viene para una cirugía ambulatoria	Líder proceso de Hotelería	22-Mar-17	30-Jun-17	Servicio de Hotelería	Sin análisis	Se informa que la compra de sillas de ruedas está contemplada para la compra en el mes de abril.	Solicitud de compra	Se verifica la solicitud de compra de la adquisición de sillas de ruedas la cual fue realizada el 18 de mayo solicitando 25 sillas.	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de oportunidad en la atención de consulta programada, hasta más de 1 hora en consulta identificada de cirugía vascular	Líder de Proceso Ambulatorio	15-Mar-17	20-Oct-17	Servicio de Consulta Externa	1. el especialista llega tarde. 2. Se cruza el tiempo con procedimientos cirugía. 3. no adecuada planificación de las actividades por parte de los especialistas.	Mantener la mediana del tiempo de espera para la atención, por debajo de 25 minutos (mediana de sumatoria de los tiempos de las agendas en las cuales llega tarde especialistas, más de 15 minutos). Seguimiento aleatorio a casos de Cirugía vascular, que midan la oportunidad en entrega de soportes de la consulta	1.Registro btriccara 2. Acta de informe trimestral (tomando los 2 primeros meses de cada trimestre) 3. Acta de compromisos con especialidades 4. Soportes y cuadro consolidado de tiempos de ciclo de Atención en Cirugía Vascular, con firma de especialistas para toma de correctivos. 5.Mejora en Tiempos de Atención, Acta	Una vez verificados los soportes y el seguimiento al cumplimiento de las actividades con corte de noviembre se evidencia el cumplimiento a las actividades de mejoramiento planteadas, sin embargo en el seguimiento realizado por parte de la planeación muestran que no se cumplió con la meta planteada en julio y agosto se promedios de 50 minutos y para la agenda cardiovascular un total de 240 minutos de espera, atribuible a la sala del cirugía cardiovascular con agenda abierta y se trasladará la oportunidad de mejora para la próxima vigencia.	Indicador: Disminución de Quejas y reclamos por Falta de oportunidad en la atención de consulta programada	100%
Inoportunidad en la asignación de citas para procedimientos de imágenes diagnósticas	Líder de Procesos de Imágenes Diagnósticas	30-Mar-17	31-Ago-17	Servicio de radiología	Porque no se cuenta con la formalización de asignación de cita entregado en los diferentes servicios hospitalarios.	Entrega de cita formal para las modalidades de tac e intervencionismo a cada uno de los servicios hospitalarios y urgencias	1. formato de asignación de cita 2. libro de entrega de citas a los diferentes servicios 3. procedimiento de recepción y programación de cita.	Se evidencia formato de asignación de citas diseñados y formalizados en el mes de junio junto con las metas implementadas y la evidencia del procedimiento realización toma de muestras imágenes diagnósticas por tal motivo se libera la oportunidad de mejor por la efectividad de las acciones planteadas por el líder.	Indicador: Disminución de Quejas y reclamos por Inoportunidad en la asignación de citas para procedimientos de imágenes diagnósticas	100%
demora en la respuesta telefonica para la solicitud de procedimientos ambulatorios.	Líder de Procesos de Imágenes Diagnósticas	30-Mar-17	31-Dic-17	Servicio de radiología	1. Las indicaciones de preparación del procedimiento a realizar a los pacientes ambulatorios que se comunican telefónicamente y presencialmente se realiza en un tiempo aproximado de 15 minutos. 2. Se cuenta con un colaborador para realizar esta actividad. 3. Solo se tiene una línea telefonica para atender la demanda de pacientes ambulatorios para la asignación de citas.	Concertar con el líder del call center la posibilidad de apoyar a radiología para la asignación de citas ambulatorias	1. acta de reunion con líder de callcenter 2. Implementación de actividades planteadas 3. numero de pqr correspondientes a inoportunidad en la atención telefonica	Se evidencia soporte de acta con fecha 08/11/17 con el líder de call center subdirectora de consulta externa Alejandra Bettrre e ingeniero de sistemas Jorge Armando, donde se tomaron decisiones como instalar una línea telefonica con un colaborador exclusivo para imágenes diagnósticas, cambiar grabaciones conmutador. Se revisan los datos estadísticos junto con la SDU del total de quejas y reclamos asociados a la misma causa de oportunidad en respuesta telefonica para la asignación de citas donde se evidencia que durante el I y II trimestre se presentaron 60 quejas por esta causa y para el III y con corte a noviembre se tienen 4 quejas por esta causa por tal motivo se continua con el desarrollo del plan de mejoramiento de acuerdo a la concentración de actividades con los demás procesos involucrados para poder evidenciar en el siguiente trimestre la disminución de el I del 2018 la disminución progresiva de esta causa ya que en promedio son el 33% del total de QR del proceso	Indicador: Disminución de Quejas y reclamos por demora en la respuesta telefonica para la solicitud de procedimientos ambulatorios.	100%
Se identifica en los registros de PQRS Fuente dirección de atención al usuario el derecho más vulnerado en el periodo I TRIM 2016 fue: Recibir atención Humanizada y trato amable.	Líder del Proceso de Hospitalización	30-Jun-17	30-Oct-17	Servicio de Hospitalización	1. Por que existe la agresividad de la enfermería y medicos que han incurrido en posibles fallas de trato amable. 2. Informar las felicitaciones a los servicios y colaboradores.	1.Capacitar a los colaboradores de la enfermería y medicos que han incurrido en posibles fallas de trato amable. 2. Medios de comunicación de las felicitaciones. 3. Listado de socializaciones de enfermería	1.Solicitud a proceso de TH de capacitación 2. Medio de comunicación de las felicitaciones 3. Listado de socializaciones de enfermería	Una vez verificados los soportes y el seguimiento realizado por la Oficina de planeación al cumplimiento de las actividades con corte de noviembre se evidencia el cumplimiento a las actividades de mejoramiento planteadas, sin embargo una vez revisadas las estadísticas de quejas y reclamos presentadas durante el año 2017 con corte a noviembre se puede observar lo siguiente: De las 2 acciones de mejoramiento formuladas por la causa de falta de calidad y trato amable que son las acciones 10 y 11 del PUM se observa que se cumple las actividades descritas y adicionalmente la acción formulada estaba contemplando dos meses que son enero y febrero sin embargo en el cuadro se puede observar el comportamiento trimestralmente la disminución entre el I trimestre y los últimos tres del año por tal motivo se da cumplimiento con la acción y la efectividad de las acciones. La acción de mejoramiento número 12 del PUM la cual surge por ser una causa reincidente donde se encuentra que por el I semestre se reciben alrededor de 6 pero se observa un incremento considerable entre el III y IV trimestre por tal motivo esta oportunidad de mejora se deberá trasladar para el año 2018 donde se deberá realizar nuevamente el análisis causal y tomar nuevas acciones de mejoramiento con el fin de disminuir progresivamente las quejas y reclamos asociadas a esta causa.	Indicador: Disminución de Quejas y reclamos por falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	100%
Durante el IV trimestre del 2016 y entre enero y febrero del 2017 se han presentado 12 quejas y reclamos por falta de trato amable frente a los usuarios y sus familias alineados al proces										
En el I Trimestre del 2017 se identificaron alrededor de 4 QR por Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	Líder del Proceso de Hospitalización	30-Jun-17	30-Oct-17	Servicio de Hospitalización	1. Porque no se han definido los criterios para brindar información y orientación al usuario y su familia. 2. Porque no se ha determinado la magnitud de la información y orientación a los usuarios en el proceso. 3. Porque existen datos anecdóticos de la necesidad de informar y orientar al usuario.	1. Definir los criterios y mecanismos para brindar información y orientación al usuario y su familia al proceso de atención al paciente hospitalizado 2. Definir las actividades y criterios en los servicios definidos. 3. Publicar y/o diseñar la información definida	1. Concertar con los subdirectores medicos los horarios de atención a familiares y los criterios para ofrecer información 2. Definir las actividades y criterios en los servicios definidos. 3. Publicar y/o diseñar la información definida	De acuerdo a la descripción de la acción de mejoramiento que durante el I semestre del 2017 se identificaron alrededor de 10 QR por falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS se puede observar que para el III y IV trimestre se cuenta con un total de 5 quejas y reclamos asociados a esta causa por tal motivo se cumplió con la efectividad de las acciones de mejoramiento de acuerdo a la meta proyectada en el indicador el cual se logra cumplir con la meta de menos de 7 quejas y reclamos asociadas a esta causa	Indicador: Disminución de Quejas y reclamos por falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	100%
En el I semestre del 2017 se identificaron alrededor de 10 QR por Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS										



QUE	QUEEN	CUANDO		DONDE	PORQUE	COMO	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO
		FECHA INICIA	FECHA TERMINA							
Se me presentó un inconveniente con mi paciente le dieron la salida a mi familiar y el camillero al que le habian asignado acompañarlo a la entrada me dice voy traer una silla de ruedas a la salida para sacarlo	Subdirección de Enfermería	15-Jun-17	30-Jun-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza retroalimentación al servicio sobre el procedimiento establecido en el que se garantiza el acompañamiento del personal de salud al egreso del paciente y se realiza retroalimentación sobre fortalecer la comunicación asertiva tanto al paciente	Retroalimentación de Procedimiento	Se verifica el acta de socialización de la capacitación de acompañamiento al paciente y familia al egreso del HUS, el cual se realizó en el mes de junio 2017 realizada a los camilleros de los servicios.	Esta es una acción inmediata	100%
En el turno de la noche del día 8 de junio donde el paciente de la cama 516 un paciente que requiere cambio de posición al menos cada dos horas en el cual no le hicieron la paciente. Informo para cambio de posición la cual no se hicieron presente solamente hicieron cambio de posición una sola vez en la noche.	Subdirección de Enfermería	15-Jun-17	30-Jun-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza retroalimentación y se socializa el protocolo de cuidados de piel establecido por la institución	Retroalimentación de Procedimiento	Se verifica el acta de socialización prevención en lesiones por presión el cual se realizó en el mes de Agosto 2017 realizada al personal de enfermería	Esta es una acción inmediata	100%
Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	Subdirección de Enfermería	29-Jun-17	30-Jul-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza retroalimentación sobre el protocolo de riesgo de caída establecido por la institución.	Retroalimentación de Procedimiento	Se verifica el acta de socialización sobre el protocolo de riesgo de caída establecido por la institución	Esta es una acción inmediata	100%
Pérdida de elementos personales del usuario.	Líder del proceso de Urgencias	26-Jul-17	31-Dic-17	Servicio de Urgencias	1. Por que? Los elementos personales de los pacientes se pierden. 2. Por que? No hay unas direcciones claras sobre quien debe ser el custodio de las pertenencias en el Servicio. 3. Por que? No hay adherencias al procedimiento Q2A32 V2	Socializar el procedimiento Q2A32 - V2, establecer quien va hacerse cargo de las pertenencias de los pacientes, realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades	Acta de socialización 26/7/17	Se realiza la asignación exclusiva de un colaborador auxiliar para que incorpore dentro de sus actividades la custodia de las pertenencias del usuario durante su estancia en el servicio de urgencias, se soporta el registro de la información en el libro de urgencias, el cual consigna el detalle de la custodia y las firmas de recibido y entrega de las pertenencias. El proceso así mismo contempla la asignación de un equipo de seguridad para la protección de las pertenencias, se realizan actividades articuladas con la jefe del servicio para que de cobertura al proceso en los casos en los que se suente el talento humano designado para la actividad, así como la obligatoriedad del registro y control de la información a través del libro, información consignada bajo acta.	Esta es una acción inmediata	100%
Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización no oportunidad en la atención ( PET. 409 )	Subdirección de Enfermería	14-Jul-17	14-Ago-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza socialización de protocolo de administración de medicamentos que incluye las técnicas de administración segura, dentro de la prestación del servicio.	Socialización	Se verifica el acta de socialización de protocolo de administración de medicamentos con las técnicas de administración segura, dentro de la prestación del servicio.	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de calidez y trato amable ( PET. 413 )	Subdirección de Enfermería	13-Jul-17	13-Ago-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza socialización del procedimiento de comunicación asertiva y al desarrollo de las actividades de enfermería.	Socialización	Se verifica el acta de socialización de protocolo del procedimiento de comunicación asertiva y al desarrollo de las actividades de enfermería.	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de calidez y trato amable ( PET. 414 )	Subdirección de Enfermería	13-Jul-17	13-Ago-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se solicita a empresa tercerizada de realizar tramites disciplinarios referente a la deficiencia de trato amable	Solicitud de iniciar tramites disciplinarios a empresa tercerizada	Se verifica la solicitud realizada a la empresa tercerizada de la realización de los tramites disciplinarios necesarios para el caso presentado	Esta es una acción inmediata	100%
Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización no oportunidad en la atención ( PET. 415 )	Subdirección de Enfermería	12-Jul-17	12-Ago-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza socialización política de humanización	Socialización	Se verifica la socialización de de la política de humanización	Esta es una acción inmediata	100%
Entrega equivocada al paciente de reportes de exámenes, reporte de historia clínica u otros. ( PET. 421 )	Líder de Proceso Ambulatorio	18-Jul-17	18-Oct-17	Servicio de Consulta Externa	Sin análisis	Se realiza retroalimentación y se opta por realizar lista de chequeo en cada uno de los informes antes de la entrega a los pacientes	Retroalimentación de Procedimiento	Se verifica la implementación de la lista de chequeo para la entrega de los exámenes	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de calidez y trato amable ( PET. 427 )	Líder del proceso de Urgencias	24-Jul-17	24-Ago-17	Servicio de Urgencias	Sin análisis	Se solicita a empresa tercerizada de realizar tramites disciplinarios referente a la deficiencia de trato amable	Solicitud de iniciar tramites disciplinarios a empresa tercerizada	Se verifica la solicitud realizada a la empresa tercerizada de la realización de los tramites disciplinarios necesarios para el caso presentado	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de calidez y trato amable ( PET. 429 )	Subdirección de Enfermería	19-Jul-17	19-Ago-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se solicita a empresa tercerizada de realizar tramites disciplinarios referente a la deficiencia de trato amable	Solicitud de iniciar tramites disciplinarios a empresa tercerizada	Se verifica la solicitud realizada a la empresa tercerizada de la realización de los tramites disciplinarios necesarios para el caso presentado	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de calidez y trato amable ( PET. 430 )	Subdirección de Enfermería	21-Jul-17	21-Ago-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se solicita a empresa tercerizada de realizar tramites disciplinarios referente a la deficiencia de trato amable	Solicitud de iniciar tramites disciplinarios a empresa tercerizada	Se verifica la solicitud realizada a la empresa tercerizada de la realización de los tramites disciplinarios necesarios para el caso presentado	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de calidez y trato amable ( pet. 431 )	Líder del proceso de facturación	25-Jul-17	25-Ago-17	Servicio facturación	Sin análisis	Se realizar un compromiso por parte de facturación de generar una atención con respeto, consideración y	Retroalimentación de Procedimiento	Se realiza compromiso con el colaborador de facturación y se registra en un acta	Esta es una acción inmediata	100%
Demora en la atención de las citas programadas para consulta y/o procedimientos en consultorio ( PET. 460 )	Líder de Proceso Facturación	29-Ago-17	29-Sept-17	Servicio de Facturación	Sin análisis	Se realiza socialización a funcionarios para que antes de facturar una cita verifique la fecha en la cual tiene cita	Socialización	Se verifica socialización al funcionario de la verificación de la fecha la fecha de la asignación de cita antes de facturar.	Esta es una acción inmediata	100%
Demora en el proceso de facturación ( Lab Clínico, Rx, Consulta Externa, Hospitalización,Urgencias) ( PET. 479 )	Líder del proceso de facturación	11-Ago-17	11-Sept-17	Servicio facturación	Sin análisis	Se realiza socialización a la funcionarios sobre los derechos y deberes de los pacientes, y retroalimenta los horarios de atención.	Socialización	Se verifica acta socialización al funcionario de la verificación de la fecha la fecha de la asignación de cita antes de facturar.	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de calidez y trato amable ( PET. 494 )	Líder del Proceso de Docencia	30-Ago-17	30-Sept-17	Servicio de Educación medica	Sin análisis	Se realiza socialización a los residentes de la información a los familiares	Socialización	Se verifica el cumplimiento de la socialización realizada a los residentes	Esta es una acción inmediata	100%
Demora en el proceso de facturación ( Lab Clínico, Rx, Consulta Externa, Hospitalización,Urgencias) ( PET. 533 )	Líder del proceso de facturación	23-Ago-17	23-Sept-17	Servicio facturación	Sin análisis	Se realiza socialización con el funcionario para la directriz dada por la coordinación de facturación de atender a los pacientes que solicitarán facturar en la hora del día.	Socialización	Se verifica el soporte de socialización la cual se realiza al funcionario relacionado en la petición	Esta es una acción inmediata	100%
Demora en el proceso de facturación ( Lab Clínico, Rx, Consulta Externa, Hospitalización,Urgencias) ( PET. 547 )	Líder del proceso de facturación	24-Ago-17	24-Sept-17	Servicio facturación	Sin análisis	Se realiza socialización del trato humano, oportuno y calido que se debe tener	Socialización	Se verifica el acta de socialización de trato amable realizada al facturador.	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de calidez y trato amable ( PET. 606 )	Subdirección de Enfermería	19-Sept-17	19-Oct-17	Servicio de Urgencias	Sin análisis	Se hace retroalimentación al personal frente a la situación presentada con el fin de tomar las acciones de mejora a que para lograr mejorar la calidad de atención de enfermería	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia acta de retroalimentación realizada al personal involucrado en la petición	Esta es una acción inmediata	100%
Falta de comunicación y/o información medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias. ( PET. 627 )	Subdirección de Enfermería	27-Sep-17	27-Sept-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza retroalimentación con el personal auxiliar con el fin de continuar fortaleciendo las acciones de cuidado integral y seguro.	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia acta de retroalimentación realizada al personal involucrado en la petición	Esta es una acción inmediata	100%
Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente. ( PET. 756 )	Subdirección de Enfermería	11-Oct-17	12-Nov-17	Subdirección de Enfermería	Sin análisis	Se realiza retroalimentación con la auxiliar en aspectos como identificación de acciones inseguras, ejecución en el uso seguro de equipos biomédicos, importancia de trabajo en equipo, comunicación asertiva con paciente y familia.	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia acta de retroalimentación realizada al personal involucrado referente a la identificación de acciones inseguras, ejecución en el uso seguro de equipos biomédicos, importancia de trabajo en equipo, comunicación asertiva con paciente y familia.	Esta es una acción inmediata	100%

CUANDO		DONDE	PORQUE	COMO	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO
FECHA INICIA	FECHA TERMINA							
20-Oct-17	20-Nov-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se envía informe de no conformidad técnica a la temporal para que se tomen correctivos	Solicitud de iniciar trámites disciplinarios a empresa tercerizada	Se evidencia la solicitud realizada a la empresa tercerizada de la realización de los trámites disciplinarios necesarios para el caso presentado	Esta es una acción inmediata	100%
20-Oct-17	20-Nov-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se envía informe de no conformidad técnica a la temporal para que se tomen correctivos	Solicitud de iniciar trámites disciplinarios a empresa tercerizada	Se evidencia la solicitud realizada a la empresa tercerizada de la realización de los trámites disciplinarios necesarios para el caso presentado	Esta es una acción inmediata	100%
27-Oct-17	27-Nov-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Socialización de política de Humanización	Socialización	Se evidencia la socialización al personal de enfermería relacionado en la manifestación en el tema de humanización	Esta es una acción inmediata	100%
08-Nov-17	08-Dic-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza retroalimentación acerca de la importancia de usar lenguaje adecuado como parte del trato amable inmerso en la política de humanización de la institución	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia la retroalimentación al personal de enfermería relacionado en la manifestación en el tema de humanización	Esta es una acción inmediata	100%
03-Nov-17	03-Dic-17	Subdirección de Medicina interna	Sin análisis	Se realiza retroalimentación sobre la importancia del trato humanizado en todas las situaciones	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia la retroalimentación al personal de enfermería relacionado en la manifestación en el tema de humanización	Esta es una acción inmediata	100%
10-Nov-17	10-Dic-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se retroalimenta al equipo de enfermería acerca de la importancia de comunicarse de forma asertiva.	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia retroalimentación al personal de enfermería relacionado en la manifestación en el tema de humanización	Esta es una acción inmediata	100%
20-Nov-17	21-Dic-17	Servicio de Consulta Externa	Sin análisis	Se retroalimenta al personal médico acerca de la falta de oportunidad.	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia la retroalimentación realizada al personal médico referente a la oportunidad	Esta es una acción inmediata	100%
14-Dic-17	26-Dic-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	Se realiza retroalimentación al equipo de trabajo de enfermería en cuanto a la importancia de verificar los elementos personales de los pacientes en cada turno e informar las novedades presentadas.	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia retroalimentación al personal de enfermería relacionado en la manifestación de la importancia de verificar los elementos personales de los pacientes en cada turno e informar las novedades presentadas.	Esta es una acción inmediata	100%
11-Dic-17	22-Dic-17	Servicio de Hospitalización	Sin análisis	se retroalimenta sobre la importancia de la seguridad en la atención de enfermería	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia retroalimentación al personal de enfermería de la importancia de seguridad en la atención de enfermería	Esta es una acción inmediata	100%
18-Dic-17	29-Dic-17	Servicio facturación	Sin análisis	Se realiza retroalimentación al equipo para dejar registrado el estudio social la información general.	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia retroalimentación al equipo de facturación de al equipo para dejar registrado el estudio social la información general.	Esta es una acción inmediata	100%
21-Dic-17	29-Dic-17	Servicio de radiología	Sin análisis	Se realiza retroalimentación de humanización como estrategia institucional y que es nuestro compromiso mejorar cada día.	Retroalimentación de Procedimiento	Se evidencia la retroalimentación al personal de enfermería relacionado en la manifestación en el tema de humanización	Esta es una acción inmediata	100%
12-Dic-17	29-Dic-17	Servicio facturación	Sin análisis	Se realiza socialización a facturación sobre un servicio con humanización	Socialización	Se evidencia socialización a los colaboradores de facturación relacionados en la manifestación en relación al trato amable	Esta es una acción inmediata	100%

### Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley IV Trimestre 2017

IV Trimestre año 2017						Respuesta en el termino de la Ley		
Peticiones según clasificación	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e información)	
							#	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Quejas	18	15	16	49	22%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e información) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e información) recibidas en el periodo	49	100%
Reclamos	24	22	26	72	33%		72	100%
Solicitud Inf.	42	26	13	81	37%		81	100%
Sugerencias	4	2	2	8	4%		8	100%
Denuncias	1	1	0	2	1%		2	100%
Peticiones	2	2	3	7	3%		7	100%
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>68</b>	<b>60</b>	<b>219</b>	<b>100%</b>		<b>219</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz PQRS 2017

Respuesta en el termino de la Ley				
Formula	OCT	NOV	DIC	IV TRIM 2017
# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e información) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e información) recibidas en el periodo * 100	91/91	68/68	60/60	219/219
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz PQRS 2017

Para el IV trimestre del 2017, se observa que se radicaron 219 manifestaciones que se dieron respuesta al peticionario entre reclamos, quejas, solicitudes de información, sugerencias y peticiones de las cuales se dio respuesta oportuna dentro de términos de ley al 100%, aclarando que según el corte de la realización del informe el cual se realiza a finales del mes de enero del 2018 se cuenta con el total de las respuestas de las peticiones.

Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley Año 2017

Respuesta en el término de la Ley Año 2017																	
Peticiones según clasificación	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e información)	% de peticiones con respuesta en términos de ley
Quejas	15	12	13	8	10	4	11	23	18	18	15	16	163	24%		163	100%
Reclamos	18	28	25	17	11	23	20	22	17	24	22	26	253	38%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e información) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e información) recibidas en el periodo	253	100%
Solicitud Inf.	8	9	11	16	10	13	14	26	26	42	26	13	214	32%		214	100%
Sugerencias	2	2	1	2	3	2	1	2	2	4	2	2	25	4%		25	100%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0%		3	100%
Peticiones	0	0	0	0	0	0	0	5	3	2	2	3	15	2%		15	100%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>51</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>34</b>	<b>42</b>	<b>47</b>	<b>78</b>	<b>66</b>	<b>91</b>	<b>68</b>	<b>60</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>		<b>673</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz PQRSD 2017

RESPUESTA EN TERMINO DE LEY	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
# PQR con Rta en 15 días	35	42	39	27	24	29	33	52	40	49	42	47	459
# PQR con Rta en 10 días	8	9	11	16	10	13	14	26	26	42	26	13	214
# PQR Radicados	66	69	82	58	55	72	67	118	110	154	121	108	1080
# de solicitudes que fueron trasladadas	3	0	1	0	0	2	2	3	3	1	2	1	18
# de solicitudes en el que se nego acceso a la información	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Matriz PQRSD 2017

Durante el año 2017 se recibieron 1080 manifestaciones de las cuales por términos de ley se debía dar respuesta al 62% ya que a las felicitaciones no se emite respuesta al peticionario pero internamente se notifican y se dan a conocer a los colaboradores mencionados en las mismas. Se dio respuesta oportuna en términos de ley de 15 días al 42% que corresponde a 459 peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias y derechos de petición al igual que se da respuesta oportuna en termino de ley de 10 días al 20% que corresponde a 214 solicitudes de información. Esta información es con corte al 31 de Diciembre del 2017.

Plan Anual en Salud – Misión Salud – Decálogo del Gerente

PAS

Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definir estrategias que promuevan la intervención efectiva de las PQRS por fallo en calidez y trato amable, para cada uno de los procesos afectados (25%)</li> <li>Concertar las estrategias definidas con cada uno de los subdirectores o líderes de proceso (25%)</li> <li>Seguimiento a la implementación de las estrategias concertadas (25%)</li> <li>Garantizar que cada uno de los líderes de procesos afectados elaboren los planes de mejora y realizar su respectivo seguimiento a su cumplimiento (25%)</li> </ol>	Trimestral	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe que indique cada una de las Estrategias definidas para promover la intervención efectiva..... 1. Actas de reunión con cada uno de los Subdirectores y/o Líderes de Proceso donde se evidencie la concertación de las Estrategias propuestas</li> <li>Actas de reunión con cada uno de los Subdirectores y/o Líderes de Proceso que evidencien el seguimiento de la implementación de las estrategias concertadas</li> <li>Base de Datos que discrimine las QR, las estrategias propuestas, el seguimiento realizado por cada uno de los procesos afectados</li> <li>Verificar Plan de Mejora incluido en el PUMP por Proceso afectado</li> </ol>	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas
---	--	------------	---	--

Misión Salud

COMPROMISOS MISIÓN SALUD	COMPROMISOS PLAN INDICATIVO Y PLAN DE ACCIÓN EN SALUD
29. Fortalecer la percepción de satisfacción de los clientes internos y externos	1. Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno
33. Garantizar un trato digno y respetuoso para todos los usuarios	1. Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno Bogotá

Para la disminución progresiva de PQRS por falla en calidez y trato digno se concluye que se logró la meta proyectada que era disminuir a 24% las quejas y reclamos presentadas por falla en la calidez y trato digno del cual las actividades planteadas dan resultado gracias al fortalecimiento de la estrategia de continuar **resaltando las felicitaciones** a través de su publicación en las pantallas touch ubicadas en los servicios ambulatorios y de hospitalización, incentivando, y motivando a los colaboradores donde se promovió el reconocimiento y se generaron expectativas, adicionalmente la implementación de planes de mejoramiento por falta de calidez y trato amable el cual se realizaron análisis causal los cuales se incluyeron en el PUM, todo esto aunado a la formulación y ejecución del **Programa de Humanización Institucional que se ha venido desarrollando desde el año 2014** como componente del direccionamiento estratégico del HUS en su misión, visión, Valor Institucional, Declaración institucional de los Derechos y Deberes en salud y nuestro nuevo **eslogan “ Humanización con sensibilidad social”** . .

Gracias a estas estrategias y el compromiso de los colaboradores se logró disminuir para el año 2017 las quejas y reclamos por fallas en la calidez y trato amable en un 21% es decir superamos la meta en un 3%. Es importante mencionar que la calificación del cumplimiento de las acciones del PAS fue del 75% esto se debe a que se calificó como 0% el cumplimiento de las actividades de la SDU para I trimestre del 2017 por no presentación del informe y los soportes del cumplimiento de las actividades realizadas en la fecha establecida por la Oficina de planeación, soportes que fueron tenidos en cuenta por la Oficina de Planeación para la gestión y calificación del II trimestre y de las metas propuestas para la Vigencia 2017.

## PUM

# Hallazgo	Fuente	Descripción de la Observación, Hallazgo y/o	Descripción de la Acción de Mejora	Responsable de la Ejecución	Porcentaje de Avance	Efectividad	Cierre de Ciclo	Resultado y/o Avance	Estado	Barreras de Mejoramiento
1	ACREDITACIÓN	Fortalecer la prestación del servicio de salud humanizado	Disminuir progresivamente las PQRSD por falta en calidad y seguimiento	Subdirectora Defensora del Usuario	100%	SI	CERRADA	1. En el informe de Gestión de PQRSD del primer semestre DE 2017 se observan las estrategias de resaltar Mejoras junto con la Dirección de Desarrollo Humano, proveyendo el reconocimiento. Diariamente quejas y reclamos en el primer y segundo trimestre en un 95%. 2. Se observa acta de marzo 28 de 2017 reunión con desarrollo humano, comunicaciones, subdirección de defensora del usuario en donde se orienta el tema de las Mejoras a los funcionarios y promoto SAMI. Acta de mayo 02 de 2017 de metodología en donde se realiza análisis del comportamiento una dificultad para asignar citas a través de comunicación vía telefónica, acta de marzo de 2017 reunión con hospitalización y hoteles tales en el ítem anexo 3. se observan mails enviados al líder hospitalización, de urgencias, consulta externa socializando principales causas de PQRSD y solicitando se realice el plan de mejora del primero y segundo trimestre y se lleva a ítem de gestión de manera trimestral. 4. Se observa consolidado de enero a julio de 2017 de implementación de planes de mejora de los procesos del Hospital. 5. Se observan actas de seguimiento a estrategias de julio de 2017 en reunión con hotelería, Desarrollo humano y seguimiento a PUMSP. Acta de seguimiento de diciembre 12 de 2017 con líder ambulancia Alexandra Beldari, líder Hospitalización Elin, Hotelería. Indicador: No de quejas y reclamos por falta en la calidad y falta atención / No total de QR resueltas. 77370: 21%	COMPLETO	La realización del análisis causal se demoró
2	AUDITORÍA INTERNA HSEO	Fortalecer la información que se brinda al paciente y su familia	Fortalecer la prestación del servicio de salud	1) Directora de Atención al Usuario, Comité de Humanización 2) Comité de Humanización 3) Subdirectora de la Defensora del Usuario y Líder de Proceso 4) Subdirectora de la Defensora del Usuario	80%	NO	ABIERTA	1. Se cuenta con planillas de socialización del Manual del usuario en el año 2017. 2. Se observan mails enviados al líder hospitalización, de urgencias, consulta externa socializando principales causas de PQRSD y solicitando se realice el plan de mejora del primero y segundo trimestre y se lleva a ítem de gestión de manera trimestral. 3. Se observa consolidado de enero a julio de 2017 de implementación de planes de mejora de los procesos del Hospital. Se evidencia en los planes de mejora 4. Se observan actas de seguimiento a estrategias de julio de 2017 en reunión con hotelería, Desarrollo humano y seguimiento a PUMSP. Acta de seguimiento de diciembre 12 de 2017 con líder ambulancia Alexandra Beldari, líder Hospitalización Elin, Hotelería. Indicador: No de quejas y reclamos por falta de información / No total de QR resueltas. 40370: 11%	EN DESARROLLO	Falta de concreción del plan de mejoramiento del hallazgo.
3	AUTOCONTROL	No se cumple con la planificación definida en la caracterización del proceso para la realización del producto cumpliendo el requisito 7.15 de la Norma ISO 9001:2008. Se evidencia que algunos de los procedimientos planificados y definidos en la caracterización del proceso DAUAF01-V1 no están documentados de acuerdo a la reingeniería del proceso	Actualización de procedimientos y formatos de acuerdo a la nueva caracterización	Directora de Atención al Usuario, Subdirectora de la Defensora del Usuario, Líder de Proyecto de Trabajo Social	100%	SI	CERRADA	Actualización y socialización del procedimiento 01AUF06V2 Y V3 Recepción, respuesta y trámite de peticiones de usuarios. Procedimiento Revisión social e institucional de padecimientos. Atención a población vulnerable y Elaboración de estudio social. Actualización de caracterización del proceso de atención al usuario y procedimientos de atención al usuario.	COMPLETO	Ninguna
6	AUTOCONTROL	N/A	Monitorear las PQRSD que reporten novedades de seguridad y riesgo confirmadas por Reflejo de Seguridad	Subdirección Defensora del Usuario	0%	NO	ABIERTA	En el PUMSP de cada proceso no se observa implementación de algún plan de mejora con ocasión de novedades de seguridad, ya que a la fecha ningún líder de proceso ha manifestado la implementación de un plan de mejoramiento producto de una novedad de seguridad del paciente. La subdirectora ha realizado seguimiento a los planes para verificar si existe o no un plan de mejora con ocasión de una probable novedad de seguridad del paciente.	NO INICIADO	La subdirectora de defensora del usuario no realiza la formulación de este acción de mejora y considera que no se debe llevar para el siguiente año, sin embargo lo único que se seguirá realizando es informar las posibles novedades identificadas de las peticiones.
7	AUDITORÍA INTERNA HSEO	Queja # 176 de la apertura de Buzón 06/09 de Marzo de 2017 radicada en la SDU el 10 de Marzo, fue enviada al Líder del Proceso ambulancia el 23 del mismo mes quien informa que no la correspondía a la Líder de Atención Ambulancia, finalmente se genera respuesta en los términos de Ley	1 Generar controles humanos en los tiempos de revisión de las Peticiones desde la SDU	Subdirectora de la defensora del Usuario	100%	SI	CERRADA	Se evidencia a través de una muestra el cumplimiento de la remisión interna de las Peticiones en el tiempo definido y las peticiones asignadas correctamente al líder del proceso.	COMPLETO	Ninguna

De acuerdo al cierre del PUM 2017 realizado por la oficina de planeación de 5 de las actividades a cargo de esta Subdirección y participación de algunas se observa que se cumplen 3 actividades al 100% y son efectivas, dos actividades que para el año 2018 quedan abiertas es importante mencionar que para fortalecer la información que se brinda al paciente y su familia esta acción de mejoramiento debe ser articulada con los líderes de proceso ya que desde esta Subdirección no es la que debe formular las acciones para la mejora, pero si estimular su formulación y apoyar el monitoreo del seguimiento al cumplimiento de estas actividades para prevenir nuevamente la ocurrencia de Quejas y reclamos de los usuarios ( QR) por la misma causa, sin embargo desde el análisis de las causas de PQRSD se han realizado solicitudes de intervención a esta causa. En cuanto a la actividad de monitoreo de las PQRSD reportadas a Seguridad del paciente es importante tener claridad que la Subdirección informa pero no actúa en los planes de mejoramiento sin embargo se informan las quejas y reclamos que se evidencian posibles novedades de seguridad del paciente y la posibilidad de plantear otras acciones para el año 2018 referente a la acción de mejora.

PAMEC

# HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	% AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO
2	Si bien es cierto se desglosan las causas de las quejas y reclamos no se anexa el análisis de las mismas, las acciones de mejoramiento, los avances y un área integradora de la información y líder en el tema.	Fortalecer el procedimiento relacionado con las quejas y los reclamos de los usuarios donde el enfoque del ciclo PHVA se evidencia completamente	Subdirectora de Defensoría del Usuario	Destinación en un 7% de la Línea base de las QR por la misma causa	100%	Se presenta informe del primer trimestre 2017 en donde se identifican las causas que generan quejas y reclamos, se adjuntan actas de reunión con líderes de proceso: Hotelería, Hospitalización, imágenes diagnósticas, solicitud de acciones de mejora enviadas	COMPLETA
3	En los puntos de radicación de la Dirección de Atención al Usuario informan que el tiempo máximo de respuestas de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de radicación, independientemente de la vía por la cual hayan entregado su comunicación:	Fortalecer el seguimiento, análisis y seguimiento a la efectividad de las acciones que aseguran la eliminación de las causas relacionadas con las quejas.	Subdirectora de Defensoría del Usuario	Acciones de Mejora incluidas en el PUMP y Ejecutadas en un 100% de acuerdo a tiempos establecidos	40%	La revisión a la oportunidad de mejora muestra un total de 13 Oportunidades distribuidas en los siguientes procesos: Atención al paciente ambulatorio = 2 Imágenes Diagnósticas = 2 Atención al Paciente Hospitalizado = 4 Atención al paciente de Urgencias = 2 Hotelería Hospitalaria = 3. La subdirectora manifiesta que el seguimiento a cada uno de los procesos se encuentra soportado mediante acta, de las cuales no se revisó la totalidad, quedando pendiente su envío por medio electrónico a la oficina de calidad. Así mismo para evaluar la efectividad de las acciones implementadas se solicita a la Subdirectora de Defensoría del Usuario la relación de las quejas interpuestas a la entidad correspondientes al segundo y tercer trimestre, detalladas por procesos, las cuales muestran una tendencia descendente en lo que respecta a trato humanizado, no obstante se requiere continuar desplegando las estrategias definidas a nivel institucional para controlar y/o minimizar las quejas relacionadas por esta causa. Dentro de las recomendaciones y/o observaciones identificadas en la presente oportunidad se identifican: La ejecución de un trabajo articulado entre la oficina de defensoría y planeación para evaluar la calidad técnica y pertinencia de las acciones de mejoramiento planteadas para subsanar los causales que generan la interposición de quejas por parte de los usuarios. La aprobación previa por parte de la Oficina de Atención al Usuario en acompañamiento con la oficina de calidad de los planes de mejoramiento relacionados por estos causales: ACTIVIDAD QUE SERÁ TRATADA CON LA JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD. De igual manera hasta que no se haga revisión de la información, no se definirá el cierre de la Oportunidad	COMPLETA
4	Además, se pudo evidenciar como resultado de las encuestas aplicadas a los usuarios que el 53% de los pacientes entrevistados manifestó conocimiento sobre como reportar quejas. Como oportunidad de mejoramiento deben desarrollarse estrategias para dar a conocer:	Fortalecer los mecanismos de comunicación a los pacientes y familiares que brinde información de cómo presentar quejas, reclamos y felicitaciones, monitoreo y establecer las acciones que correspondan.	1. Directora de Atención al Usuario 2. Subdirectora de la Defensoría del Usuario	Actividades realizadas documentadas	100%	Se evidencian: 1) charlas a pacientes en salas de espera 2) durante las rondas a pacientes hospitalizados 3) mensajes en las Carteleras Rodantes de la Dirección de Atención al usuario 4) Página WEB y nuevos mecanismos definidos De lo anterior existe como	COMPLETA
6	EL HUS cuenta con una declaración de siete (7) Derechos y cuatro (4) Deberes, en el marco de la Ley 100 de 1993 y la resolución 13437 de 1991, la cual fue revisada en Septiembre de 2014 mediante la resolución 367, en donde se direccionaron los deberes y d	Actualizar los derechos y deberes teniendo en cuenta lo establecido en la ley estatutaria (1751 del 2015), divulgar la versión, evaluar el conocimiento y realizar los ajustes pertinentes.  Realizar la revisión e inclusión de los deberes y derechos para gr	Subdirectora de la Defensoría del Usuario	NA	0%	Dentro de los soportes evidenciados en la revisión se encuentra la definición de los Derechos y Deberes institucionales en 2 idiomas el MALLAMAS (Dialecto indígena) y en inglés. Dentro de las recomendaciones y/o observaciones identificadas en la presente oportunidad se identifican: Realizar el video que se tenía contemplado como una de las actividades para el cumplimiento de la Oportunidad de Mejoramiento para facilitar su difusión a los usuarios con alguna condición de discapacidad.	COMPLETA
			Subdirectora de la Defensoría del Usuario	# de Pacientes de la población específica a quienes se les socializó D y D/ Total de Población en especial identificada		Se implementó el Sistema de Orfeo para interponer PQR/FUNCIONAMIENTO DE PANTALLAS Touch	EN DESARROLLO
			1. Subdirectora de la Defensoría del Usuario y 2. Comunicadora Social en Misión	# de Pacientes de la población específica que comprende la declaración de D y D/ Total de Usuarios de la Población especial encuestada		Se evidencian despliegue y evaluación del entendimiento de los D y D a grupos específicos	COMPLETA
			1. Subdirectora de la Defensoría del Usuario 2. Comunicadora Social en Misión				COMPLETA
7	Se resaltan las diferentes políticas relacionadas con la dirección de la entidad, los órganos de control externo, desarrollo administrativo, gestión ética, gestión de recurso humano, comunicación e información, calidad, responsabilidad social, medio ambiente	Evaluar de manera periódica los indicadores que permitan monitorear la gestión del código de ética y el código de buen gobierno en la administración pública, de forma eficiente, íntegra y transparente	1. Subdirectora de la Defensoría del Usuario 2. Integrantes del Comité de Humanización	Porcentaje de principios y valores del código de ética vulnerados / Cantidad de PQRs del trimestre X 100	75%	Se adjunta resultado de las encuestas de satisfacción, Vs Código periodos de Ética, periodos IV trimestre de 2015 a I trimestre 2017, aplicadas al paciente y familia de Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización.	COMPLETA

En cuanto al cumplimiento del PAMEC 2017 con las 5 actividades asignadas a la SDU se cumple dos actividades al 100% sin embargo las la actividad 3 se deja para dar continuidad durante el año 2018. Las demás actividades fueron compartidas y no se logró al 100% se espera que para el año 2018 se formulen nuevas acciones según informe de evaluación de estándares de acreditación realizado por ICONTEC en el año 2017.

### MECI 2017

2.	Fortalecer los nuevos mecanismos (ORFEO) para que los usuarios manifiesten PQRS frente a la prestación de servicios, evidenciado a través de: -Análisis de indicadores de frecuencia de uso de la herramienta de los diferentes mecanismos de manifestación de las PQRS	Subdirección de Defensoría del Usuario	Diciembre de 2017	HUS y Unidades Funcionales	Según normatividad vigente
----	--	--	-------------------	----------------------------	----------------------------

Se da cumplimiento a la actividad programada en MECI de fortalecer los mecanismos de manifestaciones de PQRS a través del ORFEO y se reportó los resultados en los informes de la SDU trimestralmente en la clasificación de PQRS por canal de ingreso.

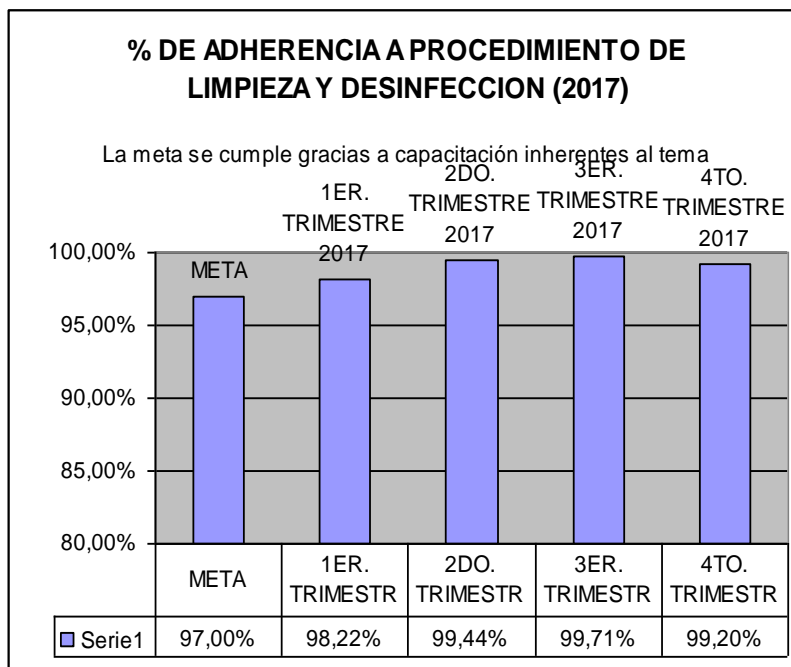
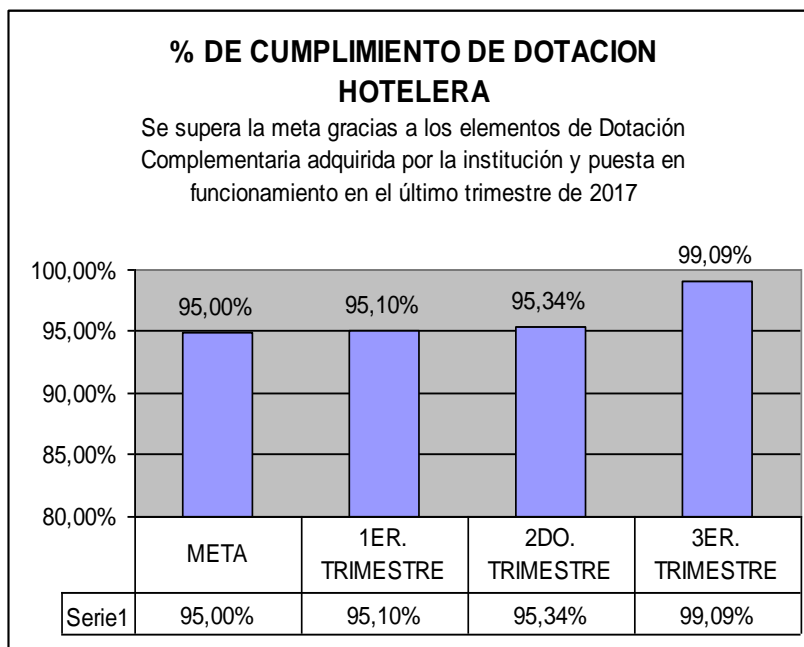
### Plan Anticorrupción

No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
11	Realizar periódicamente (semestral) mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido, e informar los resultados al nivel directivo con el fin de identificar oportunidades y acciones de mejora.	<b>ACTIVIDADES AGOSTO 31 DE 2017</b> Esta información se mide a través de los informes de gestión con la información relacionada a la vulneración de los atributos de calidad producto de las quejas y reclamos el cual incluye accesibilidad y percepción de los servicios prestados. Trimestralmente se realiza el informe de gestión donde se informan los resultados obtenidos y las oportunidades o acciones de mejora se realizan por proceso o por causas reiterativas. <b>ACTIVIDADES DICIEMBRE DE 2017</b> La actividad esta planteada hasta enero de 2018 sin embargo se han realizado actividades para dar cumplimiento a la meta en el 2018	60%	<b>OBSERVACION AGOSTO /17</b> No se evidencia información de la U.F. Z.
10	Caracterizar a los ciudadanos - usuarios, grupos de interés y revisar la pertinencia de la oferta, canales, mecanismos de información y comunicación empleados por la entidad	<b>ACTIVIDADES AGOSTO 31 DE 2017</b> Se realizó una identificación sociocultural de nuestros usuarios con el fin de llegar los grupos de población específica que es atendida por nuestra institución donde se realizó a través del análisis de nuestros clientes (entidades responsables de pago) al cual se solicitó nos informaran que tipo de poblaciones tenían afiliada con dialectos o lenguas madre cuyo resultado se logró realizar la traducción de los derechos y deberes institucionales en la lengua TIKUNA la cual es la lengua madre de Amazonas.	40%	<b>OBSERVACION AGOSTO /17</b> Adicionalmente se realiza la traducción de nuestros Derechos y Deberes en el segundo idioma inglés en aras de llegar a los diferentes usuarios extranjeros que posiblemente visiten nuestra Institución.
12	Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles que permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país, y para las personas en situación de discapacidad.	<b>ACTIVIDADES AGOSTO 31 DE 2017</b> Se cuenta con diagnóstico de la población con limitaciones que requiere acceso a la información. Se definen herramientas de divulgación de derechos y deberes de acuerdo al análisis de la población con discapacidad donde se define la realización de videos de derechos y deberes donde incluye lenguaje de señas, voz y subtítulos con el fin de proyectar en las pantallas touch, círculo cerrado y pagina web.	100%	
13	Generar un informe de solicitudes de acceso a información que contenga: 1, El número de solicitudes recibidas. 2, El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3, El tiempo de respuesta a cada solicitud.	<b>ACTIVIDADES AGOSTO 31 DE 2017</b> El informe de solicitudes de acceso a la información se evidencia en el informe suministrado por la subdirección operativa de Defensoría del usuario, así: -Numero de solicitudes recibidas PQRSO en el primer semestre de 2017 402 distribuidas en: 10 pagas, 122 reclamos, 139 felicitaciones, 67 solicitudes de información, 12 sugerencias y 2 denuncias. -El numero de solicitudes trasladadas a otra institución 1. -El tiempo promedio de respuesta de cada solicitud es de 13 días.	100%	Se cuenta con la información documentada en el procedimiento 02AUF06-v2 tramite y respuesta a peticiones de usuarios, en el componente cuarto, la actividad No.5
14	Actualizar el procedimiento de recepción, tramite y respuesta de peticiones de usuarios en lo relacionado con el sistema ORFEO e implementarlo	<b>ACTIVIDADES AGOSTO 31 DE 2017</b> El procedimiento recepción, tramite y respuesta a peticiones de usuarios - código 02AUF06-V2 se actualizó el 13-06-2017, el cual incluye lo relacionado con el aplicativo ORFEO. <b>ACTIVIDADES DICIEMBRE 31 DE 2017</b> El procedimiento AUF06-V3 se actualizó y aprobó el 23 de noviembre de 2017; se comunico a todos los directores, subdirectores operativos, líderes de proyecto y coordinadores por correo electrónico de fecha 28/11/2017	100%	<b>OBSERVACION AGOSTO /17</b> No se evidencia la implementación en Bogotá y en la U.F Zipaquirá.

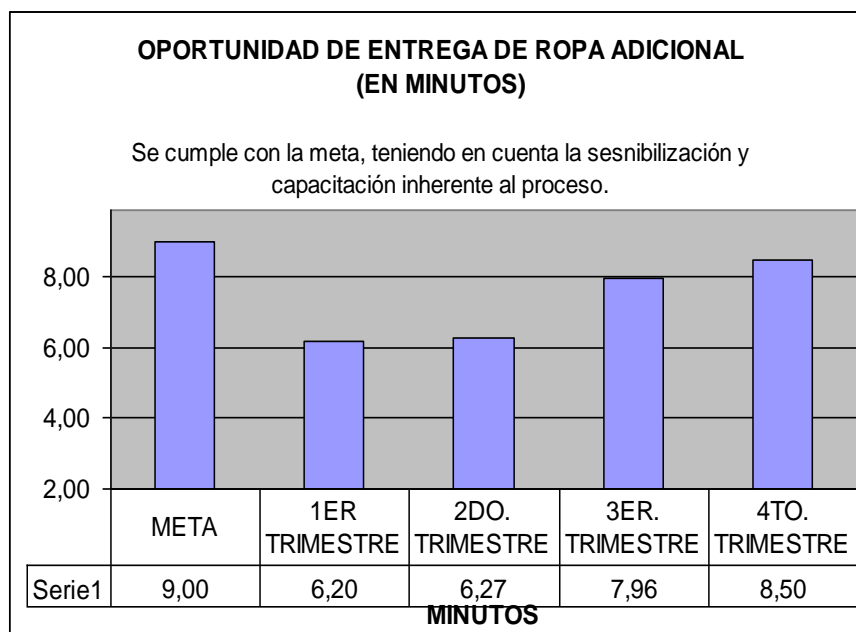
De acuerdo a las cinco actividades programadas en el plan anticorrupción se da cumplimiento al tres de ellas al 100% según seguimiento realizado por la oficina de control interno quedando la actividad 10 con un 40% debido a la meta proyectada de realizar la caracterización de la población del cual se manifestó las dificultades presentadas para la elaboración del mismo, en cuanto a la actividad 11 de la medición de la percepción de los usuarios esta calificación quedo en el 60% por que no se tuvo en cuenta desde la Oficina de Control Interno, la información que se suministra en los informes de gestión trimestralmente la U.F de Zipaquirá cuya fuente son los resultados de las Encuestas de Satisfacción y de las gestión de PQRSO interpuestas por los usuarios, el SIAU, lo cual también se puede evidenciar en el presente informe como en los informes trimestrales que se presentaron por escrito y se expusieron tanto en el Comité Directivo del cual hace parte la Jefe de la Oficina de control Interno como en la Junta Directiva, de manera oportuna.

**2.5 GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA**

**INDICADORES DE CALIDAD A 4to. TRIMESTRE DE 2017**







En el consolidado de quejas y reclamos del usuario, se reportan las siguientes causas frente a temas relacionados con Hotelería Hospitalaria, de los cuales se dio uno traslado para gestión a la empresa de Vigilancia, bajo la supervisión de la Dirección Administrativa:

MESES	CAUSA	ACCION DEMEJORA
<b>OCTUBRE</b>	1. SOLICITUD DE ROPA ADICIONAL (1) 2. REPORTE DE PERDIDA DE DINERO (1) 3. CAMBIO DE COLCHON (1) 4. MAL TRATO POR PARTE DE PERSONAL DE ASEO (1) 5. FALTA DE LIMPIEZA EN BAÑOS (1)	1. RETROALIMENTACION CON EMPRESA DE LAVANDERIA (PUM) 2. SE TRASLADA A DIRECCION ADMINISTRATIVA PARA PLANTEAR ACCIONES DE MEJORA 3. SE CAMBIO DE INMEDIATO COLCHON 4. SE RESOCIALIZO EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA (PUM)
<b>NOVIEMBRE</b>	1. FALTA DE LIMPIEZA EN BAÑOS (1)	1. SE RESOCIALIZO EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA (PUM)
<b>DICIEMBRE</b>	1. RESIDUOS EN EL ANDÉN DE CARRERA 1ª. 2. FALTA DE LIMPIEZA EN BAÑOS (2) 3. SOLICITUD DE COLCHON (1)	1. SE NOTIIFCÓ A UNIDAD DE SERVICIOS PÚBLICOS 2. SE RESOCIALIZO EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA (PUM). 3. SE ENTREGÓ DE INMEDIATO EL COLCHON

**PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA**

**A. CIERRE PUM:**

Para el último trimestre de 2017, el seguimiento reportó el cierre de 9 de los 10 hallazgos, es decir, **se cumplió con el 90%**. La actividad que no se cerró, se traslada para PUM 2018, ya que faltó la medición de adherencia: EL PLAN DE SANEAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTACION, NO SE ENCUENTRA EN EL FORMATO ESTANDARIZADO POR LA INSTITUCION, DENTRO DEL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL.

### PLAN DE MEJORA ACREDITACION (HOTELERIA HOSPITALARIA)

Para el ESTANDAR DE AMBIENTE FISICO se realizó el cierre 2017, con **un porcentaje de cumplimiento del 100%** y donde se formula el PUM para al 2018. El líder del Estándar para el año 2018 será el Subdirector de Hotelería:

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
GESTION DE INFRAESTRUCTURA	1	ACREDITACIÓN	HACE FALTA OBTENER LA TRAZABILIDAD DE LAS ORDENES DE MANTENIMIENTO, DESDE QUE SE REALIZA LA SOLICITUD, HASTA QUE SE RESUELVE LA SITUACION REPORTADA	LA HERREMIENTA DE CAPTURA DE LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO ESTA SIENDO EFICIENTE	AJUSTAR, IMPLMETAR Y MEDIR ADHERENCIA HERRAMIENTA PARA SOLICITUDES DE ARQUITECTURA Y MANTENIMIENTO
GESTION DE LA CALIDAD	2	ACREDITACIÓN	FALTA REALIZAR LA SOCIALIZACION E IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE GESTION AMBIENTAL	EL PROGRAMA DE GESTION AMBIENTAL SE HA SOCIALIZADO E IMPLEMENTADO PARCIALMENTE EN EL HUS	IMPLEMENTAR EN UN 50% EL PROGRAMA DE GESTION AMBIENTAL
GESTION DE INFRAESTRUCTURA	3	ACREDITACIÓN	FALTAN REFERENCIACIONES COMPARATIVAS DE ESTANDAR DE AMBIENTE FISICO A FIN DE IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA	NO SE HAN PROGRAMADO PARA LA VIGENCIA 2018 REFERENCIACIONES COMPARATIVAS DE ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO	REALIZAR 2 REFERENCIACIONES COMPARATIVAS A FIN DE IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE MEJORA EN ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	4	ACREDITACIÓN	SE DEBE AJUSTAR EL PLAN DE EMERGENCIAS CON EL ALCANCE DE LA	EL PLAN DE EMERGENCIAS INSTITUCIONAL NO HA SIDO AJUSTADO DE ACUERDO A LA	AJUSTAR, IMPLMETAR Y MEDIR ADHERENCIA AL PLAN DE EMERGENCIAS

			NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE Y ARTICULADO CON EL PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE Y ARTICULARLO CON EL PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	INSTITUCIONAL
--	--	--	---	--	---------------

**PAS**

La actividad que apoya en el PAS el proceso de Hotelaría Hospitalaria está inmersa en el despliegue de las Líneas Estratégicas del Plan de Humanización, fortalecido en la RUTA DE ACREDITACION con la Línea Estratégica de Ambiente y Tecnología Amigable.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS	AVANCES IV TRIMESTRE DE 2017
CAMPAÑA DE AMBIENTE Y TECNOLOGIAS AMIGABLES: CULTURA DE SILENCIO, CUIDADO DEL AMBIENTE FISICO (RESIDUOS, INSTALACIONES)	TEMA SOCIALIZADO EI DIA DEL PACIENTO CON ESTAN Y STAND UP COMEDY POR TODOS LOS SERVICIOS
SENSIBILIZACION CON USUARIOS EN EL ACCESO PRINCIPAL CON CHARLAS IMPARTIDAS POR PERSONAL DE VIGILANCIA	TEMA SOCIALIZADO EN RUTA DE ACREDITACION: CAMPAÑA DE SILENCIO, ESPACIOS LIBRES DE HUMO, CUIDADO DE PERTENENCIAS, CUIDADO DE LAS INTALACIONES, IDENTIFICACION DE PACIENTE, DERECHOS Y DEBERES, MANEJO DE RESIDUOS, PLAN DE EMERGENCIAS, HORARIOS DE VISITAS A PACIENTES,
ENCUESTA DE PÉRCEPCION DE TEMAS DE L.E. AMBIENTE Y TECCOLOGIA AMIGABLE	SE REALIZO DESPLIEGUE POR TODOS LOS SERVICIOS CON USUARIOS Y FAMILIA Y SE MIDE LA PRECEPCION POR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN INSTITUCIONAL Y EN EL PERSONAL DE ENFRMERIA SE MIDIO ADHERENCIA A EXPLICACION DE USO DE DISPOSISTIVOS

**GESTION DEL RIESGO**

A la fecha se está actualizando la matriz de riesgos por ajustes en la caracterización; sin embargo se describe el comportamiento del riesgo con mayor impacto a cuarto trimestre de 2017:

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACION DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES REALIZADAS	IMPACTO
			ZONA DE RIESGO			
Ingreso de elementos no autorizados	Elementos que ingresan al hospital para causar daño o lesión ha alguno de los funcionarios o usuarios ingreso de alimentos y bebidas	Perdida de la seguridad del personal del Hospital Alteración en la prestación del servicio Insatisfacción del usuario Mala imagen institucional	EXTREMA	Elementos de apoyo para la prestación del servicio (Detectores de metales)	Verificación y cumplimiento de procedimiento de ingreso y egreso de pacientes, visitante, estudiantes y colaboradores	NO HAY REPORTE DE QUEJAS POR ESTA CAUSA
				Personal de seguridad	40	
				Revisión de todos los paquetes que entran y salen a la institución	10	

**OTROS**

**3.2.4.7.1 MODERNIZACION DE DOTACIÓN COMPLEMENTARIA HOTELERÍA HOSPITALARIA**

**DISTRIBUCION DE MOBILIARIO (VER ANEXO 1. CON REGISTRO FOTOGRÁFICO)**

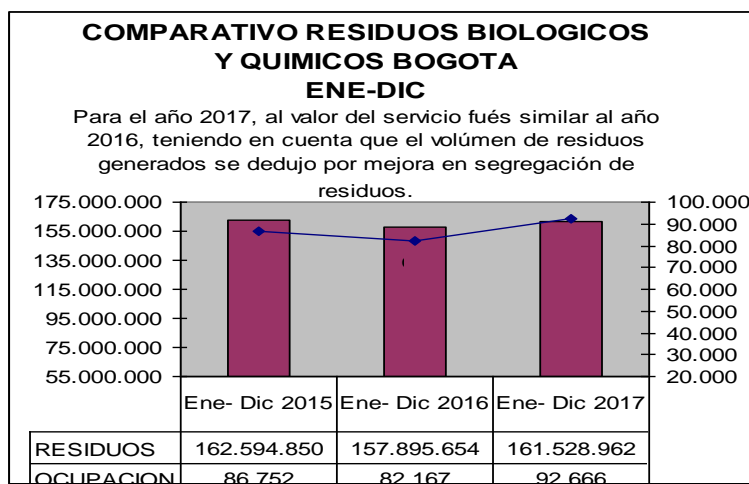
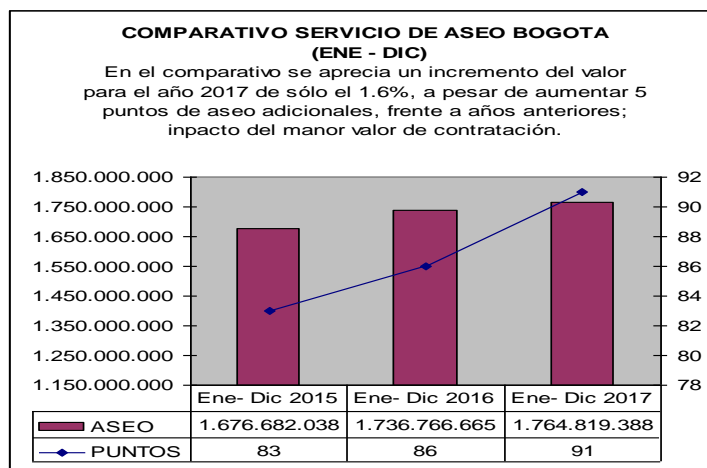
ITEM	PRODUCTO	DISTRIBUCION										CANTIDAD TOTAL	
		BANCO DE SANGRE	URGENCIAS	UNIDAD QUIRURGICA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	UCI	HOTELERIA	SERVICIO ALIMENTACION	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	TOTAL BOGOTA		TOTAL ZIPAQUIRA
1	CAMILLA DE TRASPORTE					2	1			1	4	5	9
2	CAMILLA GINECOLOGIA											1	1
3	CAMILLA DE CONSULTORIO											10	10
4	CUNA NEONATOS											12	12
5	SILLA PATO					8					8	4	12
6	MESA PUENTE					15					15	20	35
7	ATRILES PORTABOMBA		5			5	5				15	26	41
8	MESA MAYO			2		6				2	10	13	23
9	MESA RIÑONERA			2						3	5	3	8
10	ESCALERILLAS		2	2	5	6					15	70	85
11	MESA DE NOCHE					15					15	10	25
12	SOFÁ DOBLE		4			11					15	16	31
13	SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL (SILLA PARA ACOMPAÑANTE)					15					15	40	55
14	SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL PARA PACIENTE DE URGENCIAS (OBSERVACION)		8								8		8
15	SILLA PARA FLEBOTOMIA	2									2		2
16	SILLA DE FLEBOTOMIA PARA CAMPAÑA	6									6		6
17	SOFÁ DE TRES PUESTOS			2							2	3	5
18	SILLA INTERLOCUTORA		10		10						20	22	42
19	TANDEM DE 4 PUESTOS											8	8
20	MESA AUXILIAR PARA TRASPORTE DE EQUIPOS											8	8
21	CARRO AUXILIAR PLASTICO	1		2							3	16	19
22	REPISA MOVIL TODO SERVICIO			5							5	3	8
23	SILLAS DE RUEDAS		2	2		10				1	15	10	25
24	MESA GABINETE CON RUEDAS				3		2				5	0	5
25	MESA DE CURACIONES											5	5
26	BIOMBO CLINICO DE TRES CUERPOS	2				2					4		4

27	DISPENSADOR DE AGUA FRIA Y CALIENTE						1			1		1
28	CARPA PARA CAMPAÑAS BANCO DE SANGRE				8					8		8
29	SILLAS PARA CAMPAÑA DE BANCO DE SANGRE				8					8		8
30	JUEGO DE COMEDOR Y SILLAS. SERV. ALIMENTOS				8					8		8

**INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS**

**COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2015, 2016 Y 2017 CUARTO TRIMESTRE**

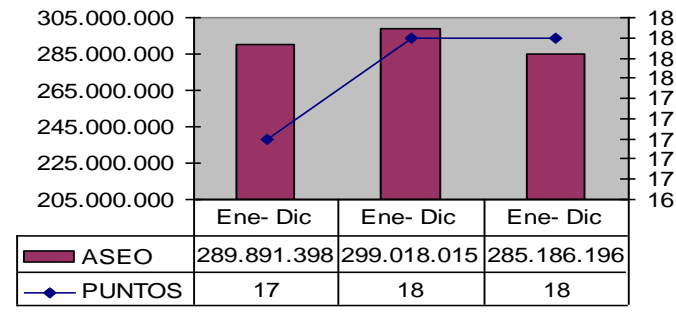
**SEDE BOGOTA**



UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

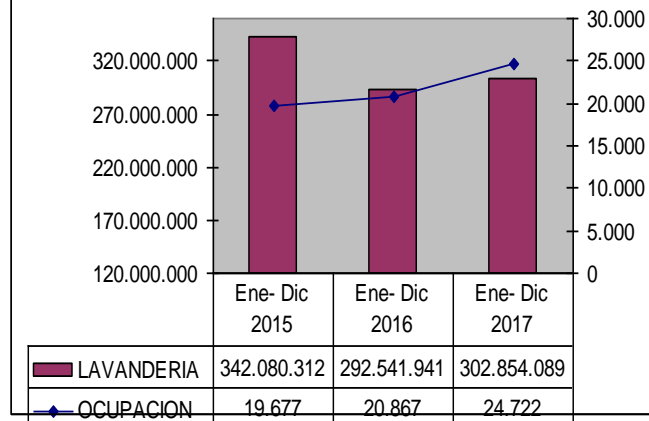
**COMPARATIVO SERVICIO DE ASEO  
U.F. ZIPAQUIRA (ENE- DIC)**

Para la vigencia 2017, se disminuyó el costo del servicio en un 4.8%, teniendo en cuenta que el valor de contratación fue menor al 2016.



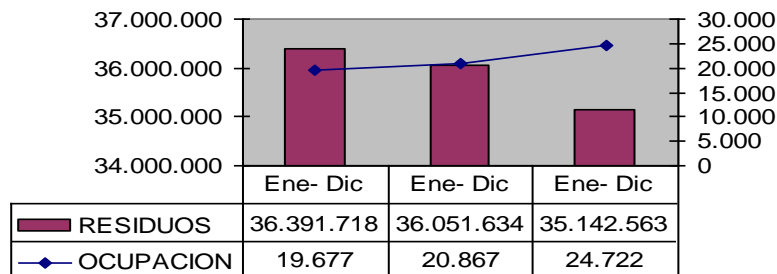
**COMPARATIVO LAVANDERIA U.F.  
ZIPAQUIRA (ENE-DIC)**

El aumento del 3,4 en el valor del servicio, impacto del incremento de la ocupación.



**CONSOLIDADO RESIDUOS U.F.  
ZIPAQUIRA (ENE A DIC)**

Para el año 2017, al valor del servicio disminuyó con respecto al año 2016, teniendo en cuenta que el volumen de residuos generados se redujo por mejora en segregación de residuos.



**MODERNIZACIÓN DE DOTACION COMPLEMENTARIA  
SEDE BOGOTA**

SILLA PARA CAMPAÑA BANCO DE SANGRE	3
CARPAS PARA CAMPAÑA BANCO DE SANGRE	1
JUEGO DE COMEDOR PARA SERVICIO DE ALIMENTOS	20
SISTEMA DE CORTINAS AUDITORIO	35
CAMILLA DE TRASPORTE	4
CARRO AUXILIAR PARA SALA DE RESONANCIA	1
CARRO HIGIÉNICO PARA RESONANCIA MAGNETICA	1
CAMILLA DE TRASPORTE PARA RESONANCIA MG	1
ESCALERILLAS PARA SALA DE RESONANCIA	1
SILLA PATO	8
MESA PUENTE	15
ATRILES PORTABOMBA	15
MESA MAYO	10
MESA RIÑONERA	5
ESCALERILLAS	15
MESA DE NOCHE	15
SOFÁ DOBLE	15
SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL (SILLA PARA ACOMPAÑANTE)	15
SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL PARA PACIENTE DE URGENCIAS (OBSERVACION)	8

SILLA PARA FLEBOTOMIA	2
SILLA DE FLEBOTOMIA PARA CAMPAÑA	6
SOFÁ DE TRES PUESTOS	2
SILLA INTERLOCUTORA	20
CARRO AUXILIAR PLASTICO	3
REPISA MOVIL TODO SERVICIO	5
SILLAS DE RUEDAS	15
MESA GABINETE CON RUEDAS	5
COLCHONETA PARA MESA QUIRURGICA	5
COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	10
COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	12
COLCHONETA PARA CAMILLA	30
COLCHONETA PARA CUNA	0
COLCHONETA PARA FISIOTERAPIA PLEGABLE EN CUATRO PLANOS	4
RODILLO PARA MOVILIZAR PACIENTE EN CAMA	10
BIOMBO CLINICO DE TRES CUERPOS	4
DISPENSADOR DE AGUA FRIA Y CALIENTE	1

**MODERNIZACIÓN DE ESPACIOS**

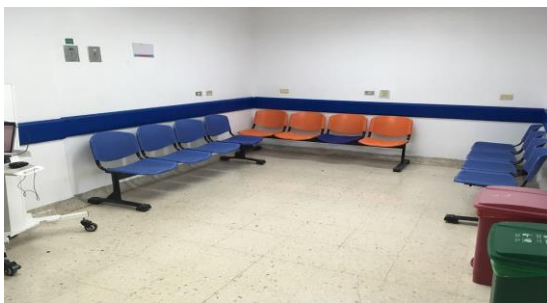
Habitaciones



Salas de Espera



**SILLAS PARA ACOMPAÑANTES, SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS Y SALA DE**





EGRESO

ANTES

DESPUES

**MODERNIZACIÓN SILLAS PARA BANCO DE SANGRE, SILLAS DE RUEDAS Y AREAS DE BIENESTAR**



**MODERNIZACION DE DOTACIÓN COMPLEMENTARIA  
UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA**

CAMILLA DE TRASPORTE	5
CAMILLA GINECOLOGIA	1
CAMILLA DE CONSULTORIO	10
CUNA NEONATOS	12
SILLA PATO	4
MESA PUENTE	20
ATRILES PORTABOMBA	26
MESA MAYO	13
MESA RIÑONERA	3
ESCALERILLAS	70
MESA DE NOCHE	10
SOFA DOBLE	16
SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL (SILLA PARA ACOMPAÑANTE)	40
SOFA DE TRES PUESTOS	3
SILLA INTERLOCUTORA	22
TANDEM DE 4 PUESTOS	8
MESA AUXILIAR PARA TRASPORTE DE EQUIPOS	8
CARRO AUXILIAR PLASTICO	16

REPISA MOVIL TODO SERVICIO	3
SILLAS DE RUEDAS	10
COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	10
COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	10
COLCHONETA PARA CAMILLA	20
COLCHONETA PARA CUNA	10
MESA DE CURACIONES	5
COMPRESEROS REDONDOS EN METAL TUBULAR	3

### Habitación Adulto



### Habitación Pediatría



**Unidades de Pediatría/Neonatos**



**Consultorios**



**Modernización de Camillas**



**Sillas de Ruedas**



## 2.6 GESTIÓN DE ENFERMERIA

### INFORME DE GESTION Y PARTICIPACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS DIFERENTES PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS

#### Cuarto trimestre de 2017

Información Referente a distribución de la conformación recursos humano subdirección de Enfermería a diciembre de 2017

Cargo	PLANTA	%	COLTEMPORA	%	TOTAL
Enfermeros Asistenciales	12	13,6	76	86,4	88
Enfermeros supervisores	4	100,0	0	-	4
Enfermeros programas especiales	7	70,0	3	30,0	10
Enfermeros grupo mejoramiento	3	75,0	1	25,0	4
Líder de proyecto	1	100,0	0	0,0	1
Subdirectora de Enfermería	1	100,0	0	0,0	1
Auxiliares de Enfermería	77	23,4	252	76,6	329
Camilleros	7	33,3	14	66,7	21
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>24,5</b>	<b>345</b>	<b>75,5</b>	<b>457</b>

Fuente: Listados turnos subdirección de enfermería

Como se puede evidenciar el porcentaje de personal tercerizado es cada vez mayor en la actualidad comprende el 84.6% % de profesionales de enfermería, 76.6% de auxiliares de enfermería y 66.7% de camilleros, situación que desfavorece aspectos tales como estabilidad laboral, aumento en la rotación, compromiso institucional y sentido de pertenencia con la institución. Sin embargo la institución adelanta el proceso de concurso de carrera administrativa que permitirá en un futuro mejorar el índice de personal de planta y estabilidad en el recurso humano que favorezca la calidad y seguridad de la atención de enfermería.

En el análisis de los datos se puede evidenciar como primera causa de ausentismo las incapacidades tanto del personal de planta como de contrato, por lo cual de parte de la subdirección de enfermería se hace gestión en el cubrimiento de incapacidades prolongadas y para las menores a 5 días se hace redistribución del personal de acuerdo con las necesidades de los servicios.

Con respecto a las ausencias no justificadas del personal de contrato, se hace desde la subdirección de enfermería revisión del total de estas con el fin de verificar causalidad, verificación de soportes de forma conjunta con el coordinador técnico de la empresa coltempora y remisión de casos a procesos disciplinarios a que haya lugar.

Otro aspecto a considerar son el número de permisos sindicales que aunque se gestiona su cubrimiento a través de la empresa Coltempora si aportan alta rotación del personal. Por lo anterior la rotación del personal es un factor multicausal no fácil de controlar y que influye en la continuidad, seguridad, calidad en la atención de enfermería brindada a nuestros pacientes.

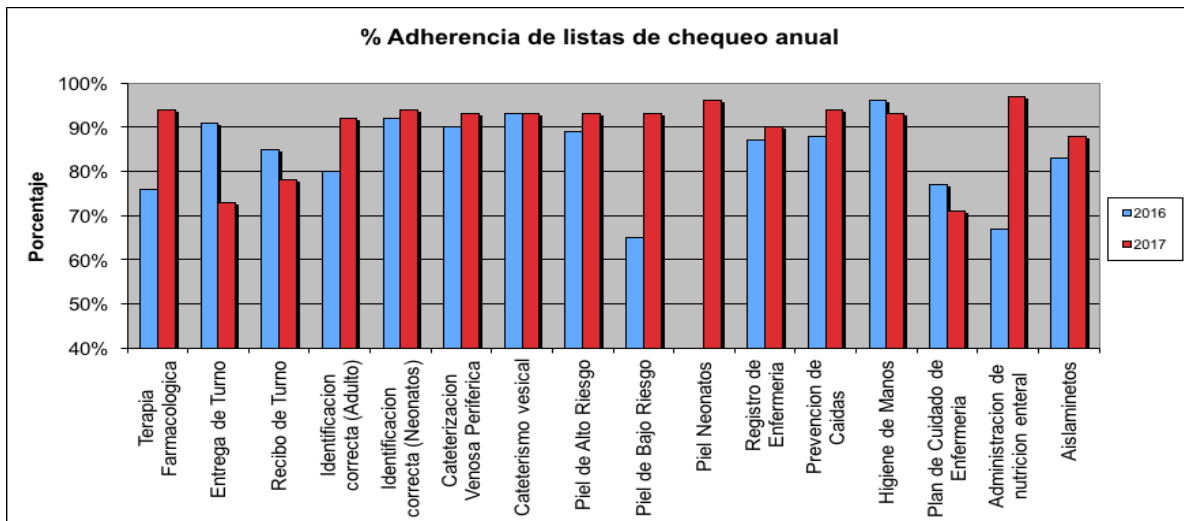
**Consolidado medición a la adherencia de procedimientos, protocolos prioritarios. IV Trimestre 2017**

Listas de Chequeo/Meses	IV Trimestre		
	Octubre	noviembre	diciembre
Terapia Farmacológica	94%	94%	93%
Entrega de Turno	69%	79%	71%
Recibo de Turno	87%	81%	75%
Identificación correcta (Adulto)	95%	91%	95%
Identificación correcta (Neonatos)	95%	98%	93%
Cateterización Venosa Periférica	96%	94%	99%
Piel de Alto Riesgo	89%	92%	99%
Piel de Bajo Riesgo	91%	90%	98%
Registro de Enfermería	92%	90%	95%
Prevención de Caídas	95%	93%	97%
Higiene de Manos	97%	96%	99%
Plan de Cuidado de Enfermería	82%	86%	87%
Aislamientos	88%	96%	96%

Se puede evidenciar que los procedimientos priorizados se mantienen con porcentajes superiores al 90%, a excepción del procedimientos de recibo y entrega de turno con un promedio de adherencia de 73% siendo los ítems de menor adherencia los relacionados con la puntualidad, realización de inventarios e informe de los planes de cuidado establecidos. Con relación al procedimiento de adherencia a planes de cuidado se obtuvo un promedio de 82% de adherencia siendo el ítem que presenta menor cumplimiento el registro del personal auxiliar de enfermería con respecto a las acciones planeadas

**Consolidada adherencia a listas de chequeo comparativo 2016 2017**

Comparativo adherencia procedimientos priorizados a enfermería 2016 - 2017		
Listas de Chequeo	Años	
	2016	2017
Terapia Farmacológica	76%	94%
Entrega de Turno	91%	73%
Recibo de Turno	85%	78%
Identificación correcta (Adulto)	80%	92%
Identificación correcta (Neonatos)	92%	94%
Cateterización Venosa Periférica	90%	93%
Cateterismo vesical	93%	93%
Piel de Alto Riesgo	89%	93%
Piel de Bajo Riesgo	65%	93%
Piel Neonatos		96%
Registro de Enfermería	87%	90%
Prevención de Caídas	88%	94%
Higiene de Manos	96%	93%
Plan de Cuidado de Enfermería	77%	71%
Administración de nutrición enteral	67%	97%
Aislamientos	83%	88%



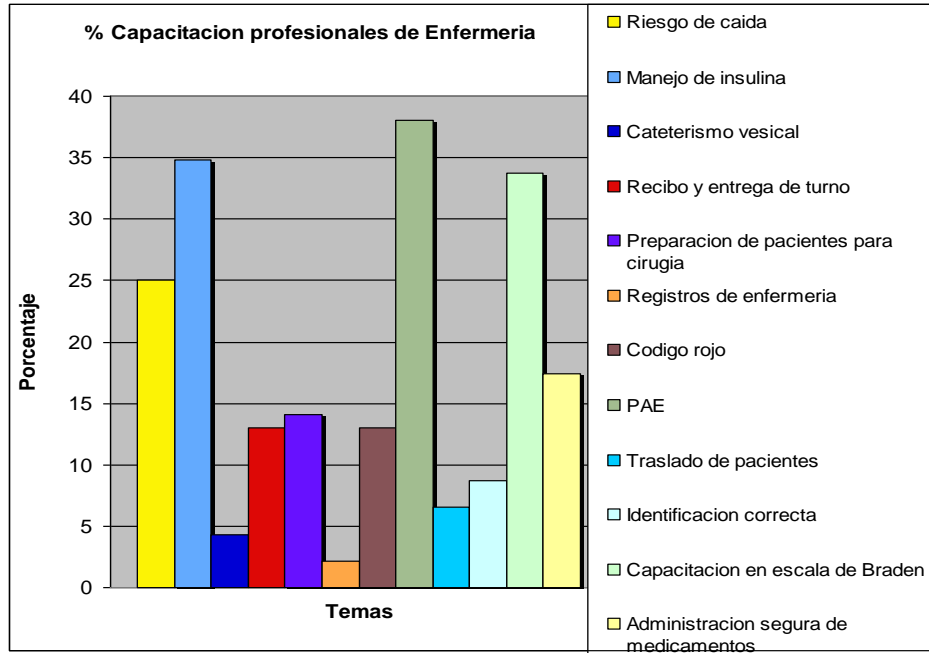
En relación con la medición de adherencia de los procedimientos priorizados con relación al año 2016, se mejoró la adherencia en los procedimientos de terapia farmacológica en un 18%, identificación correcta del adulto en un 12%, cateterización venosa periférica en un 3%, adherencia a cuidado de piel bajo riesgo en el 28% y 3% para pacientes con alto riesgo, para registros de enfermería se incrementó un 3%, en el protocolo de prevención de caídas hubo un incremento del 5%, administración de nutrición enteral fue del 30%, sin embargo los procedimientos que no mostraron aumento en su adherencia fueron plan de cuidado de enfermería y el recibo u entrega de turno. Cabe resaltar que el plan de cuidado de enfermería ha mejorado en su registro en dinámica gerencial y se cuenta con una herramienta disponible en la intranet para la consulta de los diagnósticos de enfermería.

Para el procedimiento de recibo y entrega de turno Entrega de Turno por parte de los supervisores de enfermería y Enfermeros del grupo de calidad se continúa haciendo retroalimentación a los equipos de

trabajo de acuerdo con las no conformidades encontradas en este procedimiento, dejando los soportes de la misma.

**Información Referente a Capacitación**

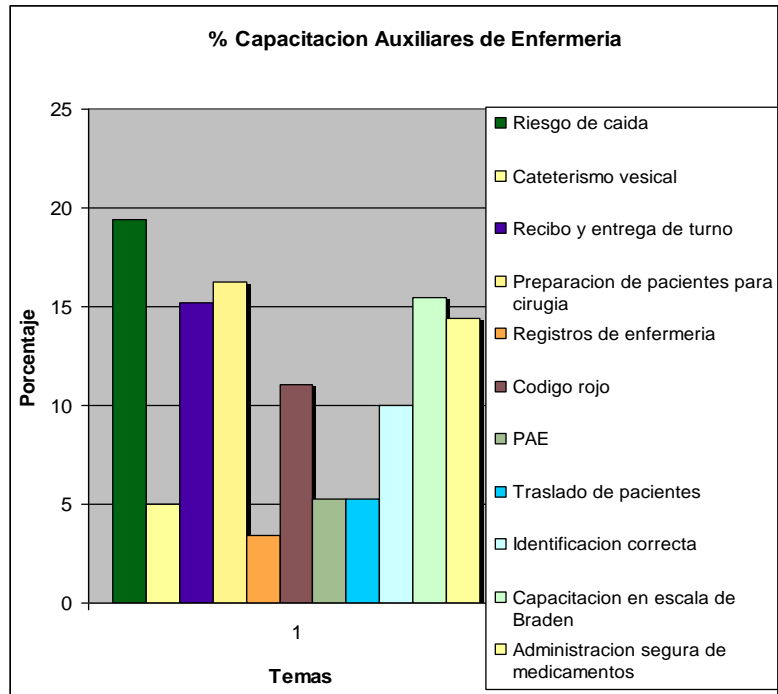
Se continua en el liderazgo de los programas, Soporte Metabólico y Nutricional, Grupo de Clínica de heridas y otomías, Soporte nutricional y Clínica del dolor Programa Madre canguro Estrategia IAMI, Grupo de salud pública – SIVIGILA, Referente de Infecciones, Enfermera de Educación, Sala de Infusiones, Grupo de mejoramiento de la Calidad apoyo Acreditación.



Capacitación IV Trimestre 2018/ Temas abordados	Personal			
	Enfermeros	Porcentaje Enfermería	Aux. Enfermería	Porcentaje Auxiliar de Enfermería
	92	%	381	%
Riesgo de caída	23	25	74	19
Manejo de insulina	32	35		
Cateterismo vesical	4	4	19	5

**INFORME DE GESTIÓN**

Recibo y entrega de turno	12	13	58	15
Preparación de pacientes para cirugía	13	14	62	16
Registros de enfermería	2	2	13	3
Código rojo	12	13	42	11
PAE	35	38	20	5
Traslado de pacientes	6	7	20	5
Identificación correcta	8	9	38	10
Capacitación en escala de Braden	31	34	59	15
VII Coloquio de Investigación	116	100	30	8
XXI Congreso de Actualización	116	100	89	23
Administración segura de medicamentos	16	17	55	14





**Participación de Funcionarios Subdirección de Enfermería en Actividades de capacitación 2017**

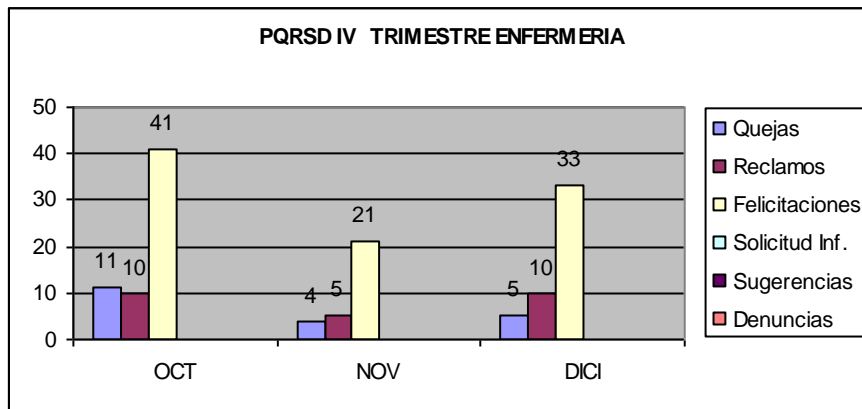
Temas	1 trimestre		2 trimestre		3 trimestre		4 trimestre	
	Enfermeros	Auxiliares Enfermería	Enfermeros	Aux. Enfermería	Enfermeros	Aux. Enfermería	Enfermeros	Auxiliares Enfermería
	92	381						
Notas de Enfermería	9	106					3	16
Cateterización Venosa Periférica	85	363	82	246				
Recibo y Entrega de Turno	16	42			27		12	58
Medicamentos , alto riesgo, y Nutrición enteral	127	272	116	324	116	30	16	55
Paciente Crónico	11	53						
Educación a la Familia								
Identificación correcta del paciente	92	347	11	115				
Plan de Cuidado de Enfermería	92	58	27	177				
Código Azul	8	15						
Transplante de Organos	45							
Higiene de manos								
Traslado de pac								
Código Púrpura	91		270					
Generalidades de P y P	82		266					
Manual de Terapia Farmacológica	92		324					
Identificación correcta	11		115				8	38
Plan Atención de Enfermería	27		179		27		35	20
Higiene de Manos								
Transporte de cilindros de alta presión								
Manejo de Pacientes INPEC	21		64					
Traslado de Pacientes	71		283				6	20
Tecnología Amigable	77		214					
cateterismo vesical					22	56	4	19
generalidades acreditación					88	241		
Manejo de Cateter central					27			
Riesgo de caída							23	74
Manejo de insulina							32	
Preparación de pacientes para cirugía							13	62
Capacitación en escala de Braden							31	59
Código Azul	8	53						
Transplante de Organos	45							
Paciente Crónico	11							
VII Coloquio de Investigación	116	100	30	8			116	30
XXI Congreso de Actualización	116	100	89	23			116	89

Con respecto a los temas desarrollados en capacitación estos van siendo priorizados de acuerdo con las necesidades identificadas, y se mantiene durante el último trimestre temas sensibles como la administración segura de medicamentos, Plan de Atención de Enfermería, valoración de riesgo de úlceras por presión, prevención de riesgo de caídas, traslado de pacientes, humanización, temas que se abordan tanto a profesionales como a auxiliares de enfermería.

Se desarrolló el XXI congreso de actualización de enfermería y VII coloquio de investigación en el cual se logra la asistencia de 216 participantes de las instituciones de salud de Cundinamarca y el distrito capital, además de enfermeras y auxiliares de enfermería de la institución.

**Información referente a PQRSD**

PQRSD ENFERMERIA IV TRIMESTRE				
CLASIFICACIÓN	OCT	NOV	DICI	TOTAL
Quejas	11	4	5	<b>20</b>
Reclamos	10	5	10	<b>25</b>
Felicitaciones	41	21	33	<b>95</b>
Solicitud Inf.	0	0	0	<b>0</b>
Sugerencias	0	0	0	<b>0</b>
Denuncias	0	0	0	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>30</b>	<b>48</b>	<b>140</b>

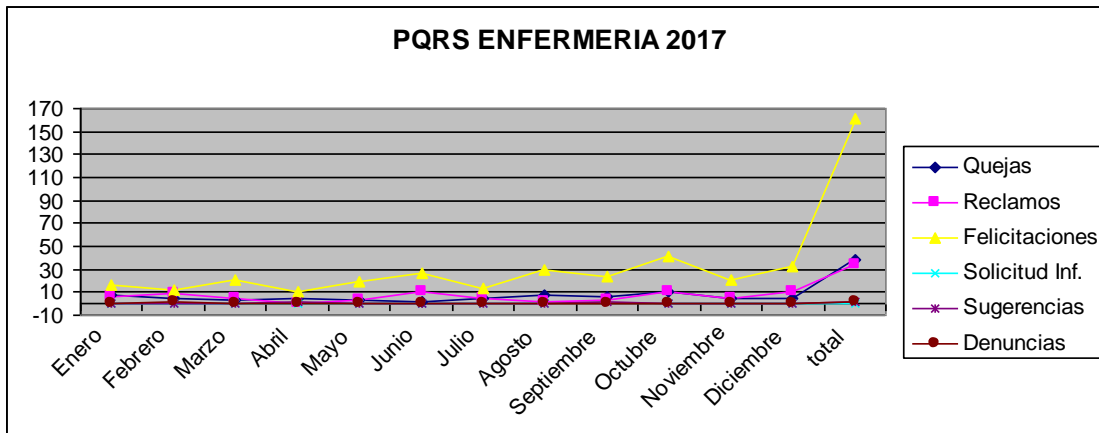


De acuerdo con la información suministrada por la subdirección de defensoría del usuario, se puede observar que el 68% corresponde a felicitaciones, el 14% a quejas y el 18% a Reclamos para el IV trimestre.

La primera causa de las quejas y reclamos corresponde a la oportunidad en la atención al llamado de enfermería falta de calidez y trato amable, por ello desde la subdirección de enfermería se ha venido abordando el tema de humanización a través de la retroalimentación de las peticiones a los colaboradores que se encuentran inmersos en estas, además del seguimiento por parte de los supervisores en el cumplimiento de las rondas de enfermería con el fin de mejorar la atención y la asistencia al Taller del PACTO POR EL TRATO AMABLE, taller de sensibilización que realiza la directora de atención al Usuario con cada uno de los colaboradores involucrados en las QR.

Se presentaron en este último trimestre 2 peticiones relacionadas con reportes seguridad del pacientes, del servicio de los cuales una correspondió a caída de un monitor que no estaba anclado lo cual se corrige por el área de equipos biomédicos la otra con relación a administración de medicamentos la cual después de revisión del caso no correspondió a novedad de seguridad

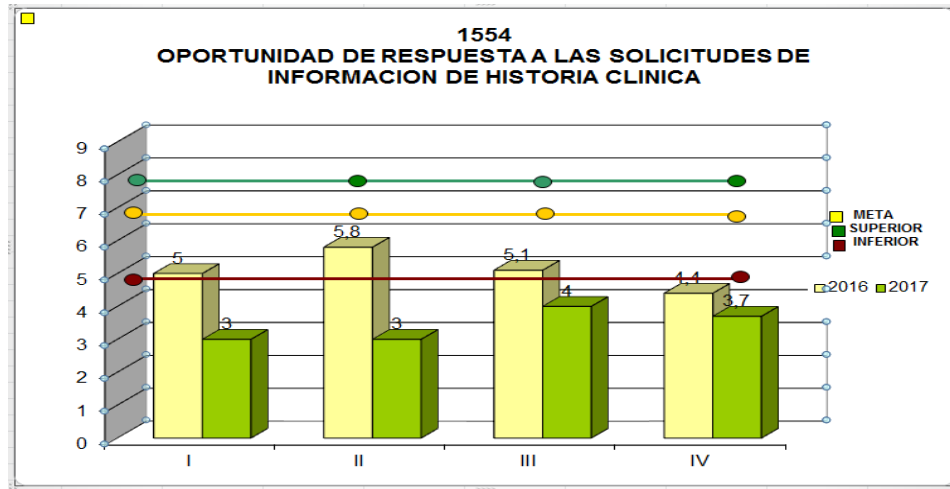
PQRS ENFERMERIA 2017														
Clasificación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	total	%
Quejas	8	5	3	4	3	2	5	8	6	11	4	5	39	16,5
Reclamos	6	9	5	0	3	11	4	2	3	10	5	10	34	14,3
Felicitaciones	17	12	21	11	20	27	13	29	24	41	21	33	161	67,9
Solicitud Inf.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Sugerencias	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,4
Denuncias	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>39</b>	<b>34</b>	<b>62</b>	<b>30</b>	<b>48</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>



Se observa un comportamiento en el año de aumento en las felicitaciones alcanzando un 70%, las quejas y reclamos no superan el 20% y las causas se mantiene como en el IV trimestre es decir la oportunidad en la atención al llamado de enfermería falta de calidez y trato amable, por lo cual se deben continuar realizando un análisis más exhaustivo para determinar las causas que generan las inconformidades de los pacientes y definir acciones correctivas que intervengan la causa raíz con el fin de prevenir que se continúen presentando Quejas y Reclamos por la misma causa.

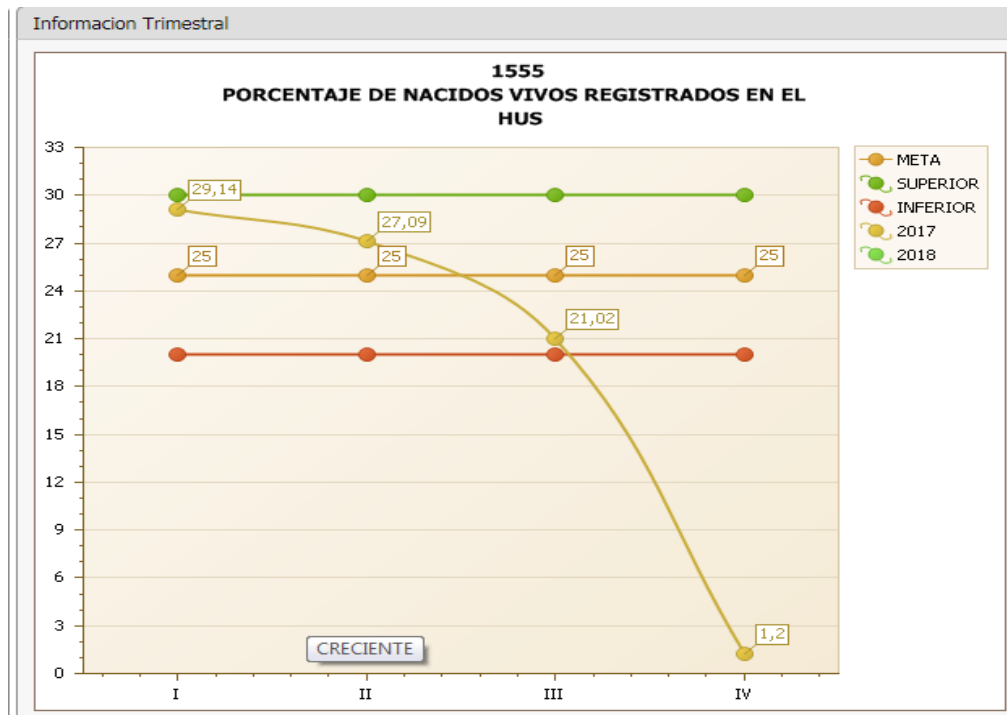
2.7 GESTIÓN DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA

Indicadores



2017 12:

El resultado del indicador del cuarto trimestre de 2017 se registró con 3.3 días por debajo de la meta establecida de 7 días calendario. Comparando el resultado con el cuarto trimestre del año 2016 se presenta una disminución de 0.7 días. Comparando los resultados del consolidado del año 2017 con los resultados del año 2016, se presenta una disminución de 1.6 días disminución que se ha logrado por el aumento progresivo de la entrega de registros de historia clínica en medio magnético y adicionalmente y con mayor impacto, la respuesta que se da vía correo electrónico las cuales corresponden en la mayoría de los casos a solicitudes para autorización de servicios que se tramitan el mismo día o el día hábil siguiente.



2017 12:

En el cuarto trimestre del año 2017 se registraron tan solo el 1.2 de los recién nacidos vivos dado por el hecho que el hospital de la Samaritana fue elegido dentro de los hospitales de la Registradora de san Cristóbal para realizar el piloto de la implementación de la plataforma sirweb. Expedición de registro civil en línea con la Registraduría; plataforma que beneficia directamente a los padres del recién nacido. Ya que el registro civil es entregado directamente en el HUS; lamentablemente en la primera fase de la prueba se han presentado tropiezos desde la Registraduría Nacional lo que ha demorado el inicio. Es así como en los meses de octubre y noviembre no se registró ningún recién nacido. El 7 de diciembre se iniciaron pruebas y se realizaron dos registros. Posterior a lo cual se presentó inconveniente con la firma digital del registro por cambio de registrador. Se estabiliza el proceso en día 24 de enero de 2018. Por lo que se espera mejorar el indicador en el primer trimestre de 2018.

### PQRS

En el cuarto trimestre de 2017 se dio respuesta a 14 PQRS derivadas por la Plataforma de ORFEO por la Subdirección de Defensoría del usuario, todas solicitando información de historia clínica o los trámites para acceder a ella; Se dio respuesta a la Oficina de defensoría describiendo la normatividad y los requisitos para acceder a información de historia clínica, bien sea solicitud del paciente vivo o de paciente fallecido; se presentaron 4 casos en los que solicitaban copia de la historia clínica, para estos casos se revisaron los soportes de la solicitud y verificado el cumplimiento de los mismos se procedió a enviar directamente desde la oficina de Estadística la información de la historia clínica, informándole y adjuntando el soporte de la respuesta a la oficina de Defensoría del Usuario.

### Planes Únicos de Mejora PUM

En atención que la oficina de Estadística es parte integrante del proceso de Gestión de la Información, la actividad del TUCI se consolida desde el PUM de la oficina de Sistemas, desde donde se realiza el seguimiento y presentación del avance ya que esta combinado con actividades propias de esta oficina. Se encuentran parametrizados en el Tablero único de Control de Indicadores TUCI los indicadores de los procesos asistenciales, los cuales generan datos e indicadores a las diferentes áreas y especialidades de la Institución.

Adicional a los procesos asistenciales, se encuentran parametrizados los indicadores de los procesos de:

- Gestión de Tecnología Biomédica
- Gestión de Infraestructura
- Gestión de la Información
- Investigación.
- Docencia
- Gestión Jurídica
- Hotelería Hospitalaria
- Gestión Financiera.

De este proceso se establecieron con el Director Financiero se establecieron 5 áreas, de las cuales solo se alcanzó a parametrizar el área de costos. El año 2017 quedaron parametrizados en el Tablero único de Control de Indicadores con un total de 911 Indicadores.

RESUMEN DE INDICADORES			
	CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD
Detalle	1	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	78
Detalle	2	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	106
Detalle	8	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	6
Detalle	10	APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO	57
Detalle	16	ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	36
Detalle	17	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADOS	273
Detalle	18	ATENCION FARMACEUTICA	16
Detalle	19	BANCO DE SANGRE	138
Detalle	20	IMAGENES DIAGNOSTICAS	48
Detalle	21	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	24
Detalle	22	ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	5
Detalle	23	ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	63
Detalle	24	GESTION DE LA INFORMACION	11
Detalle	25	GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	4
Detalle	27	GESTION DE LA CALIDAD	5
Detalle	28	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1
Detalle	29	GESTION FINANCIERA	13
Detalle	31	GESTION TECNOLOGIA BIOMEDICA	7
Detalle	32	HOTELERIA HOSPITALARIA	6
Detalle	35	APOYO DIAGNOSTICO - PATOLOGIA	19

DETALLES

Se alcanzó a parametrizar de los procesos de apoyo el 53.3%, quedando pendientes 6 procesos para parametrizar en el año 2018. Adicionalmente se están agrupando y parametrizando los indicadores de los diferentes paquetes instruccionales y de los programas.

#### Plan de Atención en Salud PAS

Referente a la actividad del SIC dentro de los términos establecidos, el reporte es de periodicidad semestral, para el año 2017, se cumplió con el 100% de la actividad al realizar los dos reportes así:

PRIMER REPORTE: Enero 31 de 2017, se cargaron los archivos correspondientes al II semestre de 2016. Se adjunta soportes de cargue y correo de validación en 2 folios.

SEGUNDO SOPORTE: Julio 31 de 2017, se cargaron los archivos correspondientes al I semestre de 2017. Se adjunta soportes de cargue y correo de validación en tres folios

**Otros**

Se ha dado cumplimiento al 100% de los reportes de norma referente a datos e indicadores de calidad y producción y de responsabilidad asignada a la oficina de Estadística. Se adjunta cuadro resumen con las fechas de cumplimiento.

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. OFICINA DE ESTADÍSTICA  
BITÁCORA DE REPORTES DE NORMA DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD DE RESPONSABILIDAD DE LA  
OFICINA DE ESTADÍSTICA  
AÑO 2017**

RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN RESOLUCIÓN	PERIODICIDAD	NUMERO DE REPORTES REALIZADOS A TERCER TRIMESTRE DE 2017
RES 4505 DE 2012	PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	MENSUAL	12 reportes en el año
RES 0247 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER	ANUAL	1 reporte a las diferentes aseguradoras
RES 0123 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMOFILIA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 2463 DE 2014	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 1393 DE 2015	ARTRITIS REUMATOIDEA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 4725 DE 2011 RES 783 DE 2012 (MODIFICACIONES EN LA RESOLUCIÓN 4725 DE 2011)	VIH SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	SEMESTRAL	2 reportes en el año a las diferentes aseguradoras
RES 3681 DE 2013	PACIENTES CON ENFERMEDADES HUERFANAS	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RESOLUCIÓN 1552	AGENDAS ABIERTAS PARA ASIGNACIÓN DE CITAS	MENSUAL	12 reportes a las diferentes aseguradoras Realizado desde la Subdirección de Consulta Externa
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CALIDAD	SEMESTRAL	2 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	4 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO.
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CAPACIDAD INSTALADA	ANUAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO

**INFORME DE GESTIÓN**

05DE07 – V1

<b>MATRIZ DE GESTIÓN</b>	<b>PRODUCCIÓN</b>	<b>TRIMESTRAL</b>	<b>4 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca.</b>
<b>RESOLUCIÓN 256 DE 2016</b>	<b>CALIDAD</b>	<b>SEMESTRAL</b>	<b>2 reporte subido al aplicativo PISIS del Ministerio de Protección Social</b>

Se mantiene el archivo de historias clínicas debidamente organizado.

Se mantuvo la participación activa como secretaria del Comité de Historias clínicas y del estándar de gerencia de la información, estando las actas debidamente firmadas y archivadas.

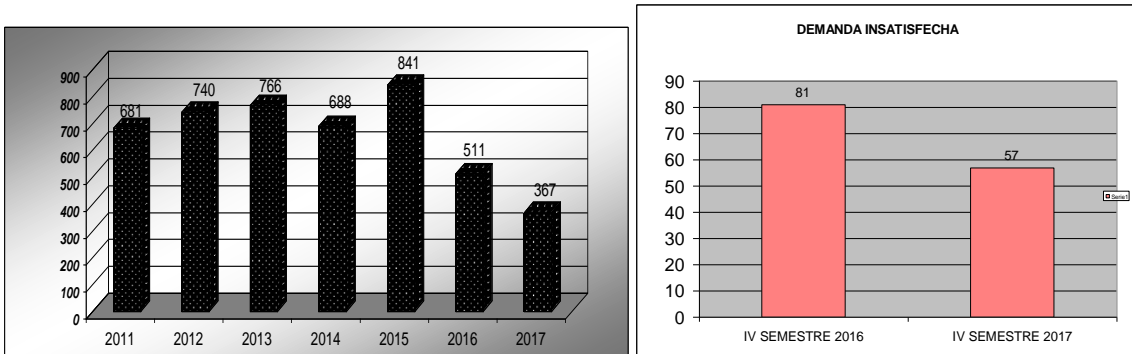


**2.8 UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA**

**GESTIÓN TRABAJO SOCIAL**

A continuación se presenta el informe consolidado de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el cuarto trimestre del año 2017. Se realiza descripción cuantitativa y cualitativa de los datos frente a trámites administrativos, acciones sociales e intervención con población diferencial.

**DEMANDA INSATISFECHA**



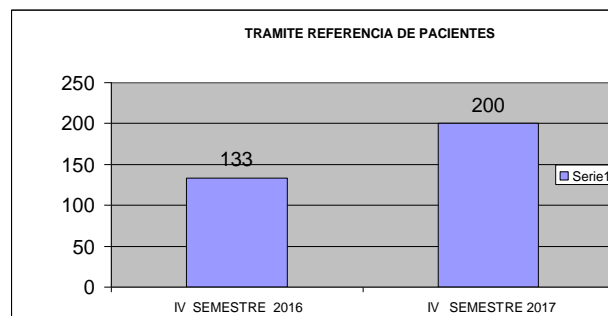
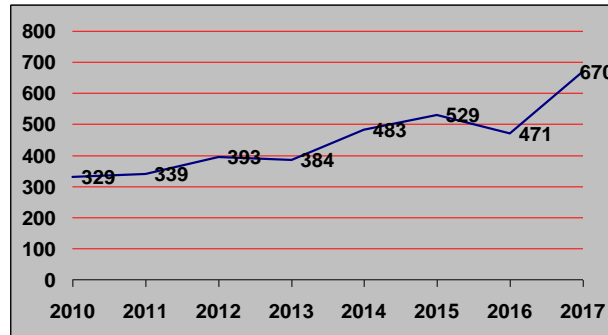
Fuente: Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

El total de exámenes y/o valoraciones o procedimientos no ofertados por el HUS tramitados por el equipo de Trabajo Social durante el cuarto trimestre de 2017 fue de 57 (de los cuales fueron cancelados 12 y efectuados 45). En los dos últimos años ha disminuido notablemente el número de exámenes tramitados teniendo en cuenta que el HUS inicia operación del resonador para el segundo trimestre del año 2016.

Es importante el número de diálisis ambulatorias que se programan mensualmente a través de las EAPB para los pacientes con salida, por lo cual se considera pertinente que se establezca dentro de los contratos este servicio, teniendo en cuenta que se cuenta con las instalaciones requeridas para tal fin.

La oportunidad en el trámite de exámenes y procedimientos se encuentra a 7,84 días debido a las dificultades que presentan las entidades frente a los contratos o capacidad para atención de los pacientes, puntualmente los casos de pacientes para hemodiálisis en donde la oferta no cubre la demanda y esperar un cupo para un paciente es un trámite de varios días. Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta ubicación de los pacientes.

**REPORTE MENSUAL TRÁMITE DE REFERENCIA DE PACIENTES**



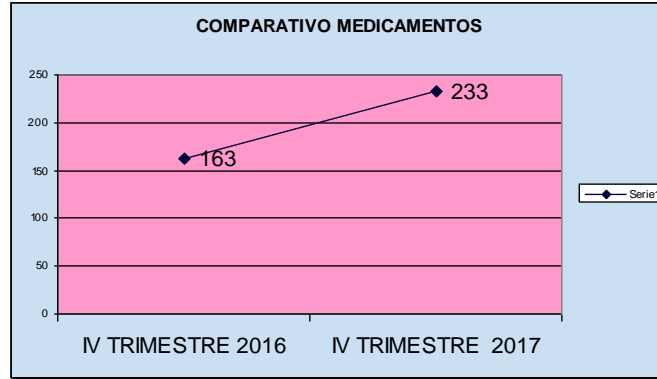
Fuente: Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

En el IV trimestre de 2017 se realizó trámite de 200 remisiones, de las cuales un porcentaje alto va direccionado hacia Instituciones Oncológicas, pacientes crónicos, cirugía cardiovascular y pediátrica, plan domiciliario, segundo nivel, entre otros. En comparación con el IV periodo de año anterior aumento el número de trámites en un 32.5% y sigue siendo un alto porcentaje las remisiones por servicio de Oncología, Cirugía Cardiovascular, Salud Mental y crónicos.

La oportunidad frente a este indicador se encuentra en 5,8 días. Y se ha visto favorecido en comparación con años anteriores (6 a 8 días) gracias al seguimiento diario por parte del equipo de Trabajo Social y el contacto directo con las IPS, además del apoyo de la parte administrativa con base en la contratación. De igual forma por el apoyo del equipo Auditor y área administrativa que logra establecer canales de comunicación con directivas de las EAPB.

Se puede observar que durante los últimos años se ha presentado un aumento en los trámites de remisiones, pese a que los ingresos hospitalarios disminuyeron para el 2017.

**TRÁMITE DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS**



Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017

De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que el equipo de Trabajadoras Sociales realizó un total de 233 trámites de medicamentos ambulatorios durante el IV semestre de 2017, siendo la Enoxaparina el medicamento más requerido por el cuerpo médico. En comparación con el último año en una acción que se mantiene teniendo en cuenta el número de pacientes que ingresan a los servicios de Hospitalización y sus patologías.

Los tiempos de oportunidad en la entrega promedio para el IV trimestre es de 2,48 días. Sin embargo Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta entrega.

### **TRÁMITE DE OXIGENO DOMICILIARIO**

Fuente: Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

Frente a la Gestión de Oxígeno Domiciliario se ha realizado un total de 190 trámites para el cuarto trimestre del año 2017, por el equipo de Trabajo Social. Acción que va en aumento posiblemente por las patologías de nuestros pacientes ya que los ingresos hospitalarios para el año 2017 fueron menores en comparación con el año anterior.

Frente a la oportunidad de las EPS para la entrega de éste medicamento es en promedio de 2,64 días, siendo necesario mencionar que el equipo médico lo solicita siempre con antelación para que al momento de la salida del paciente no se vea afectado. Generalmente la oportunidad se ve afectada por situaciones de índole familiar (abandono o ubicación del paciente en otro domicilio). Trabajo Social debe hacer una labor fuerte con el grupo familiar o entes que mitigan abandono para evitar estancias prolongadas en el HUS.

Se puede observar que el trámite de los Oxígenos domiciliarios desde el año 2013 va en aumento, para el año 2017 se logró tramitar de 736.

### **UBICACIÓN Y REUBICACIÓN FAMILIAR SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES**

Fuente: Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

Del total de pacientes reportados en Trabajo Social durante el cuarto trimestre de 2017, se logra la reubicación de 1 menor al ICBF como centro de protección y en proceso de ubicación 44 pacientes o usuarios; el total de ubicaciones realizadas en el mes están dadas por ausencia de red de apoyo familiar en Bogotá y/o porque no cuentan con recursos económicos para pagar un alojamiento en la ciudad. En comparación con años anteriores se disminuyó notablemente teniendo en cuenta el número de pacientes que se lograban beneficiar con los Albergues favorecidos o apoyados económicamente por el HUS; sin embargo se logran algunas gestiones directas con otras instituciones del sector (hogares-albergues) que en ocasiones les brinda apoyo para que puedan ubicarse paciente y/o familia a bajo costo o financiadas por las Damas Rosadas, o cupos que otorgan de manera gratuita en Albergue del Centro Camiliano u otras organizaciones (Incluye la red de las EPS).

