

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS

IV TRIMESTRE 2018

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA

GERENTE

2018

CAPÍTULO I

DIRECCION CIENTIFICA

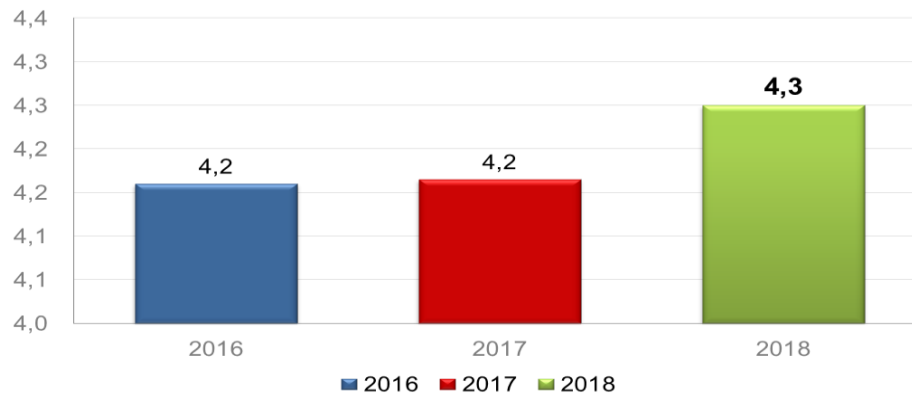


1.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

GESTIÓN DEL PROCESO

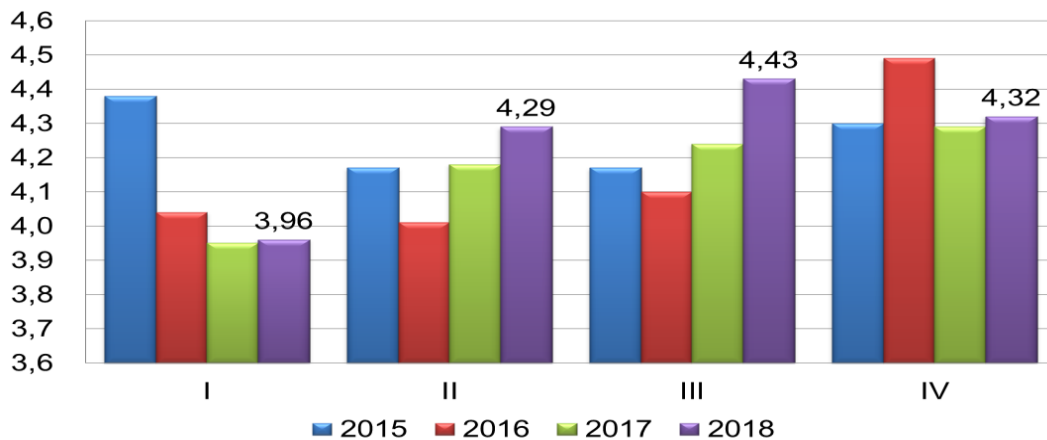
- Eficiencia Técnica: (Giro Cama; Promedio Día Estancia, Oportunidad respuesta interconsulta)

Giro Cama 2016 - 2018

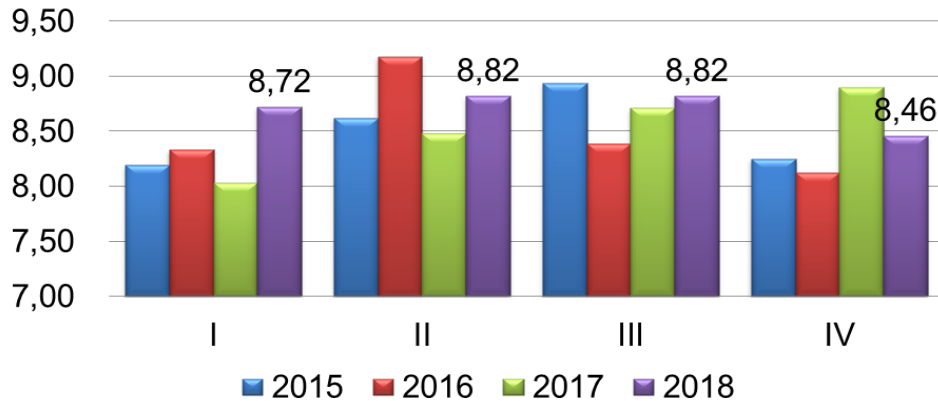


Para el cierre de vigencia se resalta curva ascendente en relación a periodos anteriores (4.16 del 2016, 4,17 del 2017), alcanzando giro cama para el año 2018 de 4.3, a pesar que en el primer trimestre (3.96) se presentó una rotación de cama limitada, explicada en el respectivo informe del periodo, con lo anterior se da por cumplida la meta para la vigencia 2018 de acuerdo a PAS.

GIRO CAMA 2015 - 2018 Trimestres



PROMEDIO DIA ESTANCIA 2015 - 2018 Trimestres



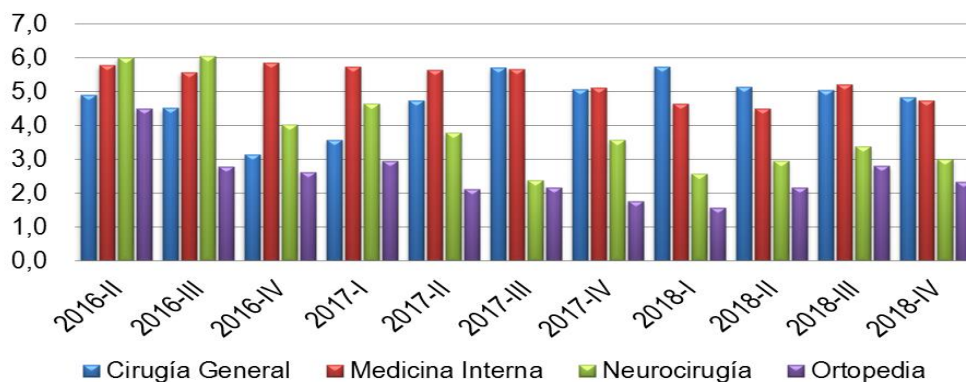
Para el periodo se mantiene el giro cama por encima de 4.3, que se correlaciona con el leve descenso del promedio día estancia (8.46), atribuible a gestión directa sobre la estancia hospitalaria por parte de auditoria concurrente frente a intervención sobre aseguradores (contratación, remisiones, autorizaciones, etc.) favoreciendo el alta y definición de conductas oportunamente. A pesar que durante el periodo se presentaron dificultades por intermitencia en convenios con aseguradores (demoras en autorización de servicios, ubicación por no contrato, entre otras.)

La unidad de cuidados intensivos adultos continua en curva ascendente en relación a rotación de cama (3.76 último trimestre vs 1.55 del mismo periodo del año 2017) atribuible a mejor clasificación de pacientes al ingreso, entre ellos cardiovasculares y otros agudos recuperables, los cuales tienden a tener menos estancia en relación a pacientes crónicos y otras poblaciones, sin embargo continúa alta necesidad de cuidado crítico (UCI e intermedios adultos), las cuales no son satisfechas en todas las ocasiones por no cama disponible, atribuible a la complejidad de los pacientes internados así como las limitaciones para la resolución extra institucional (remisiones cuidados crónicos, PHD, medicamentos, etc.). Sobre todo durante el mes de diciembre, en donde los días de estancia atribuibles a demoras por remisión llegaron a 1420 días, secundario a fin de contratación con la EAPB Convida (no autorización de servicios, ubicación de pacientes en otras IPS, etc.)

Continúa el rechazo de pacientes y familiares a las condiciones de manejo ambulatorio (PHD, crónicos, etc.) ofrecidas por los aseguradores (para dar alta interinstitucional del HUS), argumentando percepción de mejores condiciones en la institución que de los sitios externos.

En los servicios clínicos como medicina interna, continúa el ingreso de pacientes de alta complejidad y necesidad de estancia prolongada relacionada a la propia atención, incluso con tratamientos de larga estancia plenamente justificados, con algunas inoportunidades derivadas para el alta temprana (consecución de oxígeno, unidad de diálisis ambulatoria, medicamentos para completar tratamientos, etc.), las cuales también se mencionan como en descenso progresivo, gracias a los acuerdos y gestión entre la institución y algunos aseguradores.

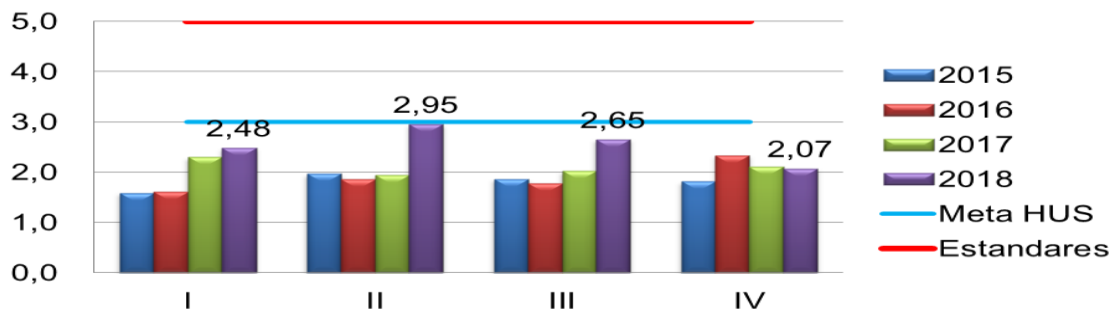
Oportunidad Respuesta Interconsulta en Horas 2016-2018 Trimestres

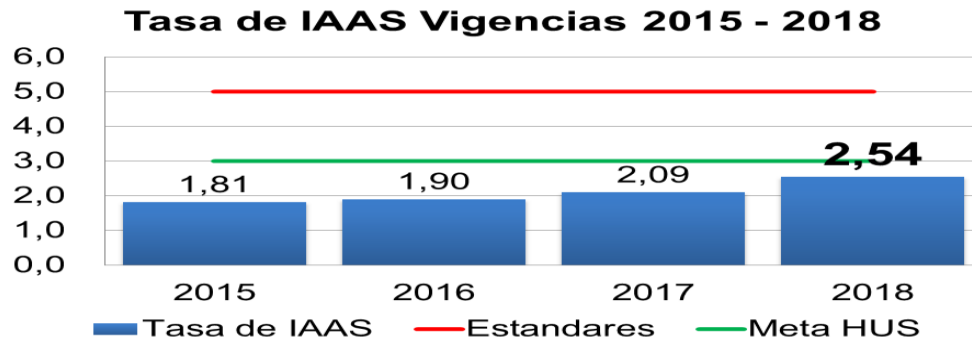


- ✓ Continúa la oportunidad de respuesta de interconsulta en hospitalización por debajo a las 6 horas (producto esperado), incluso es el primer periodo en el que los 4 servicios priorizados están por debajo de 5 horas, con un promedio total de 3,7 horas.
- ✓ Ya se nota una tendencia de los servicios priorizados durante la vigencia y línea base en cuanto al indicador, entre tanto se continuará la monitorización del mismo para definir mantener la meta o modificarla para el próximo año, e intervenciones a las desviaciones detectadas durante algún periodo.

- Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

TASA DE INFECCION ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD POR DIAS DE ESTANCIA (Trimestres)





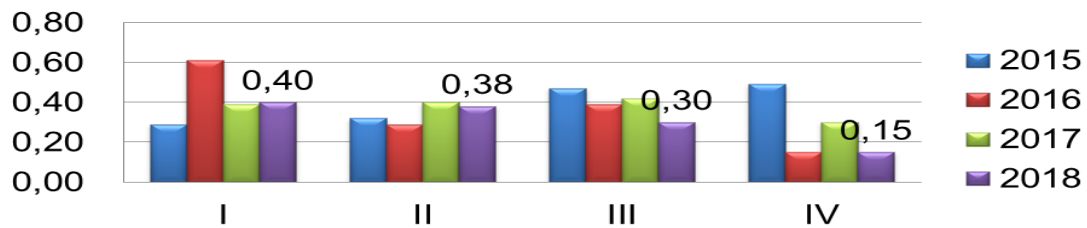
✓ El indicador global por debajo de la meta (<3.0), incluso a estándares nacionales (<5.0) para el trimestre 2.07, sin embargo con resultado del año 2,54 por encima de vigencias anteriores, ampliamente explicado en informes de los otros trimestres del año (limitaciones en acceso a productos para la adecuada higienización de manos, picos de infecciones relacionadas a dispositivos, estancias inactivas por otras causas, entre otros), sin embargo en el último periodo descendió gracias a intervenciones realizadas desde el COVE (2.65 a 2.07) y desde el mismo proceso de hospitalización mediante la inclusión en el PUMP de actividades relacionadas al uso seguro de catéter venoso central.

Documentar e implementar la estandarización del manejo de cateteres centrales y planear estrategia de acuerdo a hallazgos para sostener en el tiempo el factor de riesgo.	5	5	5	125	Aumento de insumos de bioseguridad y personal lo que deriva en costos hospitalarios	OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar análisis de causas de infección de cateter central. 2. Implementar el protocolo de intervención de acuerdo a las causas identificadas 3. Presentar al COVE los resultados obtenidos en el ítem 2 para definir estrategia del proximo año
---	---	---	---	-----	---	----	--	--

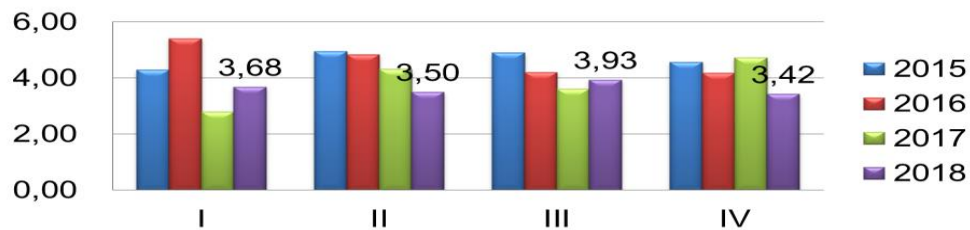
✓ No se presentaron brotes durante el periodo, ni hubo necesidad de realizar intervenciones significativas en la vigencia.

✓ Se consiguió la meta en cuanto a la adherencia de la estrategia multimodal (>85% zona segura) para la vigencia, atribuible a implementación de intervenciones directas sobre funcionarios (jefe del área responsable o educación médica según aplique).

PORCENTAJE MORTALIDAD HOSPITALARIA ANTES DE 48 HORAS DEL EGRESO



PORCENTAJE MORTALIDAD HOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS DEL EGRESO



- ✓ No se presentaron mortalidades maternas por causa atribuibles al embarazo en el cuarto trimestre de 2018.
- ✓ Se modificaron datos relacionados a casos de mortalidad materna en los meses de junio y julio 2018 donde se corroboró por historia clínica y autopsia que no correspondían a causas atribuibles al embarazo por lo cual la razón de mortalidad materna global de 2018 fue de 0.
- ✓ No se observaron desviaciones significativas en los indicadores de mortalidad institucional durante el periodo.
- ✓ La mortalidad institucional se mantiene relacionada en alta medida a patología oncológica y crónica compleja (escalas de severidad elevadas), que se correlaciona con la elevada demanda de camas en las unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos, entre ellos, pacientes agudos, crónicos, recuperables, entre otros.
- ✓ No se presentaron mortalidades atribuibles a IAAS

PQRS

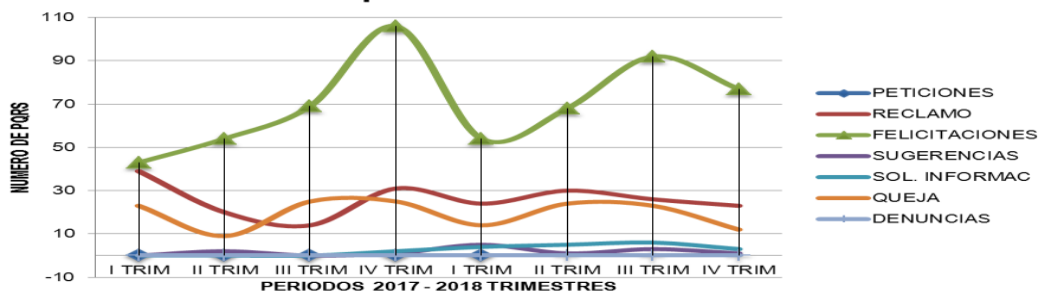
En la vigencia en cuanto a planes de mejora se observó lo siguiente:

# Hallazgo PUMP	Indicador formulado en el PUM	Resultado estadísticas QR Año 2018
1	1. Numero de quejas relacionadas a la causa de llamado de enfermería (I) / Total de Quejas recepcionadas Meta = 28% Linea Base 30%	18%
4	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en hospitalización Linea Base 2017= 32%	26%
5	# QR relacionadas a la causa (U) / Total de QR en hospitalización Linea Base 2017= 12%	5%
6	# QR relacionadas a la causa (Z) / Total de QR en hospitalización Linea Base 2017= 8%	3%

Para la vigencia y de acuerdo a información (línea base y resultados 2018) se evidenció la efectividad de las acciones de mejora implementadas, dando alcance a las principales causas de QR, y su mitigación a través de estrategias definidas al principio de año.

HOSPITALIZACION 2018																					
CLASIFICACION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
PETICIONES	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	5	0	0%	1	1%	4	3%	0	0%
RECLAMO	5	6	13	9	9	12	3	11	12	8	6	9	103	24	24%	30	23%	26	17%	23	20%
FELICITACIONES	22	21	11	17	28	23	21	25	46	29	19	29	291	54	53%	68	53%	92	60%	77	66%
SUGERENCIAS	2	3	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1	10	5	5%	1	1%	3	2%	1	1%
SOL. INFORMAC	0	1	3	2	1	2	4	1	1	0	2	1	18	4	4%	5	4%	6	4%	3	3%
QUEJA	4	6	4	8	11	5	8	7	7	5	3	4	72	14	14%	24	19%	22	14%	12	10%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	33	37	31	36	50	43	39	45	69	42	30	44	499	101	100%	129	100%	153	100%	116	100%

Comportamiento PQRS X Trimestres Hospitalización 2017-2018



La tendencia en relación a PQRS se ha mantenido en los últimos periodos, en cuanto a valor porcentual, sin embargo se resalta el aumento nominal (número total), en cuanto a felicitaciones e inversamente quejas y reclamos, demostrando efectividad de los planes de mejora propuestos y ejecutados.

OTROS

SALA DE EGRESO

En el periodo se contó con una rotación en sala de Egreso de **586 pacientes**, distribuidos entre usuarios pos quirúrgico, crónicos y pos evento obstétrico, con una duración promedio de 2h: 22min, hasta el egreso efectivo de la Institución. Se continúa incentivando el uso de este espacio, para fortalecer la disponibilidad de camas, mediante la participación activa de las diferentes especialidades y servicios médicos, así como propiciar la participación de los usuarios acerca de estilos de vida saludables y gestión de autocuidado de acuerdo a su estado de salud.

PROGRAMAS DE PYP

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:

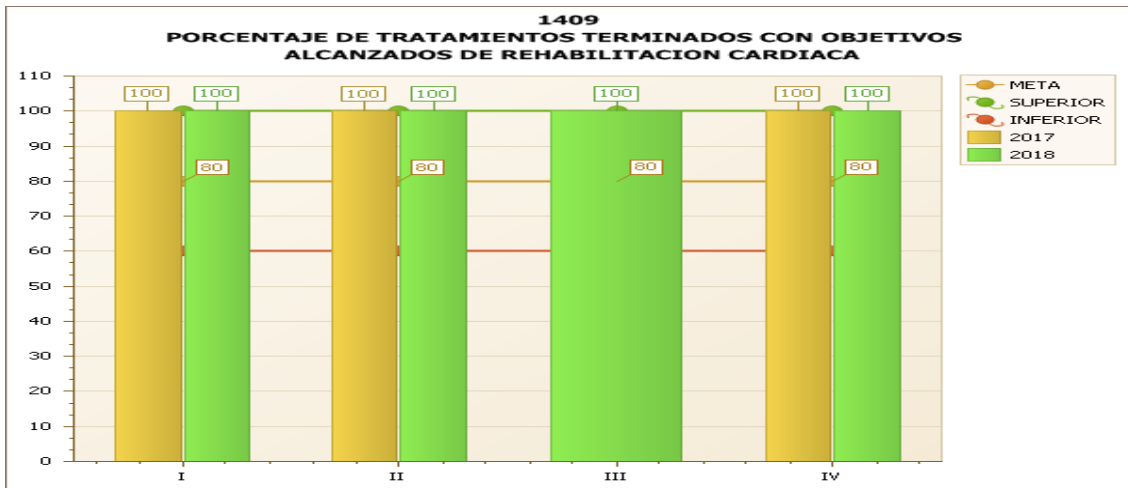
1. El Programa Habilitación y/o rehabilitación física: provee de manera lúdica y mediante acciones pedagógicas en las áreas de consulta externa y hospitalización, en diversas temáticas de interés orientadas en brindar educación sobre hábitos de vida saludable, discapacidad, y manejo de patologías crónicas (HTA, ECV, DM, EPOC), con una cobertura total de 861 pacientes capacitados entre pacientes, familiares para el trimestre en relación. 2. En el Programa IAMII, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puerpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMI con enfoque integral, se capacitaron el periodo un total de 182 maternas y gestantes, sobre los diferentes temas contemplados en el programa (lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido), desde el servicio de hospitalización; así mismo se ha realizado seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, abordando un total de 563 maternas, para la detección de signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS origen.

Igualmente en alcance en el área ambulatoria ha permitido brindar educación a 81 gestantes y maternas que asisten a citas de control pre y pos obstétrico en el periodo, permitiendo abordar la población en riesgo desde las diferentes áreas, contemplados desde el ciclo de atención, así mismo en la búsqueda de la articulación con la red de prestadores, se realizó la remisión de un total de 395 usuarias de los servicios de ginecobstetricia, quienes fueron atendidos en la Institución, permitiendo dar continuidad de la atención de los servicios, posterior al egreso. 3. En el Programa Madre-Padre Canguro se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicional al trabajo interdisciplinario que conjunto ha permitido identificar los diferentes riesgos abandono o deserción del problema, permitiendo el control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro. Adicionalmente se cuenta con el programa desde la valoración intrahospitalaria permitiendo abordar la atención al neonato canguro desde el nacimiento, garantizando la oportunidad de la atención en menos de 19.9 horas, para la adaptación canguro, hasta el alta al proceso ambulatorio. Se identifica también como fortaleza, la oportunidad de programación de cita de primera vez de programa canguro ambulatorio, encontrándose por debajo de 2 días, permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Teniendo en cuenta el comportamiento asociado a la inasistencia a las citas del plan canguro, se estableció la medición de tiempos de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 48 horas, garantizando la continuidad de los servicios pese a las diferentes barreras que puedan referir los cuidadores. Estos esfuerzos han permitido garantizar la atención del recién nacido tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, dentro de los lineamientos nacionales del programa canguro, permitiendo en el periodo mantener controlada las principales causas de inasistencia, con un promedio inferior al 17%, con una deserción del 0% del recién nacido canguro. 4. Para el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, se obtuvo cobertura útil del programa del 100% de vacunados, en relación de los recién nacidos vivos institucionales, adicional de una cobertura adicional del 100% en vacunación en BCG, para el recién nacido con criterios que por condiciones clínicas pudo ser vacunado dentro del programa. 5. El Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel, desde el enfoque preventivo, sigue desarrollando acciones educativas y de capacitación que permiten valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden desarrollar UPP durante la atención, así como conocer y aplicar las medidas que pueden disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. Para el periodo se han capacitado un total de 272 colaboradores de las áreas asistenciales, apoyado por la jornada de actualización para el personal asistencial por parte de este grupo de apoyo. Para este año, y teniendo en cuenta el paquete instruccional de Prevención de lesiones de piel, el promedio de Tasas de pacientes que presentaron UPP en el periodo dentro la atención fue de 2.5, logrando mantener estable la presencia de este tipo de eventos durante la atención en salud, frente al periodo anterior, logrado a través de la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas y una valoración adecuada del riesgo mediante la evaluación prioritaria de la escala de Braden, y la implementación de acciones de prevención de desarrollar úlceras por presión. Así mismo se ha logrado aumentar el número de intervenciones educativas al paciente y cuidador desde un enfoque preventivo, a un total de 287 personas, permitiendo generar conciencia de autocuidado y medidas de prevención para el cuidado de la piel, desarrollado por equipo de enfermería en los diferentes servicios asistenciales. 6. Programa Educación para la salud, ha permitido proveer herramientas de autocuidado e inclusión de la familia y cuidador en el cuidado del paciente, fortaleciendo la promoción de la salud, los riesgos individuales, colectivos y los cuidados extrahospitalarios, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento, y el fortalecimiento de hábitos saludables en relación a la situación en salud del usuario. Se han capacitado un total de 2.214 personas entre familiar y cuidador, lo que corresponde a un familiar y cuidador capacitado por cada paciente hospitalizado en los diferentes servicios asistenciales, dando cubrimiento a más del 80% de los usuarios hospitalizados en el periodo. Adicional, se evalúa la comprensión de la información brindada en marco de las intervenciones educativas, permitiendo evidenciar que tan clara y significativa fue la información brindada en los diferentes momentos de la hospitalización. Como resultado se obtuvo que el 90% de la población intervenida, logre comprender la información, y es capaz de reconocer los principales procesos en

relación a seguridad de paciente, identificación de riesgos, trato humanizado, autocuidado y demás temas de interés dentro de la estancia hospitalaria.

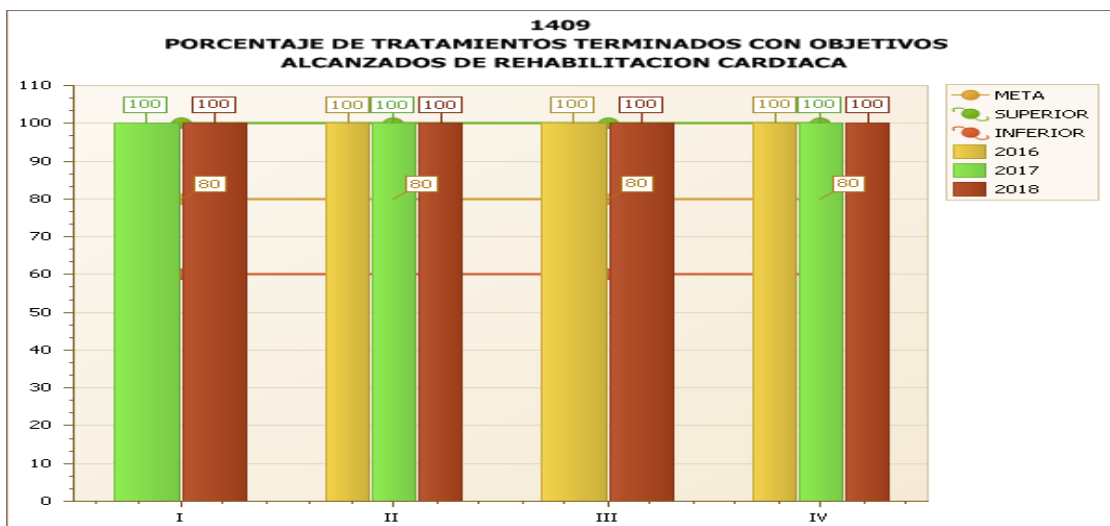
TERAPIAS:

Gestión del Proceso



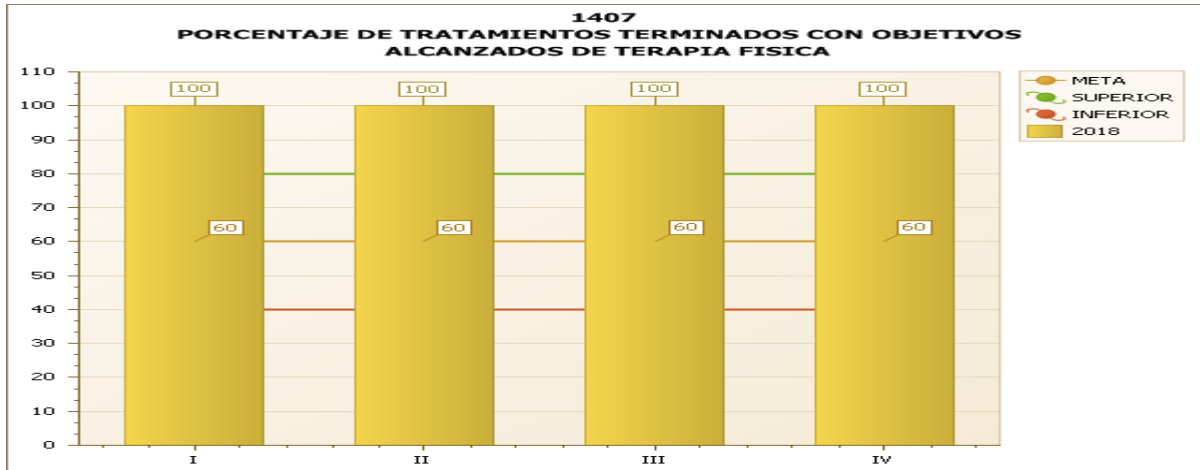
Grafica 1. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En el cuarto trimestre del año 2018, los **tratamientos terminados de Rehabilitación Cardiaca** cumplieron los **objetivos propuestos**.



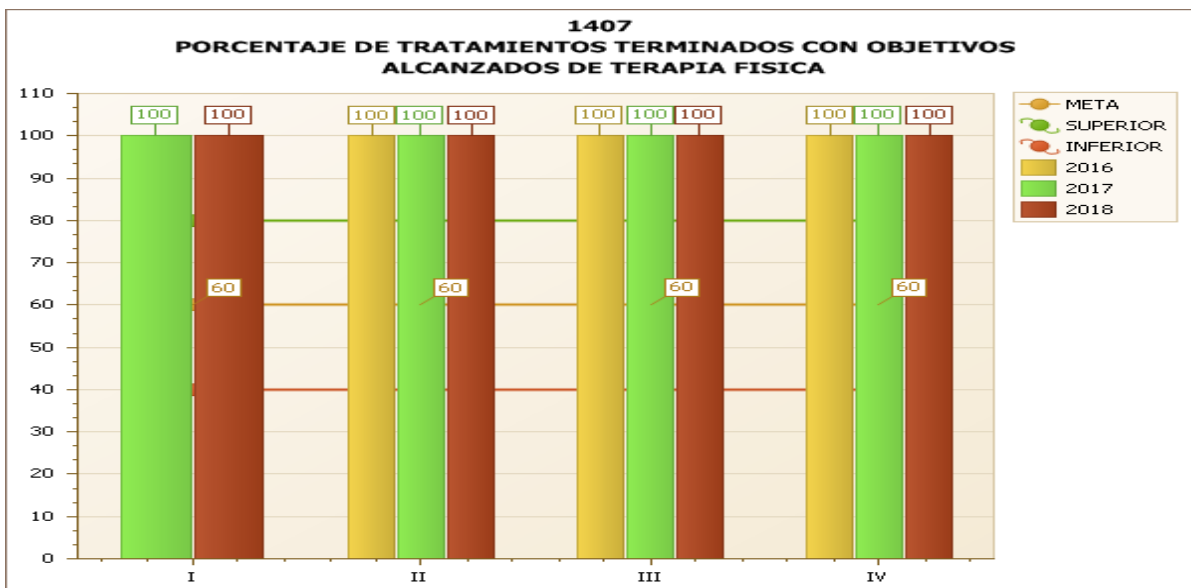
Grafica 2. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

El indicador se empezó a medir desde mayo de 2016, como lo muestra la gráfica la meta se ha cumplido en los tres últimos años, se mide teniendo como referencia la escala del esfuerzo percibido de Borg, solo se hace en Fase I porque el hospital no oferta Rehabilitación Cardíaca por Consulta Externa, para hacerlo, se necesita ampliación y adecuación del servicio más equipos.



Gráfica 3. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

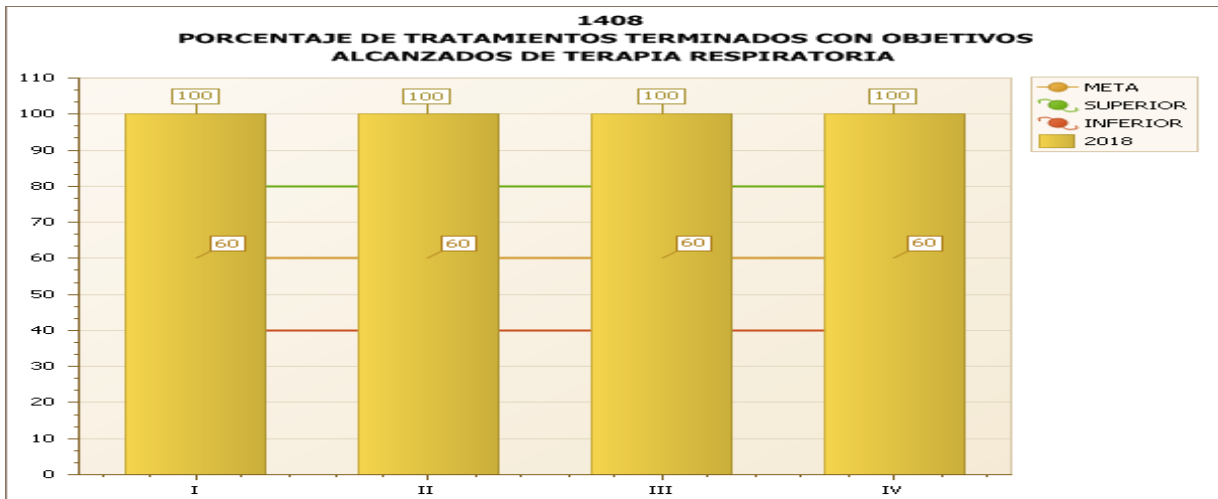
En el cuarto trimestre del año 2018, los **tratamientos terminados de Terapia Física cumplieron los objetivos propuestos** gracias al compromiso de pacientes y profesionales.



Gráfica 4. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

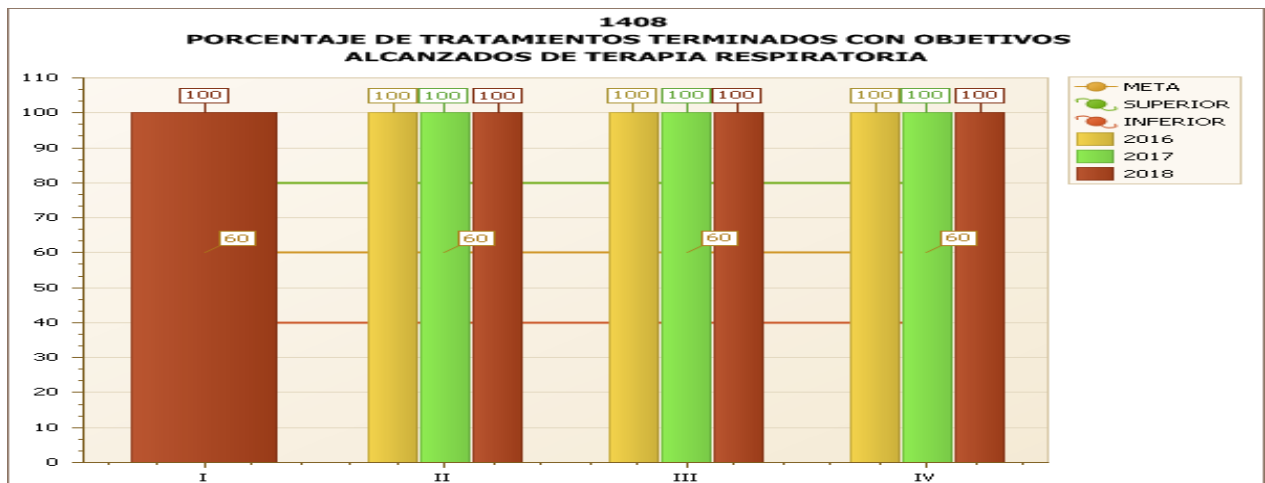
El indicador se empezó a medir desde mayo de 2016, como lo muestra la gráfica, la meta se ha cumplido en los tres últimos años. Para este indicador desde 2018 se incluyó la escala Euroqol 5 que evalúa como el usuario percibe su calidad de vida y esta información se tiene en cuenta para determinar cumplimiento de objetivos.

Esta escala se adoptó como producto del trabajo de investigación del servicio “Análisis Correlacional Entre Los Objetivos Fisioterapéuticos Y El Impacto En La Calidad De Vida Entre Los Usuarios Del Servicio De Consulta Externa Fisioterapia En El Hus”.



Gráfica 5. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En el cuarto trimestre del año 2018 los **tratamientos terminados de Terapia Respiratoria cumplieron los objetivos propuestos** gracias al compromiso de pacientes y profesionales.



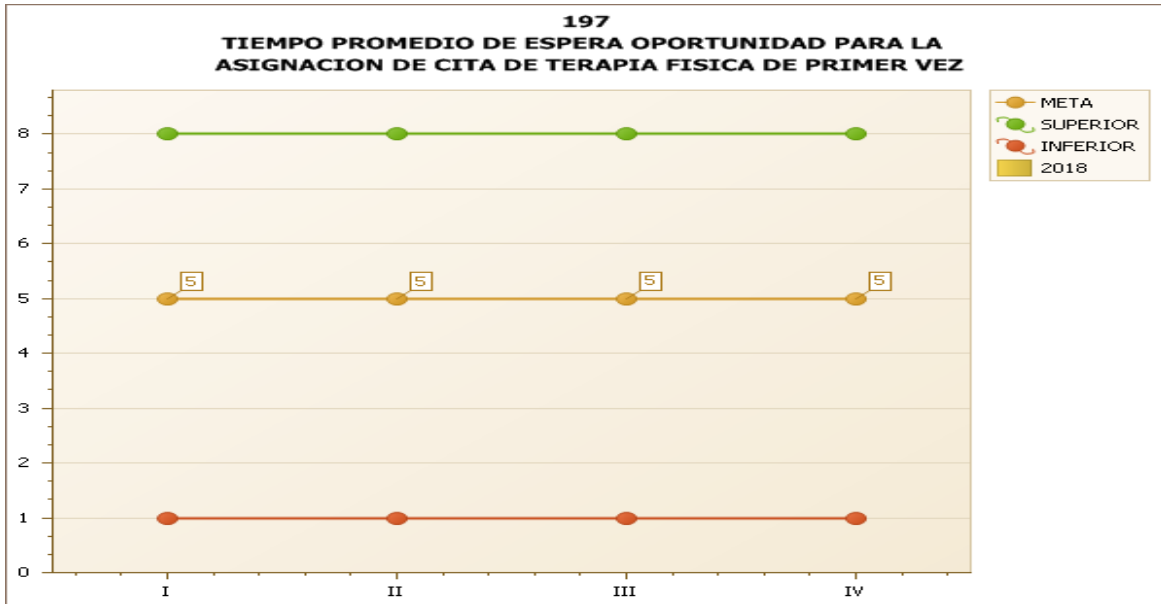
Gráfica 6. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

Este indicador también se empezó a medir desde mayo de 2016, como lo muestra la gráfica, la meta se ha cumplido en los tres últimos años. Para este indicador desde 2018 se incluyó la escala Euroqol 5 que evalúa como el usuario percibe su calidad de vida y esta información se tiene en cuenta para determinar cumplimiento de objetivos. Esta escala se adoptó como producto del trabajo de investigación del servicio “Análisis Correlacional Entre Los Objetivos Fisioterapéuticos Y El Impacto En La Calidad De Vida Entre Los Usuarios Del Servicio De Consulta Externa Fisioterapia En El Hus”.

INFORME IV TRIMESTRE 2018 ESCALA EUROQOL									
MES	EROQ PRE	PUESTO	EROQ POST	PUESTO	MEJORO	Calidad de salud PRE	Calidad de salud POST	MEJORO %	ANALISIS
OCTUBRE	21211	91	21111	82	0,15	85	97	12	DEL PUESTO DE EVALUACION 91 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 82 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
OCTUBRE	11211	10	11111	1	0,218	80	100	20	DEL PUESTO DE EVALUACION 10 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
OCTUBRE	11122	5	11112	2	0,125	89	98	9	DEL PUESTO DE EVALUACION 5 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 2 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
OCTUBRE	11221	90	11111	1	0,342	90	100	10	DEL PUESTO DE EVALUACION 90 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
NOVIEMBRE	11222	14	11211	10	0,176	60	80	20	DEL PUESTO DE EVALUACION 14 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 10 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
NOVIEMBRE	11112	2	11111	1	0,159	90	100	10	DEL PUESTO DE EVALUACION 2 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
NOVIEMBRE	22232	125	21211	91	0,104	40	80	40	DEL PUESTO DE EVALUACION 125 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 91 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
DICIEMBRE	21221	94	21121	85	0,11	65	78	13	DEL PUESTO DE EVALUACION 94 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 85 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
DICIEMBRE	11221	13	11111	1	0,342	80	100	20	DEL PUESTO DE EVALUACION 13 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
DICIEMBRE	11232	17	11211	10	0,27	60	80	20	DEL PUESTO DE EVALUACION 17 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 10 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
DICIEMBRE	12331	52	11221	13	0,24	50	75	25	DEL PUESTO DE EVALUACION 52 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 13 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
DICIEMBRE	21322	104	21121	85	0,137	60	80	20	DEL PUESTO DE EVALUACION 104 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 85 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
		51,41		31,83				18,25	EL OBJETIVO FISIOTERAPEUTICO DE MEJORAR CALIDAD DE VIDA SE CUMPLIO LOGRANDO ACERCAR AL PACIENTE AL PUNTO OPTIMO DE LA ESCALA EUROQOL

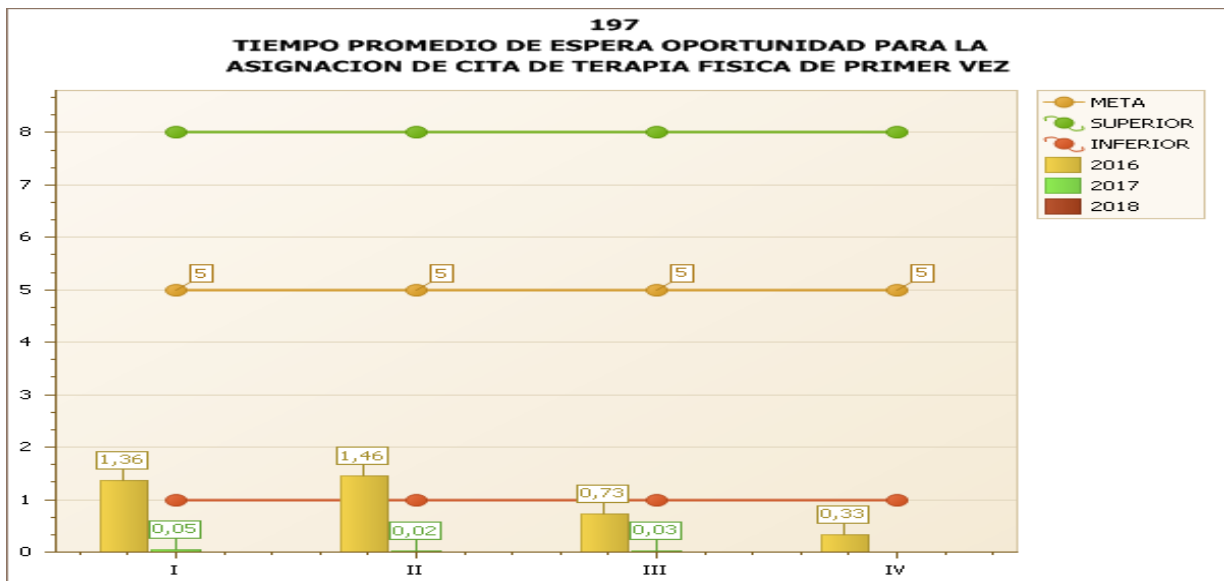
Cuadro 1. Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

El Objetivo Fisioterapéutico De Mejorar Calidad De Vida Se Cumplió Logrando acercar al paciente Al Punto Óptimo De La Escala Euroqol 5



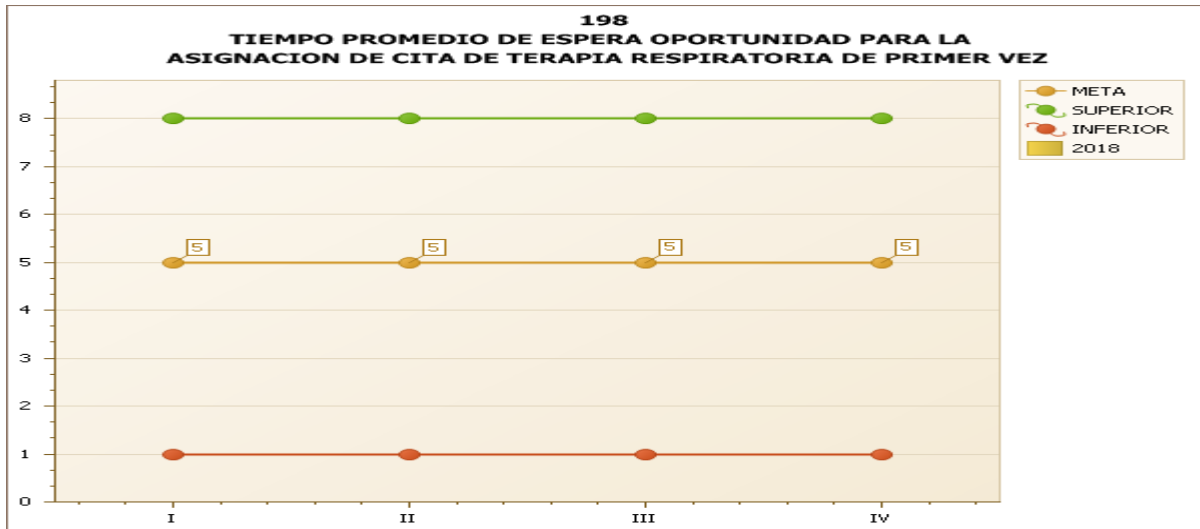
Gráfica 7. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En el cuarto trimestre la oportunidad en **asignación de citas por Terapia Física primera vez** continuó al día



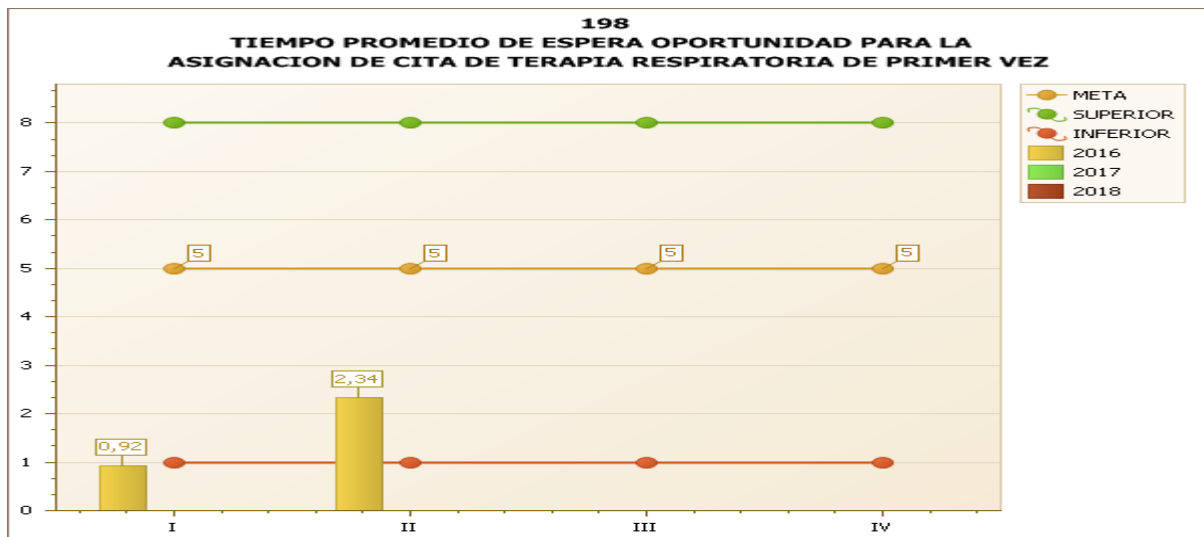
Gráfica 8. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

La oportunidad en asignación de citas primera vez Terapia Física se ha mantenido al día los últimos tres años, independientemente del número de solicitudes presentadas



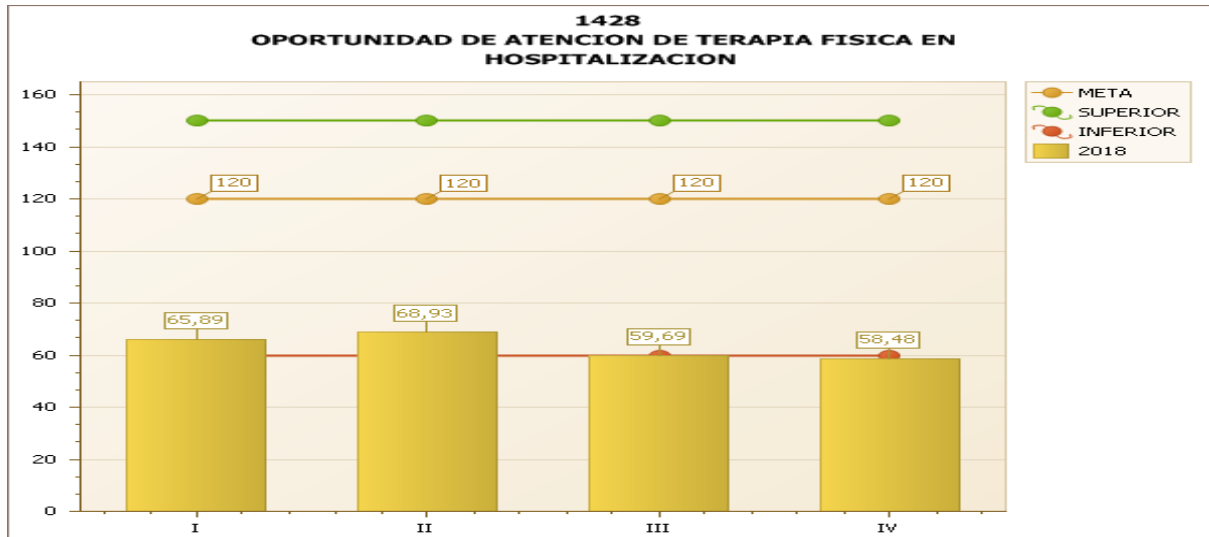
Grafica 9. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En el cuarto trimestre de 2018, la oportunidad en asignación de citas de Terapia Respiratoria primera vez se mantuvo al día



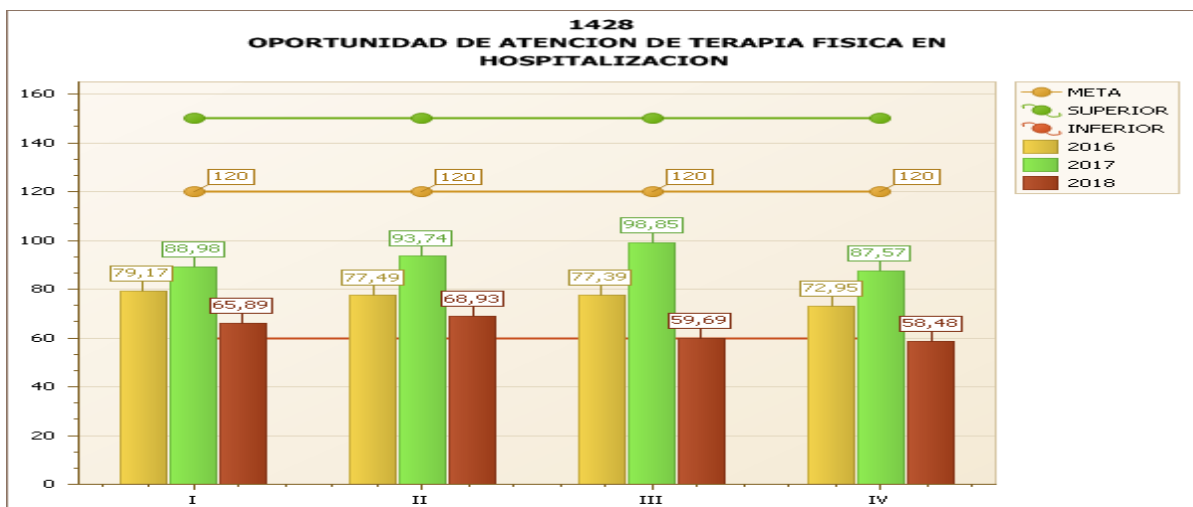
Grafica 10. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

La oportunidad en asignación de citas primera vez Terapia Respiratoria se ha mantenido al día los últimos tres años, asociado a que la demanda para este servicio es baja.



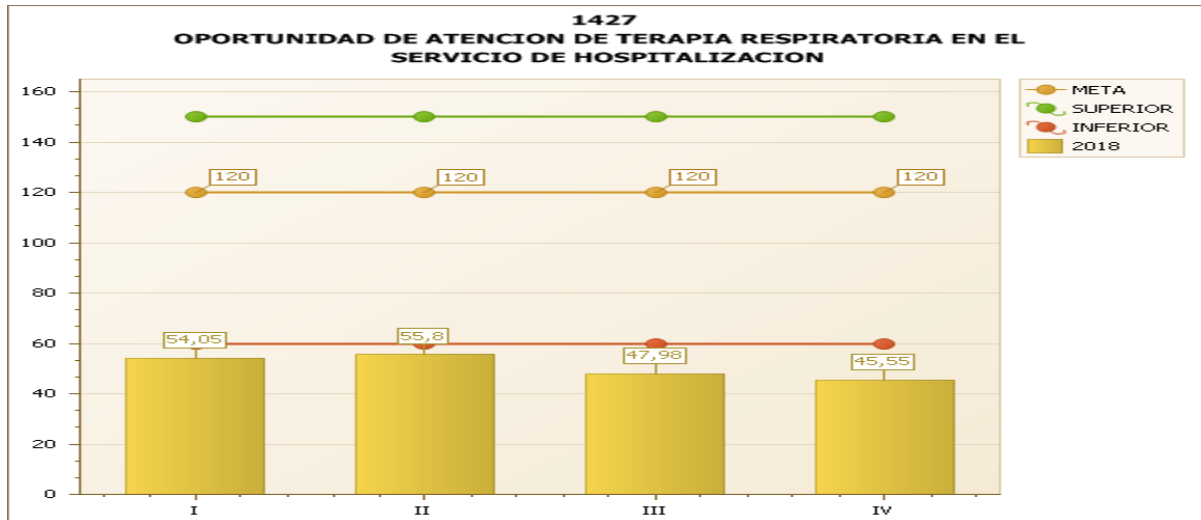
Grafica 11. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En el cuarto trimestre de 2018 se mantuvo la oportunidad de atención por Terapia Física por debajo de la meta, gracias al compromiso de los profesionales.



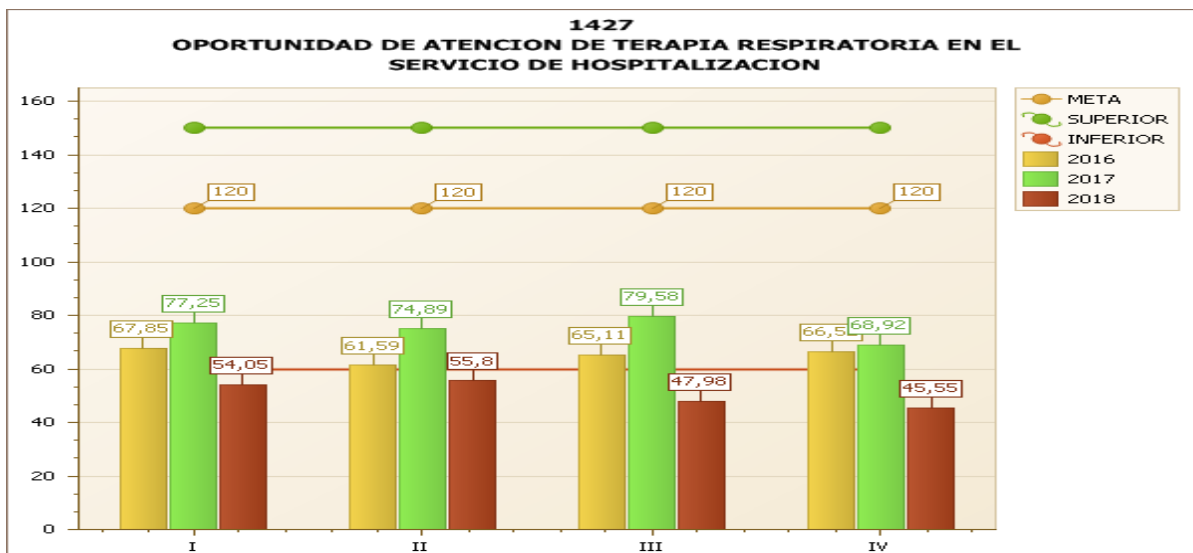
Grafica 12. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

Al comparar la oportunidad de atención por Terapia Física en los últimos tres años, el mejor tiempo se logró en 2018, esto está asociado a la contratación de profesionales de Fisioterapia exclusivos para urgencias, de esta forma los Fisioterapeutas que laboran en los diferentes servicios lograron responder en un menor tiempo a las interconsultas recibidas.



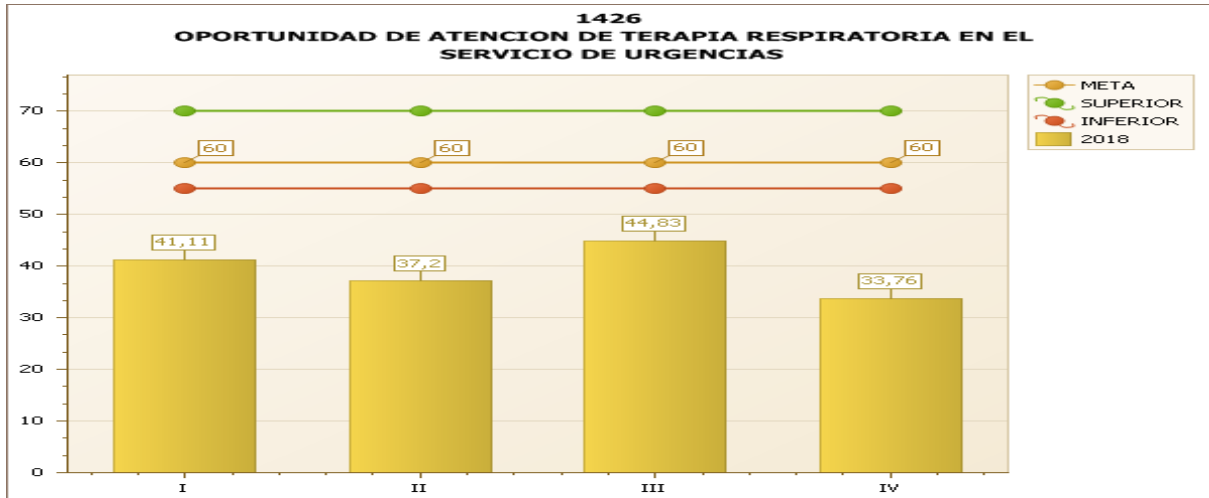
Grafica 13. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En el cuarto trimestre 2018 la oportunidad de Fisioterapia Respiratoria continuó por debajo de la meta, gracias al compromiso de los profesionales.



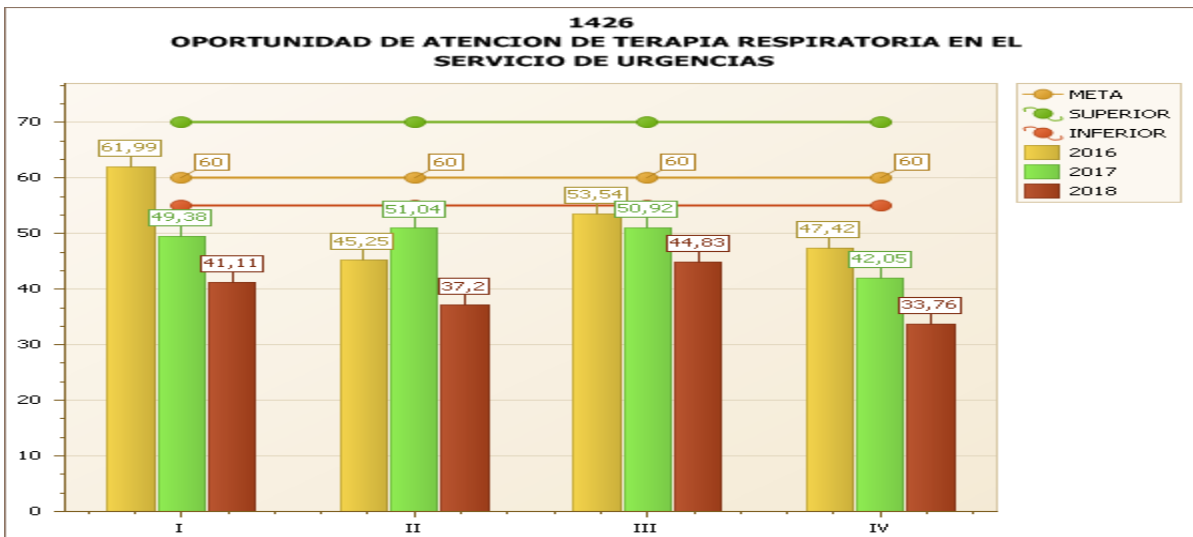
Grafica 14. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

Al comparar la oportunidad de atención por Terapia Respiratoria en los últimos tres años, el mejor tiempo se logró en 2018, esto asociado a la contratación de profesionales de Fisioterapia exclusivos para urgencias, de esta forma los Fisioterapeutas que laboran en los diferentes servicios lograron responder en un menor tiempo a las interconsultas recibidas



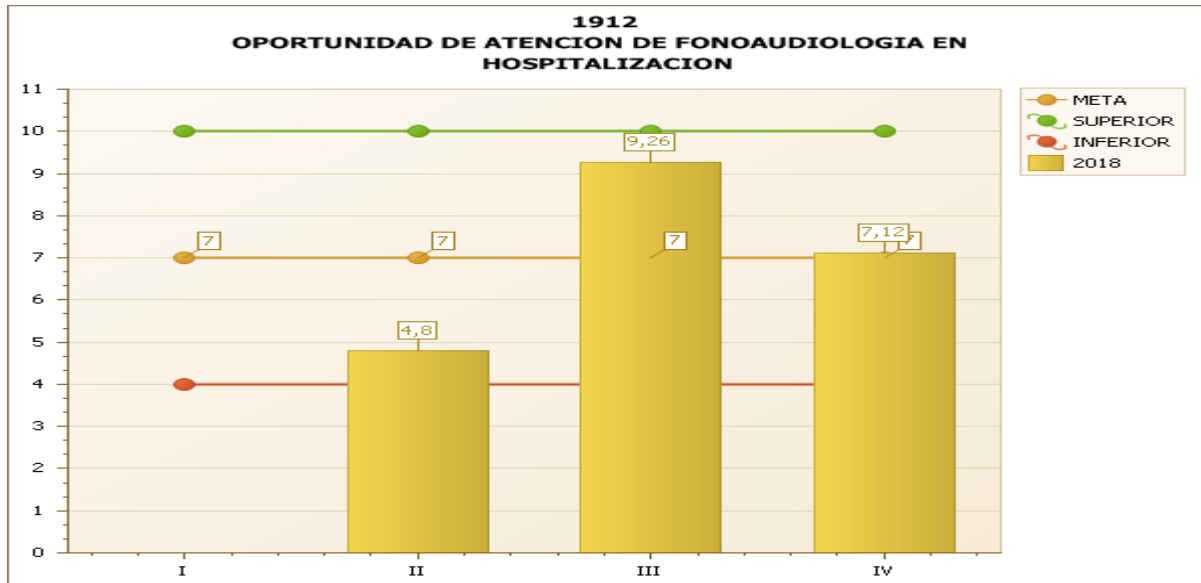
Gráfica 15. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En el cuarto trimestre de 2018, la oportunidad de Fisioterapia para el servicio de Urgencias se mantuvo por debajo de la meta, gracias al compromiso de los profesionales.



Gráfica 16. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

Al comparar la oportunidad de atención por Fisioterapia en Urgencias en los últimos tres años, el mejor tiempo se logró en 2018, esto asociado a la contratación de profesionales de Fisioterapia exclusivos para este servicio



Grafica 17. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

Este trimestre la **oportunidad de atención de fonoaudiología** continuó por encima de la meta que son 7 horas por 12 minutos, aunque por debajo del límite superior. Algunas interconsultas se generaron en la noche. Sin embargo, los profesionales velan por la oportuna respuesta a interconsulta para no dejar pendientes para las horas de la noche. Este indicador se empezó a medir en el año 2018.

PROCEDIMIENTOS POR AREA

Procedimientos realizados en hospitalizados:

HOSPITALIZADOS	2016 IV	2017 IV	2018 IV
TERAPIA FISICA	5026	7206	7459
TERAPIA RESPIRATORIA	12905	15194	14961
MICRONEBULIZACION	808	1876	2073
GASES ARTERIALES	3298	3802	2801
GASES VENOSOS	616	684	525
GASES ARTERIOVENOSOS	399	499	175
ACIDO LACTICO	1286	1671	1671
OXIMETRIAS	10933	13382	11550
ACTIVIDAD ACADÉMICA	170	153	166
REALIZACION DE INVENTARIO	1069	1100	1094
PROGRAMACION DE PACIENTES	243	276	274
FACTURACION	1654	1648	1884
INDUCCION ESTUDIANTES	0	0	4
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	6	8	17
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	0	1	0
CAMBIO DE SONDA Y FILTRO	397	550	374
CAMBIO INMOVILIZADOR	1052	1542	1051
CUIDADOS TQT	1326	3604	2078
RECUPERA ATS	24	40	28
VMNI	282	309	127
ASISTENCIA HEMODINAMIA	5	5	7
INTUBACION	109	115	93
EXTUBACION	81	63	75
REANIMACION	39	58	42
MONITOREO VENTILATORIO	2437	6151	4758
TEST APNEA	61	7	0
ASISTENCIA PROCEDIMIENTOS OTROS	2	1	0
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	192	130	116
ASISTENCIA FBC	0	2	6
ASISTENCIA A PARTOS	112	106	41
ASISTENCIA A CESAREAS	123	195	73
ASISTENCIA TQT PERCUTANEA	5	11	8
ENTREGA DE TURNO	1616	1562	1770
INGRESO	985	1185	1310
EGRESO	650	699	785
PEDIDO	143	224	281
AUDITORIA	152	84	94
REUNION HOSPITALIZADOS URGENCIAS	2	3	1
REUNION OTROS SERVICIOS	0	0	0
COMITE MORBIMORTALIDAD	0	0	0
COMITE ACADÉMICO	0	0	0
COMITE INVESTIGACION	0	0	1
OTROS COMITE	53	34	30
TRASLADO TAC	85	43	60
TRASLADO CX	77	26	20
TRASLADO ECOGRAFIA	2	3	0
TRASLADO HEMODINAMIA	6	4	5
TRASLADOS OTROS	477	53	78
TRASLADO INTERNO	14	5	5
DISTENSIBILIDADES	2828	3414	2417
RESISTENCIA VIA AEREA	2844	3411	2436
CULTIVO DE SECRECION	20	47	40
ADMIN SURFACTANTE	25	15	27
PASO TUBO DE TORAX	0	6	2
MONITOREO Y SEGUIMIENTO O2	1286	558	895
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOGICO	166	372	469
EMPEORAMIENTO O AUSENCIA DE MEJORA	0	4	0
AUTO LESION O LESION A OTROS POR FALLO	0	101	0
COMPLICACIONES	0	0	0
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0	0	0
LESIONES EN PIEL ASOCIADAS A ADHESIVOS	0	0	0
SESIONES REHABILITACION CARDIACA	71	336	184
TERAPIA FONOAUDILOGIA		1907	1874
TERAPIA OCUPACIONAL (Enero 11 de 2018)			357

Cuadro 2. Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS



En el cuarto trimestre de 2018 continúa la tendencia de aumento de procedimientos, a pesar de la terminación del contrato con Convida, al compararlo con los mismos periodos de los dos años anteriores es un reto mantener la oportunidad en la atención con esta tendencia.

Procedimientos realizados en Ambulatorios:

PROCEDIMIENTOS FISIOTERAPIA CONSULTA EXTERNA	2016 IV	2017 IV	2018 IV
TERAPIA FISICA	2179	1777	1721
TERAPIA RESPIRATORIA	56	5	88
MICRONEBULIZACION	36	3	123
GASES ARTERIALES	0	4	5
MONITORIZACION O2	76	59	21
OXIMETRIAS	782	541	439
HIGIENE NASAL	18	18	12
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA	50	69	47
TALLERES EDUCATIVOS	61	513	340
ELABORACION ESTADISTICA	131	118	123
ACTIVIDAD ACADEMICA	12	26	29
INDUCCION Y CONTROL DE CPAP	4	3	1
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1578	1261	1480
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	1578	1261	1480
REALIZACION DE INVENTARIO	70	59	61
SOCIALIZACION DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES	114	90	103
PROGRAMACION DE PACIENTES	114	90	103
PLANES CASEROS	82	70	82
FACTURACION	89	74	107
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	142	99	83
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	0	0	2
REUNION ADMINISTRATIVA	10	5	7
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOGICO	0	0	0
EMPEORAMIENTO O AUSENCIA DE MEJORA	0	0	0
AUTO LESION O LESION A OTROS POR FALLO	0	0	0
COMPLICACIONES	0	0	0
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0	0	0
PACIENTES QUE INICIAN TTO ADULTOS	97	77	87
PACIENTES QUE TERMINAN TTO	40	29	12
PACIENTES QUE TERMINAN TTO CON OBJ ALCANZADOS		6772	12
DESERCIÓN			3

Cuadro 3. Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

En los dos últimos años al comparar el último trimestre se observa que no ha variado mucho la cantidad de sesiones, las mismas no dependen de los profesionales, sino de las autorizaciones de las ERP. Cuando se presenta tiempo libre los profesionales de Consulta Externa se les programan Terapias Físicas de pacientes Hospitalizados, de esta forma se evita programar Terapias Físicas en el turno de la noche propiciando la atención humanizada. Las micronebulizaciones.

Procedimientos Fonoaudiología:

PROCEDIMIENTOS FONOAUDIOLÓGIA	2016 IV	2017 IV	2018 IV
TERAPIA FONOAUDIOLÓGIA	1816	1907	1874
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1816	1897	1874
SERVICIO	22	6	0
REVISIÓN HISTORIAS	1297	1907	1854
INTERCONSULTAS	144	224	316
ASESORIA A FAMILIARES Y PACIENTES	67	520	761
SOLICITUD DE DIETAS	76	412	450
ACTIVIDAD DE ASESORÍA A CLIENTE INTERNO	6	178	136
ESTADÍSTICA	53	181	166
REVISION DE TEMA - ESTUDIANTES	31	94	43
ACOMPANAMIENTO A ESTUDIANTES	37	13	14
PROGRAMACION DE PACIENTES	76	75	136
FACTURACION	50	335	159
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	0	5	14
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	7	23	22
ENTREGA DE TURNO	34	56	34
RECIBIDO DE TURNO	34	9	13
PEDIDO	3	0	0
AUDITORIA PAR	7	6	15
REUNION ADMINISTRATIVA	0	14	3
COMPLICACIONES	0	0	0
CAIDAS	0	0	0
QUEMADURAS	0	0	0
MICROASPIRACION	0	0	0

Cuadro 4. Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

El número de sesiones por Fonoaudiología ha ido en aumento desde que se inició el servicio en 2016, es necesario disponer de otro profesional para garantizar la calidad en la atención para 2019

Procedimientos Terapia Ocupacional:

ACTIVIDADES	2018 I	2018 II	2018 III	2018 IV
INTERCONSULTAS	13	59	152	140
ATENCIÓN INDIVIDUAL (VALORACIÓN Y TRATAMIENTO)	89	140	244	357
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	43	13	2	3
RASTREO DE PACIENTES	32	117	98	23
REUNIONES CON OTROS SERVICIO	9	13	3	4
ASISTENCIA A REVISTA MEDICA	3	7	8	8
REALIZACIÓN DE ESTADÍSTICAS	52	105	243	357
REGISTROS EN DGH	87	139	247	357
TALLERES	4	4	5	6
ACTIVIDAD ACADEMICA	0	4	5	0
FACTURACION	0	102	247	357
COMPLICACIONES POR CAIDAS	0	0	0	0

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

En el 2018 la intervención en Utilización Del Tiempo Libre En Pacientes De Larga Estancia Adulto Mayor en cuanto a número de interconsultas y sesiones fue en aumento, en algunos casos y por solicitud de los pacientes, se han incluido pacientes de larga estancia con edad por debajo de los 60 años.

En el último trimestre de 2018 la Terapeuta Ocupacional aplico 21 encuestas de satisfacción las cuales corresponden al 14,38% de los 146 pacientes incluidos, el 42 % de los participantes fueron mujeres y el 57 % hombres, con un promedio de estancia de 34,85 días. De esta encuesta se pudo concluir que los usuarios solicitan más tiempo de intervención e incluir otras actividades, el tiempo de intervención no se pudo aumentar porque esta acción podría perjudicar la atención de otros usuarios por disponer de un solo profesional de Terapia Ocupacional, en cuanto a la sugerencia de actividades ocasionales, la profesional incluyo las que eran propias para las condiciones particulares del usuario que lo sugirió

Productividad del Servicio de Terapias:

AÑO / TRIMESTRE	PROCEDIMIENTOS	OXIGENO	TOTAL
2016 IV	\$ 536.335.500	\$ 145.541.700	\$ 681.877.200
2017 IV	\$ 794.987.700	\$ 374.036.800	\$ 1.169.024.500
2018 IV	\$ 659.022.000	\$ 293.005.100	\$ 952.027.100

La productividad del servicio de Terapias ha demostrado que el servicio rentable para la institución, es necesario invertir en renovación tecnológica para Consulta Externa, Considerar ampliación del Servicio para hacer Rehabilitación Cardíaca y disponer de más elementos para Terapia Física en Hospitalización (balones, ejercitadores, etc)

PQRS

En el cuarto trimestre 2018 el Servicio de Terapias recibió:

Felicitaciones: 7

Fisioterapeutas de Hospitalización 5

Consulta Externa 1

Terapia Ocupacional 1

Quejas: No se recibieron

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

1. Educación Para Cuidadores y/o Pacientes con diagnóstico de ECV o secuelas del mismo:

Pacientes incluidos 23, al seguimiento telefónico mensual reportaron haber alcanzado mayor autonomía según la escala de funcionalidad FIM

2. Atención temprana a pacientes con RTC

Pacientes incluidos 3, solo dos cumplieron todo el programa y al seguimiento telefónico de 3 meses no presento complicaciones postoperatorias

3. Atención Temprana a Paciente en postoperatorio de Fracturas de Fémur

Pacientes incluidos 24, de los cuales no todos terminaron el programa por salida antes de 4 días o por sus diversas comorbilidades, al seguimiento telefónico al mes de egreso a los que terminaron el programa, refirieron mayor autonomía siguiendo las recomendaciones brindadas durante su hospitalización

4. Educación en Salud 2018 segundo semestre:

AÑO		TEMA	UNIVERSIDAD	POBLACION	ESTRATEGIA	#
2018	SEMESTRE II	ACTIVIDAD FISICA (HABITOS DE VIDA SALUDABLE)	SABANA AM	PACIENTES, ACOMPAÑANTES CLIENTE INTERNO	TALLER EDUCATIVO Y PAUSAS ACTIVAS	299
2018	SEMESTRE II	ECV PACIENTES Y CUIDADORES (PYP HUS)	SABANA AM	USUARIO Y FAMILIA	CARTILLA Y FOLLETOS	19
2018	SEMESTRE II	ECV PACIENTES Y CUIDADORES (PYP HUS)	SABANA PM	USUARIO Y FAMILIA	CARTILLA Y FOLLETOS	9
2018	SEMESTRE II	CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA	SABANA PM	USUARIO Y FAMILIA	CARTILLA Y FOLLETOS	19
2018	SEMESTRE II	CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA	UCI	USUARIO Y FAMILIA	FOLLETO EXPLICATIVO	4
2018	SEMESTRE II	CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA	UCI POSGRADO	USUARIO Y FAMILIA	FOLLETO EXPLICATIVO	15
2018	SEMESTRE II	RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON EPOC (PYP HUS)	ECR AM ACERO	USUARIO Y FAMILIA	ROTAFOLIO EDUCATIVO	500
2018	SEMESTRE II	RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON HTA	ECR AM BRYAN	PACIENTES, ACOMPAÑANTES CLIENTE INTERNO	ACTIVIDAD LUDICA, SOPAS DE LETRAS	51
2018	SEMESTRE II	RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON IRC (PYP HUS)	ECR AM BRYAN	PACIENTES, ACOMPAÑANTES CLIENTE INTERNO	ACTIVIDAD LUDICA, SOPAS DE LETRAS	445
2018	SEMESTRE II	DISCAPACIDAD (NORMATIVIDAD Y EL HUS)	ECR PM LILIANA	PACIENTES, ACOMPAÑANTES CLIENTE INTERNO	ROTAFOLIO EDUCATIVO	66
2018	SEMESTRE II	RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON DM (PYP HUS)	ECR PM LILIANA	PACIENTES, ACOMPAÑANTES	FOLLETO INSTITUCIONAL	33
2018	SEMESTRE II	RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON DM (PYP HUS)	IBERO PM	USUARIO Y FAMILIA	FOLLETO Y CHARLA	147
2018	SEMESTRE II	ALOJAMIENTO CONJUNTO: LACTANCIA MATERNA	FONO IBERO	PACIENTES, ACOMPAÑANTES	ROTAFOLIO	35
2018	SEMESTRE II	DESARROLLO MOTOR SIGNOS DE ALARMA MOTORES Y RESPIRATORIOS	NEONATOS	ACOMPAÑANTES Y/O PADRES	TALLER	81

Cuadro 6. Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

Se educaron 1723 usuarios y/o familiares con ayuda de profesionales y estudiantes



1.2 ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO

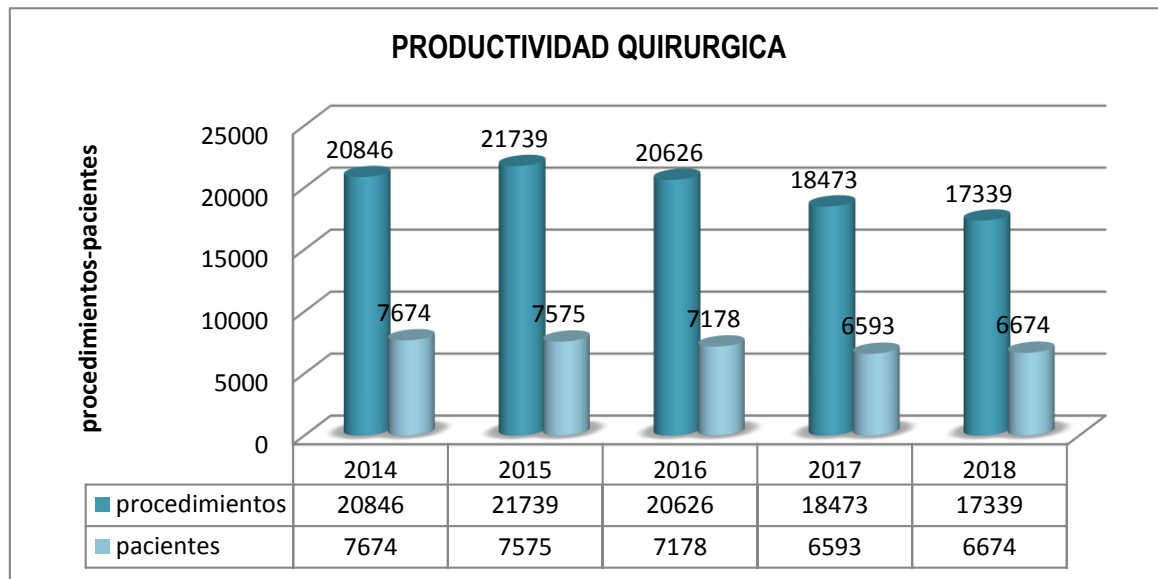
GESTIÓN DEL PROCESO

ANÁLISIS DEL INFORME ANUAL UNIDAD QUIRURGICA. Comparativo 2014,2015 y 2016, 2017 y 2018

OBJETIVO ESTRATEGICO: 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 y un quirófano para atención de urgencias.

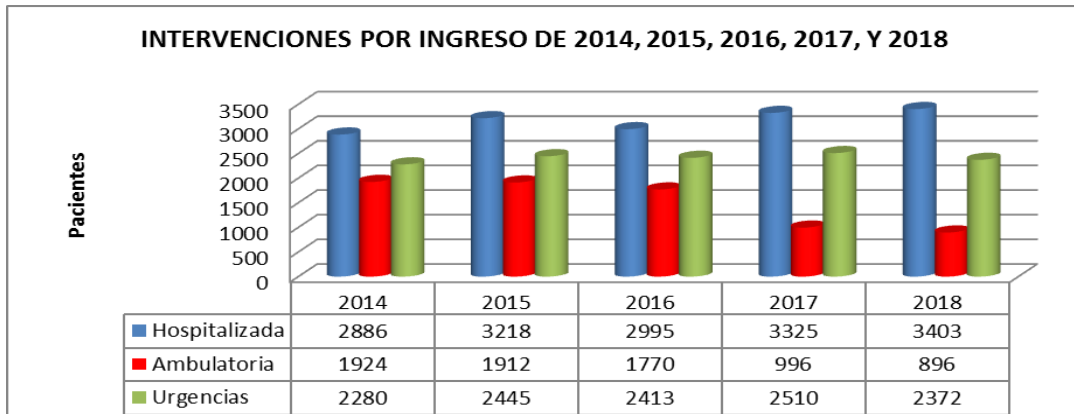
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS 2014 A 2018



Datos tabla Excel programación quirúrgica y dinámica gerencial

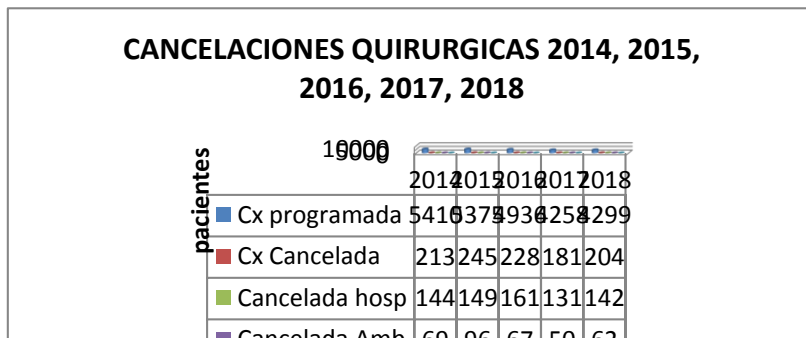
Los procedimientos quirúrgicos presentaron un descenso del 20% comparado con el año de mayor productividad 2015 pero esta disminución está representada en un 90% por procedimientos de grupos menores que migraron a niveles inferiores y por procedimientos no cruentos que han disminuido en un 40%, igualmente la productividad se impactó por la suspensión de vigencia de algunos contratos como Convida.

Es importante resaltar que la productividad en la institución se orientó a procedimientos de grupos mayores y cirugía compleja.



Datos tabla Excel programación quirúrgica y dinámica gerencial

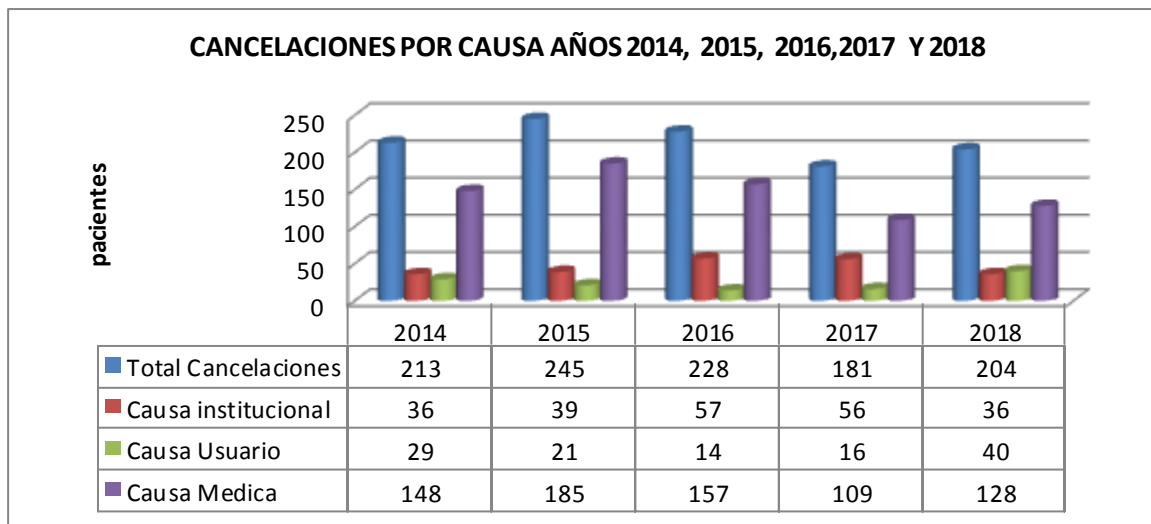
La cirugía electiva hospitalizada refleja durante el año 2018 la mayor productividad en cinco años con un aumento de 2.2 respecto a la vigencia anterior, así mismo la cirugía ambulatoria evidencia un descenso de 53% comparado con el año 2014 año de mayor intervención de cirugía ambulatoria, obedeciendo a la migración de cirugía de grupos menores a sectores de complejidad menor y a disminución en la práctica de procedimientos no cruentos. La cirugía de urgencias desciende en un 5.5% respecto al año 2017.



Datos tabla Excel programación quirúrgica y dinámica gerencial, boleta de cancelaciones

La cancelación Quirúrgica para el año 2018 fue del 5% corresponde a un 70% pacientes hospitalizados y un 30% a pacientes ambulatorios, se aumentó en un 1% comparado con la vigencia anterior.

El factor contributivo de mayor impacto está asociado a la conducta medica: relacionada con Patología asociada no controlada, comorbilidad, Cambio de Diagnostico e inadecuada preparación y como causa institucional el factor que más impactó fue la no disponibilidad de UCI, pacientes conectados a la máquina de anestesia que bloqueaban las salas y el paciente que aun confirmada la UCI se ocupaba con una urgencia, al aumentar la complejidad se aumenta la comorbilidad y la necesidad de cuidado critico post operatorio.

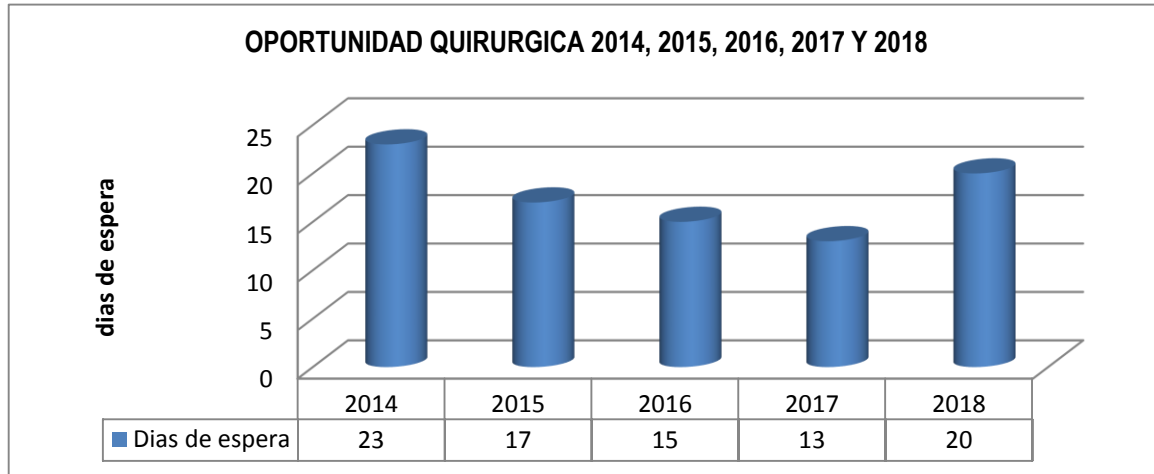


Datos tabla Excel programación quirúrgica y dinámica gerencial, boleta de cancelaciones

La causa de mayor proporción está asociada a la decisión médica, relacionada con conductas sobre patologías no controladas, patologías sobrevinientes, cambio de Diagnostico, inadecuada preparación.

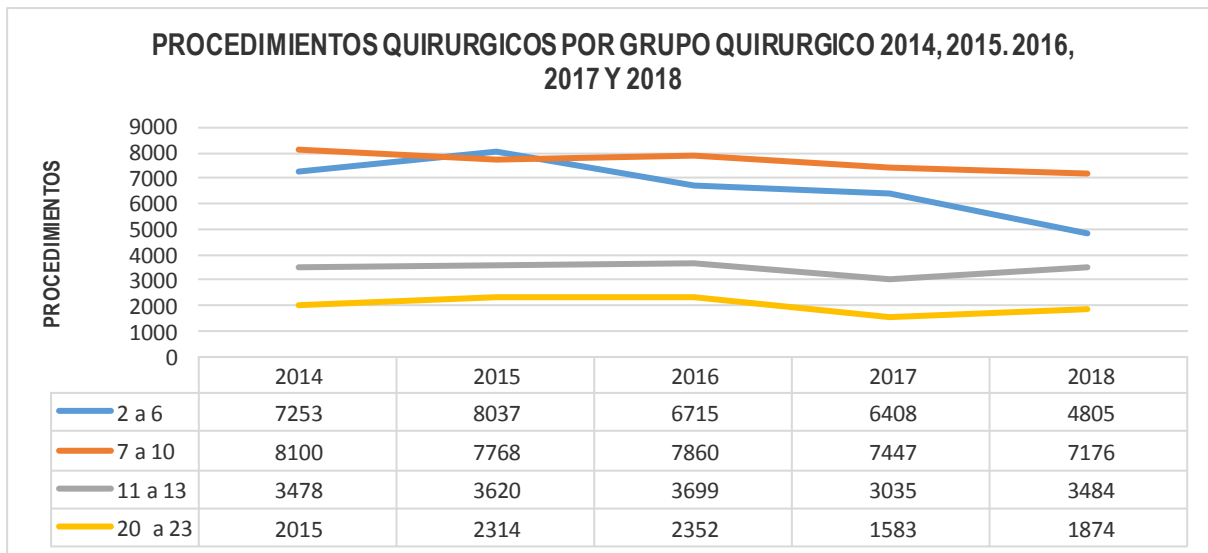
La causa institucional de mayor proporción es la referente a la no disponibilidad de Cuidados intensivos ya que los quirófanos se ocupan con pacientes conectados a máquina de anestesia y a la falta de UCI post-operatorio. Correspondiente a un 20%

La causa extra institucional de mayor frecuencia está asociada con ausencia del Paciente por diversa causas pero la de mayor impacto está asociada al desplazamiento, el factor económico y ausencia de pacientes del IIMPEC por condiciones de seguridad durante el desplazamiento.