En lo que va del año 2017 se logró ubicar y reubicar un total de 146 pacientes, 9 reubicados en el ICBF, 2 en otras instituciones del estado y 129 en albergues y/o hogares de paso.

**USUARIOS SOCIALIZADOS EN DYD Y GUIA DEL USUARIO**

Fuente: Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

El equipo de profesionales de Trabajo Social socializó en Deberes y Derechos y Guía del Usuario un total de 3860 pacientes y/o familiares durante el 4 trimestre de 2017. Es pertinente señalar que la meta establecida para el equipo es de 1200 socializaciones mensuales, lo que significa que la actividad se cumplió en un 107%. Se resalta que dentro de los derechos que generalmente se hace énfasis a acciones como trato Humanizado información integral, atención oportuna, segura y continua, debido a que son los que presentan un mayor porcentaje de vulneración. En cuanto a Deberes el trato amable y el deber de pagar son los que más se fortalece en el mes con los usuarios.

Durante el 2017 se socializaron en total 16023 derechos y deberes y divulgación de la guía del usuario, observando un aumento en comparación con los años anteriores. En comparación con años anteriores esta meta ha incrementado de acuerdo al establecimiento de la meta anual que realiza la Dirección de Atención al Usuario al equipo y el número de socializaciones que supera dicha meta por el equipo y el cual ha sido fortalecido en pro de la humanización de la atención y procesos de Acreditación.

**SITUACIONES OBSERVADAS DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS POR PARTE DE LOS COLABORADORES DEL HUS**

Fuente: Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

Del total de observaciones (138) registradas en el cuarto semestre de 2017, cabe mencionar que el Derecho con mayor número de vulneraciones es la Información Integral, confidencialidad y atención digna. El Personal asociado a la Vulneración se evidencia que un porcentaje representativo corresponde al personal Médico – Especialista - General y personal auxiliar de enfermería. En comparación con el año anterior sigue manteniéndose el número de situaciones identificadas, sin embargo el total en el año 2017 disminuyó en comparación con el año anterior lo cual puede estar dado por el esfuerzo realizado por todos los Colaboradores en el proceso de Humanización de la Atención y Acreditación de la Institución.

El equipo de Trabajo Social realiza la identificación en cada uno de los servicios y busca la forma de dar solución a la problemática manifiesta, siendo un intermediario entre el paciente y el personal involucrado en dicha situación de vulneración.

### **GESTION SOCIAL VI TRIMESTRE**

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS IV TRIMESTRE AÑO 2016	USUARIOS INTERVENIDOS VI TRIMESTRE AÑO 2017
RESPUESTA INTERCONSULTAS Y ESTUDIOS SOCIALES	1855	1903
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	10	3
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	3	1
GESTION HABITANTES DE CALLE	14	22
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	10	2
REUBICACIONES A ICBF	3	1

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

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 victima de algún tipo de violencia, se comunica con las diferentes entidades del estado para lograr la ubicación de los pacientes que están en abandono.

El número de intervenciones en el IV trimestre en comparación con el año anterior se sigue manteniendo teniendo en cuenta total de interconsultas y estudios sociales realizados.

### **GESTION POBLACIONES DIFERENCIALES**

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS IV TRIMESTRE AÑO 2016	USUARIOS INTERVENIDOS IV TRIMESTRE AÑO 2017
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	20	18
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	0	2

GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	1	21
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	3	3
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	18	23
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	6	6

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

La tabla anterior señala el total de pacientes o usuarios (población diferencial) atendidas por el equipo de Trabajadoras Sociales, a las cuales el equipo ha logrado dar respuesta a través del apoyo interinstitucional y el cual queda registrado en el anexo de la Historia Clínica (Estudio Social).

Teniendo como base las particularidades de las poblaciones se favorece los procesos de inclusión, restitución de derechos y otros respetando siempre sus conocimientos, cultura, creencias o situación por la que afrontan, las cuales están directamente relacionadas con su proceso salud-enfermedad.

### Indicadores

#### 1.1. INDICADOR DEFINIDO EN LA CARACTERIZACION: % de Estudios Sociales realizados

Se realizaron 5.578 Estudios Sociales frente a 10.461 Ingresos Hospitalarios. No se alcanzó la Meta, que es del 60%, pero el resultado está entre los límites de tolerancia del Indicador (Rango Inf establecido fue del 50% y el Superior del 70%). Se registran los datos y analizan en el TUCI, para el 2018 se realizaran los ajustes para el cumplimiento de la meta, para lo cual se vinculará al equipo de la Dirección de atención al usuario de una (1) nueva T Social, la cual apoyará principalmente al equipo de Urgencias, quedando asignadas para el servicio 2 TS.

#### 1.2. INDICADOR: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

### IV TRIMESTRE

FORMULA	IV - 2016	IV - 2017
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	43/44	48/50
<b>Total % Reubicación</b>	<b>97.7%</b>	<b>96%</b>

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

**COMPARATIVO ULTIMOS 3 AÑOS**

FORMULA	2015	2016	2017
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	274/280	252/254	182/184
<b>Total % Reubicación</b>	<b>97.8%</b>	<b>99.2%</b>	<b>98.9%</b>

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social IV trimestre 2017.

Para el cuarto trimestre de 2017 Trabajo Social gestiona un total de 50 reubicaciones a nivel social e institucional de las cuales son efectivas 48 que corresponde a un 96% el número de solicitudes restantes (2) no salen efectivas debido a dos pacientes fallecieron.

En comparación con años anteriores el indicador sigue siendo proporcional y alto, Trabajo Social continúa realizando esta gestión a través de hogares y fundaciones cercanas al Hospital donde ofrecen bajos costos o en ocasiones nos apoyan con el 100% con base en estudio social realizado por el equipo.

Cabe mencionar que dentro de los casos de re-ubicación se encuentran los pacientes menores de edad que se colocan a disposición del ICBF, los pacientes adultos en situación de abandono y aquellos que por situación económica o social requieren ubicarse temporalmente en un albergue.

El equipo de trabajo social depende de las instituciones a nivel distrital como municipal y departamental para la re-ubicación de algunos pacientes, es el caso de instituciones como la Secretaría de Integración Social y Beneficencia de Cundinamarca en donde se hace difícil la ubicación de pacientes en abandono por disponibilidad de cupo.

**PQRS**

La gráfica anterior nos permite evidenciar que de Enero a Diciembre del año 2017 el equipo de Trabajo Social recibió un total de 24 Felicitaciones en entregadas por los usuarios a través del buzón de sugerencias y remitidas al servicio, haciendo extensiva las felicitaciones a todo el equipo ya que se evidencia en diversas oportunidades agradecimientos que no se hacen por escrito y que son válidas igualmente. En comparación



con años anteriores no se obtuvo ninguna petición, queja o reclamo gracias al interés del equipo por siempre mejorar su apoyo, orientación e intervención humanizada. Es importante para el año 2018 fortalecer con nuestros usuarios los diferentes mecanismos para interponer sus diferentes inconformidades, necesidades o manifestaciones de felicitación puesto que ello permite generar acciones de mejora y/o continuar con la labor de acompañamiento que se realiza.

### Planes Únicos de Mejora PUM

La Dirección de atención al usuario en coordinación con la Líder de trabajo Social revisó los indicadores del área con el fin de evaluar el desarrollo de las funciones y pertinencia del accionar del equipo de Trabajo Social y los redefinió para dar cumplimiento a la actividad registrada en la matriz del Plan Único de mejora. A diciembre de 2017 se concluyó exitosamente esta actividad quedando dentro de la caracterización del Proceso de Atención al Paciente y su familia los siguientes indicadores:

- Porcentaje de estudios sociales realizados
- Porcentaje pacientes reubicados social e institucionalmente.

De igual forma se incluyen como datos:

- Total remisiones desde Hospitalización realizadas
- Total exámenes extra institucionales
- Total de oxígenos domiciliarios tramitados
- Total de medicamentos tramitados

### Plan Operativo Anual

Para el año 2017 La líder de trabajo social continuó apoyando el desarrollo de las acciones de sostenibilidad de la “Línea Estratégica de Manejo de duelo y la muerte” del programa de Humanización, y acorde a los lineamientos la referente del programa Directora de Atención al Usuario y el Comité de Humanización y definidas en el cronograma como son: 1. socializaciones o re-socialización del procedimiento al personal del equipo de salud de algunos servicios de forma personalizada. y 2. Continuación de la encuesta de satisfacción telefónica realizada a los familiares de los pacientes fallecidos (según muestra) a través del cual se consolida un informe para socializar con el equipo líder de la línea para establecer acciones de mejora.

El porcentaje de cumplimiento fue del 100% de las acciones definidas en el cronograma de la línea estratégica.

### Gestión del Riesgo

Para el año 2017 se realizó nuevamente la identificación de los riesgos en el área de Trabajo Social, tales como: falla en la detección de casos para la intervención social, diagnóstico social erróneo, fallas en el reporte a entidades de control, gestión Inoportuna e incorrecta del trámite (oxígenos, ambulancia, medicamento, remisiones y contra-remisiones y citas para toma de exámenes). Estos riesgos luego del análisis de los controles no requieren ser intervenidos y por ende no se incluyeron en el PUMP, pero se monitorean mensualmente.

### Otros

#### LOGROS

- La identificación de otros indicadores que dan cuenta de la gestión realizada por el equipo de Trabajo Social en el HUS.
- La disposición del equipo en la participación en procesos de Atención Humanizada y Acreditación del HUS.

- La participación del equipo en talleres de capacitación relacionadas con Comunicación y Trabajo en equipo.
- El apoyo brindado a nuestros pacientes y/o familia gracias a la gestión interinstitucional con entidades como Alcaldías, ICBF, Fiscalía, Ente territorial en general.
- El reconocimiento realizado por la Dra Margarita para el equipo de Trabajo Social en cuanto a las notas que se realizan en los Estudios Sociales las cuales son de gran importancia como soporte para las demandas, derechos de petición y otras acciones legales interpuestas por pacientes y/o familiares.
- Contar con una Trabajadora Social en los casos de periodo de vacaciones de las Trabajadora s Sociales de Planta, necesidad gestionada por la Dirección de atención y la Coordinación del área. .

**NOVEDADES IDENTIFICADAS**

- Se tienen dificultades con las EAPB CONVIDA y Secretaria de Salud de Cundinamarca respecto a la entrega de insumos como carallas ya que el proveedor INSUMEQUI no cuenta con disponibilidad inmediata y se han registrado demoras de hasta 15 días por esta situación. Estancias identificadas y señaladas al equipo auditor y equipo Administrativo en las entregas de turno pero que dan cuenta del débil sistema de salud con que contamos.
- Dificultades en proceso de remisión de pacientes oncológicos debido a la ausencia de contratos de las diferentes EPSs con estas instituciones.
- Dificultades con la salida de pacientes renales debido a la ausencia de contratos de las EPSS con las unidades, baja oferta de cupos para estos pacientes y/o ubicación de las unidades en sitios diferentes a ciudad de origen del paciente.

**SEDE ZIPAQUIRA**

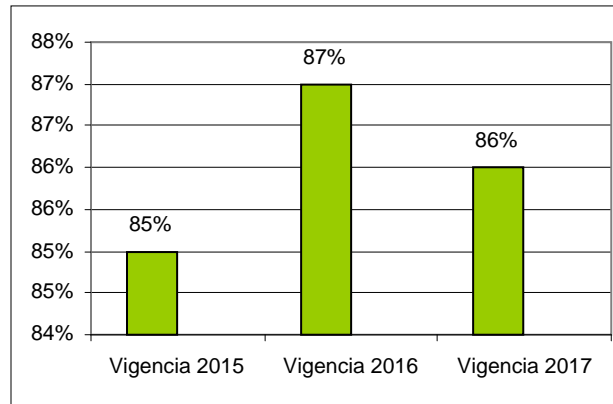
**ATENCION AL USUARIO – SEDE ZIPAQUIRÁ**

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

**Porcentaje de Satisfacción Global HUS**

<b>FORMULA</b>	<b>Vigencia 2015</b>	<b>Vigencia 2016</b>	<b>Vigencia 2017</b>
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	<b>2391/2800 85%</b>	<b>1592/1818 87%</b>	<b>818/945 86%</b>

**Porcentaje de Satisfacción Global HUS**



**Fuente: Base de datos PQR 2015 – 2017 SIAU**

**CAPITULO III**

**INFOME DE GESTIÓN**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

### 3.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

#### GESTION DEL PROCESO: INDICADORES

#### PORCENTAJE CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACIONES

Fuente: Cronograma de Capacitaciones vigencia 2017

Como se puede observar el cumplimiento del programa de capacitación para los años 2016 y 2017 ha mejorado en comparación con el año 2015, esto debido a que se ha podido adelantar diferentes capacitaciones con aliados como son SENA, ESAP, Fondos de Pensiones y Cesantías, Convenios docencia servicio. La tendencia creciente de esta área es de gran importancia para el E.S.E HUS, dando muestras del fortalecimiento de la misma a través de la gestión de su líder y su equipo.

#### PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE BIENESTAR

97%

97%

57%

Fuente: Cronograma de Bienestar Vigencia 2017

Para el año 2017 en relación con el año anterior, hubo una actividad que no se llevó a cabo dentro del tercer trimestre (celebración personal servicios generales), lo anterior debido a la priorización de diferentes actividades como visita recertificación ISO 9001, ruta Acreditación y visita ICONTEC para Acreditación.

**PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA DE INDUCCION Y REINDUCCION**

Fuente: Cronograma de Inducción vigencia 2017

Como se puede observar en la gráfica el cumplimiento del programa de inducción se mantuvo constante, teniendo en cuenta que para el año 2017 se tiene proyecto realizar más jornadas que en los años anteriores (dos mensuales desde Abril) lo que contribuyó a que se contara con una mayor participación en las jornadas y que el personal que ingresa al Hospital asista dentro del correspondiente mes. Para el cuarto trimestre se realizó una sola capacitación para el mes de Diciembre.

A 31 de Diciembre de 2017 de las jornadas de inducción programadas se realizaron 19 inducciones de un total de 21 jornadas programadas, para un cumplimiento 90%.

Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los supervisores de los contratos solicitando la respectiva intervención.

Por la periodicidad de la RUTA DE LA ACREDITACIÓN esta actividad y los temas allí tratados que engloban toda la actualidad de la organización está incluida como actividad de Reinducción cumpliendo con una expectativa del 84% de participación.

**PQRS**

La Subdirección de Desarrollo Humano tiene a su cargo los buzones de voz de cliente interno, se cuenta con 8 buzones distribuidos 4 en la parte asistencial y 4 en la parte administrativa.

La apertura de estos buzones por cronograma se realiza el último viernes de cada mes, cumpliendo con las aperturas para el primer semestre de 2017. Por otra parte a partir del mes de Febrero se implementó el módulo de PQRSD para cliente Interno a través de Orfeo, recibiendo durante el este tercer trimestre 146 PQRSD, lo que evidencia una gran aceptación por parte de los clientes internos.

En total se respondieron 146 PQRSD, las cuales van desde felicitaciones hasta quejas por maltrato al paciente. 61 dirigidas a personal, la mayoría de ellas para coltempora por el NO pago de EPS y caja de compensación oportuna en abril y mayo de 2017. Cabe resaltar que la empresa coltempora y las demás empresas dan manejo independiente a las PQRSD recepcionadas y dirigidas a ellos por el área de Desarrollo Humano del HUS.

Por ahora, no existe PQRSD por responder, si existe algo pendiente, es dentro del proceso de resolución de las mismas.

### PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

Frente al Plan Único de mejora a la fecha se encuentra actualizado con los hallazgos del informe de Acreditación realizada por ICONTEC. De este PUMP se adelantaron las actividades correspondientes y realizaron reuniones del equipo primario de autoevaluación para seguimiento de cumplimiento. Se enviaron los correspondientes a la Oficina de Planeación para seguimiento al PUMP.

A continuación se presenta el PUMP de la vigencia 2017

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
Se resaltan las diferentes políticas relacionadas con la dirección de la entidad, los órganos de control externo, desarrollo administrativo, gestión ética, gestión de recurso humano, comunicación e información, calidad, responsabilidad social, medio ambiente, grupos de interés, conflicto de intereses, contratistas, gremios económicos, control interno y riesgos. Además deben avanzar en la declaración explícita o lineamientos que determinen los derechos del cliente interno estrategias de divulgación, planes de implementación, medición de adherencia y acciones de mejora.	Establecer de manera explícita los lineamientos que determinen los derechos del cliente interno, estrategias de divulgación, planes de implementación, medición de adherencia y acciones de mejora.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar a través de los documentos transversales los derechos del cliente interno.</li> <li>2. Generar a través de documento (acto administrativo) los derechos identificados</li> <li>3. Divulgar los derechos de cliente interno</li> <li>4. Medir a través de los monitoreos realizados a los documentos transversales en los que identifiquen derechos del cliente interno.</li> </ol>	Se cuenta con el acta administrativo de Declaración de Derechos y Deberes de cliente y se realizó la respectiva socialización
Realizan medición anual desde el 2013, con encuesta de clima de seguridad de la "Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), con resultado del 65% en 2014 (muestra de 93 funcionarios) y 2015 (muestra de	Fortalecer la implementación de las acciones de mejora relacionadas con la medición de cultura de seguridad en el cliente interno, monitorizarla y retroalimentar a los colaboradores.	1. Implementar estrategias dentro del Programa de Bienestar que faciliten la ejecución de las acciones de mejora relacionadas con la cultura de seguridad en el cliente interno	Se realizó la encuesta de percepción de seguridad la cual arrojó un resultado de 95% y se hizo socialización en comité directivo, el informe se encuentra en oficina de Seguridad del

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
240 funcionarios). Han mejorado el análisis de los errores y está en proceso pendiente mejorar reportes de novedades de seguridad, comunicación desde la dirección de los cambios realizados con base en informes de novedades y registro de errores.		2. Retroalimentara los colaboradores los resultados de la medición de cultura de seguridad y las acciones de mejora a implementar	paciente
Revisar y ajustar la caracterización del proceso de Gestión del Talento Humano en los métodos establecidos para identificar y dar respuesta a las necesidades del talento humano, incorporando aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo, procesos sistemáticos de análisis de la carga de trabajo, distribución de turnos, evaluación de la fatiga, análisis de puestos de trabajo, necesidades de comunicación organizacional y aspectos relacionados con la información cultural	Revisar y ajustar la caracterización del proceso de Gestión del Talento Humano en los métodos establecidos para identificar y dar respuesta a las necesidades del talento humano, incorporando aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo, procesos sistemáticos de análisis de la carga de trabajo, distribución de turnos, evaluación de la fatiga, análisis de puestos de trabajo, necesidades de comunicación organizacional y aspectos relacionados con la información cultural.	1. Evaluar e identificar los aspectos que deben ser desagregados de las actividades globales del proceso de planeación de las necesidades del Talento Humano 2. Incluir en la caracterización del proceso los aspectos identificados 3. Evaluar el desarrollo de los procedimientos incluidos en la Caracterización. 4. Tomar acciones frente a lo evaluado	Se realizó actualización del proceso de Gestión de Talento Humano el cual fue enviado a planeación y se recibió con ajustes que se están realizando
Las fortalezas fueron verificadas a través de políticas y procedimientos de acompañamiento a los usuarios, informes de evaluaciones, planes de mejora del PAMEC, requisitos legales para el proceso de contratación, encuestas, aplicación de políticas organizacionales, asistencia a actividades y demás. Sin embargo, como oportunidades de mejoramiento, deben revisar y ajustar la caracterización de gestión del talento humano en los métodos establecidos para identificar y dar respuesta a las necesidades del talento humano, incorporando aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo, procesos sistemáticos de análisis de la carga de trabajo, distribución de turnos, evaluación de la fatiga, análisis de puestos de trabajo, necesidades de comunicación organizacional y aspectos relacionados con la transformación cultural. Igualmente, deben revisar y ajustar los mecanismos para	Revisar y ajustar los mecanismos para cuantificar las solicitudes del talento humano, evaluar de manera sistemática la efectividad de la respuesta y como resultado tomar las acciones que correspondan.	Implementar en el módulo de PQRSD de ORFEO las solicitudes de talento humano.	Se implementó el Módulo de PQRDS de ORFEO para las solicitudes de talento humano a las cuales se les realiza el respectivo trámite Se realizó actualización de voz de cliente interno donde se incluyó lo correspondiente a PQRS por Orfeo el cual se encuentra en trámite de ajustes correcciones realizadas por planeación



DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
<p>cuantificar las solicitudes, evaluar de manera sistemática la efectividad de la respuesta y como resultado tomar las acciones que correspondan.</p>			
<p>Durante la visita se verificó el Procedimiento de Planificación del Talento Humano 02TH01-V1, evidenciándose que realizan planeación por capacidad instalada y planeación presupuestal, en términos de cantidad, jornada laboral a cumplir y perfil justificado. Dado lo anterior, debe revisar y ajustar el procedimiento documentado de planeación del talento humano incorporando otras fuentes de planificación relacionadas con cambios en la legislación laboral, el direccionamiento estratégico, cambios en la tecnología de servicios, planta física y evaluación de necesidades de contratación con terceros.</p>	<p>Revisar y ajustar el procedimiento documentado de planeación del talento humano, incorporando otras fuentes de planificación relacionadas con cambios en la legislación laboral, el direccionamiento estratégico, cambios en la tecnología de servicios, planta física y evaluación de necesidades de contratación con terceros.</p>	<p>1. Actualizar el procedimiento de planeación de talento humano que incluya otras fuentes de planificación</p> <p>2. Socializar el procedimiento de Planeación del Talento Humano</p>	<p>El procedimiento de planeación del talento humano fue actualizado y se encuentra publicado en la Intranet Código 02TH01. Se hizo la socialización del procedimiento con el equipo primario y de autoevaluación del estándar de gerencia del talento humano.</p>
<p>El HUS, definió el procedimiento de selección del talento humano, 02TH03-V1 que responde a los perfiles de cargos establecidos y contempla la evaluación de la personal que se selecciona y su asignación a través de la contratación.</p> <p>Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley 1438 del 19 de enero de 2001, la circular No. 008 de 2013, leyes 1233 de 2008, 1429 de 2010, 1438 de 2011 y sentencias de constitucionalidad CC-614 de 2009, CC-171 de 2012 sobre deslaborización y tercerización, la ESE HUS en diciembre de 2015, adelantó con la empresa SUMATORIA SAS el estudio denominado "Formulación y Modernización de Empleos Proyecto Hospital", con una inversión de 180 millones de pesos, con el fin de incorporar 900 trabajadores tercerizados y por servicios a la planta de personal, sin embargo, refieren que mientras se concreta el nombramiento del Gerente y se aprueba la nueva estructura organizacional se hace necesario continuar tercerizando</p>	<p>Evaluar los resultados del estudio de suficiencia del recurso humano y tomar decisiones pertinentes según los resultados.</p> <p>Actualizar los análisis de suficiencia de personal para cada servicio (Laboratorio Clínico, Patología y Banco de Sangre), de manera que permita la toma de decisiones acorde a estos resultados y se beneficie el proceso de atención institucional.</p>	<p>1. Actualizar el informe de suficiencia de Talento Humano, socializar resultados actuales</p> <p>2. Evaluar periódicamente los resultados del informe de suficiencia</p>	<p>Se cuenta con la matriz de capacidad instalada a la cual se le realizarán algunos ajustes por solicitud de miembros de PACAS con el fin de iniciar su implementación</p>

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
en forma transitoria la operación de procesos y Subprocesos y trabajadores en misión que no pueden ser cumplidos con el personal de planta o por que no se cuenta con el Talento Humano suficiente para desarrollarlos y así cumplir con la prestación de los servicios ofertados y requeridos por los usuarios. Dado lo anterior, el HUS debe evaluar los resultados del estudio de suficiencia del recurso humano y tomar decisiones pertinentes según los resultados.			
Monitorean el cumplimiento a través de seguimiento permanente por el interventor de contrato y auditorías, todos los servicios tercerizados tienen plan de acompañamiento y acciones de mejora. Sin embargo, deben definir mecanismos de evaluación que justifiquen la contratación de terceros que incluya evaluación cualitativa y cuantitativamente y continuar estructurando los ajustes relacionados con los ejes de acreditación y las necesidades de capacitación en el tema de acreditación.	Definir mecanismos de evaluación que justifiquen la contratación de terceros que incluya evaluación cualitativa y cuantitativamente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar una herramienta que permita evaluar el cumplimiento de todo el proceso de contratación en términos cuantitativos y cualitativos.</li> <li>2. Análisis de los resultados de la aplicación de la herramienta.</li> <li>3. Acciones derivadas del análisis</li> </ol>	Se realizó lista de chequeo para la evaluación de los contratos los cuales se encuentra como anexo en los respectivos contratos
Durante la visita se evidenció la documentación relacionada con los perfiles de Contratación 05RH26, el procedimiento de administración de historias laborales, 02DP05-V3, la lista de verificación de requisitos de competencia 05RH11-V2. Se identificó como oportunidad de mejoramiento, establecer metodologías para evaluar la adherencia al procedimiento de selección y perfiles de los cargos, que permita a la institución garantizar el cumplimiento de las competencias definidas para cada uno de los cargos.	Establecer metodologías sistemáticas para evaluar la adherencia al procedimiento de selección y perfiles de los cargos, que permita a la institución garantizar el cumplimiento de las competencias definidas para cada uno de los cargos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer con las empresas contratistas los criterios de selección para garantizar la calidad en la prestación de los servicios del Hospital</li> <li>2. Presentación de informes de selección de los contratistas al Hospital, evidenciando cumplimiento de criterios.</li> </ol>	Se realizó actualización del procedimiento de selección del talento humano, el cual se encuentra publicado en la intranet. Código 02TH03. Se envió oficio a los supervisores de contratos para que se haga la solicitud a las empresas contratistas de los informes de selección realizados.
Para asegurar el cumplimiento de la responsabilidad encomendada, el HUS, cuenta con políticas de entrenamiento, inducción y capacitación encaminadas al cumplimiento de	Establecer metodologías de evaluación que permitan establecer la adherencia a los temas tratados en inducción y entrenamiento, y de acuerdo con los resultados definir las	Actualizar procedimiento de inducción, reinducción a nivel institucional (independiente al tipo de vinculación) y del entrenamiento en puesto de trabajo.	Se realizó actualización del procedimiento de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo el cual se encuentra en publicado en la intranet Código 02TH10.

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
<p>la responsabilidad encomendada. Todo nuevo colaborador asiste a la inducción de acuerdo al cronograma establecido, ejecutan planes de entrenamientos específicos a cada cargo dentro de las políticas definidas por el HUS. También realizan entrenamientos periódicos de acuerdo a las necesidades identificadas en temas de humanización del servicio, seguridad del paciente, manejo de protocolos y guías de atención, desarrollo de habilidades de comunicación, entre otros, custodiando en la hoja de vida del colaborador, los certificados del entrenamiento. Aun cuando han implementado procedimientos para asegurar la responsabilidad encomendada, debe establecer metodologías de evaluación que permitan establecer la adherencia a los temas tratados en inducción y entrenamiento, y de acuerdo con los resultados definir las acciones que correspondan.</p> <p>Para las jornadas de inducción y reinducción hacen previamente una convocatoria al personal de planta, las empresas contratistas y los contratistas independientes con el fin de que hagan la programación, los servicios queden cubiertos y la asistencia sea efectiva.</p> <p>Para asegurar el cumplimiento de la responsabilidad encomendada, el HUS, cuenta con políticas de entrenamiento, inducción y capacitación encaminadas al cumplimiento de la responsabilidad encomendada.</p> <p>La cobertura del plan de capacitación institucional consolidado en 2014 fue 72% y en el año 2015 fue 100%, no reportaron datos con respecto a la cobertura de la capacitación en metas internacionales de seguridad del paciente.</p>	<p>acciones que correspondan.</p>	<p>Realizar la evaluación pre y post inducción presencial. Incluyendo criterios de aplicabilidad de conocimientos y satisfacción, además de conocimientos</p>	<p>Se cuenta con el formato de evaluación pre y post código 05TH07 Se cuenta con el formato de entrenamiento en puesto de trabajo Código 05TH09. Se cuenta con la evaluaciones realizadas en la jornadas de inducción presenciales Se solicitó a los responsables de las presentaciones de inducción a través de oficio y nuevamente por correo las preguntas para la inducción virtual, debido que aún no se han recibido todas las preguntas la inducción virtual se encuentra en un proceso de implementación del 80%</p>
		<p>Definir la inducción de forma virtual que incluya la evaluación de la inducción pre y post</p> <p>Inclusión de la Capacitación que se realiza a la Junta Directiva en el PIC (Plan de Capacitación Institucional).</p> <p>Inclusión de la Inducción y Reinducción para la Junta Directiva y Gerente en el Procedimiento de Inducción y Reinducción institucional</p> <p>Monitoreo de la implementación del mecanismo para la autoevaluación de la Junta Directiva</p> <p>Seguimiento al desarrollo de la Capacitación y de la Inducción y Reinducción para la Junta Directiva y Gerente según los lineamientos institucionales definidos en el PIC y en el Procedimiento de Inducción y Reinducción</p>	
	<p>Sistematizar la reinducción en seguridad de paciente a los colaboradores y terceros que permita fortalecer la aplicación de mejores prácticas con alcance a todos los servicios asistenciales.</p> <p>Incluir en las jornadas de inducción y en el cronograma de capacitación institucional temas relacionados con metas internacionales de seguridad del paciente</p>	<p>1. Fortalecer la Inducción y Reinducción en seguridad del Paciente que sea realizada directamente por el Referente, los Líderes de Programas de Vigilancia y Líderes de Paquetes Instruccionales (incluye Metas Internacionales de Seguridad) aplicado a todos los colaboradores (nuevos y antiguos) y terceros en jornadas periódicas de amplio espacio para dar alcance a todos los contenidos prioritarios de la Seguridad del Paciente</p>	<p>Se cuenta con la presentación dentro de la jornada de inducción en lo referente a Seguridad del Paciente, presentación que es realizada por la Referente del mismo</p>
		<p>2. Implementar la inducción y reinducción virtual incluida seguridad del paciente</p>	<p>Se viene adelantando la inducción virtual</p>

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
<p>En el procedimiento de selección 02TH02-V1, a través de la Subdirección de Desarrollo Humano, verifican la idoneidad de los funcionarios de acuerdo con su formación, dejando evidencia de la verificación de educación, experiencia, formación y habilidades en el formato verificación de requisitos de competencia 05RH11-V3, sin embargo el procedimiento documentado de selección no contempla métodos explícitos para verificar los antecedentes y credenciales de los nuevos trabajadores, dado lo anterior, se hace necesario que el HUS revise y ajuste los métodos diseñados para verificar antecedentes, credenciales y prerrogativas de los colaboradores, evaluar su adherencia y de acuerdo con los resultados determine las acciones que correspondan</p>	<p>Revisar y ajustar el procedimiento documentado de selección contemplando criterios explícitos para verificar los antecedentes y credenciales de los nuevos trabajadores, evaluar su adherencia y de acuerdo con los resultados determine las acciones que correspondan.</p>	<p>1. Actualizar el procedimiento de selección de personal 02TH02 que contemple como mínimo: - Métodos explícitos para verificar los antecedentes, credenciales y prerrogativas de los colaboradores y de los nuevos trabajadores</p> <p>2. Evaluación de adherencia al cumplimiento del procedimiento de selección de personal 02TH02 a los responsables de su cumplimiento</p>	<p>Se realizó actualización del procedimiento de selección del talento humano, el cual se encuentra publicado en la intranet. Código 02TH03 y se realizó respectiva socialización al grupo de Gestión de Talento Humano</p>
<p>A partir de agosto de 2015, ampliaron la cobertura hacia el personal contratista, conjuntamente definieron una herramienta de evaluación en la cual aplicaron los criterios que fueron determinados por el HUS alineados con los objetivos organizacionales estratégicos, el primer grupo evaluado fue enfermería, por ser el más numeroso, con una cobertura el 50% de la población. Como oportunidad de mejoramiento deben mejorar la cobertura de la evaluación de desempeño hacia el personal contratista.</p> <p>Las necesidades de formación incluidos en el programa 2015, 2016, se desarrollaron, teniendo en cuenta los ejes de acreditación en la humanización, seguridad del paciente y gestión de riesgo, por lo que deben fortalecer los procesos de capacitación en los ejes de gestión de la tecnología, responsabilidad social y transformación cultural. También deben incluir conceptos y herramientas de calidad para mejorar los servicios.</p>	<p>Fortalecer los procesos de capacitación en los ejes de gestión de la tecnología, responsabilidad social y transformación cultural.</p> <p>Fortalecer el Proceso de Capacitación Institucional que incluya como mínimo lo siguiente: - Conceptos y herramientas de mejoramiento de la calidad que contribuyan al mejoramiento de las competencias. - Resultados esperados del programa de capacitación la evaluación de impacto de los cursos, talleres y seminarios en cambios evidenciables y resultados de la organización.</p>	<p>Incluir en la matriz de necesidades de capacitación: - Los ejes transversales de gestión de la tecnología, responsabilidad social y transformación cultural e informar y capacitar en su diligenciamiento a los líderes de estos ejes transversales. - Las herramientas de mejoramiento (análisis causal, gestión del riesgo, planes de mejora).</p> <p>Actualizar el Plan de Capacitaciones institucional (PIC) que incluya todos los Ejes Transversales de la Acreditación.</p> <p>Socializar el PIC a los líderes de proceso y en general a todo el personal de planta y contratista para facilitar su adherencia y cumplimiento</p> <p>Evaluar la efectividad de las capacitaciones que se desarrollan dentro del PIC con especial enfoque a los Ejes Transversales de la Acreditación. Generar informes de la evaluación de adherencia y monitorización de parte de los líderes de la evaluación de impacto de las capacitaciones</p>	<p>Se cuenta con la matriz de necesidades de capacitación codificada 05TH05, en el cual se contemplan los ejes de acreditación, modelo de atención, principios, valores, competencias. Instrumento base para realizar el respectivo cronograma de la vigencia.</p> <p>De igual forma en la matriz se contempla los indicadores a impactar con el fin de medir la efectividad de las capacitaciones realizadas</p> <p>Se cuenta con el I Comité de Capacitación y Educación continuada de acuerdo con el acto administrativo (Resolución 212 de 2017).</p> <p>Se cuenta en la Subdirección de Desarrollo Humano con las planillas de asistencia a capacitaciones</p>

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
En cada actividad de capacitación evalúan la efectividad de la misma y aunque durante los últimos 5 años lograron un mejoramiento en el nivel de cumplimiento en la ejecución de los planes de capacitación, el HUS debe fortalecer la adherencia a los programas de re-inducción y desarrollar metodologías que permitan evaluar la adherencia los programas de formación en metas internacionales de seguridad del paciente, igualmente, deben incluir en los resultados esperados del programa de capacitación la evaluación de impacto de los cursos, talleres y seminarios en cambios evidenciables y resultados de la organización.			
En cada actividad de capacitación evalúan la efectividad de la misma y aunque durante los últimos 5 años lograron un mejoramiento en el nivel de cumplimiento en la ejecución de los planes de capacitación, el HUS debe fortalecer la adherencia a los programas de re-inducción y desarrollar metodologías que permitan evaluar la adherencia los programas de formación en metas internacionales de seguridad del paciente, igualmente fortalecer la participación del personal de empresas contratadas en la capacitación interna de la institución.	Fortalecer la participación del personal de empresas contratadas en la capacitación interna de la institución.	Incluir en los contratos con las empresas tercerizadas cláusula donde se especifique la obligatoriedad de participar en los programas de capacitación que tiene aprobados el hospital (Seguimiento)	En los contratos con las empresas tercerizadas se encuentra dentro de las obligaciones la alineación y participación de los programas de capacitación y bienestar que tiene implementados el HUS, y de acuerdo al contrato es hace el seguimiento de interventoría de cumplimiento de las cláusulas
Para el periodo 2015-2016, evaluaron 126 servidores públicos con un promedio de calificación de 91.4% de cumplimiento. Aun cuando cuentan con indicadores de seguimiento es importante que el HUS fortalezca el proceso de apropiación de la evaluación (Personal y Profesional) de los colaboradores y a su vez el proceso de seguimiento y retroalimentación frente al desempeño esperado de cada uno de ellos, así mismo, deben fortalecer el análisis de causa	Fortalecer el análisis de causa reales y potenciales que afectan los resultados de desempeño e incorporar las acciones al PUMP de Gestión de Talento Humano.	<p>1. Implementar planes de mejora en la evaluación del desempeño.</p> <p>2. Socializar a comité directivo ampliado, evaluadores y evaluados sobre evaluación del desempeño y planes de mejora</p>	Se cuenta con la concertación de compromisos laborales y competencias comportamentales para la presente vigencia, de acuerdo con la normatividad se está recibiendo las evaluaciones correspondientes al primer semestre para consolidar informe. Se solicitó a las empresas tercerizadas la aplicación de evaluaciones de desempeño y los informes de las

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
reales y potenciales que afectan los resultados de desempeño e incorporar las acciones al PUM de Gestión de Talento Humano			mismas
En general, el HUS debe fortalecer de manera y consistente la política que orientada al bienestar y cuidado de su gente, a su mejoramiento de la calidad de vida y el de sus familias.	Fortalecer de manera consistente la política que orientada al bienestar y cuidado de su gente, a su mejoramiento de la calidad de vida y el de sus familias.	<p>Revisar la Política de Gestión del Talento Humano que permita ampliar el alcance hacia el mejoramiento de la calidad de vida del colaborador y sus familias</p> <p>Revisar y actualizar el Programa de Bienestar con estrategias que logren el alcance de la Política institucional identificando las necesidades del personal y los mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <p>Realizar auditoria al Programa de Bienestar Social para verificar su cumplimiento</p>	<p>Se realizó la revisión de la Política de Gestión de Talento Humano se concluyó no modificarla aún. Se cuenta con la Resolución 211 de 2017 "Por la cual se crea el comité de Bienestar Social Laboral e Incentivos" Una vez se cuente con el comité se realizará la actualización del programa de Bienestar con la participación de todos los involucrados</p>
En general, el HUS debe fortalecer de manera y consistente la política que orientada al bienestar y cuidado de su gente, a su mejoramiento de la calidad de vida y el de sus familias.	Fortalecer la medición de resultados de las estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores, con indicadores de impacto en salud ocupacional, rotación del personal, niveles de estrés y riesgos en seguridad y salud ocupacional.	<p>1. Definir y consolidar indicadores de impacto que permitan medir la Política de Gestión de Talento Humano a personal de planta y empresas tercerizadas, que incluyan como mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud ocupacional</li> <li>- Rotación del personal</li> <li>- Niveles de estrés</li> <li>- Riesgos en seguridad y salud ocupacional.</li> </ul> <p>2. Realizar medición y análisis de los indicadores establecidos</p> <p>3. Realizar acciones de mejoramiento con el fin de mejorar los mismos</p>	<p>Se está trabajando con el sistema de seguridad y salud en trabajo con el fin de articular todos los programas y los sistemas para el mejoramiento de las condiciones de salud y estilos de vida saludable A través de los supervisores de los contratos se requirió a las empresas tercerizadas el reporte de los indicadores del Sistema de Seguridad y salud en el trabajo con el fin de consolidar informe</p>
Permite observar que en general el clima organizacional del Hospital está en buen nivel, sin embargo deben fortalecer los resultados que no estuvieron dentro de lo clasificado como buen clima organizacional y se puede configurar como amenaza: Reconocimiento y estímulos por el trabajo bien hecho, estrategias que contribuyan al bienestar de la familia, el modelo de liderazgo, los programas de bienestar y mejoramiento de la calidad de	Incluir en los estudios de clima organizacional la evaluación del trato humano, cálido, cortés y respetuoso con el fin de mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores	1. Presentar informe del estudio de Clima Organizacional a nivel directivo que incluya como mínimo Evaluación del trato humano, cálido, cortés y respetuoso	Se llevó a cabo el estudio de clima y cultura organizacional a través de empresa externa, arrojando un índice del 84%

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
vida y las políticas de reconocimiento por el trabajo bien hecho y el desarrollo de reuniones efectivas.			
En el contexto del programa de bienestar del HUS, definieron 4 metas y 8 indicadores orientados a las 4 líneas estratégicas del programa de bienestar, para lo cual, la organización de fortalecer los mecanismos de medición con indicadores de impacto en el mejoramiento de la salud ocupacional, rotación del personal, niveles de estrés y riesgos en seguridad y salud ocupacional, así mismo deben fortalecer los mecanismos de evaluación de la adherencia los programas establecidos y de acuerdo con los resultados implementar las acciones que correspondan.	Fortalecer el proceso de evaluación sistemática de análisis de cargas evaluando las acciones llevadas a cabo para balancear las cargas de trabajo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un estudio de cargas laborales de acuerdo con las funciones desempeñadas aplicando la matriz del procedimiento de planeación de talento humano.</li> <li>2. Generar acciones en los casos de intervención inmediata</li> </ol>	
En el contexto del programa de bienestar del HUS, definieron 4 metas y 8 indicadores orientados a las 4 líneas estratégicas del programa de bienestar, para lo cual, la organización de fortalecer los mecanismos de medición con indicadores de impacto en el mejoramiento de la salud ocupacional, rotación del personal, niveles de estrés y riesgos en seguridad y salud ocupacional, así mismo deben fortalecer los mecanismos de evaluación de la adherencia los programas establecidos y de acuerdo con los resultados implementar las acciones que correspondan.	Evaluar el impacto de las acciones de la preparación que orienta a los colaboradores en su proceso de jubilación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una evaluación de las actividades de bienestar encaminadas al personal prepensionado</li> <li>2. Presentar informe periódico de los resultados de la evaluación</li> </ol>	Se está adelantando con la Caja de Compensación Familiar el programa de preparación de retiro para la vejez encaminado a los prepensionados y pensionados. Sin embargo se adelantan actividades dentro de la Semana Samaritana para los prepensionados dentro de la semana samaritana
"También contemplaron dentro del procedimiento de compra la capacitación al personal usuario, por la empresa proveedora de la tecnología, sin embargo como oportunidad de mejoramiento deben evaluar el impacto de la capacitación en la adopción de las tecnologías de información y de acuerdo con los resultados tomar las acciones que	Fortalecer la claridad y oportunidad de la información en el proceso de comunicación organizacional relacionada con los cambios de vida del HUS. Evaluar el impacto de la capacitación en la adopción de las tecnologías de información y de acuerdo con los resultados tomar las acciones que correspondan.	Fortalecer el PECOS desde las necesidades en las dimensiones en las diferentes líneas de comunicación. (Evaluación de impacto) Implementación sistema de evaluación debe ser previo, posterior a la capacitación y debe tener continuidad, por esto se debe realizar una nueva evaluación luego de un tiempo	Se está realizando la actualización del Manual de Identidad corporativa y del PECOS

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
correspondan". (Informe de otorgamiento).		determinado, no mayor a un mes para evidenciar la adopción de estas tecnologías.	
<p>Como evidencia documental presentaron el estudio de Clima Organizacional realizado en Abril de 2015 por la empresa Synergy CG, población medida: 257, datos validos: 257, porcentaje de cobertura: 85,66 %, nivel de confianza: 95%, margen de error: 2,4%. Los resultados se enmarcaron en 4 módulos estratégicos: Clima y Contexto: 68.37%, Clima y Cultura: 62.95%, Liderazgo: 66.76% y Microclima: 75.39%. El Índice de Clima Organizacional (ICC) fue del 68. 37% en un nivel aceptable. Los niveles de satisfacción estuvieron por encima del 86% en el módulo de clima y cultura, en el módulo de liderazgo se obtuvo resultados por encima del 70% en temas de crear y operar contexto, en trabajo en equipo se lograron resultados entre el 74% y el 88% en temas de planeación de objetivos, roles y toma de decisiones. Lo que permite observar que en general el clima organizacional del Hospital está en buen nivel, sin embargo deben fortalecer los resultados que no estuvieron dentro de lo clasificado como buen clima organizacional y se puede configurar como amenaza: Reconocimiento y estímulos por el trabajo bien hecho, estrategias que contribuyan al bienestar de la familia, el modelo de liderazgo, los programas de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida y las políticas de reconocimiento por el trabajo bien hecho y el desarrollo de reuniones efectivas</p>	<p>Fortalecer la comprensión de los mecanismos institucionales que facilitan la comunicación entre jefes y subalternos, entre procesos asistenciales y administrativos y entre el equipo de salud, en el marco de los ejes de la acreditación</p> <p>Fortalecer al interior del HUS un modelo de liderazgo que les permita a los líderes alinearse en una forma de pensar, ser y actuar acorde a las metas de la institución.</p>	<p>Definir lineamientos comunicacionales entre el equipo humano del HUS, en el marco de los ejes de la acreditación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre jefes y subalternos</li> <li>- Entre procesos asistenciales y administrativos</li> <li>- Entre el equipo de salud</li> </ul> <p>Realizar cursos permanentes de comunicación asertiva y de trabajo en equipo. Evaluar el impacto de las capacitaciones</p>	<p>Se gestionó la realización de capacitaciones en programación neurolingüística, desarrollo del pensamiento estratégico y coaching estratégico través de la Cámara de Comercio a comité directivo ampliado, líderes de procesos y personal líder en diferentes áreas.</p> <p>Desde el programa de Capacitación se han desarrollado capacitaciones en trabajo en equipo, comunicación asertiva</p>



DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
<p>Como evidencia documental presentaron el estudio de Clima Organizacional realizado en Abril de 2015 por la empresa Synergy CG, población medida: 257, datos validos: 257, porcentaje de cobertura: 85,66 %, nivel de confianza: 95%, margen de error: 2,4%. Los resultados se enmarcaron en 4 módulos estratégicos: Clima y Contexto: 68.37%, Clima y Cultura: 62.95%, Liderazgo: 66.76% y Microclima: 75.39%. El Índice de Clima Organizacional (ICC) fue del 68. 37% en un nivel aceptable. Los niveles de satisfacción estuvieron por encima del 86% en el módulo de clima y cultura, en el módulo de liderazgo se obtuvo resultados por encima del 70% en temas de crear y operar contexto, en trabajo en equipo se lograron resultados entre el 74% y el 88% en temas de planeación de objetivos, roles y toma de decisiones. Lo que permite observar que en general el clima organizacional del Hospital está en buen nivel, sin embargo deben fortalecer los resultados que no estuvieron dentro de lo clasificado como buen clima organizacional y se puede configurar como amenaza: Reconocimiento y estímulos por el trabajo bien hecho, estrategias que contribuyan al bienestar de la familia, el modelo de liderazgo, los programas de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida y las políticas de reconocimiento por el trabajo bien hecho y el desarrollo de reuniones efectivas</p>	<p>Fortalecer la cultura organizacional, integrando en la institución un modelo donde se identifiquen los elementos claves de la cultura que los caracteriza, el desarrollo de agentes de cambio o líderes de proceso y la puesta en marcha de diferentes estrategias priorizadas de capacitación, seguimiento y evaluación, con acciones de acuerdo con los resultados</p>	<p>Definir la cultura esperada determinando los elementos clave de la misma y los agentes de cambio cultural</p>	<p>Se definió que la cultura espera del HUS se va a centrar en nuestro modelo de atención CUIDAMOS. Se llevó a cabo la encuesta de clima y cultura organizacional</p>
		<p>Evaluar cultura organizacional</p>	
<p>No se han desarrollado al 100% estrategias que permitan evaluar la adherencia en la promoción de una cultura libre de humo y de acuerdo con los resultados definir las acciones que correspondan.</p>	<p>Establecer estrategias que permitan evaluar la adherencia en la promoción de una cultura libre de humo y de acuerdo con los resultados definir las acciones que correspondan.</p>	<p>1. Aplicación de encuestas a trabajadores del consumo de alcohol y tabaco para intervenir fumadores</p> <p>2. Campaña de sensibilización en consumo de tabaco</p>	<p>Se realizó la encuesta consumo de alcohol y tabaco a los colaboradores del HUS.</p> <p>Se vienen realizando capacitaciones frente al consumo de alcohol y tabaco a los colaboradores del HUS</p>
<p>Como se ha manifestado en los informes de auditoría y el informe cuatrimestral del estado de control interno, el manual de</p>	<p>Ajustar el manual de funciones y competencias en el cual se determine de manera clara las actividades que realiza el HUS</p>	<p>Revisar el manual de funciones y competencias que tiene aprobado el HUS</p> <p>Ajustar el manual de funciones</p>	<p>Se revisó el manual de funciones y competencias el cual fue enviado a Gerencia para revisión</p>

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
funciones y competencias laborales requiere ajustarse a la realidad de las actividades y funciones que en cada cargo se vienen ejecutando, es así como en la auditoría realizada a la contratación de la entidad se observó como los dueños de procesos desconocían las actividades que estaban contempladas en dicho manual y por ende no las ejecutaban y como muchas de las actividades que ellos hacen no están contempladas en el manual		y competencias de acuerdo a los cambios organizacionales Socializar el manual de funciones y competencias a todos los colaboradores del HUS	

En el PUMP se evidenciaron 4 hallazgos de los cuales hay uno que fue cerrado en seguimiento anterior, por lo tanto se realizó seguimiento a tres acciones de las cuales se desglosan de la siguiente manera:

- 2 de Acreditación
- 1 de Revisoría Fiscal

De las 4 oportunidades de mejora planteadas en el PUMP a las cuales corresponde realizar el seguimiento por Gestión de la Calidad hay

- 1 acción completa de la cual 1 con cierre de ciclo seguimiento anterior
- 2 en desarrollo, que pasarán al PUMP vigencia 2018
- 1 Atrasada, que pasará al PUMP vigencia 2018

Para las cuales se relacionan a continuación:

N° HALLAZGO	FUENTE	FECHA	ESTADO
1	ACREDITACION	02/02/2015	Atrasada
2	ACREDITACION	02/02/2015	En Desarrollo
4	REVISION GENERAL	01/03/2017	En Desarrollo

El porcentaje de cierre de ciclo para el 2017 fue del 25%. Se adquirió el compromiso de terminar y ejecutar las 2 oportunidades de mejora que están en desarrollo y atrasada para el PUMP 2018, nueva formulación de las acciones de mejora.

### PLAN DE ACCION

Para el 2017, se encontraron las siguientes actividades definidas en el PAS. Se entregaron los soportes a la Oficina de Planeación para seguimiento en cada uno de los trimestres.

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
------------------------------------	------------------------	--	-----------	------------------------------	---------------

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Colaboradores con desarrollo de competencias hacia la humanización del servicio, independiente del tipo de contratación	Elaborar y ejecutar cronograma de Capacitación que incluya talleres, etc., de manera sistemática en temas relacionados incluidos en el Plan Institucional de Capacitación (PIC)	Informe con la medición de resultados de adherencia a la estrategia Vs indicador QR por fallo en calidez y trato digno	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	Se entrega soportes de asistencia a capacitación en Humanización e informe de PQRS para evaluar el impacto. Se aportó a planeación los soportes de capacitación y evaluaciones a más de 1200 colaboradores para corregir calificación.  <b>TOTAL: 50%</b>
Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Desarrollar los componentes o productos requeridos por el SG-SST de acuerdo al ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA)	Establecer el plan de trabajo de la vigencia para la Implementación a partir de la evaluación del cumplimiento de la norma (1072/2015) en coordinación con ARL. (50%).  Implementar en un 65% el Sistema de Gestión de Seguridad (Plan indicativo) y Salud en el Trabajo (50%)	1. Lista de chequeo revisión de la norma aplicada institución y ARL 2. Plan anual de trabajo aprobado.	Dirección Administrativa Subdirección Desarrollo humano	Actividad realizada en el II trimestre con cumplimiento del 100%  Se adjunta informe de implementación del SGSSS con ejecución del 66%. Se estableció la Meta de Cumplimiento del 65%, por lo anterior se registra cumplimiento del 100% de la actividad.  <b>TOTAL: 100%</b>
Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	Implementar el Modelo de Gestión del Talento Humano enmarcado en los estándares de acreditación y sus ejes evaluativos, con alcance a las Unidades Funcionales según el tipo de contratación	Identificar a través de los documentos transversales los derechos del cliente interno, formalizar y divulgar (10%)	Acto administrativo de derechos del cliente interno formalizado y socializado.	Dirección Administrativa Subdirección Desarrollo humano	Actividad ejecutada en el II trimestre. Cumplimiento 100%
		Implementar Procedimientos de planeación, selección y evaluación del desempeño del talento humano (20%)	Procedimientos de planeación, selección y evaluación de desempeño actualizados, socializados e implementados.		Se adjuntaron soportes del cumplimiento
		Priorizar en el Programa de Capacitación, la formación e inducción de atención al cliente externo, haciendo énfasis hacia el recurso humano que tiene contacto directo con el	Listado de Funcionarios que atienden público contra funcionarios capacitados en atención al cliente		Se entrega planillas de asistencia a las jornadas de inducción

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
		Cliente Externo (10%)			
		Ejecutar el programa de capacitación enmarcado en los estándares de acreditación y sus ejes evaluativos y tendencia hacia estándares de excelencia (20%)	Soportes de ejecución del programa.		Se adjuntó cronograma de pagos personal de planta y de contrato
		Ejecutar el programa de bienestar social laboral e incentivos hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los colaboradores y sus familias fomentando los valores y principios Institucionales (20%)	Soportes de ejecución del programa.		Se hizo entrega de seguimiento al cumplimiento al cronograma de bienestar junto con soportes actividades
		Ejecutar el cronograma de compensaciones y elementos relacionados en todos los sistemas de vinculación (seg. social, prestaciones, pagos a contratistas, costos relacionados (20%)	Cumplimiento del cronograma	Dirección Administrativa Subdirección Personal	Se entregó cumplimiento del cronograma de compensaciones
		Fortalecer proceso de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo, y reinducción (20%)	Cumplimiento del cronograma.		Se hizo entrega del cumplimiento del cronograma de inducción junto con las planillas de asistencia.
					<b>TOTAL: 88.47%</b>

## PROGRAMAS

### PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUADA

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Capacitación y Educación continuada código 01TH01-V1 el cual tiene como objetivo general mejorar habilidades y competencias a los colaboradores que permitan un mejor desempeño en las labores habituales de los colaboradores enmarcado en el direccionamiento estratégico.

Es así que se definió la matriz de necesidades de capacitación para la definición del programa de capacitación de la presente vigencia, relacionando todos los aspectos fundamentales de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana como Modelo de Atención, Ejes Evaluativos de Acreditación, Principios, Valores, Competencias.

Para finalizar cuarto trimestre se realizaron 105 capacitaciones. Basados en la matriz consolidada de necesidades, que a su vez ha venido siendo alimentada por las matrices de cada dependencia.

Para el desarrollo de estas necesidades de capacitación algunas se han realizado a través de autocapitaciones, y otras con apoyo del SENA, ESAP, Fondos de Pensiones.

### **PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS**

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Bienestar Social Laboral en Incentivos código 01TH02-V1

Para la presente vigencia se tiene contempladas realizar 36 actividades dentro de nuestro cronograma de las cuales a cuarto trimestre se realizaron 35, para un cumplimiento del 97% dentro de las cuales se identifican las celebraciones de días especiales, los torneos internos deportivos, la celebración de la semana Samaritana, la celebración de cumpleaños, los cursos de preparación para el retiro para el grupo de personas en camino a pensionarse, el evento de fin de año para hijos de los colaboradores y la celebración de cierre de vigencia dirigida a los colaboradores, las novenas de navidad y el concurso de pesebres, logrando una satisfacción del 80% en la medición a quienes participaron.

Así mismo la Dirección Administrativa, la Subdirección de Desarrollo Humano, y la Subdirección de Hotelería con el Aval de la Gerencia del Hospital y el Apoyo del Fondo de Pensiones Protección dotaron la primera terraza de bienestar dirigida a los colaboradores de la Institución como un espacio de encuentro y esparcimiento de la Familia Samaritana.

### **INCENTIVOS**

#### **FELICITACIONES PQRDSF**

De igual forma dentro del programa de Bienestar e incentivos se llevaron a cabo 4 salidas a Piscilago con el apoyo de la Caja de Compensación Colsubsidio, como incentivo por felicitaciones individuales y por servicios recibidas por el sistema ORFEO en el cual se capturan las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones que administra la Subdirección de Defensoría del Usuario. A estas salidas asistieron un total de 120 colaboradores, la salida incluyó transportes ida y regreso, entrada al parque, refrigerio en la mañana, almuerzo, refrigerio en la tarde y al personal que labora por turnos se les garantizó el cubrimiento del mismo.

#### **PREMIOS SAMI**

En el mes de diciembre específicamente el día 13 se llevó a cabo la cuarta entrega de los premios SAMI en la cual se hicieron reconocimiento especial a las siguientes categorías en individuales como grupos de trabajo:

1. Sentido de pertenencia
2. Compromiso con la actividad científica
3. Humanismo
4. Trabajo en equipo

5. Vocación de servicio
6. Innovación del servicio
7. Labor investigativa
8. Labor docente
9. Reconocimiento al servicio más felicitado
10. Reconocimiento al profesional más felicitado
11. Reconocimiento al trabajo en acreditación
12. Samaritano de Oro

Estos reconocimientos buscan promover en la cultura organizacional la excelencia en el trabajo y el fortalecimiento del espíritu Samaritano en la construcción del conocimiento.

### **ruta de acreditación**

La ruta de la Acreditación es un ejercicio anual mediante el cual se realizan capacitaciones magistrales dirigida al 100% del personal de la Institución sobre los temas relevantes y actuales de la organización enmarcados en los grupos de estándares de acreditación, que se complementan con una feria de conocimientos también dirigida a la misma comunidad hospitalaria para reforzar el conocimiento a través de demostraciones y actividades lúdicas y en ellas recibieron como incentivo uno o varios recordatorios por parte de cada stand que representa un grupo de estándares de acreditación.

Quienes participen de todos los ejercicios propuestos llenaron un formato que los acreditó para participar al final de sorteos de incentivos adicionales tales como electrodomésticos, invitaciones y becas para adelantar estudios de diplomado, especializaciones y una maestría, el total de participantes fue de 1.341.

Por la periodicidad de esta actividad y los temas allí tratados que engloban toda la actualidad de la organización está incluida como actividad de Reinducción cumpliendo con una expectativa del 84% de participación.

### **SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SGSST)**

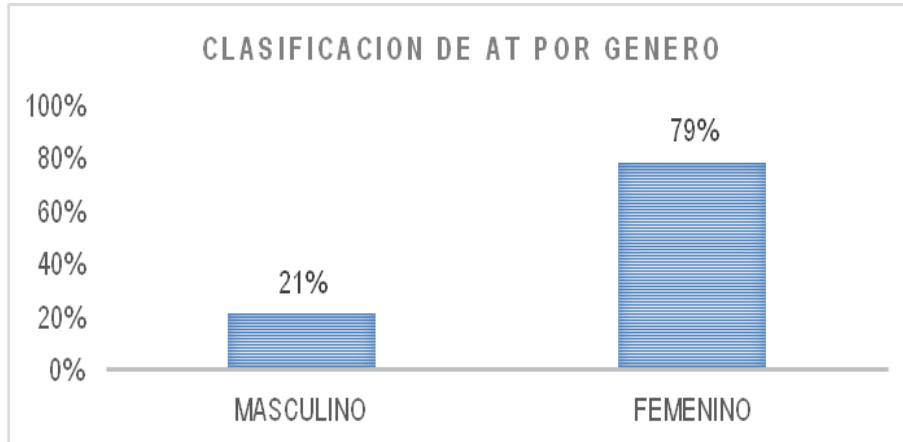
#### **CARACTERIZACION DE LA ACCIDENTALIDAD EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.**

#### **EVENTOS MENSUALES**

Gráfica 1. Durante el mes de Diciembre se presentó un accidente de trabajo.

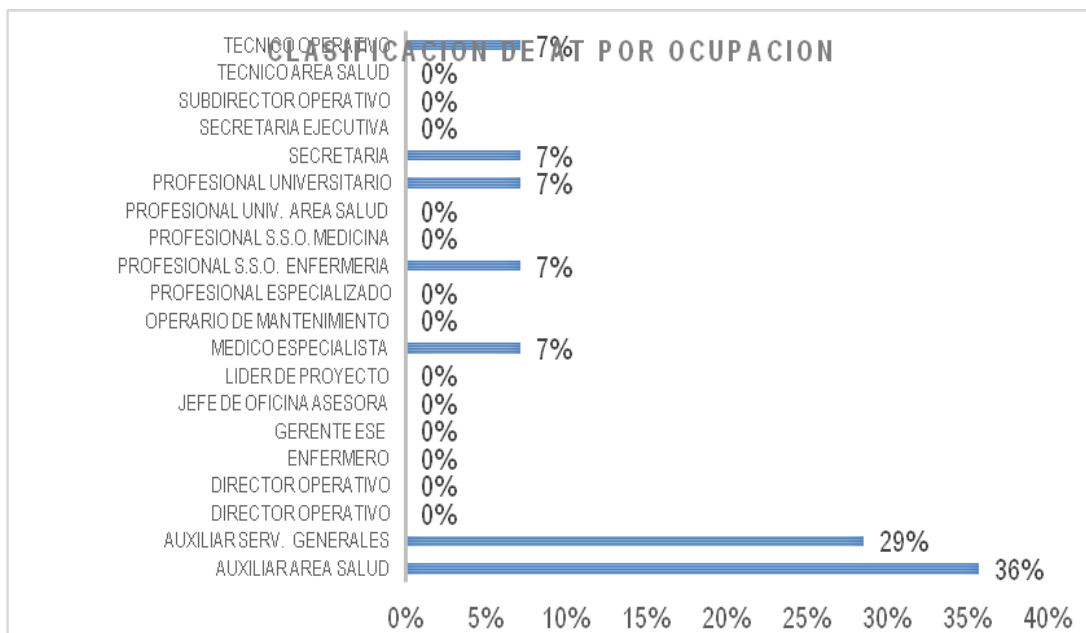
A la fecha se han reportado 14 accidentes de trabajo en el personal de planta, la accidentalidad durante todo el año se mantuvo estable y oscilo entre 1 y 2 accidentes por mes.

### CLASIFICACION POR GÉNERO



Gráfica 2. Se han presentado al mes de diciembre 14 accidentes de los cuales 3 han sido de hombres y 11 del personal femenino del HUS. Es importante aclarar que la mayor representatividad de la empresa corresponde al género femenino (proporción 72% mujeres 28% hombres).

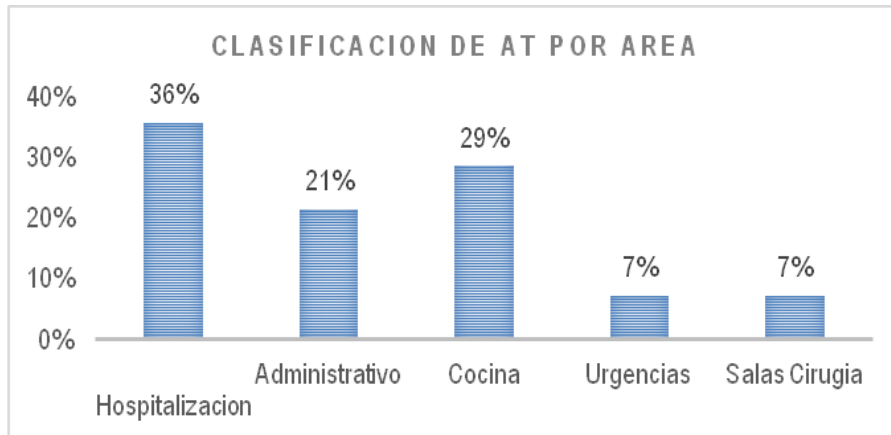
### EVENTOS POR OCUPACIÓN



Gráfica 3. Según la ocupación.

El personal que presenta mayor accidentalidad son el personal AUXILIAR AREA SALUD y AUXILIAR SERV. GENERALES. Durante el año, la mayor accidentalidad se ha presentado en estos grupos.

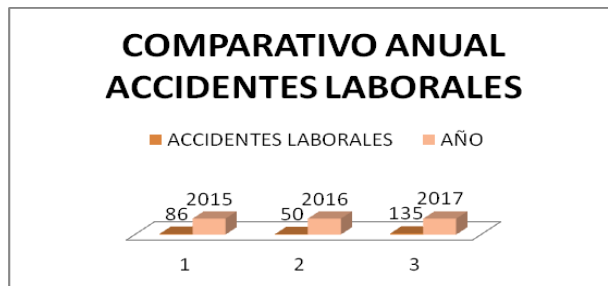
### ÁREAS MAYOR ACCIDENTALIDAD



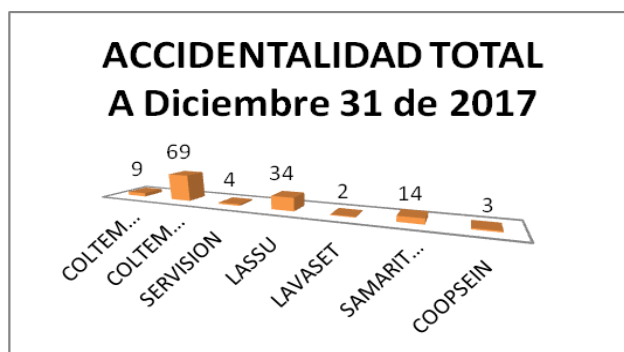
Gráfica 5. Las áreas que presentan mayor accidentalidad son las de hospitalización y servicio de alimentos (cocina).

### ACCIDENTALIDAD EMPRESAS CONTRATISTAS

El registro de accidentalidad muestra un mayor reporte, el seguimiento a cada empresa permite que el sub registro haya disminuido substancialmente.



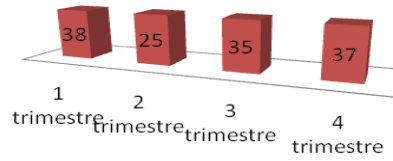
La mayor accidentalidad la presenta COLTEMPORA asistencial, Lo cual se correlaciona con el número de trabajadores (604 en total).



La accidentalidad permaneció sin mayores cambios durante el año en cada trimestre.

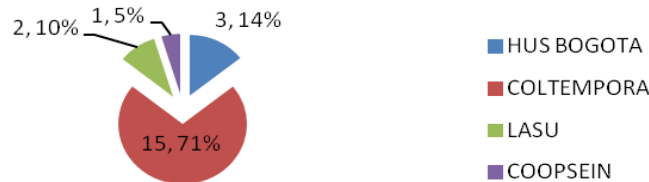


### ACCIDENTES LABORALES POR TRIMESTRES



Durante 2017 se presentaron 21 accidentes laborales (riesgo biológico). Se solicitó el debido seguimiento a las empresas tercerizadas y se hizo acompañamiento de algunos de ellos ya que otros están pendientes de cierre por parte de la ARL.

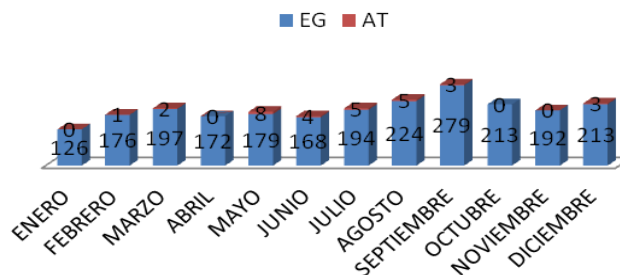
### ACCIDENTES LABORALES RIESGO BIOLÓGICO



### AUSENTISMO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (personal de planta).

En el trimestre, se cargaron 618 días por ausentismos.

### DIAS PERDIDOS EG/AT 2017



Los cargos que más ausentismo presentaron fueron del área asistencial.

De acuerdo al CIE-10 el mayor ausentismo se presenta por enfermedades osteomusculares, seguido por eventos del Sistema Respiratorio.

### PORCENTAJE DE VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Durante el año 2017, de acuerdo con lo reportado por las empresas contratistas se presentaron en total 106 accidentes de trabajo.

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La primera medición del Sistema en el mes de Julio de 2017 tal y como lo exigía la norma arrojó una calificación de 66%

En el mes de diciembre el resultado fue de 86.75%., avanzando en cada uno de los componentes del ciclo PHVA, a partir de allí, se elaborará el plan de trabajo para 2018.

CRITERIOS QUE NO CUMPLE	
Etiquetas de fila	Calificación
Planear	0
P - Recursos	0
1.2.3 Responsable del SG SST - Curso 50 Horas	0
P - Gestión Integral del SG SST	0
2.10.1 Evaluación y selección de proveedores y contratista	0
2.11.1 Evaluación del impacto de cambios internos y externos en el SG SST	0
2.6.1 Rendición sobre el desempeño	0
2.9.1 Identificación, Evaluación para adquisición de productos y servicios en el SG SST	0
Verificar	0
V - Verificación del SG SST	0
6,1.2 La Empresa realiza auditoría por lo menos una vez al año	0
6.1.3 Revisión anual por la Alta Dirección, resultados y alcance de la auditoría	0
6.1.4 Planificación Auditorías con el COPASST	0
Actuar	0
A - Mejoramiento	0
7.1.3 Ejecución de Acciones Correctivas, Preventivas y De Mejora de la Investigación de Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral	0

Se hicieron avances importantes, uno de ellos fue la integración de las SAS con sus SGSST y el fortalecimiento que se debe realizar con estas empresas. A diciembre de 2017 el desarrollo de las empresas en la implementación de sus SGSST terminó así:



El SGSST dentro de las empresas contratistas para 2017 tenemos un comportamiento bastante irregular y que requiere un seguimiento permanente. La empresa que cuenta con el 100% acompañamiento y el seguimiento permanente a sus trabajadores por parte de la ARL y de su profesional en salud ocupacional es COOPSEIN. (El cumplimiento corresponde a lo revisado en las empresas de Zipaquirá y Bogotá de cada una de ellas).

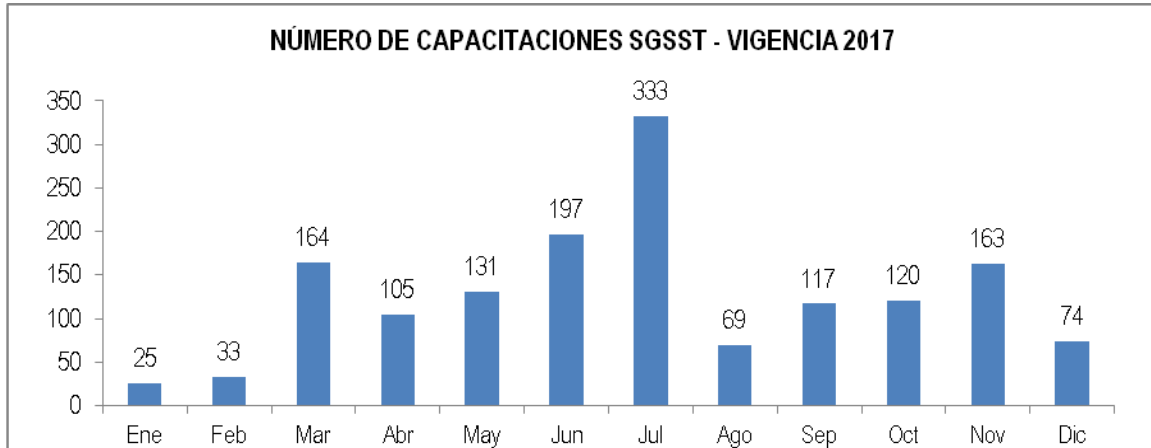
Durante el 2017 se realizó calificación de las empresas en el cumplimiento del SGSST en los parámetros de Cumplimiento, Acompañamiento, Actividades, Articulación HUS.

Hay algunos incumplimientos con las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo por parte de contratistas, las mismas se han presentado ante los encargados de Salud y Seguridad en el Trabajo de las empresas, supervisores de los diferentes contratos, Dirección Administrativa y la misma Gerencia de hospital, por lo cual se requieren exigencias contractuales más fuertes ya que el no hacerlo nos pone como empresa en un riesgo jurídico muy importante.

#### **ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION**

- **CAPACITACIONES.**

Durante el mes de Diciembre se adelantaron 74 capacitaciones Se hizo énfasis en roles y responsabilidades en el SGSST.

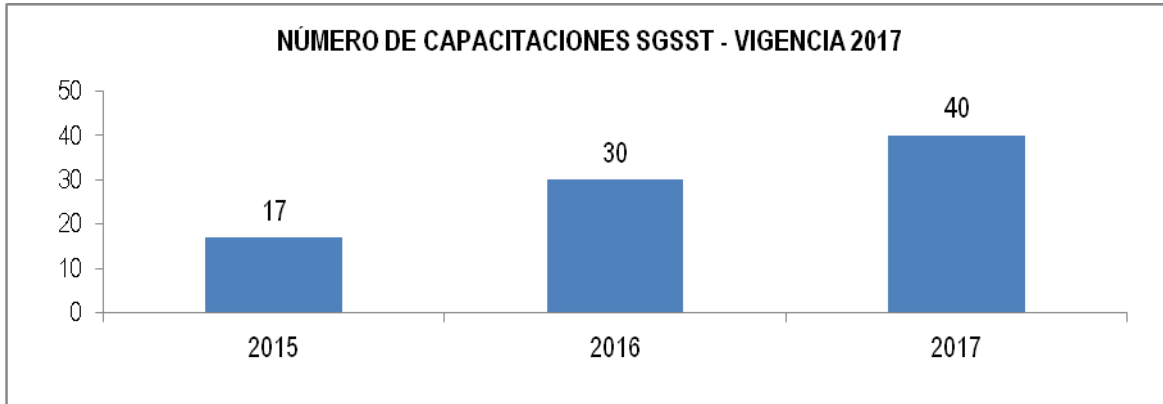


En total en el 2017 se adelantaron capacitaciones para 1531 colaboradores.

- **HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL**

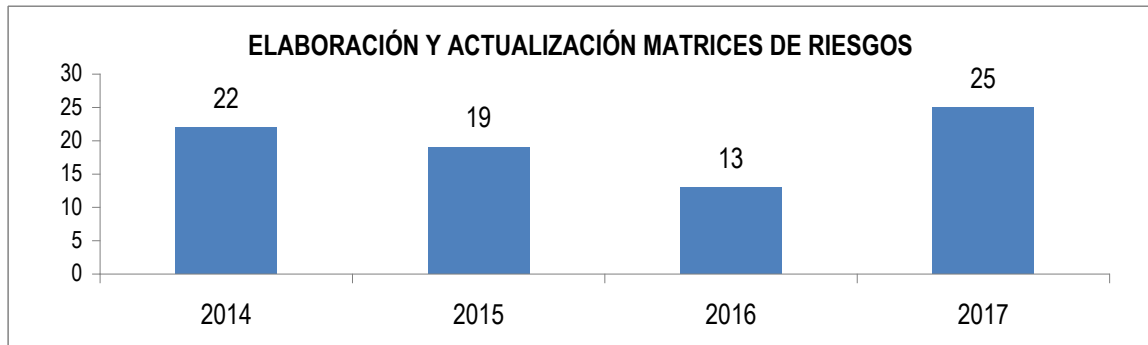
INSPECCIONES: En 2017 se adelantaron 40 inspecciones de áreas.

Las Inspecciones, se han venido incrementando desde el año 2015.



La vigilancia de las áreas con el acompañamiento de la ARL y de los miembros representantes de los trabajadores del COPASST ha permitido la prevención de accidentes tanto para usuarios como trabajadores ya que la intervención que se busca y que se ha logrado avanzar es inmediata.

### MATRICES DE PELIGROS



Se ha venido incrementando la elaboración de matrices en 2017 y se llegaron a 25. Durante el 2018, se debe realizar un trabajo exhaustivo que permita actualizar el total de las áreas del hospital que supera las 50 matrices.

El Hospital de la samaritana ha priorizado 3 riesgos en salud y seguridad en el trabajo en su orden son:

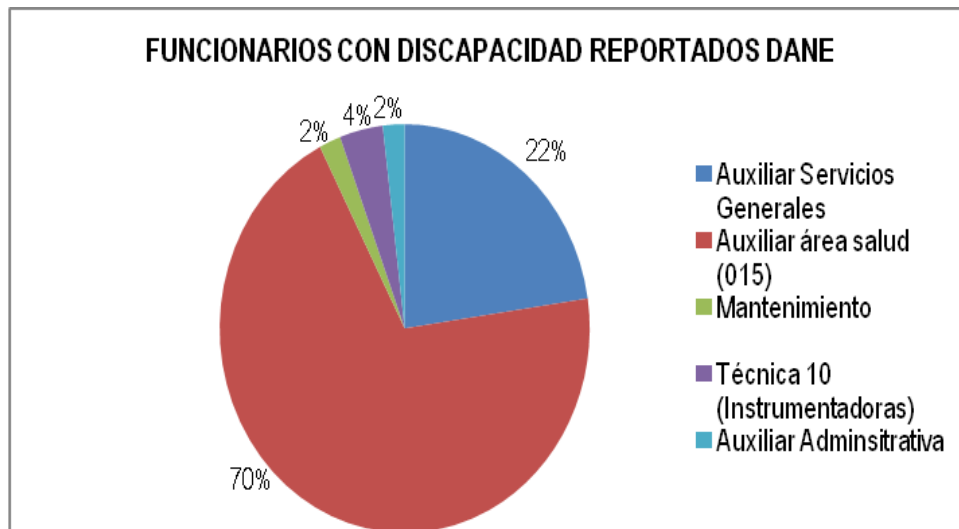
- El riesgo biomecánico
- El riesgo biológico y
- El riesgo psicolaboral.

- **SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE RIESGO BIOLÓGICO:** Durante el 2017 se realizaron actividades de revisión en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de riesgo biológico con el fin de ajustarlo en su primera versión. Se realizaron reuniones con el COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COVE y con la ARL iniciando con un diagnóstico institucional y con el primer acercamiento a un sistema de vigilancia epidemiológica que hizo énfasis en riesgo biológico por salpicaduras y punciones, el cual fue socializado además con COPASST.

En un segundo momento se realiza un muestreo con patógenos aéreos y se inicia el subprograma de riesgo biológico en patógenos aéreos, se realiza profesigramas para fortalecer la implementación

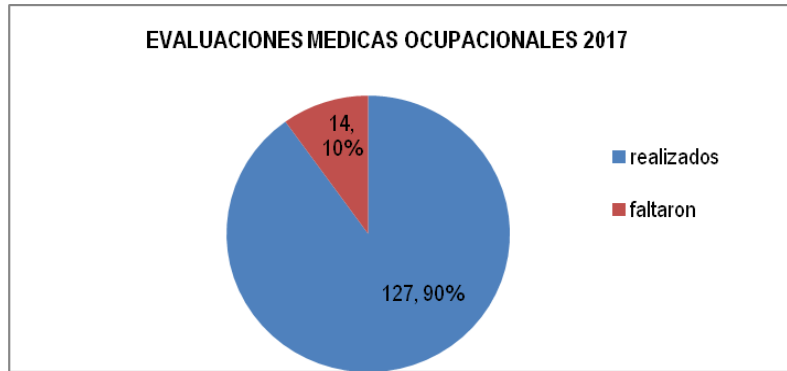
del sistema. El resultado de esta primera etapa ha sido nuevamente socializado con el equipo COVE, COPASST y con el infectólogo de la institución.

- **SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE RIESGO QUIMICO.** No se realizaron avances en documentación, estos deberán ser desarrollados para el periodo de 2018.
- **RIESGO PSICOLABORAL:** se realizaron avances en capacitaciones SIN EMBARGO, se debe fortalecer la intervención en dicho aspecto, lo cual requiere compromiso de los contratistas con la aplicación de herramientas que son de carácter obligatorio tales como la batería psicosocial y los paquetes instruccionales de cansancio de los trabajadores la cual está contemplada en el paquete instruccional del ministerio.
- **SEGUIMIENTO A CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES.** De acuerdo a solicitud hecha al DANE, se registraron en total 53 trabajadores con lesiones que permanentes que les dificultan sus funciones.



De lo anterior, se ha realizado durante el 2017:

- **READAPTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO:** Durante el mes de diciembre NO se realizaron readaptaciones laborales. , sin embargo, hasta el 2017 el balance ha sido positivo, en total se han realizado 38 readaptaciones.
- **EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES:** Se realizaron en total 127 exámenes durante el 2017 dentro de los exámenes médicos ocupacionales programados solo faltaron por asistir 14 personas.



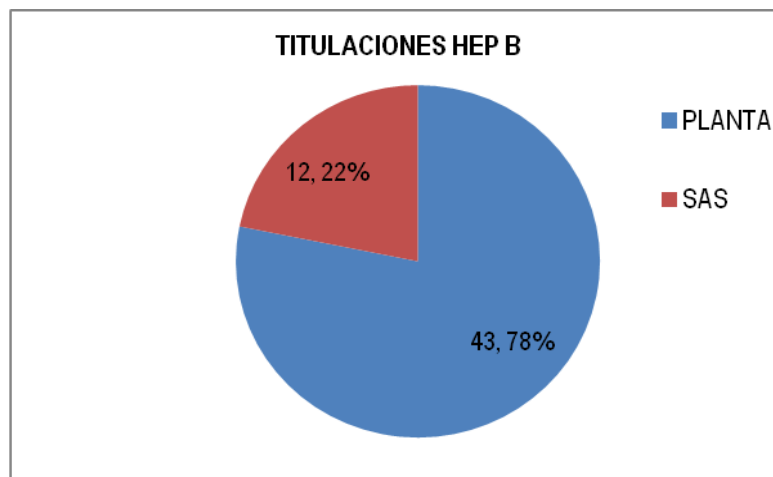
**ANALISIS PUESTOS DE TRABAJO.** Se realizaron 3 análisis de puesto de trabajo durante 2017. Para el año 2018 estos deberán ser contemplados en el rubro de salud ocupacional ya que mediante comunicación la ARL no continuara haciéndolos.

Se recibe calificación de origen LABORAL del funcionario FREDY AYALA BOGOTA CC. 79594179 auxiliar de servicios generales.

En este momento se encuentran en estudio de calificación de origen los siguientes funcionarios:

52014810	CAROLINA SANCHEZ CAÑÓN
21015075	BLANCA LIGIA SEGURA SEGURA
19382539	CONSTANTINO RAMIREZ CANDIA
51694787	MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ FORERO

**PROMOCION Y PREVENICION.** Durante el 2017 se realizaron las actividades programadas para promoción y prevención entre ellas la vacunación contra influenza (46 vacunas) y prueba de tuberculina (80), así mismo se adelantaron en el mes de noviembre, titulaciones de hepatitis (52).



El resultado de las titulaciones arrojó la necesidad de realizar 20 vacunaciones las cuales se adelantará en un esquema de 3 dosis por cada trabajador, la actividad quedó programada para el mes de enero de 2018. Se realizaron todos los exámenes médicos y de laboratorio para el personal de esterilización, servicio de alimentos y radiología. Se cumplió con todo lo programado para 2017 a este respecto.

## EMERGENCIAS Y DESASTRES

Se realizó pista programada en 2017, se deberá fortalecer para 2018 todo lo pertinente al PLAN DE EMERGENCIAS junto con los ajustes que por ley deben ser actualizados. El personal de brigadas está plenamente identificado con chalecos, se debe fortalecer participación de trabajadores de todas las temporales, el proceso deberá ser articulado con SST.

Respecto del Comité de COPASST se entregaron los informes a la gerencia en el mes de junio de 2017 a través de documento físico al DR JAVIER MANCERA con 19 anexos de soporte en el cual se mencionaron entre otros, las dificultades que se tienen con las empresas contratistas en el cumplimiento de las normas de SST con el fin de que se tomen las medidas respectivas.

Se realizaron 14 reuniones en el año 2017 de los cuales no superó el 45% participación de la empresa, en ellas se realizó informe de todas las actividades realizadas en el HUS y con contratistas para mejorar la SST.

Se realizaron elecciones en el mes de noviembre de 2017 y fue elegido el nuevo COPASST, ya fueron designados los representantes de la administración para el nuevo periodo 2017-2019.

El Comité de Convivencia Laboral, entrego su informe hasta el 30 de noviembre a través de correo radicado mediante oficio 20174020151181 del 5 diciembre de 2017; en dicho informe, se presentó un indicador de denuncia de 11 casos presentados, 17 reuniones realizadas (4 ordinarias y 13 extraordinarias).

En diciembre, la Universidad del Rosario, certificó 6 personas de las 15 invitadas al seminario aprendiendo a convivir con una duración de 16 horas.

Hacia el mes de abril de 2018 se deberá realizar la elección del nuevo Comité de Convivencia Laboral.

## ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE EL 2018

- Fortalecer equipo de SST
- Realizar profesiograma de la institución
- Elaborar los perfiles por cargo para todos los contratistas de manera específica
- Articular perfiles sociodemográficos de todas las empresas
- Articular todo lo pertinente a compras y suministros, control de contratistas, gestión del cambio.
- Articular capacitaciones con contratistas, insistir en el compromiso de estas con sus trabajadores
- Fortalecer todo el proceso de emergencias y articularlo con el SGSST.
- Articular gestión medio ambiental con el SGSST.
- Realizar auditoria INTERNA de SST, así como solicitar la formación de los auditores internos en el sistema.
- Documentar e implementar Los sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) Seguridad Vial (PESV), Riesgo visual, Riesgo Químico, Riesgo cardiovascular.
- Finalmente y como un determinante del SGSST, fortalecer la oportunidad y el cumplimiento de las contratistas con todas sus obligaciones con el trabajador de su empresa, lo cual debe ser exigido contractualmente de manera específica.

## EVALUACION DE DESEMPEÑO

PERIODO EVALUADO	EP A EVALUAR	CONC METAS	1 SEMES	2 SEMES	%CONC METAS	% 1 SEMES	% 2 SEMES
2015-2016	129	115	128	128	89	99	99



2016-2017	126	116	114	113	92	90	90
2017-2018	121	113	109	1	93	90	1
2018-2019	117	-	0	0	0	0	0

**NOMINA**

**PLANTA DE EMPLEOS PUBLICOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**

A continuación se relaciona la planta global de empleos públicos, para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, aprobada según Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016, así:

**TABLA No.\_\_\_\_\_ PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - EMPLEADOS PÚBLICOS**

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
<b>NIVEL DIRECTIVO</b>					
1	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	085	04	P. F	8
4	DIRECTOR OPERATIVO	009	03	LNR	8
20	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	02	LNR	8
1	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	01	LNR	8
<b>NIVEL ASESOR</b>					
1	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	P. F	8
2	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	LNR	8
<b>NIVEL PROFESIONAL</b>					
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	LNR	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	CA	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	10	LNR	8
5	LIDER DE PROYECTO	208	10	CA	8
5	MÉDICO ESPECIALISTA	213	12	CA	4
3	MÉDICO ESPECIALISTA	213	13	CA	6
8	MÉDICO ESPECIALISTA	213	14	CA	8
1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	15	CA	8
1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	11	CA	8
3	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	09	CA	8
2	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	05	CA	8
3	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	237	05	CA	8
51	ENFERMERO	243	07	CA	8
4	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	08	P. F	8
2	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	03	P. F	8
2	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	03	P. F	8
<b>NIVEL TECNICO</b>					
1	TECNICO OPERATIVO	314	12	CA	8
2	TECNICO OPERATIVO	314	11	CA	8
1	TECNICO OPERATIVO	314	09	CA	8
3	TECNICO OPERATIVO	314	06	CA	8

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
2	TECNICO OPERATIVO	314	04	CA	8
14	TECNICO AREA SALUD	323	10	CA	8
1	TECNICO AREA SALUD	323	05	CA	8
3	TECNICO AREA SALUD	323	01	CA	8
<b>NIVEL ASISTECIAL</b>					
1	SECRETARIO EJECUTIVO	425	16	CA	8
32	SECRETARIO	440	13	CA	8
1	SECRETARIO	440	07	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	14	CA	8
7	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	11	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	10	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	02	CA	8
172	AUXILIAR AREA SALUD	412	15	CA	8
1	AUXILIAR AREA SALUD	412	09	CA	8
3	AUXILIAR AREA SALUD	412	05	CA	8
3	AUXILIAR AREA SALUD	412	02	CA	8
<b>375</b>	<b>TOTAL</b>				

Fuente: Subdirección de Personal - Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016

**TABLA No. \_\_\_\_\_ PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS 2017 - TRABAJADORES OFICIALES**

No.	DENOMINACIÓN DEL CARGO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
3	TECNICO OPERATIVO	TO	8
6	OPERARIO	TO	8
8	AUXILIAR AREA SALUD	TO	8
30	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	TO	8
<b>49</b>	<b>TOTAL</b>		

Fuente: Subdirección de Personal - Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016

**TABLA No. \_\_\_\_\_ CONSOLIDADO PLANTA DE EMPLEOS E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA A 31 DE DICIEMBRE DE 2017**

	No.	No. ACTIVOS	No. VACANTES	% ACTIVOS
EMPLEOS PUBLICOS	375	251	124	84%
TRABAJADORES OFICIALES	49	47	2	16%
<b>TOTAL DE EMPLEOS</b>	<b>424</b>	<b>298</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Fuente: Subdirección de Personal

**TABLA No. \_\_\_\_\_ RELACION PERSONAL PLANTA Y CONTRATACION A 31 DE DICIEMBRE DE 2017 - BOGOTA Y UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ**

	PLANTA		TEMPORAL Y COOPERATIVAS		PRESTACION DE SERVICIOS	
	No. PERSONAS	%	No. PERSONAS	%	No. PERSONAS	%
<b>ADMINISTRATIVO</b>	124	41%	320	29%	11	3%
<b>ASISTENCIAL</b>	174	59%	798	71%	364	97%
<b>TOTAL</b>	<b>298</b>	<b>100%</b>	<b>1118</b>	<b>100%</b>	<b>375</b>	<b>100%</b>

CONSOLIDADO PERSONAL PLANTA Y CONTRATACION A 31 DE DICIEMBRE DE 2017 TOTAL		
	No. PERSONAS	%
<b>ADMINISTRATIVO</b>	455	25%
<b>ASISTENCIAL</b>	1336	75%
<b>TOTAL</b>	<b>1791</b>	<b>100%</b>

Fuente: Subdirección de Personal

En la anterior tabla se evidencia el número de personas vinculadas a la planta de personal del Hospital, trabajadores en misión, asociados y contratistas en Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá, en la cual se refleja la relación asistencial / administrativo manteniéndose en relación de 75% / 25%.

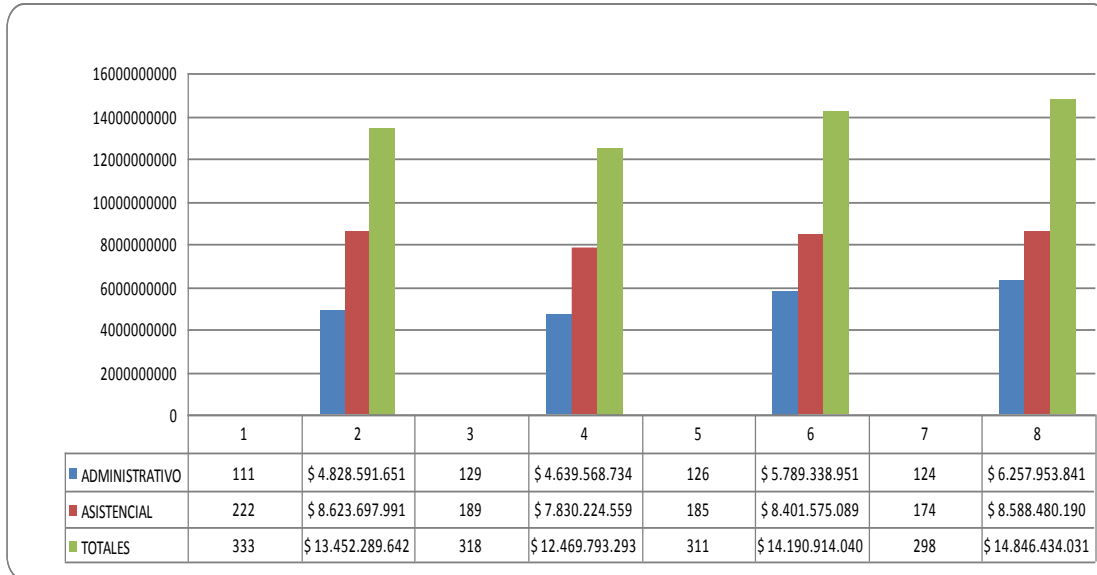
**NOMINA DE PLANTA.** A continuación se observa la relación de los gastos asociados a la nómina del personal de planta del Hospital:

**TABLA No. \_\_\_\_\_ GASTOS NÓMINA DOCE MESES BOGOTA COMPARATIVO  
AÑOS 2014 - 2015-2016-2017**

GASTOS NÓMINA PRIMEROS DOCE MESES BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2014 – 2015-2016-2017								
AÑOS	No. SERVIDOR ES AÑO 2014	VALOR GASTOS DE NOMINA 2014	No. SERVIDOR ES AÑO 2015	VALOR GASTOS DE NOMINA 2015	No. SERVIDOR ES AÑO 2016	VALOR GASTOS DE NOMINA 2016	No. SERVIDOR ES AÑO 2017	VALOR GASTOS DE NOMINA 2017
ADMINISTRATIVO	111	\$ 4.828.591.651	129	\$ 4.639.568.734	126	\$ 5.789.338.951	124	\$ 6.257.953.841
ASISTENCIAL	222	\$ 8.623.697.991	189	\$ 7.830.224.559	185	\$ 8.401.575.089	174	\$ 8.588.480.190
<b>TOTALES</b>	<b>333</b>	<b>\$ 13.452.289.642</b>	<b>318</b>	<b>\$ 12.469.793.293</b>	<b>311</b>	<b>\$ 14.190.914.040</b>	<b>298</b>	<b>\$ 14.846.434.031</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

**GRÁFICA No. \_\_\_\_\_ GASTOS NÓMINA DOCE MESES BOGOTA COMPARATIVO  
AÑOS 2014 - 2015-2016-2017**



Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

Los resultados obtenidos por esta gráfica indican que los servidores Asistenciales superan en personas un 17% el número de servidores Administrativos, en cuanto a los gastos de nómina los servidores Asistenciales generan un gasto del 58% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 42% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para el mes de diciembre de 2017 en un 16%.

PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE DICIEMBRE DE 2017			
TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
<b>PERIODO FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO</b>			
<b>PERIODO FIJO DIRECTIVO</b>	1		1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION DIRECTIVO	23	2	25
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION ASESOR	2	0	2
PERIODO FIJO ASESOR (NORMATIVO)	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	4	0	4
PERIODO FIJO PROFESIONAL SSO	8	0	8
TOTAL FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO	39	2	41
<b>CARRERA ADMINISTRATIVA</b>			
INSCRITOS	114		114
PENDIENTES INSCRIPCION	0		0
EN PROCESO DE INSCRIPCION	0		0
EN PERIODO DE PRUEBA	0		0
ENCARGOS	3		3
PROVISIONALES	95		95
VACANTES		122	122
<b>TOTAL EMPLEADOS PUBLICOS DE PLANTA</b>	<b>251</b>		
TRABAJADORES OFICIALES	47	2	49
TRABAJADORES OFICIALES	47	2	49
TOTAL CONTRATOS DE TRABAJO			49
<b>TOTAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL</b>	<b>298</b>	<b>126</b>	<b>424</b>
<b>REGIMEN DE CESANTIAS</b>			
REGIMEN DE CESANTIAS RETROACTIVAS	121		121
REGIMEN DE CESANTIAS ANUALIZADAS	177		177
<b>TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS</b>	<b>298</b>		<b>298</b>

PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE DICIEMBRE DE 2017			
TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
<b>ADMINISTRATIVO O ASISTENCIAL</b>			
ADMINISTRATIVOS	124		124
ASISTENCIALES	174		174
<b>TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS</b>	<b>298</b>		<b>298</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

**TABLA No. \_\_\_\_\_ RESUMEN GENERAL GASTOS ACUMULADOS NOMINA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2017**

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2017	COMPROMISO TOTAL (2017)	SALDO POR EJECUTAR (2017)
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 14.260.962.000	\$ 11.734.599.511	\$ 2.526.362.489
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 10.225.616.000	\$ 8.222.891.142	\$ 2.002.724.858
11003	PRIMA TECNICA	\$ 168.364.000	\$ 161.251.063	\$ 7.112.937
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 199.018.000	\$ 61.396.066	\$ 137.621.934
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 1.323.405.000	\$ 1.263.103.300	\$ 60.301.700
	PRIMAS EXTRALEGALES Y ESTRAORD.	\$ 2.304.919.000	\$ 2.025.957.940	\$ 278.961.060
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 288.674.000	\$ 252.257.350	\$ 36.416.650
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	\$ 103.748.000	\$ 90.379.049	\$ 13.368.951
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 441.740.000	\$ 385.942.224	\$ 55.797.776
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 487.031.000	\$ 439.873.820	\$ 47.157.180
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 935.051.000	\$ 818.955.490	\$ 116.095.510
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 48.675.000	\$ 38.550.007	\$ 10.124.993
14101	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.119.143.000	\$ 845.592.513	\$ 273.550.487
14102	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.580.425.000	\$ 1.203.063.620	\$ 377.361.380
13104	Atep FONDO PRIVADO	\$ 315.813.000	\$ 173.846.077	\$ 141.966.923
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 534.691.000	\$ 426.748.600	\$ 107.942.400
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 267.346.000	\$ 213.520.023	\$ 53.825.977
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 387.766.000	\$ 320.203.200	\$ 67.562.800

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

**INFORME SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES VIGENCIAS 2014 A 2017**

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana identificada con el Nit. 899999032, en cumplimiento de la Ley 715 de 2001, la Ley 1438 de 2011, artículo 85, últimamente lo dispuesto por la Resolución No. 154 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas vigentes, viene

adelantando el proceso de Saneamiento de Aportes Patronales Sistema General de Participaciones, para las vigencias 2012 – 2013 – 2014 – 2015 - 2016.

A continuación se relacionan las actas suscritas y legalizadas con las administradoras de salud, fondos de solidaridad pensional, administradoras de riesgos profesionales y fondos de cesantías, como resultado del saneamiento realizado en la Subdirección de Personal, con el fin de recuperar los saldos a favor de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

**TABLA No. \_\_\_\_\_ ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

NOMBRE ADMINISTRADORA	SALDO A FAVOR ESE (\$)
ALIANSAALUD (COLMEDICA)	\$ 119.996.875,00
CAFESALUD	\$ 54.653.937,00
COMPENSAR	\$ 92.700.670,00
COOMEVA	\$ 44.668.708,00
CRUZ BLANCA	\$ 30.012.856,00
FAMISANAR	\$ 57.715.569,00
FOSYGA-SAYP -ADRES	\$ 2.492.886,25
NUEVAEPS	\$ 56.894.031,58
SALUDCOOP	\$ 36.044.700,00
SALUDTOTAL	\$ 25.894.506,00
SANITAS	\$ 172.360.099,00
SURA (SUSALUD)	\$ 25.172.380,00
<b>VALOR TOTAL A RECUPERAR POR EPS</b>	<b>\$ 718.607.217,83</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

**TABLA No. \_\_\_\_\_ ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES**

NOMBRE ADMINISTRADORA	SALDO A FAVOR ESE (\$)	SALDO EN CONTRA ESE (\$)
COLFONDOS		- \$ 13.601.345
HORIZONTE	\$ 7.878.014,00	
PORVENIR	\$ 284.757.888,00	
<b>VALOR TOTAL A RECUPERAR POR EPS</b>	<b>\$ 292.635.902,00</b>	<b>-\$ 13.601.345</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

**TABLA No. \_\_\_\_\_ ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE CESANTIAS REGIMEN ANUALIZADO Y REGIMEN RETROACTIVO**

NOMBRE ADMINISTRADORA	SALDO A FAVOR ESE (\$)
FNA	\$ 53.307.920,00
HORIZONTE CESANTIAS S.A. REGIMEN ANUALIZADO	\$ 1.424.569.761,01
HORIZONTE CESANTIAS S.A. REGIMEN RETROACTIVO	\$ 3.401.864.489,01
PORVENIR REGIMEN ANUALIZADO	\$ 2.002.792.653,94
PORVENIR REGIMEN RETROACTIVO	\$ 8.455.520.796,91
PROTECCION REGIMEN ANUALIZADO	\$ 477.584.872,21
PROTECCION REGIMEN RETROACTIVO	\$ 3.928.964.823,58
OLD MUTUAL	\$ 4.596.744,31
<b>VALOR TOTAL A RECUPERAR POR CESANTIAS</b>	<b>\$ 19.749.202.060,97</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

**TABLA No. \_\_\_\_\_ ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES**

NOMBRE ADMINISTRADORA	SALDO A FAVOR ESE (\$)
ARL POSITIVA	\$ 296.536.494,00
<b>VALOR TOTAL A RECUPERAR POR CESANTIAS</b>	<b>\$ 296.536.494,00</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

**TABLA No. \_\_\_\_\_ CONSOLIDADO VALORES SANEADOS LEGALIZADOS CON ACTAS PARA RECUPERACION EXCEDENTES A FAVOR DEL HUS**

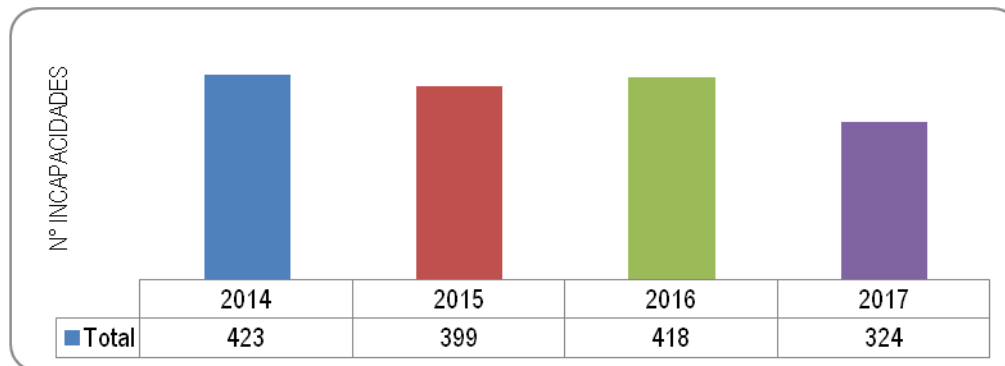
VALOR TOTAL A RECUPERAR POR ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD	\$ 718.607.217,83
VALOR TOTAL A RECUPERAR POR FONDOS DE PENSIONES	\$ 279.034.557,00
VALOR TOTAL A RECUPERAR POR FONDOS DE CESANTIAS	\$ 19.749.202.060,97
VALOR TOTAL A RECUPERAR POR ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES	\$ 296.536.494,00
<b>TOTALES A RECUPERAR</b>	<b>\$ 21.043.380.329,80</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

### INCAPACIDADES.

A continuación se presenta un total de incapacidades radicadas en la Subdirección de Personal y aplicadas dentro de las novedades correspondientes a nómina, novedades aplicadas mes a mes desde el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2017.

**GRAFICA No. INCAPACIDADES REPORTADAS POR AÑO VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

Las incapacidades que se relacionan de forma general en la anterior, fueron las presentadas por los colaboradores de planta de las diferentes dependencias del Hospital Universitario de la Samaritana; sus diferentes variaciones radican inicialmente en el total del personal activo en cada uno de los años, adicionalmente también se debe a la fecha en que el personal entrega o reporta su incapacidad a la Subdirección de Personal – Nómina aunque a partir de la entrada en vigencia de la Resolución 2388 y de la Resolución 5858 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, las novedades generadas por incapacidad deben ser reportadas al sistema general de seguridad social casi en tiempo real durante el mismo mes.

**TABLA No. INCAPACIDADES MENSUALES DETALLADAS POR SU ORIGEN VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**

MES	2014				2015			2016				2017			
	Acc. de Trab	Enfer. General	Enfer. Profes.	Lic. Mate r.	Acc. de Trab	Enfer. General	Lic. Mate r.	Acc. de Trab	Enfer. General	Lic. Mate r.	Lic. Pate r.	Acc. de Trab	Enfer. General	Lic. Mate r.	Lic. Pate r.
ENERO		41	1		1	35		1	22	1	1	1	20		
FEBRERO	2	37		1	1	22			47				32		1
MARZO	1	36	1		3	36		2	40	1		1	29		1
ABRIL		38			2	37		2	32				25		1
MAYO	1	40			4	21		1	40			1	30	1	1
JUNIO		32				26		1	26	1		1	23	1	
JULIO		16	2		1	29	1	2	28				25	1	
AGOSTO	2	29			1	30		3	38				23		
SEPTIEMBRE	10	35			4	37			29				34	1	
OCTUBRE	1	36			1	48	1	2	37			1	27		
NOVIEMBRE	2	26	2			31		3	38				29		
DICIEMBRE	7	22				27		2	18				14		
<b>Total Año</b>	<b>28</b>	<b>388</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>379</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>395</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>311</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

En la anterior tabla, se detalla en forma mensual el número total de incapacidades presentadas teniendo como criterio el origen que da lugar a la incapacidad, aclarando que son de origen común las que tienen como causa un accidente o una enfermedad cuya ocurrencia no tuvo ninguna relación con el trabajo. Y son de origen profesional o laboral las que, contrario sensu, se originan en un accidente de trabajo o en una enfermedad laboral. Las variaciones que se presentan en cada uno de los meses tienen que ver con las fechas de cierre de novedades de nómina.

**TABLA No. INCAPACIDADES PARA SER RECOBRADAS A LAS EPS VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**

AÑO	INICIAL	PRORROGA	Total general
2014	187	84	271
2015	197	37	234
2016	210	40	250
2017	190	21	211
<b>TOTAL</b>	<b>784</b>	<b>182</b>	<b>966</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

Del total de incapacidades reportadas en los diferentes años se relaciona la cantidad de incapacidades que podrían ser recobradas por el Hospital Universitario de la Samaritana a las diferentes EPS, incapacidades que tuvieron una duración de tres o más días y que son susceptibles de reconocimiento económico por parte de las EPS, siempre y cuando al momento de realizar la solicitud de reconocimiento se cumplan con todos requisitos exigidos por cada una de las entidades conforme a la normatividad vigente y la EPS no presente objeciones para su reconocimiento económico.

Es de observar que el volumen de incapacidades por recobrar a las diferentes entidades va disminuyendo, esto es debido a que el total de la planta de personal también ha disminuido, adicionalmente contribuye a esta disminución la reubicación de personal con enfermedades profesionales y la adopción de los diferentes programas de seguridad y salud en el trabajo.

**TABLA No. VALORES RECAUDADOS POR LAS ENTIDADES EPS Y ARL VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**



MES	2014	2015	2016	2017	TOTAL
ENERO	\$6.959.289	\$3.428.732	\$2.834.445	\$0	\$13.222.466
FEBRERO	\$5.040.228	\$974.016	\$591.534	\$10.997.504	\$17.603.282
MARZO	\$3.513.674	\$2.782.111	\$18.320.953	\$16.906.746	\$41.523.484
ABRIL	\$1.880.222	\$4.244.359	\$436.655	\$1.236.766	\$7.798.002
MAYO	\$7.375.748	\$4.511.334	\$1.150.045	\$778.255	\$13.815.382
JUNIO	\$3.078.958	\$712.663	\$377.200	\$1.590.322	\$4.168.821
JULIO	\$1.571.995	\$3.595.897	\$188.460	\$924.414	\$6.280.766
AGOSTO	\$10.048.338	\$7.490.696	\$52.800	\$10.941.512	\$28.533.346
SEPTIEMBRE	\$8.457.360	\$17.279.384	\$0	\$5.714.809	\$31.451.553
OCTUBRE	\$15.922.893	\$13.589.907	\$1.572.046	\$0	\$31.084.846
NOVIEMBRE	\$6.008.073	\$3.032.497	\$2.863.022	\$0	\$11.903.592
DICIEMBRE	\$3.940.747	\$4.414.450	\$1.958.978	\$0	\$10.314.175
<b>TOTAL</b>	<b>\$73.797.525</b>	<b>\$ 66.056.046</b>	<b>\$ 30.346.138</b>	<b>\$47.500.006</b>	<b>\$217.699.715</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

Durante los años comprendidos entre 2014 a 2017, el Hospital Universitario de la Samaritana ha venido adelantando los procesos establecidos internamente y acatando la normatividad vigente para cada año ha adelantado los diferentes trámites para el reconocimiento económico de las prestaciones económicas originadas por las incapacidades

El proceso de reconocimiento presenta una falencia ya que la información correspondiente a los giros que realizan las EPS al Hospital no pueden ser identificados de forma clara, esto se debe a que no se cuenta con los accesos correspondientes a los portales Web de cada EPS, al no acceso a la información oportuna de tesorería al recibir los pagos, lo que dificulta el oportuno reporte y conciliación de la cuenta contable auxiliar designada por contabilidad para del estado del reconocimiento económico.

Cabe resaltar que en los procesos de cobro de incapacidades se presentan diferencias con las EPS al momento de su reconocimiento y es que muchas veces lo cobrado por el Hospital no es lo reconocido por la EPS, esto obedece al tratamiento interno que le da cada EPS a las diferentes solicitudes.

#### **CERTIFICACIONES PARA EXPEDICIÓN DE BONOS PENSIONALES.**

En el proceso de generación y confirmación de los certificados de factores salariales para la emisión de bonos pensionales solicitados por los colaboradores activos e inactivos del Hospital Universitario de la Samaritana, solo se encuentran registros históricos correspondientes a los años 2016 y 2017.

De la información que reposa en los históricos de este proceso se ha podido establecer la siguiente información:

**TABLA No. CERTIFICADOS EXPEDIDOS PARA TRÁMITES DE BONO VIGENCIAS 2016 Y 2017**

MES	FORMULARIO 1		FORMULARIO 2		FORMULARIO 3B		FACTORES SALARIALES		MES
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	
ENERO	11	6	11	6	10	5	0	1	50
FEBRERO	9	10	7	7	5	7	25	1	71
MARZO	6	11	7	10	6	8	6	2	56

**INFORME DE GESTIÓN**

ABRIL	10	7	10	6	10	6	13	2	64
MAYO	16	11	12	11	8	10	2	1	71
JUNIO	8	7	6	5	5	2	6	1	40
JULIO	10	15	5	15	4	14	2	5	70
AGOSTO	14	10	9	10	8	7	4	0	62
SEPTIEMBRE	12	17	10	16	9	16	3	5	88
OCTUBRE	15	14	13	14	13	12	5	1	87
NOVIEMBRE	10	15	9	14	5	15	1	2	71
DICIEMBRE	14	13	14	11	12	11	0	1	76
<b>TOTAL AÑO</b>	<b>135</b>	<b>136</b>	<b>113</b>	<b>125</b>	<b>95</b>	<b>113</b>	<b>67</b>	<b>22</b>	<b>806</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Bonos pensionales

De acuerdo a la información registrada entre los años 2016 y 2017, el Hospital Universitario de la Samaritana expidió un total de 717 certificados de salarios base en los formatos 1,2 y 3B y un total de 89 certificados de Factores Salariales.

En la expedición de certificados para tramites de bono pensional se debe tener en cuenta los diferentes tipos de solicitudes ya que no siempre se solicitan los tres formatos correspondientes que se establecen por el Ministerio de Hacienda, lo que hace que exista una variable en la cantidad de solicitudes.

Así mismo la emisión de bonos se ha realizado de forma constante y oportuna, dándose respuesta a cada una de las solicitudes en un tiempo prudente, garantizando que la información suministrada sea la más real, fiel y confiable para entregar a las diferentes entidades y personas que lo solicitan.

En la emisión de los certificados para trámites de pensión durante los dos últimos años podemos ver que hay un rango similar de solicitudes, sin embargo a estas habría que sumarse otras solicitudes relacionadas a los procesos de pensión de cada uno de los fondos que aunque no va certificada en estos formatos si genera una incidencia en los tiempos de respuesta.

**GESTIÓN PASIVOCOL.**

Es en el mes de junio de 2016 donde la se recibe de la Subdirección de Desarrollo Humano las instrucciones para el desarrollo de las tareas del programa de pasivo prestacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y se asigna al técnico de seguridad social de la Subdirección de Personal, quien adelantara la verificación de información y desarrollara las tareas que sean solicitadas por el responsable del programa PASIVOCOL.

Es en el periodo comprendido entre junio y diciembre de 2016 donde se desarrollan las tareas que estaban pendientes por ejecutar, las cuales se encontraban detalladas en el informe enviado por el asesor asignado para la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, quien vigila que se dé cumplimiento a la ejecución del informe anual; estas actividades fueron:

Solicitud (CODERR: F3-070). En el formulario “3-Empleados Activos”, se verificaron y corrigieron los salarios devengados de 2 Colaboradores.

Solicitud (CODERR: F3-290). En el formulario “3-Empleados Activos”, se validó y corrigió la edad de un colaborador ya que a la fecha superaba los 64 años:

Solicitud (CODERR: F3-130). En el formulario “3-Empleados Activos”, hay funcionarios sin historia laboral relacionada; en esta actividad se encontraron 99 colaboradores que no registraban historia laboral, por esta razón se realizó una recolección de información y el cargue de información (NIT y Nombre de los empleadores o de la empresa donde laboró anteriormente, cargo o cargos, fecha de ingreso y retiro, número

de semanas cotizadas y entidad de seguridad social); información que se registró en el aplicativo de PASIVOCOL , para cada uno de los 99 colaboradores reportados para los cuales no registraba su Historia laboral, esto para actualizar el cálculo actuarial del pasivo pensional de la Entidad.

Solicitud (CODERR: F4-010). En el formulario “4-Historia Laboral de Empleados Activos”, existen fechas superpuestas con respecto a la fecha de ingreso reportada en el formulario 3. Para esta inconsistencia se informaron 107 registros. En esta solicitud fueron revisadas las historias laborales y las actualizaciones en el formato hoja de vida “función pública” las fechas de las empresas para las cuales trabajaron los funcionarios están incompletas o no fueron relacionadas.

En esta actividad se debieron borrar algunos de los registros del formulario 4, “Historia Laboral de Empleados Activos” que se superpongan en ambos formularios (3 y 4) y además el “nombre del empleador” donde laboró anteriormente sea “E.S.E. Hospital Universitario La Samaritana”. (No se deben borrar, las vinculaciones anteriores a la Unidad Administrativa, siempre y cuando las fechas no se superpongan). Es de aclarar que las fechas que están cruzadas con diferentes entidades son porque estos funcionarios trabajaron o trabajan en más de una entidad.

Solicitud CODERR: F4-070). En el formulario “4-Historia Laboral de Empleados Activos”, está errado el campo “Entidad de Seguridad Social”. Se reporta una inconsistencia en la entidad de seguridad Social a la cual se realizan los aportes en pensión, se revisa y se corrige la entidad de seguridad social.

Solicitud (CODERR: F4-120). En el formulario “4-Historia Laboral de Empleados Activos”, falta registrar el NIT o dígito de verificación, de la empresa donde laboró anteriormente o tiene un valor incorrecto; número de registros con esta inconsistencia 84, fueron registrados en el programa de PASIVOCOL algunos de los Nit que se pudieron encontrar de las empresas para las cuales laboraron los funcionarios relacionados en el anterior cuadro.

Solicitud (CODERR: F9-300). En el formulario “9-Retirados”, existen retirados nacidos antes de la fecha de corte. Se verifica el reporte en el cual se informan 908 casos y se eliminan las personas que existían retiradas a la fecha de corte.

Solicitud CODERR: F9-070). En el formulario “9-Retirados”, falta diligenciar las columnas “Fecha afiliación ISS o AFP”, del personal que estaba trabajando en la entidad a (30/06/1995), fecha límite para afiliar los funcionarios públicos al ISS o a una AFP, debido a la entrada en vigencia el sistema de seguridad social en pensiones en la entidad, de acuerdo con la información suministrada en el formulario 2, el número de registros con esta inconsistencia fueron siete casos, en los que una vez validada su historia laboral las personas no tienen registro de las fechas de la primera afiliación al sistema.

Solicitud (CODERR: F9-040). En el formulario “9-Retirados”, los siguientes salarios son menores que el Salario Mínimo del año de retiro, el número de registros con esta inconsistencia fueron 13, del total de las personas reportadas y luego de revisar su historia laboral solo se pudieron corregir los salarios en dos de los casos de acuerdo a la fecha de retiro, de los otros funcionarios no hay soportes para verificar esta información.

Solicitud (CODERR: F9-850). En el Formulario “9-Retirados”, hay retirados que están registrados como fallecidos en la Registraduría Nacional del Estado Civil; para esta solicitud se podrá retirar a un fallecido dos (2) años antes de la fecha de corte reportada, salvo que se reporte reclamación o proceso judicial relacionado.; el número de registros con esta inconsistencia reportados son 250.

Para esta actividad las personas reportadas fueron eliminadas del programa de PASIVOCOL, luego de validar su condición de fallecido y de descargar de la página de la Registraduría Nacional del Estado Civil cada uno de los soportes donde se evidencia que estas personas ya fallecieron.

Pendiente verificar para las fechas del 18 al 20 de enero de 2017, con la asesora asignada por PASIVOCOL para dar soporte al Hospital nos dará las instrucciones de las actualizaciones que se deben registrar o no.

Para el año 2017 se recibió por parte de PASIVOCOL un informe donde nuevamente se solicita que el Hospital Universitaria de la Samaritana realice los ajustes y correcciones antes nombradas ya que al momento de actualizar el aplicativo las correcciones que se realizaron no fueron aplicadas o tomadas por su sistema.

A la fecha el proceso de cargue de estas correcciones en el sistema de PASIVOCOL se encuentran suspendidas debido a que su aplicativo se encuentra en actualización.

### **CESANTIAS.**

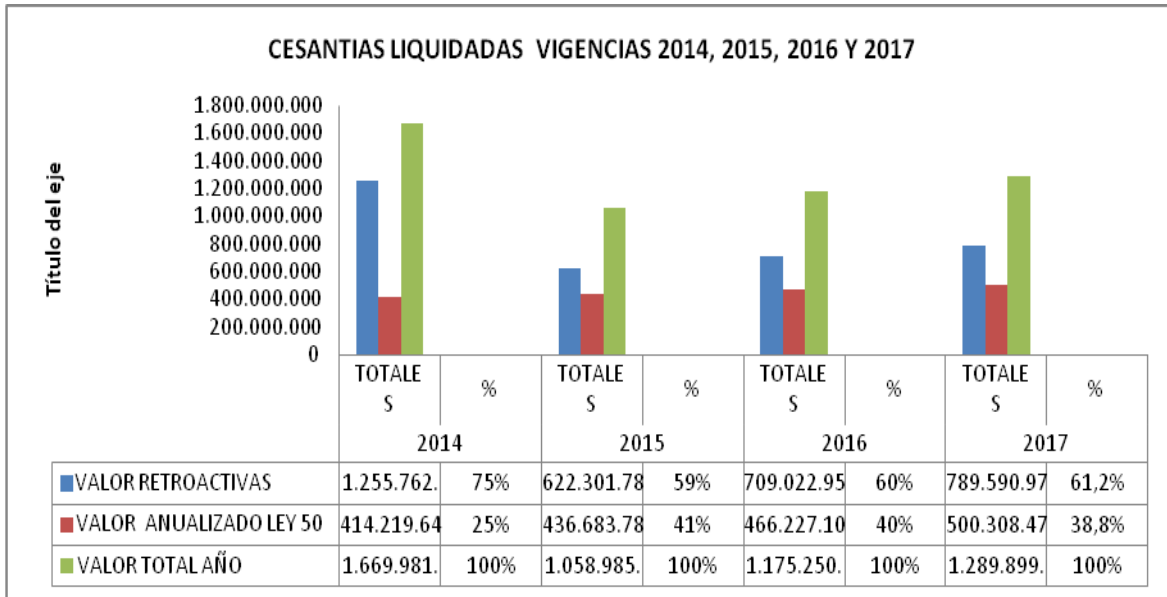
Se liquidan Cesantías de Enero a Diciembre para la vigencia 2017 comparado con 2016, 2015 y 2014, cesantías Retroactivas y Anualizado Ley 50.

**TABLA No. CESANTIAS LIQUIDADAS  
VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**

REGIMEN	2014		2015		2016		2017	
	TOTALES	%	TOTALES	%	TOTALES	%	TOTALES	%
VALOR RETROACTIVAS	1.255.762.178	75%	622.301.785	59%	<b>709.022.951</b>	60%	789.590.975	61,2%
VALOR ANUALIZADO LEY 50	414.219.641	25%	436.683.782	41%	<b>466.227.101</b>	40%	500.308.474	38,8%
<b>VALOR TOTAL AÑO</b>	<b>1.669.981.819</b>	<b>100%</b>	<b>1.058.985.567</b>	<b>100%</b>	<b>1.175.250.052</b>	<b>100%</b>	<b>1.289.899.449</b>	<b>100%</b>

Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

**GRAFICA No. CESANTIAS LIQUIDADAS  
VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

Se observa en el grafico que para el año 2014 el mayor porcentaje para el retiro de cesantías es el de Régimen retroactivo, seguido de los años 2016, 2017 y por ultimo 2015 vigencia con menor porcentaje que las otras vigencias. Lo anterior debido a que los retiros son de cuantías mayores aun cuando la mayoría de empleados públicos son de régimen de ley 50.

La mayor participación de las cesantías de régimen retroactivo es del 75% en promedio para el año 2014 y de ley 50 en un 41% para la vigencia 2015.

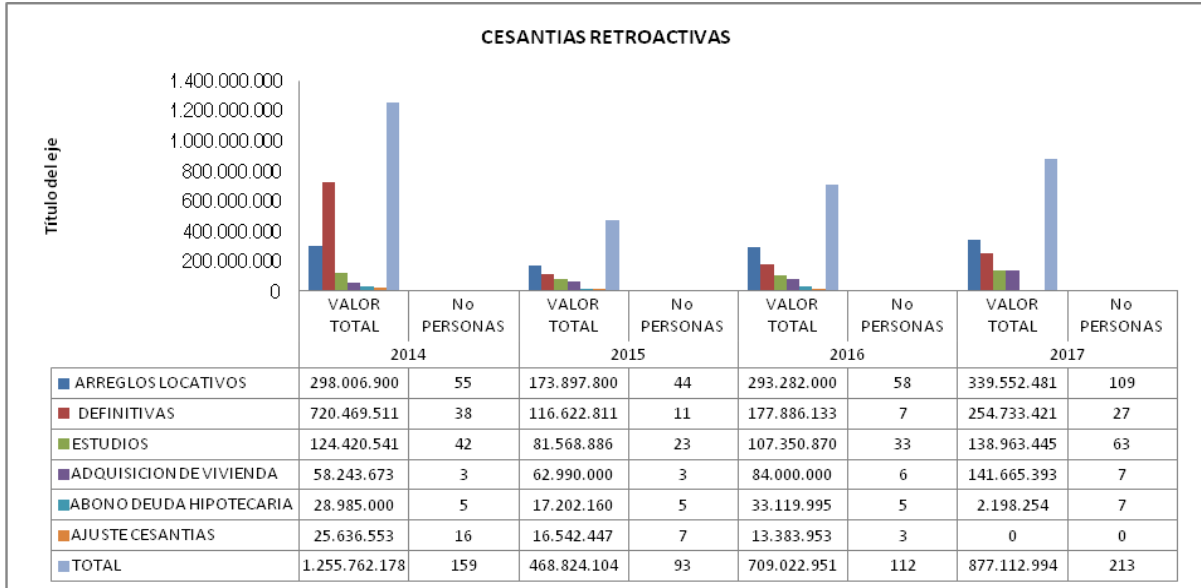
**TABLA. CESANTÍAS RETROACTIVAS  
VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**

REGIMEN	2014		2015		2016		2017	
	VALOR TOTAL	No PERSONAS	VALOR TOTAL	No PERSONAS	VALOR TOTAL	No PERSONAS	VALOR TOTAL	No PERSONAS
ARREGLOS LOCATIVOS	298.006.900	55	173.897.800	44	293.282.000	58	339.552.481	109
DEFINITIVAS	720.469.511	38	116.622.811	11	177.886.133	7	254.733.421	27
ESTUDIOS	124.420.541	42	81.568.886	23	107.350.870	33	138.963.445	63
ADQUISICION DE VIVIENDA	58.243.673	3	62.990.000	3	84.000.000	6	141.665.393	7
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	28.985.000	5	17.202.160	5	33.119.995	5	2.198.254	7
AJUSTE CESANTIAS	25.636.553	16	16.542.447	7	13.383.953	3	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>1.255.762.178</b>	<b>159</b>	<b>468.824.104</b>	<b>93</b>	<b>709.022.951</b>	<b>112</b>	<b>877.112.994</b>	<b>213</b>

Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

**GRÁFICA. CESANTÍAS RETROACTIVAS**

INFORME DE GESTIÓN  
VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017



Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

Se liquidan Cesantías **Retroactivas** vigencia 2017 comparado con 2016, 2015 y 2014, de acuerdo a los ítems, valores y número de funcionarios que hicieron la solicitud. Como se observa en el gráfico el mayor número de liquidación de las cesantías retroactivas con destinación arreglos locativos es para la vigencia 2017 con 109 solicitudes, seguido de las vigencias 2016, con 58 solicitudes, 2014 con 55 solicitudes. La vigencia 2014, presentó menor cantidad de solicitud es decir 44.

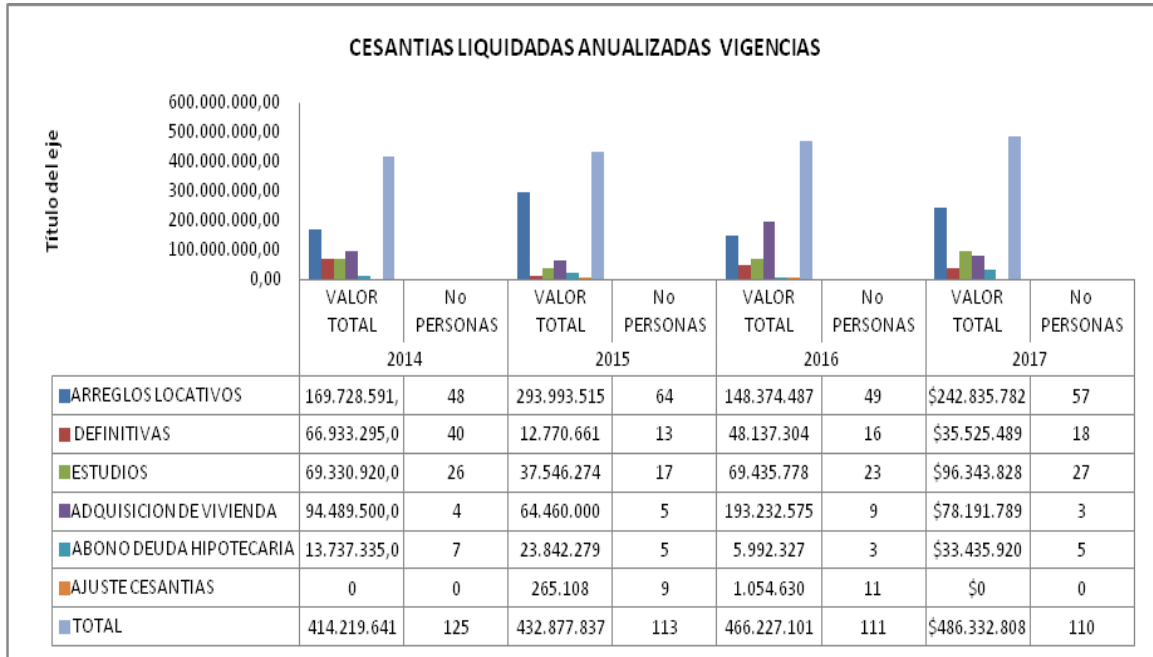
El rubro más representativo en la liquidación de cesantías parciales de régimen retroactivo es **ARREGLOS LOCATIVOS** para la vigencia 2017.

**TABLA. CESANTÍAS ANUALIZADAS LEY 50  
VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**

REGIMEN	2014		2015		2016		2017	
	VALOR TOTAL	No PERSONAS	VALOR TOTAL	No PERSONAS	VALOR TOTAL	No PERSONAS	VALOR TOTAL	No PERSONAS
ARREGLOS LOCATIVOS	\$169.728.591	48	\$293.993.515	64	\$148.374.487	49	\$242.835.782	57
DEFINITIVAS	\$66.933.295	40	\$12.770.661	13	\$48.137.304	16	\$35.525.489	18
ESTUDIOS	\$69.330.920	26	\$37.546.274	17	\$69.435.778	23	\$96.343.828	27
ADQUISICION DE VIVIENDA	\$94.489.500	4	\$64.460.000	5	\$193.232.575	9	\$78.191.789	3
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	\$13.737.335	7	\$23.842.279	5	\$5.992.327	3	\$33.435.920	5
AJUSTE CESANTIAS	\$0	0	\$265.108	9	\$1.054.630	11	\$0	0
<b>TOTAL</b>	<b>\$414.219.641</b>	<b>125</b>	<b>\$432.877.837</b>	<b>113</b>	<b>\$466.227.101</b>	<b>111</b>	<b>\$486.332.808</b>	<b>110</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

**GRÁFICA. CESANTÍAS ANUALIZADAS LEY 50 ENERO A DICIEMBRE VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

En el grafico se observa que la liquidación de las cesantías anualizadas ley 50 fue con destino para arreglos locativos, se refleja que la vigencia 2014 tuvo un comportamiento bajo en comparación con las vigencias 2015, 2016 y 2017, concluyendo que la vigencia con mayor solicitud y representación de rubro es para el año 2015.

**VACACIONES**

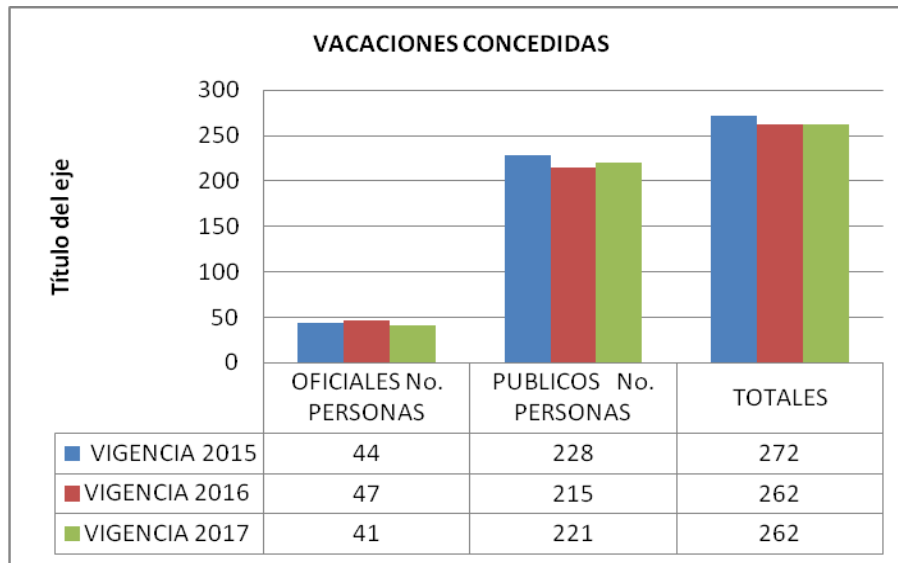
Se realizaron los Actos Administrativos para el disfrute de Vacaciones de Enero a Diciembre para la vigencia 2017 comparado con los años 2015, 2016 Y 2017.

**TABLA No. VACACIONES DISFRUTADAS VIGENCIAS 2015, 2016 Y 2017**

VIGENCIA	OFICIALES No. PERSONAS	PUBLICOS No. PERSONAS	TOTALES
2015	44	228	<b>272</b>
2016	47	215	<b>262</b>
2017	41	221	<b>262</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

**GRÁFICA No. VACACIONES DISFRUTADAS VIGENCIAS 2015, 2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

De acuerdo a la información antes mencionada se infiere que tanto para trabajadores oficiales y públicos para la vigencia 2015 es la que tiene más dinámica este rubro, pero en comparación son más los trabajadores públicos los que afectan la gráfica al ser mayor población en mayor proporción.

### AUSENTISMO.

Se registra y se lleva el control para cada vigencia de las horas del ausentismo de los diferentes tipos de permisos solicitados por el personal de planta, y el valor que representa el ausentismo para cada vigencia, en comparación enero a diciembre para las vigencias 2014, 2015, 2016 y 2017.

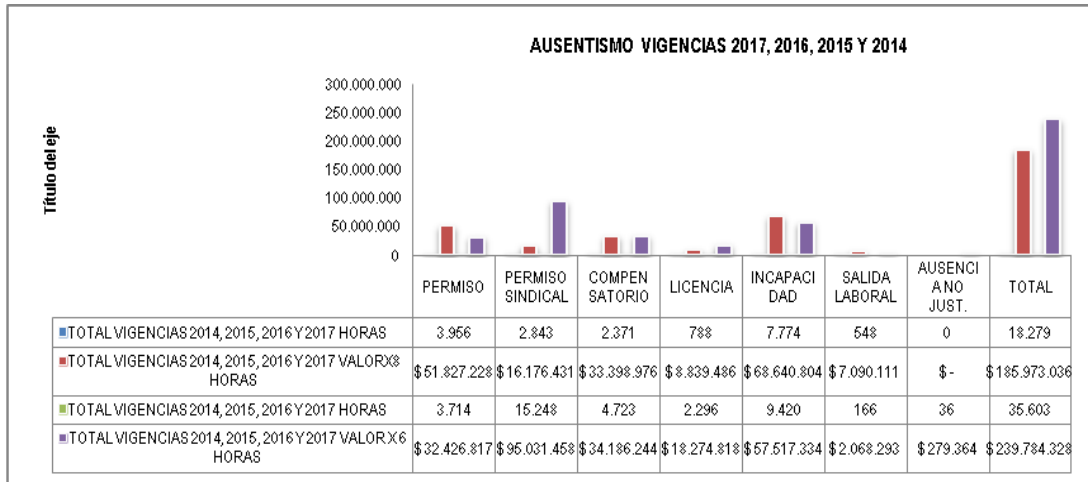
**TABLA No. AUSENTISMO VIGENCIAS 2015, 2016 Y 2017**

TIPO DE AUSENTISMO	TOTAL VIGENCIAS 2014, 2015, 2016 Y 2017			
	HORAS	VALOR X 8 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS
PERMISO	3.956	\$ 51.827.228	3.714	\$ 32.426.817
PERMISO SINDICAL	2.843	\$ 16.176.431	15.248	\$ 95.031.458
COMPENSATORIO	2.371	\$ 33.398.976	4.723	\$ 34.186.244
LICENCIA	788	\$ 8.839.486	2.296	\$ 18.274.818
INCAPACIDAD	7.774	\$ 68.640.804	9.420	\$ 57.517.334
SALIDA LABORAL	548	\$ 7.090.111	166	\$ 2.068.293
AUSENCIA NO JUST.	0	\$ -	36	\$ 279.364
<b>TOTAL</b>	<b>18.279</b>	<b>\$ 185.973.036</b>	<b>35.603</b>	<b>\$ 239.784.328</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

**GRÁFICA No. AUSENTISMO VIGENCIAS 2015, 2016 Y 2017**





Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

Se puede observar en el grafico que el motivo que más influye en el ausentismo para las vigencias fueron los PERMISOS SINDICALES, con un valor de 95.031.458 por el ítem de 8 horas y para el ítem de 6 horas \$ 16.176.431 y el segundo concepto de ausentismo que presenta alta solicitud y representación económica son las incapacidades con un valor de \$ 68.640.804 por el ítem de 6 horas y por el ítem de 8 horas \$ 57.517.334.

## CONTRATACIÓN

**BOGOTA.** En Bogotá D C., se tiene contratado para los servicios de apoyo a la gestión, logístico administrativo y financiero con la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S A. – COLTEMPORA S. A. el suministro de personal en misión y para el cubrimiento de Procesos y Subprocesos Asistenciales con Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA. Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios.

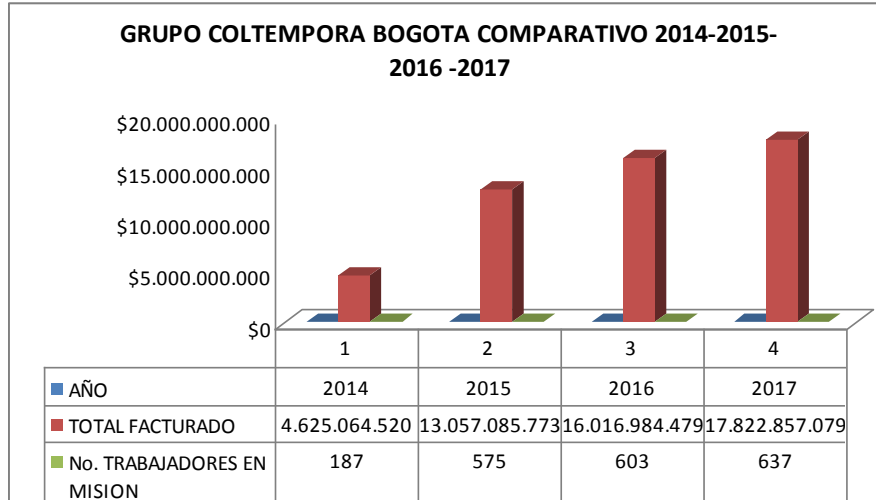
**ZIPAQUIRA.** En Zipaquirá Cundinamarca, se tiene contratado para los servicios de apoyo a la gestión, logístico administrativo, financiero y servicios asistenciales con la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S A. – COLTEMPORA S. A. el suministro de personal en misión; a partir de febrero de 2017 Coltempora S.A suministra la contratación de la Unidad Funcional de Zipaquirá. Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de Prestación de Servicios para esta Unidad Funcional.

**TABLA No. TEMPORAL BOGOTA COMPARATIVO AÑO 2014, 2015, 2016 Y 2017**

AÑO	2014	2015	2016	2017
TOTAL FACTURADO	4.625.064.520	13.057.085.773	16.016.984.479	17.822.857.079
No. TRABAJADORES EN MISION	187	575	603	637

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

**GRAFICA No. TEMPORAL BOGOTA COMPARATIVO AÑO 2014, 2015, 2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para la vigencia 2015 se incrementó en el 3% la asignación básica a todos los cargos en misión proyectados con relación a la vigencia 2014. A partir de febrero de 2015 toma la contratación de los servicios asistenciales (Enfermería) la Empresa de Servicios Temporales Colombiana de Temporales S A.

Para la vigencia 2016 se realizó el incremento de las asignaciones básicas a todos los cargos en misión proyectados con relación al año 2015 en un 5%. También influyó en el incremento de la facturación el ingreso de los siguientes cargos en misión: (1) Profesional Especializado – Planeación y Gestión de la Calidad II, (1) Técnico Objeciones y Determinación de Glosas III, (1) Profesional Educación Médica III, (1) Técnico de Archivo II, (1) Auxiliar Conmutador I, (1) Técnico Apoyo Administrativo III, (1) Profesional Apoyo Administrativo III y (1) Técnico de Contratos IV.

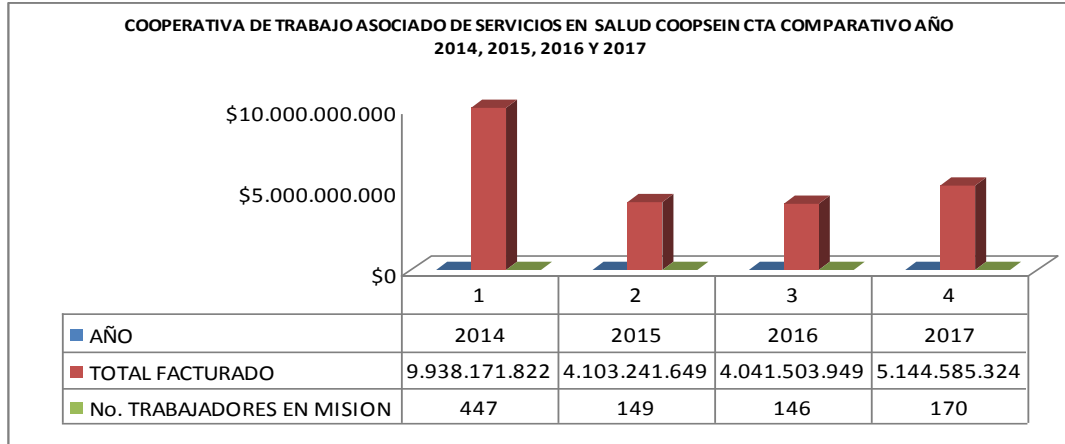
Para la vigencia 2017 se incrementó las asignaciones básicas a todos los cargos en misión proyectados con relación al año 2016 en un 5%, la vinculación de nuevos cargos en la parte administrativa para el proceso de Acreditación y la promoción de cargos para el mejoramiento de los procesos en los siguientes centros de costos: Gestión de la información (1) Profesional III, Direccionamiento y Gerencia – Dirección Científica (8) Profesionales Especializados para el proceso de Auditoria Concurrente; Direccionamiento y Gerencia - Jurídica (1) Técnico II y (1) Técnico III, (2) Profesionales en Derecho III, (2) Profesional Especializado III, Ambiente Físico y Arquitectura en esta área se realizó una nivelación salarial quedando así: (5) auxiliares V, (1) Técnico III y (1) Técnico V; Mejoramiento de la Calidad Planeación en (1) Profesional Especializado II; Direccionamiento y Gerencia Seguridad del paciente (1) Profesional II; Direccionamiento y Gerencia - Financiera ingresan (2) Técnicos III y (1) Profesional Especializado II; Direccionamiento y Gerencia – Educación Medica se suspende (1) profesional y un (1) auxiliar. Se reemplaza por (1) Profesional Especializado como gestor de Investigación y (1) Técnico III; Gestión de la Información (1) Profesional I y Talento Humano Personal (1) Profesional I para el cubrimiento de las necesidades de la institución.

**TABLA No. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COMPARATIVO AÑO 2014, 2015, 2016 Y 2017**

AÑO	2014	2015	2016	2017
<b>TOTAL FACTURADO</b>	9.938.171.822	4.103.241.649	4.041.503.949	5.144.585.324
<b>No. TRABAJADORES EN MISION</b>	447	149	146	170

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

**GRAFICA No. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COMPARATIVO AÑO 2014, 2015, 2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para la vigencia 2015 se realizó un incremento para la cooperativa del 3% con relación al 2014, , para la vigencia 2016 se incrementó un 5% con relación a la vigencia 2015, adicional se realiza ampliación de presupuesto por necesidades del servicio en el Subproceso de Apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico e Inmunología específicamente en las áreas de: Microbiología, Hematología Especial, Inmunología Especial y Biología Molecular, al igual que en los procesos de Apoyo Terapéutico – Banco de Sangre y Apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico e Inmunología específicamente en la Coordinación de Calidad.

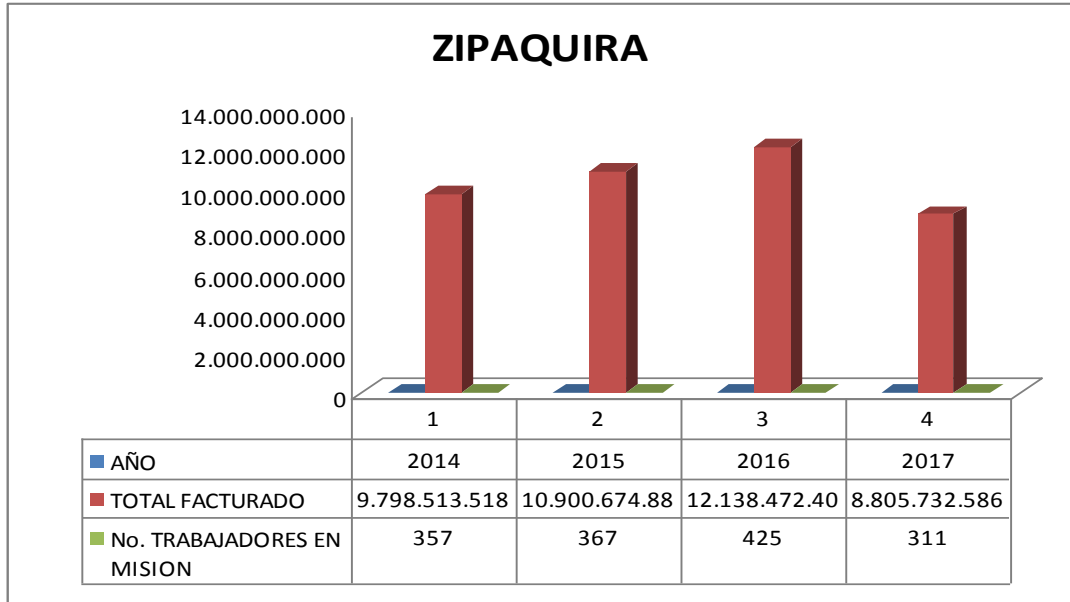
Para la vigencia 2017 se realizó un incremento para la cooperativa del 5% con relación al 2016, se ampliaron los procesos como el programa de Ruta Materna y programa para el desarrollo de las Acciones del Plan de Salud Pública en el marco del Plan Decenal de Salud Publica municipio de Zipaquirá vigencia 2017, ampliación de los procesos de Farmacia, proceso de atención al paciente Quirúrgico y proceso de Apoyo Terapéutico, por necesidades del servicio.

**TABLA No. UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA  
COMPARATIVO AÑO 2014, 2015, 2016 Y 2017**

AÑO	2014	2015	2016	2017
TOTAL FACTURADO	9.798.513.518	10.900.674.888	12.138.472.409	8.805.732.586
No. TRABAJADORES EN MISION	357	367	425	311

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

**GRAFICA No. UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA  
COMPARATIVO AÑO 2014, 2015, 2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

En la vigencia 2015 se realiza un incremento en el presupuesto para cubrir la compensación de los Procesos y Subprocesos que operó la Cooperativa de Trabajo Asociado Grupo Laboral IPS en todos los Subprocesos del 4.5% con relación a la vigencia 2014

Para la vigencia 2016 se realizó un incremento en todos los Procesos y Subprocesos del 6.77%, adicionalmente se firmó Convenio de Concurrencia para el cual se contrataron (2) jefes de enfermería, (2) psicólogos, (1) auxiliar de enfermería y (2) auxiliares de vacunación, (1) jefe de enfermería para el Servicio de Urgencias, (1) enfermera jefe para el cuidado de recién nacido.

A partir de febrero de 2017, se contrata el suministro de trabajadores en misión en las áreas administrativas y asistenciales de la Unidad Funcional de Zipaquirá con la Empresa de Servicios Temporales Colombiana de Temporales S.A. – COLTEMPORA S.A. reduciendo el número de trabajadores en misión a 311 aproximadamente, dado que la contratación de las especialidades médicas que se tenían contratadas mediante suministro de procesos y subprocesos a través de la Cooperativa de Trabajo Asociado, para la vigencia 2017 se contrataron a través de Contrato de Prestación de Servicios.

### PROFESIONALES SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

Esta subdirección tuvo a cargo la supervisión administrativa de los contratistas, de SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, por lo tanto, se realizó todo el proceso de contratación hasta culminar con la liquidación de los contratos, así mismo se certificó mensualmente, para trámite de pago mensualmente.

En oficio con radicado No. 201625000210211 el Ministerio de Salud, informa que a partir del primero de (01) de Julio de 2016 “Sólo se aceptarán como válidas para cumplir el SSO aquellas plazas que vinculen a los profesionales de la salud a través de contrato legal y reglamentario para entidades públicas o contrato laboral formal para entidades privadas si no se cumple con éste requisito serán retiradas las plazas autorizadas”, por lo tanto, a partir de esa fecha no se han suscrito contratos de prestación de servicios para este objeto. Una vez dada la explicación anterior se relacionan los contratos a saber y su respectivo estado al cierre de la vigencia 2017, así:

**TABLA No. ESTADO CONTRATOS SERVICIO OBLIGATORIO**

NOMBRE	CARGO SSO	No. CONTRATO	FECHA INICIO CONTRATO	FECHA TERMINACION CONTRATO	ESTADO
FAUSTO RICARDO CABEZAS BOLAÑOZ	MEDICO	4	12-ene-16	11-ene-17	LIQUIDADO
ERIKA PAOLA PAOLA USUMA RONCANCIO	ODONTOLOGA	49	20-ene-16	31-dic-16	LIQUIDADO
ANDREA CAROLINA RODRIGUEZ CERPA	ODONTOLOGA	52	3-feb-16	2-dic-16	LIQUIDADO
SEBASTIAN TAMAYO ESCOBAR	MEDICO	61	24-feb-16	23-feb-17	LIQUIDADO
LINA DEL MAR HERREROS ROSAS	MEDICO	64	1-mar-16	28-feb-17	LIQUIDADO
JULIAN ANDRES ANGEL PAEZ	MEDICO	70	2-mar-16	1-mar-17	LIQUIDADO
LADY NATALY CORTES RODRIGUEZ	MEDICO	62	4-mar-16	3-mar-17	LIQUIDADO
ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ JURADO	MEDICO	226	3-may-16	2-may-17	LIQUIDADO
DANIEL SANTIAGO ROZO GARCES	ENFERMERA	227	3-may-16	2-may-17	LIQUIDADO
LUZ MARY MARTINEZ ALCANTARA	ENFERMERA	228	3-may-16	2-may-17	LIQUIDADO
TATIANA MILENA BAHAMION CETINA	ENFERMERA	263	23-may-16	22-may-17	LIQUIDADO
MONICA PATRICIA FAGUA RODRIGUEZ	MEDICO	372	20-may-16	19-may-17	LIQUIDADO
ANA MARIA VILLEGAS WAGNER	BACTERIOLOGA	378	2-jun-16	1-jun-17	LIQUIDADO
JULIO CESAR ARIZA LIZCANO	MEDICO	377	2-jun-16	1-feb-17	LIQUIDADO
ADRIANA CECILIA SOPO RUIZ	ENFERMERA	407	9-jun-16	8-jun-17	LIQUIDADO
ALEXANDER IBAÑEZ CASTAÑO	ENFERMERA	406	23-jun-16	22-jun-17	*SIN LIQUIDADAR

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

\*NOTA: La liquidación del profesional Enfermero de servicio Social Obligatorio se encuentra pendiente, dado que se esté llevando a cabo un proceso administrativo por un presunto incumplimiento de la obligaciones del contratista.

**CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS Y FISIOTERAPIA PARA LAS VIGENCIAS 2014-2015-2016-2017**

**BOGOTÁ**

**TABLA No. EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD BOGOTÁ VIGENCIAS 2014-2015-2016 Y 2017.**

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD -HEMODINAMIA	\$ 2.317.378.892	\$ 2.734.976.157	\$ 2.410.238.204	\$ 2.356.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	\$ 2.516.275.000	\$ 2.683.583.146	\$ 2.773.049.000	\$ 3.056.588.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	\$ 130.280.000	\$ 64.620.000	\$ 164.000.000	\$ 188.500.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	\$ 674.473.077	\$ 595.986.810	\$ 621.629.150	\$ 625.400.000

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR			\$ 281.666.666	\$ 413.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	\$ 107.350.000	\$ 121.370.000	\$ 126.000.000	\$ 189.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	\$ 403.170.000	\$ 502.452.000	\$ 549.762.000	\$ 621.400.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	\$ 0	\$ 132.527.364	\$ 86.760.996	\$ 0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	\$ 428.611.246	\$ 337.607.145	\$ 343.404.953	\$ 342.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA VASCULAR, DOOPLER Y LABORATORIO VASCULAR.	\$ 419.698.120	\$ 663.227.351	\$ 709.111.739	\$ 880.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	\$ 132.113.179	\$ 154.029.930	\$ 156.240.399	\$ 183.500.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	\$ 60.427.000	\$ 68.000.000	\$ 71.165.000	\$ 94.600.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIOTERAPIA	\$ 753.774.825	\$ 896.021.608	\$ 1.136.666.666	\$ 1.296.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	\$ 400.776.937	\$ 437.896.727	\$ 406.156.030	\$ 384.200.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	\$ 1.167.444.000	\$ 1.334.295.000	\$ 1.515.384.400	\$ 1.751.200.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	\$ 131.573.200	\$ 127.039.996	\$ 137.333.333	\$ 150.800.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	\$ 1.504.087.500	\$ 1.619.674.000	\$ 1.943.157.000	\$ 2.068.220.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	\$ 301.200.000	\$ 302.400.000	\$ 317.406.666	\$ 333.600.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	\$ 132.570.000	\$ 132.110.000	\$ 145.099.999	\$ 176.750.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	\$ 503.939.000	\$ 571.212.000	\$ 753.767.800	\$ 883.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	\$ 805.144.135	\$ 898.213.787	\$ 943.085.825	\$ 903.200.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	\$ 15.270.000	\$ 52.740.000	\$ 50.221.500	\$ 83.760.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA	\$ 883.198.068	\$ 957.959.297	\$ 797.368.114	\$ 588.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEdia	\$ 633.613.523	\$ 816.112.936	\$ 967.877.488	\$ 1.114.940.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	\$ 216.629.150	\$ 218.753.532	\$ 215.164.071	\$ 220.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	\$ 64.957.866	\$ 71.133.333	\$ 156.525.000	\$ 408.100.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	\$ 919.361.000	\$ 936.612.000	\$ 993.489.000	\$ 1.063.340.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	\$ 60.120.000	\$ 70.482.667	\$ 118.555.888	\$ 124.740.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	\$ 1.275.843.875	\$ 1.462.639.550	\$ 2.007.274.561	\$ 2.415.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	\$ 133.185.000	\$ 150.929.000	\$ 155.150.000	\$ 130.200.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	\$ 271.764.650	\$ 315.008.000	\$ 346.565.000	\$ 482.500.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	\$ 549.648.000	\$ 577.584.000	\$ 664.116.000	\$ 733.800.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN	\$ 247.703.386	\$ 329.560.799	\$ 295.895.146	\$ 279.200.000

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017
UROLOGIA				
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.000.000
SERVICIOS Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	\$ 156.000.000	\$ 156.646.666	\$ 159.906.667	\$ 167.560.000
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$18.471.770.629</b>	<b>\$20.500.388.134</b>	<b>\$22.529.229.261</b>	<b>\$24.726.098.000</b>

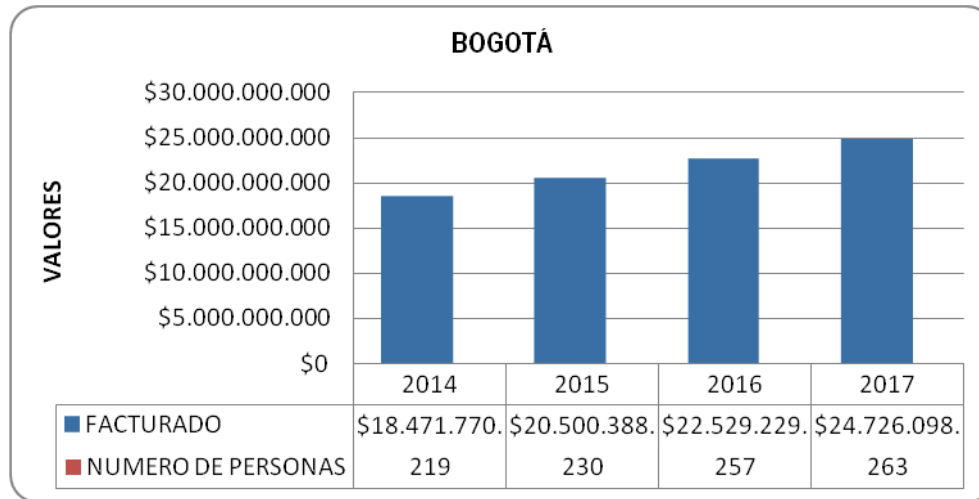
Fuente: Contratos por Productividad HUS

**TABLA. RELACION DE PERSONAS POR PRODUCTIVIDAD BOGOTÁ VIGENCIAS 2014-2015-2016 Y 2017.**

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD -HEMODINAMIA	11	11	13	14
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	25	23	21	22
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	10	9	13	12
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR			9	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	5	4	5	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL		4	4	
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	4	7	7	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOOPLER Y LABORATORIO VASCULAR.	4	6	6	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	2	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	8	9	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	17	17	17	16
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	2	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	12	15	13	16
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	3	4	4	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	2	1	1	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	3	4	5	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	11	9	10	12
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	2	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA	10	11	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	9	9	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	8	8	8	9
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	2	2	8	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	8	7	7	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	2	2	2	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	8	9	11	14
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	3	3	3	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	3	4	4	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	6	8	8	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	4	4	4	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS				1
SERVICIOS Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	3	3	3	3
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA	29	29	33	33
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>219</b>	<b>230</b>	<b>257</b>	<b>263</b>

Fuente: Contratos por Productividad HUS

**GRÁFICA. RELACION DE PERSONAS POR PRODUCTIVIDAD BOGOTÁ  
VIGENCIAS 2014-2015-2016 Y 2017.**



Fuente: Contratos por Productividad HUS

**Facturación**

La facturación presentó un incremento del 25% del periodo del 2014 al 2017. Con respecto a esto, hay que señalar que:

- El incremento a los valores de los contratistas anual fue de 5%.
- Los servicios especializados en Cirugía Vascular se integraron al contrato de Doppler y laboratorio Vascular en el 2016.
- En 2016 incrementó el valor de la facturación en los servicios profesionales de Fisioterapia debido a que ingresaron 3 profesionales más.
- Neurología incrementaron los procedimientos en un 11%.
- Ortopedia se incrementó la facturación en 43% debido a que a partir del 2016 se cuenta con otro médico ortopedista y al aumento de procedimientos de la especialidad.
- Patología en el año 2015 se contrataban 2 patólogos por contrato de prestación de servicios, a partir de 01 septiembre del año 2016 se contratado todo el personal por una sociedad los cuales anteriormente estaban contratados por la cooperativa de trabajo asociado.
- La facturación de Radiología incrementó en un 47%, debido a la nueva adquisición de un resonador de última tecnología y al aumento en la realización de procedimientos.
- Reumatología en el periodo de septiembre del año 2015 contaba con dos médicos especialistas, hecho que varió y para el mismo periodo en el año 2016 se cuenta con 3 especialistas.

**Personas**

Con respecto al número de personas se señala que:

- Con anterioridad no se incluían en las listas de personal las secretarías ni las auxiliares administrativas.
- A partir del 2016 ingresaron 3 profesionales más al contrato de Fisioterapia.
- Neurocirugía ingresó un Especialista a partir del 2016.
- Para el 2016, para el servicio de Patología se incluyó dentro de la contratación 2 patólogos más, 1 Histotecnólogo, 2 Tanatólogos y 1 Secretaria.



- Para el año 2016 se inició el proceso de Cirugía Cardiovascular.
- A partir del 05 de Septiembre de 2017 se inició el proceso de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos planteados en la línea estratégica de Humanización en la institución.

**ZIQAQUIRÁ**

**TABLA No. EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD ZIQAQUIRÁ VIGENCIAS 2014-2015-2016 Y 2017.**

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 909.600.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA	\$ 253.089.495	\$ 297.459.103	\$ 516.694.976	\$ 719.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	\$ 0	\$ 11.672.360	\$ 16.186.940	\$ 509.260.330
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	\$ 84.230.476	\$ 3.486.118	\$ 0	\$ 160.800.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	\$ 0	\$ 148.435.933	\$ 142.678.016	\$ 0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	\$ 57.085.479	\$ 68.364.496	\$ 86.283.764	\$ 132.800.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOOPLER Y LABORATORIO VASCULAR	\$ 199.232.880	\$ 219.117.340	\$ 298.184.990	\$ 465.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	\$ 302.284.322	\$ 318.188.224	\$ 629.133.424	\$ 610.650.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 664.700.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	\$ 0	\$ 0	\$ 328.245.000	\$ 804.200.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	\$ 0	\$ 51.607.142	\$ 69.059.524	\$ 69.600.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	\$ 0	\$ 48.605.430	\$ 54.033.737	\$ 233.600.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGIA	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 64.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA	\$ 263.831.885	\$ 455.164.475	\$ 605.873.130	\$ 707.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	\$ 187.789.966	\$ 284.392.977	\$ 299.784.460	\$ 332.400.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	\$ 85.824.460	\$ 85.585.970	\$ 100.911.288	\$ 100.800.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 107.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 740.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 93.100.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	\$ 592.707.912	\$ 737.553.179	\$ 891.170.217	\$ 1.149.400.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	\$ 128.958.651	\$ 135.074.148	\$ 164.139.911	\$ 217.300.000
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.436.000.000
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$2.158.035.526</b>	<b>\$2.864.706.895</b>	<b>\$4.202.379.377</b>	<b>\$12.226.210.330</b>

**INFORME DE GESTIÓN**

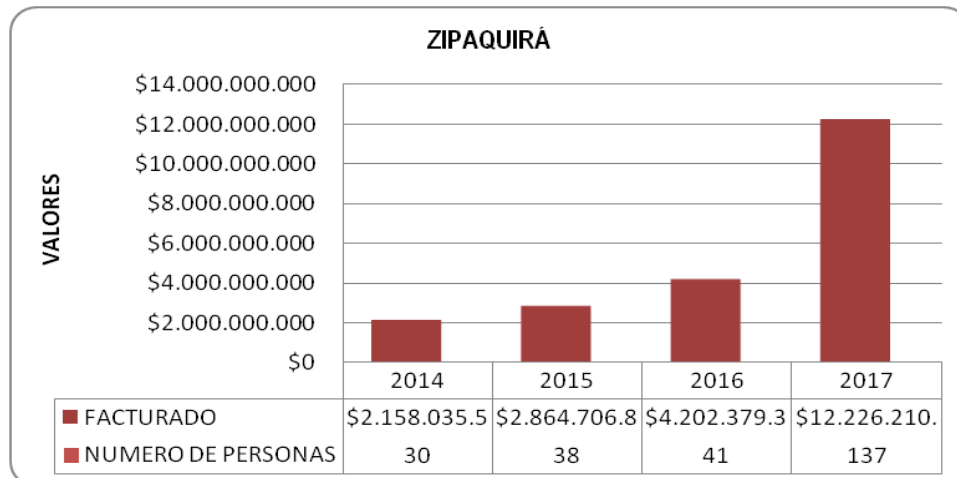
Fuente: Contratos por Productividad HUS

**TABLA. RELACION DE PERSONAS POR PRODUCTIVIDAD ZIPAQUIRÁ  
VIGENCIAS 2014-2015-2016 Y 2017.**

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA				7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA	4	2	2	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL				5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	1	1		2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL		2	4	
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	1	1	1	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOOPLER Y LABORATORIO VASCULAR	2	4	4	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	5	4	5	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA				6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA			5	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA		1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA		2	2	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGIA				1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA	2	5	5	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	4	4	3	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA				1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA				5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA				1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	8	9	11	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	2	2	2	2
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL				56
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>30</b>	<b>38</b>	<b>41</b>	<b>137</b>

Fuente: Contratos por Productividad HUS

**GRÁFICA. RELACION DE PERSONAS POR PRODUCTIVIDAD ZIPAQUIRÁ  
VIGENCIAS 2014-2015-2016 Y 2017.**



Fuente: Contratos por Productividad HUS

### Facturación

La facturación presentó un incremento en 80% del periodo del 2014 al 2017. Con respecto a esto, hay que señalar que:

- Para el 2016 se inició el proceso de Medicina Interna, teniendo en cuenta que este servicio es una vía indispensable para el proceso de referencia y contra referencia en esta Unidad Funcional.
- A partir del mes Febrero de 2017, se realizó para el mes de Febrero la contratación por prestación de servicios de 7 Anestesiólogos, 5 Cirujanos Generales, 1 Cirujano Plástico, 6 Ginecólogos, 1 Estomatólogo, 1 Patólogo, 5 Pediatras, 1 Psiquiatra, y 56 Médicos Generales para la unidad funcional de Zipaquirá los cuales se encontraban anteriormente contratados por Cooperativa.
- El servicio de Dermatología incrementó la productividad en un 35% con respecto al año 2016; esto teniendo en cuenta que, a partir del 01 de Junio de 2017 ingresaron 4 especialistas para esta unidad, debido a la demanda insatisfecha presentada para la realización de procedimientos y consultas de la especialidad.

### INFORMES SUBDIRECCION DE PERSONAL VIGENCIA 2017

A continuación se relaciona los informes reportados en la vigencia 2017 por la Subdirección de Personal.

**TABLA No. \_\_\_\_\_ INFORMES REPORTADOS POR LA SUBDIRECCION DE PERSONAL VIGENCIA 2017**

No.	NOMBRE DEL REPORTE	INFORMACION QUE SE REPORTA	ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL A REPORTAR	PERIODICIDAD	FECHA LIMITE PARA REPORTE	OBSERVACION
1	Recurso humano y pasivos prestacionales	Incluir información en el aplicativo costo total pagado por nómina y cesantías	Ministerio de Salud y Protección Social	Anual	A 30 de marzo del año siguiente al vencimiento con corte a 31 de diciembre de año anterior	Se reportó la información correspondiente a la vigencia vencida 2016 en el mes de febrero de 2017.

No.	NOMBRE DEL REPORTE	INFORMACION QUE SE REPORTA	ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL A REPORTAR	PERIODICIDAD	FECHA LIMITE PARA REPORTE	OBSERVACION
2	Recurso humano y pasivos prestacionales	Incluir información en el aplicativo contratación de personal temporal y cooperativa	Ministerio de Salud y Protección Social	Trimestral	Siguiente mes al cumplimiento del trimestre	Se reportó oportunamente la información correspondiente a los trimestres de 2017.
3	SIGEP	Hojas de vida de funcionarios de planta y declaración de bienes y rentas	Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP	Por definir	Por definir	A 31 de diciembre de 2017, se encuentra en fase inicial de implementación, ya se obtuvo usuario y clave. La implementación se encuentra en etapa de diligenciamiento de los formularios de hojas de vida y declaración de bienes y rentas por parte de cada funcionario de planta. De lo cual la Subdirección de Personal hace seguimiento
4	21 cuadros redes	Ingreso información cargos de planta costos-por nivel y contratación	Secretaría de Salud de Cundinamarca	Anual	A 30 de marzo del año siguiente al vencimiento con corte a 31 de diciembre de año anterior	Para la vigencia 2017 se reportó este informe a la Secretaría de salud de Cundinamarca el cual fue aprobado.
5	SIA Contraloría	Informe contraloría SIA costos, cargos pagados, cesantías y reportes ingresos y retiros en el año	Contraloría General de la República SIA	Anual	A 30 de marzo del año siguiente al vencimiento con corte a 31 de diciembre de año anterior	Para la vigencia 2017 se reportó este informe a la Oficina de Control Interno para la consolidación y el reporte.
6	Informe de Gestión de Comisión de Personal	Gestión comisión de personal del trimestre	Comisión Nacional del Servicio Civil	Trimestral	A los 5 días siguientes al trimestre del vencimiento	El reporte de la gestión del aplicativo de la Comisión de Personal se realizó el 5 de enero 2018 reportando el último trimestre de la vigencia 2017.
7	Formulario AP 1	Proyección aportes patronales de la vigencia	Secretaría de Salud de Cundinamarca	Anual	A solicitud	Se reportó oportunamente en el mes de diciembre de 2017.
8	Ley de Cuotas	Participación de la mujer en el desempeño de cargos públicos	Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP	Anual	A solicitud (para 2017 el plazo máximo fue el 22 de septiembre)	Se reportó de manera oportuna
9	Informe Bimensual Asamblea de Cundinamarca	Reporte bimensual de personal	Asamblea de Cundinamarca	Bimensual	A los 5 días siguientes al bimestre del vencimiento	En el mes de enero de 2018 se reportó la información requerida correspondiente a los últimos dos meses de la vigencia 2017.

No.	NOMBRE DEL REPORTE	INFORMACION QUE SE REPORTA	ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL A REPORTAR	PERIODICIDAD	FECHA LIMITE PARA REPORTE	OBSERVACION
10	Encuesta De Caracterización De Entidades Del Sector Público	Mediante esta encuesta se realiza la caracterización y actualización de información de las entidades del orden territorial, tanto en el nivel central como descentralizado; en empleos clasificados como empleados públicos, trabajadores oficiales, docentes y contratistas de prestación de servicios	Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE	A SOLICITUD	A SOLICITUD	Se reportó de manera oportuna el día 12 de diciembre de 2017 a solicitud
11	Encuesta de Salarios	Estudio descriptivo de salarios de los cargos administrativos y asistenciales 2017	Asociación de Clínicas y Hospitales	A SOLICITUD	A SOLICITUD	Se reportó de manera oportuna el día 31 de agosto de 2017 a solicitud de ACHC

Fuente: Subdirección de Personal

#### PLANES DE MEJORAMIENTO REPORTADO EN LA VIGENCIA 2017

**CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA VIGENCIA AUDITADA 2015.** En el año 2017 se realizó el Plan de Mejoramiento vigencia auditada 2015, en el cual se adelantaron tareas tendientes a cumplir con cada actividad de mejora que desde la Subdirección de Personal se debían ejecutar.

**SUPERSALUD VIGENCIA AUDITADA 2014.** En el año 2017 se realizó el Plan de Mejoramiento vigencia auditada 2014, en el cual se adelantaron tareas tendientes a cumplir con cada actividad de mejora que desde la Subdirección de Personal se debían ejecutar.

**MISION SALUD.** El estado de avance frente a los compromisos de Misión Salud vigencia 2017 correspondiente a la Subdirección de Personal es el siguiente: Revisar y ajustar la planta de personal hasta llegar a la proporción de 1 administrativo por 3 asistenciales. Del anterior compromiso, se informó de manera oportuna a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad la proporción administrativo / asistencial expresada porcentualmente a la fecha de corte requerida.

#### LAUDO ARBITRAL

El 23 de mayo de 2016 se profirió el Laudo Arbitral expedido por el Tribunal de Arbitramento con Código Único de Identificación del Proceso CUIP 110012205000201676134-01 y Radicado Interno número 76134, que dirimió el conflicto colectivo entre la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores, Servidores Públicos de la Salud y la Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia ANTHOC y la Empresa

Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, fallo que quedó ejecutoriado el pasado 4 de octubre de 2017, según sentencia proferida por la Sala de Casación Laboral de la Honorable Corte Suprema de Justicia, el día 13 de septiembre de 2017 y publicado mediante edicto de fecha 29 de septiembre de 2017.

**INCREMENTO SALARIAL A LOS TRABAJADORES OFICIALES.** La Honorable Corte Suprema de Justicia, en su providencia estableció que la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana reconocerá y pagará lo correspondiente al incremento salarial a los trabajadores oficiales beneficiarios del laudo arbitral, en forma retrospectiva al 01 de enero del año 2016 en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) del año inmediatamente anterior, más tres (3) puntos porcentuales. Por lo anterior, mediante Resolución No. 531 de 2017 se reconoció y ordenó pago por concepto de incremento salarial asciende a la suma de \$37.862.305.00.

**FONDO DE VIVIENDA.** También en su providencia estableció que la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana reconocerá y pagará a ANTHOC lo correspondiente a Fondo de Vivienda, se auxiliará anualmente y durante la vigencia del Laudo, con el equivalente a sesenta (60) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Por lo anterior, mediante Resolución No. 534 de 2017 se reconoció y ordenó pago por concepto de Fondo de Vivienda asciende a la suma de \$41.367.240.00 para la vigencia 2016 y \$44.263.020.00 para la vigencia 2017.

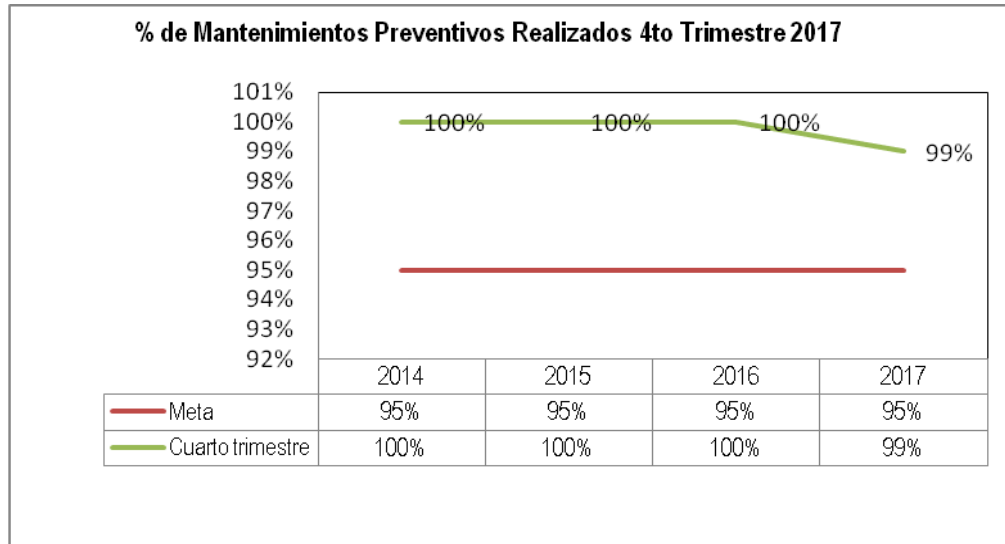
**AUXILIO PREVENCIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO.** Para este Auxilio la Corte Suprema de Justicia estableció que la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana reconocerá y pagará a ANTHOC lo correspondiente al Auxilio Prevención Violencia de Género, se auxiliará cada doce (12) meses y durante la vigencia del Laudo, con el equivalente a diez (10) salarios mínimos legales mensuales. Por lo anterior, mediante Resolución No. 535 de 2017 se reconoció y ordenó pago por concepto Auxilio Prevención Violencia de Género asciende a la suma de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS MCTE (\$6.894.540.00) para la vigencia 2016 y SIETE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA PESOS MCTE (\$7.377.170.00) para la vigencia 2017.

**AUXILIO SINDICAL Y EDUCACION SINDICAL.** Para este Auxilio la Corte Suprema de Justicia, estableció que la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana reconocerá y pagará a ANTHOC lo correspondiente al Auxilio Sindical y de Educación Sindical, se auxiliará cada doce (12) meses y durante la vigencia del Laudo, con el equivalente a setenta (70) salarios mínimos legales mensuales. Por lo anterior, mediante Resolución No. 535 de 2017 se reconoció y ordenó pago por concepto Auxilio Sindical y de Educación Sindical asciende a la suma de CUARENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE (\$48.261.780.00) para la vigencia 2016 y CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL CIENTO NOVENTA PESOS MCTE (\$51.640.190.00) para la vigencia 2017.

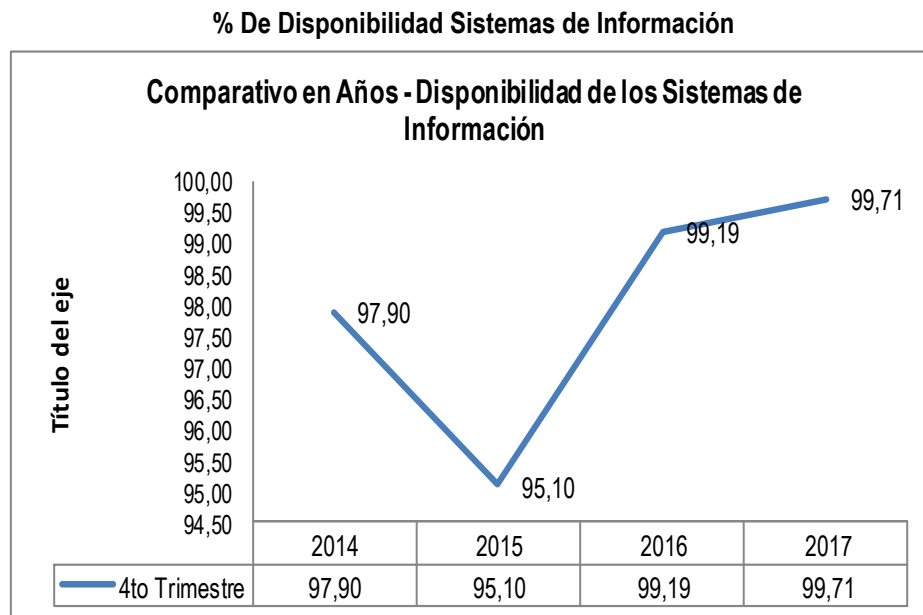
### 3.2 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

#### GESTIÓN DEL PROCESO

##### % Mantenimientos Preventivos Realizados

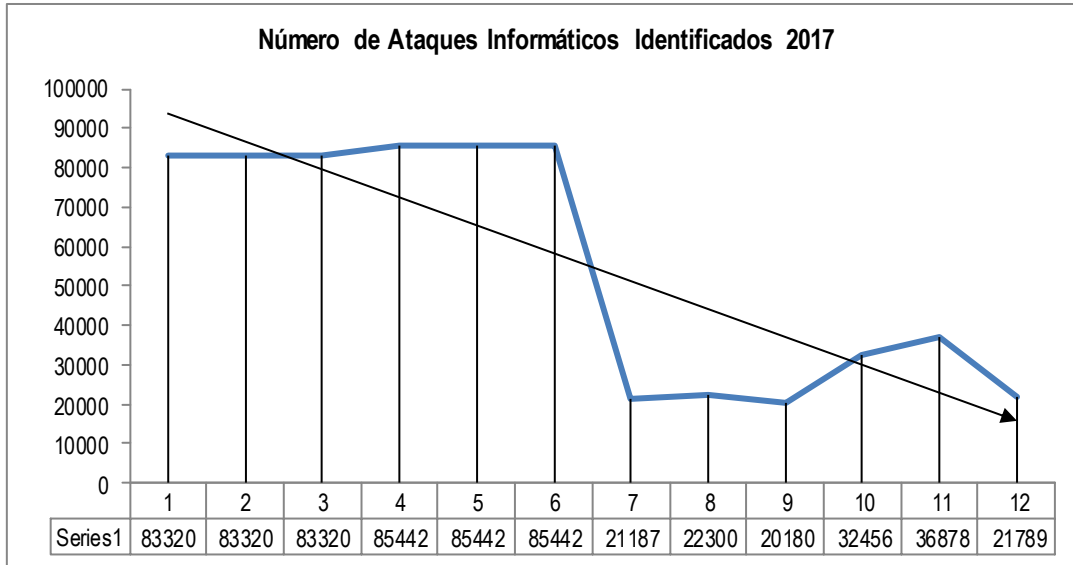


De los 677 equipos de cómputo faltaron por mantenimiento 15 equipos los cuales por cuestiones de disponibilidad en el área no fue posible realizar los mantenimientos. El soporte en equipos de cómputo por daño de Hardware o de software continúa bajando y se evidencia que el usuario se siente más conforme con el servicio de Sistemas.



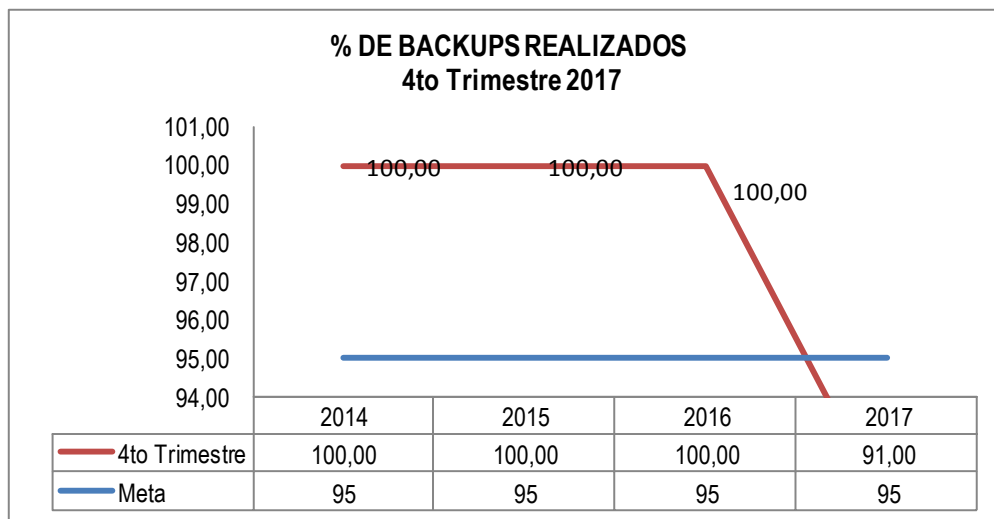
La falla que más genero indisponibilidad de los Sistemas de información fue el inconveniente que se presentó con la planta eléctrica, en general el HUS mantiene su plataforma monitoreada y virtualizada para minimizar la afectación de los servicios de los sistemas de información.

**% De ataques Informáticos recibidos en la entidad que impidieron la prestación de alguno de los servicios.**



En el año 2017 no se presentó ningún ataque informático efectivo y se evidencia que el monitoreo permanente de nuestro sistema de seguridad y el seguimiento a la política de seguridad ha conllevado a que el número de ataques identificados hayan bajado en el 2017.

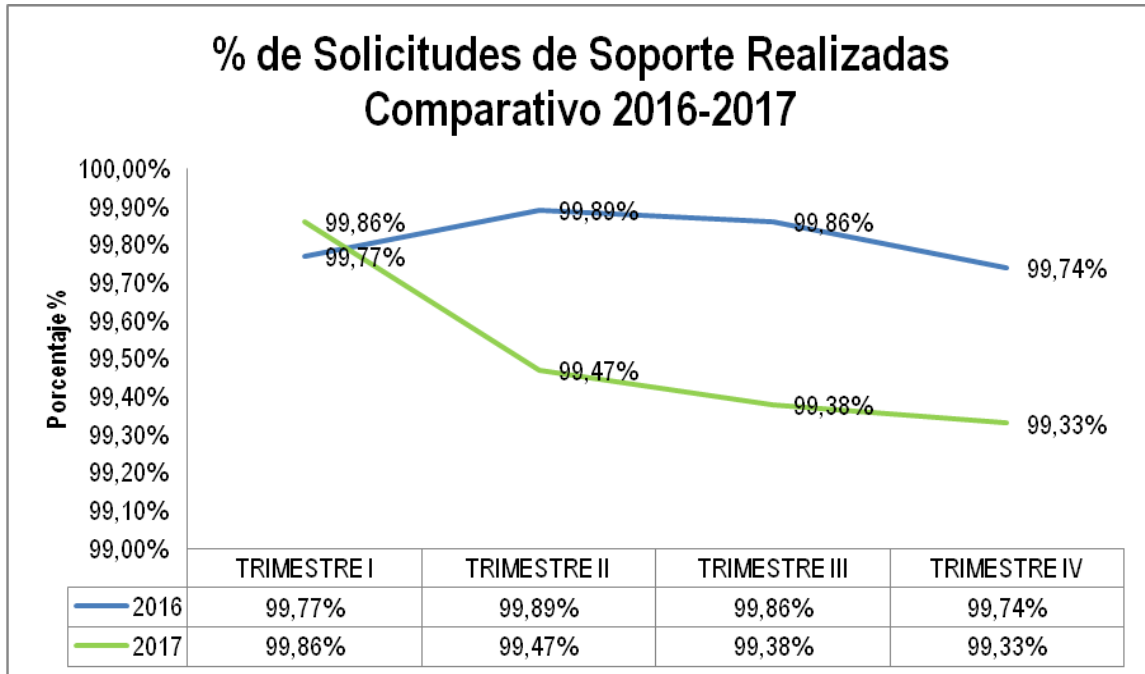
**% de Backups Realizados**



Se generan y entregan los Backups a la empresa de seguridad queda pendiente la entrega de la cinta de diciembre con la información del cierre anual, el cual el área financiera programo para el mes de febrero de 2018.

**INFORME DE MESA DE AYUDA**





Durante el año 2017 se solicitaron por los usuarios 9130 solicitudes de soporte a las cuales se les dio respuesta al 99,51 manteniendo el porcentaje de respuesta con respecto al 2016, cabe anotar que las solicitudes de soporte que corresponden a soporte de impresoras de outsourcing no se incluyó dentro de la estadística ya que la mayoría de solicitudes corresponden a solicitudes de papel.

Las áreas que más generaron solicitudes de soporte fueron las áreas de Objeciones, Urgencias y Financiera, evaluando los tipos de soporte se encuentra que:

**Objeciones:** El mayor soporte es de Dinámica donde solicitan el cambio de identificación el cual por error se requiere se cambie.

**Urgencias:** El soporte es para los equipos de cómputo donde de acuerdo a esto se definió para el 2018 realizar 3 mantenimientos preventivos a los equipos de urgencias para minimizar el soporte de esta área.

**Financiera:** Las solicitudes de soporte se deben a los ajustes y reportes solicitados bajo NIIF.

#### PQRS

No fueron reportadas PQRS a la subdirección de sistemas

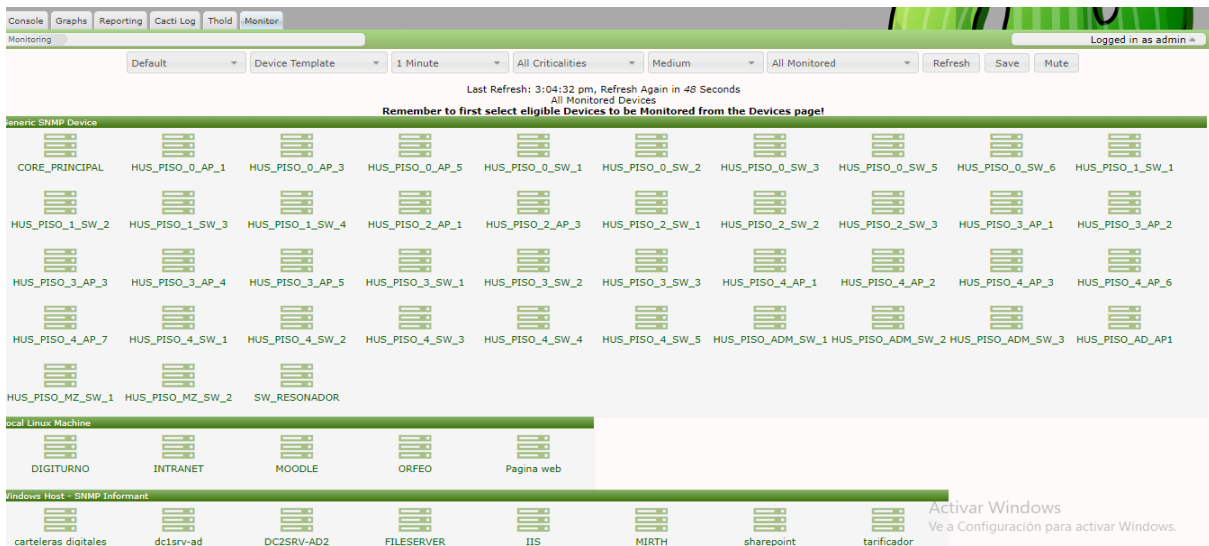
#### PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

Avance PUMP 2017: 100%

FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	TIPO DE ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE	EFFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	ESTADO
AUDITORÍA CONTROL INTERNO	No concuerda la información de hardware reportada en el F24 con la información de años anteriores	Fortalecer la verificación y reporte de novedades del inventario de equipos informáticos	AC	100%	SI	CERRADA	COMPLETO
OTRAS	No tiene Documento para supervisión de los sistemas y aplicativos de la institución.	Documentar, socializar e implementar supervisión de los sistemas y aplicativos de la institución.	OP	100%	SI	CERRADA	COMPLETO

Como mejoras a resaltar es la asignación de un Ingeniero para Microinformática para realizar la verificación periódica de los equipos informáticos tanto en mesa de ayuda como en físico identificando novedades.

Se implementó el APP CACTY donde se pueden monitorear los equipos informáticos y los servicios.



## 2. PAS

Avance del 72,8%

<p>Formulación e Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta, Tele radiología y tele cardiología para los Hospitales de Cundinamarca</p>	60%	0,01%	31,37%	17,50%	40,50%	<b>40,50%</b>
--	-----	-------	--------	--------	--------	---------------

Actividades realizadas:

- Se formuló el proyecto para determinar el alcance y la funcionalidad del sistema para telemedicina como centro de referencia.
- Se realizó la firma del convenio con la secretaria en el cual se aprobó un apalancamiento financiero por 300.000 millones
- Se aprobó, público y adjudico invitación a cotizar para la adquisición de un sistema de información de teleconsulta.
- Configuración e instalación de componentes de Hardware y Software para la instalación de la plataforma en ambiente de pruebas.

Actividades a Realizar 2018:

- Instalación y puesta en funcionamiento de plataforma de teleconsulta en ambiente de pruebas
- Programación de prueba piloto en ambiente de pruebas para verificar su funcionalidad e identificar los ajustes a la plataforma que se requieran.
- Migración de plataforma de ambiente de pruebas a ambiente de producción.
- Definición de plan de mercadeo para la prestación de servicios de teleconsulta por parte del HUS.

Actividades realizadas:

Se planteó para el año 2017 la formulación del Proyecto de Ampliación y mejoramiento de la cobertura Wifi Pública y Privada en el HUS donde se realizó:

- Diagnóstico de la estructura de la red inalámbrica, a continuación el resumen del diagnóstico:
  - o 25 AP's operativos en el HUS Bogotá en áreas asistenciales y administrativas
  - o 8 AP's Operativos en Zipaquirá en áreas asistenciales
  - o Sin controladora de administración de AP's
  - o Con la infraestructura actual del HUS tiene un cubrimiento del WIFI del 50% con los equipos actuales.
  - o De los 25 AP's productivos en Bogotá, 20 tienen más de 10 años de uso por tanto esta tecnología ya es obsoleta y no puede ser integrada a una controladora de administración.
  
- Realización de Site Survey (estudio en Sitio) para determinar la cobertura, topología de red a utilizar, equipos a utilizar, controladora para la administración de AP's y seguridad en las conexiones. a continuación el resumen del Site Survey:

Aproximadamente se requieren 55 AP's para cobertura física de WIFI del 100% en HUS Bogotá  
Una controladora de administración de WIFI que permitirá: Crear zonas de WIFI de acceso a internet público con restricciones mínimas pero con ancho de banda de internet bajo, Crear Zona WIFI para Pacientes Hospitalizados del HUS, Zona WIFI privada para solo acceso por parte de funcionarios del HUS. Esta controladora también permitirá configurar políticas de seguridad de tal forma que se proteja la información del HUS.

Estudio de Mercado: Se realizó el estudio con dos marcas de AP's Rockus y ARUBA y se estima el presupuesto para la implementación de Campus WIFI del HUS en 250 millones.

Fortalecimiento del cumplimiento de las Políticas de Seguridad Informática en el HUS	30%		100,00%	100,00%	100,00%	<b>100,00%</b>
--	-----	--	---------	---------	---------	----------------

Actividades realizadas:

- Se realizó la construcción de un archivo con la matriz de activos
- Se identificaron los activos de hardware como de software del HUS.
- Se priorizo un riesgo para los activos de los sistemas de información “Posibilidad de Pérdida de información Crítica”.
- Se realizó el documento del alcance del PENTEST

Cumplimiento de Política de Gobierno en Línea en pagina web	25%	0,08%	89,80%	99,80%		<b>99,80%</b>
---	-----	-------	--------	--------	--	---------------

Se realiza la evaluación del cumplimiento de los requerimientos para los sitios web del sector público en cuanto a tener implementada sección para la publicación de información obteniendo el siguiente resultado:

Formato	Ítems cumplidos	Ítems totales
Estándares de Gobierno en Línea	21	22
Información mínima publicada	62	62
Usabilidad y Accesibilidad	47	47
Total	<b>130</b>	<b>131</b>

- En los estándares de Gobierno en Línea se cumple con 21 de los 22 ítems establecidos está pendiente el ajuste de la opción del segundo idioma.
- Con respecto a la información mínima publicada se cumple con 59 de los 62 ítems y se está trabajando en la búsqueda de la información para el directorio de agremiaciones. No se cuenta con chat y foro (que son dos de los ítems a cumplir).
- En cuanto a la usabilidad y accesibilidad se cumple con todas las validaciones en los niveles A y AA de las recomendaciones de Web Content Accessibility Guidelines (WCAG), versión 2.0 puesto que todo el contenido está publicado en formato texto y no hay contenido de audio y/o video que deba ser transcrito.

De igual forma se realizó la verificación de la actualización de los contenidos de la página web de cada una de las secciones teniendo como resultado un porcentaje del 91,3.

Implementación Alta Disponibilidad (clúster) de Sistema Central Dinámica Gerencial Hospitalaria	100%	0,00%	2,00%	100,00%	<b>100,00%</b>
---	------	-------	-------	---------	----------------

Actividades realizadas:

- Se realizó diseño de la solución
- Se realizó la implementación del Clúster de DGH.

Actividades realizadas:

Se realizó diseño de la solución donde se sugiere que se inicie con el sistema Zimbra y se implemente una política para el manejo de entrada y salida de correo con archivo adjuntos ya que actualmente el HUS tiene cuentas de correo de 300 GB que hacen que el espacio actual asignando al correo sea insuficiente y se tendría que adquirir más almacenamiento.

### ALTA DISPONIBILIDAD CORREO.



Implementación de la funcionalidad de Historia clínica de Docencia en el HUS	60%	0,00%	2,86%	20,00%	20,00%	<b>20,00%</b>
--	-----	-------	-------	--------	--------	---------------

Actividades realizadas:

- Se realiza la verificación en DGH del alcance de la funcionalidad de Historia Clínica.
- Se realiza referenciación con el Hospital de Duitama.
- Se realiza presentación al comité de historias clínicas de la funcionalidad de la HC de docencia de DGH.
- Se concluye por parte del comité de Historias Clínicas:
- Se requiere realizar ajustes de procedimiento al interior del HUS para desarrollar la funcionalidad de la Historia Clínica de Docencia.
- Se requiere realizar ajustes del Aplicativo de DGH

- Disponibilidad de personal médico que realice la aprobación de las Historias de Docencia en todo momento

De acuerdo a lo anterior la continuación del proyecto depende de decisiones a nivel directivo que implican ajustes procedimentales y de asignación de funciones que requieren un análisis y asignación de recursos. Se proyecta para el 2018 continuar su implementación.

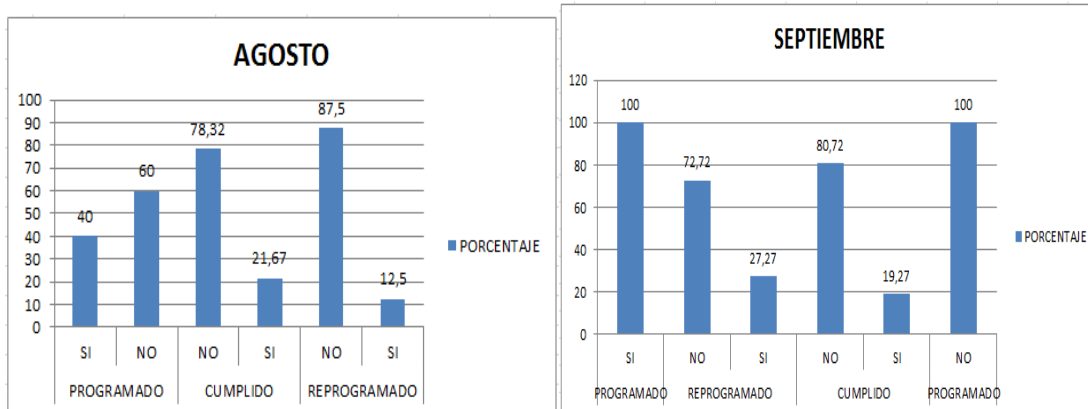
Implementación de 3 Tableros de Control	100%	0,02%	38,03%	69,40%	100%	<b>100%</b>
---	------	-------	--------	--------	------	-------------

Se implementaron 3 tableros de control: Tableros De Control

- **Salas de Cirugía.**

Tablero diseñado y entregado al área de Unidad Quirúrgica, en el cual se han capacitado al personal del área y los funcionarios designados para el manejo por dicha dependencia.

Porcentaje de manejo en comparación con la programación de salas de cirugía registradas en el aplicativo.



- **Interconsultas Pendientes (Entregado)**

Se realizó el diseño según la solicitud del Dr. Elkin Molina, en la cual se agregó también en la INTRANET opción APLICACIONES link INTERCONSULTAS PENDIENTES, con el fin de tener un acceso más práctico para el área médica.

- **Control de Cantidades de Medicamentos (Entregado)**

Se realizó el diseño según la solicitud del área de farmacia, he incluido dentro del aplicativo web que se encuentra publicado en la INTRANET.



Logros:

- Parametrización, cargue de históricos y capacitación de todos los indicadores asistenciales.
- Parametrización, cargue de históricos y capacitación de los indicadores de los paquetes instruccionales.
- Parametrización, cargue de históricos y capacitación a 3 procesos administrativos.

Se realizó la formulación del proyecto donde se identificó el alcance, los riesgos y el presupuesto estimado para su implementación.

Alcance Definido: Desarrollo de una aplicación móvil para tecnologías Android y Apple iOS incluyendo acceso a la información de personal asistencial (Indicadores Hospitalización – Urgencias censos camas) Administrativo (Indicadores - Informes), información geo referenciada del Hospital (edificios, mapas, noticias).

Se determina un presupuesto estimado para el proyecto de 60.000.000 pesos

Implementación del Aplicativo para el control de Remisiones y Contraremisiones del HUS	90%	4,20%	6,30%	8,60%	10,00%	<b>10,00%</b>
--	-----	-------	-------	-------	--------	---------------

Actividades realizadas:

- Se realizó el diseño de la arquitectura para el desarrollo del Aplicativo
- Se presentado a representantes del CRUE, EPS convida y Ecoopsos y algunas IPS's de la red de Cundinamarca.
- Se realizaron los ajustes al diseño y se solicitó por parte de la secretaria de salud que el aplicativo de referencia y contrareferencia se integre con el sistema SAGA.
- Se realizó reunión con la empresa SKAPHE (empresa desarrolladora de SAGA) para presentar la necesidad de desarrollo y se presente propuesta por parte de esta empresa.

- Se presenta propuesta económica por parte de la empresa SKAPHE y se envía a la secretaria para su evaluación.

No se logra la implementación ya que se está evaluando por parte de la secretaria de salud el apalancamiento financiero para este proyecto.

## GESTIÓN DEL RIESGO

Se realizó la actualización de la matriz de riesgo del proceso de gestión de la información:

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Indicador
			ZONA DE RIESGO	
Possibilidad de Pérdida de información Crítica	Se presenta cuando hay una pérdida de información tanto física como digital, de las operaciones críticas (Historia Clínica, DGH, PACS, RIS, PATCORE, LABCORE, Contratos) del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Perida del patrimonio documental e Historico Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información	ALTA	Ataques Informáticos Que Afectan El Sistema De Información
Publicación de Información confidencial del HUS	Se presenta cuando se realiza la publicación de información confidencial del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Afectación de la imagen del Hospital de forma Negativa	ALTA	
Possibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS	Se presenta cuando los sistemas de información críticos del HUS presentan falla y generan inconvenientes en la atención de los usuarios	Demora en la atención Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información Cancelación de atenciones medicas Afectación en la atención de los pacientes por no acceso a la información	ALTA	Disponibilidad de sistemas de Información

No se tiene evidencia de la materialización de ninguno de los riesgos identificados para el proceso de gestión de la información.

## PROGRAMAS

Se realizó la actualización del Plan estratégico de comunicación en Salud (PECOS), donde se establecieron 5 líneas estratégicas:

- Comunicación Interna: "Comunicación + conexión = Humanización"
- Comunicación Externa: "Comunicando en el HUS fomentamos Humanización"

- Asesoría de Comunicaciones Estratégicas: “Con estrategia y Comunicación transmitimos humanización”
- Cultura organizacional de Comunicación: “Cultura de Comunicación al servicio de la Humanización”
- Imagen Institucional: “La imagen del HUS eres tú”
- 
- Para cumplir con las 5 líneas estratégicas se definieron 21 actividades, con un cumplimiento de del 94,6%, a continuación se detallan las actividades realizadas:
- 
- Actualización de la Intranet
- Definición de las parrillas de programación
- Actualización de cartelera físicas
- Actualización y socialización del Manual de Identidad Corporativa
- Actualización y socialización del PECOS
- Publicación de habladores
- Difusión del boletín virtual Noticias HUS
- Divulgación de información institucional dirigida a los usuarios y sus familias
- Publicación de información institucional en redes sociales
- Actualización de contenidos de la página web
- Adhesión de los medios de Comunicación HUS

## **OTROS**

- Plan anticorrupción: Avance del 95%
- MECI: Avance del 98%
- PAMEC: Avance del 100% - Cumplimiento del 100%

## **MISIÓN SALUD**

### **Actividad 21. Avanzar en el plan de archivo de gestión y Tablas de Valoración y de Retención Documental: Avance del 32,78%**

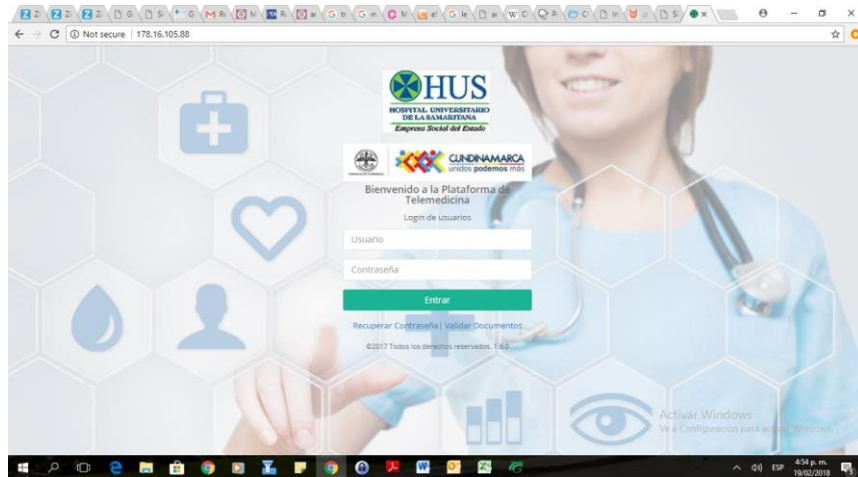
Donde se establecen tres líneas de aplicación del sistema de gestión documental, así:

- Sistema de Gestión documental. Avance de 33,33%
- Tablas de retención documental y tablas de valoración implementadas al 50%
- Presentar plan para la adecuación de infraestructura para archivo 15%

Dado lo anterior se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Se está llevando a cabo la definición de fondos acumulados de la entidad (Histórico de la Entidad desde el 2014) para realizar diagnóstico y definir proceso de valoración documental se espera que para inicios del 2018.
- Normalización de elementos de Archivo.
- Tablas de Retención Documental convalidadas en el mes de julio de 2015.
- Socialización Tablas de Retención Documental.
- Bodega en donde se guarda el archivo pero no pueden ampliar por ser patrimonio arquitectónico.
- Circular Reglamentaria Prohibición uso de AZ.
- Diagnóstico integral de Archivo del fondo acumulado, presentado y aprobado por el comité de archivo de la entidad.

**Actividad 9. Radicar proyecto para convertirse en centro de referencia en telemedicina. Avance del 50%.** Se realizó el proyecto en la metodología MGA y se realizó convenio interadministrativo de desempeño – Telemedicina celebrado entre el Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud y El Hospital Universitario de la Samaritana cuyo objeto es apalancar financieramente al HUS, para la implementación de las TIC, con el fin de coadyuvar en la prestación del servicio bajo la modalidad de telemedicina. Se realizó Configuración e instalación de componentes de Hardware y Software para la instalación de la plataforma en ambiente de pruebas.



Actividades a desarrollar durante el 2018:

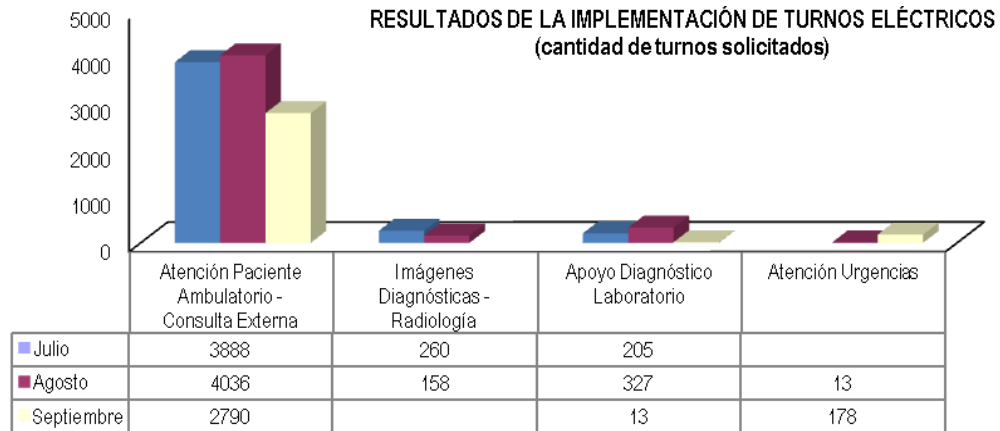
- Instalación y puesta en funcionamiento de plataforma de teleconsulta en ambiente de pruebas
- Programación de prueba piloto en ambiente de pruebas para verificar su funcionalidad e identificar los ajustes a la plataforma que se requieran.
- Migración de plataforma de ambiente de pruebas a ambiente de producción.
- Definición de plan de mercadeo para la prestación de servicios de teleconsulta por parte del HUS.

#### Otras Actividades:

**Turnos Electrónicos.** Se capacitó e implementó el procedimiento de solicitud de turnos y llamado para admisiones y triage en el área de urgencias.

Adicionalmente se realizó la configuración del aplicativo de turnos electrónicos para que al momento de realizar la asignación de un ingreso o un documento de identidad, el llamado en el siguiente proceso sea por el nombre. Este proceso funciona en el área de laboratorio y se encuentra en prueba piloto en consulta externa en el consultorio 1 y en el área de urgencias.

Cantidad de turnos solicitados por área:



**Historia Clínica.** Se realizaron ajustes de en los campos de selección múltiple detección Temprana y protección específica, en las siguientes historias clínicas: Egreso de urgencias, control de consulta externa, historia clínica de primera vez consulta externa, control posoperatorio, historia clínica de obstetricia consulta externa, nota complementaria consulta externa, historia clínica modalidad tele consulta, oftalmología consulta externa, enfermería plan canguro, estos campos se colocan para saber si el paciente es remitido a programas de PYP.

Se adiciono en las historias clínicas de ingreso a piso, ingreso a UCI, historia clínica de urgencias, control consulta externa, una tabla con el nombre antecedentes farmacológicos y relacionados para la conciliación medicamentosa y los siguientes campos nombre, Dosis, Vía, Frecuencia y Observaciones.

Se realizó e implemento la historia clínica de análisis farmacéutico, historia clínica de Evolución Unidad de Cuidado Intermedio y Consentimiento informado.

Se realizó revisión en la empresa de pruebas de DGH, 15 versiones enviadas por SYAC y se actualizo el 29 de agosto de 2017, con la versión 36811 del 16/08/2017.

#### Nómina.

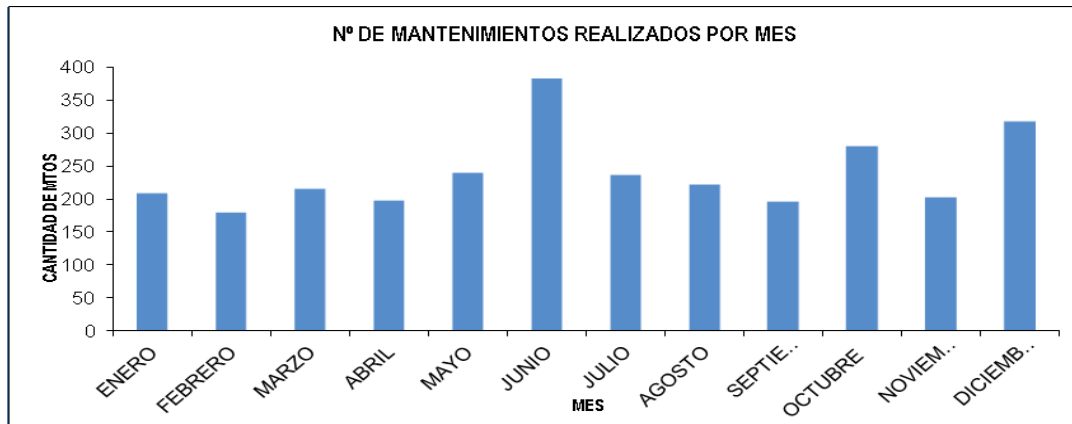
- Se tiene implementado la Autoliquidación en un 90% se presenta diferencia en 3 empleados los cuales se están evaluando el ajuste.
- Se Implementó la liquidación de las Cesantías Ley 50 al 100%

### 3.3 GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

#### GESTIÓN DEL PROCESO: Indicadores

#### Análisis de Mantenimientos

#### Sede Bogotá



La gráfica representa el número de mantenimientos realizados desde el primer trimestre hasta el cuarto trimestre del 2017 por mes, en la cual se puede destacar la gran cantidad de mantenimientos realizados en el mes de junio ya que durante este periodo se realizó el proceso de compra directa de algunos recursos necesarios por tal razón se lograron realizar varios mantenimientos retenidos por falta de insumos.

Pero para el último trimestre se vuelve a ver un acercamiento a las cifras del primer trimestre siendo la tendencia normal sin ninguna anomalía. Los meses en que se reporta mayor cantidad de mantenimiento está dado por estar ejecutando el plan de mantenimiento preventivo más otras actividades adicionales de igual manera preventivas identificadas.

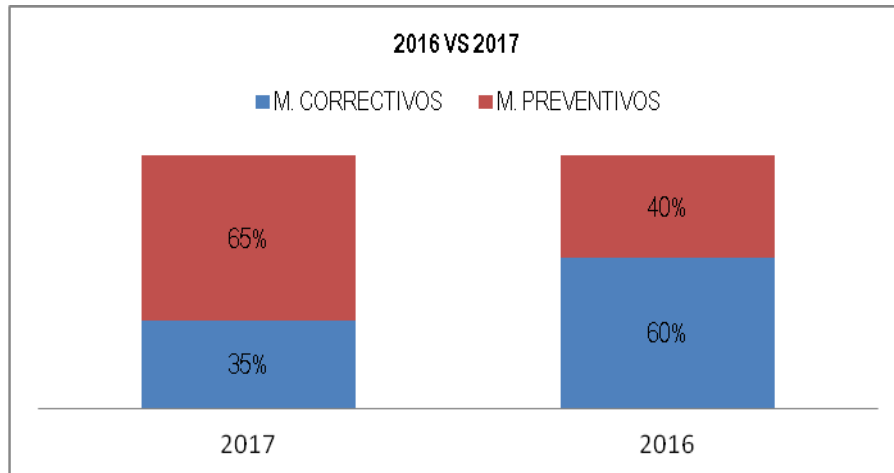
#### N° de mantenimientos 2017

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS														
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PORCENTAJE
<b>M. CORRECTIVOS</b>	88	99	84	129	121	125	62	36	60	90	12	96	1002	34,99%
<b>M. PREVENTIVOS</b>	120	80	130	68	117	255	173	185	135	189	190	220	1862	65,01%
<b>TOTAL</b>	208	179	214	197	238	380	235	221	195	279	202	316	2864	100,00%

#### N° de mantenimientos 2016

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS														
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PORCENTAJE
<b>M. CORRECTIVOS</b>	14	30	44	58	29	38	59	132	134	96	101	49	784	59,57%
<b>M. PREVENTIVOS</b>	63	63	42	35	35	28	63	63	42	35	35	28	532	40,43%
<b>TOTAL</b>	77	93	86	93	64	66	122	195	176	131	136	77	1316	100,00%

**PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO**



En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2016 el mantenimiento correctivo disminuyó en un 25% y el preventivo aumento en la misma proporción para el año 2017, siendo una variación significativa, ya que indica que se está incursionando de manera adecuada en el proceso, lo anterior teniendo en cuenta que el anterior trimestre estaba en una variación de 20%.

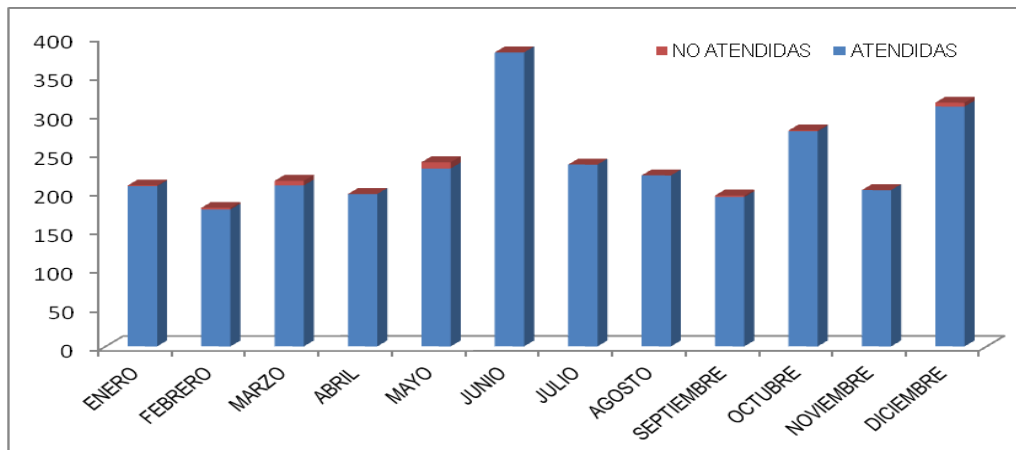
Los meses de abril, junio, julio, agosto y noviembre se constata una buena atención en solicitudes tramitadas, ya que todas fueron resueltas en su mayoría, lo anterior no aplica de la misma manera en el mes de mayo ya que se presentó mayor número de solicitudes no atendidas. De los meses restantes se puede concluir que la mayoría de solicitudes son atendidas; adicionalmente en el último trimestre se demuestra una buena labor, ya que hubo una gran cantidad de solicitudes que en muy buen porcentaje fueron atendidas.

SOLICITUDES ATENDIDAS Y NO ATENDIDAS				% ATENDIDAS
MES	ATENDIDAS	NO ATENDIDAS	TOTAL	
ENERO	207	1	208,00	99,5%
FEBRERO	177	2	179,00	98,9%
MARZO	208	6	214,00	97,2%

**INFORME DE GESTIÓN**

SOLICITUDES ATENDIDAS Y NO ATENDIDAS				% ATENDIDAS
MES	ATENDIDAS	NO ATENDIDAS	TOTAL	
ABRIL	197	0	197,00	100,0%
MAYO	230	8	238,00	96,6%
JUNIO	380	0	380,00	100,0%
JULIO	235	0	235,00	100,0%
AGOSTO	221	0	221,00	100,0%
SEPTIEMBRE	193	2	195,00	99,0%
OCTUBRE	278	1	279,00	99,6%
NOVIEMBRE	202	0	202,00	100,0%
DICIEMBRE	310	5	315,00	98,4%
TOTAL	2838	25	2863	99,1%

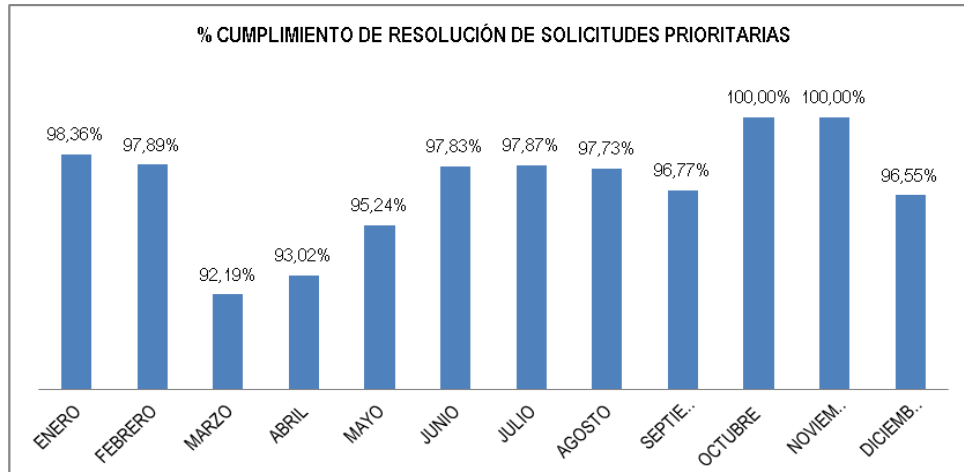
**SOLICITUDES ATENDIDAS VS NO ATENDIDAS**



**INDICADOR PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO**

% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
ENERO	122	120	98,36%
FEBRERO	95	93	97,89%
MARZO	128	118	92,19%
ABRIL	43	40	93,02%
MAYO	105	100	95,24%
JUNIO	230	225	97,83%
JULIO	47	46	97,87%
AGOSTO	44	43	97,73%
SEPTIEMBRE	31	30	96,77%
OCTUBRE	50	50	100,00%
NOVIEMBRE	30	30	100,00%
DICIEMBRE	58	56	96,55%
TOTAL	983	951	96,74%



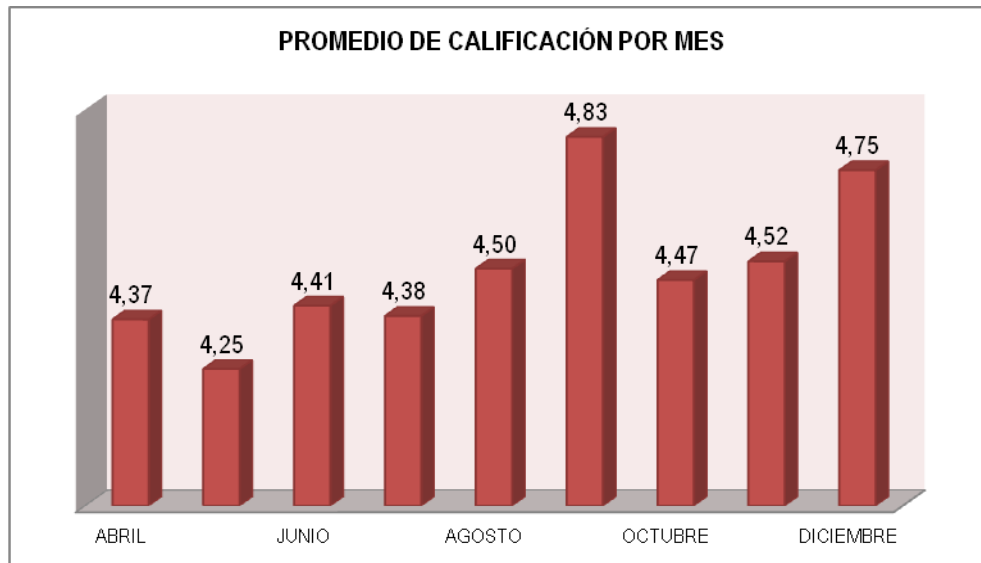


El indicador muestra que en un promedio de 96.74% se cumple con la solución de solicitudes prioritarias en los tiempos apropiados dando un buen índice en la eficiencia y eficacia del servicio prioritario.