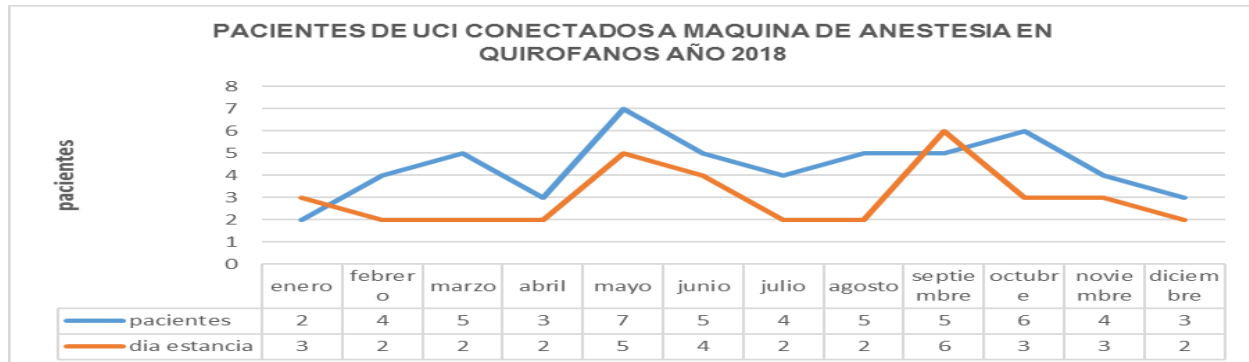
Datos tabla Excel programación quirúrgica y dinámica gerencial, boleta de cancelaciones

La Oportunidad Quirúrgica para el año 2018 se encuentra en 20 días asociada a la oportunidad prolongada de especialidades como Oftalmología, otorrinolaringología, cabeza y cuello y urología quienes por disponibilidad de agenda, por algunos insumos, por contratos, por patología asociada obliga a reprogramar el procedimiento la oportunidad en estas especialidades durante el año fue mayor a 30 días.



Datos tabla Excel generada por estadística y facturación.

Los procedimientos quirúrgicos que corresponden a grupos menores durante el año 2018 disminuyen en un 40%, respecto al año 2015 año de mayor productividad y un aumento del 16% de procedimientos de grupos mayores respecto al año 2017 en lo que corresponde a grupos 20 a 23. Lo que evidencia la orientación hacia la complejidad en cuanto a la productividad quirúrgica.



Datos estadística diaria y libro de registro.

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 en promedio tres pacientes por mes permanezcan en un Quirófano conectados a Máquina de Anestesia un promedio de 4.4 días de estancia.

La unidad post anestésica atendió 252 pacientes con una estancia promedio en días de 3.5 días por paciente durante el año 2018. Lo que evidencia una ocupación de dos pacientes día, con una estancia por paciente de tres días en promedio.

Gestión del Riesgo

Se presentó un evento de quemadura grado I y II a una paciente por uso inadecuado de clorhexidina solución en base alcoholizada, se realizó el análisis ancla y se realizaron los planes de mejora.

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 año 2018 reporta 17 eventos de Seguridad Relacionados con 4 Ulceras por Decúbito en Pacientes que quedan conectados a Máquina de anestesia o en la Unidad de Tránsito Rápido, 12 eventos asociados a infección del sitio Quirúrgico operatorio en cirugía limpia piel.

- ✓ 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 agradecer el procedimiento con la especialidad.
- ✓ Se llevaron a cabo 6 talleres de capacitación y entrenamiento a instrumentación sobre equipos y tecnología. Y se capacitó a instrumentadoras, profesionales de enfermería, auxiliares en Resucitación Cardiopulmonar básica dictada por el Dr. Erwin Abril docente en Reanimación básica y avanzada de la universidad del rosario.

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 se asignan dos bloques quirúrgicos para atender la solicitud por la especialidad y las subespecialidades como cabeza y cuello, cirugía de tórax, bariátrica y vascular periférica.
4. Las Urgencias Quirúrgicas disminuyeron en un 5.5 % respecto al año 2017 pero se atendió el 100% de las solicitudes durante las 24 horas siguientes, y las emergencias de forma inmediata.
5. El seguimiento a programación se hace diaria, por caso y por especialidad pero en el momento la oportunidad Quirúrgica está a menos de 20 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 40%, 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. Así mismo el aumento de procedimientos de mayor complejidad.
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.

OTROS

PROGRAMA DE TRASPLANTES

CONTRATO VIGENTE CON:

BANCO IDC BIS: TEJIDO OCULAR

BANCO COSME Y DAMIAN: TEJIDO OSEO

Los trasplantes realizados durante el año de 2018 fueron los siguientes:

Tabla N° 1: Trasplante ocular

Mes	Número de Trasplantes	Novedades de seguridad
Enero	1	0
Febrero	0	0
Marzo	0	0
Abril	0	0
Mayo	0	0
Junio	0	0
Julio	1	0
Agosto	3	0
Septiembre	3	0
Octubre	3	0
Noviembre	0	0
Diciembre	3	0
TOTAL	14	0

Fuente: Informe especialidad ocular

Tabla N° 2: Trasplante osteomuscular

Mes	Número de Trasplantes	Novedades en seguridad
Enero	0	0
Febrero	2	0
Marzo	1	0
Abril	2	0
Mayo	1	0

Junio	4	0
Julio	4	0
Agosto	1	0
Septiembre	1	0
Octubre	3	0
Noviembre	1	0
Diciembre	1	0
TOTAL	21	0

Fuente: Informe especialidad osteomuscular

Tabla N° 3 Resumen productividad Programa Donación de órganos:

AÑO	MES	NÚMERO DE FALLECIDOS	NÚMERO DE NOTIFICADOS	NÚMERO DE DONANTES REALES	VALOR FACTURADO
2018	1	30	9	NO APLICA	
2018	2	29	19	NO APLICA	
2018	3	40	22	NO APLICA	
2018	4	28	17	NO APLICA	
2018	5	39	28	NO APLICA	
2018	6	36	20	NO APLICA	
2018	7	45	32	1 caso donación de órganos y tejidos	\$4.321.545
2018	8	40	25	NO APLICA	
2018	9	30	25	NO APLICA	
2018	10	36	31	1 caso donación de órganos y tejidos	\$4.044.900
2018	11	46	39	NO APLICA	
2018	12	37	30	NO APLICA	
TOTAL		436	297		\$8.366.445

Fuente: Registro Gestión operativa.

En la tabla anterior se observa que durante el primer trimestre del año 2018, de los 99 personas fallecidas se notificaron 50 casos correspondiente al 50.5% de la notificación.

En el segundo trimestre de 2018, el comportamiento de notificación de potenciales donantes fue de la siguiente manera: de los 103 fallecidos se notificaron 81 casos correspondientes al 78.6% de la notificación.

En el tercer trimestre de 2018, el comportamiento de notificación de potenciales donantes fue de la siguiente manera: de los 115 fallecidos se notificaron 81 casos correspondientes al 70.43% de la notificación.

En el cuarto trimestre de 2018, el comportamiento de notificación de potenciales donantes fue de la siguiente manera: de los 119 fallecidos se notificaron 86 casos correspondientes al 72.26% de la notificación. Según este análisis el número de fallecidos reportados dentro de la institución fue de 236 y notificados fue de 436, lo que indica que el porcentaje de notificación fue de 68,11 %.

Gestión del Riesgo

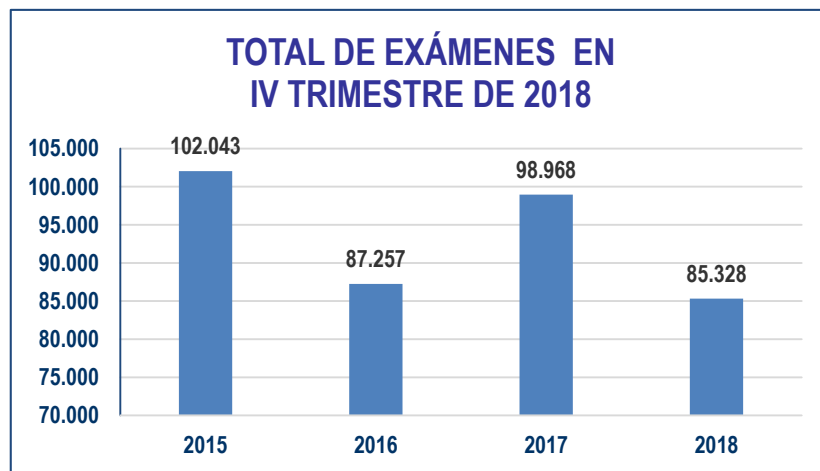
Dentro de los riesgos que en este momento pueden afectar están:

1. Verificación de temperatura de los tejidos que llegan a farmacia, ya que no contamos con equipo de medición de temperatura para confirmar cadena de frío
2. La disponibilidad del corneó logo
3. Escasez de tejidos y lista de espera de un promedio de 44 personas
4. No tener autorizaciones vigentes
5. No actualización de Red Datta Mensualmente
6. No tener claro desde Especialidad ocular- Referencia Trasplantes-Líder Farmacia –Jurídica el orden de lista de espera.

1.3 GESTIÓN DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO.

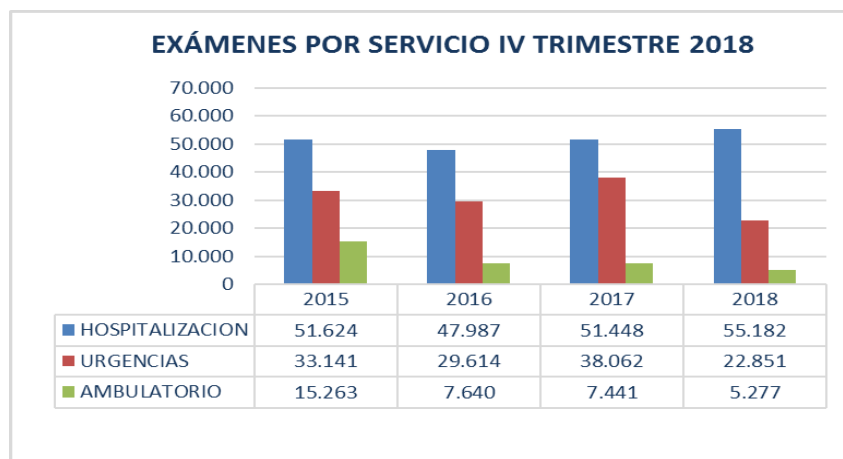
GESTIÓN DEL PROCESO

PRODUCTIVIDAD GENERAL DEL LABORATORIO CLÍNICO IV TRIMESTRE DE 2018



Gráfica No. 1 (Fuente LABCORE)

En el IV Trimestre de 2018 comparativamente con el año 2017, se observa una disminución del 14% en el número total de exámenes realizados de Laboratorio Clínico. Comportamiento que se evidencio en este IV trimestre a nivel general en la Institución por las dificultades presentadas por la terminación y no renovación de contratos, especialmente con la EPS CONVIDA.



Gráfica No. 2 (Fuente LABCORE)

Se evidencia que la disminución generada en el IV Trimestre de 2018, especialmente en los servicios de urgencias en un 41% y en el servicio ambulatorio de un 36%. Mientras el servicio de Hospitalización se incrementó en un 7%.

La relación de exámenes por orden se encuentra: Hospitalización 3.8, urgencias 2.5 y servicio ambulatorio 1.9. En el servicio ambulatorio solo se están autorizando los exámenes de alta complejidad, que es acorde a la complejidad de nuestra Institución. En su mayoría autorizan solo exámenes de muy especializados de baja frecuencia de solicitud y alto costo, de los cuales el Laboratorio Clínico dentro de su portafolio las ofertas y algunos de ellos para contribuir al diagnóstico y tratamiento oportuno contrata con un laboratorio de referencia externo.

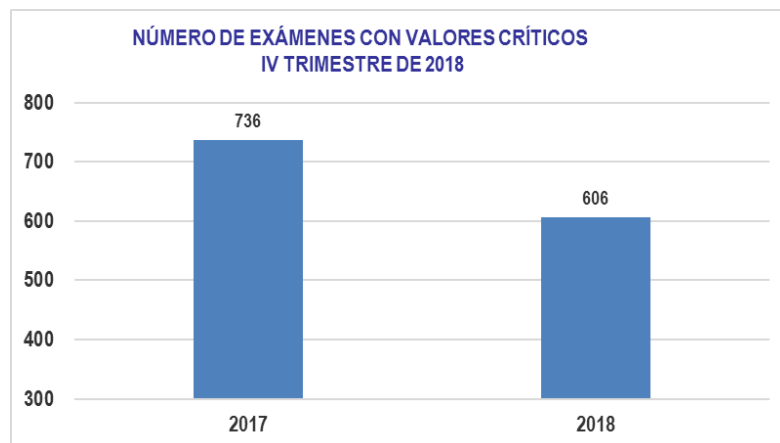
% De distribución de exámenes de laboratorio por servicios 2017-2018

SERVICIO	2017	2018
HOSPITALIZACIÓN	53%	66%
URGENCIAS	38%	28%
AMBULATORIO	8%	6%

Tabla No. 1 (Fuente LABCORE)

La dinámica de los servicios varía año a año, como se define en la tabla, de la misma forma el Laboratorio Clínico con el fin de prestar un mejor servicio y encaminado a la atención oportuna, diseña estrategias de acuerdo a las necesidades. Durante el IV trimestre de 2018, y dada la disminución progresiva de los usuarios ambulatorios, disminuyó el personal de atención al servicio ambulatorio y se reforzaron los servicios de Hospitalización y de urgencias en toma de muestras en todos los turnos, tanto noches como tardes.

INFORME DE VALORES CRÍTICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO



Gráfica No. 3 (Fuente LABCORE)

Se observa en el IV trimestre de 2018 una disminución (21%) en el reporte de informe de exámenes con valores críticos. Es de anotar que este comportamiento se define de acuerdo a las patologías atendidas en los diferentes servicios.

Se encuentra implementado el sistema de registro e información y nos encontramos junto con auditoria concurrente en proceso de verificación de registro en historia Clínica con definición de conducta médica, con el fin de garantizar una adecuada atención en salud en cumplimiento de los atributos de calidad en oportunidad, continuidad, seguridad.

Se continua con el reporte oportuno de resultados con valores críticos, para el IV TRIMESTRE DE 2018 se tiene un porcentaje de 0.8% de reportes de exámenes con valores críticos que corresponde a 606 de 85.328. Este depende de las patologías de nuestros pacientes.

Por otra parte auditoria concurrente realiza el seguimiento a las acciones médicas tomadas por el informe generado desde el laboratorio Clínico del examen con valor crítico. Se cuenta con una carpeta compartida con el registro de los reportes con valores críticos.

Se ha avanzado y se determinó el muestreo a tomar mensualmente, teniendo como punto de referencia el año 2017 de la siguiente manera:

NO° REPORTES CRITICOS II SEMESTRE 2017	95% CONFIANZA	NÚMERO DE REPORTES A SEGUIMIENTO MENSUALMENTE
1680	313	52
TOTAL MES		
52		
TOTAL TRIMESTRE		
156		
MUESTREO POR PISO	TOTAL POR MES	
2 NORTE	3	
2 SUR	3	
3 NORTE	3	
3 SUR	3	
4 B	3	
4 NORTE	3	
4 SUR	3	
URGENCIAS	5	
UTR	3	
CX-QX	3	
5 INTERMEDIOS	3	
5 NORTE	4	
5 SUR	4	
NEONATOS	3	
SALA DE PARTOS	3	
UCI	3	
TOTAL	52	

Tabla No. 2 (FUENTE LABCORE)

OPORTUNIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO IV TRIMESTRE DE 2018

El laboratorio Clínico realiza las mediciones de oportunidad de:

Tabla No. 3 (FUENTE LABCORE)

IV TRIMESTRE DE 2018		
NOMBRE DEL INDICADOR	2017 (MINUTOS)	2018 (MINUTOS)
OPORTUNIDAD DE FACTURACION EN EL LABORATORIO CLINICO PARA CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO	7.3	6.7
OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS A PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO	7.3	6.7
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	39.9	38.5

OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	38.4	39,7
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA HOSPITALIZACION	43	39

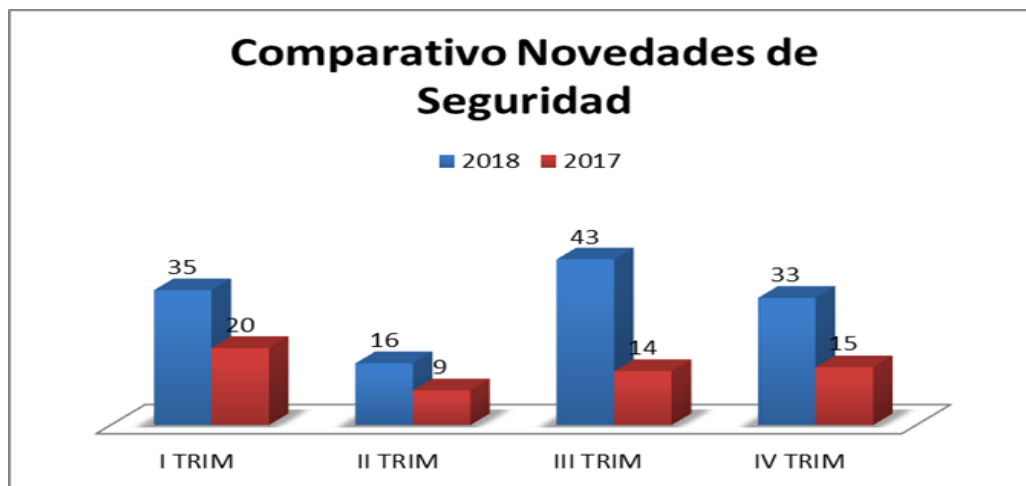
Las oportunidades reportadas y medidas por LABCORE, se reporta el momento desde que llega la muestra al Laboratorio hasta el momento en que se valida el resultado. En PAMEC registramos las acciones a tomar con respecto a los diferentes momentos. Con el fin de dar cubrimiento a la medición de la oportunidad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

A partir del mes de octubre se realiza una re-ingeniería en la distribución del personal auxiliar de laboratorio. Se refuerzan los turnos nocturnos con personal propio del Laboratorio Clínico con cubrimiento en toma de muestras de urgencias y hospitalización.

Con esta mejora se pretende impactar la oportunidad global del laboratorio clínico en los diferentes servicios, especialmente en urgencias.

En la UCI se realiza modificación en la medición de la oportunidad, el momento que se empezará a medir es a partir de la confirmación de la solicitud desde el tablero de control. Momento en que se imprime el sticker. Se realiza previo acuerdo de servicio con la subdirección de la UCI.

NOVEDADES DE SEGURIDAD DE PACIENTE 2018



Gráfica No. 4 (Fuente Información del área de calidad de Laboratorio Clínico)

Para el IV Trimestre de 2018 se continúa con el incremento en el reporte de novedades de seguridad del paciente debido a capacitaciones y reportes en el aplicativo.

Tabla No. 4 (FUENTE LABCORE- APLICATIVO SEGURIDAD DE PACIENTE)

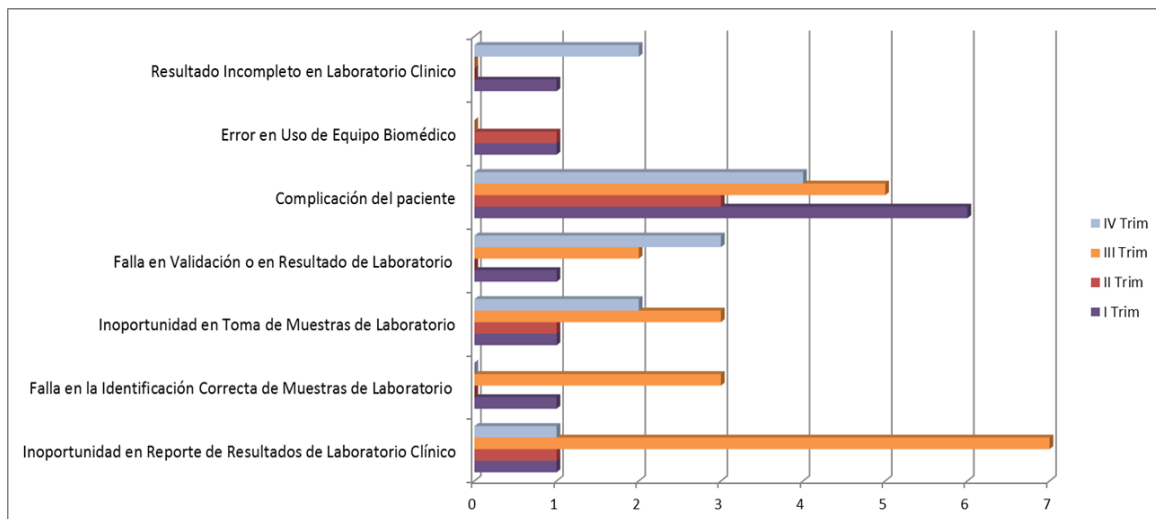
NOVEDADES DE SEGURIDAD REPORTADAS POR APLICATIVO LABORATORIO CLÍNICO 2018

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
FASE PRE-ANALÍTICA EXTRA	3	3	4		1	6	4	4	7	4	5	3	44
SISTEMAS		2							2				4
INTRALABORATORIO	2	1	1	2			3	4	4	1	7	1	26
COMPARTIDA													0
PATOLOGÍA		1				1					1		3
GASES ARTERIALES													0
REACTIVO-VIGILANCIA													0
TOMA DE MUESTRA - AMB	2	1	3	2	1		4		1	2		2	18
TOMA DE MUESTRA - HOSP-URG													0
REPETIDO/DESCARTADOS	3	8	1	1		2	4	1	5	1	2	4	32
SIN CLASIFICAR													0
TOTAL	10	16	9	5	2	9	15	9	19	8	15	10	127

COMPLICACIONES	2	1	3	2	1	0	4	0	1	2	0	2	
INCIDENTES	5	7	5	3	1	7	7	8	13	5	12	4	
DESCARTADOS/REPETIDOS	3	8	1	0	0	2	4	1	5	1	2	4	
EVENTOS ADVERSOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

De acuerdo a las investigaciones realizadas a cada una de las novedades, se presentó en el mes de noviembre un **evento adverso** en el proceso de Apoyo diagnóstico.

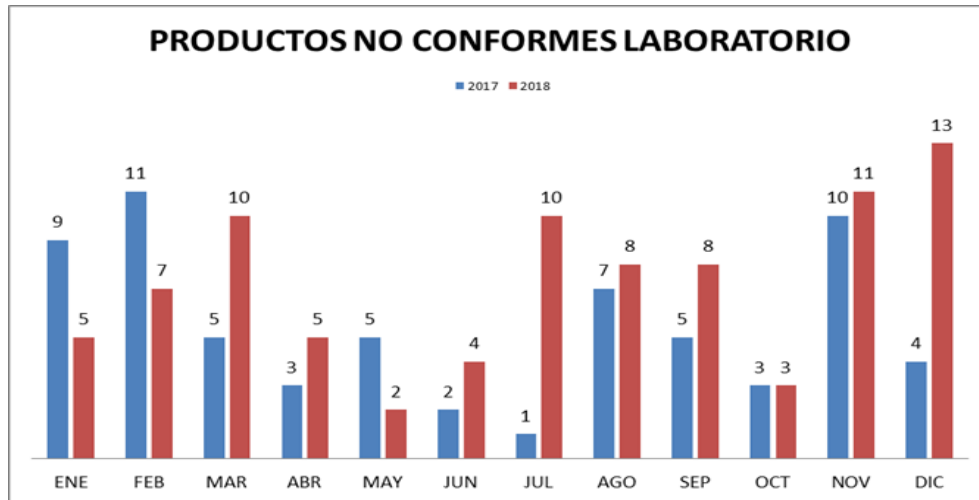
NOVEDADES DE SEGURIDAD DE PACIENTE ASOCIADAS SOLO AL LABORATORIO CLÍNICO



Gráfica No. 5 (FUENTE LABCORE- APLICATIVO SEGURIDAD DE PACIENTE)

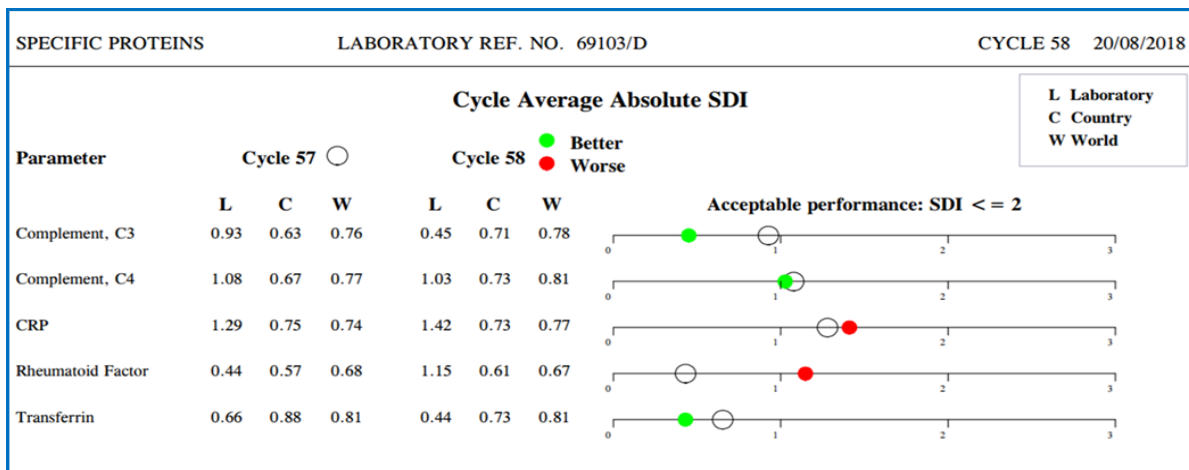
Las Novedades de seguridad más frecuentes del laboratorio serán dispuestas en el **Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP)** y trabajadas en la vigencia 2019, estas son:

- Inoportunidad en toma y reporte de Resultados de Laboratorio.
- Falla en Validación de Resultados.



Gráfica No. 6 (Fuente Información del área de calidad de Laboratorio Clínico)

El aumento de PNC especialmente en el último semestre 2018 está asociado directamente con el reporte de novedades de seguridad del paciente



Al igual que las novedades de seguridad de paciente los productos no conformes más frecuentes serán abordados en el PUMP.

CONTROL DE CALIDAD ANALÍTICO EN EL LABORATORIO CLÍNICO

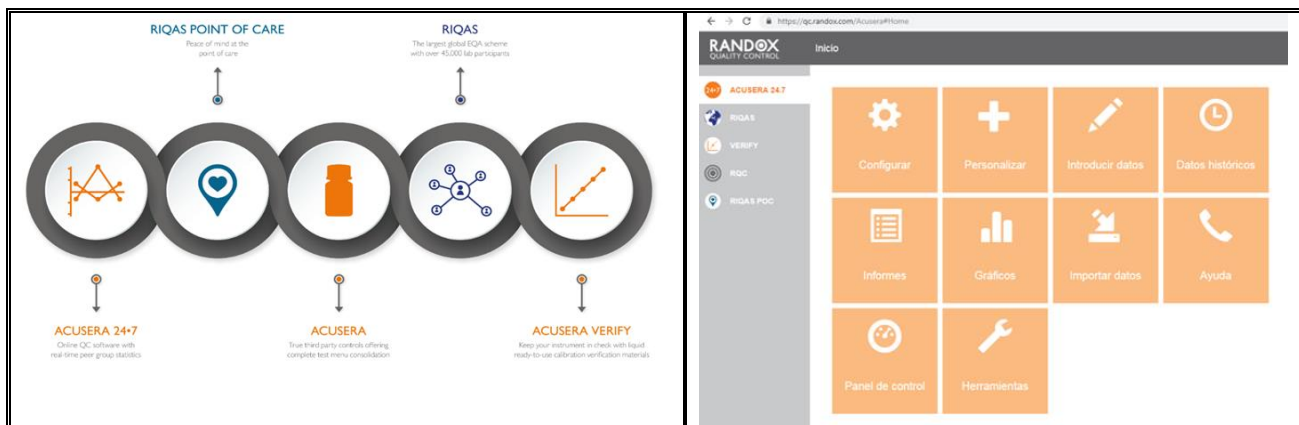
El área de Química Clínica es la de mayor volumen de exámenes realizados en el Laboratorio Clínico, corresponde a un 60% del volumen total. Seguido por Hematología con un 13% y Coagulación con un 10%. Siempre debemos garantizar resultados confiables, seguros por lo tanto el control de calidad analítica debe contar con un estricto monitoreo y seguimiento.

Desde la coordinación de calidad del Laboratorio Clínico y cada una de las áreas del laboratorio se realiza el seguimiento constante y se determinan las acciones de mejoramiento a seguir y en caso de requerirse se le informa a la casa matriz para el acompañamiento y mejoramiento constante, por ejemplo: Las pruebas: PCR y Factor Reumatoideo, que tienen un buen desempeño, y cumplen las condiciones de calidad, se encuentran en seguimiento por parte de casa matriz para mejorar aún más su desempeño.

Gráfica No. 7 Fuente: (Control de calidad RIQAS)

A continuación, se mencionan algunos de los puntos relevantes en cuanto a la calidad analítica y desempeño de las pruebas de las pruebas realizadas en el laboratorio Clínico:

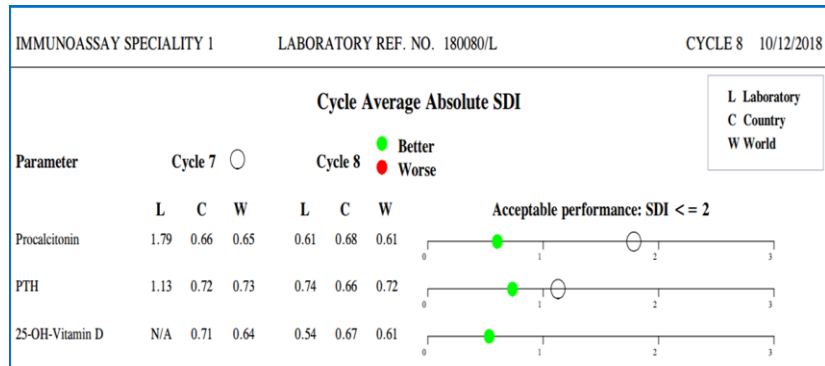
- El 95 % de las pruebas procesadas en el laboratorio Clínico del HUS tienen un EXCELENTE desempeño analítico comparado con los más altos estándares internacionales, lo que impacta en confiabilidad de los resultados emitidos
- El 5 % de las pruebas restantes procesadas en el laboratorio Clínico del HUS tienen un desempeño analítico BUENO - ACEPTABLE, lo que asegura la veracidad de los resultados Emitidos.
- Se cuenta con una nueva versión de Software estadístico de control de calidad RANDOX 24<77 WEB, que nos permitirá tener una comparación analítica universal en tiempo real.



Gráfica No. 8 Fuente: (Control de calidad RIQAS)

A continuación, se observan algunos análisis de los ciclos de calidad en el que participa el Laboratorio Clínico y el desempeño de cada una de las pruebas.

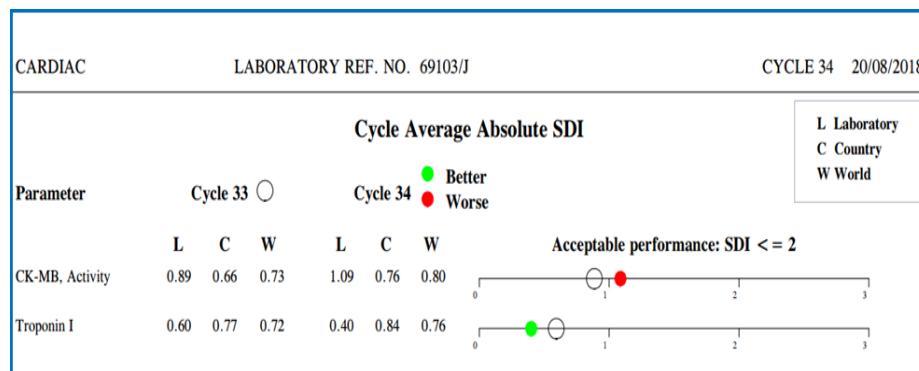




Gráfica No. 9 Fuente: (Control de calidad RIQAS)

Las pruebas observadas en el gráfico corresponden a inmunoensayos especiales y tienen un EXCELENTE desempeño analítico, con un rendimiento promedio inferior a 1.0 SDI.

Se evidencia una mejora en el desempeño analítico con respecto al año 2017

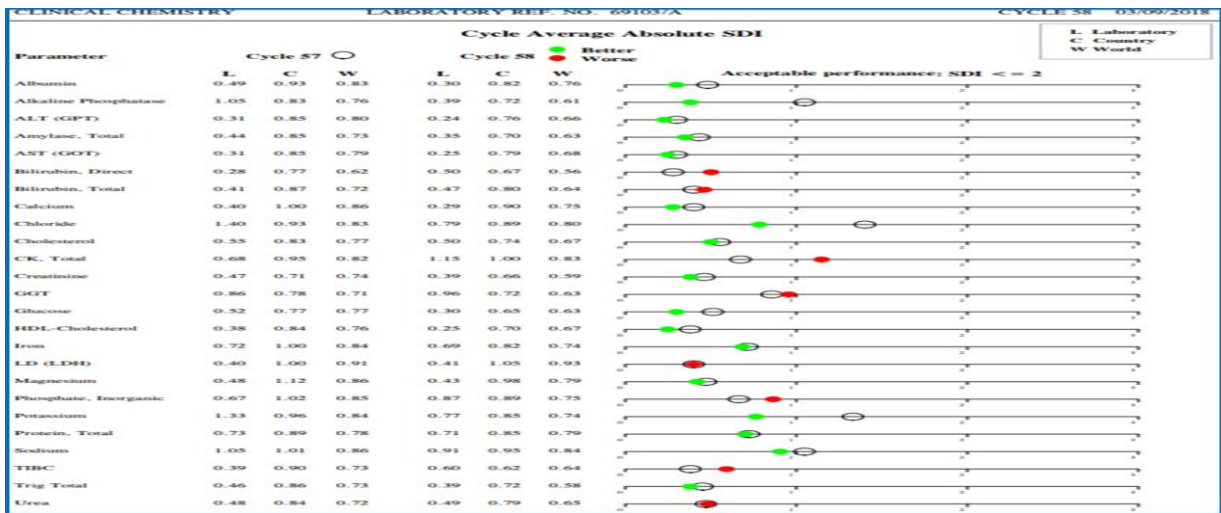
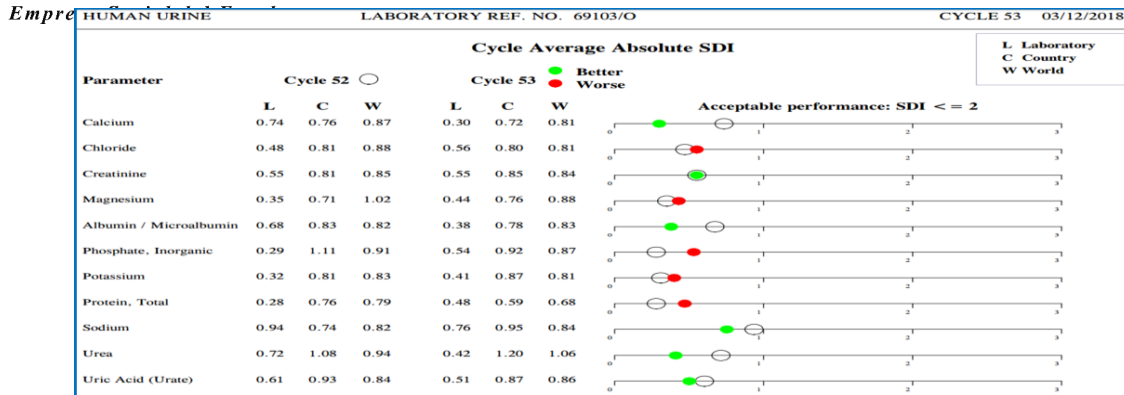


Gráfica No. 10 Fuente: (Control de calidad RIQAS)

Las pruebas observadas en los gráficos tienen un EXCELENTE desempeño analítico, con un rendimiento promedio inferior a 1.5 SDI. Lo que garantiza la confiabilidad de los resultados emitidos.

Gráfica No. 11 Fuente: (Control de calidad RIQAS)

Las pruebas observadas en el siguiente gráfico corresponden a Química Urinaria y tienen un EXCELENTE desempeño analítico, con un rendimiento promedio inferior a 1.0 SDI. Se garantiza la confiabilidad de los resultados emitidos.



Gráfica No. 12 Fuente: (Control de calidad RIQAS)

Las pruebas observadas en los gráficos tienen un EXCELENTE desempeño analítico, con un rendimiento promedio inferior a 1.0 SDI. Lo que garantiza la confiabilidad de los resultados emitidos.

ESTATUS DE IMPLEMENTACION DE SISTEMA POCT: POINT OF CARE TESTING: (PRUEBAS CERCA AL PACIENTE)

Con este proceso controlado se contribuye a mejorar la Seguridad del paciente. (OPORTUNIDAD-IDENTIFICACION CORRECTA- EQUIPOS SEGUROS)

AVANCES EN POCT:

1. Delegación de una bacterióloga como Coordinadora de POCT
2. Realización de Curso de Formación en POCT a 4 profesionales del Laboratorio Clínico (PUJ, con el apoyo de la subdirección de Educación Médica)
3. Control y seguimiento a todos los glucómetros, se cuenta con un software destinado para este fin. "UNIPOC". De igual manera se hace con gases arteriales." 24/7"
4. Capacitación al personal de enfermería en el uso y manejo de glucómetros.

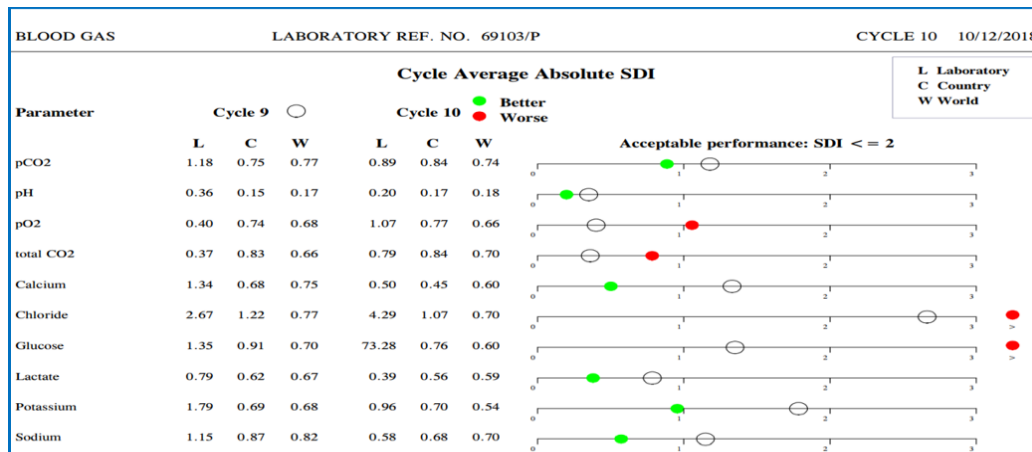


5. Capacitación al personal de Terapia Respiratoria en el uso y manejo de gasómetros.
6. Contratación en apoyo tecnológico de un equipo de gases arteriales de mesa para UCI y dos portátiles para cubrimiento a cirugía cardiovascular y otro como backup de UCI.
7. Gasómetro principal conectado a plataforma Labcore de Laboratorio clínico para que los resultados de pacientes sean revisados y validados por el personal de Fisioterapia de la institución. Estos se pueden evidenciar en Historias Clínicas.
8. Control de calidad configurado automáticamente tres veces por día.

En que se está trabajando:

- Conformación del comité POCT
- Por la rotación de personal, continuar con las capacitaciones con el personal nuevo y demás personal que requiera refuerzo en el equipo principal.
- Habilitar la codificación CUPS que corresponde a cada tipo de muestra que se puede procesar en los gasómetros.
- Estandarizar el reporte y manejo de valores críticos para los datos de gases arteriales y glucometrías
- Mejorar la ID de usuarios y pacientes a través de los códigos de barras que identificarían a cada uno en el momento de tomar la glucometría.
- Realizar la interfase del software de glucometrías con plataforma de Historia Clínica de la institución.
- Hacer seguimiento del consumo racional de las tiras para glucometrías.

A continuación se muestra la evolución en seguimiento a control de calidad de gases arteriales:



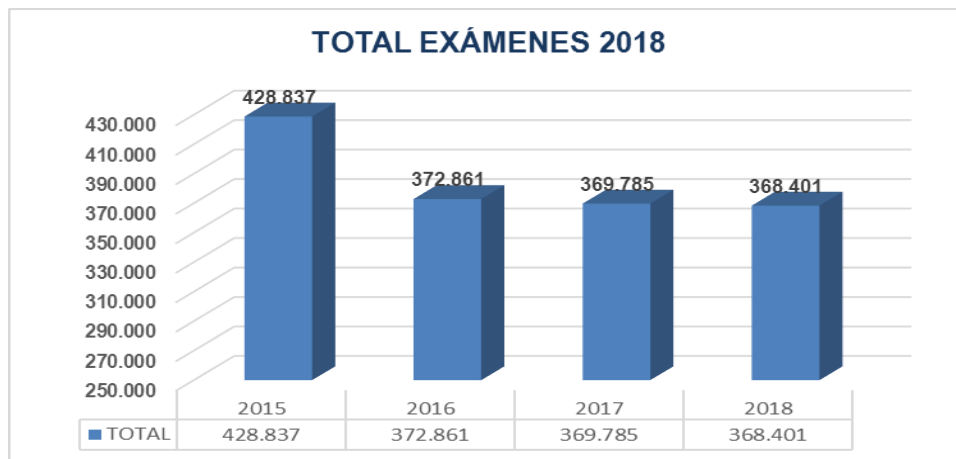
Gráfica No. 13 Fuente: (Control de calidad RIQAS)

Las pruebas Cloro y Glucosa no son relevantes en este análisis debido a que no se informan resultados de pacientes por esta metodología.

Las pruebas observadas en el gráfico corresponden los gases arteriales, tienen un EXCELENTE desempeño analítico, con un rendimiento promedio inferior a 1.0 SDI.

Además, se evidencia mejora con respecto al año 2017 en la mayoría de analíticos

PRODUCTIVIDAD GENERAL DEL LABORATORIO CLÍNICO 2018



Gráfica No. 14(Fuente LABCORE)

El comportamiento del número total de exámenes durante el 2018, es constante y se evidencia en el comparativo con los años 2017 y 2018.



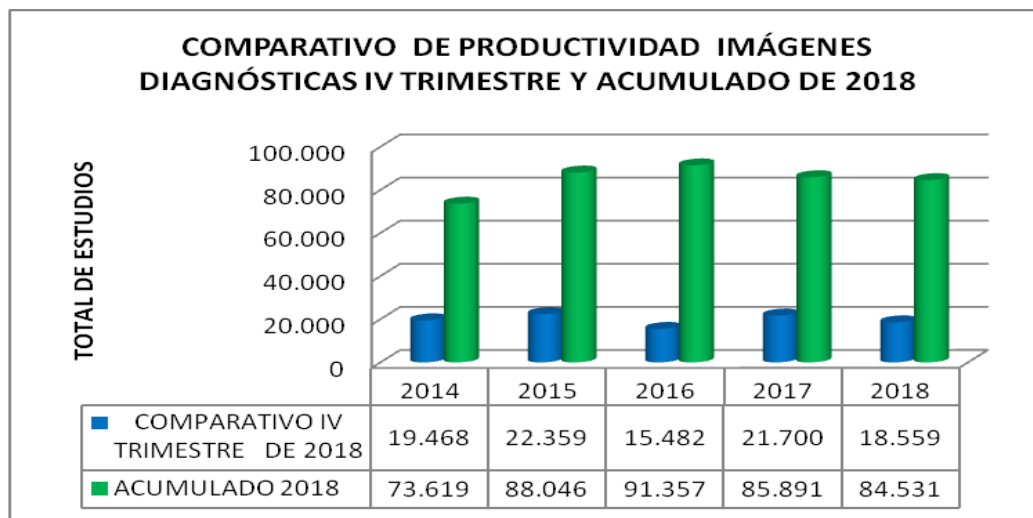
Gráfica No. 15 (Fuente LABCORE)

La dinámica Institucional ha venido presentando variaciones, nos damos cuenta que así, como se ha disminuido el número de exámenes de servicio ambulatorio se ha venido incrementando el número de exámenes de hospitalización. En el servicio ambulatorio los usuarios que envían las EPS, son para la realización de exámenes de alta complejidad acorde con la connotación y complejidad de la institución.

1.4 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

GESTIÓN DEL PROCESO

PRODUCTIVIDAD:



Gráfica 1 comparativo de productividad Imágenes Diagnósticas III trimestre y acumulado 2018
Fuente : Sistema de Información Dinámica Gerencial .

Frente al comparativo de productividad podemos observar una disminución del total de estudios realizados frente a la vigencia anterior, la cual representa una disminución del 1.6%, esta disminución se genera ya que para el IV trimestre se presentó prestación parcial de servicios para la EPS Convida por lo que se realizaron aproximadamente 3500 estudios menos, sin embargo las modalidades de alta complejidad reflejan aumento en su productividad total y frente a las vigencias anteriores, las modalidades que se vieron afectadas por esta situación corresponden a modalidades de baja complejidad.

Modalidades que finalizan con aumento en la productividad:

Intervencionismo: 36%
Hemodinamia: 16%
Resonancia Magnética: 16%

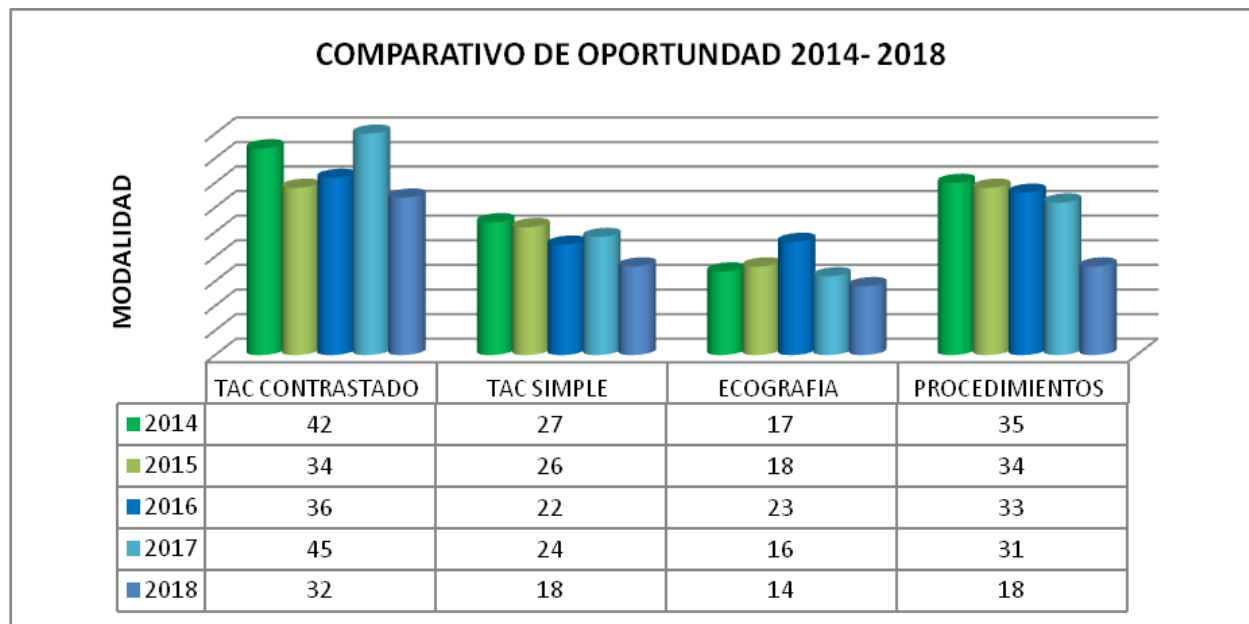
Modalidades que mostraron disminución en su productividad:

Ultrasonido: -7%
Convencional: -4%
Fluoroscopia: -7%

Doppler: 9%

Es de aclarar que es en estas modalidades que muestran disminución es donde se concentra la mayor productividad del proceso de Imágenes Diagnósticas.

OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:



Gráfica 2 comparativo de Oportunidad Imágenes Diagnósticas comparativo 2014 - 2018 : Sistema de Información RIS.

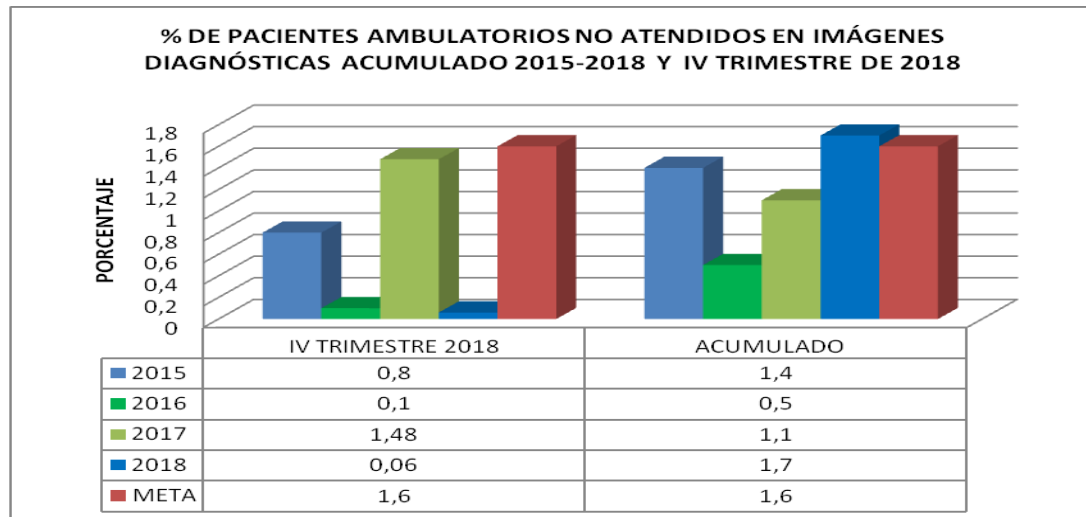
Los tiempos de oportunidad reflejados están medidos desde la generación de la orden hasta la aprobación de los resultados en el sistema de información de Radiología, es importante resaltar la mejora obtenida en todas las modalidades, pero sobretodo resaltar la mejora en los tiempos para la modalidad de radiología Intervencionista los cuales en comparación con los datos estadísticos desde el 2014 en esta vigencia la mejora es aproximadamente de un 46% seguida de la mejora en los tiempos para el tac simple.

La alta gerencia y el proceso de imágenes diagnosticas realizaron una serie de actividades enfocadas al mejoramiento de estos tiempos de oportunidad:

Realizadas:

- Contratación de medico Radiólogo en horario diurnos los fines de semana y festivos lo cual apporto a la disminución en los tiempos de Lectura.
- Capacitación del personal de enfermería en cuanto las pautas de preparación para la realización de los procedimientos, capacitación realizada en puestos de trabajo con cobertura del turno de la mañana.
- Ajuste y seguimiento a la interfaz de migración de datos entre carestream y Dinámica gerencial
- La identificación de los pacientes reprogramados con sus causas.

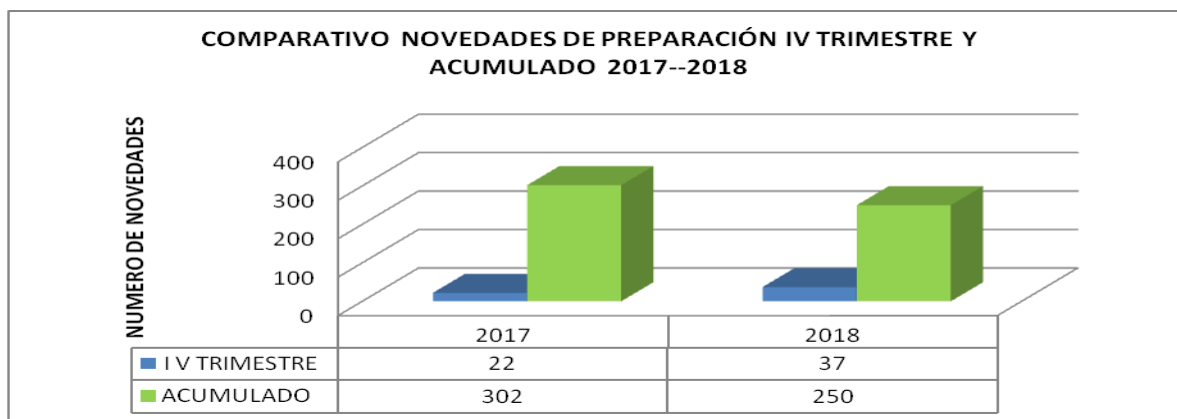
PORCENTAJE DE PACIENTES AMBULATORIOS NO ATENDIDOS



Gráfica 3 comparativo de Pacientes no atendidos Imágenes Diagnósticas IV Trimestre de 2018 y acumulado 2015-2018 . Fuente : Sistema de Información RIS.

El acumulado del indicador está en la zona riesgo frente a la meta ya que para el trimestre de 2018 se presentó un pico de 3.43% debido a la inasistencia de los pacientes del IMPEC , sin embargo por actividad de mejora de PAMEC 2018 se realizó la separación del indicador de inasistencia ya que este dato estaba quedando medido como una variable del indicador de No atenciones ; al realizar la separación del indicador para este trimestre el indicador de No atenciones tiene una disminución significativa por tal motivo se realizará monitoreo de su comportamiento de forma mensual teniendo en cuenta el ajuste realizado .

NOVEDADES DE MALA PREPARACIÓN:



Gráfica 4 comparativo de Novedades de preparación y causas de retraso en la atención en Imágenes Diagnósticas .

Fuente archivo excel paceutes no atendidos .

La condición de mala preparación del paciente para la toma de imágenes diagnósticas incide directamente en los tiempos de oportunidad , lo anterior teniendo en cuenta que estos pacientes deben ser reprogramados usualmente doce horas después; durante el IV trimestre de 2018 se realizó capacitación en los puestos de trabajo a los diferentes grupos de enfermería del turno de la mañana , para el siguiente trimestre que correspondería al I trimestre de 2019 se tiene planteado realizar cobertura al turno de la tarde y la noche , sin embargo el turno donde es más frecuente la realización de estudios contrastados corresponde a la mañana por tal motivo se priorizo este grupo; sin embargo en la medición realizada para el IV trimestre el indicador disminuyo notablemente en el mes de diciembre, y con respecto a la vigencia anterior. Como segunda actividad de mejora Se solicitará a Sistemas la actualización o diseño de plataforma para captura de los datos ya que se está realizando a través de un aplicativo en Excel.

P.Q.R:

PQR IMÁGENES DIAGNOSTICAS 2018								
CLASIFICACION	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
PETICIONES	0	3%	0	0%	3	10%	0	0%
RECLAMO	10	40%	16	67%	9	30%	3	17%
FELICITACIONES	1	4%	1	4%	0	0%	2	11%
SUGERENCIAS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
SOL. INFORMAC	7	40%	5	21%	15	50%	11	61%
QUEJA	5	13%	2	8%	3	10%	2	11%
DENUNCIAS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	23	100%	24	100%	30	100%	18	100%

Tabla de datos 5 . Datos Subdirección de defensoria al usuario

En el aplicativo trimestral se ve una mejora con relación al número de PQR recibidas frente a los periodos anteriores de la vigencia , lo anterior relacionado con la intervención del proceso de asignación de citas de forma telefónica , el cual estuvo direccionado a la disminución de los tiempos en la información por este medio . Sin embargo es de aclarar que la actividad planteada de asignación de citas por medio de call center fue elevada a mejoramiento con el fin de generar una mejora que cubra todo el tema de apoyo Diagnóstico . Sin embargo es importante resaltar que se logro reducir el tiempo de asignación de cita telefonica a 8.5 minutos el cua estaba en aproximadamente 20 minutos , para esto se realizó un revisión del proceso en sitio encontrando varios hallazgos uno de estos el tiempo prolongado en linea telefónica y llamadas en cola durante este tiempo, por lo cual al finalizar la revisión se define que para los procedimientos intervencionistas y que requieren de extensa información se realizara la asignación a traves de correo electronico , lo cual se aplico durante el IV Trimestre de 2018 ,logrando disminuir las peticiones por la variable de demora en asignación de cita telefónica .

PLANES UNICOS DE MEJORA PUM

ACTIVIDADES CONSIGNADAS Y REALIZADAS EN PAMEC 2018:



Se realizan las actividades de mejora pendientes con el fin de realizar el cierre de las mismas, estas actividades fueron verificadas y soportadas durante auditoria realizadas por la oficina de planeación.

- Documentación del indicador de inasistencia
- Documentación del indicador de tiempos de oportunidad de estudios críticos
- Documentación de una nueva metodología para la evaluación de pares en imágenes diagnosticas
- Aplicación y análisis de evaluación de la adherencia a las diferentes listas de verificación
- Realización de vista de referenciación a entidad acreditada

PUM 2018:

- Actualización de documentación (se actualizo aproximadamente el 60% de la documentación)
- Parametrización del sistema de información (interfaces de migración de órdenes, imágenes y resultados)
- Actualización de identificación de pacientes NN y Neonatos en el sistema de información de forma manual. (Se deja la recomendación que esta actualización sea de forma automática).
- Estandarización por medio de guía técnica de la planeación estratégica en el Proceso de Imágenes Diagnósticas
- Fortalecimiento de identificación del riesgo individual de alergia a medios de contraste en pacientes ambulatorios
- Documentación de lista de chequeo en administración de medios de contraste
- Revisión y ajuste de tiempos de asignación de cita telefónica en el proceso de Imágenes Diagnósticas.

GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- Identificación de paceutes con riesgo de caída y alergia en el momento que son recibidos en el area de recepción según los criterios definidos para cada uno .

Criterios de riesgo de caído paciente ambulatorio:

Usuario de la tercera edad sin acompañante

Uso de ortesis

Y discapacidad

Criterios para riesgo de alergia:

Paciente programado para la realización de estudio contrastado

Referencia de alergia en el momento de la aplicación de entrevista de seguridad.

Una vez identificado el riesgo se identifica el paciente con manilla blanca y se adiciona el sticker del color correspondiente según el riesgo.

1.5 GESTIÓN DEL PROCESO BANCO DE SANGRE

GESTIÓN DEL PROCESO

BANCO DE SANGRE	2014	2015	2016	2017	2018	VARIACION			
						2014-2018	2015-2018	2016-2018	2017-2018
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	34	43	48	51	53	56%	23%	10%	4%
DONANTES ATENDIDOS	2502	2770	2662	2952	3138	25%	13%	18%	6%
UNIDADES RECOLECTADAS	2036	2225	2235	2452	2665	31%	20%	19%	9%
UNIDADES PROCESADAS	2007	2225	2235	2452	2665	33%	20%	19%	9%
UNIDADES PRODUCIDAS	5162	5629	5411	6460	6468	25%	15%	20%	0%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	34	24	33	0	0	-3%	38%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	2007	2185	2201	2427	2483	24%	14%	13%	2%
UNIDADES DE PLAQUETAS	1294	1396	991	1651	1570	21%	12%	58%	-5%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	176	47	241	383	207	18%	340%	-14%	-46%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	1685	2001	1944	1975	2175	29%	9%	12%	10%
UNIDADES ADQUIRIDAS									
POR PRESTAMO O CANJE	263	130	114	290	806	206%	520%	607%	178%
COMPRADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES TRANSFUNDIDAS BOGOTA	1911	1932	1813	2142	2289	20%	18%	26%	7%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	905	713	778	871	786	-13%	10%	1%	-10%
UNIDADES DE PLAQUETAS	542	625	560	643	585	8%	-6%	4%	-9%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	52	68	49	147	256	392%	276%	422%	74%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	318	402	333	377	523	64%	30%	57%	39%
OTRAS UNIDADES GRE FILTRADO	94	124	93	104	139	48%	12%	49%	34%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR SERVICIO									
URGENCIAS	131	182	215	146	134	2%	-26%	-38%	-8%
GINECOLOGÍA	51	34	59	108	18	-65%	-47%	-69%	-83%
OBSTETRICIA	30	24	39	29	36	20%	50%	-8%	24%
NEONATOLOGÍA, UCI NEONATAL	26	29	16	14	29	12%	0%	81%	107%
UCI ADULTOS	400	547	581	340	716	79%	31%	23%	111%
CIRUGÍA VASCULAR	6	12	39	150	124	1967%	933%	218%	-17%
CIRUGÍA PLÁSTICA	9	21	7	13	17	89%	-19%	143%	31%
CIRUGÍA GENERAL	440	285	370	514	486	10%	71%	31%	-5%
NEUROCIRUGÍA	2	16	6	11	17	750%	6%	183%	55%
UROLOGÍA	6	4	19	20	34	467%	750%	79%	70%
ORTOPEDIA	109	69	69	73	124	14%	80%	80%	70%
MEDICINA INTERNA	636	365	393	715	562	-12%	54%	43%	-21%
TOTAL	1846	1588	1813	2140	2299	25%	45%	27%	7%
No UNIDADES CRUZADAS	1350	1106	1251	1366	2583	91%	134%	106%	89%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	393	347	366	402	365	-7%	5%	0%	-9%

UNIDADES VENDIDAS	0	231	673	506	1782	0	671%	165%	252%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	409	347	366	402	365	-11%	5%	0%	-9%
TRANSFUSIONES FACTURADAS BOGOTA	1846	1588	1813	2140	2214	20%	39%	22%	3%
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	2017	2807	2434	3587	6368	216%	127%	162%	78%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	1061	828	443	782	1782	68%	115%	302%	128%
UNIDADES DE PLAQUETAS	211	206	134	468	1403	565%	581%	947%	200%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	36	10	0	0	44	22%	340%	-	-
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	199	136	44	165	688	246%	406%	1464%	317%
OTRAS UNIDADES	510	39	0	32	152	-70%	290%		375%
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	0	1588	1813	2140	2299	-	45%	27%	7%
UNIDADES DESECHADAS BOGOTA POR	0	726	992	1613	2521	-	247%	154%	56%
VENCIMIENTO	0	0	0	217	185	-	-	-	-15%
REACTIVIDAD	0	218	86	122	172	-	-21%	100%	41%
ALMACENAMIENTO INADECUADO	0	110	132	173	186	-	69%	41%	8%
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE	0	200	94	89	116	-	-42%	23%	30%
OTROS	0	198	680	1012	1862	-	840%	174%	84%
HORAS Profesional Programada	4091	4719	4908	7854	8034	96%	70%	64%	2%
	2,6	2,5	2,4	2,6	2,4	-6%	-4%	0%	-8%
% DE CONSUMO INTERNO GLOBULOS	50%	38%	40%	40%	37%	-25%	-3%	-6%	-7%
% DE DESPACHO EXTERNO GLOBULOS	53%	38%	20%	32%	72%	36%	89%	257%	123%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	37	34	34	33	35	-4%	3%	6%	7%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	0,7	0,8	0,7	0,7	0,4	-52%	-53%	-49%	-50%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	4,7	4,6	5,0	5,3	6,3	34%	38%	27%	18%

Tabla 1. Consolidado General Banco de sangre

Fuente: Excel de Información acumulada comparada del IV trimestre del Banco de sangre de los años 2014 hasta el 2018.

Durante el cuarto trimestre del 2018 en comparación con el año anterior se observa una sostenibilidad de las unidades producidas, esto se debe al trabajo realizado en las vigencias anteriores por fidelizar nuevas empresas y de este modo ver un aumento del 9% en las unidades recolectadas (tabla1), en cuanto a las jornadas de donación, comparadas con el trimestre del año se tuvo incremento del 4%, generando un impacto favorable, ya que hemos mantenido la misma cantidad de campañas en el trimestre y sostenido la producción de las unidades de sangre.

En cuanto al trabajo realizado en la promoción de la donación se fidelizaron nueve (9) empresas y diez (10) municipios en este trimestre; las actividades realizadas para mantener la búsqueda activa de donantes de sangre efectivos mediante campañas y fidelización se logró por: contactar emisoras, canal comunitario, parroquia, afiches, envió de correos electrónicos, llamadas telefónicas y generar convenio de participación y apoyo en la promoción con el grupo de activistas por la Paz que fomenta la donación voluntaria y altruista. Por otro lado, a nivel del Hus se logró mensualmente dar reconocimiento por su contribución y su acción de corazón con nosotros (imagen 1).

Sin embargo, se espera contar con mayor articulación en la promoción de la donación por nuestras redes sociales como (Facebook y twitter) ya que nos ayudaría a motivar e invitar a los donantes a los diferentes lugares y generar mayor impacto en la población juvenil.



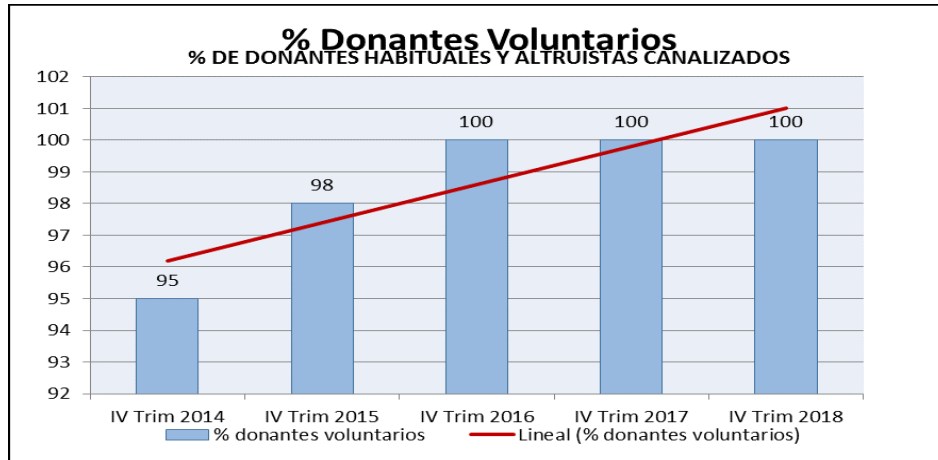
Imagen 1: Agradecimiento a las empresas nuevas fidelizadas en IV trimestre. Tomada de la página oficial de Facebook de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

Así mismo, es importante mencionar como en informes anteriores que seguimos trabajando en lograr apropiación y reconocimiento de la institución sobre los municipios para lograr fidelización hacia el hospital y así minimizar los ingresos de otros bancos de sangre en Cundinamarca, es una tarea argüida ya que varios bancos de sangre no siguen los conductos regulares haciendo que nuestro cumplimiento de metas sea muy difícil. En la actualidad nos encontramos retroalimentando la circular del laboratorio de salud pública a nuestros municipios sensibilizados para que ellos conozcan y tengan el control de las solicitudes de jornadas de donación de sangre con otros bancos de sangre que no cumplen con los requisitos y con ello que no nos afecte nuestras jornadas previamente programadas. No obstante, se sigue trabajando en estrategias con municipios de (Cajicá, Tocancipá, Ubaté, Chía, sopó, pacho 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; a pesar de todo nuestro trabajo se siguen presentando demoras del LSPC por darnos las autorizaciones al ingreso del municipio que conllevan a cancelación de la jornada.

En cuanto a nuevas empresas en Cundinamarca se gestionó en este IV trimestre dos empresas en Tocancipá Kimberly Clark y Sena; de igual forma se trabajó para lograr que ingrese Alpina como nueva empresa para la vigencia 2019. De igual forma en Bogotá se logró trabajar en siete (7) espacios públicos y en espera de lograr reconocimiento en estos sitios.

Durante todo esta vigencia 2018 se logró mantener la buena percepción e imagen del banco de Sangre queriéndose acercar a donar y esto se ve en el logro de la fidelización de nuestras empresas a lo largo de la vigencia, y así mismo agradecer el esfuerzo institucional por lograr incorporar los incentivos otorgado para los donantes en su momento de donar ayudando a la fidelización de donantes voluntarios y altruistas (gráfica 1)

Gracias a todos estos esfuerzos por mantener la sensibilización y la promoción de nuestros donantes fidelizados (ver gráfica 1), el indicador de porcentaje de donantes voluntarios y altruista canalizados se ha mantenido, demostrando hemos logrado mantener la voluntariedad de nuestros donantes voluntarios en un 100% durante toda la vigencia y durante todos los trimestres, gracias al constante apoyo y concientización de nuestros colaboradoras que trabajan continuamente en estrategias de disminuir los donantes en reposición demostrándolo en este indicador.

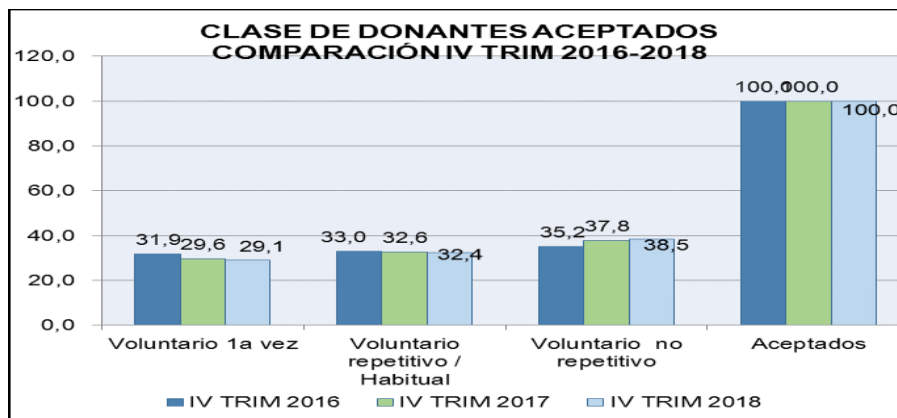


Gráfica 1. % de Donantes Voluntarios

Fuente: % Donantes voluntarios y altruista canalizados. Comparación IV Trim 2014 al IV Trim 2018

Estas estrategias impactan al no contar con donantes en reposición y el trabajo realizado en la promoción de la donación ya mencionado anteriormente, en la sensibilización de nuevas empresas y municipios logrando un aumento de donantes de primera vez en un 29,1%, y estos en un futuro se vea reflejado en nuestros donantes voluntarios HABITUALES; este indicador se encuentra en 32,4% y en espera que durante la vigencia 2019 se logre aumentar la voluntariedad. En cuanto a donantes voluntarios no repetitivos en un 38,5% ha aumentado comparado con el trimestre del año anterior ya que se ha generado nuevas estrategias para buscar a los donantes y se vuelvan a fidelizar (email y llamadas) invitándolos nuevamente a donar (gráfica 2).

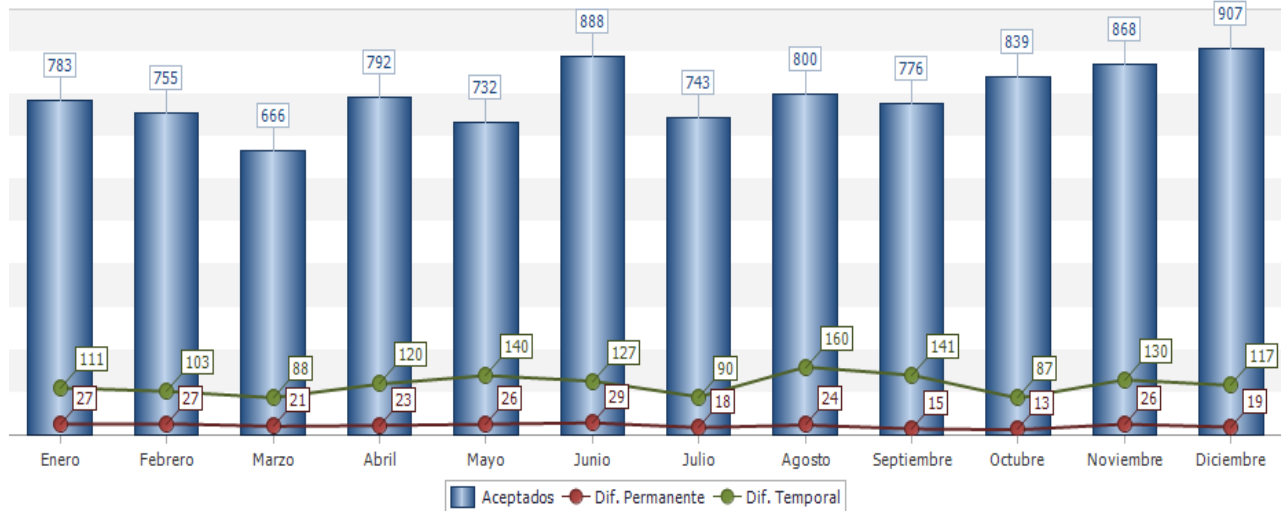
En cuanto al cumplimiento de la meta del PAS de generar aumento en un 2%. (Gráfica 2), es importante recalcar que no se cumplió la meta se logró un donantes habitual del 31% en esta vigencia, comprado con el año anterior que se logró un 34%, sin embargo se seguirá trabajando en el fortalecimiento de las actividades de las bacteriólogas, auxiliares dedicadas a la promoción y a reentrenamiento de nuestra jefe de campañas para que logre el cumplimiento de las metas.



Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados

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

TIPO DE DONANTES



Gráfica 3. Tipo de Donante

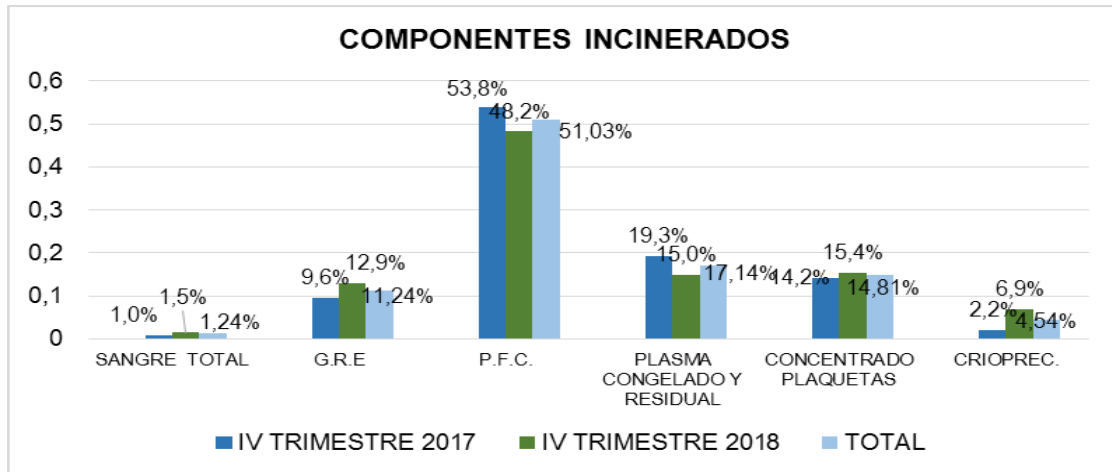
Fuente: Sistema de hemovigilancia del instituto nacional de salud (SIHEVI-INS). Tipo de Donante. Consolidado anual - enero a diciembre 2018.

En cuanto a nuestra estadística nacional en el sistema de hemovigilancia SIHEVI, podemos observar el total de donantes aceptados mes a mes y el comportamiento del donante diferido, observando el gran trabajo que desempeña nuestro médico del banco de sangre en sus procesos de selección, que al final se ve reflejado en las unidades incineradas (gráfica3)

En cuanto a las causas de incineración en el banco de sangre, se evidencia que la causa de mayor descarte es por control de calidad en un 48.3%, seguido de volumen inadecuado en un 9 % debido a fallas en los equipos y en el momento de la separación y reactividad en un 8.1%.

Es importante mencionar que se finalizó esta vigencia con un porcentaje de descarte del 5%, presentando la mayor causa de incineración en esta vigencia es de control de calidad en un 20.17% seguido de vencimiento en un 5.19% y una reactividad de 2.93%.

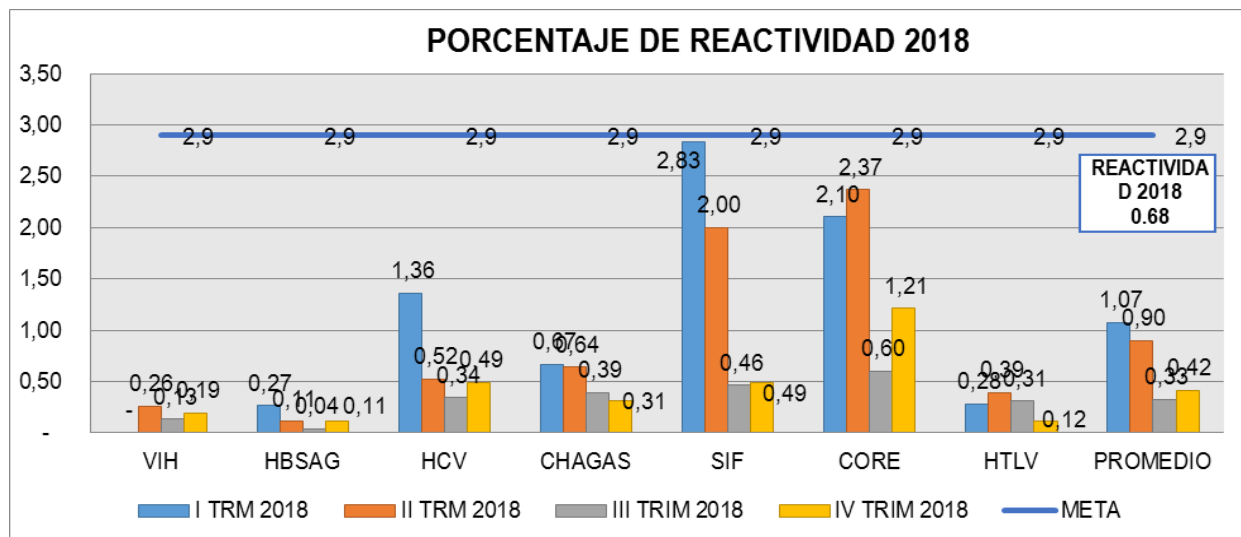
Relacionado con lo anterior, en la Grafica 4 se evidencian que el mayor componentes descartado en este IV trimestre comparado con el trimestre anterior es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 48.2%, seguido de plaquetas en un 14.81% debido a control de calidad de las unidades (swiling) (gráfica 4).



Gráfica 4. Componentes Incinerados 2018

Fuente: Componentes Incinerados. Comparación IV Trim 2017 -2018

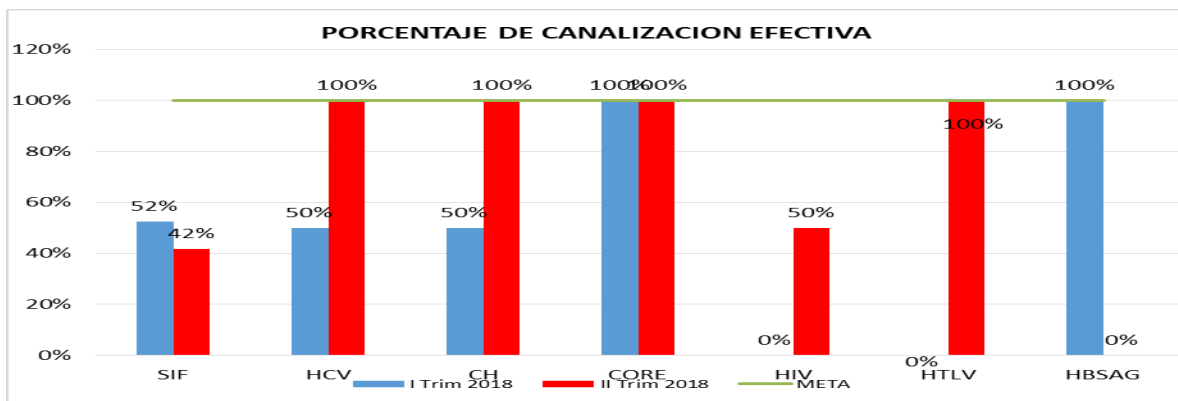
Adicionalmente, en cuanto al porcentaje de reactividad para el IV trimestre del 2018, es importante mencionar se presentó una reactividad baja con respecto al trimestre, donde el mayor marcador es CORE en 1.21%, seguido de HCV en un 0.49 %; cabe recalcar que nuestra reactividad se encuentra en un 0.68% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 5). De igual forma para esta vigencia se determina que la mayor reactividad es por causa de CORE en un 1.57%, SIFILIS en 1.45 y HCV en 0.68%.



Gráfica 5. Porcentaje de Reactividad

Fuente: Porcentaje de reactividad. Comparación por Trimestre 2018

Con respecto a nuestra positividad como se había mencionado en el informe anterior es del 0.036% para el semestre 2018 donde el marcador de SIFILIS se presenta en un 71.7 %, seguido de los marcadores de HVC, CHAGAS y CORE con un 6.5 % y por último el marcador de HIV y HTLV con un 4.3 %. Observando un buen comportamiento en el periodo comprendido. 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. Es de resaltar que el reporte a las EPS es un mecanismo efectivo para la canalización del donante (Gráfica 6). Cabe recordar que no se puede cerrar vigencia 2018 en este indicador ya que se cuenta con 3 meses para ubicar al donante efectivamente según la normatividad vigente.



Gráfica 6. Porcentaje de Canalización Efectiva 2018

Fuente: Canalización efectiva I semestre 2018.

De igual forma, a nivel nacional se han tomado medidas para realizar seguimiento, monitoreo de todos los donantes, unidades recolectadas, incineración y demás que entren en hemovigilancia para fortalecer el Sistema de Información de la Red Nacional de Bancos de sangre y Servicios de Transfusión así como servir de base del Programa de Hemovigilancia. Por ello, es un aplicativo usado por los bancos de sangre existentes en el país (con Código Nacional otorgado por el INS y en funcionamiento de acuerdo a concepto de “Cumple” emitido por el INVIMA), servicios de transfusión registrados en la base de habilitación del Ministerio de Salud, así como las autoridades del orden Departamental, Distrito Capital y Nacional.

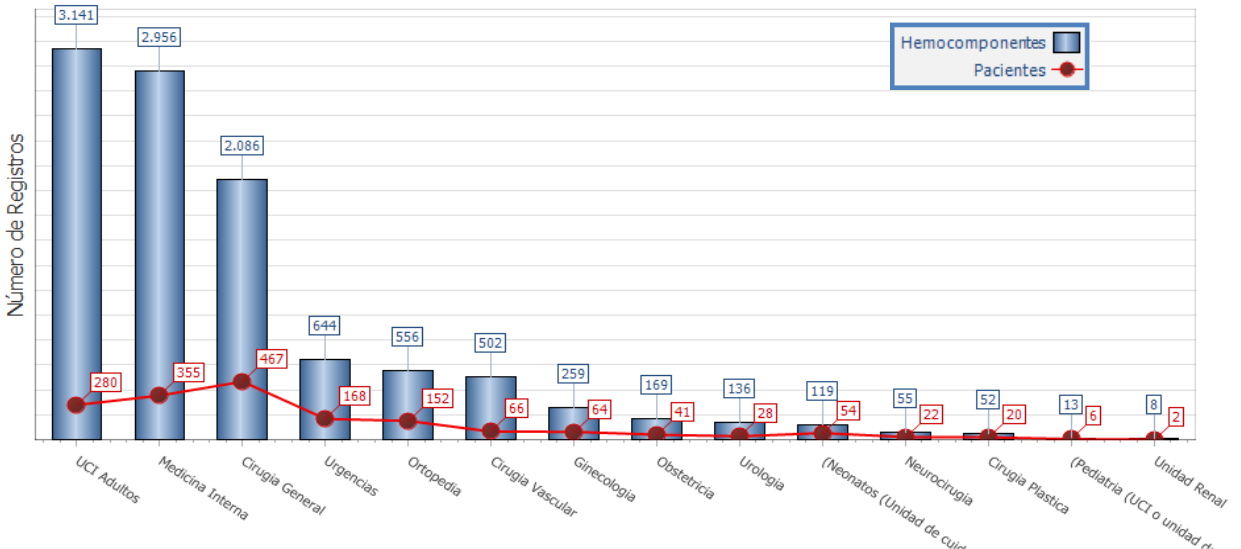
Es importante mencionar, en cuanto a los reportes a los entes de vigilancia y control por el proceso del banco de Sangre, se ha cumplido a cabalidad con estos informes, teniendo a la fecha un 100% de cumplimiento.

Por otro lado, en cuanto a contratación es importante recalcar que se ha **mejorado este proceso**, ya que había sido muy difícil lograr los convenios institucionales, por toda la tramitología administrativa que presenta el HUS. Se finalizó vigencia con convenios con Hospital San Rafael de Facatativá y el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa, la ESE San Francisco de Gacheta, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital san Martin de Porres de Chocontá, Hospital San Rafael de Cáqueza, ESE Hospital san Vicente de Paul Nemocón, ESE Hospital el Salvador de Ubaté y ESE Hospital San Rafael de Pacho. En espera que se fortalezca el área de mercadeo para lograr aumentar convenios y aumentar con más STS de Cundinamarca y lograr ser el Banco de Sangre de Cabeza de Red.

De igual forma, es necesario recalcar que para este IV trimestre del 2018 el porcentaje de despacho externo aumento significativamente 123% (tabla 1) evidenciando que se acrecentó en los glóbulos, componentes filtrados y al igual que el componente plaquetario.

Por otro lado, en cuanto al Servicio Transfusional en comparación con el IV trim del 2017 se observa un aumento del 7% en las unidades transfundidas (tabla 1), evidenciando un aumento del 74% en transfusión de crioprecipitados seguido de plasma fresco congelado en un 39%, Justificado por un aumento de transfusión en los siguientes servicios como: UCI adultos, neonatos, ortopedia y urología durante este trimestre. Así mismo es importante mencionar que durante toda la vigencia 2018 los servicios donde más se transfunden hemocomponentes son, UCI adultos 3141 hemocomponentes, Medicina Interna 2956 y cirugía general 2086 componentes. (Grafica7).

Servicio Hospitalario y Pacientes transfundidos

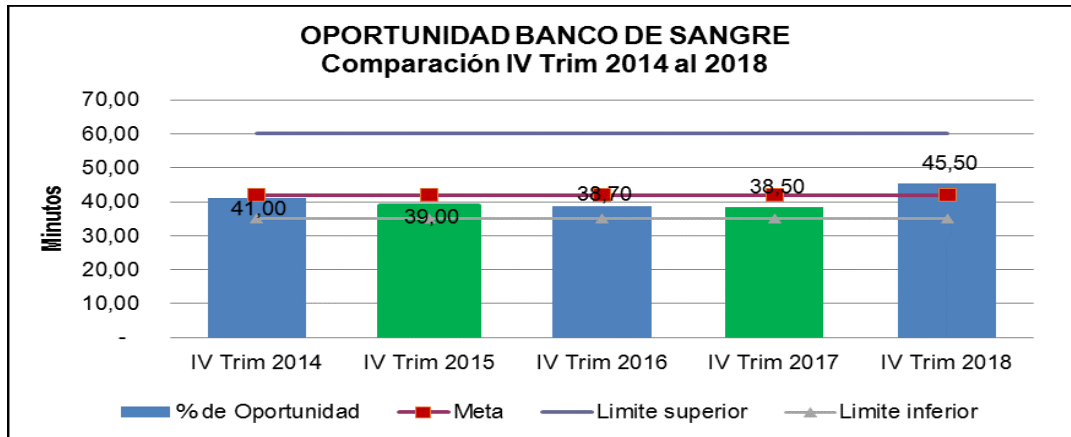


Gráfica 7. Servicio Hospitalario y Pacientes Transfundidos

Fuente: Sistema de hemovigilancia del instituto nacional de salud (SIHEVI-INS). Servicio Hospitalario y Pacientes Transfundido. Consolidado anual - enero a diciembre 2018.

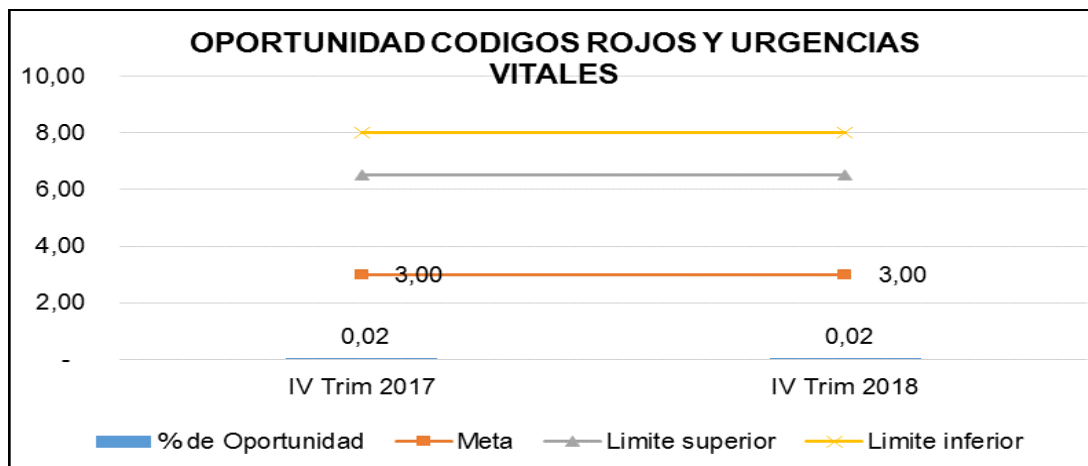
En cuanto a la oportunidad de despacho de hemocomponentes en este IV Trim 2018 es de 46 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, observando que se encuentra por encima de la meta actual de 42 minutos (gráfica 8), es importante aclarar que durante el II trimestre del 2018, se realizó renovación tecnológica en el equipo de inmunohematología observando que los tiempos en los procesos se ven afectados a pesar que es automatizado, se logró estandarizar y este indicador sigue en seguimiento para ajustar metas; es de aclarar, al realizar la renovación tecnológica se automatizó el proceso del STS, logrando disminuir los procesos manuales y dando mayor seguridad transfusional.

Así mismo, es importante mencionar que durante esta vigencia se atendió un total de 1693 pacientes y aumento significativo en diferentes servicios ya mencionados lo que conllevó a un aumento adicional de la oportunidad áreas hospitalarias por requerimiento de pruebas adicionales como adsorción, fenotipos, entre otros, para búsquedas de unidades compatibles todo enmarcado según su patología.



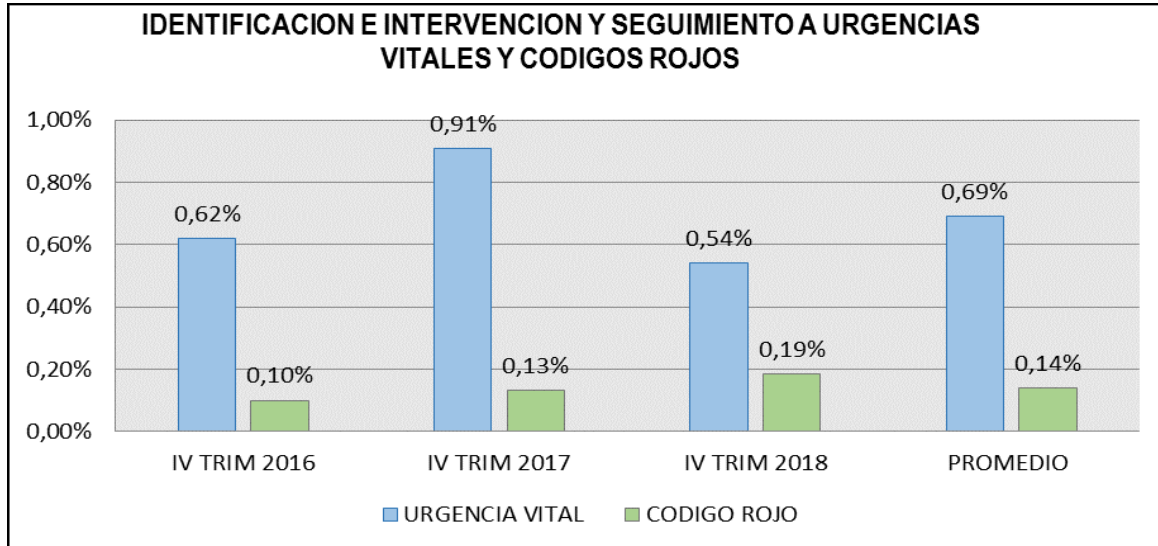
Gráfica 8. Oportunidad de despacho de hemocomponentes
Fuente: Oportunidad del STS. Comparación IV Trim 2014 - 2018

En cuanto a la oportunidad de las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el IV trimestre del 2018 se cuenta con una oportunidad de 2 segundos en atención ante la emergencia; esto quiere decir que nuestra respuesta es oportuna ante la emergencia, logrando contribuir y cumplir con la meta general de la unidad en salas de partos en menos de los 3 minutos. (Gráfica 9).



Gráfica 9. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos
Fuente: Oportunidad del STS códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación IV Trim 2017 y IV Trim 2018

Así mismos, se observa una disminución en urgencias vitales en 0.54 % en comparación con el IV trim del 2017 que equivalía a un 0.91% y al igual un aumento en códigos Rojos 0.19%, de la cual se reciben en promedio 16 órdenes de pacientes en un promedio de 465 órdenes recibidas en el trimestre. (Gráfica 10). Es importante mencionar que esta no se cuenta dentro de la oportunidad general, ya que el tiempo de respuesta es de menos de 30 segundos y se estaría alternado el resultado de la oportunidad general.

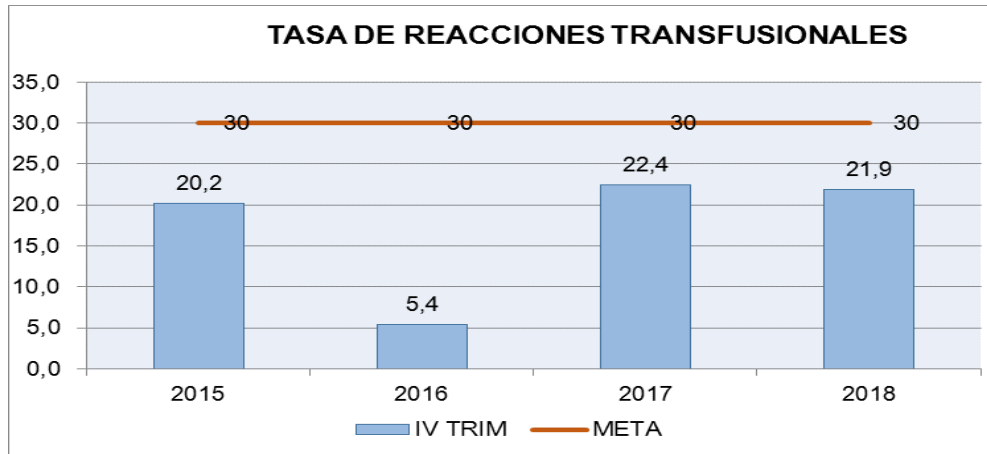


Gráfica 10. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos
Fuente: STS en códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación IV Trim 2016 - 2018

Para este informe del IV trimestre del proceso de banco de sangre se observa un promedio de unidades transfundidas por paciente de 6.3 con un aumento del 18% comparado con el trimestre del año anterior, evidenciando el aumento generalizado de las transfusiones por servicio y la complejidad de los pacientes para la

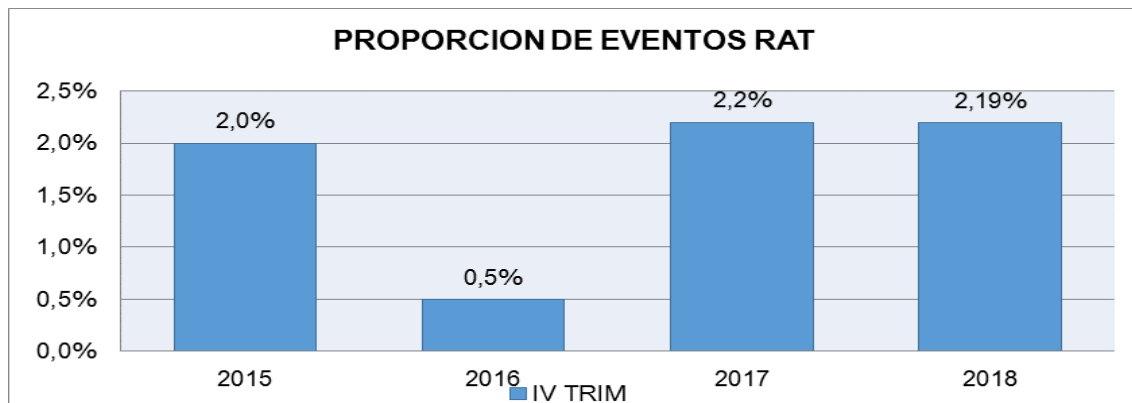
Transfusión de una unidad compatible. Sin embargo, se seguirá reforzando las actividades del programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre y la adherencia a los médicos, nuevos residentes y estudiantes en puesto de trabajo y en reuniones de equipos primarios, logrando así un mejor impacto en el promedio de unidades transfundidas. Así mismo seguir impulsando el curso virtual de medicina transfusional que apoye esta gestión, que tuvo su segunda versión en este II semestre y a las jornadas de capacitación e inducción que ha participado el banco de sangre, junto con las charlas magistrales la cual se evidencia en YouTube con 384 reproducciones de videos en la actualidad.

En el cuarto trimestre del 2018 en cuanto a Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 21.9 y 2.9% por debajo de la meta establecida de 30 y 0.30% del indicador respectivamente (Gráfica 11 y 12), comparado con el trimestre del año anterior evidenciando un 22.4 y un 2.4 %, donde se ve una ligera disminución debido al reporte por parte clínica, ya que se ha logrado fortalecer el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre y tener mayor adherencia a todos los procesos logrado por contar un profesional exclusivo para realizar estas actividades y así de esta manera lograr capacitaciones continuas en nuestros de trabajo y en reuniones de grupos primarios con médicos y el área de enfermería para que nos siga impactando el proceso. Sin embargo, se espera continuar capacitaciones y reinducciones para lograr mayor adherencia en la cadena transfusional y en espera lograr la III versión del curso de medicina transfusional con el enfoque de las guías de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos (Adopción) donde se presenta de manera obligatoria para crear un mayor impacto.



Gráfica 11. Tasa de Complicaciones Transfusionales

Fuente: Tasa de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT). Comparación IV Trim 2015-2018

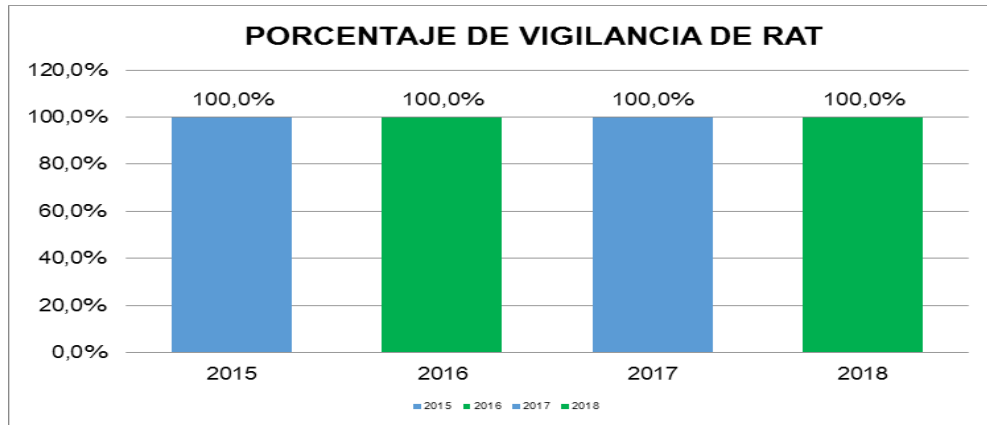


Gráfica 12. Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales

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

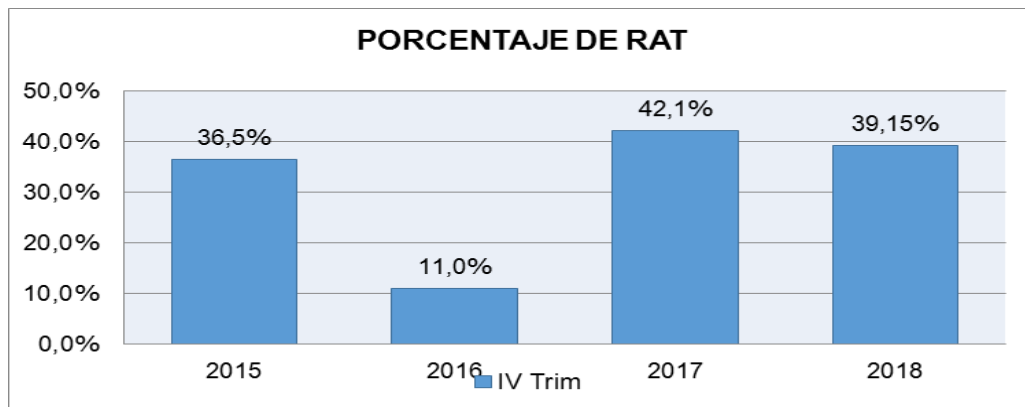
Se analizaron por el comité de transfusiones en este IV trimestre nueve (9) RAT, evidenciando que se presenta un porcentaje de RAT de 39.15% (Gráfica 14). Durante toda esta vigencia se analizaron un total de 26 RAT generando un cumplimiento del 100% (Gráfica 13) de las RAT notificadas y analizadas por nuestro comité de transfusiones, justificando que de 1693 pacientes transfundidos se ha presentado un porcentaje de RAT del 29.58% en la institución.

En espera de mantenernos durante esta vigencia 2019 ya que se tienen programadas capacitación y mayor seguimiento a toda la cadena transfusional para generar impacto el indicador de tasa de reacciones adversas y así garantizar un sistema integral de gestión de la calidad y manejo de nuestros eventos asociados a la Transfusión.



Grafica 13. % de vigilancia de Reacciones adversas a la Transfusión

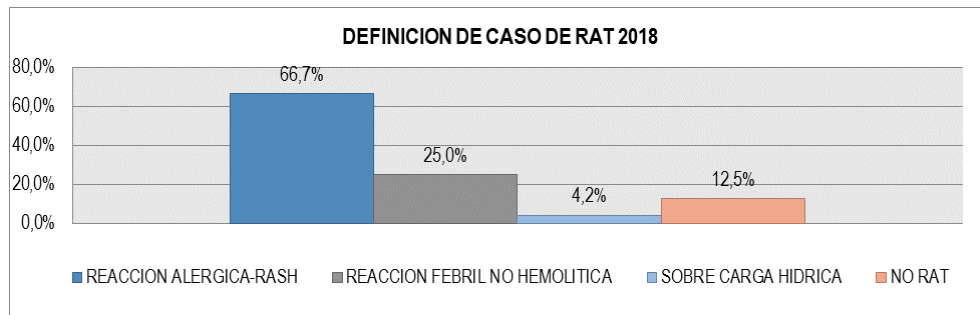
Fuente: Tasa de Reacciones Adversa Comparación IV Trim 2015 vs 2018



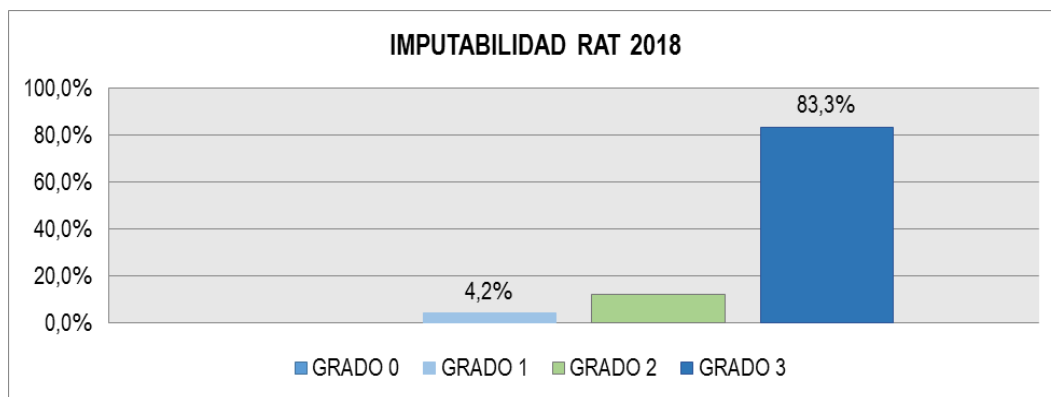
Grafica 14. % de Reacciones adversas a la Transfusión

Fuente: Porcentaje de Reacciones Adversa. Comparación IV Trim 2015 vs 2018

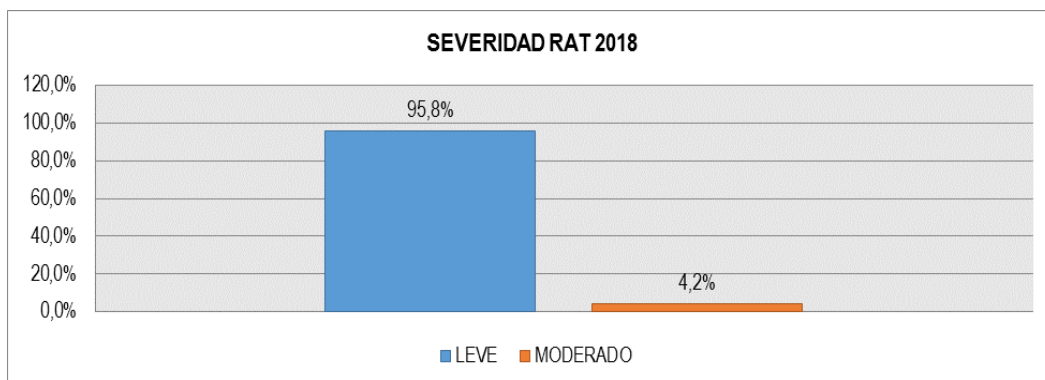
Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS es reacción alérgica en un 66.7% seguidas de Reacciones Febriles No Hemolíticas en un 25% (gráfica 15) de nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia más al grado tres(3) en un 83.3 % (gráfica 16); así mismo, en severidad el grado leve en un 95.8% (gráfica 17), en cuanto al componente más involucrado ha sido el plaquetas en un 50% (gráfica 18) y el servicio donde se genera mayor Reporte y seguimiento de las RAT es Medicina Interna en un 75% .



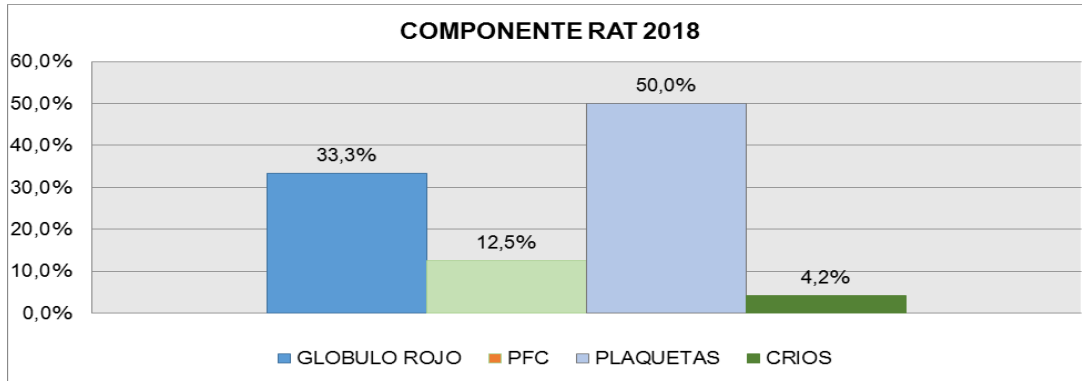
Grafica 15. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. Consolidado año 2018.



Grafica 16. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. Consolidado año 2018.



Grafica 17. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. Consolidado Semestre 2018.



Grafica 18. % de Componente de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Componente de Reacciones Adversa. Consolidado Semestre 2018.

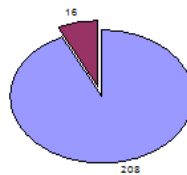
PQRS

Durante el IV trim del 2018 no se presentaron PQRS para el proceso del banco de sangre. Sin embargo por la oficina de atención al ciudadano se generaron seis (6) solicitud de aclaración de resultados, horas de donación, atención de donantes y aclaración de uso de peajes, las cuales fueron las seis resueltas.

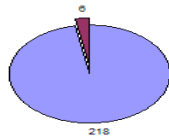
Es importante mencionar durante esta vigencia 2018 se incorporó una encuesta de satisfacción para las jornadas de donación extramural, tomando como base la encuesta institucional, demostrando el trabajo realizado por nuestras profesionales extramuralmente. La encuesta tiene como Sistema de medición: Google Forms; a través de correos electrónicos, se les envió a un total 1681 donantes con registro email en sus datos personales y respondieron la encuesta un total de 224 donantes en el periodo comprendido de 27 septiembre – 27 de diciembre; donde se observa lo siguiente:

1. ¿El profesional de salud que lo atendió, se presentó por su nombre?

SI	92.9%
NO	7.1%



2. ¿El Profesional de Salud que lo atendió le llamó por su nombre?



SI
NO

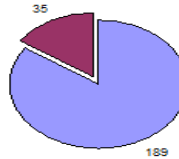


SI	97.3%
NO	2.7%

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

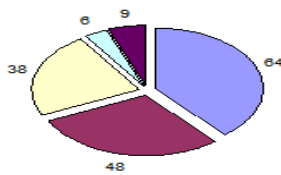
4.

SI	84.4%
NO	15.6%



SI
NO

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

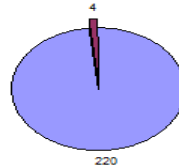


15 MINUTOS
30 MINUTOS
45 MINUTOS
1 HORA
MAS DE 1 HORA

MAS DE UNA HORA	4%
1 HORA	2.7%
45 MIN	17%
30 MIN	21.4%
15 MIN	28.6%

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

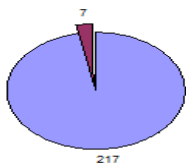
SI	98.2%
NO	1.8%



SI
NO



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

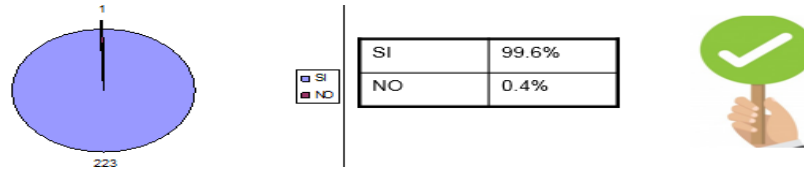


SI
NO



SI	96.9%
NO	3.1%

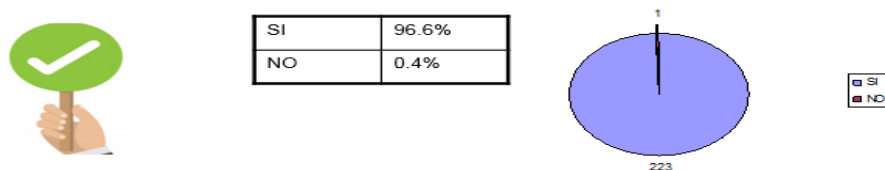
8. ¿Le dieron a conocer y explicaron la declaración y consentimiento del Donante antes de que se realizara la



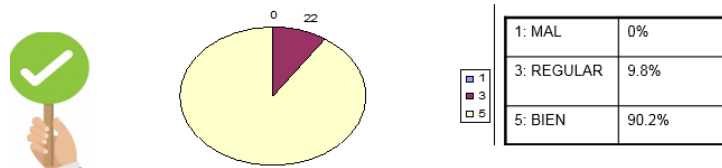
9. Durante su atención, ¿El Profesional de la Salud le permitió expresar sus dudas o inquietudes con respecto a la donación de sangre?



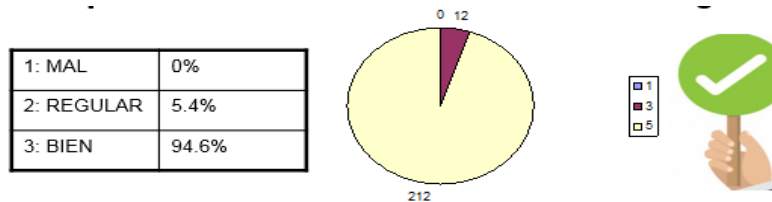
10. ¿Volvería a donar sangre en este banco de sangre?



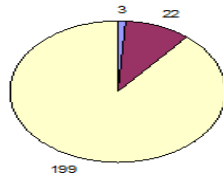
10. ¿Cómo se sintió con el trato que le ofreció el entrevistador del banco de sangre?:



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



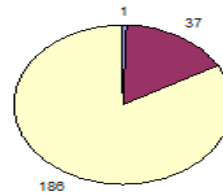
12. ¿Cómo califica la Claridad en la Información brindada por parte del personal de salud antes de la donación de sangre?:



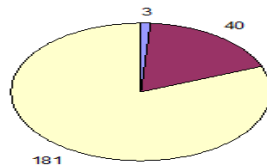
1: MAL	1.3%
2: REGULAR	9.8%
3: BIEN	88.8%

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

1: MAL	0.4%
3: REGULAR	16.5%
5: BIEN	83%



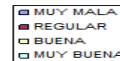
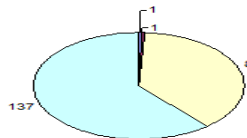
14. ¿Cómo califica Limpieza y aseo del área donde lo atendieron?



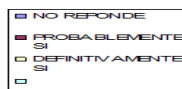
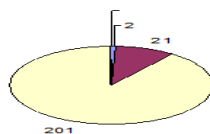
1: MAL	1.3%
3: REGULAR	17.9%
5: BIEN	80.8%

15. ¿Cómo califica su experiencia global respecto al servicio recibido durante la donación de sangre?

MUY BUENO	61.2%
BUENO	37.9%
REGULAR	0.4%
MALO	0.0%
MUY MALO	0.4%
NO RESPONDE	0%



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

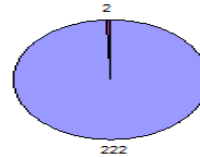


DEFINITIVAMENTE SI	89.7%
PROBABLEMENTE SI	9.4%
PROBABLEMENTE NO	0%
DEFINITIVAMENTE NO	0%
NO RESPONDE	0.9%

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



SATISFECHO	99.1%
INSATISFECHO	0.9%



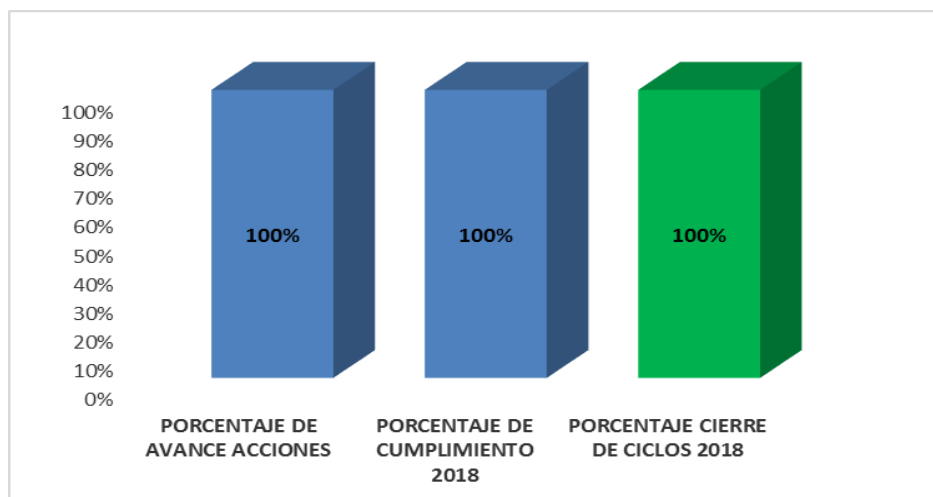
■ SATISFECHO
■ INSATISFECHO

En cuanto a esta encuesta de satisfacción externa de las jornadas de donación es importante mencionar, que estamos alineados institucionalmente con nuestro modelo de atención y nuestros donantes lo ven reflejado como observamos en la encuesta, destacándonos por nuestra calidez al donante, con una atención humanizado, dándonos consentimiento para el procedimiento y exámenes, asegurando nuestro puesto de trabajo y seguridad al donante, reflejando que los donantes volverían a DONAR EN NUESTRA CARPA MÓVIL.

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

Planes Únicos de Mejora PUMP

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 4 hallazgos, estos corresponden a: acciones específicas que venían atrasadas de vigencias anteriores como son: unidad móvil, mejoramiento del área física del banco de sangre.se logro el cierre, ya que se entrega el hallazgo a administrativa y arquitectura correspondientemente.



Grafica 19. Cierre de PUMP Por Proceso Banco de Sangre
Fuente: Excel PUMP cierre semestral 2018

Gestión del Riesgo

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

Visita vigilancia y Control (Invima)

Durante la vigencia 2018 se realizó una visita INVIMA dándonos el concepto técnico de **CUMPLE** con todos los requisitos exigidos en la normatividad vigente para bancos de sangre categoría A y especifican que vuelven a revisar algunos criterios de no cumplimiento o por mejorar en nuestra próxima visita de auditoria por parte del ente de control.

Cabe recalcar como se había mencionado en el informe anterior, que en cuento a planta física Nos dieron calificación de No cumplimiento siendo este un Riesgo Crítico para el proceso del banco de sangre, ya que ellas

Manifiestan que existen contraflujos dentro de los procesos dentro del Banco de Sangre con respecto al traslado de las unidades de sangre y fueron muy reiterativas exponiendo la necesidad de evaluar la capacidad instalada del banco de sangre, especificando que las instalaciones como están ahora no cumplirían con BPS (normatividad a expensas de salir en septiembre 2018); ya que no cuentan con suficiente espacio para el flujo de personas y con los espacios acordes de acuerdo a la tecnología presente actualmente. Sin embargo, se le informa que se está trabajando en un plan institucional (Plan Rector) que contempla al Banco de Sangre y sus nuevas adecuaciones para mejorar la ubicación y diseño de las mismas.

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

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

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

Sistema Único de Acreditación

Durante toda la vigencia 2018 se trabajó en dos (2) mejoras en los hallazgos N° 59 “Aún no se han establecido los tiempos de la atención oportuna y retraso de la atención por lo que debe

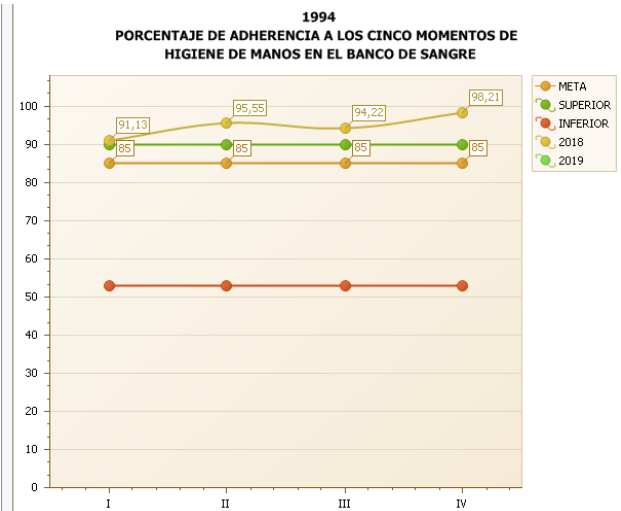
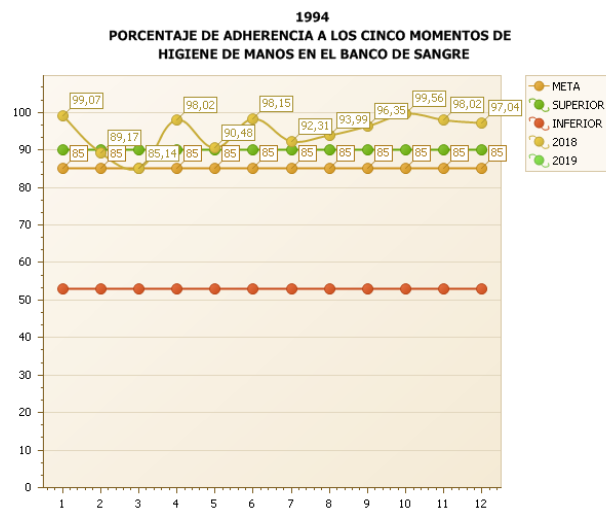


Establecerse la línea base, definición de indicadores y fuente de la información, además se requiere mejorar la trazabilidad completa implementando la medición desde la solicitud médica” y N° 61 “No se demuestra confiabilidad y validez en los indicadores del programa de hemovigilancia”, en los estándares del Proceso de atención del cliente asistencial (PACAS) relacionados en el PAMEC.

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

En cuanto al seguimiento del PAMEC, se realizaron verificaciones en la vigencia 2018 por la oficina de planeación y gestión de la calidad, en revisar las actividades de cumplimiento de las acciones descritas en el PAMEC para dar cumplimiento a los mismos.

De igual forma se articuló de manera transversal con los procesos seguros en cuanto a la estrategia multimodal, las cuales arrojaron resultados favorables, evidenciando que las profesionales están adheridas a la estrategia por encima de la meta prevista del 85%, cumpliendo en un 98%; se continuara con el proceso para estar adheridos y seguir arrojando excelentes resultados y contribuir a comportamientos seguros dentro de la institución.



Referenciación Comparativa: Es importante recalcar que durante la vigencia 2018 se manejaron dos referenciaciones: 1) Hospital San Rafael de Facatativá verificando todos los procesos del área de inmunohematología y verificación del banco de sangre en sus áreas. 2) Banco de sangre de la Universidad de Costa Rica referenciando con el área de fraccionamiento de hemocomponentes.



En cuanto al Seguimiento a equipos Primarios de Mejoramiento, es importante recalcar que se cumplió el 100% de la auditoria, la cual fue verificada por el área de planeación durante toda la vigencia del 2018, queda como compromiso incorporar la verificación del quorum y el formato para estar alineados institucionalmente.

Plan de Acción del Comité de Transfusiones

En cuanto al plan de acción del comité de transfusiones, de las cuatro 4 actividades por ejecutar durante esta vigencia 2018, que son:

1. Elaborar programa jornadas Donación de Sangre

En cuanto a esta actividad se desarrolla el cronograma anual y se da cumplimiento realizando las jornadas de donación de sangre durante toda la vigencia 2018 para asegurar hemocomponentes a nuestros pacientes y a nuestros convenios institucionales.

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

2. Seguimiento el programa de Hemovigilancia en la institución.

En cuanto al seguimiento del programa de hemovigilancia, se analizaron todos los casos de las reacciones adversas a la transfusión (RAT) en el comité de transfusiones, se realizaron capacitaciones y seguimiento a búsqueda activas de RAT y poderlas alinear con seguridad del paciente, se realizó reconocimiento a médicos, bacteriólogas, enfermeras, camilleros en el IV trimestre (diciembre) involucrados en la RAT, por su participación En la vigencia 2018 dedicando tiempo, ofrecieron su corazón, confianza y el apoyo desinteresado a cada uno de los pacientes más necesitados de la institución. Contribuyendo de esta manera, al crecimiento y fortalecimiento de la Hemovigilancia Institucional.(imagen 2)

Friday, 21 de December de 2018



Imagen 2. Reconocimiento Comité Transfusional. Gestión realizada gracias al esfuerzo, empeño y dedicación desinteresada de funcionarios y colaboradores del hospital

Fuente: Intranet. Página principal de la ESE Hospital Universitario de la samaritana

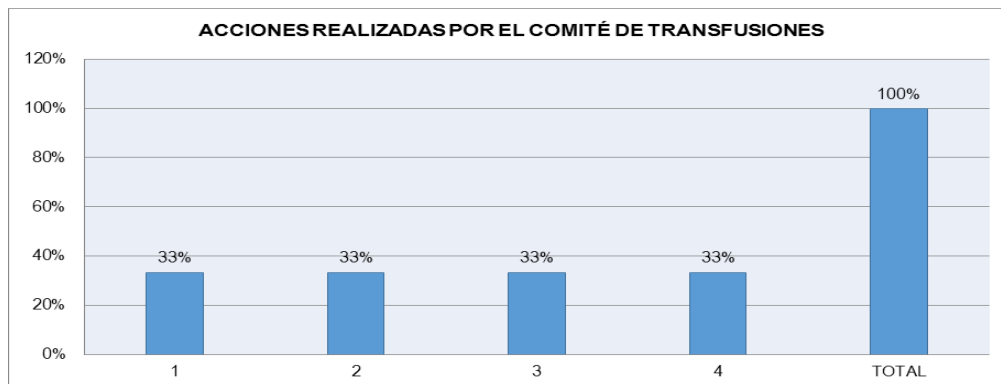
3. Analizar informes estadísticos sobre captación, y transfusión de hemocomponentes

Se presentan informes estadísticos sobre la captación y transfusión al comité para toma de decisiones con el fin de generar planes de mejora si lo amerita.

4. Revisión y solicitud de la implementación de Guía de Medicina transfusional

Es importante mencionar que el banco de sangre de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana fue escogido dentro de un grupo de hospitales, para realizar prueba piloto de implementación de la GPC del uso de componentes sanguíneos, la cual, se ha estado trabajando junto al ministerio, para lograr su implementación con actividades para lograr su ejecución y darle a conocer a todo el hospital la GPC contando con un año para su implementación acabando en el mes de febrero de 2019. Se espera lograr en la vigencia 2019 la resolución por el cual se adopta la GPC y poder gestionar su implementación y reconocimiento de esta GPC a nivel institucional.

Se tiene a la fecha un cumplimiento del plan de acción del 100% (grafica20)



Gráfica 20. Cierre de plan de acción Comité de Transfusiones

Fuente: plan de acción institucional 2018

Programa Hemovigilancia

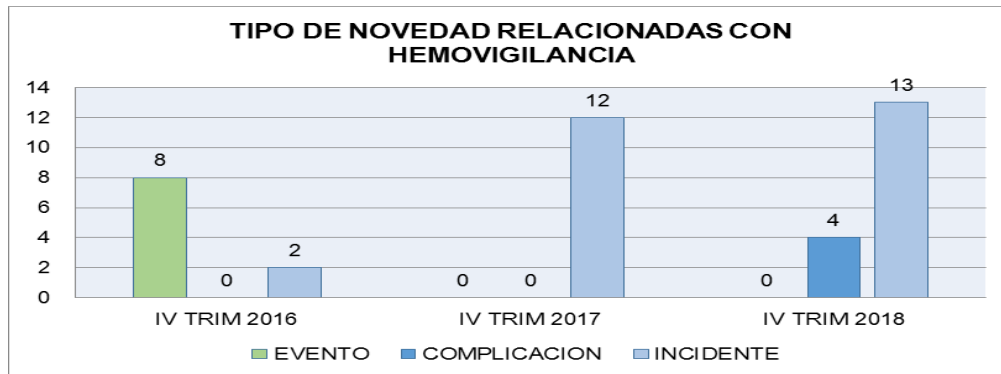
En el cuarto trimestre del 2018 se obtiene un cumplimiento del 78% de las actividades del programa de Hemovigilancia, de 51 actividades planteadas, se ejecutaron 40 de las planteadas; entre las actividades planteadas se realizó reportes de las novedades y haciendo los análisis pertinentes frente al comité de seguridad, quedando sin cumplir la capacitación al personal médico presencial y por medio del curso virtual, lo que impacto significativamente en las metas por ejecutar ya que desde educación médica no se contaba con referente impactando negativamente.

Cabe recalcar que se hace cierre de vigencia 2018 con un total de actividades planteadas 202 y ejecutadas 165 para un total de porcentaje 81.7%, se tuvo problemas para alcanzar el 100%, dificultad con el curso virtual por no contar con referente desde educación médica lo que impidió que la segunda versión se llevara a cabalidad según los cronogramas establecido, se espera que se termine la segunda versión el 20 de enero de 2019; no se realizaron unos comités de seguridad del paciente, en un mes no se pudo asistir por una reunión en la SDS quedando la no asistencia justificada y se replanteara la periodicidad de la ejecución de las capacitaciones en Zipaquirá para que no afecte el cumplimiento.

De las actividades desarrolladas durante este IV trimestre cabe recalcar que se gestionaron y se analizaron un total de 13 incidentes y 4 eventos, en comparación con el 2017 que se reportaron solo 12 incidentes, mejorando los procesos y el reporte adecuado de los hallazgos (gráfica 21).

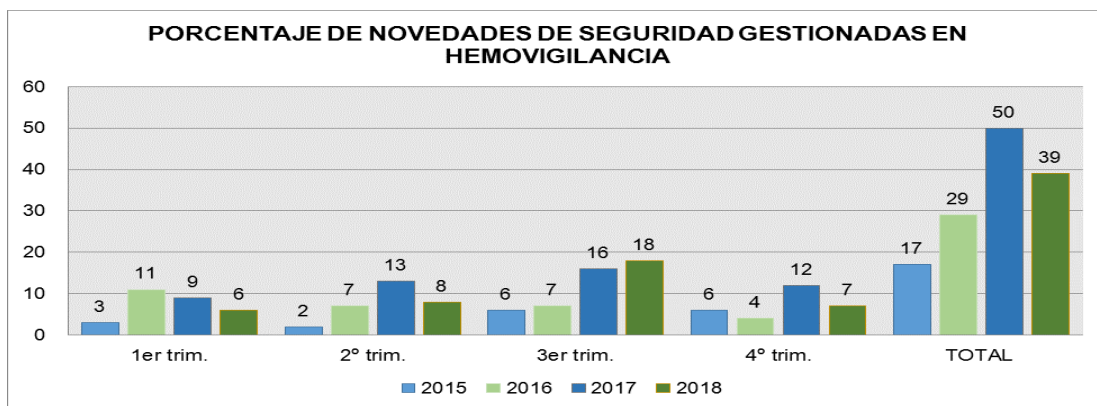
De esos hallazgos se analizaron por metodología ANCLA estipulada por el HUS, siete ANCLAS logrando esclarecer que eran Incidentes relacionados con Sangre; sin embargo, se recalca que en este trimestre se tuvo perdida de

hemocomponentes por presentarse RAT y por descuido por parte de enfermería en seguimiento a la transfusión, inoportunidad de un despacho de componentes por diagnóstico inadecuado por el médico ya que requiere una unidad filtrada, generando reproceso internos dentro del banco de sangre; se espera fortalecer las capacitaciones e inducciones con médico, enfermeras, para evitar reprocesos en la cadena transfusional (Gráfica 22).



Gráfica 21. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia

Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia. Comparación IV Trim 2015 -2018

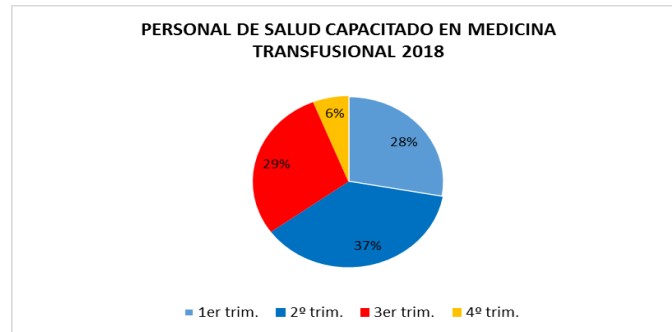


Gráfica 22. Comparación informe de novedades gestionadas

Fuente: Informe de novedades gestionadas Comparación por trimestre Trim 2015- 2018 y totalización anual.

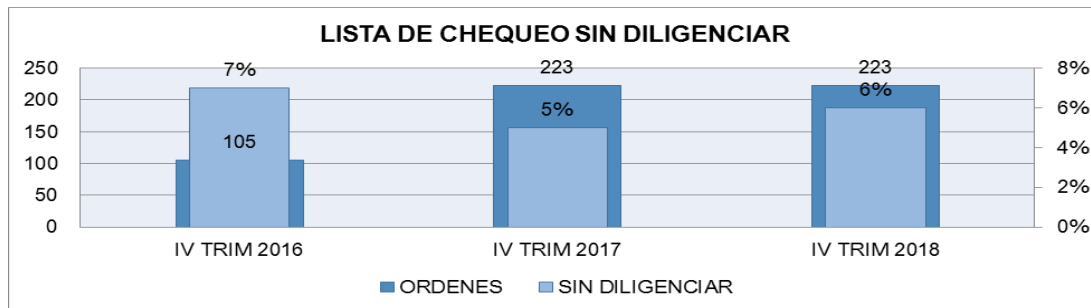
Así mismo, es importante mencionar que gracias al apoyo de la profesional en las actividades de hemovigilancia, se lograron capacitar en puesto de trabajo y en jornada de inducción a médicos, enfermeras y camilleros de todos los servicios logrando un 28.8% de cobertura al personal y quedando pendiente adherencia a ese personal. (Gráfica 23)

Es importante mencionar que en nuestra segunda versión el curso de medicina transfusional de carácter obligatorio, tuvo una gran acogida en inscripción debida a la promoción que se le hizo al curso, inscribiéndose un total de colaboradores de 421; sin embargo, no se ha realizado cierre del curso por falta del personal de TICS, impidiendo la Consolidación de la información. Sin embargo es importante mencionar, que a la fecha van realizando el curso 300 colaboradores que equivale al 71%, impidiendo un cumplimiento a cabalidad del indicador y de la meta propuesta. Para esta vigencia 2018 se capacito de 835 colaboradores de la parte asistencial 313 en total incluyendo curso virtual, en espera la culminación del curso para sacar la totalidad.



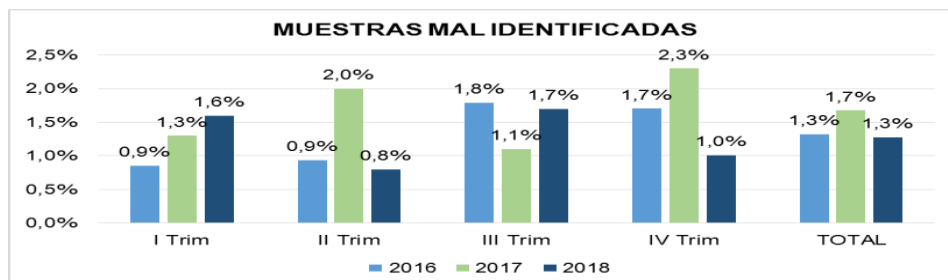
Gráfica 23. Personal capacitado en medicina transfusional.
Fuente: Consolidado trimestral 2018.

Por otro lado, se continúa trabajando en las listas de Chequeo de enfermería evidenciando en este IV trimestre del 2018 un 6% ordenes sin diligenciar comparado con el año anterior que fue del 5 %, manteniéndonos a pesar de evidenciar un alta rotación de personal, se seguirá trabajando durante toda la vigencia 2019 en capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos, marcaje de muestras y todos los procesos que tienen que ver con la cadena transfusional hacia el personal de enfermería (Gráfica 24); para lograr una disminución o mantener el indicador.



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

Fuente: Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusión. Comparación IV Trim 2016 -2018.



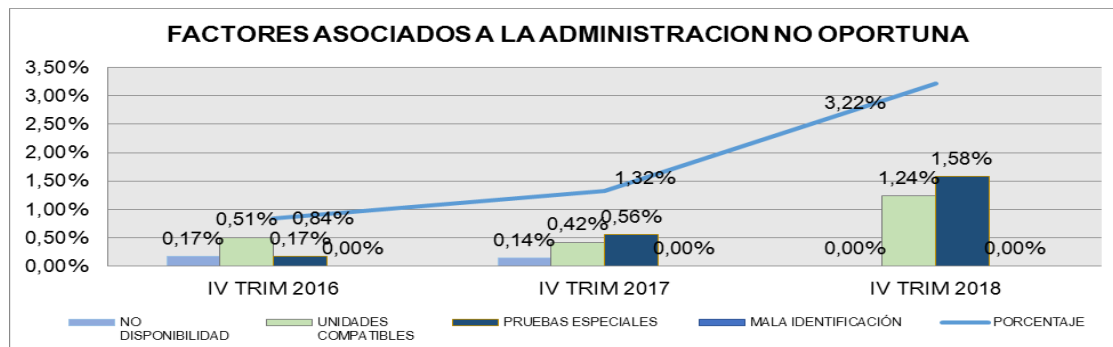
Gráfica 25. Muestras mal identificadas proceso transfusional.

Fuente: muestras mal identificadas en el proceso transfusión. Comparación trimestral 2016 -2018.

Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas en el proceso de transfusión (enfermería) donde para el trimestre correspondiente se observa una disminución del 1.0% de muestras mal identificadas en un promedio de 514 órdenes analizadas (Gráfica 25). Analizando que se termina la vigencia con un comportamiento del 1.3% reflejado en todo la gestión e inducciones al área de enfermería. Así mismo se observa que los servicios que más impactan son urgencias y salas de cirugía. En espera de que la próxima vigencia se evidencia que los servicios que aumentaron logren una disminución que impacte en el proceso. 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.

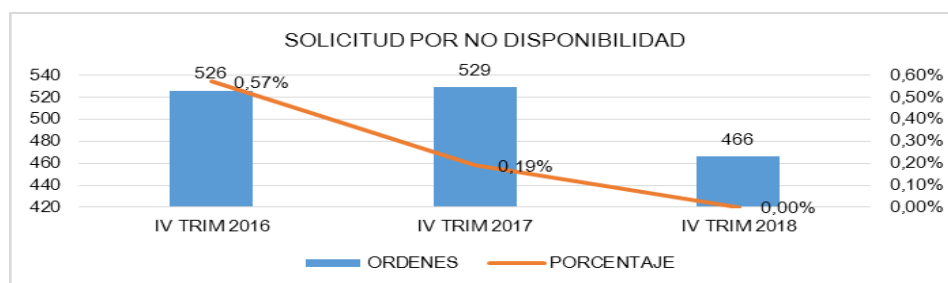
Por otro lado se analizaron todos los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 3.22% en este cuarto trimestre, teniendo mayor impacto pruebas especiales en un 1.58%, debido a la búsqueda de unidades fenotipificadas y compatibilizadas (Gráfica 26) comparado con el trimestre del año anterior que equivalía al 0.56%. Así mismo, se ve reflejado en un 1.24% por unidades compatibles en este IV trimestre; presentándose en el mes de diciembre nueve (9) por compatibilidad, las cuales presentaron retraso en la oportunidad.

En cuanto al indicador por no disponibilidad de hemocomponentes durante este trimestre se presentó un 0.% con un promedio de 466 ordenes, esto debió al cumplimiento y oportunidad de todos los requerimientos solicitados. (Gráfica 27), cabe recalcar que la no disponibilidad está sujeto a la cantidad de pacientes y requerimientos de cada uno de ellos en su momento y de esta manera dar cumplimiento a la meta.



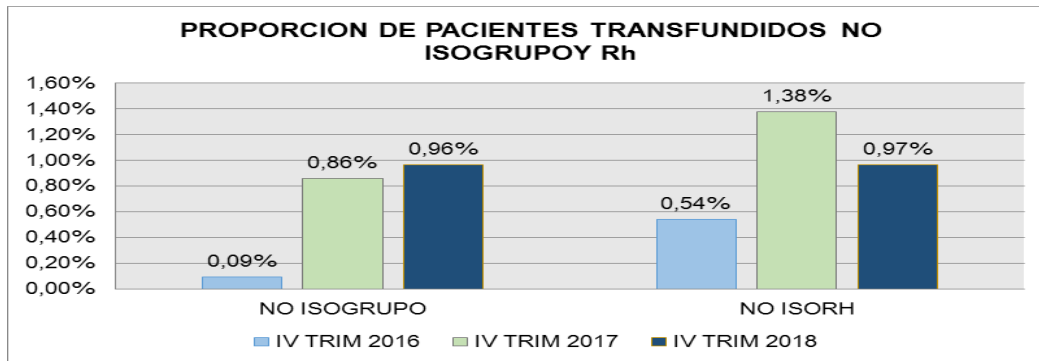
Gráfica 26. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2018

Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación IV Trim 2016-2018.



Gráfica 27. Solicitud por No Disponibilidad. 2018

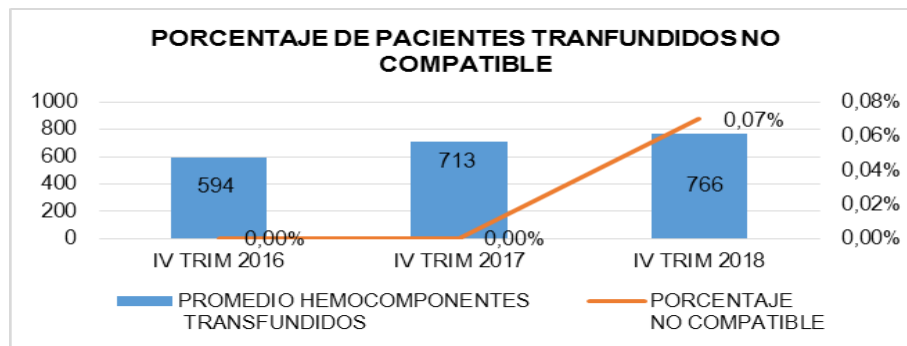
Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación IV Trim 2016-2018.



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

Fuente: Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo. Comparación IV trim 2016 al 2018

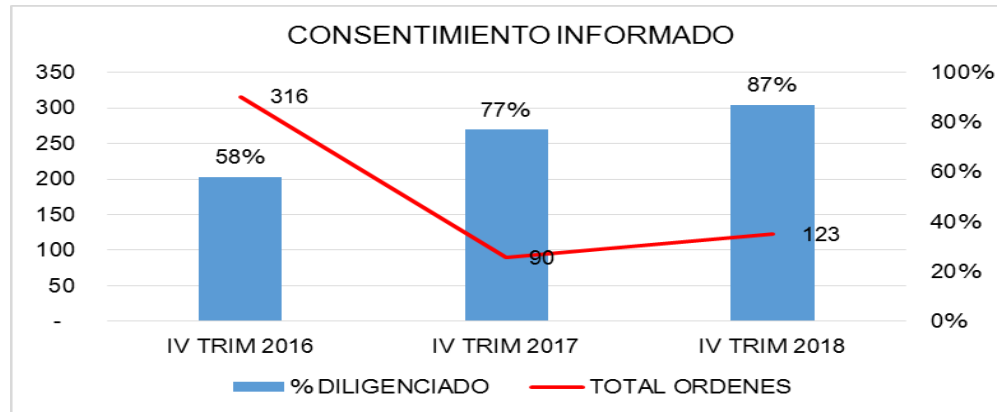
Así mismo, en este IV trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH en un promedio de 766 hemocomponentes transfundidos, resaltando que en este trimestre se nos presenta mayor tendencia a la transfusión de pacientes no isogrupo, debido a la presencia de urgencias vitales y códigos rojos, que ocasionaron dicho comportamiento, en un 0,96% en isogrupo y un 0,97% en Rh; a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde como primera "O", sin presentar ningún daño o evento al paciente.(Gráfica 28)



Gráfica 29. Proporción de pacientes transfundidos no compatible

Fuente: Proporción de fallas en la identificación hemocomponentes. Comparación IV trimestre 2016-2018.

Por otro lado, durante IV trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible, se presentó un evento de transfusión no compatible equivalente a 0.07% en un total promedio de 766 hemocomponentes transfundidos, terminando este año con un indicador de transfusión no compatible en 0.02%.; cabe recalcar que esta unidad transfundida incompatible es debida al diagnóstico del paciente (anemia hemolítica) la cual ha sido complicado la consecución de unidades compatibles, la cual esta unidad transfundida es la menos incompatible para el paciente y se realizó bajo autorización médica y estricto control sobre el paciente para evitar una complicación posterior.



Gráfica 27. Consentimientos informados de Transfusión

Fuente: Porcentaje de consentimientos informados para la transfusión. Comparación IV Trim 2016-2018

Para finalizar, durante el IV trimestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados, aumentando su diligenciamiento en un 87% comparado con el trimestre anterior que equivalía al 77%, impactando la meta que equivale al 80%. Todo esto debido a estrategias internas dentro del STS la cual mejoro este indicador significativamente, en lo que consiste en cada despacho de hemocomponente, deben traer el consentimiento informado diligenciado y este a su vez es escaneado en el STS, para la posterior revisión del médico del STS, pasando de un promedio de supervisión de consentimiento de un 20% a un 90%.

Debido a esto se logró mantener para la vigencia 2018 un total de diligenciamiento del 91% de consentimientos diligenciados sobre el total de los pacientes transfundidos; es importante mencionar que la auditoria que se tenía, se revisaba el consentimiento en 5 requisitos de diligenciamiento; a partir de la visita de acreditación si tiene todo el consentimiento diligenciado se toma como diligenciado y si falta un ítem se audita como no diligenciado, logrando dar mayor confiabilidad al dato y así mismo al indicador; sin embargo se han presentado inconvenientes en el escaneado del consentimiento por problemas internos, en espera que esto no se vuelva a presentar para no tener problemas en la totalidad de revisión de consentimientos.

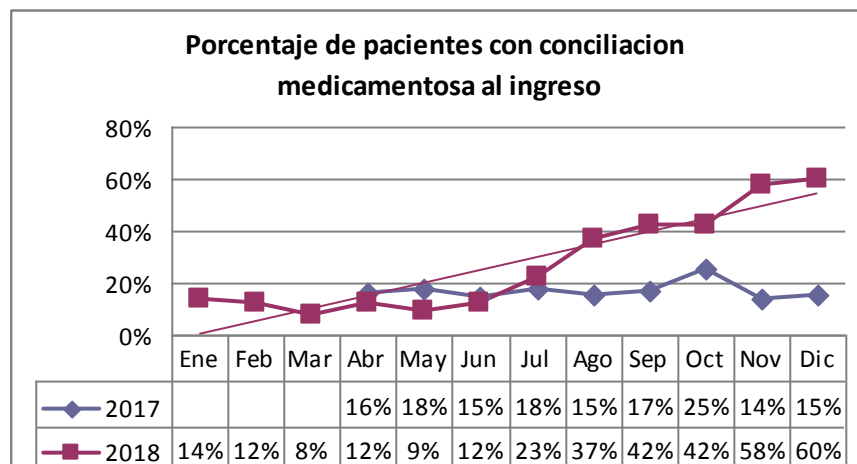
1.6 PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

GESTIÓN DEL PROCESO

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

Conciliación Medicamentosa

Porcentaje de pacientes con conciliación medicamentosa al ingreso



Grafica 1. Porcentaje de Pacientes con Conciliación Medicamentosa al ingreso.

El porcentaje de adherencia por parte del personal médico al Protocolo Conciliación Medicamentosa para el mes de diciembre de 2018 se encuentra en un 60%; en la Grafica 1 se observa un aumento del 18% en la adherencia con relación al valor del mes de octubre de 2018. De igual forma se observa que el porcentaje de adherencia con relación al mes de diciembre de 2017 ha aumentado un 45%.

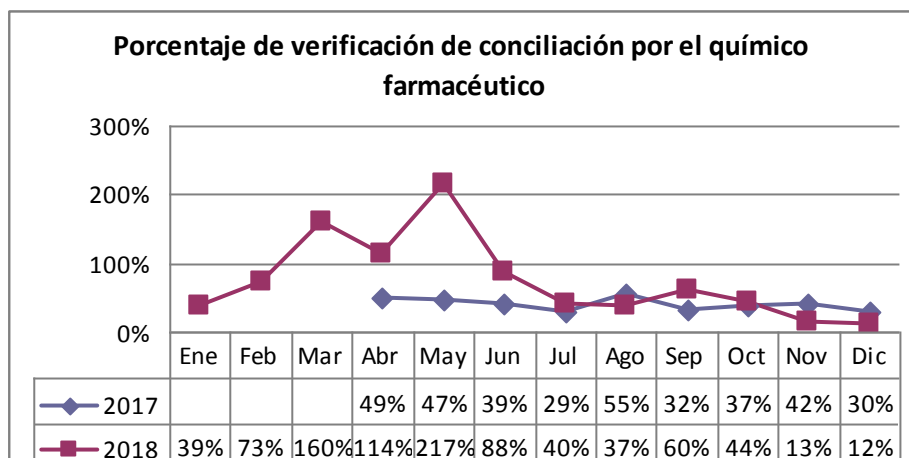
Se observa un crecimiento constante en la adherencia del indicador desde el mes de Junio de 2018 a diferencia de la tendencia observada en el año 2017.

Desde el Servicio Farmacéutico se ha realizado un seguimiento diario de la adherencia al Protocolo por parte de los médicos que integran el Servicio de Urgencias y Medicina Interna. Lo anterior ha permitido reportar mensualmente a las respectivas subdirecciones médicas la adherencia de cada médico al proceso.

La generación del reporte de adherencia al protocolo se realizó por servicios (Urgencias y Hospitalización) lo cual arrojó una mejor determinación de la cantidad de pacientes a los que se les realizó la correspondiente conciliación medicamentosa en cada transición asistencial. Se mejoró el proceso para generar el número total de pacientes a los que se les realizó la Conciliación Medicamentosa, ya que se estaban omitiendo múltiples ingresos en el mismo mes tanto para Urgencias como para Hospitalización.

Para el área de hospitalización se resalta nuevamente que la estructuración del Protocolo no es acorde con las dinámicas de atención que se observan en la institución; entendiéndose que la transición asistencial, en la mayoría de los casos, no se corresponde con una transición física del paciente desde Urgencias a Hospitalización. Por lo anterior se considera que el porcentaje global de adherencia al Protocolo no va a tener un aumento significativo en los próximos meses.

Porcentaje de verificación de la Conciliación Medicamentosa por el Químico Farmacéutico



Grafica 2. Porcentaje de verificación de la Conciliación Medicamentosa por el Químico Farmacéutico

El 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 mes de diciembre de 2018 se encuentra en un 12% como se observa en la Grafica 2; lo que representa una disminución del 18% frente al mes de diciembre de 2017.

Esta disminución está relacionada con el aumento en el porcentaje de adherencia al proceso registrado en el último semestre del año 2018. Se observa una clara disminución desde el mes de septiembre de 2018 del porcentaje de pacientes verificados.

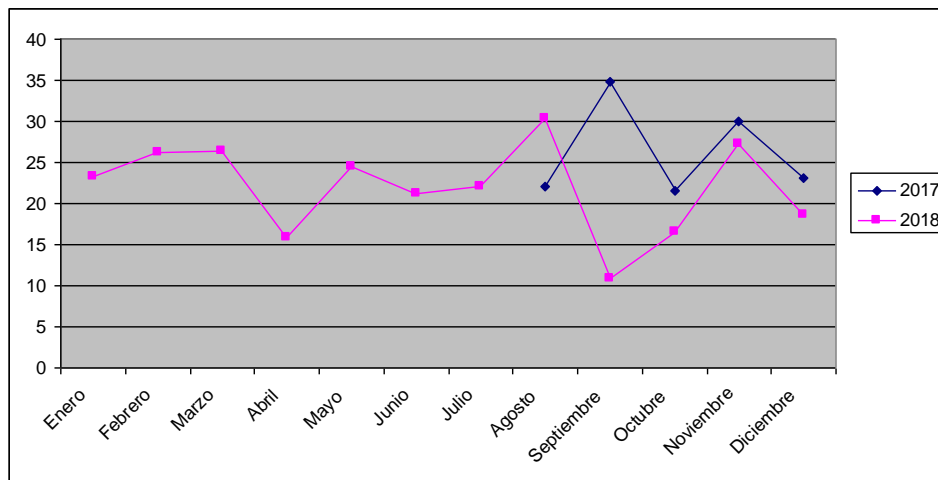
De igual forma se observa una disminución frente al último trimestre del año 2017, lo anterior se encuentra relacionado a la menor adherencia al protocolo en el año 2017.

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

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

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

Para el indicador denominado porcentaje de seguimientos farmacoterapéuticos en el año 2018, se encontró frente al mismo periodo del 2017, una reducción de 4, 3 y 5 puntos porcentuales respectivamente (Gráfica 3); esto se explica principalmente por la fluctuación del número de pacientes que mensualmente son seguidos en el programa, los cuales varían según el movimiento de ingreso/egreso hospitalario y la situación clínica del paciente, lo que puede generar una mayor demanda de tiempo para la revisión de su terapia medicamentosa.

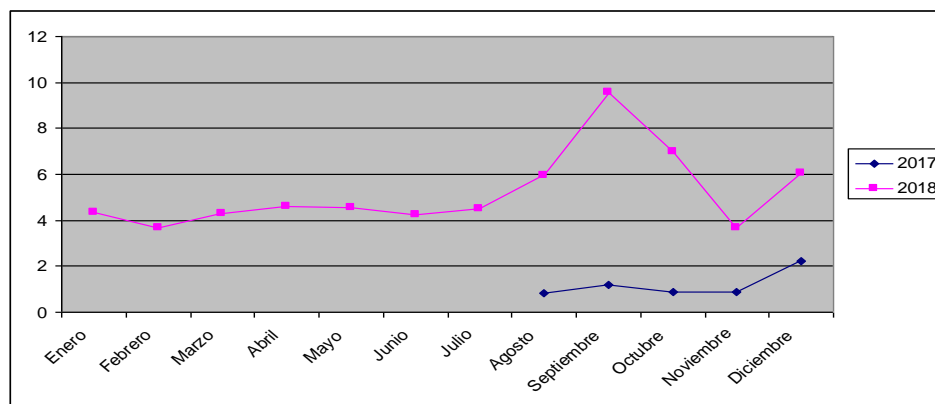


Gráfica 3. Porcentaje mensual de seguimientos farmacoterapéuticos realizados a los pacientes hospitalizados en el HUS en los años 2017 y 2018.

Frente al indicador que consolida el número promedio de intervenciones realizadas por cada paciente, se observó un incremento promedio de 4.2 intervenciones en el periodo octubre – diciembre de 2018 comparado frente al año 2017 (Gráfica 4).

Este aumento se explica dada la implementación de actividades como acompañamiento y soporte más robusto en la administración de medicamentos, gestión en la realización de los formatos MIPRES, gestión de la prescripción de las jeringas prellenas con morfina e hidromorfona, como estrategia para manejo de medicamentos de control especial, actividades de educación sanitaria tanto a profesionales de la salud como a pacientes, priorización en la resolución de problemas relacionados con medicamentos (PRM), y la adquisición de habilidades clínicas para detección y resolución de errores de medicación.

Adicionalmente, es importante tomar en cuenta que a pesar de verse una reducción en el número de pacientes seguidos (como se muestra en la gráfica 3), el número de intervenciones realizadas incrementó (Gráfica 4), lo que ratifica la revisión a profundidad de la terapia de cada uno de los pacientes y así mismo, el crecimiento del programa dentro de la institución.



Gráfica 4. Promedio mensual de intervenciones realizadas a los pacientes hospitalizados en el HUS en los años 2017 y 2018.

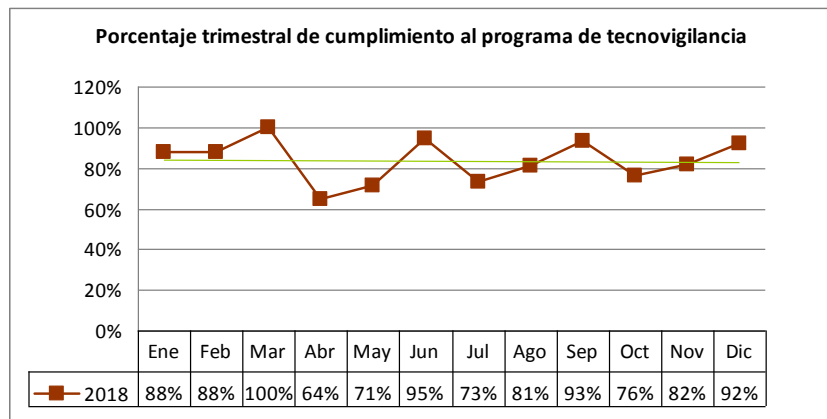
La reducción marcada en el número de pacientes seguidos para el año 2018 en los meses de agosto y septiembre fue debida a la organización de la semana del uso seguro de medicamentos, lo que demandó para su organización, la mayor parte del tiempo de las químicas farmacéuticas encargadas del proceso (gráfica 3). Cabe resaltar que esta semana logró llegar a un número aproximado de 350 personas entre profesionales de la salud y personal en formación mediante *stands* y charlas académicas. Por otra parte, la reducción que presentan algunos meses en el número de intervenciones realizadas, se asocia en parte con un aumento de la adherencia a las recomendaciones dadas por el servicio farmacéutico a los profesionales de la salud, por lo que el número de errores e intervenciones se ve disminuido.

Programa de Tecnovigilancia

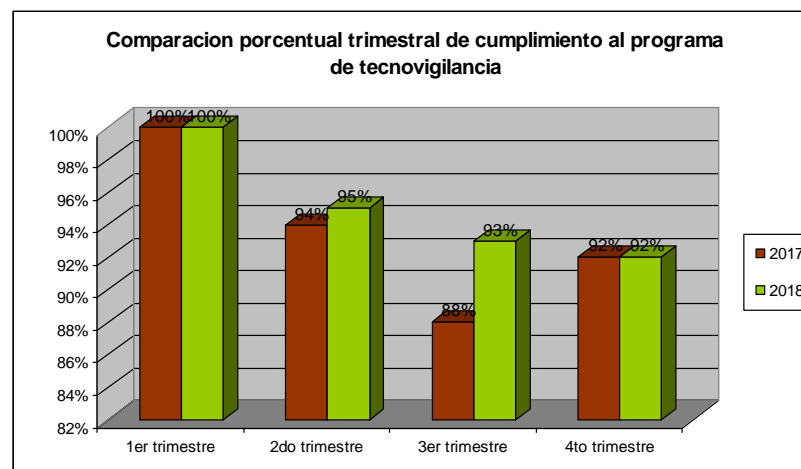
Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de Tecnovigilancia.

Para el cuarto trimestre del año 2018 se dio cumplimiento al 92% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 107 actividades realizadas en frente a 116 actividades programadas acumuladas (ver Gráfica 5). Este trimestre tuvo un alcance igual comparado con el año anterior (2017), teniendo un cumplimiento del 92% que corresponden a 100 actividades realizadas en frente a 109 actividades programadas acumuladas (ver Gráfica 6). Es de destacar que en el año 2018 se contaba con siete (7) actividades adicionales, que se plantearon para darle robustez al programa, sin embargo no se alcanzó a desarrollar el total de las actividades.

Se está trabajando de la mano con el servicio de enfermería, equipos biomédicos y el servicio farmacéutico para dar cumplimiento al 8% restante.



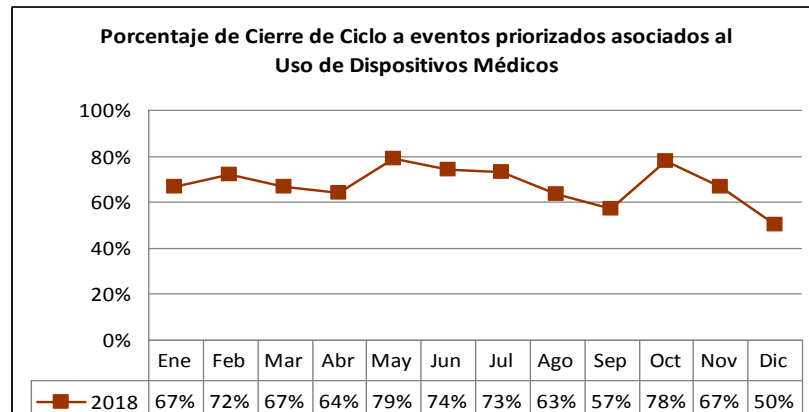
Grafica 5. Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de Tecnovigilancia (año 2018).



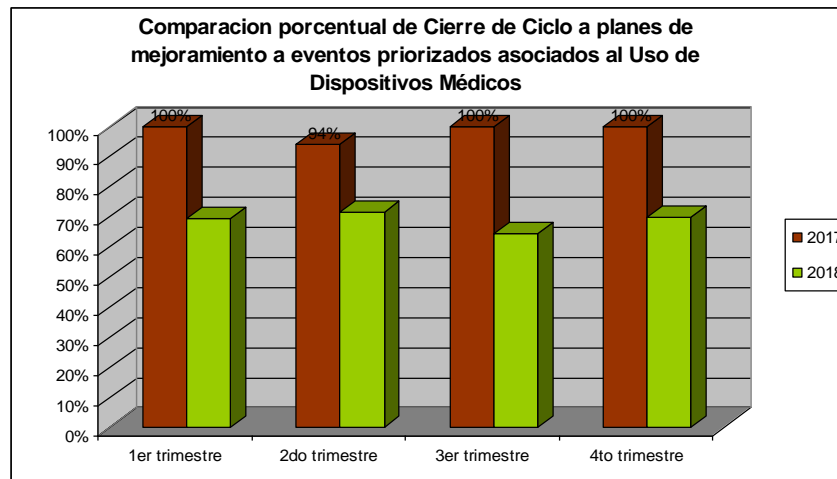
Grafica 6. Comparación porcentual trimestral de cumplimiento al programa de Tecnovigilancia (años 2017-2018).

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

En el cuarto trimestre se presentaron 20 novedades de seguridad asociadas al uso de Dispositivos Médicos (DM), de las cuales 14 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 70% (ver Grafica 7). Comparado con el año 2017 en el cual para el cuarto trimestre se obtuvo un cumplimiento del 100% (14 novedades cerradas) (ver Grafica 8). Es de aclarar que algunas novedades de seguridad (para el año 2018) están sujetas a las respuestas del área de calidad de los proveedores, las cuales tienden a demorarse entre 1 a 3 meses, según donde tengan la casa matriz (esto es por el envío y análisis de las muestras que quedan como evidencia). En el año 2017 no se disponía del procedimiento de recolección de dispositivos médicos como evidencia en eventos y fallas de calidad asociados a novedades de seguridad (03AF59-V1), por lo tanto se daba cierre de las novedades (eventos) cuando se restituía el dispositivo médico y no se esperaba el análisis y respuesta por el área de calidad del proveedor, por ello el porcentaje de cierre es del cien por ciento.



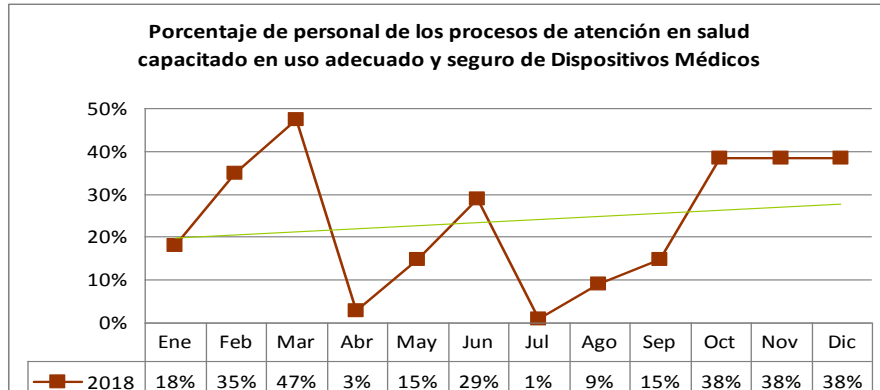
Grafica 7. Porcentaje de Cierre de Ciclo a eventos priorizados asociados al Uso de Dispositivos Médicos (año 2018)



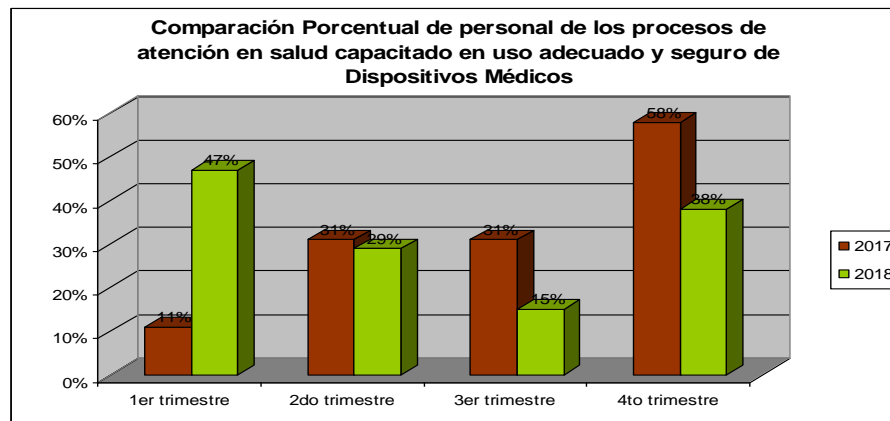
Grafica 8. Comparación porcentual de Cierre de Ciclo a planes de mejoramiento a eventos priorizados asociados al Uso de Dispositivos Médicos (años 2017-2018)

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

En el cuarto trimestre se tiene un 38% del personal vinculado capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico (ver Grafica 9). Comparado con el cuarto trimestre del 2017 se tuvo un 58% del personal capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico (ver Grafica 10). Esta disminución se debe a que nos enfocamos en socializar el programa de Tecnovigilancia (01TB01-V4) y en capacitar al personal sobre el instructivo de reporte de seguridad del paciente (08GC04-V1). Por otro lado en el 2017 se sumaban las personas capacitadas cada trimestre, para el 2018 se toma cada trimestre por separado, dado que la rotación del personal asistencial es muy alta.



Grafica 9. Porcentaje de personal de los procesos de atención en salud capacitado en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos (año 2018).



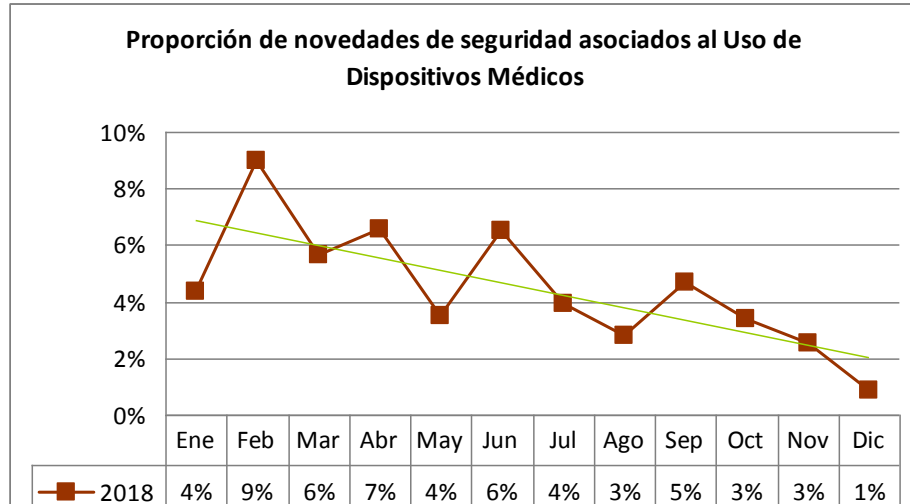
Grafica 10. Comparación Porcentual de personal de los procesos de atención en salud capacitado en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos (años 2017-2018).

Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos

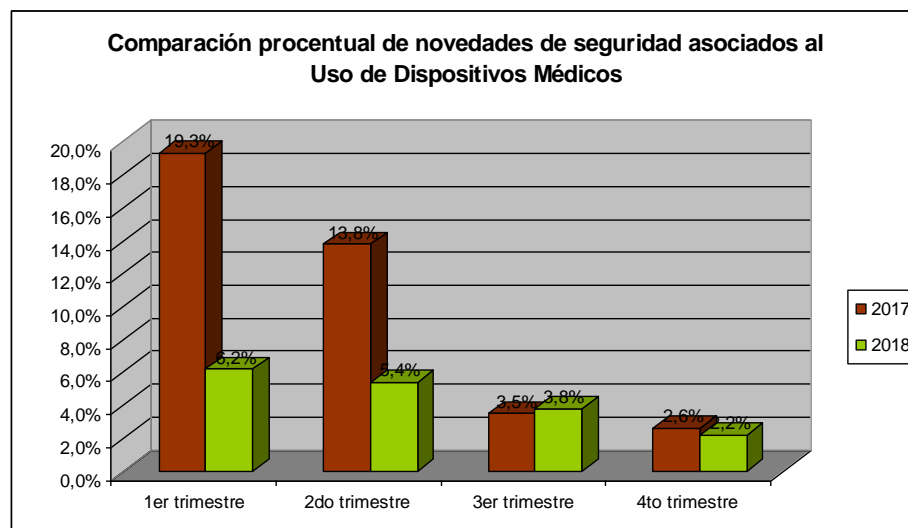
Para el cuarto trimestre del 2018 se tuvo una porción del 2.2 % de 745 novedades de seguridad asociadas a DM (ver grafica 11), en relación con el cuarto trimestre que fue del 2.6% de 535 novedades de seguridad asociadas a DM (ver grafica 12). Esta tendencia de disminución se espera entre los trimestres del mismo año, ya que se ve reflejada las barreras de seguridad a lo largo del año.

Es de resaltar que para el cuarto trimestre del año 2018 se tuvo una cantidad mayor de novedades (210 más novedades) con respecto al 2017 y el porcentaje asociadas a dispositivos médicos fue más baja, esto nos indica que tanto las capacitaciones como las barreras de seguridad, han sido efectivas para mitigar las posibles novedades de seguridad asociadas a dispositivos médicos.

Para el primer u segundo trimestre del año 2017 hubo un aumento de las novedades de seguridad asociadas a dispositivos médico, debido a inconvenientes con la adquisición en la licitación de ese año, sin embargo para el año 2018 disminuyó considerablemente, gracias a la gestión realizada en el servicio farmacéutico en cuanto a la adquisición de dispositivos médicos en la licitación del 2018.



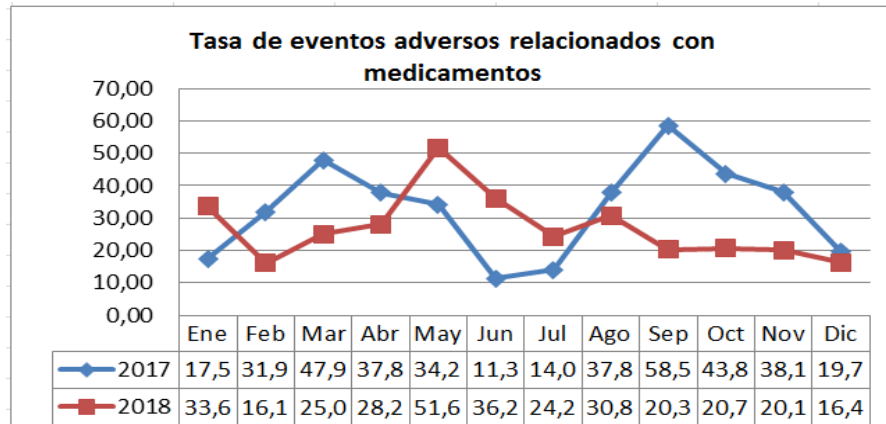
Grafica 11. Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos (año 2018).



Grafica 12. Comparación porcentual de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos (años 2017-2018).

Programa de Farmacovigilancia

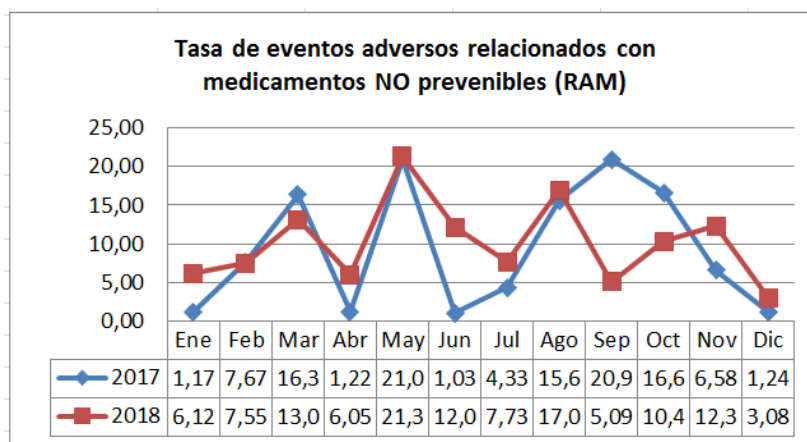
Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos



Grafica 13. 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: $\text{Número total de eventos} / \text{Número de pacientes hospitalizados} * 1000$. Para el último trimestre se observa que el indicador fue mayor en el 2017 respecto a la vigencia 2018 (Grafica 13), esto como consecuencia de una disminución en el número total de eventos relacionados con medicamentos, que a su vez se debe a una 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, farmacovigilancia activa y del programa de conciliación medicamentosa.

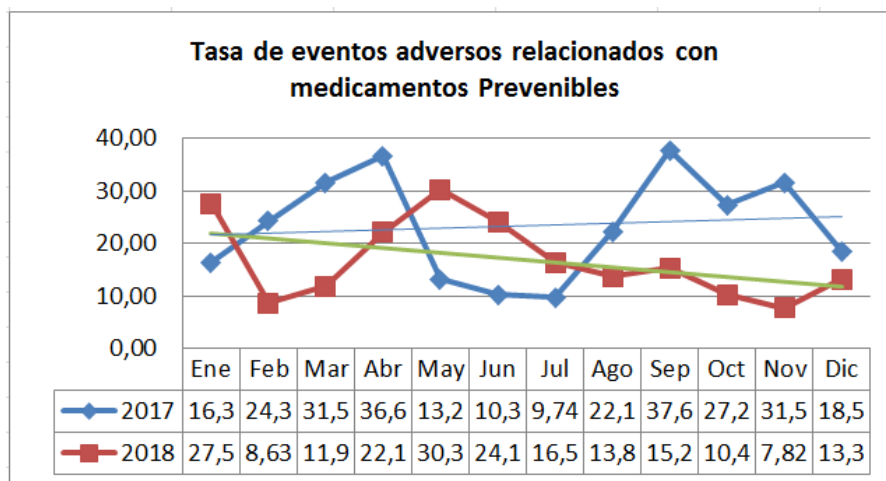
Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)



Grafica 14. 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. El valor superior que se observa en el año 2018 frente a los valores de 2017 (Grafica 14) son consecuencia de la implementación de la farmacovigilancia activa, gracias a que se tiene un farmacéutico de dedicación exclusiva para el programa, adicional al aporte de los estudiantes del pregrado en Farmacia de la Universidad Nacional de Colombia en la entrevista a pacientes con lo cual se lograron evidenciar más RAM que no estaban siendo identificadas con solo la farmacovigilancia pasiva.

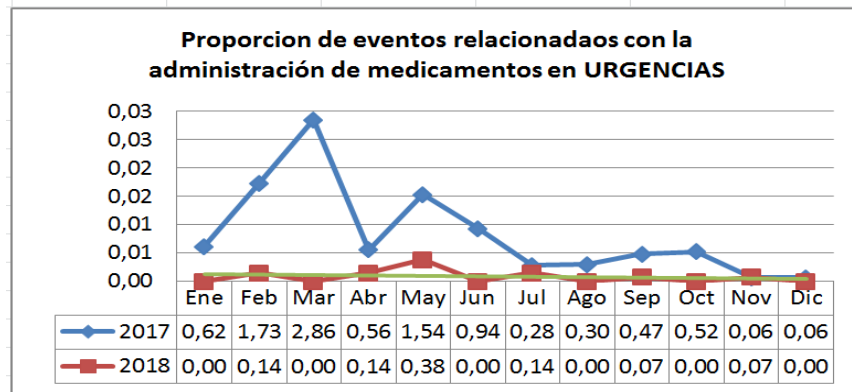
Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles



Grafica 15. 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 último trimestre de 2018 se puede observar que hay una fuerte tendencia a disminuir comparado con el mismo periodo de 2017 (Grafica 15), se logró la meta la cual es menor a veinte (<20), y adicionalmente al hacer línea de tendencia (verde) se evidencia eventos a la baja en comparación con 2017 con una tendencia ascendente (azul), lo cual se logró entre otros principalmente por: la creación del Manual de Uso Seguro de Medicamentos con su lista de verificación aplicada, evaluada y medida de adherencia al personal asistencial; la semana del Medicamento realizada en septiembre; y la constante gestión e intervención de los programas de seguimiento farmacoterapéutico y conciliación medicamentosa. Dentro de la clasificación de eventos prevenibles los que presentaron mayor contribución, fueron los eventos por prescripción y administración, en segunda instancia los de dispensación, y en tercera los de calidad, por oportunidad no se presentaron eventos durante el último trimestre lo que demuestra el trabajo en la gestión de adquisición e inventarios de los medicamentos.

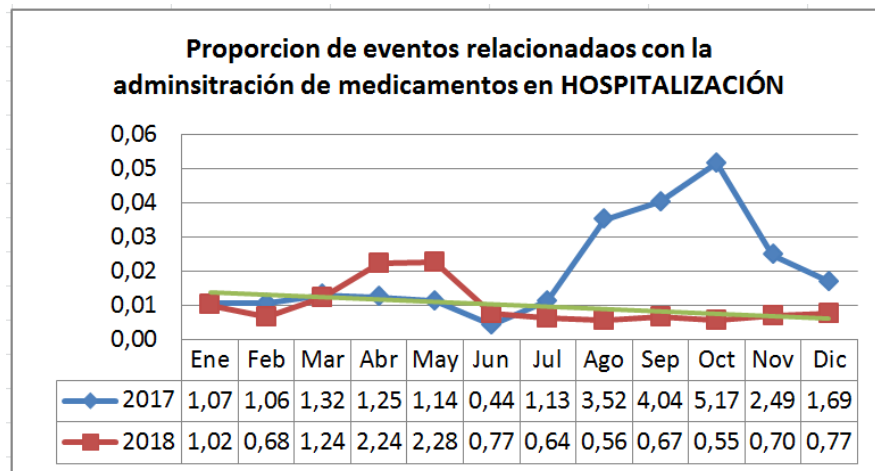
Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias



Grafica 16. 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 la Grafica 16 que para el último trimestre de 2018 fue menor la cantidad de eventos comparada con el mismo periodo del año anterior, esto se debe a que la implementación de barreras de seguridad fue óptima en este servicio o ha disminuido el número reportes.

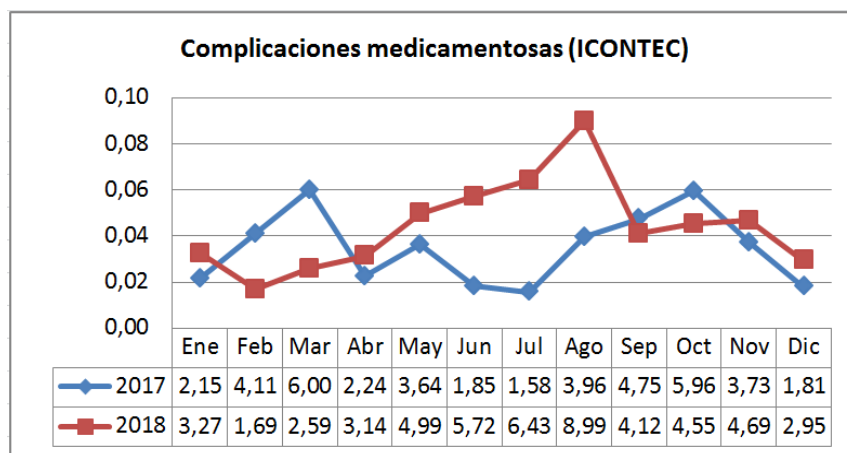
Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización



Grafica 17. Eventos relacionados con la administración de medicamentos en Hospitalización

Con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en hospitalización (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Se puede observar en la Grafica 17 que para el último trimestre de 2018 tuvo una tendencia similar al año 2017, sin embargo los datos fueron menores comparados con el último trimestre de 2017, esto se debe a que la implementación de barreras de seguridad fue óptima en este servicio y ha aumentado el número reportes.

Complicaciones medicamentosas



Grafica 18. Complicaciones medicamentosas (ICONTEC)

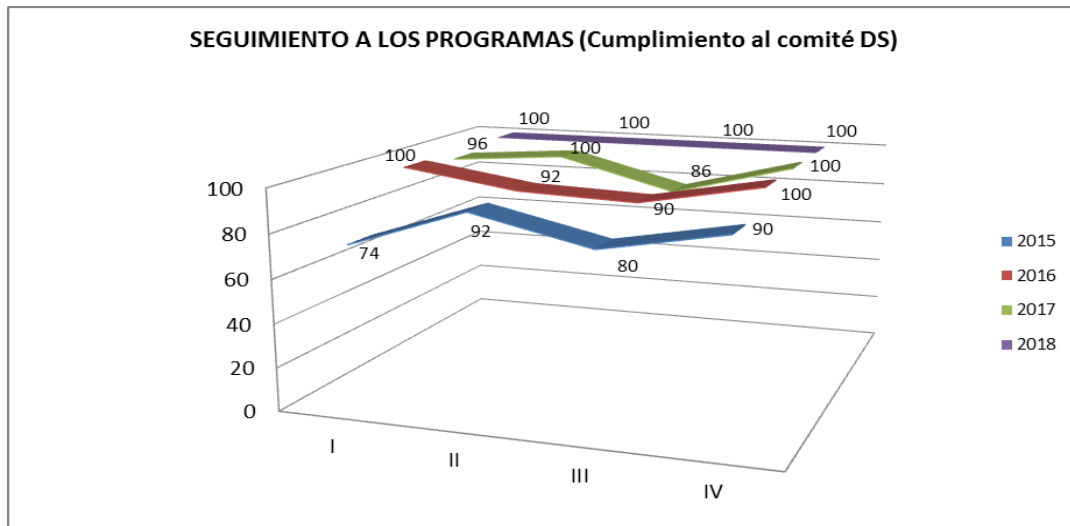
La definición operacional de este indicador es: $(\text{Complicaciones medicamentosas hospitalarias} / \text{Numero de egresos hospitalizados}) * 100$, es un indicador ICONTEC, en el cual se suman tanto eventos como complicaciones (RAM). Se puede observar en la Gráfica 18 que en el año 2018 se presentaron en general más complicaciones respecto al año anterior, con tendencia a la baja. Se exalta el aumento de la cultura del reporte de novedades de seguridad por el aumento de número de observadores (seguimiento farmacoterapéutico, conciliación medicamentosa, del COVE a flebitis y farmacovigilancia activa).