**INDICADOR CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTOS HUS POR MES**

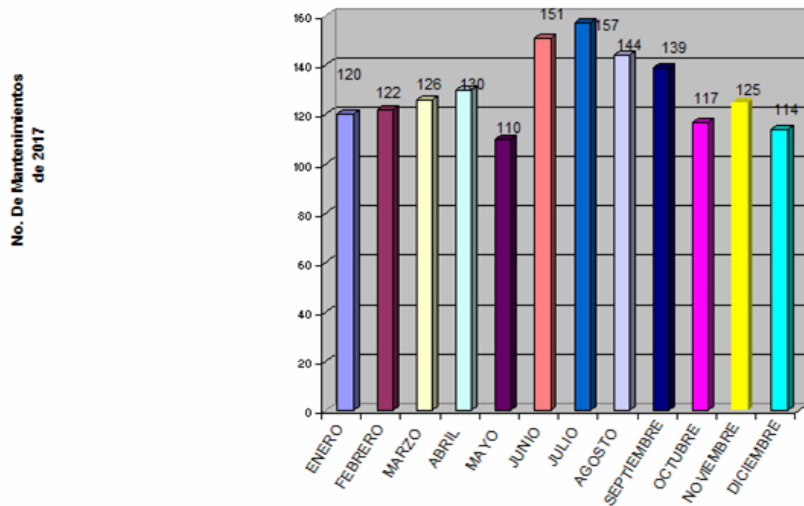
CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTOS HUS POR MES									
DÍA	MESES 2017								
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1	4,75	5,00	3,85	5,00	4,93	5,00	0,00	3,85	3,85
2	3,85	3,45	4,00	5,00	4,89	5,00	5,00	5,00	4,92
3	5,00	4,00	3,85	0,00	5,00	5,00	4,90	3,45	4,82
4	3,85	5,00	5,00	4,55	5,00	5,00	5,00	3,70	4,92
5	4,00	4,00	4,00	0,00	5,00	4,93	5,00	4,89	0,00
6	3,85	4,00	5,00	4,67	0,00	5,00	5,00	4,82	3,50
7	5,00	4,75	3,45	5,00	0,00	5,00	4,50	4,64	5,00
8	4,00	3,85	4,00	4,83	4,99	5,00	3,70	4,83	5,00
9	5,00	5,00	3,45	4,75	4,90	5,00	4,89	5,00	4,47
10	5,00	3,45	4,75	4,75	5,00	5,00	4,82	4,85	4,92
11	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,64	3,85	5,00
12	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,83	4,00	5,00
13	4,75	4,75	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
14	3,85	4,75	4,00	5,00	4,85	5,00	4,85	0,00	5,00
15	4,00	5,00	5,00	0,00	4,92	5,00	4,75	5,00	5,00
16	4,75	3,45	3,45	5,00	4,97	5,00	5,00	5,00	4,56
17	3,85	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,63	5,00	5,00
18	4,00	3,85	3,85	4,81	5,00	5,00	4,82	5,00	5,00
19	4,75	4,00	4,00	4,82	5,00	5,00	4,47	5,00	5,00
20	3,85	4,00	5,00	4,00	5,00	5,00	4,92	4,72	5,00
21	4,00	5,00	5,00	4,92	5,00	5,00	5,00	4,43	5,00
22	5,00	3,85	4,00	5,00	5,00	5,00	0,00	4,45	5,00
23	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00	0,00	4,81	4,32	3,85
24	4,00	5,00	5,00	4,77	5,00	5,00	4,72	4,56	5,00
25	5,00	4,00	5,00	4,94	5,00	5,00	4,43	5,00	3,85
26	5,00	3,00	4,75	4,72	0,00	5,00	4,45	5,00	4,00
27	5,00	5,00	5,00	4,97	5,00	5,00	4,32	4,75	4,43
28	5,00	3,45	4,00	4,88	5,00	5,00	4,56	5,00	5,00
29	4,00	4,00	4,75	4,67	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00
30	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,45	4,75	5,00

CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTOS HUS POR MES									
DÍA	MESES 2017								
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
31		4,00		4,70	5,00		4,72		5,00
Promedio de calificación por mes	4,37	4,25	4,41	4,38	4,50	4,83	4,39	4,46	4,58



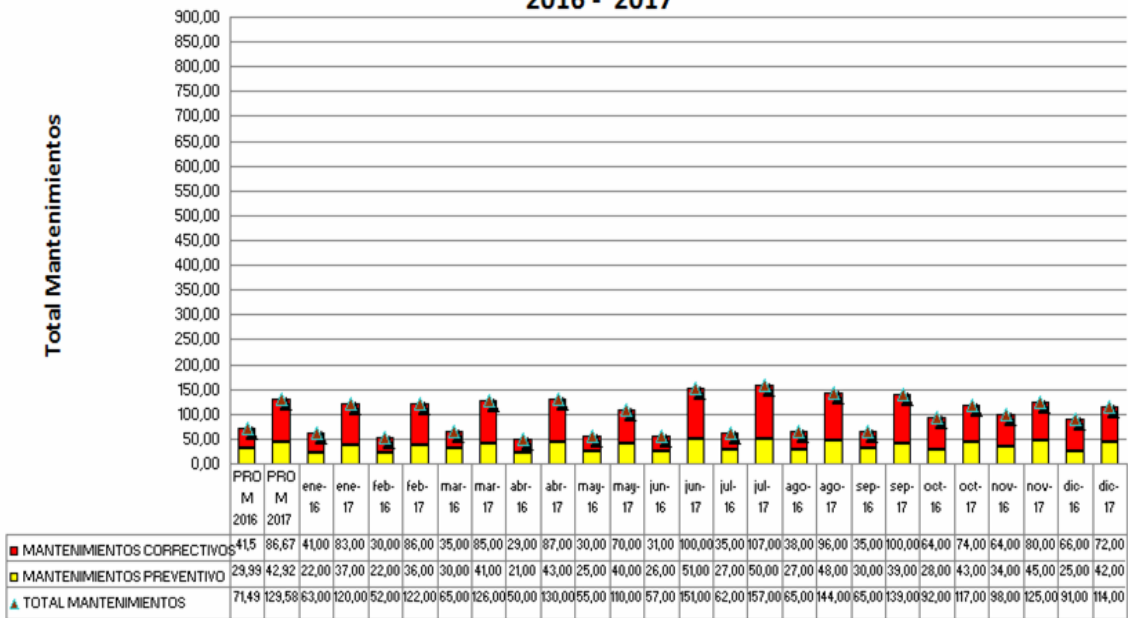
**Sede Zipaquirá**

**IV TRIMESTRE DE 2016 VS IV TRIMESTRE DE 2017**



RESUMEN

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS/CORRECTIVOS  
2016 - 2017



Trabajos Área de Mantenimiento cuarto trimestre de 2016 VS 2017, Se Evidencia que en el IV trimestre 2017 hay una notable diferencia con respecto al IX trimestre 2016 donde se reflejaron los aumentos de mantenimientos tanto preventivos como correctivos con respeto a la ejecución de los cronogramas y a la priorización de los mismos.

Matriz a la fecha

	ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	jun-16	jul-16	ago-16	sep-16	oct-16	nov-16	dic-16
Mantenimientos Correctivos	41	30	35	29	30	31	35	38	35	64	64	66
Mantenimientos Preventivos	22	22	30	21	25	26	27	27	30	28	34	25
<b>Total Mantenimientos</b>	<b>63</b>	<b>52</b>	<b>65</b>	<b>50</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>62</b>	<b>65</b>	<b>65</b>	<b>92</b>	<b>98</b>	<b>91</b>

	ene-17	feb-17	mar-17	abr-17	may-17	jun-17	jul-17	ago-17	sep-17	oct-17	nov-17	dic-17
Mantenimientos Correctivos	83	86	85	87	70	100	107	96	100	74	80	72
Mantenimientos Preventivos	37	36	41	43	40	51	50	48	39	43	45	42
<b>Total Mantenimientos</b>	<b>120</b>	<b>122</b>	<b>126</b>	<b>130</b>	<b>110</b>	<b>151</b>	<b>157</b>	<b>144</b>	<b>139</b>	<b>117</b>	<b>125</b>	<b>114</b>

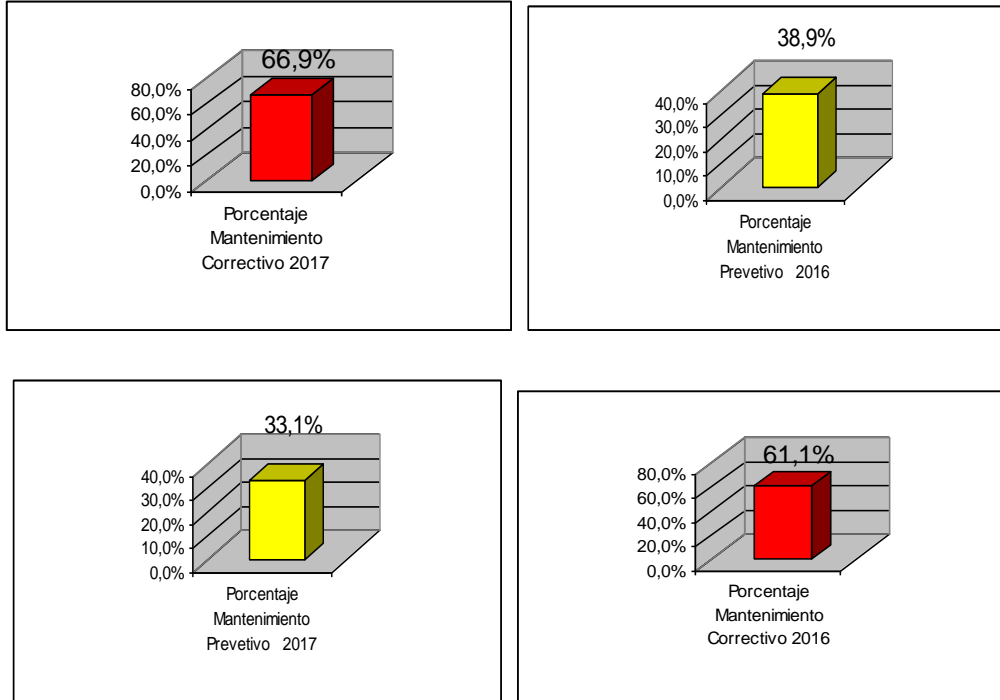
RELACIÓN DE MATRIZ IX TRIMESTRE 2016 VS IX TRIMESTRE 2017

	2016
<b>Mantenimientos Correctivos</b>	498
<b>Mantenimientos Preventivos</b>	317
<b>Total Mantenimientos</b>	815
<b>% Cumplimiento Mantenimientos</b>	100%

	2017
<b>Mantenimientos Correctivos</b>	1040
<b>Mantenimientos Preventivos</b>	515
<b>Total Mantenimientos</b>	1555
<b>% Cumplimiento Mantenimientos</b>	100%

Con respecto al año pasado en el acumulativo anual aumentaron los mantenimientos (Preventivos y/o correctivos) en un 190.79 % ( $(1555 \cdot 100) / 815 = 190.79$ )  $190.79 - 100 = 90.79\%$ )

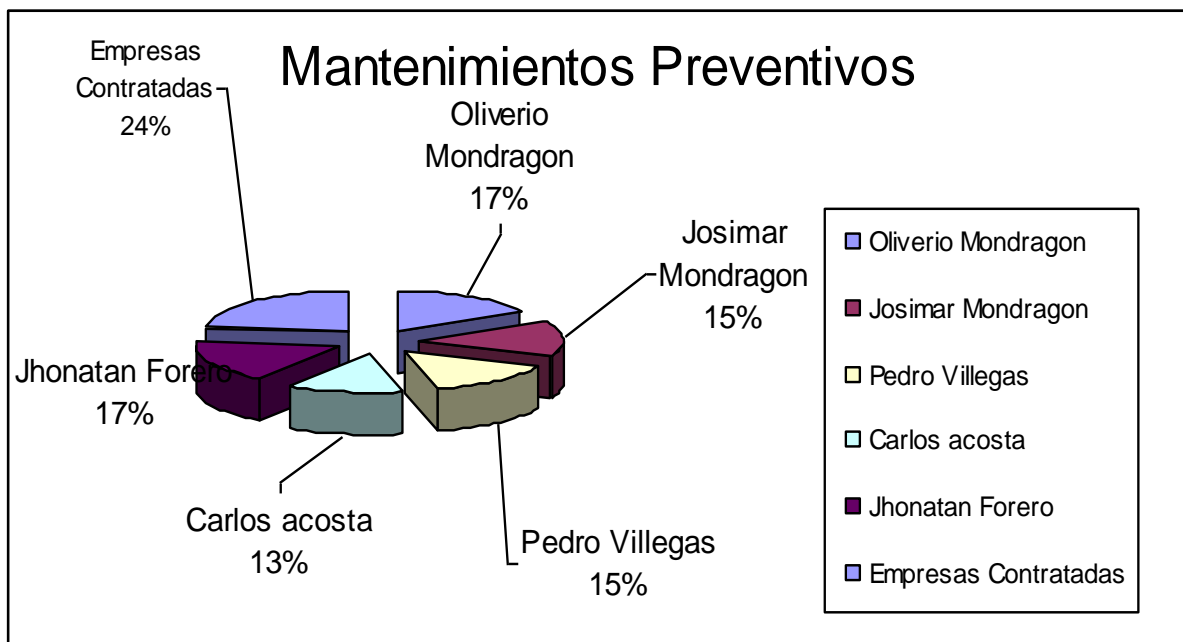
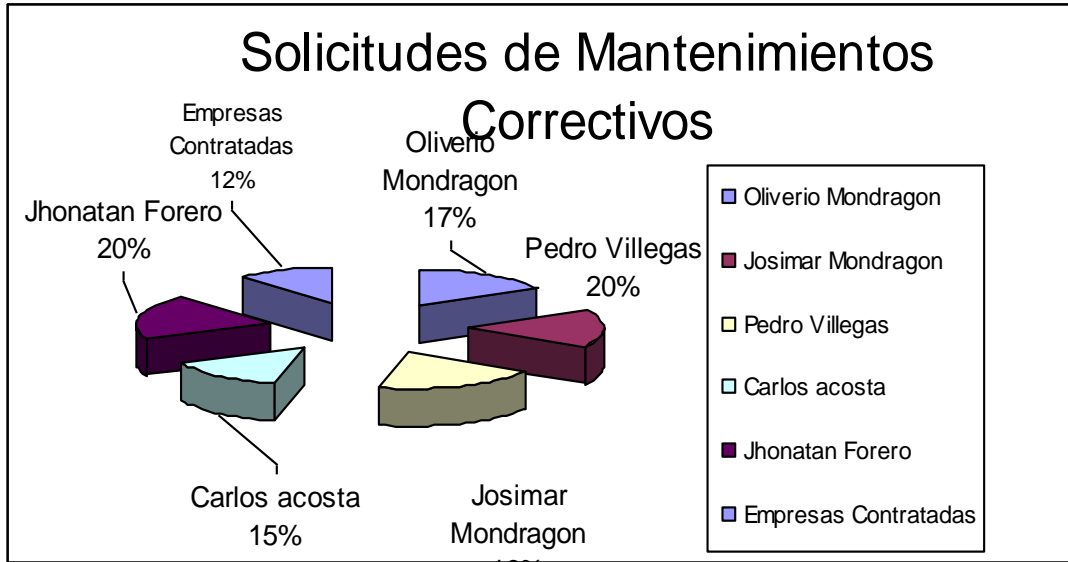
INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO IX TRIMESTRE 2016 VS IX TRIMESTRE 2017



Los mantenimientos preventivos se encontraron en un 33.1 % en la totalidad de lo que va del IX trimestre del año 2017, y se observa que los mantenimientos correctivos van en 66.9%, con respecto al año 2016 IX trimestre los preventivos en un 38.9% los correctivos en un 61.1%.

Productividad Funcionarios de Mantenimiento

Nombres	Solicitudes de Mantenimientos Correctivos	Mantenimientos Preventivos
Oliverio Mondragon	176	85
Josimar Mondragon	170	76
Pedro Villegas	212	78
Carlos acosta	156	67
Jhonatan Forero	206	89
Empresas Contratadas	120	120
<b>Total</b>	<b>1040</b>	<b>515</b>

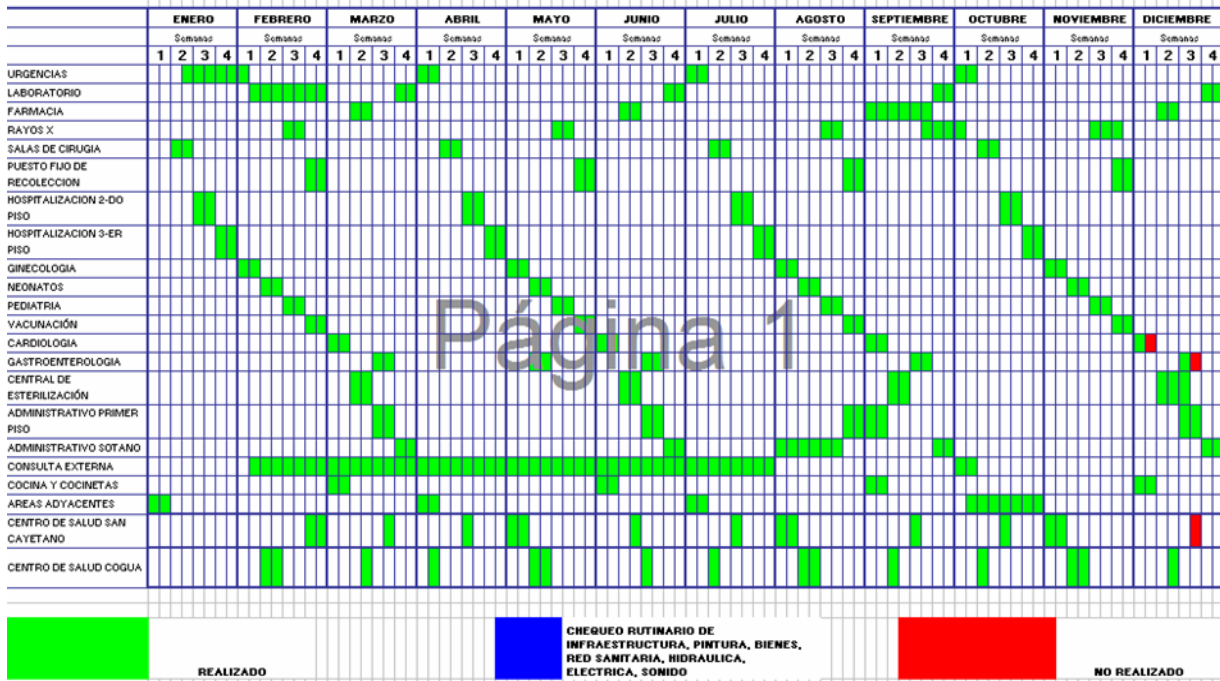


**CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO -CORRECTIVO VIGENCIA 2017**

**CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS SERVICIOS DEL HUS  
ARQUITECTURA Y MANTENIMIENTO**



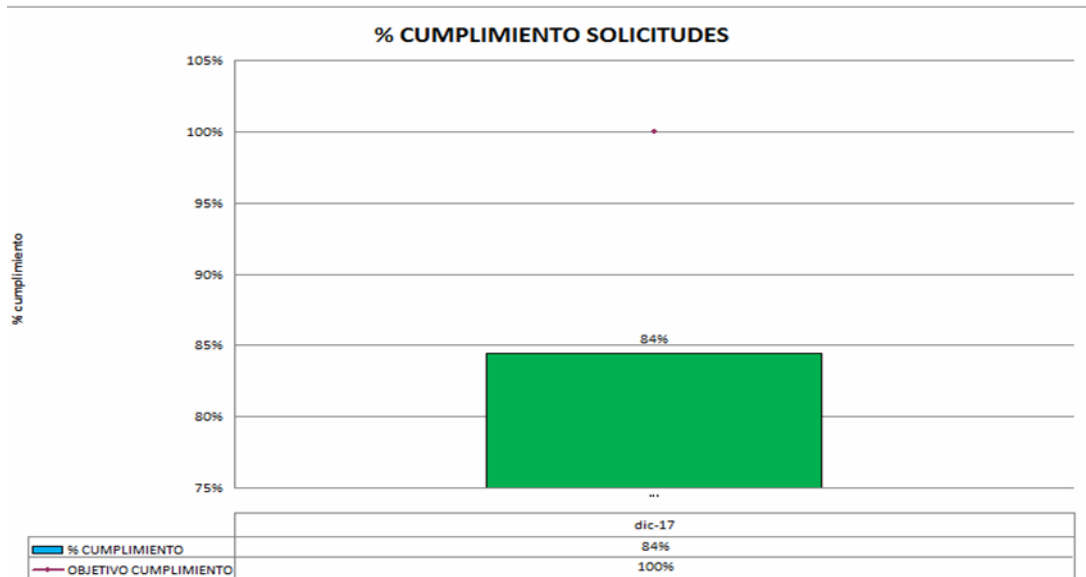
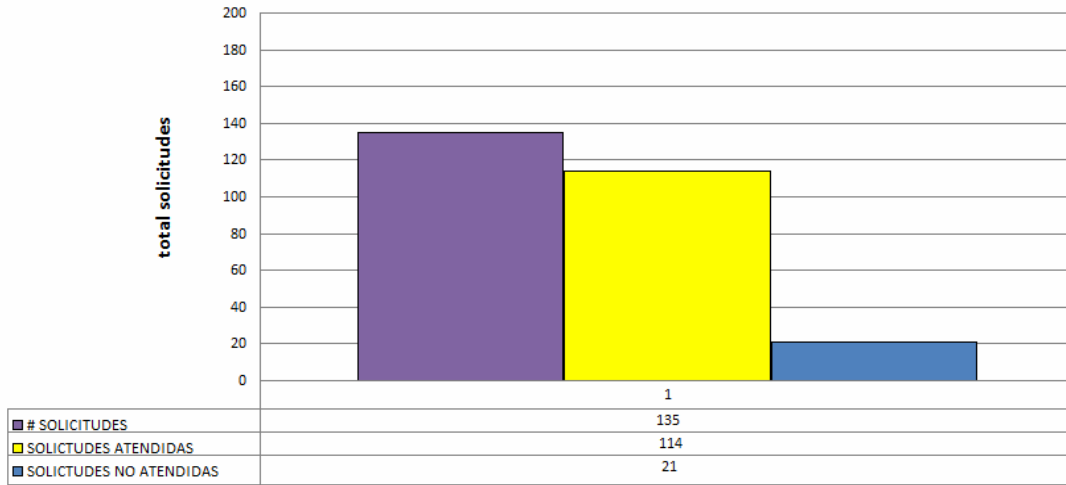
**PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2017**



El Cumplimiento del Cronograma de Mantenimiento para el Año 2017 – 82.75 %. (RH-RF) PENDIENTE 17.25 % y para el mes de Diciembre 84.2%.( Faltante 15.8%)

RESUMEN

SOLICITUDES DICIEMBRE 2017



PRINCIPALES LOGROS EN EL AREA DE MANTENIMIENTO: V TRIMESTRE 2017

- Desinstalar lámparas ginecología cambio de tubos y balastros debido a que estaban por caerse.
- Destapar baños con sonda sala de parto Ginecología.
- Mantenimiento preventivo y correctivo toma corrientes UFZ
- Fijar balas de oxígeno diferentes servicios.
- Instalación de dispensadores UFZ.
- Mantenimiento correctivo tele-duchas 2 piso.
- Instalación de cachapas unidad 212, 211, 201, 203, 205
- Instalación grifería lavaplatos Área sucia segundo piso
- Instalación de interruptor eléctrico cocina
- Mantenimiento de paño a silla farmacia, ecografías,
- Instalación de luminarias UFZ
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.



- Ajustar puerta central de esterilización
- Revisión de toma corrientes en todo el servicio de medicina interna
- Reparar fugas Área de Neonatos, resane y pintura
- Instalación de chapas de seguridad UFZ
- Mantenimiento escalerillas P&P
- Mantenimiento lavamanos baños urgencias
- Instalación de extensión eléctrica urgencias
- Mantenimiento preventivo y correctivo redes de comunicación (líneas externas, fax)
- Mantenimiento tomas eléctricas ubicadas en sala de espera consultorios 12-15
- Mantenimiento correctivo calentador eléctrico
- Desinstalar digiturnos grupo laboral
- Instalación cantonera eléctrica Neonatos con pulsadores eléctricos.
- Mantenimiento carro transportador de aseo.
- Mantenimiento correctivos cajones escritorios
- Mantenimiento Thermo de cocina
- Ajustar acrílicos en Área de producción.
- Mantenimiento llave agua cocineta tercer piso
- Mantenimiento llave de manos cocina
- Mantenimiento correctivo sillas ergonómicas estar de enfermería 2 piso
- Desinstalar televisor riesgo de caída 2 piso
- Reparación de fugas 2 piso baterías de baños
- Mantenimiento preventivo y correctivo a lavamanos – sanitarios UFZ
- Instalación de barandas y rampas en consulta externa
- Instalación de chapas que comunican neonatos con pediatría, sala de cirugías, ginecología
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ
- Pintura carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas.
- Fijar balas de oxígeno plan canguro – Neurofisiología
- Arreglo de sillas facturación.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento correctivo sillas UFZ – Cons Externa.
- Ajustar lámparas en servicio de ginecología.
- Mantenimiento correctivo Portería parqueadero principal, pintura ventanas, puertas, muros y techo.
- Mantenimiento correctivo a tela duchas segundo piso.
- Mantenimiento preventivo y correctivo redes de comunicación (líneas externas, fax).
- Mantenimiento correctivo filtración baño star médico.
- Ajustar lavamanos.
- Instalar llave lavamanos cons externa – medicina interna
- Mantenimiento correctivo baño enfermería- recién nacido filtración de agua.
- Mantenimiento correctivo escalerillas, vacunación, neurofisiología, UFZ.
- Mantenimiento correctivo carro termos del servicio de alimentación.
- Instalación de enchape cocineta 2piso.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Mantenimiento correctivo filtración 2 piso daño tubería hidráulica
- Mantenimiento puerta banco de Leche
- Mantenimiento lavamanos pediatría, puerta de emergencias y de procedimientos.
- Instalación de ducha sala 7 pediatría
- Mantenimiento sanitarios 2 y 3 piso (205,308-309)
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ

- Instalación de guardas bloque 1 c externa
- Instalación de vidrio martillado con película de protector solar
- Instalación de cielo raso pasillo entrada Área de alimentación
- Pintura carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas.
- Mantenimiento de sillas facturación, archivo historias clínicas, consultorio # 36,17
- Mantenimiento oficinas coordinaciones General- Científica
- Mantenimiento preventivo y correctivo redes de comunicación (líneas externas, fax).
- Instalar llave lavamanos cons externa – medicina interna
- Reparación de filtración cubierta consultorio #43 salud pública con sicaflex.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento carpintería de madera muebles oficina cons 9 odontología.
- Reparación lavamanos cuarto de enfermería de urgencias
- Instalación de pintura consultorio 36 consulta externa.
- Mantenimiento y resanes cubierta patología.
- Mantenimiento mesas de rodachines – fijar canasta a la mesa de monitor de signos vitales(2 piso)
- Instalación de ruedas sillas consultorio 4
- Mantenimiento sanitarios UFZ – referencia.
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ.
- Mantenimiento muebles - plan canguro (consultorio; adaptación) facturación
- Instalación de vidrio martillado -Fisioterapia
- Instalación de bisagras puerta de unidad 313
- Mantenimiento carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas, fijar estantes (consultorio 37, 47, vacunación).
- Mantenimiento de si facturación.
- Mantenimiento e instalación de chapas UFZ (medicina interna-urgencias, consultorio.
- Mantenimiento estabilizador vacunación
- Reparación de filtración cubierta consultorio #43 salud pública con sicaflex
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento carpintería de madera muebles oficina cons 9 odontología.
- Reparación lavamanos UFZ (vacunación)
- Adecuaciones servicio de vacunación.
- Mantenimiento auditorio consulta externa.
- Mantenimiento y resanes cubierta patología.
- Mantenimiento mesas de rodachines –
- Instalación de ruedas sillas UFZ
- Mantenimiento sanitarios y lavamanos UFZ
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescentes f-32 pasillos
- Instalación de vidrio martillado - NEONATOS
- Instalación de bisagras puerta de unidad 313
- Instalación de chapas con llaves y sin llaves
- Instalación de manijas para ventanas 2 piso hospitalización.
- Mantenimiento preventivo y correctivo toma corrientes, ginecología, neonatos, urgencias, pediatría.
- Mantenimiento carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas, fijar estantes farmacia y acondicionar uno para líquidos.
- Mantenimiento e instalación de chapas sin llaves (medicina interna-urgencias, consultorio.
- Adecuación vacunación- obra.

- Adecuación banco de leche- obra.
- Instalación de rampas urgencias, consulta externa
- Instalación de sobrepiso anden (urbanismo)
- Instalación de pintura en urgencias, pasillos de referencia y contrareferencia, ginecología,
- Instalación de pintura neonatos, sótano, oficinas administrativas, coordinaciones, pasillos administrativos.
- Instalación de pintura facturación consulta externa.
- Reparación red hidrosanitaria
- Reparación red hídrica,
- Reparación red eléctrica parcial.
- Reparación red de comunicaciones.
- Reparación cubiertas parciales zonas sensibles con plásticos.
- Mantenimiento correctivo carpintería metálica y de madera parcial.
- Adecuación cuartos bodegas archivo sótano.
- Instalación de enchape plan canguro.
- Instalación de pintura plan canguro y adecuaciones pertinentes.
- Mantenimiento estabilizador facturación odontología( cambio de fusible)
- Reparación de filtración cubierta consultorio # 43 salud pública con sicaflex y puesto de salud de Cogua.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento carpintería de madera muebles ufz.
- Reparación lavamanos UFZ
- Instalación provisional plástico cubierta salas de cirugía.
- Mantenimiento correctivo cielo raso- baño almacén general.
- Instalación de dispensadores UFZ.
- Mantenimiento de reja central de gases.
- Mantenimiento de muebles del Área de farmacia.
- Mantenimiento llaves de manos consulta externa.
- Colocar vidrio ventana pre - analítica.
- instalación de pegante tapete rampa.
- Pendientes recurso humano (solicitud de dos auxiliares).
- Pendiente recurso financiero (reembolso casi inmediato de caja menor y gestión de estudios previos eficiente).

### UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

De acuerdo con el plan de Mantenimiento vigencia 2017 y en el Cumplimiento del Cronograma de Mantenimiento para el Año 2017 – se cumplió con el 82.75 %. (RH-RF) Pendiente el 17.25 % y para el mes de Diciembre 84.2%.( Faltante 15.8%)

Las causas principales:

Pendientes recurso humano (solicitud de dos auxiliares para mantenimiento).

Pendiente recurso financiero (reembolso casi inmediato de caja menor y gestión de estudios previos eficiente). Con respecto al año pasado en el acumulativo anual aumentaron los mantenimientos (Preventivos y/o correctivos) en un 190.79 %  $((1555*100)/815 = 190.79)$   $190.79-100= 90.79\%$  esto debido a que se empezaron a implementar y diligenciar los formatos de solicitud de mantenimiento.

### SOLICITUD ÓRDENES DE MANTENIMIENTO NO ATENDIDAS

- Instalación de tubos fluorescentes consulta externa pasillos y consultorios lámparas f-48. (Preparar estudios previos cambios cielo rasos PANEL PVC Y LED)
- Reparación de la cubierta en general.
- Instalación de enchapes en salas de cirugía, pisos hospitalización, pediatría para cumplir con habilitación.
- Medias cañas en consulta externa.
- Estucar mesones parte inversa.
- Instalación de cielos rasos parte lisa en consulta externa.
- Habilitación de tanque de reserva consulta externa.
- Cambio de mobiliario asistencial no madera.
- Pintura de carpintería metálica.
- Instalación de chapas de seguridad 2 piso y odontología consulta externa (PENDIENTE MATERIALES HUS-BOGOTA)
- Instalación de chapas de alcoba con llaves en el segundo piso.
- Instalación de barandas de protección contra caída en consulta externa intercaladas pendiente el 50% INSTALAR LAMINA
- Se requiere señalización para ubicar a los usuarios respecto a la ENTRADA Y SALIDA en el pasillo de facturación.
- Mantenimiento sillas de parques- y urgencias salas de espera
- Pintar imagen religiosa patio y pintura general patios
- Pendientes San Cayetano (filtraciones, resanes, pintura, punto eléctrico-datos, fijar farmalay, instalación de sanblanting – Cogua.
- Cubículos trabajo social – privacidad del paciente.
- Pintar pediatría - adecuación área sucia. 75%
- Toma de muestras avance de 90 %.
- Crecimiento y desarrollo iluminación.
- Hallazgos habilitación visita de la Secretaria de Salud de Cundinamarca

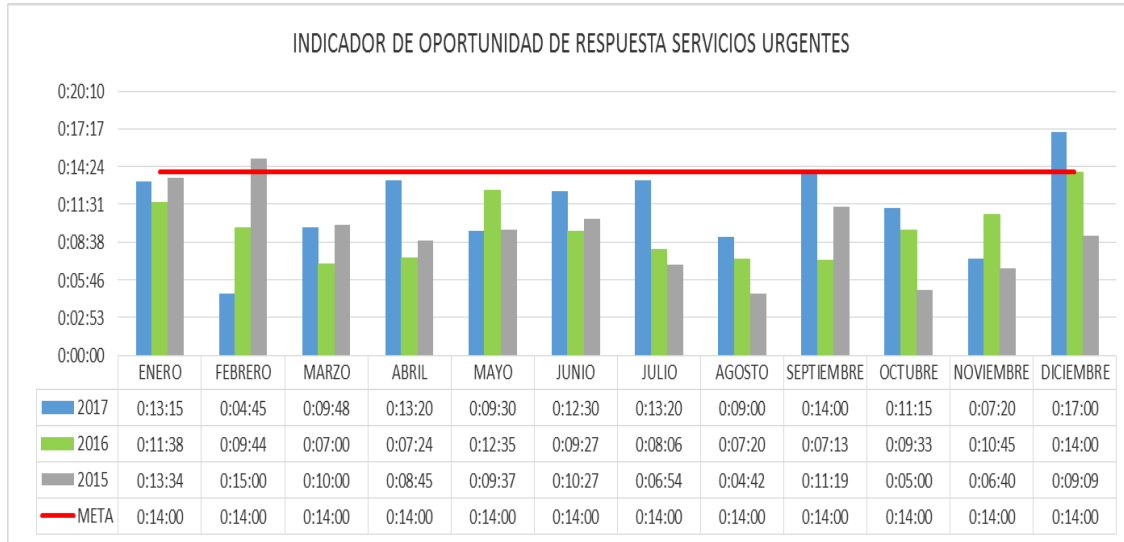
### 3.4 PROCESO DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

#### GESTIÓN DEL PROCESO

#### INDICADOR OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS

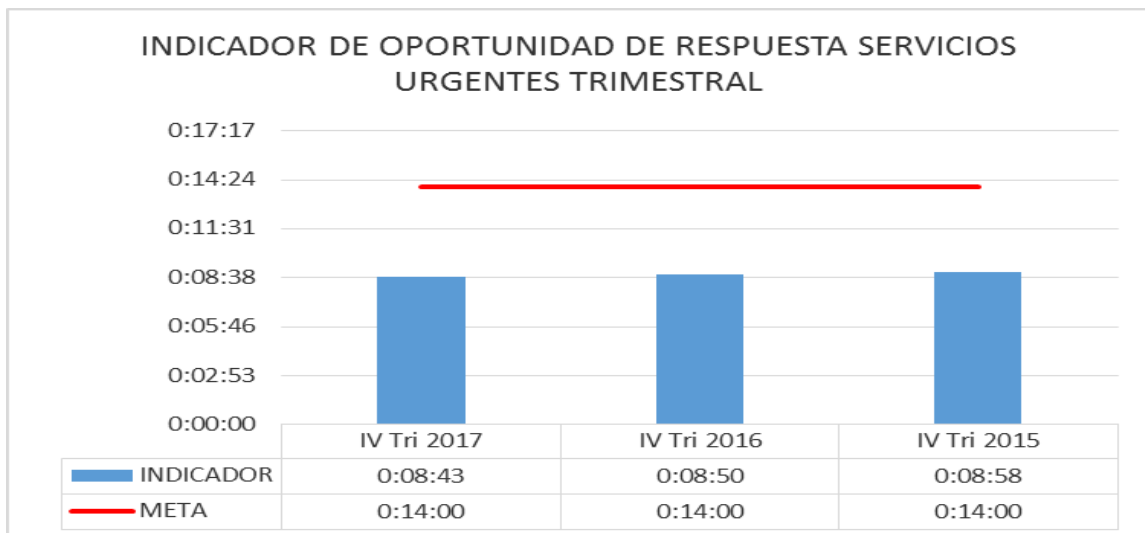
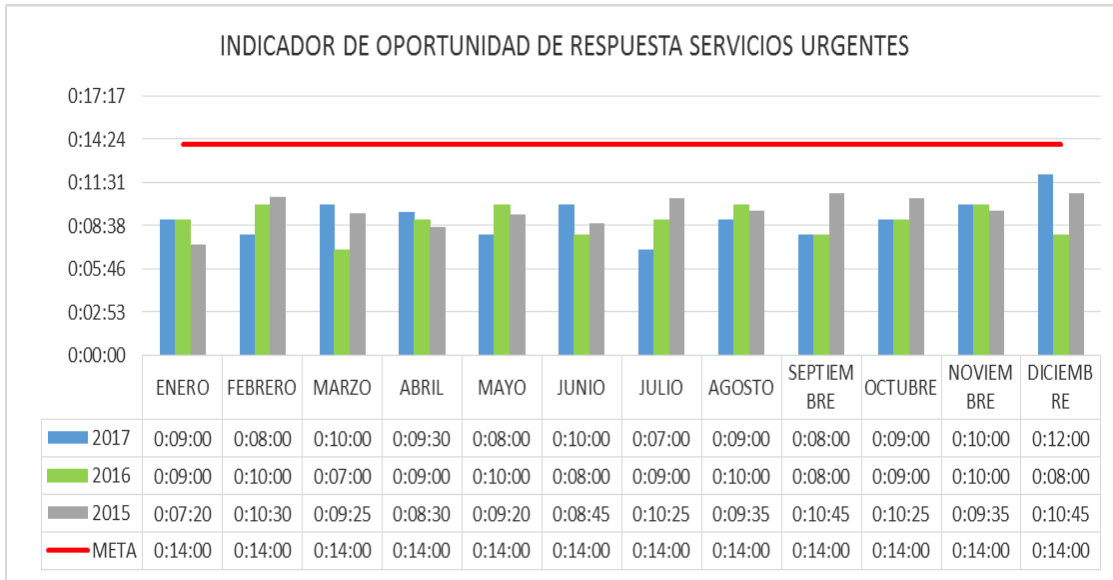
Áreas Urgentes (Urgencias, UCI Adulto, Unidad Quirúrgica, UCI Neonatal, Neonatos, Sala de partos).

Sede Bogotá



En el mes de Diciembre no fue posible cumplir la meta, esto debido a que no se cuenta con el equipo de trabajo completo generando una reorganización para la prestación del servicio en las áreas urgentes; se sigue con la estrategia de las rutinas diarias de inspección en los 5 servicios categorizados como urgentes, estas inspecciones nos ayudan a detectar posibles fallas de equipos antes de su ocurrencia y que puedan afectar la prestación de servicios de salud.

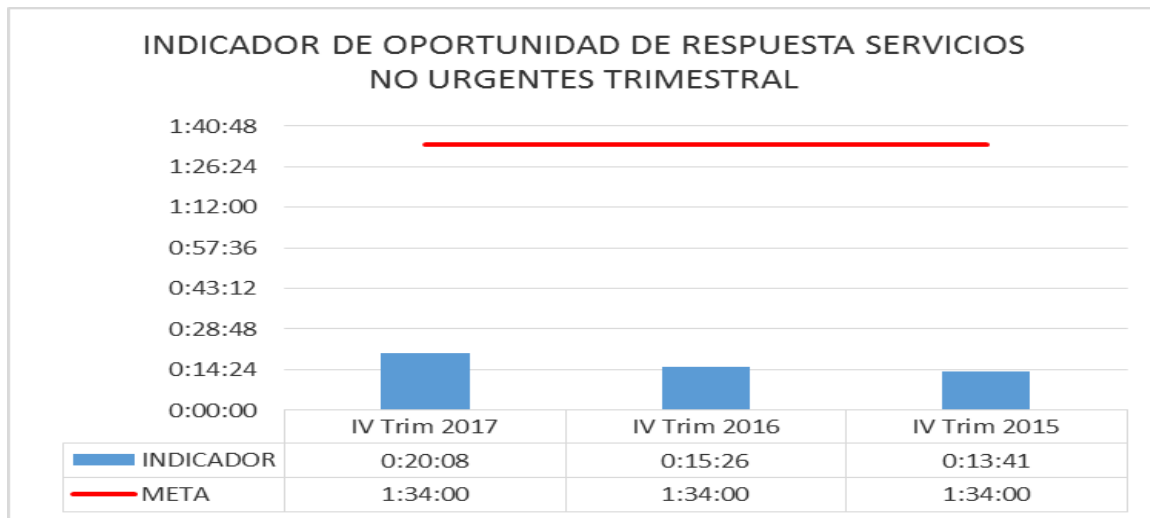
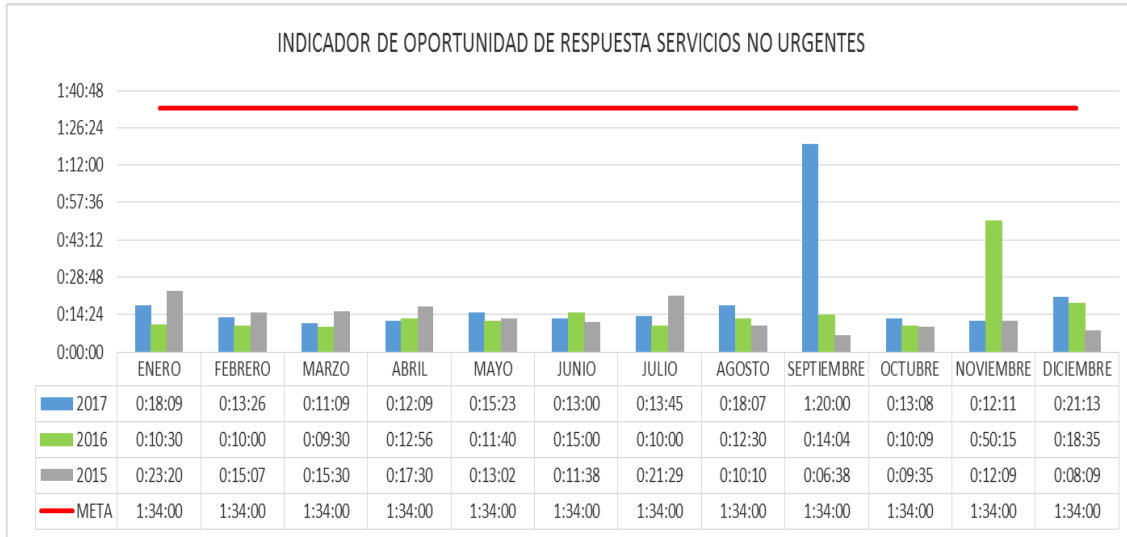
Unidad Funcional Zipaquirá



Se observa que la meta se está cumpliendo y que se mantiene entre 9 y 12 minutos el tiempo de respuesta, es importante recalcar que las tecnologías adquiridas en los años 2014, 2015 y 2016, están saliendo de garantía lo cual deberán empezar a ser atendidos por los dos ingenieros con que cuenta la unidad funcional y esto puede repercutir en este indicador de manera negativa.

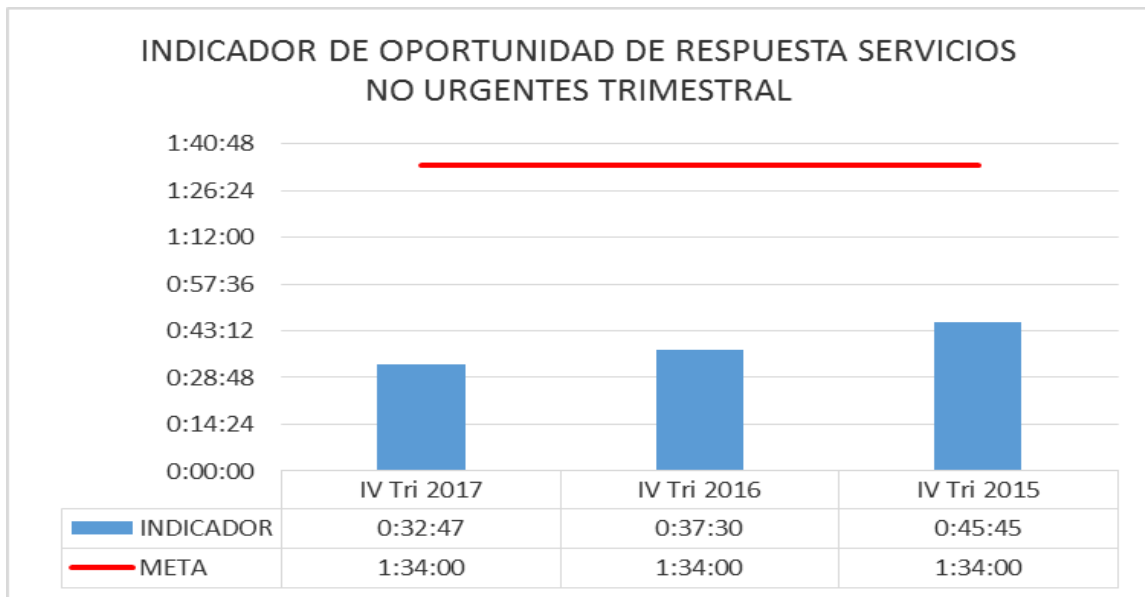
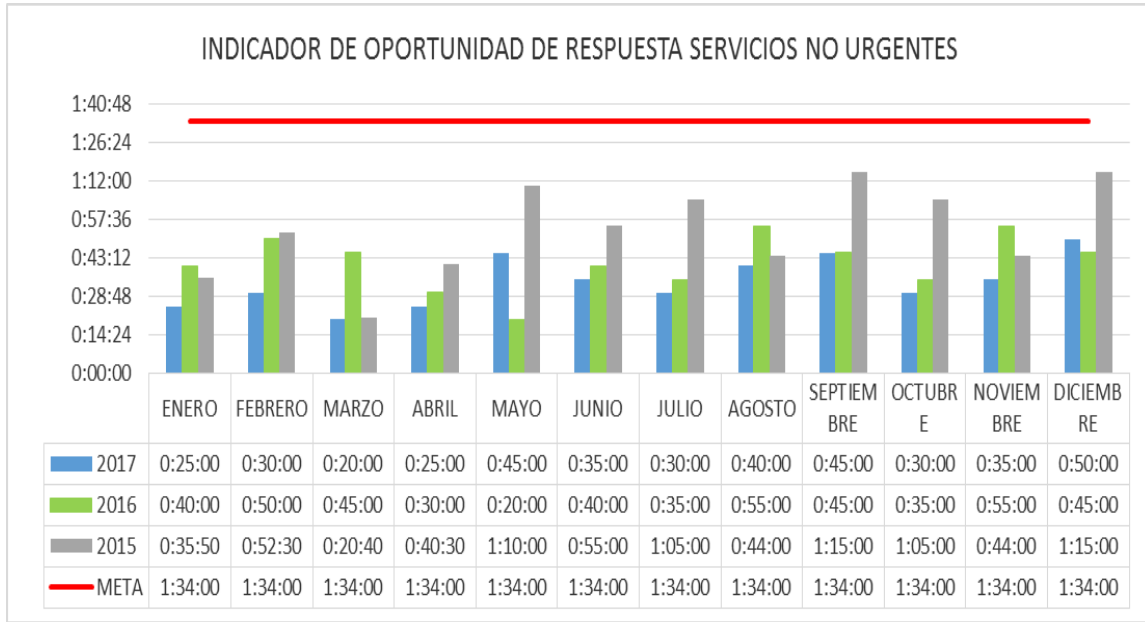
**Áreas No Urgentes (Hospitalización, Consulta Externa y otros).**

**Sede Bogotá**



Se cumplió esta meta a satisfacción, esto es gracias a que en los meses de octubre y noviembre se contó con un estudiante técnico en electromedicina, el cual puede realizar labores operativas en las áreas no urgentes, las cuales sirven como complemento para el cumplimiento del indicador.

**Unidad Funcional Zipaquirá**

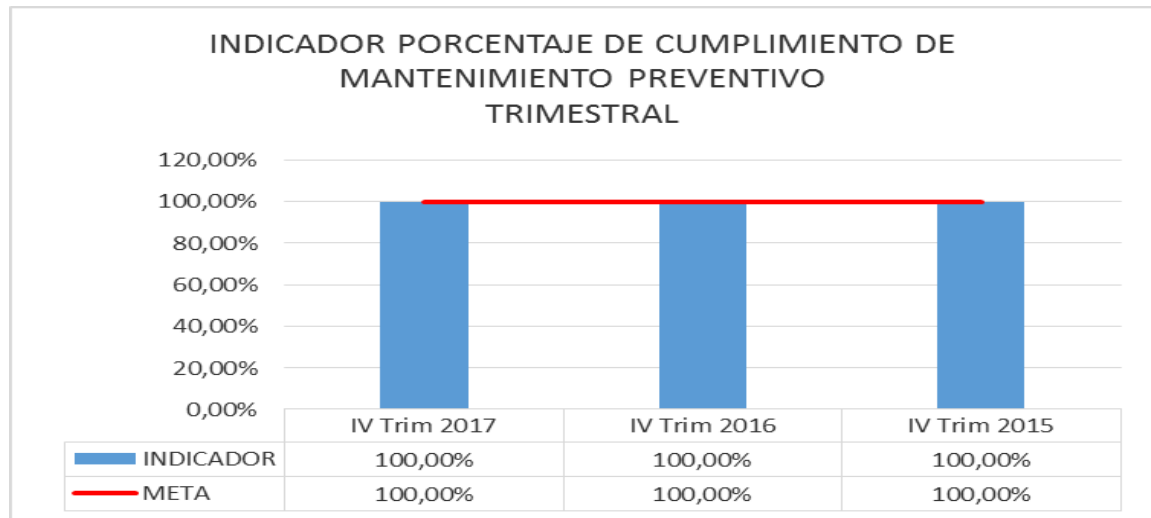
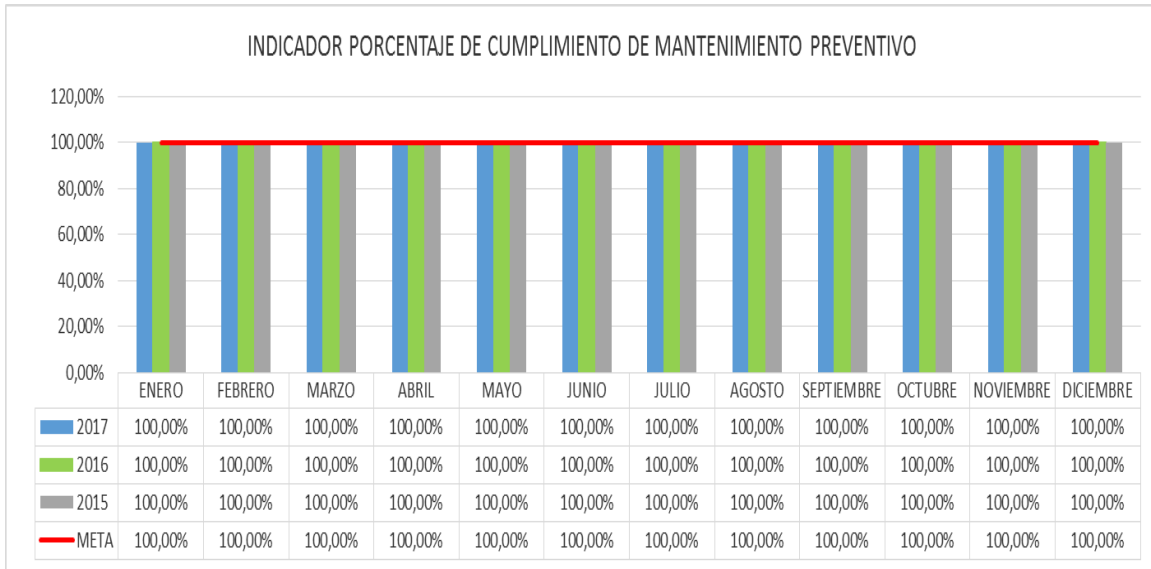


Se cumplió la meta estipulada y se puede observar que en el 2016 tuvo un aumento y en el 2017 este aumento ya fue controlado, gracias que se cuenta con una distribución uniforme para la atención de los servicios estipulados como no urgentes.

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (EQUIPOS MÉDICOS)**

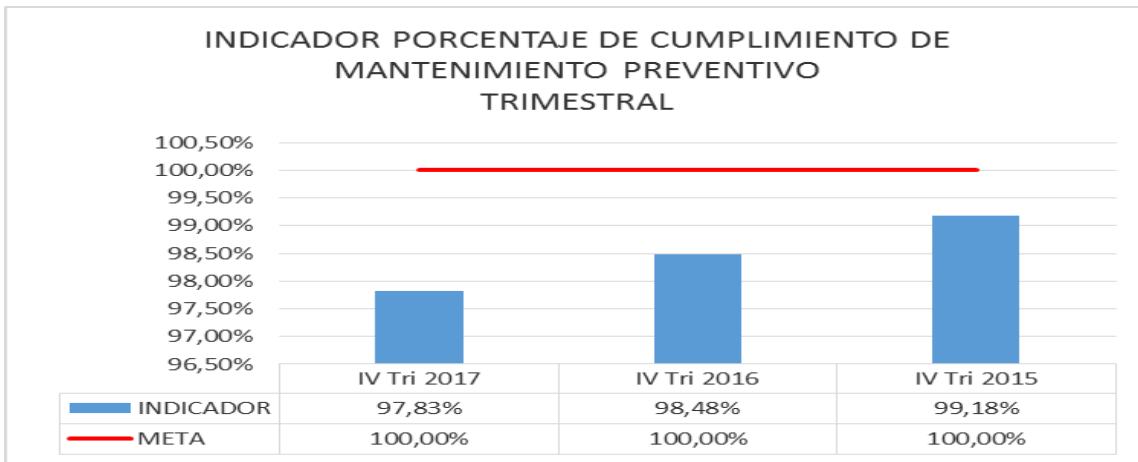
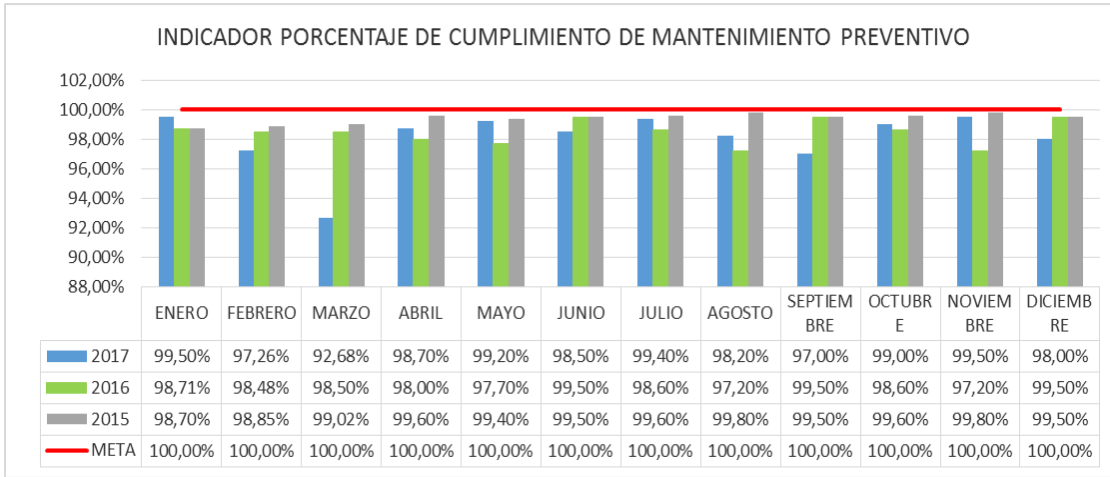
**Sede Bogotá**





Se han implementado seguimientos más rigurosos al mantenimiento preventivo por parte de los servicios utilizadores de la Tecnología Biomédica, gracias a que se implementó la instalación de los stickers y se les está entregando copia de los cronogramas de mantenimiento, adicional desde el área de Tecnología se realiza auto-seguimiento mensual a estos cronogramas.

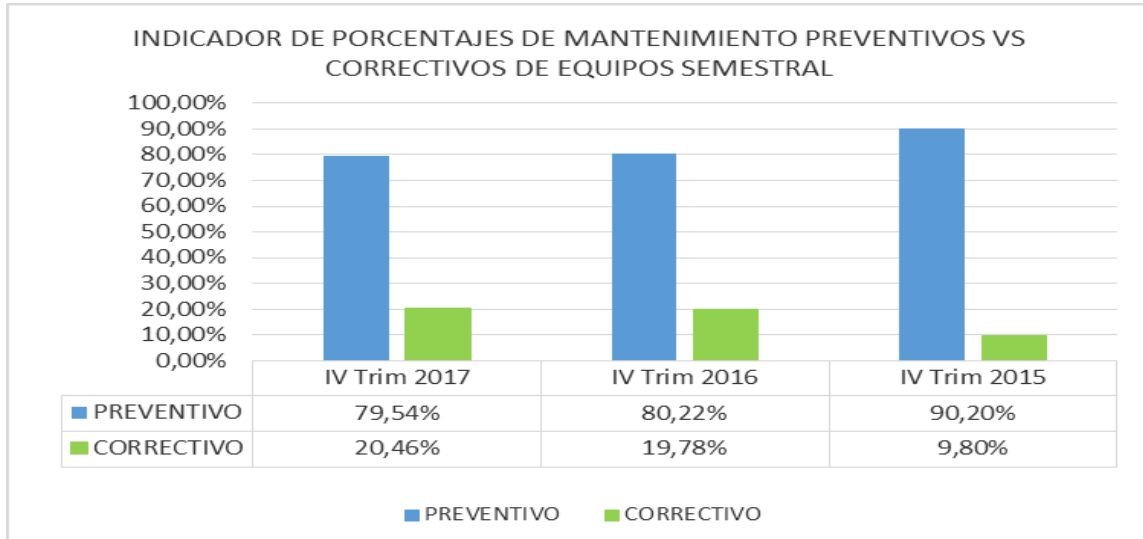
**Unidad Funcional Zipaquirá**



Se observa como resultado para todos los años que se está ejecutando el cronograma de mantenimiento en un promedio del 95%, aun con dificultades para el cumplimiento del 100% debido a la disponibilidad de los equipos y falta de personal, pero año tras año se mantiene un cumplimiento cerca al 100%.

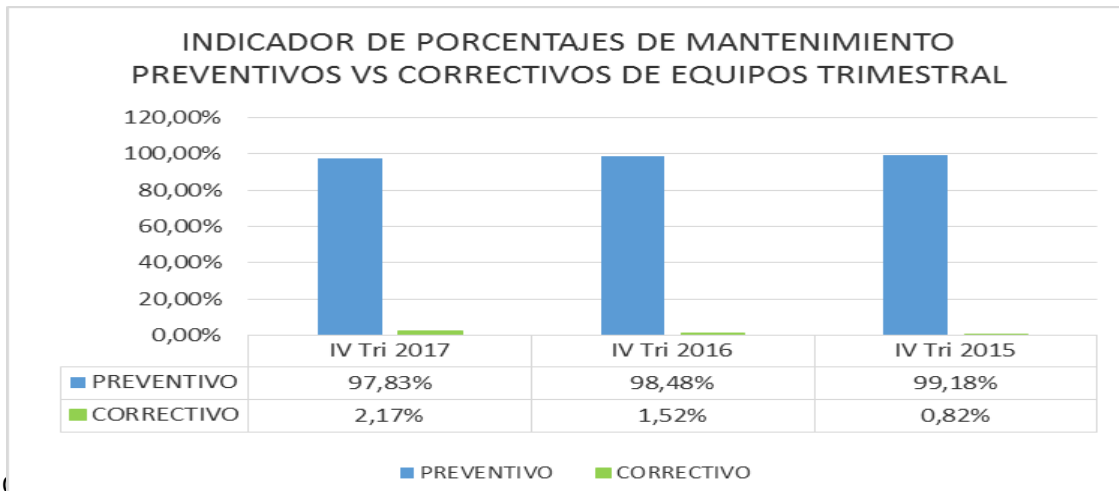
**INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS VS MANTENIMIENTO CORRECTIVO**

**Sede Bogotá**



Este indicador nos muestra que la estrategia de las inspecciones diarias ha funcionado ya que todos los años el mantenimiento preventivo fue mayor al correctivo en una proporción superior al 70%, esto quiere decir que los mantenimientos preventivos son más efectivos, desde el 2016 se determinó que para el mes de enero de los años siguientes no se programaran mantenimientos preventivos, esto debido a que es el mes en que se deben realizar informes del año anterior e iniciar planeación y ejecución del año vigente.

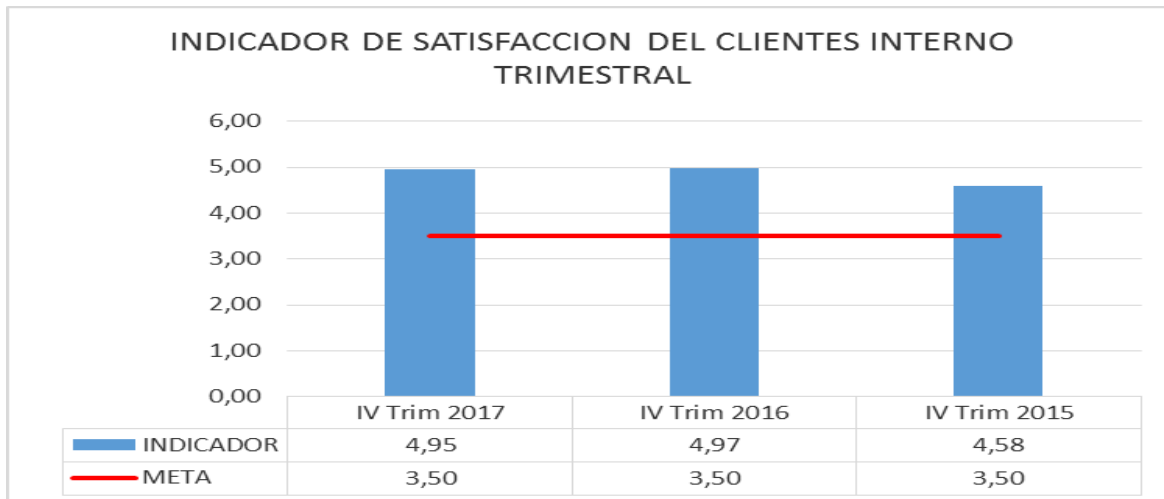
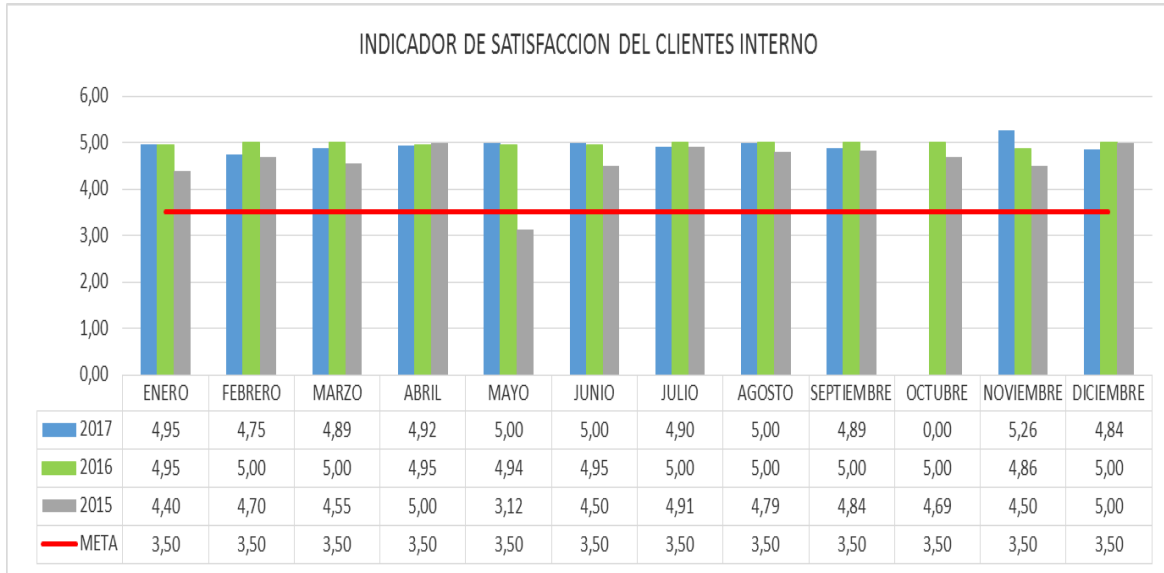
**Unidad Funcional Zipaquirá**



Se tiene un mayor porcentaje, esto quiere decir que se están implementando mantenimientos preventivos más rigurosos en los equipos de baja, mediana y alta complejidad y la implementación de rutinas diarias de inspección las cuales disminuyen los impactos de los correctivos en los equipos.

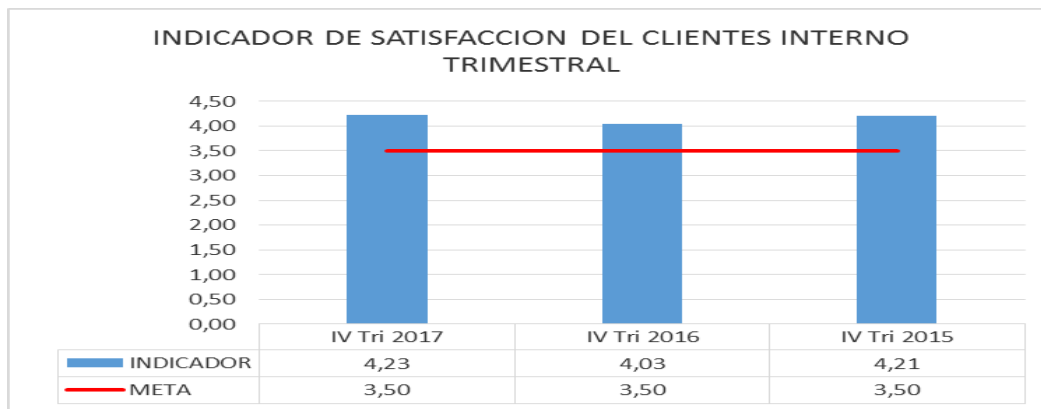
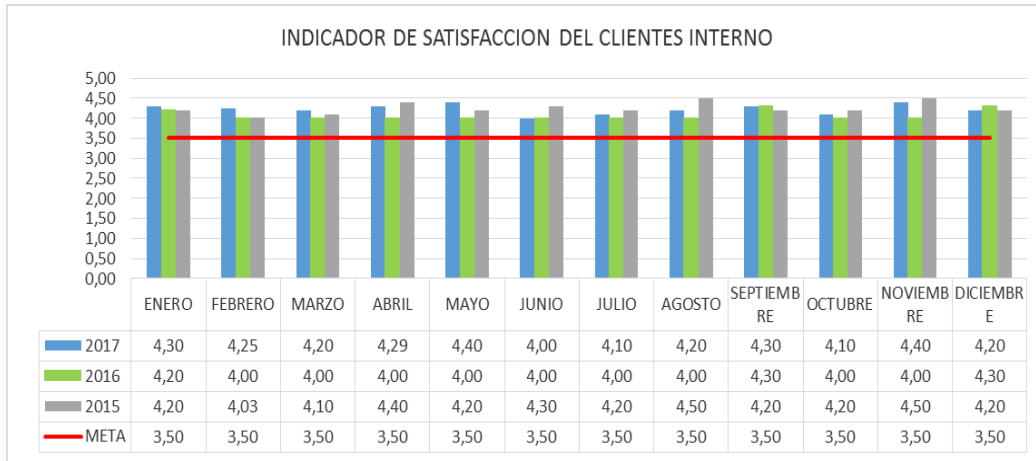
**INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO**

**Sede Bogotá**



Se puede observar que la meta se está cumpliendo, que entre el año 2015 y 2017 se mantiene el indicador, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento y una atención oportuna.

**Unidad Funcional Zipaquirá**



Se puede observar que la meta se cumplió para el año 2015, 2016 y 2017 y el indicador se mantiene sobre 4, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento y una atención oportuna.

## PQRS

A la fecha no existe PQRS relacionadas al proceso de Tecnología Biomédica

## PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

Planeación realizó el seguimiento y medición al PUMP, encontrando que se tiene de cumplimiento el 77%, avance de 62% y cierre de 62%.

## PAS

### FORTALECER LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DE LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS EN EL MODELO DE RED DEPARTAMENTAL

#### Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario

**Avance:** 100%

**Evidencia:** A la fecha se ha cumplido con el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos médicos, el cual se puede verificar por medio de las hojas de vidas de los 1600 equipos aproximadamente con que cuenta el Hospital Universitario de la Samaritana y del cronograma de mantenimiento preventivo.

**Ejecución del plan de equipos médicos y laboratorio clínico utilizados para el diagnóstico y tratamiento**

**Avance:** equipos comprados / Equipos Planeados comprar:  $1/314 = 0.31\%$ .

**Evidencia:** Se encuentra radicado el estudio de necesidades para la compra de los equipos de la UCI del 4 piso, ya se tiene la aprobación en el plan bienal de la secretaria de salud de Cundinamarca, queda pendiente la aprobación por parte del ministerio de salud y protección social, adicionalmente la secretaría salud solicitó realizar estudio de oferta y demanda y formulación del proyecto en metodología MGA la cual se encuentra en proceso de ejecución. Y para la renovación de tecnología ya se tienen hechos los CCTP'S (cuadernillos de cláusulas técnicas particulares), se encuentran para revisión de la gerencia.

**GESTIÓN DEL RIESGO**

La matriz de riesgos del proceso de Tecnología Biomédica se priorizaron 9 riesgos de 14 identificados, de los cuales no se ha materializado ninguno a la fecha, a continuación se muestra la matriz de materialización:

Item	Riesgos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Ocurrencia
1	Incumplimiento del proveedor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología nueva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología existente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Repuestos, insumos, herramientas o equipo patrón necesarios insuficientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Mantenimiento preventivo inadecuado o sin realizar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Realización del mantenimiento inoportuna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Inoportunidad en la calibración de los equipos biomédicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Ingreso inadecuado de Tecnología en Transito Rapido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Dar de baja un equipo que no lo requería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Con este seguimiento podemos hacer la medición del Indicador

% de Materialización de Riesgos Priorizados:  $0 \text{ Riesgo Materializado} / 9 \text{ Riesgos Priorizados} = 0\%$ .

Esto quiere decir que las acciones planteadas de mitigación para los 9 riesgos priorizados han sido efectivas.

**PROGRAMAS**

**PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA**

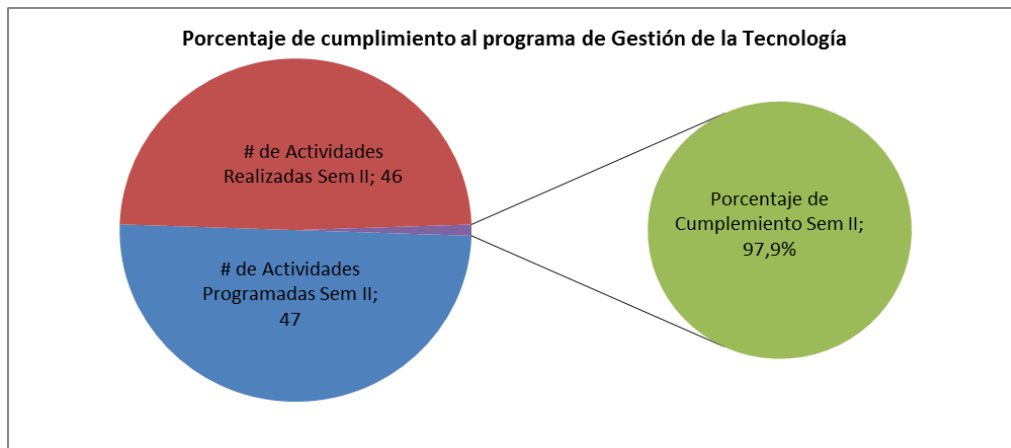
- 3 Líneas Estratégicas
- 5 Metas
- 5 Indicadores
- 1 Cronograma

**Identificar, Priorizar y Adquirir las necesidades presentes en el HUS entorno a las tecnologías en Salud requeridas en los servicios asistenciales y administrativos, dando cumplimiento a la normatividad de Habilitación vigente y al portafolio de servicios de la entidad.**

**Meta:** Dar cumplimiento al 90% del cronograma del Programa de Gestión de la Tecnología

**Indicador:** Porcentaje de cumplimiento al programa de Gestión de la Tecnología

$$\frac{\# \text{ Total de actividades realizadas del Programa de Gestión de la Tecnología}}{\# \text{ Total de Actividades planeadas del Programa de Gestión de la Tecnología}} \times 100\%$$

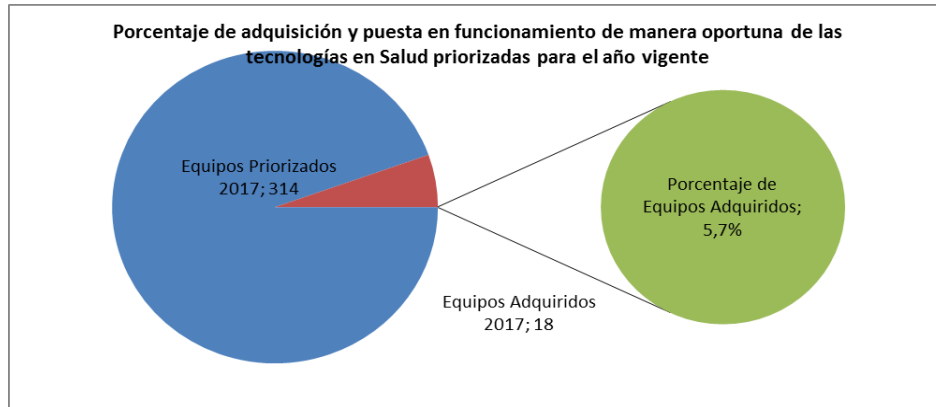


Se realizaron 46 actividades de las 47 programadas a corte 31 de Diciembre, quedo pendiente la adquisición de tecnologías priorizadas, por lo tanto hay un cumplimiento equivalente al 97% de cumplimiento.

**Meta:** Garantizar la adquisición y puesta en funcionamiento de manera oportuna de por lo menos el 90% de las tecnologías en Salud priorizadas para el año vigente

**Indicador:** Porcentaje de adquisición y puesta en funcionamiento de manera oportuna de las tecnologías en Salud priorizadas para el año vigente

$$\frac{\# \text{ Total de Equipos Priorizados para el año Vigente}}{\# \text{ Total de Equipos Adquiridos en el año Vigente}} \times 100\%$$



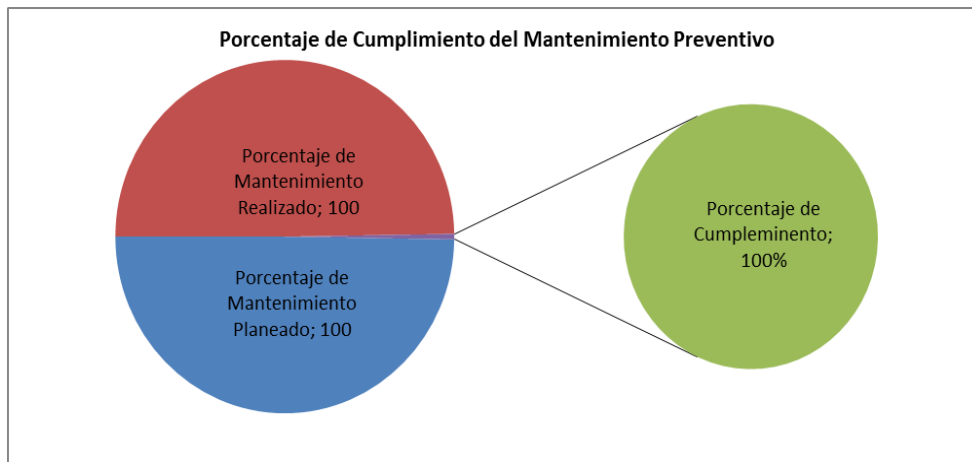
De 314 equipos que se priorizaron para ser adquiridos en la vigencia, se ha adquirieron 18, actualmente ya se cuentan con los cuadernillos de cláusulas técnicas (CCTP) radicados en la gerencia para revisión y aprobación, y los estudios para la adquisición de los equipos de la UCI del 4 piso, pero no se ha podido iniciar convocatoria pública, debido a que estamos esperando la aprobación del proyecto por parte de Ministerio de Salud y Protección Social, adicionalmente la secretaría salud solicitó realizar estudio de oferta y demanda y formulación del proyecto en metodología MGA la cual se encuentra en proceso de ejecución.

**Garantizar que la tecnología con que cuenta la entidad y la que sea adquirida cuente con procesos de adquisición, instalación, puesta en funcionamiento, evaluación, post-implantación y disposición final.**

**Meta:** Cumplir con el 100% del Cronograma de Mantenimiento Preventivo

**Indicador:** Porcentaje de Cumplimiento del Mantenimiento Preventivo

$$\frac{\# \text{ Total de Mantenimientos Preventivos Realizados}}{\# \text{ Total de Mantenimientos Preventivos Planeados}} \times 100\%$$

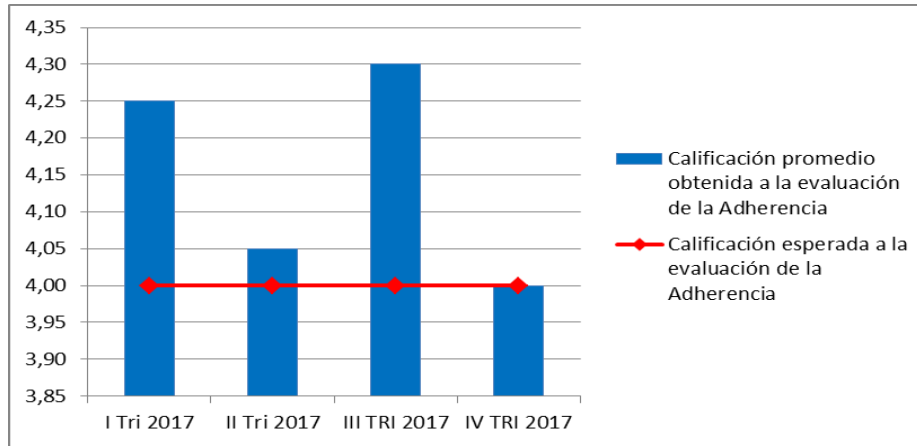


Estamos cumpliendo el 100% de los mantenimientos preventivos a la fecha, esto debido a que se hace un seguimiento mensual del cumplimiento del cronograma.

**Meta:** Obtener una calificación superior a 4 en la evaluación de la adherencia

**Indicador:** Porcentaje a la Adherencia al uso adecuado de las tecnologías





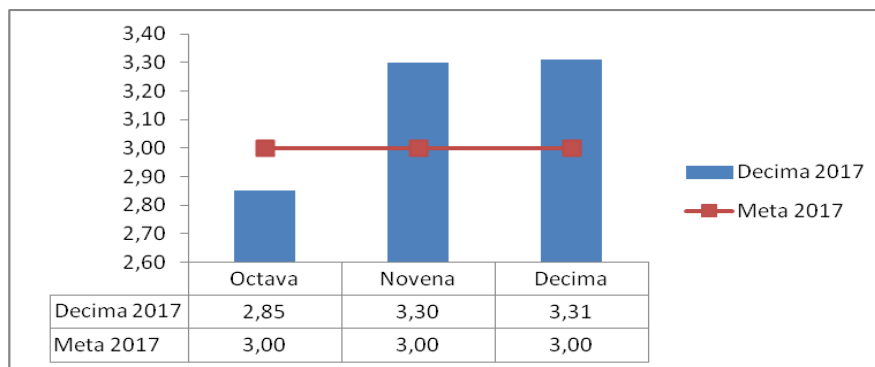
Se realizaron evaluaciones de adherencia a las capacitaciones dictadas en el tercer semestre del 2017 de uso adecuado de tecnologías, las cuales arrojaron un promedio de calificación de 4.3, lo cual nos muestra que la adherencia a las capacitaciones está superando la meta establecida.

**Dar cumplimiento al Proceso de Acreditación en salud desde el cumplimiento de los estándares de Gestión de la tecnología.**

**Meta:** Obtener una calificación de 3 en la próxima de autoevaluación de los estándares de Gestión de la Tecnología.

**Indicador:** Calificación De autoevaluación de estándares de Gestión de la Tecnología

*Sumatoria de la calificación de todos los estandares*  
*El Total de Estandares*



**PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA**

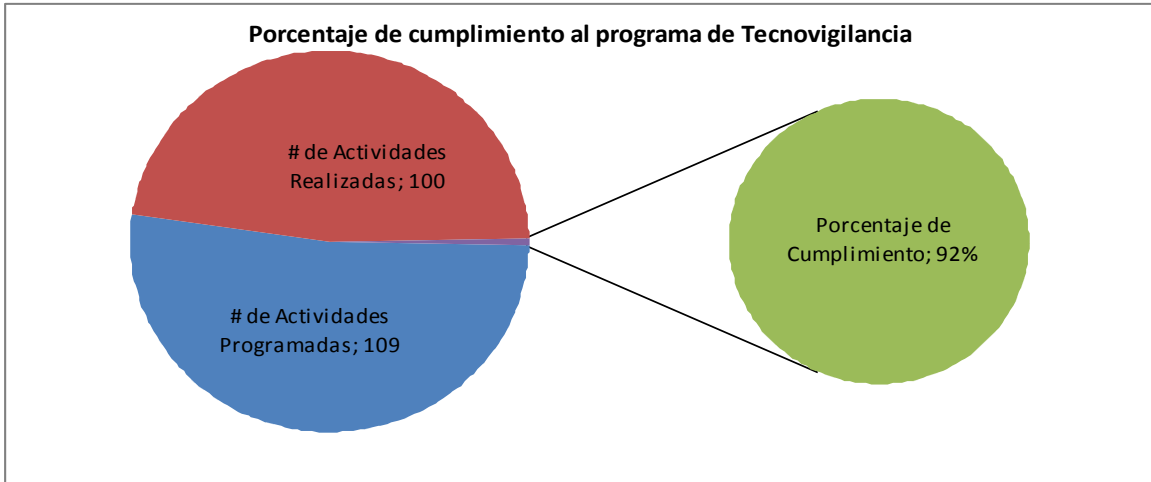
- 3 Líneas Estratégicas
- 6 Metas
- 6 Indicadores
- 1 Cronograma

**Mantener integración del Programa de Tecnovigilancia con el Programa de Seguridad del Paciente en el Sistema de Información consistente en el reporte, clasificación, análisis y seguimiento de las Novedades de Seguridad que se presenten e identifiquen en la Institución.**

**Meta:** Dar cumplimiento al 90% del cronograma del Programa de Tecnovigilancia trimestralmente

**Indicador:** Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de Tecnovigilancia

$$\% \text{cumplimiento} = \left( \frac{\text{actividades realizadas Trim}}{\text{actividades programadas Trim}} \right) * 100\%$$

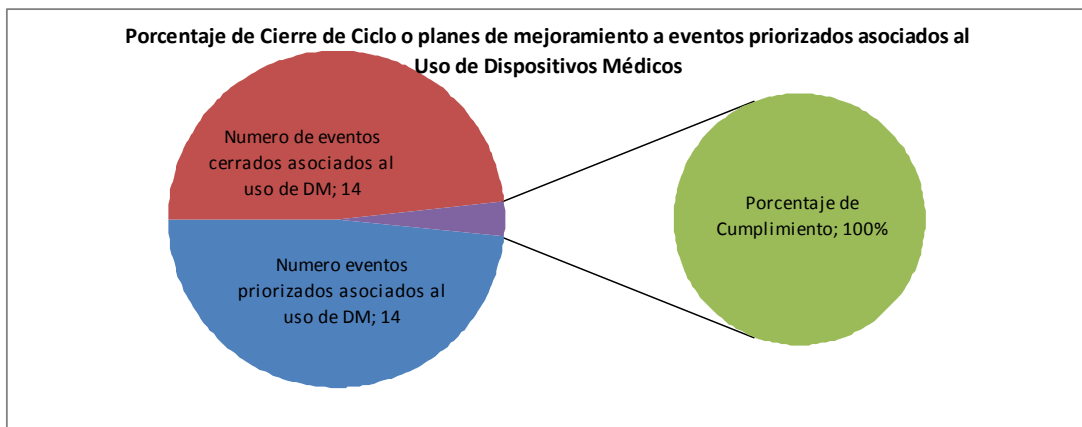


Se dio cumplimiento al 92% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 100 actividades realizadas en el cuarto trimestre frente a 109 actividades programadas para el cuarto trimestre del año 2017.

**Meta:** Cierre de Ciclo o planes de mejoramiento priorizados al 10% de la novedades de seguridad asociadas al uso de dispositivos médicos

**Indicador:** Porcentaje de Cierre de Ciclo o planes de mejoramiento a eventos priorizados asociados al Uso de Dispositivos Médicos

$$\% \text{cierre de ciclo} = \left( \frac{\# \text{novedades de seguridad priorizadas cerradas}}{\# \text{total novedades de seguridad priorizadas DM}} \right) * 100\%$$



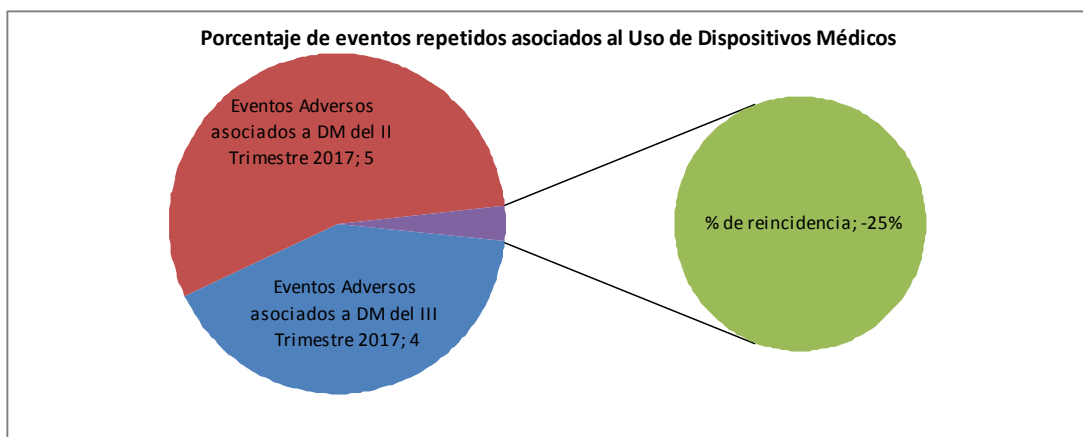
A la fecha se tiene 14 novedades de seguridad asociadas al uso de DM, de las cuales 14 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 100%.

**Mantener procesos seguros en el ciclo de utilización de los Equipos Biomédicos y dispositivos médicos (Selección, adquisición (Con parámetros de calidad y humanización), almacenamiento, distribución y/o instalación, post-implantación y disposición final).**

**Meta:** Disminuir en un 1% la reincidencia de Eventos Adversos al uso de dispositivos médicos

**Indicador:** Porcentaje de reincidencia de Eventos Adversos asociados al uso de Dispositivos Médicos

$$\%reincidenciaEA = \left( \frac{\#reincidenciasAV - \#reincidenciasAV TRIanterior}{\#reincidenciasAV TRIanterior} \right) * 100\%$$

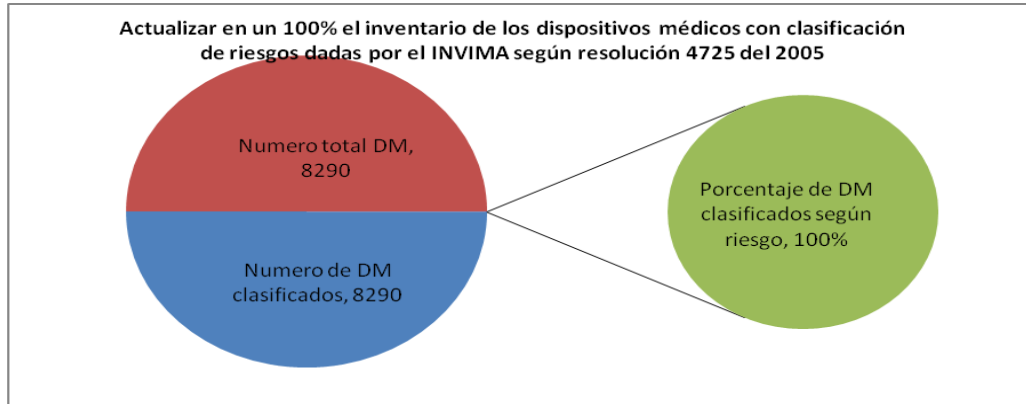


Para el año 2017 en el cuarto trimestre se registraron 5 eventos adversos de los cuales 4 eran repetidos, comparados con el cuarto trimestre de 2016 que hubo 3 eventos adversos de los cuales 3 se repitieron, esto quiere decir que tuvimos un porcentaje de -25% de reincidencia, lo cual demuestra que las acciones que se tomaron por la falta de insumos fueron efectivas, el cambio de lote y referencia de dos dispositivos médicos fueron acertadas y la socialización del uso correcto en tecnologías médicas tuvieron un impacto positivo.

**Meta:** Actualizar en un 100% el inventario de los dispositivos médicos con clasificación de riesgos dadas por el INVIMA según resolución 4725 del 2005.

**Indicador:** Porcentaje de dispositivos médicos con clasificación de riesgos dadas por el INVIMA según resolución 4725 del 2005

$$\%DM Clasificados = \left( \frac{\#de DM Clasificados}{\#totalde DM} \right) * 100\%$$



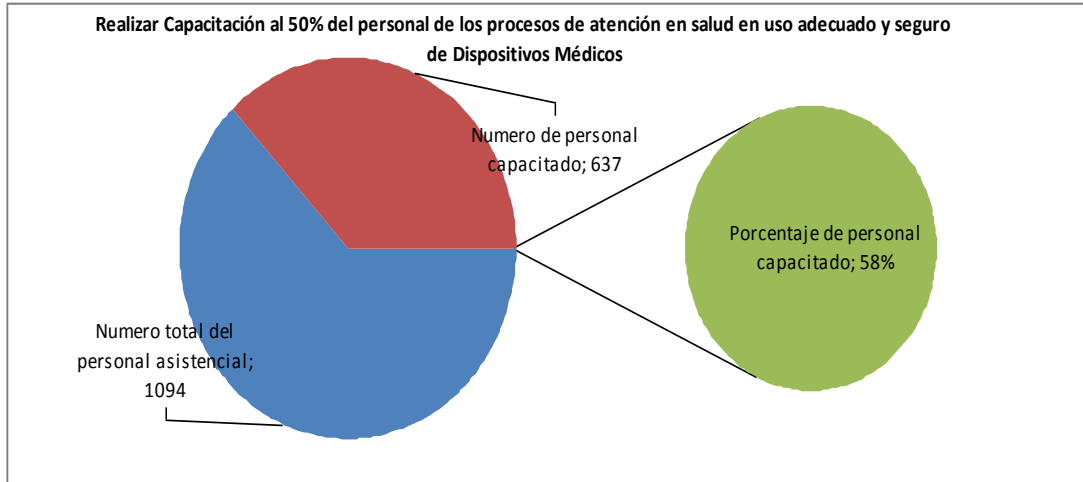
Se tiene la clasificación de riesgo en su totalidad para dispositivo médico, equipo médico e instrumental, esto con el fin de conocer la clasificación de riesgo y su ubicación de cada dispositivo médico que se encuentra en el HUS.

**Promover la Cultura del uso seguro de la tecnología y los dispositivos médicos en todos los individuos inmersos en el proceso de atención en salud del HUS. (Cliente Interno y Externo).**

**Meta:** Realizar Capacitación al 50% del personal de los procesos de atención en salud en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos

**Indicador:** Porcentaje de personal de los procesos de atención en salud capacitado en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos

$$\%Personascapacitadas = \left( \frac{\#personas\ capacitadas}{\#total\ personal\ asistencial} \right) * 100\%$$



A la fecha se tiene el 58% del personal vinculado capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico.

**Meta:** Aumento de los Reportes de Novedades de Seguridad relacionadas asociados al uso de Dispositivos Médicos (Incidentes, Eventos Adversos y/o Complicaciones) en 1 punto porcentuales por encima del año anterior

**Indicador:** Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos

$$\% \text{ novedades de seguridad} = \left( \frac{\# \text{ novedades de Dispositivo Médicos}}{\# \text{ total de novedades reportadas}} \right) * 100\%$$

Para el cuarto trimestre del 2016 se tuvo se tuvo la porción de un 4% de novedades de seguridad asociadas a DM del total en ese trimestre, en el 2017 la porción del reporte fue del 2.6%, esto quiere decir que tuvo una disminución en un 1.4%, lo cual nos muestra que las acciones tomadas en cuanto a las novedades pasadas en el HUS tuvieron un impacto positivo, ya que el total de reportes de novedades se mantienen equidistantes

579 en el cuarto trimestre de 2016 a 535 en el cuarto trimestre de 2017 (sin tener en cuenta los 15 días restantes de Diciembre).

### **ANÁLISIS CONSOLIDADO 2017**

De acuerdo a los indicadores presentados para los cuatro trimestres se evidencia una linealidad de cumplimiento de los indicadores en la oportunidad de respuesta para los servicios urgentes y no urgentes, sin embargo para el último trimestre en el mes de diciembre se tuvo un aumento de 3 minutos en el tiempo de respuesta debido a que no se contó con el equipo de trabajo completo generando una reorganización para la prestación del servicio en las áreas urgente. En cuanto al indicador de cumplimiento de mantenimiento preventivo se evidencia una trazabilidad favorable del 100% durante el año 2017.

El indicador de Mantenimiento preventivo contra las intervenciones correctivas, se cierra con una proporción de 90,2% en intervenciones preventivas y un 9,8% de intervenciones correctivas lo cual evidencia que la estrategia de rutinas diarias en los servicios favorece y disminuye considerablemente los correctivos en los equipos.

Finalmente, las novedades de seguridad asociadas a DM tuvieron un impacto de 2.6% lo que evidencia que las acciones tomadas en cuanto a las novedades de seguridad en el HUS tuvieron un impacto positivo, ya que el total de reportes de novedades se mantienen equidistantes 579 en el cuarto trimestre de 2016 a 535 en el cuarto trimestre de 2017 (sin tener en cuenta los 15 días restantes de Diciembre).

### 3.5 GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

#### GESTIÓN DEL PROCESO: INDICADORES

Durante el periodo de Octubre a Diciembre del año 2017 el área de Bienes Compras y Suministros adelantó y ejecutó procesos de convocatorias públicas, compras por contratación directa con el fin de atender las necesidades tanto de Bienes, Suministros y Servicios necesarios en cada área del Hospital, con el fin de contribuir con el mejoramiento en la calidad de los servicios que la institución presta a la comunidad del departamento de Cundinamarca

Los procesos que se adelantaron durante el periodo involucraron las áreas de Farmacia, Hotelería, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Osteosíntesis y Arquitectura y mantenimiento los cuales radicaron en la subdirección de Bienes Compras y Suministros sus necesidades, teniendo en cuenta los consumos promedios históricos, los precios de adquisición del año anterior, así como tendencias de crecimiento para el año 2017. Estos estudios sirvieron para llevar a cabo las convocatorias y compras directas las cuales pretendían primero que todo atender los requerimientos del hospital y finalmente satisfacer todas las necesidades de la institución en cada uno de sus áreas por medio de los procesos con plenas formalidades de contratación con el fin de garantizar la pluralidad de oferentes así como la transparencia en los procesos de adjudicación. En estos procesos se atendieron las solicitudes tanto del Hospital Universitario de la Samaritana y su unidad funcional de Zipaquirá.

#### PROCESOS FORMALES ADELANTADOS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2017

Durante el IV Trimestre de 2017, correspondiente de Octubre a Diciembre del año 2017 se llevaron a cabo procesos de convocatoria Públicas y contrataciones directas, con el propósito de suplir cada una de las necesidades de cada una de las áreas del Hospital; de estas convocatorias se exceptuaron, los productos o medicamentos y servicios que eran exclusivos de una casa comercial, así como los medicamentos de alto costo cuya rotación o pedido se realiza por paciente o por evento, lo demás se adelantaron a través de Convocatorias Públicas o Compra Directa de acuerdo con sus características.

#### CUADRO N° 1: PROCESOS CON FORMALIDADES PLENAS ADELANTADOS DURANTE EL PERIODO (1)

AÑO 2017							
CONVOCATORIA No.	OBJETO	CANTIDAD	FECHA	MES APERTURA	VALOR	VALOR ADJUDICADO	ESTADO
21	CONTRATACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE ESTRUCTURACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN RECTOR DE SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA FISICA 2017 2027 PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA.	1	06/10/2017	OCTUBRE	\$299.841.098	\$299.558.700	FINALIZADO

Fuente: Subdirección Compras y Suministros

**NOTA:** Para el IV Trimestre del año 2016 no se llevaron a cabo Convocatorias Públicas durante este período.

Del resultado de las 21 convocatorias realizadas durante el periodo del 2017, se adjudicaron un promedio del 78% de los ítems a ofertar, los demás se declararon desiertos debido a que en algunos casos los precios unitarios sobrepasaban el precio que la institución tiene como precio de referencia en más de un 6%. Además hubo casos en donde la solicitud nadie presentó oferente alguno, razón por la cual se declararon desiertos algunos ítem que se excluyeron en las diferentes convocatorias; para lo cual se iniciaron procesos para adjudicación a través de contratación directa, con el fin de garantizar el suministro al interior de cada área que requiere el insumo. Lo anterior permite obtener las mejores ofertas económicas que beneficiaran al Hospital y con la calidad requerida por el mismo.

**SOLICITUDES RADICADAS Y TRAMITADAS**

**Ordenes de Compras y Servicios:** Durante el IV trimestre de 2017 se dio el respectivo trámite a todas las solicitudes realizadas por las diferentes áreas teniendo en cuenta que algunos procesos cubrían las necesidades en el periodo en que se realizan las convocatorias públicas programadas para las compras anuales.

**Cuadro N° 2 ÓRDENES DE COMPRA Y SERVICIOS TRAMITADAS DURANTE EL IV TRIMESTRE 2016 - 2017**

IV TRIMESTRE	ORDENES DE COMPRA	ORDENES DE SERVICIO
2016	113	13
2017	94	46

Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Para este periodo se observa que hay una disminución del 17% en la cantidad de Órdenes de Compra respecto del año 2017 al año 2016 y un aumento del 353% en la cantidad de Ordenes de Servicio respecto del año 2017 al año 2016. Lo anterior obedece a que se recibieron varios procesos con el fin de cumplir con la meta de establecida dentro del marco legal de mantenimiento hospitalario. Por cuanto para esta fecha el HUS cuenta con el 98% aproximadamente ya adjudicado dentro del plan anual de adquirentes de bienes y servicios.

**SOLICITUDES SEGUN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACION DURANTE EL IV TRIMESTRE DEL AÑO 2016 Y 2017 – E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ  
CANTIDAD ÓRDENES DE COMPRA**



COMPARATIVO ORDENES DE COMPRA CUARTO TRIMESTRE	No. DE ORDENES X RUBRO 2016	No. DE ORDENES X RUBRO 2017
ALIMENTACION	1	0
COMPRA DE EQUIPO	3	9
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	9	7
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	0	2
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	9	20
MATERIAL MEDICO QX	35	40
MATERIAL PARA LABORATORIO	2	0
MATERIAL PARA ODONTOLOGIA	3	0
<b>COMPARATIVO ORDENES DE COMPRA CUARTO</b>	<b>No. DE ORDENES X RUBRO 2016</b>	<b>No. DE ORDENES X RUBRO 2017</b>
MEDICAMENTOS	23	3
SALUD OCUPACIONAL	0	1
SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN Y	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>94</b>

El rubro de mayor participación tanto para el año 2016 y 2017 es MATERIAL MÉDICO QUIRURGICO. Referente al año 2017 el comportamiento de los rubros obtuvo el siguiente comportamiento para el IV trimestre: el rubro más representativo es Material Médico Quirúrgico (40 órdenes) con un 42% de participación del total de órdenes de compra, seguido de Mantenimiento Hospitalario Bienes (20 órdenes) con el 21% del total de órdenes de compra, tercero Compra de Equipo (9 órdenes) con un 9% del total de las órdenes de compra, cuarto Compra de Equipo e Instrumental Médico (7 órdenes) ocupando un 7% del total de órdenes de compra, como quinto Materiales (6 órdenes) ocupando un 6% del total de órdenes de compra, sexto Material para Osteosíntesis (4 órdenes) ocupando un 4% del total de órdenes de compra, séptimo Medicamentos (3 órdenes) con un 3% de participación del total de las órdenes de compra, séptimo Impresos y Publicaciones (2 órdenes) ocupando un 2% del total de las órdenes de compra y finalizando con los rubros de Material de Rayos X , Salud Ocupacional, Subprograma Modernización Y Transformación De

La Red Prestadora De Servicios De Salud (1 orden para cada rubro) ocupando cada uno de ellos un 1% del total de las Órdenes de Compra.

El comportamiento de las solicitudes según el rubro de mayor participación (Material Médico Quirúrgico) para el IV Trimestre del año 2017 frente al IV Trimestre del año 2016 aumento en un 14% para la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ**, Lo anterior obedece a que la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ** como ya se indicó antes el HUS debe cumplir con el marco normativo para lo anterior obedece al Decreto 1769 de 1994, asignación y utilización de los recursos financieros, 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos .

**SOLICITUDES SEGUN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACION DURANTE EL IV TRIMESTRE DEL AÑO  
2016 Y 2017 – E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE  
ZIPAQUIRÁ  
PRESUPUESTO ADJUDICADO ORDENES DE COMPRA**

COMPARATIVO ORDENES DE COMPRA CUARTO TRIMESTRE	No. DE ORDENES X RUBRO 2016	No. DE ORDENES X RUBRO 2017	PORCENTAJE PARTICIPACION DEL RUBRO CONTRA VALOR TOTAL DEL AÑO 2017
ALIMENTACION	\$30.996.500	\$0	0%
COMPRA DE EQUIPO	\$10.027.040	\$75.400.078	8%
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	\$44.971.371	\$113.139.024	13%
GESTION AMBIENTAL	\$0	\$0	0%
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$0	\$3.629.500	0%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	\$78.317.118	\$141.043.774	16%
MATERIAL MEDICOQX	\$224.971.224	\$322.687.637	36%
MATERIAL PARA LABORATORIO	\$5.784.400	\$0	0%
MATERIAL PARA ODONTOLOGIA	\$2.180.122	\$0	0%

MATERIAL PARA OSTEOSINTESIS	\$25.955.700	\$56.608.400	6%
MATERIAL PARA RAYOS X	\$1.227.048	\$13.799.680	2%
MATERIALES	\$161.335.249	\$90.655.685	10%
MEDICAMENTOS	\$96.509.539	\$33.499.410	4%
SALUD OCUPACIONAL	\$0	\$12.140.380	1%
SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	\$0	\$32.487.000	4%
<b>TOTAL</b>	<b>\$682.275.311</b>	<b>\$895.090.568</b>	<b>100%</b>

El rubro de mayor participación y afectación del presupuesto tanto para el año 2016 y 2017, continúa siendo MATERIAL MÉDICO QUIRURGICO. Referente al año 2017 el comportamiento del presupuesto según los rubros obtuvo el siguiente comportamiento para el IV trimestre: el rubro más representativo es Material Médico Quirúrgico (\$322.687.637) con un 36% de participación del total del presupuesto, en segundo lugar le sigue Mantenimiento Hospitalario Bienes (\$141.043.774) con un 16% del total del presupuesto, en tercer lugar Compra de Equipo e Instrumental Médico (\$113.139.024) con un 13% del total del presupuesto, en cuarto lugar Materiales (\$90.655.685) ocupando un 10% del total del presupuesto, en quinto lugar Compra de Equipo (\$75.400.078) con un 8% del total del presupuesto, en sexto lugar esta Material para Osteosíntesis (\$56.608.400) con un 6% del total del presupuesto, en séptimo lugar Medicamentos (\$33.499.410) con el 4% del total del presupuesto, y en séptimo lugar el Subprograma Modernización Y Transformación De La Red Prestadora De Servicios De Salud (\$32.487.000) con un 4% del total del presupuesto, en el octavo lugar Material para Rayos X (\$13.799.680) ocupando un 2% del total del presupuesto, noveno lugar Salud Ocupacional (\$12.140.380) ocupando un 1% del total del presupuesto y finaliza con Impresos y Publicaciones (\$3.629.500) ocupando un 0.5% del total del presupuesto.

Para el 2017 frente al 2016 el comportamiento de participación del rubro se mantiene inmodificable.

**SOLICITUDES SEGUN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACION DURANTE EL IV TRIMESTRE DEL AÑO  
2016 Y 2017 – E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE  
ZIQAQUIRÁ  
CANTIDAD ÓRDENES DE SERVICIO**

COMPARATIVO ORDENES DE SERVICIO CUARTO TRIMESTRE	No. DE ORDENES X RUBRO 2016	No. DE ORDENES X RUBRO 2017
ARRENDAMIENTOS	1	4
BIENESTAR SOCIAL	2	2
CAPACITACION	1	1
HONORARIOS	0	2
GESTION AMBIENTAL	1	3
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	0	1
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	8	32
MATERIALES	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>46</b>

El rubro de mayor participación tanto para el año 2016 y 2017 es MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS). Referente al año 2017 el comportamiento de los rubros obtuvo el siguiente comportamiento para el IV trimestre: el rubro más representativo es Mantenimiento Hospitalario (Servicios) (32 ordenes) con una participación en el orden de 69% del total de órdenes de servicio, seguido de Arrendamientos (4 ordenes) ocupando un 8% del total de órdenes de servicio, continua en orden Gestión Ambiental (3 ordenes) ocupando un 6% del total de órdenes de servicio, seguido de Bienestar Social y Honorarios (2 órdenes cada uno) con el del 4% del total de órdenes de servicio cada uno y finalizando con los rubros de Capacitación, Mantenimiento Hospitalario Bienes y Materiales (1 orden cada uno) con el 2% del total de órdenes de servicio cada uno.

El comportamiento de las solicitudes según el rubro de mayor participación (Mantenimiento Hospitalario Servicios) para el IV Trimestre del año 2017 frente al IV Trimestre 2016 aumento en un 400% para el HUS y Unidad Funcional de Zipaquirá, lo anterior obedece al a los procesos que se recibieron a finales de diciembre cumplimiento del Decreto 1769 de 1994, asignación y utilización de los recursos financieros, 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos .

**SOLICITUDES SEGUN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACION DURANTE EL IV TRIMESTRE DEL AÑO 2016 Y 2017 – E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ  
PRESUPUESTO ADJUDICADO ORDENES DE SERVICIO**

COMPARATIVO ORDENES DE SERVICIO CUARTO TRIMESTRE	No. DE ORDENES X RUBRO 2016	No. DE ORDENES X RUBRO 2017	PORCENTAJE PARTICIPACION DEL RUBRO CONTRA VALOR TOTAL DEL AÑO 2017
ARRENDAMIENTOS	\$20.362.176	\$27.166.853	6%
BIENESTAR SOCIAL	\$12.218.800	\$17.038.800	4%
CAPACITACION	\$1.200.000	\$1.240.000	0%
GESTION AMBIENTAL	\$7.659.233	\$17.838.387	4%
HONORARIOS	\$0	\$10.910.000	2%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	\$0	\$2.830.000	1%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	\$72.642.826	\$403.378.674	83%
MATERIALES	\$0	\$5.000.000	1%
<b>TOTAL</b>	<b>\$114.083.035</b>	<b>\$485.402.714</b>	<b>100%</b>

El rubro de mayor participación tanto para el año 2016 y 2017 es MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS). Referente al año 2017 el comportamiento de los rubros obtuvo el siguiente comportamiento para el IV trimestre: el rubro más representativo es Mantenimiento Hospitalario (Servicios) (\$403.378.674) en el orden del 83% del total del presupuesto, en segunda instancia Arrendamientos (\$27.166.853) con el 6% del total del presupuesto, en tercer lugar Gestión Ambiental (\$17.838.387) con un 4% del total del presupuesto, en cuarto lugar Bienestar Social (\$17.038.800) con el 4% del total del presupuesto, en quinto lugar Honorarios (\$10.910.000) en el orden del 2% del total del presupuesto, en sexto lugar Materiales (\$5.000.000) con un 1% del total del presupuesto, séptimo lugar Mantenimiento Hospitalario Bienes (\$2.830.000) con un 1% del total del presupuesto y finalizando con Capacitación (\$1.240.000) con el 0.2%.



**CAPITULO IV**

**INFOME DE GESTIÓN**

**DIRECCIÓN FINANCIERA**

#### 4.1 Mercadeo y contratación de servicios de salud

El objeto del presente informe está encaminado a presentar la gestión realizada en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, con relación a la contratación de servicios de salud y el cumplimiento de las metas propuestas para la vigencia a evaluar. En el informe se presenta la contratación realizada en sus diferentes modalidades (Capitación y Evento), con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios tanto en régimen contributivo, subsidiado, especial y otros servicios de salud contratados.

Para el año 2017 al HUS se le aprobó un presupuesto de ingresos por venta de servicios de salud de \$82.120.868.317 y con una meta mes de facturación de \$ 6.843.405.693, al hacer el seguimiento del comportamiento de la facturación observamos que para el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2017 se facturó un total de \$ 149.401.498.538 con una facturación mensual \$ 12,450.124.878 presentando un aumento del 82% respecto al presupuesto de ingresos.

Analizando por unidad funcional para la sede de Bogotá podemos apreciar un acumulado de facturación de \$115.282.575.474 con promedio mensual de \$9.606.881.289 y para la UFZ de \$34.118.923.064 para un promedio mensual de \$ 2.843.243.589. La mayor facturación está representada por el Régimen Subsidiado con \$82.782.594.297 para Bogotá y para UFZ con \$ 20.456.285.119, le siguen en facturación/ventas el Régimen Contributivo con \$ 9.541.982.524 para Bogotá, y para UFZ \$ 9.760.879.983, los vinculados con \$ 12.075.111.287 para Bogotá y \$ 920.302.964 para Zipaquirá, de esta manera se superan las metas presupuestadas para régimen Subsidiado y Régimen Contributivo, en vinculados presenta una leve tendencia al alza en la facturación, al finalizar el año 2017 se estará cumpliendo con lo presupuestado.

Es importante tener en cuenta que la contratación total es de \$ 75.809.270.663, superada ampliamente por la facturación/venta de servicios puesto que la demanda del Hospital Universitario de la Samaritana se ha venido incrementando por el servicio de urgencias por demanda espontánea y traslados primarios. Las EPS que no han querido contratar argumentando como principal motivo la “TARIFA” sin embargo al no tener contratos el HUS factura a tarifa SOAT pleno cumplimiento con todos los parámetros del reporte definidos en la Resolución 3047/2008.

Las actividades que se proyectaron se han desarrollado de forma prioritaria para el cumplimiento de metas trazadas, como prioridad esta la actualización del portafolio de servicios con nuevas tecnologías, homologación y actualización de los códigos CUPS y revisión y renegociación de tarifas para la vigencia 2017.

Para el año 2017 se continuó con la oferta y contratación de la red de operación con la una Unidad Funcional de Bogotá (III nivel), y con la Unidad Funcional en el municipio de Zipaquirá (I – II Nivel) con los centros de atención de Cogua (I Nivel) y San Cayetano (I Nivel) lo que permite la integralidad en la atención de acuerdo a niveles de complejidad y referenciación de pacientes, sobretodo en la contratación con el régimen subsidiado y el ente territorial y municipal.

Se tuvo en cuenta la contratación legalizada y ejecutada en el cuarto trimestre de 2017, así como aquella contratación legalizada en vigencias anteriores que continuaron vigentes y en ejecución en el 2017, realizando un seguimiento continuo con cada EPS o ERP en aras de fortalecer la remisión y uso de los servicios.



Teniendo en cuenta que los datos de las vigencias 2015, 2016 y 2017 podemos analizar que para el año 2015 la contratación contemplaba la unidad funcional de Girardot, para el año 2016 Vs. el 2017 el incremento es de aproximadamente 20%.

**INDICADOR: Contratación Servicios de Salud vigencia años 2015 y 2016**

CONCEPTO CONTRATACION	VALOR CONTRATADO POR VIGENCIAS			
	2015	%	2016	%
Régimen Contributivo	7.896.596.521	5,74%	9.503.132.973	15,83%
Régimen Subsidiado	117.394.398.512	85,39%	42.679.491.168	71,09%
Vinculados	9.706.637.771	7,06%	6.264.968.199	9,49%
PIC (antes PAB)	28.055.000	0,02%	417.807.540	0,70%
Otras contratos de Servicios de Salud	2.459.956.200	1,79%	1.733.776.608	2,89%
<b>TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS</b>	<b>137.485.644.004</b>	<b>100,00%</b>	<b>60.599.176.488</b>	<b>100,00%</b>

Como se puede evidenciar en la tabla para la vigencia 2015 a 2016 se cumplió con la meta de aumentar las ventas a diferentes clientes tales como en el régimen contributivo, pues hubo un aumento del 15,83% con relación a la vigencia anterior, en cuanto a Planes de Intervenciones Colectivas, se evidencia un aumento del 0,70%. Así mismo se evidencia un indicador decreciente en las ventas del 2016, respecto del 2015; debido a que la unidad funcional de Girardot con sus puestos y centros de salud se retiró del Hospital Universitario de la Samaritana en el primer cuatrimestre de 2016, lo que afectó de forma notoria la contratación y las ventas.