1.7 PROCESOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADORES DE DOCENCIA

Seguimiento a los programas desarrollados en el HUS



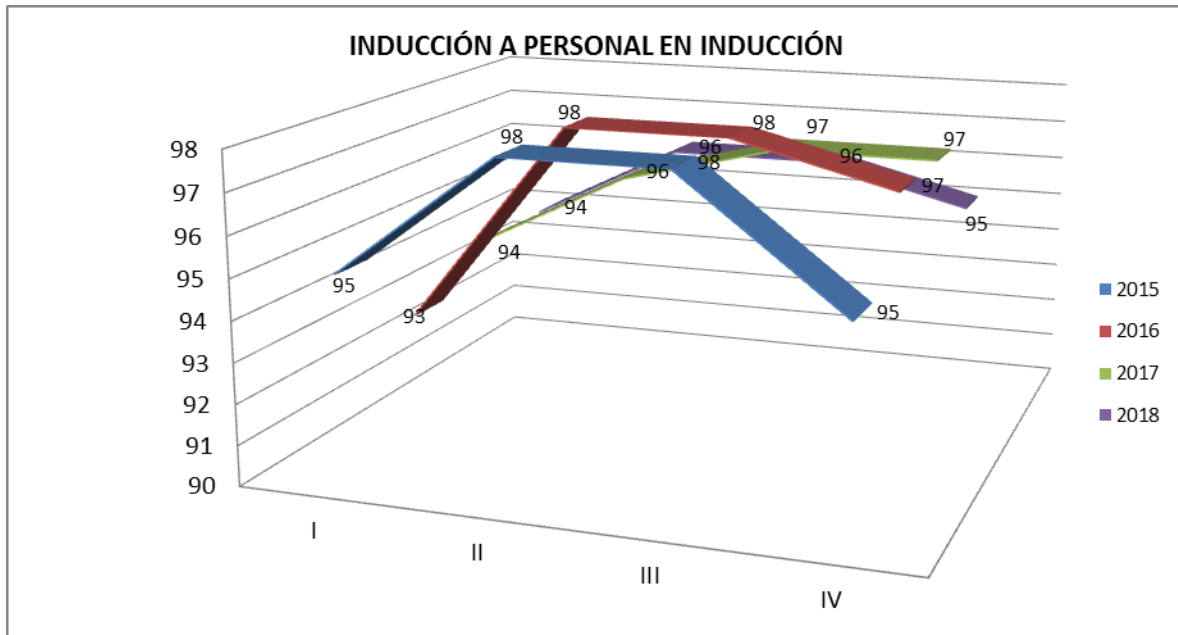
Fuente: Tabla de trabajo convenios de Docencia
Grafica No 1.

Análisis

Indicador operativo, que permite evidenciar el desarrollo al cumplimiento de la normatividad vigente en Docencia Servicio, Decreto 2376 de 2010. Para este año se logró mantener durante los 4 trimestres el cumplimiento al 100% de los comités con las Universidades en convenio vigente. Cumpliendo una de las condiciones como Hospital Universitario; por otra parte el cumplimiento a este indicador, permite realizar un seguimiento estrecho a los convenios, así como la planeación previa y supervisión de desarrollo de las prácticas de los diferentes programas que se desarrollan en el HUS. Aclarando que el número de estudiantes, internos y residentes son concertados con los diferentes líderes de servicio y la Universidad, garantizando el cumplimiento de este número de estudiantes, en los programas de posgrado base que se desarrollan en el hospital, en cuanto a las rotaciones de programas electivos, solo se garantiza cuando la Universidad así lo requiere y el hospital cuenta con los espacios de rotación. No es de obligatoriedad de acuerdo al registro calificado que le expide el Ministerio a Educación a las Instituciones de Educación Superior.

Se lleva un acta, que permite dar respuestas a las necesidades de seguimiento establecidas en el Decreto y de otros seguimientos, tales como el cumplimiento a normas de bioseguridad, seguridad del paciente, evaluación cuantitativa de la relación Docencia Servicio, entre otros.

% DE INDUCCIÓN A PERSONAL EN FORMACIÓN



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle
Grafica No 2.

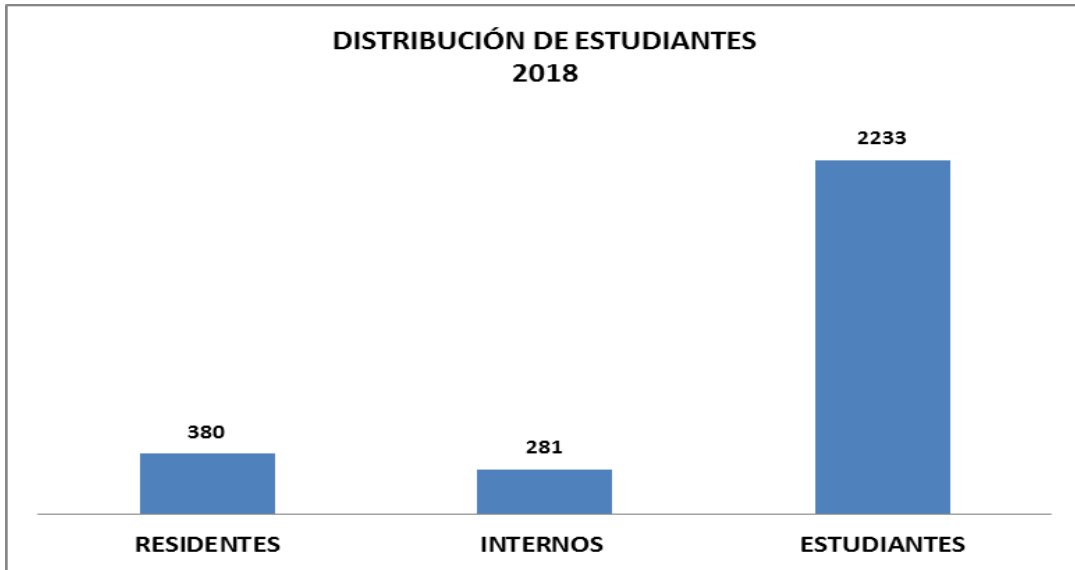
Análisis

Este indicador de impacto, mantiene un porcentaje de cumplimiento de acuerdo a la meta establecida, pero se sigue viendo afectado, por el incumplimiento de la inducción por parte del grupo de residentes que rotan de forma electiva, no de base, dado que estos deben cumplir una inducción presencial y virtual.

Los residentes electivos de manera general, siguiendo las indicaciones de los docentes, ingresen primariamente a los servicios, sin presentarse a la Subdirección de Educación Médica y son ellos quienes no los remiten ni reportan de forma oportuna.

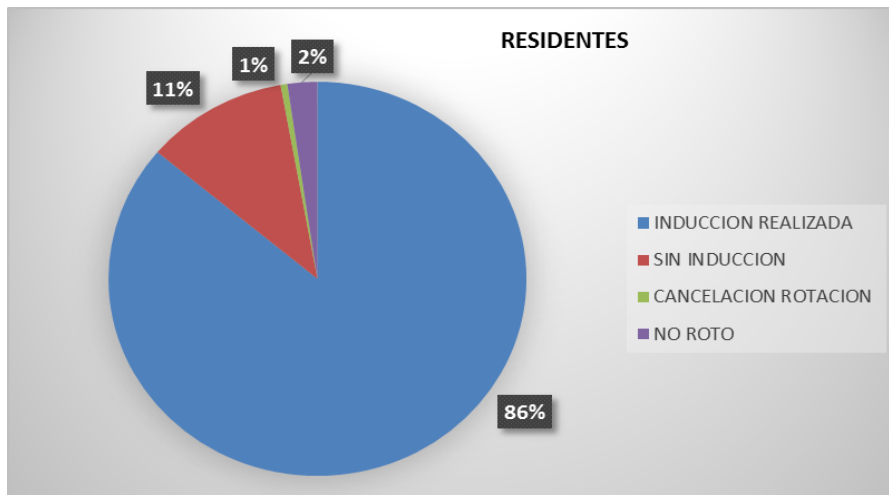
A pesar de realizar una vigilancia constante, es difícil para el área, dado que una vez localizados los estudiantes que incumplen, ellos se excusan en no presentarse, por las diferentes actividades asistenciales ya delegadas por los docentes de las áreas. Se requiere de más apoyo de los líderes de los servicios para el cumplimiento y cobertura del 100% de la inducción por parte de este grupo de estudiantes.

A continuación se presenta en la Gráfica No. 3, la distribución de estudiantes que roto en el 2018, seguidamente de las gráficas No. 4, 5 y 6, que presentan el porcentaje de cumplimiento realizado por cada grupo de estudiantes que recibe el HUS

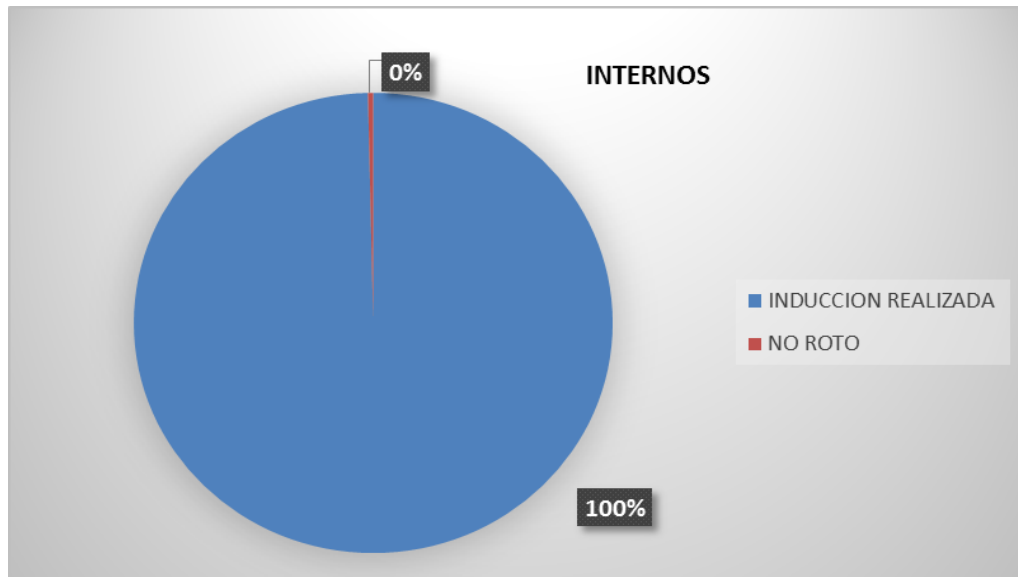


Fuente: Listado de estudiantes
Grafica No 3.

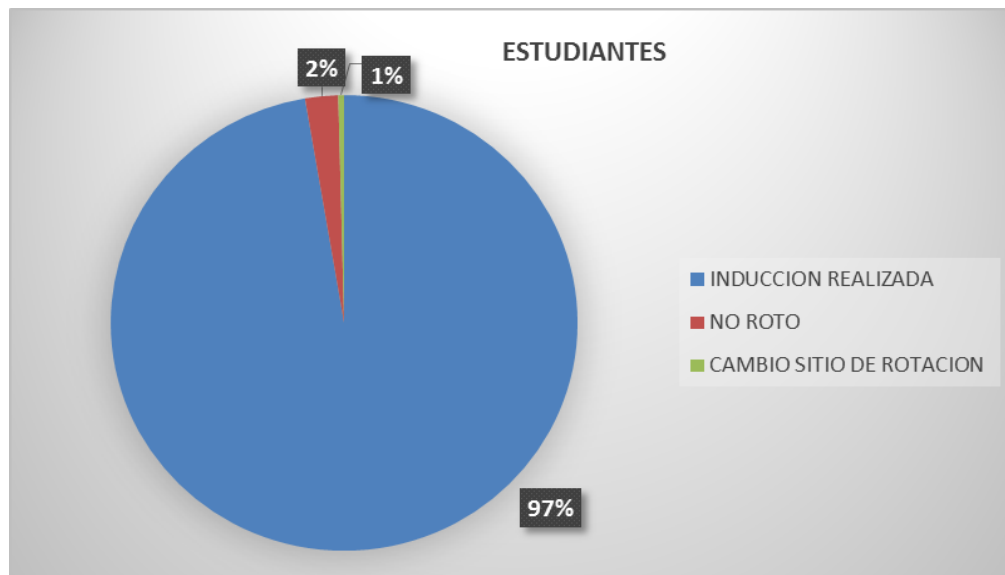
PORCENTAJE CUBRIMIENTO INDUCCIÓN POR GRUPO DE ESTUDIANTES



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle
Grafica No 4.



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle
Grafica No 5.



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle
Grafica No 6.

INDICADORES DE INVESTIGACIÓN

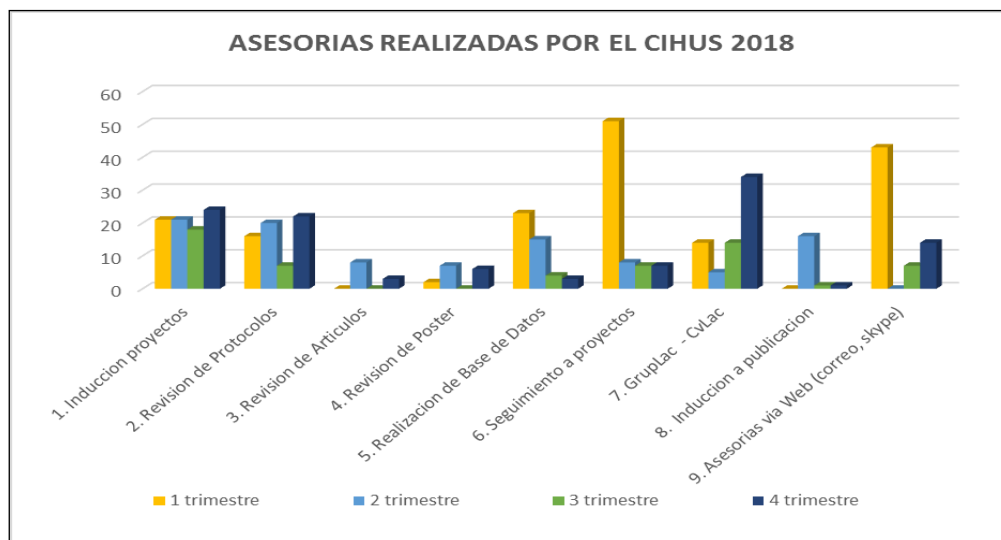
Para dar cumplimiento a la caracterización del proceso de investigación, el CIHUS presenta dos (2) indicadores de gestión.

1. PORCENTAJE ASESORÍAS EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

El porcentaje de cumplimiento frente a este indicador fue del 95%, evidenciando que el Centro de Investigación está cumpliendo con la demanda del número de asesorías.

$$\frac{\text{No. de Asesorías realizadas}}{\text{No. de Asesorías solicitadas}} \times 100 = \% \quad \frac{444}{465} \times 100 = 95\%$$

Paralelo a lo anterior, se lleva la estadística mensual del tipo de asesorías que el Centro de investigación está brindando, discriminándolas de la siguiente forma:



Fuente: Base de datos CIHUS, 2018.
Grafica No.7

Durante el 2018, el CIHUS mantuvo constante para el desarrollo de la investigación la inducción de proyectos, se observa que durante el primer trimestre se fortaleció el seguimiento de proyectos y las asesorías vía web, para el cuarto trimestre se incrementó las asesorías al CvLAC y GrupLAC como resultado en el interés de los investigadores por la construcción y actualización de los currículos Vitae para la participación de la Convocatoria 833 Medición de Grupos e Investigadores ante Colciencias. Para el tercer trimestre se presenta disminución en los tipos de asesorías por la ausencia de funcionarios en el Centro de Investigación.



Fuente: Base de datos CIHUS, 2017 - 2018.
Grafica No.8

Las asesorías con mayor concurrencia en el 2017 y 2018 fueron la inducción, revisión y seguimiento a proyectos desarrollados en el HUS lo cual da cumplimiento establecido por el CIHUS. Para fortalecer el tipo de asesorías se estableció la “Realización de base de datos” en el mes de Octubre y se logró la consecución del paquete estadístico IBM SPSS Statistics.

2. PORCENTAJE DE PROYECTOS APROBADOS POR EL CEIHUS.

Para el año 2018 se da un 86% de cumplimiento para este indicador, la meta propuesta de aprobación de proyectos por parte del CEIHUS es de un 75% de los proyectos evaluados, evidenciando que los investigadores reciben un adecuado direccionamiento por parte del CIHUS.

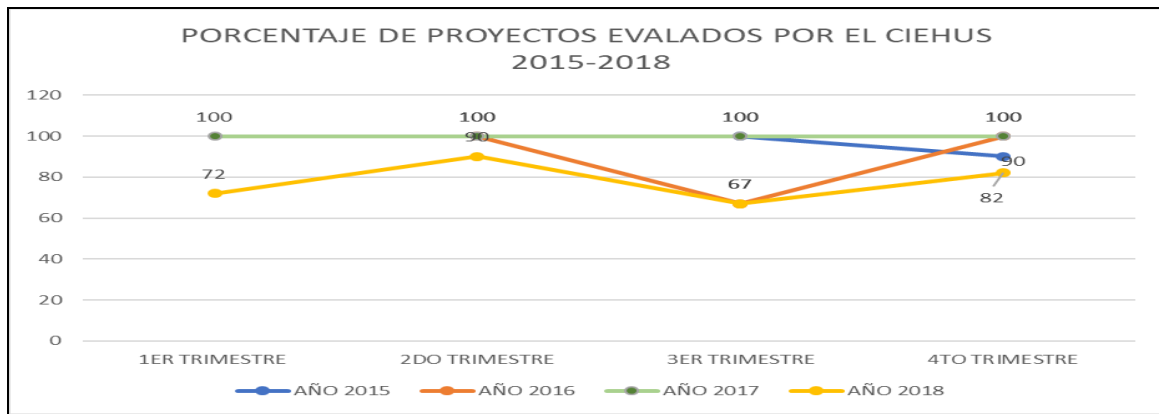
$$\frac{\text{No. de Proyectos Aprobados}}{\text{No. de Proyectos Evaluados}} \times 100 = \% \quad 37 \quad \times 100 = 86\%$$

PORCENTAJE DE PROYECTOS APROBADOS 2018														
Proyectos 2018	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Dic Extra	TOTAL
Evaluados	1	2	4	2	6	2	0	2	4	4	5	3	5	37
Aprobado	1	2	2	2	5	2	0	2	2	1	5	3	5	32
%	100%	100%	50%	100%	83%	100%	0%	100%	50%	25%	100%	100%	100%	80%

Fuente: Actas CEIHUS, 2018.

Tabla No.1 Proporción proyectos evaluados y aprobados por comité ética en investigación

Se han presentado treinta (37) proyectos de investigación para evaluación por comité de ética en investigación del HUS, se aprobaron en el primer trimestre 83% de estos y el segundo trimestre 94%, tercer trimestre 50% y el cuarto trimestre del 75%. Se hace salvedad que para el mes de Octubre se tenían 4 proyectos listos para presentar ante el comité pero por situaciones de índole personal de los expositores solo se presentó y aprobó un proyecto de investigación.



Fuente: Base datos CIHUS
Grafica No.9

En el 2015, se inicia la recopilación de los datos para su respectivo seguimiento, Para el año 2015, se evidencia que existen registros de datos a partir del tercer trimestre. Se logró mantener el seguimiento a los proyectos, dado la continuidad del coordinador del Centro de Investigación, en el 2018, no se presentó esta contante, debido a los cambios de coordinador.

1. Con la finalidad de fortalecer el perfil de los integrantes de los grupos de investigación institucional en el mes de Septiembre según recomendaciones de INVIMA participaron 26 miembros certificados en Buenas Prácticas Clínicas que se realizara en la Universidad de la Sabana y la FUCS; se capacitaron a los miembros del CEIHUS en redacción de artículos por medio de los convenios docencia-servicio y en Apoyo con la Universidad del Tolima.

MISIÓN SALUD

1.2.1 Fortalecer plan de acción de docencia

AVANCES

DOCENCIA

- Se realizó la autoevaluación de Hospital Universitario, a través de una metodología innovadora que permitiera cumplir con las condiciones como Centro de práctica Formativa en cumplimiento al Decreto 2376 de 2010, así como las condiciones exigidas para Hospital Universitario solicitadas en la Resolución 3409 de 2012, dicha autoevaluación arrojó las oportunidades de mejora que se plasmaron el PUMP.



- Se entregó al Ministerio de Salud y Protección Social el documento, que evidenciaba el cumplimiento a las condiciones exigidas en la Resolución 3409 de 2012, con el fin de recibir la visita de verificación para la acreditación como Hospital Universitario.
- Cumplimiento del 90% en la ejecución del Plan de desarrollo profesoral.

INVESTIGACIÓN

- Se fortaleció el grupo de trabajo en Investigación. Actualmente se cuenta con una Coordinadora del CIHUS y dos profesionales de apoyo, para el seguimiento y desarrollo de proyectos de investigación
- A través del convenio de Docencia Servicio con la Universidad de El Bosque, se logró la asistencia de los jueves de un Médico epidemiólogo para el apoyo al seguimiento a los proyectos de investigación asistenciales.

1.2.2 Definir plan de convenios con universidades internacionales

- A través del Convenio con la UNIR, se logró la consecución de un descuento del 40%, para colaboradores en el HUS para cursar la Maestría en Control de Gestión

DESARROLLO DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO

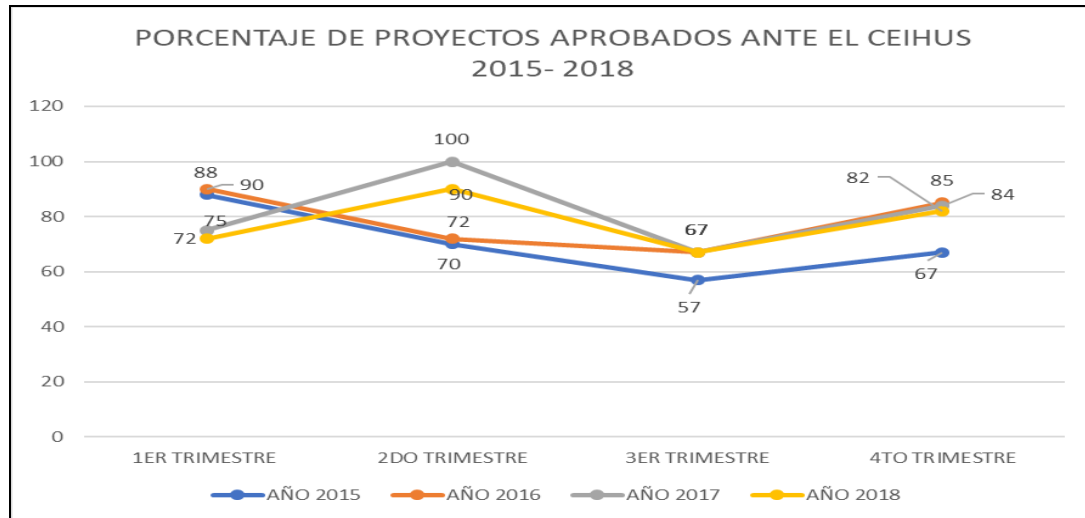
1.3.1 CONVENIOS

CONVENIOS	ACTUAL	INTERNACIONALES	INACTIVOS
Docencia servicio	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



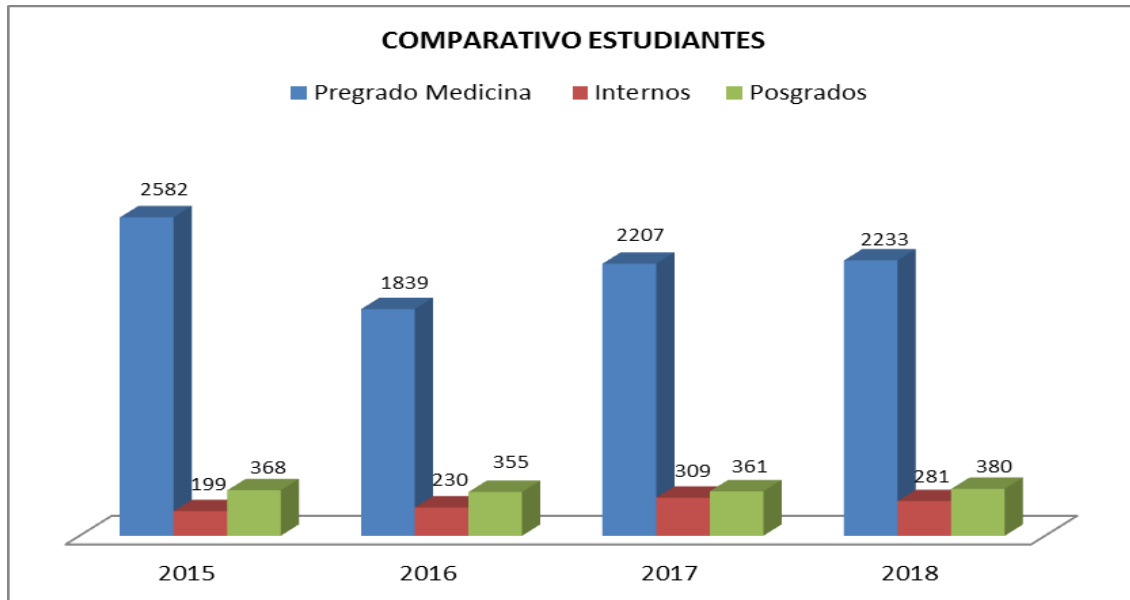
Fuente: Base datos CIHUS
Grafica No.10

De acuerdo a lo observado en esta grafica para los años 2017 y 2018 se evidencia una ligera disminución en la aprobación de proyectos por parte del CEIHUS, con una marcación mayor en el tercer trimestre de 2018, relacionado con el recurso humano ya mencionado con anterioridad, a pesar de lo anterior se observa una tendencia positiva para el cierre del año.

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Dentro del plan de acción de comités institucionales para el Comité de Ética en Investigación CEIHUS, se presentaron cuatro actividades para el año 2018.

2. Ejecutar los comités programados para el año 2018, durante el año 2018 se desarrollaron 11 comités ordinarios y 1 comité extraordinario en el mes de Diciembre, en el mes de Julio no se realizó comité dado que para este mes no se contaba con personal en el Centro de Investigación quien es el encargado de revisar los proyectos que se presentan ante el CEIHUS.
3. Actualizar resolución de comité ética en investigación, con cumplimiento de actividad el día 30 de marzo del 2018.
4. Renovación de miembros del comité de ética en investigación, se da cumplimiento de la actividad en el mes de Octubre del 2018 eligiendo por votación al Dr. Jairo Castro como Presidente y QF. Mónica Montaña como Secretaria.
5. Actualización de la Guía operativa de comité de Ética en Investigación, durante el año se realizó la revisión de la guía dejando cumplimiento 100% para el mes de Enero del 2019.



Fuente: Base de datos estudiantes
Grafica No. 10

Análisis

En fortalecimiento y cumplimiento como Hospital Universitario, se ha aumentado el número de rotaciones de posgrado, a pesar de suspender las rotaciones de los posgrados de Otorrinolaringología con la Universidad del Rosario y el posgrado de Cirugía General con la Universidad Nacional.

Con los estudiantes de pregrado, el número de estos estudiantes se ha disminuido, se mantiene constante, dado que se tiene en cuenta en el recuento final de estudiantes, aquellos que rotan por la Unidad Funcional de Zipaquirá, en donde se ha fortalecido la rotación de este grupo de estudiantes.

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.

Para el desarrollo de este modelo se realiza un plan de acción anual, que tiene por objeto cumplir el Plan estratégico formulado. Durante este año el porcentaje de cumplimiento del plan de acción fue del 90%, dejando como oportunidad de mejora el desarrollo de los programas académicos con el fortalecimiento de las competencias transversales en los estudiantes. Por otra parte durante este año se revisó nuevamente el documento maestro del modelo y se realizaron ajustes, de acuerdo a las tendencias en Educación Médica que actualmente se están llevando a cabo.

PLAN DE ACCIÓN 2018

#	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	META TRIMESTRAL 2017				RESULTADO ANUAL	ANÁLISIS	
					I	II	III	IV		LOGROS	DIFICULTADES
1	Garantizar el Conocimiento del MDI y mejoramiento del nivel académico e investigativo del personal estudiantil y docente del HUS	Lograr el conocimiento y la implementación del Modelo de Docencia e Investigación en el 100% de los programas académicos del HUS	Mantener la socialización del Modelo Docencia e Investigación (MDI) a los estudiantes que ingresan al HUS	No. de estudiantes que ingresan a rotar en el HUS con inducción del MDI/Total de personal con estudiantes que rota en el HUS*100	90%	90%	90%	90%	90%	Cumplir la meta establecida, a través de la planeación que se tiene con las Universidades, en las que reportan oportunamente los estudiantes a la Subdirección, garantizando que se presenten a desarrollar la inducción virtual, así como el compromiso del equipo de trabajo, para el seguimiento y control de los estudiantes, en cuanto el cumplimiento de los requisitos para rotar en el HUS	La falta de compromiso de algunos docentes, con el control de los estudiantes de Residencia que rotan electivamente en el HUS, dado que les asignan actividades asistenciales de forma prioritaria sin verificación de que cumplieron los requisitos solicitado en la Subdirección de Educación Médica
			Cumplimiento de actividades de educación no formal	No. de actividades de educación no formal desarrollados/ Total de	0%	20%	20%	60%		100%	A través del convenios de Docencia Servicio, se apoyó en desarrollo científico y



051



SC5520-1



#	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	META TRIMESTRAL 2017				RESULTADO ANUAL	ANÁLISIS	
					I	II	III	IV		LOGROS	DIFICULTADES
				actividades de educación no formal propuestas en el plan *100						docente de los especialistas y colaboradores del HUS, con la consecución de educación continua, en aras adicionalmente, del cumplimiento del plan de desarrollo profesoral	
2	Implementar y evaluar el modelo	Desarrollar en los programas de internado y posgrado base los programas académicos propios del HUS	Desarrollo de los programas académicos de los servicios con rotaciones de internado base, de acuerdo al MDI.	No. de Programas académicos desarrollados del programa de pregrado base de Medicina, de acuerdo al MDI/ Total de programas base que se desarrollan en el HUS de pregrado de Medicina			50%	50%	50%	Se logró el desarrollo de los programas de Medicina interna, cirugía y Ginecología	La socialización del nuevo formato y la disponibilidad de tiempo, en cuanto el cruce de diferentes actividades asistenciales y administrativa para el desarrollo completo de la actividad
3			Seguimiento a los planes de mejora suscitados de las auditorías	No. de actividades cerradas de los planes de mejora / Total de		20%	40%	40%	100%	En desarrollo de la autoevaluación, se lograron identificar las oportunidades de	Ninguna

#	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	META TRIMESTRAL 2017				RESULTADO ANUAL	ANÁLISIS	
					I	II	III	IV		LOGROS	DIFICULTADES
	Monitorear la implementación del MDI	Evaluar los planes de mejora suscitados de la implementación del MDI	internas, acreditación y PAMEC	actividades propuestas en los planes de mejora*100						mejora, que se plasmaron y desarrollaron en el PUMP	
			Desarrollar y aplicar una nueva encuesta de satisfacción a estudiantes base, residentes y docentes del HUS.	Encuesta desarrollada			50%	50%	100%	Se desarrolló y aplico la encuesta en Google Drive	La falta de cumplimiento de parte de los estudiantes para desarrollar la encuesta
			Generar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas	Acciones de mejora propuestas en el PUMP				1	1	Identificar las oportunidades de mejora en espacios físicos	Ninguna
3	Consolidación del Modelo de Docencia e Investigación en todo el HUS y sus Unidades Funcionales	Mejoramiento del Talento Humano en Salud egresado del HUS para el Departamento y el país	Realizar seguimiento a los 12 grupos de investigación reconocidos por Colciencias.	Actas de seguimiento de los grupos de investigación	25%	25%	25%	25%	100%	Se logró el seguimiento a los grupos de forma satisfactoria	El compromiso y la falta de disponibilidad en tiempo de los grupos de Dermatología, Otorrinolaringología
TOTAL									90%		

PQRS**DOCENCIA**

Se recibieron un total de 38 PQRS, en su mayoría correspondían a solicitudes de información acerca de rotaciones de médicos extranjeros o de ingreso a los cursos de Moodle. Estas fueron tramitadas en un 100%

Durante el IV Trimestre se recibió de forma directa un Derecho de petición, por parte de un estudiante de la Universidad de los Andes, el tema se a bordo de acuerdo a los lineamientos, informando a la Universidad, realizando comité Docencia Servicio y su respuesta fue apoyada y proyectada en articulación con la Oficina Asesora Jurídica en cabeza de la Dra. Neidy Tinjaca, en los tiempos solicitados del mismo.

INVESTIGACIÓN

No se presentaron solicitudes en la vigencia

PUMP**Docencia**

Avance	100%
Avance	88%
Completa	60%
Cerrada	60%

Investigación

Avance	100%
Avance	100%
Completa	100%
Cerrada	100%

PAS

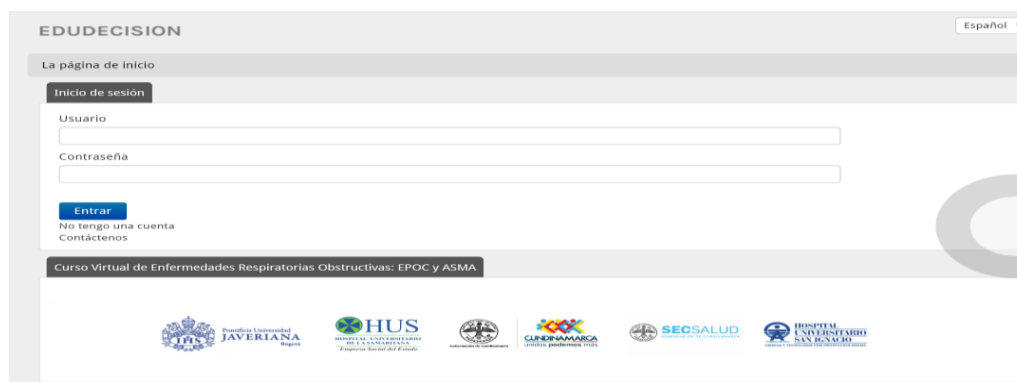
Las actividades propuestas para el PAS, se tienen en desarrollo de la siguiente manera:

# Estrategia	Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	Total de la ejecución	Logros	Dificultades
22.1	Realizar las Autoevaluaciones con los estudiantes de internado y residentes base (30%)		100%			100%	Se completó satisfactoriamente y bajo una metodología innovadora la autoevaluación de Hospital Universitario y se radico ante el Ministerio los documentos que se requieren para solicitar la visita para la acreditación como Hospital Universitario	El apoyo de parte de algunos servicios en cuanto la participación y la de estudiantes
22.2	Presentar en el PUMP, los planes de mejora y los avances de los hallazgos en las autoevaluaciones de Docencia (30%)			50%	50%			
22.3	Participación activa en una Red de investigación nacional (30%)				100%			
22.4	Presentar ante la comisión intersectorial para el Talento humano en Salud, los documentos para solicitar visita de acreditación como Hospital Universitario (10%)				100%			
25	Cumplimiento del plan de acción avalado para la vigencia (100%)	25%	25%	25%	25%	100%	completar la II fase del modelo, integrando y ampliando el equipo de trabajo en el área de investigación, además de alinear los procesos de docencia e investigación a la asistencia para el mejoramiento de los procesos asistenciales	apoyo de algunos servicios en el compromiso docente, en lo relacionado a la supervisión
26.1	Reuniones de seguimiento de los convenios con Universidades internacionales (50%)			50%	50%	100%	Puesta en marcha del convenio de la UNIR, que ha permitido que se integren al desarrollo académico y científico de los colaboradores del HUS2. Se logró	La comunicación con la Universidad Salerno de Italia, el rector para Colombia se encuentra fuera del país lo que ha dificultado la

# Estrategia	Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	Total de la ejecución	Logros	Dificultades
26.2	Rotaciones internacionales realizadas en el HUS (50%)				100%		acercamientos con Universidades de Holanda en rueda de negocios, en la que el HUS fue invitado y participó activamente	articulación con esta Universidad
27.1	Realizar la V jornada de investigación del HUS (80%)				100%	100%	Se logró con una adecuada convocatoria la Jornada de investigación, para la divulgación de los trabajos de investigación que se desarrollan en el HUS y como parte de uno de los requisitos como Hospital Universitario	La consecución de un salón para el desarrollo de la jornada
27.2	Seguimiento al 80% de los Grupos de Investigación avalados por Colciencias (20%)	100%	100%	100%	100%			

LOGROS

- Se desarrolló en articulación con la Universidad Javeriana, la industria farmacéutica y la Gobernación de Cundinamarca, el curso de Enfermedades Obstructivas Crónicas y Asma para los Médicos Generales de Cundinamarca, con el objeto de contribuir en la Gestión de Conocimiento y mejorar los indicadores de Morbimortalidad de la población Cundinamarquesa. Con un total de 253 Inscritos, estando el curso activo, hasta mediados del mes de Abril.



Fuente: Plataforma de Educación Virtual – Universidad Javeriana
Imagen No. 1



051



SC5520-1



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

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

- Se realizó en el marco de este curso, la III Jornada de Medicina Interna con un invitado Internacional de la Mayo Clinic, con total de 278 participantes.



Fuente: Jornada de Actualización, base datos
Imagen No 2

- Consecución de los programas estadísticos SPSS para el desarrollo de proyectos de investigación.
- 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, actualmente el HUS pertenece a las Redes RIECA, Red de Centros de Investigación de Colciencias y a la Red de investigación de Enfermería de la Universidad Nacional.
- Se continúa con el desarrollo y mantenimiento de las buenas relaciones con las diferentes Universidades en Convenio de Docencia Servicio Vigente.
- El Hospital fue invitado a participar en el VI Foro Nacional de Acreditación en Salud, en el rol como Institución de Salud como Centro de formación.
- Participación en la rueda de negocios con el país de Holanda, apoyada por el Ministerio de Salud y Protección Social, los días 28 y 29 de Noviembre, obteniendo reuniones directas con:

Maastricht UMC
Kit Royal Tropical Institute
Incision Academy
Thought Refinery
University Medical
Center Groningen



Fuente: Imágenes evento Holanda
Imagen No. 3

En Gestión de los estudiantes, se realizaron los siguientes logros:

- Restructuración de la inducción de los estudiantes base, a partir de la experiencia del impacto de los indicadores presentados en los diferentes comités. Se implementó la entrega de los KITS de internado, con el fin de conseguir una mayor adherencia. Imagen No. 4.

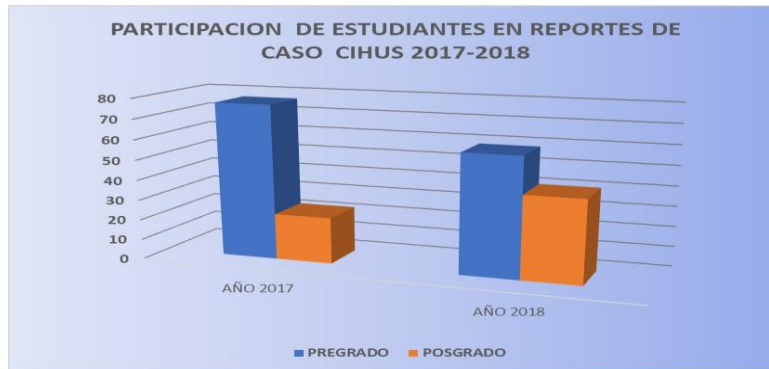


Perfil Epidemiológico

En el año 2018, a partir del mes de Octubre se inicia la construcción del perfil epidemiológico del HUS basado en datos del año 2017, para la realización del mismo se cuenta con el apoyo del área de sistemas y estadística. Desde el Centro de Investigación, el profesional encargado construye bases de datos con el objetivo de establecer caracterización de la población del HUS, índices de natalidad, diez (10) primeras causas de morbilidad y mortalidad, eventos relacionados a Vigilancia en Salud Pública; de ello se ha entregado avances parciales al personal encargado de planeación. Con este instrumento se generan planes de mejoras frente a puntos de acreditación establecidos.

- **Vinculación de estudiantes en los proyectos de investigación 2014-2018**

Se observa que existe un incremento de estudiantes de posgrado en relación al 2017 de un 23% a un 41%, con mayor número de casos la especialidad de Medicina Interna en la Unidad Funcional de Zipaquirá y el Hospital de Bogotá seguido de los servicios de Dermatología, Ortopedia, Ginecología y Neurología, también se observa que los estudiantes de pregrado realizan mayor participación en los reportes de caso con relación a los estudiantes de posgrado en los dos años. Grafica No.11



Fuente: Base datos CIHUS
Grafica No.11



Fuente: Base datos CIHUS
Grafica No.12

Se evidencia que existe un incremento significativo en el número de reportes de caso presentados ante el CIHUS con respecto al 2017 y 2018, como resultado de la socialización constante del nuevo modelo de docencia – investigación implementado en el HUS.

LOGROS EN GESTION DEL CONOCIMIENTO

INSTITUCIÓN	CURSO	No. BENEFICIARIOS
U. Javeriana	Curso Virtual "Introducción a la responsabilidad Médica Civil: Hospital Universitario de la Samaritana"	30
	Curso Virtual Point Of Care	4
U. Rosario	Curso ACLS- Pediátrico	2
	Curso Virtual Gestión Operativa de la Donación con Enfoque en Unidad de Cuidados Intensivos	4
	Diplomado en "Seguridad del paciente"	1
	Curso BLS-ACLS	20

INSTITUCIÓN	CURSO	No. BENEFICIARIOS
	Curso VIH	10
	Curso de Responsabilidad Sanitaria	20
U. Sabana	Curso de Buenas Prácticas Clínicas	28
U. Andes	Diplomado Enseñanza del aprendizaje en Centros de Práctica	6
	Curso Práctica reflexiva en Salud	2
	Curso Método de enfoque estratégico	2
ICONTEC	Curso de Gestión del conocimiento	30
	Curso segunda y tercera víctima	32
U. Tolima	Curso redacción científica	10
U. Cundinamarca	Diplomado Aplicación de estrategias TICS, como apoyo en el cuidado de la salud	20
UNIR	Maestrías en gestión	10
TOTAL		231

Fuente: Listados capacitaciones, base de datos Educación Médica
Tabla No. 2

TICS- EDUCACIÓN VIRTUAL MOODLE HUS

1. Diseño del aplicativo para el registro en los cursos virtuales
2. Apertura de los siguientes cursos

BUENAS PRACTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Fecha inicio	06/12/2018
Fecha Finalización	14/02/2019
INSCRITOS	588

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	
Fecha inicio	06/12/2018
Fecha Finalización	31/01/2019
INSCRITOS	541

3. Elaboración del curso Medicina Transfusional para dar comienzo el 14 de Enero del 2019
4. Elaboración de certificados versiones anteriores de los cursos mencionados anteriormente
5. Elaboración curso Atención Farmacéutica
6. Actualización Curso Historia Clínica

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRODUCCION DE SERVICIOS
DEL AÑO 2018 CON LAS VIGENCIAS 2015 A 2017
UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA**

1. CONSULTA EXTERNA.

El área de consulta externa de la sede hospitalaria cuenta con 56 consultorios, sin embargo, la oferta de servicios de salud no ocupa permanentemente los consultorios construidos; por ejemplo, el consultorio destinado exclusivamente a cardiología sólo es utilizado cuatro horas al día tres veces a la semana, esto ocurre por los equipos propios del servicio que no permiten que este consultorio sea compartido con otras especialidades, comportamientos similares se evidencian en los consultorios de las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología, cirugía vascular periférica, y optometría .

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

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

TABLA 1. *Comparativo de la producción de servicios en promoción y prevención Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud durante las vigencias de 2015 al 2018*

CONCEPTO	2.015	2.016	2.017	2.018
Dosis de Biológicos Aplicados	23.270	32.126	42.904	38.117
Controles de Enfermería	4.372	4.951	5.347	5.414
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	15.021	23.490	28.364	25.118
Citologías Cervicovaginales	2.920	3.736	3.787	3.705
Actividades de Salud Pública	45.583	64.303	80.402	72.354

FUENTE: Oficina de Salud Pública, oficina de patología

Se observa en el tema de los biológicos aplicados un comportamiento descendente del 11,2% explicado por la no posibilidad de desarrollar el PIC en Zipaquirá dado la no contratación por parte del ente territorial para ésta vigencia con respecto al año anterior, lo que no permitió la posibilidad de realizar vacunación extramural.

Las actividades de enfermería muestran una tendencia descendente del 9,4% debido especialmente a las dificultades de contratación de recurso humano específicamente para el Puesto de Salud de San Cayetano y por otro lado a lo ya mencionado referente a la imposibilidad de desarrollar las actividades de captación extramural de la población objeto PIC en Zipaquirá.

La tendencia observada en las citologías vaginales es el resultado de la disminución en la captación de la población objeto extramural debido a la no contratación PIC de Zipaquirá.

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

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

CONSULTA MEDICINA GENERAL	2.015	2.016	2.017	2.018
Horas médico programadas consulta	25.827	26.693	25.293	25.208
Capacidad de oferta	73.993	75.321	71.724	71.019
No de consultas agendadas	73.993	75.321	71.724	71.019
No de consultas asignadas	67.906	68.814	63.703	63.626
No de consultas realizadas	61.108	63.437	59.433	57.725
Consulta no realizadas por inasistencia del paciente	5.839	5.377	4.270	5.901
% Uso capacidad de oferta	82,6%	84,2%	82,9%	81,3%
% de inasistencia	8,6%	7,8%	6,7%	9,3%
rendimiento hora médico consulta	2,4	2,4	2,3	2,3
rendimiento hora médico consulta esperado	2,86	2,82	2,84	2,82

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

Se evidencia una leve disminución en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, dado por algunas dificultades en contratación de recurso humano específicamente para el Puesto de Salud de San Cayetano y el Centro de Salud de Cogua, y por consiguiente hay una leve disminución de la capacidad de oferta (1% menos); la asignación se disminuyó en un 0,1% y la consulta efectivamente realizada se disminuye en un 2,9% debido al aumento en la inasistencia de los pacientes que se incrementó en un 38,4%; esto impactó el desempeño en el rendimiento expresado en el indicador de rendimiento hora médico que disminuye un 2,5% comparado con la vigencia anterior. 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, tercer trimestre durante las vigencias 2015 al 2018*

Medicina Especializada	2.015	2.016	2.017	2.018
Horas médico programadas en consulta	13.329	13.562	15.539	18.289
Capacidad de oferta	39.987	40.686	46.617	54.867
Número de consultas agendadas	39.987	40.686	46.617	54.867
Número de consultas asignadas	42.437	46.008	50.545	56.328
Número de consultas especialistas	37.151	40.758	44.670	55.160
Consulta no realizadas por inasistencia del paciente	4.319	5.250	5.875	1.168
% Uso capacidad de oferta	92,9%	100,2%	95,8%	100,5%
% de inasistencia	10,2%	11,4%	11,6%	2,1%
Rendimiento hora médico consulta	2,8	3,0	2,9	3,0
Horas programadas procedimientos	675	1.103	1.152	1.396
Número de procedimientos programados	2.025	4.220	4.550	7.268
Número de procedimientos realizados	3.053	5.385	5.649	7.563
Procedimientos no realizados por inasistencia del paciente	0	0	0	0
% de realización de procedimientos	151%	128%	124%	104%
% de inasistencia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rendimiento hora médico procedimiento	4,5	4,9	4,9	5,4
Días espera asignación cita medicina general	2	2	1	1
Días espera asignación cita medicina interna	6	18	13	8
Días espera asignación cita pediatría	3	15	5	5
Días espera asignación cita cirugía	3	3	4	3
Días espera asignación cita ginecología	13	18	10	4
Días espera asignación cita obstetricia	3	9	3	2
Días espera asignación demás especialidades	13	12	13	11
días espera asignación cita anestesiología	1	0	0	0
días espera asignación cita cardiología	34	15	26	34

Medicina Especializada	2.015	2.016	2.017	2.018
días espera asignación cita cirugía plástica	5	7	6	6
días espera asignación cita cirugía vascular periférica	11	25	5	5
días espera asignación cita dermatología	4	7	10	10
días espera asignación cita gastroenterología	45	8	7	7
días espera asignación cita neurología	7	12	7	16
días espera asignación cita neumología	4	6	29	3
días espera asignación cita oftalmología	5	19	12	14
días espera asignación cita ortopedia	9	20	12	12
días espera asignación cita otorrinolaringología	18	23	42	19
días espera asignación cita psiquiatría	12	15	11	11
días espera asignación cita urología	8	5	7	4

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Con el incremento en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia (17.7% mayor), dado por la estabilidad en la contratación y la presencia de nuevas especialidades como neumología, neurología y ortopedia y del consecuente incremento de la capacidad de oferta, hubo un incremento del 11,4% en las citas asignadas, y un incremento del 23,5% en la cantidad de consultas realizadas, el rendimiento expresado tanto en las consultas realmente realizadas como en el indicador de rendimiento hora médico se incrementan (4,9%); nuestra medida de prevención de sobreagendamiento que permitía que la consulta realizada no fuera menor a la esperada, nuevamente comenzó a ser efectiva a partir del mes de marzo; por otro lado, los ajustes implementados desde finales del año anterior en diferentes especialidades logró controlar los tiempos de espera que se encontraban incrementados por fuera de los valores permitidos por norma llevando a unos valores aceptables. La inasistencia se disminuyó en un 82,2%.

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

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

URGENCIAS	2.015	2.016	2.017	2.018
Horas médico general programadas Urgencias	34.560	34.560	45.120	46.080
No pacientes clasificados como Triage 1	996	259	29	27
No pacientes clasificados como Triage 2	24.163	13.994	1.375	1.015
No pacientes clasificados como Triage 3	19.238	23.563	30.251	36.493
No pacientes clasificados como Triage 4	5.565	12.281	20.494	16.747
No pacientes clasificados como Triage 5	0	1.805	2.335	1.834
Total Triages	49.962	51.902	54.484	56.116
Total Consultas	44.151	43.448	48.082	49.848
tiempo promedio de espera en minutos para consulta	34	37	29	28
tiempo de espera en minutos atención triage II	32	33	27	21
No PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS	7.707	7.178	6.472	9.445
Pacientes con código azul en urgencias	201	230	217	220
No transfusiones en urgencias	14	0	0	0
No de reingresos entre 24 y 72 horas después del egreso	281	414	1.257	846
Pacientes con soporte vital por más de 1 hora en el servicio	201	230	217	220

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Desde el año 2010 se implementó formalmente la actividad de clasificación de prioridades de atención en urgencias (TRIAGE). La cantidad de personas que se presentaron al servicio de urgencias ha mantenido una tendencia oscilante pero hacia el final del periodo de observación se presenta un aumento del 3%. Durante las vigencias comparadas la cantidad de horas médico ofertadas se han ajustado hasta lograr un equilibrio, sin embargo en la presente vigencia se realizó un ajuste que se manifiesta en un incremento del 2,1%. Por otro lado la cantidad de consultas realizadas en el servicio continua con una tendencia al incremento, con respecto a la última vigencia el incremento fue de 3,7%.

El tiempo de espera para recibir atención se encuentra con una franca tendencia a disminuir, para los clasificados como Triage II la disminución del tiempo fue del 22,9% mientras que para el total de la población atendida fue del 3,4% menos; vale la pena mencionar que los tiempos de espera se encuentran dentro de lo considerado por la normatividad vigente.

Los pacientes complicados que requieren intervenciones importantes en el servicio de urgencias se observan con tendencia al aumento progresivo en el tiempo, en el comparativo de las dos últimas vigencias el incremento fue del

1,4%, estas intervenciones en la mayoría de los casos son efectivas aunque se presentan mortalidades por las patologías asociadas y ocurren cuando ha transcurrido más de una hora de soporte vital.

Los procedimientos realizados en el servicio de urgencias, es decir, las pequeñas suturas, lavados gástricos, retiro de cuerpos extraños en cornea, lavado de oídos, etc., presentan una tendencia al aumento, siendo un 45,9% mayor al comparar con la última vigencia.

3. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

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

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

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
No de remisiones solicitadas al HUS por IPS de origen de mayor a menor	888	1021	1157	742
CHÍA	65	58	74	35
CHOCONTÁ	82	168	183	154
TABIO	36	43	60	64
SESQUILÉ	53	52	90	45
CAJICÁ	135	173	203	148
TENJO	36	44	46	38
SOPÓ	58	57	74	35
TOCANCIPÁ	23	17	13	13
NEMOCON	55	53	83	44
PACHO	15	11	10	6
SUESCA	62	62	43	34
GUATAVITA	43	37	62	22
BOGOTA	29	22	27	21
GUASCA	11	31	17	9

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
GACHETÁ	12	15	28	14
OTROS	173	178	144	60
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	888	1021	1157	742
PPNA - EVENTOS NO POS	31	49	76	90
Régimen subsidiado	723	864	960	545
Régimen contributivo	89	95	99	82
soat ecat	33	8	20	23
Otros	12	5	2	2
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	888	1021	1157	742
MED. INTERNA	181	192	227	189
CIRUGÍA	226	258	305	165
OBSTETRICIA	301	392	354	201
PEDIATRÍA	77	114	186	105
ORTOPEDIA	58	29	45	35
PSIQUIATRIA	18	7	5	9
CIRUGÍA PLASTICA	1	0	0	3
UROLOGÍA	3	8	7	3
GASTROENTEROLOGÍA	5	3	10	7
OFTALMOLOGÍA	0	5	5	5
OTROS	18	13	13	20
No de remisiones aceptadas por IPS de origen de mayor a menor	527	597	745	455
CHÍA	35	34	41	20
CHOCONTÁ	49	92	105	85
TABIO	25	21	41	39
SESQUILÉ	37	31	55	29
CAJICÁ	94	119	138	103

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
TENJO	23	25	29	24
SOPÓ	36	33	51	21
TOCANCIPÁ	15	12	9	11
NEMOCON	43	43	59	29
PACHO	8	4	6	3
SUESCA	27	33	35	25
OTROS	135	150	176	66
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	527	597	745	455
PPNA - EVENTOS NO POS	22	35	62	55
Régimen subsidiado	417	485	598	321
Régimen contributivo	56	68	72	59
soat ecat	23	6	10	18
Otros	9	3	3	2
No de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	527	597	745	455
OBSTETRICIA	181	229	207	128
CIRUGIA	164	186	218	105
MEDICINA INTERNA	65	80	130	104
PEDIATRIA	53	60	130	72
ORTOPEDIA	39	20	31	21
PSIQUIATRIA	10	3	2	5
CIRUGIA PLASTICA	0	0	0	1
UROLOGÍA	0	3	5	0
GASTROENTEROLOGÍA	3	7	9	6
OFTALMOLOGÍA	0	1	5	5
Otras	12	8	8	8
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	59,3%	58,5%	64,4%	61,3%

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
OBSTETRICIA	60,1%	58,4%	58,5%	63,7%
CIRUGIA	72,6%	72,1%	71,5%	63,6%
MEDICINA INTERNA	35,9%	41,7%	57,3%	55,0%
PEDIATRIA	68,8%	52,6%	69,9%	68,6%
ORTOPEDIA	67,2%	69,0%	68,9%	60,0%
PSIQUIATRIA	55,6%	42,9%	40,0%	55,6%
CIRUGIA PLASTICA	0,0%	NA	NA	33,3%
UROLOGÍA	0,0%	37,5%	71,4%	NA
GASTROENTEROLOGÍA	60,0%	233,3%	90,0%	85,7%
OFTALMOLOGÍA	NA	20,0%	100,0%	100,0%
Otras	66,7%	61,5%	61,5%	40,0%
No de remisiones rechazadas por causa	374	424	414	287
NO PERTINENCIA DE LA REMISIÓN	31	84	20	14
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	217	236	254	128
FALTA DE CAMAS	4	23	34	34
FALTA DE ESPECIALISTA	60	32	34	44
NO HAY CONTRATO	0	0	1	1
REQUIERE U. SALUD MENTAL	4	2	2	2
FALTA DE PROCEDIMIENTO (TAC)	58	47	69	64
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	1357	1620	1768	1907
HOSPITAL DE LA SAMARITANA	314	329	387	287
CLINICA EUSALUD	76	55	67	142
CLINICA CANDELARIA DIOSALUD	0	0	0	0
CLINICA LA MAGDALENA	29	43	33	43
HOSPITAL CARDIOVASCULAR	45	95	33	6
HOSPITAL SAN RAFAEL	18	24	16	25
HOSPITAL SANTA CLARA	16	6	2	3

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018
CLINICA FUNDADORES	33	25	3	27
HOSPITAL MEREDIC	17	34	14	23
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR	37	49	43	41
CLINICA ZIPAQUIRÁ	0	15	70	18
OTROS	772	945	1100	1292
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	1.357	1.620	1.768	1.908
PPNA - EVENTOS NO POS	20	20	29	66
Régimen subsidiado	494	634	616	595
Régimen contributivo	706	768	929	1066
soat ecat	132	86	193	86
Otros	5	112	1	95
No de remisiones realizadas por causa	1357	1620	1768	1907
FALTA DE ESPECIALISTAS	120	354	366	419
FALTA APOYO DIAGNOSTICO	4	216	126	203
CONTRAREMISION	3	1	1	1
REQUIERE UNIDAD DE SALUD MENTAL	5	54	71	86
REQUIERE INTERMEDIOS	8	44	52	52
REQUIERE UCI	115	302	278	264
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	1013	515	637	734
NO HAY CONTRATO	66	54	149	81
TRASLADO PRIMARIO	23	80	88	67

FUENTE: Oficina de referencia y contrareferencia Unidad Funcional Zipaquirá

Como es de esperarse los municipios más proximales a la Unidad Funcional son los que tienen mayor peso porcentual en cuanto a solicitudes de referencias, al momento de evaluar el comportamiento comparativo se evidencia un quiebre en la tendencia ascendente observada del 2015 hasta el 2017 en cuanto a la solicitud de referencias presentando para el año 2018 una disminución del 35,9%, explicado porque es el asegurador quien define el sitio de destino del paciente. Esta disminución afecta principalmente a los regímenes de aseguramiento subsidiado (43,2% menos) y contributivo (17,2% menos) mientras que hay incremento en los regímenes vinculado (18,4% más) y soat (15% más).

Las especialidades básicas son las más solicitadas en las referencias, sin embargo es evidente una disminución en todas las solicitudes, sólo se observan incrementos en psiquiatría y cirugía plástica; especialidades con las cuales se ha incrementado la oferta de servicios; el porcentaje de aceptación es del 61,3% lo que significa un 4,8% menos al compararse con la vigencia anterior.

En números absolutos se incrementó en un 7,9% la necesidad de remitir pacientes desde la Unidad funcional, el nivel de complejidad que requiere el paciente sigue siendo la primera causa de remisión, luego está la falta de especialidades tales como neurocirugía, hematología, oncología e incluso algunas de las especialidades que se ofertan en la Unidad Funcional pero no de manera permanente como es el caso de neurología, cardiología, ortopedia; luego se ubican la necesidad de UCI para el manejo de los pacientes. El sitio de remisión está determinado principalmente por el asegurador quien a través de su red de prestación de servicios debe garantizar la continuidad y oportunidad de la atención en salud de sus afiliados. Así las cosas y dado que en la Unidad Funcional el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al régimen de aseguramiento subsidiado la institución receptora más frecuentemente utilizada es la sede Bogotá del Hospital Universitario de la Samaritana.

4. APOYO DIAGNOSTICO

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

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

LABORATORIO CLINICO	2.015	2.016	2.017	2.018
Número exámenes de laboratorio hospitalización	33.065	34.748	38.932	42.636
Número de ordenes hospitalización	11.268	12.668	12.980	14.424
Número exámenes de laboratorio externos	81.610	96.744	103.943	111.899
Número de órdenes externos	20.586	23.150	24.463	26.160
Número de exámenes de laboratorio de urgencias	73.998	72.316	83.362	97.193
Número de órdenes urgencias	20.301	25.585	26.302	30.350
Número de exámenes de laboratorio totales	188.673	203.808	226.237	251.928
Número de órdenes totales	52.155	61.403	63.745	70.934
Exámenes realizados	188.673	203.808	226.237	251.928
Coagulación	4.906	5.749	7.038	7.760
Hematología	32.601	31.450	32.522	38.032
Inmunohematología	3.227	3.210	3.209	3.479

LABORATORIO CLINICO	2.015	2.016	2.017	2.018
Inmunología	4.463	4.666	5.141	5.743
Microbiología	11.118	14.510	15.648	17.610
Parasitología	4.078	3.472	3.299	3.031
Química	95.244	97.456	109.337	124.366
Especiales	8.049	13.790	15.441	15.728
Remisiones especiales	6.669	11.549	15.968	16.126
Uroanálisis	18.318	17.956	18.628	20.053
EXÁMENES FACTURADOS	188.663	203.808	226.237	251.928
EXÁMENES REPETIDOS	2.418	2.498	1.800	2.143
Coagulación	368	362	196	259
Hematología	824	792	457	595
Inmunoematología	33	31	45	90
Inmunología	47	66	99	124
Microbiología	94	129	116	168
Parasitología	25	20	32	44
Química	820	850	656	645
Especiales	107	169	119	139
Remisiones Especiales	0	0	0	0
Uroanálisis	100	79	80	105
EXAMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACION	33.065	34.748	38.932	42.852
Medicina Interna	12.023	10.715	14.659	17.121
Cirugía	6.203	6.610	5.096	5.998
Ginecología y Obstetricia	9.559	11.128	14.061	14.386
Ortopedia	11	157	6	192
Pediatría	1.839	2.234	2.276	2.035
Recién Nacidos	3.428	3.758	2.660	3.018
Otras	2	146	174	102

LABORATORIO CLINICO	2.015	2.016	2.017	2.018
HORAS BACTERIOLOGA	11.592	11.556	11.556	11.556
EXÁMENES NO REALIZADOS POR	48	178	220	310
Falta de reactivos	15	0	0	0
Daños en los equipos	0	0	0	0
No se realizan en la institución	0	171	220	310
Otros	33	7	0	0
USO HOSPITALARIO DE LABORATORIO No ORDENES POR EGRESO	1,7	1,9	1,9	2,2
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN EN HOSPITALIZACION	2,9	2,7	3,0	3,0
RELACION LABORATORIOS/EGRESO	5,1	5,3	5,8	6,5
USO AMBULATORIO DE LABORATORIO No ORDENES POR CONSULTA	0,6	0,6	0,5	0,5
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN CONSULTA EXT	4,0	4,2	4,2	4,3
RELACION LABORATORIOS / CONSULTAS EXTERNAS	2,2	2,4	2,3	2,0
USO EN URGENCIAS DELABORATORIOS No ORDENES POR ATENCIÓN DE URGENCIAS	0,5	0,6	0,5	0,6
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN URGENCIAS	3,6	2,8	3,2	3,2
RELACION LABORATORIOS / CONSULTAS DE URGENCIA	1,7	1,7	1,7	1,9
PROMEDIO GENERAL DE EXAMENES POR ORDEN	3,6	3,3	3,5	3,6
PRODUCTIVIDA LABORATORIO	16,3	17,6	19,6	21,8
% DE EXAMENS REPETIDOS	1,3%	1,2%	0,8%	0,9%
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO HOSPITALIZACION	49	50	48	47
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO URGENCIAS	46	47	48	47

FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

De manera global se observa un incremento del 11,4% en los exámenes solicitados y realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, explicado por los aumentos del volumen de atenciones en los servicios ofertados; de manera más detallada en Urgencias fue un 16,6% mayor, en Consulta Externa fue un 7,7% mayor y en Hospitalización fue un 9,5% mayor. En cuanto a los servicios de hospitalización los que más solicitan laboratorios son cirugía y obstetricia explicada por el volumen, la complejidad y comorbilidades de dichos pacientes. En cuanto a las áreas del laboratorio todas presentan diversos incrementos excepto el área de parasitología que disminuyó en un 10,6%. 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, vigencias 2015 al 2018

IMAGENOLOGIA	2.015	2.016	2.017	2.018
Ecografías realizadas consulta externa	3.284	4.586	5.242	5.641
Ecografías realizadas hospitalización	1.613	1.055	1.713	1.687
Ecografías realizadas urgencias	3.357	3.596	4.540	5.173
Ecografías Totales	8.254	9.237	11.495	12.501
Oportunidad ecografía en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	3	5	3	4
Radiografías realizadas consulta externa	5.257	5.488	5.283	5.695
Radiografías realizadas hospitalizados	1.176	1.179	1.076	1.036
Radiografías realizadas urgencias	15.456	14.507	15.024	17.010
Radiografías Totales	21.889	21.174	21.383	23.741
Oportunidad radiografías en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	1	1	1	1

FUENTE: Servicio de radiología, software Dinámica Gerencial

Se observan incrementos en la totalidad de ecografías (8,8%) y también en las radiografías realizadas (11%) durante el 2018. En ecografías el servicio que mayormente se incrementó fue el de Urgencias (13,9% mayor) por el aumento en la demanda, mientras que en radiología básica el servicio que mayormente se incrementó también fue el de Urgencias (13,2% más). 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, vigencias 2015 al 2018

UNIDAD FIJA RECOLECCIÓN SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	33	33	31	27
UNIDADES RECOLECTADAS	1.647	1.120	910	830
UNIDADES PROCESADAS	0	0	0	0
UNIDADES PRODUCIDAS	0	0	0	0
UNIDADES ENTREGADAS ZIPAQUIRA	757	967	780	1.219
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	662	801	688	819
UNIDADES DE PLAQUETAS	38	91	26	284
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	7
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	80	75	66	109
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS ZIPAQUIRA	549	569	526	990
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	446	458	467	674
UNIDADES DE PLAQUETAS	38	58	26	234
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	7
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	65	53	33	75
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS POR SERVICIO	549	569	526	990
URGENCIAS	14	0	0	0
CIRUGIA	275	372	209	399
PEDIATRIA	11	12	19	17
MEDICINA INTERNA	165	83	192	430
GINECOLOGIA	87	102	106	144
SALAS DE CIRUGIA	0	0	0	0
No UNIDADES CRUZADAS	971	788	832	1.041
No UNIDADES RETORNADAS NO USADAS	0	0	0	0

UNIDAD FIJA RECOLECCIÓN SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018
No TRANSFUSIONES AUTOLOGAS	0	0	0	0
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	185	179	208	293
UNIDADES DISTRIBUIDAS VENDIDAS	137	230	154	81
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	137	211	154	77
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	6	0	0
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	0	0	0	4
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	686	799	680	1.071
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	583	686	621	751
UNIDADES DE PLAQUETAS	38	64	26	218
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	7
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	65	49	34	79
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	675	799	680	1.071
UNIDADES DESECHADAS ZIPAQUIRA POR	44	72	72	99
VENCIMIENTO	31	61	41	68
REACTIVIDAD	0	0	0	0
ALMACENAMIENTO INADECUADO	2	0	0	3
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE (PLASMA FRESCO SIN PROCESAR)	0	0	0	0
OTROS	11	11	29	27
HORAS Bacterióloga PROGRAMADAS	2.304	2.304	2.304	2.304
% DE CONSUMO INTERNO	78,3%	66,3%	76,7%	89,3%
% DE DESPACHO EXTERNO	18,1%	23,8%	19,7%	6,6%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	72,5%	58,8%	67,4%	81,2%

UNIDAD FIJA RECOLECCIÓN SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018
UNIDADES TRASFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	56,5%	72,2%	63,2%	95,1%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	3,0	3,2	2,5	3,4
PROPORCION DE UNIDADES DESECHADAS	5,8%	7,4%	9,2%	8,1%
% UNIDADES DESECHADAS POR VENCIMIENTO	70,5%	84,7%	56,9%	68,7%
% UNIDADES DESECHADAS POR REACTIVIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% UNIDADES DESECHADAS POR OTROS	25,0%	15,3%	40,3%	27,3%

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 observa una disminución del 12,9% debido a la dificultad de conseguir sitios para las jornadas de recolección, por lo tanto la cantidad de unidades recolectadas fue menor en un 8,8%. Hay un incremento del 88,2% en las unidades transfundidas, especialmente lo concerniente a plaquetas y plasma fresco congelado; por servicios los que más incrementaron el consumo de unidades fueron Medicina Interna (124% más) y Cirugía (90,9% más) explicado por la complejidad de pacientes que allí se manejan; hay una disminución del 47,4% en las unidades vendidas debido a contratación con otras instituciones de salud. Hay un incremento del 37,5% de unidades desechadas básicamente por vencimiento de las mismas.

5. SALAS DE CIRUGIA Y SALAS DE PARTO

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

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

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
NUMERO DE QUIROFANOS	2	2	2	2
NUMERO HORAS QUIROFANO PROGRAMADAS EN CIRUGIA ELECTIVA	2.430	2.460	2.430	2.460
NUMERO HORAS QUIROFANO UTILIZADAS EN CIRUGIA ELECTIVA Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas	2.501	1.893	2.012	2.011
HORAS DISPONIBLES DE QUIROFANO PARA URGENCIAS	8.760	8.784	8.760	8.760

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
HORAS UTILIZADA DE QUIROFANO EN URGENCIAS Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugía de urgencias	3.615	4.606	2.796	2.428
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	2.430	2.460	2.430	2.460
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	8.760	8.784	8.760	8.760
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	2.430	2.460	2.430	2.460
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	8.760	8.784	8.760	8.760
Total Intervenciones	4.228	4.167	4.252	4.310
ELECTIVA CON ESTANCIA	135	100	71	170
AMBULATORIAS	1.985	1.910	1.830	1.908
URGENTES	2.108	2.157	2.351	2.232
NRO DE PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS REALIZADAS	4.228	4.167	4.252	4.310
GENERAL	1.627	1.673	1.712	1.801
REGIONAL	1.315	1.297	1.218	1.181
LOCAL	1.286	1.193	1.317	1.326
Otro	0	4	5	2
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX PROGRMADA	0,9	0,8	0,8	0,8
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX URGENCIAS	0,2	0,2	0,3	0,3
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA CIRUJANO CX PROGRMADA	0,9	0,8	0,8	0,8
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA ANESTESIOLOGO CX PROGRMADA	0,9	0,8	0,8	0,8
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EN SALAS DE CIRUGIA POR GRUPO QX	5462	6353	5855	6343
2	127	108	281	220
3	579	862	1017	925
4	657	626	571	542
5	530	584	621	648
6	555	511	563	650

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
7	1132	952	1024	1064
8	1023	1114	1044	1110
9	843	850	802	749
10	1490	1896	1532	2057
11	67	68	56	57
12	105	86	71	71
13	79	87	82	137
20	205	265	367	417
21	7	8	8	0
22	1	0	0	0
23	0	0	1	0
Sin dato	0	0	0	0
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EQUIVALENTES	4365	4810	4646	5259
No PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR CIRUGIA	1,8	1,9	1,9	2,0
NRO CIRUGIAS PROGRAMADAS	2208	2164	1982	2559
CIRUGIAS CON ESTANCIA CANCELADAS	0	0	0	0
CIRUGIAS AMBULATORIAS CANCELADAS	96	154	81	78
NRO CIRUGIAS CANCELADAS POR	96	154	81	78
CRITERIO MEDICO DE ANESTESIA	49	82	36	46
CRITERIO MEDICO DE CIRUJANO	1	2	1	2
ROPA	0	0	0	0
MATERIAL QUIRURGICO	4	13	13	4
AUSENCIA DE PROFESIONAL	10	14	11	0
AUSENCIA DE PACIENTE	26	28	17	18
OTROS	6	15	3	8
% DE CANCELACION DE CIRUGIAS PROGRAMADA	4,3%	7,1%	4,1%	3,0%
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA CON ESTANCIA	0	0	0	0

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA AMBULATORIA	60	46	45	54
No DE PACIENTES OPERADOS EN EL QUE EL DX PREVIO NO SE CORRELACIONA CON EL DX POSQUIRURGICO	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS TRANSOPERATORIOS	0	0	3	0
QUIRUGICOS	0	0	0	0
ANESTESICOS	0	0	3	0
OTROS	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS POSOPERATORIO IDENTIFICADOS	0	0	0	0
QUIRUGICOS	0	0	0	0
ANESTESICOS	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0
No DE REINTERVENCIONES	8	6	0	0
CLASIFICACION DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS	0	0	0	0
LIMPIAS	1719	1577	1538	1595
LIMPIAS CONTAMINADAS	2255	2351	2431	2359
SUCIAS	233	223	257	292
INFECTADAS	21	16	26	64
INFECCIONES IDENTIFICADAS EN HERIDAS QX	0	0	0	0
LIMPIAS	0	0	1	0
LIMPIAS CONTAMINADAS	8	15	8	5
SUCIAS	3	2	2	0
INFECTADAS	0	0	0	0
INFORMES QUIRURGICOS INCOMPLETOS	0	0	0	0
REGISTROS ANESTESICOS INCOMPLETOS	0	0	0	0
DIAS ESPERA CIRUGIA ELECTIVA	6	5	5	4
Cirugia Gral	5	4	5	5
Ortopedia	4	4	4	4

QUIROFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018
Gineco	4	5	5	4
OTORRINOLARINGOLOGIA	6	4	4	4
UROLOGIA	7	7	6	5
MAXILOFACIAL	4	2	4	4
OFTALMOLOGIA	5	7	6	5
CIRUGIA PLASTICA	5	3	5	3
CIRUGIA VASCULAR	10	10	9	6
ODONTOLOGIA INTEGRAL	9	6	4	3
Otros procedimientos anestésicos en salas	0	0	0	0
LEGRADOS	325	369	249	297
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	2.346	2.691	3.053	2.985
...Cirugías grupos 7-10	4.586	4.812	4.402	4.980
...Cirugías grupos 11-13	238	241	209	265
...Cirugías grupos 20-23	230	273	376	418
Total Procedimientos	7.400	8.017	8.040	8.648

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

Se evidencia una tendencia al incremento en el total de personas a quienes se les realizó una intervención quirúrgica durante el periodo de observación del 1,4% en el 2018. De manera recíproca los procedimientos quirúrgicos también mantienen una tendencia al aumento (7,5%), al comparar por procedimientos equivalentes en el año 2018 se aumentaron en un 13,2%. El tipo de anestesia mayormente utilizado es la anestesia general, luego la regional, y finalmente la local, es la general la que más se incrementó en el comparativo (5,2%) mientras que la única que disminuyó en el comparativo fue la regional (3% menos). La tendencia del indicador de porcentaje de cirugías canceladas es oscilante en el 2018 se ubica en un 3% lo que significa una disminución del 25,4% en el comparativo con la vigencia anterior, vale la pena recalcar que todos fueron reprogramados y realizados.

El tiempo de oportunidad para cirugía programada disminuyó a 4 días en el 2018 lo que representa un 17,6% menos que en el año 2017. En cuanto al tiempo programado para cirugía electiva vale la pena mencionar que la Unidad Funcional de Zapaquirá 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.

6. HOSPITALIZACION

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

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

Hospitalización	2.015	2.016	2.017	2.018
NRO CAMAS	92	94	93	93
DIA CAMA DISPONIBLE	33.665	34.460	33.875	34.052
DIAS CAMAS TEMPORALES (EXPANSIÓN)	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	952	310	416	3.178
Total de Egresos	6.516	6.576	6.725	6.513
NO QUIRURUGICOS	3.715	3.608	3.350	3.254
OBSTETRICOS	1.894	2.118	2.193	2.214
QUIRURGICOS	907	850	1.182	1.045
NRO DIAS CAMA OCUPADA	21.677	23.640	24.748	25.195
NRO DIAS ESTANCIA EGRESOS	22.409	24.849	25.350	25.629
NRO DE REINGRESOS	28	19	21	21
% OCUPACIONAL	64,4%	68,6%	73,1%	74,0%
PROMEDIO DIA ESTANCIA	3,4	3,8	3,8	3,9
GIRO CAMA	5,9	5,8	6,0	5,8
% DIAS CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% DIAS CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	2,8%	0,9%	1,2%	9,3%
% DE REINGRESOS	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
PARTOS POR CESAREA	387	405	393	334

PARTOS VAGINALES	831	965	1.004	1.105
% DE CESAREAS	31,8%	29,6%	28,1%	23,2%
TOTAL PARTOS	1.218	1.370	1.397	1.439

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 (0,5% menos).

Aunque hay una tendencia global durante el periodo de observación al incremento de los egresos hospitalarios, en el 2018 hay una disminución que es leve del 3,2%, a expensas de los egresos quirúrgicos (11,6% menos) y de los no quirúrgicos (2,9% menos) y hay un aumento leve en los egresos obstétricos (1%).

El porcentaje ocupacional tiene una tendencia global al aumento siendo las dos últimas vigencias los mejores registros de ocupación en todo el periodo observado (74%), el promedio día estancia con una tendencia al aumento (4,4% más), el giro cama se observa con una tendencia a disminuir (3,8%).

El porcentaje de cesáreas disminuye en un 17,5% mientras que el total de partos realizados independientemente de la vía de atención se incrementa en un 3%.

CAPÍTULO II

DIRECCION DE ATENCIÓN AL USUARIO

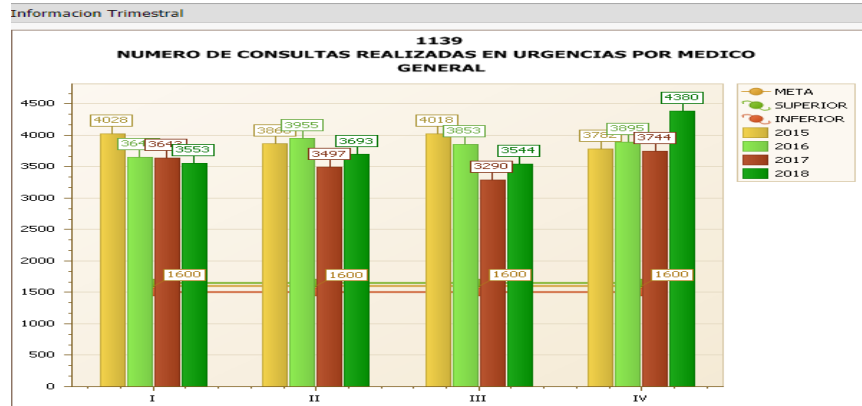
2.1 ATENCIÓN AL PACIENTE URGENCIAS
GESTIÓN DEL PROCESO

	CUARTO TRIMESTRE				ANUAL			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	147	41	22	42	505	269	118	143
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	3097	182	101	121	12722	7568	383	463
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	266	3510	3552	4942	1458	7299	13621	16262
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	501	286	803	1346	1977	1638	2351	3639
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	33	893	706	517	204	1854	2806	2171
TOTAL PTES CON TRIAGES	4044	4912	5184	6968	16866	18628	19279	22678
TOTAL CONSULTAS	4399	4450	4580	4902	18007	17458	17044	17692
Nº CONSULTAS MEDICINA GENERAL	3782	3895	3744	4380	15694	15351	14174	15170
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	617	555	836	522	2313	2107	2870	2522
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	56,33	53,93	46,27	65,56	67,33	58,27	50,57	60,60
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	37,67	33,57	21,59	24,25	46,00	34,82	21,09	25,49
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	37,67	33,57	30,16	44,27	46,17	37,21	32,47	40,50
TOTAL PTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	2811	2866	2774	3732	12471	11102	9831	12219

ANALISIS POR INDICADOR:
NUMERO DE CONSULTA REALIZADA EN URGENCIAS POR MEDICO GENERAL

CUARTO TRIMESTRE				ANUAL			
2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
3782	3895	3744	4380	15694	15351	14174	15170

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



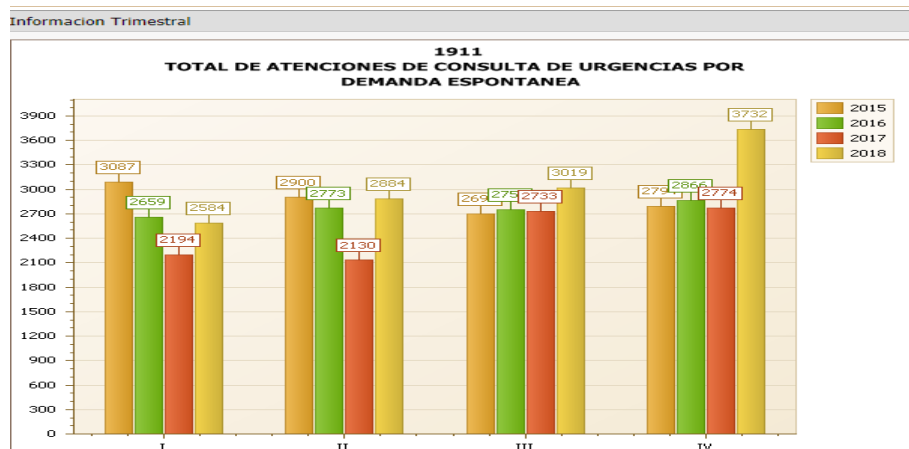
Grafica TUCI

ANALISIS: Al observar el cuadro comparativo global del Servicio de Urgencias resalta el incremento en todos los indicadores y datos estadísticos en relación con el año inmediatamente anterior. En relación directa con lo anteriormente informado este indicador de Consultas por Medico general también tuvo un incremento del 7%, situación que de continuar nos llevaría a necesitar 1 medico más por jornada laboral diurna.

TOTAL DE ATENCIONES DE CONSULTA DE URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA

CUARTO TRIMESTRE				ANUAL			
2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
2811	2866	2774	3732	12471	11102	9831	12219

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Grafica TUCI

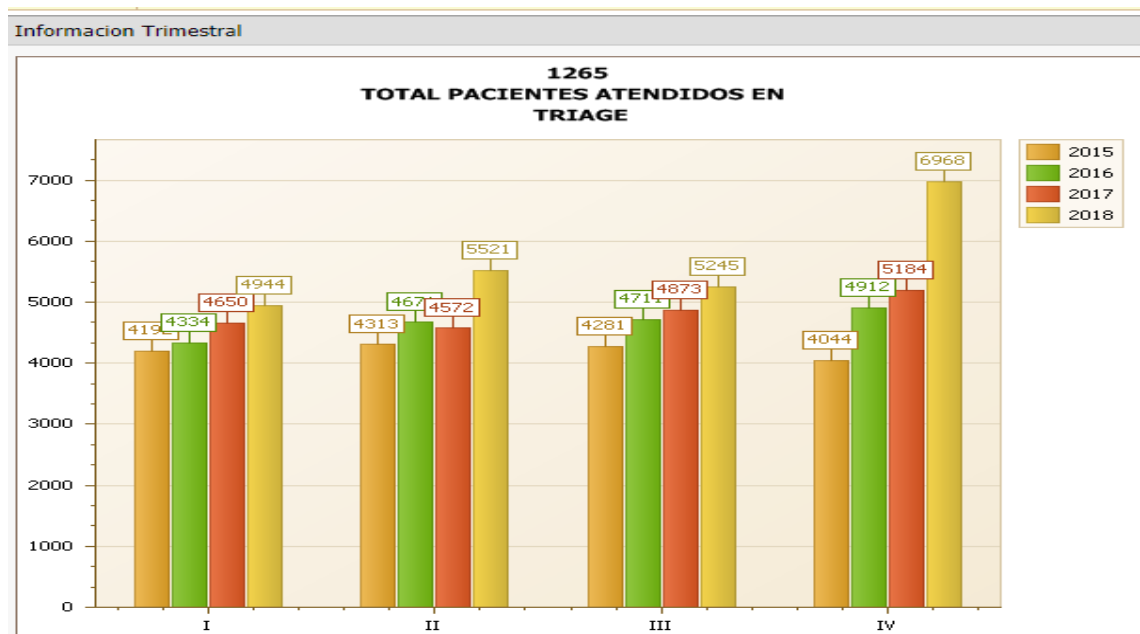
ANALISIS: La Demanda espontánea presento un incremento del 10% lo que afecta de manera directa la aceptación de pacientes por Referencia debido a la sobreocupación del Servicio.

El comportamiento de la población se mantuvo igual que a los trimestres anteriores, con predominio de pacientes de Cundinamarca, adultos mayores, sobre todo mayores de 80 años, que incrementan la utilización de insumos y medicamentos por sus múltiples comorbilidades, en este punto reitero la recomendación que realice en el informe del trimestre anterior de contratar un Médico especializado en Gerontología para apoyar en el manejo de esta población que cada vez crece más.

TOTAL PACIENTES CLASIFICADOS Y ATENDIDOS EN TRIAGE:

	CUARTO TRIMESTRE				ANUAL			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	147	41	22	42	505	269	118	143
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	3097	182	101	121	12722	7568	383	463
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	266	3510	3552	4942	1458	7299	13621	16262
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	501	286	803	1346	1977	1638	2351	3639
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	33	893	706	517	204	1854	2806	2171
TOTAL PTES CON TRIAGES	4044	4912	5184	6968	16866	18628	19279	22678

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



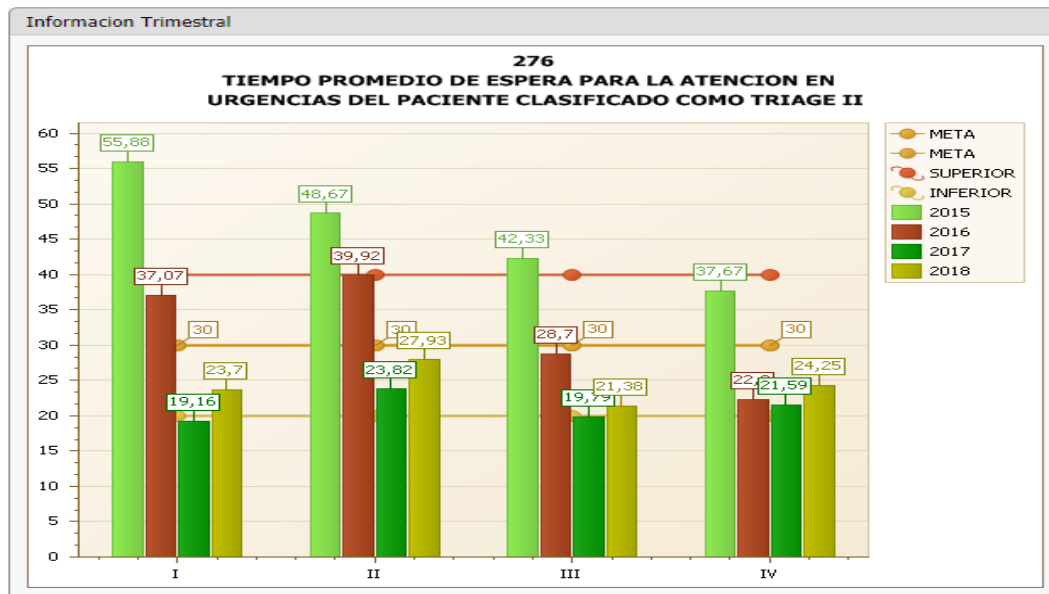
Grafica TUCI

ANALISIS: Un incremento en el número de los triages del 15%, comportamiento que se presentó durante todo los meses del año, siendo mayor este incremento durante el último (IV) trimestre del año 2018, relacionado directamente con el flujo de pacientes de Medimas, que en muchas ocasiones excedió la capacidad de respuesta del Servicio, incrementando todos los Indicadores y datos estadísticos, presentándose además situaciones de agresión al personal asistencial que labora en Urgencias. Esto debido a que los pacientes que ingresaban a nuestra Institución venían direccionados del Hospital San José Centro; IPS con la que Medimas tiene contrato vigente para atender su población, sin embargo esto no sucede así, los pacientes son enviados al HUS con ofrecimientos y promesas muchas veces incumplibles que producen malestar en los pacientes y momentos de agresión hacia nuestro personal.

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

CUARTO TRIMESTRE				ANUAL			
2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
37,67	33,57	21,59	24,25	46,00	34,82	21,09	25,49

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



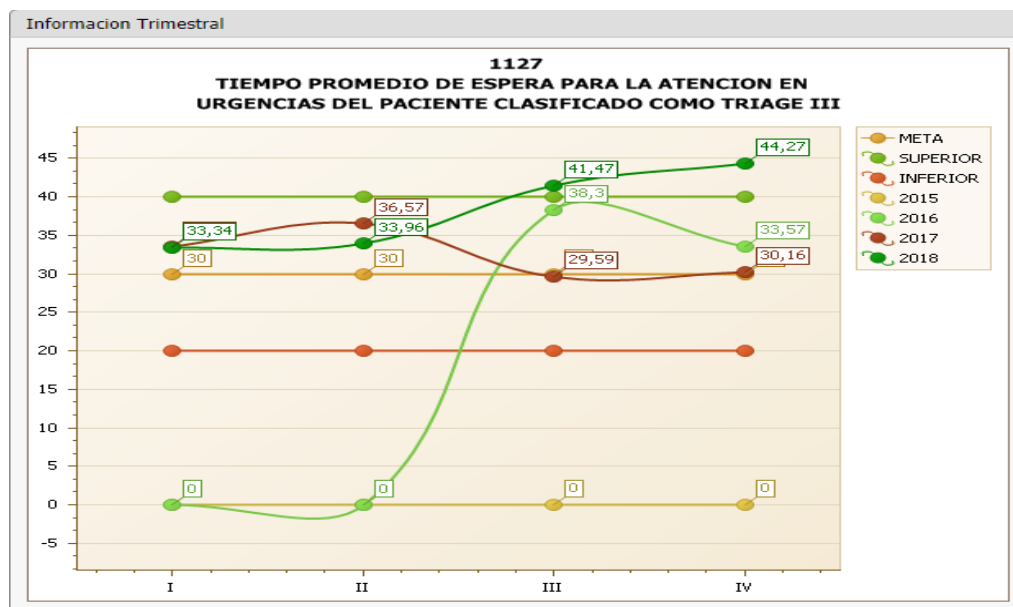
Grafica TUCI

ANALISIS: Indicador que se mantuvo dentro de las metas establecidas por el Ministerio de Salud durante todo el año, a pesar del aumento de flujo de pacientes, esto demuestra la resolutividad del Servicio de Urgencias.

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

CUARTO TRIMESTRE				ANUAL			
2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
37,67	33,57	30,16	44,27	46,17	37,21	32,47	40,50

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



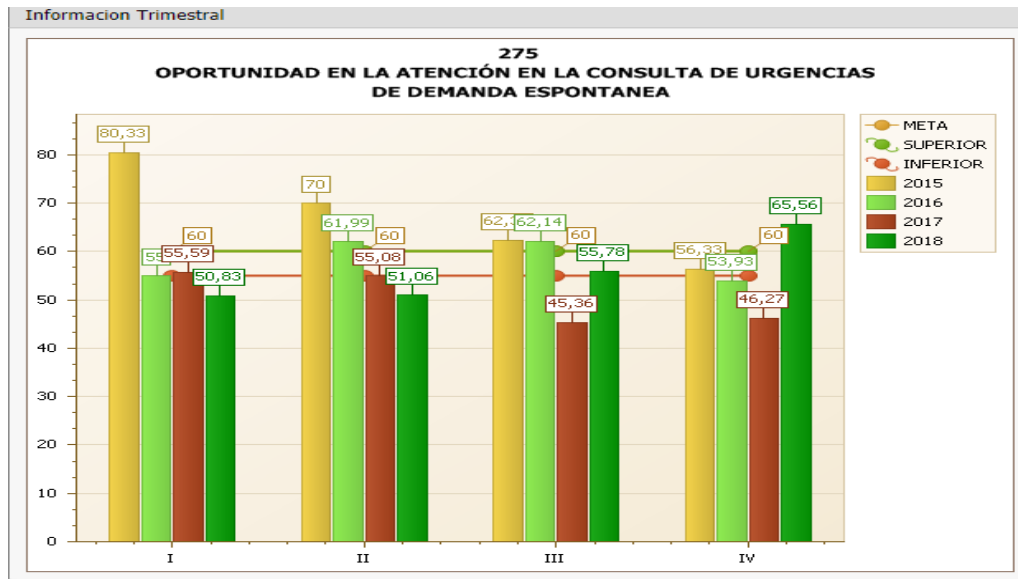
Grafica TUCI

ANALISIS: Como se ha informado durante todo el año este indicador no tiene meta establecida por parte del Minsalud, el Servicio de Urgencias estableció como acción de mejoramiento establecer que no exceda los 45 minutos, lo cual se cumplió, No ha sido fácil el mantener estos indicadores sobre los rangos aceptables y su logro se debe al trabajo en equipo y la buena disposición de los Médicos del Servicio de Urgencias.

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

CUARTO TRIMESTRE				ANUAL			
2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
56,33	53,93	46,27	65,56	67,33	58,27	50,57	60,60

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Grafica TUCI

ANALISIS: En este indicador se excedió la meta establecida que son 60 minutos, aquí vale la pena aclarar que participan 3 procesos para lograr el cumplimiento de la meta, como son Admisiones (Facturación) Urgencias y Sistemas, por tal motivo no es fácil muchas veces acoplar a todos los actores cuando hay muchos pacientes, el Admisionistas acumula los triages y no realiza el ingreso de inmediato y este tiempo de espera se suma al total de la atención, lo mismo sucede con el Sistema cuando hay daño en DGH o suspensión por cortos periodos, estos tiempos ingresan dentro del Indicador ya que la definición de este incluye: medición de minutos desde el momento en que el paciente es clasificado como triage II o III hasta la apertura de la Historia por el Médico de Urgencias.

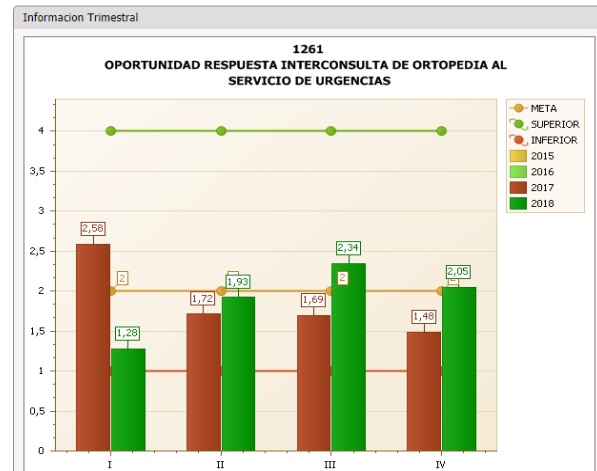
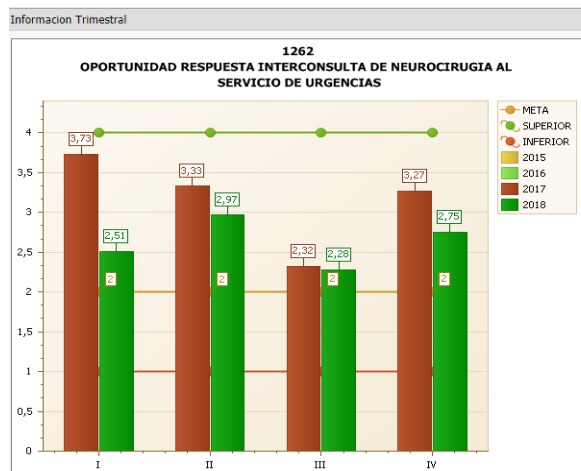
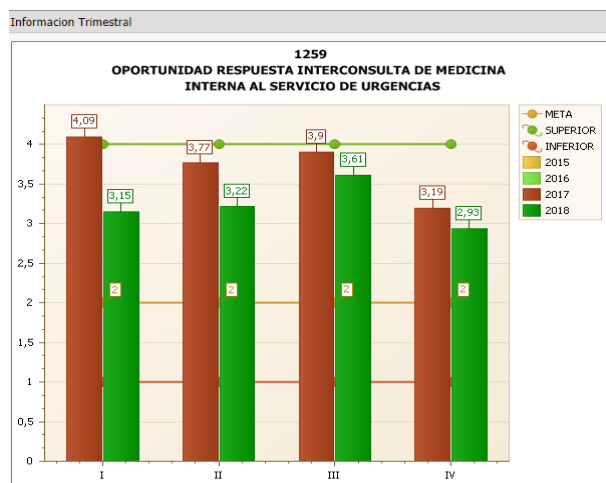
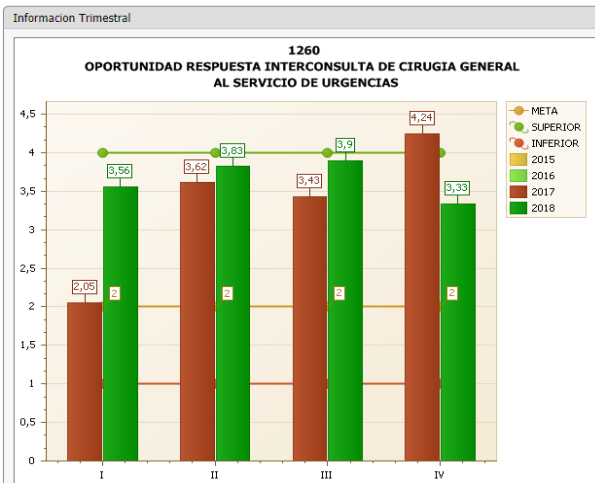
Por presentarse un aumento de la Oportunidad dentro del último trimestre, no considero iniciar un plan de mejora de manera inmediata, de continuar esta misma tendencia de incremento dentro de los meses venideros, se revisara la necesidad de una intervención conjunta con los otros procesos.

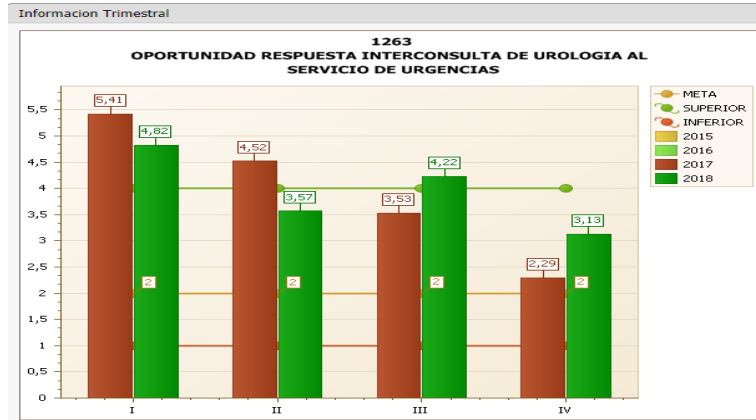
TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS:

ESPECIALIDAD	2017	2017	2018	2018
	4TO TRIMES	TOTAL AÑO	4TO TRIMES	TOTAL AÑO
CIRUGIA				
TIEMP. MES	4,24	3,34	3,33	3,66
No. PTES	676	2438	623	2281
No. MINUTOS	954,07	678,54	693,03	695,37
MEDICINA INT.				
TIEMP. MES	3,19	3,74	2,93	3,23
No. PTES	689	2690	749	2871
No. MINUTOS	727,4	837,03	738,66	775,84
NEUROCIRUGIA				
TIEMP. MES	3,27	3,16	2,75	2,63

No.PTES	245	961	225	854
No.MINUTOS	267,56	253,91	209,04	187,10
ORTOPEDIA				
TIEMP. MES	1,48	1,87	2,03	1,90
No.PTES	421	1686	467	1706
No.MINUTOS	207,6	262,53	316,64	271,14
UROLOGIA				
TIEMP. MES	2,29	3,94	3,13	3,93
No.PTES	97	385	103	421
No.MINUTOS	74,93	131,86	106,74	140,31

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria





ANALISIS: Se cumplió con lo establecido en este Indicador, que consistía en mantener la oportunidad de respuesta de interconsulta en 4 horas o menos, fue un trabajo en equipo con los Subdirectores asistenciales de las especialidades auditadas y la Dirección Científica. Este Indicador está incluido dentro del PAS de Urgencias ya que contribuye con el Fortalecimiento en la Prestación de los Servicios de Salud del HUS.

PQRS

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	URGENCIAS - 2018		
		TOTAL	IV TRIM	%
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales (discapacidad).	2	1	2%
AJ	Falta de calidez y trato amable	15	3	15%
N	Demora en la práctica de actividades clínicas pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	4	1	5%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de hc, etc.	15	4	22%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización - No oportunidad en la atención.	7	1	2%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	5	0	5%
AU	Demora en la autorización de la EPS	1	0	0%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	1	0	0%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	7	2	15%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.	1	0	0%
AB	Reclamo cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud	1	0	0%
T	Falta de comunicación y/o información médica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias	2	0	2%
O	Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en urgencias	2	0	0%

U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	2	1	2%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	2	2	7%
AO	Accesibilidad por causa ajenas a la institución	1	1	5%
A	Accesibilidad inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia	1	1	2%
AR	Presuntas fallas administrativas en la entrega de un paciente fallecido	1	1	2%
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en TV, aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	1	1	2%
AS	Causas externas al HUS	1	1	2%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería	31	3	7%
TOTAL		103	23	100%

ANÁLISIS:

Aunque el Servicio de Urgencia recibió un total durante el año de 103 quejas y reclamos, y 23 durante el IV trimestre del año 2018 se debe tener en cuenta y analizar la proporción entre el número de quejas y reclamos y el número de atenciones, las cuales para el Servicio fueron un total de 37.848 atenciones en salud (triage y Consultas). Lo que correspondería al 0.27%

Se debe resaltar que se presentó una mejora el porcentaje por “Falta de Calidez y trato amable” como quedo establecido dentro del PUMP de Urgencias, donde se estableció un disminución del porcentaje en relación con el año 2017, la mejora fue de un 3%, cabe aclarar que debió a un trabajo permanente de socialización por parte de Enfermería, logrando la apropiación por parte de todo el equipo de conceptos de Humanización y buen trato con el paciente y sus compañeros. De igual manera se intervino por parte de la DAU con los Medicos del Servicio, esta actividad no se abandonara continuara la Subdirección de Urgencias buscando las herramientas para continuar en la mejora de las quejas y reclamos por esta causa.

PUMP

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	ZA	ZB	ZC	ZD	
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAÍZ DEL HALAZGO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATÉGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUÓ LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE CON CORTE A 1º DE DICIEMBRE DE 2018	CIERRE DE CICLO	RESULTADO VO AVANCE	ESTADO															
3																													
4	ATENCIÓN URGENCIAS	REPORTURAS DE EMERGENCIAS EN LA INTERCONSULTA DE CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA, NEUROLOGÍA, ORTOPEDIA Y UROLOGÍA	1. Por que? Tiempos prolongados de atención algunas especialidades 2. Por que? No pasan tiempo por el servicio de urgencias a definir consulta de los pacientes 1. Por que? Las especialidades que ingresan al servicio de urgencias.	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Oportuno	1. Fortalecer la Preparación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Salud y Desempeño. 2. Continuar con las mediciones mensuales de los tiempos de respuesta a las interconsultas en Urgencias	1.-Actualizar el procedimiento "Solicitud de Interconsulta", vigilar que los tiempos allí consignados a la breva base año 2017 2.- Realizar reuniones de indicadores de Especialidades médicas y radiológicas al TUCI	Documento actualizado, aprobado y socializado	Subdirección Urgencias Dirección Atención al Usuario Dirección Cerebral	Oportunidad de respuesta de interconsulta brindada a la respuesta por parte de la Especialidad consultada	100% 100%		Se actualizó el procedimiento en noviembre de 2018, en modificación de los tiempos de oportunidad a "Se continúan los tiempos de interconsulta de urgencias siguientes al registro CEREBIA Octubre 3,28; Noviembre 3,54; Diciembre 3,00"	COMPLETO															
5	ATENCIÓN URGENCIAS	Falta de trato amable por parte del personal Médico y de Enfermería durante el 8 mes del año 2017 al 30% del total de quejas	1. Por que? Quejas presentadas por los pacientes. 2. Por que? Actitudes poco respetuosas y respuestas poco amables	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Cerrado en el usuario	Fortalecer la prestación de servicios de salud	1. Fortalecer los perfiles de nuevos colaboradores en salud. 2. Realizar capacitaciones sobre Humanización y trato amable por parte de los colaboradores. 2. Asistir a las capacitaciones realizadas por el área Humana y fortalecer las competencias de Humanización. 2. Asistir y participar activamente con las actividades de Humanización realizadas por el área de Enfermería.	"LIBRE" de asistencia a las capacitaciones de otras áreas u reuniones por parte de la Subdirección de Urgencias y la Dirección de Enfermería.	Subdirección de Urgencias Subdirección de Atención al Usuario Dirección de Atención al Usuario	# GR relacionadas a la causa (GR) Total de GR en Urgencias	100%		Se continuaron realizando actividades de capacitación a la Dirección de Atención al Usuario al usuario se realizó capacitaciones personalizadas al personal de enfermería produciendo un mayor por ciento	COMPLETO															

ANALISIS: También se cumplió con el cierre de todas las actividades allí consignadas por parte del Servicio de Urgencias, logrando el cierre de ciclos por parte de Planeación.

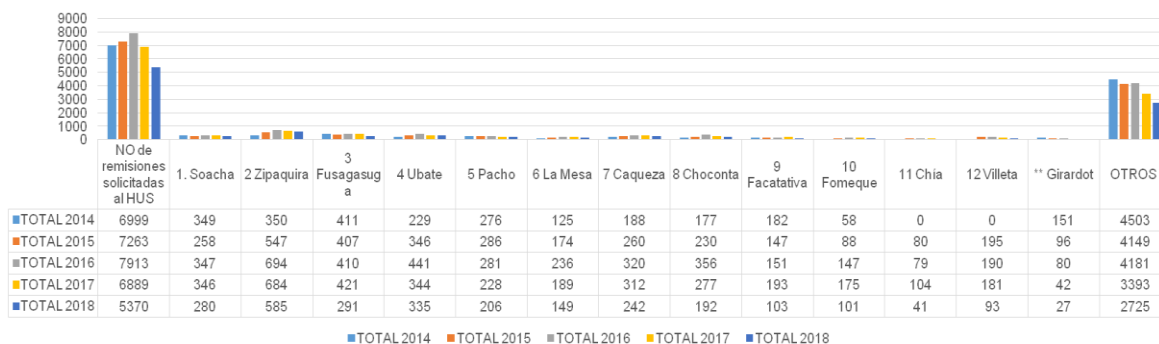
LOGROS:

- El Servicio de Urgencias durante el año 2018 cumplió con todos las metas propuestas en sus indicadores, con las actividades de mejora consignadas en los diferentes Planes Institucionales. Se mejoró la percepción de bienestar en los pacientes al incrementar el número de camillas en 10 más y ampliar la infraestructura en el área de observación,
- El aseo y desinfección de las áreas mejoró según los seguimientos realizados por el COVE, manteniendo una estrecha relación con el área de Hotelaría.
- En cuanto a las mediciones de la estrategia multimodal de lavado de manos se presentaron algunos altibajos durante los meses del año, que coincidían con los cambios en el personal de entrenamiento en Medicina dentro del Servicio de Urgencias, sin embargo por parte del COVE se realizaron capacitaciones a todo el personal del Servicio como a las especialidades que confluyen en Urgencias, logrando una adherencia mayor al 80%
- El nombramiento de una Supervisora de Enfermería contribuyó a la mejora en los procesos propios de esa área, disminuyendo tiempos de atención por Enfermería, mejorando el ambiente laboral del equipo y en general la Atención brindada a nuestros usuarios.
- La auditoría concurrente contribuyó a disminuir las objeciones con el seguimiento diario de la interpretación de paraclínicos y la pertinencia en la estancia hospitalaria.
- Se logró la ubicación de Trabajo social en esa área creada para dicha atención, propendiendo a brindar privacidad a la intervención con el paciente y su familia.

Para el año 2019 el Servicio de Urgencias continuara brindando una atención Oportuna, Segura y con Calidad, buscando la mejora continua en sus procesos, el seguimiento de los logros obtenidos tanto para los tiempos de oportunidad como la Humanización en la atención del Servicio

2.2 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
GESTION DEL PROCESO
ANALISIS INDICADORES:
NUMERO DE REMISIONES SOLICITADAS AL HUS

ANUAL	2015	2016	2017	2018
TOTAL	7263	7913	6889	5370
SOACHA	258	347	346	280
ZIPAQUIRÁ	547	694	684	585
FUSAGASUGÁ	407	410	421	291
UBATE	346	441	344	335
PACHO	286	281	228	206
LA MESA	174	236	189	149
CAQUEZA	260	320	312	242
CHOCONTA	230	356	277	192
FACATATIVÁ	147	151	193	103
FOMEQUE	88	147	175	101
CHÍA	80	79	104	41
VILLETA	195	190	181	93
GIRARDOT	96	80	42	27
OTROS	4149	4181	3393	2725

REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR IPS

BASE DA DATOS BITACORA DE REFERENCIA


051



SC5520-1



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

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

ANALISIS

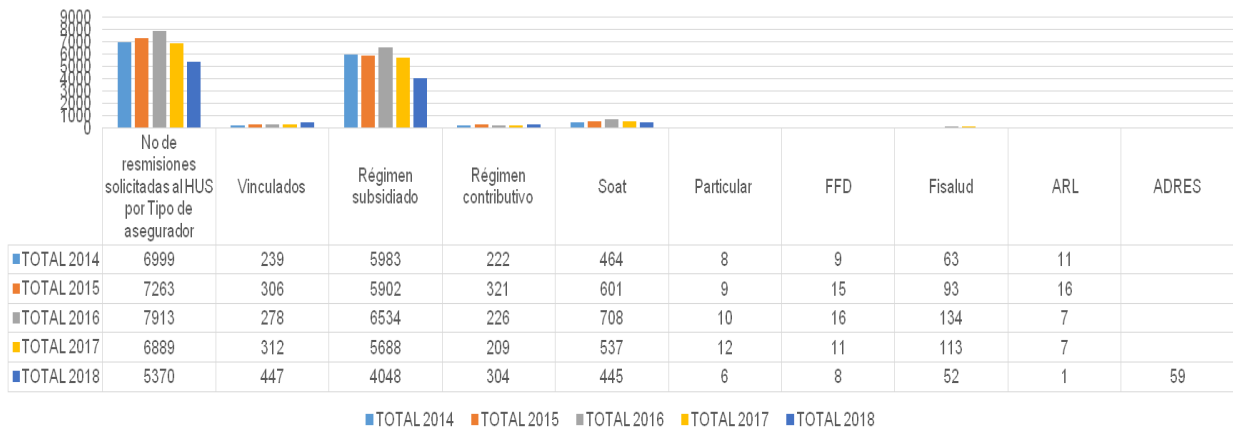
La solicitud de remisiones del año 2018 disminuyó de forma notoria y es atribuible a la suspensión del contrato con la EPS Convida desde el mes de Octubre hasta terminar el año 2018.

NUMERO DE REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR TIPO DE ASEGURADOR

ANUAL	2015	2016	2017	2018
TOTAL	7263	7913	6889	5370
Vinculados	306	278	312	447
Régimen subsidiado	5902	6534	5688	4048
Régimen contributivo	321	226	209	304
Soat	601	708	537	445
Particular	9	10	12	6
FFD	15	16	11	8
Fisalud	93	134	113	52
ARL	16	7	7	1
ADRES				59

BASE DATOS BITACORA DE REFERENCIA

REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR ASEGURADOR



La disminución de remisiones.....

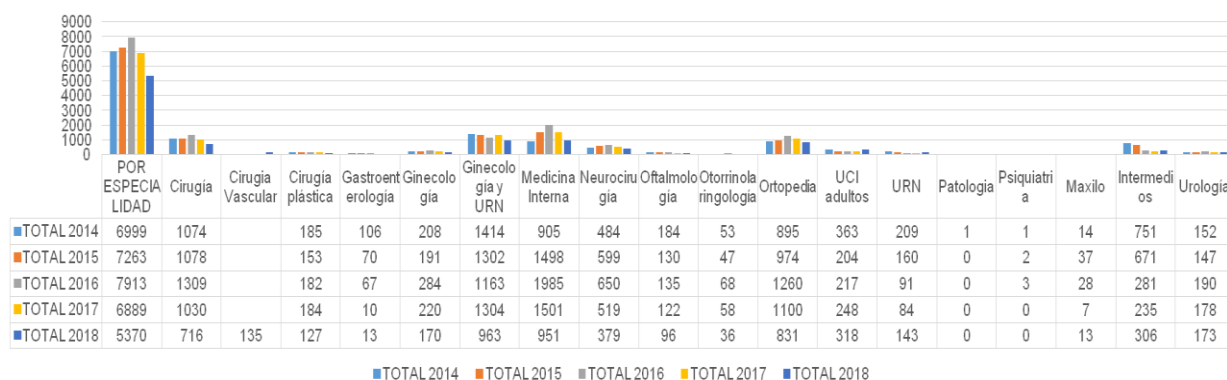
ANALISIS

Las remisiones solicitadas por el tipo de asegurador aumentaron el número de solicitudes de línea de pago vinculado, se debe a la población venezolana que se ubica en el departamento de Cundinamarca y la secretaria de salud los vincula.

Aumentan los pacientes autorizados de línea de pago del régimen contributivo al HUS ya que los usuarios ingresan al sistema por el servicio de urgencias demanda espontánea.

NUMERO REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR ESPECIALIDAD

ANUAL	2015	2016	2017	2018
TOTAL	7263	7913	6889	5370
Cirugía	1078	1309	1030	716
Cirugía Vascular				135
Cirugía plástica	153	182	184	127
Gastroenterología	70	67	10	13
Ginecología	191	284	220	170
Ginecología y URN	1302	1163	1304	963
Medicina Interna	1498	1985	1501	951
Neurocirugía	599	650	519	379
Oftalmología	130	135	122	96
Otorrinolaringología	47	68	58	36
Ortopedia	974	1260	1100	831
UCI adultos	204	217	248	318
URN	160	91	84	143
Patología	0	0	0	0
Psiquiatría	2	3	0	0
Maxilo	37	28	7	13
Intermedios	671	281	235	306
Urología	147	190	178	173

REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR ESPECIALIDAD

ANALISIS

Las especialidades más solicitadas son ortopedia, medicina interna, ginecología y unidad de recién nacidos, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de cuidados Intermedios.

PORCENTAJE DE REMISIONES ACEPTADAS POR ESPECIALIDAD

ANUAL	2015	2016	2017	2018
TOTAL	54%	49%	53%	48%
Cirugía	55%	45%	62%	59%
Cirugía Vascular				62%
Cirugía plástica	77%	63%	75%	73%
Gastroenterología	65%	40%	22%	13%
Ginecología	56%	45%	44%	49%
Ginecología y URN	71%	57%	58%	58%
Medicina Interna	27%	29%	42%	45%
Neurocirugía	67%	75%	80%	80%
Oftalmología	80%	68%	77%	72%
Otorrinolaringología	61%	56%	68%	57%
Ortopedia	75%	75%	82%	83%
UCI adultos	25%	18%	7%	10%

URN	54%	61%	62%	53%
Patología	0%	0%	0%	0%
Psiquiatría	0%	0%	0%	0%
Maxilo	57%	45%	8%	35%
Intermedios	48%	23%	24%	23%
Urología	27%	29%	41%	41%

BASE DA DATOS BITACORA DE REFERENCIA

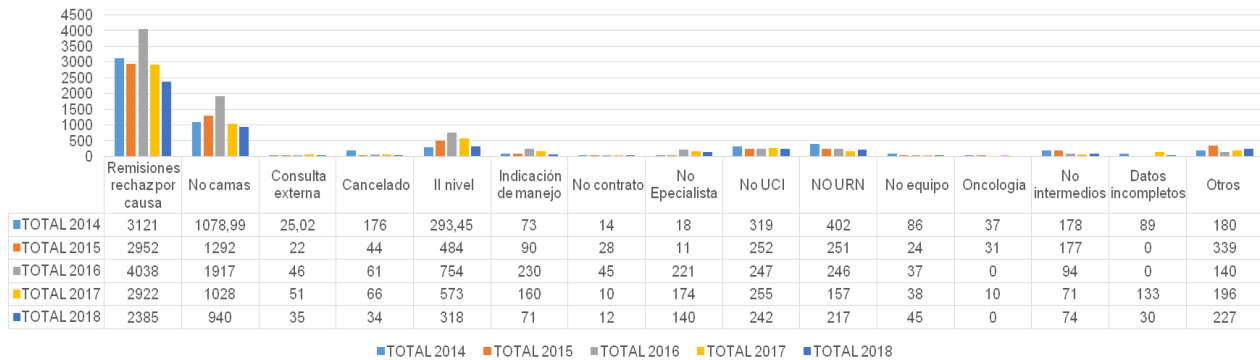
ANALISIS

Disminuye el número total de remisiones aceptadas en el año 2018 aunque algunas especialidades aumentan y mantienen su porcentaje de aceptación.

REMISIONES RECHAZADAS POR CAUSA

ANUAL	2015	2016	2017	2018
TOTAL	2952	4038	2922	2385
No camas	1292	1917	1028	940
Consulta externa	22	46	51	35
Cancelado	44	61	66	34
II nivel	484	754	573	318
Indicación de manejo	90	230	160	71
No contrato	28	45	10	12
No Especialista	11	221	174	140
No UCI	252	247	255	242
NO URN	251	246	157	217
No equipo	24	37	38	45
Oncología	31	0	10	0
No intermedios	177	94	71	74
Datos incompletos	0	0	133	30
Otros	339	140	196	227

BASE DA DATOS BITACORA DE REFERENCIA

REMISIONES RECHAZADAS POR CAUSA

ANALISIS

La mayor causa de rechazo de remisiones en el HUS es la falta de camas, seguidas por pacientes con patologías que necesitan segundo nivel de complejidad, no disponibilidad de camas en la UCI, y falta de equipo cuando se dañó el TAC y el resonador.

LOGROS:

- Con respecto a la ambulancia se realizaron 540 traslados en la ambulancia básica. No se tuvo mortalidad en los traslados durante el año 2018 debido a que solo se trasladan pacientes estables sin complicaciones.
- Durante el último semestre se presentó una queja la cual se le dio trámite y no generó ningún plan de mejora.
- Se actualizó el plan hospitalario de emergencias el cual se encuentra publicado en la Intranet
- Se asistió a 9 reuniones programadas de Referencia y Contrareferencia Departamentales en donde se exponen los casos de los traslados primarios con los hospitales de II Nivel. Se concluye por parte de CRUE que no se debe trasladar ningún paciente en condiciones inestables indicación que no se cumplió.
- Se capacitó a la brigada de emergencias
- Se coordinó y se verificó la remodelación en el servicio con la ampliación de las camas
- Se dio brindo asesoría técnica en la solicitud de ambulancia medicalizada en la sede de Zipaquirá

2.2 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

GESTIÓN DEL PROCESO

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

CONSULTA ESPECIALIZADA	2015	2016	2017	2018
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
Horas programadas consulta especializada	25.509	23.098	18.947	19.359
Consultas asignadas = programadas	78.304	68.856	55.453	57.688
Consultas realizadas	67.340	60.404	48.162	48.542
% Inasistencia	13%	12%	13%	15%
% Cancelación o causa de NO atención	0,8%	0,6%	0,6%	0,8%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizada/oferta)	92%	92%	92%	91%
Rendimiento hora medico consulta	2,6	2,6	2,5	2,5
% Demanda insatisfecha en Consulta	7%	3%	6%	13%

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

Las **horas programadas** aumentaron el 2% frente al año anterior, frente a los años 2015 y 2016 disminuyó en promedio 18%, la **consulta asignada** aumentó 4% frente al año anterior, frente al 2016 bajó 16% y frente a 2015 bajó 26% y la **consulta realizada** aumentó 1% comparada con el año anterior, frente al 2016 y 2015 bajó 20 y 28% respectivamente. En el 2018 se atendieron en promedio mes 4.050 citas, mientras que en el 2015 fueron en promedio mes 5.600, disminución que se presentó a expensas de terminación de contratos, de los cuales el que más impactó produjo fue el de Convida, por corresponder a más de un 80% de la demanda en Consulta Externa.

A pesar del aumento en la actividad de **confirmación** de citas que llegó al 13% en el año, la **inasistencia** aumentó en un 20% comparado con el año anterior, frente al 2016 aumentó 28% y frente al 2015 un 14%, la inasistencia aumentó de manera marcada entre el III y IV trimestre de 2018 con 17 y 18% de inasistencia, meses en donde se aumentó la demanda de solicitud de citas para pacientes de Medimas, Famisanar y Fiduconsorcio. Por cada colaborador que apoya la consulta, se realizaron llamadas de seguimiento telefónico a la inasistencia a cita programada, logrando llamar a un 44% de los pacientes que no asistieron.

El 14% de las causas de insistencia según lo informado en llamada, correspondió a causas prevenibles, se resalta la relacionada con la información de la cita, en donde la cita es solicitada por la EPS y no avisó al paciente; y el 86% correspondió a causas no prevenibles, marcada por el No traslado o llegada tarde por INPEC, seguida de la dificultad del desplazamiento y de la condición del paciente.

Es importante mencionar que con un 33%, no se logró establecer comunicación (número errado, no contestan o sin servicio, sin teléfono de contacto), por lo cual se continúa insistiendo en la actualización de datos de contacto, cada vez que se asigna una cita. A continuación se presentan los motivos de inasistencia presentados y la gestión realizada en el año 2018.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Promedio 2018	Causa de Inasistencia en consulta	Motivo de la inasistencia y gestión realizada
8,9%	9%	8%	9%	9%	Prevenible	Información de cita (no sabía, cita solicitada por EPS, olvido o equivocación de cita), para lo cual se realiza actividad de confirmación a citas que se encuentran a + de 20d, a población priorizada maternas y canguros y agendas de alta demanda.
4,1%	3%	3%	1%	3%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos)
1,7%	2%	1%	2%	2%		Cita mal asignada (ha bajado, gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
0,4%	1,0%	0,7%	3,0%	1%		No se logró comunicar para cancelar
24,2%	24,2%	17%	15%	20%		Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
16,8%	16,2%	24%	29%	22%	No prevenible	INPEC, llegada tarde más de una hora o no traslado.
17,7%	14%	10%	9%	13%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
3%	10,3%	6%	9%	7%		Otros motivos (hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir, sin permiso de trabajo).
6%	4%	6%	3%	5%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
4%	3%	3%	3%	3%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
7,8%	8%	18%	12%	11%		Relacionadas con autorización (sin autorización - Famisanar y Medimas, vencida - Convida no renueva, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente).
5%	4%	3%	5%	4%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas, cuando por algún motivo no puede asistir)
0,4%	0,9%	0,7%	0,2%	1%		Fallecimiento del paciente

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

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 asignadas*100. La cancelación ha venido aumentando a expensas de la mejora en la captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el inconveniente presentado. En el 2018 la cancelación fue de 0.8% y el 66% correspondió a motivos prevenibles. La causa más frecuente de cancelación en el año, fue atribuida al **paciente** en el 54% dentro del total de la cancelación del 0.8%, el 41% correspondió a motivos prevenibles para el paciente, pero no de directa intervención por el HUS. El motivo más frecuente fue: el paciente se presenta sin resultados de paraclínicos necesarios para definir conducta, seguido de temas relacionados con la autorización (sin autorización, vencida o dirigida para otra IPS). A continuación se detalla la clasificación de la cancelación y los motivos:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Promedio 2018	Cancelación por paciente	Motivo de la cancelación y gestión realizada
3%	8%	7%	12%	7%	Prevenible	Cita mal solicitada
7%	8%	25%	15%	14%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
12%	14%	21%	18%	16%		Sin resultados paraclínicos, necesarios en consulta para definir conducta
0%	4%	1%	0%	1%		Sin referencia o justificación de la atención
1%	2%	1%	1%	1%		No responde al llamado para la atención, a pesar de llamado por altoparlante y al número telefónico
11%	7%	2%	0%	5%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora), por lo que el especialista ya no se encuentra en consulta o ya no alcanza por otra actividad (a expensas de INPEC)
3%	3%	3%	6%	4%		Condición del paciente. Hospitalizado o enfermo y no cancelaron cita
0%	0%	1%	0%	0,3%		Desestimiento a pesar de consentimiento informado en consulta de Anestesia decide no cirugía.
1%	1%	0%	0%	1%		Cita extra. No espera atención, a pesar de aceptarla con la condición de disponibilidad de tiempo.
0,6%	1%	10%	2%	3%		Otros motivos, Sin orden de admisión ni consentimiento informado para consulta de Anestesia, llega tarde y no espera la atención, ya atendido y remitido a cx, deseaba cita con otro especialista.

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 3

La **cancelación institucional** correspondió al 36% dentro del total de la cancelación del 0.8%. Se gestionaron los motivos prevenibles que correspondieron a un 26%, siendo el motivo más frecuente la falla en asignación de cita, por lo cual se resocializó el procedimiento, este resultado también se vio afectado por la curva de aprendizaje de colaboradores nuevos en la Central de Citas. No se presentó en el año cancelación por falta de paraclínicos generados en el HUS, gracias a la asignación de citas teniendo en cuenta la oportunidad establecida por las áreas para contar con resultados.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Promedio 2018	Cancelación Institucional	Motivo de la cancelación y gestión realizada
17%	20%	18%	21%	19%	Prevenible	Falla en asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0%	3%	0%	0%	1%		Falla en equipo tecnológico o sin insumos (en II trimestre no se contó para una fecha con blefaro para neonatos)
0%	0%	0%	2%	1%		Sin autorización
2%	13%	0%	3%	5%		Cambio de agenda. Se recuerda a especialistas el tiempo de cambio de agenda establecido en el Procedimiento.
0%	1%	0%	2%	0,8%		Falta oportunidad en la atención, para lo cual se recuerda al especialista brindar la atención en la hora de la cita asignada.
0%	0%	0%	3%	1%		Orden errada o incompleta
0%	0%	0%	0%	0%		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
18%	8%	0%	10%	9%	No prevenible	Calamidad o enfermedad del especialista.
0,6%	0%	0,0%	0,0%	0,2%		Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita).
0%	1%	1%	0,0%	1%		Otros, facturación errada

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 4

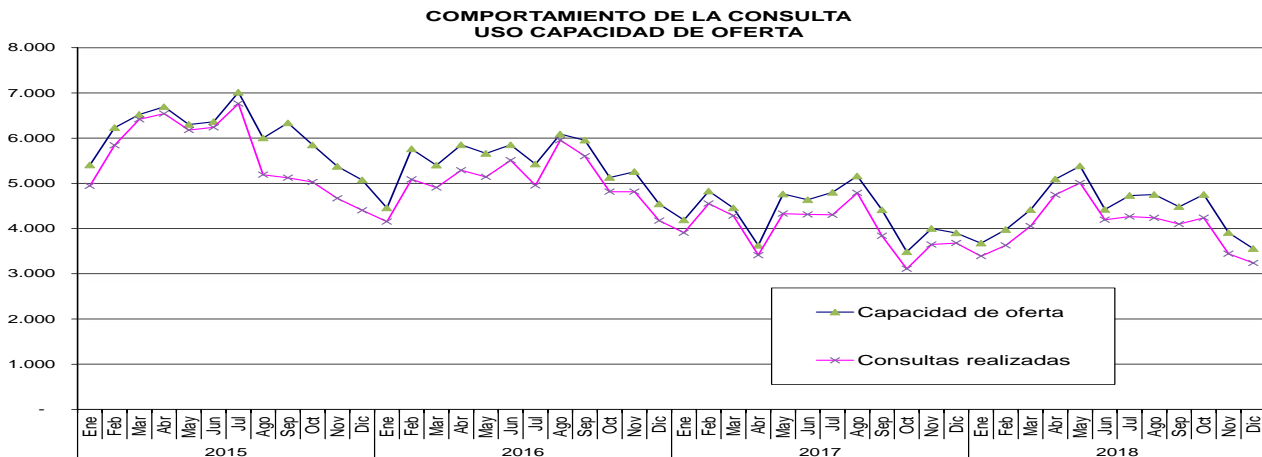
La cancelación **por causa externa** tuvo un peso del 11% de la cancelación total en consulta del 0.8%, la cual aumentó exponencialmente, a expensas de la caída de luz, que nos obligó a la reprogramación de 39 citas en marzo y 8 citas en agosto, por no contar con sistema para diligenciar historia clínica. Se recalca que gracias a los compromisos adquiridos en reuniones con el área de Sanidad de INPEC de las cárceles Modelo, Picota y Reclusión de mujeres, se bajó la cancelación por falta de paraclínicos, en donde al momento de asignar la cita se recordó cuales debían presentar en la consulta, pero por parte de quienes apoyan la consulta persiste la falla en esta identificación, por lo cual no se registró este motivo en el año. Persistió la llegada tarde por parte de INPEC a pesar de programar citas después de las 9am y antes de las 3pm, teniendo en cuenta el desplazamiento lo cual fue recomendado en reuniones de seguimiento con los establecimientos penitenciarios.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Promedio 2018	Cancelación por externo	Motivo de la cancelación y gestión realizada
0%	2%	0%	1%	1%	No prevenible	Autorización códigos errados o incompleta, el asegurador no cambia los códigos telefónicamente, remisión errada
0%	3%	1%	4%	2%		Otros, Inpec llegada tarde
23%	0%	8%	0%	8%		Otros, caída de luz - Codensa, que nos obligó a reprogramar citas

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 5

La **cancelación previa**, es cuando el paciente cancela el servicio programado con mínimo 6 horas de anticipación, o el profesional realiza cambio de agenda y nos comunicamos previamente con el paciente reubicando la cita, este tipo de cancelación correspondió a 17% para el año 2018 y fueron cupos que se liberaron oportunamente para asignar cita a otro paciente.

El uso de la capacidad de oferta, bajó 1% frente a los años anteriores. Este indicador tiene como fin cerrar la brecha, entre la oferta y la demanda optimizando recursos. En el II trimestre de 2015, se observó amplia la brecha y posteriormente se disminuyó con los ajustes de agendas.



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

Este indicador se afecta directamente por la inasistencia y la cancelación, la cual aumentó a expensas de los usuarios de Convida en el II semestre y a partir del III trimestre se sumó la inasistencia de usuarios de Medimas y Famisanar por desconocimiento de citas y de Fiduconsorcio por no traslado por parte de INPEC, por lo cual los cupos asignados se perdieron.

A pesar del ajuste periódico de las agendas de acuerdo al comportamiento de la demanda, el resultado bajó de 92% en el 2017 a 91% en el 2018 y entre el III y IV trimestre de 2018 bajó el uso de la capacidad de oferta pasando de 90 a 89% debido al aumento de la inasistencia en esos mismos trimestres, la cual llegó a 18% en el IV trimestre (datos y causas presentadas anteriormente en tabla No. 1 y 2)). Por baja demanda en algunas especialidades hubo necesidad de disminuir la oferta, como en el caso de: Cardiología, Cardiovascular, Cirugía Plástica mano, Dermatología, Gastroenterología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Bariátrica, Psicología, Neuropsicología y Ortopedia Hombro entre otras, en algunos meses en Neurología, Ginecología, Obstetricia alto riesgo y Oftalmología, Mientras que hubo necesidad de aumentar en conjunto con los Coordinadores y Subdirectores de algunas agendas como Anestesia, Cirugía de tórax, Cirugía general, Endocrinología y Cirugía Plástica.

El **rendimiento**, no presentó cambio frente al año anterior. Correspondió a un resultado óptimo (2.5 consultas hora), teniendo en cuenta que la mayoría de consultas son de 20 minutos, otras como psicología 40 minutos, ginecoobstetricia, reumatología, consulta de primer vez en Medicina Interna, hematología y endocrinología son de 30 minutos, lo que también incide en la obtención de este resultado. Este indicador se afecta por la inasistencia, cancelación y cupos que quedan libres, por falta de solicitud por parte de los usuarios.

El indicador de **Demanda insatisfecha**, fue del 13% en el 2018, este indicador se obtiene del número de pacientes que solicitaron cita a una consulta ofertada y no se pudo asignar / número de consultas asignadas programadas en consulta.

Este indicador aumentó notablemente a expensas del **represamiento** el cual dentro del 13% correspondió al 82% por represamiento en algunas agendas, por la alta demanda a expensas de la ampliación de nuevos contratos con Medimas y Famisanar, EPS que demandaron citas solo para algunas agendas y por otro lado aumento en la demanda de Fiduconsorcio.

En primer lugar se encontró la consulta de Dolor y cuidados paliativos en donde se presentó inconveniente temporal con especialistas lo que hizo que se presentara demanda insatisfecha en esta especialidad. En segundo lugar Cirugía de cabeza y cuello, como es bien conocida la demanda del país supera la oferta de supraespecialistas, sin embargo a partir del III trimestre se aumentaron cuatro (4) horas para cada mes, sin alcanzar a dar cobertura a la demanda del país. En tercer lugar Cirugía de tórax, agenda en la cual se ampliaron dos (2) horas mes desde el final del III trimestre para suplir el aumento de la demanda.

En la posición 4, 6, 8 y 9 estuvieron Cirugía vascular periférica, Cirugía de mama y tejidos blandos, Endocrinología y Neurología respectivamente, por lo cual se amplió oferta desde el II trimestre con especialistas, pero no alcanzó a dar cobertura de la demanda. La posición 5, 7 y 10 fueron para Reumatología, Oftalmología córnea y oculoplástia, por falta de oportunidad en la propuesta de agenda por parte del especialista. La demanda insatisfecha **financiera** fue del 17%, se presentó por usuarios que solicitaron cita, sin contar con autorización de la EPS, por lo que no se asignó cita (EPS Famisanar, autorizó procedimiento quirúrgico y no consulta de anestesia) y solicitudes para EPS sin contrato (Convida y Capresoca), indicador que presenta subregistro por parte del colaborador que recibe la solicitud, que no registra como cita no asignada, para lo cual se realizó socialización del procedimiento de asignación de citas. El 0.2 % de la demanda insatisfecha fue por causa **física**, debido a daño de equipo biomédico (colonoscopio), en el IV trimestre del año. La demanda insatisfecha por causa **humana** fue del 0.03% y correspondió a las agendas de tórax y hombro, en donde los especialistas no se encontraron disponibles en la fecha deseada por los usuarios (II trimestre).

El **Consultador crónico**, es aquel paciente que demanda el servicio de una especialidad más de siete veces en el año sin requerirlo. En el HUS no se presenta en razón a que media remisión y autorización del servicio, en caso de presentarse se remite a los programas de promoción y prevención, se informa al referente de PyP del HUS y el a su vez notifica a la EPS correspondiente. Por recomendación de Acreditación, se retomó este indicador a partir del 2016. Para el año no se presentó ningún consultador crónico, se realizó seguimiento con cada especialidad en los casos de registros de atención más de siete veces a un paciente y todas fueron justificadas, correspondieron a atenciones en Cardiología, Dermatología oncológica, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neurología, Oftalmología cornea, Ortopedia y Otorrinolaringología.

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

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

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 6

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

Para **Cirugía General** la oportunidad estuvo por debajo del máximo aceptable que son 20 días. Con el incremento de la demanda en el II trimestre de 2018, se amplió la oferta en el III trimestre y así se obtuvo excelente oportunidad para las citas de primer vez con 2.6 días, adicional a la atención de citas extras, que se asignaron a casos prioritarios.

La oportunidad en **Ginecología** se conservó muy por debajo del máximo aceptable planteado en el **Plan de Acción en Salud – PAS**, que son 5 días. Este resultado de 1.2 días, se obtuvo por un lado, por la oferta de lunes a viernes y por otro al comportamiento de la demanda, en donde Convida direcciona para esta especialidad a los II niveles. No hubo necesidad de realizar ningún ajuste en agendas con el servicio de ginecología.

El resultado de la oportunidad en **Obstetricia**, se obtuvo gracias a la oferta de lunes a viernes y con la estrategia “Atención el mismo día, para materna de alto riesgo que se acerca a programar cita de primera vez y ya ha pasado la agenda, canalizándola por urgencias”. La atención de las maternas se prioriza en todas las consultas, optimizando en un traslado al HUS todas las posibles citas especializadas o de apoyo diagnóstico que se requieran, como ecografía, laboratorios y otras consultas nutrición, psicología, cuando la EPS las autoriza. El HUS solo atiende el Alto Riesgo Obstétrico y esta demanda no se vio afectada, solo hasta el IV trimestre, por terminación de contrato con Convida, por lo que hubo necesidad de bajar oferta, pero aun así presentó excelente resultado. Este indicador corresponde a un indicador de seguimiento en el **Plan de Acción en Salud – PAS**, que son 5 días, con lo cual se evidenció cumplimiento del 100%.

Para **Pranestesia** se estableció en el HUS un máximo aceptable de 10 días en asignación de cita, en conjunto con el jefe del servicio, con el fin de mejorar la oportunidad en programación de cirugía.

La demanda para esta especialidad aumentó casi un 80% a partir del II trimestre de 2018, por lo cual se amplió oferta en 5 horas semanales desde final del II trimestre, mientras que en el I trimestre de 2018 se retiraron alrededor de 39 horas por baja demanda. La oportunidad en las demás especialidades aumentó en 20% frente al año anterior por incremento de la demanda en algunas agendas, estuvo en promedio a 3 días para consulta. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas como: Cardiología, Gastroenterología, Neonatología, Neumología y psicología entre otras.

Las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda, por cada especialidad. Las especialidades que presentaron oportunidad a más de 10 días en citas de primer vez fueron: Dolor y cuidados paliativos, Cirugía de tórax, Cirugía de Cabeza y cuello, Reumatología, Cirugía Vasculuar, Cirugía de mama y tejidos blandos, Endocrinología, Neurología, Ortopedia Cadera y rodilla.

Procedimientos mínimos y menores. Se observa aumento de 4% en los procedimientos **realizados** comparado con el 2017, y comparado con los otros años una baja amplia, a expensas de las novedades de EPS ya mencionadas, igual comportamiento que en la consulta.

PROCEDIMIENTOS APOYO DX Y/O TERAPEUTICO REALIZADO EN C.EXTERNA	2015	2016	2017	2018
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
Horas programadas procedimientos	13.689	16.594	16.235	17.561
No. Procedimientos programados	26.688	21.874	17.041	17.224
No. Procedimientos realizados	23.318	20.193	15.612	15.745
% Inasistencia en procedimientos	12%	7%	8%	7%
% Cancelación Procedimiento o no atención	0,9%	0,7%	0,9%	1,4%
% Demanda insatisfecha - procedimientos	0,7%	0,4%	1,6%	1,6%

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 7

La **inasistencia** a procedimientos bajó frente a años anteriores, gracias a la confirmación. En seguimiento a inasistencia, se encontró motivos similares a los que se presentaron en consulta, el primer lugar lo ocupó la dificultad del desplazamiento, Inpec no traslada al paciente, en tercer lugar las relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente), seguido de condición del paciente y el quinto lugar lo ocupó el tema relacionado con la información de la cita, en donde la cita fue solicitada por la EPS y no informó al paciente). A continuación se presentan los motivos de inasistencia presentados y la gestión realizada en el año 2018.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Promedio 2018	Causa de Inasistencia en procedimiento	Motivo de la inasistencia y gestión realizada
5%	6%	4%	4%	5%	Prevenible	Relacionado con información de cita (no sabía, cita solicitada por EPS y no informó a paciente, olvido o equivocación de cita), para lo cual se tiene implementada la actividad de confirmación de asistencia a procedimiento
6%	1%	1%	2%	3%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos)
2%	1%	1%	1%	1%		Procedimiento mal asignado (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
0%	3,2%	1%	0%	1%		No se logró comunicar para cancelar
39%	31%	17%	28%	29%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
9%	23,4%	24%	21%	19%		INPEC, no traslada el paciente
17%	10%	8%	10%	11%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
5%	8%	13%	19%	11%		Otros motivos (Hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir, no permiso del trabajo).
0%	0%	1%	0%	0%		Sin paraclicinos(por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
2%	6%	3%	3%	4%		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)
10%	6%	26%	5%	12%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
5%	4%	2%	7%	5%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas, cuando por algún motivo no puede asistir)

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 8

En cuanto a las causas de **cancelación o no atención** en procedimientos mínimos y menores realizados en Consulta Externa, aumentó comparado con años anteriores, a expensas de la mejora en captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el inconveniente presentado. En el 2018 la cancelación en procedimientos fue de 1.4% y el 50% correspondió a motivos prevenibles La causa más frecuente de cancelación en el año, fue atribuida al **paciente** en el 65% dentro del total de la cancelación del 1.4%, el 37% correspondió a motivos prevenibles para el paciente, pero no de directa intervención por el HUS.

El motivo más frecuente fue por falta de preparación a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal, sobre todo en endoscopias, el cual disminuyó al comparar el I con el II semestre, gracias a los compromisos de Sanidad INPEC, en la preparación de los pacientes. En segundo lugar se encontró la llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC), con las relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS) y en tercer lugar la condición del paciente que no permitió la realización del procedimiento. A continuación se detalla la clasificación de la cancelación en procedimientos realizados en Consulta Externa y los motivos:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Promedio 2018	Cancelación por paciente en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
0%	0%	2%	0%	1%	Prevenible	Sin resultados de paraclínicos previos al procedimiento (se recuerda en la asignación de la cita)
0%	2%	10%	1%	3%		Cita mal solicitada (se indaga al solicitante para asignar correctamente)
5%	20%	15%	9%	12%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
0%	2%	4%	5%	3%		Sin referencia o justificación clínica
33%	16%	15%	9%	18%		Falta preparación (a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal).
3%	18%	27%	0%	12%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
13%	12%	4%	4%	8%		Condición del paciente, que no permitió la realización del procedimiento (enfermo o síntoma)
5%	2%	0%	0%	2%		Sin recursos para el copago
8%	2%	2%	1%	3%		Desistimiento a pesar de consentimiento informado
3%	0%	4%	5%	3%		Otros motivos

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 9

La **cancelación institucional** correspondió al 15%, dentro del total de la cancelación del 1.4%. Se gestionaron los motivos prevenibles que correspondieron al 15%, siendo el motivo más frecuente la falla en asignación de cita, por lo cual se resocializó el procedimiento, este resultado también se vio afectado por la curva de aprendizaje de colaboradores nuevos en la Central de Citas. La cancelación no prevenible fue atribuida a la inasistencia del especialista por calamidad o enfermedad.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Promedio 2018	Cancelación Institucional en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
15%	2%	6%	6%	8%	Prevenible	Falla en asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0%	10%	6%	1%	4%		Falla en equipo biomedico o sin insumos. Sin solución inmediata, por lo cual fue necesario reprogramar cita.
0%	0%	2%	0%	1%		Orden errada o incompleta, se recalca a especialistas revisar las órdenes
3%	8%	0%	1%	3%	No prevenible	Inasistencia de especialista por calamidad o enfermedad

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 10

La cancelación de procedimientos realizados en Consulta **por causa externa** tuvo un peso del 19% de la cancelación total del 1.4%, la cual aumentó, a expensas de la terminación de contrato con EPS Convida.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Promedio 2018	Cancelación por externo en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
0%	0%	0%	55%	14%	No prevenible	No contrato Convida
8%	2%	0%	1%	3%		Autorización Codigos errados o incompleta, la EPS no cambia autorización inmediatamente
0%	2%	2%	0%	1%		Sin medicamento, suministrado por EPS, no llegó toxina en II y III trimestre para procedimeto de Neurologia
5%	2%	0%	1%	2%		Otros, I Trim CODENSA, caída de luz se reprogramaron las cita. II y IV Trim INPEC factura, pero no desplaza paciente

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 11

La **demanda insatisfecha** en procedimientos realizados en Consulta no tuvo variación frente al año anterior que fue de 1.6%. Frente al año 2015 y 2016 presenta aumento debido a la mejora en la captura del dato. La demanda insatisfecha **financiera** fue del 56% dentro del 1.6%, se presentó por usuarios que solicitaron cita sin contar con autorización de la EPS, por lo que no se asignó cita y solicitudes para EPS sin contrato.

La demanda insatisfecha por **represamiento** fue del 41% dentro del 1.6%, se presentó en agendas de procedimientos de diagnósticos de Cirugía general - biopsia de mama, Otorrinolaringología - pruebas audiológicas, Oftalmología – campos visuales y Reumatología – biopsia glándula salival, estas dos últimas por falta de oportunidad en propuesta de agenda por parte del especialista. La demanda insatisfecha por causa **física** fue del 3% del total (1.6%), correspondió a daño de equipos de: Oftalmología - Ecógrafo ocular (reparado y en funcionamiento), Neumología - celda de equipo de difusión para prueba de monóxido (equipo que se encuentran en plan de compras) y Gastroenterología – colonoscopia (cerro en año en reparación, daño presentado a mediados de diciembre).

PQRS

En el HUS para el año 2018 en el Proceso de Atención Ambulatoria, las PQRS y felicitaciones se presentaron así:

% FELICITACIONES	12,7%
% PETICIÓN	7%
% RECLAMO	32%
% SUGERENCIAS	7%
% SOLIC. INFORMACIÓN	22%
% QUEJA APA CON HUS	18%

Por cada 1000 pacientes atendidos en el Proceso de Atención al paciente Ambulatorio, 3 interponen una PQRS.

La queja más frecuente en el año 2018 fue atribuida a la falta de oportunidad en comunicación con la Central de Citas, la cual aumento exponencialmente, a expensas de las novedades de auxiliares que no se cubrieron (incapacidad, permisos, calamidades), lo cual se refleja en el aumento de las llamadas abandonadas, adicionalmente por reactivación del contrato con la EPS Convida en el II trimestre sumado a nuevos contratos con EPS, lo que aumentó la demanda de llamadas aún más a partir del III trimestre.

El tema de la Central de Citas se amplía en el análisis del presente informe más adelante. El segundo lugar lo ocupó la demora en la atención, en donde se realizó seguimiento a través del Plan Anticorrupción, que permitió mejorar en el inicio oportuno por parte del especialista en la atención en consulta programada y por otro lado, mantener informados a los pacientes, cuando por algún motivo se encuentra retrasada la consulta.

En tercer lugar se encontró la falla y/o diligenciamiento incompleto de documentación para trámites ante EPS, en donde se reforzó la revisión de documentos antes de entregar al paciente, lo cual se refleja en el resultado del IV trimestre, sin embargo se aclara que estas fallas se presaron por los cambios de los códigos CUPS durante el año, y en el mismo puesto registró también la falta de oportunidad en asignación de citas, análisis presentado en el presente informe en el aparte del indicador de oportunidad y en el de demanda insatisfecha, en donde la mayoría de estas quejas correspondieron a la consulta de Dolor y cuidados paliativos y Cirugía de cabeza y cuello.

Las solicitudes de citas por el módulo de PQRS se incrementaron, pero es de aclarar que no corresponden a una PQR, por lo cual se plantea para el 2019 campaña de solicitud de citas web por el módulo correspondiente.

CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	2018									
	TOTAL	%	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
Falta de calidez y trato amable.	10	6%	3	10%	2	4%	3	5%	2	6%
Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	12	7%	4	13%	3	6%	4	6%	1	3%
Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	13	7%	5	16%	5	10%	2	3%	1	3%
Dificultad en la comunicación telefonica para la asignacion de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiologia, etc.	108	60%	11	35%	26	51%	49	77%	22	67%
No atencion de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa	9	5%	3	10%	2	4%	1	2%	3	9%
Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	19	11%	4	13%	10	20%	2	3%	3	9%
Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal medico.	2	1%	1	3%	1	2%	0	0%	0	0%
No atención por parte del medico con quien se le asigno la cita	4	2%	0	0%	2	4%	1	2%	1	3%
Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	1	1%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes.	1	1%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
TOTAL	179	100%	31	100%	51	100%	64	100%	33	100%

*Sistema de información de Defensoría del Usuario – Tabla No. 12

PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

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. El Programa Habilitación y/o rehabilitación física** provee de manera lúdica y mediante acciones pedagógicas en las áreas de consulta externa y hospitalización, en diversas temáticas de interés orientadas en brindar educación sobre hábitos de vida saludable, discapacidad, y manejo de patologías crónicas (HTA, ECV, DM, EPOC), con una cobertura total de 861 pacientes capacitados entre pacientes, familiares para el trimestre en relación. **2. En el Programa IAMII**, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMI con enfoque integral, se capacitaron el periodo un total de 182 maternas y gestantes, sobre los diferentes temas contemplados en el programa (lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido), desde el servicio de hospitalización; así mismo se ha realizado seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, abordando un total de 563 maternas, para la detección de signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS origen. Igualmente en alcance en el área ambulatoria ha permitido brindar educación a 81 gestantes y maternas que asisten a citas de control pre y pos obstétrico en el periodo, permitiendo abordar la población en riesgo desde las diferentes áreas, contemplados desde el ciclo de atención, así mismo en la búsqueda de la articulación con la red de prestadores, se realizó la remisión de un total de 395 usuarias de los servicios de ginecología, quienes fueron atendidos en la Institución, permitiendo dar continuidad de la atención de los servicios, posterior al egreso. **3. En el Programa Madre-Padre Canguro** se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicional al trabajo interdisciplinario que conjunto ha permitido identificar los diferentes riesgos abandono o deserción del problema, permitiendo el control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro. Adicionalmente se cuenta con el programa desde la valoración intrahospitalaria permitiendo abordar la atención al neonato canguro desde el nacimiento, garantizando la oportunidad de la atención en menos de 19.9 horas, para la adaptación canguro, hasta el alta al proceso ambulatorio. Se identifica también como fortaleza, la oportunidad de programación de cita de primera vez de programa canguro ambulatorio, encontrándose por debajo de 2 días,

permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Teniendo en cuenta el comportamiento asociado a la inasistencia a las citas del plan canguro, se estableció la medición de tiempos de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 48 horas, garantizando la continuidad de los servicios pese a las diferentes barreras que puedan referir los cuidadores. Estos esfuerzos han permitido garantizar la atención del recién nacido tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, dentro de los lineamientos nacionales del programa canguro, permitiendo en el periodo mantener controlada las principales causas de inasistencia, con un promedio inferior al 17%, con una deserción del 0% del recién nacido canguro. **4. Para el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**, se obtuvo cobertura útil del programa del 100% de vacunados, en relación de los recién nacidos vivos institucionales, adicional de una cobertura adicional del 100% en vacunación en BCG, para el recién nacido con criterios que por condiciones clínicas pudo ser vacunado dentro del programa. **5. El Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel**, desde el enfoque preventivo, sigue desarrollando acciones educativas y de capacitación que permiten valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden desarrollar UPP durante la atención, así como conocer y aplicar las medidas que pueden disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. Para el periodo se han capacitado un total de 272 colaboradores de las áreas asistenciales, apoyado por la jornada de actualización para el personal asistencial por parte de este grupo de apoyo. Para este año, y teniendo en cuenta el paquete instruccional de Prevención de lesiones de piel, el promedio de Tasas de pacientes que presentaron UPP en el periodo dentro la atención fue de 2.5, logrando mantener estable la presencia de este tipo de eventos durante la atención en salud, frente al periodo anterior, logrado a través de la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas y una valoración adecuada del riesgo mediante la evaluación prioritaria de la escala de Braden, y la implementación de acciones de prevención de desarrollar úlceras por presión. Así mismo se ha logrado aumentar el número de intervenciones educativas al paciente y cuidador desde un enfoque preventivo, a un total de 287 personas, permitiendo generar conciencia de autocuidado y medidas de prevención para el cuidado de la piel, desarrollado por equipo de enfermería en los diferentes servicios asistenciales. **6. Programa Educación para la salud**, ha permitido proveer herramientas de autocuidado e inclusión de la familia y cuidador en el cuidado del paciente, fortaleciendo la promoción de la salud, los riesgos individuales, colectivos y los cuidados extrahospitalarios, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento, y el fortalecimiento de hábitos saludables en relación a la situación en salud del usuario. Se han capacitado un total de 2.214 personas entre familiar y cuidador, lo que corresponde a un familiar y cuidador capacitado por cada paciente hospitalizado en los diferentes servicios asistenciales, dando cubrimiento a más del 80% de los usuarios hospitalizados en el periodo. Adicional, se evalúa la comprensión de la información brindada en marco de las intervenciones educativas, permitiendo evidenciar que tan clara y significativa fue la información brindada en los diferentes momentos de la hospitalización. Como resultado se obtuvo que el 90% de la población intervenida, logra comprender la información, y es capaz de reconocer los principales procesos en relación a seguridad de paciente, identificación de riesgos, trato humanizado, autocuidado y demás temas de interés dentro de la estancia hospitalaria. **7. Sala de Egreso**. Este espacio de transición para el egreso de los pacientes de los diferentes servicios de hospitalización ha permitido, dar mayor optimización del uso de las camas en los servicios (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 586 pacientes, distribuidos entre usuarios pos quirúrgico, crónicos y pos evento obstétrico, con una duración promedio de 2h: 22min, hasta el egreso efectivo de la Institución. Se continúa incentivando el uso de este espacio, para fortalecer la disponibilidad de camas, mediante la participación activa de las diferentes especialidades y servicios médicos, así como propiciar la participación de los usuarios acerca de estilos de vida saludables y gestión de autocuidado de acuerdo a su estado de salud.

PROGRAMA	VARIABLE	2017	2018
		IV TRIM	IV TRIM
Habilitación y Rehabilitación Física	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	1135 usuarios	861 usuarios
IAMII	# gestantes y/o maternas a quien se realizó seguimiento del programa IAMII	402 usuarias	563 usuarias
	# de usuarias remitidas a la EAPB origen, de acuerdo a lineamientos del programa	ND	395 usuarias
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	136 usuarias	182 usuarias
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	177 usuarias	81 usuarias
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0.0%	0.0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100.0%	100.0%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0.0%	0.0%
	% Canguro fallidos nacidos extrahospitalario	0.0%	0.6%
	% inasistencia al programa madre y padre canguro	14.0%	17.1%
	% Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100.0%	100.0%
	Oportunidad de atención plan canguro primera vez en días	ND	2.2 días
Oportunidad respuesta a interconsulta adaptación canguro intrahospitalario en horas (meta: menor a 72 Horas)	ND	19.9 horas	
Programa Ampliado de Inmunizaciones	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100.0%	100.0%
	% Recién nacidos vacunados con BCG con criterios clínicos	100.0%	100.0%
Clínica Cuidado de las heridas y de la Piel	Promedio de Tasa de UPP en el periodo	2.65	2.5
	# de personas asistenciales de unidades capacitadas en el periodo sobre prevención de UPP	97 funcionarios	272 funcionarios
	# de pacientes y cuidadores capacitados en prevención de lesiones y cuidado de la piel	272 paciente y cuidador	287 paciente y cuidador
Programa Educación en salud	#de personas a quien se les brindo educación brindada a pacientes y familiares del programa	2.132 paciente y cuidador	2.214 paciente y cuidador
	% Comprensión de la educación brindada a pacientes y familiares del programa	91.6%	90.3%
Sala de egreso	# de usuarios que rotaron por sala de egreso	734 usuarios	586 usuarios
	Tiempo promedio de estancia en horas en sala de egreso	4h: 11min.	2:22min.

*Sistema de información de Promoción y Prevención – Tabla No. 13

CENTRAL DE CITAS

Las llamadas **recibidas** aumentaron un 22% en el 2018 comparado con el 2017 debido a la reactivación del contrato con EPS Convida en el II trimestre sumado a nuevos contratos con EPS como Medimas y Famisanar lo cual se dio en el III trimestre de 2018, por otro lado a final del I trimestre, se amplió por parte de sistemas la lista de espera en llamadas entrantes, tras la constante queja de los usuarios manifestando que siempre sonaba ocupado cuando intentaban comunicarse con la Central; frente a 2016 aumentó un 40% y un 18% comparado con 2015, demostrando que es el año de mayor demanda en llamadas.

El **porcentaje de llamadas atendidas** aumentó en 4% y 15% frente al 2017 y 2016 respectivamente. Para el IV trimestre de 2018 bajaron las llamadas atendidas por la época navideña en donde regularmente se bajan las llamadas entrantes, lo que hace que el abandono sea menor, pero el comportamiento del año en el porcentaje de **abandono** aumentó, sin embargo disminuyó en 23% del II al III trimestre y un 9% del III al IV trimestre, gracias a que los auxiliares que estaban en curva de aprendizaje, adquirieron el afianzamiento, habilidades y destrezas que permitieron agilizar la atención de las llamadas. Como **causales de abandono** se encuentran: novedades de los auxiliares (retiro cuatro colaboradores en los meses junio, julio, septiembre y noviembre; permisos y calamidades que no se cubrieron por la temporal e inducción de auxiliares que deben hacer la curva de aprendizaje, implicando otra persona en su entrenamiento) y aumento de la demanda de llamadas que se evidencia en el dato de la tabla No. 14. El **tiempo promedio de espera para ser atendido por un auxiliar** aumentó casi 4 veces y el **tiempo promedio de duración de la llamada** aumentó un 31%, en razón a que a partir del II trimestre se hizo necesario para los usuarios afiliados a Convida, solicitarles el número de contrato que lleva toda autorización y que no es claro para ellos al momento de referenciarlo, haciéndose necesario destinar más tiempo en llamada; por otro lado, se inició contrato con las EPS Medimas y Famisanar. Medimas, en las autorizaciones registran diagnósticos que no son coherentes con el servicio solicitado, lo que demandó más tiempo en la explicación de las razones por las cuales no fue posible asignar la cita para la especialidad, con esta EPS tras el volumen de pacientes que ellos tuvieron en espera por PQRS y por solicitud de la Subdirección de Mercadeo del HUS en asignación prioritaria para ellos, se establecieron desde la Subdirección de Consulta Externa bloques de agendas, que igualmente para la asignación de citas demandaron tiempo adicional en razón a que todos los pacientes fueron nuevos en el HUS y se debieron crear en sistema; en cuanto a los usuarios de la EPS Famisanar, son demandantes en sus solicitudes y la EPS no autorizó consulta con especialidad quirúrgica, ni consulta de anestesia, sino que autorizó procedimiento quirúrgico, sin tener contratados paquetes, por lo que no fue posible asignar cita, en el IV trimestre se implementó la plataforma de consulta de autorizaciones de Famisanar, pero igualmente no se encontraron todas las autorizaciones, lo cual generó molestias a los usuarios y tiempo en llamada.

CENTRAL CITAS	2015	2016	2017	2018
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
LLAMADAS RECIBIDAS	103.627	87.610	100.893	122.759
LLAMADAS ATENDIDAS	88.791	72.356	80.215	83.140
% LLAMADAS ABANDONADAS	14%	17%	20%	32%
% LLAMADAS ATENDIDAS	86%	83%	80%	68%
TIEMPO DE ESPERA EN MIN	4:52:53	3:21:25	2:07:20	9:01:36
PROMEDIO DE LLAMADA	3:52:27	4:04:30	3:47:40	4:58:42
% ASIGNACIÓN CITAS POR CENTRAL CITAS	33%	41%	39%	35%
% LLAMADAS SOLICITUD INFORMACIÓN	23%	29%	29%	17%
% LLAMADAS DE CONFIRMACIÓN	6%	5%	8%	7%
% SOLICITUD POR CORREO	3,6%	1,1%	7,4%	9,4%
% SOLICITUD POR WEB	NA	0,47%	1,3%	1,6%

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 14

El porcentaje de **citas asignadas por la Central de citas** bajó levemente frente al año anterior. El porcentaje de llamadas solicitando **información** bajó, lo cual fue positivo en razón a que se optimiza la razón de ser de la Central, se reciben llamadas indagando vigencia de contrato sobre todo de Convida, solicitudes hacia radiología o preguntando por la extensión y horarios de otras áreas. Las llamadas de **confirmación** bajó por un lado por la alta demanda de llamadas recibidas y por otro lado por la novedades de los auxiliares, que no dio tiempo para realizar esta actividad como en otros trimestres, en donde se contribuyó desde la Central, a la disminución del indicador de inasistencia a consulta, realizando llamadas de confirmación en los tiempos de bajo volumen de llamadas recibidas, optimizando este recurso.

Con el fin de reforzar el tema de la confirmación, a partir del mes de marzo se implementó por parte de quienes apoyan la consulta (auxiliares y secretarías) la llamada de confirmación, logrando así entre la Central de citas y los consultorios una cobertura del 13% de **confirmación de las citas** asignadas. La solicitud de citas por correo y por web aumentó notablemente, a expensas de la dificultad de comunicación telefónica por llamadas en fila, lo que obligó a utilizar estos medios. Sanidad INPEC, fue el mayor demandante del medio por correo electrónico, seguido de las EPS, que solicitan citas para sus usuarios. A pesar de lo anterior no se logró el aprovechamiento en la utilización de la solicitud de citas por web, sin embargo se observa que por PQRS que llegan por la página web, llegan solicitudes de citas, por lo cual se plantea para el 2019 campaña de solicitud de citas web por el módulo correspondiente.

Con la apertura de nuevos contratos, el aumento de llamadas, las novedades de los colaboradores, el aumento de la inasistencia que se contrarresta con la confirmación y aumento exagerado de las PQRS, se hizo necesario fortalecer el equipo de la Central de Citas y con el fin de mejorar la atención se aprobó por parte de la Gerencia la contratación de otro colaborador para reforzar la respuesta a correos y página web, el cual inició en el mes de noviembre y con ello también se dio cumplimiento al punto del PAS, relacionado con este tema. También se presentaron a la Junta Directiva, tres propuestas de mejoramiento de la Central de citas, dentro de las cuales se presentaron dos de ellas tercerizando el servicio con empresas dedicadas a ello, incluyendo asignación de radiología, en donde se presentaron las ventajas y desventajas, y una propuesta interna reforzando talento humano y adecuación de la infraestructura del área actual; y fue aprobada la tercerización del servicio, lo cual se ejecutará en el 2019.

VARIOS

En el I y III trimestre se presentó en una fecha de marzo y agosto caída del sistema eléctrico, causa no prevenible, que imposibilitó la atención y obligó a reprogramar 47 citas. El plan de contingencia en Consulta Externa es la reprogramación de citas, en razón a que al no contar con sistema no hay posibilidad de cargar los datos a la historia y de realizarla en word, posteriormente no hay un responsable médico que transcriba la información al sistema. Se hace necesario replantear el plan de contingencia.

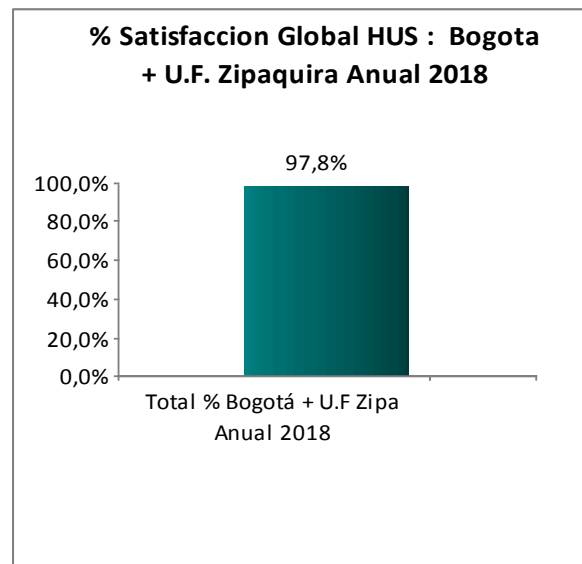
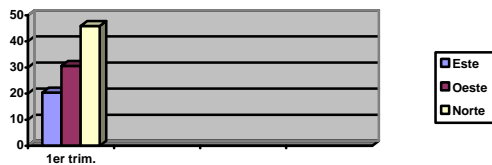
Continúa pendiente realizar el ajuste a tarifas y mercadeo de los servicios ambulatorios por el área encargada y las especialidades.

No se recibió informe del año de Seguridad del Paciente ni de auditoría de historia clínica, por lo cual no se encuentran estos dos temas en el informe

2.4 PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA
GESTIÓN DEL PROCESO
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO
HUS SEDE BOGOTÁ
VOZ DEL USUARIO

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS 2018: Anual de 2018: incluye HUS Bogota más U.F. Zipaquirá.

FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	2006/2051
Total	
% satisfacción Global HUS 2018	97.8%

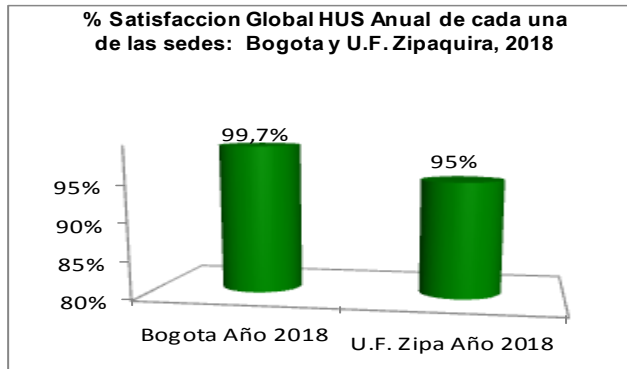


La Tasa de Satisfacción Global (general) del HUS fue del 97.8% sobre 2051 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá y la sede de Zipaquirá, % muy positivo, lo cual se fundamenta en parte a las acciones implementadas en los planes de mejora, enfoque de gestión por proceso, fortalecimiento de las políticas de humanización, seguridad clínica, modelo de atención, respeto por los derechos de los usuarios, servicio al cliente entre otros generando también una transformación cultural del colaborador frente a la prestación del servicio, situación que no exige la interposición y presentación de quejas y reclamos por parte de los usuarios durante el ciclo del servicio que constituyen un momento de verdad en la atención y representan una oportunidad de mejora.

De igual manera frente a las Vigencias anterior, Año 2016 (92%), Año 2017 (93.4%), su incremento fue alto

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

FORMULA		
FORMULA	Bogota 2018	U.F. Zipa 2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	1146/1149 (99.7%)	860/902 (95.3%)



Para el 2018 el Porcentaje de Satisfacción Global, fue del 99.7% para HUS Bogotá es decir estuvo por encima de la meta establecida que fue de 97% sobre 1149 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá, **Tres (3) usuarios** es decir el **0.3% No** están satisfechos con el servicio, específicamente en **Radiología (2) y Urgencias (1)**. Los Usuarios manifiestan:

1. Junio – 22 - 2018: Radiología paciente Carlos Méndez (Cama 448) manifiesta “Estar inconforme con el servicio prestado por el personal de radiología”
2. Junio - 15 - 2018 Urgencias paciente Marisol Jiménez manifiesta “estar inconforme con el servicio prestado por los especialistas de urgencias (urología), los cuales no le han aclarado su estado de salud y así le dan de alta”.
3. Diciembre – 10 - 2018: Radiología Paciente manifestó inconformidad “con el servicio de facturación de radiología ya que el personal no tiene humanización”.

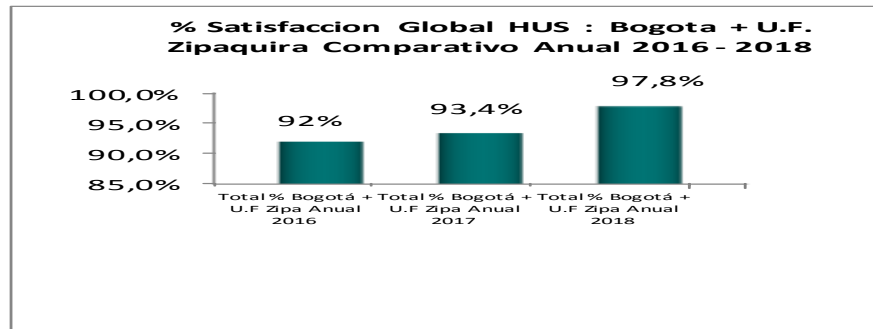
En la Sede de Zipaquirá fue del 95.3% el cual alcanzo la meta establecida para la vigencia 2018 que fue del 87%.

Comparativamente con las Vigencias anteriores de manera independiente la satisfacción se incrementó positivamente:

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS 2018 Comparativo 2016-2018: incluye HUS Bogota más U.F. Zipaquirá.

FORMULA	2016	2017	2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	2504/2734	1892/2005	2006/2051

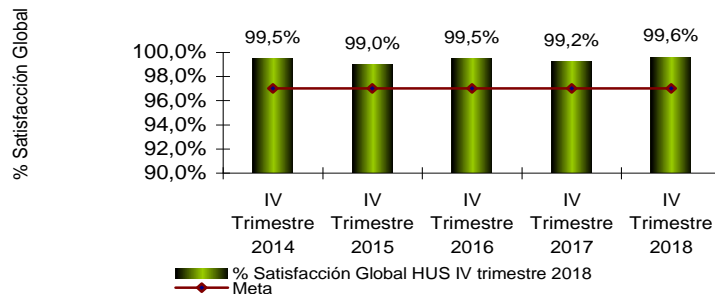
Total			
% satisfacción Global HUS 2018	92%	93.4%	97.8%



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

COMPARATIVO IV TRIMESTRE

% Satisfacción Global Comparativo IV Trim 2014 - 2018



OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2018

FORMULA	OCT	NOV	DIC	IV TRIM 2014	IV TRIM 2015	IV TRIM 2016	IV TRIM 2017	IV TRIM 2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	99/99 (100%)	97/97 (100%)	97/98 (98.9%)	451/453 (99.5%)	435/438 (99%)	226/227 (99.5%)	268/270 (99.2%)	293/294 (99.6%)

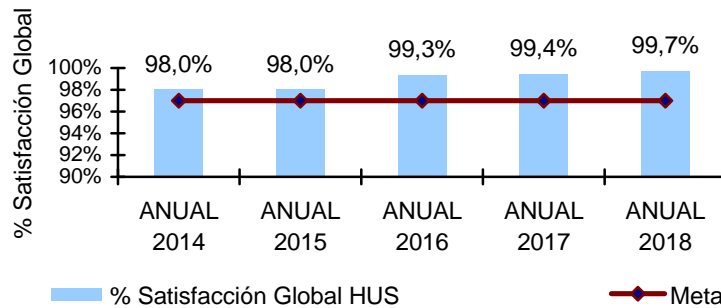
Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario: Pregunta trazadora ¿Cómo se sintió con la atención ofrecida en el HUS? Satisfecho / Insatisfecho

El Porcentaje de Satisfacción Global del IV Trimestre 2018, fue del 99.6% de los **294 pacientes encuestados** en el período evaluado porcentaje muy alto que se mantiene en el tiempo, se reitera que ello no exime la interposición y presencia de quejas y reclamos por parte de los usuarios durante el ciclo de servicio, Se continúa con el sostenimiento de estrategias implementadas como el fortalecimiento del trato cordial a nuestros usuarios, comunicación asertiva, información y orientación diaria a los familiares de los pacientes dentro del contexto del respeto por los derechos de los usuarios, el Programa de humanización, identificación e intervención oportuna para solucionarlas las necesidades de los pacientes desde el ingreso a las instalaciones del HUS (Recepción y Punto de Información de Atención al Usuario durante el día), a través de rondas y visitas a pacientes hospitalizados, atención en Urgencias a los pacientes dentro de los tiempos establecidos para Triage 1, 2 y 3, disminución y mejoramiento de la respuesta a interconsultas de 6 horas a 4 horas o menos por la especialidades de Urología, Neurocirugía, Cirugía, Medicina Interna y Ortopedia y en el IV trimestre la ampliación de su capacidad instalada en 11 camillas de Urgencias adicionales mejorando su comodidad y privacidad, al igual que la ampliación de 1 hora visita al paciente en UCI Adulto, Se llevó cabo la XVIII Celebración del Paciente Samaritano (Eslogan “ Humanizando Corazones”, oportunidad de acceso a los servicios ambulatorios y de Consulta Externa dentro de las metas establecidas, educación al paciente y/o cuidador sobre su patología, información y explicación, capacitación al paciente sobre su plan de cuidado al egreso, adecuadas remisiones y plan de manejo al egreso, acompañamiento al familiar en momentos de duelo y remodelación de la sala de Paz, mantenimiento de la infraestructura (Remodelación Recepción de ingreso al HUS), fortalecimiento de la comodidad de los pacientes en las habitaciones, salas de espera, consultorios, aplicación oportuna de guías, protocolos clínicos, implementación de nueva estrategia de acogida a nuestros pacientes como es la Celebración de cumpleaños al Paciente hospitalizado en compañía de sus familiares por la Dirección de Atención a los Usuarios, fortalecimiento en la capacitación periódica y bienestar de los colaboradores, dotación de dispensadores de agua en sala de esperas, aumento y cambio de sillas de ruedas, cambio de mobiliario en habitaciones según necesidad con el fin de mejorar la comodidad dl usuario, apoyo espiritual y religioso respetando la libertada de culto (se fortaleció los viernes en la U.C.I y U de Cuidados Intermedios con visita y dinámica por parte del Sacerdote y Grupo de la pastoral), al igual que con Ellos implementación de la estrategia de “Estimulación Sensorial (auditiva)” liderada por la Trabajadora Social asignada , fortalecimiento de la educación al Paciente y su cuidador respecto a su patología al egreso hospitalario y capacitación a las marnitas hospitalizadas y en servicios ambulatorios frente a RN en condición de Discapacidad (apoyado por la Fundación Fe, Institución especializada en el tema), asignación de 2 informadoras en C Externa para fortalecer la información y orientación de nuestros usuarios ,entre otras.

COMPARATIVO ANUAL

FORMULA	ANUAL 2014	ANUAL 2015	ANUAL 2016	ANUAL 2017	ANUAL 2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	1778 / 1794 (99.1%)	1764/1729 (98%)	910/916 (99.3%)	1074/1080 (99.4%)	1146/1149 (99.7%)

% Satisfacción Global - Anual de Bogotá 2014, 2018



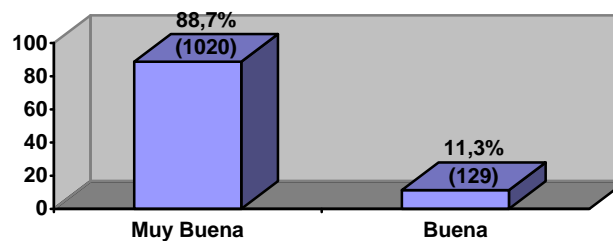
RESOLUCION 0256 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ANEXO TECNICO N°. 2 (REPORTE DE INFORMACION PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD)

INDICADOR DE HUS BOGOTA: PROPORCION DE SATISFACCION DEL USUARIO, SEGUN RESOLUCION 0256/2016 ANUAL 2018

	¿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 2018	521	41	0	0	0	0
II Semestre 2018	499	88	0	0	0	0
Total N° Usuarios Encuestados	1020	129	0	0	0	0
Porcentaje	88,7%	11,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario

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

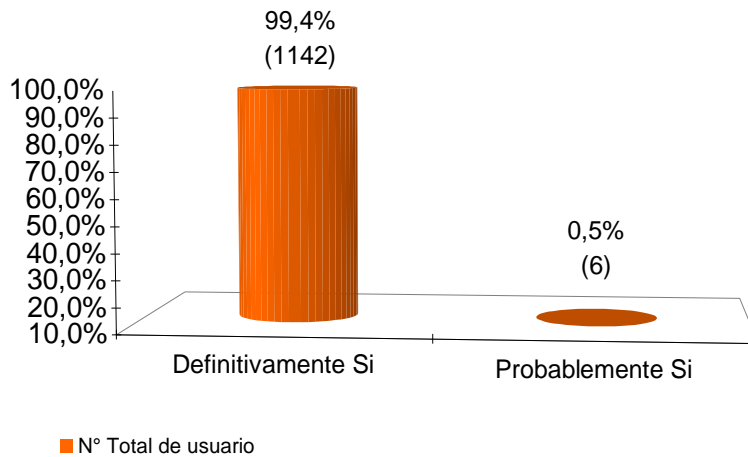


INDICADOR: PROPORCIÓN DE LEALTAD DEL USUARIO hacia la IPS, SEGÚN RESOLUCIÓN 0256/ 2016.

	¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"	"Definitivamente No"	"Probablemente No"	No respondieron
I Semestre 2017	558	3	0	0	1
II Semestre 2017	584	3	0	0	0
Total N° Usuarios Encuestados	1142	6	0	0	1
Porcentaje	99.4%	0.5%	0%	0,0%	0,1%

Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?