Por otra parte se presentó disminución en la contratación y en las ventas de los pacientes vinculados y en el No POS esto debido al comportamiento del aseguramiento en salud que presenta el país y la región

**INDICADOR: Contratación Servicios de Salud Por Régimen vigencia CUARTO Trimestre de 2017**

CONCEPTO CONTRATACION	VALOR CONTRATADO VIGENCIA IV TRIMESTRE 2017	
	2017/ 4 TRIMESTRE	%
Régimen Contributivo	5.542.800.000	7%
Régimen Subsidiado	63.291.190.880	83 %
Vinculados	4.689.927.455	6%
PIC	391.286.275	1 %

Otros contratos de Servicios de Salud (hemocomponentes)	1.894.066.053	3 %
<b>TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS</b>	<b>75.809.270.663</b>	<b>100%</b>

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2015-2016 y cuarto trimestre de 2017

### ANÁLISIS CONTRATACIÓN CUARTO TRIMESTRE DE 2017

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que para el cuarto trimestre de 2017, en el régimen contributivo, de acuerdo a lo proyectado, se evidencia un porcentaje del 7,0%, se proyectó dentro de las metas que se incremente el porcentaje de contratación con este régimen para el cuarto trimestre de 2017. Para el régimen subsidiado se evidencia un aumento considerable en el valor de la contratación cumpliéndose con el 83% de lo proyectado para la vigencia 2017, representado en la contratación de enero a diciembre del año en curso, con las diferentes EPS del Subsidiado

La contratación de las acciones de Planes de Intervenciones Colectivas y de pacientes vinculados y aseguramiento NO POS se inicia a partir del cuarto trimestre de 2017, pero igualmente presenta tendencia creciente a pesar que la población pobre no afiliada ha disminuido de forma considerable y el POS fue ampliado.

Realizando un análisis comparativo de los valores contratados en los últimos dos 2 años, se evidencia una tendencia decreciente en la contratación del régimen Contributivo el cual presento la misma tendencia para el cuarto trimestre del año 2017. Es indudable que se refleja la crisis del sector en la contratación de este régimen puesto que las EPS prefieren no realizar contratación para que la demanda sea atendida por los servicios de urgencias y una vez estabilizados los pacientes sean remitidos a sus IPS. Dentro de la proyección que se hace del portafolio y la oferta de servicios se trazó la meta de ampliar la contratación del contributivo ampliando la oferta, para las EPS que tiene aseguramiento en Bogotá y en otros territorios nacionales para la referenciación de pacientes que requieran servicios de mayor nivel de complejidad sin embargo de acuerdo al indicador reflejado del cuarto trimestre de 2017, no se alcanzaría la meta proyectada en la contratación sin embargo la venta en este régimen el aumento es significativo; para el mes de Noviembre se inicia contrato con una de las EPS más grandes que es MEDIMAS esperamos que se refieran un volumen significativo de pacientes por parte de la EPS.

Teniendo en cuenta la actualidad en relación a la venta de servicios de salud en La E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana, se presenta a continuación una tabla comparativa con el análisis en valores del comportamiento de las ventas años 2015, 2016 y el acumulado al cuarto trimestre 2017, para poder entender que la venta supera los valores contratados, puesto que los usuarios de las diferentes Aseguradoras utilizan los servicios de la Institución por demanda espontánea y traslados primarios.

<b>CONSOLIDADO VENTAS</b>			
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
contributivo	11.433.757.601	14.782.083.024	19.302.862.507

subsidiado	96.521.304.021	98.370.717.407	103.238.879.416
vinculados	9.410.219.967	11.044.575.767	12.995.414.250
otros	9.608.717.652	14.004.038.557	13.864.342.363
<b>TOTAL</b>	<b>126.973.999.241</b>	<b>138.201.414.755</b>	<b>149.401.498.536</b>

Por otra parte se revisaron las ventas de los periodos 2015, 2016 y acumulado al cuarto trimestre de 2017 por cada unidad funcional; evidenciando la misma tendencia en cuanto a que las ventas superan la contratación, principalmente por los servicios de urgencias por demanda directa y autorización de servicios para hospitalización y otros derivados de estas urgencias.

<b>VENTAS HUS BOGOTA</b>			
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
contributivo	3.988.975.456	6.378.486.662	\$ 9.541.982.524
subsidiado	81.043.250.517	79.453.850.253	\$ 82.782.594.297
vinculados	8.858.535.229	10.247.550.027	\$ 12.075.111.287
otros	6.978.559.227	11.432.910.148	\$ 10.882.887.364
<b>TOTAL</b>	<b>100.869.320.429</b>	<b>107.512.797.090</b>	<b>\$ 115.282.575.472</b>

<b>VENTAS ZIPAQUIRA</b>			
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
contributivo	7.444.782.145	8.403.596.362	\$ 9.760.879.983
subsidiado	15.478.053.504	18.916.867.153	\$ 20.456.285.119
vinculados	551.684.758	797.025.740	\$ 920.302.964
otros	2.630.158.404	2.571.128.410	\$ 2.981.454.998
<b>TOTAL</b>	<b>26.104.678.811</b>	<b>30.688.617.665</b>	<b>\$ 34.118.923.064</b>

Es importante señalar que para la vigencia 2015 y primer trimestre de 2016, se tenía dentro de la oferta y venta de servicios la unidad Funcional de Girardot con sus centros y puestos de salud, lo que permitió un aumento en la venta y contratación de servicios, sin embargo para el año 2017 no se refleja la ausencia de dicha UF.

No se puede realizar un análisis de contratación por Bogotá y por la UFZ puesto que la contratación de las EPS no la realizan separadamente, la única EPS que contrata por separado para Bogotá y Zipaquirá es CONVIDA quien para el año 2017 contrato los siguientes valores:

<b>SEDE</b>	<b>EVENTO SUBSIDIADO</b>	<b>CONTRIBUTIVO</b>	<b>CAPITADO I NIVEL</b>	<b>P Y D</b>
BOGOTA	\$ 36.040.000.000	\$ 810.000.000	NA	NA
ZIPAQUIRA	\$ 12.238.000.000	\$ 768.000.000	\$ 2.829.035.480	\$ 1.091.920.000

Para el año 2017, se proyectó un portafolio que permita mejorar la contratación y la venta de servicios con el régimen Subsidiado, encontrando que en el primer semestre de esta vigencia, se evidencia un porcentaje de crecimiento en la contratación que permitirá cumplir la meta proyectada. Así mismo teniendo en cuenta la entrada de la nueva EPS MEDIMAS, se proyecta hacer oferta del portafolio y contratación de servicios de

alto nivel de complejidad y fortalecer la contratación de mediana complejidad con la unidad funcional de Zipaquirá y sus puestos de salud.

#### 4.2 Facturación y Recaudo

El proceso de facturación está compuesto por 4 procedimientos los cuales son: Admisiones, Autorizaciones, Facturación y Radicación, dentro de los anteriormente mencionados se evidencian oportunidades de mejora, los cuales se han implementado con el fin de disminuir los riesgos como subfacturación, dentro del seguimiento se han identificados las siguientes oportunidades.

**Ingresos abiertos:** el riesgo la subfacturación, el cual como da consecuencia, la información no puntual y confiable en los informes de gestión y el cobro tardío de servicios prestados por el hospital.

**Plan de mejora:** se organizó al equipo de facturación de tal manera que cada uno de los facturadores tuviera responsabilidades puntuales que permitieran realizar un seguimiento puntual, esta gestión se realizó entregando a cada uno la responsabilidad por camas, esto permite realizar el seguimiento a través del sistema de información del hospital DGH, donde se identifica los ingresos pendientes por cerrar. Con esta información extraída del sistema DGH se reporta vía correo electrónico donde se le informa a cada uno de los responsables sobre los pendientes, además de lo anterior se han creado actas de compromisos con los responsables del proceso.

**Urgencias:** el riesgo error en la identificación del paciente, situación donde al momento de la admisión había un registro erróneo en el sistema con la información del paciente, por lo cual se debió realizar reuniones con las áreas implicadas como estadística, donde se realizaron conciliaciones a través de reportes y determinar la fuente del error, una vez realizado esto, se realizaron capacitaciones relacionadas con el autocontrol y autogestión, con el fin de disminuir la probabilidad de error en el registro de la información.

**Autorizaciones:** El riesgo está relacionado con la necesidad de realizar un reporte y seguimiento pertinente a la solicitud de autorización de procedimientos a las diferentes ERP.

**Plan de mejora:** Se realizaron reuniones involucrando a las áreas responsables, para este caso autorizaciones y trabajo social, donde se establecieron compromisos y se asignaron tareas, esto con el fin de determinar el factor que incidía en la demora de la identificación del asegurador del paciente, se mejoraron aspectos relacionados con la comunicación entre áreas y la asignación de tareas para la obtención de la autorización. Se crea en Drive, formato Excel, archivos compartidos, donde se evidencia a diario las novedades que se presentan con las diferentes autorizaciones. El archivo es diligenciado por cada uno de los autorizadores

**Radicación:** el área de radicación ha presentado problemas especialmente con las EPS, para el caso con la mayoría de las que se presentan problemas, estos están relacionados con la validación y soporte de los archivos RIPS según Res 3374/00, para este caso la más relevante es la EPS Convida, de lo cual se obtiene como consecuencia la no radicación, para la situación anterior se han realizado reuniones de visita con las EPS involucradas, esto con el fin de identificar las oportunidades de mejora y mejorar procesos, estableciendo compromisos relacionados con la validación y fechas de radicación oportunas, ajustando fechas con mutuo acuerdo para lograr el cumplimiento de este indicador.

Para el seguimiento de los procesos se implementó un reporte en el sistema de información del hospital, el cual se utiliza para el cruce con el área de cartera y contabilidad y así garantizar la calidad de la información y aplicar la gestión pertinente ante el proceso que se evidencie alguna oportunidad de mejora.

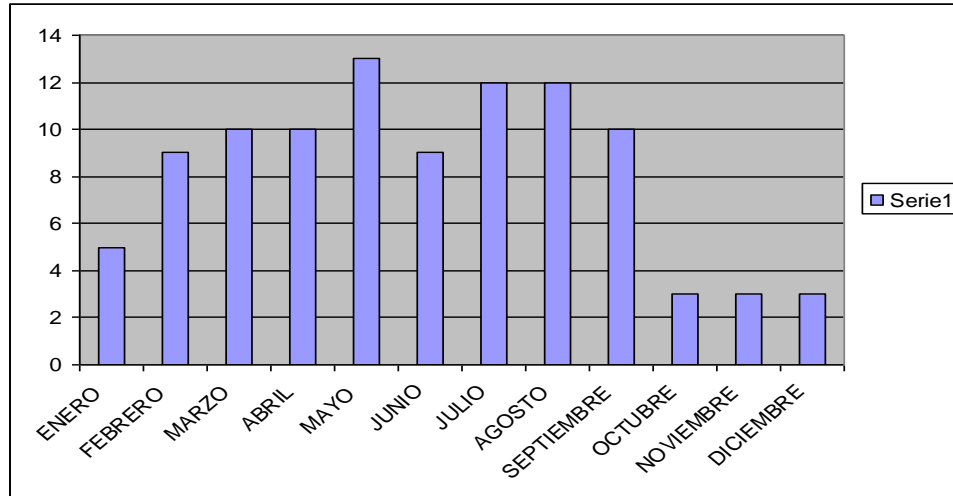
**Anulaciones:** con el fin de llevar el control, registro oportuno y pertinente de la información, se implementó un correo de anulaciones donde se registra la información de los causales. Para la autorización y ejecución de la anulación se designa el líder de facturación. Se presenta el informe total con corte Diciembre 2017.

SEDE	TOTAL	
	CANT	TOTAL
BOGOTA	1.803	4.475.307.815
ZIPAQUIRA	3.704	1.004.233.491
<b>TOTAL</b>	<b>5.507</b>	<b>5.479.541.306</b>

**DETALLADO POR MESES - AREAS - TOTAL ANULADO**

AREA	TOTAL	
	CANT	TOTAL
ASISTENCIAL	359	359.900.640
CALL CENTER	19	700.600
FACTURACION	2.818	3.673.691.386
FARMACIA	180	564.799.148
MERCADEO	327	187.511.666
OBJECIONES	29	7.457.001
OSTEOSÍNTESIS	25	267.875.547
PACIENTE	1.695	338.520.064
RADIOLOGIA	25	33.669.404
SISTEMAS	26	26.966.329
TRABAJO SOCIAL	4	18.449.521
<b>TOTAL</b>	<b>5.507</b>	<b>5.479.541.306</b>

Para el cuarto trimestre se realiza el análisis sobre una muestra de 16.634 pacientes que solicitaron de los servicios de consulta externa: consulta especializada, laboratorio, radiología, cirugía programada, de lo anterior se obtiene el siguiente gráfico:



El promedio de atención para el cuarto trimestre se presenta entre los rangos de 3 minutos a 3.5 minutos, esto demuestra una baja en el tiempo de atención, lo cual indica que se está cumpliendo con los tiempos que se tiene pronosticado para la atención en estos servicios, el cual es de 15 minutos o menos.

#### Facturación Bogotá

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2015		2016		2017	
	TOTAL 2015	% part	TOTAL 2016	% part	TOTAL 2017	% Part
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	571.773.030	1%	669.337.604	0,6%	662.554.042	1%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	2.970.707.519	3%	2.224.557.574	2,1%	4.240.454.545	4%
SERVICIOS AMBULATORIOS - C.ESPECIALIZADA (4)	7.741.665.165	8%	8.059.189.779	7,4%	7.500.877.020	7%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	12.281.145.773	12%	14.761.782.551	13,6%	14.672.708.752	13%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	3.270.738.075	3%	3.620.270.866	3,3%	4.393.651.791	4%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.838.478.750	2%	1.995.178.190	1,8%	2.177.211.439	2%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	3.502.655.900	3%	3.279.863.794	3,0%	3.958.902.597	3%
QUIROFANOS	13.349.864.009	13%	13.852.991.367	12,8%	13.336.298.600	12%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	8.702.874.710	9%	8.550.481.018	7,9%	8.474.397.670	7%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	8.046.654.862	8%	10.301.279.251	9,5%	11.655.510.284	10%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	601.621.207	1%	707.430.062	0,7%	772.516.280	1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	5.090.974.193	5%	4.908.050.446	4,5%	4.987.289.204	4%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.729.620.415	2%	1.945.226.278	1,8%	2.161.600.752	2%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE		2%		2,3%		2%

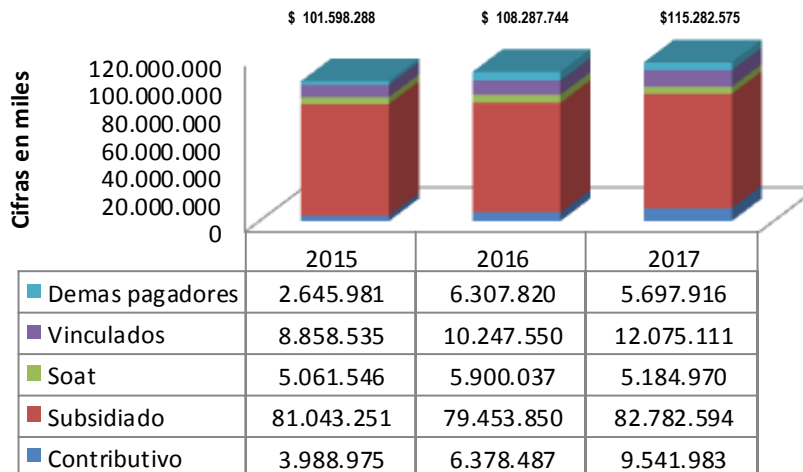
**INFORME DE GESTIÓN**

SANGRE (18)	1.833.202.965		2.444.448.314		2.563.531.828	
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	204.011.790	0%	273.121.307	0,3%	366.415.742	0%
<b>A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)</b>	<b>27.811.395.431</b>	<b>27%</b>	<b>27.823.916.341</b>	<b>25,7%</b>	<b>31.506.181.548</b>	<b>27%</b>
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	130.556.104	0%	177.108.702	0,2%	213.419.266	0%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	33.089.900	0%	4.128.400	0,0%	997.800	0%
<b>SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)</b>	<b>948.883.525</b>	<b>1%</b>	<b>1.478.403.399</b>	<b>1,4%</b>	<b>1.422.514.721</b>	<b>1%</b>
<b>SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD- OTROS SERVI (23)</b>	<b>197.153.907</b>	<b>0%</b>	<b>436.031.847</b>	<b>0,4%</b>	<b>35.776.453</b>	<b>0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>101.598.288.378</b>	<b>100%</b>	<b>108.287.744.144</b>	<b>100,0%</b>	<b>115.282.575.474</b>	<b>100%</b>

Para la sede de Bogotá en la vigencia 2017 durante el cuarto trimestre se evidencia un aumento del 6% con respecto al año anterior el cual está representado en \$ 6.994 millones, de esto se evidencia un aumento en centros de costo como: Apoyo Diagnostico e imagenología \$ 1354 millones, Urgencias Observación \$ 2.015 millones, Farmacia e insumos \$ 3.682 millones. Los servicios que tendieron a la baja Quirófanos \$ - 516 millones, Docentes \$ -55 millones

Las ventas totales BOGOTÁ para el vigencia 2017 fueron \$ 115.282.575.474 millones, y el promedio mensual quedo en \$ 9.606 millones.

**Valor Facturado Bogotá 2015 - 2016 - 2017**



Al realizar un análisis por régimen se evidencia que en el régimen contributivo se presentó un aumento en las ventas por \$ 3.163 millones, en este régimen la EPS más representativa es Famisanar EPS con la que se tiene contrato, seguida de Convida, Medimas y Nueva EPS, dentro de otras contributivas encontramos EPS como Capresoca, Cafesalud, Convida, Comparta, Salud Total, para esta vigencia aparecen algunas EPS del régimen subsidiado debido a la movilidad del decreto 3047 de 2013.

En el régimen subsidiado la facturación tiende a disminuir, ya que el valor aumenta en \$ 3.328, con respecto al periodo anterior disminuye Ecoopsos \$-684 millones, Salud Vida \$ - 269 millones, además de la EPS liquidada Caprecom.

En el régimen subsidiado las EPS que representaron aumento en las ventas fueron Comparta EPS con la cual se evidencia un aumento de \$ 2.106 millones con respecto a la vigencia anterior, la EPS Convida, principal cliente el cual tiene el 48% de la participación sobre el total de las ventas, presento un aumento en \$ 5.264 millones.

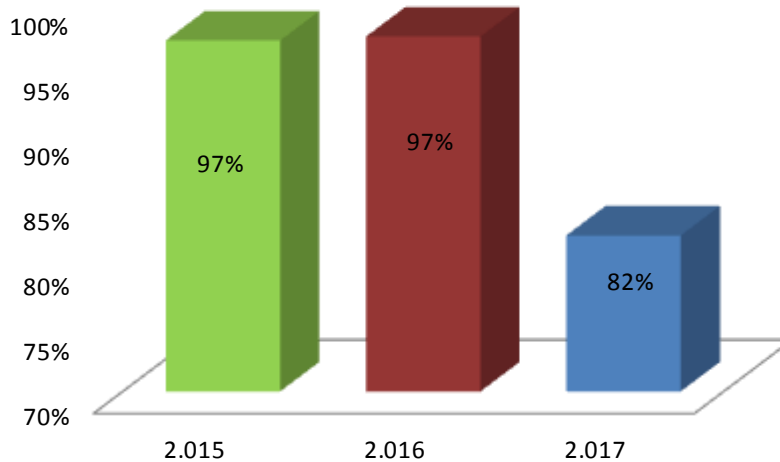
En el régimen subsidiado para Bogotá las EPS que mayor Facturación generaron fueron Comparta, Capital Salud, Capresoca, Mallamas.

Para vinculados se presenta un aumento significativo con respecto a la vigencia anterior, secretaria de Cundinamarca aumento en \$ 1.305 millones, otros entes territoriales \$ 522 millones esto debido a que la población no está siendo asegurada o por servicios correspondientes a No POS. Igualmente se evidencia una disminución para las aseguradoras SOAT y Eventos Catastróficos, para lo cual disminuye en \$-715 millones.

Para los demás pagadores, se evidencia mayor participación de Fiduciaria la Previsora, Positiva Seguros, Sociedad Clínica Emcosalud, Axa Colpatría Seguros.

**Radicación**

**Porcentaje Radicado Bogotá  
2015 - 2016 - 2017**



Basado en lo anterior, se evidencia una baja en la radicación con respecto al año anterior, esta se presenta debido a situaciones particulares con algunas ESP como:

Convida EPS, empresa con la que se pactó que la facturación generada del último trimestre del 2017, se radicara mes de Enero 2018, por lo cual la facturación se acumuló para el mes de enero se radica un total de \$ 12.182.065.962.

Se recibe visita del consorcio Adres, donde informan que la radicación de la facturación requiere auditoria, toda vez que el indicador de glosa esta elevado, por lo cual se contrata persona quien se encarga de realizar la auditoria, se carece a su vez de personal que conozca de la validación de archivos FURIPS, por lo cual se realiza capacitación y establecimiento del método para radicar las cuentas ante el consorcio.



Ecoopsos, EPS que se ha reusado a recibir la facturación desde el mes de Julio hasta la fecha, debido a problemas internos de la empresa relacionados con la actualización del software, luego se evidencia en la radicación diferencia de conceptos, ya que en el área de radicación de la EPS solicitan las cuentas de cobro con las autorizaciones, sin embargo, por parte de la EPS del área de autorizaciones, no emiten ningún tipo de autorización, no responden bajo los medios de comunicación establecidos por ley, por consiguiente ya se completan 6 meses sin radicación a esta EPS.

La EPS Comparta, con la radicación de las tecnologías No POS, al momento de presentar las cuentas ante la EPS, esta las recibe, pero se niega a entregar comprobante de recibido, días después, realiza la devolución de las cuentas, por lo cual no se obtiene el radicado de la EPS.

La EPS Capresoca, envió comunicado donde informaba el cambio de sitio de radicación, lugar donde su domicilio queda en Bogotá, sin embargo al momento de intentar radicar las cuentas se niegan a recibir, informando que no han sido notificados del cambio.

La EPS Confundí, presenta una situación similar a Ecoopsos, para el área hospitalaria no están generando autorizaciones hospitalarias, situación que al momento de radicar no lo permiten, argumentando que se debe hablar con el área de autorizaciones de la EPS, lo cual genera retrasos en la radicación.

**Facturacion Zipaquirá**

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2015		2016		2017	
	TOTAL 2015	% part	TOTAL 2016	% part	TOTAL 2017	% Part
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	2.617.693.277	10,0%	1.945.734.874	6,3%	2.033.909.769	6,0%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	1.310.343.360	5,0%	1.285.888.353	4,2%	1.011.678.956	3,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	1.129.165.818	4,3%	1.558.626.979	5,1%	1.307.597.314	3,8%
SERVICIOS AMBULATORIOS - C.ESPECIALIZADA (4)	2.672.966.105	10,2%	3.338.457.443	10,9%	4.626.889.518	13,6%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	534.906.900	2,0%	591.297.601	1,9%	556.132.576	1,6%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	3.138.620.355	12,0%	3.500.141.797	11,4%	3.923.067.588	11,5%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	220.178.395	0,8%	299.117.895	1,0%	358.553.567	1,1%
QUIROFANOS	4.397.369.649	16,8%	5.171.143.929	16,8%	5.314.782.854	15,6%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	3.010.594.728	11,5%	3.829.364.125	12,5%	4.885.327.100	14,3%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	1.751.356.490	6,7%	2.080.462.720	6,8%	2.511.303.000	7,4%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	212.434.402	0,8%	323.090.030	1,1%	313.893.940	0,9%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	972.853.710	3,7%	1.807.386.246	5,9%	1.995.841.668	5,8%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	393.442.250	1,5%	419.701.732	1,4%	492.807.139	1,4%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	162.024.788	0,6%	237.859.142	0,8%	254.555.978	0,7%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	3.589.763	0,0%	130.851	0,0%	1.317.520	0,0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS		8,1%		6,1%		4,6%

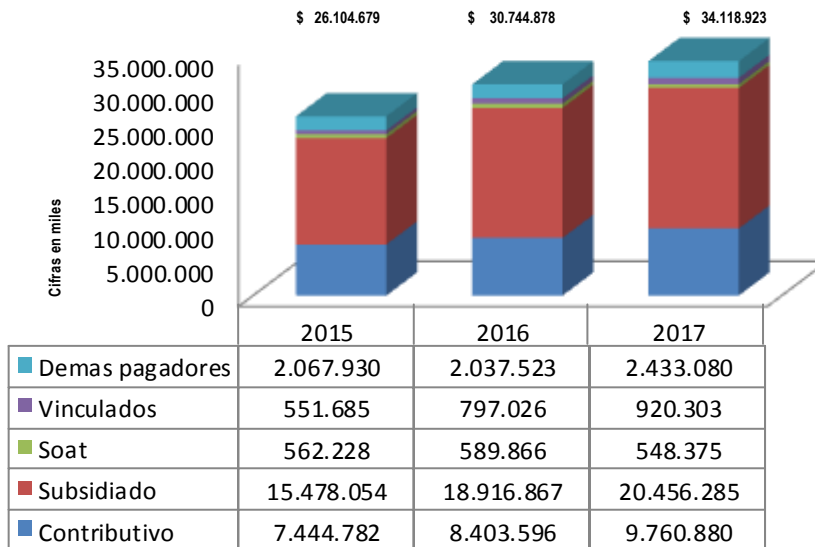
**INFORME DE GESTIÓN**

<b>HOSP (20)</b>	<b>2.104.882.024</b>		<b>1.888.312.419</b>		<b>1.585.155.890</b>	
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	40.521.562	0,2%	31.576.747	0,1%	72.071.838	0,2%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENCIÓN (6)	674.066.486	2,6%	1.219.496.086	4,0%	1.578.571.374	4,6%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	233.181.153	0,9%	600.445.131	2,0%	389.811.411	1,1%
SERVICIOS C. A LA SALUD-SERV.AMBULANCIA (22)	254.291.620	1,0%	285.581.300	0,9%	299.735.100	0,9%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S.DOCENTES (25)	-	0,0%		0,0%	193.426.878	-0,6%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	270.195.977	1,0%	274.802.265	0,9%	801.980.883	2,4%
<b>TOTAL</b>	<b>26.104.678.811</b>	<b>100,0%</b>	<b>30.744.878.360</b>	<b>100,0%</b>	<b>34.118.923.064</b>	<b>100,0%</b>

En la sede de Zipaquirá se evidencia un aumento de la facturación con respecto a la vigencia del año anterior en un 11% el cual está representado en \$ 3.374 millones, los cuales al momento de evidenciar por centros de costo se encuentra que hubo servicios que son significativos en este aumento de ventas, para el caso, se puede observar que en el servicio ambulatorio de consulta especializada se dió un aumento de \$ 1.288 millones, los servicios de P y P registran un aumento de \$ 359 millones, de los cuales se deriva la contratación con la EPS Convida, con la que se contrató un valor superior por la UPC en esta vigencia.

Las ventas en la sede de Zipaquirá para el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2017 se cierran en \$ 34.118 millones, dando un promedio de ventas de \$2.843 millones, en el último mes de ventas se facturó un total de \$ 2.747 millones, este aumento se presentó debido a la capacidad instalada consistente en horas de recurso humano de especialistas de: Cardiología, Neurología en consulta externa y procedimientos, Dermatología en Procedimiento, Ortopedia, Pediatría, Medicina interna, Oftalmología, Gastroenterología en procedimientos, Cirugía Vascul ar en procedimientos, adicionalmente se inició el programa Madre canguro del cual se factura un valor de \$ 2.100.000.

**Valor Facturado Zipaquirá 2015 - 2016 - 2017**



Al hacer un análisis por régimen se evidencia las siguientes situaciones:

- En el régimen contributivo la mayor participación se da en la EPS Famisanar con un total de facturación equivalente a \$ 3.231 millones, entre Nueva EPS, Coomeva y demás contributivas el aumento total se da en un 16%, para un total de facturación en este régimen equivalente a \$ 1.357 millones más que en la vigencia anterior.
- En el régimen subsidiado, La EPS con mayor representación es convida evento ya que tiene una participación del 45.2 % sobre el total de las ventas, igualmente se presenta en otras EPS subsidiadas como Medimas, Comparta.
- En los vinculados se da un aumento de \$ 118 millones en la Secretaria de Salud de Cundinamarca, en los demás pagadores como IPS privadas, ARL y demás, las ventas dan un aumento de \$ 482 millones. Para el caso de aseguradoras SOAT y Fosyga – ECAT, se evidencia una disminución en las ventas de -15% con respecto al año anterior.

### Radicación

Con respecto a la radicación oportuna, el indicador se extrae de la sumatoria entre lo radicado de la facturación de Enero a Noviembre, sobre las ventas de estos mismos meses, ya que el mes de Diciembre se radica en el mes de Enero 2018 y por consiguiente no hace parte de la gestión del cuarto trimestre

### Facturacion Consolidado.

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2015		2016		2017	
	TOTAL 2015	% part	TOTAL 2016	% part	TOTAL 2017	% part
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	3.189.466.307	2,5%	2.615.072.478	1,9%	2.696.463.810	1,8%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	4.281.050.879	3,4%	3.510.445.927	2,5%	5.252.133.501	3,5%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	1.141.419.018	0,9%	1.558.626.979	1,1%	1.487.281.957	1,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS -	10.414.631.270	8,2%	11.397.647.222	8,2%	12.127.766.538	8,1%

<b>C.ESPECIALIZADA (4)</b>						
<b>SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)</b>	534.906.900	0,4%	591.297.601	0,4%	556.132.576	0,4%
<b>HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)</b>	15.419.766.128	12,1%	18.261.924.348	13,1%	18.595.776.340	12,4%
<b>HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)</b>	3.270.738.075	2,6%	3.620.270.866	2,6%	4.393.651.791	2,9%
<b>HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)</b>	1.838.478.750	1,4%	1.995.178.190	1,4%	2.177.211.439	1,5%
<b>HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)</b>	3.722.834.295	2,9%	3.578.981.689	2,6%	4.317.456.163	2,9%
<b>QUIROFANOS</b>	17.747.233.658	13,9%	19.024.135.296	13,7%	18.651.081.454	12,5%
<b>APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)</b>	11.713.469.437	9,2%	12.379.845.143	8,9%	13.359.724.770	8,9%
<b>APOYO DIAGNOSTICO - IMAGENOLOGIA (14)</b>	9.798.011.352	7,7%	12.381.741.971	8,9%	14.166.813.283	9,5%
<b>APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)</b>	814.055.609	0,6%	1.030.520.092	0,7%	1.086.410.220	0,7%
<b>APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)</b>	6.063.827.903	4,7%	6.715.436.692	4,8%	6.983.130.872	4,7%
<b>APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)</b>	2.123.062.664	1,7%	2.364.928.010	1,7%	2.654.407.891	1,8%
<b>APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)</b>	1.995.227.753	1,6%	2.682.307.456	1,9%	2.818.087.806	1,9%
<b>APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)</b>	207.601.553	0,2%	273.252.158	0,2%	365.098.221	0,2%
<b>A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)</b>	29.916.277.455	23,4%	29.712.228.760	21,4%	33.091.337.438	22,1%
<b>APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)</b>	171.077.666	0,1%	208.685.449	0,2%	285.491.104	0,2%
<b>SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)</b>	674.066.486	0,5%	1.219.496.086	0,9%	1.578.651.874	1,1%
<b>SERVICIOS C. A LA SALUD-SERV.AMBULANCIA (22)</b>	287.381.520	0,2%	289.709.700	0,2%	300.732.900	0,2%
<b>SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)</b>	233.181.153	0,2%	600.445.131	0,4%	389.811.411	0,3%
<b>SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)</b>	948.883.525	0,7%	1.478.403.399	1,1%	1.229.087.843	0,8%
<b>SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)</b>	467.349.884	0,4%	710.834.112	0,5%	837.757.336	0,6%
<b>TOTAL (cuenta 43)</b>	<b>126.973.999.241</b>	<b>99,4%</b>	<b>138.201.414.755</b>	<b>99,4%</b>	<b>149.401.498.538</b>	<b>100,0%</b>

Para la vigencia 2017 el total de las ventas en el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2017 es de \$ 149.401 millones, los principales servicios que registran participación son Farmacia e insumos con \$ 33.091 millones, Estancia General \$ 15.143 millones, Apoyo Diagnostico Imagenología \$ 14.166 millones, Laboratorio \$ 13.359 millones.

El promedio de ventas para el 2017 está en \$ 12.450 millones mensuales, siendo las ventas del último mes, en este caso Diciembre \$ 12.475 millones. El aumento en las ventas con respecto a la vigencia anterior se da en \$ 11.200 millones, lo que equivale a un 8% más que la vigencia 2016.

**Valor facturado (Consolidado) 2015 - 2016 - 2017**

\$ 126.973.999

\$ 138.201.415

\$149.401.499

Al realizar la validación por régimen se mantiene que el principal pagador del contributivo es Famisanar EPS que a la fecha ha facturado \$ 6.033 millones, de otras contributivas como compensar, Nueva EPS, Cafesalud, Convida, se facturaron un total de \$ 9.436 millones.

Para el régimen subsidiado se evidencia que la EPS con mayor participación es Convida con un 48,1 % sobre el total de las ventas, seguido de Comparta 4,9% y otras del subsidiado con 11.4%. En el capitado se facturan un total de \$ 4.134 millones, los cuales no están en su totalidad certificados, ya que la población certificada esta inferior a la facturada.

En el régimen vinculado, se evidencia un aumento de \$ 1.424 millones con respecto a la vigencia anterior, se evidencia una disminución de \$ -235 millones en el pagador Adres - ECAT

### **Radicación consolidado**

Para la vigencia 2017, con corte Diciembre se factura un total de \$ 149.401.498.538, según normatividad NIIF, valor del cual se puede radicar un total de \$ 136.926.024.645 el valor total radicado es \$ 113.823.602.172 lo que da un porcentaje de 83,1 % radicado.

Se hace la aclaración que para la radicación ante las EPS, solo se permite realizar sobre la facturación con egreso y factura, donde el valor total facturado con corte a Diciembre 2017 es de \$ 146.412.894.622, de este valor se puede radicar el valor facturado con corte a Noviembre ya que Diciembre se radica en enero 2018, el valor con corte a Noviembre 2017 es de \$ 132.466.001.012, de este valor se ha radicado un total de \$ 113.823.602.172, lo que presenta un porcentaje de cumplimiento de 86%.

### **Objeciones y glosas**

El presente informe tiene como fin presentar las acciones realizadas por el área de Gestión de Objeciones con relación a la recepción, contestación, aceptación y conciliación de las glosas y devoluciones interpuestas por las diferentes ERP a las que se les prestan servicios de salud de los regímenes Subsidiado, Contributivo, Soat y demás pagadores del SGSSS a corte Diciembre de las vigencias 2015-2016 y 2017.

Desde la vigencia 2016 en el área de gestión de Objeciones se implementó el manejo de indicadores tendientes a tener detallada la gestión de cada uno de los funcionarios del área, la glosa reportada por cada una de las entidades y los motivos según la resolución 3047/08 lo cual permite lograr de manera más fácil y eficiente las metas propuestas tanto del PAS, PUMP y de los diversos controles de gestión financiera trabajando de forma articulada con cada una de las áreas involucradas en el proceso para de esta manera lograr la retroalimentación correspondiente que permita lograr facturación de alta calidad y prestación de servicios con una adecuada relación costo-efectividad, así mismo como un recaudo de cartera que permita la auto sostenibilidad financiera el cual se convierte en el eje principal para la dirección financiera.

Algunos de los controles implementados son:

-Control de la aceptación de la glosa, lo que permitió mantener valores similares de aceptación de glosa con respecto al año anterior teniendo en cuenta que en la vigencia 2017 con respecto al 2016 se realizaron un mayor número de conciliaciones médico-administrativas con cada una de las entidades a las cuales se les prestan servicios de salud, a cierre de 2017 el indicador propuesto del 5% de aceptación se cerró con 99% de cumplimiento.

-Control de los motivos de glosa por unidad funcional y por cada uno de los motivos mencionados en la resolución 3047/2008 (informe detallado Bogotá- Zipaquirá), dichos motivos se socializan a las áreas correspondientes para de esta manera establecer los planes de acción que permitan la disminución de las Glosas y Devoluciones por parte de las EAPB'S.

-Control de productividad de los funcionarios del área lo que permitió evidenciar puntos críticos y establecimiento de planes de mejora tendientes a lograr la mayor efectividad y eficiencia en el proceso, a partir del mes de Noviembre se estableció un formato estándar para la medición de la productividad teniendo en cuenta las funciones específicas establecidas según el tipo de cargo de los funcionarios.

Sumado a lo anterior se realizó la actualización correspondiente al procedimiento de recepción, contestación y cobro jurídico de Glosas y Devoluciones lo que garantiza que los documentos publicados en la Intranet de la institución están acorde al proceso actual.

En el presente informe se muestra un comparativo de las glosas Radicadas, Aceptadas y en trámite de los años 2015-2016-2017 lo que permite evaluar de manera clara la evolución del proceso y la efectividad de los controles implementados adicional al tener detallado de manera clara cada uno de los etapas en las que se encuentra la factura bien sea Glosa Inicial, Ratificación o Cobro jurídico, lo que conlleva a una trazabilidad acorde al nivel de la institución.

**INDICADORES AREA GESTION DE OBJECIONES**

**COMPARATIVO VALOR ACEPTADO GLOSAS:**

<b>VIGENCIA</b>	<b>VALOR ACEPTADO-CONSOLIDADO</b>
AÑO 2013	5.406.623.116
AÑO 2014	6.984.051.440
AÑO 2015	6.096.395.871
AÑO 2016	4.784.947.624
AÑO 2017	5.681.254.626

---

Se evidencia que el comportamiento de la aceptación de la glosa tiende a la disminución aun cuando el número de conciliaciones aumenta con las diferentes entidades, lo anterior se debe a los controles y seguimientos implementados en el proceso de gestión de Objeciones.

**COMPARATIVO VALOR TRAMITADO GLOSAS:**

<i>VIGENCIA</i>	<i>VALOR TRAMITADO-CONSOLIDADO</i>
<i>AÑO 2013</i>	<i>22.700.814.616</i>
<i>AÑO 2014</i>	<i>20.208.684.858</i>
<i>AÑO 2015</i>	<i>28.364.084.243</i>
<i>AÑO 2016</i>	<i>35.047.324.827</i>
<i>AÑO 2017</i>	<i>71.188.624.889</i>



El valor tramitado muestra una tendencia al alza por los planes de contestación implementados con el proceso de glosas y devoluciones así como el seguimiento a estos, adicionalmente el registro de las conciliaciones realizadas lo que permite llevar la trazabilidad completa en DGH (proceso que se implementó gracias a las subcuentas contables de Ratificación-Cobro Jurídico y Conciliaciones).

#### Objeciones y Glosas Bogotá

VALOR GLOSA RADICADA	2.015	2.016	2.017 (IV Trimestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	2.413.269.014	1.855.022.753	1.918.539.612	63.516.859	3%
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	11.616.327.510	9.717.851.616	18.275.908.055	8.558.056.439	88%
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	9.005.479.809	16.295.433.151	34.482.088.453	18.186.655.302	112%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>23.035.076.333</b>	<b>27.868.307.520</b>	<b>59.611.529.713</b>	<b>31.743.222.193</b>	<b>114%</b>

**Detalle por concepto:**

	2016	2017
<b>Valor Glosa Ratificada:</b>	1.692.153.306	1.381.019.949
<b>Valor Glosa Cobro Jurídico:</b>	3.841.674.513	324.288.828
<b>Conciliaciones:</b>	7.732.259.850	21.323.959.033
<b>GLOSA INICIAL:</b>	14.602.219.851	36.582.261.913
<b>TOTAL</b>	<b>27.868.307.520</b>	<b>59.611.529.723</b>



El valor de glosa radicada en la sede de Bogotá presentó un aumento del 3% en el **régimen contributivo** por entidades como Nueva Eps y Famisanar las cuales radicaron mayor cantidad de glosa que el mismo periodo del año anterior, específicamente \$134 y \$24 millones adicionales de cada una de las empresas, cabe recordar que con estas entidades se presentó un aumento de ventas en 62 y 114% respectivamente lo que a su vez puede generar una mayor cantidad de glosas.

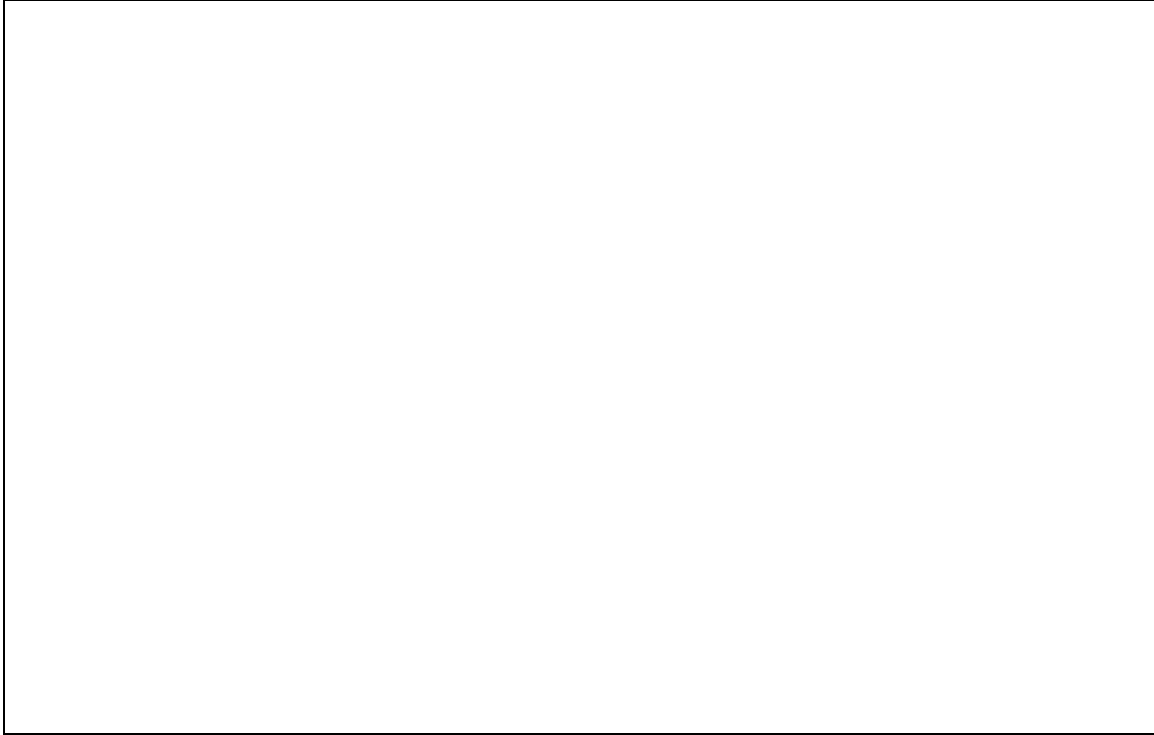
En el **régimen subsidiado** el aumento del mismo en la glosa reportada se da en su mayoría por la entidad Convida ya que debido al cambio de outsourcing auditor se presentaba un atraso de la auditoria de los meses de Marzo a Diciembre del 2016 la cual se reportó al HUS en los meses de Enero, Febrero, Marzo y abril, en el 3 trimestre del año la entidad convida reporto \$571 millones de glosa de la cual ya se realizó la correspondiente labor de conciliación , los meses de Agosto y Septiembre no se reportó glosa por parte de la Eps, en los meses de octubre y noviembre se realizó notificación de glosa por \$1.750 millones correspondientes a la facturación del mes de Septiembre, dichas cuentas al cerrar el 2017 ya se encontraban en proceso de conciliación, a corte Diciembre la entidad notificó \$214 millones los cuales se tramitarían de forma normal según el procedimiento del área.

En los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre el valor de glosa de dicho régimen también presenta un aumento por la notificación realizada por Capital Salud, Comparta, y Capresoca, con dichas entidades se han realizado los correspondientes tramites de contestación y solicitud de conciliación de cuentas medicas aclarando que con la entidad Comparta es difícil el tema por la posición de la entidad de no reconocer los valores previamente conciliados y la cantidad de cuentas que devuelven en la radicación inicial por temas de Rips.

En cuanto a los demás pagadores el valor reportado aumentó teniendo en cuenta que el ingreso de las facturas correspondientes a las subcuentas contables de Ratificación, cobro Jurídico y Conciliaciones se realiza en el ítem de los demás pagadores, adicionalmente a lo anterior el cuadro detalle no refleja el valor de glosa reportada por la SSC el cual asciende a \$ 4.934.993.593 comparado con el mismo periodo del año anterior, periodo en el cual no se reportó glosa por dicha entidad, en el ítem de los demás pagadores también se registró la glosa por parte de Fosyga/Adres lo anterior para tener el control total de la glosa de dicho pagador para de esta forma establecer adecuadamente los planes de trabajo a seguir con dicha entidad.

Para esta vigencia se implementa en el informe de glosas las siguientes variables: Ratificación de objeciones, Conciliaciones y Trámite jurídico, lo que permite acceder a una información completa y detallada del historial de cada una de las objeciones.

<b>VALOR GLOSA ACEPTADA</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017 (IV Trimestre)</b>		
	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>inc/dis</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	248.600.447	212.982.585	152.721.662	-60.260.923	-28%
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	3.061.418.819	2.227.396.022	2.583.048.435	355.652.413	16%
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	645.255.413	417.573.012	1.274.716.848	857.143.836	205%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>3.955.274.679</b>	<b>2.857.951.619</b>	<b>4.010.486.945</b>	<b>1.152.535.326</b>	<b>40%</b>



En el régimen contributivo la glosa aceptada presenta disminución en un 28 % comparado con el periodo anterior, pasando de \$212 en el 2016 a \$152 millones en el 2017, en primera instancia por la conciliación realizada con Nueva Eps, de la cual el valor aceptado se debió a cambio de línea de pago y por eso no se registra como glosa Definitiva sino cambio de pagador, adicionalmente aunque en el caso de Famisanar se presentó un aumento en la aceptación en el mes de Diciembre del presente año debido a las conciliaciones realizadas con dicha entidad las cuales fueron superiores comparado con el periodo del año anterior; el comportamiento del mercado Contributivo presenta una tendencia a la baja en cuanto a los valores de glosa aceptados debido a que se efectuaron menos conciliaciones en el año 2017 frente al periodo anterior por el sistema implantado por las EPS.

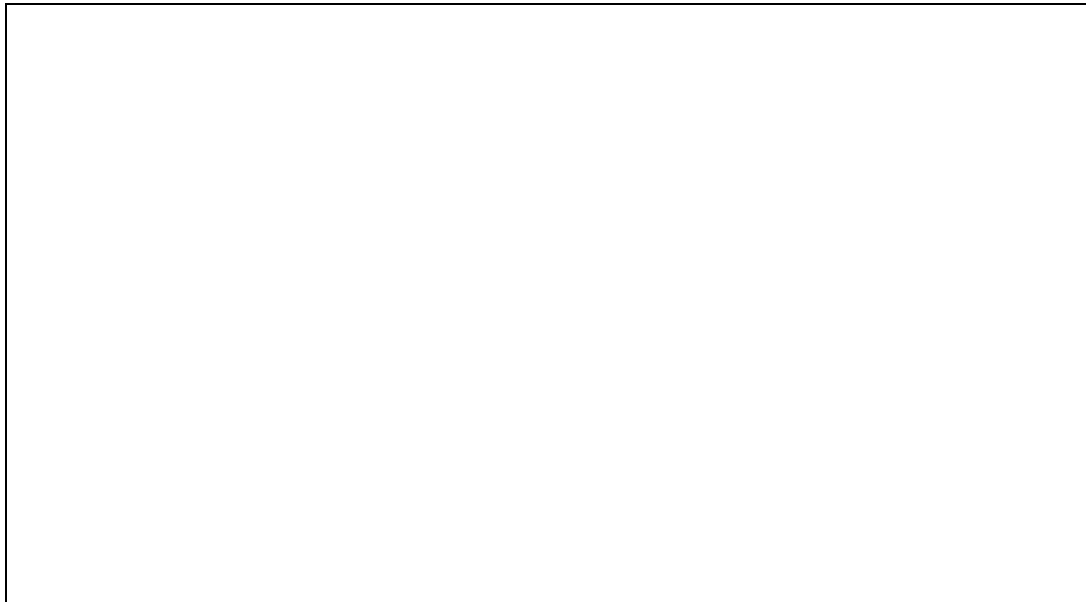
En el régimen subsidiado se presentó una mayor valor de glosa aceptada equivalente a un 16%, debido al aumento en las conciliaciones realizadas con firma Auditora (SAC CONSULTING) contabilizadas en el mes de agosto, a la vez se concilió con la Secretaria Distrital de Salud la suma de \$1.500 millones de los cuales se aceptaron \$453 millones, para cambio de línea de pago.

<b>GLOSA EN TRAMITE</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017(IV Trimestre)</b>		
	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>inc/dis</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	312.139.854	443.009.343	156.654.177	-286.355.166	-65%

<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	2.742.515.741	1.397.023.625	2.541.168.166	1.144.144.541	82%
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	3.767.395.342	9.756.534.537	14.876.338.730	5.119.804.193	52%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>6.822.050.937</b>	<b>11.596.567.505</b>	<b>17.574.161.073</b>	<b>5.977.593.568</b>	<b>52%</b>

**Detalle por concepto:**

	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Glosas Ratificadas:</b>	1.021.363.315	928.204.421
<b>Glosas Cobro Jurídico:</b>	6.368.167.571	6.245.289.613
<b>GLOSA INICIAL</b>	4.207.036.619	10.400.667.039
<b>TOTAL</b>	<b>11.596.567.505</b>	<b>17.574.161.073</b>



En cuanto al régimen contributivo el % de glosa en trámite disminuyó en 65% a corte del 31 de diciembre de 2017 comparado con el último trimestre de 2016 por entidades como Coomeva en las cuales el valor de glosa en trámite se redujo en casi 85% respectivamente debido a la depuración de dichas cuentas junto con el área de cartera y al seguimiento realizado ante la posibilidad de la salida del mercado de dicha entidad, en las demás entidades el valor de glosa en trámite disminuyó por el seguimiento realizado al trámite de glosas y devoluciones y al seguimiento a la productividad del personal de área.

En el régimen Subsidiado se presenta un aumento en la glosa en trámite por entidades como Ecoopsos y Convida las cuales aumentaron en \$134 y \$1.046 millones teniendo en cuenta en el caso de Ecoopsos la ratificación de objeciones y las pocas citas de conciliación dadas por esta entidad y en el caso de Convida

por la notificación de glosa realizada en el mes de noviembre la cual corresponde a cuentas que se conciliaran en el primer mes del año 2018.

En cuanto a los demás pagadores el valor en trámite aumenta en 6% con respecto al 2016 debido al registro de las cuentas del Fosyga/Adres en la cuenta control, lo anterior se realizó para tener el valor exacto de las cuentas que deben ser tramitadas y hacer el seguimiento a esta cartera la cual representa un valor importante de cobro para el HUS, así mismo teniendo en cuenta el valor pendiente de cuentas por conciliar con la SSC con las cuales se está realizando el trámite correspondiente para la conciliación antes del cierre del primer trimestre de 2018.

**Objeciones y Glosas Zipaquirá**

VALOR GLOSA RADICADA	2.015	2.016	2.017(IV Trimestre )		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	1.218.451.864	1.373.683.976	1.262.373.885	-111.310.091	-8%
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	1.196.826.729	619.961.815	2.460.858.764	1.840.896.949	297%
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	458.842.985	1.737.086.317	7.586.306.206	5.849.219.889	336%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>2.874.121.578</b>	<b>3.730.732.108</b>	<b>11.309.538.855</b>	<b>7.578.806.747</b>	<b>203%</b>

**Detalle por concepto:**

	2016	2017
<b>Valor Glosa Ratificada:</b>	152.816.304	175.995.473
<b>Valor Glosa Cobro Jurídico:</b>	237.687.505	88.229.651
<b>Conciliaciones:</b>	938.921.181	6.498.427.947
<b>GLOSA INICIAL</b>	2.401.307.118	4.546.885.784
<b>TOTAL</b>	<b>3.730.732.108</b>	<b>11.309.538.855</b>



Para el **régimen contributivo** se presentó una disminución de la glosa radicada con respecto al mismo periodo de año anterior en 8%, se debe a la disminución del reporte de la glosa notificada por parte de Nueva Eps, la glosa reportada por Famisanar aumentó en 45% pero no afecta el comportamiento general el cual tiende a la baja.

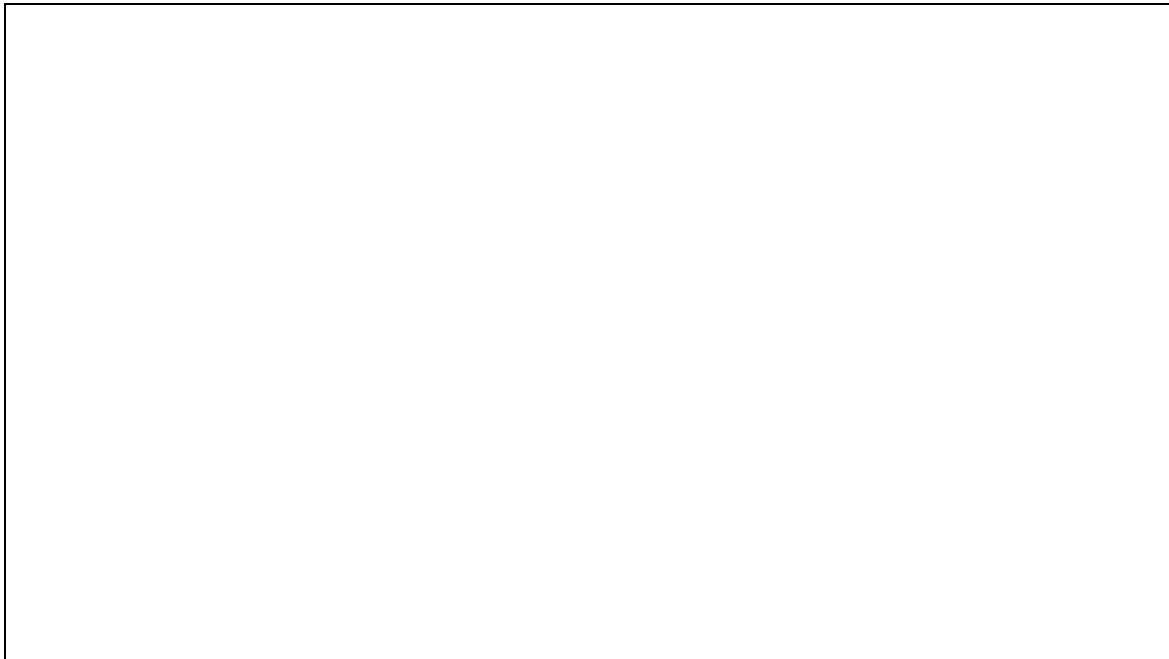
-En el **régimen subsidiado** se tiene un aumento en la notificación de la glosa al cierre de la vigencia 2017 en comparación con el 2016 por la entidad Convida la cual reportó \$2.148 millones en el 2017 comparado con los \$331 millones reportados en el 2016, lo anterior se debe al atraso que tenían en la auditoria de la glosa por cambio de firma auditora.

-El aumento en la glosa radicada de los demás pagadores se debe al registro de las conciliaciones realizadas en la Subcuenta correspondiente (se ingresaron \$6.498 millones correspondiente a conciliaciones lo que registra el significativo aumento comparado con el año anterior) ya que en el mismo periodo del año anterior se había realizado menor número de conciliaciones (en relación al monto) en comparación con las conciliaciones en la vigencia 2017, así mismo se registraron en el ítem de los demás pagadores la glosa reportada por la SSC que corresponde a \$410 millones.

-La glosa inicial en la unidad Funcional de Zipaquirá a corte Diciembre de 2017 presenta en general un aumento del 89% debido al aumento en la notificación del régimen subsidiado y a la notificación realizada por la SSC

VALOR GLOSA ACEPTADA	2.015	2.016	2.017(IV Trimestre )		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%

<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	186.846.556	112.773.551	500.779.654	388.006.103	344%
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	413.735.242	423.791.240	381.055.541	-42.735.699	-10%
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	56.457.183	96.027.132	109.629.122	13.601.990	14%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>657.038.981</b>	<b>632.591.923</b>	<b>991.464.317</b>	<b>358.872.394</b>	<b>57%</b>



El aumento en la glosa aceptada del **régimen contributivo** registra un % mayor que en el 2016 exactamente en 344% por conciliaciones con Nueva Eps ya que en el primer semestre de 2017 se concilió un valor mayor a comparación del mismo periodo del 2016 en el cual no se realizaron conciliaciones con dicha entidad, así mismo por la entidad Famisanar la cual a 31 de diciembre de 2017 presenta un aumento en la glosa aceptada por el aumento de las conciliaciones.

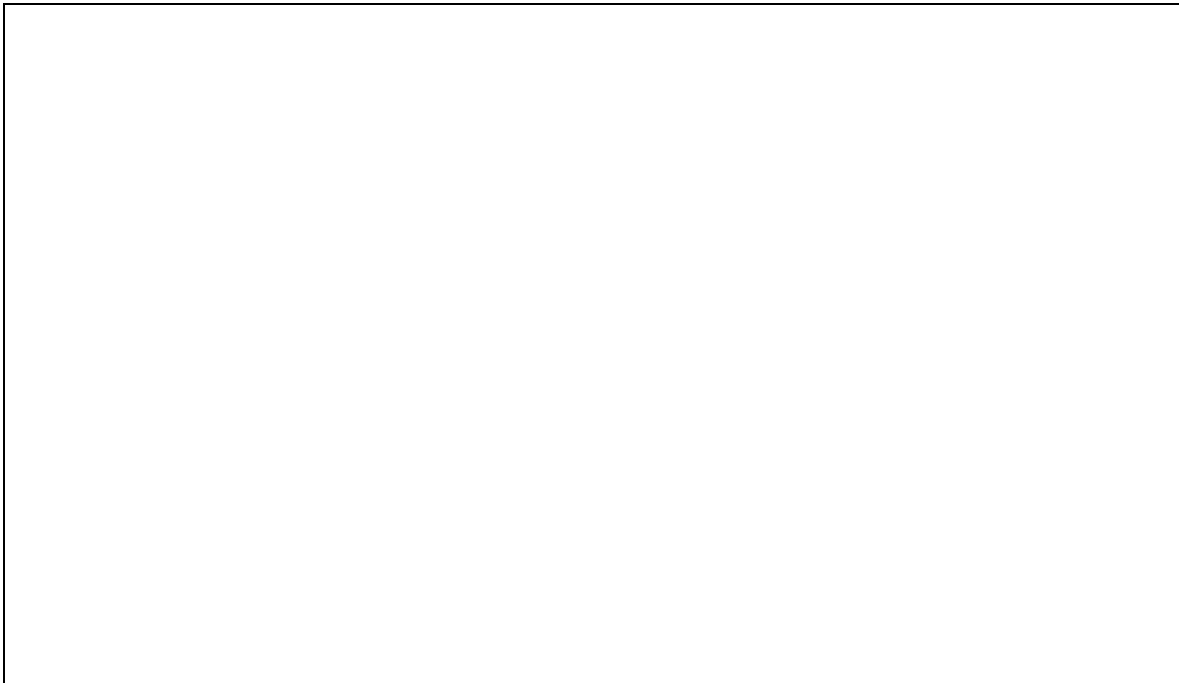
En el régimen subsidiado se presentó una disminución del 10% en el valor de glosa aceptada debido a que en el año 2016 se realizaron conciliaciones con la EPS Cafam la cual en el 2017 ya no existe en el mercado y por eso se registra un % de disminución con respecto a esta entidad, en el caso de Convida el valor de aceptación aumenta en 53% al pasar de \$229 a \$351 millones pero teniendo en cuenta el comportamiento de las demás entidades el régimen presenta una disminución en el valor aceptado.



En general se refleja un aumento en el valor aceptado del 57% con respecto al año anterior por el tema mencionado con Nueva Eps y Famisanar en el régimen contributivo y por parte de Convida en el régimen subsidiado

GLOSA EN TRAMITE	2.015	2.016	2.017(IV Trimestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	435.596.481	652.035.561	156.471.511	-495.564.050	-76%
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	97.893.779	124.937.947	244.787.802	119.849.855	96%
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	95.957.844	561.137.543	771.301.124	210.163.581	37%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>629.448.104</b>	<b>1.338.111.051</b>	<b>1.172.560.437</b>	<b>-165.550.614</b>	<b>-12%</b>

	2016	2017
<b>Glosas Ratificadas:</b>	108.268.672	160.700.363
<b>Glosas Cobro Jurídico:</b>	251.180.407	275.878.656
<b>GLOSA INICIAL</b>		
	978.661.972	735.981.418
<b>TOTAL</b>	<b>1.338.111.051</b>	<b>1.172.560.437</b>



El valor de glosa en trámite en el **régimen Contributivo** disminuyó en 76% en su mayoría representado por la entidad Nueva Eps con la cual se realizó el seguimiento a la unidad funcional de Zipaquirá para que esta apoyara de forma más ágil y eficiente con el tema de los soportes requeridos por la entidad lo que permitió aumentar el volumen de respuesta de glosas y Devoluciones por parte del HUS, de dicha entidad se pasó de tener \$556 millones en el 2016 a tener \$120 millones en el 2017.

-El valor de glosa en el **régimen subsidiado** presenta un aumento del 96% por la Eps Convida de la cual se pasó de tener \$ 159 mil pesos en trámite a tener \$176 millones en trámite por el tema del aumento de la glosa notificada de dicha entidad (las cuentas relacionadas se conciliaran en el mes de Enero de 2018)

-En cuanto a los demás pagadores el valor de glosa en trámite aumenta en 37% teniendo en cuenta la glosa que se tiene para conciliar con la SSC y las cuentas del Fosyga/Adres que se encuentran en contestación según lo establecido en el plan de contingencia indicado por la Subdirección del proceso.

-En general el valor de la glosa en trámite tiende a la baja con un 12% menor que el año anterior teniendo en cuenta los planes de acción y seguimientos realizados a la gestión de la Unidad Funcional de Zipaquirá

### Objeciones y Glosas Consolidado

VALOR GLOSA RADICADA	2.015	2.016	2.017 (IV Trimestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	3.631.720.878	3.228.706.729	3.180.913.497	-47.793.232	-1,5%

<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	12.813.154.239	10.337.813.431	20.736.766.819	10.398.953.388	100,6%
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	9.464.322.794	18.032.519.468	47.003.388.206	28.970.868.738	160,7%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>25.909.197.911</b>	<b>31.599.039.628</b>	<b>70.921.068.568</b>	<b>39.322.028.940</b>	<b>124,4%</b>

<b>GRAN TOTAL CON DATOS GDOT</b>	<b>33.728.093.288</b>	<b>41.667.563.112</b>	<b>77.247.482.006</b>	<b>35.579.918.894</b>	<b>85%</b>
----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------

**Detalle por concepto:**

<b>CONCEPTO</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>GLOSA INICIAL</b>	20.143.095.858	41.526.280.468
<b>COBRO JURIDICO</b>	5.930.801.679	694.203.275
<b>RATIFICACIONES</b>	2.761.778.327	1.922.614.475
<b>CONCILIACIONES</b>	12.831.887.248	33.104.383.788
<b>TOTAL</b>	<b>41.667.563.112</b>	<b>77.247.482.006</b>



El valor de glosa radicada en el régimen Contributivo presenta una disminución general de 1.5% con respecto al mismo periodo del año anterior en su mayoría por entidades como Nueva EPS por la disminución de la glosa reportada por dicha entidad, si bien entidades como Famisanar y Salud aumentaron el valor de glosa notificada el comportamiento del mercado Contributivo es de disminución de Glosa reportada.

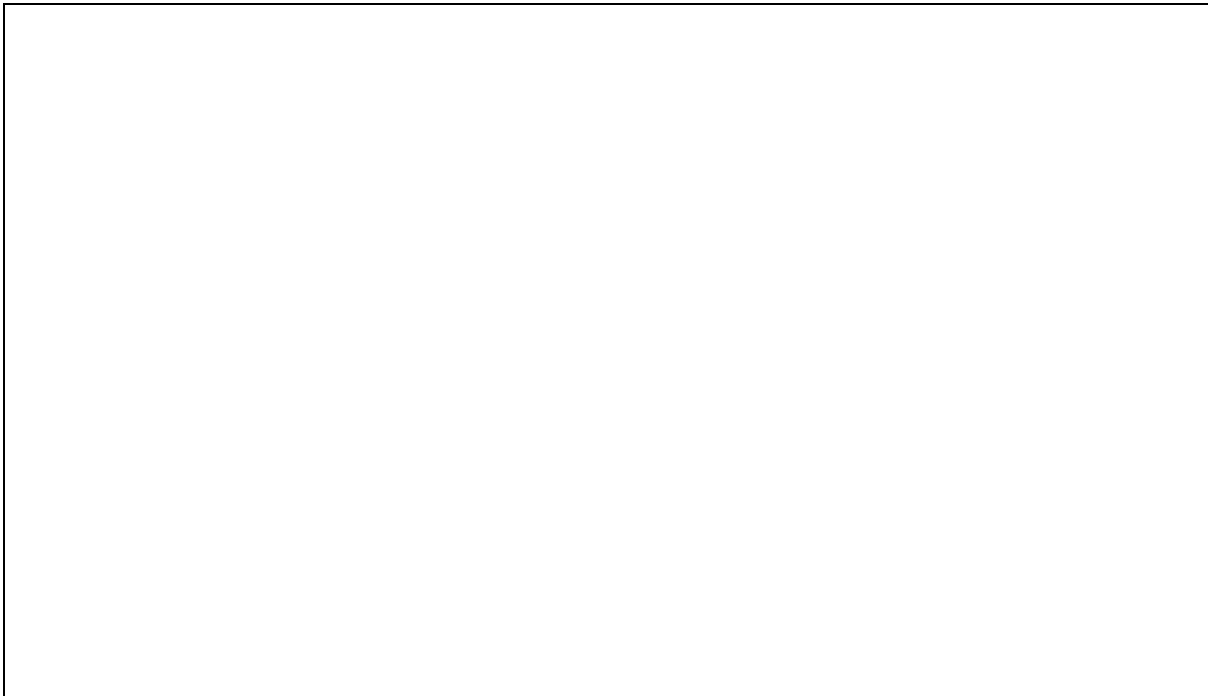
El valor de glosa radicada del régimen Subsidiado presenta aumento del 100% con respecto al año anterior por la entidad Convida, la cual notificó las facturas que no habían sido reportadas en el 2016 por cambio de firma auditora, con respecto a esta entidad en el cuarto trimestre de 2016 se reportaron \$4.691 millones de glosa en cambio en el 2017 en el mismo periodo se reportaron \$14.136 millones de glosa los cuales ya fueron conciliados en su mayoría.

En cuanto a los demás pagadores el valor presenta un aumento significativo por la inclusión de facturas en las subcuentas de Ratificación, Cobro Jurídico y Conciliaciones lo que permite un adecuado control del trámite realizado en cada una de las etapas del proceso de la contestación de las glosas y/o Devoluciones, el aumento también se presenta por el registro de las cuentas del Fosyga/Adres representadas en su mayoría por cuentas de la unidad funcional de Bogotá.

<b>VALOR GLOSA ACEPTADA</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017(IV trimestre)</b>		
	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>inc/dis</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	435.447.003	325.756.136	653.501.316	327.745.180	101%
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	3.475.154.061	2.651.187.262	2.964.103.976	312.916.714	12%

<b>DEMÁS PAGADORES</b>	701.712.413	513.600.144	1.384.345.970	870.745.826	170%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>4.612.313.660</b>	<b>3.490.543.542</b>	<b>5.001.951.262</b>	<b>1.511.407.720</b>	<b>43%</b>

<b>GRAN TOTAL CON DATOS GDOT</b>	<b>6.096.395.871</b>	<b>4.784.947.624</b>	<b>5.681.254.626</b>	<b>896.307.002</b>	<b>19%</b>
----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------------	------------



-En el régimen contributivo se presenta un aumento del valor aceptado con respecto al mismo periodo del año anterior por la realización de conciliaciones con Nueva Eps y Famisanar ya que por trámite del área se consiguió hacer un barrido de conciliaciones lo que no ocurrió el año pasado y permitió sacar por vía conciliatoria un monto de aproximadamente \$2.900 millones de la entidad Nueva Eps, se aclara que el valor en general presenta un aumento por parte de la unidad funcional de Zipaquirá en el cual se pasó de \$85 millones a \$156 millones correspondientes a la entidad Famisanar y debido al mayor número de conciliaciones en general de las diversas entidades con respecto al 2016.

-En el régimen subsidiado se presenta un aumento del 11.80% con respecto al mismo periodo del año anterior teniendo en cuenta las conciliaciones realizadas con Convida de las cuentas reportadas por parte de la firma auditora de la Eps, en este caso la aceptación tiene un % más alto en la unidad funcional de Bogotá que la unidad funcional de Zipaquirá teniendo en cuenta el valor facturado de cada una de las unidades

funcionales, adicionalmente la entidad Ecoopsos también paso de \$22 a \$106 millones de aceptación lo que representa el incremento general.

-En cuanto a los demás pagadores el valor de aceptación aumenta en la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016 por el número de conciliaciones realizadas en el 2017 comparado con el mismo periodo del 2016, aumenta también por la conciliación realizada con la Secretaria Distrital de Salud en la cual se aceptaron aproximadamente \$700 millones de los cuales aproximadamente \$453 millones van para cambio de línea de pago lo que no representa una pérdida monetaria para la institución.

El valor en general presenta un aumento del 43% comparado con el mismo periodo del 2016 por el comportamiento del mercado contributivo el cual corresponde en mayoría a la unidad funcional de Zipaquirá y el valor aceptado del régimen subsidiado el cual está representado en su mayoría por la unidad funcional de Bogotá.

GLOSA EN TRAMITE	2.015	2.016	2.017(IV Trimestre )		
	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>inc/dis</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	747.736.335	1.095.044.904	313.125.688	-781.919.216	-71,4%
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	2.840.409.520	1.521.961.572	2.785.955.968	1.263.994.396	83,1%
<b>DEMAS PAGADORES</b>	3.863.353.186	10.317.671.537	15.647.639.730	5.329.968.193	51,7%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>7.451.499.041</b>	<b>12.934.678.556</b>	<b>18.746.721.510</b>	<b>5.812.042.954</b>	<b>44,9%</b>

<b>GRAN TOTAL CON DATOS GDOT</b>	<b>9.100.110.107</b>	<b>15.720.346.663</b>	<b>21.779.203.780</b>	<b>6.058.857.117</b>	<b>39%</b>
----------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------	------------

CONCEPTO	2016	2017
<b>GLOSA INICIAL</b>	5.875.902.357	7.347.505.545
<b>COBRO JURIDICO</b>	8.343.935.836	8.316.130.324
<b>RATIFICACIONES</b>	1.500.508.470	6.115.567.911

<b>CONCILIACIONES</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>15.720.346.663</b>	<b>21.779.203.780</b>



-En cuanto al régimen contributivo se presenta una disminución de 71% en la glosa en trámite ya que por parte de la unidad funcional de Bogotá se pasó de \$443 millones de glosa en trámite a \$156 y por parte de la unidad funcional de Zipaquirá de paso de tener \$652 millones a tener \$156 millones en trámite representado en su mayoría por las entidades Nueva EPS y Famisanar, lo anterior debido al seguimiento realizado a cada una de las entidades de dicho régimen y a la depuración realizada en la cuenta de control 83.

-En cuanto al régimen subsidiado el aumento de la glosa en trámite en 83% se debió a las cuentas en trámite de la Eps Convida y Ecoopsos tanto de la unidad funcional de Bogotá como de la unidad funcional de Zipaquirá, lo anterior debido en el caso de Convida a las notificaciones tardías y en el caso de Ecoopsos a que no han dado las citas de conciliación correspondientes para depurar las cuentas ratificadas.

-El aumento de las glosas en trámite de los demás pagadores en 44% corresponde al registro de las cuentas de Fosyga/Adres representadas en su mayoría por parte de la Unidad funcional Bogotá.

**Notas:**

- Los datos de los informes están detallados con las unidades Funcionales de Bogotá y Zipaquirá, los datos de la unidad funcional de Girardot están totalizados en la parte consolidada del informe y nombrada de tal forma.

- En los ítems correspondientes a la glosa Radicada y a la glosa en Trámite se anexa cuadro detalle para establecer el tipo de cuentas que se están tramitando para que no exista confusión en cuanto a los valores notificados como glosa inicial.
- La entidad Convida realizó una notificación de cuentas en gran volumen en los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril teniendo en cuenta la salida de RGC en el mes de junio de 2016 y la entrada de Sac Consulting en el mes de Noviembre de 2016 la cual debió tomar las cuentas radicadas y realizarles la correspondiente auditoría a las mismas, estas cuentas notificadas ya fueron conciliadas médica y administrativamente en los meses de mayo y junio respectivamente, a corte Septiembre no se había recibido glosa por parte de la firma auditora de los servicios prestados en el 2017 por lo cual se realizó el oficio correspondiente mencionando dicha situación para evidenciar el trámite realizado por parte del HUS, en el mes de Noviembre se recibieron nuevamente archivos para conciliar (\$1.750 millones) los cuales se registrarán en los primeros días del mes de Enero de 2018.
- Las conciliaciones con la Secretaría de Salud de Cundinamarca fueron realizadas en su totalidad por lo que los valores correspondientes a los servicios 2016 ya se encuentran en trámite de cobro por parte del área de cartera del HUS, la SSC empezó así mismo con la notificación de glosa del mes de marzo de 2017 para de esta forma agilizar el proceso y evitar el reproceso que se tuvo con las cuentas del 2016, a corte Diciembre se realizó de igual manera el barrido de las cuentas pendientes del año 2015 correspondientes a Bogotá y Zipaquirá las cuales fueron conciliadas en su totalidad quedando solo pendientes las cuentas del año 2017 las cuales se revisarán apenas los auditores de SSC renueven contratos correspondientes.
- El valor registrado en los balances correspondiente a las conciliaciones del mes de Abril no es el correcto ya que por inconsistencias presentadas en el área de contabilidad se cargó un monto mayor al reportado por el área de Glosas \$3.600 millones (Lo anterior quedó soportado con correo enviado por el funcionario Ricardo Cadena), en los meses de Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre se realizó un seguimiento de las subcuentas contables lo que permitió que al cierre de Diciembre el valor registrado por contabilidad sea el valor correspondiente al trámite realizado por el área de Gestión de Objeciones
- A corte Diciembre se cuenta con el personal idóneo para el manejo de las cuentas reportadas por el Fosyga/Adres lo que permitirá el trámite correcto para el reconocimiento de dicha cartera, así mismo para la realización de auditoría al proceso de facturación lo que permitirá la disminución de la glosa reportada por dicha entidad, lo que permitió el cumplimiento de las metas de radicación a corte 31/12/2017.
- La entidad SAC Consulting planteó un nuevo modelo de auditoría en la cual se pretende que se haga una concurrencia para que de esta forma se notifiquen en el acto las glosas por pertinencia médica lo cual permitirá radicar las cuentas iniciales con la menor opción de que se les genere glosas por dicho concepto.(a corte Diciembre el modelo mencionado no ha sido implementado).
- Se realizó prueba de conocimientos a los funcionarios de Facturación y Objeciones con la cual se establecieron los vacíos normativos y se realizaron las capacitaciones correspondientes a dichos funcionarios, por parte del área de Objeciones se realizaron capacitaciones en la resolución 3047/2008-ley 1438/2011 y temas de aseguramiento en salud de cada uno de los regímenes del SGSSS.
- A corte Diciembre de 2017 se tiene en el sistema de información DGH la información completa de las cuentas en trámite de respuesta de glosa bien sea en la cuenta 83 principal o en las subcuentas correspondientes lo que permite que los valores de Glosa y Devoluciones remitidos por las EAPB'S están quedando registrados correctamente en los módulos de DGH.



- Se estableció por parte del subdirector de Mercadeo la implementación de Auditoria a los procesos de facturación por parte de Auditoria médica y técnica para de esta manera establecer los puntos clave del proceso, evidenciar los focos de generación de glosa y así establecer adecuadamente los planes de mejora tendientes a las disminución de la misma por parte de las Eps' s.

#### 4.2.1 Cartera y Recaudo

##### Cartera

Informe de resultados de las actividades realizadas por esta Área durante Enero hasta Diciembre de 2017. Basada en la elaboración, conciliación, contabilización y cobro de los estados de cuenta contable entregada a cada una de las entidades a las cuáles el hospital le ha venido prestando servicios de salud en las diferentes Unidades Funcionales, identificando los valores reales pendientes de cobro y realizando los ajustes pertinentes de acuerdo a la labor realizada por cada uno de los Ejecutivos del área de Cartera.

Mediante Resolución No.2916 del 25 de Agosto de 2017 La Superintendencia Nacional de salud autoriza el retiro voluntario y declara en liquidación al cliente COMFABOY y se presenta acreencia el 14 de Diciembre con formulario No.000064. La entidad antes de su Liquidación voluntaria reconoció el valor de \$200.358.171 la diferencia, es decir, \$143,046,863 corresponde a glosas y devoluciones, que fueron presentadas su respuesta junto con la reclamación total. Al cierre de la vigencia el hospital se encuentra a la espera que el cliente notifique resultados de calificación de acreencias.

Para el desarrollo de actividades concernientes a Gestión de Cartera durante el año 2017, se ha realizado circularización de saldos por medio de dos tipos de documentos como son; Notificación de Saldos los cuales se realizan de manera mensual a todos los clientes que se les presta Servicios de salud para un total 1722 documentos realizados y enviados y 225 Derechos de Petición a 15 clientes con deuda que tienen con el hospital que representa más del 80% del total de la cartera. Adicionalmente llamadas telefónicas a los clientes que están fuera de la ciudad, como también diversos comunicados a los entes de control manifestando los inconvenientes que se vienen presentando con la gestión de cartera a las ERPs.

En cuanto a la entrega de facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales, los cuales se encuentran en proceso o pendientes de inicio del proceso por parte de la mencionada oficina, al igual que el año inmediatamente anterior se continua con dicho procedimiento, haciendo entrega Física a la fecha por un valor total de **\$30.688.300.712** con unos interés liquidados por valor de **\$9.716.321.190** para un total pendiente de demanda y en proceso por valor de **\$40.404.621.902**, valor que corresponde a conceptos como; Objeciones ratificadas y las cuales no pudieron ser subsanadas mediante gestión administrativa corriente, Cartera de más de 180 días y Cartera Corriente no cancelada.

Ciente en Proceso Pre jurídico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera	Estado
Emcosalud	800006150	211.143.355	30-ene-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2012-049996 06-06-2012
Capital Salud	900298372	41.310.900	24-jun-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2014-066197 21-07-2014

Fondo Financiero Distrital	800246953	105.620.546	11-ago-2014	Mayor a 360 días - Contrato liquidado unilateralmente	Pendiente
Secretaria de Salud de Boyacá	800176413	16.942.597	19-sep-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2015-080553 10-07-2015
EPS Suramericana Medicina Prepagada	800088702	53.399.361	19-sep-2014	Mayor a 360 días	Fallida
Salud Total	800130907	32.354.335	28-oct-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.2-2016-033389 15-04-2016
Caja de Compensacion Familiar Atlántico Cajacopi	890102044	70.063.413	26-nov-2014	Mayor a 360 días.	En Proceso RADICADO No.1-2015-039560 08-04-2015
Ecoopsos	832000760	519.906.838	28-nov-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2015-044799 20-04-2015
Ecoopsos	832000760	200.617.176	4-dic-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2015-142528 13-11-2015
<b>TOTAL ENVIADO JURIDICA 2014</b>		<b>1.251.358.521</b>			
Convida	899999107	33.679.507	10-ene-2015	Mayor a 360 días. Eventos adversos	En Proceso RADICADO No.1-2015-052067
E.P.S. Famisanar Ltda.	830003564	12.780.667	20-mar-2015	Mayor a 360 días. Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2015-080558
Ecoopsos	832000760	612.693.242	1-jul-2015	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas.	Pendiente
Ecoopsos	832000760	486.245.389	31-jul-2015	Mayor a 360 días. Contrato 0014E2011PB0276 - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2016-114171 22-08-2016
Ecoopsos	832000760	592.673.986	31-jul-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2016-154992 31-10-2016
Famisanar	830003564	23.332.142	3-ago-2015	Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2017-017166 02-02-2017
Alcaldía Cartagena de Indias	890480184	7.310.980	27-oct-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2016-146791 18-10-2016
Alcaldía Cartagena de Indias	890480184	421.824	27-oct-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2016-146785 18-10-2016

Secretaria de Salud del Valle	890399029	2.556.909	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas	En RADICADO 2016-155009 31-10-2016	Proceso No.1-
Secretaria de Salud del Valle	890399029	4.307.210	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En RADICADO 2016-155008 31-10-2016	Proceso No.1-
Gobernacion de la Guajira - Secretaria Departamental	892115015	664.116	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En RADICADO 2016-155007 31-10-2016	Proceso No.1-
Secretaria Seccional del Cauca	891580016	2.283.007	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En RADICADO 2016-155005 31-10-2016	Proceso No.1-
Ecoopsos	832000760	47.590.079	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En RADICADO 2016-052356 19-04-2016	Proceso No.1-
Ecoopsos	832000760	162.950.323	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En RADICADO 2016-045766 07-04-2016	Proceso No.1-
Ecoopsos	832000760	273.078.653	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En RADICADO 2016-045767 07-04-2016	Proceso No.1-
Ecoopsos	832000760	192.873.693	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En RADICADO 2016-052343 19-04-2016	Proceso No.1-
Ecoopsos	832000760	179.053.152	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En RADICADO 2016-052349 19-04-2016	Proceso No.1-
Emdisalud	811004055	746.184.124	20-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En Juzgado 34 26-07-2016	Proceso Laboral
<b>TOTAL ENVIADO JURIDICA 2015</b>		<b>3.380.679.003</b>				
Ecoopsos	832000760	286.873.530	12-feb-2016	Mayor a 360 dias. Sin contrato - Devoluciones.	En RADICADO 2016-091107 07-07-2016	Proceso No.1-
Ecoopsos	832000760	2.416.578.185	8-jun-2016	Mayor a 360 dias. Con Contrato - Objeciones no resueltas	En RADICADO 2016-087576 29-06-2016	Proceso No.1-
Secretaria de Salud de Choco	891680010	71.375.469	10-jun-2016	Mayor a 360 dias.	En RADICADO 2016-108000 10-08-2016	Proceso No.1-
Comfacundi	860045904	412.710.789	1-ago-2016	Cartera corriente.	En RADICADO 2016-155000	Proceso No.1-

					31-10-2016
Comfacundi	860045904	385.465.390	1-ago-2016	Mayor a 360 días Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-163394 16-11-2016
Caja de Compensacion Familiar de Cartagena Comfamiliar	890480110	4.620.913	29-ago-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155001 31-10-2016
Ecoopsos	832000760	162.884.002	30-ago-2016	Mayor a 360 días Objeciones no resueltas sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-113462 18-07-2017
Ecoopsos	832000760	12.492.533	30-ago-2016	Mayor a 360 días Objeciones no resueltas sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155012 31-10-2016
Alianza Medellín Antioquia	900604350	15.605.363	2-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155002 31-10-2016
Emcosalud	800006150	99.449.273	2-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155010 31-10-2016
Asociación Barrios Unidos de Quibdó	818000140	44.373.039	21-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146788 18-10-2016
ESE Hospital San Antonio de Arbeláez	890680031	1.575.000	21-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-163381 16-11-2016
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá	890680025	44.545.900	21-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-163379 16-11-2016
Convida	899999107	4.464.465.566		Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146782 18-10-2016 Anulado
Cafesalud - Subsidiado	800140949	247.311.237	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot	En Proceso RADICADO No.1- 2017-039401 09-03-2017
Cafesalud - Contributivo	800140949	76.114.160	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot	En Proceso RADICADO No.1- 2017-039392 09-03-2017
Cafesalud - Subsidiado	800140949	21.164.665	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot	En Proceso RADICADO No.1- 2017-039397

					09-03-2017
Cafesalud - Contributivo	800140949	264.914.138	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En Proceso RADICADO No.1- 2017-039394 09-03-2017
Salud Total	830130907	12.669.450	4-nov-2016	Mayor a 360 dias - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1- 2017-011814 24-01-2017
Coomeva EPS	805000427	1.599.997.067	4-nov-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1- 2017-026911 16-02-2017 Juzgado 03 Civil Circuito de Cali
Ecoopsos	832000760	227.155.840	27-dic-2016	Mayor a 360 dias - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1- 2017-113465 18-07-2017
Caja de Compensacion Familiar Cajacopi Atlántico	890102044	94.619.441	27-dic-2016	Mayor a 360 dias - Devolución no resuelta	En Proceso RADICADO No.1- 2017-085875 31-05-2017
Ecoopsos	832000760	100.381.699	27-dic-2016	Mayor a 360 dias - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1- 2017-113459 18-07-2017
Capresoca	861856000	675.319.672	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043510 15-03-2017
Capresoca	861856000	57.278.765	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043512 15-03-2017
Capresoca	861856000	359.085.946	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043506 15-03-2017
Capresoca	861856000	56.166.781	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043508 15-03-2017
Capresoca	861856000	411.249.669	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043498 15-03-2017
Capresoca	861856000	2.301.698.570	30-dic-2016	Mayor a 180 dias - Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043514 15-03-2017

Capresoca	861856000	117.788.375	30-dic-2016	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En RADICADO 2017-043522 15-03-2017	Proceso No.1-
Capresoca	861856000	416.604.228	30-dic-2016	Mayor a 360 días - Objeción no resuelta	En RADICADO 2017-043487 15-03-2017	Proceso No.1-
<b>TOTAL ENVIADO JURIDICA 2016</b>		<b>15.462.534.655</b>				
Convida	899999107	679.274.920	2-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En RADICADO 2017-028946 21-02-2017 <b>Cancelado</b>	Proceso No.1-
Convida	899999107	434.639.101	2-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En RADICADO 2017-028951 21-02-2017 <b>Cancelado</b>	Proceso No.1-
Convida	899999107	8.450.290.742	15-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En RADICADO 2017-047629 23-03-2017 <b>Cancelado Parcial</b>	Proceso No.1-
Convida	899999107	140.211.610	1-mar-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En RADICADO 2017-040547 10-03-2017	Proceso No.1-
Convida	899999107	233.825.990	28-mar-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En RADICADO 2017-082462 30-06-2017	Proceso No.1-
Gobernación del Tolima	800113672	475.380.236	28-abr-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	6.724.442	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	8.447.180	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	47.018.803	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	32.410	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	112.360	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	1.444.812	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	1.661.896	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	3.633.682	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	12.218.106	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente	
Médicos Asociados	860066191	72.634.444	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente	

Médicos Asociados	860066191	592.324	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Manexca EPS Indígena	812002376	5.823.670	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	211.303	28-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Manexca EPS Indígena	812002376	19.550.502	15-ago-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato y Glosa	Pendiente
Convida	899999026	215.541.019	1-oct-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-173109 27-10-2017 <b>Cancelado</b>
Convida	899999026	6.100.000.285	1-oct-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-164906 12-10-2017 <b>Cancelado Parcial</b>
Emdisalud	811004055	964.266.291	13-dic-2017	Acuerdo de pago incumplido	En Proceso RADICADO Juzgado 3° Civil del Circuito – Montería
<b>TOTAL ENVIADO JURIDICA 2017</b>		<b>10.593.728.533</b>			
<b>TOTAL ENVIADO JURIDICA</b>		<b>30.688.300.712</b>			

- Descripción comparativo últimas tres vigencias corte Diciembre Bogotá, Zipaquirá y Consolidado (Distribución 1° Cuadro o gráfica de barras 2° Análisis).

**COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A DICIEMBRE (Radicada y Sin Radicar)**

BOGOTA 2017	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	100.420.415.950	1.168.515.306	6.108.701.729	4.012.776.504	10.854.379.848	15.909.036.485	62.367.006.076
CARTERA SIN RADICAR	29.936.026.977	14.096.057.979	5.342.287.513	5.821.787.622	3.935.150.410	628.673.252	112.070.202
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>130.356.442.927</b>	<b>15.264.573.285</b>	<b>11.450.989.242</b>	<b>9.834.564.126</b>	<b>14.789.530.258</b>	<b>16.537.709.737</b>	<b>62.479.076.278</b>

BOGOTA 2016	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	88.508.688.605	1.685.067.258	7.164.139.672	6.044.408.305	18.527.250.239	19.699.572.669	35.388.250.462
CARTERA SIN RADICAR	9.789.662.186	8.256.809.734	891.993.140	237.316.086	275.956.563	63.443.876	64.142.788
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>98.298.350.791</b>	<b>9.941.876.992</b>	<b>8.056.132.812</b>	<b>6.281.724.391</b>	<b>18.803.206.802</b>	<b>19.763.016.545</b>	<b>35.452.393.250</b>

BOGOTA 2015	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	75.359.119.436	1.954.339.458	5.820.438.888	4.478.526.568	13.770.327.157	15.131.450.675	34.204.036.689
CARTERA SIN RADICAR	6.700.207.562	6.312.167.959	148.034.756	28.650.767	59.267.809	152.086.271	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>82.059.326.998</b>	<b>8.266.507.417</b>	<b>5.968.473.644</b>	<b>4.507.177.335</b>	<b>13.829.594.966</b>	<b>15.283.536.946</b>	<b>34.204.036.689</b>

**INFORME DE GESTIÓN**

**FUENTE DE INFORMACION: MODULO DE CONTABILIDAD – DINAMICA GERENCIAL**

Del 100% del año 2017 de la sede de Bogotá, el 23% se encuentra pendiente por radicar y el 77% se encuentra radicado, del cual el 61% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de la cartera de un 30% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.

**COMPARATIVO DE CARTERA ZIQAQUIRA A DICIEMBRE (Radicada y Sin Radicar)**

ZIQAQUIRA 2017	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	23.763.055.070	889.338.665	2.416.093.663	1.538.609.305	3.671.331.464	5.730.519.720	9.517.162.253
CARTERA SIN RADICAR	3.086.120.045	2.761.963.732	93.585.478	16.233.834	27.144.196	41.322.256	145.870.549
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>26.849.175.115</b>	<b>3.651.302.397</b>	<b>2.509.679.141</b>	<b>1.554.843.139</b>	<b>3.698.475.660</b>	<b>5.771.841.976</b>	<b>9.663.032.802</b>

ZIQAQUIRA 2016	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	19.970.710.151	3.166.643.337	1.835.370.971	1.423.680.214	4.648.021.340	2.908.981.083	5.988.013.207
CARTERA SIN RADICAR	2.879.745.124	2.031.038.815	442.144.477	132.725.973	44.012.713	144.653.017	85.170.130
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>22.850.455.276</b>	<b>5.197.682.152</b>	<b>2.277.515.448</b>	<b>1.556.406.187</b>	<b>4.692.034.053</b>	<b>3.053.634.100</b>	<b>6.073.183.337</b>

ZIQAQUIRA 2015	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	15.443.584.928	526.582.182	1.687.866.759	963.165.931	3.241.330.551	4.200.759.334	4.823.880.172
CARTERA SIN RADICAR	2.750.771.744	2.389.444.639	121.690.159	8.291.096	19.176.320	212.169.530	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>18.194.356.672</b>	<b>2.916.026.821</b>	<b>1.809.556.918</b>	<b>971.457.027</b>	<b>3.260.506.871</b>	<b>4.412.928.864</b>	<b>4.823.880.172</b>

FUENTE DE INFORMACION: MODULO DE CONTABILIDAD – DINAMICA GERENCIAL

Del 100% del año 2017 de la sede de Zipaquirá, el 11% se encuentra pendiente por radicar y el 89% se encuentra radicado, del cual el 57% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de la cartera de un 41% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.

**COMPARATIVO DE CARTERA GIRADOT A Diciembre (RADICADA Y SIN RADICAR)**

GIRADOT 2017	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	16.108.433.425	0	0	0	0	0	16.108.433.425
CARTERA SIN RADICAR	376.747.631	0	0	0	0	2.969.812	373.777.819
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>16.485.181.056</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.969.812</b>	<b>16.482.211.244</b>

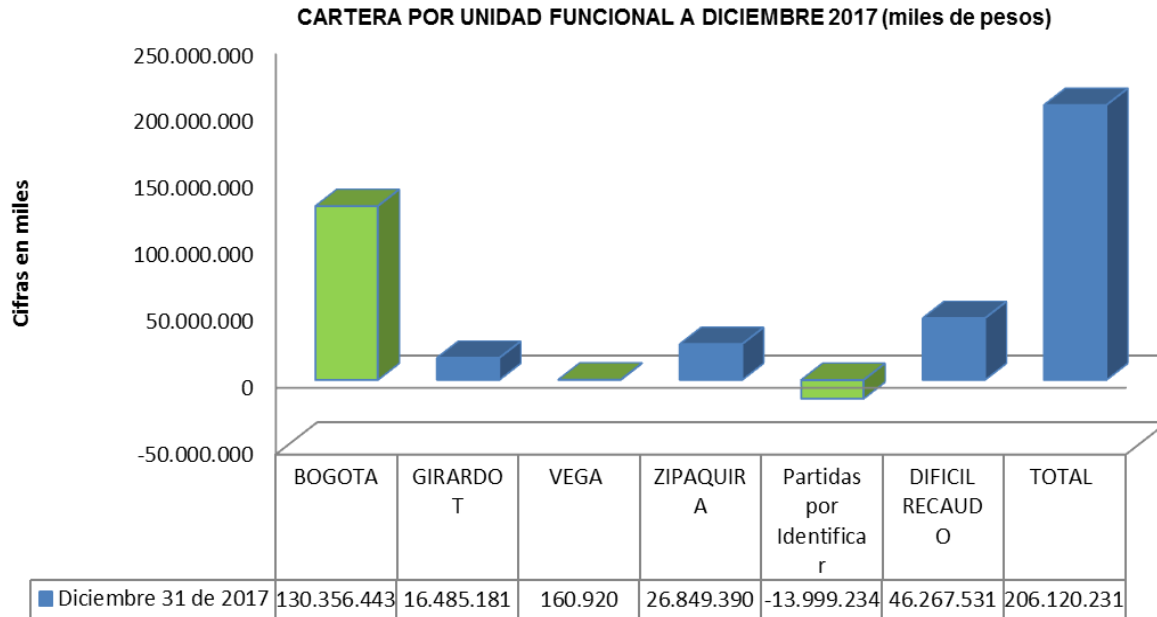
GIRADOT 2016	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	26.147.315.142	0	0	0	381.581.610	3.249.567.989	22.516.165.543
CARTERA SIN RADICAR	996.138.712	0	0	0	615.421.454	330.132.510	50.584.748
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>27.143.453.854</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>997.003.065</b>	<b>3.579.700.499</b>	<b>22.566.750.291</b>

GIRADOT 2015	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA	51.207.075.735	1.038.617.340	4.531.161.578	4.055.761.847	9.912.540.260	12.274.085.547	19.394.909.164
CARTERA SIN RADICAR	8.139.850.642	6.465.150.090	1.021.187.336	104.238.637	142.598.709	406.675.870	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>59.346.926.378</b>	<b>7.503.767.430</b>	<b>5.552.348.914</b>	<b>4.160.000.484</b>	<b>10.055.138.969</b>	<b>12.680.761.417</b>	<b>19.394.909.164</b>

FUENTE DE INFORMACION: MODULO DE CONTABILIDAD – DINAMICA GERENCIAL



Del 100% del año 2017 de la sede de Girardot, el 2% se encuentra pendiente por radicar y el 98% se encuentra radicado de la cual el 100% es cartera a más de 180 días. Se refleja una disminución de la cartera de un 59% debido que la administración por parte del hospital hacia la sede de Girardot culmino el 12 de febrero de 2016, con respecto al mismo periodo comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.



A la anterior situación de las tres sedes se resalta que existen valores en cuentas del pasivo que deben ser aplicados a la Cartera y que no se han podido descargar en los valores de cartera de cada una de las sedes por no tener el soporte para la identificación factura a factura debido a que se mantiene la tendencia a que las entidades no entreguen soportes oportunamente, el valor total de estas partidas con corte a Diciembre de 2017 asciende a la suma de \$13.999 millones; a este respecto también se debe referir, que el valor registrado en cuentas por identificar, está sobrevalorado debido a que los pagos que realizan los clientes corresponden a las tres sedes y al no poder ser identificados se registra el valor de todas las unidades funcionales en Bogotá, una vez se hace la respectiva identificación por factura se registran los pagos en cada una de la Unidades respectivas.

**CARTERA RADICADA DICIEMBRE 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	100.420.415.950	1.168.515.306	6.108.701.729	4.012.776.504	10.854.379.848	15.909.036.485	62.367.006.076
GIRARDOT	16.108.433.425	0	0	0	0	0	16.108.433.425
VEGA	160.919.659	0	0	0	0	0	160.919.659
ZIPAQUIRA	23.763.055.070	889.338.665	2.416.093.663	1.538.609.305	3.671.331.464	5.730.519.720	9.517.162.253
<b>Total general</b>	<b>140.452.824.104</b>	<b>2.057.853.972</b>	<b>8.524.795.392</b>	<b>5.551.385.809</b>	<b>14.525.711.312</b>	<b>21.639.556.205</b>	<b>88.153.521.413</b>
	81%	1%	6%	4%	10%	15%	63%

**CARTERA SIN RADICAR DICIEMBRE 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	29.936.026.977	14.096.057.979	5.342.287.513	5.821.787.622	3.935.150.410	628.673.252	112.070.202
GIRARDOT	376.747.631	0	0	0	0	2.969.812	373.777.819
ZIPAQUIRA	3.086.334.973	2.762.178.660	93.585.478	16.233.834	27.144.196	41.322.256	145.870.549
<b>Total general</b>	<b>33.399.109.582</b>	<b>16.858.236.639</b>	<b>5.435.872.991</b>	<b>5.838.021.456</b>	<b>3.962.294.606</b>	<b>672.965.320</b>	<b>631.718.570</b>
	19%	50%	16%	17%	12%	2%	2%
<b>Total general</b>	<b>173.851.933.686</b>	<b>18.916.090.611</b>	<b>13.960.668.383</b>	<b>11.389.407.265</b>	<b>18.488.005.918</b>	<b>22.312.521.525</b>	<b>88.785.239.983</b>

100%

<b>CARTERA NETA</b>	<b>173.851.933.686</b>
1485 DEUDAS DE DIFICIL RECAUDO	46.267.531.237
PARTIDAS X IDENTIFICAR	-9.150.651.579
(GIRO DIRECTO)	-4.848.582.134
<b>TOTAL CARTERA + DIFICIL RECAUDO</b>	<b>206.120.231.210</b>

**CARTERA RADICADA DICIEMBRE 2016**

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	88.508.688.605	1.685.067.258	7.164.139.672	6.044.408.305	18.527.250.239	19.699.572.669	35.388.250.462
GIRARDOT	26.147.315.142	0	0	0	381.581.610	3.249.567.989	22.516.165.543
VEGA	268.335.718	0	0	0	0	0	268.335.718
ZIPAQUIRA	19.970.710.151	3.166.643.337	1.835.370.971	1.423.680.214	4.648.021.340	2.908.981.083	5.988.013.207
<b>Total general</b>	<b>134.895.049.616</b>	<b>4.851.710.594</b>	<b>8.999.510.643</b>	<b>7.468.088.519</b>	<b>23.556.853.189</b>	<b>25.858.121.741</b>	<b>64.160.764.930</b>
	91%	4%	7%	6%	17%	19%	48%

**CARTERA SIN RADICAR DICIEMBRE 2016**

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	9.789.662.186	8.256.809.734	891.993.140	237.316.086	275.956.563	63.443.876	64.142.788
GIRARDOT	996.138.712	0	0	0	615.421.454	330.132.510	50.584.748
VEGA	0						
ZIPAQUIRA	2.879.745.124	2.031.038.815	442.144.477	132.725.973	44.012.713	144.653.017	85.170.130
<b>Total general</b>	<b>13.665.546.023</b>	<b>10.287.848.549</b>	<b>1.334.137.617</b>	<b>370.042.059</b>	<b>935.390.730</b>	<b>538.229.403</b>	<b>199.897.665</b>
	9%	75%	10%	3%	7%	4%	1%

<b>Total general</b>	<b>148.560.595.639</b>	<b>15.139.559.143</b>	<b>10.333.648.260</b>	<b>7.838.130.578</b>	<b>24.492.243.919</b>	<b>26.396.351.143</b>	<b>64.360.662.595</b>
	1036%	100%	10%	7%	5%	16%	18%
	<b>182.216.350.250</b>	<b>155.446.189.107</b>					
<b>Total Cartera</b>	<b>148.560.595.639</b>						
<b>DEUDAS DE DIFICIL COBRO 1475 (+)</b>	<b>58.056.242.361</b>						

OTROS DEUDORES 1470 (+)	4.265.723.328
CARTERA NETA	210.882.561.328
PAGOS PTES X IDENTIFICAR (-)	-11.075.381.130
CARTERA TOTAL	199.807.180.198

**CARTERA RADICADA DICIEMBRE 2015**

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	75.359.119.436	1.954.339.458	5.820.438.888	4.603.853.408	13.910.219.157	15.167.123.835	33.903.144.689
GIRARDOT	51.207.075.735	1.038.617.340	4.531.161.578	4.055.761.847	9.912.540.260	12.274.085.547	19.394.909.164
VEGA	425.038.366	0	0	0	0	0	425.038.366
ZIPAQUIRA	15.443.584.928	526.582.182	1.687.866.759	963.165.931	3.241.330.551	4.200.759.334	4.823.880.172
<b>Total general</b>	<b>142.434.818.466</b>	<b>3.519.538.980</b>	<b>12.039.467.225</b>	<b>9.622.781.186</b>	<b>27.064.089.969</b>	<b>31.641.968.716</b>	<b>58.546.972.391</b>
	89%	20%	68%	55%	154%	179%	332%

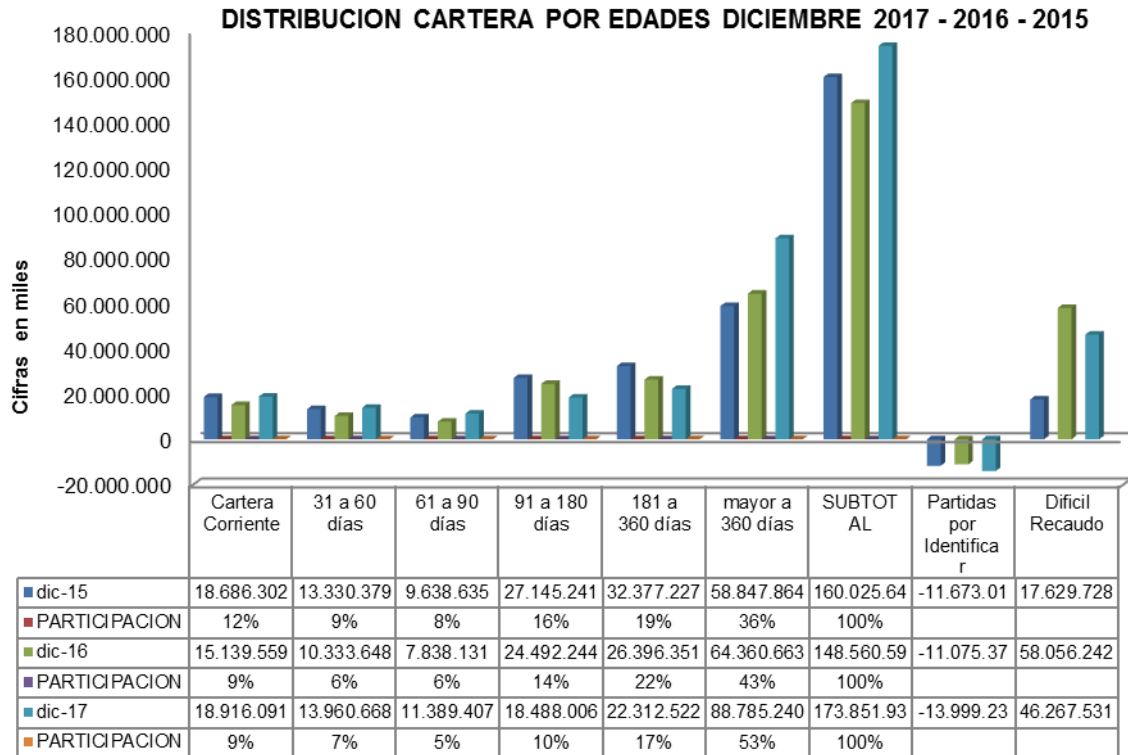
**CARTERA SIN RADICAR DICIEMBRE 2015**

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	6.700.207.562	<b>6.312.167.959</b>	148.034.756	28.650.767	59.267.809	152.086.271	0
GIRARDOT	8.139.850.642	<b>6.465.150.090</b>	1.021.187.336	104.238.637	142.598.709	406.675.870	0
VEGA	0						
ZIPAQUIRA	2.750.771.744	<b>2.389.444.639</b>	121.690.159	8.291.096	19.176.320	212.169.530	0
<b>Total general</b>	<b>17.590.829.948</b>	<b>15.166.762.688</b>	<b>1.290.912.251</b>	<b>141.180.500</b>	<b>221.042.838</b>	<b>770.931.671</b>	<b>0</b>
	11%	86%	7%	1%	1%	4%	0%
<b>Total general</b>	<b>160.025.648.414</b>	<b>18.686.301.668</b>	<b>13.330.379.477</b>	<b>9.763.961.686</b>	<b>27.285.132.806</b>	<b>32.412.900.387</b>	<b>58.546.972.391</b>
	100%						

165.912.963.369	155.446.189.107
<b>Total Cartera</b>	<b>160.025.648.414</b>
DEUDAS DE DIFICIL COBRO 1475 (+)	17.629.728.265
CARTERA NETA	177.655.376.679
PAGOS PTES X IDENTIFICAR (-)	-11.673.016.924
SALDO PTE EN BANCOS X IDENT. (-)	69.396.386
<b>CARTERA TOTAL</b>	<b>165.912.963.369</b>

Al realizar comparativo de la cartera consolidada a Diciembre de las últimas tres vigencias se puede anotar lo siguiente: Un aumento del 17% entre la cartera del año 2016 al año 2017 y entre el año 2015 y 2016 hubo

una disminución de cartera en un 7% debido a factores como fue la entrega de la Unidad Funcional de Girardot a la Gobernación de Cundinamarca y liquidación de los clientes Saludcoop y Caprecom, a los cuales se les prestaba Servicios de Salud con valores importantes de facturación.



Del 100 de la cartera de 2017 el 70% es de más de seis (6) meses. Es importante tener en cuenta que existen valores en cuentas del pasivo que deben ser aplicados a la Cartera y que no se han podido descargar por no tener el soporte para la identificación factura a factura debido a que las entidades no entregan soportes oportunamente, el valor total de estas partidas con corte Diciembre de 2017 asciende a la suma de \$13.999 millones; valor que en primera instancia se carga a la sede de Bogotá, una vez se hace la respectiva identificación por factura se registran los pagos cancelados por el cliente con anterioridad en cada una de la Unidades Funcionales.

4.2.2 Recaudo

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA						
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR		VIGENCIA ACTUAL		TOTAL	
SOAT	714.103.065	2%	2.511.738.018	5%	3.225.841.083	3%
FOSYGA	1.064.950	0%	528.007.587	1%	529.072.537	1%
SUBSIDIADO	35.585.700.426	82%	39.741.853.437	80%	75.327.553.863	81%
CONTRIBUTIVO	3.645.628.351	8%	5.796.124.833	12%	9.441.753.184	10%
CAPITADO		0%		0%	0	0%
IPS PUBLICAS	45.604.400	0%	129.928.900	0%	175.533.300	0%
IPS PRIVADAS	20.742.920	0%	51.269.219	0%	72.012.139	0%
ARL	2.838.381	0%	411.253.020	1%	414.091.401	0%
VIDA	11.623.450	0%	105.108.055	0%	116.731.505	0%
MEDICINA PREPAGADA	1.678.432	0%	58.151.347	0%	59.829.779	0%
ENTIDADES ESPECIALES	579.310.598	1%	443.916.864	1%	1.023.227.462	1%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.518.613.155	3%		0%	1.518.613.155	2%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.434.235.588	3%	169.229.924	0%	1.603.465.512	2%
<b>TOTAL UNIDAD FUNCIONAL</b>	<b>43.561.143.716</b>	<b>100%</b>	<b>49.946.581.204</b>	<b>100%</b>	<b>93.507.724.920</b>	<b>100%</b>
	47%		53%			

A Diciembre del año 2017, en la Sede Bogotá, los recaudos por mercados que tienen mayor representación fueron: Régimen Subsidiado con un 81%, seguido del Contributivo con un 10%, representando estos dos un 91% sobre el total recaudado por mercados.

Cabe resaltar que del total recaudado, las vigencias anteriores tienen una participación del 47% y la presente vigencia un participación del 53%.

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA						
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR		VIGENCIA ACTUAL		TOTAL	
SOAT	242.199.392	3%	383.828.958	2%	626.028.350	2%
FOSYGA		0%		0%	0	0%
SUBSIDIADO	7.280.131.801	83%	13.546.844.840	68%	20.826.976.641	72%
CONTRIBUTIVO	827.354.100	9%	2.018.237.675	10%	2.845.591.775	10%
CAPITADO		0%	3.745.641.020	19%	3.745.641.020	13%
IPS PUBLICAS	5.136.965	0%	42.431.637	0%	47.568.602	0%
IPS PRIVADAS	28.646.276	0%	1.550.951	0%	30.197.227	0%
ARL	3.813.179	0%	13.214.012	0%	17.027.191	0%
VIDA	1.884.779	0%	9.940.914	0%	11.825.693	0%
MEDICINA PREPAGADA	3.448.737	0%	14.553.279	0%	18.002.016	0%
ENTIDADES ESPECIALES	403.356.324	5%	267.332.330	1%	670.688.654	2%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		0%		0%	0	0%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	4.064.546	0%	48.500	0%	4.113.046	0%
<b>TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA</b>	<b>8.800.036.099</b>	<b>100%</b>	<b>20.043.624.116</b>	<b>100%</b>	<b>28.843.660.215</b>	<b>100%</b>
	31%		69%			

A Diciembre del año 2017, en la Sede Zipaquirá, los recaudos por mercados que tienen mayor representación fueron: Régimen Subsidiado con un 72%, seguido de Capitalización con un 13% y Contributivo con un 10%, representando estos mercados un 95% sobre el total recaudado por mercados.

Cabe resaltar que del total recaudado, las vigencias anteriores tienen una participación del 31% y la presente vigencia un participación del 69%.

UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT						
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR		VIGENCIA ACTUAL		TOTAL	
SOAT	10.936.616	2%	0	0%	10.936.616	2%
FOSYGA		0%	0	0%	0	0%
SUBSIDIADO	92.785.933	0%	0	0%	92.785.933	21%
CONTRIBUTIVO	133.170.703	0%	0	0%	133.170.703	30%
CAPITADO	26.736.731	0%	0	0%	26.736.731	6%
IPS PUBLICAS	46.618.252	0%	0	0%	46.618.252	10%
IPS PRIVADAS	13.870.400	0%	0	0%	13.870.400	3%
ARL	94.002	0%	0	0%	94.002	0%
VIDA		0%	0	0%	0	0%
MEDICINA PREPAGADA	31.424.422	0%	0	0%	31.424.422	7%
ENTIDADES ESPECIALES	47.883.335	0%	0	0%	47.883.335	11%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		0%	0	0%	0	0%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	42.012.158	0%	0	0%	42.012.158	9%
<b>TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE GIRADOT</b>	<b>445.532.552</b>	<b>3%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>445.532.552</b>	<b>100%</b>
	<b>100%</b>		<b>0%</b>			

A Diciembre del año 2017, en la Sede Girardot, los recaudos por mercados que tienen mayor representación fueron: Régimen Contributivo con un 30%, seguido de Subsidiado con un 21%, Entidades Especiales con un 11% y Otras Secretarías 9%, representando estos mercados un 71% sobre el total recaudado por mercados. Cabe resaltar que el 100% del total recaudado corresponde a vigencias anteriores.

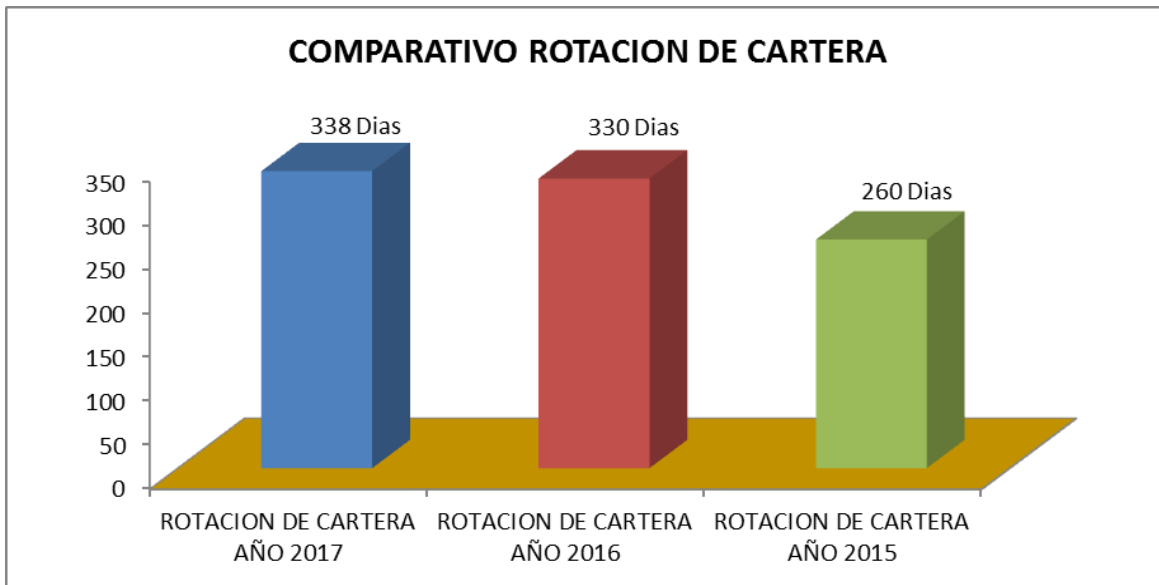
TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A DICIEMBRE DE 2017						
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR		VIGENCIA ACTUAL		TOTAL	
SOAT	967.239.073	2%	2.895.566.976	4%	3.862.806.049	3%
FOSYGA	1.064.950	0%	528.007.587	1%	529.072.537	0%
SUBSIDIADO	42.958.618.160	81%	53.288.698.277	76%	96.247.316.437	78%
CONTRIBUTIVO	4.606.153.154	9%	7.814.362.508	11%	12.420.515.662	10%
CAPITADO	26.736.731	0%	3.745.641.020	5%	3.772.377.751	3%
IPS PUBLICAS	97.359.617	0%	172.360.537	0%	269.720.154	0%
IPS PRIVADAS	63.259.596	0%	52.820.170	0%	116.079.766	0%
ARP	6.745.562	0%	424.467.032	1%	431.212.594	0%
VIDA	13.508.229	0%	115.048.969	0%	128.557.198	0%
MEDICINA PREPAGADA	36.551.591	0%	72.704.626	0%	109.256.217	0%
ENTIDADES ESPECIALES	1.030.550.257	2%	711.249.194	1%	1.741.799.451	1%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.518.613.155	3%	0	0%	1.518.613.155	1%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.480.312.292	3%	169.278.424	0%	1.649.590.716	1%
<b>TOTAL CONSOLIDADO AL MES DE DICIEMBRE DE 2017</b>	<b>52.806.712.367</b>	<b>100%</b>	<b>69.990.205.320</b>	<b>100%</b>	<b>122.796.917.687</b>	<b>100%</b>
	<b>43%</b>		<b>57%</b>			

Se presenta un incremento del recaudo actual con respecto a las vigencias anteriores teniendo en cuenta el no Cumplimiento de la normatividad por partes de las Entidades Responsables de Pago e igualmente se intensifica el cobro a través de Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición, Cruces de Cartera y Envío a Cobro Jurídico de las mismas entre otros. Dando alcance a la gestión antes planteada y a la nueva normatividad dictada por el Gobierno Nacional, con el fin de fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento y flujo de recursos se dispuso circularizar a los clientes para dar aplicación a la norma en los plazos establecidos.

Se ha venido presentando un comportamiento en el recaudo total constante a la baja con respecto a años anteriores teniendo que el año 2016 los valores que realiza el Ministerio por Giro Directo han venido disminuyendo, situación que en repetidas oportunidades por medio de comunicados se ha manifestado, adicionalmente se ha comentado en las diferentes estancias a los entes de control y en mesas de trabajo que estos han convocado.

Se continúa ejerciendo presión a través las mesas de trabajo convocadas Trimestralmente por la Secretaria de Salud de Cundinamarca y vigiladas por la Contraloría de Cundinamarca y la Superintendencia Nacional de Salud para generar cruces de información de acuerdo a los registros realizados en Circular 30 de 2013, igualmente de Cruces de Cartera, Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición y envío a Cobro Jurídico a las Entidades Responsables de Pago que presenten servicios mayores a 180 días.

### ROTACIÓN DE CARTERA



Fuente: Indicador Rotación Cartera - Agendas Estratégicas – S.S. Cundinamarca

El indicador de Rotación de Cartera se ha visto afectado por los inconvenientes que presenta el sector salud en cuanto a liquidez, aunque el Ministerio de Salud y los entes de control han realizado varios intentos para mitigar el déficit del mencionado sector y a los cuales el Hospital no ha sido ajeno a sus efectos, pero se ha logrado mantener financieramente pese que el número de días de rotación se fijó en 338 días, Aumentando en 8 días con respecto a la rotación del año 2016 que fue de 330 días y aunque las ventas del 2017

Aumentaron en un 4% con respecto al año 2016, mientras que las Cuentas por Cobrar de 2017 se incrementaron en un 17% con respecto a 2016.

**PQRS**

Para la vigencia 2017 se evidencia un total de 50 quejas dirigidas para el área administrativa: facturación, y admisiones, por falta de calidez y trato amable, falta de información y orientación, demora en procesos de atención, ante lo cual se realizan campañas de sensibilización para los funcionarios que tienen contacto con el paciente, así mismo se realizan capacitaciones formativas para dar la información correcta al paciente, se evalúan tiempos de atención en el proceso de facturación de manera mensual para retroalimentar a los funcionarios del área y poder cada día brindar un mejor servicio

Se evidencia por lo tanto una tendencia a la baja de PQRS lo que sustenta que los planes de mejora son efectivos y tienen la adherencia correspondiente por el personal.

**Plan único de mejora por procesos PUMP**

*\*Dicho Hallazgos ya fueron evaluados por auditoria interna.*

NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Inadecuado seguimiento a los Indicadores de Oportunidad en Consulta Ambulatoria, Urgencias y Hospitalización	Tiempo en oportunidad en la facturación	100%	100%
	<b>Justificación</b> Se ha realizado en conjunto con líder de consulta externa seguimiento y análisis del indicador de oportunidad de consulta externa.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			
NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
2.	4.2.3 literal d: No se asegura que los procedimientos que se encuentran documentados los conozcan todos los colaboradores del proceso. Se realiza seguimiento al procedimiento 02AD03 - V1 "ADMISIÓN ADMINISTRATIVA DE PACIENTE" el cual no conocen los colaboradores que realizan esta actividad	Documento socializado	100%	100%
	<b>Justificación</b>			



	se actualizaron todos los procedimientos del área de facturación y se socializaron en mayo de 2017			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			
NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	No se cuenta con el análisis de indicadores de comportamiento y causales de la glosa	Porcentaje de glosa aceptada	100%	100%
3.	<b>Justificación</b> Se evidencia seguimiento e informe mensual de las causales de glosa del HUS en medio magnético, según las causales codificadas por la resolución 3047/2008 y discriminadas por unidad funcional (MOTIVOS DE GLOSA ENVIADOS VIA CORREO ELECTRONICO AL SUBDIRECTOR DEL PROCESO Y A LOS COORDINADORES DE FACTURACION DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA Y ZIPAQUIRA)			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	Perdida derecho a reclamar el reconocimiento de los servicios prestados	Porcentaje de recuperación de cartera.	100%	100%
4.	<b>Justificación</b> Control realizado a través del sistema dinámica módulo de cartera y otro a través del control de la gestión de la cartera facturara a factura por cada uno de los ejecutivos de cartera.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

**Plan Estratégico Hospitalario (PAS – Plan de Acción de Salud)**

NO.	META DEL PRODUCTO ANUAL	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	1- Realizar el Manual Tarifario HUS (40%)	Documento Manual Tarifario HUS	100%	100%
	<b>Justificación</b> El Subdirector de Mercadeo presento las tarifas Institucionales para la vigencia 2017 a la Junta Directiva, la cual las aprobó mediante un acuerdo.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			
	3. Diseñar y Mercadear (promoción y comunicación) un nuevo portafolio de servicios con	Portafolio de Servicios.	50%	50%

2.	su respectivo brochure (10%)			
	<b>Justificación</b> Se elabora y anexa Plan de Visitas, según requerimientos de las entidades. Se anexan Actas de Promoción Portafolio de Servicios.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	META DEL PRODUCTO ANUAL	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	4. Elaborar un Plan de Visitas a los clientes potenciales para promocionar el portafolio de servicios	Informe y Actas de Visita del HUS a la EPS Solicitud de agenda a la EPS para la reunión (por escrito)	100%	100%
	<b>Justificación</b>			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			
4.	5. Realizar contratación del 70% de las ERP de la Red de Cundinamarca Régimen Contributivo y R. Subsidiado (20%)	Documento	100%	100%
	<b>Justificación</b>			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
5.	- Realizar revisión trimestral aleatoria del 5% del valor facturado en cada servicio: Consulta Externa, Hospitalización, UCI adultos y neonatal, Salas de Cirugía y Urgencias (50%)	% cumplimiento aumento en la facturación	50%	100%
	<b>Justificación</b> Se anexa (1) reporte Excel con las ventas totales de las vigencias 2016 y 2017 de las sedes de Bogotá y Zipaquirá,			

	actas de socialización de anulaciones e ingresos abiertos con los compromisos para cierre de ingresos y evitar la anulación."
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
6.	- Realizar 2 capacitaciones anuales al personal de facturación en normatividad en salud. (50%)	% Capacitaciones al personal	100%	100%
	<b>Justificación</b> Soportes PDF (2) actas de capacitación realizada, Normatividad, Contratos.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
7.	11. Acordar y realizar cortes de facturación mensual, según se establezca con cada EPS. (100%)	Informe en Excel	100%	100%
	<b>Justificación</b> En el proceso se tiene establecido un cronograma de radicación por mes.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
8.	Realizar seguimiento de productividad de manera trimestral a cada uno de los funcionarios del área de Objeciones	Seguimiento en medio magnético	100%	100%
	<b>Justificación</b> Se anexa archivo en Excel del seguimiento realizado a la productividad del grupo de glosas y devoluciones (se anexan registros de los meses de Enero a Diciembre, en el último trimestre del año se implementó un nuevo modelo de seguimiento a la productividad en el cual se maneja un formato estándar y se tienen funciones específicas según la naturaleza del cargo.			

	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A
--	---------------------------------------

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
9.	Realizar divulgación de motivos de glosa a los procesos responsables de las mismas servicios más representativos	Informe en Excel, informes trimestrales de glosa	30%	30%
	<b>Justificación</b> Se anexa cuadro en Excel con análisis de comportamiento glosa aceptada con corte Diciembre de 2017 según los motivos codificados por la resolución 3047/2008. (DICHOS MOTIVOS SE SOCIALIZAN AL SUBDIRECTOR DEL PROCESO Y A LOS COORDINADORES DE FACTURACION DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA Y ZIPAQUIRA)			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
10.	Realizar reuniones cuatrimestrales con los líderes de los procesos donde se presente mayor glosa para que realicen Planes de Mejora	Correos electrónicos, Actas de revisión	37.5%	50%
	<b>Justificación</b> Se anexa registro de divulgación vía correo electrónico al área de facturación de Bogotá y Zipaquirá (Carlos Ariza y Angélica Nova) de los motivos de glosa a corte del IV trimestre para establecer los planes de mejora a los que se dé a lugar, así mismo se anexa acta de reunión con las áreas de Farmacia y Osteosíntesis en las cuales se establecen los planes de mejora correspondientes.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
11.	15. Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar de los servicios prestados en vigencias anteriores radicados. (33%)	Valor recaudado de cuentas por cobrar vigencias anteriores / total de la facturación	100%	64%
	<b>Justificación</b>			

	Se intensifica el cobro a través de Derechos de Petición, notificación de Saldos y priorización de la cartera mayor a 360 Días.
	<b>Barrera de mejoramiento</b> La liquidación y Autoliquidación de las EPS-S ha impactado en las condiciones del mercado en el sector salud.

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
12.	Realizar los 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 correspondiente al 80% de la cartera de difícil cobro más representativa según saldo a 31 dic de 2016 con seguimiento trimestral. (34%)	Informe en Excel	100%	85%
	<b>Justificación</b> Los Derechos de Petición van con copia al Ministerio de Salud y protección social y al Superintendencia de Salud de las entidades más representativas de la Cartera (10) a saber: Ecoopsos, Salud Vida, Comparta, Capital Salud, Nueva EPS, Famisanar, Fondo Financiero, Coomeva, Comfacundi, Secretaria de Salud de Cundinamarca.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> El no acompañamiento de los entes de control a los comunicados enviados a las EAPBs			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
13.	Alcanzar el 65% del recaudo de los reconocimientos por los servicios prestados en la vigencia actual Radicados. (33%)	Valor recaudado de la facturación de la vigencia actual / Valor total de la facturación de la vigencia actual radicada	100%	64%
	<b>Justificación</b> Se intensifica el cobro a través de Derechos de Petición, notificación de Saldos y priorización de la cartera mayor a 180 Días.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> La liquidación y Autoliquidación de las EPS-S ha impactado en las condiciones del mercado en el sector salud.			

Gestión del riesgo

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Seguimiento inadecuado a cada uno de los motivos de glosa y/o devolución interpuestos por las EAPB'S	No tener el registro de los motivos de glosa interpuestos por las EAPB'S	3	5
	<b>Justificación</b> El líder del proceso mensualmente llevara registro en medio magnético de los motivos de glosa acorde a la resolución 3047/08 para de esta forma evidenciar los puntos a mejorar del proceso de atención hospitalario con el fin de establecer los planes de acción correspondientes, Tablas dinámicas de DGH.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
2.	Inadecuada socialización de la glosa reportada a los servicios administrativos y/o Asistenciales	No realizar la adecuada retroalimentación de la evidencia de glosa para realizar así los planes de mejora correspondientes	3	5
	<b>Justificación</b> El líder del proceso trimestralmente realiza reunión de seguimiento con los líderes del proceso donde se esté evidenciando la mayor cantidad de glosa reportada por las EAPBS, dichas reuniones se soportaran con las correspondientes actas según formato de planeación.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
3.	Prescripción de facturas	Perdida derecho a reclamar el reconocimiento de los servicios prestados	3	3
	<b>Justificación</b> El Líder del proceso mensualmente revisa el reporte del módulo de cartera por cliente, el resultado de dicha revisión se consigna en medio magnético con la cual se establecerán las facturas que pueden presentar prescripción para darles el trámite correspondiente que evite dicha prescripción, dicha revisión se realiza en conjunto con las áreas que interactúan en el proceso.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
-----	--------	------------------------	--------------	---------

	Ausencia de autorización de los servicios prestados.	No se hace gestión del reporte y posterior verificación de la autorización emitida por parte de las entidades responsables de pago	4	5
4.	<p><b>Justificación</b> El líder del proceso mensualmente llevará el registro de las inconsistencias encontradas en medio magnético en la autorización de los servicios prestados para de esta forma detectar posibles fallas del proceso tanto interno como externo que garantice la autorización de los servicios facturados. Se evidencia a través de correos electrónicos y de una carpeta de autorizaciones compartida en el servidor.</p>			
	<p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>			

**Programas**

En el Proceso de Gestión Financiera no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

### 4.3 Gestión Financiera

#### Presupuesto

#### Presupuesto de ingresos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017			2017/ 2016	2017/2016
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	36.974.368.745	36.974.368.745	42.190.820.564	42.190.820.564	39.724.825.215	39.724.825.215	39.724.825.215	-5,84%	-5,84%
INGRESOS CORRIENTES	107.066.231.421	67.056.217.402	116.512.654.411	53.819.553.083	68.863.013.383	119.640.789.655	62.232.934.668	2,68%	15,63%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	99.082.668.362	59.072.654.343	108.242.098.963	45.548.997.635	61.594.161.317	114.489.404.329	57.081.549.342	5,77%	25,32%
....REGIMEN SUBSIDIADO	75.733.105.269	41.788.109.491	79.003.367.166	29.714.073.245	41.158.161.000	82.229.345.369	39.741.853.437	4,08%	33,75%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	6.365.555.415	4.767.930.970	6.339.240.768	3.804.025.986	2.901.660.000	9.470.441.541	5.796.124.833	49,39%	52,37%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	7.818.758.437	6.077.710.014	11.493.099.667	5.844.625.711	10.749.916.000	11.986.065.679	5.040.860.159	4,29%	-13,75%
....OTRAS ENTIDADES	9.165.249.241	6.438.903.868	11.406.391.362	6.186.272.693	6.784.424.317	10.803.551.740	6.502.710.913	-5,29%	5,12%
...OTROS INGRESOS	1.012.941.964	1.012.941.964	643.131.068	643.131.068	500.000.000	633.818.435	633.818.435	-1,45%	-1,45%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	6.970.621.095	6.970.621.095	7.627.424.380	7.627.424.380	6.768.852.066	4.517.566.891	4.517.566.891	-40,77%	-40,77%
INGRESOS DE CAPITAL	2.133.089.500	2.133.089.500	2.226.565.463	2.226.565.463	800.000.000	2.158.266.851	2.158.266.851	-3,07%	-3,07%



CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	28.621.847.271	28.621.847.271	23.247.431.686	23.247.431.686	47.257.517.238	44.603.936.004	44.603.936.004	91,87%	91,87%
TOTAL INGRESOS	174.795.536.937	134.785.522.918	184.177.472.124	121.484.370.796	156.645.355.836	206.127.817.725	148.719.962.738	11,92%	22,42%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	137.821.168.192	97.811.154.173	141.986.651.560	79.293.550.232	116.920.530.621	166.402.992.510	108.995.137.523	17,20%	37,46%

El hospital de su presupuesto aprobado para la vigencia 2017 en el concepto de venta de servicio de salud recaudo el 92.67% a lo programado para esta vigencia y en cuenta por cobrar un 94.38% y en reconocimiento por estos mismos conceptos tuvo el mismo comportamiento.

En los aportes no ligados a la venta de servicios de salud disminuye por menor valor ejecutado en recursos por este concepto como son la Estampilla Prohospitales.

Para la vigencia 2017 del total ejecutado por reconocimiento con respecto al total aprobado por la suma de \$156.645 millones de pesos es del 132%, mostrando un reconocimiento de eficiencia favorable al cierre.

El recaudo total se incrementó teniendo en cuenta al aumento en la recuperación de cartera de cuentas por cobrar (otras vigencias) en mayor parte por el pago recibido de Caprecom, por el valor recibido siendo de cartera por venta de servicios de salud de la vigencia 2015 hacia atrás y por la recuperación de las ventas de servicios de salud de la vigencia.

En la disponibilidad inicial una disminución en la vigencia 2017 resultado del ejercicio con corte a Diciembre 31 de 2016 e incremento a los ingresos recaudados por venta de servicios de salud.

El porcentaje de recaudo total con respecto a los reconocimientos totales es por el 72% y de acuerdo al presupuesto total programado por la suma de \$156.645 millones de pesos con respecto al recaudo total es el 95%.

Presupuesto de gastos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2015		AÑO 2016			2016/ 2015	2016/ 2015	AÑO 2017				2017/ 2016	2017/ 2016
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	45.304.263.359	42.419.196.241	50.738.517.706	47.771.167.089	46.867.905.540	12,00 %	12,62%	58.078.219.876	52.785.160.073	49.232.206.625	48.018.026.261	4%	3%
...GASTOS DE PERSONAL	33.442.227.754	32.805.026.443	37.057.481.692	36.693.898.036	36.691.497.140	10,81 %	11,85%	41.252.803.259	38.369.295.944	37.959.714.965	37.851.889.424	4%	3%
....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	15.371.546.978	15.371.546.978	16.504.345.595	16.504.345.595	16.504.345.595	7,37%	7,37%	17.679.350.942	14.844.601.080	14.844.601.080	14.844.601.080	-10%	-10%
....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	18.070.680.776	17.433.479.465	20.553.136.097	20.189.552.441	20.187.151.545	13,74 %	15,81%	23.573.452.317	23.524.694.864	23.115.113.885	23.007.288.344	14%	14%
...GASTOS GENERALES	11.643.138.924	9.395.273.117	13.392.130.060	10.788.363.099	9.887.502.446	15,02 %	14,83%	15.860.467.617	13.899.069.496	10.755.697.027	9.649.342.204	4%	0%
....ADQUISICION DE BIENES	1.733.038.446	1.641.505.077	1.964.376.223	1.922.987.662	1.637.605.154	13,35 %	17,15%	2.322.626.066	2.252.665.618	2.038.815.748	1.765.500.620	15%	6%
....ADQUISICION DE SERVICIOS	9.910.100.478	7.753.768.040	11.427.753.837	8.865.375.437	8.249.897.292	15,31 %	14,34%	13.537.841.551	11.646.403.878	8.716.881.279	7.883.841.584	2%	-2%
....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	130.764.929	130.764.929	162.248.142	162.248.142	162.248.142	24,08 %	24,08%	200.000.000	167.596.806	167.596.806	167.596.806	3%	3%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	88.131.752	88.131.752	126.657.812	126.657.812	126.657.812	43,71 %	43,71%	764.949.000	349.197.827	349.197.827	349.197.827	176%	176%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	47.439.160.278	42.902.568.728	50.495.405.461	45.990.544.465	39.531.648.553	6,44%	7,20%	53.656.387.407	53.149.049.060	46.963.284.223	42.793.758.775	5%	2%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	25.382.898.958	22.919.730.166	27.384.794.257	24.471.880.478	19.402.769.886	7,89%	6,77%	29.205.553.407	28.733.637.883	23.726.770.542	19.978.320.494	5%	-3%
....MEDICAMENTOS	7.479.768.456	6.673.849.114	8.151.059.341	7.341.787.101	5.478.304.605	8,97%	10,01%	9.245.373.000	9.041.822.123	7.034.253.545	6.069.611.907	11%	-4%
....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	17.903.130.502	16.245.881.052	19.233.734.916	17.130.093.377	13.924.465.281	7,43%	5,44%	19.960.180.407	19.691.815.760	16.692.516.997	13.908.708.587	2%	-3%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	22.056.261.320	19.982.838.562	23.110.611.204	21.518.663.987	20.128.878.667	4,78%	7,69%	24.450.834.000	24.415.411.177	23.236.513.681	22.815.438.281	6%	8%
INVERSION	12.203.942.636	10.186.377.276	2.602.593.774	1.470.264.849	1.067.687.381	-78,67 %	-85,57%	29.602.395.715	1.373.707.502	563.254.251	401.705.512	-47%	-62%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	6.822.230.908	5.282.570.412	9.125.387.863	9.097.890.180	8.878.289.436	33,76 %	72,22%	15.308.352.838	13.932.793.663	12.843.518.456	12.442.016.417	53%	41%
TOTAL GASTOS	111.769.597.181	100.790.712.657	112.961.904.804	104.329.866.583	96.345.530.910	1,07%	3,51%	156.645.355.836	121.240.710.298	109.602.263.555	103.655.506.965	7%	5%

El presupuesto de gastos se ejecutó por compromisos con respecto al presupuesto aprobado en un 77% y en el 2016 del 80%, siendo inferior en los gastos de inversión por la no ejecución de los recursos que se tiene para el proyecto de la ampliación de la Uci, proyecto sistema de ventilación mecánica y los recursos recibidos por estampillas prohospitalares. El aumento del total ejecutado de la vigencia 2016 y 2017 aumento 7%, revisado internamente por rubros representativos esta en las cuentas por pagar (vigencias anteriores).

Del total de los pagos de una vigencia aumenta por el mayor pagado en la última vigencia y queda pendiente por pagar valores pendientes por recibir los servicios y por tramites de liquidación o certificación de los bienes y servicios recibidos.

Se presenta una variación de la vigencia 2016 a 2017 del 5% del total de los gastos obligados, estando en gran representación por las cuentas por pagar (vigencias anteriores), servicios personales indirectos y compra de servicios, por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores.

### Cuentas por pagar presupuestales constituidas Bogotá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 14/15	inc o dis % 15/16
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	6.719.264.373	82%	10.978.884.524	92%	8.848.617.065	53%	63%	-19%
OBLIGACIONES - PAGOS	1.458.130.984	18%	970.919.676	8%	7.984.335.673	47%	-33%	722%
TOTAL	8.177.395.357	100%	11.949.804.200	100%	16.832.952.738	100%	46%	41%

Como observamos en las cuentas por pagar constituidas del ejercicio de la vigencia 2016 por saldos de contratos (compromisos-obligaciones) disminuye comparado con los de la vigencia 2015, situación dada por contratos firmados en la vigencia 2016 cuya ejecución se proyecta algunos los dos primeros meses en la vigencia 2017 y en cuentas por pagar causadas (obligaciones – pagos) los saldos aumentaron de un año a otro, aumentando en un 722% del 2016 a 2017 por el menor valor pagado, quedando estos valores tomando el tiempo prudencial dado para el pago de la facturas (periodo a 90 fecha de la factura).

### Balance presupuestal Bogotá-gastos comprometidos

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	99.082.668.362	108.242.098.963	114.489.404.329
Gastos de funcionamiento comprometidos	45.304.263.359	50.738.517.706	52.785.160.073
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	47.439.160.278	50.495.405.461	53.149.049.060
<b>Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud</b>	<b>107</b>	<b>107</b>	<b>108</b>
Ingresos por venta de salud recaudados	59.072.654.343	45.548.997.635	57.081.549.342

<b>Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud</b>	<b>64</b>	<b>45</b>	<b>54</b>
Ingreso reconocido total	174.795.536.937	184.177.472.124	206.127.817.725
Ingreso recaudado total	134.785.522.918	121.484.370.796	148.719.962.738
Gasto comprometido total	111.769.597.181	112.961.904.804	121.240.710.298
<b>Relación reconocimiento total/ compromiso total</b>	<b>156</b>	<b>163</b>	<b>170</b>
<b>Relación recaudo total/ compromiso total</b>	<b>121</b>	<b>108</b>	<b>123</b>
<b>Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total</b>	<b>88</b>	<b>70</b>	<b>90</b>

El porcentaje de cubrimiento de los gastos totales habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos disminuye su cubrimiento para la vigencia 2017 comparado con la vigencia 2016 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$108 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2017 de \$54 pesos, siendo menor al de la vigencia 2016; teniendo en cuenta que se recibieron mayor recursos por la venta de servicios de salud y en el 2016 fueron inferiores.

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 2017 llega a \$170 pesos siendo menor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$123 en la vigencia 2017 donde es mayor al de la vigencia anterior que fue inferior

#### Balance presupuestal Bogotá - gastos obligados

<b>INDICADOR</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Ingresos por venta de salud reconocidos	99.082.668.362	108.242.098.963	114.489.404.329
Gastos de funcionamiento obligados	42.419.196.241	47.771.167.089	49.232.206.625
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	42.902.568.728	45.990.544.465	46.963.284.223
<b>Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud</b>	<b>116</b>	<b>115</b>	<b>119</b>
Ingresos por venta de salud recaudados	59.072.654.343	45.548.997.635	57.081.549.342
<b>Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud</b>	<b>69</b>	<b>49</b>	<b>59</b>

Ingreso reconocido total	174.795.536.937	184.177.472.124	206.127.817.725
Ingreso recaudado total	134.785.522.918	121.484.370.796	148.719.962.738
Gasto obligado total	100.790.712.657	104.329.866.583	109.602.263.555
<b>Relación reconocimiento total/ obligado total</b>	<b>173</b>	<b>177</b>	<b>188</b>
<b>Relación recaudo total/ obligado total</b>	<b>134</b>	<b>116</b>	<b>136</b>
<b>Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total</b>	<b>97</b>	<b>76</b>	<b>99</b>

Al observar el anterior análisis varia en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha

**Indicadores presupuestales**

<b>Indicadores Resolución No. 743 de 2013</b>							
<b>"Indicador No. 5"</b>							
<b>Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogotá</b>							
				<b>Compromi- sos</b>	<b>Compromi- sos Indexado</b>	<b>Obligacio- nes</b>	<b>Obligacio- nes Indexado</b>
				<b>31/12/2017</b>	<b>31/12/2016</b>	<b>31/12/2017</b>	<b>31/12/2016</b>
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año			a	105.934.209 .133	107.054.873 .749	96.195.490 .848	99.153.009 .968
( / )Numero de UVR producidas en la vigencia			b	12.644.415, 40	14.556.464, 00	12.644.415 ,40	14.556.464 ,00
<b>Resultado (a/b)</b>				<b>8.378</b>	<b>7.354</b>	<b>7.608</b>	<b>6.812</b>
<b>Resultado Indicador</b>				<b>1,14</b>		<b>1,12</b>	
<b>Estándar indicador</b>				<b>&lt;0,90</b>		<b>&lt;0,90</b>	

<b>Indicador Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"</b>						
<b>Equilibrio Presupuestal con Recaudo Bogotá</b>						
				<b>Compromisos</b>	<b>Obligaciones</b>	
				<b>31/12/2017</b>	<b>31/12/2017</b>	
<i>Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)</i>				a	148.719.962.738	148.719.962.738
<i>Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)</i>				b	121.240.710.298	109.602.263.555
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>					<b>1,23</b>	<b>1,36</b>
<b>Estándar indicador</b>					<b>&gt;1,00</b>	<b>&gt;1,00</b>

<b>Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"</b>	<b>Valor</b>
Superávit o déficit operacional corriente	<b>30.503.342.646</b> -
Superávit o déficit operacional no corriente	<b>42.845.211.232</b>
Superávit o déficit total	<b>12.341.868.585</b>
<b>Sin Riesgo</b>	<b>0.16</b>
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	<b>84.887.107.427</b>

Presupuesto de ingresos aprobado Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017			2017/ 2016	2017/2016
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	614.792.223	614.792.223	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%
INGRESOS CORRIENTES	25.913.724.743	14.706.543.375	29.599.708.188	16.391.932.048	20.626.707.000	33.253.018.739	21.162.112.955	12,34%	29,10%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	25.172.766.964	13.965.585.596	29.590.420.482	16.382.644.342	20.526.707.000	33.148.497.257	21.057.591.473	12,02%	28,54%
.....REGIMEN SUBSIDIADO	15.103.887.184	9.838.652.234	17.885.257.242	13.896.348.646	15.306.374.000	19.573.125.979	17.292.485.860	9,44%	24,44%
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	7.344.263.578	2.242.688.667	8.366.889.704	684.694.711	2.853.478.000	9.699.210.188	2.018.237.675	15,92%	194,76%
.....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	576.669.308	484.223.184	725.103.777	281.004.393	603.712.000	919.596.390	48.500	26,82%	-99,98%
.....OTRAS ENTIDADES	2.147.946.894	1.400.021.511	2.613.169.759	1.520.596.592	1.763.143.000	2.956.564.700	1.746.819.438	13,14%	14,88%
...OTROS INGRESOS	22.874.275	22.874.275	9.287.706	9.287.706	-	4.521.482	4.521.482	-51,32%	-51,32%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	718.083.504	718.083.504	-	-	100.000.000	100.000.000	100.000.000	0,00%	0,00%
INGRESOS DE CAPITAL	-	-	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	10.587.582.550	10.587.582.550	7.020.066.626	7.020.066.626	9.753.183.500	8.800.036.099	8.800.036.099	25,36%	25,36%
TOTAL INGRESOS	37.116.099.516	25.908.918.148	36.619.774.814	23.411.998.674	30.379.890.500	42.053.054.838	29.962.149.054	14,84%	27,98%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	36.501.307.293	25.294.125.925	36.619.774.814	23.411.998.674	30.379.890.500	42.053.054.838	29.962.149.054	14,84%	27,98%

Del presupuesto total de ingresos aprobado se recaudó en un 99%, representado en mayor parte por el valor del recaudo por la venta de servicios de salud de la vigencia 2017, del total de reconocimientos su aumento está dado por la venta de servicios de salud de una vigencia a la otra, la recuperación de las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.

El total de reconocimiento con respecto al total del presupuesto aprobado en la vigencia 2017 es del 138% y en el 2016 era del 142%, mostrando una variación de un año a otro.

El recaudo total tuvo un aumento en la vigencia 2017 comparado con el de la vigencia 2016, dado por cuanto al mayor recaudo en las cuentas por cobrar (otras vigencias) y en gran porcentaje en venta de servicios de la vigencia 2017. El porcentaje por el recaudo total con respecto a los reconocimientos totales está dado por el 70%

### Presupuesto de gastos Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2015		AÑO 2016		2016/ 2015	2016/ 2015	AÑO 2017				2017/ 2016	2017/ 2016
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	2.867.068.403	2.627.207.251	3.397.656.764	2.931.477.493	18,51%	11,58%	19.349.271.934	18.880.241.573	17.828.621.830	17.509.773.160	456%	508%
...GASTOS DE PERSONAL	5.000.000	5.000.000	-	-	-100,00%	#####	15.280.993.000	15.254.599.189	14.883.455.206	14.829.982.626	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
.....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	-	-	-	-	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	-	-	-	-	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	5.000.000	5.000.000	-	-	-100,00%	#####	15.280.993.000	15.254.599.189	14.883.455.206	14.829.982.626	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
...GASTOS GENERALES	2.752.806.268	2.512.945.116	3.279.077.681	2.812.898.410	19,12%	11,94%	3.913.278.934	3.486.404.884	2.805.929.124	2.540.553.034	6%	0%
.....ADQUISICION DE BIENES	426.253.255	374.220.163	620.084.104	610.823.546	45,47%	63,23%	675.036.000	620.179.744	550.325.897	381.537.733	0%	-10%
.....ADQUISICION DE SERVICIOS	2.326.553.013	2.138.724.953	2.658.993.577	2.202.074.864	14,29%	2,96%	3.238.242.934	2.866.225.140	2.255.603.227	2.159.015.301	8%	2%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	97.697.678	97.697.678	101.579.083	101.579.083	3,97%	3,97%	115.000.000	99.237.500	99.237.500	99.237.500	-2%	-2%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	11.564.457	11.564.457	17.000.000	17.000.000	47,00%	47,00%	40.000.000	40.000.000	40.000.000	40.000.000	135%	135%
GASTOS DE OPERACIÓN	17.460.250.177	16.424.815.330	19.704.362.043	18.802.907.959	12,85%	14,48%	8.931.267.069	8.788.051.001	7.902.249.504	7.496.782.89	-55%	-58%



COMERCIAL Y PREST SS											6		
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.725.335.512	2.442.582.567	2.711.000.266	2.575.681.212	-0,53%	5,45%	3.184.031.069	3.050.188.311	2.603.531.722	2.380.920.052	13%	1%	
.....MEDICAMENTOS	742.262.010	618.970.276	655.872.127	618.691.863	-11,64%	-0,04%	683.121.576	648.545.220	589.995.748	521.564.551	-1%	-5%	
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	1.983.073.502	1.823.612.291	2.055.128.139	1.956.989.349	3,63%	7,31%	2.500.909.493	2.401.643.091	2.013.535.974	1.859.355.501	17%	3%	
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	14.734.914.665	13.982.232.763	16.993.361.777	16.227.226.747	15,33%	16,06%	5.747.236.000	5.737.862.690	5.298.717.782	5.115.862.844	-66%	-67%	
INVERSION	469.515.335	462.948.564	-	-	-100,00%	#####	-	-	-	-	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.432.306.590	1.432.306.590	1.182.702.681	1.180.039.532	-17,43%	-17,61%	2.099.351.497	1.984.684.527	1.984.684.527	1.903.189.980	68%	68%	
TOTAL GASTOS	22.229.140.505	20.947.277.735	24.284.721.488	22.914.424.984	9,25%	9,39%	30.379.890.500	29.652.977.101	27.715.555.861	26.909.746.036	22%	21%	

El Total de Compromisos con respecto al presupuesto total aprobado fue por 97.60%, al interior de los rubros de la vigencia se presenta mayor variación está en servicios personales indirectos y la disminución de prestación de servicios en que se clasificó los gastos tercerizado por gastos de cooperativas o temporal a servicios indirectos quedando solo los servicios de gastos médicos por compra de servicios, y se presenta un aumento en cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el mayor valor de las cuentas por pagar presupuestales de la vigencia 2016.

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del total de los gastos obligados, estando en gran representación por las cuentas por pagar (vigencias anteriores) y seguido los gastos personales indirectos, por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores, teniendo en cuenta que el hospital realizo un proceso de contratar el personal tercerizado que estaba a través de cooperativa y fue vinculado a través de empresa temporal.

Los pagos totales en el presupuesto de gastos con respecto al periodo de 2016 a 2017 aumento en un 17%, esta situación se puede ver en mayor representación por el mayor valor pagado en el concepto de servicios personales indirectos y cuentas por pagar (vigencias anteriores).

**Cuentas por pagar presupuestales constituidas – U.F. Zipaquirá**

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 14/15	inc o dis % 15/16
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	1.414.938.672	87%	1.281.862.770	85%	1.370.296.504	58%	-9%	7%
OBLIGACIONES - PAGOS	218.987.542	13%	222.210.947	15%	989.313.996	42%	1%	345%
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	1.633.926.214	100%	1.504.073.717	100%	2.359.610.500	100%	-8%	57%

Se puede observar al constituir las cuentas por pagar presupuestales, de la vigencia 2016 se aumentó los saldos por ejecutar (compromisos – obligaciones) quedando algunos contratos para ejecutar en la vigencia siguiente y en las cuentas por pagar correspondiente a las obligaciones – pagos aumento, por menor valor pagado a proveedores por la compra de bienes y servicios recibidos en la vigencia 2016.

**Balance presupuestal Zipaquirá-gastos comprometidos**

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	25.172.766.964	29.590.420.482	33.148.497.257
Gastos de funcionamiento comprometidos	2.867.068.403	3.397.656.764	18.880.241.573
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	17.460.250.177	19.704.362.043	8.788.051.001
<b>Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud</b>	<b>124</b>	<b>128</b>	<b>120</b>
Ingresos por venta de salud recaudados	13.965.585.596	16.382.644.342	21.057.591.473
<b>Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud</b>	<b>69</b>	<b>71</b>	<b>76</b>
Ingreso reconocido total	37.116.099.516	36.619.774.814	42.053.054.838
Ingreso recaudado total	25.908.918.148	23.411.998.674	29.962.149.054

Gasto comprometido total	22.229.140.505	24.284.721.488	29.652.977.101
<b>Relación reconocimiento total/ compromiso total</b>	<b>167</b>	<b>151</b>	<b>142</b>
<b>Relación recaudo total/ compromiso total</b>	<b>117</b>	<b>96</b>	<b>101</b>
<b>Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total</b>	<b>114</b>	<b>96</b>	<b>101</b>

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos disminuye su cubrimiento para la vigencia 2017 comparado con el de la vigencia 2016 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$120 pesos, por el mayor valor de contratos comprometidos a este fecha, que cubren hasta mediados de enero de 2018.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos aumenta en la vigencia 2017, por el mayor 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 \$142 pesos inferior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$101 pesos de cubrimiento.

### Balance presupuestal Zipaquirá-gastos obligados

INDICADOR	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	25.172.766.964	29.590.420.482	33.148.497.257
Gastos de funcionamiento obligados	2.627.207.251	2.931.477.493	17.828.621.830
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	16.424.815.330	18.802.907.959	7.902.249.504
<b>Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud</b>	<b>132</b>	<b>136</b>	<b>129</b>
Ingresos por venta de salud recaudados	13.965.585.596	16.382.644.342	21.057.591.473

<b>Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>82</b>
Ingreso reconocido total	37.116.099.516	36.619.774.814	42.053.054.838
Ingreso recaudado total	25.908.918.148	23.411.998.674	29.962.149.054
Gasto obligado total	20.947.277.735	22.914.424.984	27.715.555.861
<b>Relación reconocimiento total/ obligado total</b>	<b>177</b>	<b>160</b>	<b>152</b>
<b>Relación recaudo total/ obligado total</b>	<b>124</b>	<b>102</b>	<b>108</b>
<b>Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total</b>	<b>121</b>	<b>102</b>	<b>108</b>

Al observar el anterior análisis varia en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

#### Indicadores presupuestales

##### **Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"**

##### **Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - UF Zipaquirá**

		<b>Compromisos</b>	<b>Compromisos Indexados</b>	<b>Obligaciones</b>	<b>Obligaciones Indexadas</b>
		<b>31/12/2017</b>	<b>31/12/2016</b>	<b>31/12/2017</b>	<b>31/12/2016</b>
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	27.668.292.574	24.430.384.888	25.730.871.334	22.984.112.615
( / )Numero de UVR producidas en la vigencia	b	5.906.356,40	5.701.582,00	5.906.356,40	5.701.582,00
<b>Resultado (a/b)</b>		<b>4.684</b>	<b>4.285</b>	<b>4.356</b>	<b>4.031</b>
<b>Resultado Indicador</b>			<b>1,09</b>	<b>1,08</b>	

INFORME DE GESTIÓN

05DE07 - V1

*Estándar indicador*

<0,90

<0,90

**Indicador Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"**

**Equilibrio Presupuestal con Recaudo UF Zipaquirá**

		<b>Compromisos 31/12/2017</b>	<b>Obligaciones 31/12/2017</b>
<i>Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)</i>	a	29.962.149.054	29.962.149.054
<i>Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)</i>	b	29.652.977.101	27.715.555.861
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>		<b>1,01</b>	<b>1,08</b>
<b>Estándar indicador</b>		<b>&gt;1,00</b>	<b>&gt;1,00</b>

<b>Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"</b>	<b>Valor</b>
Superávit o déficit operacional corriente	<b>206.118.859</b>
Superávit o déficit operacional no corriente	<b>9.056.470.917</b>
Superávit o déficit total	<b>9.262.589.775</b>
<b>Sin Riesgo</b>	<b>0.33</b>
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	<b>12.860.849.184</b>

**Consolidado**  
**Presupuesto de ingresos consolidado**

CONCEPTO	AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017			2017/ 2016	2017/2 016
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	37.589.160.968	37.589.160.968	42.190.820.564	42.190.820.564	39.724.825.215	39.724.825.215	39.724.825.215	-5,84%	-5,84%
INGRESOS CORRIENTES	132.979.956.164	81.762.760.777	146.112.362.599	70.211.485.131	89.489.720.383	152.893.808.394	83.395.047.623	4,64%	18,78%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	124.255.435.326	73.038.239.939	137.832.519.445	61.931.641.977	82.120.868.317	147.637.901.586	78.139.140.815	7,11%	26,17%
.....REGIMEN SUBSIDIADO	90.836.992.453	51.626.761.725	96.888.624.408	43.610.421.891	56.464.535.000	101.802.471.348	57.034.339.297	5,07%	30,78%
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	13.709.818.993	7.010.619.637	14.706.130.472	4.488.720.697	5.755.138.000	19.169.651.729	7.814.362.508	30,35%	74,09%
.....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	8.395.427.745	6.561.933.198	12.218.203.444	6.125.630.104	11.353.628.000	12.905.662.069	5.040.908.659	5,63%	-17,71%
.....OTRAS ENTIDADES	11.313.196.135	7.838.925.379	14.019.561.121	7.706.869.285	8.547.567.317	13.760.116.440	8.249.530.351	-1,85%	7,04%
...OTROS INGRESOS	1.035.816.239	1.035.816.239	652.418.774	652.418.774	500.000.000	638.339.917	638.339.917	-2,16%	-2,16%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	7.688.704.599	7.688.704.599	7.627.424.380	7.627.424.380	6.868.852.066	4.617.566.891	4.617.566.891	-39,46%	-39,46%
INGRESOS DE CAPITAL	2.133.089.500	2.133.089.500	2.226.565.463	2.226.565.463	800.000.000	2.158.266.851	2.158.266.851	-3,07%	-3,07%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	39.209.429.821	39.209.429.821	30.267.498.312	30.267.498.312	57.010.700.738	53.403.972.103	53.403.972.103	76,44%	76,44%
TOTAL INGRESOS	211.911.636.453	160.694.441.066	220.797.246.938	144.896.369.470	187.025.246.336	248.180.872.563	178.682.111.792	12,40%	23,32%
TOTAL INGRESOS SIN	174.322.475.485	123.105.280.098	178.606.426.374	102.705.548.906	147.300.421.121	208.456.047.348		16,71%	35,30%





...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	99.696.209	99.696.209	143.657.812	143.657.812	44,10%	44,10%	804.949.000	389.197.827	389.197.827	389.197.827	171%	171%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	64.899.410.455	59.327.384.058	70.199.767.504	64.793.452.424	8,17%	9,21%	62.587.654.476	61.937.100.061	54.865.533.727	50.290.541.671	-12%	-15%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	28.108.234.470	25.362.312.733	30.095.794.523	27.047.561.690	7,07%	6,64%	32.389.584.476	31.783.826.194	26.330.302.264	22.359.240.546	6%	-3%
.....MEDICAMENTOS	8.222.030.466	7.292.819.390	8.806.931.468	7.960.478.964	7,11%	9,16%	9.928.494.576	9.690.367.343	7.624.249.293	6.591.176.458	10%	-4%
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	19.886.204.004	18.069.493.343	21.288.863.055	19.087.082.726	7,05%	5,63%	22.461.089.900	22.093.458.851	18.706.052.971	15.768.064.088	4%	-2%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	36.791.175.985	33.965.071.325	40.103.972.981	37.745.890.734	9,00%	11,13%	30.198.070.000	30.153.273.867	28.535.231.463	27.931.301.125	-25%	-24%
INVERSION	12.673.457.971	10.649.325.840	2.602.593.774	1.470.264.849	-	-86,19%	29.602.395.715	1.373.707.502	563.254.251	401.705.512	-47%	-62%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	8.254.537.498	6.714.877.002	10.308.090.544	10.277.929.712	24,88%	53,06%	17.407.704.335	15.917.478.190	14.828.202.983	14.345.206.397	54%	44%
TOTAL GASTOS	133.998.737.686	121.737.990.392	137.246.626.292	127.244.291.567	2,42%	4,52%	187.025.246.336	150.893.687.399	137.317.819.416	130.565.253.001	10%	8%

El total de compromisos con respecto al presupuesto total aprobado se ejecutó en un 80.68% teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede Bogotá y la uf Zipaquirá, se presenta una variación mayor en servicios personales indirectos por reclasificación de gastos de personal tercerizados que se manejan por compra de bys, y el aumento en el valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores).

Los compromisos totales han tenido un aumento del 10% para el 2017, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos en el presupuesto como gastos indirectos y compra de servicios cubren a mediados de febrero para seguir con la continuidad en la prestación de los servicios mientras sale el proceso de las convocatorias.

El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2017, se discrimina así: Bogotá por valor de \$121.240 millones con una participación del 80% y U.F. Zipaquirá por valor de \$29.652 millones con una participación del 20%.

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 8% del total de los gastos obligados, estando en gran representación los gastos de funcionamiento por la reclasificación de los gastos tercerizado para la sede Zipaquirá en lo correspondiente de servicios personales indirectos, también por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores, presentando menor valor para esta vigencia 2016 y el aumento del valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el menor valor pagado en la vigencia 2016.

Los pagos totales de gastos en el 2017 aumentan en un 2.6%, por el mayor valor pagado de los gastos tercerizados siendo menor en la vigencia anterior, en el rubro de cuentas por pagar (vigencias anteriores) aumento donde influye por el mayor valor constituido como cuentas por pagar en este rubro.

El Presupuesto de Gastos por Pagos de la vigencia del 2017 por valor de \$130.565 millones, se discrimina así: Bogotá por un valor de \$103.655 millones con una participación del 79% y la U.F. Zipaquirá \$26.909 millones por 21%.

**Cuentas por pagar presupuestales constituidas – consolidado**

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 14/15	inc o dis % 15/16
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	8.134.203.045	83%	12.260.747.294	91%	10.218.913.569	53%	51%	-17%
OBLIGACIONES - PAGOS	1.677.118.526	17%	1.193.130.623	9%	8.973.649.669	47%	-29%	652%
TOTAL	9.811.321.571	100%	13.453.877.917	100%	19.192.563.238	100%	37%	43%

Se observa en el anterior comparativo para la vigencia 2016 quedo saldos de contratos por ejecutar (compromisos-obligaciones) menor que el 2015 teniendo en cuenta que no se sigue ejecutando el contrato para el reforzamiento estructural del edificio asistencial de la sede Bogotá que inicialmente en el 2014 fue por \$2.984 millones a Diciembre de 2015 quedaron para ejecutar por valor de \$1.525 millones y en el 2016 ya se ejecutaron el 100%. En lo aplicado a las cuentas por pagar (obligaciones-pagos) aumenta, quedando un mayor valor por pagar comparado con el de las vigencias anteriores; donde no se logró pagar el 100% de las cuentas causadas

**Balance presupuestal consolidado -gastos comprometidos**

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	124.255.435.326	137.832.519.445	147.637.901.586
Gastos de funcionamiento comprometidos	48.171.331.762	54.136.174.470	71.665.401.646
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	64.899.410.455	70.199.767.504	61.937.100.061
<b>Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud</b>	<b>110</b>	<b>111</b>	<b>111</b>
Ingresos por venta de salud recaudados	73.038.239.939	61.931.641.977	78.139.140.815
<b>Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud</b>	<b>65</b>	<b>50</b>	<b>58</b>
Ingreso reconocido total	211.911.636.453	220.797.246.938	248.180.872.563
Ingreso recaudado total	160.694.441.066	144.896.369.470	178.682.111.792
Gasto comprometido total	133.998.737.686	137.246.626.292	150.893.687.399
<b>Relación reconocimiento total/ compromiso total</b>	<b>158</b>	<b>161</b>	<b>164</b>
<b>Relación recaudo total/ compromiso total</b>	<b>120</b>	<b>106</b>	<b>118</b>
<b>Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total</b>	<b>92</b>	<b>75</b>	<b>92</b>

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos disminuyen en la vigencia 2017 por el aumento en los gastos comprometidos en funcionamiento y operación y prestación de servicios, teniendo en cuenta que los gastos adquiridos con los proveedores de bienes y servicios están en promedio hasta mediados de febrero de 2018. Donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$111 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos se logra aumentar su participación llegando a \$58 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 \$164 pesos siendo mayor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$118 pesos.

#### Balance presupuestal consolidado – Gastos obligados

INDICADOR	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	124.255.435.326	137.832.519.445	147.637.901.586
Gastos de funcionamiento obligados	45.046.403.492	50.702.644.582	67.060.828.455
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	59.327.384.058	64.793.452.424	54.865.533.727
<b>Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud</b>	<b>119</b>	<b>119</b>	<b>121</b>
Ingresos por venta de salud recaudados	73.038.239.939	61.931.641.977	78.139.140.815
<b>Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud</b>	<b>70</b>	<b>54</b>	<b>64</b>
Ingreso reconocido total	211.911.636.453	220.797.246.938	248.180.872.563
Ingreso recaudado total	160.694.441.066	144.896.369.470	178.682.111.792
Gasto obligado total	121.737.990.392	127.244.291.567	137.317.819.416
<b>Relación reconocimiento total/ obligado total</b>	<b>174</b>	<b>174</b>	<b>181</b>
<b>Relación recaudo total/ obligado total</b>	<b>132</b>	<b>114</b>	<b>130</b>
<b>Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total</b>	<b>101</b>	<b>81</b>	<b>101</b>

#### Indicadores presupuestales

##### Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"

##### Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado

Compromisos	Compromisos Indexado	Obligaciones	Obligaciones Indexado
31/12/2017	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2016

Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año

a	133.602.501.707	135.655.984.704	121.926.362.182	126.306.692.591
---	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

( / )Numero de UVR producidas en la vigencia

b	18.550.771,80	21.434.528,00	18.550.771,80	21.434.528,00
---	---------------	---------------	---------------	---------------

**Resultado (a/b)**

	<b>7.202</b>	<b>6.329</b>	<b>6.573</b>	<b>5.893</b>
--	--------------	--------------	--------------	--------------

**Resultado Indicador** 1,14 1,12

**Estándar indicador** <0,90 <0,90

**Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"**

**Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado**

		<b>Compromisos 31/12/2017</b>	<b>Obligaciones 31/12/2017</b>
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	178.682.111.792	178.682.111.792
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	150.893.687.399	137.317.819.416

**Resultado Indicador (a/b)** 1,18 1,30

**Estándar indicador** >1,00 >1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	<b>-30.297.223.788</b>
Superávit o déficit operacional no corriente	<b>60.036.358.690</b>
Superávit o déficit total	<b>29.739.134.902</b>
<b>Sin Riesgo</b>	<b>0.29</b>
Superávit o déficit presupuestal (Riesgo Alto)	<b>97.287.185.164</b>

#### 4.3.1 Indicadores de financiera y administrativa

<b>INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO</b>
<b>ESTÁNDAR:</b> Mayor o igual que 0,00
<b>RESULTADO:</b> Sin Riesgo
<b>CALIFICACIÓN:</b> 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	0.16	0.33	<b>0.29</b>
	<b>RESULTADO INDICADOR</b>	<b>Sin Riesgo</b>	<b>Sin Riesgo</b>	<b>Sin Riesgo</b>

#### Actividades y estrategias ejecutadas

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 generando incremento en su venta de servicios de salud de la vigencia por reconocimientos. En efecto a estos esfuerzos el recaudo de la vigencia actual y el de la facturación de vigencias anteriores aumentan.

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 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 enero.

Se viene realizando la radicación de la facturación generada en la vigencia de manera oportuna y según lo indica la norma.

#### Logros

\*El aumento de la productividad por la venta de servicios que inciden directamente en la facturación de los servicios prestados para la sede de Zipa y en bogota se mantiene.

\*La gestión realizada en la radicación de la facturación que genera recuperación de cartera con gestiones como: demandas, circularización y conciliación de saldos con los clientes y las gestiones de acuerdo a la normatividad vigente.

#### Dificultades

Aunque la facturación se mantiene pero no dejando de existir las dificultades en el flujo de recursos, 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 \$141.646 millones y un recaudo de \$82.139 millones para un 58% 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 presentaron 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	<b>-30.297.223.788</b>
Superávit o déficit operacional no corriente	<b>60.036.358.690</b>
Superávit o déficit total	<b>29.739.134.902</b>
<b>Sin Riesgo</b>	<b>0.29</b>
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	<b>97.287.185.164</b>

**INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA**

**ESTÁNDAR:** <0.90

**RESULTADO:** 1.14

**CALIFICACIÓN:** 0

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia	1.14	1.09	<b>1.14</b>

	anterior)			
--	-----------	--	--	--

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

El Hospital no aumento en gran valor los ingresos facturados y así mismo el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para la sede Bogotá y la UF Zipaquirá, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud.

Los ingresos no suben para Bogotá y se incrementó la productividad en la UF Zipaquirá, y los gastos aumentan.

### LOGROS

Al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2016 con la de 2017 en pesos constantes, hay una disminución del 13%, dando como resultado global Gasto de funcionamiento más los gastos de operación comercial y prestación de servicios por UVR en el 2016 un número de 6.329 y en el 2017 un número de 7.202.

Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 1.14 comparado con el año anterior al pasar de 7.354 pesos por UVR en el 2016, a 8.378 pesos esto dado principalmente por el menor valor en UVR Producidas porque bajan de una vigencia a otra en el 2016 fue de 14.556.464 y en el 2017 de 12.644.415.
- Sede U.F. Zipaquirá se tiene un gasto por UVR de 1.09 comparado con el año anterior al pasar de 4.285 pesos por UVR en el 2016, a 4.684 pesos esto dado principalmente por el mayor valor en gastos porque aumentan de una vigencia a otra y el valor de UVR Producidas son en el 2016 de 5.701.582 y en el 2017 de 5.906.356.

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 un aumento en la Uf Zipaquirá, debido a:

Que los gastos que se reflejan son los contratados para toda la vigencia y los no realmente facturados o causados, pero a pesar de todo se generó más gastos comprometidos ya que muchos contratos quedan para garantizar gastos a mediados de enero, también dado al aumento de la productividad.



Otro aspecto es la baja oferta de profesional especializado, médicos generales y personal de enfermería que por leyes del mercado condicionan una mayor exigencia remunerativa por parte de estos, a los cuales el hospital tiene que nivelarse para no quedarse sin el recurso humano y en la búsqueda de nuevo mercadeo en servicios que el hospital ha ido implementando y en fortalecer los servicios creados actuales, situación que implica aumentos en el costo superiores a lo contratado en varias especialidades.

**Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"**

**Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado**

		<b>Compromisos</b> <b>31/12/2017</b>	<b>Compromisos</b> <b>Indexado</b> <b>31/12/2016</b>
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	133.602.501.707	135.655.984.704
( / ) Numero de UVR producidas en la vigencia	b	18.550.771,80	21.434.528,00
<b>Resultado (a/b)</b>		<b>7.202</b>	<b>6.329</b>
<b>Resultado Indicador</b>			<b>1,14</b>
<b>Estándar indicador</b>			<b>&lt;0,90</b>

<b>INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO</b>
<b>ESTÁNDAR:</b> >1.00
<b>RESULTADO:</b> 1.18
<b>CALIFICACIÓN:</b> 5

**Actividades y estrategias ejecutadas**

**Actividades y estrategias ejecutadas**

Teniendo en cuenta la gran labor en la recuperación de cartera de servicios de la vigencia actual y de vigencias anteriores donde el Hospital ha realizado con la circularización mensual de la cartera, el cobro

directo a través de derechos de petición y la solicitud de intervención de entidades de control como la Supersalud y Contraloría. Igualmente se adelantan los procesos de cobro jurídico y conciliaciones prejudiciales y fallos judiciales ordenando el pago al hospital, siendo favorable para obtener más ingresos efectivos en el 2017.

Se logra mantener en la productividad del Hospital en la venta de servicios de salud, pero el recaudo de este aumento comparado con la vigencia anterior y la recuperación de cartera de vigencias anteriores también.

### **Logros**

En los ingresos totales recaudados en la vigencia 2017 aumentaron y en los gastos igual. Al mirar este comportamiento por sede vemos que sin tener en cuenta el valor del saldo de caja y bancos a Diciembre 31 de 2016, aumento el recaudo comparado con el de la vigencia anterior para la sede Bogotá y UF Zipaquirá, hay que tener en cuenta que los ingresos totales para este indicador incluye el valor de la disponibilidad inicial y en gastos las cuentas por pagar (vigencias anteriores).

Otro aspecto es que las cuentas por pagar con proveedores aumentaron comparadas con la vigencia 2016 y como se ha mantenido la misma disponibilidad en las cuentas bancarias con estos se ha logrado rendimientos financieros para así apalancar gastos.

### **Dificultades**

Los contratos están suscritos hasta mediados enero y el total de recaudo hasta el mes de diciembre de 2017, algunos gastos comprometidos en la vigencia 2016 quedan para garantizar gastos en la siguiente vigencia 2017 quedando como gastos en la vigencia 2016, 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.

Otro aspecto es que se tiene saldos disponibles en bancos del resultado del cierre de la vigencia anterior en la disponibilidad inicial presentando valores de estampillas pro hospitales y de recursos propios por la venta propia de servicios de salud. No obstante que los ingresos solo de la actual vigencia 2017 y por recuperación de cartera de vigencias anteriores aumentaron y los gastos también. Al observar este comparativo los gastos de la vigencia siempre no dejan de ser superiores a los ingresos recaudados de solo la vigencia, porque la recuperación de cartera de servicios de solo la vigencia llega a un 58% todo el año, apalancándose con ingresos recaudados por recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Por lo anterior el flujo de recursos del sistema de salud, conocido por todos las EPS no están pagando de manera oportuna los servicios prestados y la rotación de cartera por venta de servicios de salud sigue creciendo, llegando a un promedio de 180 días.

### **Anexo. Cuadro resumen Indicador**

#### **Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"**

#### **Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado**

	<b>Compromisos 31/12/2017</b>	<b>Obligaciones 31/12/2017</b>
<i>Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye a</i>	178.681.718.392	178.681.718.392

CxC)

<i>Ejecucion de gastos compromisos (Incluye CxP)</i>	<i>b</i>	150.893.687.399	137.317.819.416
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>		<b>1,18</b>	<b>1,30</b>
<b>Estandar indicador</b>		<b>&gt;1,00</b>	<b>&gt;1,00</b>

#### 4.4. Contabilidad

##### Balance Contable

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
BALANCE GENERAL Con Corte a Diciembre 2015 - 2016 - 2017

información en miles de \$

CONCEPTO / VIGENCIA	dic-15	dic-16	dic-17	Hnc o dHs \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)
<b>ACTIVO</b>	<b>213.115.376</b>	<b>253.053.200</b>	<b>251.994.579</b>	<b>(1.058.621)</b>	<b>-0,42%</b>
Activo Corriente	157.089.979	139.081.514	134.800.290	(4.281.224)	-3.08%
Efectivo Y Equivalente al Efectivo	42.932.610	40.128.405	48.403.316	8.274.911	20.68%
Cuentas Por Cobrar	108.662.522	93.306.950	81.490.639	(11.816.311)	-12.66%
Inventarios	5.494.847	5.646.159	4.906.335	(739.824)	-13.1%
Inventarios para Prest. De servicios	5.884.801	6.222.486	5.161.389	(1.061.097)	-17.05%
Deterioro Inventarios (-)	(389.954)	(576.327)	(255.054)	321.273	-55.74%
Activo No corriente	56.025.397	113.971.686	117.194.289	3.222.603	2.83%
Inversiones E Instrumentos Derivados	159.643	267.897	173.755	(94.142)	-35.14%
Cuentas Por Cobrar	199.107	55.050.502	59.441.737	4.391.235	7.98%
Propiedad, planta, equipo y Prop. De Inversión	31.326.510	57.890.070	56.874.877	(1.015.193)	-1.75%
Bienes de Uso Público y Gnal (17)	15.496.593	-	-	-	-
Otros activos	8.843.544	763.217	703.920	(59.297)	-7.77%
<b>PASIVO</b>	<b>19.086.095</b>	<b>25.470.476</b>	<b>18.890.277</b>	<b>(6.580.199)</b>	<b>-25.83%</b>
Pasivo Corriente	18.319.620	23.876.202	15.833.566	(8.042.636)	-33.68%
Pasivo NO Corriente	766.475	1.594.274	3.056.711	1.462.437	91.73%
<b>PATRIMONIO</b>	<b>194.029.281</b>	<b>227.582.725</b>	<b>233.104.302</b>	<b>5.521.577</b>	<b>2.43%</b>
<b>TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO</b>	<b>213.115.376</b>	<b>253.053.201</b>	<b>251.994.579</b>	<b>(1.058.622)</b>	<b>0.42%</b>

En el Activo las cuentas representativas de la entidad están determinadas por la Cartera en un 32% en activo corriente y 23% en activo no corriente para un total del 55% del total del activo.

El disponible se incrementó a corte de diciembre de 2017 en un 17% con relación a igual vigencia del 2016, pasando de \$40.128 millones en el 2016 a \$48.403 millones en 2017.

Los factores representativos a los cambios en el Activo, son entre otros:

-El incremento del disponible mayormente se debe a que los recaudos de cartera mejoraron notablemente a pesar de la situación general del sector de la Salud.

-La Cartera se sigue incrementando año tras año, en el año 2017 se reclasificaron por edades al activo no corriente, las deudas de las entidades liquidadas. Además por las mismas razones y por el inconvenientes para el No pago en las entidades como es el caso de las autorizaciones, glosas y devoluciones que ponen en riesgo el flujo de recursos de la entidad, la liquidación de entidades que nos adeudan sumas considerables como es el caso de Caprecom y SaludCoop, y las políticas gubernamentales que ante la crisis general de la Salud, no toman las medidas necesarias a corto plazo que nos garanticen la recuperación de los millonarios recursos que las entidades nos adeudan en general en este sector.

Los inventarios de Materiales en este año tuvieron una disminución del 21%, lo que indica la mejoría en la facturación del periodo, manteniendo el poder de compra para la atención oportuna de los servicios asistenciales del hospital.

Las inversiones igualmente disminuyeron en un 54% al realizar la actualización de su valor patrimonial y el deterioro asignado por la inminente liquidación de Coodecum.

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta una disminución de \$1.015 millones representados en un 2%, por el impacto de convergencia al nuevo marco normativo.

Con respecto al Pasivo total se muestra en el presente ejercicio, una disminución significativa de \$6.580 millones, representando el 35%, indicando así el cumplimiento oportuno del pago de las obligaciones de la entidad.

El Patrimonio de igual manera ha mostrado en los últimos años incrementos considerables. En el 2017 la disminución de \$1.058 millones que representa un 0.41%, está representado por el impacto de convergencia al nuevo marco normativo. Este es el primer año que se realiza un comparativo entre dos periodos afectos por el nuevo marco normativo.

### Actividad Económica

**E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**  
**ACTIVIDADES BOGOTA AÑOS 2015 – 2016 – 2017**  
Información en Miles

DETALLE	31DC-15	31DC-16	31DC-17	inc o dis \$ 2014/2013	inc o dis % 14/13	inc o dis \$ 2015/2014	inc o dis % 15/14	inc o dis \$ 2016/2015	inc o dis % 16/15
INGRESOS OPERACIONALES	100.869.320	107.512.797	115.282.575	10.161.171	12%	5.875.442	6%	6.643.477	6%
VENTA DE SERVICIOS	100.869.320	107.512.797	115.282.575	10.161.171	12%	5.875.442	6%	6.643.477	6%
COSTO DE VENTAS	88.781.638	94.620.177	98.877.727	10.636.112	15%	7.888.831	10%	5.838.539	6%
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	88.781.638	94.620.177	98.877.727	10.636.112	15%	7.888.831	10%	5.838.539	6%
UTILIDAD BRUTA	12.087.682	12.892.620	16.404.848	-474.941	-3%	-2.013.389	-14%	804.938	6%
GASTOS OPERACIONALES	11.628.685	14.866.431	17.147.873	1.414.072	11%	-2.163.987	-16%	3.237.746	22%
ADMINISTRACION	3.678.380	6.007.790	7.593.283	-381.484	-10%	399.663	12%	2.329.410	39%
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	7.950.305	8.858.641	9.554.590	1.795.556	21%	-2.563.650	-24%	908.336	10%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	458.997	-1.973.811	-743.025	2.505.809	114%	767.395	249%	2.432.808	123%
TRANSFERENCIAS	6.970.621	7.627.424	4.589.393	9.878.652	101%	12.710.366	-65%	656.803	9%
OTROS INGRESOS	8.063.861	8.754.668	5.587.493	-3.921.543	-40%	2.177.806	37%	690.807	8%
OTROS GASTOS	5.524.676	5.446.784	7.147.641	-3.835.941	-36%	-1.442.891	-21%	-77.892	-1%
EXCEDENTE (DEFICIT)	9.968.803	8.961.497	2.286.220	7.904.038	72%	-8.939.070	-47%	1.007.306	-11%
EXCEDENTE(DEFICIT)	9.968.803	8.961.497	2.286.220	7.904.038	72%	-8.939.070	-47%	-	-11%

DEL EJERC.									1.007.306	
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--

En Bogotá, los ingresos operacionales de diciembre de 2016 a diciembre de 2017 aumentaron en \$7.769 lo que equivale a un aumento del 7%.

Para el año 2017 los costos de ventas aumentan en un 4%. En el 2016 los Costos de Ventas eran del 88% y en el 2017 del 87% manteniendo su uniformidad.

Los gastos operacionales aumentaron a diciembre de 2017 en \$2.281 equivalente a un 15%, principalmente por el incremento de los gastos administrativos en \$1.585 millones.

Las transferencias disminuyeron en \$3.038 millones lo que equivale a un 40% con respecto al año anterior.

Los Otros ingresos también disminuyeron en \$3.167 millones que equivalen a un 36%. Estos comprenden descuentos por pronto pago e intereses bancarios.

Los Otros Gastos incluyen las glosas de la Vigencia por \$542 millones y de vigencias anteriores por \$4.142 millones.

**E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
ACTIVIDADES ZIPAQUIRA AÑOS 2015 – 2016 – 2017**

DETALLE	31-DC-15	31-DC-16	31-DC-17	inc o dis % 14/13	inc o dis \$ 2015/2014	inc o dis % 15/14	inc o dis \$ 2016/2015	inc o dis % 16/15	inc o dis \$ 2017/2016	inc o dis % 17/16
INGRESOS OPERACIONALES	26.104.679	30.688.617	34.118.923	17%	2.912.910	13%	4.583.938	15%	3.430.306	11%
VENTA DE SERVICIOS	26.104.679	30.688.617	34.118.923	17%	2.912.910	13%	4.583.938	15%	3.430.306	11%
COSTO DE VENTAS	19.199.676	21.599.991	26.692.941	17%	2.207.826	13%	2.400.315	11%	5.092.950	24%
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	19.199.676	21.599.991	26.692.941	17%	2.207.826	13%	2.400.315	11%	5.092.950	24%
UTILIDAD BRUTA	6.905.003	9.088.626	7.425.982	17%	705.084	11%	2.183.623	24%	-1.662.644	-18%
GASTOS OPERACIONALES	3.030.594	5.408.074	2.768.929	28%	-299.111	-9%	2.377.480	44%	-2.639.145	-49%
ADMINISTRACION	795.476	1.371.464	2.049.876	-9%	106.332	15%	575.988	42%	678.412	49%
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	2.235.118	4.036.610	719.053	43%	-405.443	-15%	1.801.492	45%	-3.317.557	-82%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	3.874.409	3.680.552	4.657.053	6%	1.004.195	35%	-193.857	-5%	976.501	27%
TRANSFERENCIAS	719.500	0	100.000	-62%	-156.270	-18%	-719.500	0%	100.000	0%
OTROS INGRESOS	145.709	217.385	136.730	-61%	751	1%	71.676	33%	-80.655	-37%
OTROS GASTOS	1.423.129	1.647.244	3.435.769	-22%	300.726	27%	224.115	14%	1.788.525	109%
EXCEDENTE (DEFICIT)	3.316.489	2.250.693	1.458.014	-30%	547.950	20%	1.065.796	-47%	-792.679	-35%
EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERC.	3.316.489	2.250.693	1.458.014	-30%	547.950	20%	1.065.796	-47%	-792.679	-35%

En la Unidad Funcional de Zipaquirá, los ingresos operacionales de diciembre de 2016 a diciembre 2017 aumentaron en \$3.430 millones lo que equivale a un aumento del 11%.

Aunque el costo de ventas se incrementa para el último periodo (2017) en 24%, se mantiene ligeramente el porcentaje del 70% al 78% con relación al total de ventas en un 8%

Los gastos operacionales disminuyeron en \$2.639 millones a diciembre de 2017. La cifra que más afectó este rubro corresponde al de provisiones y amortizaciones con una disminución de \$3.317 millones.

Para el periodo de 2016 se presenta una utilidad del ejercicio de \$1.458 millones que equivale a una disminución del -35% con relación al periodo anterior.

Los Otros Gastos incluyen las glosas de la Vigencia por \$135 millones y de vigencias anteriores por \$842 millones para un total de \$977, los cuales aumentaron en relación con el año anterior que presentan una cifra de \$631 millones.

**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
CONSOLIDADO**

**ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA, SOCIAL Y AMBIENTAL a DICIEMBRE de 2015 - 2016 - 2017**  
información en miles de \$

CUENTAS	dic-15	dic-16	dic-17	inc o dis \$ (14-15)	inc o dis % (14-15)	inc o dis \$ (15-16)	inc o dis % (15-16)	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)
INGRESOS OPERACIONALES	197.211.016	147.146.433	149.401.499	12.342.741	7%	(50.064.583)	-25%	2.255.066	2%
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	153.666.340	121.882.095	125.570.668	10.650.632	7%	(31.784.245)	-21%	3.688.573	3%
MARGEN BRUTO	43.544.676	25.264.338	23.830.831	1.692.109	4%	(18.280.338)	-42%	(1.433.507)	-6%
GASTOS DE OPERACIÓN	23.060.151	25.989.422	19.916.804	(3.500.133)	-13%	2.929.271	13%	(6.072.618)	-23%
DE ADMINISTRACIÓN	6.366.667	7.738.751	9.643.160	568.446	10%	1.372.084	22%	1.904.409	25%
PROVIS, DEPRECIACIONES Y AMORT.	16.693.484	18.250.671	10.273.644	(4.068.579)	-20%	1.557.187	9%	(7.977.027)	-44%
EXCEDENTE O DÉFICIT OPERACIONAL	20.484.525	(725.084)	3.914.027	5.192.242	34%	(21.209.609)	-104%	4.639.111	640%
Subvenciones ***	7.690.121	7.627.424	4.689.393	(14.960.644)	-66%	(62.697)	-1%	(2.938.031)	-39%
OTROS INGRESOS	8.868.860	9.425.351	5.724.224	2.269.806	34%	556.491	6%	(3.701.127)	-39%
OTROS GASTOS	10.089.842	9.341.643	10.583.410	(1.677.735)	-14,26%	(748.199)	-7%	1.241.767	13%
EXCEDENTE Ó DÉFICIT DEL EJERCICIO	26.953.664	6.986.048	3.744.234	(5.820.860)	-18%	(19.967.615)	-74%	(3.241.814)	-46%

Los Ingresos operacionales pasaron de diciembre de 2016 a diciembre de 2017 de \$147.146 millones a \$149.401 millones, representando un 2% de incremento.

Las Transferencias o Subvenciones disminuyeron en \$2.938 al pasar de diciembre 2016 de \$7.627 millones a \$4.689 millones en diciembre de 2017 representando un -63%, recursos por parte del Departamento de Cundinamarca en estampillas y SGP que por sus políticas para este año no fueron suficientes para nuestra entidad.

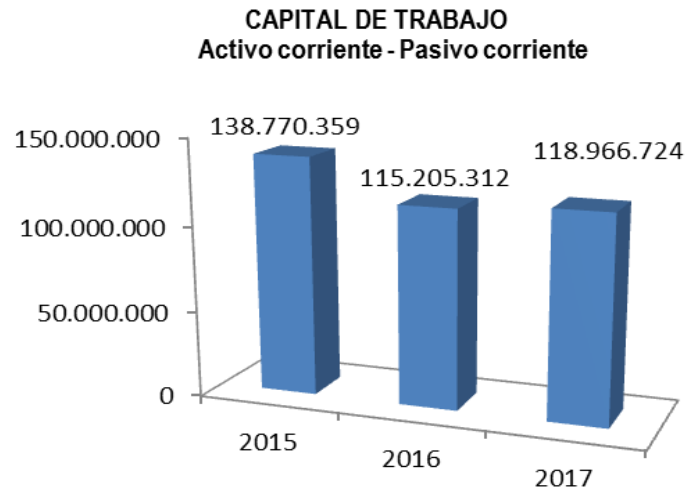
El excedente del ejercicio de diciembre de 2016 a diciembre de 2017 disminuyó en \$3.241 millones representando un -87%, al incremento de los costos y gastos del periodo expresados con anterioridad.

Los Costos de Ventas en esta ocasión presentan un incremento del 2% al pasar de \$121.882 millones a \$125.570 millones de diciembre de 2016 a diciembre de 2017. El margen porcentual para los dos años con respecto a las ventas, están en 82% y 84% respectivamente.

Los Gastos de Operación disminuyeron en un 30% al pasar de \$25.989 a \$19.917 millones a diciembre de 2017 principalmente por el aumento en los gastos de administración de \$7.738 a \$9.643 con un incremento del 20%, y una disminución en las provisiones de \$18.250 a \$10.273 en un -78%, debido a las políticas de deterioro determinadas por el comité financiero para este año.

Los Otros Gastos en esta ocasión se incrementaron de diciembre de 2016 a diciembre de 2017 al pasar de \$9.341 millones a \$10.583 millones, representado un 12%, principalmente por la cuenta de gastos de ejercicios anteriores donde se registró un incremento en la cuenta de glosas de la vigencia de \$4.783 a \$5.676.

### 13.1.4 Indicadores financieros

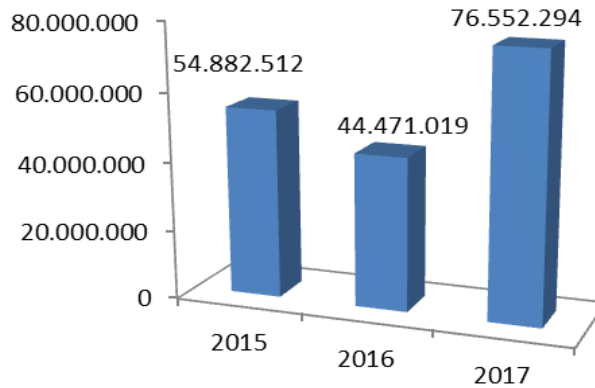


Indica la diferencia existente entre el Activo Corriente y Pasivo Corriente, y representa el valor del que se dispone después de cancelar las obligaciones que se tengan a corto plazo. El HUS en este rubro tiene en la fecha de análisis \$118.966.724 en miles de pesos, para realizar las actividades normales.



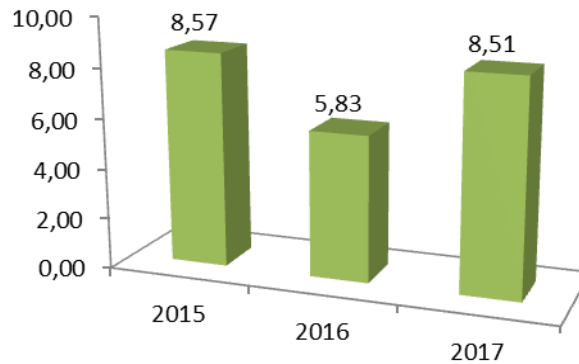
**INFORME DE GESTIÓN**

**CAPITAL DE TRABAJO**  
**Activo corriente - Pasivo corriente - 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 \$76.552.294 para enfrentar las actividades normales.

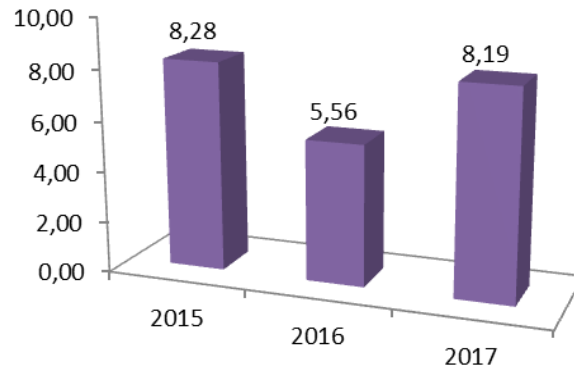
**RAZÓN CORRIENTE**  
**Activo corriente/Pasivo corriente**



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.

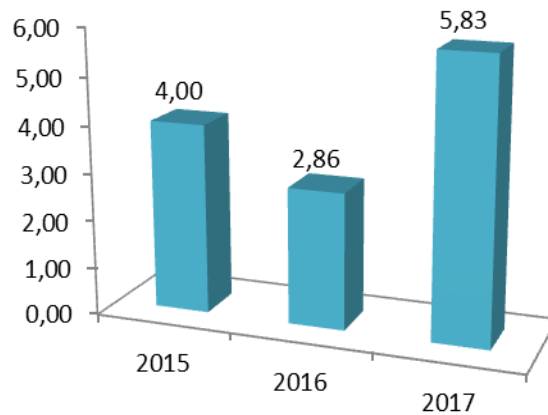
**INFORME DE GESTIÓN**

**CORRIENTE DISPONIBLE**  
**Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente**



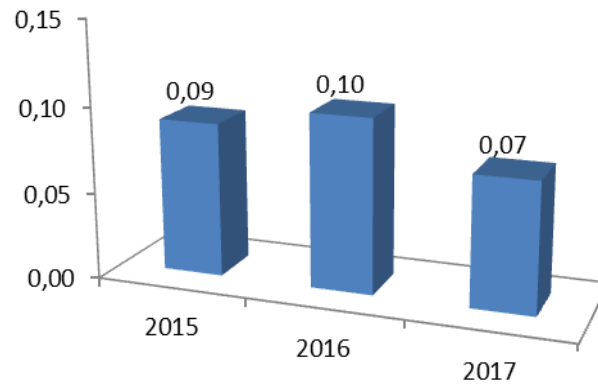
Con este indicador queremos demostrar que, sin tener en cuenta la realización del inventario que tanto tenemos en disposición para enfrentar las obligaciones a corto plazo. En el HUS en el periodo de análisis y comparando con dos años anteriores, vemos que poseemos más de \$3 por cada pesos que adeudamos, lo cual se considera aceptable en nuestra posición financiera.

**CORRIENTE DISPONIBLE**  
**Activo corriente-cartera/Pasivo corriente**



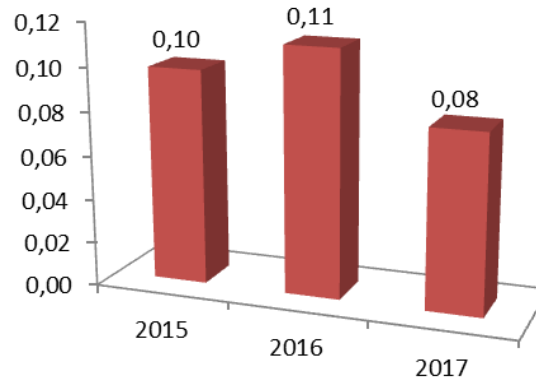
En este indicador excluimos la cartera, para sopesar la situación de la entidad, en caso de que no podamos realizar la cartera. Estamos en promedio de \$3 por cada peso que se adeuda, lo que nos indica que de una manera apretada podríamos enfrentar nuestras obligaciones más próximas.

**ENDEUDAMIENTO TOTAL**  
**Pasivo total/Activo total**



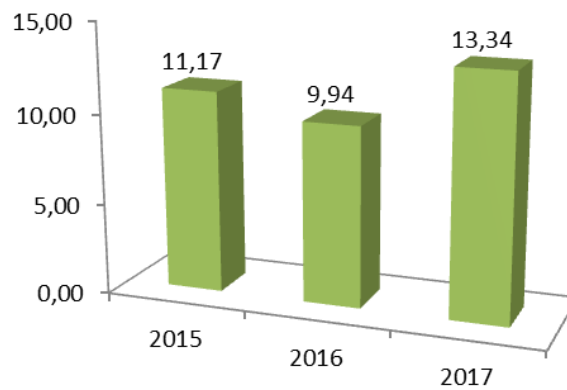
Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador muestra en el último año una disminución de 0.03, lo que indica que tenemos la tendencia a cumplir con nuestras obligaciones y que cada vez nos endeudamos menos.

**ENDEUDAMIENTO PATRIMONIAL**  
**Pasivo total/Patrimonio total**



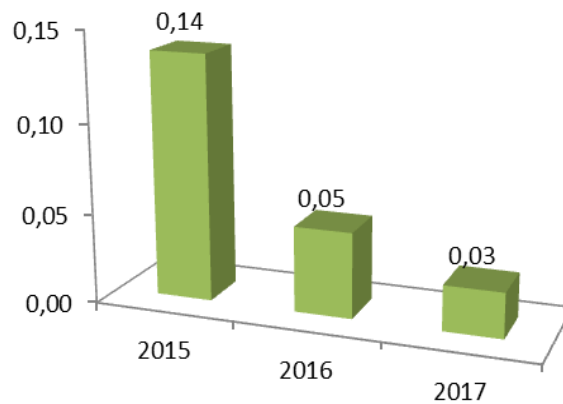
Leverage o Apalancamiento, compara el financiamiento originado de terceros con los recursos de los accionistas. En el indicador anterior, se muestra la disminución de los pasivos lo que a su vez impacta en las disminuciones anuales de financiamiento de terceros, en el presente indicador. Del 0.11 al 0.08 en términos porcentuales, lo que indica que la entidad, si sigue con esta tendencia, solo dependerá de su Patrimonio o inversiones propias.

**SOLIDEZ**  
Total activo/Pasivo total



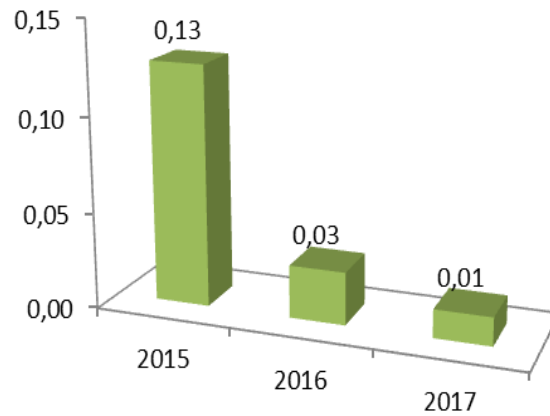
Por cada peso que adeudamos, poseemos 13.34 en el 2017, lo que indica que vamos con tendencia a la estabilidad año tras año en solidez, teniendo en cuenta que se deben realizar todos los activos para el pago total de los pasivos de la entidad.

**MARGEN RENTABLE EN VENTAS**  
(Utilidad/Ventas)



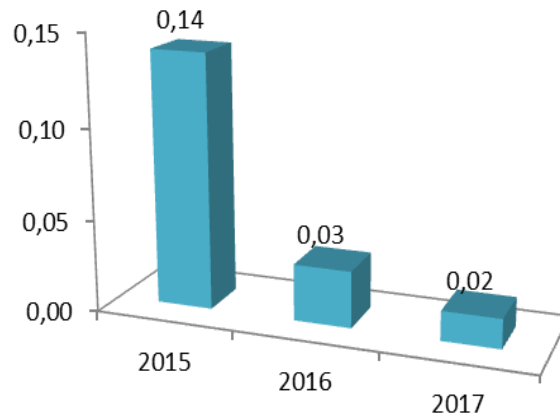
Indicador de rentabilidad, que nos muestra el porcentaje de la utilidad con respecto al total de ventas o facturación por servicios. En el último año el HUS ha tenido una caída en este margen lo que ha generado también incremento en los costos generales y distribuciones entre las 2 sedes (Bogotá, Zipaquirá)

**MARGEN RENTABLE EN ACTIVO**  
(Utilidad/Activo total)



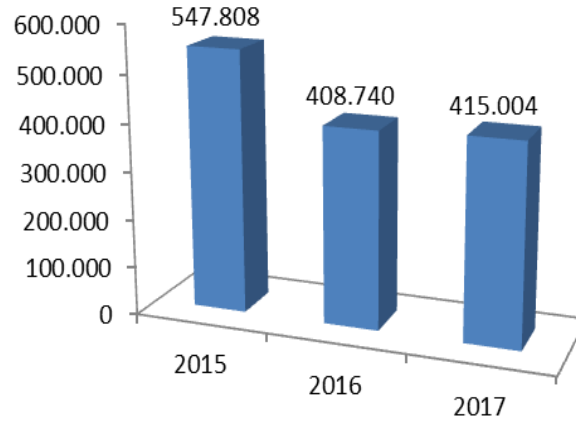
Con este margen de rentabilidad, comparamos la evolución que los activos tienen con respecto a la utilidad de cada ejercicio. Notamos que la rentabilidad va en disminución hasta el año 2017, por falta de ingresos y aumento de Costos.

**MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO**  
Utilidad/Patrimonio total



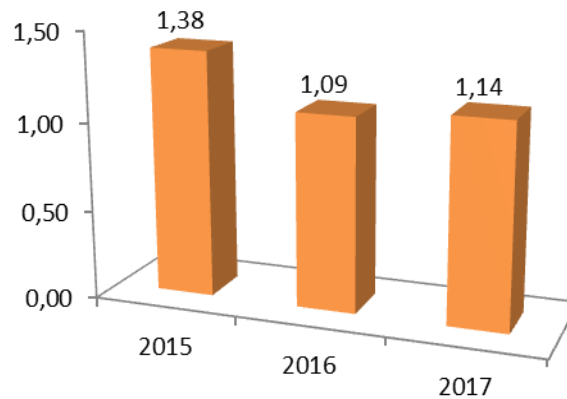
Al igual que los indicadores anteriores de rentabilidad, el del patrimonio muestra la misma tendencia, las utilidades del 2016 y 2017 disminuyeron, disminuyendo así mismo la rentabilidad Patrimonial.

**VENTAS PROMEDIO DIARIAS**  
 Ventas/días



En el último año este guarismo ha repuntado en las cifras de ventas diarias, por diversas causas, como el pequeño incremento en los precios de venta que se hace anual, y el sostenimiento de algunos contratos de manera significativa.

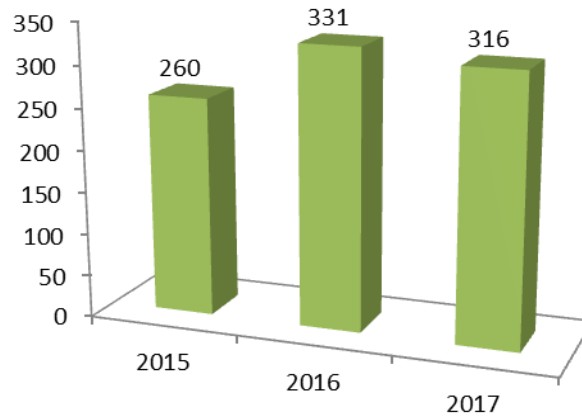
**ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES**  
 (Ventas/CxC)



La rotación de cartera de este indicador (veces de rotación), solo toma la cartera radicada que es la que realmente para efectos de análisis, corresponde a la Cartera para cálculos de Gestión. El indicador muestra una pequeña recuperación con respecto al año 2016, lo que quiere decir que los recaudos de cartera se han mantenido y tienden a mejorar, aunque las cifras de cuentas por cobrar vayan en aumento, que es una situación general en el sector de Salud.

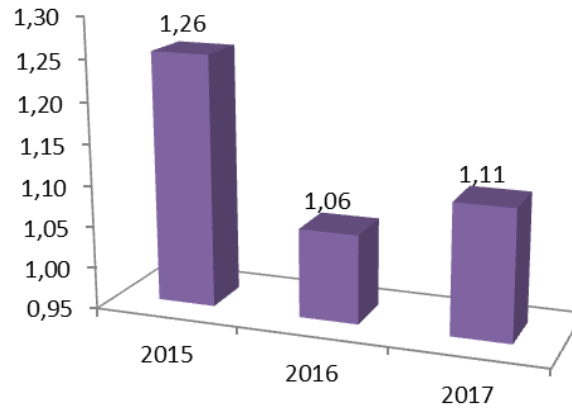
## INFORME DE GESTIÓN

### ROTACIÓN DE CARTERA EN DIAS



Este indicador muestra los días que se toman las entidades en cancelar sus obligaciones de cartera. Notamos que para el último año tiene una disminución de 15 días, lo que indica una recuperación en los recaudos.

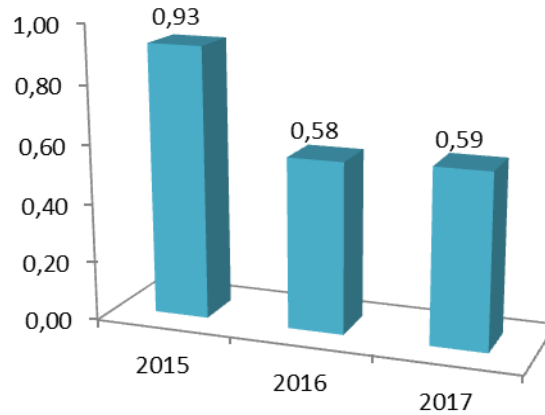
### ROTACIÓN ACTIVO CORRIENTE



Siendo la Cartera el rubro más significativo del activo corriente, y éste va en incremento cada año, este indicador de Rotación del Activo Corriente, igual que los anteriores indicadores de rotación ha tenido una leve recuperación.

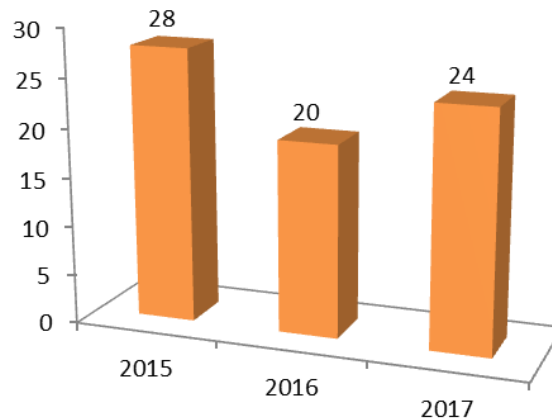
## INFORME DE GESTIÓN

### ROTACIÓN ACTIVO TOTAL



Al igual que el indicador de Rotación del Activo Corriente, la rotación del Activo Total va en un pequeño incremento por los recaudos que en este año tuvieron una mejoría.

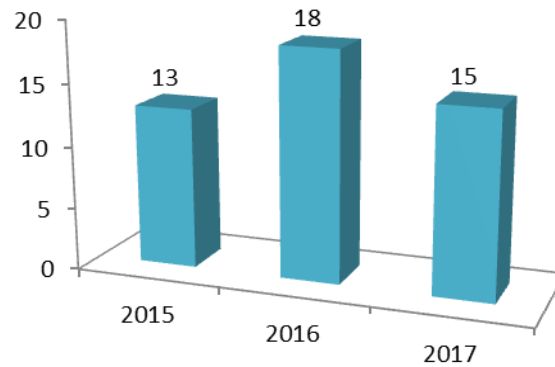
### ROTACIÓN DE INVENTARIOS



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. El aumento de 4 veces indica que tanto las ventas como las compras de insumos, va en aumento y los contratos con nuestros clientes se han sostenido.

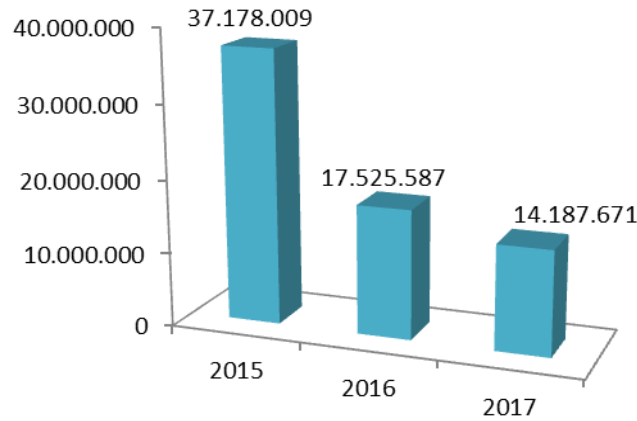


**PERIODO DE REPOSICION DE INVENTARIOS**



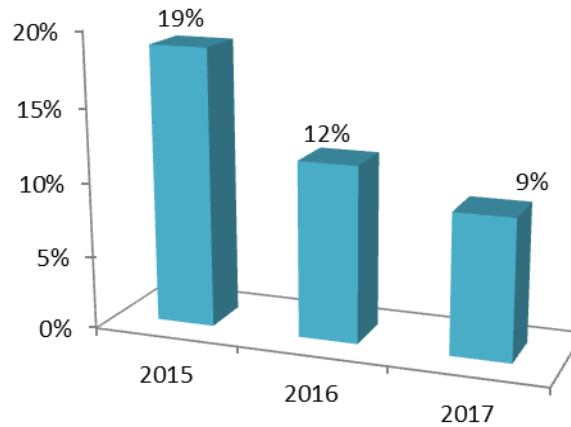
El periodo de reposición corresponde al tiempo que se utiliza para volver a realizar las compras respectivos del Inventario en determinado periodo. Al ir en descenso este indicador, nos muestra que en el ultimo año de 18 días a 15, mostrando que las ventas van en aumento y las compras de los insumos se realizan más constantemente.

**EBITDA**



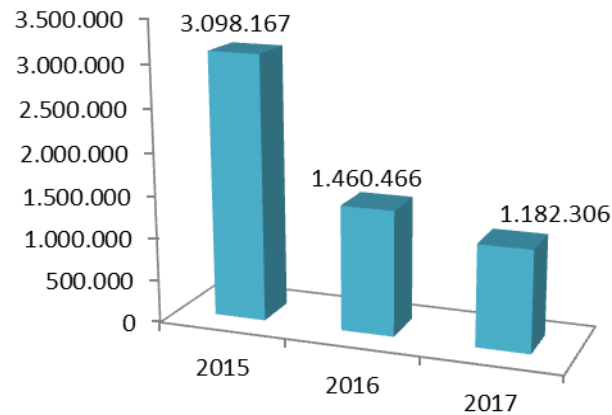
El **ebitda** es un indicador financiero, acrónimo del inglés Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (beneficio antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), es decir, el beneficio bruto de explotación calculado antes de la deducibilidad de los gastos financieros. Sin tener en cuenta estos rubros (intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), logramos presentar utilidad en los últimos tres años.

## MARGEN EBITDA



En términos porcentuales la participación de las ventas en los dos últimos periodos, presentan una disminución del 12% al 9%.

## EBITDA MENSUAL



Cálculo del Ebitda mensual. Para nuestro análisis, podemos notar que la cifra de utilidad sin incluir intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones, nos muestra la utilidad que realmente se gestiona, y es en realidad la utilidad operativa del negocio. A diciembre del 2016 presentamos una utilidad operacional de \$1.460.466 mensuales para el 2016 y 1.182.306 para el 2017.

### Proceso de convergencia normas internacionales de información financiera (NIIF)

Para la vigencia 2015, periodo de transición en el proceso de implementación de las NIIF, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se procedió a realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en el plan de acción - Acuerdo No. 015 del 04 de diciembre de 2014 presentado a la Superintendencia de Salud, en tal sentido, se desarrollaron las siguientes tareas principales:

- Se realizó el diagnóstico con los principales impactos en el HUS con la aplicación de la Resolución 414 de 2014.
- Se formuló la guía de políticas contables según Resolución 355 de 2015.
- Se elaboró y reportó el Estado de Situación Financiera de Apertura (ESFA) a la Contaduría General de la Nación -CGN.

Se hizo el levantamiento del ESFA (Estado Financiero de Apertura) con fecha 1º de enero de 2015, dando cumplimiento a lo solicitado en la Resolución 414 del 2014, y se trabajó la contabilidad NIIF en forma manual e independiente al Sistema Institucional, sin embargo el 1º de Noviembre del año 2015, se empezó a realizar la Contabilidad NIIF en el Sistema Dinámica General, con el objeto de realizar paralelos mes a mes y determinar la viabilidad del uso de la versión actualizada de DGH. Sin embargo, con la Resolución 663 de diciembre 30 de 2015, la Contaduría General de la Nación realizó cambios en el cronograma de preparación, transición y aplicación dando un nuevo plazo adicional de un año para las tres etapas de convergencia a las Normas Internacionales. Aunque estos nuevos plazos son de acogimiento voluntario, el HUS consideró conveniente obtener y aplicar esta nueva normatividad en vista de que se han tenido inconvenientes notables en el manejo del Sistema de Información entregado por SYAC (Empresa propietaria del aplicativo de Sistemas Institucional DGH). Mientras se realizan los desarrollos pertinentes; cabe anotar que el levantamiento de los requerimientos los realizó el HUS con personal de Sistemas, Financiera y en conjunto con los hospitales de Cundinamarca que formaron parte del G9 grupo de los 9 Hospitales que se encuentran dentro del contrato suscrito entre SYAC y la Secretaría de Salud de Cundinamarca para la gestión del aplicativo DGH.

Es de anotar que el HUS fue elegido como referente ante los demás hospitales del Departamento, en cuanto a Normas Internacionales se refiere. Se hicieron en el año 2015 diversas reuniones que el HUS lideró, con notoria asistencia de la mayoría de los hospitales, con los cuales compartimos conocimientos y experiencias las cuales nos ayudaron a interpretar y a aplicar convenientemente lo que la Resolución 414 para el sector salud, exige en su normatividad.

Para el año 2016, nuevamente tanto la Supersalud como la Contaduría General de la Nación, requirieron información sobre los avances en la nueva normatividad, solicitando entre otras, las Políticas Contables y el nuevo ESFA a 01/01/2016. El HUS cumplió con estos requerimientos, teniendo en cuenta que el ESFA inicial del 2014 se había preparado concienzudamente, y se logró de forma externa (sin el aplicativo DGH en el que solo se habían contabilizado bajo NIIF los meses de noviembre y diciembre), realizar la contabilidad total del año 2015 bajo NIIF, lo que nos permitió elaborar el ESFA con corte a final del 2015, el cual es el balance inicial para el año 2016.

Así las cosas, todo el año 2016 en el aplicativo DGH se encuentra bajo la nueva normatividad, con los limitantes que esta versión tiene, como son la falta de las opciones de Cierres Mensuales y cierre anual, entre otras. Para finales del año, el área de Sistema obtuvo la nueva versión que posee estas opciones, pero no fue posible actualizar y dejar en firme la contabilidad NIIF. Cabe anotar, que a partir del 2017, el Hus y las entidades similares, estamos en la obligación del manejo contable solo bajo esta normatividad, para lo cual el primer informe que la CGN nos exige en el primer trimestre, tiene que ver con la información bajo NIIF. Estamos a la espera de la nueva actualización de DGH, para realizar los procesos, revisiones, ajustes y contabilizaciones del año 2016 bajo NIIF.

Estado de tesorería

Estado de tesorería comparativo (Cifras en miles de pesos)					
	2017	2016	2015	Incr o dism (\$) 2017-2016	Incr o dism (%) 2017-2016
CAJA GENERAL	\$18.130	\$ 21.540	\$ 9.555	\$ - 3.410	-18,8%
CUENTAS CORRIENTES	\$ 15.886.451	\$ 7.727.696	\$ 17.615.298	\$ 8.158.755	51,4%
CUENTAS DE AHORROS	\$ 32.498.735	\$ 32.377.224	\$ 25.307.758	\$ 121.511	0,4%
<b>TOTAL RECURSOS TESORERIA</b>	<b>\$ 48.403.316</b>	<b>\$ 40.126.460</b>	<b>\$ 42.932.611</b>	<b>\$ 8.276.856</b>	<b>17,1%</b>
Cuenta maestra (Recaudadora y pagadora)	\$ 2.891.866	\$ -	\$ -	\$ 2.891.866	100,0%
Inversión proyecto sistema eléctrico 1a etapa (C*P)-Bogotá	\$ 1.089.275	\$ 1.134.259		-\$ 44.984	-4,1%
Estampilla Departamental	\$ 13.688.733	\$ 10.340.870	\$ 5.784.917	\$ 3.347.863	24,5%
Recursos propios destinados para proyectos*	\$ 12.860.672	\$ 12.844.487	\$ 1.531.827	\$ 16.185	0,1%
<b>(-) Menos recursos con destinación específica</b>	<b>\$ 30.530.546</b>	<b>\$ 24.319.616</b>	<b>\$ 7.921.914</b>	<b>\$ 6.210.930</b>	<b>20,3%</b>
<b>SUBTOTAL RECURSOS DISPOSICION:</b>	<b>\$ 17.872.770</b>	<b>\$ 15.806.844</b>	<b>\$ 35.010.697</b>	<b>\$ 2.065.926</b>	<b>11,6%</b>
<b>TOTAL CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>\$ 9.094.386</b>	<b>\$ 10.220.617</b>	<b>\$ 3.988.899</b>	<b>-\$ 1.126.231</b>	<b>-12,4%</b>
<b>CUENTAS POR PAGAR -VARIOS</b>	<b>\$ 8.599.075</b>	<b>\$ 9.852.157</b>	<b>\$ 3.383.729</b>	<b>-\$ 1.253.082</b>	<b>-14,6%</b>
Cuentas por Pagar Impuestos	\$ 495.311	\$ 368.460	\$ 605.170	\$ 126.851	25,6%
<b>TOTAL RECURSOS DISPOSICION:</b>	<b>\$ 9.273.695</b>	<b>\$ 5.954.687</b>	<b>\$ 31.626.968</b>	<b>\$ 3.319.008</b>	<b>35,8%</b>

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad años 2015-2016-2017

Recursos propios destinados para proyectos*		Estampilla Departamental	
Proyecto ampliación, remodelación y dotación Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos	\$7.860.672	Saldo a 31 de Diciembre de 2016	\$ 10.340.870
Modernización sistema ventilación mecánica y salas de Cirugía Integrada de la Unidad Quirúrgica	\$5.000.000	Ingresos a 2017	\$ 4.166.401
<b>Total</b>	<b>\$12.860.672</b>	Giros del 01 de Enero a 31 de Diciembre de 2017	-\$ 818.537
Inversión proyecto sistema eléctrico 1a etapa (C*P)-Bogotá	\$1.089.275	<b>Total Recursos Estampilla</b>	<b>\$ 13.688.733</b>
<b>Total</b>	<b>\$1.089.275</b>		

A corte del mes de Diciembre entre los años 2016 y 2017, el total de los recursos de caja que dispone la TESORERIA del Hospital se disminuyeron en un 18% pasando de \$22 millones en 2016 a \$18 millones en 2017 que están representados en las consignaciones de los últimos días del año.

El total de los recursos de que dispone la TESORERIA del Hospital aumentaron un 17% pasando de \$40.126 millones en 2016 a \$48.403 millones en 2017.

Lo anterior producto de los siguientes factores representativos:

-Los recursos que ingresaron por Estampilla Departamental presentaron un incremento del 24% pasando de \$10.340 millones en 2016 a \$13.688 millones en 2017, de 2015 a 2016 se evidencia un incremento de 44% pasando de \$5.785 millones en 2015 a \$13.688 millones en 2016.

- Considerando que el último inciso del artículo 3 de la Ley 1797 de 2016, establece que los recursos de aportes patronales de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado — ESE financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones -SGP, serán manejados por las Empresas Sociales del Estado -ESE, a través de una cuenta maestra creada para tal fin. Se crearon la cuenta maestra recaudadora y pagadora cuyo saldo a 31 de diciembre de 2017 es \$2.891 millones, quedando pendiente el pago de las cesantías retroactivas y Ley 50 el cual se realizara en los primeros días del mes de enero de 2018.

- Las cuentas corrientes presentan un incremento del 51.4% durante la vigencia 2016 - 2017, esto es debido a que se realizaron traslado de fondos de las cuentas de ahorro para obtener mayores ingresos por rendimientos financieros, en general las cuentas bancarias se están manejando para que registren rendimientos financieros y para las tres cuentas que presentan mayores saldos, como son la cuenta corriente y la cuenta de ahorros en el BANCO CAJA SOCIAL y la cuenta de Ahorros en el BBVA, se negocian con los bancos tasas especiales. La única cuenta que no presenta rendimientos es la cuenta corriente número 309-04310-7 en la cual se dejan solo los fondos para eventuales giros de cheques.

-También impacta en los resultados, que las cuentas por pagar disminuyeron en un 12% por los giros realizados por el hospital para atender oportunamente sus obligaciones, adicionalmente los recursos con

destinación específica incrementaron en 21% pasando de \$24.319 millones en 2016 a \$30.530 millones en 2017 esto por el ingreso de los recursos de estampilla, cuentas maestras y por los recursos propios destinados para proyectos.

- Existían a 31 de Diciembre convenios del PIC sin liquidar con los Municipios de Zipaquirá, Cogua y San Cayetano, también dos convenios interadministrativos el 681 (Telemedicina) de 2017 con un saldo de \$301 millones y el 714 (Apalancamiento Financiero) de 2017 con un saldo de \$100 millones.

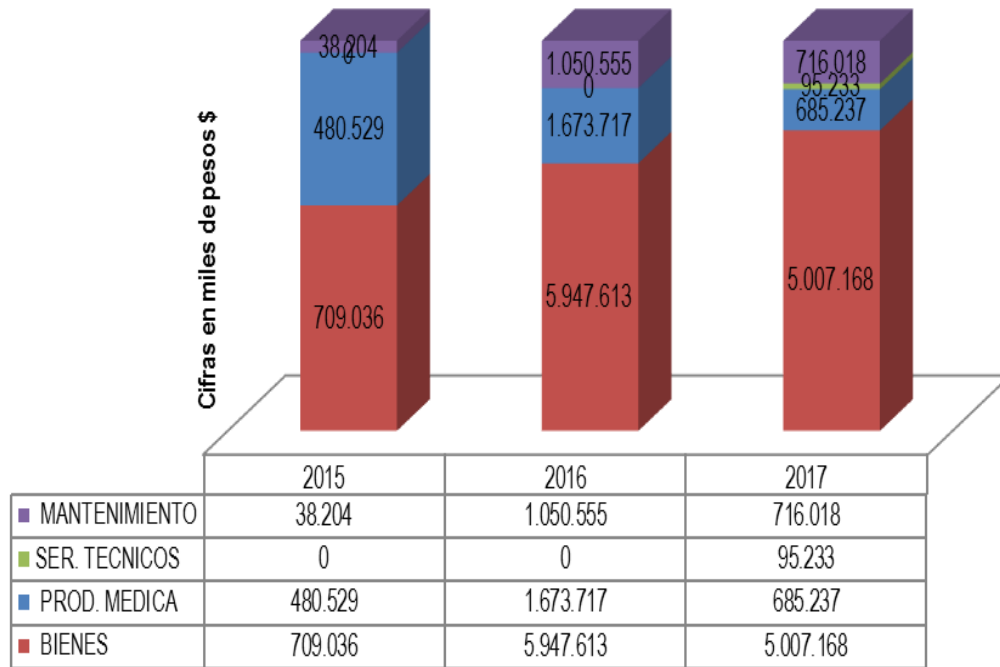
-A Diciembre de 2017 luego de atender las cuentas por pagar e impuestos y de descontar los recursos con destinación específica queda una disposición total de recursos de \$ 9.273 millones..