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

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

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS AÑO 2018
HOSPITALIZACION	<p>Que hagan silencio las enfermeras turno noche (1)</p> <p>Familiares de la paciente manifiestan que al Dr. Castillo, de Qx Vascular Periférica le falta más amabilidad, paciencia y colaboración, además no utiliza términos claros al momento de dar la información de la evolución de su familiar. (1)</p> <p>Familiar manifiesta que hayan visitas en el horario de la noche(</p> <p>Paciente Graciela Molina (cama 421) manifiesta que haya más agilidad en la asignación de camas</p> <p>Inconformidad de la paciente María Rubiano (cama 413) por demoras en el proceso de facturación</p> <p>Que ingresen dos personas por paciente</p> <p>Que las horas de visita sean más duraderas</p> <p>Que hayan visita en la noche</p> <p>Que no se demoren trasmite de remisión, ampliar la habitación (1) familiar del paciente de la cama 437</p> <p>Que en el hospital tengan una sala de espera grande para los servicios de los usuarios (1) familiar de paciente hospitalizado</p> <p>Que las habitaciones sean más grandes (1) familiar de paciente</p> <p>Que el área de neurocirugía sea más amplia (1) paciente hospitalizado de la cama 416</p>
LABORATORIO	<p>Aun futuro que tengan un buen comedor para familiares de pacientes (1) familiar</p> <p>Que no se demoren los resultados en los laboratorios</p> <p>Que el personal de facturación sea más rápido(1)</p> <p>Que haya dispensador de agua (2)</p> <p>Que tengan informadora en el servicio de laboratorio (1)</p> <p>Mejorar la atención en facturación, ser más amable y pacientes</p> <p>Que en la portería no ponga problema para el ingreso y poder cumplir las citas</p> <p>Que no se demoren tanto en la ventanilla de facturación</p> <p>Que tengan sillas de ruedas suficientes para el traslado de pacientes discapacitados (1) familiar de paciente</p> <p>Que el servicio de facturación atiendan más temprano ya que venimos de lejos (1) pacientes</p> <p>Que el servicio de facturación sean más rápido en la hora de facturación (1) paciente</p>
BANCO DE SANGRE	<p>Que haya dispensador de agua (1)</p> <p>Donante pide que haya variedad en el refrigerio, por lo menos cada tres meses</p> <p>Que el espacio para donar sea más amplio</p> <p>Que los vigilantes estén más pendientes que requisen bien</p> <p>Que en la portería dejen ingresar al personal que vienen a donar sangre, sin tanto problema(1) paciente</p> <p>Que en el momento de ingresar en la recepción no demoren al personal que viene a donar sangre(1) paciente</p> <p>Que el área de donantes sea más amplio (1) pacientes</p>
CIRUGIA AMBULATORIA	<p>Paciente manifiesta que no solo estén los estudiantes en la hora de la consulta, sino también el médico especialista.(1)</p> <p>Paciente manifiesta que a las auxiliares les falta estar más pendiente de los pacientes en condición de discapacitados (1)</p> <p>Que sea más amplio el espacio para donar</p> <p>La usuaria manifiesta que el servicio de vigilancia no está pendiente y que no requisan bien</p> <p>Usuaría Lina Díaz indica que las enfermeras den buena información</p> <p>Que tenga un buen comedor para los usuarios (1) paciente</p> <p>Que den una buena información los señores de vigilancia (2) pacientes</p> <p>Que vuelvan a tener contrato con convida (1) paciente</p>

SALA DE PARTOS	<p>Que los camilleros sean más consientes con las maternas en la hora del traslado a la habitación , manifiesta (1) familiar de paciente de la cama 351 Felicitó al profesional, el doctor Roberto gallo por su buen compromiso con los pacientes ,(1) paciente de la cama 344</p> <p>Que en la sala de partos den nutrición balanceada</p> <p>Pacientes y familiares piden que habiliten el servicio de pediatría en el HUS (3)</p> <p>Pacientes y familiares manifiestan que el espacio físico de sala de partos debería ser más amplio (2)</p> <p>Paciente Leila Marín sugiere que hayan más habitaciones en el área de maternidad y que la sala de recuperación sea más grande en su estructura</p> <p>El usuario Johnny Peña sugiere mejorar la información en sala de partos</p> <p>Usuaría Nubia Cubillos sugiere que sigan los mismos especialistas en el hospital</p> <p>Usuaría Leila Marín sugiere que hayan más habitaciones para maternidad y que sala de partos sea más grande</p> <p>Que haya informadora disponible en la puerta de ingreso de salas de partos(1) familiar de paciente, Que mejore el trato de los médicos(1) pacientes</p>
CONSULTA EXTERNA	<p>Pacientes manifiestan que deben mejorar el servicio del Call center (1)</p> <p>Que tengan una persona disponible para el digiturno (1)</p> <p>Que hayan más personas en facturación (1) Que hayan altavoces en facturación (1)</p> <p>Que las autorizaciones fueran dadas aquí en el hospital (1)</p> <p>Que la atención sea más rápida en el área de facturación, puesto que se presenta mucha congestión al momento de facturar y pedir citas médica (2)</p> <p>Que los estudiantes dejen de hablar por celular mientras están en consulta (1)</p> <p>Paciente Maribel Ortiz sugiere que haya más agilidad en facturación del sótano</p> <p>Usuaría Isabel Chala sugiere que la facturación sea más rápida</p> <p>Usuaría Paula Zambrano sugiere que la consulta no demore tanto</p> <p>Que las citas de call center sean más rápidas(1) paciente</p> <p>Más personal en las ventanillas de consulta externa (1) paciente</p> <p>Que den información cuantas veces sea posible sobre las citas tomadas(1) paciente</p>
URGENCIAS	<p>Que las enfermeras tenga más cuidados en la hora de administrar medicamentos, manifiestan (2) pacientes de la camas 132 y 106</p> <p>Que amplíen el horario de las visitas en el servicio de urgencias, (1) paciente de la cama 101</p> <p>Que en la portería nos traten como quieren que los traten a ellos y que den una buena orientación, manifiesta (1) el familiar del paciente 99</p> <p>Que el servicio de urgencias sea más amplio, (1) paciente de la cama 119</p> <p>Que la nutrición de urgencias sea mejor, (1) paciente de la cama 121</p> <p>Que haya informadora en el servicio (1)</p> <p>Que los resultados de los exámenes ordenados no se demoren tanto (1)</p> <p>Paciente manifiesta que las enfermeras de la noche no hagan tanto ruido (1)</p> <p>Que las visitas sean más largas (1) Que tengan cafetería propia para el servicio de urgencias (1)</p> <p>Que den una alimentación digna para los pacientes (1)</p> <p>Que hayan sillas de ruedas disponibles para todos los servicios (2)</p> <p>Que amplíen el espacio estructural de urgencias (2)</p> <p>La familiar de paciente Cindy Patiño manifiesta inconformidad con el aseo en los baños del servicio</p> <p>La paciente Ingrid de Ávila sugiere ampliación de la estructura del servicio</p> <p>Que ingresen 2 familiares por paciente (1) paciente</p> <p>Que sea rápida la atención en admisiones(1) familiar de paciente</p> <p>Que las enfermeras estén más pendiente con el paciente adulto mayor (1) familiar de paciente</p> <p>Que pase más seguido el médico especialista de urología (1) paciente</p>
RADIOLOGIA	<p>Que tengan suficientes camilleros en el servicio de radiología ya que dejan mucho tiempo a los pacientes en el pasillo, manifiestan (2) pacientes</p> <p>Que el servicio de facturación de radiología sea más calificado (1) paciente de la cama 151</p> <p>Que mejoren el tiempo de facturación ya que es muy demorada (2)</p> <p>Que mejoren la atención de la línea telefónica de radiología (2)</p> <p>Paciente manifiesta que le falta amabilidad al persona que asigna las citas de radiología (1)</p> <p>Usuaría Abigail Cante sugiere que hayan más sillas de ruedas al ingreso del hospital</p> <p>Usuaría Luis Rodríguez sugiere que contesten el teléfono de radiología (2)</p>

	<p>Que sean más amables en la atención en facturación del servicio de radiología(1) paciente y familiar</p> <p>Que los camilleros no estrellen las camillas con las paredes ya que llevan pacientes(1) paciente y familia</p>
UNIDAD RENAL	<p>Paciente de la cama 503 manifiesta que los camilleros del servicio se demoran en el traslado (1)</p> <p>Paciente de la cama 510 manifiesta que los camilleros del servicio les falta ser más humanos (1)</p> <p>Que tengan unas buenas camillas y sillas de ruedas para el servicio (1)</p> <p>Paciente Marisol Castañeda (cama 512) sugiere que la cantidad de alimento sea mayor en la Unidad Renal</p> <p>Usuaría Margarita Baquero indica que de un refrigerio digno para pacientes</p> <p>Que haya más comunicación en la unidad renal, (1) paciente de la cama 501 manifiesta que lo bajaron y no le realizaron la diálisis.</p> <p>Que las diálisis sean temprano y los tramite sean más rápido, (1) paciente de la cama 444</p> <p>Que las enfermeras estén pendientes de los pacientes (1) paciente de la cama 508</p> <p>Que los camilleros tengan más precaución en el momento del traslado de los pacientes a las habitaciones(1) paciente de la cama 207</p>
CUIDADOS INTERMEDIOS	<p>Que tenga rejas para más seguridad en las ventanas del servicio , (2) paciente de la camas 559, 558</p> <p>Felicita al servicio en general (3) paciente de la camas 556, 551 ,554</p> <p>Que hayan más ventilación en el servicio (1) paciente de la cama 552</p> <p>Que el servicio sea más amplio (1) familiar de paciente de la cama</p> <p>Que el médico tratante hable con los familiares y no solo los estudiantes (1)</p> <p>Familiar del paciente de la cama 551 Que haya TV en cada cubículo (1)</p> <p>Que el medico especialistas este más pendiente de los pacientes y no solo las auxiliares del servicio (1) paciente de la cama 559</p> <p>Familiar de la paciente Carolina Ospina (cama 550) la señora Cindy Flores manifiestan inconformidad en la información brindada por parte de los médicos de la unidad “ siempre dan la misma información”</p> <p>Usuario Juan Carlos Bocanegra sugiere que amplíe el horario de visitas</p> <p>Que las enfermeras del turno de la noche sean más humanas (1) paciente de la cama 556</p> <p>Que extiendan los horarios de vistas en la unidad (1) paciente de la cama 557</p>
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	<p>Que el servicio sea más amplio , Que hayan más camas en la unidad</p> <p>Familiares de la paciente de la cama 290 piden que haya informadora los fines de semana (1)</p> <p>Que la hora de la visita sea larga (1)</p> <p>Que haya más ventilación la unidad (1)</p> <p>Que haya restaurante para los familiares (1)</p> <p>Que haya más espacio en la UCI (1)</p> <p>La señora Luz Marina Malaver familiar de la paciente Mercedes González manifiesta inconformidad con el trato ofrecido por los guardas de seguridad (la manera de hablar no es la adecuada)</p> <p>La Señora Sandra Patricia Leguizamón familiar de la paciente Cindy Leguizamón sugiere el uso obligatorio de tapabocas para todos al ingresar a la unidad</p> <p>Usuaría Miriam Mahecha indica que dejen ingresar dos familiares</p> <p>Usuaría Carolina Rivero sugiere que atiendan niños con epilepsia</p> <p>Que tengan más ventilación en los cubículos (1) familiar del paciente de la cama 292</p> <p>Que el medico de información a los familiares cuantas veces sea posible (1) familiar del paciente de la cama 296</p> <p>Que tengan una informadora los fines de semana para su orientación (1) familiar del paciente de la cama 297</p>
NEONATOS	<p>La usuaria Madely Rodríguez sugiere que haya más información en el ingreso a neonatos</p> <p>La usuaria María Romero sugiere que haya más información y orientación en la recepción</p> <p>La usuaria Maribel Cortes sugiere el cambio de bata por cada ingreso a la unidad , además le gustaría que se adecuara el servicio de pediatría (2)</p> <p>Que mejore la seguridad de los locker y de la cámara por que no se ve bien</p> <p>Que haya más información y orientación en portería</p> <p>Usuaría Maribel Cortez sugiere que el cambio de bata sea más seguido</p> <p>Usuaría Luz Helena Jacanamijoy sugiere que habiliten el servicio de pediatría</p> <p>Que los baños sean de uso personal solo para el paciente (1)</p>

SALA DE EGRESO	Que haya teléfono público en la sala de egreso (1) Paciente sugiere que haya sillas cómodas para los familiares (350) paciente sugiere mantenimiento de los baños (346) paciente sugiere que no repitan todos los días la carne molida (506) Que tengan un sacerdote en horarios extendidos para los pacientes Cuando lo requieran(1) paciente de la cama 215 Que no saquen a los pacientes de la habitación , mientras facturan ya que el servicio de facturación son muy demorados(1) familiar de paciente de la cama 240 Que cambien los colchones ya que están muy desgastados (1) familiar de paciente de la cama 418 Que tengas suficientes sillas de ruedas para los usuarios (1) familiar de paciente de la cama 509
----------------	--

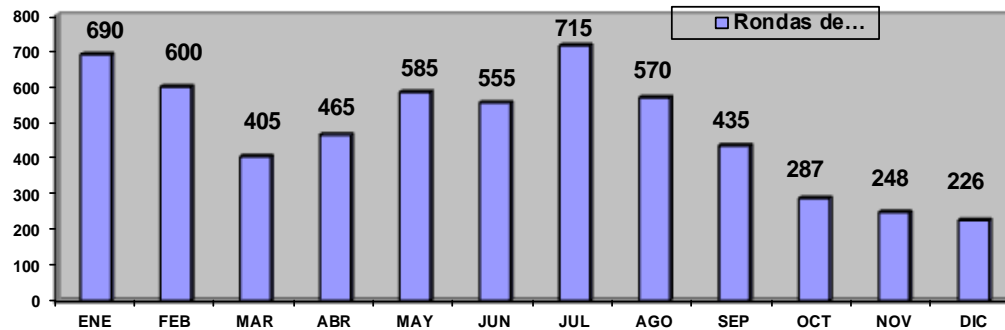
Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de RONDAS Y VISITAS DE SERVICIO a Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios en el IV TRIMESTRE DEL 2018

FECHA	HORA DE LA INTERVENCIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	CAMA	MANIFESTACIÓN O SOLICITUD DEL PACIENTE	GESTIÓN ADELANTADA
12/12/2018	7:45:00 a.m.	JOSE BAUTISTA MUÑOZ		Funcionario manifiesta que no podido sacar cita a su señor padre por falta de tiempo ya que trabaja en el turno de la noche, ya que requiere cita urgente con el servicio de otorrino	se logra sacar cita médica con la colaboración de la compañera ventanilla 3 consulta externa
22/10/2018	9:00:00 a.m.	ELKIN ALEJANDRO GAZCA		siendo las 9:am se reciba llamada telefónica de paciente manifestando que tiene orden médica para una cita por el servicio de urología pero ha sido imposible comunicarse con el servicio del call center	se logra sacar cita con la colaboración de los compañeros del callcenter
14/12/2018	1:00:00 p.m.	CARLOS LERIDA		por vía telefónica, paciente manifiesta que ha sido imposible contactar con el servicio de oftalmología ya que tiene orden de la eps,	Paciente que es adulto mayor, se logra sacar cita, paciente agradece por la gestión tomada
11/11/2018	10:00:00 a.m.	NIDIA GOMEZ		telefónicamente familiar de paciente manifiesta su inconformidad con el servicio del callcenter ya que no le contestan llevando varios días intentando poderse comunicarse para sacar cita por urología	se logra sacar cita, familiar de paciente agradece
09/11/2018	9:40:00 a.m.	MIREYA NANCY CHAPARRO		paciente adulto mayor quien ingresa a la oficina de atención al usuario quien informa que tiene cita en el servicio de clínica del dolor, y no sabe	se le hace acompañamiento al paciente hasta el consultorio y luego hasta la recepción del hospital

				dónde queda el servicio	
19/12/2018	9:00:00 a.m.	ARCESIO ZAMBRANO		se reciba llamada telefónica del familiar de paciente quien requiere una cita muy urgente por el servicio de gastro	se logra sacar cita, ya que es paciente particular,
07/12/2018	10:00:00 a.m.	INGRIT LOPEZ	436	realizando visita, paciente manifiesta inconformidad con el baño que no tiene bombillo ya que es un adulto mayor con discapacidad visual	se informa al servicio de mantenimiento, quien coloca el bombillo, pasadas 2 horas del requerimiento se verifica, evidencia cumplimiento, paciente felicita al personal de mantenimiento
11/12/2018	8:00:00 a.m.	SANDRA MOLINA	429	paciente quien manifiesta inconformidad con el baño ya que no lo están lavando todos los días y salen malos olores, se le informa a la jefe de turno quien llama al servicio de hotelería,	pasando medio día se verifica, si se dio cumplimiento, por parte del servicio generales,
11/11/2018	4:00:00 p.m.	LUIS PACHON		se recibe telefónicamente la inconformidad del paciente con el servicio del callcenter que nunca contestan y tiene orden de una cita con cardiovascular	se le toman los datos del paciente, con la ayuda de la compañera de facturación 4 piso se logra sacar cita,
03/12/2018	10:00:00 a.m.	LUIS ENRIQUE TORRES		Usuario manifiesta por vía telefónica disgusto en el momento de dirigirse al hospital a donar sangre, ya que los guardas de seguridad le pusieron inconvenientes y no le dieron la información que necesitaba.	Se recepciona la Petición Verbal y se socializa al usuario los otros mecanismos habilitados en el HUS para tal fin como la página web, los buzones de sugerencia o directamente en las oficinas correspondientes del hospital.
13/12/2018	9:00:00 a.m.	YAMILE RODRIGUEZ		Se recibe telefónicamente la inquietud de la paciente con respecto al área de radiología, necesitaba el correo y números de contacto.	Se le indica a paciente el correo y los números de contacto correspondientes al área de radiología.
14/12/2018	11:45:00 a.m.	CARMEN HERNANDEZ		Paciente se acerca a la oficina solicitando información sobre como pedir un resultado de un examen de laboratorio que se había tomado anteriormente durante la hospitalización.	Informadora del DAU procede a realizar acompañamiento a paciente hasta el área de correspondencia, logra ubicarla en la ventanilla correspondiente.

17/12/2018	12:00:00 p.m.	MARIA CONSUELO SERNA		Usuario manifiesta en la oficina DAU que tiene problemas para reclamar unos resultados y así agendar una cita de control ya que se encuentra afiliado a convida, solicita que lo dirijan a la oficina de Trabajo Social.	Se le indica en donde se encuentra la oficina de Trabajo social correspondiente.
18/12/2018	9:20:00 a.m.	MICHAEL DANILO SANTANA		Se recibe una llamada de familiar de un paciente quién indica haber asignado una cita errada con los datos de otra persona, solicita alguna solución para que atiendan al familiar quién ya se encontraba en el hospital.	Se toman los datos correctos del paciente, informadora se dirige a servicio correspondiente en el cuál le indican que el usuario debe acercarse con la cedula original para realizar un cambio en la cita asignada y así poder atenderlo.
21/12/2018	3:00:00 pm.	FLAMIRO ROMERO	445	Se acerca a atención al usuario familiar de paciente solicitando la presencia del Sacerdote para que visite al paciente, sin embargo el padre no se encuentra en el hospital.	Se ubica el número de contacto del Capellán y se procede a llamar, quién indica que se encuentra muy ocupado, sin embargo nos indican presencia de otro padre disponible en el hospital cancerológico y se remite a familiar a dicho lugar.
21/12/2018	11:00:00 a.m.	YORGELIO VEGA		Usuarios venezolanos solicitan necesidad de una atención urgente para la señora que se encuentra en estado de embarazo y sólo cuentan con el Sisbén.	Se remiten a la ventanilla correspondiente al área de Urgencias para que soliciten la información.
TOTAL DE INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL TRIMESTRE				16	

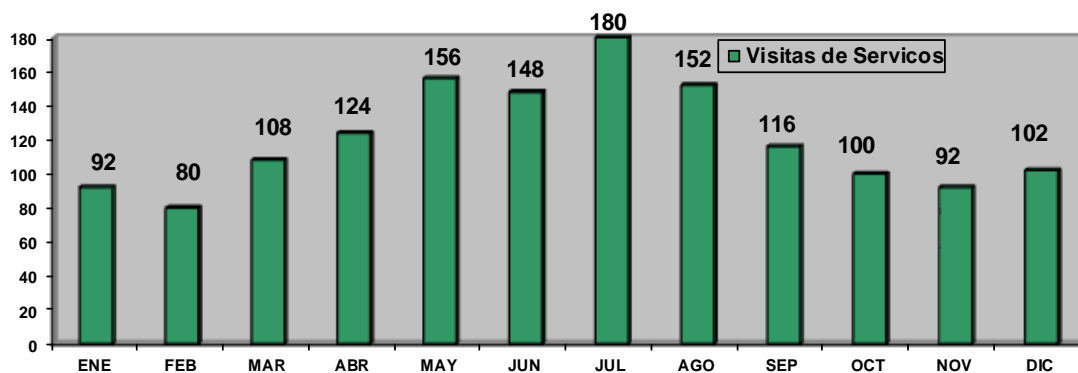
ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO, ANUAL DE 2018
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN



ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	690	600	405	465	585	555	715	570	435	287	248	226	5781

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

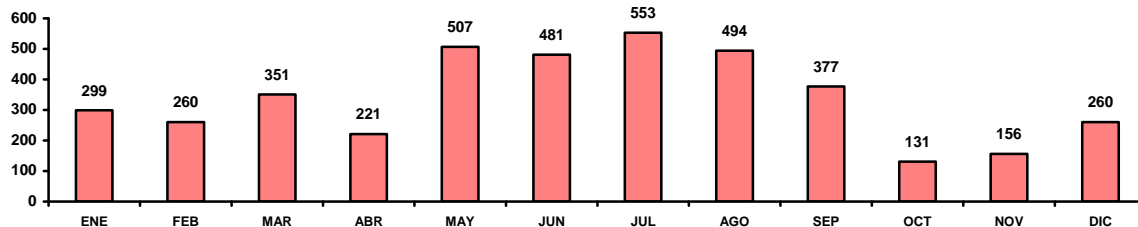
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION



ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	92	80	108	124	156	148	180	152	116	100	92	102	1450

Por otra parte como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, identificar y solucionar de manera oportuna sus necesidades, 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, al igual se busca prevenir interposición de quejas y reclamos por inconformidades en la atención. Como producto de ellas se realiza las acciones y gestiones solicitadas por los pacientes o las que haya a lugar como las mencionadas anteriormente.

SOCIALIZACION DE LA DECLARACION INSTITUCIONAL DERECHOS Y DEBERES



ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SOCIALIZACION DERECHOS Y DEBERES PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION C. EXTERNA Y URGENCIAS	299	260	351	221	507	481	553	494	377	131	156	260	4090

La socialización se realiza diariamente a los usuarios durante las visitas diarias a los pacientes hospitalizados, en las salas de espera de los servicios ambulatorios a través de charlas utilizando un rotafolio con temas adicionales como

tips de emergencias y desastres, segregación de residuos, puntos ecológicos, rol de la oficina de la Dirección de Atención al Usuario, mecanismos de interposición de PQRSD, entre otros, todo ello adicional a los otros medios de comunicación como publicación en la Página Web del hospital, carteleras físicas de la oficina de la Dirección al Usuario y pantallas digitales ubicadas en las diferentes áreas del hospital, TV de los ascensores, acrílicos ubicados al ingreso de los ascensores y folletos.

Intervenciones Realizadas por la Informadoras en el Año 2018, durante Rondas y Visitas a Pacientes Hospitalizados

Intervención	Total Año	Observaciones
Daño en televisor	2	Se logró la revisión y arreglo del daño.
Timbre dañado	2	Se logró el arreglo del timbre con el servicio de Mantenimiento
Daño barandas de cama	1	Se logró el cambio de cama por daño.
Daño en los baños	2	Se logró la revisión y arreglo del daño.
Inconformidad con el servicio de enfermería	1	Se realizó socialización por el pacto por el trato amable.
Inconformidad en el aseo de los baños	3	Se comentó a hotelería y se solucionó la inconformidad.
Cambio de habitación	3	Se logró cambio de habitación.
Solicitud de visita del padre	3	El padre realizo las visitas.
Inconformidad en información medica	6	Se logró aclarar dudas de familiares.
Restricción de visitas	1	Se gestionó tramite de restricción de visitas
Ayuda en trámites para exámenes y salida	11	Tramites efectuados sin novedad
Daños de la camilla	1	Se logró cambio de la camilla
Inconformidad por el callcenter	6	Se logró pedirles datos para colaborar con la asignación de citas
Solicitud de habitación	2	Se logró la asignación de habitación
Acompañamiento a paciente con discapacidad	2	Se les acompaño y se le colaboro con la facturación y se dejó en consultorio
Paciente de INPEC que solicita cambio de Dragoneante	1	Se le escucho y se habló con la trabajadora social para que recibiera petición
Acompañamiento por petición de la Dra. Casallas	1	Se le realizo acompaña en compañía de trabajo social

Solicitud de resultados de exámenes	1	Se le informa que pueden reclamar exámenes
Acompañamiento a familiar que intenta suicidarse	1	Se realiza acompañamiento y se habla con la médica Psiquiatra
Total en el Año 2018	50	

Seguimiento a (Casos especiales) Pacientes Hospitalizados durante Rondas y Visitas de las Informadoras y Orientadoras en el Año 2018

Causa del Seguimiento	Total	Observaciones
Familiar de funcionario o colaborador de HUS	45	* Seguimiento y saludo diario 2 veces al día *Se logró el cambio de habitación a 2 pacientes * Se realizó acompañamiento en duelo a familiares por fallecimiento de paciente. *Se gestionó con hotelería para la limpieza de los baños. * Se le socializo lo
Peticiones de los Usuario PQRS	50	
Especiales - Otros	3	
Total de Seguimientos		98

REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN ANUAL 2018

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
REALIZACION DE ENCUESTAS	92	89	88	99	98	96	99	97	97	99	97	98	1149
USUARIOS INSATISFECHOS	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	3

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 13 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, Sala de Egreso y Unidad Renal, las cuales se tabulan a través del software Lime Survey 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.

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

En el mes de noviembre de 2018 por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca se aplican encuestas de satisfacción al Usuario (Pte/ fmla) y al Cliente Interno (funcionario/ colaborador), está pendiente conocer los resultados.

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Apertura de Buzones de Sugerencias 2 veces por semana de acuerdo al procedimiento institucional establecido el cronograma de apertura. En año 2018 se realizaron **117 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: 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 3a edad, en condición de discapacidad, materna.
- Realización de charlas a los usuarios en las salas de espera buscando educar y capacitar al paciente sobre temas de mecanismo de interposición de peticiones, emergencias y desastres, cuidados de las áreas del hospital, declaración de los deberes y derechos, cuidado del ambiente, canales de comunicación con el HUS, entre otros, actividades que se registran en las planillas respectivas.
- Seguimientos a casos especiales: Pacientes hospitalizados que interpusieron una queja o reclamo, funcionarios o familiares de funcionarios hospitalizados, Pacientes en los cuales se presentó posibles novedades de seguridad, etc.
- Socialización y entrega del Manual de Atención al usuario y promoción del uso de la Página Web, (link de atención al ciudadano/ canal de Peticiones, horarios de atención) redes sociales, el SUIT, pantallas digitales, donde está publicado el Manual de Atención al usuario y su Familia, T.V en los ascensores.

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

Cantidad de peticiones de cliente interno por parte de los funcionarios

Cargo	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	Total
Enfermería Jefes, Auxiliares y camilleros	5	6	6	3	20
Auxiliares de Enfermería	4	11	6	10	31
Supervisores o Coordinador de Enfermería	0	0	4	0	4
Jefe de Enfermería	5	2	4	3	14
Especialistas	0	2	3	4	9
Secretarias	1	2	2	1	6
Residentes	0	3	1	0	4
Guardas de Seguridad	0	3	0	0	3

Sub. De Consulta Externa	1	0	0	0	1
Aux. de Facturación	0	1	0	3	4
Auxiliar Call Center	0	0	0	1	1
Informador y Aux. Radiología	1	0	0	0	1
Fisioterapia	0	0	0	0	0
TOTAL	17	30	26	25	98

	HOSPITALARIO	URGENCIAS	AMBULATORIO
Agresión Verbal	58	17	19
Agresión física	0	0	0
Información	1	0	0
Amenaza	2	1	0
Sugerencia	0	0	0
Total	61	18	19

Para el 2018 se presentaron un Total de **98** observaciones de cliente interno manifestando inconformidad por parte del paciente y/o familiar, se hace intervención por la Directora de Atención al Usuario, Informadoras y orientadoras, se observa que para este año las agresiones fueron UNICAMENTE de tipo Verbal (No hubo amenazas ni Agresión Física) **pero si aumentaron en comparación con el año 2017** (Fueron 73: Verbales 70/ Amenazas 2/ y agresión Física 1) , en parte debido a la promoción y difusión de ésta estrategia implementada desde los últimos 5 años por la Dirección de Atención al Usuario.

Cuando el usuario se encuentra en el HUS:

- Se Visita al usuario, paciente o familia con el fin de obtener su versión sobre los hechos descritos por el Cliente Interno.
- Identifica el deber que fue vulnerado por el paciente o familia y hacer especial énfasis sobre el mismo.
- Realizar sensibilización sobre el cumplimiento de los Deberes como Usuarios del servicio de salud.
- Entregar folleto de la Declaración Institucional de Derechos y Deberes del Usuario/Paciente y Familia de lo cual se deja constancia en el Formato de Resolución Inmediata de Peticiones y Observación.

Cuando el usuario no se encuentra en el HUS:

- Enviar al Usuario involucrado a la dirección de correspondencia que se registre en la base de datos de Dinámica Gerencial, con copia a la Entidad responsable de Pago a la cual se encuentre afiliado, el oficio que referenciado en la actividad anterior, en los casos que corresponda

- Informar al peticionario sobre la gestión realizada con el usuario, haciendo un llamado al mismo para la identificación de una oportunidad de mejora que favorezca la prestación de su servicio a los usuarios: paciente y familia.
- Se socializan los mecanismos para interponer PQRSD cuando tienen alguna inconformidad frente al servicio.

PAS 2018. PROGRAMA DE HUMANIZACION. AVANCES

En el análisis de los resultados de las Rondas de Humanización en 2017, se estableció como **estrategia principal** el diseño de **Romper tráfico**s con mensajes de sensibilización al cliente interno por cada línea estratégica del Programa de humanización, que busca fortalecer la atención humanizada hacia nuestros pacientes y continuar desarrollando actividades de sostenimiento de cada una de las seis (6) Líneas Estratégicas del Programa de Humanización.



En el III trimestre se realizó Ronda de Humanización en los servicios de Hospitalización liderado por el Comité de Humanización.

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

L.E COMUNICACIÓN ASERTIVA: En el año se realizó **publicación en las Carteleras Rodantes** de la Dirección de Atención al Usuario con los siguientes temas:



- **I Trimestre 2018** “Pautas a seguir los familiares y visitantes durante las visitas a los pacientes hospitalizados, según guía vigente” buscando la participación activa del cuidador en el proceso de una atención humanizada y segura.



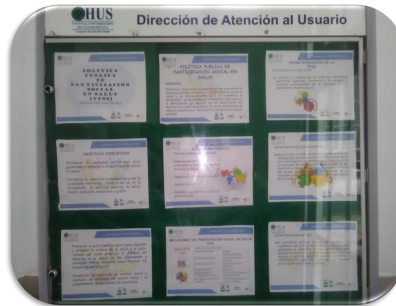
- **II Trimestre 2018** “Programa de Humanización Línea Estratégica Comunicación Asertiva Prudente Entre Nosotros, el Paciente y su Familia” buscando la participación activa del cuidador en el proceso de una atención humanizada y segura.



- **III Trimestre 2018** Estrategia de acompañamiento a pacientes hospitalizados “Celebración Cumpleaños” buscando Fortalecer la atención cálida y humanizada de los pacientes hospitalizados, acompañándolos, acogiéndolos y fortaleciendo los lazos fraternos con el equipo interdisciplinario y la familia durante su hospitalización.



- **IV Trimestre 2018 “Se socializa la política pública de Participación social”**



- **Tips Trato Amable y Celebración Día del Paciente**



- **Mensaje de Navidad y Año Nuevo 2019**



Indicador : El 100% de los Usuarios entrevistados (1149 pacientes) manifestó que el 100% del personal de salud que lo atendió se presentó y el 100% lo llamó por su nombre, evidenciando que se cumplió la meta del indicador y es el resultado de la estrategia de comunicación asertiva hacia el cliente interno de “ saluda, sonría, mire a los ojos, preséntese y llame al paciente por su nombre, incluida en todos los procedimientos , protocolos documentados en el HUS, comunicada a través de las sesiones mensuales de inducción y reinducción, publicación de los tips en las carteleras físicas de la Dirección de Atención al Usuario, la socialización del Código de ética institucional a través de la proyección de las pantallas digitales de los servicios, la participación de colabores en el Pacto por el trato amable que se convierten en Líderes multiplicadores del trato amable, entre otros.

Nueva Estrategia en la Unidad de Cuidados Intensivos: Con el apoyo de la T Social del servicio y la participación activa de las integrantes de la Pastoral de salud, “El Buen Samaritano” se inició todos los viernes 2 horas (¿?) visita a los pacientes realizando lecturas y acompañamientos.

ESTRATEGIA IMPLEMENTACION CELEBRACION CUMPLEAÑOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

CELEBRACIONES AÑO 2018: **a 35 Pacientes**, con corte a 31 de diciembre de 2018

- Enero - 2018: celebración a 4 pacientes.
- Febrero - 2018: celebración a 2 pacientes
- Marzo - 2018 : celebración a 5 pacientes
- Abril - 2018: celebración a 1 pacientes.
- Mayo - 2018: celebración a 1 pacientes
- Junio - 2018 : celebración a 3 pacientes
- Julio - 2018: celebración a 6 pacientes.
- Agosto - 2018: celebración a 3 pacientes
- Septiembre -2018 : celebración a 3 pacientes
- Octubre – 2018: celebración a 3 pacientes
- Noviembre – 2018: celebración a 1 pacientes
- Diciembre - 2018 : celebración a 3 pacientes



Estrategia de la DAU del “Pacto por el trato Amable”. Se continúa realizando el taller que consiste en que todo colaborador interno involucrado en alguna queja o reclamo por posible falta de trato amable se cita y se realiza un taller de sensibilización buscando fortalecer la cultura de atención humanizada en el HUS:

TALLER PACTO POR EL TRATO AMABLE	N. DE ASISTENTES
AÑO 2018	
ENERO	3
FEBRERO	5
MARZO	2
ABRIL	1
MAYO	5
JUNIO	7
JULIO	3
AGOSTO	6
SEPTIEMBRE	4
OCTUBRE	1
NOVIEMBRE	1
DICIEMBRE	1
TOTAL	39

Al 31 de diciembre 2018, Dos (2) de los asistentes al taller del Pacto volvieron a estar involucrados en una nueva queja por posible falta de trato amable al paciente o familiar, es decir se presenta 5% de reincidencia. Se realiza nueva invitación al taller quien manifestó por escrito su deseo adquirir un compromiso en la humanización en la prestación de servicios para brindar un servicio de calidad.

En los 2 casos de reincidencia se inicia seguimiento puntual al colaborador por parte del Líder del área.

La participación de la Dirección en las sesiones de **Inducción y Reinducción** organizadas mensualmente por la Subdirección de Desarrollo Humano y a través de las cuales la DAU socializa y sensibiliza al Cliente Interno sobre el Programa de Humanización institución (incluye su inclusión en el Direccionamiento estratégico: misión, visión, Valor institucional, Política de humanización ...), la Declaración Institucional Derechos y Deberes de los Usuarios en salud, escucha de “la Voz del usuario, Paciente y familia” y Código de ética Institucional, entre otros.

Sesiones de Inducción y Reinducción al Cliente Interno	Total por Mes Personas que Asistieron a Inducción y Reinducción
Enero	17
Febrero	12
Marzo	12
Abril	39
Mayo	36
Junio	13
Julio	17
Agosto	30
Septiembre	54
Octubre	15
Noviembre	19
Diciembre	13
TOTAL	277

XVIII CELEBRACION DEL DIA DE PACIENTE

En esta jornada de vacunación se llevó a cabo el día 16 de noviembre del presente año en el Lobby del Hospital, primer piso, con el fin de fortalecer la campaña del trato amable dentro del contexto de la humanización del servicio teniendo como eslogan “ HUMANIZANDO CORAZONES.

En estas jornadas se llevó a cabo entre 8:00 am a 4:00 pm y asistieron 268 donde se vacunaron simbólicamente entre administrativos, de planta y usuarios. Dándole como estímulos una colombina y un carnet de vacunación donde se daba las opciones de vacunación como: amabilidad, sonrisa, ayuda, bondad, solidaridad, generosidad, amor, compasión, respeto, todas las anteriores.

Temática: Se decoraron los diferentes servicios recreando las costumbres de nuestros Municipios Cundinamarqueses: Faca, Fusa, Villeta, Zipaquirá, Ubaté y Soacha) y de esta manera conociendo la población de Usuarios que demandan servicios de salud en el HUS.

También se obsequiaron por parte de los colaboradores de los servicios regalos a los Pacientes hospitalizados y por parte del hospital (bolsas con el eslogan del HUS, llaveros), se llevó a cabo el “Plan Padrino” donde los colaboradores apadrinaron un paciente y le brindaron apoyo emocional, se realizaron actividades lúdicas y serenata a nuestros pacientes. Se inició la celebración con una Revista Militar en la Plazoleta de Banderas, seguida de la celebración de la Eucaristía por parte del Arzobispo del Sector: Monseñor Julio Solórzano.

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

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

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

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

Evidenciada la necesidad de desarrollar nuevas propuestas que logren impactar de manera positiva la condición clínica del paciente hospitalizado el cual experimenta cambios frente a su percepción de tiempo y espacio **se dio inicio al programa de estimulación sensorial (auditiva), en el mes de Agosto del 2018**, a través de la lectura de historias cortas; extendiéndose la propuesta a la **Unidad de Cuidado Intermedio** para el mes de octubre del mismo año.

La estrategia de humanización se viene desarrollando una vez a la semana, los días viernes con 20 minutos de lectura de historias cortas que incluye momentos musicales contando con la activa participación del sacerdote de la institución, voluntarios de la pastoral social de la salud y damas rosadas de la institución.

Grupo de voluntarios que fueron capacitados en:

1. Comunicación asertiva (sonría, salude, mire a los ojos, preséntese, llame al usuario por el nombre).
2. Ubicación de paciente en espacio, tiempo, lugar y hora.
3. Lectura del cuento corto (Entonación y puntuación).

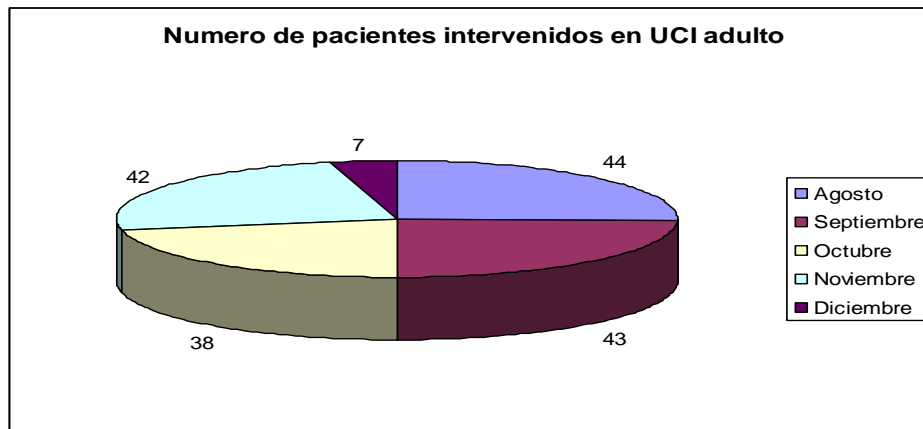
ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

En el periodo comprendido del mes de Agosto a Diciembre del 2018, **se intervinieron** en la unidad de cuidado intensivo y en la unidad de cuidado intermedio **un total de 229 pacientes** que fueron abordados en 25 jornadas de lectura programadas.

La distribución de la intervención realizada por meses se describe en las gráficas detalladas a continuación, graficas que dan cuenta del número de pacientes intervenidos por meses en cada una de las unidades (UCI adultos y UCI Intermedios).

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

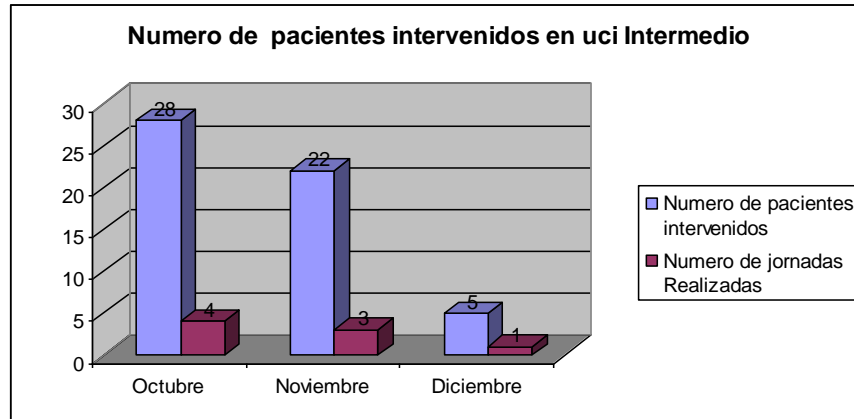
MES	Número de pacientes intervenidos	Número de jornadas Realizadas
Agosto	44	4
Septiembre	43	4
Octubre	38	4
Noviembre	42	4
Diciembre	7	1
TOTAL	174	17



En la unidad de cuidado intensivo se logra realizar 17 jornadas de lectura, abordando 174 pacientes, cobertura distribuida en porcentajes así : un 25.2% en agosto , 24.71 % en el mes de Septiembre, se logra una cobertura del 25.2%, 115,7 % en el mes de Octubre , 24.1% en noviembre y tan solo un 4.02 % , los resultados evidencian una constancia en la cobertura promedio de paciente abordados en cada jornada de lectura, sin embargo para el mes de diciembre se evidencia una baja en el abordaje debido a que los voluntarios que apoyan la estrategia en su mayoría descansaron.

UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIOS

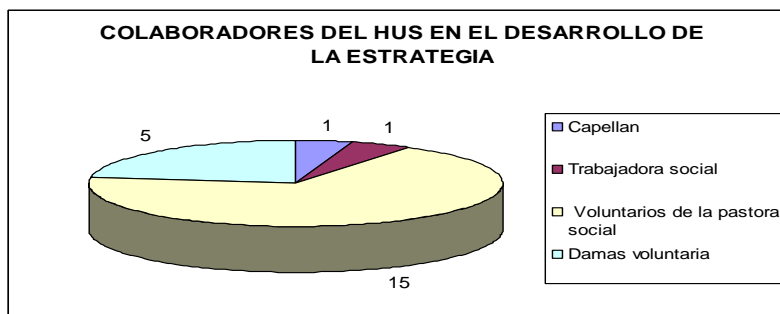
MES	Número de pacientes intervenidos	Número de jornadas Realizadas
Octubre	28	4
Noviembre	22	3
Diciembre	5	1
TOTAL	55	8



La implementación de la estrategia en la unidad de cuidados intermedios da apertura dos meses después de iniciar el abordaje en la unidad de cuidado intensivo, se logra realizar 8 jornadas y una cobertura de pacientes de 55 pacientes, cobertura distribuida por meses así 50.9% en el mes de Octubre, 40.1% Noviembre y un 9% en el mes de diciembre, abordaje que en este último mes fue bajo debido a que el grupo de colaboradores de apoyo se encuentra en periodo de descanso.

PARTICIPANTES EN EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

Integrantes	Cantidad
Capellán	1
Trabajadora social	1
Voluntarios de la pastoral social	15
Damas voluntaria	5
Total Participantes	22



Se encuentran vinculados actualmente en el desarrollo de la estrategia de humanización 22 personas, número que tiende a crecer en el 2019 dado que la pastoral de la salud vinculara nuevos voluntarios.

Actualmente el grupo de trabajo se encuentra constituido por el Capellán de la institución, 1 trabajadora Social, 15 voluntarios de la pastoral y 5 damas Rosadas.

Logros:

- Fortalecimiento del programa de humanización en unidad de cuidado intensivo adultos y su ampliación a la unidad de cuidados intermedios.
- El trabajo en equipo y la coordinación con los grupos de apoyo como la pastoral de la salud y damas voluntarias
- El Espacio ganado en unidades de cuidado crítico que por la complejidad del paciente y su condición clínica restringía el ingreso de grupos de apoyo.
- El impacto positivo manifestado en la voz a voz que ha generado la implementación de la estrategia en el equipo de salud de las UCI adultos y de la UCI intermedios.
- La riqueza de experiencias y momentos vivenciales generados en los equipos de apoyo, los cuales se encuentran en proceso de documentación.
- La toma de iniciativa y colaboración por parte de Auxiliares de Enfermería para realizar la limpieza de pacientes con mayor prontitud liberando el tiempo del abordaje permitiendo que el paciente pueda disfrutar de la lectura.

INDICADOR de Comunicación Asertiva: de los 1149 Pacientes y/o familiares encuestados durante la Vigencia 2018 frente a las preguntas realizadas manifestaron:

- a) El profesional de salud que lo atendió se presentó por su nombre: 100% respondió que “Si” (Meta 93%).
- b) El profesional de salud que lo atendió lo llamó por su nombre? 100% respondió que “Si” (Meta 93%).

L.E. Manejo de la Privacidad y Confidencialidad.

Se define para el 2018 el equipo de trabajo de la línea, para ello se lleva a cabo la primera reunión el 26 de marzo de 2018, donde se definió el cronograma de trabajo en el cual se establecieron las actividades a realizar dando cumplimiento al 100%; las actividades fueron:

1. Actualización del procedimiento MANEJO DE LA PRIVACIDAD, INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE código 02AUF16-V2, el cual fue revisado por el equipo de trabajo, quedando pendiente radicarlo a la Directora de Atención al Usuario para revisión y aprobación, adicionalmente, la socialización del procedimiento aprobado y publicado se programó para el mes de agosto.
2. Participación en el comité de humanización definiendo actividades de socialización de las líneas estratégicas, para el caso se ubicarán vallas rompe tráfico por cada línea; a privacidad y confidencialidad le corresponde la publicación en el mes de septiembre. Adicionalmente en el comité fue elaborada la encuesta de evaluación que mide el impacto de la campaña con los rompe tráfico.
3. En las actividades de capacitación desarrolladas por la subdirección de enfermería fue incluida la socialización de la línea estratégica de Privacidad Y Confidencialidad a los enfermeros de los cuatro turnos del HUS Bogotá y del HUS Zipaquirá, capacitación que se llevó a cabo en los meses de Abril y Mayo; Se llevó a cabo aplicando la estrategia pedagógica de aprendizaje significativo del teórico Ausubel. En el mes de Junio se extendió esta capacitación al grupo de camilleros del HUS Bogotá.

4. Para el II semestre se continuó esta capacitación a los auxiliares de enfermería con la participación en la II jornada de actualización que se realizaron, el 14 de septiembre y el 19 de octubre (mañana y tarde) con la participación de 130 asistentes y para los auxiliares del turno de la noche con la participación de 108 asistentes.

Además, Trabajo Social realizó socialización del procedimiento en septiembre 25, con la participación de 19 asistentes del servicio. El Servicio de Terapias socializa el procedimiento en septiembre 24, con la participación de 28 asistentes, en los servicios de Urgencias y Consulta Externa se realiza dicha socialización los días 31 de octubre y 2 de noviembre con la participación de 28 asistentes

5. Se socializó el procedimiento y la estrategia con romper tráfico en sala de espera tercer piso, sala de parto y Unidad Neonatal.

Los 1149 pacientes se les aplicó la Encuesta de satisfacción durante la Vigencia 2018, el 100%, manifestó que le brindaron condiciones de privacidad y confidencialidad durante su atención (tono de voz, manejo de la información, espacio físico) Es decir se les respeta su privacidad durante la permanencia en el hospital.

L.E. Manejo del Dolor Físico. Se continúa desde la Dirección de atención al Usuario la socialización del Programa de Humanización que incluye la L.E de Manejo del Dolor, a través de las sesiones de Inducción y Reinducción programadas por la SDU donde también asiste el personal médico. Continúa el control del Dolor como el "V Signo Vital" por parte del personal de enfermería aplicando la escala facial y registrando en las notas de enfermería y su visualización en las pantallas digitales ubicadas en los diferentes servicios de hospitalización en las centrales de Enfermería y el Médico en la Historia Clínica para su intervención.

Por parte de Obstetricia se fortaleció la atención de la materna, desde el II trimestre de 2018 se monitoreo el Indicador de "% Maternas atendidas con analgesia obstétrica en el trabajo de parto", se incluyó en el TUCI 8 tablero único de control de indicadores Institucional), liderado por el Subdirector de Ginecología, dando como resultado final de la anualidad un cumplimiento del 100%(Meta establecida: 40%). De igual forma la estrategia implementada de mantener en sala de Partos una canastilla con el stock de insumos medico quirúrgicos fue muy positiva, al igual que el cumplimiento del cronograma de actividades de la Res 016 relacionados con la atención materna, fortalecimiento en la información al esposo o familiar en sala de partos, entre otras.

Por parte de la Dirección Científica a través de Auditoría Médica se realizó seguimiento a la adherencia y control del manejo del dolor. Encontrando lo siguiente:

Se extraen de Dinámica Gerencial® todas (10.683) las historias clínicas que contiene la valoración de dolor de las cuales se selecciona una muestra de 1.866 y a su vez se extraen por proceso aquellas que recibieron valoración de dolor mayor o igual a 7 y Se construye el indicador respectivo (Servicios Hospitalarios, Servicios Hospitalarios de urgencias, Servicios Ambulatorios):

- Adherencia al tratamiento del Dolor por Servicios Ambulatorios IV Trimestre 2018 = (Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor a 7, que recibieron tratamiento(2) Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor o igual a 7(25)) * 100/Descripción de adherencia al tratamiento de dolor para Servicios Ambulatorios = **8%**
- Adherencia al tratamiento del Dolor por Servicios Hospitalarios **IV Trimestre 2018** = (Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor a 7, que recibieron tratamiento(39) Número de historias

clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor o igual a 7(78))*100 / Descripción de adherencia al tratamiento de dolor para Servicios Hospitalarios= **50%**

- **Adherencia al tratamiento del Dolor por Servicios Hospitalarios de Urgencias IV Trimestre 2018** = (Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor a 7, que recibieron tratamiento(234) Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor ó igual a 7(517)) * 100 Descripción de adherencia al tratamiento de dolor para Servicios Hospitalarios de urgencias = **45,26%**

La adherencia y correspondencia entre la valoración de la intensidad del dolor igual ó mayor a 7 y su tratamiento médico para Servicios Ambulatorios es del para el II trimestre de 2018 es 34,48%, para el III es 23,52%, para el IV trimestre es igual a 8% La adherencia y correspondencia entre la valoración de la intensidad del dolor igual o mayor a 7 y su tratamiento médico para Servicios Hospitalarios para el II trimestre es del 73,90%, para el III trimestre es. 39,68%, para el IV trimestres es de 45,26%.

La adherencia y correspondencia entre la valoración de la intensidad del dolor igual ó mayor a 7 y su tratamiento médico para Servicios Hospitalarios de urgencias para el III trimestre es 54,02%, para el IV trimestre es 45,26%.

Conclusiones:

La adherencia al tratamiento del dolor en el HUS continúa bajando. Se sugiere reinducción en tratamiento de dolor a los médicos de las especialidades Médicas Priorizadas (Cirugía Gral., Ortopedia, Neurocirugía, M Interna).

Como limitación durante la vigencia no se contó con Líder Médico de la L.E en el Programa de Humanización, el cual será asignado por la Dirección Científica o por la Gerencia para la vigencia 2019.

En el I semestre Dra. Marcela Jauregui Líder de Anestesia envía datos de los **Indicadores del de Manejo del Dolor** los cuales son:

En el primer trimestre se vieron 202 pacientes por clínica de dolor en el servicio de hospitalización; en **Enero 46**, en **Febrero 65** y en **Marzo 91**.

En el segundo trimestre se vieron 177 pacientes por clínica de dolor en el servicio de hospitalización: en **Abril 61**, **Mayo 60** y en **Junio 56**.

L.E de Manejo del Duelo y la Muerte:

En el Hospital Universitario de la Samaritana el personal en formación rota constantemente, por lo cual se define dar continuidad al proceso de socialización del procedimiento MANEJO DEL DUELO Y PACIENTE FALLECIDO 02AUF07-V2 con el fin de fortalecer el acompañamiento a nuestros pacientes y sus familias.

El equipo de Trabajadoras Sociales apoyó el desarrollo de esta actividad en el 4 trimestre logrando socializar un total de 96 colaboradores en los diferentes servicios del HUS. La socialización realizada se efectúa con el apoyo del rotafolio construido en el primer semestre para tal fin, al igual que la Directora de atención al usuario en las sesiones de Inducción y Reinducción Mensual donde se socializan los parámetros generales de la Línea estratégica (L.E).

La tabla anterior nos muestra que el total de pacientes fallecidos en el HUS en el IV trimestre de 2018 ha sido de 89 pacientes, de los cuales el equipo de Trabajadoras Sociales realizó 26 acompañamientos a familiares el cual corresponde al 29.2% de ésta población.

	MORTALIDAD	ACOMPANAMIENTO T. SOCIAL	PORCENTAJE
IV TRIMESTRE 2018	89	26	29.2%

Logro:

- Dar continuidad al proceso de socialización del procedimiento de manejo de duelo y paciente fallecido.
- Entrega de tarjeta de Condolencias ofrecida por el HUS a través la Trabajadora Social que realiza el acompañamiento.
- Acompañamientos por Trabajo Social a la familia ante el fallecimiento del pacient con el apoyo del equipo interdisciplinario .
- Conocer la percepción de los Colaboradores del HUS frente al proceso de acompañamiento a familiares de pacientes fallecidos para establecer acciones de mejora.
- El grupo de WhatsApp que apoya la línea de paciente fallecido en el HUS el cual permite una fácil y rápida comunicación entre los colaboradores y mejora acompañamiento a las familias de nuestros pacientes fallecidos integrada por El Psicólogo del HUS, El Capellán, Informadoras y Orientadoras de la DAU y de la recepción del HUS (de la SDU), apoyo de las damas Rosadas, entre otros. Gestión monitoreada también por la Directora de Atención al Usuario la cual hace parte del Grupo y realizó recomendaciones según necesidad.
- Reconocimiento de la SALA DE PAZ en el 100% de las personas encuestadas
- Modernización SALA DE PAZ: Adecuación de la infraestructura de la Sala de Paz la cual proporciona un ambiente más agradable para la familia.
- En el IV Trimestre se diseñó una nueva estrategia la elaboración de una pieza comunicativa (video o presentación) para pasar por los TV de la institución o Pantallas Touch en donde se fortalezca el reconocimiento del equipo que puede apoyar a los familiares ante una situación de duelo, orientación, apoyo psicosocial y/o espiritual o situaciones difíciles. En la vigencia 20019 se iniciará su publicación.
- La estrategia implementada por la Trabajadora Social en la UCI con los familiares de los pacientes que favorece o mitiga el impacto del paciente crítico como parte de elaboración del duelo familiar, como producto del compromiso generado desde la Dirección de atención al usuario, Líder de Proyecto de Trabajo Social y la trabajadora Social de la UCI y U:C: Intermedios, desde el contexto de “innovación” de estrategias de humanización de la atención , en pareas críticas.

Continúa brindándose apoyo espiritual y emocional por el Capellán del HUS Padre Francisco Romero y el grupo de la Pastoral de la Salud el Buen Samaritano (desde la Vigencia 2005), fortaleciéndose cada año, para el 2018 el grupo de Pastoral aumento en integrantes con aproximadamente 30 voluntarios que a diario se turnan en la mañana acompañándolo en la visita a los pacientes hospitalizados, el Capellán brinda los servicios sacramentales de la Iglesia Católica, celebración diaria de la Eucarística, dirección espiritual, atendiendo los requerimientos del pte /fmlla, Colaborador del HUS, Acompañamiento en el momento del fallecimiento de un paciente y celebración de Eucaristía por los ya fallecidos, desde el enfoque del respeto por la libertad de culto, lectura bíblica, identificación de necesidades de los pacientes o familiares poniéndolas en conocimiento a la DAU, apoyo espiritual y emocional a cliente interno, transmisión de Video en pantallas digitales ubicadas en los servicios y apertura diaria de buzón instalado en la Capilla para aumentar el acceso a este apoyo espiritual y emocional.

INDICADOR L.E

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

	MORTALIDAD	MUESTRA ENCUESTADA	FAMILIARES QUE REFIEREN ACOMPAÑAMIENTO	PORCENTAJE
I TRIMESTRE 2018	107	55	55	100%
II TRIMESTRE 2018	131	65	65	100%
III TRIMESTRE 2018	138	74	74	100%
IV TRIMESTRE 2018	89	43	43	100%
TOTAL	465	237	237	100%

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

INDICADOR: % de familiares que reciben acompañamiento durante el fallecimiento de su paciente= N° de pacientes Fallecidos donde sus familiares refieren acompañamiento / No de Pacientes fallecidos trimestralmente en el HUS x 100. (Muestra representativa)

*El denominador corresponde al 40% del # total de Pacientes fallecidos durante el trimestre.

Como se puede observar el resultado del Indicador para la anualidad fue del 100%/2018

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

L.E MANEJO DEL PACIENTE CRÓNICO:

Por la buena articulación entre la DAU, el equipo de trabajo de la Línea Estrategia y el equipo primario de salud aunado al control y seguimiento adelantado por la referente Líder del programa la Directora de atención al Usuario como consta en las actas de las reuniones realizadas.

Se evidencia que en el año 2018 fisioterapia realizo 262 intervenciones de capacitación, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes que tenían EPOC que corresponde al 66 % de las intervenciones, la subdirección de enfermería realizo 860 intervenciones de capacitación, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes que tenían Diabetes Mellitus que corresponde al 49 % de las intervenciones.

Por otro lado el servicio de nutrición realizo 495 intervenciones de capacitación durante el año 2018, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes que tenían Diabetes Mellitus que corresponde al 63% de las intervenciones y el servicio de trabajo social realizo 364 intervenciones de capacitación, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes que tenían EPOC que corresponde al 41 % de las intervenciones de las intervenciones realizadas.

Se realizó una auditoria de autocontrol, sobre el registro de la información que se le da al paciente crónico, en lo cual se encuentra que para trabajo social, fisioterapia y nutrición hay un 100 % de adherencia; para enfermería la adherencia al registro se encuentra en un promedio para el año de 80 %, lo cual está dentro de las metas teniendo en cuenta el número de personas que se tienen.

Porcentaje de adherencia a registros de educación en salud en la historia clínica

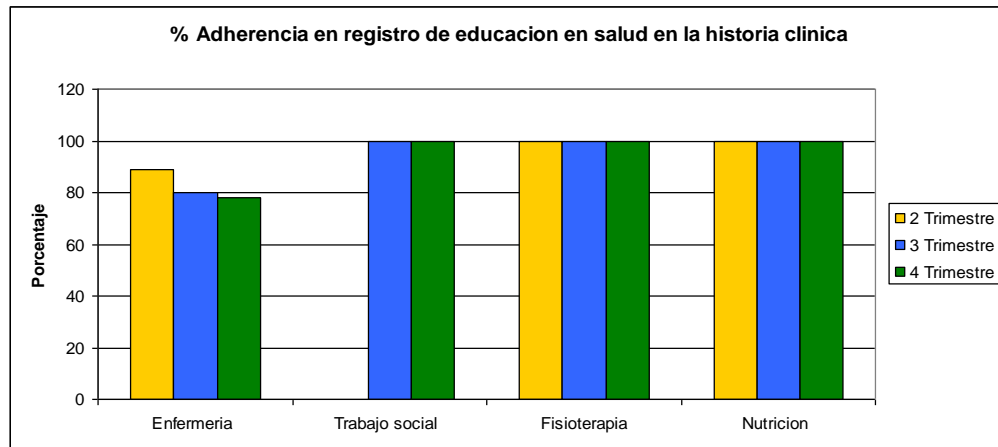


Grafico 3: Porcentaje de adherencia a registros de educación en salud en la historia clínica

Se realizó una auditoria de autocontrol, sobre el registro de la información que se le da al paciente crónico, en lo cual se encuentra que para trabajo social, fisioterapia y nutrición hay un 100 % de adherencia; para enfermería la adherencia al registro se encuentra en un promedio para el año de 80 %, lo cual está dentro de las metas teniendo en cuenta el número de personas que se tienen.

Indicador L.E:

% de pacientes y/o cuidadores externos que recibieron información, orientación y capacitación en aspectos específicos de su condición crónica: # de pacientes y/o cuidadores externos que recibieron información, orientación y capacitación en aspectos específicos de su condición crónica / total de pacientes crónicos egresados x 100.

	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	Total
Pacientes y/o cuidadores externos que recibieron información, orientación y capacitación	24%	100%	100%	96%	80%
META	40%	40%	40%	40%	40%

Fuente: Base de datos de los Participantes del Taller

Se aumentó significativamente el número de pacientes capacitados, lo cual indica una buena articulación entre el equipo de trabajo.

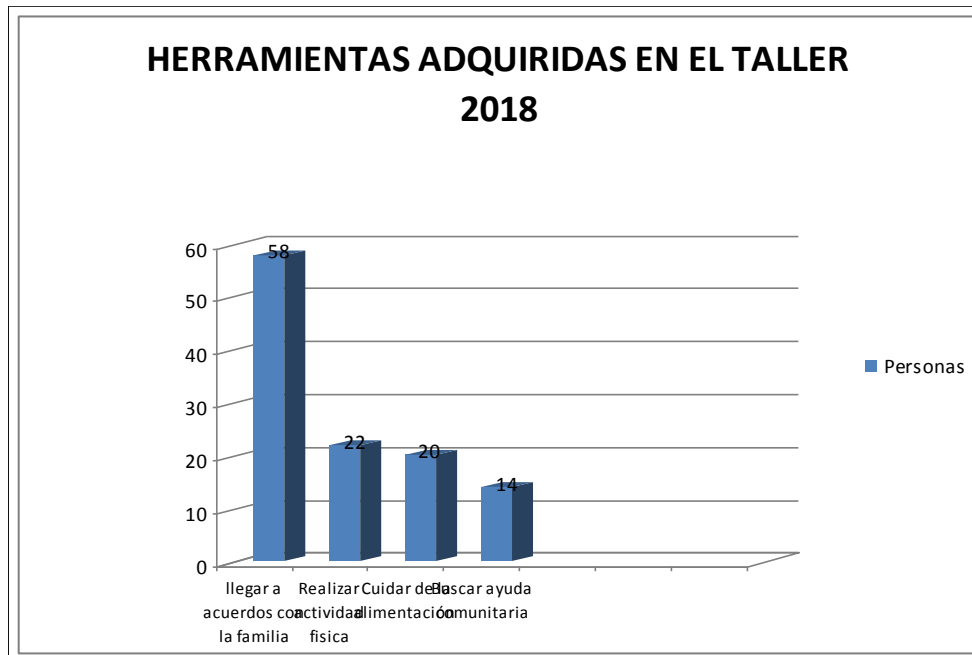
Conclusiones

- Se logró realizar durante el año 2018 más de 2000 intervenciones educativas al paciente crónico y su familia.
- Se logró una mejor articulación entre trabajo social, fisioterapia, nutrición y enfermería para lograr estas intervenciones educativas.
- Se logró realizar un sistema de búsqueda activa, para tener conocimiento de cuáles son los pacientes crónicos de la institución.
- Se demostró que más del 80 % de los pacientes, estaban comprendiendo la información que entrega el equipo interdisciplinario.

L.E. APOYADO AL CUIDADOR:

Durante el 2018 se realizaron 12 talleres, donde participaron 117 cuidadores, con un promedio de 10 participantes por taller. Se realiza preguntas cerradas y abiertas, las cuales responden con el indicador planteado por la línea estratégica. De igual manera se realiza una autoevaluación, en donde los participantes califican el taller, y dan una opinión o una recomendación para el mismo. Dentro de las evidencias que se muestran, se encuentra los registros fotográficos de cada taller, de igual manera se cuenta con un informe trimestral.

Resultados del Indicador



De acuerdo a la meta de la línea estratégica, de los 117 cuidadores participantes, el 96% de los participantes adquirieron herramientas que les favorecieron a los cuidadores para mejorar su rol, así que se cumple con la meta definida por la línea de más del 50%. Otros datos nos indican, que el 50% de los cuidadores participantes, reconocen los acuerdos con la familia, como factor principal para el ejercicio del cuidado, siguiéndole, el realizar actividad física, con un 17%

Conclusiones

De acuerdo a lo anterior, en el taller continúa la participación del equipo interdisciplinar, al que se adhiere la Terapeuta Ocupacional, una (1) Informadora de la Dirección de Atención al Usuario igualmente se continua dando un refrigerio. Se encuentra que es necesaria la continuidad del taller, así como la pertinencia de aumentar el número de talleres a 2 en el mes, y fortalecer la promoción, la participación, en el mismo.

Se encuentra como fortaleza la continua visibilización del cuidador como actor fundamental en el bienestar del paciente en el proceso de hospitalización y como dispositivo de aprendizaje frente el cuidado del otro y del autocuidado.

Dentro de los resultados se concluye que sigue prevaleciendo entre los cuidadores, la necesidad de articularse con la familia buscando la ayuda mutua y las relaciones de apoyo, ya que en la mayoría de los relatos se evidencia soledad y aislamiento, entre otras porque los pacientes provienen de fuera de Bogotá. Es así como los aspectos de alimentación y cuidado físico, se convierten en elementos importantes que favorecen el bienestar del cuidador y alivia síntomas de angustia y desespero.

Como limitaciones, se encuentra la dificultad en ocasiones de encontrar el espacio en donde se pueda realizar el taller, así como el poco conocimiento que tienen los diferentes servicios en relación a la existencia del taller, pero a pesar de ello se considera importante aumentar la frecuencia del taller y fortalecer su promoción entre los Pacientes y sus familiares..

L.E AMBIENTE Y TECNOLOGÍA AMIGABLE (BOGOTÁ):

Durante todo el año 2018 se realizaron las campañas de: CUIDADO DE LAS INSTALACIONES, ESTRATEGIAS DE ORDEN Y ASEO, ESPACIOS LIBRES DE HUMO, SEGREGACION DE RESIDUOS, SILENCIO, realizando el despliegue por medio de romper tráfico (tres primeros trimestres de 2018) y por pantallas en servicios asistenciales, protectores de pantallas de equipos y cartelera institucional permanente, fin de sostener la adherencia lograda durante el año. Desde 2017 a través del Programa de Humanización se diseñó e Implementó el “Programa de Orden y Aseo” el cual se reforzará y continuará apoyando la Subdirección de Desarrollo Humano.

En cuanto transformación cultural de ESPACIOS LIBRES DE HUMO, se han realizado intervenciones en el personal, concertado con empresas mercerizadas y se está a la espera de consolidado de exámenes de salud laboral para llegar puntualmente al individuo. Durante todo el año se enfatizaron las campañas y hubo el apoyo por parte de la Gerencia, e incluso se intervino desde allí una persona de la comunidad hospitalaria resistente. Por otra parte, se diseñaron folletos en el mes de diciembre de 2018 alusivos a la conciencia de tener hábitos saludables para abordar a fumadores que se encuentren a andenes y zona de parqueo del HUS, a fin tomar conciencia de los Espacios Libres de Humo.

1er Indicador: % de Usuarios encuestados que recibieron información de los dispositivos y equipos biomédicos que se usaron en su proceso de atención= No. de Usuarios recibieron información de los dispositivos médicos que se usaron en su proceso de atención/No de Usuarios encuestados *100.

El resultado de la anualidad del 2018 fue de 100% a la pregunta realizada a 1149 Usuarios o familiares de la Encuesta de satisfacción de los cuales aplicaron a la misma solo 192 Usuarios/2018 (es decir estuvieron expuestos a dispositivos y equipos biomédicos). Meta/2018 85%.

ESTATEGIAS DE ORDEN Y ASEO

En el año 2018, se trabajó todo el tema de Orden y Aseo, con el apoyo de actividades del Estándar de Ambiente Físico, aplicando desde el segundo trimestre del año listas de chequeo en áreas priorizadas de Mantenimiento, Farmacia, Almacén General, Cartera y Objeciones y Facturación y realizando la sensibilización al personal y donde se logró un mejoramiento importante en dichas áreas, corroborado por listas de chequeo aplicadas en el mes de noviembre y diciembre, donde se verificó el estado de las áreas. Así mismo la Subdirección de Desarrollo Humano diseñó y aprobó el programa 01TH04 Orden y Limpieza, con el objetivo de promover la cultura de espacios seguros y limpios en toda la institución, el cual tendrá el despliegue e implementación para la vigencia 2019. De igual forma, se siguen inspeccionando las estaciones de enfermería para continuar sensibilizando al personal.

De otro lado el día 19 de Octubre de 2018, el Gerente de la institución emitió la circular No. 2018400000455, donde dan directrices sobre consumo de alimentos en el hospital, enfatizando evitar dicho consumo en áreas asistenciales, apoyando estrategias de orden y aseo.

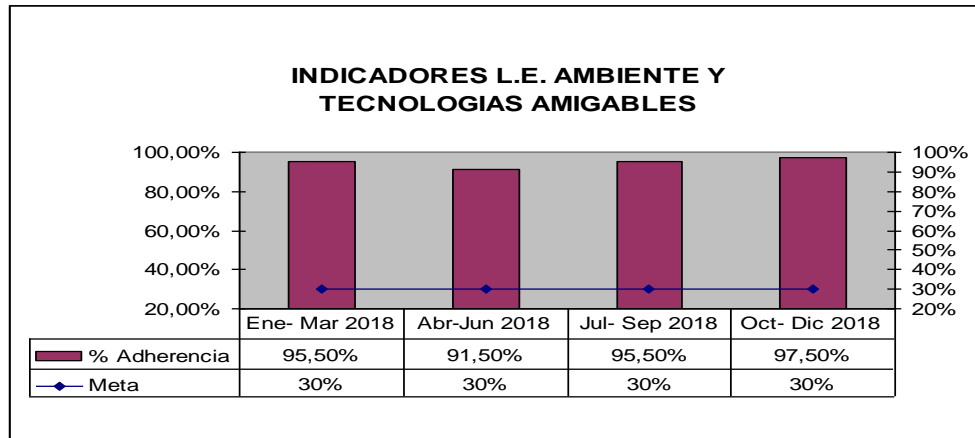
EXPLICACION DE USO DE DISPOSITIVOS

La Subdirección de Enfermería, realizó durante todo el año las actividades de educación encaminadas a fortalecer en el personal de enfermería la explicación de Uso de Dispositivos Médicos al paciente, cuya adherencia sobrepasó la meta, informe entregado trimestralmente a la Dirección de Atención al usuario para y donde se evidencia para la pregunta número 14 de los temas relacionados con la comprensión de la información brindada al paciente y su familia durante la hospitalización “*Conocimiento y educación sobre el uso de dispositivos médicos y otros*”.

En cuanto a la disponibilidad de agua caliente en los servicios de hospitalización, el usuario reitera que en muchas ocasiones, no hay dicha disponibilidad, donde el área de Arquitectura y Mantenimiento ha informado que la caldera se enciende a las 4.00am, pero que lamentablemente por el tema de las redes tan antiguas, la presión de agua en el 5 y 4 piso, no es suficiente.

2do Indicador L.E

En ésta Línea Estratégica del Programa de Humanización, la línea base para ambiente y tecnología fue del 0% y con una meta del 30% de adherencia de la población objeto, para lo cual los indicadores trazadores reportan para la vigencia 2018 los siguientes datos, generados de la entrevista la percepción de ruido, explicación de uso de dispositivos, uso adecuado de las instalaciones del HUS (Cuidado del ambiente físico, segregación correcta de residuos, no fumar, uso adecuado de los baños), disposición de agua caliente para el baño diario; y de la encuesta de satisfacción institucional:



De acuerdo a lo anterior la meta se sobrepasa con una adherencia del 94.8% para el año 2018.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los buenos resultados descritos anteriormente en la adherencia (94.8%), se deben seguir fortaleciendo y sosteniendo las actividades no sólo con el usuario sino con el colaborador, en donde se concluye y recomienda:

1. Se propone para la vigencia 2019 continuar con actividades de sostenimiento como el despliegue por los rompe tráfico para las campañas de CUIDADO DE LAS INSTALACIONES, ESTRATEGIAS DE ORDEN Y ASEO, ESPACIOS LIBRES DE HUMO, SEGREGACION DE RESIDUOS, SILENCIO
2. Para el programa de Orden y Limpieza se apoyará en la vigencia 2019 el despliegue e implementación de las actividades, priorizando las estaciones de enfermería.
3. En cuanto al tema de la explicación de uso de dispositivos y evidenciando la adherencia en el personal de enfermería, se pretende para el año 2019, extender dicha estrategia a los colaboradores y profesionales de las áreas de Gastroenterología, Cardiología, Hemodinámica e Imágenes Diagnósticas.
4. Es muy importante seguir fortaleciendo el tema de Espacios Libres de Humo, donde se espera intervenir a los colaboradores que fuman y que mejoren sus hábitos de vida saludable. Se debe fortalecer el cumplimiento estricto de la Circular Interna expedida por el Sr Gerente en septiembre de 2018.
5. Se reiterará la percepción del usuario frente al tema del agua caliente en el servicio de hospitalización, por lo cual se comunicará lo respectivo al área de arquitectura y mantenimiento.

Programa de Humanización en la Unidad Funcional de Zipaquirá: Se cumplió con el cronograma de actividades y se superó la meta, implementando estrategias para la implementación de la totalidad de las Líneas estratégicas del programa, liderada por la profesional asignada a la Oficina de atención al usuario, Gina Moreno, resaltando que a pesar de las limitaciones de Recurso humano y equipos de oficina se logró. Es importante resaltar la estrategia implementada en la L.E de comunicación asertiva de “El Dragón” da través de la cual se socializa y se sensibiliza todas las Políticas institucionales.

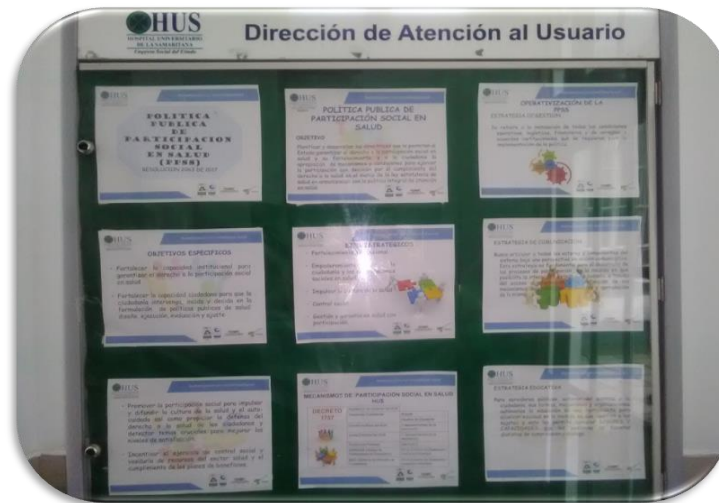
REPORTES DE INDICADORES INTRA Y EXTRA INSTITUCIONALES

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

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

POLITICA PÚBLICA DE PARTICIPACION SOCIAL.

Se continúa acompañamiento y apoyo logístico mensual de la Directora de Atención al Usuario junto con la Líder de Proyecto de Trabajo Social a los integrantes de la Asociación de Usuarios en sus reuniones mensuales, las cuales se ejecutaron de acuerdo a su cronograma, Se socializa la política pública de Participación social a través de las 9 carteleras rodantes de la DAU.



Se llevó a cabo el Comité de ética con la participación de los representantes de la asociación de Usuarios al igual que la Representante a la Junta asistió y participó activamente en las programadas.

En la reunión de Asociación de Usuarios del mes de Septiembre se capacitó a sus integrantes en tema de Manejo de Presupuesto en las E.S.E (estructura, aprobación y ejecución) y se socializó el Programa de Promoción y Prevención en el HUS (Sede Bogotá y Sede U.F de Zipaquirá), lo cual se registró en el acta de la reunión.

De igual manera se socializaron los resultados de la Voz de usuario del I semestre de 2019, relacionados con las encuestas de satisfacción aplicadas y las PQRSD interpuestas por los Usuarios.

Se fortaleció la socialización de los diferentes canales de comunicación institucional con los que cuenta el usuario: Pag Web, redes sociales, Pantallas digitales, Pantallas T.V en los 2 ascensores Atención personalizada y telefónica principalmente en las oficina de la dirección de atención al usuario, Subdirección de la Defensoría del usuario y las diferentes Oficinas de Trabajo Social en los diferentes servicios del HUS.

Se elaboró y ejecutó el Plan de Acción de la Política Pública de Participación Social 2018, el cual fue elaborado por la Dirección de atención al usuario, revisado por la Oficina de Planeación del HUS, aprobado por la Gerencia y enviado a al SSC el cual hizo parte del Plan General de la PPS del departamento de Cundinamarca.

VEEDURIA. CONTRO SOCIAL Se realizaron las reuniones según cronograma definido, se capacitaron a sus integrantes en los mismos temas de la Asociación de Usuario, se realizaron actas de reuniones y ejecución de acciones pertinentes de acuerdo a sus solicitudes a pesar de las dificultades presentadas entre los integrantes de la veeduría. Se realizó la Rendición de cuentas en la el auditoria de la U,F de Zipaquirá, de acuerdo a la normativa vigente.,

De las 9 actividades programadas deben el Plan de acción se cumplieron con su totalidad y se enviaron los soportes de la misma a la secretaría de salud de Cundinamarca y a la oficina de control Interno del HUS. Cumplimiento del 100%.

Se viene cumpliendo los requisitos de las Dimensiones de MIPG de Atención al Ciudadano y la de participación social

Limitación: continúa la falta de participación de los representantes de la Asociación de Usuarios de algunos hospitales de I y III Nivel de Cundinamarca, a pesar de la invitación realizada por la Asociación del HUS tanto a gerenciales como a las demás asociaciones.

Los integrantes de la Asociación No cuentan con recursos financieros para sus desplazamientos y para realización de actividades relacionadas con la PPPS.

FUNDACIÓN FE” Y SU PROGRAMA NIDO DE FORTALEZAS.

La Dirección de Atención al Usuario en coordinación con la Subdirección de Ginecología y apoyo de la trabajadora social del servicio, inicio a través de la Fundación Fe, Institución y desde el enfoque preventivo el “Programa Nido de Fortalezas” e inician en el HUS su despliegue y a través de actividades que se ha venido desarrollando la Psicóloga de la Fundación, Paola Ramírez el cual está dirigido a las madres gestantes a quienes se les brinda una capacitación de prevención y promoción con relación a **la discapacidad cognitiva en la primera infancia.**

Es importante mencionar que la Fundación Fe es una institución que presta servicio de la población con discapacidad cognitiva, centrándose en el restablecimiento y ejercicio de los derechos a través de apoyo a la persona y su familia encaminado a mejorar su calidad de vida, como lo exponen en su folleto de presentación.

Para el mes de Julio/ 2018 la Subdirección de Ginecología y la Dirección de Atención al Usuario se realiza un primer contacto con Paola Ramírez, P Psicóloga de la “Fundación Fe” quien presenta el programa de Nido de Fortalezas el cual tiene por objetivo “*Generar relaciones positivas para transformar la concepción de la discapacidad cognitiva para las futuras y nuevas madres*”, siendo de gran interés ya que permite que las madres gestantes que llegan a nuestra institución se empoderen y adquieran un mayor conocimiento con relación a la discapacidad cognitiva, brindando a su vez un servicio humanizado a las pacientes y sus familias.

Las Capacitaciones a las futuras mamitas se inician el día 27 de Agosto del año 2018 en el servicio y horario mencionados anteriormente, contando con el apoyo de las Orientadoras de Atención del Usuario así como de la Trabajadora social, Daniela Garzón, quienes han brindado acompañamiento en las actividades realizadas por la psicóloga de la Fundación, a quien se le hace un presentación para identificarla y así continuar con las actividades, las cuales también se encuentran orientadas al Programa de Humanización del HUS, la Declaración de los derechos de los Usuarios en salud y operativizar nuestro eslogan Institucional “Humanización con Sensibilidad social”.

Dentro de las actividades que se adelantan se encuentran:



- Información sobre prevención general de discapacidad cognitiva
- Información de factores de riesgo y factores protectores
- Madres gestantes realizan carta a sus hijos expresándoles sus sentimientos y deseos.
- Se hace entrega de un **Diploma** por su participación en la charla

Cabe resaltar que las charlas se extendieron al servicio hospitalario de Gineco-obstetricia, evidenciándose un interés y participación por los acompañantes de las madres que asisten a sus controles como los son los esposo o parejas sentimentales, progenitores e hijos, quienes también participaron en las actividades realizadas; evidenciándose con esto un impacto positivo en las pacientes y sus familias, fortaleciendo su vínculo familiar.

Evidencias fotográficas con previa autorización de las madres gestantes, en los casos no autorizados se toma foto al diploma.



Bebesito hermoso to que yo esperaba de ti que yo confio que mi alegría que tenía comenzado tus controles es que estaba bien y cuando llegue a saber medio y medio ganas de desahogar mas siento miedo angustia al saber que imitos dentro de mi con tus movimientos con tus ternuras cuando se mueves dentro de mi son mis alegrías mas grandes que me hacen sentirte en este momento como si no tuviera esa hipertensión amorcito precioso, pero estoy en manos de los médicos primero estoy con Dios y conti, tengo angustia ganas de llorar pero todo solo de lo obvio que yo se que si me ayuda en las buenas y malas Bebesito hermoso no quiero que me llenes de angustia ma de mucho valor, mucho mucho





PAMEC DE ACREDITACION

Se cumplió con las actividades definidas, a las cuales les ha realizado seguimiento la Oficina de Planeación el semestre anterior, en este año se resalta la Estrategia de “manejo **del tiempo Libre en los Pacientes hospitalizados** el cual se implementa con la participación directa de la Terapeuta Ocupacional en misión, Hallazgo #3 para lo cual se realizan las actividades específicas de mejoramiento:

En el año 2018 se recibieron un total de 235 interconsultas, no todos los pacientes cumplían con los criterios de inclusión, de esas interconsultas se atendieron un total de 255 pacientes.

Se realizaron 601 sesiones a pacientes de larga estancia.

A continuación específico número de interconsultas, de sesiones y el tipo de actividad realizada en el año 2018.

MES	# Interconsultas	#Número de pacientes atendidos	# Sesiones	Tipo de Actividad		
				Lúdicas	Recreativas	Terapéuticas
Julio	27	29	73	10	0	19
Agosto	29	41	87	21	0	20
Septiembre	39	39	84	26	0	13
Octubre	51	47	114	39	0	8
Noviembre	40	45	131	35	0	10
Diciembre	49	54	112	40	0	14
Total	235	255	601	171	0	84

El tipo de actividad hace referencia a la forma o clase de acción que se le programa al paciente dependiendo del resultado de la valoración funcional que se realiza:

Lúdica: aplica a los pacientes funcionales e independientes promoviendo un ambiente cálido y acogedor.

Terapéuticas: intervención más específica dependiendo de las capacidades residuales del paciente, usando la actividad como medio para mejorar o fortalecer algunos aspectos que limitan sus habilidades de desempeño *ocupacional de esta forma se facilita su reincorporación a su vida familiar.*

Recreativas: se utilizan para trabajos en grupo, las cuales no se han desarrollado hasta el momento.

Los registros se encuentran disponibles en DGH.

Actividad 16. Evaluar la ejecución de la actividad a través de paciente trazador. El área de Planeación sugirió realizar al paciente o cuidador dos o tres preguntas para determinar si la actividad es de su gusto y si puede dar sugerencias para mejorar. Se aplicó la encuesta a los pacientes. Para el 2019 se debe fortalecer el equipo de trabajo con contratación en misión de uno (1) o 2 (Dos) talleristas recreacionales y el aumento de insumos para las diferentes actividades lúdicas y didácticas.

La Dirección de Atención al Usuario Lideró la elaboración del “**Video de Derechos y Deberes de los Usuarios en Lenguaje de Señas**”, que estaba pendiente desde el 2017, con el apoyo de la Oficina de Comunicaciones del HUS y la contratación de Empresa externa para tal fin. Se cumplieron con las demás actividades asignadas (Programa de humanización, etc).

PAS 2018: se cumplió con el 100% de las actividades asignadas a la Dirección de Atención al Usuario relacionadas con la ejecución del Programa de humanización tanto en Bogotá como en la U.F de Zipaquirá.

Desde las dependencias de la DAU en su mayoría se cumplieron las actividades programadas C Externa mantener la oportunidad de citas médicas de Ginecología, Obstetricia, Cirugía general, Medicina Interna, anestesia por debajo del indicador normativo, mantener la capacidad instalada menor o igual al 95%, ajustar agendas según necesidad y presentar proyecto para la contratación externa para la asignación de citas de Consulta Externa y servicios ambulatorios, primera causa de QR de los usuarios para la vigencia 2018. Desde Urgencias se actualizó el procedimiento de respuesta de interconsultas y se disminuyeron los tiempos de Rta de Interconsultas de 6 horas a 4 horas.

Estadística cumplió con realizar el reporte de los indicadores del Sistema de Cálida en los tiempos establecidos, SDU realizó reporte de Indicadores del TUCI, acompañamiento en la formulación y seguimiento a algunos Planes de mejoramiento derivados de las e PQRSD (se debe fortalecer en el 2019), la Subdirección de enfermería trabajo en la implementación del de Cuidado de enfermería PAE (se debe fortalecer en el 2019).

PUM 2018: se realizó ejecución de actividades asignadas, seguimiento por parte de la oficina de Planeación. Se debe fortalecer el seguimiento al cumplimiento de los Planes de mejora derivados de las PQRSD al igual que intervenciones relacionadas como la falta de Información y orientación a los usuarios con el acompañamiento a los Líderes de Proceso y fortalecimiento en la aplicación de la metodología institucional de PM, debido que constituyó la 1ª causa de QR de los Usuarios en la Vigencia 2018.

PLAN ANTICORRUPCIÓN: se cumplió con las actividades programadas 2 seguimientos semestrales en el seguimiento a la información diaria a los familiares de pacientes principalmente hospitalizados, observándose una mejora en la cultura organizacional de los médicos y demás integrantes del equipo asistencial interdisciplinario.

De igual forma con los reportes e informes trimestrales del SIAU por parte de la SDU y la oficina de atención de la U.F de Zipaquirá y la clasificación de los canales de recepción de las peticiones de los usuarios. La DAU actualizó el **NORMOGRAMA** del Proceso de Atención al Paciente y su familia y se publicó en la Intranet del proceso.

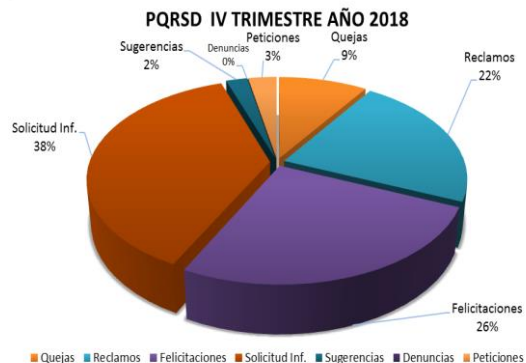
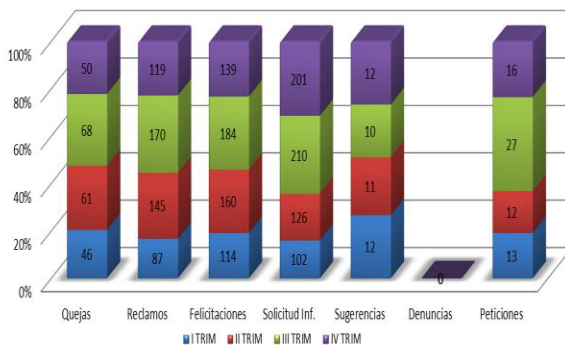
EVALUACION POR DEPENDENCIAS: se suministraron oportunamente los soportes respectivos de la Oficina de Control Interno del HUS correspondiente a las dependencias de Subdirección de Enfermería, Hotelería, Urgencias, Consulta Externa, Defensoría del Usuario, Trabajo Social y Estadística.

Total del peticiones IV trimestre año 2018

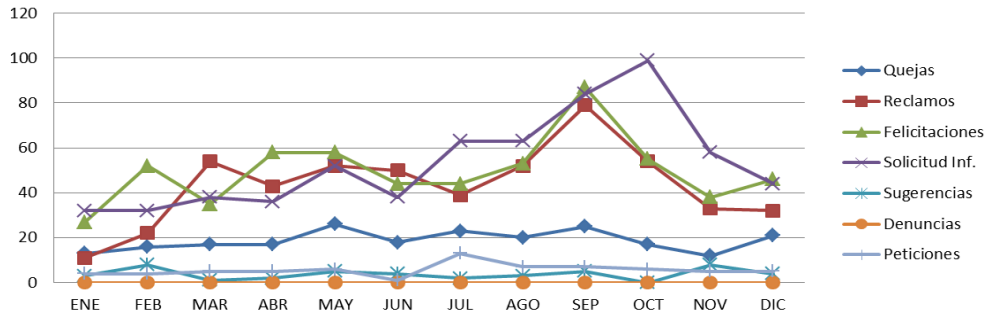
CLASIFICACIÓN	PQRSD 2018												COMPARATIVO TRIMESTRES 2018									
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	I TRIM 2018	%	II TRIM 2018	%	III TRIM 2018	%	IV TRIM 2018	%
Quejas	13	16	17	17	26	18	23	20	25	17	12	21	225	11%	46	12%	61	12%	68	10%	50	9%
Reclamos	11	22	54	43	52	50	39	52	79	54	33	32	521	25%	87	23%	145	28%	170	25%	119	22%
Felicitaciones	27	52	35	58	58	44	44	53	87	55	38	46	597	28%	114	30%	160	31%	184	28%	139	26%
Solicitud Inf.	32	32	38	36	52	38	63	63	84	99	58	44	639	31%	102	27%	126	24%	210	31%	201	37%
Sugerencias	3	8	1	2	5	4	2	3	5	0	8	4	45	2%	12	3%	11	2%	10	1%	12	2%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Peticiones	4	4	5	5	6	1	13	7	7	6	5	5	68	3%	13	3%	12	2%	27	4%	16	3%
TOTAL	90	134	150	161	199	155	184	198	287	231	154	152	2095	100%	374	100%	515	100%	669	100%	537	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

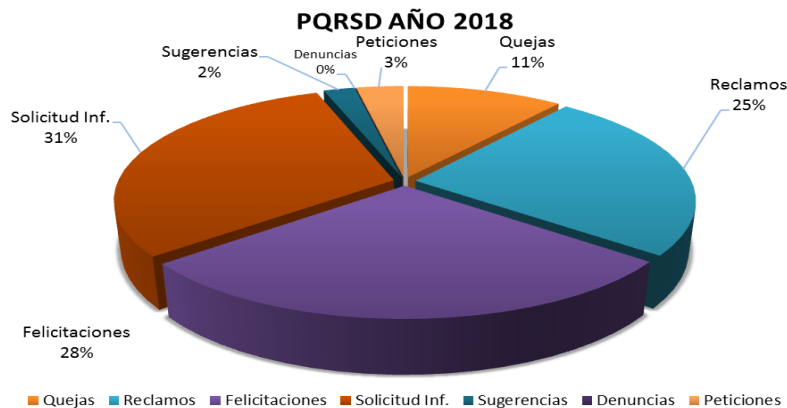
TOTAL PQRSD AÑO 2018



Durante el IV trimestre del 2018 se recibieron un total de 537 manifestaciones donde el 37% corresponde a solicitudes de información, el 26% felicitaciones, el 22% reclamos, las quejas con el 9%, donde disminuyen en aproximadamente un 10% en comparación al III trimestre del 2018.

TENDENCIA PQRSD 2018


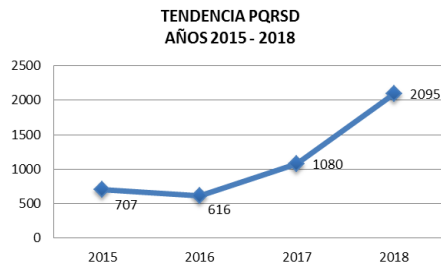
Durante el año 2018 se recibieron un total de 2095 PQRSD donde se observa que del total 639 son solicitudes de información son el mayor volumen de manifestación recibida durante el año 2018 que corresponde al 31% seguido por las felicitaciones que fueron 597 (28%), en cuanto a los inconformismos encontramos que los reclamos presentados fueron 521 (25%) y las quejas 225 (11%).



Se puede observar que la participación ciudadana aumenta en el IV trimestre con las solicitudes de información donde aumentan significativamente, destacando que es positivo ya que se cuenta con una participación ciudadana a través de todos nuestros medios implementados durante el año 2018 y de acuerdo a la normatividad que es cada vez mucho más exigente.

Comportamiento de PQRSD III trimestre durante los últimos cuatro años

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

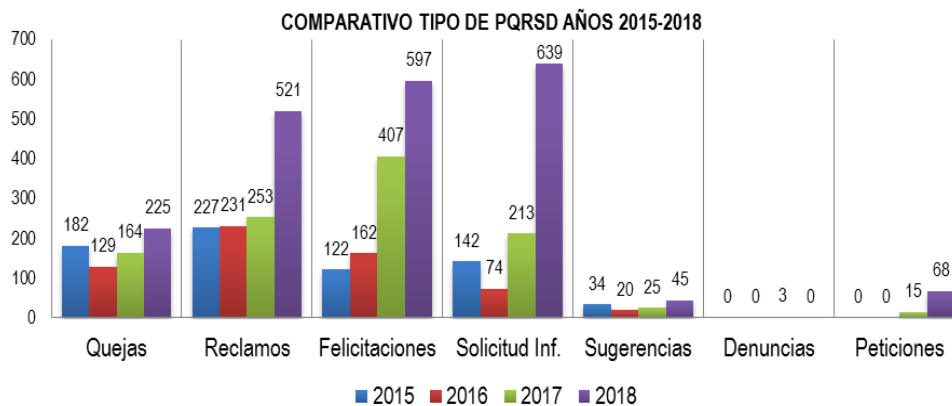


COMPARATIVO AÑOS 2015-2018								
CLASIFICACIÓN	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Quejas	182	26%	129	21%	164	15%	225	11%
Reclamos	227	32%	231	38%	253	23%	521	25%
Felicitaciones	122	17%	162	26%	407	38%	597	28%
Solicitud Inf.	142	20%	74	12%	213	20%	639	31%
Sugerencias	34	5%	20	3%	25	2%	45	2%
Denuncias	0	0%	0	0%	3	1%	0	0%
Peticiones	0	0%	0	0%	15	1%	68	3%
TOTAL	707	100%	616	100%	1080	100%	2095	100%

Fuente: TUCI - Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Se observa que respecto al 2017, en 2018 aumenta el total de manifestaciones en un 98%, si comparamos a 2018 con 2015 observamos que el incremento supera el 300% en los totales generales pasando de 707 manifestaciones en 2013 a 2095 en 2017 lo cual quiere decir que en promedio por año se fue aumentando en un 101% la recepción de manifestaciones.

Por su parte, comparando cada una de los tipos de manifestaciones, encontramos que las felicitaciones recibidas en promedio de los años 2015 y 2016 eran de 140 y en los años 2017 y 2018 son de casi 500 presentando un aumento significativo al igual que las quejas y reclamos.



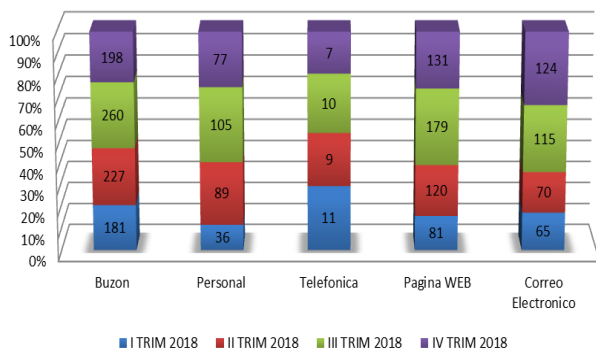
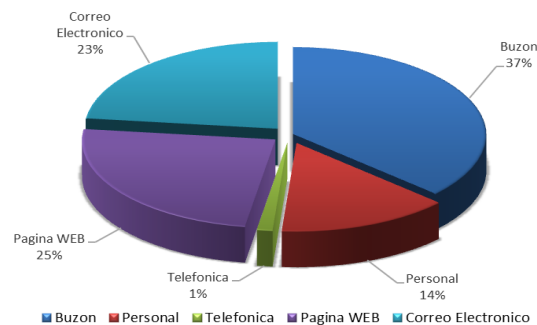
De acuerdo con el anterior grafico se continúan evidenciando cambios significativos de más del 200% en las felicitación, reclamos y en especial las solicitudes de información, este aumento se debe a la ampliación de los canales de comunicación y al despliegue de como interponer manifestaciones guiado por la implementación de los estándares superiores de calidad acreditación, plan anticorrupción y la nueva implementación de la política de participación ciudad y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

De este análisis es importante resaltar la gestión realizada por las informadoras y orientadoras en la búsqueda permanente de la satisfacción del usuario y su familia, destacando que la normatividad es cada vez mucho más exigente y que a pesar de las características sociodemográficas, creencias y tecnologías frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios por parte de los usuarios y familia, viene tomando mayor fuerza la participación activa de estos.

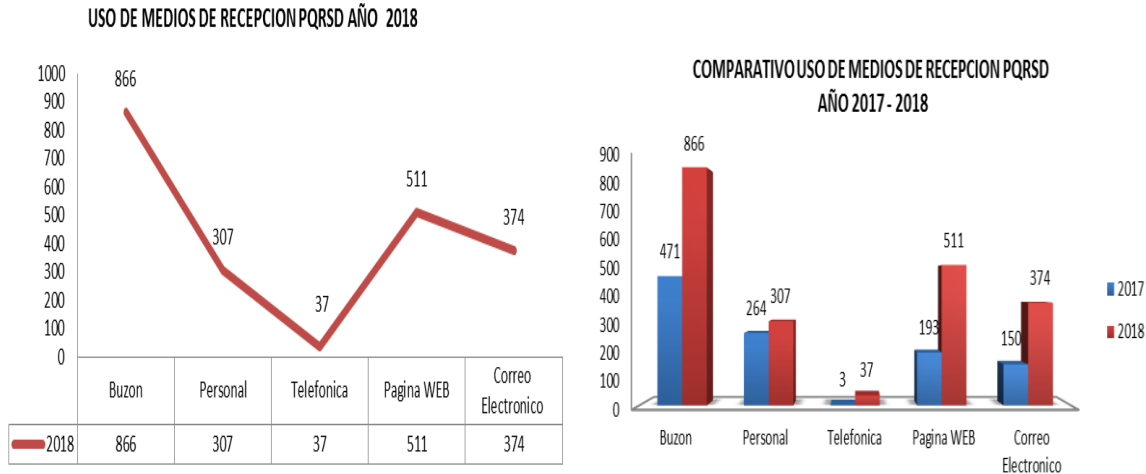
Clasificación de PQRSD por canal de ingreso IV trimestre 2018

CLASIFICACIÓN	CANAL DE INGRESO PQRSD AÑO 2018																			
	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	29	33	33	27	7	16	24	15	2	2	1	3	8	10	8	5	2	0	2	0
Reclamos	37	57	62	45	11	37	52	34	8	7	7	3	22	31	33	30	7	13	16	7
Felicitaciones	100	127	155	114	7	27	21	20	0	0	1	0	6	5	7	2	1	1	0	3
Soli Informacion	6	3	1	1	1	4	1	4	1	0	0	1	42	67	119	87	52	52	89	108
Sugerencia	5	6	5	10	4	3	4	1	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	1
Denuncias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peticiones	4	1	4	1	6	2	3	3	0	0	1	0	1	5	11	7	2	4	8	5
TOTAL	181	227	260	198	36	89	105	77	11	9	10	7	81	120	179	131	65	70	115	124

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

COMPARATIVO USO DE MEDIOS POR TRIMESTRES 2018

USO DE MEDIOS IV TRIM 2018


De los canales oficiales dispuesta para la recepción de PQRSD se puede observar que en el IV trimestre del año 2018 el buzón de sugerencias continúa siendo el canal más utilizado con un 37% del total, el aumento de la página web con un 25%, correo electrónico 23%, personal o verbal con el 14% donde se evidencia el aumento de recepción del medio del correo electrónico ya que se reciben todas las manifestaciones que son interpuestas a través de la página web del link comentarios que es diferente a nuestro formulario web que está ubicado en la sección de atención al usuario.



Frente al comportamiento para el año 2018 se observa que el 41% de las manifestaciones son recibidas a través de los 12 buzones de sugerencias ubicados en el HUS, el segundo medio más usado es la página web con un 24% que son todas las que son diligenciadas a través del formulario web, el 18% corresponde a el correo electrónico que también son las recibidas por comentarios de página web, el 15% son las que se recibieron directamente en la dirección de atención al usuario y la subdirección de defensoría al usuario y por último el 2% que son las recibidas a través de vía telefónica que sigue siendo el medio menos usado por los ciudadanos.

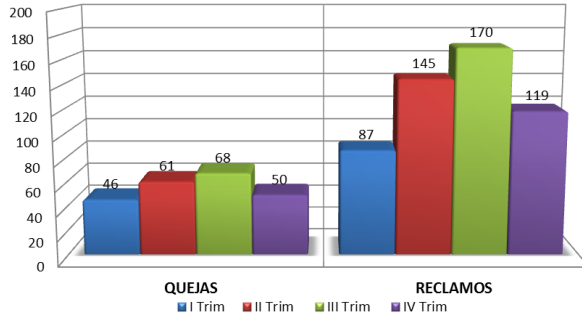
Así mismo comparando el año 2018 con el periodo anterior se observa un aumento importante en la recepción de manifestaciones recibidas a través de los buzones ubicados en la institución, este aumento se debe al despliegue de información de cómo interponer PQRSDF que realizan las informadoras y orientadores de la Dirección de Atención al usuario y la subdirección defensoría del usuario continuo a través de los diferentes puntos de información, adicionalmente la utilización de la página ha sido el segundo medio más utilizado lo cual es de gran avance para nuestra institución ya que hace parte de la implementación de la política de participación ciudadana.

Quejas y Reclamos

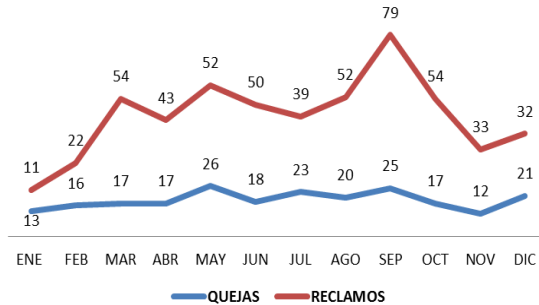
CLASIFICACION	QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018													COMPARATIVO TRIMESTRE 2018								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	I Trim	%	II Trim	%	III Trim	%	IV Trim	%
Quejas	13	16	17	17	26	18	23	20	25	17	12	21	225	30%	46	35%	61	30%	68	29%	50	30%
Reclamos	11	22	54	43	52	50	39	52	79	54	33	32	521	70%	87	65%	145	70%	170	71%	119	70%
TOTAL	24	38	71	60	78	68	62	72	104	71	45	53	746	100%	133	100%	206	100%	238	100%	169	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRS D año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

COMPARATIVO QR POR TRIMESTRES AÑO 2018



TENDENCIA QR AÑO 2018

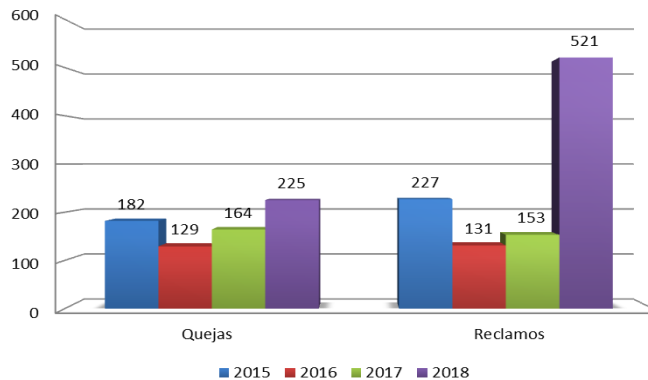


Las quejas y reclamos recibidas durante el IV trimestre del 2018 fueron de 169 donde los reclamos son la mayor proporción de inconformismos recibidos en el periodo donde se observa una disminución en comparación al III trimestre en un 1% ya que las posibles causas de reclamos están asociadas a la dificultad en la comunicación telefónica, a mejorar la calidad de atención de enfermería y demora en la programación de cirugía, es importante mencionar que en el VI trimestre no se contaba con contrato de la EPS CONVIDA lo cual generó traumatismo a los usuarios durante el mes de octubre del 2018. En relación a las quejas se observa que en el IV trimestre se presentan 50 inconformismos relacionados a los colaboradores donde la posible principal causa está asociada a falta de calidez y trato amable, demora en o fallas en la atención de triage, demora en el llamado de enfermería, demora en el proceso de facturación entre otros.

COMPARATIVO AÑOS 2015-2018								
MANIFESTACION	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Quejas	182	44%	129	50%	164	52%	225	30%
Reclamos	227	56%	131	50%	153	48%	521	70%
TOTAL	409	100%	260	100%	317	100%	746	100%

Fuente: TUCI Procesos Atención al Usuario y su Familia

TENDENCIA DE QR AÑOS 2015-2018



Se observa que durante el año 2018 de las 2095 manifestaciones el 36% corresponden a las quejas y reclamos donde los reclamos son lo más representativo, es importante ver el comportamiento que se ha venido presentando durante los últimos tres años de los cuales los reclamos aumentan en casi un 200% ya que durante el año 2018 se ha fortalecido la información a los usuarios y su familia de manifestar sus necesidades y así poder realizar intervenciones de mejoramiento continuo.

Dentro de las 746 quejas y reclamos se observa que las cinco principal causa que generan posibles inconformismo están asociadas a dificultad en la comunicación telefónica (20%), falta de calidez y trato amable (16%), demora en el proceso de facturación (9%), demora en la atención al llamado de enfermería (5%), posibles novedades de seguridad clínica (5%) y reclamo por hotelería (4%).

De las causas mencionadas durante el año 2018 se realizó intervenciones a través de acciones correctivas y planes de mejora que su impacto fue evaluado a través de los planes de mejoramiento de los procesos de hospitalización, hotelería, ambulatorio y facturación. Se recomienda que para el año 2019 se proyecten planes de mejoramiento a corto plazo ya que los del año 2018 fueron definidos a un año las acciones y la medición.

Desde la Dirección de Atención al Usuario se continua retroalimentando y recomendando a la Subdirectora de la Defensoría del Usuario como a los Líderes de Proceso fortalecer y mejorar la pertinencia de las acciones de mejora x que se formulen por proceso, adicionales a las definidas institucionalmente de manera transversal, teniendo en cuenta lo comunicado por ICONTEC en el informe del proceso de certificación: "...la OM relacionada con fortalecer el seguimiento y análisis a la efectividad de las acciones que aseguren la eliminación de las causas relacionadas con las quejas, se reitera y por otra parte es necesario mejorar el plan de acción con relación a PQR.." "Además evidenciaron que el número de quejas por la misma causa debe disminuir y fortalecer la efectividad de las acciones definidas. No obstante la estrategia de resaltar las felicitaciones no va dirigida a minimizar la ocurrencia o aumento de quejas y más aún por la misma causa".

La DAU revisa los planes de mejora formulados derivados de las QR evidenciando la necesidad de ajustes frente al análisis de la causa raíz y la formulación de las acciones de mejora y se solicitaron ajustes respectivos (se cuenta con las actas de retroalimentación).

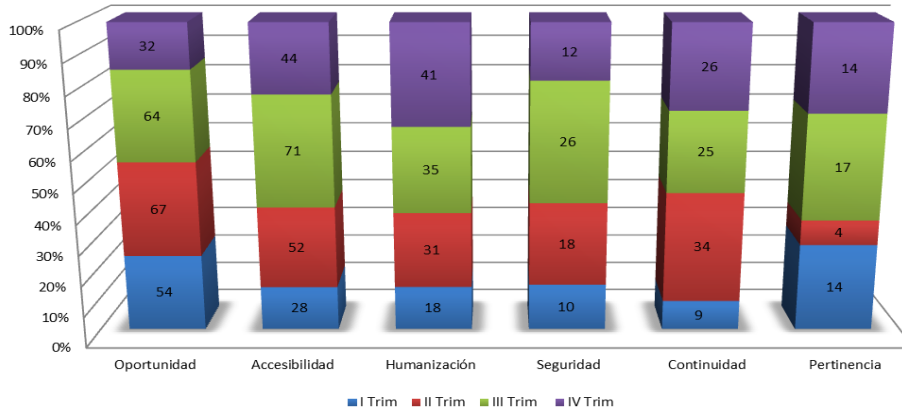
De igual manera de debe fortalecer el control y seguimiento a los Planes de Mejora desde la SDU.

Clasificación de Quejas y Reclamos gestionados según Atributos de Calidad afectados

Atributos de Calidad afectados	Atributos de Calidad afectados Año 2018													Comparativo de trimestres 2018								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	I Trim	%	II Trim	%	III Trim	%	IV Trim	%
Oportunidad	9	19	26	13	28	26	15	17	32	9	14	9	217	29%	54	41%	67	33%	64	27%	32	19%
Accesibilidad	0	5	23	18	19	15	18	22	31	24	9	11	195	26%	28	21%	52	25%	71	30%	44	26%
Humanización	7	4	7	7	15	9	12	11	12	13	12	16	125	17%	18	14%	31	15%	35	15%	41	24%
Seguridad	3	4	3	6	5	7	9	5	12	3	4	5	66	9%	10	8%	18	9%	26	11%	12	7%
Continuidad	0	2	7	14	10	10	8	11	6	12	3	11	94	13%	9	7%	34	17%	25	11%	26	15%
Pertinencia	5	4	5	2	1	1	0	6	11	10	3	1	49	7%	14	11%	4	2%	17	7%	14	8%
TOTAL	24	38	71	60	78	68	62	72	104	71	45	53	746	100%	133	100%	206	100%	238	100%	169	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

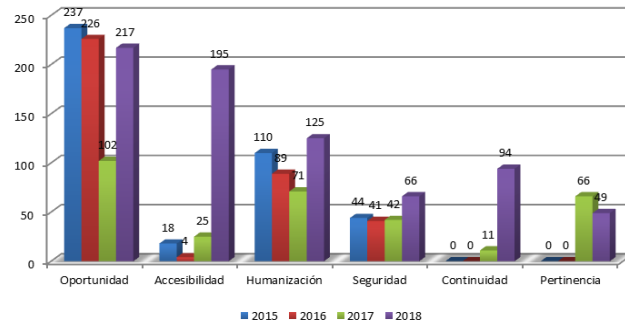
Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos
Año 2018



Se observa en las gráficas que de 746 quejas y reclamos presentadas en el IV trimestre del 2018 los atributo de calidad más afectados son el de accesibilidad y humanización, en comparación con el III trimestre se observa que el atributo de oportunidad disminuye en un 8%, es importante aclarar que el aumento de quejas y reclamos que afectan el atributo de accesibilidad es por la dificultad en la comunicación para acceder a programar citas médicas y de procedimientos.

COMPARATIVO AÑOS 2015 - 2018								
Atributos de Calidad afectados	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Oportunidad	237	58%	226	63%	102	32%	217	29%
Accesibilidad	18	4%	4	1%	25	8%	195	26%
Humanización	110	27%	89	25%	71	22%	125	17%
Seguridad	44	11%	41	11%	42	13%	66	9%
Continuidad	0	0%	0	0%	11	3%	94	13%
Pertinencia	0	0%	0	0%	66	21%	49	7%
TOTAL	409	100%	360	100%	317	100%	746	100%

Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos Años 2015 - 2018



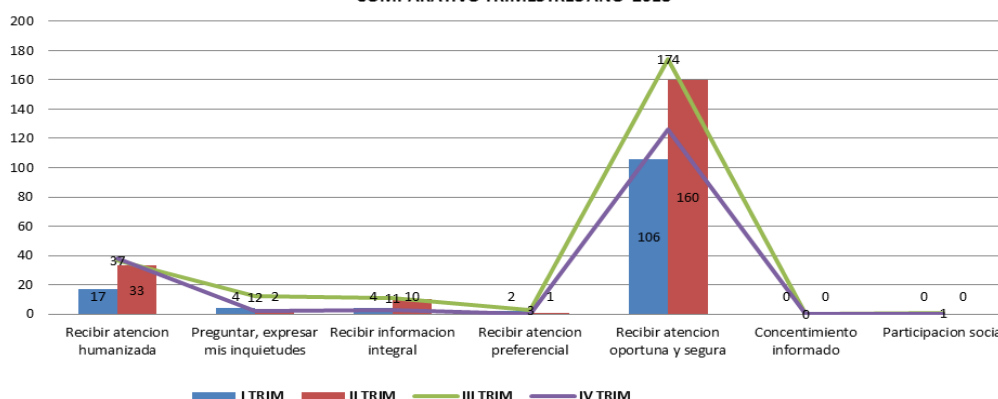
Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

El comportamiento de las quejas y reclamos de acuerdo a la clasificación de la posible vulneración de los atributos de calidad se observa que el de oportunidad es el más representativo con un 29% de las QR asociadas seguido por la accesibilidad con el 26%. Durante los últimos tres años se observa un comportamiento homogéneo en cuanto al atributos de oportunidad siendo el de mayor incidencia sin embargo el año 2018 disminuye en comparación a los años 2015 y 2016, en cuanto al atributo de accesibilidad se observa que aumenta en casi un 200% en comparación a los tres años anteriores esto se debe a la dificultad del call center que está asociada a la principal causa de quejas y reclamos del año.

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

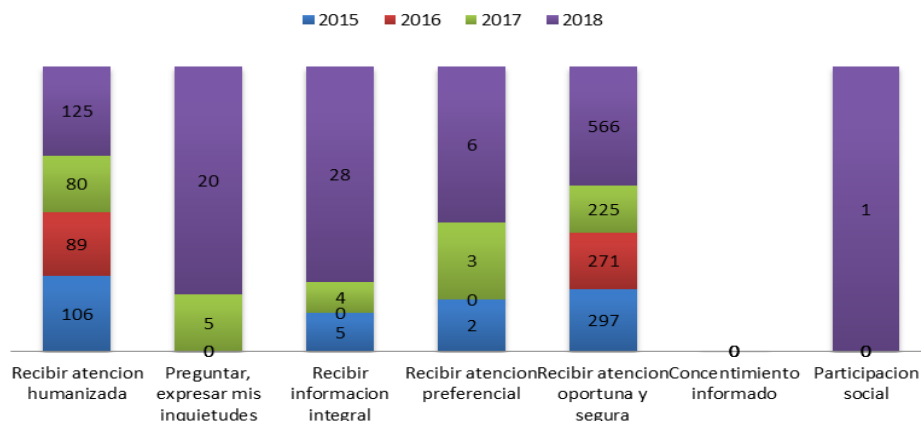
DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS																	COMPARATIVO TRIMESTRES 2018							
AÑO 2018																								
DERECHO DEL USUARIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%		
Recibir atención humanizada	7	4	6	7	17	9	10	11	16	11	12	15	125	17%	17	13%	33	16%	37	16%	38	22%		
Preguntar, expresar mis inquietudes	1	2	1	0	2	0	5	4	3	2	0	0	20	3%	4	3%	2	1%	12	5%	2	1%		
Recibir información integral	0	0	4	2	0	8	1	4	6	1	2	0	28	4%	4	3%	10	5%	11	5%	3	2%		
Recibir atención preferencial	0	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	6	1%	2	2%	1	0%	3	1%	0	0%		
Recibir atención oportuna y segura	16	30	60	51	58	51	43	52	79	57	31	38	566	76%	106	80%	160	78%	174	73%	126	75%		
Consentimiento informado	0	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	1	0	0	0	0	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%		
TOTAL	24	38	71	60	78	68	62	72	104	71	45	53	746	100%	133	100%	206	100%	238	100%	169	100%		

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

**DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS
COMPARATIVO TRIMESTRES AÑO 2018**


Se observa que el derecho mayor vulnerado para el IV trimestre es el de recibir una atención oportuna, segura y continua con un 75% de 169 quejas y reclamos, seguido por recibir atención humanizada y trato amable con un 22%, y un 2% al recibir información integral, al comparar con el III trimestres se concluye que su comportamiento es similar al IV sin embargo disminuyen los de recibir información y preguntar por mis inquietudes. Es importante aclarar que todas las quejas y reclamos asociadas a los atributos de calidad como son el de oportunidad, seguridad y continuidad se integran en el derecho número cinco que es el de oportunidad.

COMPARATIVO AÑOS 2015 - 2018								
DERECHO DEL USUARIO	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Recibir atención humanizada	106	26%	89	25%	80	25%	125	17%
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0%	0	0%	5	2%	20	3%
Recibir información integral	5	1%	0	0%	4	1%	28	4%
Recibir atención preferencial	2	0%	0	0%	3	1%	6	1%
Recibir atención oportuna y segura	297	72%	271	75%	225	71%	566	76%
Consentimiento informado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
TOTAL	410	100%	360	100%	317	100%	746	100%

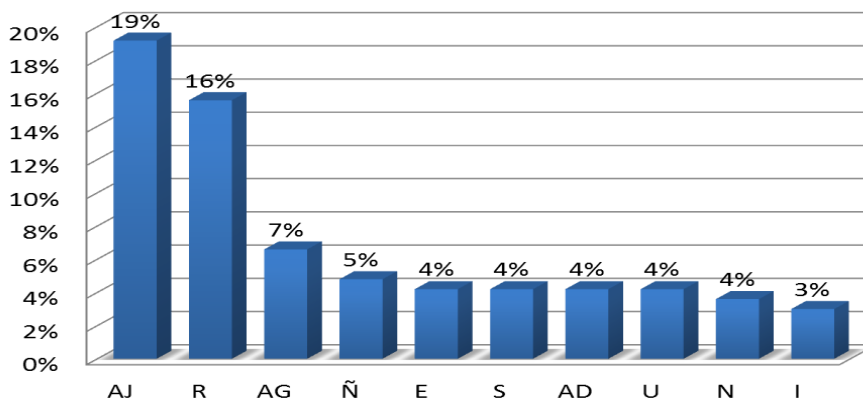
**DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS
COMPARATIVO I SEM 2015 - 2018**


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

En comparación de los años anteriores referente a los 2015 al 2018 se observa que continúa siendo el derecho a recibir una atención oportuna y segura el de mayor afectación sin embargo con el de atención humanizada si se observa una porcentual de casi un 10% con respecto a los tres años anteriores, aunque es el año que en cantidad que quejas y reclamos sea el que más presenta pero esto se debe al aumento de manifestaciones por todas las estrategias implementadas.

Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el IV trimestre y año 2018

Se describen a continuación las 10 principales causas presentadas en el IV trimestre y el comparativo con el año 2018

10 PRIMERAS CAUSAS DE QR IV TRIM 2018


CONSOLIDADO DE QUEJAS Y RECLAMOS AÑOS 2018									
CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	19	16%	33	19%	35	17%	32	19%
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignación de las citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	24	21%	41	24%	55	27%	26	16%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	1	1%	2	1%	6	3%	11	7%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	2	2%	3	2%	3	1%	8	5%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	6	5%	16	9%	36	18%	7	4%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	7	6%	14	8%	13	6%	7	4%
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.	6	5%	5	3%	11	5%	7	4%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	2	2%	8	5%	9	4%	7	4%
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	2	2%	3	2%	5	2%	6	4%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	15	13%	14	8%	6	3%	5	3%

De acuerdo a las 169 quejas y reclamos del IV trimestre del 2018 se presentan las 10 principales causas de las cuales el 32 corresponde a trato amable, seguido dificultad en la comunicación con 26 y la tercera es relacionada a mejorar la calidad de la atención de enfermería con 11 quejas y reclamos.

De las tres principales causas en comparación con el trimestre anterior se observa que trato amable aumenta en un 2% y la dificultad en la comunicación disminuye en un 9% esto se debe a las acciones de mejora implementadas por el proceso de consulta externa.

Causas de Quejas y Reclamos presentados durante el año 2018

COD	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
R	R Dificultad en la comunicación telefonoc para la asignación de la citas: call center, gastro, neuromo, Rx, cardiología, etc.	1	6	17	17	13	11	11	17	27	16	5	5	146	20%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	7	4	8	8	16	9	12	11	12	8	9	15	119	16%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	0	3	3	0	9	7	8	9	19	2	2	3	65	9%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	3	1	3	5	4	5	5	3	5	3	0	4	41	5%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	2	5	7	2	6	6	0	2	4	2	3	0	39	5%
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tvaseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	1	1	4	0	3	2	0	4	7	3	2	2	29	4%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	1	1	0	2	1	5	3	3	3	1	3	3	26	3%
Q	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de HC ETC	1	2	0	3	0	1	1	2	3	0	5	1	19	3%
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y/o procedimientos en consultorio.	1	3	0	3	3	4	0	0	2	1	2	0	19	3%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	0	1	0	1	1	0	0	4	2	8	1	2	20	3%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	1	1	4	5	1	1	3	3	0	1	0	1	21	3%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	3	0	1	0	2	1	2	3	0	1	1	14	2%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	1	0	1	1	0	2	3	0	1	4	3	1	17	2%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	0	7	1	3	2	0	1	2	1	0	0	17	2%
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	0	2	2	1	1	1	0	1	4	0	1	13	2%
N	Demora en la practica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	1	0	1	0	1	2	2	2	1	3	1	2	16	2%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	0	1	3	2	0	1	0	1	0	3	0	2	13	2%
AS	Causas externas al HUS.	0	0	2	1	4	1	2	2	2	1	1	1	17	2%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal medico.	2	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	3	9	1%
T	Falta de comunicación y/o información medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0	2	1	1	0	0	3	1	0	0	0	8	1%
V	Falta de insumos y/o elementos medicos y/o quirurgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	0	2	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	6	1%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0	0	1	0	0	1	2	0	3	0	0	0	7	1%
X	No atención por parte del medico con el cual se asigno la cita.	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	4	1%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	6	1%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarías, vigilantes.	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	3	8	1%
AK	No privacidad durante el proceso de atención del paciente	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0%
AM	Practicas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4	1%
AO	Accesibilidad por causa ajenas a la institución	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	4	1%
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales (Discapacidad)	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	4	1%
O	Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	4	1%
AQ	Presuntas fallas y/o demora en la administración de medicamentos.	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	6	1%
AU	Demora en la autorización de la EPS	0	0	2	0	1	2	0	0	0	3	0	0	8	1%
D	Grugía cancelada por factores atribuibles a la organización.	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0%
W	Incumplimiento horario de atención al público en áreas del HUS.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0%
B	Aclaración de valores presuntamente mal cobrados.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0%
AL	Entrega equivocada al paciente de reportes de exámenes, reporte de historia clínica etc.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	0%
K	Demora en la atención en cirugía ambulatoria	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0%
AR	Presuntas fallas administrativas en la entrega de un paciente fallecido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0%
TOTAL		25	37	71	60	78	68	62	72	104	71	45	53	746	100%

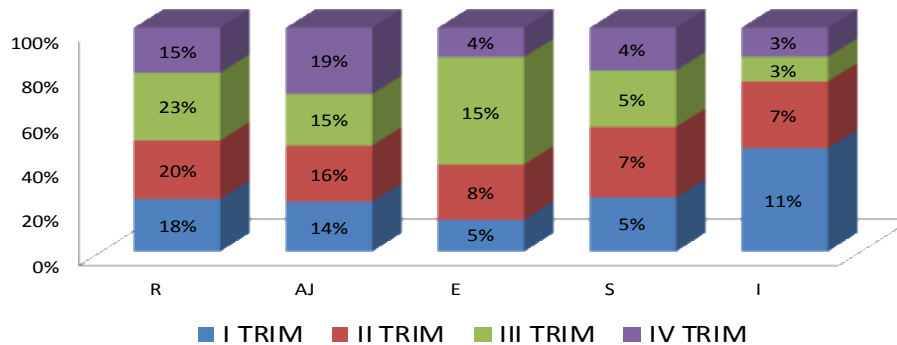
Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

De 746 quejas y reclamos del año 2018 se clasificaron en 39 diferentes causas de motivos de insatisfacción de las cuales se clasifican como las 10 primeras causas del año:

CONSOLIDADO DE QUEJAS Y RECLAMOS AÑOS 2018																	COMPARATIVO TRIMESTRES 2018						
COD	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	%	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
R	R Dificultad en la comunicación telefonica para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	1	6	17	17	13	11	11	17	27	16	5	5	146	20%	24	18%	41	20%	55	23%	26	15%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	7	4	8	8	16	9	12	11	12	8	9	15	119	16%	19	14%	33	16%	35	15%	32	19%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalización,Urgencias)	0	3	3	0	9	7	8	9	19	2	2	3	65	9%	6	5%	16	8%	36	15%	7	4%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atención al paciente.	3	1	3	5	4	5	5	3	5	3	0	4	41	5%	7	5%	14	7%	13	5%	7	4%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	2	5	7	2	6	6	0	2	4	2	3	0	39	5%	14	11%	14	7%	6	3%	5	3%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

COMPARATIVO TRIMESTRAL DE CAUSAS DE QR AÑO 2018



Del IV trimestre se observa que de 169 quejas y reclamos la principal causa presentada fue la falta de calidez y trato amable donde se presentaron un total de 32 quejas y reclamos, seguido por dificultad en la comunicación con 26, y de tercera causas están las posibles novedades y demora en el proceso de facturación, sin embargo es importante analizar la causa (E) demora en el proceso de facturación que presentó una disminución de aproximadamente en un 10% esto se debe a la implementación de acciones inmediatas por parte del proceso de facturación donde se asignó una persona para facturar y desde la defensoría del usuario se asignó orientadora los cual se evidencia la efectividad de que apoyara en el digiturno orientando a los usuarios y refuerzos por parte de facturadores en momentos claves del día, frente al comportamiento de la principal causa del año que es (R) dificultad en la comunicación también se observa una disminución significativa para este periodo ya que desde consulta externa realizaron acciones correctivas en el III trimestre.

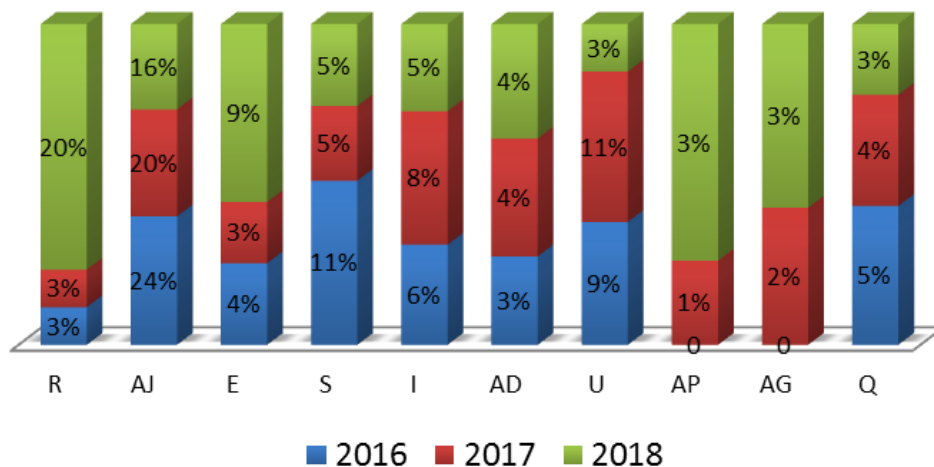
Comparativo de causas de Quejas y Reclamos años 2016-2018

Durante el año 2018 se observa que las 10 primeras causas son:



1. (R) Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la cita: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.
2. (AJ) Falta de calidez y trato amable.
3. (E) Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)
4. (S) Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.
5. (I) Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.
6. (AD) Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.
7. (U) Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.
8. (AP) Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.
9. (AG) Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, camilleros, técnicos de Rx.
10. (Q) Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de HC ETC.

COMPARATIVO 10 PRIMERAS CAUSAS QR AÑOS 2016 - 2018



COMPARATIVO 10 PRIMERAS CAUSAS QR AÑOS 2016 - 2018								
CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	2016	2017	2018	DIFERENCIA % 2017-2018	2016	2017	2018
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignacion de la citas :call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	9	14	146	-17%	3%	3%	20%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	87	84	119	4%	24%	20%	16%
E	Demora en el proceso de facturacion (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalizacion,Urgencias)	13	12	65	-6%	4%	3%	9%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	38	20	41	0%	11%	5%	5%
I	Demora en la atencion al llamado de enfermeria en hospitalizacion, no oportunidad en la atencion.	20	33	39	3%	6%	8%	5%
AD	Reclamo por hoteleria	12	17	29	0%	3%	4%	4%
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	34	45	26	8%	9%	11%	3%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	-	6	21	-2%	-	1%	3%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal de enfermeria, camilleros, tecnicos de Rx.	-	8	20	-1%	-	2%	3%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias : triage, consulta,apertura de HC ETC	18	17	19	3	5%	4%	3%

Fuente: Estadísticas PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Realizando el comparativo de las 5 primeras causas del año 2018 al 2016 se observa que la falta de calidez y trato amable ha venido disminuyendo en un promedio por año del 4% siendo una de las metas principales en el PAS y además se implementaron planes de mejoramiento en algunos procesos como son hospitalización, urgencias, hotelería y facturación, también se disminuye la causa de demora en el llamado de enfermería en un 3% comparado al año 2017 ya que se implementó acciones de mejoramiento desde la subdirección de enfermería que está alineado al plan único de mejora del proceso de hospitalización y se ve la efectividad de las acciones planteadas, otra de las causas que se mejoraron para el año 2018 es la de falta de información y orientación al usuario en el proceso de atención donde se disminuye en un 8% comparando el año 2017 esto se debe a la implementación de acciones de mejora definidas en el proceso de hospitalización y el fortalecimiento de las orientadoras asignadas a la Subdirección defensoría del usuario con el personal de readaptación laboral.

Frente a la principal causa del año 2018 que es dificultad en la comunicación telefónica se observa un aumento del 17% en comparación al año 2017 esto debido a la dificultad con el call center, servicio de radiología y especialidades que programan directamente las citas para procedimiento donde se recomienda continuar con el proyecto del call center y que desde las diferentes especialidades y servicios que tienen línea directa para la programación de procedimientos sea unificado y asignadas las citas a través del call center.

El aumento de las quejas y reclamos asociadas a la demora en facturación para el año 2018 donde aumenta en un 6% esto se debe al aumento de pacientes desde consulta externa por el contrato de Medimas y adicionalmente se tenían pocos facturadores en el servicio de consulta externa a lo cual el líder de proceso de facturación tomo

acciones inmediatas con el fortalecimiento de facturadores para los servicios de consulta externa y la asignación por parte de la subdirección defensoría del usuario de una orientadora donde se observa una disminución importante en el último trimestre del año 2018. En cuanto a la causas de posibles novedades de seguridad del paciente, desde la subdirección defensoría del usuario una vez se identifica una queja o reclamo con posible novedad se informa a la referente de seguridad del paciente con el fin de que se realice la clasificación e investigación que haya lugar.

Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley IV Trimestre 2018

IV Trimestre año 2018						Respuesta en el término de la Ley		
Peticiones según clasificación	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Quejas	17	12	21	50	19%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo	49	98%
Reclamos	54	33	32	119	46%		115	97%
Solicitud Inf.	99	58	44	201	77%		201	100%
Sugerencias	0	8	4	12	5%		12	100%
Denuncias	0	0	0	0	0%		0	0%
Peticiones	6	5	5	16	6%		16	100%
TOTAL	176	116	106	398	100%		393	99%

Respuesta en el término de la Ley				
Formula	OCT	NOV	DIC	IV TRIM 2018
# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo * 100	176/176	116/116	101/106	393/398
TOTAL	100%	100%	95%	99%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Para el IV trimestre del 2018 se observa que se radicaron 398 peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 15 días hábiles al 99% ya que el 1% corresponde a 4 reclamos y 1 queja aclarando que su respuesta es posterior al 5 de Enero del 2019 y el corte del informe es al 31 de Diciembre por tal motivo se da cumplimiento al 100% de las respuesta oportunas de todas las PQRSD recibidas en el IV trimestre del 2018.

Solicitudes de Informacion IV Trimestre año 2018						Respuesta en el término de la Ley (10 días)		
Peticiones según clasificación	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	Formula	total de solicitudes con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Solicitud Inf.	99	58	44	201	100%	# total de solicitudes de inf. con respuesta al usuario dentro de los 10 días hábiles / # total de solicitudes de inf recibidas en el periodo	201	100%
TOTAL	99	58	44	201	100%		201	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Referente a las solicitudes de información se radicaron 201 en el IV trimestre del 2018 de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 10 días hábiles al 100% con corte de 30 de Diciembre del 2018.

Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley Año 2018

Respuesta en el término de la Ley Año 2018															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
Peticiones según clasificación	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC							
Quejas	13	16	17	17	26	18	23	20	25	17	12	21	225	15%	# 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	224	99,6%		
Reclamos	11	22	54	43	52	50	39	52	79	54	33	32	521	35%		517	99%		
Solicitud Inf.	32	32	38	36	52	38	63	63	84	99	58	44	639	43%		639	100%		
Sugerencias	3	8	1	2	5	4	2	3	5	0	8	4	45	3%		45	100%		
Denuncias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%		0	0%		
Peticiones	4	4	5	5	6	1	13	7	7	6	5	5	68	5%	68	100%			
TOTAL	63	82	115	103	141	111	140	145	200	176	116	106	1498	100%	1493	99,7%			

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Durante el año 2018 se recibieron 1498 peticiones, quejas, reclamos, solicitudes de información y sugerencias de las cuales se dio respuesta oportuna en términos de ley de 15 días al 99,7% que corresponde a 1493 peticiones, quejas, reclamos y sugerencias quedando el 0,3% pendiente que corresponde a 4 reclamos y 1 queja aclarando que su respuesta es posterior al 5 de Enero del 2019 y el corte del informe es al 31 de Diciembre por tal motivo se da cumplimiento al 100% de las respuesta de 15 días hábiles, en cuanto a las solicitudes de información se dio respuesta a 639 solicitudes de información en el término de 10 días hábiles dando cumplimiento a términos de ley.

La Subdirección de la Defensoría del Usuario ha venido recibiendo acompañamiento, apoyo de la Oficina Jurídica del HUS en la revisión de respuestas de las QR con riesgo jurídico, dentro del contexto de la Política de daño antijurídico.

Monitoreo del acceso a la información pública

RESPUESTA EN TERMINO DE LEY	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
# PQR con Rta en 15 días	31	50	77	67	89	73	77	82	116	77	58	57	854
# PQR con Rta en 10 días	32	32	38	36	52	38	63	63	84	99	58	44	639
# PQR Radicados	63	82	115	103	141	111	140	145	200	176	116	106	1498
# de solicitudes que fueron trasladadas	2	2	1	4	0	0	0	0	0	1	1	1	12
# de solicitudes en el que se nego acceso a la informacion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ACCESO A LA INFORMACION IV TRIM 2018				
ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	OCT	NOV	DIC	TOTAL
No. De solicitudes recibidas	99	58	44	201
No. De solicitudes que fueron trasladadas a otra institucion	1	1	1	3
Promedio de tiempo de respuesta a las solicitudes	6 días	6 días	6 días	6 días
No. De solicitudes en el que se nego acceso a la informacion.	0	0	0	0

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2018 Procesos Atención al Usuario y su Familia

De acuerdo al acceso a la información pública la cual es regulada por la Ley 1474 de 2011 estatuto de anticorrupción se realiza el análisis de la información donde el IV trimestre del 2018 en el cual se reciben un total de 201 solicitudes de información de las cuales se dieron respuesta oportuna al 100% en un promedio de tiempo en el trimestre de 6 días hábiles, al igual que no se identificaron solicitudes que se hubiera negado el acceso a la información.

En relación al total de la información del año 2018 del acceso a la información pública se recibieron 639 solicitudes de las cuales se dio respuesta oportuna al 100% y a los traslados de acuerdo a lo establecido en el Artículo 21 de la Ley 1755 de junio de 2015 que dispone que la petición debe ser remitida al competente se realizaron 12 traslados a otra institución aclarando que en el I semestre se estaba contabilizando los traslados a la UFZ lo cual se corrige la información en el II semestre y no se cuentan como traslados.

Plan Anual en Salud – Misión Salud – Decálogo del Gerente

Meta de producto anual	Indicador de producto		Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Evidencia
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula						
Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno (BOGOTÁ)	Quejas y Reclamos por fallo en calidez y trato digno	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas	Realizar acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento producto de las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato digno. (25%)	50%		50%		Actas de reunion
			Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso evaluando la efectividad de las acciones correctivas implementadas frente a las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato digno. (25%)		50%		50%	Actas de Reunion PUMP
			Resaltar y Comunicar a los Colaboradores y Líderes de Procesos las felicitaciones manifestadas por los usuarios y su familia. (25%)	25%	25%	25%	25%	Publicacion de felicitaciones Informar las felicitaciones a los jefes de servicios
			Diseñar estrategia de acogida, orientacion, informacion al usuario y su familia durante el proceso de atención. (25%)		100%			Documento de la estrategia definida

Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento formulados producto de las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato amable de los procesos de Hospitalización se analiza la información y ejecución de los mismos junto con el comportamiento estadístico de las mismas.

Se informaron 139 felicitaciones a cada subdirector y/o coordinador de servicio al mismo tiempo que a cada uno de los líderes de proceso que tienen asociadas las mismas de las cuales se informan a través del sistema de ORFEO los siguientes líderes de proceso y se solicita la publicación a comunicaciones para brindar la información en los diferentes medios de comunicación.

En cuanto al PAS del año 2018 de acuerdo a la meta de producto Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno (BOGOTÁ), se obtuvo un resultado de la meta proyectada del 16% según indicador definido y la meta definida es del 23%.

De Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas

# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable	119	16%
# Total de QR recepcionadas	746	

Desde la SDU se presentó una **estrategia** consistente “en mejorar la orientación, información al usuario y su familia durante el proceso de atención” en el cual describe una propuesta de fases para la aplicación. OBSERVACIÓN DAU. La Estrategia propuesta es revisada por la Dirección de Atención al Usuario quien comunica a la SDU que la misma debe ser cambiada por que corresponde a una estrategia ya implementada por el HUS desde años anteriores (2005) y se ha venido fortaleciendo día a día. Para lo cual se cuentan con los puntos de Información de:

- Punto de Información del Servicio de Cuidado Intermedios. funciona desde hace más de 4 años
- Punto de Información del Servicio de 2 do piso (UCI/ U. Quirúrgica: funciona desde hace más de 4 años.
- Asignación de Informadores de Urgencias en re ubicación laboral desde el 2017
- Punto de información de la Recepción solicitada por la DAU desde el 2016 y se implementó a partir de septiembre de 2017 con gestión también de la SDU.

Por otra parte desde la Dirección de Atención al usuario, el programa de Humanización, las inducciones y reinducciones al personal. la socialización e implementación del código de ética institucional que establece las pautas de comportamiento de los colaboradores y las diferentes estrategia de comunicación asertiva implementada (Sonría, salude, mire a los ojos, llame al paciente por el nombre), los diferentes canales de comunicación implementados (Pág. web, pantallas digitales, correo electrónico, formulario de PQRSD, carteleras físicas de Atención al usuario, acompañamiento personalizado por Informadoras asignadas a la DAU desde 2005 y a la SDU desde el 2017, el Manual de Información y Orientación al Usuario y su Familia, las charlas en sala de espera por Informadoras, el procedimiento del paciente en condición de Discapacidad entre otras ha generado los lineamientos para mejorar el proceso de Información, orientación y atención al usuario en esos puntos de información y en general en todas las áreas del HUS, intervenciones que han contribuido al impacto positivo en la disminución de las QR por falta de Calidez y trato amable. También se hace necesario que desde la SDU se presente una estrategia innovadora (de acuerdo a lo establecido en el PAS) y se establezca el cronograma de implementación para el mejoramiento del proceso de atención, lo cual ya se comunicó a la Subdirectora para desarrollar en el 2019.

Reporte a entes de control

VIGENCIA	MES	NOMBRE DEL INFORME	ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL	FECHA DE RENDICION DEL INFORME (DD/MM/AA)	OPORTUNIDAD Responde a el informe se rindio oportunamente (SI/NO)	OFICINA DONDE REPOSA EL SOPORTE DEL ENVIO	OBSERVACIONES Si no se envió el informe dentro de los terminos establecidos infome los motivos de tal situacion.
TERCER TRIMESTRE	JULIO	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de Cundinamarca (formulario)	Secretaria de Salud de Cundinamarca	03-Ago-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaria de Salud de Cundinamarca	03-Ago-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
	AGOSTO	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de Cundinamarca (formulario)	Secretaria de Salud de Cundinamarca	05-Sept-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaria de Salud de Cundinamarca	05-Sept-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
	SEPTIEMBRE	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de Cundinamarca (formulario)	Secretaria de Salud de Cundinamarca	05-Oct-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaria de Salud de Cundinamarca	05-Oct-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
Informe de Gestion PQRS III Trimestres año 2018		Secretaria de Salud de Cundinamarca	25-Oct-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo	
	Matriz de Planes de Mejoramiento	Secretaria de Salud de Cundinamarca	05-Oct-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo	
CUARTO TRIMESTRE	OCTUBRE	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de Cundinamarca (formulario)	Secretaria de Salud de Cundinamarca	06-Nov-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaria de Salud de Cundinamarca	06-Nov-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
	NOVIEMBRE	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de Cundinamarca (formulario)	Secretaria de Salud de Cundinamarca	03-Dic-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaria de Salud de Cundinamarca	03-Dic-18	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
	DICIEMBRE	Reporte Mensual de PQRS de las ESE del Departamento de Cundinamarca (formulario)	Secretaria de Salud de Cundinamarca	04-Ene-19	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
		Matriz de Consolidada de PQRS	Secretaria de Salud de Cundinamarca	04-Ene-19	SI	Subdireccion de Defensoria al Usuario	Se envió a tiempo
	Informe de Gestion PQRS IV Trimestres año 2018	Secretaria de Salud de Cundinamarca	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	La fecha limite de envio del informe es hasta el dia 28/01/2019	

De acuerdo a los reportes que se deben realizar por parte de la Subdirección defensoría del usuario se encuentra durante el IV trimestre del año 2018 se da cumplimiento al 100% de los reportes programados quedando pendiente el envío del informe del trimestre que su fecha de cumplimiento es hasta el 28 de enero del 2019.

En cuanto a los reportes realizados en el año 2018 se dio cumplimiento oportuno a la información solicitada por la Secretaria de salud de Cundinamarca.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Del IV trimestre del 2018 se informaron a seguridad del paciente 23 reportes considerados como posibles novedades de seguridad de las cuales su clasificación fue la siguiente:

Complicación: 3
Evento adverso: 1
Incidente: 12
Descartado: 4
Repetido: 3

Se concluye que desde la Subdirección defensoría del usuario se están informando las posibles novedades identificadas a través de las quejas y reclamos presentados por los usuarios y su familia con el fin de que seguridad del paciente inicie todo el proceso correspondiente a los reportes, lo cual se cumplió y se con base a ellos se inicie la intervención por los líderes de Proceso donde se presentó el incidente o Evento y posterior monitoreo de la SDU.

La DAU continúa recomendando fortalecer la intervención por parte de los Líderes de los Procesos y desde la SDU el seguimiento y monitoreo de su formulación y seguimiento a las acciones definidas e implementadas para cerrar el

ciclo de la QR (enfoque PHVA), adicional a contar con el Dx y reporte periódico de datos, seguimiento que conlleva a la mejora continua de la atención la cual se espera sea percibida el Cliente externo Pte / fmla. De igual forma se recomienda que a la Referente de seguridad se remitan respuestas internas y demás soportes recibidos por la SDU con el fin de fortalecer los criterios de análisis de los posibles eventos de seguridad.

Política de Participación Ciudadana

MACROACTIVIDAD: Promover y capacitar a los Usuarios en salas de espera, en el Uso de los diferentes canales de comunicación implementados por el HUS (Página Web del HUS, SUIT, pantallas digitales de los diferentes servicios, las redes sociales, entre otras

1. Socialización de la Declaración de los derechos y deberes de los usuarios
2. Charlas a los usuarios sobre los diferentes canales de Información y Comunicación con que cuenta el HUS Página Web del HUS, SUIT, pantallas digitales de los diferentes servicios, las redes sociales, buzones de sugerencias, líneas telefónicas, entre otras
3. Socializar a los usuarios los diferentes mecanismos de Participación Social en salud a través de charlas, folletos, etc que considere pertinente.
4. Capacitar al usuario en la utilización de las pantallas digitales y promocionar la lectura de la cartelera física de atención al usuario

En el mes de agosto se implementó una planilla con la información a desplegar definidos donde se realizaron las socializaciones en los diferentes puntos de información a cargo, con el cual se cuenta con un promedio de 5000 registros que fueron realizados por las orientadoras, adicionalmente se observa un aumento significativo de la participación ciudadana en el II Semestre del 2018 que se ve reflejado en los datos de PQRSD.

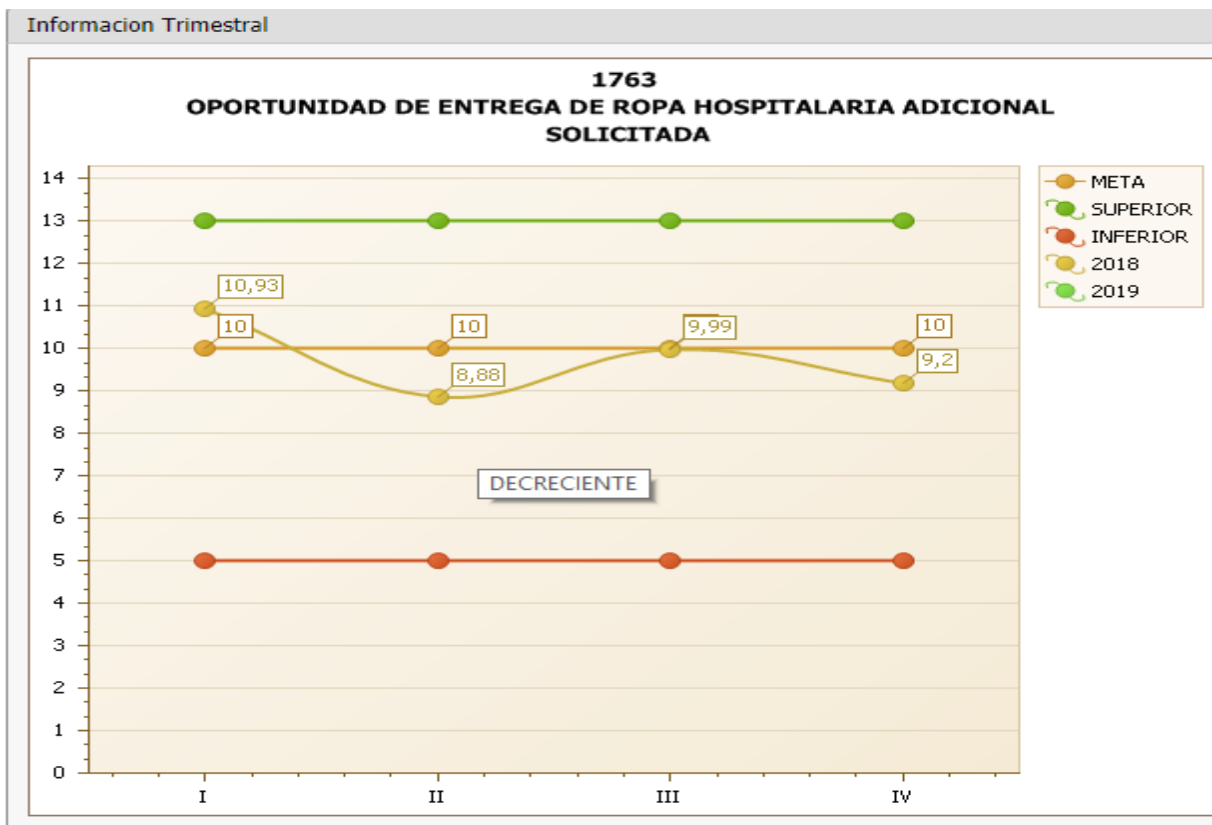
Actividad aunada a la que viene adelantando en ese mismo sentido la Dirección de Atención al Usuario con su grupo de Informadoras.

2.5 GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

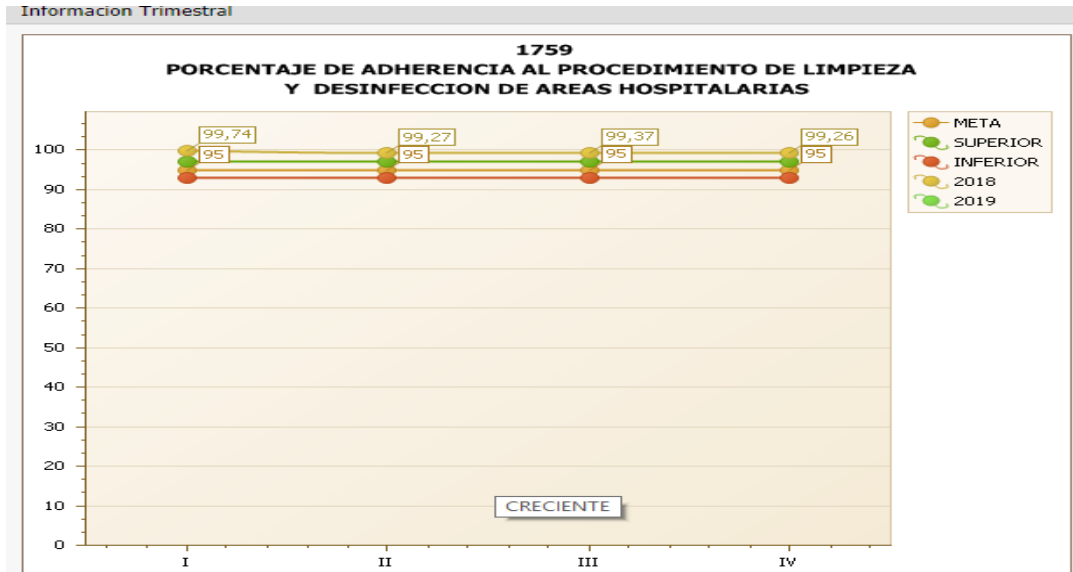
GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADORES 2018

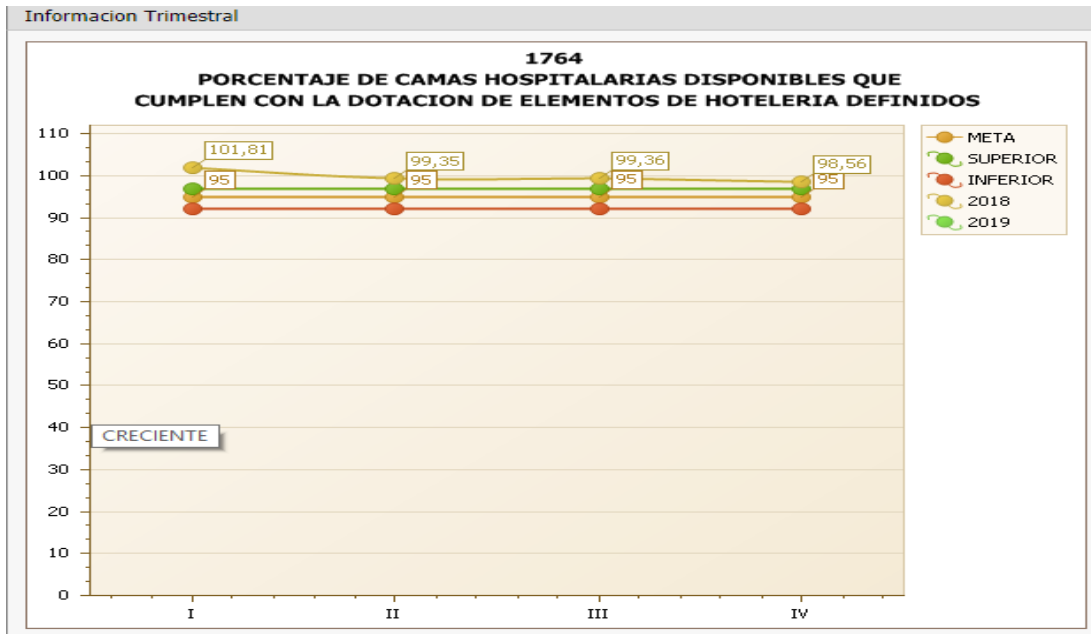
Para el año 2018, se cumple con la meta propuesta de 10 minutos, en la oportunidad de ropa hospitalaria entregada en los servicios de manera adicional, donde el resultado anual fue de 9,25 minutos, gracias a las capacitaciones en los procedimientos de lavandería, el compromiso del personal y la importancia que se le ha dado, en cuanto al impacto en el paciente de tener ropa a su disposición:



De acuerdo a los resultados de la medición de adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias, la adherencia en el año fue de 99.38, donde la meta del 95% se alcanza, resultado de capacitación y entrenamiento en los procedimientos inherentes y el seguimiento de las actividades diarias con retroalimentación al personal de empresa de aseo, actividades que se mantendrán como parte de la sostenibilidad:



Se cumple con la meta del año (95%) establecida para la dotación de camas en el hospital, instalando para el cuarto trimestre de 2018, el 100% del mobiliario adquirido por la institución, reemplazando bienes deteriorados o que hacían falta, beneficiando al paciente y su familia:



PQRS

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOTELERIA										INTERVENCIÓN
		I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%	TOTAL AÑO 2018	%	
A	Accesibilidad	2	29%	4	25%	2	9%	2	18%	10	18%	Capacitación en procedimientos de Vigilancia con reducción al 4 trimestre de PQR por ésta causa
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	3	43%	3	19%	7	32%	2	18%	15	27%	Se realizaron las acciones correctivas de inmediato frente a elementos faltantes ó deteriorados. Para el tema de cultura de silencio, se realizaron campañas permanentes
AS	Causas externas al HUS	1	14%	1	6%	2	9%	0	0%	4	7%	Se realizó el traslado de la PQR al área pertinente para gestionar
Z	Perdida de elementos	1	14%	0	0%	1	5%	1	9%	3	5%	Se realizó el traslado de la PQR al área pertinente para gestionar
AJ	Falta de calidez y trato amable	0	0%	5	31%	7	32%	4	36%	16	29%	A pesar de que el % de PQR por ésta causa aumentó, se evidencia que para el cuarto trimestre se ve la reducción de las quejas luego de formular acciones directas con el personal y seguimientos puntuales
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores,	0	0%	1	6%	3	14%	1	9%	5	9%	De la sensibilización se abordan los temas inherentes a esta causa
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales (Discapacidad)	0	0%	1	6%	0	0%	1	9%	2	4%	Capacitación en procedimientos de Vigilancia con reducción al 4 trimestre de PQR por ésta causa
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%	1	2%	Se realizó el traslado de la PQR al área pertinente para gestionar
		7	100%	16	100%	22	100%	11	100%	56	100%	
FORMULACION DE ACTIVIDADES PARA PUM 2019 CON ACTIVIDADES DE IMPACTO EN PQR QUE SE REPITEN		Para la vigencia 2019, se continuará con la intervención directa con colaboradores frente a Falta de Calidez y Trato Amable.										

PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA A DICIEMBRE 31 DE 2018

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA				DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA						RESULTADOS
PROCESO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/ año)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE AVANCE
HOTELERIA HOSPITALARIA	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	21/11/2016	El plan de saneamiento del servicio de alimentación no se encuentra en el formato estandarizado por la institución dentro del sistema de gestión documental	Medir la adherencia al Plan de Saneamiento del servicio de alimentación y tomar acciones	1. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS E INFORME CONSOLIDADO CON MEDICION DE ADHERENCIA	21/11/2016	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA LIDER DE NUTRICION	ADHERENCIA AL PLAN DE SANEAMIENTO EN UN 90%	100,0%
HOTELERIA HOSPITALARIA	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	24/10/2017	Mejorar el proceso de control de fechas de vencimiento de productos (semaforización) y definirlo en un documento. Etiquetar con fechas de apertura todos los productos sin excepción alguna	Ajustar, Implementar y Medir procedimiento del funcionamiento del servicio de alimentación 02HH03, donde se incluye semaforización de fecha de vencimiento de productos perecederos y etiquetas de fecha de apertura de alimentos	1. Procedimiento 02HH03 ajustado y publicado en Intranet 2. Refistro de Socialización del procedimiento 3. Listas de Chequeo e Informe consolidado con resultados y acciones de mejora	05/01/2018	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA LIDER DE NUTRICION	ADHERENCIA DEL 90% AL PROCEDIMIENTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTACION 02HH03	100,0%
HOTELERIA HOSPITALARIA	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	29/01/2018	No se evidencia registro de las limpieza y desinfección por parte de enfermería en un formato, solo se observa en cinta descrito desinfección y la fecha, servicios generales maneja una hoja por cada turno donde se registra la limpieza de las areas y que debe ser firmado por la enfermera jefe al terminar la jornada se observa en salas de cirugía que no se firma al terminar la jornada por parte de enfermería. en radiología enfermería no firma la planilla no se sabe en que momento se hace la limpieza por parte del personal de servicios generales	Ajustar el formato 05HH19 : Informe de Actividades de Aseo, especificando el área ó servicio específico intervenido en cuanto a su limpieza y Desinfección Rutinario ó Termina con su verificación	1. Formato 05HH19 ajustado 2. Registros de socialización con los colaboradores de la empresa de Aseo 3. Medición e informe adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección hospitalaria 02HH07, incluyendo la verificación de formato 05HH19	05/02/2018	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA HOSPITALARIA	ADHERENCIA DE MAS DEL 95% AL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA	100,0%
HOTELERIA HOSPITALARIA	PQRS	20/01/2018	El 21% de las PQR recibidas durante el 2017, son atribuidas a falta de calidez y trato amable por parte del personal de vigilancia y aseo	Fortalecer el proceso de capacitación y sensibilización en relacion a la humanización de los colaboradores de vigilancia y aseo	1. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS 2. INFORME Ó ACTAS DE REUNION DE ANALISIS DE TOMA DE DECISIONES	15/06/2018	14/12/2018	Subdirección de Hotelería Subdirección Desarrollo Humano	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en hospitalización	100,0%

PLAN DE MEJORA ACREDITACION – PAMEC (HOTELERIA HOSPITALARIA)
RESULTADOS A 14 DE DICIEMBRE DE 2018

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA			DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA			RESULTADOS
AMBIENTE FISICO	ACREDITACION	<p>No es sistemática la intervención a los colaboradores identificados con el consumo de tabaco, sus resultados no son evidentes, falta de adherencia al programa y sistematicidad.</p> <p>Las empresas tercerizadas no se han articulado al programa de seguridad y salud en el trabajo. Dentro del Programa de Seguridad y salud en el trabajo, no hay un abordaje integral al fumador para prevenir y abandonar el hábito del tanaquismo.</p>	<p>1. Articular a las empresas tercerizadas al Programa de Seguridad y Salud en el trabajo, para la intervención a colaboradores y prevenir e incentivar el abandono de consumo de tabaco y sustancias psicoactivas.</p> <p>2. Realizar Campañas de sensibilización para espacios libres de humo, articulado con Programa de Seguridad y Salud en el trabajo y la línea Estratégica del Programa de Humanización: Ambiente y Tecnologías Amigables, verificando adicionalmente sitios donde se ha evidenciado consumo de tabaco dentro de la institución, realizando seguimiento a la adherencia a través de la inspección de sitios identificados</p>	30/09/2018	<p>1. Referente de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>2. Lider de Hotelaria Hospitalaria</p>	<p>1. Se articularon las empresas tercerizadas, donde realizarán, la intervención de su personal, en cuanto a hábitos saludables y evitar el tabaquismo</p> <p>2. Se realizan campañas permanentes de Espacios Libres de Humo y se realizaron las listas de chequeo para verificar adherencia de la Política de Ambiente Sano</p>
AMBIENTE FISICO	ACREDITACION	<p>1. Las áreas asistenciales no se encuentran en orden y aseo</p> <p>2. El personal asistencial tiene elementos en sitios que no corresponde.</p> <p>3. El Hospital no cuenta con un programa de orden y aseo; el personal no cuenta con suficientes locker para guardar sus pertenencias</p>	<p>1. Aprobar, desplegar y medir un programa de Orden y Aseo que incluya la seguridad del ambiente físico.</p> <p>2. Gestionar espacios con locker para ubicación de pertenencias de colaboradore</p>	31/10/2018	<p>1. Lider de Talento Humano Lider Hosteleria Hospitalaria</p> <p>2. lider de proyecto Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico</p>	<p>1. Se diseño y aprobó el programa de Orden y Aseo; el cual debe ser desplegado para la vigencia 2019.</p> <p>2. Se realizó la intervención de los locker y se liberaron casilleros para todo el personal asistencial que requiere los espacios.</p>

PASS

ACTIVIDADES ESPECIFICAS QUE APOYA EL PROCESO DE HOTELERIA HOSPITALARIA	AVANCES III TRIMESTRE DE 2018
PROGRAMA DE HUMANIZACION: ESTRATEGIA DE LA LINEA ESTRATEGICA DE AMBIENTE Y TECNOLOGIAS AMIGABLES	<p>1. Se realizaron campañas permanentes del cuidado de HUS, correcta segregación de residuos, espacios libres de humo, orden y aseo en puestos de trabajo.</p> <p>2. Se realizan por parte del personal de enfermería capacitación al personal frente a explicación del uso de dispositivos y aplican listas de chequeo para verificar adherencia</p> <p>En el resultado se sobre pasa la meta de adherencia a las estrategias de la Línea Estratégica con un 83%</p>

POA

Las actividades del Plan Operativo Anual del Proceso de Hotelaria Hospitalaria tienen cumplimiento del 100% al CUARTO TRIMESTRE de 2018:



051



SC5520-1



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

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

ACTIVIDAD ESPECÍFICA	AVANCE
1. Realizar en dos campañas de sensibilización a usuarios y colaboradores para mejora condiciones de silencio, manejo adecuado de residuos y fortalecer Estrategia de Orden y Aseo (50%)	Se realizaron las campañas de sensibilización (continúan por medios audiovisuales) y se fortalece las Estrategias de Orden y Aseo en toda la institución
1. Solicitar la adquisición de Dotación complementaria de Hotelería hospitalaria a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros. 2. Apoyar el proceso de adquisición de Dotación complementaria de Hotelería hospitalaria. 3. Entrega y Puesta en Funcionamiento de los elementos de Dotación Complementaria de Hotelería Hospitalaria adquiridos para la vigencia 2018.	1. Se solicitó en el mes de Junio de 2018 la adquisición de los bienes de Hotelería Hospitalaria. 2. Se realizó el proceso de contratación y adjudicación en el mes de Julio de 2018. 3. Se ubicó el 100% de los elementos de Dotación Complementaria de Hotelería en los servicios de la Sede Bogota y la Unidad Funcional de Zipaquirá. VALOR DE LA DOTACION COMPLEMENTARIA ADQUIRIDA <ul style="list-style-type: none"> SEDE BOGOTA: \$193.454.919 UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA: \$ 86.899.982

DOTACIÓN COMPLEMENTARIA ADQUIRIDA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN LA SEDE BOGOTA

ITEM	DOTACION DE HOTELERIA HOSPITALARIA	CANTIDAD ADQUIRIDOS, ENTREGADOS Y PUESTOS EN FUNCIONAMIENTO
1	CARRO AUXILIAR PARA SALA DE RESONANCIA	1
2	CARRO HIGIÉNICO PARA RESONANCIA MAGNETICA	1
3	MESA PUENTE	24
1	ATRILES PORTABOMBA	60
2	MESA MAYO	1
3	ESCALERILLAS	46
4	SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL PARA PACIENTE DE URGENCIAS (OBSERVACION)	8
5	SILLA PARA FLEBOTOMIA	2
6	JUEGO DE SILLAS PARA FLEBOTOMIA EXTERIORES (PARA CAMPAÑA)	1
7	SILLA INTERLOCUTORA	4
8	TANDEM DE 4 PUESTOS	20
9	SILLAS DE RUEDAS	13
10	VITRINA HOSPITALARIA EN ACERO Y VIDRIO	1
11	MESA GABINETE CON RUEDAS	2
12	SILLAS PLASTICAS	45
13	MESAS PLASTICAS DESARMABLES BLANCAS	6
14	TELEVISOR LED DE 60 PULGADAS	2
15	SOPORTE DE PARED PARA TV LED DE 60 PULGADAS	2
16	COLCHONETA PARA MESA QUIRURGICA	9
17	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	10
18	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	10
19	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS- ANTI ULCERAS POR PRESION	10
20	COLCHONETA PARA CAMILLA	40
21	CORTINAS DE BAÑO PLASTICAS	50
22	BIOMBO CLINICO DE TRES CUERPOS	6
23	DISPENSADOR DE AGUA FRIA Y CALIENTE	4
24	NEVERA PLASTICA HERMETICA	5
25	CORTINAS EN PERSIANA VERTICAL DE PVC CON CENEFAS Y PERFILES	34
26	SISTEMA DE CORTINAS EN TELA ANTIFLUIDO Y RIEL	270
27	JUEGO DE MESA Y SILLA PARA EXTERIORES	6

DOTACIÓN COMPLEMENTARIA ADQUIRIDA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO
EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA

ITEM	DOTACION COMPLEMENTARIA DE HOTELERIA HOSPITALARIA	DOTACION ADQUIRIDA, ENTREGADA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO UNIDAD
1	SILLA PATO	3
2	SILLA PATO PEDIATRICA	2
3	MESA MAYO	7
4	ESCALERILLA DE UN PASO	15
5	SILLA INTERLOCUTORA	30
6	TANDEM DE 4 PUESTOS	17
7	MESA AUXILIAR PARA TRASPORTE DE EQUIPOS	19
8	SILLAS DE RUEDAS	10
9	BUTACO GIRATORIO	18
10	SILLAS PLASTICAS	30
11	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	20
12	COLCHONETA PARA CAMILLA	20
13	CONTENEDOR AZUL OSCURO DE 170 LITROS	7
14	CORTINAS EN PERSIANA VERTICAL DE PVC CON CENEFAS Y PERFILES	35
15	CORTINA ENROLLABLE EN BLACKOUT	164
16	SISTEMA DE CORTINAS EN TELA ANTIFLUIDO Y RIEL	376

HUS BOGOTA

ESPACIOS ADECUADOS (CON PRIVACIDAD) EN URGENCIAS Y SALAS DE ESPERA



ESPACIOS DE BIENESTAR



UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA (AUDITORIO – SALAS DE ESPERA)



MOBILIARIO DE SERVICIOS ASISTENCIALES



GESTION DEL RIESGO

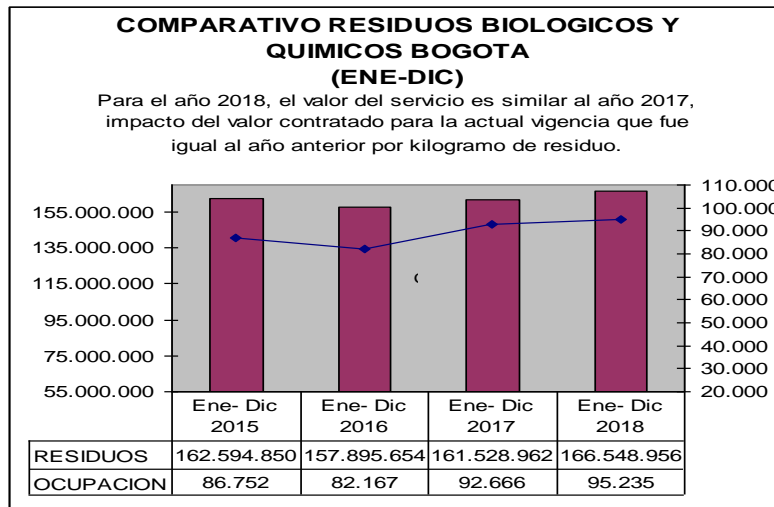
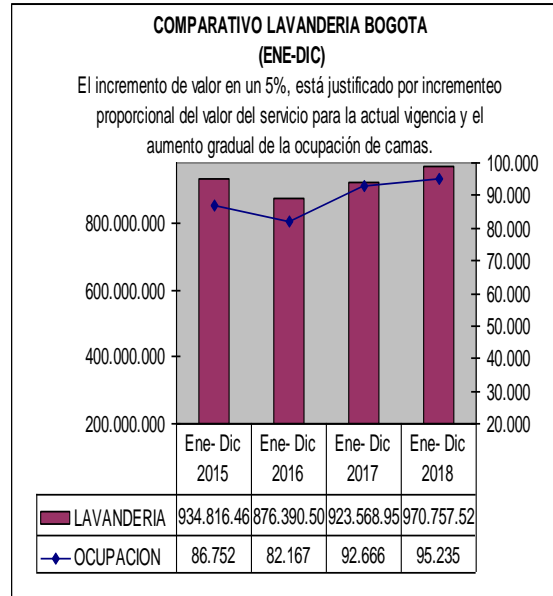
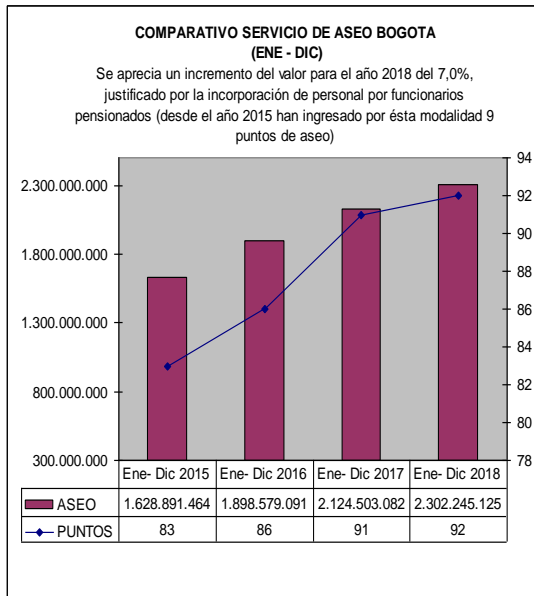
A la fecha se está actualizando la matriz de riesgos por ajustes en la caracterización; sin embargo se describe el comportamiento del riesgo con mayor impacto a cuarto trimestre de 2018:

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 a 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	

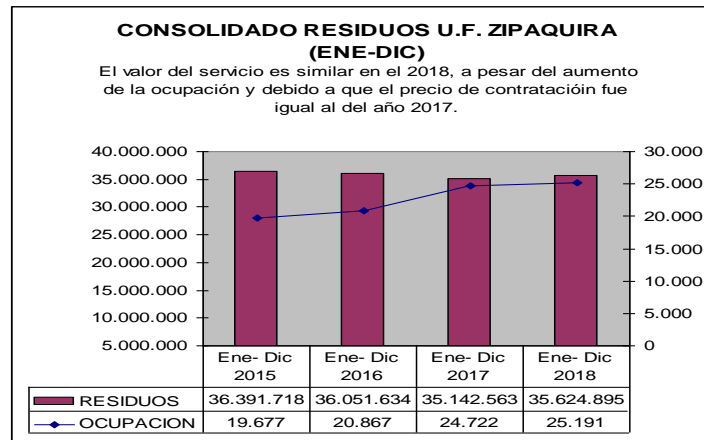
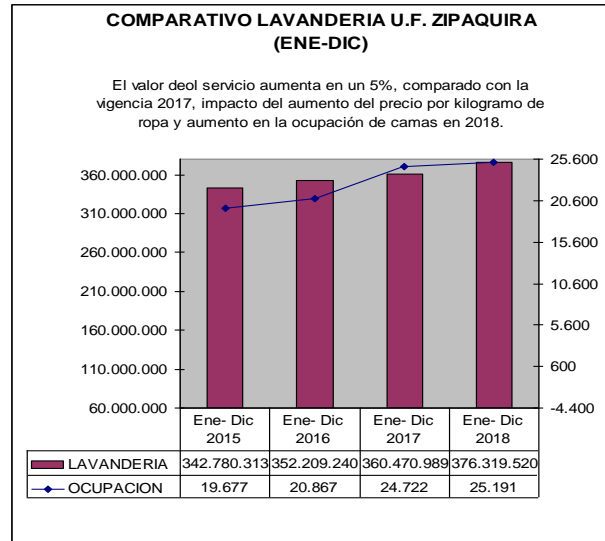
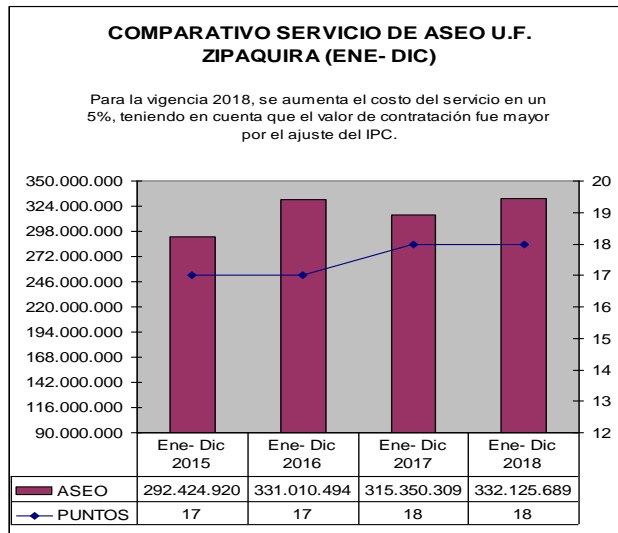
**OTROS
INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS**

COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2015, 2016, 2017 Y 2018 TERCER TRIMESTRE

SEDE BOGOTA



UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA



2.5 GESTIÓN DE ENFERMERÍA**GESTIÓN DEL PROCESO****SUBDIRECCION DE ENFERMERIA IV TRIMESTRE DE 2018**
Actividades incluidas en el PAS

Meta del producto anual: Continuar implementando las otras 3 Líneas Estratégicas del Programa de Humanización (Manejo del Dolor Físico/ Manejo del Paciente Crónico/ Ambiente y Tecnología amigable) (Bogotá)

Actividad 34.1

Continuar implementando las otras 3 Líneas Estratégicas del Programa de Humanización (Manejo del Dolor Físico/ Manejo del Paciente Crónico/ Ambiente y Tecnología amigable) (Bogotá)

Definir y ejecutar acciones correctivas con base a los resultados de la aplicación de las listas de Chequeo de registros de enfermería de hospitalización: ítem de explicación al paciente sobre el uso de dispositivos para realizar seguimiento a su cumplimiento (30%). Para el IV trimestre se continua con la medición de la adherencia a través de los registros de enfermería de la escala analoga del dolor y uso de la tecnología.

Hus Bogotá

Para Bogotá se continuó con la medición de la adherencia encontrándose los siguientes resultados:

Uso de dispositivos medico quirúrgicos	Nº de listas de chequeo realizadas	% adherencia alcanzado
Octubre	244	91%
Noviembre	231	94%
Diciembre	179	96%

Durante el IV trimestre se aplicaron 654 listas de chequeo al procedimiento actualizado de registros de enfermería 05PH92 obteniéndose un **96%** de adherencia, evidenciándose mejora continua en la adherencia al procedimiento establecido.

Actividad 35.2

Continuar Socialización del Procedimiento de Confidencialidad y Privacidad a Grupo Prioritario (Personal de Enfermería) e iniciar implementación (40%) UFZ

Meta del producto anual: Iniciar implementación de las otras 4 Líneas Estratégicas del Programa de Humanización (Manejo del Dolor Físico/ Manejo de Paciente Crónicos/ Apoyando al Cuidador/ Ambiente y Tecnologías Amigables) (ZIAPAQUIRA)

Actividad 36.1 Medir adherencia a la aplicación de la escala Análoga del Dolor por Enfermería (50%) UFZ

Hus Zipaquirá



LISTAS APLICADAS	MES	% Valora escala de dolor, registra valor y actividades
42	OCTUBRE/18	83,3
27	NOVIEMBRE/18	96,2
9	DICIEMBRE/18	100,0

Durante el cuarto trimestre se aplicaron 78 listas de chequeo para valoración de escala análoga del dolor, alcanzando el 93,2 % cumplimiento evidenciándose mejora con respecto al trimestre anterior en el 15%.

Actividad 36.2 Medir adherencia al Consentimiento de Enfermería para el uso de dispositivos médicos a través de la Lista de Chequeo de registros de enfermería (ítem de explicación al paciente sobre el uso de dispositivos para realizar seguimiento a su cumplimiento) y toma de correctivos según resultados (50%).

LISTAS APLICADAS	MES	% registra consentimiento informado y desistimiento procedimiento de enfermería(dispositivos médicos)
42	OCTUBRE	97,6
27	NOVIEMBRE	85,1
9	DICIEMBRE	77,7

Durante el cuarto trimestre se aplicaron 78 listas de chequeo para valoración la información y consentimiento informado por enfermería en relación con el uso de los dispositivos médicos, lográndose un adherencia del 86,8% evidenciándose mejora con respecto al trimestre anterior en el 10%.

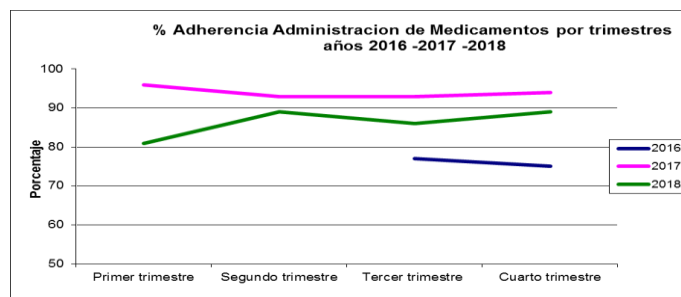
Medición de adherencia a procesos prioritarios IV Trimestre 2018

Terapia farmacológica

% ADHERENCIA LISTA DE CHEQUEO TERAPIA FARMACOLOGICA IV TRIMESTRE 2018	
	% Cumplimiento
Octubre	89%
Noviembre	87%
Diciembre	90%
Total	89%

Ítem evaluado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	1. Realiza higiene de manos con agua y jabón al iniciar administración de medicamentos.	2. Alista carro de medicamentos (foalias, jeringas, soluciones endovenosas, guardián) o bandeja.	3. Utiliza elementos de protección personal	4. Verifica y registra los cinco correctos.	5. Realiza reconstitución del fármaco, si aplica.	6. Informa al paciente que medicamento se le va a administrar, sus efectos adversos y solicita autorización para administrarlo (Consentimiento).	7. Verifica permeabilidad y sitio de administración correcta para el medicamento.	8. Cumple con lo establecido en las tablas estandarizadas para el uso seguro de medicamentos.	9. Realiza higiene de manos con alcohol glicerinado entre paciente y paciente	10. SSN (0,9%, L. Ringer, DAD 5%, 10% o vial con el nombre del medicamento que esta infundiendo, si aplica	11. Segrega residuos en la fuente, según la norma.	12. Registra el consentimiento en notas de enfermería.	13. Registra el medicamento en el plan de manejo, notas de enfermería, o evolución.
Octubre	95	90	91	95	84	84	92	97	87	81	99	93	97
Noviembre	97	87	88	95	90	87	88	97	87	79	98	89	95
Diciembre	98	93	94	98	88	94	95	98	90	83	99	95	98
Promedio General	97	90	91	95	87	88	91	97	88	81	98	92	97

% Adherencia Administración de Medicamentos por trimestres Año 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			77	75
2017	96	93	93	94
2018	81	89	86	89



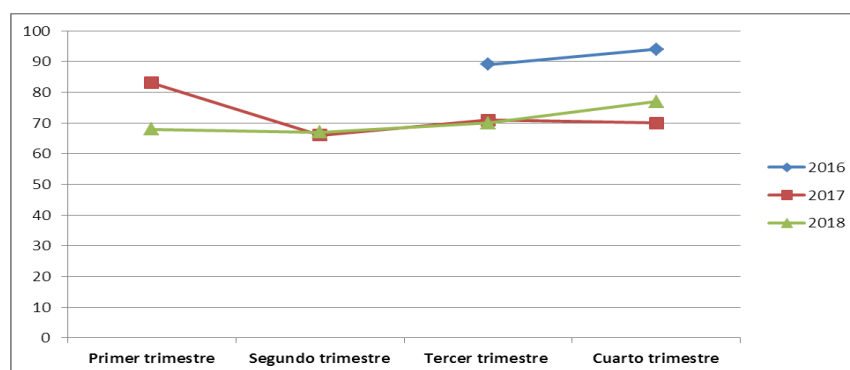
Durante el cuarto trimestre de 2018 la adherencia al manual de terapia farmacológica fue en promedio del 89%, el ítem que muestra menor adherencia es el 10, que corresponde con la rotulación del buretrol con el nombre del medicamento. La tendencia es de mejora en la adherencia a la administración de medicamentos. Sin embargo se observa disminución en su adherencia general con relación al año 2017 en el 8%.

Entrega de turno

LISTA DE CHEQUEO ENTREGA DE TURNO IV TRIMESTRE 2018	
Mes	% Cumplimiento
Octubre	79%
Noviembre	73%
Diciembre	79%
Total	77%

Ítem Evaluado	% Adherencia por Ítem Recibo y entrega de turno IV Trimestre 2018												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Realiza higiene de manos con agua y jabón antes de recibir el turno	Se encuentra todo el personal que entrega y recibe el turno	Portan el uniforme de acuerdo a normas de la institución	Se asigna una persona para que reciba o entregue los medicamentos de cada paciente	Los pacientes tienen manilla de identificación, con los sticker de riesgos	Se inicia con la descripción completa de los datos del paciente y escalas	orden cefalo caudal, estado de conciencia, requerimiento de oxígeno, sondas, drenes, heridas	Se informa de los líquidos endovenosos y mezclas, hora de inicio, cantidad que se recibe y goteo	Se identifican medidas de seguridad: Hay alerta visual, barandas elevadas, freno de cama, etc	Informa sobre procedimientos realizados al paciente, los pendientes y si requieren cita o preparación	Se realiza inventario de elementos del servicio y carro de paro, informando al grupo saliente las novedades	Enfermera (o) realiza asignación (registro, firma y sello)	Entrega Planes de Cuidado de Enfermería realizados en el turno
Octubre	57	81	57	99	99	92	95	74	87	91	89	99	60
Noviembre	12	88	84	93	52	91	91	83	43	100	92	100	33
Diciembre	39	77	90	90	90	100	100	77	61	100	100	100	13

% Adherencia Entrega de Turno Enfermería año 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			89	94
2017	83	66	71	70
2018	68	67	70	77

Porcentaje de Adherencia procedimiento de entrega de turno año 2018


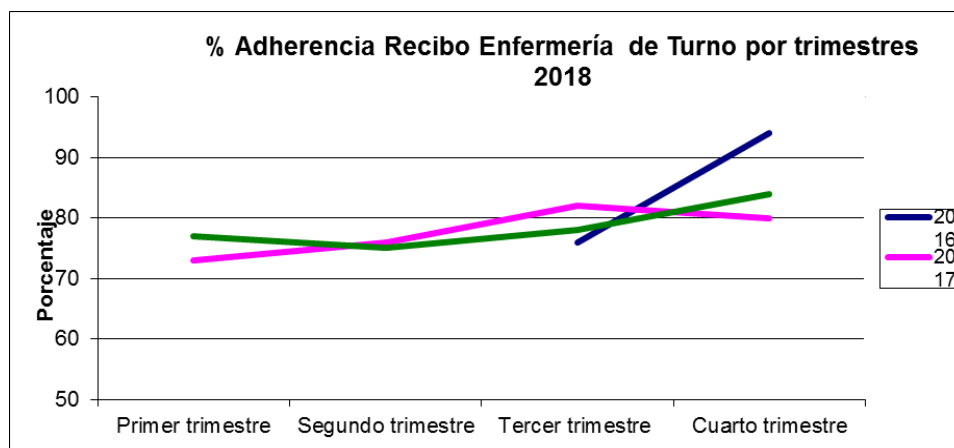
Como se observa en la gráfica la tendencia en el 2018 es de mejora y se cerró el año con un 77% de adherencia a este procedimiento. Con relación al año 2017 no se observa diferencia estadísticamente significativa.

Los ítems que presentan menor adherencia son los relacionados con la higiene de manos, la identificación de alertas visuales de seguridad y la información de los planes de Atención de Enfermería formulados durante el turno.

Recibo de turno

% ADHERENCIA PROCEDIMIENTO RECIBO DE TURNO IV TRIMESTRE 2018	
Mes	% Cumplimiento
Octubre	89%
Noviembre	75%
Diciembre	87%
Total	84%

Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Realiza higiene de manos con agua y jabon antes de recibir el turno	Se encuentra a todo el personal que entrega y recibe el turno	Porta el uniforme de acuerdo a normas de la institución	Se asigna una persona para que registre en el libro la entrega de cada paciente	Se asigna una persona para que reciba o entregue los medicamentos de cada paciente	Los pacientes tienen manilla de identificación, con los sticker de riesgos	Se revisa el estado de cada paciente realizando confrontación del estado clínico	Se identifican medidas de seguridad: Hay alerta visual, barandas elevadas, freno de cama, etc	Se realiza inventario de elementos del servicio y carro de paro, informando al grupo saliente las novedades	Enfermera (o) realiza asignacion (registra, firma y sella)
Octubre	100	82	59	100	100	100	77	81	91	100
Noviembre	93	76	61	82	94	59	72	40	90	100
Diciembre	86	71	76	100	100	100	76	71	100	100

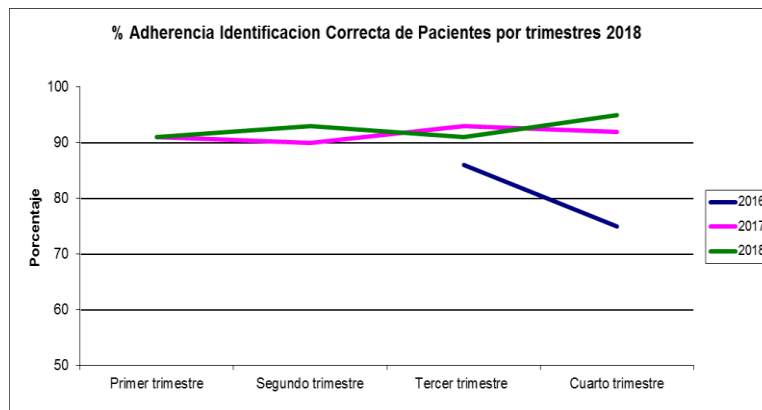


Durante el recibo de turno durante el cuarto trimestre se obtuvo un porcentaje promedio de adherencia del 84%, los ítems de menor adherencia corresponden al N. 2 y 8, relacionados con encontrarse el personal completo y la colocación de las alertas visuales de seguridad para la gestión de los riesgos clínico.

Identificación correcta del paciente adulto

LISTA DE CHEQUEO IDENTIFICACION CORRECTA DE PACIENTES IV TRIMESTRE 2018	
Mes	% Cumplimiento
Octubre	93%
Noviembre	95%
Diciembre	97%
Total	95%

% de adherencia Identificación correcta del paciente adulto 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			86	75
2017	91	90	93	92
2018	91	93	91	95

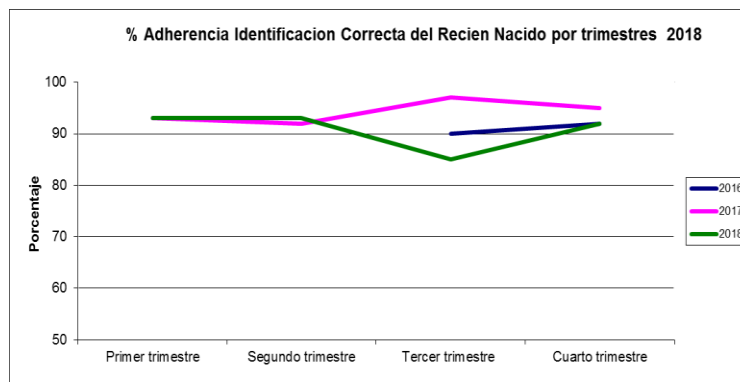


En el cuarto trimestre se observa un mejoramiento con relación a los trimestres anteriores, cerrando el año en 95% de adherencia a la identificación correcta de pacientes. Se observa cumplimiento similar al del año 2017 en cuanto a que su adherencia se mantuvo por encima de 2018.