**Cuentas por pagar**

**Comparativo cuentas por pagar años 2015 – 2016 - 2017**

	2015	2016	2017
BIENES	709.036	5.947.613	5.007.168
PROD. MEDICA	480.529	1.673.717	685.237
SER. TECNICOS	0	0	95.233
MANTENIMIENTO	38.204	1.050.555	716.018
<b>TOTAL</b>	<b>1.227.769</b>	<b>8.671.885</b>	<b>6.503.657</b>

**CUENTAS POR PAGAR COMPARATIVO 2015-2016-2017**



**Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.**

**INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR**

**ESTÁNDAR:** Cero (0) o variación negativa

**RESULTADO:** -2.908.925

**CALIFICACIÓN:** 5

#### Actividades y estrategias ejecutadas

Se mejoró el recaudo, lo cual dio flujo de recursos para el pago de acreencias del hospital, se gestionó la liquidación de contratos de vigencias anteriores lo que permitió el pago de los mismos.

Se efectuaron los pagos de las obligaciones por concepto de salarios y prestaciones del personal de planta, colaboradores y personal especializado, que cumplieron los requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo.

#### Logros

Los salarios y prestaciones de personal de planta se cancelaron oportunamente.

#### Dificultades

Es de aclarar que el no pago de las cuentas por pagar no es debido a ausencia de recursos en la ESE Hospital Universitario de La Samaritana sino que corresponden al incumplimiento de la totalidad de los requisitos para el pago de las mismas, estipulados contractualmente; específicamente, la ausencia de radicación oportuna de las certificaciones de Interventoría y/o Actas de liquidación a la oficina de cuentas por pagar por parte de los supervisores de los respectivos contratos; adicionalmente a temas relacionados con el cambio de administración.



**Evidencias y soportes**

**Anexo N° 7**

- Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo diciembre de 2016 y 2017

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
CUENTAS POR PAGAR POR EDADES AÑOS 2016 Y 2017 MES DE DICIEMBRE**

**SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A DICIEMBRE 2017**

CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360
SERV. M. BTA CUENTA 24010102	<b>482.234.696</b>	381.338.837	96.581.938	4.313.921	0	0	0
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	<b>0</b>	0	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	<b>203.002.360</b>	153.680.407	16.402.680	0	31.466.774	1.452.499	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	<b>95.233.457</b>	95.233.457	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	<b>0</b>	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>780.470.513</b>	<b>630.252.701</b>	<b>112.984.618</b>	<b>4.313.921</b>	<b>31.466.774</b>	<b>1.452.499</b>	<b>0</b>

**150.217.812**

**SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A DICIEMBRE 2016**

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	<b>1.253.514.095</b>	878.075.236	16.280.049	0	15.504.744	314.086.610	29.567.456
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	<b>0</b>	0	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	<b>420.202.934</b>	232.878.557	62.815.618	58.526.326	0	63.327.218	2.655.215
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	<b>0</b>	0	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	<b>0</b>	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>1.673.717.029</b>	<b>1.110.953.793</b>	<b>79.095.667</b>	<b>58.526.326</b>	<b>15.504.744</b>	<b>377.413.828</b>	<b>32.222.671</b>

**153.126.737**

**DIFERENCIA -2.908.925**

**La sumatoria de lo mayor a 30 días 0**

Por lo que arroja una disminucion de \$ 2.908.925

#### 4.5 Activos Fijos

ACTIVOS FIJOS	2017	2016	2015	VAR ABSOL 2015-2016 (ANÁLISIS HORIZONTAL)	VAR RELA TIVA %	VAR ABSOL 2016- 2017(ANAL HRZTAL)	%	ANALISI S VERTIC AL 2015	ANALISI S VERTIC AL 2016	ANALISI S VERTIC AL 2017
TERRENOS	13.250.916	1.704.129	1.704.129	0	0	11.546.787	678	2,74%	2,63%	18,20%
EDIFICACIONES	20.689.636	2.501.965	2.501.965	0	0	18.187.671	727	4,02%	3,86%	28,42%
CONSTRUCCIONES EN CURSO	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
BIENES MUEBLES EN BODEGA	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
REPUESTOS	713.616	0	0	0	0	85.330	-46			0,12%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	85.330	1.321.939	1.321.939	0	0	-608.324		2,12%	2,04%	0,98%
REDES, LINEAS Y CABLES	397.949	582.516	582.516	0	0	-184.567	-32	0,94%	0,90%	0,55%
MAQUINARIA Y EQUIPO	718.251	915.960	905.406	10.554	1	-197.708	-22	1,46%	1,41%	0,99%
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	31.281.975	46.841.340	46.090.285	751.054	2	-15.559.365	-33	74,07%	72,23%	42,98%
MUEB. Y ENSER. Y EQUPO. OFNA.	371.865	1.139.913	1.195.537	-55.624	-5	-768.048	-67	1,92%	1,76%	0,51%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	3.216.129	5.929.709	4.440.007	1.489.701	34	-2.713.579	-46	7,14%	9,14%	4,42%
EQUIPO DE TRANSPORTE	444.655	881.628	881.628	0	0	-436.973	-50	1,42%	1,36%	0,61%
EQPO. COMEDOR COCINA ETC.	1.617.986	3.027.997	2.601.757	426.240	16	-1.410.011	-47	4,18%	4,67%	2,22%
<b>TOTAL</b>	<b>72.788.307</b>	<b>64.847.094</b>	<b>62.225.169</b>	<b>2.621.925</b>	<b>4</b>	<b>7.941.213</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Balances Generales DGH periodos 2015-2016-2017.

Para hacer un análisis comparativo de los acuerdo a las cifras tomadas fielmente de los periodos de los años 2015-2016 y 2017 de las variaciones en las diferentes cuentas del grupo 16 de los activos se hace el siguiente análisis, para evidenciar la gestión realizada dentro de las cuentas de propiedad planta y equipo.

#### I. Análisis comparativo de los periodos 2015-2016-2017(NIIF)

##### 1. Variación absoluta- Análisis horizontal:

Es importante resaltar el hecho que para el análisis de las variaciones tanto absolutas como relativas de los años 2016 con respecto al 2017 en todas las cuentas de Propiedades, Planta y Equipo, estas variaron considerablemente en razón la implementación de las nomas de convergencia del nuevo marco normativo NIIF al cual debimos acogernos para cumplir con los cambios que plantea este nuevo marco normativo, como así lo pide la norma; ley 1314 de 2009 y demás normas concordantes, entre otros la resolución 414 de 2014,

que contiene las pautas conceptuales que deben observarse para la preparación y presentación de la información financiera.

**Terrenos.** Tanto su variación absoluta como relativa del 2016 respecto al 2017, sufrió un considerable aumento (11.546.787 y 678%) variación absoluta y relativa respectivamente que obedeció a las valorizaciones que sufrieron estos activos, como resultado de los avalúos efectuados a los mismos en el año 2014 y que se llevaron a la cuenta de terrenos.

**Edificaciones** Este rubro presenta la más alta variación absoluta en comparación con el conjunto de activos (18.187.671) y una variación relativa del 727%. También como producto de las valorizaciones y avalúos a este rubro de edificaciones, además de mejoras y adiciones hechas en varias áreas del edificio asistencial, como obras de reforzamiento de muro en el área de calderas, cubiertas de los patios interiores en la unidad renal e imágenes diagnósticas entre otras. Cifras que a la postre resultan positivas pues se está mostrando la realidad económica del valor de estos bienes.

**Repuestos** para el 2017 se decidió crear esta cuenta para llevar registrar todos aquellos activos que cumplen la definición de repuestos, ya que con la nueva normatividad, estos influyen en la vida útil de los equipos a los cuales se le incorpore atendiendo el valor que tengan los mismos, además de poder llevar un control de ellos.

**Plantas ductos y túneles** Esta cuenta venía mostrando un valor histórico mayor en el año 2016 pero a raíz de los ajustes respecto a valorizaciones y desvalorizaciones en base a su valor en libros, este rubro disminuyó (-608.324) y (-46%) respectivamente, reflejando valores más acordes a su realidad financiera. hubo también para el año 2017 algunas adquisiciones no significativas.

**Redes línea y cables.** La única variación en esta cuenta para el 2017 es el resultado de sus ajustes de acuerdo a lo preceptuado por el nuevo marco normativo, fueron los ajustes de valorizaciones y desvalorizaciones en sus valores en libros donde estas últimas fueron mayores lo cual redundaron en la disminución final del mismo, anotando también que en el 2017 no se hizo ningún tipo de adquisiciones dentro del mismo, que influyeran en su aumento.

**Maquinaria y equipo.** Para el periodo de 2015-2016 en la cuenta de maquinaria industrial, y herramientas y accesorios la variación absoluta más representativa se dio por adquisiciones entre otros de un tanque hidroacumulador, unas electrobombas, compresores y aire acondicionado unos módulos de frenado y unos bloques de contacto con una variación relativa del 1%.

Para el año 2017 en comparación con el año anterior 2016 las compras, se repartieron así: para maquinaria y equipo se adquirió un aire acondicionado y una motobomba, y en herramientas y accesorios varios compresores una escalera y unos calentadores; adquisiciones que alcanzaron 73 millones, sin embargo este rubro muestra con una disminución para el periodo 2016-2017 de 197 millones resultado de los ajustes y reclasificaciones del cual fue objeto.

**Equipo médico y científico.** Las variaciones para este grupo de cuentas del activo fueron relativamente pocas para el periodo del 2016 con un porcentaje del 2% en relación con el año 2015.

Para el año 2016 para el rubro de equipo médico y científico se adquirieron: un ecógrafo en el rubro de equipo de quirófano, y un tomógrafo, para equipo de apoyo diagnóstico, por \$249.180.954 y \$359.600.000 respectivamente, lo que arroja porcentaje de variación relativa del 2%.

La variación relativa para la vigencia 2017 se torna negativa, esto se da por la salida de equipos en el mes de febrero y diciembre del 2017 que fueron mayores que los ingresos para este mismo año, las adquisiciones están representadas principalmente en fotóforos, un robot quemador, paquete de terapia física y otros equipos como alarmas para el área de farmacia y unos transductores.

Es necesario aclarar que las bajas de febrero correspondían a la vigencia 2016 pero que por demora en venderse por remate de martillo se sacaron en el 2017.

Para resumir y dada la importancia de estos activos dentro de la masa de bienes y debido a los ajustes y reclasificaciones que se dieron amparadas en la nueva normatividad a raíz de la entrada en vigencia la convergencia en base a las NIIF, sus activos se ajustaron en cerca de 15.500 millones menos de su valor histórico, y una variación relativa 2016-2017 de -33%, para ilustrar sobre algunos ajustes podemos mencionar que las compra de activos luego de implementarse la norma, a éstos se les calculó un valor residual del 10% y sobre el valor neto:  $(V/r \text{ del Activo menos el valor residual})$  se calcula la depreciación lo que hace que esta sea menor para el grupo de activos que se vayan adquiriendo, y ello también se refleja en la disminución del valor de los activos y la depreciación.

Es necesario anotar que no se puede conciliar del todo la información que arroja el sistema en el módulo de “información financiera NIIF” que es contable contra los resultados que arrojaría el módulo de activos fijos, pero reflejando los ajustes en base a NIIF de estos bienes ya que no se tiene ningún reporte a la fecha en dicho módulo que me arroje datos de los cambios que surgieron de los ajustes reclasificaciones y otros hechos a estos activos bajo el nuevo marco normativo, a pesar de que desde que se adoptó dicho marco se ha requerido pero no ha habido respuesta por parte de SYAC y de sistemas para que elaboren reportes como informes detallados de depreciación mensual bajo NIIF, informe de ingresos informes resumidos de activos fijos etc. y todos los demás reportes que genera este módulo para la contabilidad anterior: Colgap, y que son imprescindibles para verificar y conciliar la información entre el balance contable y lo arrojado por el módulo de activos fijos, para que de esta forma se pueda evidenciar que esta información sea del todo fiable y veraz, para todos los rubros que componen la cuenta 16 de Propiedades, Planta y Equipo.

**Muebles y enseres.** La variación negativa del 5% para el periodo 2015-2016 (disminución) obedece entre otros a la salida dentro de esta cuenta de muebles enseres y equipo de oficina que se tenían en la unidad funcional de Girardot y por entrega de la operación se sacaron de las cuentas donde venían figurando, por ello el fenómeno de la disminución tanto en este rubro como en otros, igualmente de activos del HUS que se dieron de baja en el año 2016.

Para el año 2017 se hicieron algunas compras dentro de este rubro como fueron adquisiciones de bienes muebles como una carpa en lona, un sofá doble, repisas y otros, y en equipos de oficina como dos cajas fuerte y unas sillas; sin embargo por el ajuste y depuración que se le hizo a esta cuenta en aplicación al nuevo marco normativo, este rubro disminuyó ostensiblemente con los valores que traía del 2016, donde muchos activos estaban ya totalmente depreciados y se ajustaron modificándose así su valor histórico que lo vino a reemplazar un valor en libros ajustado a dos años.

**Equipo de comunicación y computación** Esta cuenta para el periodo 2015-2016 presenta la más alta variación: 34% y obedece a adquisiciones en equipos de sistemas en los diferentes trimestres del 2016, especialmente el último, donde se adquirieron equipos de almacenamiento de datos 30TB por \$123.000.000,00 unos switch \$34.800.000,00 y firewall, por 267.960.000,00 equipo video conferencia \$18.671.309,00 más de 270 computadores, 152 monitores, 9 media player nuc kit pro 24/7 touchscreen y 6 dispensador de turno totem touchscreen10; alcanzando estas adquisiciones los \$ 1.498 millones de pesos En cambio la variación absoluta en el 2017 en relación con el año anterior se tornó negativa en -\$ 2.713 millones equivalente al -46%, esto en parte por salidas (bajas en el mes de febrero del 2017 de gran cantidad de equipos de sistemas dañados y obsoletos; bajas que ascendieron a casi 355 millones y que tornan la variación tanto absoluta como relativa en negativa, a pesar de que hubo compras de más de 65 computadores y unos monitores por cerca de \$204 millones en estas adquisiciones en el 2017; pero como se ha venido exponiendo los ajustes y otros efectuados a los diferentes rubros y en particular a éste disminuyeron su valor histórico en cerca de 2.714 millones (variación absoluta y una variación relativa de -46%).

**Equipo de transporte.** No tuvo ningún movimiento esta cuenta en el periodo 2015-2016. Para diciembre del 2017 se sacó del servicio por pedido de la oficina financiera, la unidad móvil por no estar ni generando utilidades, además de que en Jurídica cursa un proceso de responsabilidad lo que evidencia que es un bien que no cumple la definición de activo. Esta baja generó una variación relativa de -34% que sumada con los ajustes ascendió a -50% igual que la variación absoluta varió en el monto del bien dado de baja (299 millones) más los ajustes y reclasificaciones que se le hicieron en base a las NIIF. (437 millones aproximadamente en total).

**Equipo de cocina despensa y hotelería.** Para el periodo 2015-2016, esta variación del 16% obedece a compras de dispensadores, básculas y hornos de microondas para el año 2015, mientras que en el año 2016 lo más representativo fue la compra de 11 camas, colchones y un aire acondicionado.

En el periodo 2017 se hicieron compras de enseres como sofá camas camillas transportadoras, cunas, sillas, mesas puente, atriles y escalerillas entre otros, necesarios para prestar un mejor servicio, pero el consolidado total luego de los ajustes sufridos en su valor histórico y por depuraciones esta cuenta de despensa y hotelería se redujo en menos 1.410 millones en lo que también influyeron las bajas en el mes de diciembre de 2017 en algunos bienes de esta cuenta, presentando así una variación relativa del periodo 2016-2017 de -47%.

Para hacer un breve resumen de acuerdo a lo arrojado principalmente por los cambios que sufrió la cuenta 16 de Propiedades, Planta y Equipo introducidos y amparados a la luz de la nueva normatividad de convergencia a estándares internacionales NIIF, podemos resaltar dos cosas:

- Se mejoró la composición de los bienes inmuebles y edificios donde ahora muestran en el balance una cifra más fiable de acuerdo a la incorporación de las valorizaciones en este grupo de activos producto de un avalúo técnico.
- Se depuraron el resto de activos de las propiedades planta y equipo mostrando valores más acordes a la realidad teniendo en cuenta que estos activos la mayoría no son de fácil realización por su naturaleza de equipos médicos donde no existe un mercado de segunda para ellos.

## 1. Análisis Vertical

### **Porcentaje de participación del total de las cuentas del grupo 16 Propiedades, Planta y Equipo (Comparativo de cada una de las cuentas de activos fijos con el total de lo que suman los activos)**

Durante las vigencias 2015, 2016 y 2017, la cuenta más representativa dentro de la clase 16 Activos Fijos es Equipo médico y científico, con una representación del 74,07%; 72,23% y 42,98%, respectivamente; situación consecuente con el objeto misional del Hospital Universitario de la Samaritana, tendencia que se mantuvo en los periodos 2015 y 2016 bajando en el 2017 a casi 43%; a raíz de los ajustes en base a las NIIF.

La segunda cuenta con mayor representación fue la de equipo de comunicación y computación: con el 7,14%, 9,14% y 4,42%, respectivamente, que para la vigencia 2016 aumentó porcentualmente en 2 puntos debido a adquisiciones de cerca de \$1500 millones en equipos de sistemas, ya para el año 2017 la tendencia bajó levemente puesto que las bajas de sistemas fueron mayores a sus compras, y a los ajustes sufridos.

Estas variaciones vistas desde el punto del análisis vertical para cada vigencia se dan en mayor o menor medida respecto a las adquisiciones que se hagan en cada año en cada uno de estos rubros, igualmente influyen las bajas porque disminuyen el total de los activos en el año en el cual se efectúen y para el año 2017 influyó notoriamente los ajustes acordes al nuevo marco normativo NIIF.

**ANALISIS DEPRECIACION ACUMULADA - PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO A DIC 31 DE 2015 - 2016 - 2017**

Cifras en miles de pesos

DEPRECIACION ACUMULADA	2017	2016	2015	VAR ABSOLUTA 2014-2015 (An hztal)	Var relat iva. %	VARIACION 2015 - 2016	Var rel. %	ANALISIS VERTICAL 2015	ANALISIS VERTICAL 2016	ANALISIS VERTICAL 2017
EDIFICACIONES	168.156	618.531	575.310	43.221	8	-450.375	-73	1,88%	1,83%	1,06%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	363.856	957.564	896.723	60.841	7	-593.708	-62	2,93%	3,13%	2,29%
REDES, LINEAS Y CABLES	77.639	293.815	280.172	13.644	5	-216.176	-74	0,91%	0,96%	0,49%
MAQUINARIA Y EQUIPO	210.582	377.245	333.295	43.950	13	-166.663	-44	1,09%	1,23%	1,32%
EQUIPO MEDICO Y CIENTÍFICO	12.504.076	24.493.321	21.939.047	2.554.275	12	-11.989.246	-49	71,60%	79,93%	78,58%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	253.689	935.292	971.573	-36.280	-4	-681.603	-73	3,17%	3,05%	1,59%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	1.274.727	3.776.876	3.395.308	381.569	11	-2.502.149	-66	11,08%	12,33%	8,01%
EQUIPO DE TRANSPORTE	228.266	384.869	313.551	71.318	23	-156.603	-41	1,02%	1,26%	1,43%
EQPO. COMEDOR COCINA ETC.	832.439	2.031.360	1.936.784	94.576	5	-1.198.921	-59	6,32%	6,63%	5,23%
<b>TOTAL</b>	<b>15.913.430</b>	<b>33.868.874</b>	<b>30.641.761</b>	<b>3.227.114</b>	<b>11</b>	<b>-17.955.444</b>	<b>-53</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Balances Generales DGH periodos 2014-2015-2016.

VARIACION DEPRECIACION		
PERIODOS	VALORES	PORCENTAJE %
2015-2016	3.227.114	11
2016-2017	-17.955.444	-53

**Periodo 2015-2016**

La depreciación acumulada aumento en **3.227.114** que en porcentaje equivale al **11%**, la excepción se presenta en el la cuenta de Muebles, enseres y equipo de oficina que del 2015 al 2016 disminuyó, esto debido a salidas que se dieron de muebles y enseres en el 2016, que se demuestra al compararlo con el 2015 donde vemos que su valor histórico disminuyó (es menor), los demás valores de la variación absoluta son positivos de acuerdo a la tendencia que tienen los activos de aumentar debido a adquisiciones que fueron muy representativas para el año 2016.

**Periodo 2016 y 2017**

**Variación absoluta y relativa.**

La variación absoluta del 2016 en comparación con el 2017 disminuyó de 33.868874 mil millones a 17.955.444 mil millones que es consecuente con las reducciones de los valores en los históricos que componen la cuenta 16 debido a los ajustes en dichas cuentas sobresaliendo las depreciaciones de la cuenta de equipo médico y científico que presentó una diferencia (disminuyó en -11.989 millones) seguida del segundo rubro más importante que es el de equipo de comunicación y computación: lo que hizo de forma general que a menor costo histórico, menor depreciación.

**Análisis vertical de las vigencias 2015 - 2016 y 2017.**

Respecto a los porcentajes que arroja el análisis vertical referido a las vigencias 2015-2016 y 2017, se puede establecer que la depreciación acumulada refleja un porcentaje alto para el rubro de equipo médico y científico dado que es el rubro de mayor valor que se tiene dentro de los activos fijos, por este hecho presenta unos porcentajes de depreciación altos para este rubro como son: 71,60%, 79,33%, 78,58% respectivamente en cada una de las vigencias 2015-2016 y 2017, en consecuencia también de que esta cuenta es la que tiene el valor más alto en cuanto a los montos de las propiedades planta y equipo lo que hace que así mismo la depreciación tenga el mismo comportamiento, y le sigue equipo de comunicación y computación presentando una variación de 11,08%, 12,33% y 8,01% respectivamente, por ser el segundo rubro de importancia.

**Valor neto de los activos vigencia 2017**

*Cifras en miles de pesos.*

<b>ACTIVOS FIJOS VIGENCIA 2017</b>	<b>2017</b>	<b>DEP. ACUMULADA</b>	<b>NETO PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO</b>
TERRENOS	13.250.916	0	13.250.916
EDIFICACIONES	20.689.636	168.156	20.521.480
CONSTRUCCIONES EN CURSO	0	0	0
BIENES MUEBLES EN BODEGA	0	0	0
REPUESTOS	85.330	0	85.330
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	713.616	363.856	349.760
REDES, LINEAS Y CABLES	397.949	77.639	320.310
MAQUINARIA Y EQUIPO	718.251	210.582	507.669
EQUIPO MEDICO Y CIENTÍFICO	31.281.975	12.504.076	18.777.899
MUEB. Y ENSER. Y	371.865	253.689	118.176

EQUPO. OFNA.			
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	3.216.129	1.274.727	1.941.402
EQUIPO DE TRANSPORTE	444.655	228.266	216.389
EQPO. COMEDOR COCINA ETC.	1.617.986	832.439	785.547
<b>TOTAL</b>	<b>72.788.307</b>	<b>15.913.430</b>	<b>56.874.877</b>

Fuente: Estado de situación Financiera NIIF DGH periodo 2017.

El valor de neto de los activos que muestran los estados de situación financiera para la vigencia 2017 es de \$56.874 877.410.77 millones, e individualmente cada uno de los rubros para la cuenta 16; la depreciación acumulada asciende a 15.913.429961.81; el análisis que se hace independientemente de cada uno de estos valores y en relación con los periodos 2015 y 2016 se enuncia arriba, respecto a las variaciones comparativas respecto a movimientos de ingresos y traslados y bajas y respecto a la depreciación acumulada en los periodos 2015.2016 y 2017.

### 13.1.10 Costos

#### Rentabilidad por unidad de negocio

PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	Rentabilidad
8	APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO CLINICO	4.667.272.586	8.469.720.070	<b>3.802.447.484</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO INMUNOLOGIA	219.010.757	4.677.600	<b>-214.333.157</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	PATOLOGIA	1.008.681.090	772.516.280	<b>-236.164.810</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	A. DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	380.039.616	232.995.175	<b>-147.044.441</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	GASTROENTEROLOGIA	788.674.484	1.154.936.183	<b>366.261.699</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	A. DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	2.685.188.959	1.886.124.530	<b>-799.064.429</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	A. DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	1.387.772.566	1.488.711.569	<b>100.939.003</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	A. DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	100.018.371	260.298.200	<b>160.279.829</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	UNIDAD RENAL	1.831.333.473	366.415.742	<b>1.464.917.731</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	SOPORTE NUTRICIONAL	184.241.650		<b>-184.241.650</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	CLINICA DEL DOLOR	1.803.552	185.900	<b>-1.617.652</b>
8	APOYO DIAGNOSTICO	SC- ESTRAMURALES	0		<b>0</b>
<b>Total APOYO DIAGNOSTICO</b>			<b>13.254.037.104</b>	<b>14.636.581.249</b>	<b>1.382.544.144</b>
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA GENERAL	0		<b>0</b>
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CON. ALERGIAS Y REUMATO	167.766.866	75.209.000	<b>-92.557.866</b>
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ANESTESIA	506.953.748	320.171.313	<b>-186.782.435</b>

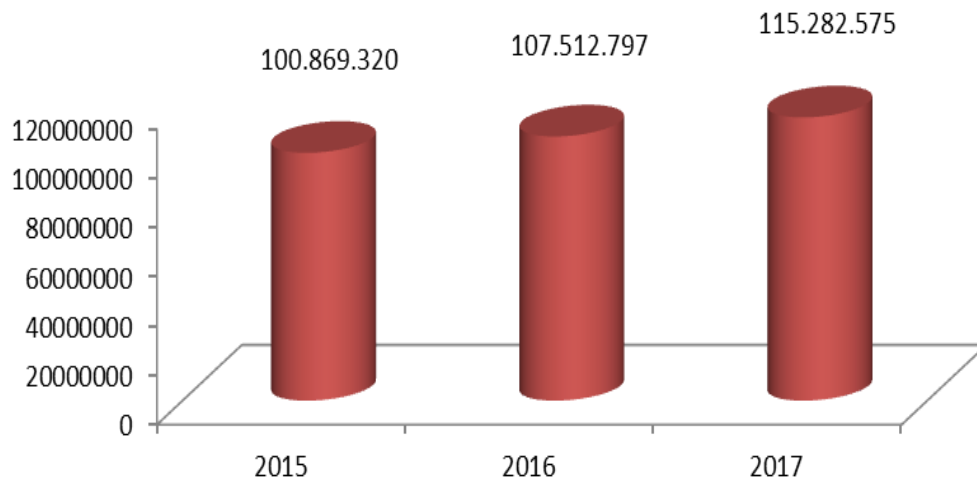


10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CARDIOLOGIA	0		0
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CIRUGIA GENERAL	501.742.758	1.972.498.875	1.470.756.117
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX PLASTICA	76.251.505	66.125.900	-10.125.605
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	31.972.071	360.300	-31.611.771
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CURACIONES	240.918.177	23.195.827	-217.722.350
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DERMATOLOGIA	512.670.862	384.416.868	-128.253.994
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	158.725.370	85.459.920	-73.265.450
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	559.940.578	585.526.861	25.586.283
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA HEMATOLOGIA	266.360.185	439.650.518	173.290.333
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INFECTOLOGIA	262.280.143	121.722.100	-140.558.043
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INMUNOLOGIA	0		0
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA INTERNA	937.925.449	512.891.800	-425.033.649
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEFROLOGIA	170.918.201	123.614.800	-47.303.401
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEONATOLOGIA	140.089.141	458.880.315	318.791.174
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUMOLOGIA	0		0
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROCIURUGIA	411.423.951	176.213.955	-235.209.996
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROLOGIA	1.048.297.974	1.279.483.407	231.185.433
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE NUTRICION	315.315.831	189.938.066	-125.377.764
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OFTALMO.	584.725.888	337.592.221	-247.133.667
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ORTOPEdia	558.819.645	197.115.208	-361.704.437
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OTORRINO	385.088.014	252.959.100	-132.128.914
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PSICOLOGIA	45.737.290	7.382.172	-38.355.118
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE UROLOGIA	357.654.408	183.889.095	-173.765.313
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PSIQUIATRIA	146.281.253	98.453.132	-47.828.121
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	192.538.475	1.017.875	-191.520.600
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	FISIOTERAPIA	2.036.655.662	2.161.600.752	124.945.089
10	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	TERAPIA DEL LENGUAJE	90.247.718		-90.247.718
<b>Total ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO</b>			<b>10.707.301.162</b>	<b>10.055.369.380</b>	<b>-651.931.782</b>

2	ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	3.010.277.121	662.554.042	- <b>2.347.723.079</b>
2	ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	OBSERVACION-UNIT URGENCIAS	3.114.800.310	4.240.454.545	<b>1.125.654.235</b>
<b>Total ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS</b>			<b>6.125.077.430</b>	<b>4.903.008.587</b>	- <b>1.222.068.844</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX GRAL.	2.433.195.728	4.061.409.767	<b>1.628.214.039</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX.PLASTICA	273.678.702	552.048.940	<b>278.370.238</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION GINECO	1.407.613.491	568.196.525	<b>-839.416.966</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION MEDICINA INT.	4.339.803.330	5.078.764.425	<b>738.961.094</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEUROQX	1.422.963.989	1.405.545.232	<b>-17.418.757</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION ORTOPEDIA	1.306.069.777	1.988.836.821	<b>682.767.044</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION OTORRINO	281.295.063	34.047.400	<b>-247.247.663</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION UROLOGIA	538.594.256	961.770.651	<b>423.176.395</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION U.C.I.	4.646.915.887	4.393.651.791	<b>-253.264.096</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION CUIDADOS INTERMEDIOS	1.427.253.887	2.177.211.439	<b>749.957.551</b>
3	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEONATO.	4.942.684.406	3.958.902.597	<b>-983.781.810</b>
<b>Total ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO</b>			<b>23.020.068.517</b>	<b>25.180.385.585</b>	<b>2.160.317.069</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	ANESTESIA	2.954.875.526	149.806.072	- <b>2.805.069.454</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA GENERAL	2.610.496.015	2.659.001.750	<b>48.505.735</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA PLASTICA	1.704.578.955	2.668.682.629	<b>964.103.674</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX GINECOLOGIA	390.018.628	382.888.263	<b>-7.130.365</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX NEUROCIRUGIA	946.277.500	1.065.339.448	<b>119.061.947</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OFTALMOLOGIA	880.941.845	1.222.981.074	<b>342.039.229</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORTOPEDIA	1.988.549.905	3.253.317.063	<b>1.264.767.158</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OTORRINOLARINGOLOGIA	214.179.383	484.433.369	<b>270.253.986</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX UROLOGIA	336.701.069	607.457.407	<b>270.756.338</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORAL MAXILOFACIAL	0		<b>0</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	451.438.141	-23.690.917	<b>-475.129.058</b>
9	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	SALAS DE PARTOS	3.180.062.117	888.171.432	- <b>2.291.890.685</b>
<b>Total ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO</b>			<b>15.658.119.084</b>	<b>13.358.387.590</b>	-

					2.299.731.494
11	ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	OTROS SERVICIOS CONEXOS	10.014.866	106.900	-9.907.966
<b>Total ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA</b>			<b>10.014.866</b>	<b>106.900</b>	<b>-9.907.966</b>
4	ATENCION FARMACEUTICA	FARMACIA	26.949.446.399	31.506.181.548	4.556.735.149
<b>Total ATENCION FARMACEUTICA</b>			<b>26.949.446.399</b>	<b>31.506.181.548</b>	<b>4.556.735.149</b>
7	BANCO DE SANGRE	BANCO DE SANGRE	2.148.377.119	2.563.531.828	415.154.709
<b>Total BANCO DE SANGRE</b>			<b>2.148.377.119</b>	<b>2.563.531.828</b>	<b>415.154.709</b>
12	DOCENCIA	SC- DOCENCIA	950.250.008	1.422.514.721	472.264.713
<b>Total DOCENCIA</b>			<b>950.250.008</b>	<b>1.422.514.721</b>	<b>472.264.713</b>
6	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	IMAGENOLOGIA	7.345.319.958	11.655.510.284	4.310.190.326
<b>Total IMÁGENES DIAGNOSTICAS</b>			<b>7.345.319.958</b>	<b>11.655.510.284</b>	<b>4.310.190.326</b>
13	INVESTIGACION	INVESTIGACION CIENTIFICA	59.049.328		-59.049.328
<b>Total INVESTIGACION</b>			<b>59.049.328</b>	<b>0</b>	<b>-59.049.328</b>
5	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	AMBULANCIAS URGENCIAS	243.949.474	997.800	-242.951.674
<b>Total REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES</b>			<b>243.949.474</b>	<b>997.800</b>	<b>-242.951.674</b>
<b>TOTAL HOSPITAL U. SAMARITANA BOGOTA</b>			<b>106.471.010.451</b>	<b>115.282.575.472</b>	<b>8.811.565.021</b>

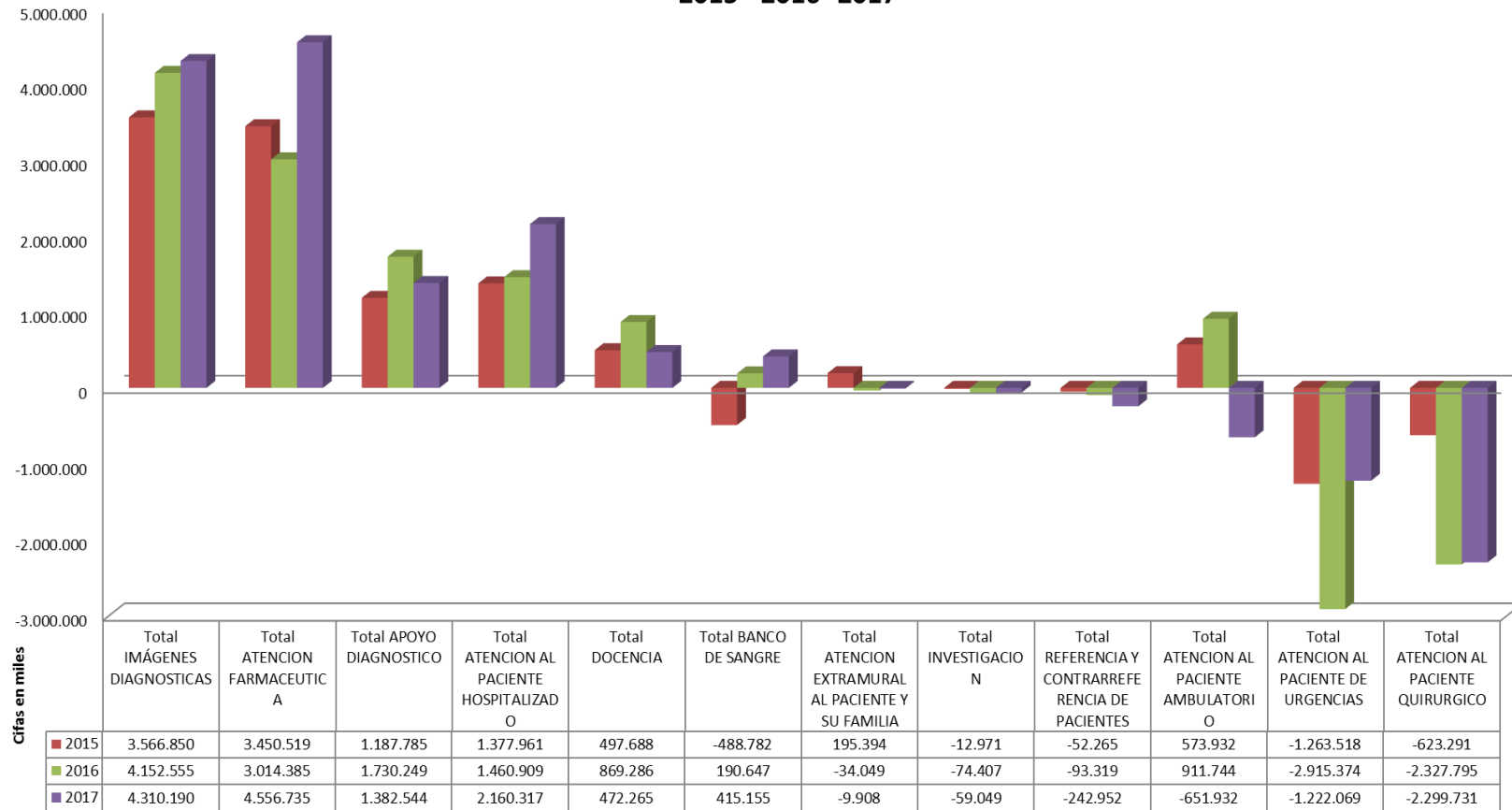
COMPORTAMIENTO COMPARATIVOS VENTAS ASISTENCIALES BOGOTA



En el tema de rentabilidad los indicadores arrojan como resultado que los de mayor rentabilidad son farmacia, radiología, laboratorio clínico y hospitalización cirugía general, por el contrario las de menor rentabilidad son Qx anestesia, consulta de urgencias, sala de partos y at unidad renal, Estas áreas deben tener una revisión más minuciosas ya que en el caso de Anestesia sus ventas se están viendo influenciadas de manera negativa por las Asignaciones de ventas de los servicios quirúrgicos a los que se les suma los honorarios de anestesiología, que en el registro de la factura se asocian a la especialidad tratante.

Para el caso de salas de partos las ventas se parametrizan a las áreas de ginecología y en el caso de unidad renal el reporte de costos por productividad no relaciona lo concerniente a medicamentos generados en sus procedimientos y toda la rentabilidad que genera en lo concerniente a insumos se registra en farmacia, que según lo evidenciado obtiene un 7% de su rentabilidad por lo generado desde la unidad renal.

**COMPORTAMIENTO COMPARATIVOS RENTABILIDAD ASISTENCIALES BOGOTA  
2015 - 2016 -2017**

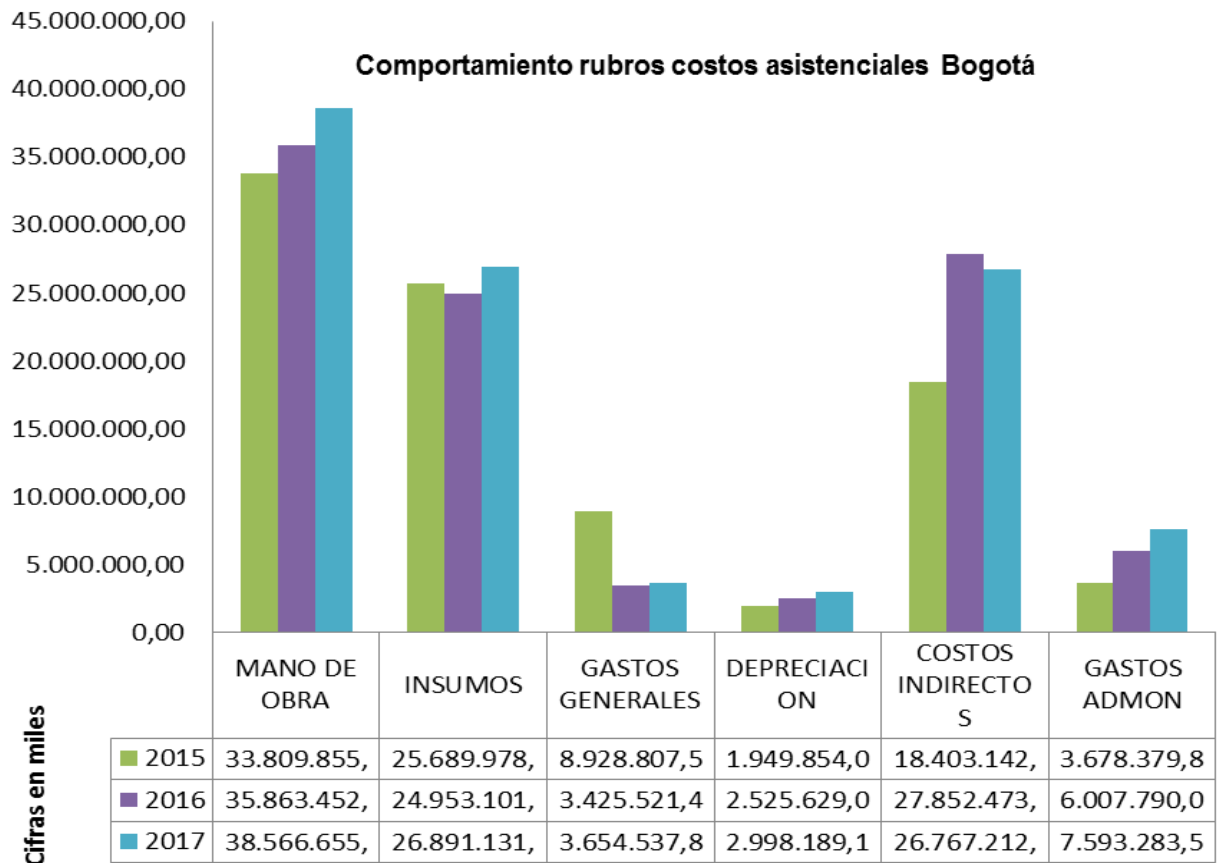


## Comparativo de Costos por rubro

RUBRO	VIGENCIAS			VARIACION	
	2016	%	2017	%	RELATIVO
MANO DE OBRA	35.863.452.544,62	6%	38.566.655.936,20	8%	2.703.203.392
INSUMOS	24.953.101.211,40	-3%	26.891.131.128,71	8%	1.938.029.917
GASTOS GENERALES	3.425.521.403,26	62%	3.654.537.894,05	7%	229.016.491
DEPRECIACION	2.525.629.054,00	30%	2.998.189.177,47	19%	472.560.123
COSTOS INDIRECTOS	27.852.473.204,38	51%	26.767.212.737,41	-4%	-1.085.260.467
GASTOS ADMON	6.007.790.065,21	63%	7.593.283.577,18	26%	1.585.493.512
<b>TOTALES</b>	<b>100.627.967.482,87</b>	<b>9%</b>	<b>106.471.010.451,02</b>	<b>6%</b>	<b>5.843.042.968</b>

<b>VENTAS</b>	<b>107.512.797.297,26</b>	<b>7%</b>	<b>115.282.575.471,82</b>	<b>7%</b>	<b>7.769.778.175</b>
---------------	---------------------------	-----------	---------------------------	-----------	----------------------



En el comportamiento comparativo de los dos cortes año 2016 vs 2017 Se evidencia un crecimiento en costos de mano de obra (8%) insumos (7%) gastos generales (18%)  
Y una disminución en depreciación (-6%) el 5% acorde al comportamiento de la producción y al IPC del año 2017, ya en el tema de la contención de costos y la baja de ventas el ajuste se evidencia en nuestros Costos indirectos que para el caso nuestro son costos y gastos variables, donde su comportamiento se ve influenciado por las bajas y altas de la producción existe un crecimiento en los gastos de Administración relacionado con el fortalecimiento de la oficina jurídica y con la implementación de la oficina de auditoria Concurrente que genero contratación nuevos profesionales especializados

### **13.1 PQRS**

En el Proceso de Gestión Financiera durante la vigencia 2017 no se presentaron peticiones a través del SIAU (Sistema de Información de Atención al Usuario) ..

### **13.2 Planes Únicos De Mejora PUMP**

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %*
1.	Contar con una herramienta para evaluar la rentabilidad por procesos.	Generación del informe de costos por procesos.	ACREDITACIÓN	100%	100%
*Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<p><b>Soporte:</b> Se tiene cuadro de costos y gastos de los procesos asistenciales de Porcentaje de rentabilidad operacional institucional, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de apoyo diagnóstico, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de atención al paciente ambulatorio, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de atención al paciente de urgencias, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de atención al paciente hospitalizado, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de atención al paciente quirúrgico, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso atención extramural al paciente y su familia, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de atención farmacéutica, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso banco de sangre, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de docencia, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de imágenes diagnósticas, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de investigación, porcentaje de rentabilidad operacional del proceso de referencia y contra referencia de pacientes para un total de 13 centros de costos, se realizó solicitud al área de estadística para el cargue de datos en el TUCI, se recibió capacitación para cargue de la información del indicador de rentabilidad y se habilitó la plataforma para el cargue de los datos, ya se encuentran publicados. El cumplimiento de este hallazgo ya fue verificado en auditoría interna de la oficina asesora de planeación y gestión de la calidad.</p>					
<b>Barrera de mejoramiento: N/A</b>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
2.	Realizar arqueos a todas las cajas de la E.S.E. incluyendo las cajas menores.	Efectuar arqueos selectivos permanentes a las cajas y cajas menores de la E.S.E.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
* Resultado de autoevaluación.					
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<b>Soporte:</b> Se cuenta con arqueos de caja efectuados durante los meses de febrero, mayo, junio, agosto, septiembre y noviembre.					
<b>Barrera de mejoramiento: N/A</b>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
3.	<p>a) El mapa de riesgos del proceso contable debe contener la identificación de los riesgos reales del proceso contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p> <p>b) En los riesgos de los procesos institucionales y puntualmente los riesgos del proceso contable<sup>3</sup> de la E.S.E. , al identificarse y realizar la construcción el mapa de riesgos: los directos responsables del proceso y los facilitadores deberán tener muy claro para no confundir las causas y efectos con los riesgos del proceso.</p> <p>c) Si bien es cierto el proceso contable no está identificado en el acto administrativo de los procesos institucionales, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, lo adoptado mediante actos administrativos No. 372 y 385 de 2016, para lo cual la gestión del riesgo del proceso contable es importante e imprescindible.</p>	Identificación de riesgos inherentes al proceso de gestión financiera aplicando la metodología actualizada	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
* Resultado de autoevaluación.					
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<b>Soporte:</b> Se tiene elaborado el mapa de riesgos y debidamente publicado en el sistema de gestión documental en el mes de septiembre.					
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
4.	a) Elaborar los procedimientos del proceso contable que no se encuentran establecidos (procedimiento de arqueos a los recursos públicos, procedimiento de conciliaciones diferentes a las bancarias, establecimiento de autorizaciones para manejo de dineros públicos, custodia de títulos	Elaboración y reajuste de procedimientos del proceso de gestión financiera - tesorería para incluir arqueos a los recursos públicos,	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%



<p>valores). b) El proceso de gestión financiera no asocia en ninguno de los procedimientos el tratamiento que debe darse a los activos intangibles. c) Se evidencio en los activos intangibles una diferencia en la cuenta 197007 licencias de \$710.355.990,53 diferencia que no se pudo establecer a que corresponde.</p>	<p>conciliaciones diferentes a las bancarias, establecimiento de autorizaciones para manejo de dineros públicos y custodia de títulos valores y contable para el tratamiento activos de intangibles incluyendo la conciliación entre sistemas y contabilidad.</p>			
<p>* Resultado de autoevaluación.</p>				
<p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>				
<p><b>Soporte:</b> Fueron proyectados, actualizados en los aspectos requeridos y publicados los procedimientos en el sistema de gestión documental.</p>				
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
5.	<p>a) La identificación completa, el registro de todos los hechos contables, la oportunidad y la clasificación de todos los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales y principalmente lo que corresponde al Grupo 16 - Propiedad, Planta y equipos, de las Cuentas 5808 Otros Gastos Ordinarios, Grupo 8 - Cuentas de orden deudoras, Grupo 9 - Cuentas de orden acreedores. b) Se evidencia de forma parcial y/o ausencia de hechos, transacciones y operaciones en las cuentas de orden, algunas de ellas: procesos de responsabilidad en cabeza de funcionarios y/o servidores públicos,</p>	<p>Comunicación dirigida a los procesos generadores de información a fin de solicitar que sea reportado todo hecho que afecte financieramente a la entidad a favor y en contra y el cual deba ser reconocido contable.</p>	<p><b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<p><b>100%</b></p>

inventario de obsoletos y vencidos (registro de medicamentos vencidos de Zipaquirá y Bogotá), bienes entregados en custodia y/o terceros y bienes recibidos en garantía.				
* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.				
<b>Soporte:</b> Se hizo Acta socializando observaciones del informe de control interno y carta con reporte remitiendo a la Dirección Administrativa las observaciones.				
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
6.	La guía adoptada contiene de manera general las políticas que serán aplicadas por la empresa de manera uniforme para todas las transacciones, hechos y operaciones similares. Sin embargo, considerando el definido en el régimen de contabilidad y a partir de los asientos contables, las reflexiones y la madurez de los profesionales con funciones contables de la entidad, en los casos específicos la entidad documentará una política definida, determinada e implementada para el reconocimiento de un hecho económico, atendiendo las características de la información financiera. En aquellas políticas determinadas en la guía, en donde una vez realizado su análisis, se determine su inaplicabilidad a las características de la información financiera será necesario aplicar un cambio a la política y documentarla.	Revisión y análisis para posibles ajustes de las guía de políticas contables en concordancia con el marco normativo y los procedimientos identificados en la entidad.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<b>Soporte:</b> Se realizó actualización del documento se dejó como manual de política contable y quedo formalizado el día 13 de diciembre mediante Resolución No. 500 de 2017.					
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A					
No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**

7.	<p>a) El macro proceso institucional para el registro de todos los datos originados en los hechos económicos transacciones y operaciones que afectan la estructura financiera y económica de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana deberán identificarse plenamente, permitir, definir criterios y prácticas que permitan desarrollar la Contabilidad pública de la entidad; ampliar los procesos de reconocimiento y revelación.</p> <p>b) Dar aplicabilidad a la totalidad de los procedimientos vigentes diseñados por la E.S.E. y por la CGN.</p> <p>c) Crear directrices de carácter contable y efectuarlas con para obtener confiabilidad, relevancia y comprensibilidad de la información que genera el sistema de contabilidad de la entidad. Evitando de esta forma que la información carezca de objetividad, compatibilidad y efectividad con las políticas, métodos y procedimientos establecidos por la CGN.</p>	<p>Revisión y análisis para posibles ajustes de los procedimientos del proceso de gestión financiera en los aspectos de reconocimiento y revelación.</p>	<p><b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b></p>	<p>0%</p>	<p>00%</p>
<p>* Resultado de autoevaluación.</p>					
<p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Fueron revisados, actualizados y publicados los procedimientos en el sistema de gestión documental, se creó un protocolo.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
8.	<p>En las conciliaciones bancarias las partidas sin aclarar y/o deberán contener acciones de mejora permanente, para disminuir estos valores, buscando siempre la oportunidad y el perfeccionamiento.</p>	<p>Seguimiento a las partidas conciliatorias sin aclarar para su aplicación de una manera soportada y oportuna.</p>	<p><b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b></p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>
<p>* Resultado de autoevaluación.</p>					
<p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se cuenta con actas de análisis de partidas conciliatorias, no se realizó medición de adherencia al procedimiento.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
9.	El aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria, cuenta con la herramienta para la elaboración de las conciliaciones bancarias, herramienta que deberá emplearse por el área correspondiente, previa parametrización de los requerimientos demandados para el uso óptimo del aplicativo.	Análisis de la herramienta de Dinámica Gerencial Hospitalaria para determinar su funcionalidad a nivel técnico y para evaluar su posible aplicabilidad en el procedimiento de elaboración de conciliaciones bancarias.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	50%	50%
* Resultado de autoevaluación.					
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<b>Soporte:</b> Se realizó la consulta a sistemas y se está analizando la guía de DGH para determinar la viabilidad técnica del uso de esta opción, se tiene acta con evaluación técnica de la herramienta en la que se determinó las dificultades de la implementación de la misma.					
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
10.	Se observa de manera general, no individualizados los registros de litigios y demandas, bienes, muebles y equipos recibidos y/o entregados.	Comunicación dirigida a la Oficina Asesora Jurídica y al proceso de gestión de bienes y servicios a fin de que tenga en cuenta la recomendación de suministrar la información para registro individualizado de litigios y demanda y de equipos recibidos y entregados.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
* Resultado de autoevaluación.					
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					

<p><b>Soporte:</b> Se efectuó comunicado solicitando reporte de hechos, transacciones u operaciones para el seguimiento de los derechos, responsabilidades, obligaciones y compromisos adquiridos y concertados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y en el plan de sostenibilidad se requirió reporte individualizado de la información a la fecha no se recibió respuesta al respecto.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>
---

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
11.	<p>a) Las cuentas, bienes entregados en garantía (8110), Bienes entregados en custodia (8306, entre otras cuentas, no existen registros en el rango seleccionado (01/01/2015 hasta 31/12/2015)</p> <p>b) Las cuentas de orden de control que indican las operaciones, los hechos realizados con terceros, compromisos contratos que afectan la estructura financiera de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana NO se encuentran registradas dentro de la vigencia 2016, el ingreso de los activos fijos entregados como contraprestación del convenio con la UNIVERSIDAD DE LA SABANA.</p>	Comunicación dirigida a las áreas productoras de información a fin de que tengan en cuenta la recomendación y suministren la información para registro en caso de existir de bienes entregados en garantía o en custodia u otro tipo de bienes susceptibles de registro en cuentas de orden para su control.	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	100%	100%
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se efectuó comunicado solicitando reporte de hechos, transacciones u operaciones para el seguimiento de los derechos, responsabilidades, obligaciones y compromisos adquiridos y concertados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y se requirió información en el plan de sostenibilidad.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
12.	Los soportes de los datos contables son parte integral de la contabilidad y deberán estar aplicando la normatividad vigente y las Tablas de Retención Documental de la E.S.E.	Soportes asociados a los registros contables imputados en el área de contabilidad, mantenidos en debida forma y atendiendo la normatividad vigente de archivo y de	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	80%	80%

	acuerdo con las tablas de retención documental.			
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p> <p><b>Soporte:</b> Se tiene cartas con solicitudes al área de gestión documental y acta de revisión de tablas de retención documental, se efectuó capacitación en el manejo de las tablas y en el proceso en general, la medición de adherencia con el nivel de devoluciones en las entregas programadas al inicio del año la oficina de archivo.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
13.	Las actuaciones del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera, determinadas en las funciones deberán ser contenidas dentro de sus actuaciones de forma objetiva, completa, identificada y demostrada documentalmente y soportado siempre que haya lugar.	Documentación adecuada y completa de todas las actividades tratadas en el marco del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	90%	100%
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p> <p><b>Soporte:</b> Se cuenta con las actas de 6 comités de sostenibilidad de los 6 que se realizan en el año se trataron temas de relevancia contable y financiera, se encuentran debidamente soportadas con un porcentaje de cumplimiento de tareas del 70% al finalizar.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
14.	Los Back Up de la información financiera y económica de la E.S.E. además de estar debidamente custodiados deberán estar debidamente identificados, clasificados, organizados y con actas de entrega y verificación de las situaciones ambientales y de entorno.	Comunicación con solicitud de documentación del procedimiento de custodia, identificación, clasificación, organización, entrega y verificación de la información.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					

<b>Soporte:</b> Se remitió solicitud a la subdirección de sistemas no se obtuvo respuesta.
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
15.	<p>a) Previamente los responsables de las áreas generadoras de hechos económicos, financieros que afecten la información contable, se reunirán con el objeto de realizar el de Plan de Sostenibilidad Contable y periódicamente con los funcionarios a su cargo, para analizar y evaluar el avance al Plan de Sostenibilidad Contable (definido previamente) y establecer las acciones administrativas y contables tendientes a ser presentadas objetivamente ante el comité.</p> <p>b) Siendo la definición de política una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos y teniendo en cuenta que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana mediante actos administrativos adopta las políticas contables y que dentro del sistema de gestión documental registra las políticas de la entidad, todas ellas con la misma metodología; no se evidencio la política y/o las políticas del proceso de gestión financiera y la política del proceso contable, POLÍTICA MEDIANTE LA CUAL LAS TRANSACCIONES, HECHOS Y OPERACIONES REALIZADOS EN CUALQUIER DEPENDENCIA DEL ENTE PÚBLICO, SON DEBIDAMENTE INFORMADOS AL ÁREA CONTABLE A TRAVÉS DE LOS DOCUMENTOS FUENTE O SOPORTE.</p>	<p>Diseño de un plan sostenibilidad contable con las actividades, fechas de cumplimiento, responsables y dependencias generadoras de hechos, transacciones u operaciones a ser reportadas en el proceso contable incluirle la adopción de la directriz para el reporte de todos los hechos y transacciones generados en cualquier dependencia.</p>	<p>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se elaboró el plan de sostenibilidad, el cual fue formalizado mediante Resolución 435 de 2017 se encuentra publicado en la intranet.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
----	----------	--------	--------	------------------------	---------------------------

				*	%**
16.	<p>a) Adicionalmente cuando se trate de ajustes contables originados en depuración y análisis de datos, deben sustentarse adecuadamente, referenciado el registro de origen y adjuntando todos los documentos soportes pertinentes.</p> <p>b) El nivel de formación adquirido por los responsables de las áreas financieras y contables contrasta enfrenta al impericia y la aplicación inadecuada de los que es un hecho o suceso de carácter económico y del proceso contable de varios de los actores de los procesos de la entidad.</p>	<p>Medición de adherencia de los encargados de realizar ajustes contables originados en depuración y análisis de datos del procedimiento 02GF03-V1</p> <p>Generación de estados financieros y presentación de informes y requerimiento de capacitación para fortalecer el equipo de trabajo mediante capacitación.</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	80%	100%
<p>* Resultado de autoevaluación.</p> <p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p> <p><b>Soporte:</b> Se solicitó capacitación para los funcionarios de la Dirección Financiera en temas relacionados con el nuevo marco normativo, el mismo se realizó a través del curso en nuevo marco normativo de la Universidad Javeriana en convenio de contraprestación, se socializo el procedimiento con los integrantes del grupo de contabilidad y se efectuó medición de adherencia con su respectiva acta.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
17.	<p>a) El artículo 114 del decreto 2649 de 1993, establece que la información financiera y contable debe estar acompañada de las notas como presentación de las prácticas contables, teniendo en cuenta los criterios que se deben reconocer para la revelación, medición, relevancia y presentación de los hechos económicos en los estados financieros. Las notas deben contener los asuntos de importancia relativa, ser lógicas, ciertas, de fácil lectura y</p>	<p>Identificación de los hechos económicos en los estados financieros para su respectiva revelación en las notas a los estados financieros según lo</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	100%	100%



<p>comprensión y secuenciales.</p> <p>b) Siendo las revelaciones incluidas en las mismas notas de los estados financieros se constituyen en una declaración explícita, la fiel representación de los hechos económicos, otros eventos y el cumplimiento de las condiciones reconocimiento, medición y revelaciones; deberán resumir sus políticas y prácticas contables, referenciar adecuadamente el cuerpo de los estados financieros, contener cada elemento de los estados financieros, revelar la información, explicar análogamente la información y cifras presentadas en los estados financieros, los saldos desagregados y los asuntos de importancia relativa.</p> <p>c) Verificado el proceso de ingreso de activos fijos de la vigencia 2016 se concluye que los activos fijos equipos de cómputo no se identifican como suceso que ha ocurrido, susceptible a ser reconocido dentro de todo el proceso contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p>	establecido en la normatividad contable vigente, en la guía de política contable de la entidad, en lo que corresponda a revelación, medición, relevancia y presentación.			
* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.				
<b>Soporte:</b> Las notas a los estados financieros con el nivel de revelación que se requiere, serán preparadas al cierre del año 2017.				
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
18.	a) La estimación de costos de los servicios que presta la E.S.E., consiste en realizar una aproximación de los recursos monetarios necesarios para prestarlos; con estas aproximaciones realizadas, según consta en los planes operativos POA y Plan de Atención de Salud -PAS, en La E.S.E. estas aproximaciones no es suficiente para	Continuar con el mejoramiento en la estimación de costos por producto.	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	80%	100%

<p>determinar realmente los costos directos e indirectos y la rentabilidad en la venta de los servicios. no es suficiente para Los sistema de costos.</p> <p>b) La entidad no tiene un sistema de costos que permita identificar el costo real de cada uno de sus servicios. El establecimiento de un sistemas de costos efectivo y consecuente con la prestación de los servicios en la E.S.E. es obligatorio y necesario ya que puede ayudar a la gerencia a tomar decisiones apropiadas para la fijación de precios de los servicios, evaluar las alternativas, también puede medir la ejecución del trabajo, es decir, comparar el costo real de un servicio o los costos estimados que hoy se han establecido para algunos servicios en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p>				
<p>* Resultado de autoevaluación.</p>				
<p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>				
<p><b>Soporte:</b> Se tienen actas de socialización de los Costos y de Gastos de los servicios de: Banco de Sangre, Cardiología, Hemodinamia, Laboratorio Clínico, Radiología y la Unidad Quirúrgica, entre los meses de Abril a Junio de 2017 y se radico solicito a la oficina asesora de planeación sin respuesta.</p>				
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
19.	<p>En los mismos procedimientos no se evidencian las interfaces para la transformación de los insumos productos (salidas) obtenidos mediante el proceso de transformación a que da lugar cada uno de ellos y como parte integral del proceso contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p>	<p>Comunicación a la Oficina Asesora de Planeación a fin de que tengan en cuenta la recomendación y se evidencie la interfaz para la transformación de los insumos productos (salidas) obtenidos mediante el proceso de transformación del proceso de</p>	<p><b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b></p>	<p><b>0%</b></p>	<p><b>0%</b></p>

		gestión financiera.			
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se realizó la solicitud a planeación sin respuesta.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
20.	NO se evidencia directriz alguna, que tenga por objeto formar la cultura de efectuar periódicamente las conciliaciones y cruces de saldos entre cuentas (y/o presupuesto, contabilidad, activos fijos, tesorería y demás áreas de cada uno de los procesos de la E.S.E.)	Diseño, publicación y socialización de procedimiento para conciliación de módulos con contabilidad.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se tienen conciliaciones entre módulos efectuadas de enero a noviembre de 2017 y se elaboró protocolo 03GF01-V1 CONCILIACIONES CONTABILIDAD CON OTROS PROCESOS INSTITUCIONALES se encuentra publicado en el sistema de gestión documental.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
21.	Los Estados Financieros - Balance General, Estado de Actividad Financiera, Económica y Social, Estado de Cambios en la Situación Financiera e indicadores comparativos son elaborados conforme el marco normativo aplicable; la publicación de estos Estados Financieros durante la	Publicación mensual en las dependencias de la entidad, en lugar visible y público los Estados Financieros de acuerdo a la	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	90%	100%

	vigencia 2016 presentó de manera irregular y extemporánea.	normatividad vigente.			
* Resultado de autoevaluación.					
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<b>Soporte:</b> Se ha realizado la publicación de los Estados Financieros en las carteleras del HUS mensualmente.					
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO *	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO O %**
22.	Aun cuando se tienen las pólizas de responsabilidad civil, no se evidencian las pólizas de manejo de recursos públicos, para aquellos trabajadores en misión que a diario están recaudando y manejando dineros públicos, producto de un servicio público.	Comunicación con el área de personal para que sea tenida en cuenta la inclusión de pólizas de manejo de recursos para trabajadores en misión de las cajas.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	100%
* Resultado de autoevaluación.					
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<b>Soporte:</b> Se realizó solicitud a la Subdirección de Personal para que fuese tenida en cuenta la inclusión de estas pólizas en la contratación con la empresa contratista.					
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A					

### **13.4 Plan Estratégico Hospitalario (PAS – Plan de Acción de Salud)**

ACTIVIDAD	% ALCANZADO	OBSERVACIONES
1. Realizar el Manual Tarifario HUS (40%)	100%	El Subdirector de Mercadeo presentó las tarifas Institucionales para la vigencia 2017 a la Junta Directiva, la cual las aprobó mediante un acuerdo.
2. Cuantificar los costos producto (UCI, Cardiovascular, Radiología, Cardiología y Hemodinamia) (30%)	100%	Se ha realizado levantamiento de equivalencias, cruce de productividad y Mano de obra. (Banco de Sangre, Cardiología, Hemodinamia, Laboratorio clínico Radiología, UCI, ). Se anexa acta con equivalencias de cinco(05) áreas ( DX Gastroenterología, Qx Gineco, QX otorrino, QX Urología, Qx Cirugía Plástica)
3. Diseñar y Mercadear (promoción y comunicación) un nuevo portafolio de servicios con su respectivo brochure (10%)	100%	Se diseñó del nuevo portafolio de servicios.
4. Elaborar un Plan de Visitas a los clientes potenciales para promocionar el portafolio de servicios	100%	Se elabora y anexa Plan de Visitas, según requerimientos de las entidades. Se anexan Actas de Promocion Portafolio de Servicios.
5. Realizar contratación del 70% de las ERP de la Red de Cundinamarca Régimen Contributivo y R. Subsidiado (20%)	100%	La red Publica de Cundinamarca en Regimen Contributivo y Subsidiado es Convida, con la cual se ha realizado toda la contratación de Cundinamarca.
6. Solicitar oficina Asesora de Planeación Tramite resolución para definir Centros de costos según mapa de procesos institucional (10%)	100%	Se anexa soporte de oficio enviado el 3 de febrero a la Oficina Asesora de Planeacion, haciendo esta solicitud, debido a que este tema es transversal a toda la Institucion, este tema ya fue presentado en Comité Directivo y esta en tramite. (SE ENTREGO EN SEGUIMIENTO I TRIMESTRE)
7. Consecución de información actividades tiempos y movimientos de 10 Unidades de Negocio (60%)	100%	Se ha realizado levantamiento de equivalencias, cruce de productividad y Mano de obra de (11) Servicios.
8. Parametrización modulo de costos hospitalarios según Mapa de Procesos áreas asistenciales (centro de Costos) de las Unidades de Negocio desarrolladas anteriormente (30%)	100%	se anexa informe en PDF, Parametrización modulo de costos hospitalarios según Mapa de Procesos áreas asistenciales (centro de Costos)
9. Realizar revisión trimestral aleatoria del 5% del valor facturado en cada servicio: Consulta Externa, Hospitalización, UCI adultos y neonatal, Salas de Cirugía y Urgencias (50%)	100%	Para el ultimo trimestre se realiza la auditoria de la facturación por parte de la auditora Mabel pulido, se realiza la revision de la totalidad de la facturación generada por el area, se realiza cruce con anulaciones, ingresos abiertos, se considera para ello los centros de costo, tarifas facturadas con los porcentajes pactados en los contratos, servicios facturados como procedimientos, cargue de medicamentos, apoyo diagnostico, consulta externa, oportunidad en el cierre de las cuentas y la verificación del proceso de anulacion con la disminucion del valor de anulaciones.
10. Realizar 2 capacitaciones anuales al personal de facturación en normatividad en salud. (50%)	100%	Se realizan en el año un total de 8 capacitaciones sobre lo pactado que eran 2, para ello se dispuso de dias y horas especificas para reunir al personal, se abordaron temas como soporte de cuentas, oportunidad en la radicación, facturación a EAPB como SSC, SOAT, ADRES. facturación de hemodialisis y patologías renales, a su vez se creo evaluación virtual que permita evidenciar el nivel de adherencia de las capacitaciones y conocimiento de los facturadores.
11. Acordar y realizar cortes de facturación mensual, según se establezca con cada EPS. (100%)	86%	Para la vigencia 2017, con corte Diciembre se factura un total de \$ 149,401,498,538, valor del cual se puede radicar un total de \$ 136,926,024,645, el valor total radicado es \$ 113,823,602,172, lo que da un porcentaje de 83,1 % radicado, esta baja en la radicación se presenta debido a empresas como Convinda, empresa con la que se pacto radicar la facturación en el mes de Enero 2018, Adres, facturación que solicitaba de personal para la auditoria y validación, Ecoopos EPS que se ha reusado a recibir la facturación desde el mes de Julio debido a problemas internos de la empresa.
12. Realizar seguimiento de productividad de manera trimestral a cada uno de los funcionarios del área de Objeciones.(20%)	100%	se realiza seguimiento con el fin de incrementar la productividad
13. Realizar divulgación de motivos de glosa a los procesos responsables de las mismas servicios mas representativos .(30%)	100%	Se anexa correo enviado al Subdirector del proceso y a los coordinadores Carlos Ariza (Facturación Bogota) y Angelica Nova (Facturación Zipaquirá) donde se les envia en formato XLS los motivos de Glosa reportados por las EAPB'S a corte diciembre de 2017 segun la codificación de la resolución 3047 de 2008
14. Realizar reuniones cuatrimestrales con los líderes de los procesos donde se presente mayor glosa para que realicen Planes de Mejora. (50%)	100%	Se anexan actas de Reunion con las Areas de Autorizaciones y Osteosintesis con los inconvenientes presentados según la glosa reportada por las EAPB'S y asi mimo se establecen los planes de acción correspondientes para la disminucion de la glosa. Se anexa reporte de la aceptación de glosa de las ventas de la vigencia actual comparada con la aceptación de las ventas de la vigencia anterior con lo que se evidencia que el indicador del 5% de aceptación de la glosa se esta cumpliendo ( PARA LA VIGENCIA 2016 SE TIENEN \$1,062,256,641 Y PARA LA VIGENCIA 2017 SE TIENEN \$677,375,433 DE GLOSA ACEPTADA, APLICANDO LA FORMULA DEL INDICADOR SE TIENE UNA DISMINUCION DEL 56% CON RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR)
15. Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar de los servicios prestados en vigencias anteriores radicados. (33%)	26%	Para el indicador de Recaudo Vigencias Anteriores, se tuvo en cuenta el Informe de Contabilidad de Cartera Neta a corte Diciembre 31 de 2016 por valor de \$189,402,673 (Miles de Pesos) como denominador y el informe de recaudo vigencias anteriores al corte Diciembre 31 de 2017 por \$49,403,972 (Miles de pesos) RESULTADO : 26% estos valores son tomados de la ejecución presupuestal.
16. Realizar del 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 correspondiente al 80% de la cartera de difícil cobro más representativa según saldo a 31 dic de 2016 con seguimiento trimestral. (34%)	29%	Para el Indicador de Entrega a Jurídica de cartera a mas de 360 dias se tuvo en cuenta los valores que se encuentran con concepto "EN PROCESO" los cuales a corte Diciembre 31 de 2017 se encuentran por valor de \$18,476,697 (Miles de Pesos) e Informe de Contabilidad de cartera a mas de 360 dias a diciembre 2016 por valor de \$64,360,663 (Miles de pesos)
17. Alcanzar el 65% del recaudo de los reconocimientos por los servicios prestados en la vigencia actual Radicados. (33%)	58%	Para el Indicador de Vigencia Actual, se tuvo en cuenta la facturación de vigencia actual a Diciembre 31 de 2017 por valor de \$141,646,669 (Miles de pesos) y el informe de recaudo vigencia actual al corte Diciembre 31 de 2017 por \$82,149,548 (Miles de lo que da un resultado del 58% pesos) estos valores son tomados de acuerdo a la ejecución presupuestal.
<b>17 ACTIVIDADES / % AVANCE</b>	<b>88%</b>	

Nota: De las 17 de actividades del PAS, 14 fueron cumplidas al 100% según meta propuesta, arrojando un cumplimiento del 88%, esto como resultado de autoevaluación en la Dirección Financiera, puesto que a la fecha se encuentra pendiente de evaluación por parte de la oficina de

## Gestión del Riesgo

### Mapa de riesgos

#### Evaluación mapa de riesgos

Procesos	Número de riesgos priorizados	Número de riesgos con plan de mejora	Número de acciones planeadas	Porcentaje avance de cumplimiento las acciones de mejora	Número de cierre de ciclos	Número de riesgos con Reducción en la zona de riesgos
Gestión Financiera	9	0	0	0%	0	9

En relación a la evaluación de la matriz de riesgos del Proceso de Gestión Financiera debido a los controles implementados no quedó ninguno en **EXTREMO** en la evaluación del mismo, por lo que no fueron relacionados en Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP), así mismo se hizo un análisis que permitió identificar riesgos estratégicos alineados con la plataforma institucional.

En el Mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Financiera existen **9** riesgos, de los riesgos priorizados de los cuales **8** son de **MECI** y **1** de **SARLAFT**, según el tipo de riesgo se presenta la siguiente distribución: 5 financieros, 3 corrupción, 1 de Operacionales con Clientes y/o Contrapartes y usuarios.

#### Riesgos de corrupción

- *Pago de obligaciones no adquiridas.* 1. Una (1) comunicación con solicitud de capacitaciones a los supervisores de los contratos. Evidencia del cumplimiento: Un (1) registró en libro devoluciones.
- *Inclusión de gastos no autorizados.* Evidencia del cumplimiento 1. Un (1) informe de tesorería de los pagos realizados en el mes, relacionando tercero y concepto del pago. 2. Una (1) ejecución de gastos del presupuesto mensual, conciliada con el informe de tesorería.
- *Adulteración de la información contable y financiera* 1. Informe de gestión con la información contable y financiera, soportado con balance de prueba del período emitido desde el sistema DGH. 2. Estados financieros suscritos por la Revisoría Fiscal hasta el tercer trimestre de 2017.

#### Programas

En el Proceso de Gestión Financiera no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

## CAPITULO V

### INFOME DE GESTIÓN

#### OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO



## 5.1 OBJETIVO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Asesorar y evaluar la gestión, los sistemas de control interno y gestión de la calidad de la entidad.

En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina de control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana.

### INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

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

### INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Fortalezas : 15	Recomendaciones pendientes por atender: 36
-----------------	--

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES PENDIENTES POR ATENDER
El compromiso Institucional permanente de los	1. Dada la rotación de personal se genera perdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el

<p>responsables de los procesos en ejecución de las políticas internas para el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>MAPA DE PROCESOS – Si embargo de debe ajustar el mapa de procesos a la estructura gerarquica para identificar la Dirección administrativa y la Dirección científica.</p> <p>TUCI – Tablero único de control de indicadores. Sin embargo se deben publicar los indicadores de la caracterización de los procesos.</p> <p>Actualización permanente de en la intranet de los procesos de la entidad.</p> <p>Levantamiento de mapas de riesgo por procesos.</p> <p>Implementación de los planes de mejoramiento</p> <p>Reactivación del comité coordinador de control interno</p> <p>Conformación del equipo Mecí</p> <p>Se elaboró por parte del equipo MECI plan de mejora para atender las falencias detectadas en el</p>	<p>cumplimiento de la misión y los objetivos institucional.</p> <p>2. Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios.</p> <p>4. Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados.</p> <p>5. No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil.</p> <p>8. La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura necesaria para avanzar en el desarrollo de sus funciones deberes y cumplimiento de sus objetivos institucionales, tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central.</p> <p>9. El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.</p> <p>10. No se cuenta con las mediciones de: Comunicación Interna: Percepción de carterelas Interacción página Web Boletines Comités y reuniones</p> <p>11. Propiciar espacios y escenarios de comunicación efectiva, abierta y fluida al interior de la organización y en todas las direcciones de acuerdo a las necesidades de la gestión institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.</li> <li>• 12. Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales).</li> </ul> <p>13. Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.</p> <p>18. Aún faltan por caracterizar procesos de la red de procesos socializada. ( PROCESO DESARROLLO DE SERVICIOS).</p> <p>19. La información de los procedimientos que se encuentran en la intranet esta desactualizada en algunos procesos</p> <p>20. Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se deben formular indicadores COMPUESTOS.</p> <p>21. Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.</p>
--	---

<p>                     diagnóstico del MECI-decreto 943 de 2014. Porcentaje de cumplimiento al finalizar la vigencia 2017 del 82%                      Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol.                      Se cuenta con un aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su primera fase (comunicación externa), acogiendo la directiva presidencial 04 del 3 de abril del 2012, sobre eficiencia administrativa y lineamientos de la política "cero papel" en la administración pública.                      Se evalúa de manera periódica la gestión del riesgo.                      Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación para su validación.                      La entidad generó la cartilla (de la cual ha salido una versión) UNIDOS POR NUESTRA                 </p>	<p>                     22. Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.                      24. Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias. ( centros de costos )                      28. Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora.                      No se realizan actividades de autoevaluación, los espacios que se utilizaban para ello (comités directivos ampliados) solo se utilizan ahora para comunicar asuntos de acreditación, ya no se comunica en ellos los resultados de la gestión y/o para impartir directrices para mejorar la gestión.                      29. La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.                      30. La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.                      31. Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.                      34. La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.                 </p>
---	---

<p>ACREDITACIÓN, en la que facilita a los funcionarios el acceso y consulta de la información institucional como: Historia, Misión, Visión, procesos y estándares de acreditación, informando la manera en que el hospital está cumpliendo para alcanzar la acreditación en salud. Las cartillas se han entregado de manera personal a los funcionarios y constituye un esfuerzo importante.</p> <p>Se obtuvo la ACREDITACIÓN EN SALUD.</p>	
---	--

Se radicaron y publicaron en términos los informes cuatrimestrales de los siguientes cortes:

Noviembre de 2016 – febrero 2017

Marzo de 2017 a junio de 2017

Julio de 2017 a octubre de 2017

#### **COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO.**

Cumplimiento de reuniones. Se programaron 3 reuniones y se realizaron 2 para un avance del 66.6%

Mediante circular 01 del 22 de febrero de 2017, se estableció el cronograma y la metodología para las tres reuniones del comité programadas para este año. Por lo anterior se informa:

Se surtió reunión el 14 de marzo de 2017.

Se surtió reunión el 3 de mayo y se aprobó el plan de acción del equipo MECI.

## FORTALECIMIENTO DEL MECI

La Oficina de Control Interno ha continuado con la estrategia pedagógica de los MIERCOLES DE CONTROL INTERNO.

También se ha buscado llegar a funcionarios que por sus actividades no tienen acceso al computador para consultar el correo, a través de la creación del grupo en whatsapp MECI-HU de la Samaritana que en la actualidad se aumentó a 89. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

Se produjo video con tips para la elaboración de los PUMP

Se produjo video con información sobre el autocontrol.

Se produjeron 3 videos sobre gestión del riesgo.

Los videos fueron publicados en youtube y en la página web de la entidad.

## INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE

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

VIGENCIA	CALIFICACIÓN	RANGO	TOTAL RECOMENDACIONES 2013	RECOMENDACIONES ATENDIDAS:
2013	4,09	SATISFACTORIO	8	31,25%
2014	3,96	SATISFACTORIO	21	43%
2015	3.78	SATISFACTORIO	19	14%
			13 correspondiente a años anteriores. 16 correspondiente al año 2015 Total 29 Se atendieron en su totalidad 4 recomendaciones. Parcialmente se atendieron 21 y 4 no se atendieron.	
2016	3.65	ADECUADO  Nuevos rangos resolución 193 de 2016 exp por la contaduría general de la Nación 1-3 DEFICIENTE 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015 15 recomendaciones del año 2016.	Se elaboró plan de mejoramiento. El seguimiento al cumplimiento de este plan de mejoramiento se realizará en enero de 2018

### 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	Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.
2017		SE ELABORA EN MARZO DEL 2018

### AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.

Se radicó el correspondiente informe el 15 de febrero de 2018.

Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.

### CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 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
13	12	5	5	14	7	8	6
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI- <b>CUMPLIDA</b>	1	DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE- <b>CUMPLIDA</b>	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR-	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1

<b>CUMPLIDA</b>							
AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS — <b>CUMPLIDA</b>	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1
AUDITORÍA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS- <b>CUMPLIDA</b>	1			AUDITORÍA DE PQRSD, LEY ANTITRAMITES , CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL A CONTRATOS	1
CUMPLIMIENTOS-PUMP-FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO-CONTROL INTERNO-CONTRALORÍA- <b>CUMPLIDA</b>	1			REPORTE Y VERIFICACIÓN DEL SIA CONTRALORÍA – VIGENCIA 2014	1	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	1
AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS- <b>CUMPLIDA</b>	1			AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA- <b>CUMPLIDA</b>	2	AUDITORÍA DE PQRSD	1				
		EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1				
AUDITORÍA PQRSD	1						
AMBIENTAL PGIRS							
CAJAS MENORES	1						
INVENTARIOS ACTIVOS FIJOS	INCLUIDA EN LA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO CONTABLE						
DISCIPLINARIOS	1						
<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>	<b>92.3%</b>	<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>	<b>100%</b>	<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>	<b>50%</b>	<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>	<b>75%</b>
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 AL1 PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL- PUMP DE ACREDITACIÓN <b>CUMPLIDA</b>		AUDITORÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS	1				
		Auditoría realizada por solicitud de junta directiva	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: la revisión del envío del informe mensual del SIA	6		
		Auditoría para verificar el cargue de información a los entes de control SIA OBSERVA Y SIA MENSUAL	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: Mediciones a la adherencia de las directrices de los informes de supervisión	2		
		AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO O-18 DE ENERO 2016-OCI-HUS.001-16	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
				EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
TOTAL	13	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7

### CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CONTRALORIA

DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2015	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2014	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2013	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2012
Calificación de:				
Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	Salvedad	Con Salvedades
Fenecimiento	No fenece	Se fenece	Fenece	fenece
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO				



primer trimestre	34.43%	16,60%	26,38%	
Segundo trimestre	37.35	45,50%	54,93%	44,26%
Tercer trimestre	76.12	70.00%	73,73%	50,95%
<b>Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL</b>	<b>89.25%</b>	<b>93,40%</b>	<b>95.20%</b>	<b>90,03%.</b>
Nivel de cumplimiento	En desarrollo	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido

## PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA SUPERSALUD

### CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2014.

Con oficio 123861 de 10 de octubre de 2017, se radicó el avance y soportes del plan de mejoramiento el cual reporto un porcentaje de cumplimiento del 99.32%

### CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2015.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015. El seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento se realizará en marzo de 2018, de conformidad con lo solicitado por la Superintendencia de Salud.

### SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO PUMP – FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO. VIGENCIA 2016

Se radicó y socializó el informe de verificación de las acciones de mejora del PUMP – 2016 y 2017 que tienen como fuente: gestión del riesgo, auditoría de control interno y Contraloría. Del resultado de la verificación se entregan los resultados de los indicadores de AVANCE DEL MEJORAMIENTO, CUMPLIMIENTO E INDICADOR DE RESULTADO-CIERRE DE CICLO.

## CONSOLIDADO DE RESULTADOS

### 2016

FUENTE	AVANCE DEL MEJORAMIENTO	DEL CUMPLIMIENTO	RESULTADO CIERRE DE CICLO
GESTIÓN DEL RIESGO	47%	28%	9%

### 2017

FUENTE	AVANCE DEL MEJORAMIENTO	DEL CUMPLIMIENTO	RESULTADO CIERRE DE CICLO
GESTIÓN DEL RIESGO	28.7%	26.7%	0%

## SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES

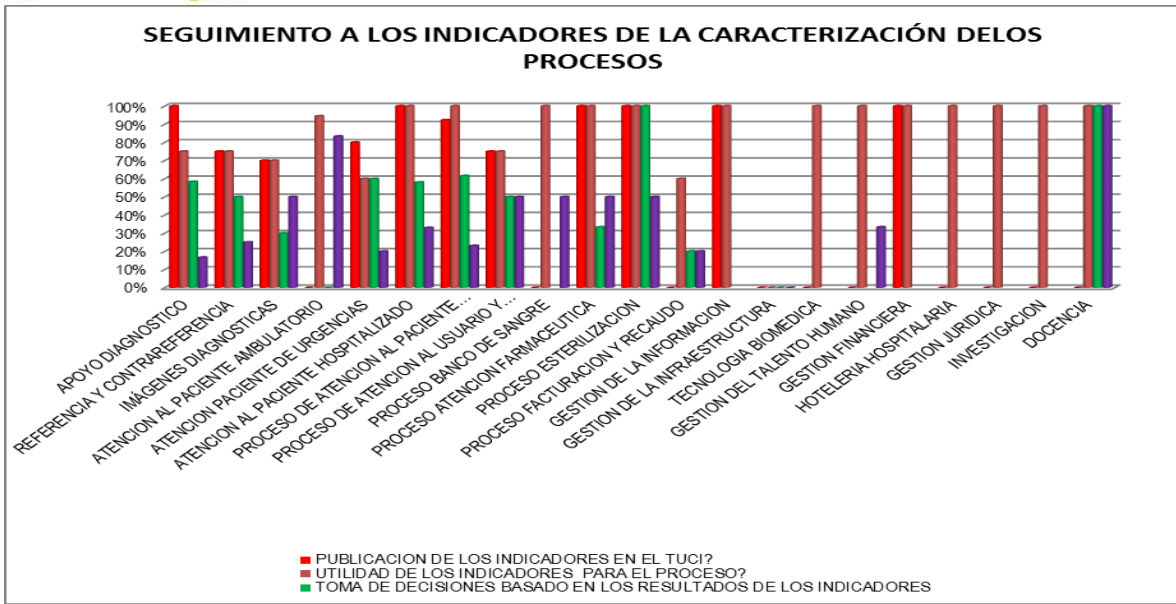
Se elaboró matriz de seguimiento autoevaluación de indicadores riesgos y controles, para que los líderes de los procesos la diligenciaran. Una vez se entregaron las matrices de los procesos de apoyo, se tabuló y se sacó los indicadores correspondientes.

En todo caso se recomienda que la matriz que cada proceso diligenció sea publicada en la intranet del hospital, en la pirámide documental de cada proceso en donde dice OTROS. De igual manera, se solicitó al comité directivo el 28 de abril de 2017 enviar el avance y soportes del plan de mejoramiento de los riesgos de corrupción que se encuentra publicado en la página web, a la fecha solo se recibió información sobre este asunto por parte de la Dirección Financiera. Se radicó el correspondiente informe de auditoría y se socializó el resultado a todos los servidores del Hospital.

Los resultados del seguimiento a RIESGOS, CONTROLES DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS Y MATRIZ INSTITUCIONAL DEL RIESGOS ASI COMO EL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS ES EL SIGUIENTE:

### RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

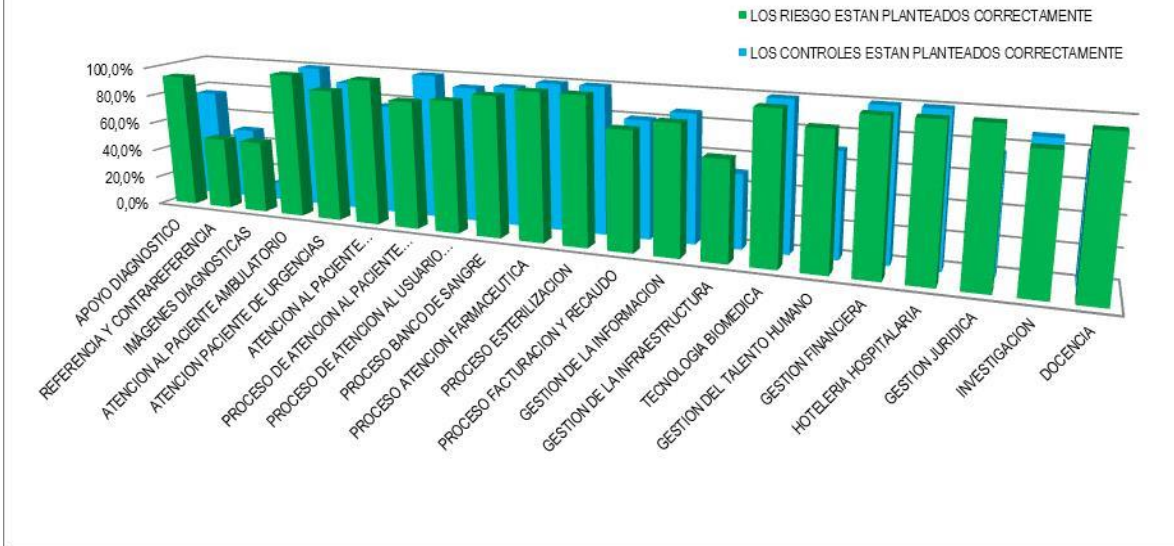
PROCESO	PUBLICACION DE LOS INDICADORES EN EL TUCI?	UTILIDAD DE LOS INDICADORES PARA EL PROCESO?	TOMA DE DECISIONES BASADO EN LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	MEJORAS LOGRADAS CON LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	REPORTE EN EL INFORME DE GESTIÓN MENSUAL DE LOS INDICADORES	SOCIALIZACION DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	LOS INDICADORES SE REPORTAN A LOS ENTES DE CONTROL	CORRESPONDENCIA DE LOS INDICADORES CON EL PROCESO
PROMEDIO	47%	86%	48%	40%	64%	76%	21%	87%



### RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES Y A LOS RIESGOS PLANTEADOS EN LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

PROCESO	LOS RIESGOS ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES CON EL PERSONAL VINCULADO AL PROCESO	FRECUENCIA DE LA SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO O A LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES	COMUNICACIÓN A LA GERENCIA DE LA GESTIÓN REALIZADA A LOS RIESGOS Y CONTROLES	CORRESPONDENCIA DE LOS RIESGOS CON EL PROCESO
<b>PROMEDIO</b>	<b>89%</b>	<b>82%</b>	<b>67%</b>	<b>54%</b>	<b>74%</b>	<b>64%</b>	<b>45%</b>	<b>80%</b>

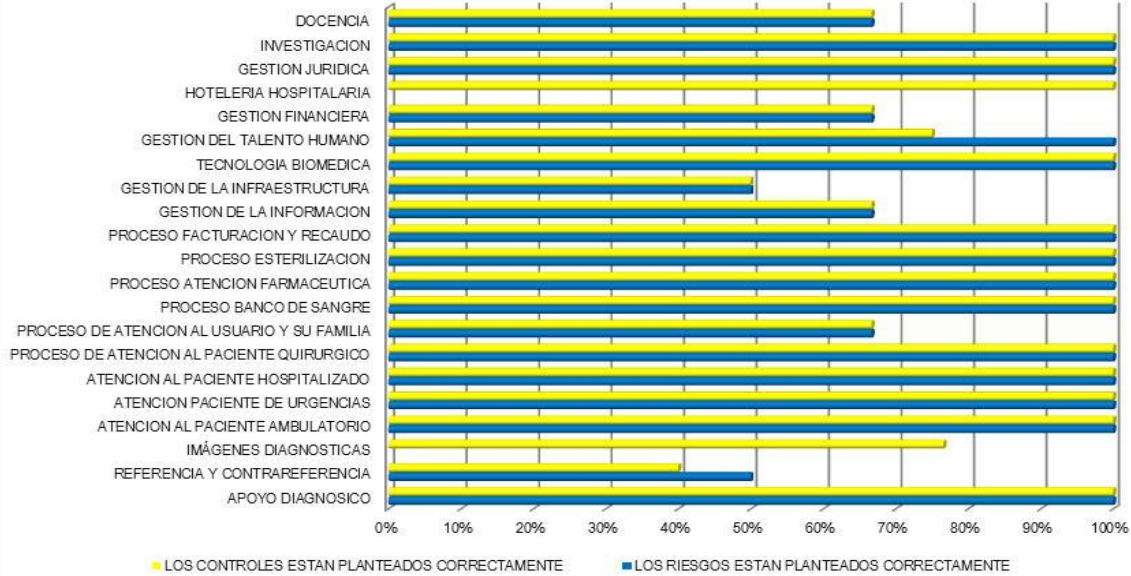
**SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES Y A LOS RIESGOS PLANTEADOS EN LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS**



**RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE LA MATRIZ DE RIESGOS – MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL**

PROCESOS	LOS RIESGOS ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y SU CONTROLES CON EL PERSONAL VINCULADO AL PROCESO	FRECUENCIA DE LA SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES	COMUNICACION A LA GERENCIA DE LA GESTION REALIZADA A LOS RIESGOS Y CONTROLES	CORRESPONDENCIA DE LOS RIESGOS CON EL PROCESO
PROMEDIO	88%	86%	82%	59%	75%	71%	50%	76%

**SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS - MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL**



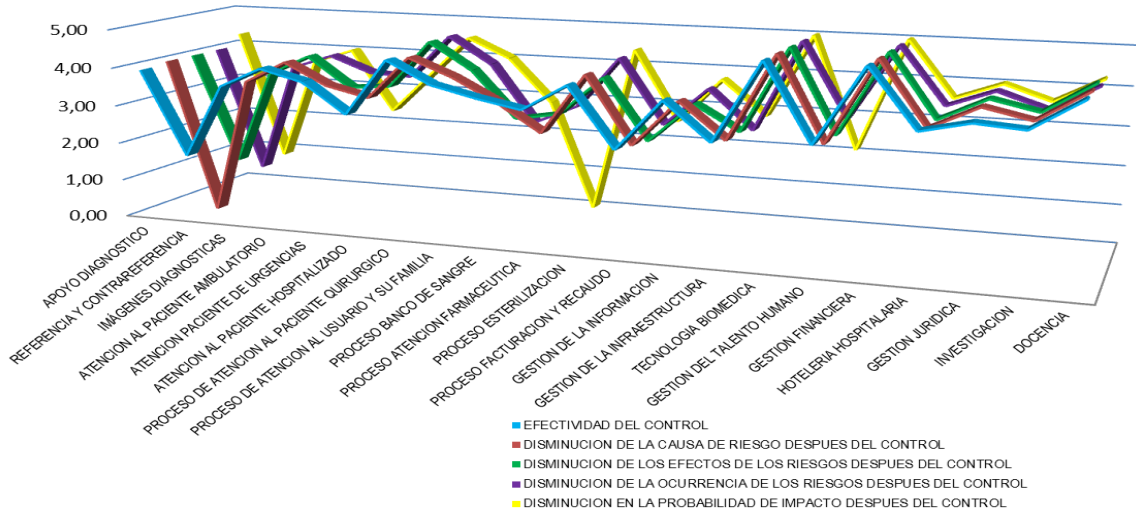
■ LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE ■ LOS RIESGOS ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE

**CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES CALIFICACIÓN DE LOS PROCESOS**

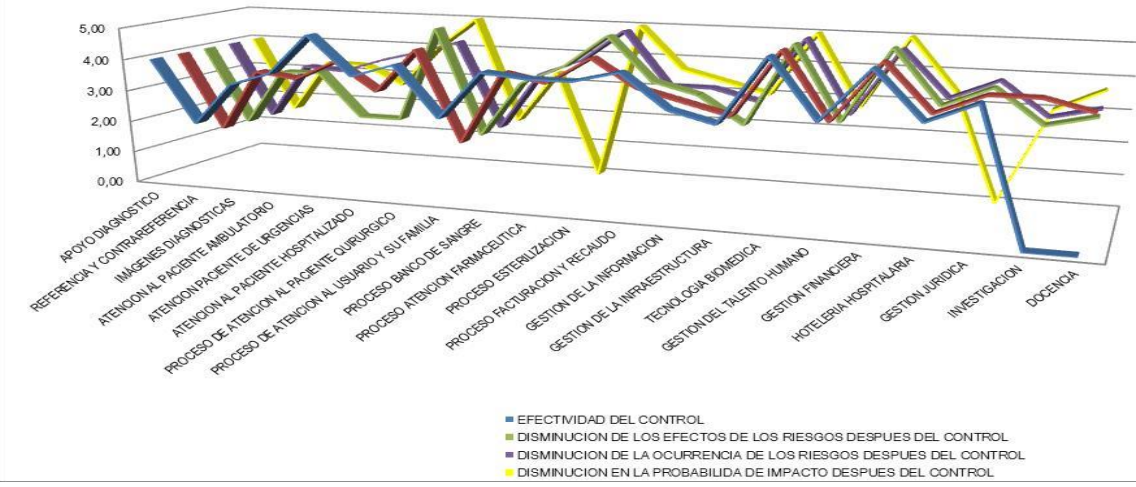
PROCESO	EFFECTIVIDAD DEL CONTROL	DISMINUCION DE LA CAUSA DE RIESGO DESPUES DEL CONTROL	DISMINUCION DE LOS EFECTOS DE LOS RIESGOS DESPUES DEL CONTROL	DISMINUCION DE LA OCURENCIA DE LOS RIESGOS DESPUES DEL CONTROL	DISMINUCION EN LA PROBABILIDAD DE IMPACTO DESPUES DEL CONTROL
<b>PROMEDIO</b>	3,74	3,58	3,60	3,60	3,55

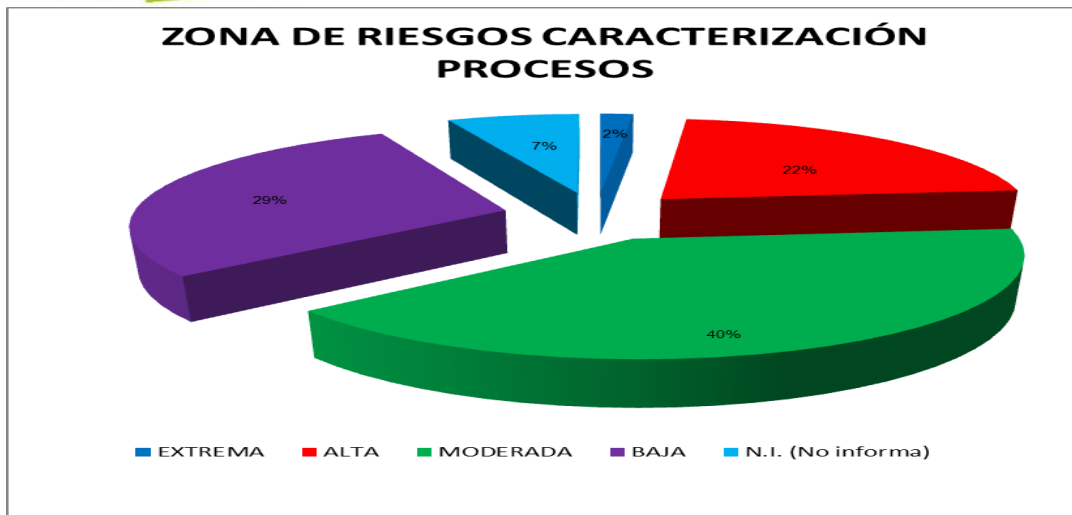


**CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES EN LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS**



**CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES EN LA MATRIZ DE RIESGOS - MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL**





Las conclusiones del seguimiento así como las correspondientes recomendaciones se dejaron en el informe de auditoría radicado en la gerencia y socializado a todos los funcionarios del hospital. Se recomienda realizar la próxima autoevaluación en el primer trimestre de la vigencia 2018.

**10. CUMPLIMIENTO DEL PAS**

2014	CUMPLIMIENTO	91,48%
2015	CUMPLIMIENTO	89.3%
2016	CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE	56%
CUMPLIMIENTO DEL PAS SEGUNDO SEMESTRE DE 2016	SEGUNDO SEMESTRE	75.44%
PAS 2017	PRIMER TRIMESTRE	6.17%
PAS 2017	PRIMER SEMESTRE	69,16%. Se deja constancia que la oficina de control interno realizó el seguimiento al PAS primer semestre de 2017, cuyo resultado había sido 63%, posterior a ello y por instrucciones de la junta Directiva y de la Gerencia el seguimiento fue culminado por la Oficina asesora de Planeación quien hizo el seguimiento final.

## SEGUIMIENTO ENTREGAS DE TURNO

Porcentaje de asistencia.

MES	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ENERO	71,94%	63,80%	48,71%	54,67%	51,37%	52.02%
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8%	55.27%
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51.50%	50.17%
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51.59%	50,6%
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60.75%	57.11%	55.27%
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60.64%	51.96%	45.66%
JULIO	69,24%	53,64%	70,22%	53.4%	50.14%	49.67%
AGOSTO	77,47%	55,56%	61,76%	53.92%	43.82%	57.7%
SEPTIEMBRE	76,30%	55,61%	58,93%	57.58%	46.81%	55.03%
OCTUBRE	69,10%	58,33%	49,37%	53.68%	50%	53.40%
NOVIEMBRE	61,39%	47,78%	58,43%	54,24	48.90%	54.66%
DICIEMBRE	47,23%	46,40%	52,94%	46,57	53.55%	51.6%
<b>Total</b>	<b>72,35%</b>	<b>56,92%</b>	<b>54,73%</b>	<b>56,67%</b>	<b>50.96%</b>	<b>50.08%</b>

De los inconvenientes reportados en las entregas de turno se observa que en ellos hay oportunidades de mejora para distintos procesos de la entidad, en general se observa:

**Mantenimiento y equipos médicos:** se reportó REITERADAMENTE fallas en los ascensores, camas dañadas, llamados de enfermería, controles de camas, lavamanos, goteras, pintura. Estos aspectos deben ser revisados por el proceso de gestión de la infraestructura y el proceso de planeación y calidad, con el fin de hacer una verificación periódica de los requisitos de infraestructura y mantenimiento para HABILITACIÓN.

**Faltantes Farmacia:** Se reportó de manera reiterada faltante de medicamentos y material medicoquirurgico, motivo por el cual debe revisarse el tema con el proceso de ATENCIÓN FARMACEUTICA, GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS Y GESTIÓN JURÍDICA. Desde ya la oficina de control interno pone en consideración de la entidad la posibilidad de reformar el estatuto de contratación para que se pueda contratar con uniones temporales, Y DE ESTA MANERA EVITAR LA MULTIPLE CONTRATACIÓN para los MEICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO que en la actualidad se hace con muchos proveedores que en ocasiones incumplen, y se realizan múltiples adiciones y reversiones, retrasando en ocasiones la atención. Esta multiplicidad de contratos dificulta la monitorización por parte de los supervisores. Por último, se observa que pese a que se le solicita a las direcciones científica, administrativa y financiera la gestión realizada para superar los inconvenientes reportadas en las entregas de turno, la única dirección que informa las actividades realizadas es la DIRECCIÓN CIENTÍFICA.



## PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

VIGENCIA	ACTIVIDADES EJECUTAR	A	ACTIVIDADES EJECUTADAS AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO
2014	19		7	<b>37%</b>
2015	16		6	<b>37,5%</b>
2016	33		12	<b>36.36%</b> Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 65,9%
2017	41		28	<b>68.29%</b> Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 90%

### SEGUIMIENTO AL SIA OBSERVA

SIA OBSERVA.

Se elaboraron Dos informes de verificación:

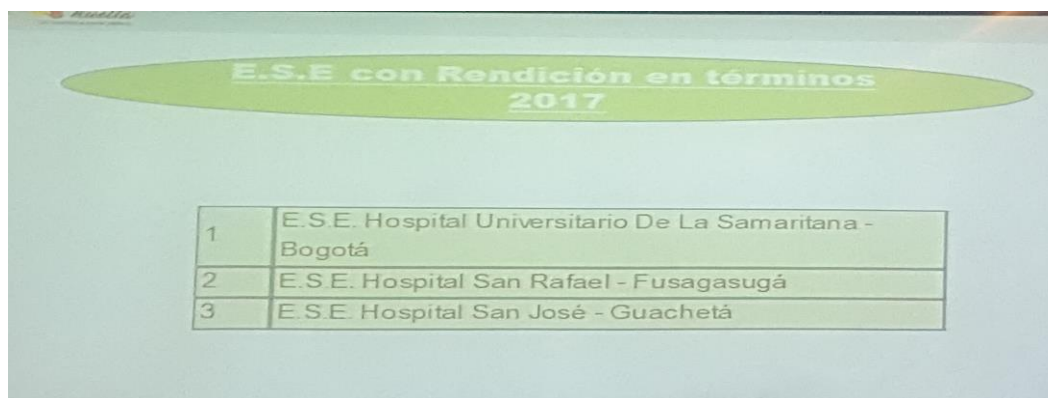
Informe de verificación sobre la información subida al SIA observa, correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017.

Informe de verificación sobre la información subida al SIA observa, con corte a septiembre de 2017.

### RECONOCIMIENTO DE LA CONTRALORÍA POR LA RENDICIÓN OPORTUNA DE LOS INFORMES.

El Hospital Universitario de la Samaritana es el número 1 en la rendición de informes a la Contraloría Departamental de Cundinamarca.

El 18 de enero de 2018, se llevó a cabo en la Contraloría Departamental de Cundinamarca reunión con las Empresas sociales del Estado y Hospitales de Cundinamarca, para socializar los resultados de la rendición de cuentas de los aplicativos SIA - CONTRALORIAS Y SIA - OBSERVA. En el desarrollo de la reunión se destacó al Hospital Universitario de la Samaritana por el rendimiento oportuno de los informes al ente de control.



E.S.E con Rendición en términos 2017	
1	E.S.E. Hospital Universitario De La Samaritana - Bogotá
2	E.S.E. Hospital San Rafael - Fusagasugá
3	E.S.E. Hospital San José - Guachetá

### **ACUERDOS DE GESTIÓN**

Se encuentra pendiente la evaluación de los acuerdos de gestión del segundo semestre.

### **COMITÉ DE CONCILIACIONES.**

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

Se recomienda se tenga en cuenta para el comité de conciliaciones lo siguiente:

Se suscriba lista de asistencia de las reuniones.

Se envíen a los integrantes las actas de los comités

Se socialicen los avances en materia de prevención del daño antijurídico

### **TURNO ADMINISTRATIVO**

Se asistió al turno administrativo programado y se rindió el correspondiente informe.

### **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.

De esta manera queda rendido el informe de gestión correspondiente al período de enero a diciembre de 2017.

## CAPITULO VI

### INFOME DE GESTIÓN

#### OFICINA ASESORA JURÍDICA

## 6.1 ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA

Tiene como líder al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica (1), cargo que pertenece a la planta de personal del HUS. Dos (2) secretarías que pertenecen la planta de personal.

Actualmente cuenta con siete (7) abogados en misión que están contratados a través de empresa temporal, dos (2) abogados externos y tres (3) técnicos en misión

Los asuntos que conoce tienen que ver con:

- a. Defensa judicial. Las demandas ordinarias y constitucionales ante los jueces en sus diversas modalidades.
- b. Actuaciones de Función Jurisdiccional por cobro de cartera ante la Superintendencia de salud o juzgados.
- c. Defensa administrativa y atención de requerimientos administrativos. Investigaciones por parte de la SNS, Secretaria de Salud del Departamento, así como por parte de la Secretaría de Salud de Bogotá D.C.
- d. Contratos. Esta función se inicia desde la evaluación jurídica de las propuestas, elaboración de los respectivos contratos, aprobación de pólizas y liquidación de los mismos. En caso de requerir modificaciones y/o prórrogas, de igual forma se elabora el respectivo documento contractual. Así mismo, se interviene en los procesos de incumplimiento contractual, en dicho sentido se elaboran los documentos requeridos, como son, autos de apertura, citaciones a audiencias, apoyo en audiencias y proyectar las resoluciones que contienen la decisión, así como resolver los recursos.
- e. Apoyo, asistencia y asesoría en asuntos requeridos por diferentes autoridades.
- f. Apoyo, asistencia, asesoría, PQRs, derechos de petición, de igual forma soporte jurídico en asuntos requeridos por las diferentes autoridades y decisiones administrativas.

### PROCESOS JUDICIALES:



El HUS hace parte de procesos en las jurisdicciones contenciosa administrativa y ordinaria, el número de procesos contenciosos representa el 97% y los encontrados en la jurisdicción ordinaria el 13%.



Se observa una diferencia aún más marcada si indicamos la participación por valor entre las dos jurisdicciones a favor de la Contenciosa administrativa. Esta diferencia se debe a las características de la entidad pues en la mayoría de los casos los demandantes deben acudir a la jurisdicción contenciosa administrativa. A continuación se encuentra la tabla con los valores ya expuestos:

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS		
Jurisdicción	No. Procesos	Cuantía
Contenciosa administrativa	103	\$48.188.878.197
Ordinaria	16	\$1.293.187.542
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>\$49.482.065.739</b>

### Demandas contra la Entidad

Los procesos contra el HUS que se adelantan en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, se encuentran discriminados así:

Contencioso Administrativo	No. Procesos	%	Cuantía
Reparación directa (falla médica)	72	74%	\$44.656.227.577
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	15	15%	\$170.396.724
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	7%	\$93.368.499
Proceso Disciplinario	1	1%	\$2.466.666
Contrato realidad	1	1%	\$37.902.011
Controversia Contractual	1	1%	\$1.021.232.310
<b>Total parcial</b>	<b>97</b>	<b>87%</b>	<b>\$45.981.593.787</b>

Por su parte los procesos contra el HUS que se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria se discriminan de la siguiente manera:

Ordinario	No. Procesos	%	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	3	21%	\$30.190.140
Laboral contrato realidad	8	57%	\$449.759.808
Ejecutivo Contractual	1	7%	\$86.949.384
Reconocimiento y Pago de Prestaciones Sociales	2	14%	\$29.508.680
<b>Total parcial</b>	<b>14</b>	<b>13%</b>	<b>\$596.408.012</b>

De las demandas contra la entidad el 87% se encuentran en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa. La mayor participación en procesos es por causa de reparación directa (74%), seguido por nulidad y restablecimiento del derecho por sobresueldo (15%).

En la jurisdicción Ordinaria la mayor participación se encuentra en contrato realidad (57%) seguida por sobresueldo (21%).

#### Comparativo con la vigencia anterior

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD				
Contencioso Administrativo	4to TRIMESTRE 2017	4to TRIMESTRE 2016	Diferencia	Incremento
	No. Procesos	No. Procesos		
Reparación directa (falla médica)	72	48	24	33%
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	15	19	-4	-27%
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	7	0	0%
Proceso Disciplinario	1	1	0	0%
Contrato realidad	1	0	1	100%
Controversia Contractual	1	0	1	100%
<b>Total parcial</b>	<b>97</b>	<b>75</b>	<b>22</b>	<b>29%</b>
<b>Ordinario</b>	<b>No. Procesos</b>	<b>No. Procesos</b>	<b>Diferencia</b>	<b>Incremento</b>
Laboral sobresueldo 20%	3	8	-5	-63%
Laboral contrato realidad	8	21	-13	-62%
Ejecutivo Contractual	1	1	0	0%
Reconocimiento y Pago de Prestaciones Sociales	2	0	2	100%
<b>Total parcial</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>-16</b>	<b>-53%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>85</b>	<b>26</b>	<b>23%</b>

Comparando con el cuarto trimestre del año 2016 incrementaron las demandas contra la entidad en un 23%. El incremento se presentó en la jurisdicción contenciosa en un 29% a causa de las reparaciones directas (33%). En la jurisdicción Ordinaria es importante resaltar que disminuyeron las demandas por sobresueldo y contrato realidad.

### **Demandas a favor de la entidad**

De igual forma se presentan los procesos contenciosos administrativos y ordinarios en que la HUS es la parte actora así:

<b>DEMANDAS PRESENTADAS POR EL HUS</b>					
<b>Contenciosa administrativa</b>	<b>Causas</b>	<b>4 TRIM 2018</b>		<b>4 TRIM 2017</b>	
		<b>No. Procesos</b>	<b>Cuántía</b>	<b>No. Procesos</b>	<b>Cuántía</b>
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$1.280.898.209	3	\$1.280.898.209
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Restitución de inmueble		1	\$39.000.000	1	\$39.000.000
<b>Total parcial</b>		<b>6</b>	<b>\$2.233.284.410</b>	<b>6</b>	<b>\$2.233.284.410</b>

<b>Jurisdicción Ordinaria</b>	<b>Causas</b>	<b>No. Procesos</b>	<b>Cuántía</b>	<b>No. Procesos</b>	<b>Cuántía</b>
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530
Laboral	Laudo arbitral	1	\$350.000.000	0	\$0
<b>Total parcial</b>		<b>2</b>	<b>\$670.779.530</b>	<b>1</b>	<b>\$320.779.530</b>
<b>TOTAL</b>		<b>8</b>	<b>\$2.904.063.940</b>	<b>7</b>	<b>\$2.554.063.940</b>

La diferencia entre el segundo trimestre de las dos vigencias se refiere al proceso de laudo arbitral, por un valor de \$ 350.000.000 equivalente al 14% de incremento.

### **Aspectos a tener en cuenta:**

1. La acción de Lesividad incoada el 10 de junio de 2016 contra 25 funcionarios del HUS fue admitida y se realizó la notificación de los demandados.

Se recuerda que en dicho proceso se solicita la declaratoria de nulidad de Resolución No. 000557 de 17 de mayo de 1995, por medio de la cual se ordenó el reconocimiento de la Prima Técnica a los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, así como de las Resoluciones 568 de 1995 del 19 de mayo de 1995, 861 de 1995 del 19 de julio de 1995, 1195 de 1996 del 02 de julio de 1996 y 00006 de 1996 del 12 de enero de 1996.

A título de restablecimiento del derecho se solicita que los demandantes restituyan al HUS lo pagado por concepto de prima técnica durante los tres años anteriores a la radicación de la demanda.

2. La entidad adelanta un proceso de restitución de inmueble arrendado del predio que se encuentra ubicado en frente del HUS, en el cual funciona un parqueadero.

En este proceso se profirió sentencia el 27 de octubre de 2015 en la que se declaró terminado el contrato de arrendamiento y ordenó la restitución del inmueble a favor del HUS, luego de interponerse el recurso de apelación por parte de la demandada, se presentaron por parte del HUS los correspondientes alegatos de conclusión el 24 de marzo de 2017 y el 28 de junio de 2017 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera profirió sentencia a favor del HUS.

El Apoderado Judicial del HUS solicitó el recuento de cada uno de los depósitos judiciales consignados en el proceso para su correspondiente cobro. Fue solicitada la entrega del predio ante el Juzgado Municipal, se encuentra pendiente de fijar fecha de diligencia.

3. En el proceso de nulidad del Laudo Arbitral proferido por el Tribunal de Arbitramento Obligatorio de fecha 23 de mayo de 2016, como consecuencia de la declaratoria de NO ACUERDO DIRECTO en la negociación del pliego de condiciones que presentó la asociación sindical ANTHOC ante el H.U.S., el 13 de septiembre de 2017 se profirió sentencia en la que se decidió declarar exequible el artículo 10 del laudo arbitral proferido el 23 de mayo de 2016, bajo el entendido que la decisión tendrá una vigencia de 2 años contados a partir de la fecha de su expedición y anular el reconocimiento de los auxilios a favor del sindicato como lo había previsto el Tribunal de Arbitramento para el año 2015 y 2016.

### CONTESTACIONES DE DEMANDA 2017 (indicador de proceso)

Durante el año 2017 se presentaron 17 contestaciones de demanda dentro del término establecido, 13 de ellas ante la jurisdicción contencioso administrativa y 4 en la jurisdicción ordinaria por contrato realidad.

Contencioso Administrativo	Causas	No. Procesos 1er Trim.	No. Procesos 2do Trim.	No. Procesos 3er Trim.	No. Procesos 4to Trim.	Total	Cuantía
Reparación directa	Falla médica	8	2	2	0	12	\$6.316.961.118
Nulidad y restablecimiento	Sobresueldo 20%	0	0	0	0	0	\$0
	Bonificación por servicios	0	0	0	0	0	\$0
Contrato realidad		0	1	0	0	1	\$37.902.011
Proceso Disciplinario		0	0	0	0	0	\$0
<b>Total parcial</b>		<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>\$6.354.863.129</b>
Ordinario	Causas	No. Procesos	No. Procesos	No. Procesos	No. Procesos	No. Procesos	Cuantía
Laboral	Sobresueldo 20%	0	0	0	0	0	\$0
	Contrato realidad	0	2	2	0	4	\$95.524.194
Ejecutivo Contractual		0	0	0	0	0	\$0



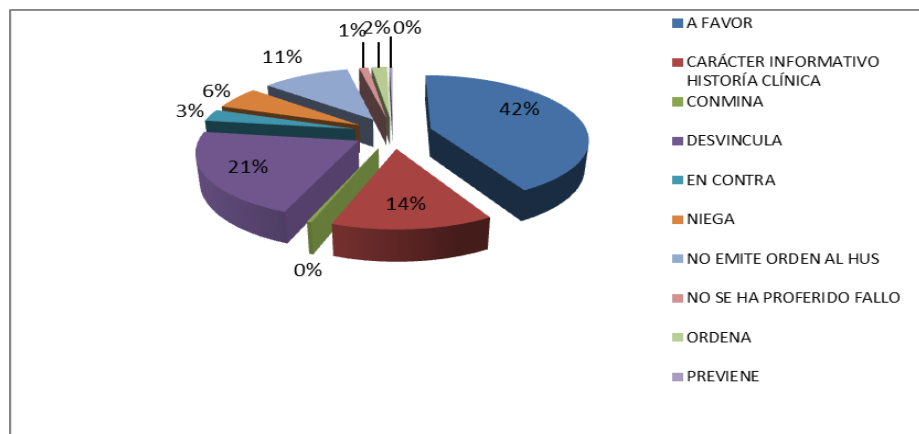
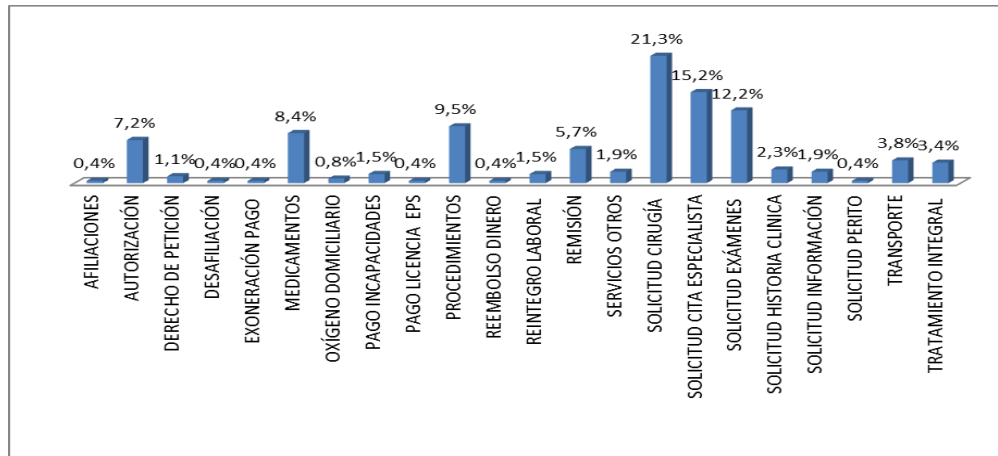
<b>Total parcial</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>\$95.524.194</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>\$6.450.387.323</b>

**ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso)**

Motivo	Número
AFILIACIONES	1
AUTORIZACIÓN	19
DERECHO DE PETICIÓN	3
DESAFILIACIÓN	1
EXONERACIÓN PAGO	1
MEDICAMENTOS	22
OXÍGENO DOMICILIARIO	2
PAGO INCAPACIDADES	4
PAGO LICENCIA EPS	1
PROCEDIMIENTOS	25
REEMBOLSO DINERO	1
REINTEGRO LABORAL	4
REMISIÓN	15
SERVICIOS OTROS	5
SOLICITUD CIRUGÍA	56
SOLICITUD CITA ESPECIALISTA	40
SOLICITUD EXÁMENES	32
SOLICITUD HISTORIA CLINICA	6
SOLICITUD INFORMACIÓN	5
SOLICITUD PERITO	1
TRANSPORTE	10
TRATAMIENTO INTEGRAL	9
<b>Total general</b>	<b>263</b>

Al cuarto trimestre del 2017 se interpusieron 263 tutelas. Distribuidas en los trimestres de la vigencia encontramos 43 en el primer trimestre, 56 en el segundo, 60 en el tercer trimestre y 104 en el cuarto trimestre. Al ser distribuidas de acuerdo a la unidad funcional tenemos 217 (83%) en Bogotá, 41 en (16%) Zipaquirá y 5 (2%) Girardot.

Si comparamos el mismo periodo con la vigencia tenemos que al cuarto trimestre **del año 2016** se habían interpuesto 184 tutelas (1er trim **40**, 2do trim **28**, 3er trim **54** y 4to trim **62**), es decir se presentó un incremento del 43% en el año 2017.



De las 263 tutelas, 110 reportaron fallo a favor del HUS (42%), 36 eran de carácter informativo de documentos de la historia clínica (14%), 56 desvinculan a la entidad (21%), en 15 niegan (6%) y 28 no emite orden al HUS (11%) por último en 5 se profirieron órdenes a la entidad, las cuales son:

- **1er trim 2017:** 3 profirieron órdenes a la entidad y 1 no se identifica con la entidad. (valoración (i) preanestésica y amigdalectomía, (ii) Capsulotomía, extracción extracapsular del cristalino, implante de lente intraocular secundario y (iii) trasplante de córnea).
- **2do trim 2017:** 3 profirieron órdenes a la entidad (i) Cariotipo para estados leucémicos-hematología y (ii) cita de nefrología (iii) solicitud de cirugía timplanoplastia tipo uno
- **3er trim 2017:** 2 profirieron órdenes a la entidad (i) cita nefrología y (ii) reintegro de dinero abonado.
- **4to trim 2017:** 5 profirieron órdenes a la entidad (i) seguir practicando diálisis, (ii) continuar prestación del servicio de salud, (iii) entregar historia clínica, (iv) y (v) realizar procedimiento quirúrgico.

#### INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS: (indicador de proceso)

ACTUACION	1er trimestre 2017	2do trimestre 2017	3er trimestre 2017	4to trimestre 2017
Descargos	11	3	14	7
Alegatos	4	5	9	8
Interposición Recurso	2	5	7	1
<b>Total general</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>16</b>

Durante el 4to trimestre se realizaron 16 actuaciones

**1er Trimestre de 2017:** 62 activas, se realizaron 17 actuaciones.

**2do trimestre de 2017:** 55 procesos activos, se realizaron 13 actuaciones. En el mismo trimestre del año 2016 existían 53.

**3er trimestre de 2017:** 89 procesos activos. Se realizaron 11 actuaciones. Durante el mismo periodo existían 60 procesos activos en el año 2016.

**4to trimestre de 2017:** 85 procesos activos. Se realizaron 16 actuaciones. Durante el mismo periodo existían 59 procesos activos en el año 2016.

Debido a que revisados los expedientes físicos y la base de datos entregada en inicio de la vigencia no hay coincidencias en algunos procesos, se decide verificar contra cada físico. Al buscar en los expedientes físicos se evidencia que no están completos, por lo tanto se inicia la búsqueda en las respectivas secretarías.

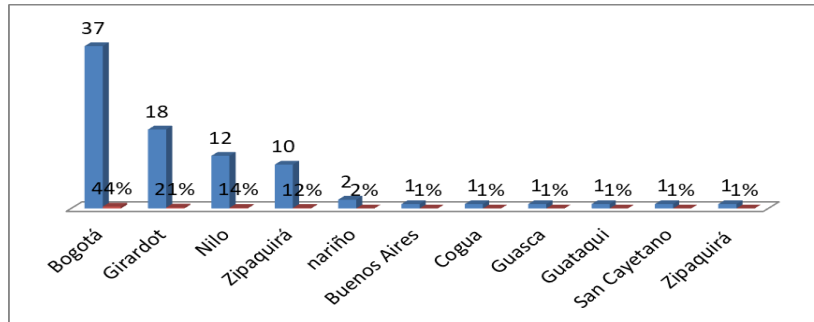
A 4to trimestre del año 2017 se encuentran 85 procesos. 64 (75%) incumplimientos normativos y 21 (25%) por irregularidades en la atención. En el 4to trimestre de 2017 se han resuelto 3 investigaciones administrativas todas a favor de la entidad.

Se aclara que se cancelaron 2 sanciones administrativas que no fueron impuestas a la entidad en el 4to trimestre de 2017, así:

1. Una multa que fue impuesta por la Secretaría Distrital de Salud en el trimestre anterior la cual fue cancelada luego de verificar que no procedía la acción de tutela en el proceso No. 2015-0224 por valor de \$4.873.701.
2. Multa por valor de \$ 1.073.916 en el proceso 2013-0173 adelantado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

ENTIDAD	No.	%
Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Girardot	1	1%
Secretaría de Salud de Cundinamarca	64	75%
Secretaría Distrital de Salud	20	24%
<b>Total general</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

Aunado a esto al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el 75% de los procesos se encuentran en la secretaría de Salud de Cundinamarca (64) y el 24% (20) en Bogotá seguido por 1% (1) de Girardot.



### DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

TIPO	1ER TRIM				Total
	1ER TRIM	2DO TRIM	3ER TRIM	4TO TRIM	
CERTIFICACION CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	116	52	46	56	270
CERTIFICACION DE CONTRATOS	100	17	14	11	142
SOLICITUD COPIAS	3	2	0	0	5
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONOMICAS	1	0	0	0	1
SOLICITUD APROBACION POLIZAS	1	0	0	0	1
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONOMICO	0	2	1	0	3
SOLICITUD MODIFICACION RESOLUCION DE ADJUDICACION	0	1	0	0	1
SOLICITUD VERIFICACION EVALUACION TECNICA	0	1	0	0	1
SOLICITUD INFORMACION	2	0	2	0	4
SOLICITUD CERTIFICACIÓN	1	0	0	0	1
OTROS	1	0	4	0	5
SOLICITUD FACTURACIÓN Y/O PAGO	0	0	3	0	3
SOLICITUD INCUMPLIMIENTO	0	0	1	0	1
SOLICITUD CONCEPTO JURIDICO	0	0	3	0	3
<b>Total general</b>	<b>225</b>	<b>75</b>	<b>74</b>	<b>67</b>	<b>441</b>

Se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido.

Como se puede observar el 95% de los derechos de petición dirigidos al área jurídica se refieren a solicitudes de certificación de contratos, seguido por porcentajes muy pequeños de solicitud de copias, y otras solicitudes (contraloría, reconocimiento de prestaciones sociales y solicitud de cesión del contrato).

## **APOYO**

Se han realizados los siguientes conceptos y revisiones a documentos previa firma por parte de la Gerencia:

- ✓ Elaboración circular ley de garantías
- ✓ Revisión y elaboración estatuto y manual de contratación
- ✓ Elaboración de procedimientos de contratación
- ✓ Socialización procesos y procedimientos
- ✓ Modificación resolución Comité de Conciliaciones, elaboración reglamento y actualización del procedimiento
- ✓ Concepto interrupción voluntaria del embarazo
- ✓ Trámite incumplimiento médico rural y Dumhos
- ✓ Apoyo en respuesta a derecho de petición a Dirección de atención al Usuario
- ✓ Elaboración de la política y cronograma de daño antijurídico
- ✓ Elaboración de la matriz de riesgos de contratación
- ✓ Apoyo en respuesta a 3 derechos de petición de la Subdirección de Personal
- ✓ Revisión 2 Resoluciones ( comité de comunicaciones y comité de activos fijos e inventario)
- ✓ Revisión demanda de Coomeva EPS
- ✓ Revisión demanda de Emdisalud EPS
- ✓ Respuesta a solicitud concepto de aplicabilidad Laudo Arbitral
- ✓ Acuerdo modificación estatuto de contratación
- ✓ Capacitaciones en responsabilidad médico legal
- ✓ Elaboración y codificación matrices de gestión jurídica

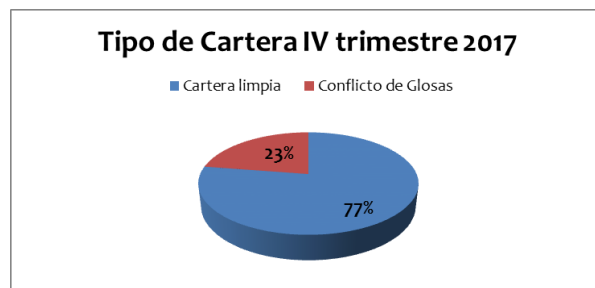
## **CONTRATACIÓN:**

- ✓ Productividad 85 invitaciones a contratar
- ✓ 493 evaluaciones Jurídicas
- ✓ Revisión de 17 pliegos
- ✓ 422 contratos (251 bienes y servicios y 171 de productividad)
- ✓ 388 adiciones (144 adiciones contratos bienes y 244 productividad)
- ✓ 343 liquidaciones (157 liquidaciones de contratos de bienes y servicios este trimestre y 186 productividad)
- ✓ Se adelantan dos incumplimiento (Dumhos y medico rural Zipaquirá)

## COBRO CARTERA DEL HOSPITAL

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er trim 2017	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 2do trim 2017	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 3er trim 2017	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 4to trim 2017	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
CARTERA LIMPIA	36	\$38.515.724.138	46	\$40.303.642.151	43	\$34.758.470.099	45	\$40.963.068.568
GLOSAS	30	\$11.615.181.439	30	\$16.204.981.439	32	\$11.917.366.907	32	\$11.917.366.907
blanco	0	\$0	1	\$16.492.597		\$0	0	\$0
<b>Total general</b>	<b>66</b>	<b>\$50.130.905.577</b>	<b>77</b>	<b>\$56.525.116.187</b>	<b>75</b>	<b>\$46.675.837.006</b>	<b>77</b>	<b>\$52.880.435.475</b>

77 Procesos en el último trimestre del año 2017, incremento de 2 con respecto al trimestre anterior debido a Se realiza conciliación conjunta con Convida por el valor de \$6.204.598.469 Derivado de prestación es de servicios para régimen subsidiado y contributivo, cabe anotar que por ser solicitud conjunta la superintendencia unifica la audiencia de conciliación la cual fue efectiva.



tipo de Cartera	Número	Valor
Cartera limpia	45	\$40.963.068.568
Conflicto de Glosas	32	\$11.917.366.907
<b>Total general</b>	<b>77</b>	<b>\$52.880.435.475</b>

Al discriminar por tipo de cartera encontramos que la participación por tipo de cartera corresponde a 23% de conflicto de glosas y 77% de cartera limpia. Al comparar este mismo periodo con la vigencia 2016: En el 2016 habían 54 procesos en cobro jurídico de cartera por un valor de 37.607.565.398. Incremento del 43% en valor y del 41% en el número de procesos.

ESTADO	número
EN PROCESO	48
NO INICIADO	10
PARA CONCILIACIÓN CONJUNTA	2
PENDIENTE	1

TERMINADO	9
PENDIENTE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN	7
<b>Total general</b>	<b>77</b>

De los 77 procesos 48 se encuentran en proceso de los cuales 34 se encuentran en la superintendencia de Salud y 14 en la jurisdicción ordinaria. Los 10 no iniciados se deben a que al discriminar la cartera por deudor se observa que el mayor valor esta en cabeza de Convida EPS (40%) , seguida por ecoopsos (18%) y Salud Vida (17%).

Entidad	No. de Procesos	Valor deuda (intereses más capital)	%
Alcaldía de Cartagena de Indias	2	12.106.839	0%
Alianza Medellín Antioquia EPS	1	22.157.848	0%
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	1	70.917.297	0%
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	2	215.994.913	0%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena- Comfamiliar	1	6.355.422	0%
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca- Comfacundi	2	1.143.946.469	2%
Capital Salud	1	41.744.212	0%
Capresoca	8	6.102.715.660	12%
Colsubsidio	1	18.889.561	0%
<b>Convida</b>	<b>11</b>	<b>18.328.144.892</b>	<b>35%</b>
E.P.S. Famisanar Ltda y Colsubsidio.	1	18.357.105	0%
<b>Ecoopsos</b>	<b>18</b>	<b>10.785.943.907</b>	<b>20%</b>
Emdisalud	1	1.329.128.419	3%
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	2	446.101.559	1%
EPS Cafesalud			
MEDIMÁS EPS	4	776.545.329	1%
EPS Coomeva	1	1.984.248.506	4%
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	1	3.875.919	0%
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	1	59.853.933	0%
Famisanar y Convida EPS	1	29.459.265	0%
Gobernación de la Guajira - Secretaria Departamental.	1	1.372.380	0%
Gobernación del Tolima	1	743.275.720	1%
Manexka EPS Indígena	2	35.017.722	0%
Médicos Asociados	5	277.389.228	1%
Salud Total EPS SA	2	74.845.236	0%
<b>Salud Vida EPS</b>	<b>1</b>	<b>10.218.931.094</b>	<b>19%</b>
Secretaria de Salud de Boyacá	1	16.942.597	0%

Secretaria de Salud del Valle	2	10.776.243	0%
Secretaria Departamental del Chocó	1	101.764.299	0%
Secretaria Seccional del Cauca	1	3.633.901	0%
<b>Total general</b>	<b>77</b>	<b>52.880.435.475</b>	<b>100%</b>

## INDICADORES DEL PROCESO

- **Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%)**

En total se registraron 591 requerimientos judiciales (263 Tutelas, 17 contestaciones de demandas, 57 actuaciones en investigaciones de entes de control y 441 derechos de petición). Todos contestados dentro de los términos.

- **Oportunidad de Respuesta a Derechos de petición a usuarios. (100%)**

Se dio de respuesta 441 derechos de petición, los cuales fueron resueltos dentro del termino previsto 100%

- **Porcentaje de procesos administrativos gestionados. (100%)**

Se realizaron 57 actuaciones en los procesos administrativos, las cuales fueron gestionadas todos los requerimientos.

*Estos indicadores se encuentran analizados en páginas anteriores*

## Planes y programas

1. Decálogo el Gerente
2. Misión Salud
3. Plan anticorrupción
4. Plan de acción en salud
5. Plan de Mejoramiento Contraloría
6. Plan Indicativo
7. PUMP
8. PUMP ICONTEC
9. PUMP CORRUPCION
10. Informe de gestión por dependencias



## DECALOGO DEL GERENTE

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	PRIMER SEGUIMIENTO 31 DE MARZO DE 2017 (Primer Trimestre)
16	<b>Transparencia</b>	Fortalecer en la ESE la contratación transparente usando herramientas de Colombia Compra Eficiente	Acceder a estrategias	Porcentaje de contratación con el uso de herramientas de CCE	<ol style="list-style-type: none"> <li>De acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia compra eficiente recomienda <b>adecuar los manuales de Contratación</b> para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios</li> <li>Esto dado que Las Entidades Estatales no obligadas por la Ley 80 de 1993 registradas en la TVEC, aceptan la normativa aplicable a los Procesos de Contratación de los Acuerdos Marco de Precios, Contratos de Agregación de Demanda y Compra en Gran Almacén para las transacciones que adelantan en la TVEC. <a href="https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_tienda_virtual/20150819reglamentotvec.pdf">https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_tienda_virtual/20150819reglamentotvec.pdf</a></li> <li>El Estatuto y el manual de contratación están ajustados para revisión de la Junta directiva con la posibilidad o no de incluirlo pues no estamos obligados</li> <li>Es importante señalar que los procesos de contratación del 2017 ya se realizaron.</li> </ol>

En el decálogo del gerente encontramos 5 ítems bajo la responsabilidad de la Oficina Asesora Jurídica

Del ítem número 16 es importante resaltar que:

1. Acorde a lo dispuesto por el **artículo 2, del párrafo 5, inciso 3 de la ley 1150 del 2007**, “...El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales el uso de acuerdos marco de precios **se hará obligatorio para las entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el Orden Nacional, sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.**” (negrilla, cursiva y subrayado).

2. Confirma lo anterior, concepto emitido por la Agencia Nacional de Contratación Pública, en su portal de Colombia Compra Eficiente, en el siguiente link, <https://www.colombiacompra.gov.co/sites/default/files/amp/20140110preguntasfrecuentesamp.pdf>

“(U): ¿Quién está obligado a comprar al amparo de un Acuerdo Marco de Precios?”

(A): La ley 1150 de 2007 establece que los Acuerdos Marco de Precios son obligatorios para las Entidades Estatales del orden Nacional pertenecientes a la Rama Ejecutiva para la adquisición de bienes y servicios de características técnicas uniformes. En consecuencia, cuando una Entidad Estatal del orden nacional de la rama ejecutiva, obligada por la Ley 1150 de 2007, va a adquirir un bien cubierto por un Acuerdo Marco de Precios debe hacerlo al amparo del mismo. Cuando no existe un Acuerdo Marco de Precios para el bien o servicio que requiere, la Entidad Estatal debe utilizar la modalidad de selección que corresponda de acuerdo con la naturaleza del bien o servicio y su cuantía. Las demás Entidades Estatales”

3. También la Directiva presidencial 001 de 2016. Los acuerdo marco de precios son obligatorios para todas las entidades estatales de la rama ejecutiva del orden Nacional

Por todo lo expuesto anteriormente es importante resaltar que el Hospital Universitario de la Samaritana es una Empresa Social del Estado, que se encuentra sometida a un régimen especial de contratación, de acuerdo al numeral 6 del artículo 195 de la ley 100 de 1993, por lo anterior no estaría sometida a dichos acuerdos marco de precio. Sumado a que somos la E.S.E que Compra más barato en la Región.

Además de acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia compra eficiente recomienda adecuar los manuales de Contratación para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios. En vista de esto y a que el El Estatuto y el manual de contratación están ajustados para revisión de la Junta directiva se expondrá la posibilidad o no de incluirlo aun sin estar obligados.

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	PRIMER SEGUIMIENTO 31 DE MARZO DE 2017 (Primer Trimestre)
17	<b>Transparencia</b>	Revisar y ajustar los Manuales de Contratación en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Manuales de contratación enmarcados en los principios de racionalidad, eficiencia y transparencia	Manual de contratación revisado y ajustado	1. Se suscribió el acuerdo 016 de 2017 2. Se realizaron los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos
18	<b>Transparencia</b>	Realizar las acciones judiciales de reclamación pertinente a procesos condenatorio	Interponer de manera oportuna las reclamaciones o acciones judiciales frente a los procesos condenatorios	Proporción de acciones de reclamación judicial interpuesta	Una vez se presenten fallos condenatorios el comité de conciliación y defensa judicial de la entidad toma la decisión de instaurar la correspondiente Acción de repetición. No ha sido procedente realizar acciones de repetición porque durante este año no han existido fallos condenatorios. Se creó el procedimiento donde se especifica Gestión de conciliaciones prejudiciales y judiciales donde se refiere al tema de reclamaciones o acciones Se elaboró la resolución y el reglamento del

<i>Empresa Social del Estado</i>					comité, igualmente se actualizó el procedimiento
19	<b>Transparencia</b>	Implementar el comité de defensa jurídica para la ejecución de acciones de repetición	Contar con comité de defensa jurídica y evidenciar acciones de repetición	Proporción de acciones de repetición interpuestas	Se elaboró la resolución y el reglamento del comité, igualmente se actualizó el procedimiento. Existen actas de comité por cada reunión.
27	<b>Equilibrio Financiero</b>	Realizar la gestión mínima necesaria para incrementar el recaudo mediante la acción judicial de la cartera de las EAPB	Recuperación de cartera	Consolidado del cobro por acción judicial / Valor total de la cartera de las EAPB	Los 75 procesos activos en gestión jurídica se encuentran en desarrollo.

## 2. MISION SALUD

Dentro de los compromisos de misión salud encontramos 2 correspondientes al área jurídica los cuales consisten en Revisar y ajustar Manual de Contratación y Establecer plan de defensa jurídica cuyo estado del avance es el siguiente:

COMPROMISOS MISION SALUD	ESTADO DE AVANCE
25. Revisar y ajustar Manual de Contratación	1. Se suscribió el acuerdo 016 de 2017 2. Se realizaron los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos
34. Establecer plan de defensa jurídica.	Se elaboró la política de prevención del daño antijurídico y el cronograma de actividades Se está ejecutando el contrato 2017-352 con el cual se inició la recolección de los procesos judiciales de la entidad. Se estima que a finales del mes de abril de 2018 se cumpla con la meta de recolección de los expedientes.

## 3. PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

Con el objetivo de fortalecer los comportamientos éticos de los servidores públicos y colaboradores de la E.S.E. Se han generado diferentes estrategias para la lucha contra la corrupción componentes a través de diferentes componentes.

La oficina asesora Jurídica tiene asignadas dos actividades que hacen parte de los componentes de transparencia pasiva los cuales tienen los siguientes cumplimientos.

LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA PASIVA	ACTIVIDADES		META DE PRODUCTO	AVANCE
	2.1	Revisar los estándares del contenido y oportunidad de las Respuestas a las solicitudes de acceso a la información pública	Criterios Institucionales Revisados	1. Historia clínica: Se elaboró la Directriz 275 de Historias Clínicas 2. Derecho de Petición: Resolución 393 de 2017 3. Procesos precontractuales, contractuales y de ejecución contractual: Se actualizó el Manual de contratación y se elaboraron los procedimientos 4. Historias Laborales: Se elaboró la Directriz 265 de Historias Laborales
2.2	Actualizar la Directriz Gerencial 002 del 21 de julio de 2015, acerca de los derechos de petición en el sentido de incluir lo relacionado con las PQRS y otros aspectos legales de los derechos de petición a que halla lugar.	Directriz Gerencial revisada y actualizada	Actualizada se remplazo por la Resolución 393 de 2017	

#### 4. PLAN DE ACCION EN SALUD

La oficina registra 8 actividades dentro del PAS las cuales hacen parte del eje departamental de desarrollo COMPETITIVIDAD Y SOSTENIBILIDAD. Las primeras cuatro actividades hacen parte de la meta de producto anual "Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico"

Las otras actividades hacen parte de la meta de producto anual "Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia" las cuales presentan el siguiente avance:

Indicador de producto			Descripción de estrategias y actividades	Evidencia	Avance
Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida			
Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	Documentación del Procedimiento del Comité de Conciliaciones y Defensa Judicial (25%)	1. Procedimiento documentado	Procedimiento bajo el código 02GJ09-V2. publicado en la intranet

			Radicar las demandas en los despachos judiciales según el plazo estipulado (25%)	2. Tabla de seguimiento a los procesos judiciales	Tabla de seguimiento folios la cual es actualizada con una temporalidad de 30 DIAS
			Identificación de los Daños Jurídicos (25%)	3. Informe de la identificación de los daños jurídicos	Tabla de identificación
			Actualización del Manual de contratación (25%)	Manual de Contratación actualizado	Se realizó la actualización del Manual de Contratación
Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales	Número de Contratos que cumplen con las etapas contractuales / Total de contratos	Porcentaje	Capacitación en Estudios Previos a las áreas involucradas (Etapa precontractual) (25%)	Listados de asistencia de capacitación	Planillas de capacitación
			Actualización de los procedimientos de Compras y Suministros (Etapa precontractual) (25%)	Procedimientos de Compras y Suministros documentados	Se actualizó del estatuto de contratación y se actualizaron los procedimientos
			Actualización de los procedimientos de Contratación (Etapa Contractual) (25%)	Procedimientos de Contratación documentados	Se actualizó del estatuto de contratación y se actualizaron los procedimientos
			Capacitación a Supervisores de Contratos en cuanto sus obligaciones (Etapa pos-contractual) (25%)	Listados de asistencia de capacitación	Planillas de capacitación

### 5. Plan de Mejoramiento de Contraloría

ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	AVANCE
GESTION JURIDICA	Establecer un procedimiento en el que se indique la metodología de los comités conciliaciones.	1.Elaborar, publicar procedimiento en el que se indique como mínimo: la metodología de los comités de conciliaciones, estableciendo que se mejorará la redacción y contenido de las actas de los comités en la cual se justificará ampliamente en cada caso si proceden o no las acciones Disciplinarias, penales, fiscales etc. en contra los responsables, indicando que siempre se llamara en garantía a las pólizas y se realizarán las investigaciones de todos los involucrados, se abrirán las investigaciones disciplinarias del caso y se iniciaran las acciones judiciales que correspondan en contra de los responsables. <b>Soporte: Procedimiento documentado y codificado,</b>	100%. Elaboración del procedimiento y socialización.

		publicación en la intranet.	
GESTIÓN JURIDICA	Establecer la política y el plan para la prevención del daño antijurídico de la entidad	Elaborar publicar política y documento que desarrolle la política. Soporte: Documento de política y plan, publicación.	100%. Política y plan de prevención del daño antijurídico elaborado
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN JURIDICA	Fortalecer la planeación de la contratación	Establecer la línea de base y actualizar el histórico y promedio de las compras de insumos y servicios del hospital (incluyendo órdenes de compra), estableciendo las necesidades reales de los 26 procesos del Hus incluyendo éste análisis en los estudios de necesidades. <b>Soporte: Actas del comité de compras y contratos.</b>	1. La Subdirección de Compras elaboró la línea base con la cual se determinaron los tiempos a seguir. 2. Se incluyó en los estudios previos la indicación a que proceso pertenece la necesidad.
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN JURIDICA	Fortalecer la planeación de la contratación	Capacitar a los líderes de los procesos en la elaboración de estudios de necesidades que permitan establecer costo beneficio y análisis de precios del mercado, requisitos de experiencia etc. en los proyectos de inversión, en la compra de bienes y servicios y contratación en general que hace la entidad. <b>Soportes: Actas se capacitación-listado de asistencia</b>	100% Capacitaciones Realizadas
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN JURIDICA	Fortalecer la planeación de la contratación	Capacitar a los líderes de los procesos en la elaboración de estudios de necesidades que permitan establecer costo beneficio y análisis de precios del mercado, requisitos de experiencia etc. en los proyectos de inversión, en la compra de bienes y servicios y contratación en general que hace la entidad. <b>Soportes: Actas se capacitación-listado de asistencia</b>	100% Capacitaciones Realizadas

## 6. Plan Indicativo

Meta de producto anual	Indicador de producto			Actividad	
Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	ND	Se elaboró la política de prevención del daño antijurídico y el cronograma de actividades
Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales	Número de Contratos que cumplen con las etapas contractuales / Total de contratos	Porcentaje	ND	Se realiza constantemente certificación de compras jurídica

## 7. PUMP

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	RIESGO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	AVANCE
Desplegar en el personal asistencial las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con el debido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico (Despliegue)	Poca participación del personal médico en las capacitaciones	Realizar capacitaciones al personal médico asistencial del Hospital y de las unidades funcionales sobre la responsabilidad por indebido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico	1) Planillas de capacitación que evidencien la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados- contratistas)	1) capacitaciones al personal médico de la entidad. 2) Soporte planillas de capacitación.
Definir e implementar las directrices sobre el cobro jurídico de acreencias por parte de la entidad con el fin de lograr una mayor recuperación de los dineros que las entidades del sistema general de seguridad social en salud adeudan a la Institución (Documentación y despliegue)	Poca participación del personal del área de financiera	Actualizar el procedimiento de cobro jurídico de acreencias en el sistema general de seguridad social en salud, con participación de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección Financiera, entre los que se encuentran conciliación de glosas, pago de servicios de salud, etc.	1) Procedimiento aprobado. 2) Planillas de capacitación que evidencien la capacitación del personal perteneciente al área financiera de la entidad	1). Procedimiento aprobado 2). Planillas de capacitación
Definir y elaborar los formatos establecidos en los procedimientos de la oficina asesora Jurídica	los formatos no sean utilizados por los responsables	Elaboración de los formatos que hacen parte de los procedimientos del Area jurídica.	1) Formatos de los procedimientos codificados. 2) Utilización de los formatos codificados en las diferentes actuaciones del área jurídica.	1. Formatos codificados 2. ok
Documentar y realizar los procedimientos que se derivan de la caracterización del área jurídica	se omitan pasos de los procedimientos por los responsables	Actualizar y elaborar los procedimientos que hacen parte de la caracterización de la oficina asesora jurídica, de acuerdo a la normatividad vigente y al estatuto de contratación	1) Procedimientos aprobados.	Procedimientos publicados
Identificar los riesgos y controles más comunes dentro del procesos de la oficina asesora jurídica	Que los controles del riesgo no mitiguen la ocurrencia del daño	1. Realizar mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Jurídica 2. Socializar los Riesgos del Proceso a los colaboradores del Proceso	1. Mapa de riesgos disponible en la Intranet del Hospital 2. Formatos de socialización de los riesgos identificados	1. Ok 2. Ok
Integrar a los informes de gestión del área jurídica las mediciones y los análisis de los indicadores el proceso	que el resultado de los indicadores no sea satisfactorio para el área	Elaboración de los informes de gestión con los respectivos indicadores del proceso con sus análisis	1) Informes de gestión con los indicadores medidos y analizados	1. Ok

## 8. PUMP ICONTEC

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION
Algunos indicadores de Talento Humano deben ser analizados e implementar decisiones estratégicas que contribuyan a reducir las brechas detectadas en materia, por ejemplo, de rotación y de ausentismo. La proporción de personal asistencial en comparación con el personal administrativo, debe ser analizada cuidadosamente y tomar las decisiones que contribuyan a la mayor eficiencia posible en el manejo administrativo, deben igualmente evaluar las formas de vinculación y garantizar que todo el personal tanto asistencial, como administrativo cumple con las disposiciones y requerimientos culturales de la acreditación	Definir en los mecanismos de contratación con el recurso humano tercerizado una obligación contractual que especifique claramente el compromiso del personal en la participación con el proceso de acreditación. En relación con el personal de planta definir mecanismos de socialización y comunicación que permitan que se integren al proceso de acreditación (medición)	Mayo de 2017	Minutas de contratación de personal tercerizado Informes de seguimiento al cumplimiento de la socialización y comunicación
Evaluar los tiempos en la respuesta de las necesidades de las tecnologías en las diferentes áreas y procesos, y en caso de retrasos realizar ajustes que permitan garantizar respuesta oportuna (especialmente área de compras y suministros)	Revisión del proceso de contratación (Compras y Jurídica) que incluya la oportunidad en la respuesta de los procesos de contratación y compras	29 de Diciembre de 2017	Acta de Revisión de Procesos
	Medición de tiempo de respuesta en la contratación del HUS (órdenes de compra, servicio y contratos)		Informe entregado por compras de los tiempos
	Crear Línea Base de tiempos definidos		Acta de reunión de comité de Gestión de Tecnología
	Medición de cumplimiento de los tiempos		Indicadores de Compras y Jurídica

## 9. PUMP Anticorrupción

DESCRIPCION DEL OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA PRIORIZADA	TIPO DE ACCIÓN	ACCIONES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACION	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
La no aplicación de las normas legales vigentes que rigen y aplican a la entidad	Inducción y reintucción a los funcionarios acerca de la normatividad	AP	Definir por cada proceso las normas que le aplican y cuales son de estricto cumplimiento y	30/07/2017	En construcción Normograma por proceso



	vigente y más relevante		socializarlo a los funcionarios del proceso		
Exceder o minimizar las facultades de los funcionarios	Facilitar la presentación de quejas ante la oficina de control interno disciplinario.  Capacitar a los funcionarios sobre las funciones asignadas y las consecuencias de su extralimitación o incumplimiento.  Iniciar los procesos a que haya lugar	AP	1. Realizar Procedimiento de procesos Disciplinarios  2. Divulgación en los medios de comunicación del Hospital sobre cómo se presenta una queja a control disciplinario  3. Realizar Jornadas de Capacitación sobre las funciones y consecuencias de su extralimitación o incumplimiento  4. iniciar los procesos Disciplinarios	31/12/2017	1. Procedimiento de proceso disciplinario disponible en la intranet  2. Registro de divulgación adelantadas.  3. Planilla de asistencia de capacitación.  4. Adelantar los procesos Disciplinarios
Exceder las facultades legales en los fallos disciplinarios	Cumplimiento estricto de la normatividad vigente y el código de ética del Hospital	AP	Capacitar a los funcionarios de control disciplinario interno a medida que las leyes se modifiquen	31/12/2017	1. Certificado de Capacitación.
Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo para favorecer a un tercero	Evitar el vencimiento de los plazos establecidos por la ley para dar respuesta a los requerimientos que se alleguen a la Oficina Jurídica	AP	Documentar el procedimiento de requerimientos Jurídicos  Socializar el procedimiento a los funcionarios de la Oficina Asesora Jurídica	31/12/2017	1. Documento publicado en la intranet  2. Registro de Socialización ok

## 10. Informe de Gestión por dependencias

La Oficina Jurídica obtuvo una calificación del 100%.

Se obtuvieron las siguientes observaciones: Se encuentra un cumplimiento muy superior en las actividades a su cargo en el PAS.

### Fortalezas:

1. Control de los procesos bajo inventario
2. Levantamiento de Normograma de la Entidad
3. Actualización de los procesos de gestión Jurídica

4. Capacitación en el puesto de trabajo del personal a cargo mediante la socialización de los procedimientos de la oficina asesora.
5. Implementar la auditoría de los procesos judiciales, conciliando información remitida por los abogados externos
6. Revisión de las directrices jurídicas del comité de conciliaciones y defensa judicial
7. Capacitación a los supervisores en el estatuto y manual
8. Actualización del manual

#### **Oportunidades de Mejora:**

1. Implementación de la política de daño antijurídico
2. Publicación de los indicadores en el TUCI
3. % de cierre de los ciclos del PUMP 2017: 50% se recomienda revisar las actividades que se dejan en el PUMP, porque pese a que se cumplieron en un 100%, e cierre de los ciclos fue del 50%

#### **PROGRAMAS**

El proceso de gestión jurídica no es responsable de ninguno de los programas de la entidad.

## CAPITULO VII

### INFOME DE GESTIÓN

#### OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

## CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2017

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en la Vigencia 2017 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 IV Trimestre de 2017, se identifica que del total de actividades programadas que son 56, se lograron ejecutar 51 de ellas, de esta forma se da un cumplimiento del 91.1% .(Ver Tabla No.1); al comparar el resultado con el cumplimiento del 90.1% obtenido al finalizar el IV Trimestre del 2016, se evidencia el fortalecimiento y la continuidad en el desarrollo del programa de Seguridad del Paciente.

**Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente IV Trimestre 2017**

AÑO 2016		AÑO 2017	
Al IV Trimestre	Total en la Vigencia 2016	Al IV Trimestre	Total en la Vigencia 2017
90,1	155 de 187 : 35.9%	91,1%	185 de 195 : 94,8 %

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente con cierre a Diciembre del 2016 y 2017

A continuación se describirán los principales desarrollos y actividades pendientes por cada una de las 6 líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente, lo que soporta el porcentaje de cumplimiento anteriormente mencionado:

### 1. INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL:

- Se programaron 3 actividades, las cuales se desarrollaron en su totalidad
  - La primera es la Medición de indicadores relacionado con la Seguridad del Paciente (Indicadores definidos por el Programa de Seguridad del Paciente), actividad realizada y presentada en el Comité de Seguridad del Paciente.
  - La segunda es el seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento para Acreditación (PAMEC) en lo relacionado a la Seguridad del Paciente: corresponde a 23 oportunidades de mejoras distribuidas así: programa de seguridad (3), Prevención y control de infecciones (4), Gestión de medicamentos y farmacovigilancia (5), Hemovigilancia (1), Gestión de Eventos Adversos (5), Comunicación (1), Manejo Seguro del ambiente físico (2) Cultura de seguridad (2). Las acciones propuestas quedaron contempladas en el PUM, a las cuales se les realiza seguimiento a través de la asistencia a las reuniones organizadas desde la Dirección Científica para el estándar de PACAS, donde se encuentra la mayoría de las actividades, allí se da a conocer los avances y dificultades para su cumplimiento, de otro lado se ha realizado acercamiento a los responsables de las actividades que no hacen parte de este estándar.
  - Tercera actividad se refiere al Seguimiento a la ejecución de Tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se llevó a cabo de forma mensual en cada comité durante el IV Trimestre.

- **Soportes:** Informe de Gestión IV Trim. 2017, 2. Actas Comité de Seguridad del Paciente. 3. PUMP de Seguridad del Paciente para Acreditación, Actas de Reunión del estándar de PACAS.

## **2. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FÁRMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.**

- Se programaron 6 actividades desarrolladas así: .  
-Seguimiento de la ejecución de los Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia Hemovigilancia, Reactivovigilancia y Programa de Control de Infecciones, actividad que está programada para hacerlo de forma trimestral y la cual se desarrolló a cabalidad por las profesionales de Seguridad del Paciente; adicionalmente en cada sesión del Comité de Seguridad del Paciente, los líderes de los 6 Programas de Vigilancia Fármaco, Tecno, Hemo, Bio, Reactivo, Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, informan las gestiones realizadas en sus programas.

- **Soportes:** 1. Actas de Seguimiento a la Ejecución de los Programas de Vigilancia.

## **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 cuarto Trimestre se programaron 25 actividades, desarrollando 21 actividades así:  
-Rondas de Seguridad: Se programaron 3 rondas y para este trimestre de desarrollaron 2 así: en los servicios de Patología e Imágenes diagnósticas, en el cierre de las rondas se contó con la participación de los directivos.  
- Seguimiento de los Paquetes Instruccionales para la Seguridad del Paciente: la periodicidad de su ejecución es cuatrimestral y se dio cumplimiento según cronograma con la participación del líder designado, apoyados en el formato establecido para tal fin y verificación de soportes; se brindó direccionamiento en los paquetes que se encuentran con un porcentaje menor al 50% de implementación, entre ellos los paquetes: Gestionar y Desarrollar la Adecuada Comunicación Entre las Personas que Atienden y Cuidan a los Pacientes y Reducir el Riesgo en la Atención a Pacientes Cardiovasculares, con el acompañamiento de un profesional de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, quien le está colaborando en su implementación.  
-Teniendo en cuenta el proceso de mejora continua el cual se encuentra desarrollando el Hospital y con la amplia necesidad de fortalecer el conocimiento, despliegue y adherencia de los Paquetes Instruccionales que le aplican al HUS, como parte del Sistema Único de Habilitación (obligatorio) y del Sistema Único de Acreditación.  
**Soportes:** 1. Informe de Rondas de Seguridad mensuales. 2. Formatos de Seguimiento a la Implementación de Paquetes instruccionales. 3. Actas del Comité de Seguridad del Paciente.

#### 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.

- Se programaron 9 actividades, las cuales fueron completamente desarrolladas así:
  - Documentar, implementar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se actualizó el procedimiento GESTIÓN DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Código 02GC04-V2, donde el análisis y la investigación de las Novedades de Seguridad en el HUS es realizado en primera instancia bajo la Metodología ANCLA, la cual permite el establecimiento de los Factores contributivos que inciden en la ocurrencia de los Eventos Adversos e Incidentes por medio del análisis de 5 Niveles de Investigación. Ante el incremento de los reportes de Novedades de Seguridad en el año 2017, se requirió ajustar la conformación de los grupos de investigación para mejorar la cobertura de los análisis de novedades de seguridad. Entre los participantes están los miembros del Comité de Seguridad del Paciente e integrantes de los grupos de investigación, logrando así que los grupos sean más integrales y con un mismo enfoque de investigación de acuerdo a su perfil profesional. El Equipo de Investigación presenta el Informe de los casos investigados y analizados al Comité de Seguridad del Paciente. El informe debe contener como mínimo: Confirmación de la Novedad (Evento Adverso, Incidente o Complicación), La identificación del Paciente que corresponde al Consecutivo asignado desde el momento del reporte, el Resumen de Caso, Causa Probable que incluye las fallas activas, los Factores Contribuyentes que incluye fallas latente y otras fallas presentes en el momento del evento y propuesta de Oportunidades de Mejora. El resumen del caso investigado junto con la propuesta de oportunidades de mejora, es presentado al (los) líderes de procesos, subdirectores y/o jefes de área para que definan el Plan de Mejora en caso necesario.
  - Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad. Se está haciendo búsqueda activa de Novedades de Seguridad en el Recibo de turno asistencial, así como través de las PQR, Rondas de Seguridad, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia activa. La Unidad Funcional de Zipaquirá está haciendo el reporte de sus Novedades de Seguridad del Paciente por medio del aplicativo digital institucional. Durante el IV Trimestre de 2017 se reportaron e identificaron un total de 1158 Novedades de Seguridad, de las cuales 384 (33.1%) corresponden a la Unidad Funcional de Zipaquirá y las restantes 774 (66.8 %) son de Bogotá. Se han realizado 12 análisis de investigación Ancla de casos de alta prioridad del HUS.
  - Implementación de la retroalimentación al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad, esta actividad es nueva dentro del Programa de Seguridad del Paciente, para ello luego identificar la novedad extrainstitucional, se procede a llamar telefónicamente al referente de seguridad o Coordinador de calidad de la institución respectiva, se le explica la finalidad de esta actividad y/o vía correo electrónico se retroalimenta.
- **Soportes:** 1. Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35 con corte a 31 de Diciembre de 2017) 2.Procedimiento Gestión de Novedades de Seguridad Código 02GC04-V2. 3.Matriz indicadores de Calidad 4.Comunicación a través del correo electrónico al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad

## **5. FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN.**

- Se programaron 14 actividades fueron desarrolladas 13 de la siguiente manera:
  - Ejecución del Plan de Formación por diferentes mecanismos: Presencial el HUS tiene implementado paquetes instruccionales en: prevención de caídas, detección, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales, prevención de úlceras por presión, manejo adecuado de medicamentos tanto del ámbito ambulatorio, hospitalario y de urgencias; cada uno con un líder asignado para su implementación. La institución cuenta con protocolo de prevención de caídas, protocolo prevención úlceras por presión, manual terapéutica, programa de infecciones todos enmarcadas dentro de las metas internacionales de seguridad del paciente. Estos temas son tratados en la inducción institucional, en la inducción virtual y capacitaciones en puestos de trabajo donde se refuerza los conocimientos aprendidos en las inducciones. En lo Virtual se cuenta con el Curso de “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”, tercera (3) Versión, con la colaboración activa de los Líderes de los Paquetes Instruccionales priorizados, la integración con Educación Médica a través de la TICS y la plataforma Moddle y un profesional del área de Calidad designado para su organización, posteriormente se realizó la convocatoria para inscripciones del personal asistencial y el administrativo priorizado. El curso se desarrolla a través de diez (10) módulos, uno por semana, se espera alcanzar en los participantes competencias disciplinarias generales como: Detectar cuáles son los errores, fallas y acciones inseguras en la atención clínica y conceptualización sobre los riesgos asociados con la atención en salud como evento adverso, Identificar y analizar los factores contributivos que favorecen la aparición del riesgo, Identificar y proponer nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente, Implementa y aplica, en su desempeño, buenas prácticas (políticas administrativas y asistenciales) que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente. Para lograr que la mayor cantidad de colaboradores inscritos aprobaran y fueran certificados se generaron estrategias tales como: Seguimiento vía telefónica, creación grupo Whatsapp, seguimiento en la plataforma virtual de forma periódica para la verificación de la adecuada realización del curso y envió de esta información a los líderes de áreas y procesos, como también el apoyo desde el proceso de Talento Humano. El curso inició el 9 de octubre de 2017, en el cual se certificaron 92 que corresponde al 45% colaborador.
  - Retroalimentación de los resultados de las Novedades de Seguridad por diferentes mecanismos Comité de Seguridad del Paciente, Remisión de Novedades a Líderes de Paquetes Instruccionales, Referentes de Programas de Vigilancia y Jefes de áreas.
  - Fortalecer el proceso de inducción y reinducción institucional en lo referente a Seguridad del Paciente, se asiste y participa activamente a la tres Jornadas de Inducción y reinducción organizadas por la Subdirección de desarrollo Humano, dirigidas al personal de planta y tercerizados.
  - Aplicación de la Encuesta de cliente interno en el mes de noviembre y diciembre del 2017 fue aplicada a 304 colaboradores, teniendo en cuenta el número de colaboradores tomado del mes de abril

independientemente de la forma de contratación, se aplicó la encuesta “Cuestionario para medir la Percepción de cultura de Seguridad del Paciente del cliente interno”, de acuerdo a la muestra se tiene un nivel de confianza del 95% y un margen de error 5%. Se tabula la información por medio de la plataforma Survey Mokey los resultados obtenidos se socializaran más adelante.

- Aplicación de Encuesta sobre percepción de seguridad a paciente y familia: Teniendo en cuenta que la percepción del paciente sobre su seguridad en el entorno hospitalario se convierte en uno de los pilares de la calidad de la atención en salud, pues permite monitorear y establecer de manera confiable la capacidad, consistencia e impacto de las estrategias de seguridad del paciente implementadas, se requirió Incrementar la periodicidad de la evaluación de la percepción de seguridad del paciente y familia, en el cronograma de Seguridad del Paciente para la vigencia 2017, paso de una (1) a tres 3 mediciones en el año. La tercera medición se realizó en Octubre de 2017, la encuesta se aplicó a 217 pacientes de 16 servicios. Los resultados obtenidos mostraron que la percepción de seguridad del paciente hospitalizado, tanto para el usuario y su familia ha sido positiva con un porcentaje del 80.18%, el cual demuestra que los usuarios tienen una alta sensación de seguridad en la institución.

- Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente: En el IV Trimestre de 2017, un total de 2567 beneficiarios entre pacientes, familiares y cuidadores, dando a conocer los Tips de Seguridad del Paciente desde el Programa de Promoción y Prevención con el apoyo del recurso humano del programa.

- Implementación de las actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familiar en temas relacionados con la seguridad del Paciente, se encuentra apoyado por el Líder de educación quien realiza la capacitación de educación al paciente y su familiar con los Tips de Seguridad del Paciente

• **Soportes:** 1.Tercera versión del Curso virtual “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente” publicado en la plataforma Moodle, Certificado que se otorga al participante que aprobó el Curso Virtual “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente 2. Comunicación a través del correo electrónico informando las novedades presentadas y actas del Comité de Seguridad; 3. Listado de asistencia Inducción y re inducción. 4. Informe de Percepción del paciente y la familia sobre la seguridad de la atención en el hospital de la samaritana y Aplicativo de Encuesta Survery Monkey. 5. Listado de Educación a paciente y familia en seguridad del paciente.

- En cuanto a línea de programación, realización y evaluación del IV Foro Departamental de Calidad y Seguridad del Paciente se discutió en comité de seguridad y se dio lineamiento que se realizara para el mes de mayo del 2018 ya que el HUS se encuentra en el proceso de acreditación.

## 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 cuarto Trimestre se contó con el apoyo de estudiantes de Medicina de la Universidad el Rosario y dos estudiantes de la ECCI de Enfermería.

**NOVEDADES DE SEGURIDAD  
 IV TRIMESTRE DEL 2017**

**I. INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL  
 PACIENTE**

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2017, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

**1 .Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.**

**Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en el IV Trim.**

<b>Formula:</b> No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma
51 / 56 = 91.1% Para el IV trimestre de 2017 se tiene un cumplimiento de 91,1 % como se puede observar en el cronograma anexo.

**2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.**

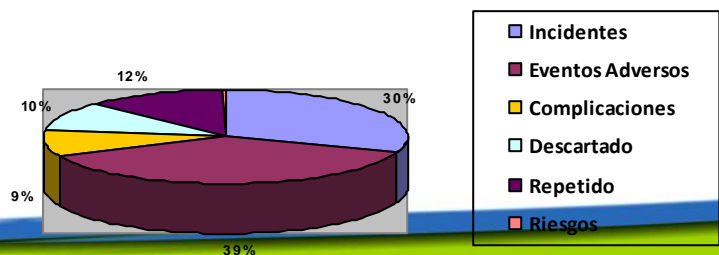
Todos los Eventos Adversos se han gestionado según el procedimiento establecido, cada uno con diferente grado de avance en el ciclo; un total para este IV trimestre de 288 eventos Adversos, se evidencia que para este trimestre se encontró un aumento significativo, por la investigación realizada por el apoyo de los QF de Fármaco y Tecnovigilancia. No todos cuentan con todo el cierre del ciclo de mejora (Ver Tabla 2 y Grafica 1).

**Tabla 2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos**

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
IV Trimestre 2017	288 /288 = 100%

**Fuente:** Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

**Grafica 1: Clasificación global de Reportes de Novedades IV Trimestre 2017 en el HUS**



TIPO DE NOVEDAD	No	%
INCIDENTES	232	29.9%
EVENTOS ADVERSOS	288	37%
COMPLICACIONES	71	9%
DESCARTADO	82	10%
REPETIDO	98	12%
RIESGOS LAB / SECURITY	3	0.38%
TOTAL	774	100%

**Fuente:** Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

### 3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Se ha visto fortalecimiento en el aumento del reporte de los incidentes en los años 2015, 2016 y ahora en el 2017, lo cual muestra el impacto de las gestiones institucionales realizadas en el fomento del reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Vigilancia, para el cuarto trimestre se obtuvo 29.9% con 232 incidentes. 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; no todos cuentan con todo el cierre del ciclo de mejora (Ver Tabla 3 y Grafica 1)

Tabla 3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados/ Número total de incidentes detectados	
IV Trimestre 2017	232/232 = 100%

**Fuente:** Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

### 4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Comparando cada Trimestre del 2015, 2016 y 2017, se evidencia una tendencia general de aumento en la Proporción de Reporte de Novedades de Seguridad, existiendo en el II Trimestre del 2015 una disminución notoria la cual fue solventada en los próximos trimestres, en los primeros tres Trimestres del 2016 una estabilización de la tendencia en el reporte, para el IV Trimestre, si bien se evidencia una disminución en el reporte, esta se debe a que las circunstancias que los motivaron fueron controladas, nuevamente para el I Trimestre 2017 el reporte aumenta considerablemente y se encuentra relacionado con faltantes de insumos, para luego en este II trimestre luego de controlar lo relacionado a los faltantes y problemas de calidad con un dispositivo específico, se presenta un descenso en el reporte, para el III se observa que se mantiene la tendencia al reporte, para el hospital se encuentra en el proceso de acreditación y el apoyo de las vigilancias es muy importante para el aumento significativo del reporte de novedades, para el IV Trimestre se ve un aumento en el reporte y esto debido a la última fase que se encontraba para recibir la II visita de acreditación (Ver Tabla 4)

Tabla 4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

<b>Formula:</b> (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				<b>Datos:</b> IV Trimestre 2014: 67 71 Trimestre 2015: 232 II Trimestre 2015: 190 III Trimestre 2015: 392 IV Trimestre 2015: 667 I Trimestre 2016: 745				II Trimestre 2016: 766 III Trimestre 2016: 720 IV Trimestre 2016: 557 I Trimestre 2017: 746 II Trimestre 2017: 537 III Trimestre 2017: 842 IV Trimestre 2017: 774			
AÑO 2016				AÑO 2017							
I TRIM.	II TRIM.	III TRIM	IV TRIM	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM	IV TRIM				
(745-667)/667= <b>0,11(11,5%)</b>	766-745)/745= <b>0.281(2.81%)</b>	(720-766)/766= <b>-0,06(-6%)</b>	(557-720)/720= <b>-0,22 (-22%)</b>	(746-557) /557 <b>=0.33 (33 %)</b>	(537-746)/746 <b>=-0.28 (-28%)</b>	(842-537)/537= <b>0.56 (56%)</b>	(774-842)/842= <b>-0,080 (-8%)</b>				

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años 2014 – 2015 – 2016- 2017

### 5. Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación.

Durante el IV Trimestre del 2017 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo Digital 711 (91.8%) (Ver Tabla 5); Las novedades identificadas por atención al usuario y Ente de Control se ingresaron al aplicativo, posterior a ello se verifico si con anterioridad ya se había reportado su ocurrencia y se deja el consecutivo con el cual ingreso por primera vez a la base de datos. En este trimestre se obtuvieron por reporte de auditoria externa con 10 novedades y por auditoria concurrente 54 novedades.

**Tabla 5: Proporción Novedades de Seguridad por forma de identificación**

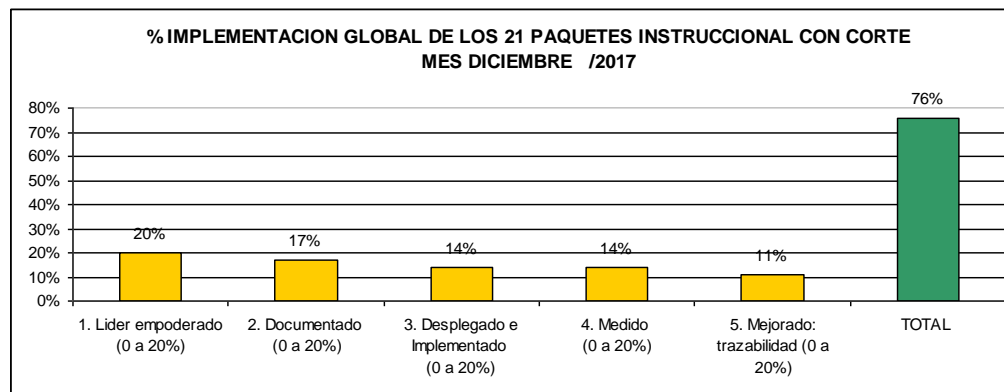
<b>Formula:</b> No. de novedades de seguridad identificadas por los diferentes medios (reporte, quejas, demandas, comités, etc.) / No. Total de novedades de seguridad identificadas en el periodo.	
Forma de identificación	Total IV Trimestre 2017
<b>Aplicativo:</b>	711/774= 91.8%
Atención al Usuario	2/774=0.25 %
Auditoria Concurrente	54/774=6.9 %
<b>Auditoria Externa</b>	7/774=%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

### 6. Porcentaje de Cumplimiento de Paquetes Instruccionales

Tras la medición de los criterios establecidos se identifican como fortalezas globales que los Paquetes Instruccionales son liderados por funcionarios conocedores y empoderados del tema (20% sobre 20%). Frente a la documentación de las recomendaciones que da cada paquete en relación a políticas, programas,

guías, protocolo, procedimientos y demás documentos institucionales se obtiene un (17% sobre 20%), el cual comparado con la primera evaluación se ha mantenido constante. Como oportunidades de mejora que deben fortalecerse está la implementación con una alta adherencia de lo que se encuentra documentado (14% sobre 20%), la medición de los datos e indicadores que muestran la gestión realizada por cada paquete (14% sobre 20%) y su posterior resultado que es el contar con una trazabilidad de esta medición que evidencie la mejora continua (11% sobre 20%). Se contó con un porcentaje de implementación global del 76% de los Paquetes Instruccionales con corte a 15 de Diciembre de 2017 (Ver Figura No. 1).



Fuente: informe de implementación Paquetes Instruccionales

## 7. Proporción de novedades de seguridad por tipo de la novedad

Las Novedades de Seguridad más frecuentemente reportadas por Tipo de Atención en salud insegura en el IV Trimestre del 2017 se relacionan con fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (46%), Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (15.9%), las infecciones asociadas a la atención en salud (10.7%) Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (9.1%) Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología (3.3%) ;dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes los dos primeros; mientras que para los Relacionados con los dispositivos y equipos médicos ha disminuido y esto se debe al control realizado a faltantes y al retiro de los dispositivos que generaron un aumento significativo de flebitis Mecánica Asociado a uso de dispositivo, Laboratorio clínico o de patología ha mejorado el reporte de novedades Ver Tabla. 6).

**Tabla 6: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2017**

**Formula:** No de novedades de seguridad por Tipo de Atención Insegura / No total de novedades de seguridad identificadas en el periodo

<b>Formula:</b> No de novedades de seguridad por Tipo de Atención Insegura / No total de novedades de seguridad identificadas en el periodo	n	%
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	18	1,6
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	23	2,0

Tipo 11: Caídas de pacientes	51	4,4
Tipo 12: Accidentes de pacientes	5	0,4
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	13	1,1
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	13	1,1
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	59	5,1
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	536	46,4
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	17	1,5
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	97	8,4
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	232	20,1
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	29	2,5
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	10	0,9
Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales	1	0,1
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	52	4,5
Total general	1158	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

### 8. Porcentaje de Eventos Adversos

Para el IV trimestre de 2017 el porcentaje de Eventos Adversos es del 1.3%, frente al total de atenciones que incluyen: los Egresos Hospitalarios (2412), las Consultas generadas en Consulta Externa (10435), Consultas de Urgencias (4580) y los Procedimientos Quirúrgicos (4485). (Ver Tabla 7).

**Tabla 7: Porcentaje de Eventos Adversos IV Trimestre de 2017**

<b>Formula: Número total de eventos adversos en el periodo / Número total de Atenciones en el periodo</b>
288 / 21912 = 1.3 % Para el II trimestre de 2017 el porcentaje de Eventos Adversos es del 1.3%.

Fuente: Oficina de Estadística Archivos 2017/Indicadores/Indica General y Base de Datos Novedades de Seguridad 2017.

## II. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma programa de Seguridad del Paciente con corte al II Trimestre 2017.

### PROGRAMAS Y TEMAS TRASVERSALES

#### A. Seguridad de Paciente: Paquete Instruccional consentimiento informado

Se actualizó el protocolo dando alcance a un procedimiento en el que se incluyeron los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias, quirúrgico, apoyo diagnóstico y terapéutico, de la misma forma se adicionaron herramientas de verificación de auditoría, dicho procedimiento se publicó el 14 de febrero de 2017 en la intranet.

Se está llevando a cabo la socialización del procedimiento de consentimiento a través del curso virtual de seguridad de paciente el cual contó en la primera cohorte del 21 de marzo de 2017, con 141 colaboradores. La segunda cohorte finalizó en diciembre y cuenta con 560 colaboradores.

A partir de las reuniones con los servicios médicos se identificó la necesidad de actualizar el formato de consentimiento informado en la historia clínica de DGH, para ello se conformó un equipo de trabajo que se reunió periódicamente, de lo cual se cuenta con ocho actas en las cuales se trató el tema hasta la finalización y publicación del nuevo formato en la historia clínica de DGH. Fue entregada la actualización del formato y socializado en el comité de la dirección científica el 30 de mayo 2017 a los 42 asistentes\*, entre ellos, subdirectores médicos y líderes de la Dirección Científica dando inicio a la implementación.

En el mes de junio se llevó a cabo seguimiento y ajuste a la implementación en los servicios de lo cual se cuenta con cuatro actas que soportan dichas reuniones. Se hizo socialización a Consulta externa (21\*) y Unidad quirúrgica (47\*). El 9 de junio de 2017 se llevó a cabo una referenciación en la fundación Cardioinfantil cuyo objetivo fue conocer:

1. Proceso de consentimiento
2. Las dificultades presentadas en la implementación del proceso
3. Alcance del mismo para los cambios de turno entre los médicos que solicitan el consentimiento y los médicos que realizan el procedimiento, siendo estos en algunos casos diferentes colaboradores.

Evidenciamos que en el HUS el proceso cuenta con avances en el diseño del formato, pues en la Fundación Cardio Infantil utilizan diferentes formatos y en el HUS el formato esta estandarizado en la Historia Clínica de DGH. En cuanto a la implementación del proceso del consentimiento se observaron dificultades similares en las dos Instituciones, por la dificultad de adherencia de algunas especialidades médicas al mismo y se encuentran en proceso de mejora a través de la intervención de auditoría médica.

Se vio que en la Fundación Cardioinfantil al igual que en la Samaritana la información es brindada por un médico que no siempre es quien va a realizar el procedimiento, tema que para el HUS era motivo de preocupación, pero que en la Fundación Cardio Infantil lo tienen claro, una cosa es la información que se brinda a cerca del procedimiento y otra es quien realiza el procedimiento. Sin embargo para aclarar esta inquietud en el HUS se está solicitando a sistemas un ajuste al formato incluyendo las dos firmas tanto de quien informa como de quien realiza el procedimiento. Se requiere medir dos indicadores uno tiene relación con la comprensión del paciente y el otro con la calidad de registro en los formatos.

Para medir la comprensión del paciente se decidió tomar el dato de la encuesta de satisfacción del usuario, con la pregunta:

¿COMPRENDIÓ la información ofrecida a través del Consentimiento Informado?

Tabla 1

Servicio	2015	2016				2017		
		I	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre
	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
<b>Hospitalización</b>	35,7%	43,5%	59,1%	72,7%	59,1%	70,8%	100,0%	100,0%
<b>Sala de Partos</b>	90,9%	83,3%	83,3%	61,1%	61,1%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Unidad Cuidado Intermedio</b>	36,7%	40,0%	26,7%	69,2%	46,7%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Promedio</b>	54,4%	55,6%	56,4%	67,7%	55,6%	90,3%	100,0%	100,0%

En términos generales desde estos resultados según la tabla 1, han mejorado los promedios en este tiempo, teniendo que en el año 2015 (54.4%) y en 2016 (58.8%) se tenían promedio de 56.6% y en el 2017 se incrementa a 96.8%, esto como resultado de los despliegues y acompañamientos realizados a las especialidades y grupos asistenciales Institucionales

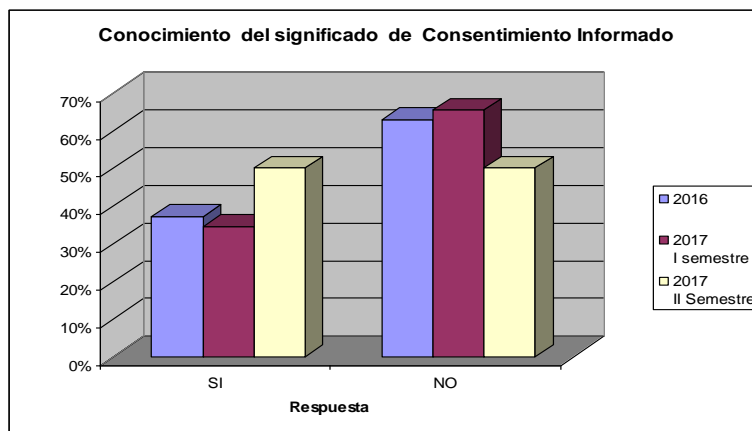
Con el fin de ampliar la información en relación con la comprensión del paciente y/o familia, se planteó en el comité de ética la importancia de contar con otros datos adicionales es así como se logra la rotación semestral de estudiantes de VI semestre de medicina por el área de Calidad y Gerencia bajo una práctica específica de consentimiento informado. Como evaluación de la misma se aplica una encuesta dirigida a los pacientes y/o familiares. En la tabla 2 se muestra el número de encuestas realizadas en este periodo.

Tabla 2

2016	2017	
II Semestre	I Semestre	II Semestre
199	106	133

A la fecha se han realizado tres mediciones que han arrojado los datos del cuadro 1 del anexo. Los resultados de este seguimiento se pueden ver en el cuadro 1 del anexo, en este se describen los datos obtenidos por cada una de las preguntas evaluadas en los tres periodos.

Grafico 1



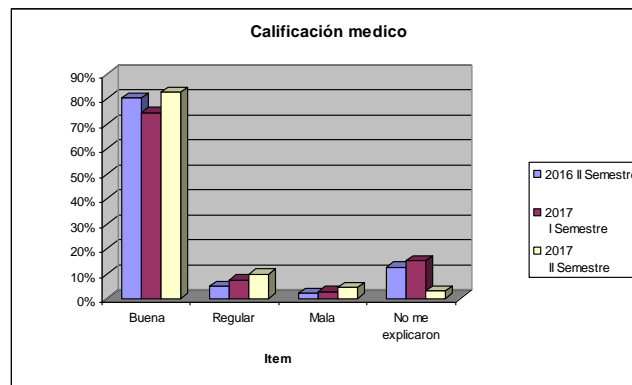
Se va a mostrar en el informe algunos datos de relevancia. En primer lugar (gráfico N° 1), se ve reflejado en el II semestre de 2017, barra amarilla, que ha mejorado el porcentaje de conocimiento del significado de “consentimiento informado”.

En segundo lugar, hay una poca variación en este tiempo con respecto los siguientes aspectos:

1. Recordar haber firmado autorización de cirugía lo cual se mantuvo en promedio de 68%.
2. Confirman si le explicaron los riesgos en un 59%.
3. Ver la posibilidad de otra alternativa 15% afirmativa y no había alternativa 32%.
4. En un 65% le fueron aclaradas las dudas, no hubo dudas en el 21%

Otras preguntas se refirieron a cómo califica la explicación dada, tanto del médico como del personal de enfermería. Según la gráfica N° 2. El promedio para el médico fue de 79%.

Grafico 2



Con el personal de enfermería se obtuvo un porcentaje cercano al del médico de 75%.

En el análisis de los anteriores datos se aprecia la buena calificación que dan los pacientes y/o familiares a la explicación brindada por médicos y enfermeras, mostrando que el usuario percibe una adecuadamente explicación de los profesionales, sin embargo se espera que para próximas mediciones supere el 80%. Adicionalmente los resultados indican la necesidad de fortalecer otros aspectos importantes del proceso de consentimiento como son: la explicación sobre los riesgos, la posibilidad de revisar alternativas y aclarar más y mejor las dudas, sin olvidar la importancia de fomentar en los pacientes y familiares el interés por ampliar la información, con el fin de fortalecer la adecuada toma de decisión.

Con el seguimiento del plan de acción del comité en relación con el acompañamiento a los grupos médicos en el despliegue del paquete de consentimiento y el adecuado diligenciamiento del formato de consentimiento informado 05AUF46-V1, se están llevando a cabo reuniones programadas conjuntamente con la líder de auditoría concurrente para resocializar el diligenciamiento y evaluar los avances a la implementación del formato actualizado de DGH y la importancia de la información y comprensión del paciente, logrando a la fecha las siguientes especialidades: Ginecología, Ortopedia, neurocirugía, urgencias, Unidad de cuidados intensivos adulto y neonatal, anestesia, urología, Hemodinámica, oftalmología, consulta externa. Evidencia de estas actividades reposan en planeación en la carpeta del paquete correspondiente. En la Unidad funcional de Zipaquirá la Líder de auditoría está iniciando el despliegue del formato.



Con el objetivo de evaluar la adherencia a este formato, se llevó a cabo la auditoría interna con el equipo de concurrencia en: Unidad quirúrgica, Salas de parto, Hemodinámica, Unidad renal, Gastroenterología y radiología, dicha auditoría se realizó desde el 31 de octubre al 22 de noviembre de 2017, el informe del resultado de la misma se encuentra archivado en la carpeta del comité de ética, en conjunto con auditoría se inició la socialización en el mes de diciembre por cada uno de los servidos.

Se aplicó la auditoría a 479 consentimientos, encontrando que en el 72% se está llevando registro del consentimiento en el formato actual, el restante no se encontró o no se está realizando en el formato, lo que significa haber logrado un avance importante en tan corto tiempo.

Los hallazgos encontrados para la mejora, son el no diligenciamiento de los espacios correspondiente a la autorización de imágenes, fotografía y demás (113), en el consentimiento sustituto no registro del nombre parentesco, ni firma (83), no se evidencia registro del nombre del profesional que realiza el procedimiento (272) aunque cuenta con la firma de quien brinda la información.

Se encontró que el 30.7% de Las especialidades son las que requieren acompañamiento: Hemodinámica, cirugía general, cirugía plástica y cirugía vascular.

Se llevó a cabo reunión con la Dirección científica, auditoría concurrente y auditoría médica para socializarle a auditoría médica el informe y compartir la metodología para la obtención de datos y ser una línea base para los futuros informes de auditoría médica en este sentido. De esta reunión se precisaron dos aspectos a tener en cuenta:

1. Incluir los datos históricos y actuales del indicador en el TUCI.
2. Llevar a cabo la auditoría bajo los parámetros establecidos como línea base del informe realizado por auditoría concurrente.

Para el 2018 el objetivo es mantener el seguimiento y retroalimentación a todos los servicios, con el fin de mejorar los datos de los indicadores obtenidos este año.

## **B. Paquete de comunicación adecuada entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes**

A partir del mes de mayo es designada para este paquete la Dra. María Tereza Ospina y se le es designada la tarea de apoyarla desde la área de Planeación, a partir de este periodo se realiza una serie de reuniones y revisiones documentales con la Doctora con el fin de definir el enfoque de la misma, el equipo de trabajo y el cronograma.

Se han llevado a cabo 10 reuniones en las cuales se han revisado los siguientes temas a desarrollar:

1. Las tres líneas de interés a trabajar: La primera corresponde a órdenes médicas verbales, la segunda la comunicación adecuada en las entregas de turno y la tercera comunicación en situaciones difíciles.
2. Elaborar un protocolo de órdenes verbales, para los momentos críticos que requieren acciones de atención inmediatas. En el momento se adelantó el documento preliminar y se encuentra en revisión por la delegada de la subdirección de enfermería y el líder de farmacia.

3. Elaborar un formato de registro del momento de la orden verbal, que sirva de soporte y de información para el seguimiento de un indicador. En el momento se adelantó el documento preliminar y se encuentra en revisión por la delegada de la subdirección de enfermería y el líder de farmacia.
4. Establecer el mecanismo de entrega de turno en el que se articule el médico con la enfermera debido a que en este momento están aisladas, por lo tanto se buscará lograr una herramienta de comunicación fácil y útil para los dos con el fin de beneficiar al paciente y minimizar riesgos de seguridad del paciente. Se llevó a cabo la actualización del Kardex de enfermería incluyendo información del estado del paciente, importante de transmitir durante la entrega de turno.
5. Con base en los indicadores propuestos por el paquete Instruccional, definir los que en la Institución se van a medir de acuerdo con las posibilidades. Para ello se llevó a cabo reunión con auditoria concurrente con el fin de definir cuáles serían los indicadores posibles de medir.

**Otras Actividades:** Se realizó además una capacitación en un seminario de experiencias exitosas en donde se evidenciaron actividades sencillas de impacto que pueden ser desarrolladas en la Institución y de las cuales se está viendo la viabilidad.

Se llevó a cabo por parte de la líder del paquete la socialización de las líneas de comunicación definidas en el desarrollo de paquete de comunicación en la charla magistral del viernes.

### **C. Programa de Humanización**

Se llevó a cabo la medición mediante la realización de la ronda de humanización bajo un formato y la aplicación de la metodología cualitativa, se realizó el informe final junto con la Dirección de atención al usuario, se identificaron aspectos y áreas en las cuales se debe fortalecer, siendo esta la sala de partos en la que se encontraron oportunidades de mejora en la línea de privacidad y confidencialidad y tecnología amigable, para intervenir en ello se realizó por los líderes de enfermería el seguimiento en salas de parto, de lo cual se cuenta con las actas correspondientes.

De la misma forma se han analizado y evaluado las líneas del programa y se evidencia que con las líneas de paciente crónico y de dolor ya se logró dar el impulso necesario para que desde la institución se manejara el programa y se designara el personal encargado de dar continuidad. Por ello y en aras de actualizar el programa es importante actualizarlo para incluir otras líneas de gran importancia como es la segunda víctima y los temas de humanización para el talento humano de lo cual ya se realizó la primer reunión. Ver soporte en la Dirección de atención al usuario.

### **D. Acompañamiento procesos**

**Gestión de la infraestructura:** Se llevó a cabo la actualización documental en el área bajo la norma ISO 9001 2015, para la visita de recertificación de ISO con todos los documentos. Se realizó seguimiento al PAMEC, está pendiente actualizar la caracterización con los últimos ajustes.

**Gestión jurídica:** Se llevó a cabo la actualización documental en el área bajo la norma ISO 9001 2015, para la visita de recertificación de ISO, quedando pendiente únicamente la caracterización.

**Gestión de la información:** Se documentó y publicó el procedimiento de control de indicadores 02GC11, el programa estratégico de comunicaciones, manual de contingencia sistemas de información y plan de gerencia de la información para direccionamiento el procedimiento de Indicadores. Está pendiente actualizar la caracterización.

**Prevención y promoción:** El HUS incluyó un líder para el área razón por la cual se avanzó en la definición de un programa desarrollando la siguiente documentación: Programa y guía de Anticoagulación, programa madre y padre canguro, programa de clínica de heridas, protocolo prevención y tratamiento de lesiones de presión, política y programa IAMII, programa PAI

**Subdirección de Enfermería:** Se inicia en diciembre el acompañamiento a los procesos del área en el que se estableció el plan de actualización.

#### E. Otras actividades

1. Participación en el comité de Ética e investigación según cronograma, el tercer jueves del mes, como presidente del comité por ser especialista en bioética, en la actualidad se está revisando la resolución de constitución del comité debido a que se debe actualizar.
2. Participación en el comité de Ética hospitalaria como secretaria así:
  - Elaboración de actas de comité mensual
  - Socialización y despliegue de procedimiento de consentimiento y medir adherencia al procedimiento de consentimiento informado, informado ya referido en el literal A.
  - Capacitación en Bioética a los miembros del comité, se llevará a cabo los días 26 y 27 de octubre y 9 y 10 de noviembre.
  - Medir adherencia al conocimiento del código de ética: El objetivo fue evaluar la percepción de los usuarios a cerca de los aspectos éticos que los colaboradores del HUS expresan durante la prestación de los servicios y a la vez identificar que apropiación tiene los colaboradores con el código de ética, esto con el fin de identificar oportunidades de mejora para incrementar la adherencia al mismo.  
Los resultados de este informe fueron enviados a la Directora de atención al usuario, Secretaria de Salud de Cundinamarca y seguimiento de cierre al PAMEC. Ver anexo 2
3. Apoyo al seguimiento del PAMEC I semestre 2017, en los procesos de Banco de sangre, Laboratorio y hospitalización (Enfermería), ver matriz final y soporte de actas en informe final consolidado por el área de calidad. Ver publicación en la intranet en cada proceso.
4. Apoyo y consolidación del informe para el seguimiento del primer semestre del PUMP.
5. Participación como presidente del comité de ética de investigación, cada tercer jueves de mes, se está actualizando la resolución del comité.

Cuadro 1

1. ¿Conoce el significado de las palabras consentimiento informado?

Item	2016	2017 I semestre	2017 II Semestre
SI	37%	35%	50%
NO	63%	65%	50%

2. ¿Sabe Ud. qué cirugía o procedimiento le realizaron?

Item	2016	2017 I Semestre	2017 II Semestre
SI	82%	94%	
NO	18%	6%	

8. ¿Preguntó al médico la posibilidad de otra opción o alternativa diferente?

Item	% 2016	% 2017 I Semestre	% 2017 II Semestre
SI	19%	14%	11%
NO	53%	52%	55%
No había alternativa	28%	34%	35%
Total	100%	100%	100%

4. ¿Como califica la explicación del (medico) profesional a cerca del procedimiento?

Año	Item	Cantidad	%
2016	Buena	160	80%
	Regular	10	5%
	Mala	4	2%
	No me explicaron	25	13%
Total		199	100%
2017 I semestre	Buena	79	75%
	Regular	8	8%
	Mala	3	3%
	No me explicaron	16	15%
Total		106	100%
2017 II Semestre	Buena	110	83%
	Regular	13	10%
	Mala	6	5%
	No me explicaron	4	3%
Total		133	100%

10. ¿Le explicaron los beneficios?

Item	% 2016	% 2017 I Semestre	% 2017 II Semestre
SI			76%
NO			24%
Total			100%

6. ¿Ud. o su familia han firmado autorización (consentimiento) para la cirugía?

Item	% 2016	% 2017 I semestre	% 2017 II semestre
SI	70%	64%	68%
NO	18%	28%	22%
No esta seguro	12%	7%	8%
Total	100%	100%	100%

7. ¿Le explicaron los riesgos de la operación o cirugía?

Item	% 2016	% 2017 I semestre	% 2017 II semestre
SI	64%	53%	60%
NO	36%	47%	40%
Total	100%	100%	100%

9. ¿Le fueron aclaradas sus dudas?

Item	% 2016	% 2017 I Semestre	% 2017 II Semestre
SI	66%	62%	66%
NO	9%	10%	7%
No hubo	19%	26%	18%
Tuve duda pero no pregunté	6%	2%	9%
Total	100%	100%	100%

5. ¿Como califica la información que el personal de enfermería brinda durante la atención?

Año	Item	Cantidad	%
2016	Buena	155	78%
	Regular	17	9%
	Mala	5	3%
	No me han informado	21	11%
Total		198	100%
2017 I Semestre	Buena	93	70%
	Regular	5	4%
	Mala	5	4%
	No me han informado	4	3%
Total		107	100%
2017 II Semestre	Buena	103	77%
	Regular	17	13%
	Mala	2	2%
	No me han informado	11	8%
Total		133	100%

Cuadro N° 1

## SEGUIMIENTO A COMITES INSTITUCIONALES

El Hospital Universitario la Samaritana actualmente en la vigencia 2017 cuenta con un total de 27 comités obligatorio cumplimiento para la ejecución de sus actividades.

El seguimiento a la ejecución de los comités se realiza de manera trimestral como se estableció en el procedimiento Comités Institucionales, código 02DE09-V1, evaluando criterios como:

- Comités activos
- Resolución actualizada
- Plan de acción
- Cronograma
- Periodicidad
- Seguimiento a compromisos-Actas

La evaluación al proceso se realiza a través de la medición de las variables mediante dos indicadores detallados a continuación:

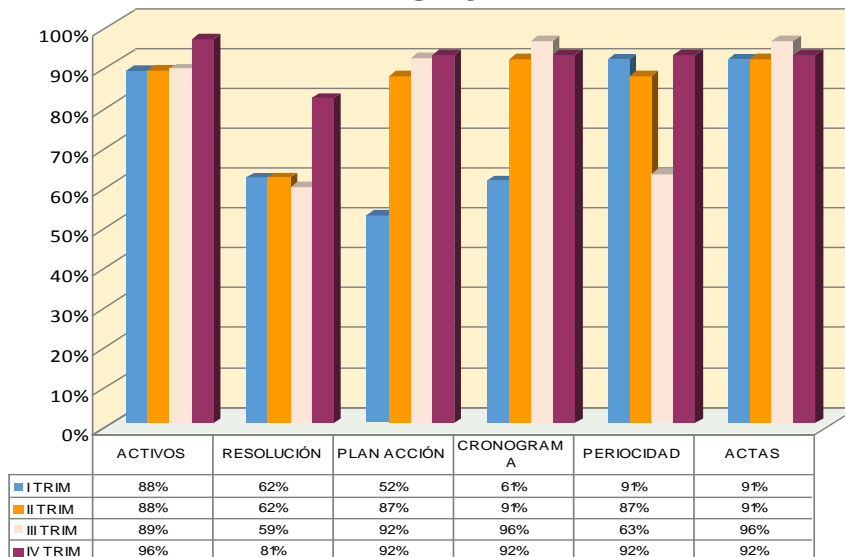
### PORCENTAJE CUMPLIMIENTO A LOS COMITES

El resultado de la evaluación es monitoreado a través del indicador de % Cumplimiento de comités institucionales, cuyo resultado global muestra un cumplimiento del **90%**, para cada uno de los criterios expuestos anteriormente y que se detallan a continuación:

CRITERIOS	REALIZADOS Y/O ACTIVOS	TOTAL	% DE CUMPLIMIENTO
COMITÉS ACTIVOS	26	27	96%
RESOLUCION	22	27	81%
PLAN ACCION	24	26	92%
CRONOGRAMA	24	26	92%
PERIODICIDAD	24	26	92%
ACTAS	24	26	92%
<b>TOTAL DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>144</b>	<b>158</b>	<b>91%</b>

FUENTE: Matriz de Auditorias a Comités Institucionales código 05DE10

## COMPARATIVO CUMPLIMIENTO COMITES AÑO 2017

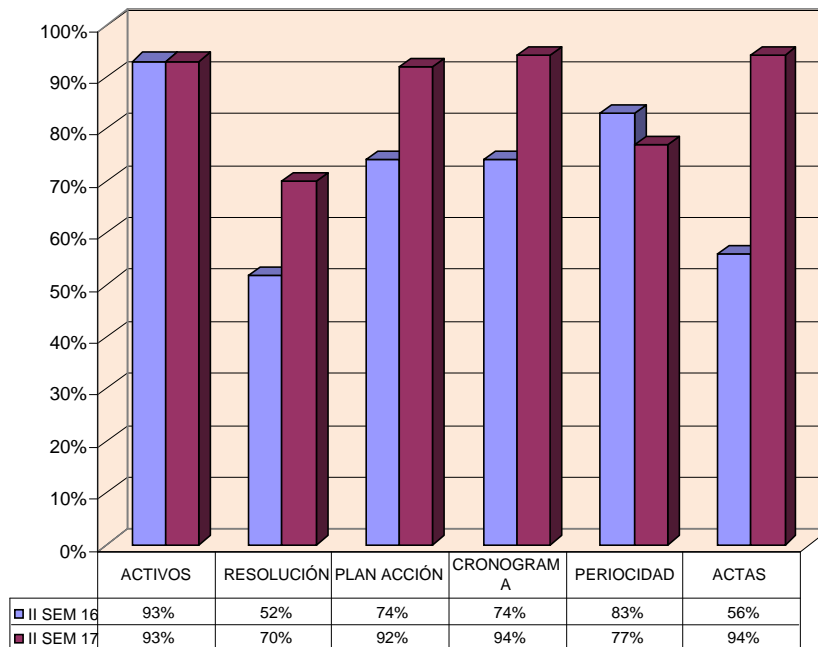


FUENTE: Matriz de Auditorias a Comités Institucionales código 05DE10

El análisis de los resultados muestra las siguientes observaciones y/o hallazgos:

- **Comités Activos (96%):** Frente a este criterio se verifica la existencia de la activación 2 comités: código azul y comunicaciones, quedando 1 comité inactivo: tecnología biomédica, esto atribuible a que no se ha definido los roles de los integrantes.
- **Resolución (81%):** Se verifica actualización de la resolución según normatividad vigente y la inclusión de las unidades funcionales, donde se cuenta un total de comités (27), de los cuales cinco (5) comités presenta incumplimiento de los criterios anteriormente descritos: Transplante, investigación, cancelación de cirugía, control interno y tecnología biomédica.
- **Plan de Acción (92%):** Se identificaron dos comités de los veintiséis comités activos que se encuentran carentes de la definición del plan de acción como son el comité cancelación de cirugía y código azul
- **Cronograma (92%):** Se observa los comités de cancelación de cirugía y código azul que no incluye el cronograma de reuniones correspondiente.
- **Periodicidad (92%):** Frente al cumplimiento de la periodicidad de reuniones de los comités cancelación de cirugía, trasplante y copasst no dan cumplimiento total de la programación debido a dificultades presentadas como falta de quórum.
- **Actas (96%):** Se encuentra que los comité de cancelación de cirugía y copasst, presentan incumplimiento de algunos compromisos generados y la ejecución de las acciones..

### COMPARATIVO CUMPLIMIENTO COMITES II SEM 2016 - 2017



FUENTE: Matriz de Auditorías a Comités Institucionales código 05DE10

Vemos en la gráfica entre la comparación II Semestre 2016 vs II Semestre 2017, se observa el mejoramiento de los comités institucionales en las actualizaciones de las resoluciones, elaboración del plan de acción, cumplimiento al cronograma y los compromisos generados en cada una de las actas, esto al resultado del seguimiento trimestralmente que se viene realizando desde la oficina de planeación, el cual se portado para mejorar el cumplimiento general de los comités

#### PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMAS IV TRIMESTRE = 90%

El seguimiento de este indicador contempla las variables de:

- Numerador: Numero de comités realizados en la vigencia evaluada. = 76
- Denominador: Numero de comités programados en la vigencia evaluada = 84

**Tabla de cumplimiento de cronogramas de ejecución de los comités institucionales IV trimestre 2017**

NOMBRE COMITÉ ASISTENCIAL		CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA		
		REALIZADO	PROGRAMADO	%
1	HISTORIA CLINICA	3	3	100%
2	SEGURIDAD PACIENTE	3	3	100%
3	INFECCIONES - COVE	3	3	100%
4	TRANSFUSIONES	3	3	100%
5	SIVIGILA	2	2	100%
6	TRANSPLANTE	1	2	50%
7	INVESTIGACION	3	3	100%
8	ETICA HOSPITALARIA	3	3	100%
9	FARMACIA	3	3	100%
10	DOCENCIA	20	23	87%
11	IAMII	3	3	100%
12	HUMANIZACION	3	3	100%
13	CODIGO AZUL	2	2	100%
14	GASES MEDICINALES	1	1	100%
15	CANCELACIÓN CIRUGÍA	0	1	0%
<b>Total</b>		53	58	91%

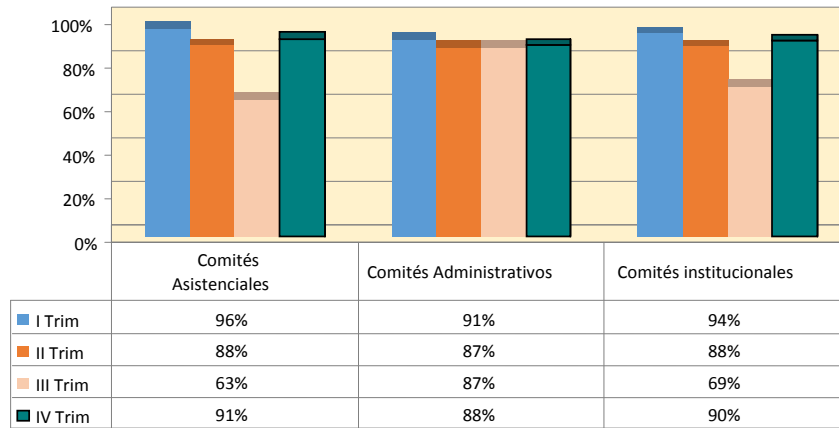
NOMBRE COMITÉ ADMINISTRATIVO		CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA		
		REALIZADO	PROGRAMADO	%
1	COMPRAS	3	3	100%
2	COMUNICACIONES	2	2	100%
3	EMERGENCIAS	2	2	100%
4	GAGAS	3	3	100%
5	COPAST	0	3	0%
6	CONVIVENCIA LABORAL	1	1	100%
7	SOSTENIBILIDAD	2	2	100%
8	CONCILIACIONES	6	6	100%
9	CONTROL INTERNO	N/A	N/A	N/A
10	ARCHIVO	2	2	100%
11	TECNOLOGIA BIOMEDICA	N/A	N/A	Inactivo
12	INVENTARIOS	2	2	100%
<b>Total</b>		23	26	88%

FUENTE: Matriz de Auditorías a Comités Institucionales código 05DE10

Durante el IV Trimestre los comités asistenciales presentaron un cumplimiento del 91%, encontrando algunos comités que realizaron sus reuniones fuera de la fecha programada, como el caso de cancelación de cirugía. El cumplimiento en los comités administrativos fue del 88%, encontrando un comité que no realizaron la reunión en tiempo establecido como el comité de copasst. De igual manera se presenta el análisis comparativo entre los trimestres encontrando:



### CUMPLIMIENTO CRONOGRAMA COMITÉS INSTITUCIONALES 2017



Se observa que el comportamiento durante el año 2017 frente al cumplimiento de cronograma de los comités asistenciales el del 85% durante el año ya que en el III trimestre se presentaron programaciones extemporáneas que hicieron que se incumpliera en un 27%. De los comités administrativos se cumple un 88% para el año 2017 el cual se vio afectado el II y III periodo por las visitas de Certificación ISO y Acreditación, en general los comités institucionales se cumple con un 85%.

Finalmente se emiten las siguientes recomendaciones:

- Realizar las actualizaciones de las resoluciones según normatividad vigente, con inclusión de las unidades funcionales.
- Cumplir con las actividades metas e indicadores establecidos en el plan de acción, en las fechas programadas.
- Dar cumplimiento al cronograma de ejecución de reuniones ordinarias de los comités.
- Verificar y cumplir con los compromisos establecidos en cada una de las actas de reunión del comité
- Formular las acciones correctivas pertinentes para mejorar el porcentaje de cumplimiento.

### SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE INFORMES A LOS ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL

En el IV trimestre se realiza seguimiento, teniendo en cuenta los informes contenidos en la matriz de tablero de control de reporte a entidades de vigilancia y control código 05DE12-V1 donde la metodología de evaluación incluyó entrevista con los responsables de la entrega de la información y la revisión de los soportes de envío de la información, con el fin de verificar cumplimiento oportuno a los entes de vigilancia y control, y asegurar que los responsables que generan y reportan la información realicen el reporte oportuno y a su vez desde la oficina de planeación enviar alertas, revisar el cumplimiento normativo y verificar la oportunidad de entrega de acuerdo a la matriz consolidada. Actualmente la entidad realiza un total de 118 envíos al año, de los cuales 61 corresponden al cuarto trimestre.

## PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL ENVIO DE LOS REPORTES A ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL

El indicador de evaluación al proceso muestra un cumplimiento del **100%** correspondiente a:

- Numero de reportes a enviar en el trimestre = 61
- Total de reportes que se debían enviar en el trimestre = 61

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE ENVIOS DE REPORTES A ENTES DE CONTROL IV TRIMESTRE 2017				
PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE INFORMACIÓN	No. DE REPORTES ENVIADOS	No. TOTAL DE REPORTES A ENVIAR	% DE CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Subdirector de Consulta Externa	1	1	100%
ATENCION AL USUARIO	Subdirectora Defensoría del Usuario	2	2	100%
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	Enfermera Referente IAAS. Enfermera referente estrategia multimodal de higiene de manos.	6	6	100%
	Enfermera Referente Sivigila	6	6	100%
	Líder Banco de Sangre	4	4	100%
	Líder Proyecto Atención Farmacéutica	2	2	100%
CONTROL INTERNO	Jefe Oficina de Control Interno	N/A	N/A	N/A
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Subdirector de Compras	N/A	N/A	NA
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	3	3	100%
DESARROLLO DE SERVICIOS	Líder de Proyectos	1	1	100%
FACTURACION Y RECAUDO	Profesional Universitario	6	6	100%
GESTIÓN FINANCIERA	Subdirectora de contabilidad	13	13	100%
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Líder de Proyecto Estadística	9	9	100%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	Líder de Arquitectura y Mantenimiento	N/A	N/A	NA
GESTIÓN JURIDICA	Jefe Oficina Asesora Jurídica	1	1	1
DIRECCION ADMINISTRATIVA	Director administrativo	2	2	100%
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Subdirectora de Personal	5	5	100%
<b>TOTAL</b>		<b>61</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Matriz Tablero de Control de Reporte a Entidades de Vigilancia y Control código 05DE12

Finalmente dentro de la verificación de ésta actividad, se emiten recomendaciones tendientes a continuar y/o mantener la oportunidad, calidad y confiabilidad en la entrega de la información a los diferentes entes de control adicionalmente a informar los cambios normativos que se presente durante el tiempo.

## PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO

Se identificaron riesgos individuales de los pacientes en los servicios de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Adulto, Unidad Neonatal y Consulta Externa como parte de la prueba piloto para la implementación de este tipo de riesgo a nivel institucional, los riesgos identificados son los siguientes:

Servicio / Proceso	Riesgo
Unidad Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Displasia Broncopulmonar</li> <li>• Retinopatía de la Prematuridad</li> <li>• Enterocolitis Necrotizante</li> <li>• Hemorragia Interventricular</li> <li>• Cromosomopatía</li> <li>• Cardiopatía</li> <li>• Sepsis</li> </ul>
Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia gastrointestinal</li> <li>• Delirium</li> <li>• Tromboembolismo</li> </ul>
Unidad de Cuidados Intensivos Adulto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ITUSU (Retirar sonda si no se requiere)</li> <li>• Bacteremia (Usar todas las medidas de asepsia y antisepsia para paso de DM)</li> <li>• UPP (Formular baño seco – Crema lubricante)</li> <li>• Retiro Accidental (Evaluar sedación)</li> <li>• NAV (Mantener cabecera 30°)</li> </ul>
Atención al Paciente Ambulatorio	Consulta de Neonatología - Plan Canguro <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinopatía de la Prematuridad</li> <li>• Enterocolitis Necrotizante</li> <li>• Cromosomopatía</li> <li>• Cardiopatía</li> </ul> Consulta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombo embolismo</li> <li>• Sangrado Gástrico</li> </ul>

Para lo cual en la Unidad Neonatal, unidad de cuidado intensivo y en Urgencias se incluyó estos riesgos dentro de la Historia Clínica para que estos sean valorados en el momento de la atención del Paciente. Se espera que para el 2018 se incluyan los riesgos de los demás servicios en la Historia Clínica, para poder realizar de una mejor manera el seguimiento y la medición de los riesgos individuales del Paciente.

Adicionalmente se inició la prueba piloto de tecnovigilancia activa realizándose la identificación de los riesgos relacionados al catéter central desde la selección de este hasta su disposición final con la metodología AMFE.

## PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

### LÍNEA ESTRATÉGICA 1

1. Identificar, valorar y priorizar los riesgos por proceso y en cada una de las Unidades funcionales de la ESE. Hospital Universitario de La Samaritana

#### Metas

- Mapa de riesgos por Procesos.
- Mapa de Riesgo Institucional.

#### Indicadores

- Proporción de Riesgo por zona de riesgo.

$$\frac{\text{Número total de riesgos por zona de riesgo}}{\text{Número total de riesgos}} \times 100$$

- Porcentaje de cumplimiento del cronograma del programa de gestión del riesgo

$$\frac{\text{Número total de actividades realizadas del cronograma de gestión del riesgo}}{\text{Número total de actividades planeadas en el cronograma de gestión del riesgo}} \times 100$$

#### Cumplimiento del cronograma del programa de gestión del riesgo

Se tuvo un cumplimiento del 91,5% del cronograma que corresponde a la actualización de los mapas de riesgos de Bogotá, se consolidó el mapa de riesgos institucional el cual se definió desde los objetivos estratégicos del hospital, se capacitó a los líderes de los procesos en la metodología de gestión del riesgo, ya que se modificó la herramienta, y no se definieron los planes de mejora de los riesgos priorizados.

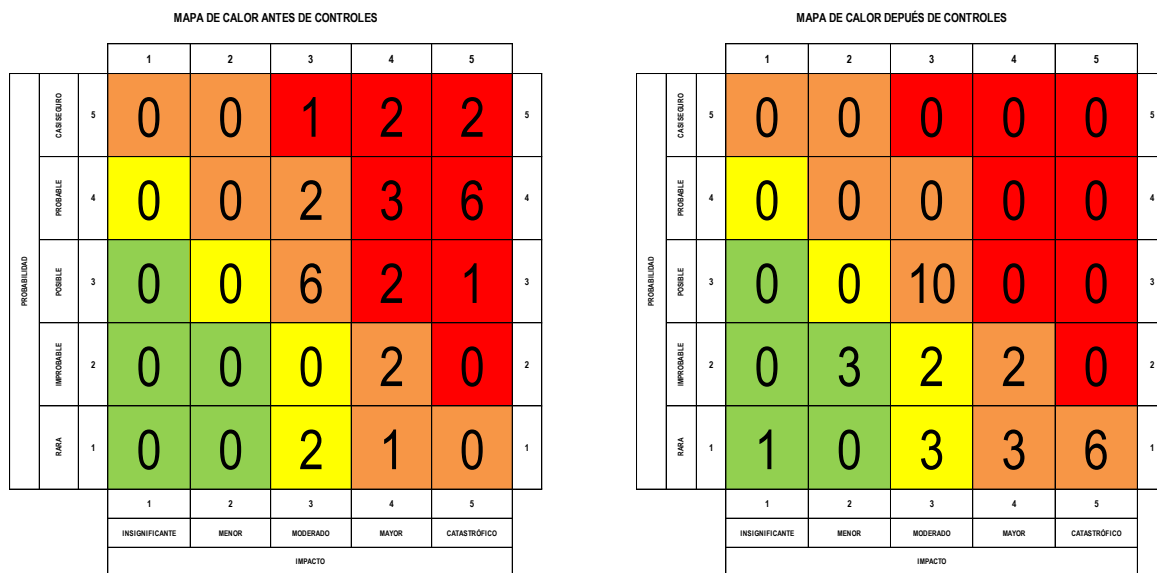
#### Proporción de riesgos por zona de riesgos Bogotá

Par este año se definió que para el mapa de riesgos institucional se construiría a partir de la identificación de los riesgos por cada uno de los objetivos estratégicos del Hospital y estos serían los riesgos transversales del Hospital en especial en las áreas asistenciales para que de esta manera no se repitan riesgos en los diferentes procesos. Como resultado se identificaron 30 riesgos y su distribución por zona de riesgo se observa en la siguiente tabla:

Antes de Controles	
EXTREMA	17
ALTA	11
MODERADA	2
BAJA	0
<b>TOTAL RIESGOS</b>	<b>30</b>

Para llevar un mejor control y observar realmente en qué grado de riesgo nos encontramos como institución se realizó el siguiente mapa de calor de los riesgos institucionales antes y después de controles.

Después de controles	
EXTREMA	0
ALTA	21
MODERADA	5
BAJA	4
<b>TOTAL RIESGOS</b>	<b>28</b>



Para el 2017 no se identificaron los riesgos de la unidad funcional de Zipaquirá con la nueva metodología.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2

2. Gestionar el riesgo en cada uno de los procesos y unidades funcionales de la ESE. Hospital Universitario de La Samaritana

### Metas

- Mejora de la Gestión integral de riesgos a 31 de Diciembre de 2017.
- Reducción de los eventos asociados a los riesgos identificados.
- Mejorar la Evaluación de al menos un riesgo de los priorizados en el mapa de riesgo Institucional, en por lo menos un (1) nivel de zona del riesgo.

### Indicadores

- Porcentaje de Riesgo con reducción en la Zona de Riesgo.

$$\frac{\text{Número total de riesgos con reducción en la zona de riesgos}}{\text{Total de riesgos priorizados}} \times 100$$

- Porcentaje de materialización de eventos por riesgos Priorizados.

$$\frac{\text{Número total de riesgos materializados priorizados}}{\text{Número total de riesgos priorizados}} \times 100$$

Para el 2017 se asignó indicador por cada uno de los riesgos identificados en el hospital, esto con el objetivo de mejorar el monitoreo, inicialmente se está realizando seguimiento a los riesgos institucionales, para el 2017 se materializaron los siguientes riesgos, dando un 50% en materialización de los riesgos institucionales.

OBJETIVO	RIESGO	¿Se ha materializado el riesgo?	
		SI	NO
Fortalecer la prestación de los Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Posibilidad de Aumento de Caídas de Pacientes en la Atención de salud	X	
	Aumento de la posibilidad de Infecciones asociadas al cuidado de la salud	X	
	Probabilidad de identificación inadecuada de pacientes	X	
	Aumento de la posibilidad de Úlceras por Presión	X	
	Aumento de la posibilidad de utilización inadecuada de medicamentos	X	
	Riesgo de Morbimortalidad Materna de Alto Riesgo	X	
	Riesgo de Morbimortalidad del Recién nacido Prematuro	X	
	Aumento de los tiempos de Oportunidad en los tiempos de atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas	X	
Possible aumento de la oportunidad en la asignación de la cita		X	

OBJETIVO	RIESGO	¿Se ha materializado el riesgo?	
		SI	NO
	Posible aumento de la Cancelación de consulta y procedimientos por causa institucional	X	
	Posible aumento de la oportunidad en la atención		X
	Aumento de la posible oportunidad en la programación quirúrgica	X	
	Probabilidad de realizar una cirugía en un paciente equivocado, sitio operatorio equivocado, procedimiento erróneo o implante equivocado		X
	Posibilidad de falla en la prestación del servicio de salud	X	
Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la Institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.	Probabilidad de Perdida de programas Académicos con las Universidades con alianza	X	
	Posible pérdida de reconocimiento y/o categorización de grupos de Investigación del HUS		X
Garantizar un sistema de información integral eficiente y eficaz	Posibilidad de Perdida de información Crítica		X
	Publicación de Información confidencial del HUS		X
	Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS	X	
Garantizar el talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo	Posibilidad de violar procesos de selección en beneficio de terceros		X
	Realizar pagos en nómina no justificados o valores a los cuales no se tiene derecho		X
	Beneficiarse de los servicios que presta el Hospital de los cuales no se tiene derecho		X
	Exponer a los colaboradores del Hospital a los riesgos relacionados con su seguridad y salud en el trabajo	X	
Definir la razón de ser y la proyección Organizacional que permitan orientar y operacionalizar el desarrollo de las actividades propias del HUS con el fin de garantizar el cumplimiento de la visión con el uso óptimo y eficiente de los recursos.	Inoportuna comunicación e implementación de acciones estratégicas		X
	Incumplimiento del Plan de Gestión y POA (PAS)		X
Lograr la autosostenibilidad financiera por recaudo de la	Posibilidad de Baja rentabilidad que lleve a la liquidación de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.		X

OBJETIVO	RIESGO	¿Se ha materializado el riesgo?	
		SI	NO
venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir	Posibilidad de Sobreestimación presupuestal de ingresos y/o subestimación del gasto.		X
	Posibilidad de Pago inoportuno de las obligaciones.		X
	Posibilidad de Giro con diferencias entre valor pagado y el valor a pagar.		X
Fortalecer el sistema integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar centros de excelencia	Posible No cumplimiento del plan de mejora	X	

Con esto se busca que se empiecen a tomar decisiones basadas en riesgos desde la alta gerencia del Hospital y se tenga un resumen de los datos de mayor relevancia del Hospital asignado a un riesgo institucional. Para el 2017 de acuerdo al informe entregado por control interno del seguimiento a planes de mejora con fuente de gestión del riesgo ninguna de las acciones de mejora fueron efectivas y por tal motivo los controles formulados no generaron el impacto esperado y no hubo disminución de zona de riesgo.

### LÍNEA ESTRATÉGICA 3

3. Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución.

#### Metas

- Cumplimiento del 90% de los planes de mejora derivados de la gestión Integral del Riesgo a 31 de diciembre de 2015.

#### Indicadores

- Porcentaje de Cumplimiento de Planes de Mejora definidos por Gestión del Riesgo.

$$\frac{\text{Número total de actividades realizadas de gestión del riesgo}}{\text{Número total de acciones planeadas en el PUMP frente a la gestión del riesgo}} \times 100$$

De acuerdo al informe seguimiento PUMP – fuente gestión del riesgo entregado por la Oficina Asesora de Control Interno entregado el 19 de diciembre de 2017 el hospital tuvo el siguiente cumplimiento comparado con el 2016.

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO	
	PORCENTAJE PUMP PROCESOS 2016	PORCENTAJE PUMP PROCESOS 2017
AVANCE DEL MEJORAMIENTO	47%	28,7%
CUMPLIMIENTO	28%	26,7%
RESULTADO PORCENTAJE DE CIERRE DE CICLOS DE MEJORAMIENTO	9%	0%



Para EL 2017 se observa un bajo cumplimiento por parte del Hospital en cuanto a los planes de mejora con fuente de gestión del Riesgo, para lo cual se debe mejorar la formulación de los planes de mejora y el seguimiento a estos tanto de los líderes como de las Oficinas Asesoras de Planeación y Garantía de la Calidad y Control Interno.

#### LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4. Articulación de los sistemas de riesgos (Emergencias y desastres, seguridad y salud laboral, gestión ambiental, Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Modelo Estándar de Control interno (MECI), Riesgo Jurídico, seguridad del paciente, entre otros) a uno institucional que dé respuesta a las necesidades del Hospital.

#### Metas:

- Lograr la articulación de los sistemas de riesgos a nivel institucional.

#### Indicadores

- Porcentaje de articulación de los sistemas de riesgos institucionales.

$$\frac{\text{Número de sistemas de riesgos articulados}}{\text{Total de sistemas de riesgos institucionales}} \times 100$$

#### Resultados

Para el cumplimiento de esta línea estratégica en el 2017 se realizó la articulación de los sistemas de riesgos de SARLAFT y riesgo antijurídico, los cuales tienen responsabilidades en el programa de gestión de riesgo, se tiene pendiente articular emergencias y desastres, seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental, por tal motivo para el 2017 se termina con un cumplimiento del 57,14%, para el 2018 se va a definir un documento en el cual se muestre la interacción de todos los sistemas de riesgos en el Hospital.

#### LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5. Fomentar la cultura de gestión del riesgo.

#### Metas

- Mejorar la cultura de la gestión del riesgo en el hospital en un 20% sobre la línea base.

#### Indicadores

- Porcentaje de mejora de cultura de gestión del riesgo

$$\frac{\text{Resultado final cultura gestión del riesgo} - \text{Línea base de cultura de gestión del riesgo}}{\text{Línea base de cultura de gestión del riesgo}} \times 100$$

#### Resultados

La encuesta de cultura de gestión del riesgo se realiza para medir el comportamiento del año vigente, por tal motivo esta encuesta se realiza en el primer semestre del 2018.