Identificación correcta del recién nacido

LISTA DE CHEQUEO IDENTIFICACION CORRECTA DEL RECIEN NACIDO IV TRIMESTRE DE 2018	
Mes	% Cumplimiento
Octubre	96%
Noviembre	87%
Diciembre	93%
Total	92%

% Adherencia Identificación del recién nacido 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			90	92
2017	93	92	97	95
2018	93	93	85	92

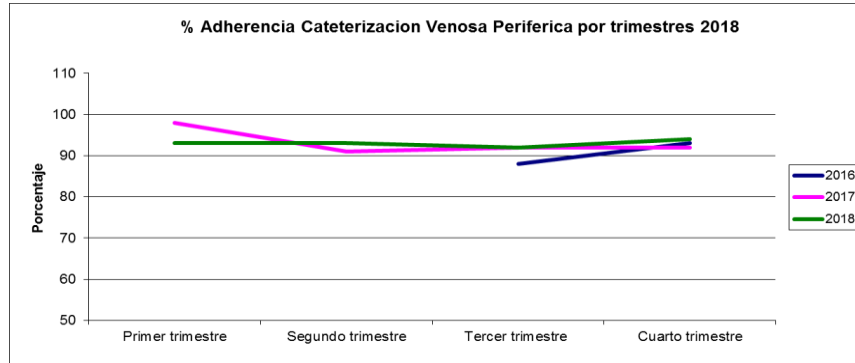


La adherencia a la identificación correcta mejoró en el cuarto trimestre, comparada con el trimestre anterior, pasando de 85% a 92%. El comportamiento durante el año se mantuvo hacia la mejora continuo.

Cateterización venosa periférica

LISTA DE CHEQUEO CATETERIZACION VENOSA PERIFERICA IV TRIMESTRE DE 2018	
Mes	% Cumplimiento
Octubre	90%
Noviembre	96%
Diciembre	97%
Total	94%

% de Adherencia al protocolo de cateterización venosa periférica 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			88	93
2017	98	91	92	92
2018	93	93	92	94



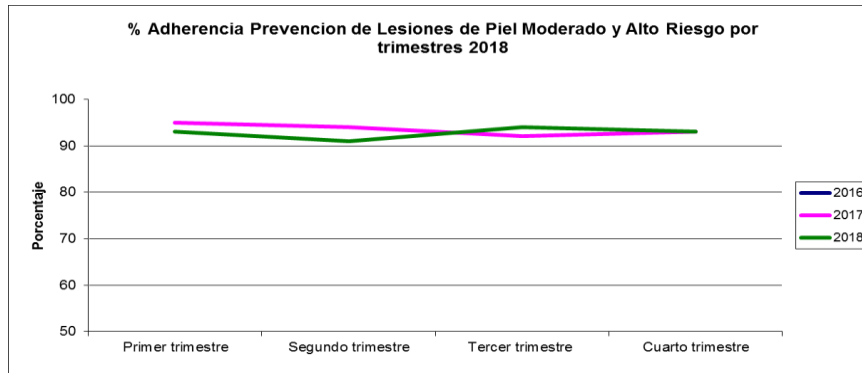
El porcentaje de adherencia a la cateterización venosa periférica aumento en el cuarto trimestre, comparada con el trimestre anterior y con el año pasado. Se desarrollaron actividades educativas por medio de talleres teóricos prácticos y con simulación que promovieron las practicas seguras en este procedimiento lo cual favoreció la disminución en la tasa de flebitis bacteriana institucional <1.

Prevención de lesiones de piel paciente adulto

Lista de chequeo para la prevención de Lesiones de Piel Moderado y Alto Riesgo IV Trimestre 2018	
Mes	% cumplimiento
Octubre	92%
Noviembre	93%
Diciembre	95%
Total	93%

% Adherencia Prevención de Lesiones de Piel Moderado y Alto Riesgo 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			89	
2017	95	94	92	93
2018	93	91	94	93

¡Error! Vínculo no válido.



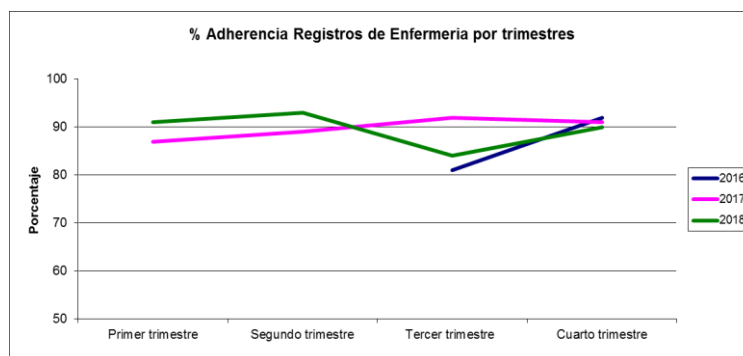
Para este trimestre se llegó a una adherencia del 93%, su comportamiento es similar al del año anterior.

El comportamiento durante el año no presentó diferencias estadísticamente significativas.

Registros de enfermería

LISTA DE CHEQUEO REGISTROS DE ENFERMERIA IV TRIMESTRE DE 2018	
Mes	% cumplimiento
Octubre	88%
Noviembre	90%
Diciembre	93%
Total	90%

% Adherencia Registros de Enfermería por trimestres 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			81	92
2017	87	89	92	91
2018	91	93	84	90

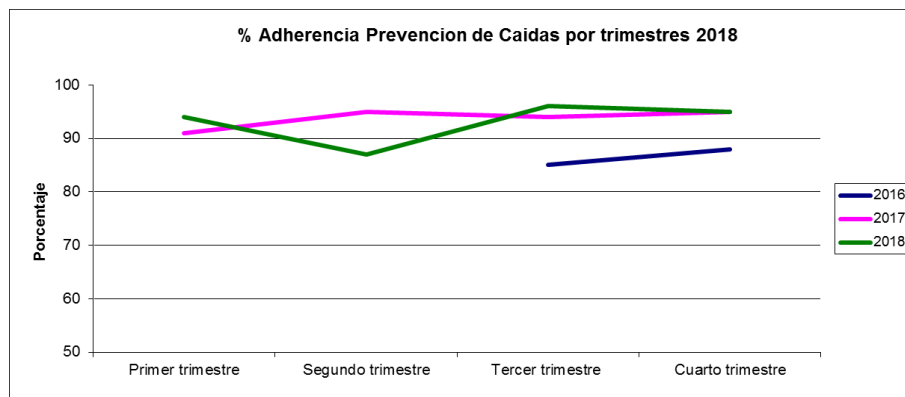


Se observa una mejora con relación al trimestre pasado de 6%, pasando de 84% a 90% y cerrando el año con 93% en el mes de diciembre de 2018. El ítem que presenta menor adherencia es el relacionado con el registro de las actividades de educación en salud. No presenta diferencia estadísticamente significativa con respecto al año anterior. ¡Error! Vínculo no válido.

Prevención de caídas

LISTA DE CHEQUEO PREVENCIÓN DE CAÍDAS IV TRIMESTRE DE 2018	
Mes	% cumplimiento
Octubre	92%
Noviembre	97%
Diciembre	96%
Total	95%

% Adherencia Prevención de Caídas por trimestres 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			85%	88%
2017	91%	95 %	94 %	95 %
2018	94 %	87 %	96 %	95 %



¡Error! Vínculo no válido.

En este trimestre se mantuvo el porcentaje de adherencia comparado con el año anterior, el mes que obtuvo un porcentaje menor fue octubre con un 92%, pero cerramos el año con un 96% en el mes de diciembre de 2018.

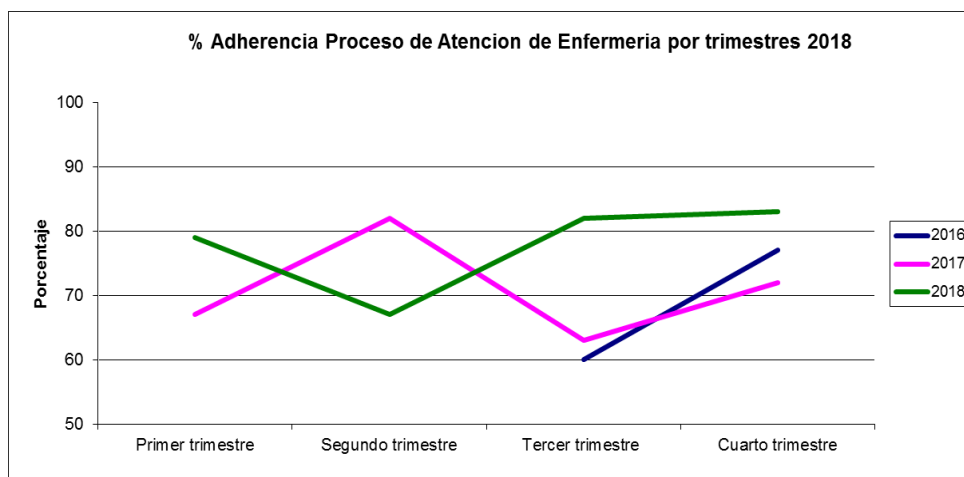
Se debe seguir fortaleciendo la educación en prevención que se brinda al paciente y su familia

Plan de atención de enfermería

LISTA DE CHEQUEO PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA IV TRIMESTRE 2018	
Mes	% cumplimiento
Octubre	69%
Noviembre	89%
Diciembre	90%
Total	83%

% ADHERENCIA AL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA 2018				
Año	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
2016			60	77
2017	67	82	63	72
2018	79	67	82	83

¡Error! Vínculo no válido.

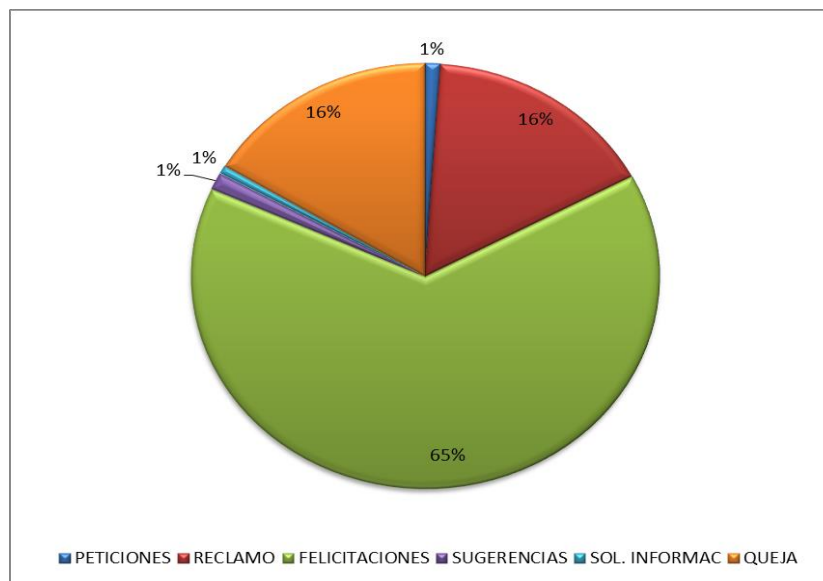


¡Error! Vínculo no válido.

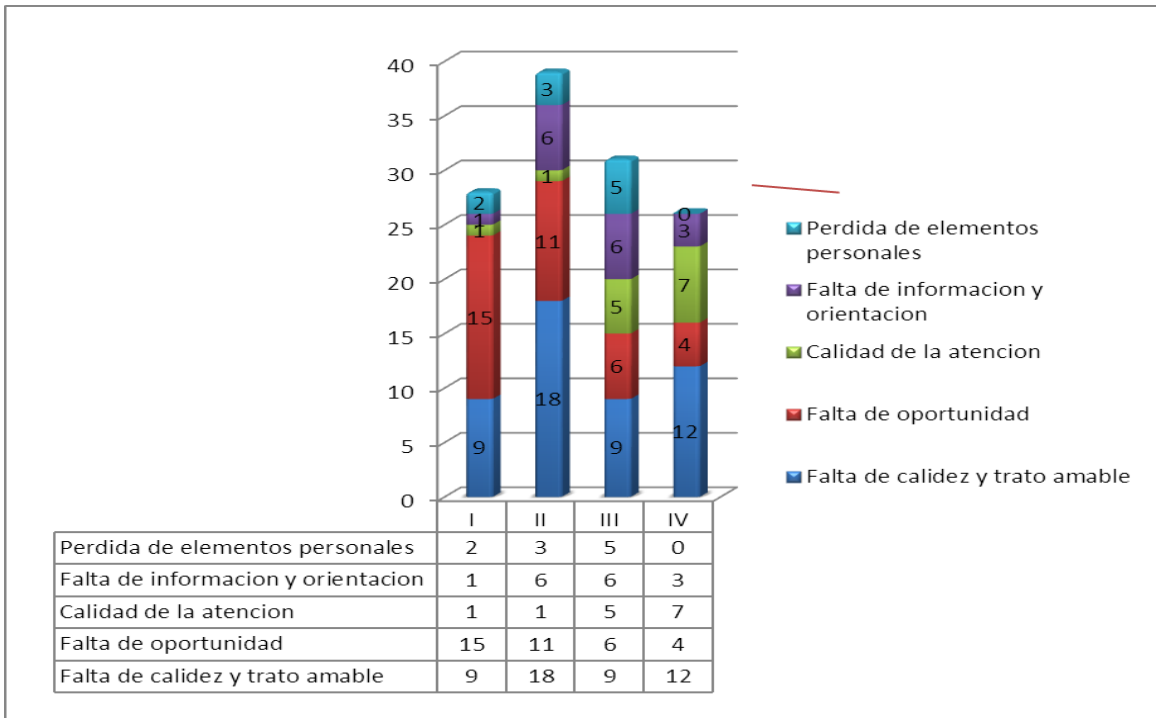
La tendencia de este indicador ha sido de mejora, como se aprecia en la gráfica, se aumentó en este cuarto trimestre en comparación con el año anterior y con el tercer trimestre del 2018, con respecto al año aumento en un 9%. Se han fortalecido los PAE a través de procesos educativos y de seguimiento. Se encuentra importante fortalecer el registro de las actividades estipuladas en el plan y ejecutadas por el personal de enfermería, como parte de la evidencia del cumplimiento del mismo.

Comportamiento de la PQR II Trimestre 2018

SERVICIO ENFERMERIA IV TRIM 2018																					
CLASIFICACION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
PETICIONES	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	5	1	1%	1	1%	3	2%	0	0%
RECLAMO	3	4	10	4	9	8	3	7	9	8	6	5	76	17	16%	21	16%	19	14%	19	18%
FELICITACIONES	20	33	12	24	25	31	21	32	35	29	19	23	304	65	65%	80	63%	88	66%	71	67%
SUGERENCIAS	0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	6	2	1%	2	2%	1	1%	1	1%
SOL. INFORMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	0	1%	0	0%	1	1%	2	2%
QUEJA	6	8	4	6	11	7	4	9	9	7	4	2	77	18	16%	24	19%	22	16%	13	12%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	29	48	26	34	46	48	29	49	56	46	29	31	471	103	100%	128	100%	134	100%	106	100%



Como se aprecia en la gráfica el porcentaje de felicitaciones supera las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y solicitudes de información recibidas durante el año 2018.



Revisadas la PQR desde la evaluación de los procesos, se observó que para el año 2018 en Hospitalización de acuerdo con la línea de base de 32% en 2017, se disminuye al 26%; así mismo en el proceso de Urgencias se tenía línea de base de 18% en el 2017 y se disminuyó al 15% para la vigencia 2018.

Con relación a las causas de PQR, la pérdida de elementos personales mejoró y se llegó a cero pérdidas en el cuarto trimestre del 2018; se realizó actualización del procedimiento control de elementos de valor y control de prótesis y órtesis, el cual se construyó de manera interdisciplinaria, se involucró a la empresa de seguridad y a la subdirección de Hotelaría, impactando positivamente en este resultado. En cuanto a la falta de información y orientación disminuyó en el cuarto trimestre; al igual que la falta de oportunidad. Se aumentó la falta de calidez y trato amable, pero se ha trabajado desde capacitación en las Jornadas realizadas por el equipo de la Subdirección de enfermería, con los camilleros, profesionales y auxiliares, realizadas en el transcurso del año, en las cuales se les enfatiza en la importancia del trato amable y cálido a pacientes y familiares y además se construyó una lista de chequeo de seguimiento al trato amable y humanizado la cual se le ha aplicado al personal involucrado en peticiones, quejas y reclamos por esta causa, haciéndoles una retroalimentación y tomando la firma de cada uno para obtener un compromiso individual. También se realizaron actas con los grupos de trabajo en donde se detecta fallas en trato humanizado.

Actividades de capacitación II Trimestre 2018

Se planeó la realización de cuatro jornadas de capacitación para el personal de la Subdirección de enfermería, lo cual se cumplió y se desarrollaron involucrando a todo el personal. Se realizó una jornada exclusiva para Camilleros, una para Profesionales de Enfermería y dos para auxiliares de enfermería. A continuación se presentan los cuadros con los temas desarrollados y el porcentaje de asistencia.

Educación Desarrollada I Trimestre 2018 Profesionales Enfermería		
	Enfermeros	Porcentaje Enfermería
	92	%
Manejo de buretroles	23	25
Manejo de canister	48	52
Codigo Azul	32	35
Manejo de la terapia VAC	35	38
Manejo de bombas de infusion	19	21

Educación Desarrollada I Trimestre 2018 Auxiliares de Enfermería		
Tema desarrollado	Aux. Enferme	Porcentaje Auxiliar de Enfermería
	381	%
Taller de recibo y entrega de turno	250	66
Taller de prevencion de flebitis quimica y administracion segura de medicamentos.	250	66
Taller de prevencion de lesiones de piel.	250	66
Presentacion de POA subdireccion de enfermeria	250	66
Socializacion paciente cronico	250	66
Manejo de buretroles	73	19
Manejo de canister	141	37
Codigo Azul	34	9
Manejo de la terapia VAC	115	30
Manejo de bombas de infusion	58	15
Capacitacion realizada por Enfermeras en los servicios (Higiene de manos, Cateterizacion vesosa, Manejo de medicamentos, escala RASS)	56	15

Educación Desarrollada II Trimestre 2018 Auxiliares de Enfermería		
Temas desarrollados	Aux. Enfermeria	Porcentaje Auxiliar de Enfermeria
	381	%
Escala de dolor	81	21
Prevencion de ulceras por presion	81	21
Terapia VAC	34	9
Riesgo de caida	81	21
Capacitacion en vigilancia de Sarampion y Rubeola	62	16
Registro de oxigeno	119	31
Principios y manejo de resicitador adulto en PVC	66	17
Recomendaciones del galardón de seguridad del paciente	146	38

Educación Desarrollada II Trimestre 2018 Profesionales de Enfermería		
Temas Desarrollados	Enfermeros	Porcentaje Enfermeria
	92	%
Escala de dolor	20	22
Prevencion de ulceras por presion	20	22
BK seriado	17	18
Recibo y entrega de turno	25	27
Capacitacion en vigilancia de Sarampion y Rubeola	16	17
Registro de oxigeno	34	37
Principios y manejo de resicitador adulto en PVC	23	25
Recomendaciones del galardón de seguridad del paciente	51	55
Privacidad y confidencialidad	69	75
PAE	69	75
Tecnologia amigable y segura	69	75
Seguridad del paciente con énfasis en caidas	90	98

Educación Desarrollada III Trimestre 2018 Profesionales de Enfermería		
Temas desarrollados	Enfermeros	Porcentaje
	92	%
Deberes y derechos de los colaboradores del HUS	75	82
Registro de oxígeno	16	17
Cuidados de la fistula AV	12	13
Escala de Braden	15	16
Identificación correcta del paciente	17	18
Manejo de glucometros	38	41
Rondas de enfermería	62	67
Curación y manejo de cateter central	92	100
5 correctos en administración de medicamentos	75	82
Registros de enfermería	27	29
Medicamentos de alto riesgo (Prevención de felbitis química)	57	62

Educación Desarrollada III Trimestre 2018 Auxiliares de Enfermería		
Temas Desarrollados	Aux. Enfermería	Porcentaje Auxiliar de Enfermería
	381	%
Registros de enfermería	227	60
Taller de prevención de infecciones (EMMHH, Aislaminetos)	193	51
Privacidad y confidencialidad	130	34
Rondas de enfermería	298	78
Ejecución de plan de cuidado de enfermería	141	37
Prevención de fuga de pacientes	130	34
Educación: Plan de egreso y autocuidado	130	34
Deberes y derechos de los colaboradores del HUS	64	17
Registro de oxígeno	82	22
Cuidados de la fistula AV	42	11
Escala de Braden	69	18
Identificación correcta del paciente	45	12
Manejo de glucometros	104	27
5 correctos en administración de medicamentos	201	53
Medicamentos de alto riesgo (Prevención de felbitis química)	185	49

Consolidado Educación IV Trimestre 2018 Profesionales de Enfermería		
Temas Desarrollados	Enfermeros	Porcentaje
	92	%
1 Intervención de enfermería en pacientes con cateter central	72	78
2 Limpieza y desinfección	60	65
3 Identificación correcta del paciente	11	12
4 Humanización (Rompetrafcos)	28	30
5 Sistema de presión negativa (VAC)	45	49
6 Recomendaciones del llamado de enfermería	44	48
7 Manejo de residuos peligrosos y no peligrosos	38	41
8 Prevención de riesgo de caídas en el proceso ambulatorio	73	79
9 Ronda de enfermería	91	99
10 Guía de prescripción de insulina en paciente hospitalizado no crítico	91	99
11 Registros de enfermería	91	99

Consolidado Educación IV Trimestre 2018 Auxiliares de Enfermería		
Temas Desarrollados	Aux. Enfermería	Porcentaje Auxiliar de Enfermería
	381	%
1 Intervención de enfermería en pacientes con cateter central	142	37
2 Limpieza y desinfección	172	45
3 Identificación correcta del paciente	79	21
4 Humanización (Rompetrafcos)	77	20
5 Sistema de presión negativa (VAC)	70	18
6 Recomendaciones del llamado de enfermería	162	43
7 Manejo de residuos peligrosos y no peligrosos	144	38
8 Prevención de riesgo de caídas en el proceso ambulatorio	233	61
9 Ronda de enfermería	138	36
10 Guía de prescripción de insulina en paciente hospitalizado no crítico	71	19
11 Registros de enfermería	138	36
12 Taller de prevención de infecciones (EMMHH, Aislaminetos)	138	36
13 Privacidad y confidencialidad	138	36
14 Ejecución de plan de cuidado de enfermería	138	36
15 Prevención de fuga de pacientes	138	36
16 Educación: Plan de egreso y autocuidado	138	36

Investigación:

El grupo de investigación de enfermería obtuvo y mantuvo el reconocimiento de Colciencias como categoría C y presentó los siguientes proyectos al Comité de investigación los cuales están desarrollo y dos de ellos ya terminados.



051



SC5520-1



Nombre proyecto	Área/Servicio	Grupo Investigación	Línea de investigación institucional	Investigador principal Nombre completo
COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y LA DEL CUIDADOR FAMILIAR, ACERCA DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE III NIVEL DE ATENCIÓN DE CUNDINAMARCA, EN EL 2018.	ENFERMERÍA	Enfermería	Gestión del cuidado	Sandra Patricia Pulido B
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR FAMILIAR ACERCA DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE LA TRANSICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL, DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE III NIVEL	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	DORIS HELENA TORRES ACOSTA
EFEECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA SOBRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE DE LOS MADRES CON HIJOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	GERMAN ANDREY SARMIENTO VELASCO
EFEECTO DE UN "PLAN DE CUIDADO ANTICIPADO Y ESTRUCTURADO EN EL ALTA HOSPITALARIA (PC-AH)", SOBRE LA CARGA DEL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRASMISIBLE	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	GLORIA CARVAJAL CARRASCAL
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA – APRENDIZAJE EN LA IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE CON EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	JENNY PAOLA APONTE CASTRO
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR FAMILIAR ACERCA DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE LA TRANSICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE III NIVEL	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	GLORIA ISABEL GAMBOA PINILLA
COMPETENCIAS DE LIDERAZGO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.	URGENCIAS	Enfermería	Gestión del cuidado	CARLOS HARVEY JAIMES PABÓN
EFEECTO DE UN "PLAN DE CUIDADO ANTICIPADO Y ESTRUCTURADO EN EL ALTA HOSPITALARIA (PC-AH)", SOBRE LA CARGA DEL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRASMISIBLE	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	GLORIA CARVAJAL CARRASCAL
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA – APRENDIZAJE EN LA IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE CON EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	JENNY PAOLA APONTE CASTRO

Nombre proyecto	Área/Servicio	Grupo Investigación	Línea de investigación institucional	Investigador principal Nombre completo
COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y LA DEL CUIDADOR FAMILIAR, ACERCA DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE III NIVEL DE ATENCIÓN DE CUNDINAMARCA, EN EL 2018.	Enfermería	Enfermería	Gestión del cuidado	Sandra Patricia Pulido B
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR FAMILIAR ACERCA DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE LA TRANSICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL, DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE III NIVEL	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	DORIS HELENA TORRES ACOSTA
EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA SOBRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE DE LOS MADRES CON HIJOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	GERMAN ANDREY SARMIENTO VELASCO
EFFECTO DE UN "PLAN DE CUIDADO ANTICIPADO Y ESTRUCTURADO EN EL ALTA HOSPITALARIA (PC-AH)", SOBRE LA CARGA DEL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRASMISIBLE	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	GLORIA CARVAJAL CARRASCAL
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA – APRENDIZAJE EN LA IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE CON EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	JENNY PAOLA APONTE CASTRO
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR FAMILIAR ACERCA DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE LA TRANSICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE III NIVEL	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	GLORIA ISABEL GAMBOA PINILLA
COMPETENCIAS DE LIDERAZGO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.	URGENCIAS	Enfermería	Gestión del cuidado	CARLOS HARVEY JAIMES PABÓN
EFFECTO DE UN "PLAN DE CUIDADO ANTICIPADO Y ESTRUCTURADO EN EL ALTA HOSPITALARIA (PC-AH)", SOBRE LA CARGA DEL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRASMISIBLE	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	GLORIA CARVAJAL CARRASCAL
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA – APRENDIZAJE EN LA IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE CON EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA	ENFERMERIA	Enfermería	Gestión del cuidado	JENNY PAOLA APONTE CASTRO

2.6 GESTIÓN OFICINA DE ESTADÍSTICA




GESTIÓN DEL PROCESO

El presente informe contempla las actividades macro de la oficina de estadística durante la Vigencia 2018; se tuvieron los siguientes resultados.

Se realizó trimestralmente los reportes de norma requeridos en lo referente a producción, calidad y capacidad instalada. Se presenta el detalle de los informes presentados durante el año 2018, los reportes de norma de cierre de año se presentan en el primer mes del año 2019, se incluyen en el cuadro el número de reportes que se debieron presentar durante el año 2018

RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN RESOLUCIÓN	PERIODICIDAD	NUMERO DE REPORTES DEL I TRIMESTRE DE 2018
RES 4505 DE 2012	PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	MENSUAL	12 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 0247 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER	ANUAL	1 reporte a las diferentes aseguradoras. Febrero 20 de 2018
RES 0123 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMOFILIA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras. Febrero 20 de 2018
RES 4725 DE 2011 RES 783 DE 2012 (MODIFICACIONES EN LA RESOLUCIÓN 4725 DE 2011)	VIH SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	SEMESTRAL	2 reportes a las diferentes aseguradoras. Presentados el 20 de febrero de 2018 y el 14 de agosto de 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CALIDAD	SEMESTRAL	2 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO, Enero 23 de 2018 y Julio 21 de 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	4 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Enero 23 de 2018, Abril 20 de 2018, Julio 13 de 2018 y octubre 22 de 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CAPACIDAD INSTALADA	ANUAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Correspondiente al consolidado del año 2017
RESOLUCIÓN 256 DE 2016	CALIDAD	SEMESTRAL	2 reporte subido a la plataforma PISIS del Ministerio de Protección Social, correspondiente al segundo semestre de 2017 y primer semestre de 2018. Enero 30/2018 y julio 27/2018
MATRIZ DE GESTIÓN	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	4 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Correspondiente al IV trimestre de 2017. I, II y III trimestre de 2018.

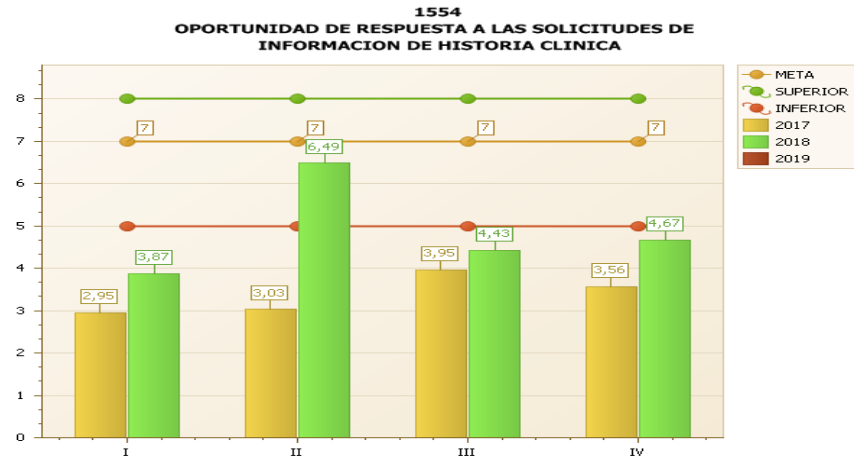
En el IV trimestre de 2018 se realizaron las siguientes actividades

ACTIVIDAD	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Pre crítica a certificados de Nacido Vivo 	Se realizó pre crítica a un total de 150 certificados de nacido vivo	Se le realiza la pre crítica a todos los certificados de nacido vivo generados en la institución
Pre crítica a certificados de defunción	Se realiza pre crítica a 109 certificados de defunción	Se le realiza la pre crítica a todos los certificados de defunción de muertes naturales, las muertes violentas a pesar que el certificado lo cargan a la Institución, éste es expedido por medicina legal por lo que a estos no les realizamos la pre crítica
Registro Civil de Nacimiento  	Se registraron un total de 55 bebés, logrando en este trimestre un porcentaje de 36.7% de bebés registrados nacidos en el HUS. Es el número más de registros que ha realizado el hospital en un trimestre	Se estabilizó la plataforma tecnológica para registro civil de nacimiento, de la cual fuimos seleccionadas para el pilotaje en Bogotá, generando un valor agregado a los familiares de los recién nacidos registrados ya que en línea se firman por el registrador de San Cristóbal, disminuyendo el tiempo de entrega del original del registro, adicionalmente se evita el desplazamiento de los padres a la registraduría.
Respuesta información de historia clínica	Se tramitaron un total de 453 solicitudes de información de historia clínica	Se registró una oportunidad de respuesta en periodo de 4.7 días (El análisis e realiza en la presentación del indicador)
Seguimiento y realización de cambios de datos de identificación de los usuarios en DGH	434 cambios realizados en la base de datos de DGH	De los 434 cambios realizados, 128 corresponden a los cambios normales por tipo y número de documento de identidad y 306 a cambios generados por error de digitación en tipo, número de identidad y/o nombres y apellidos. De los errores se han realizado las retroalimentaciones soportadas a los funcionarios que generaron la inconsistencia en la base de datos.
Revisión de calidad en la epicrisis	Se revisaron en el trimestre un total de 2669 epicrisis, de las cuales 664 se pasaron a proceso de corrección.	Se realizó la validación de diagnóstico, estado de egreso, fecha y evoluciones completas.

ANÁLISIS DE INDICADORES:

(Gráficos y análisis tomados del Tablero Único de Control de Indicadores TUCI)

1554. OPORTUNIDAD RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

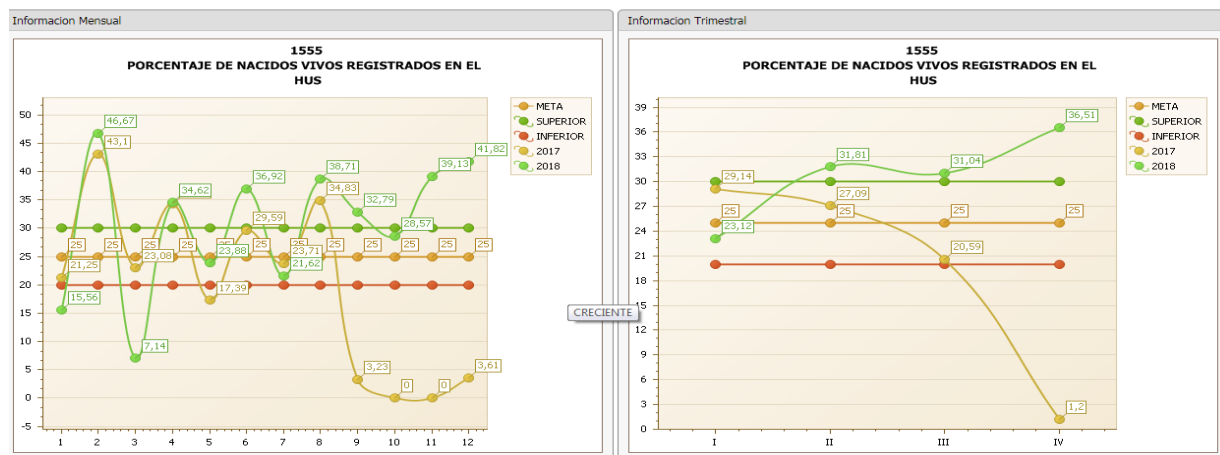


2018 12:

El resultado del indicador de oportunidad de respuesta a solicitudes de necesidades de información en el cuarto trimestre del año 2018 fue de 4.8 días presentando un incremento de 1.0 día con relación al resultado del iv trimestre de 2017; esta diferencia está relacionada con el incremento del número de solicitudes que registraron un aumento del 26.5% pasando de tener 358 en el iv trimestre de 2017 a 453 en el mismo periodo del año 2018.

El consolidado del año registró un incremento de 1.3 días con relación al año 2017 incidieron negativamente en la consolidación del resultado el ii trimestre por aumento significativo por cambio de la funcionaria encargada de la respuesta a estas necesidades de información y el iv trimestre por aumento en el número de solicitudes de información a pesar de los aumentos registrados en la oportunidad se logró en el año 2018 estar por debajo de la meta establecida del indicador tan solo en el mes de junio se presentó un incremento de 1 día por encima de la meta establecida.

1555. porcentaje de nacidos vivos registrados en el hus



2018 12:

Comparativamente con el iv trimestre del año 2017 el indicador registra un aumento del 35.5% la diferencia tan significativa obedece a que en el periodo del año anterior por actualización en el aplicativo de la registraduría no se prestó el servicio de registro civil en la institución comparando los resultados del año 2018 con 2017 se registra un aumento en el porcentaje del 10.3% que en parte corresponde a que en el iv trimestre de 2017 no se prestó el servicio pero con gran satisfacción se puede evidenciar que efectivamente se presentó un aumento en el porcentaje de niños registrados ya que en los resultados históricos el mayor porcentaje de registros realizados a nuestros nacidos vivos se registró en el iv trimestre de 2018 con un porcentaje de 36.7%.

En el cuarto trimestre se culminó la actividad de generación de espacio en el archivo de gestión de historias clínicas, realizando clasificación de historias, traslado a archivo pasivo y se corrió y distribuyó espacio para cada uno de las series de historias clínicas. En el mes de mayo de 2018 se culminó la entrega de las historias clínicas, generadas durante el periodo de operación del hospital de la Samaritana en el Hospital San Rafael de Girardot, a la Clínica Dumian. Se entregaron un total de 262830 historias clínicas, debidamente inventariadas.

En resumen la entrega fue:

PUESTO DE SALUD	FECHA ENTREGA	NUMERO DE ACTA	No. HC ENTREGADAS
GUATAQUI	MARZO 17 DE 2016	11 DE 2016	1314
PUEBLO NUEVO (Municipio de NILO)	MARZO 17 DE 2016	12 DE 2016	670
NARIÑO	MARZO 17 DE 2016	14 DE 2016	1860
NILO - SANTA LUISA	MARZO 30 DE 2016	15A DE 2016	2288
BARZALOZA	AGOSTO 9 DE 2016 ABRIL 25 DE 2017	18 DE 2016 ACTA 22 DE 2017	1158
PERIFERICO	JUNIO 27 DE 2017	ACTA 24 DE 2017	2990
KENEDY	OCTUBRE 24 DE 2017	ACTA 25 DE 2017	3588
BUENOS AIRES	OCTUBRE 25 DE 2017	ACTA 27 DE 2017	3054
10 DE MAYO	OCTUBRE 25 DE 2017	ACTA 28 DE 2017	2643
MIRAFLORES	NOVIEMBRE 28 DE 2017	ACTA 29 DE 2017	2594
HOSPITAL GIRARDOT- HISTORIAS CLÍNICAS DE URGENCIAS GENERALES	DICIEMBRE 28 DE 2017	ACTA 30 DE 2017	141570
HOSPITAL GIRARDOT- HISTORIAS CLÍNICAS DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS	DICIEMBRE 28 DE 2017	ACTA 30 DE 2017	13493
HOSPITAL GIRARDOT HISTORIAS CLÍNICAS DE ARCHIVO GESTIÓN	MAYO 7 DE 2018	ACTA 31 DE 2018	85608
TOTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS ENTREGADAS			262830

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.

**GESTIÓN TRABAJO SOCIAL
CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES TRABAJO SOCIAL 2018**

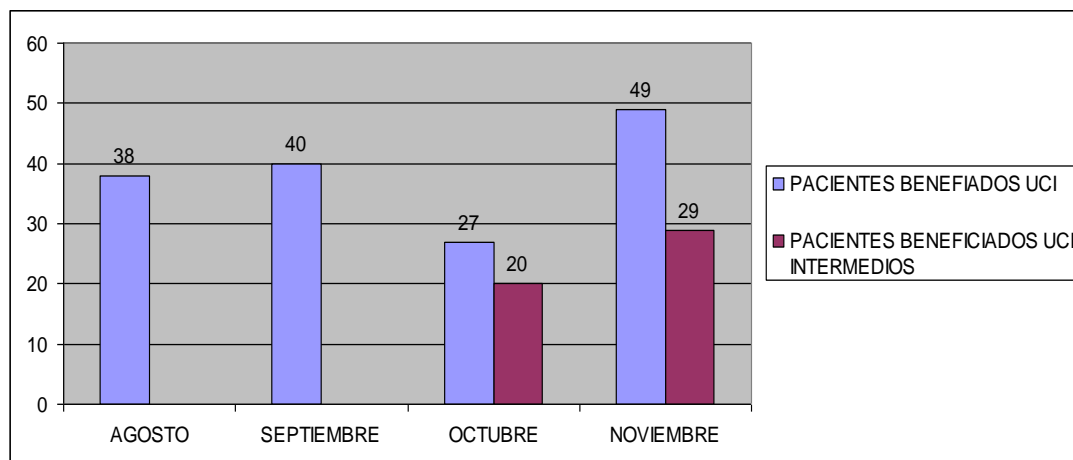
No.	ACTIVIDADES	TOTAL	PROM
1.	Participación en Entrega de Turno Institucional -7:00 a.m.	196	32
2.	Revista social en el Servicio.	1696	276
3.	Revista social Médico – Administrativa.	1139	176
4.	Participación en Juntas Quirúrgicas del Servicio.	52	6
5	Información, orientación y apoyo al paciente y su familia.	45354	7599
5.1	Estudios sociales realizados	6776	1172
5.2	Divulgación de Derechos y Deberes.	18228	3063
5.3	Divulgación de Guía del Usuario.	10356	1721
5.4	Respuesta a inter-consultas médicas y/o valoraciones.	1193	213
5.5	Solicitud de autorizaciones de servicios.	1865	326
	1. Trámite de exámenes de apoyo diagnóstico y/o terapéutico.	525	88
	2. Trámite de medicamentos ambulatorios.	706	121
	3. Trámite de oxígeno domiciliario.	643	119
5.6	Remisiones y Contraremisiones a otro nivel.	954	113
5.7	Reubicación institucional y social de pacientes.	30	6
5.8	Gestión HUS – Fundación Elleng Riegner de Casas.	68	11
5.9	Reporte de Pacientes a Entidades (ICBF, Comisarías, Alcaldías, EPS (promoción y prevención)).	1720	286
5.10	Salida de pacientes efectivas por Trabajo Social.	4214	736
6.	Trámite de ambulancias	719	113
7.	Realización de Jornadas de Capacitación al personal del HUS.	13	2
8.	Participación en Comités Institucionales (Acreditación, MECI, Lactancia Materna).	41	6
9.	Participación en Brigadas de Emergencias del HUS.	1	0
10.	Participación en Cursos de Capacitación.	35	7
11.	Respuesta a SIAU (PQRS).	0	0
TOTAL		49246	8216

El consolidado anterior nos permite evidenciar que el equipo de Trabajo Social realizo un total de 49.246 actividades a los usuarios y sus familias durante el transcurso del año 2018, teniendo un promedio de 8.216 actividades mensualmente; dentro de las cuales se destacan la Información, orientación y apoyo a los paciente y sus familias, la realización de Estudios Sociales, divulgación de Derechos y Deberes junto con la entrega de la Guía del Usuario, y el egreso efectivo de paciente.

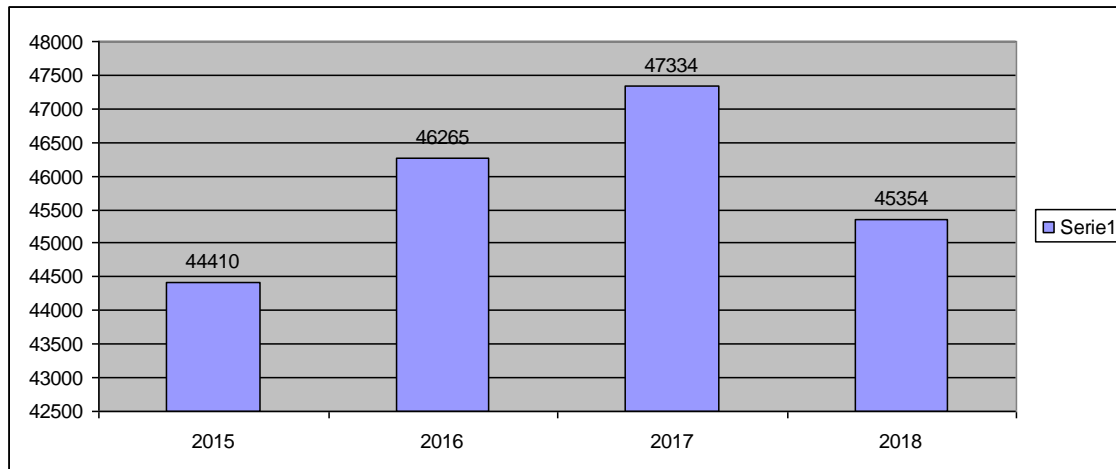
De igual manera se puede evidenciar en los datos anteriores que año tras año para el equipo de Trabajo Social ha sido imprescindible rescatar la intervención individual y/o familiar, que se ve reflejada en la elaboración de estudios sociales, evidenciándose una aumento en esta actividad para el 2018 con 1172 presentándose un aumento del 44% aproximadamente con relación al año anterior; esto se debe al ingreso de la Trabajadora Social en el mes de Febrero, de acuerdo al requerimiento para Acreditación; permitiendo así identificar la población que requieren un acompañamiento desde el área social para realizar una gestión interinstitucional, los reportes legales en caso de ser requeridos, y mitigar las situaciones de vulnerabilidad que afectan el estado de salud de los pacientes, entre otros.

Una de las prioridades entonces para el 2019 debe ser el incrementar este número, que evidencia procesos de integralidad en la atención en salud a los usuarios (paciente-familia) que significan el reconocimiento de factores psico-sociales como importantes para su diagnóstico.

Es importante resaltar la propuesta de Estimulación sensorial y auditiva a los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedio, por la Trabajadora Social Nohora Chaparro quien inicia su propuesta en el mes de Julio del 2018, empezando actividades el 10 de Agosto en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), en donde se realiza una lectura de un texto previamente definido que deje una enseñanza contando con la participación de un Sacerdote, Equipo Pastoral (11 personas) y Damas Rosadas (5); quienes acompañan por un lapso de 15 minutos al paciente.



Al observar que la actividad tuvo una respuesta positiva por parte de los pacientes y sus familias, se hizo extensiva la propuesta a la Unidad de Cuidado Intermedio (5 piso) el 12 de Octubre del 2018; contando con una continuidad hasta el mes de Diciembre, contando con un total de 235 pacientes a quienes se le hizo acompañamiento en el último Semestre del 2018 como se evidencia en la gráfica anterior.

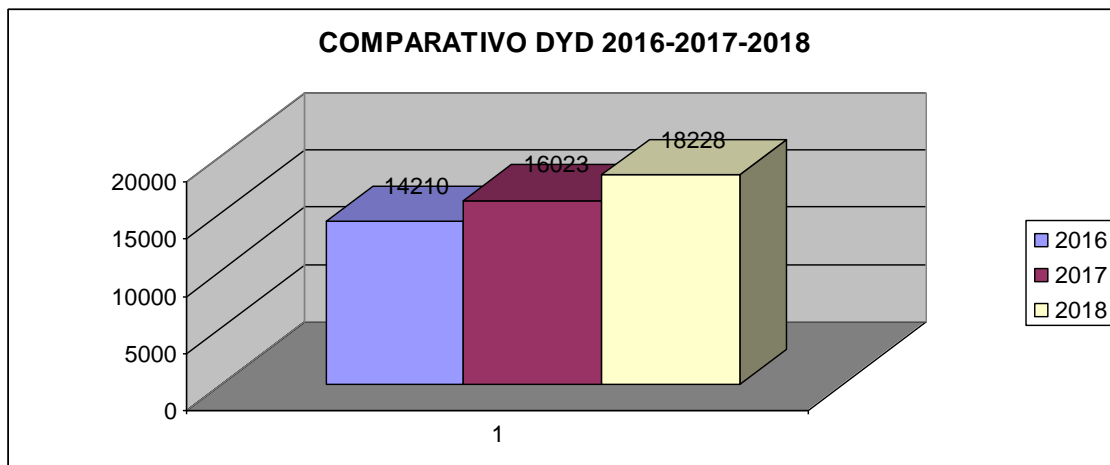
COMPARATIVO ACCIONES DE INFORMACION, ORIENTACIÓN Y APOYO ADMINISTRATIVO AL PACIENTE Y SU FAMILIA

La gráfica anterior nos muestra las actividades como el brindar información, orientación y apoyo administrativo a los usuarios en los diferentes servicios, presentando una disminución con relación al año anterior con un total de 4535 para el 2018. Dichas actividades se distribuyen en la elaboración de estudios sociales, la divulgación de Deberes y Derechos, y guía del Usuario, la respuesta a inter-consultas, la solicitud de autorizaciones, remisiones, gestión con la Fundación Elleng Riegner, procesos de Reubicación, reporte a otras entidades (ICBF, Comisarías, Alcaldías, a EPS para promoción y prevención, entre otros.) y salida de pacientes; siendo acciones imprescindibles a la hora de brindar un dato frente al acompañamiento y apoyo al paciente y su familia.

Con este comparativo es importante señalar que las Trabajadoras Sociales tienen algunas dificultades al momento de realizar éste acompañamiento, como:

1. Ausencia de familiar, acudiente o responsable del paciente para iniciar y realizar trámites de exámenes, oxígeno domiciliario, medicamentos ambulatorios, remisiones a otras IPS y proceso de salida a casa.
2. Débil oferta de servicios de atención para ubicación a la población en abandono tanto en Cundinamarca como en Bogotá.
3. Ausencia de red contratada por las EPS y oportunidad de camas hospitalarias en la red de prestadores de las EPS para las remisiones de pacientes oncológicos, coronarios, pediátricos, cardiovasculares y contra-remisiones para el I y II nivel de IPS de la red departamental.
4. Demora en el suministro de oxígeno domiciliario y medicamentos ambulatorios por parte de las EPSS y EPSC.
5. Comunicaciones difíciles con EPS y Entes Territoriales para solicitud de autorizaciones de servicios y trámites administrativos.
6. Falta de oportunidad en las EPS e IPS contratadas para las citas de exámenes de apoyo diagnósticos no ofertados por el HUS para pacientes de urgencias y hospitalización.

USUARIOS SOCIALIZADOS EN DERECHOS Y DEBERES y GUIA DEL USUARIO 2014 – 2017



Durante el año 2018 se socializa un total de 18.228 usuarios (paciente-familia) en Derechos y Deberes, presentándose un aumento, cumpliendo con una meta mínima de 150 socializaciones al mes por Trabajadora Social. Con relación a la Guía del Usuario, el equipo de Trabajo Social informa a la familia aspectos relevantes como: horarios de visitas, políticas institucionales, servicios con los que contamos de acuerdo a las necesidades de los usuarios, entre otros aspectos; esto con el apoyo de la “Guía de información al Usuario y su familia” en físico, que se encuentra en proceso de actualización.

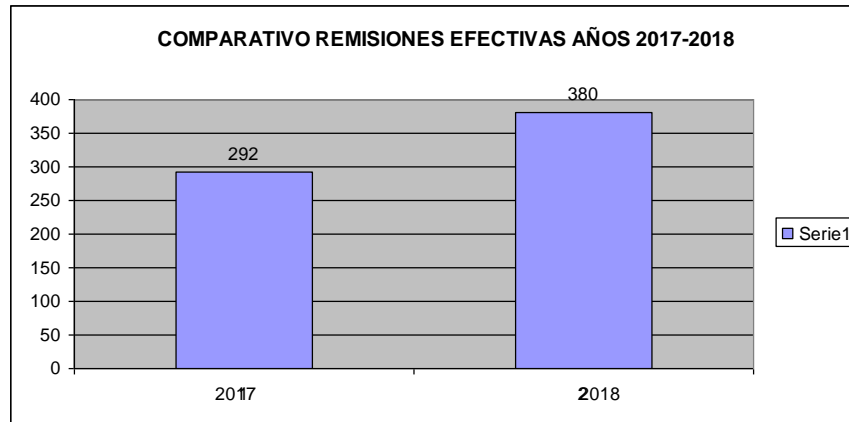
De igual manera la gráfica nos permite observar que en los últimos tres años se ha incrementado el número de usuarios socializados en deberes y derechos gracias al esfuerzo mancomunado de todo el equipo de Trabajo Social y las diferentes estrategias implementadas desde la Dirección de Atención al Usuario.

El equipo de Trabajadoras Sociales manifiesta que dentro de los derechos que generalmente hace énfasis está Recibir atención Humanizada y Trato amable y recibir información integral debido a que son los que presentan un mayor porcentaje de vulneración. En cuanto a Deberes trato amable y respetuoso, cuidar la salud, Realizar el copago correspondiente y cuidar el HUS son los que más se fortalece con los usuarios.

Es importante mencionar que la Trabajadora Social Nohora Chaparro, a partir de la propuesta de intervención en la UCI, la cual se presentó en el último trimestre de 2016, en donde especifica el incremento de socializaciones de DYD en la UCI, Salas de recuperación y salas de espera del 2 piso, se evidencia un incremento de ésta actividad teniendo una meta mensual de 300 socializaciones a usuarios en estos servicios.

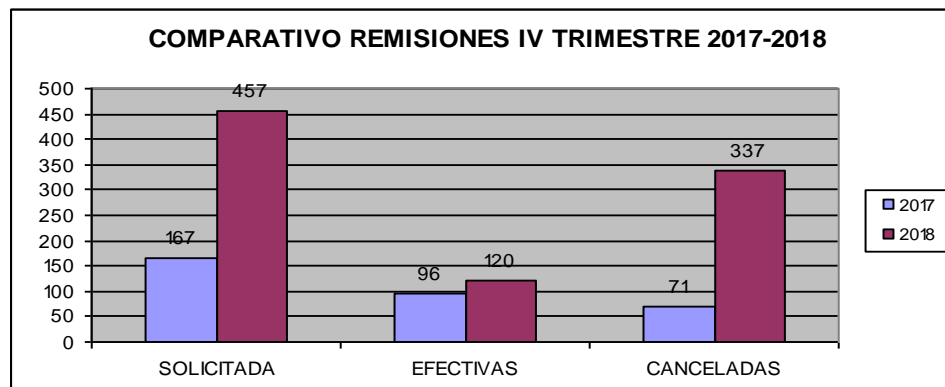
Es pertinente señalar que el Hospital Universitario de la Samaritana vela por el cumplimiento de los derechos realizando un acompañamiento continuo a los usuarios el paciente y su familia durante la permanencia en nuestra Institución.

COMPARATIVO – PROCESO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Desde Trabajo Social ha realizado la referencia año tras año de pacientes hospitalizados con patologías oncológicas, coronarias, pediátricas, cardiovasculares, servicios que el HUS no tiene habilitados ni ofertados a las EPS y entes territoriales. Es por esto que de acuerdo al gráfico anterior se puede evidenciar que se presentó un aumento en los procesos de referencia con relación al año anterior.

La falta de red contratada por las EPS y la no disponibilidad de camas hospitalarias en otras IPS generan demora e inoportunidad de ubicación de los pacientes y estancia prolongada, inconformismo en los usuarios; es por esto que se busca apoyo de la dirección científica y la Gerencia del HUS para oficiar a las EPS y Superintendencia de Salud.

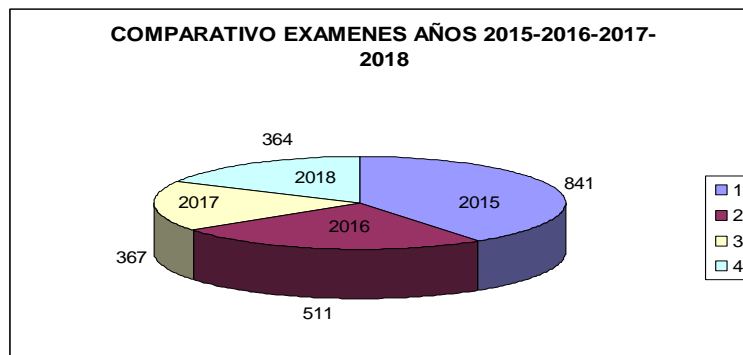


Para el año 2018 se solicitaron un total de 457 trámites de referencia de pacientes evidenciándose un aumento del número de pacientes a quienes se ha realizado proceso de referencia, siendo este considerable con relación al año anterior. Del total de trámites solicitados se efectuaron 120 y se cancelaron 337, este último se da por criterio médico, se autoriza atención en el HUS o el paciente fallece. A esto se tiene a favor, el compromiso del equipo de Trabajo Social que conoce y hace uso de todos los recursos para desarrollar el proceso en el menor tiempo posible.

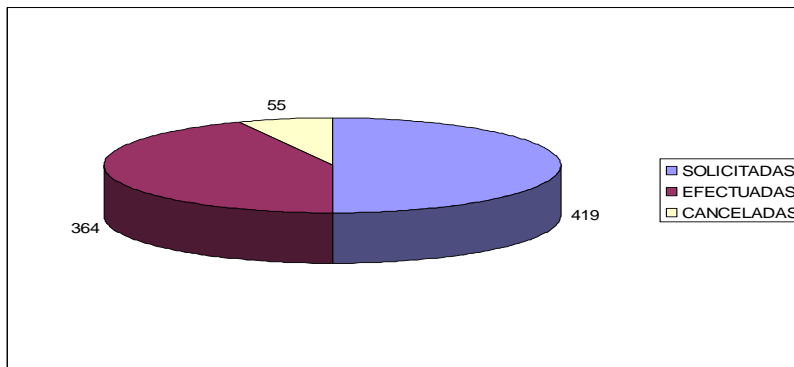
Es importante tener en cuenta que para el mes de Octubre se presenta un incremento en el trámite de referencia, ya que se suspende el contrato con la EPS Convida dando inicio a remisión por no contrato con el área de referencia de la EPS; siendo esta la de mayor demanda en el HUS.

Es indispensable para el año 2019 continuar con la gestión que se ha venido desarrollando, sin embargo es importante que el área encargada del HUS de establecer contratos con las EPS, dando a conocer la importancia de ofertar todos los servicios necesarios para sus pacientes y se evite así demoras en las remisiones.

COMPARATIVO EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO REALIZADOS FUERA DEL HUS (DEMANDA INSATISFECHA)



La gráfica anterior nos permite observar que el área de Trabajo Social recibió un total de 364 solicitudes de exámenes de apoyo diagnóstico para realizar fuera del HUS, evidenciándose una disminución desde el año 2015. Los servicios requeridos son aquellos que no se tienen habilitados ni ofertados a las EPS y entes territoriales. Es importante tener en cuenta que desde el año 2016 la institución cuenta con un resonador, lo cual permite generar un beneficio para los pacientes y mayor oportunidad en la atención.



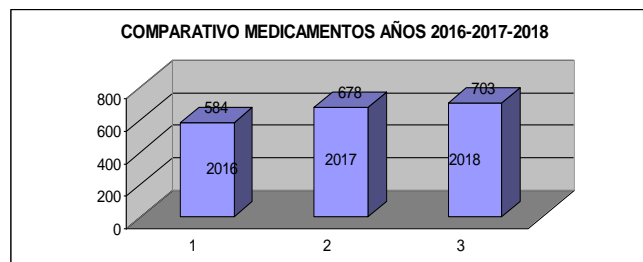
Igualmente se puede evidenciar que del total de trámites solicitados, 364 se efectuaron mientras que los 55 restantes fueron cancelados; cabe la pena aclarar que los exámenes de apoyo diagnóstico que más se solicitan son las hemodiálisis ambulatorias con un 43%, seguido de las ecoendoscopias Biliopancreatica y las Gammagrafías.

Es importante resaltar que en el transcurso del año 2018 el TAC presento en dos oportunidades daño en el equipo quedando este fuera de servicio, inicialmente desde el 18 de Marzo hasta el 05 de Abril aproximadamente; y en el mes de Diciembre del 13 al 20 de este mes; así mismo se presentó daño del Colonoscopio en el mes de Diciembre. Por lo que se realiza contingencia correspondiente en donde el equipo de trabajo social inicia trámite de examen de apoyo diagnóstico ante el Instituto Nacional de Cancerología a través del contrato con esta institución, y con la EPS.

De acuerdo a lo anterior se evidencia un aumento en el inicio de trámite de examen de apoyo diagnóstico en el IV trimestre del 2018 con relación al anterior contando con un total de 70 tramites.

La falta de red contratada por las EPS y no disponibilidad oportuna de citas en otras IPS generan demora en definición de conductas médicas, estancia prolongada, inconformismo en los usuarios; sin embargo la gestión realizada por el equipo propende por su realización en el menor tiempo posible.

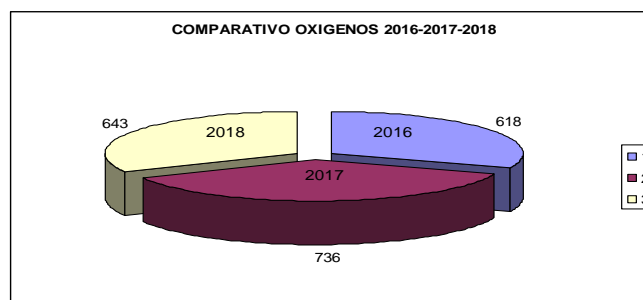
COMPARATIVO - TRAMITE DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS



Una de las acciones realizadas por Trabajo Social es el trámite de medicamentos ambulatorios, servicio que no tiene el HUS habilitado ni ofertado a las EPS y entes territoriales. Durante el año 2018 se tramitó un total de 703 medicamentos, presentando un aumento con relación a los años anteriores; estos valores pueden variar respecto a los ingresos Hospitalarios y diferentes diagnósticos de la población atendida en el Hospital Universitario de la Samaritana. De igual manera el equipo de trabajo social realizó un total de 159 en el IV Trimestre del año, presentándose una disminución con relación al anterior. Dentro de los medicamentos que más se realiza trámite son Enoxaparina, Insulina, Davigatran, Bolsas y carallas de colostomía, entre otras.

Frente al análisis mensual que se lleva a cabo de oportunidad en la entrega de medicamentos contamos con un promedio de 2,2 días, tiempo que es importante disminuir para brindar atención a más pacientes que requieren hospitalización. Dentro de las EPS que más genera demoras en su entrega está CONVIDA, MEDIMAS, FAMISANAR Y LOS VINCULADOS. De ésta manera se hace necesario para el 2019 continuar generando una alerta dentro del equipo para que después de 2 días de no entregado el medicamento por la EPS se haga un seguimiento claro para evidenciar los motivos de demora en la entrega y evitar estancias injustificadas.

COMPARATIVO - TRAMITE DE OXIGENOS DOMICILIARIOS



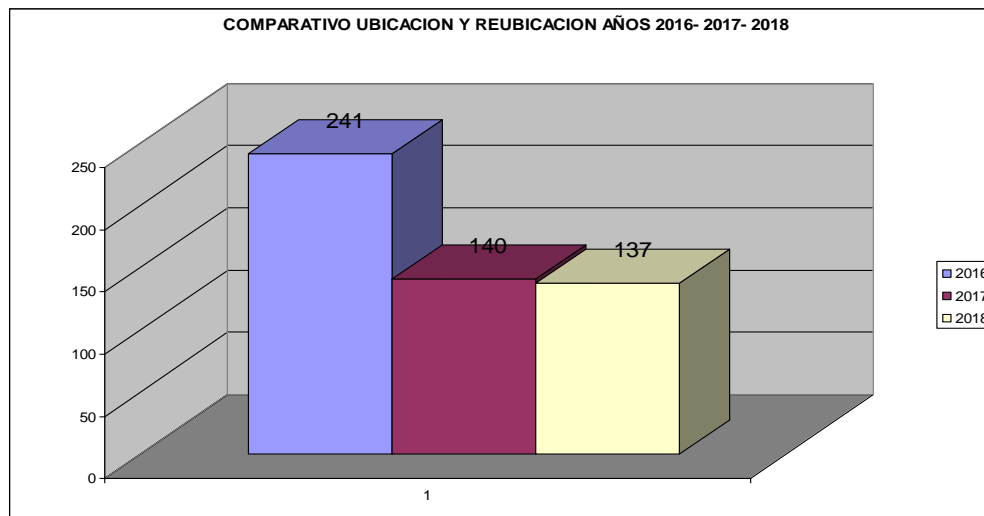
El trámite de oxígenos domiciliarios es una actividad que realiza el equipo de Trabajo Social, siendo este un servicio que no tiene el HUS habilitado ni ofertado a las EPS y entes territoriales, y que el equipo realiza en conjunto con los familiares de los pacientes siendo importante la disposición y disponibilidad para conseguir el objetivo.

En el transcurso del año 2018 fueron solicitados un total de 643 oxígenos domiciliarios, presentando una disminución con relación al año anterior; por otro lado frente a la gestión realizada en el cuarto trimestre se iniciaron un total de 112 trámites, por parte del equipo de Trabajo Social; acción que está relacionada con el volumen de pacientes y giro cama en la Institución.

Cabe resaltar que se observa demora en el suministro de los oxígenos domiciliarios por parte de las EPS y entes territoriales generando estancia prolongada, demorando a su vez el egreso hospitalario de los mismos; teniendo una oportunidad de entrega de 2,57 días según los informes mensuales.

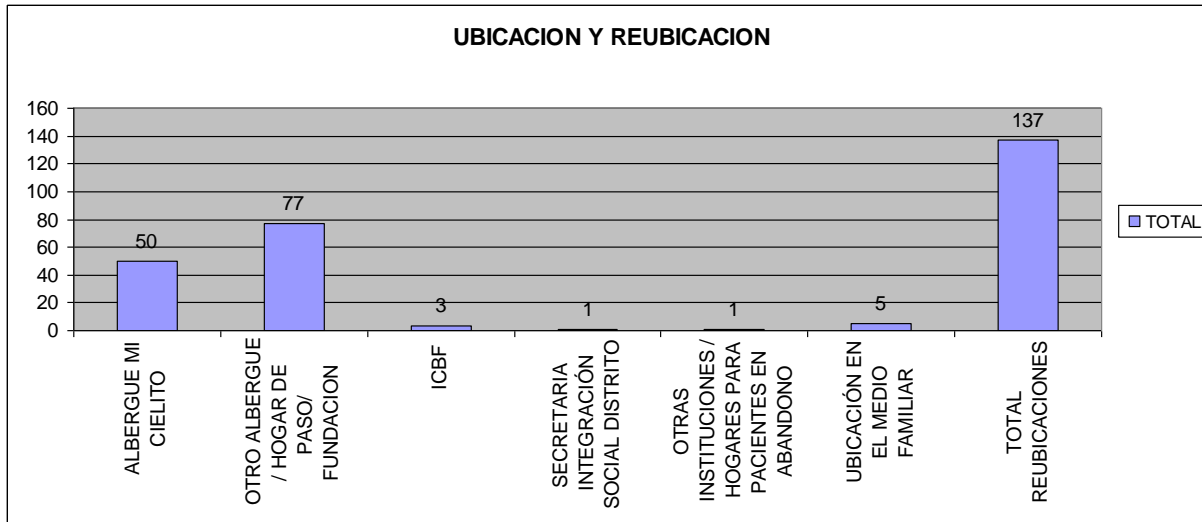
Este tipo de trámite presenta en ocasiones dificultad debido a la ausencia de familiar, acudiente o responsable del paciente que acompañe este proceso, sin embargo la Trabajadora Social siempre logra ubicar una persona que si no es familiar por lo menos es cercana al paciente o un albergue que permita finalizar el proceso exitosamente.

NUMERO DE PACIENTES REUBICADOS INSTITUCIONAL Y SOCIALMENTE



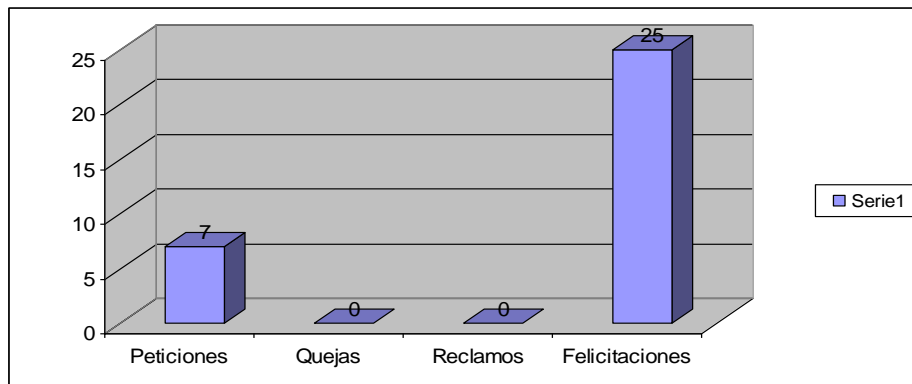
Como se observa en la gráfica para el año 2016 se logra reubicar un número importante de pacientes, proceso que presenta un descenso desde el año 2016, contando en el 2018 con un total de 137 procesos de reubicación para este año, esto debido al bajo número de instituciones que prestan atención como hogares o albergues de paso que les brinden apoyo a los pacientes o familiares de usuarios procedentes de departamentos fuera de Cundinamarca afiliados a EPS con las cuales el HUS tiene contrato.

Sin embargo la labor del equipo en estos casos es ardua para brindar apoyo al paciente y/o a sus familiares buscando alternativas de solución adecuadas y realizando gestiones pertinentes que los favorezca y sean acordes a su situación.



Para el año 2018 se logra la reubicación institucional de 137 pacientes y/o familiares de acuerdo a las solicitudes realizadas por los diferentes servicios (albergues, ICBF, Secretaría de Integración Social, otras instituciones de carácter social), siendo la ubicación en hogares de paso o albergues el trámite con mayor demanda durante el año. De ésta manera se considera de gran importancia continuar con la labor realizada ya que el indicador se encuentra dentro de los límites establecidos, se continuará con la monitorización del mismo, pero dependemos de la variable externa de oportunidad de cupo institucional para lograr que el indicador además de lograr el 100% de reubicación de pacientes, se realice la ubicación y traslado en el menor tiempo posible.

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES TRABAJO SOCIAL 2015



La gráfica anterior nos permite evidenciar que de Enero a Diciembre del año 2015 el equipo de Trabajo Social recibió un total de 25 Felicidades y 7 peticiones, entregadas por los usuarios a través del buzón de sugerencias y remitidas al servicio, haciendo extensiva las felicidades a todo el equipo ya que se evidencia en diversas oportunidades agradecimientos que no se hacen por escrito y que son válidas igualmente.

Es importante para el año 2019 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. Lo anterior a través de las diferentes herramientas de participación como los buzones de sugerencias, la página web y la oficina de la Dirección de atención al usuario.

SITUACIONES OBSERVADAS DE VULNERACION DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS POR PARTE DE LOS COLABORADORES DEL HUS

INFORME ANUAL 2018

OBJETIVO GENERAL

Identificar las situaciones de vulneración de los Derechos de los Usuarios por parte de los Colaboradores del HUS, durante la prestación del servicio de salud en el servicio de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa; para establecer recomendaciones, compromisos y si es necesario, planes de mejoramiento que garanticen el cumplimiento de los mismos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el número de situaciones de vulneración de derechos de los usuarios.
- Identificar los derechos de los usuarios con mayor número de observaciones de vulneración.
- Identificar los colaboradores involucrados en la vulneración de los derechos de los usuarios.
- Identificar los servicios del HUS donde se observan el mayor número de observaciones de vulneración de los derechos de los usuarios.

METODOLOGÍA

Durante el año 2018 se alimentó la base de datos de Excel por parte de las Trabajadoras Sociales, a través del diligenciamiento completo de la planilla de registro diario de Situaciones observadas de vulneración de derechos de los usuarios, que permiten observar el número de veces que ocurren dichas situaciones, por parte de qué colaborador, y en qué servicio del HUS. Luego se da un código a cada situación y su posterior clasificación; una vez se consolida la información se presenta informe mensual sobre los hallazgos encontrados para establecer recomendaciones, compromisos y acciones de mejora que garanticen el cumplimiento de los Derechos de los Usuarios por parte del Hospital.

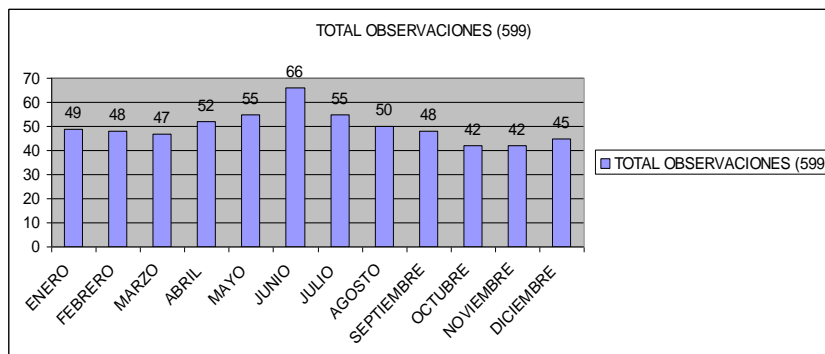
HALLAZGOS ENCONTRADOS

	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OC	NOV	DIC	TOTAL
Número Total de Observaciones	49	48	47	52	55	66	55	50	48	42	42	45	599
Número de Observaciones Directas	31	31	31	36	28	40	27	28	34	27	23	22	358
Número de Observaciones Indirectas	18	17	16	16	27	26	28	22	14	15	19	23	241

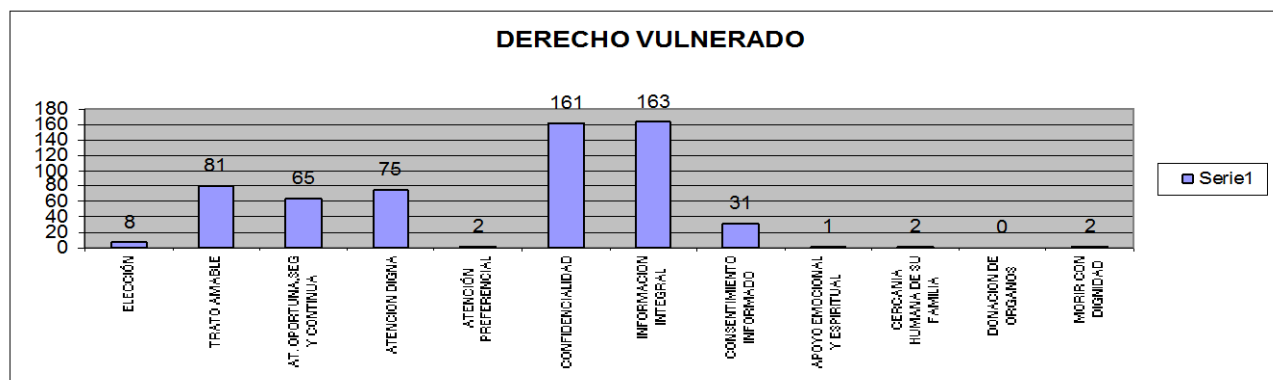
Número de Observaciones en turno de la Mañana	27	28	27	30	28	37	28	26	20	20	22	21	314
Número de Observaciones en turno de la Tarde	20	19	17	18	25	28	25	22	23	20	18	21	256
Numero de Observaciones en Turno de la Noche	2	1	3	4	2	1	2	2	5	2	2	3	29
Número de Observaciones en Urgencias	7	7	7	13	16	24	18	17	17	11	13	11	161
Número de Observaciones en Hospitalización	42	41	40	39	37	40	36	31	30	29	28	33	426
Número de Observaciones en Consulta Externa	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	4
Número de Observaciones en Vigilancia	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	1	0	7

GRAFICAS

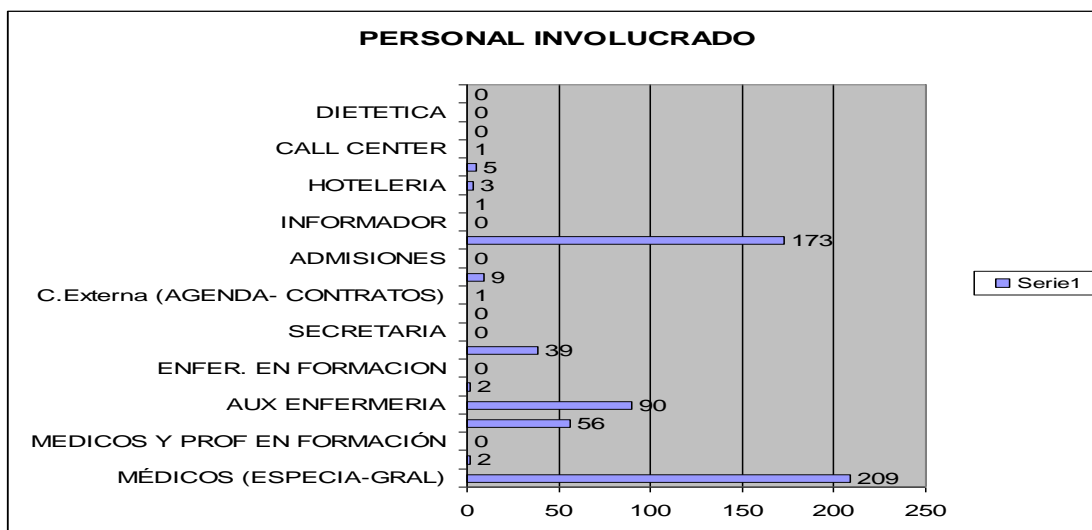
CONTEXTO DE SITUACIONES OBSERVADAS



DERECHO VULNERADO



PERSONAL INVOLUCRADO



CONCLUSIONES

De un total de 599 situaciones observadas durante el año 2018 de vulneración de Derechos de los pacientes por parte de los Colaboradores del HUS durante el proceso de atención, se encontró que el personal Médico – Especialista - General (en un total de 209) presenta un número importante en vulneración de los derechos del paciente seguido por la infraestructura (con un total de 173), y el personal de enfermería (un total de 90) debido a la falta de trato amable y respetuoso.

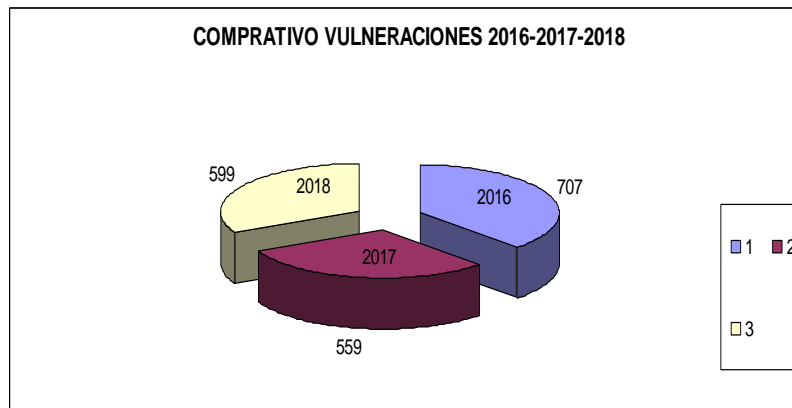
Los principales Derechos en Salud de los Usuarios con mayor vulneración se evidencia el de información integral con un total de 163 situaciones observadas; seguido por la confidencialidad con 161, y un Trato amable con 81 situaciones.

El mayor número de observaciones se presentaron de forma directa (en un total de 358). Así mismo, se evidencia que en el turno de la mañana se presenta el mayor número de observaciones de vulneración de Derechos con 314 observaciones, seguido del turno de la tarde con un total de 256.

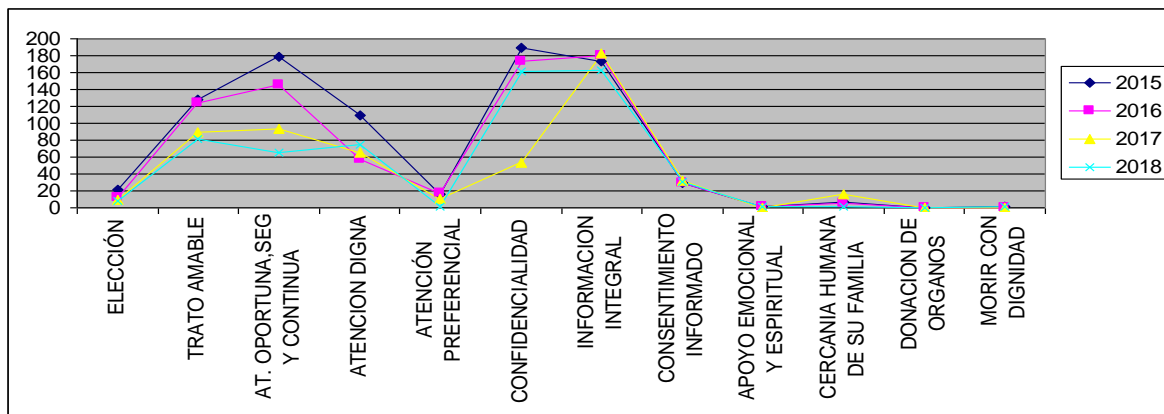
Lo anterior puede estar dado por el horario de atención del equipo de Trabajo Social (7:30-4:30 p.m)

El servicio de Hospitalización es el que presenta mayor número de observaciones con 426 situaciones, Urgencias con 161 y Vigilancia con 8 situaciones.

COMPARATIVO 2016 - 2018



La grafica nos permite evidenciar que el presente año se presentó un aumento importante en el número de situaciones de vulneración observadas desde el 2017 con un total de 559 observaciones con relación al 2018 teniendo un total de 599. Es por esto que se continuara trabajando en la divulgación de deberes y derechos que hacen los diferentes profesionales a los Colaboradores del HUS, y al trabajo desarrollado por la institución en el tema de Humanización liderado por la Dirección de Atención al Usuario.



Frente al tema de los derechos vulnerados se evidencia una disminución en las observaciones años tras año, sin embargo es claro que se siguen reflejando altos porcentajes en derechos como atención oportuna, información integral, confidencialidad y trato amable; los cuales deben seguirse fortaleciendo en las socializaciones de Deberes y Derechos a clientes internos.

A continuación se describen algunas de las manifestaciones de los usuarios frente a los deberes vulnerados teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

- **INFORMACION INTEGRAL:** inconformidades relacionadas por falta de información generalmente por parte del médico y/o de enfermería.

- Información o documentación incompleta
- No Información sobre el estado del paciente, no es clara.
- TRATO AMABLE: Los usuarios del HUS refieren:
 - Los médicos y personal de enfermería no tratan adecuadamente a los pacientes.
 - Utilizan tonos de voz alto, y no usan una comunicación asertiva.
 - Falta de colaboración al paciente y familia
- INFRAESTRUCTURA: Usuarios del HUS relacionan inconformidades por espacios inadecuados para la atención que no permiten privacidad, ascensores dañados y/o sucios, falta de baños.
- PRIVACIDAD: Frente a éste ítem los usuarios manifiestan situaciones como:
 - No espacios para atender a los pacientes adecuadamente.
 - Se escucha el diagnóstico de los pacientes, no hay privacidad.
- EPSS: Un número de observaciones se encuentran relacionadas con las EPSS. Hay insatisfacción de los usuarios por demoras en autorización de procedimientos, exámenes y remisiones.

ACCIONES REALIZADAS POR TRABAJO SOCIAL:

- Fortalecimiento de acciones de acompañamiento para nuestros usuarios (paciente-familia).
- Favorecer los derechos de los usuarios (permitiendo subsanar en alguna medida y de forma inmediata las situaciones de vulneración vividas en el HUS).
- Identificar las acciones de vulneración que se presentan en el HUS, con el fin de establecer acciones de mejora en los diferentes servicios.
- Establecer planes inmediatos de contingencia entre los colaboradores del HUS para brindar solución a las problemáticas sentidas por los usuarios.

GESTION DE ALBERGUE AÑO 2018

El servicio de Albergue tiene como propósito, ofrecer una alternativa de alojamiento y alimentación a nuestros usuarios (paciente-familia-acudientes) procedentes de los diferentes municipios del Departamento de Cundinamarca, población pobre y vulnerable, clasificados en el nivel socioeconómico 1 y 2 del SISBEN, atendidos en la ESE Hospital Universitario de La Samaritana.

El servicio de Albergue garantiza el derecho que tiene el paciente a la cercanía humana de su familia; apoya la atención integral, adherencia y continuidad a los tratamientos y procedimientos de los pacientes, facilita el acompañamiento permanente de familiares y acudientes.

Actualmente se cuenta con 2 Albergues: Hasta el mes de octubre desde año 2017 se contó con el albergue 1- Albergue Misioneros de Cristo y a partir del mes de Noviembre se realiza cambio con Albergue Samaritana teniendo en cuenta algunas solicitudes de nuestros usuarios frente a la comida, la humedad y el trato en general por parte de los representantes de este albergue. 2 – Hogar de paso Mi Cielito Albergue, ubicado en el barrio Luna Park, brinda apoyo a familiares de pacientes que no cuentan con red de apoyo familiar en la ciudad de Bogotá, y que son procedentes de otros municipios y departamentos del país; se orienta principalmente a mujeres gestantes, lactantes y/o que hace parte del programa CANGURO y requiere de una infraestructura que favorezca los cuidados y desarrollo del binomio madre – hijo.

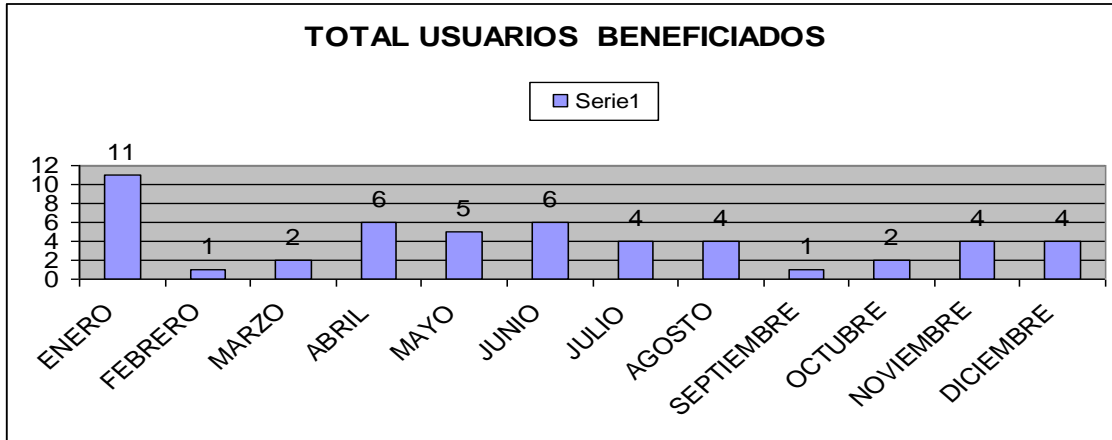
Es necesario ubicar un albergue que además de estar muy cerca al Hospital brinde condiciones adecuadas para la salud de nuestros pacientes y/o familiares como infraestructura adecuada, alimentación óptima y certificado de manipulación de alimentos, y hasta servicio de Internet que permita el contacto con familiares

Objetivos:

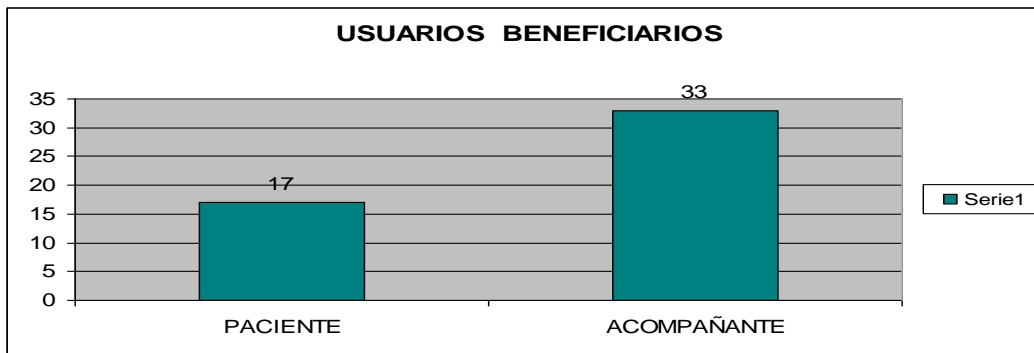
- Propender por la recuperación de la enfermedad y el cuidado integral de la salud como un todo, bienestar, vida, trabajo, armonía, potencial intelectual y garantía de sobrevivencia digna.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes y familiares del Departamento de Cundinamarca.
- Proporcionar calidad de vida adecuada al familiar de nuestros pacientes, entendiendo la importancia y el derecho que tiene el paciente a disfrutar de la cercanía, compañía y calor humano de sus familiares, allegados y seres queridos.

Total de usuarios beneficiarios de 2018: 50 Usuarios

- Enero: 11 usuario
- Febrero: 1 usuarios
- Marzo : 2 Usuario
- Abril: 6 Ninguno
- Mayo: 5 Usuario
- Junio: 6 Usuarios
- Julio: 4 Usuarios
- Agosto: 4 Usuarios
- Septiembre: 1 usuario
- Octubre: 2 Usuarios
- Noviembre: 4 Usuarios
- Diciembre: 4 Usuarios

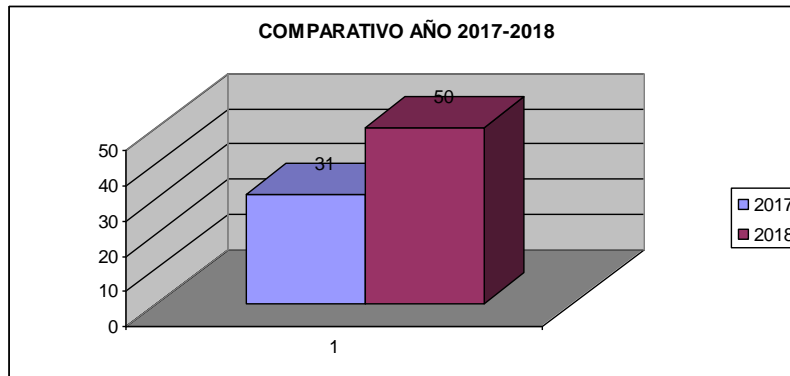
Beneficiarios 2018

Usuarios beneficiarios paciente y/o acompañante

PACIENTE	ACOMPAÑANTE	TOTAL
17	33	50



La gráfica anterior nos muestra que el servicio de albergue benefició durante este año a 17 Pacientes que requerían de continuidad en el tratamiento en el HUS y 33 familiares, acompañantes y/o acudientes de nuestros pacientes; lo cual garantiza el derecho que tiene el paciente a la cercanía humana de su familia, a disfrutar de su compañía y calor humano, cuando no cuentan con un apoyo económico, familiar e institucional que les pueda ofrecer este servicio.

COMPARATIVO 2017-2018



Durante el año 2018 se atendieron y orientaron un total de 50 usuarios que requirieron trámite y ubicación de albergue, teniendo un aumento significativo con relación al año anterior que se orientaron 31 usuarios; según lo señala la gráfica anterior. Para el año 2019 se espera continuar brindando ésta ayuda a los usuarios que lo requieran de acuerdo a sus condiciones socio-económicas y de salud.

Es importante tener en cuenta la difícil situación que atraviesa el tema de salud en el país con la reforma, en el tema de alojamiento para pacientes que vienen de ciudades lejanas a la Capital para lo cual es indispensable pensar en nuevas estrategias que no dificulten la salud de los mismos.

Conclusiones:

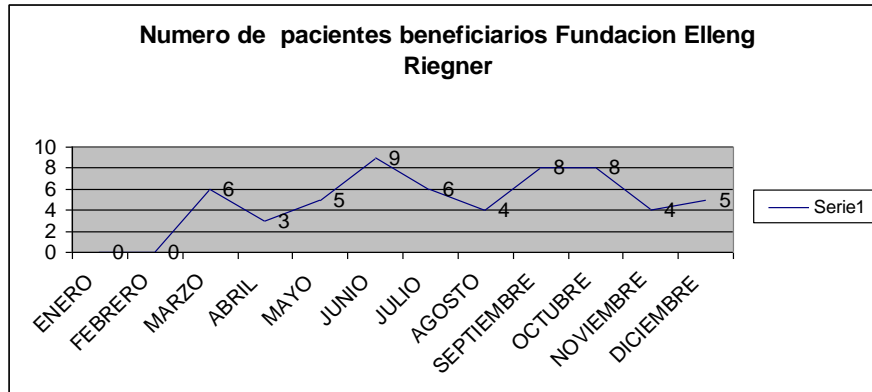
- Se ha logrado ofrecer una alternativa de alojamiento y alimentación a nuestros usuarios (familia-acudientes) procedentes de los diferentes municipios del Departamento de Cundinamarca, población pobre y vulnerable, clasificados en el nivel 1 y 2 del SISBEN.
- Se ha logrado beneficiar a 50 usuarios en el año 2018.
- Se ha logrado garantizar el derecho que tiene el paciente a la cercanía humana de su familia.
- Se ha logrado operativizar el proyecto de albergue a través de la Dirección de Atención al Usuario y el equipo de Trabajadoras Sociales del Hospital de la Samaritana.

APOYO FUNDACION ELLENG RIEGNER DE CASAS

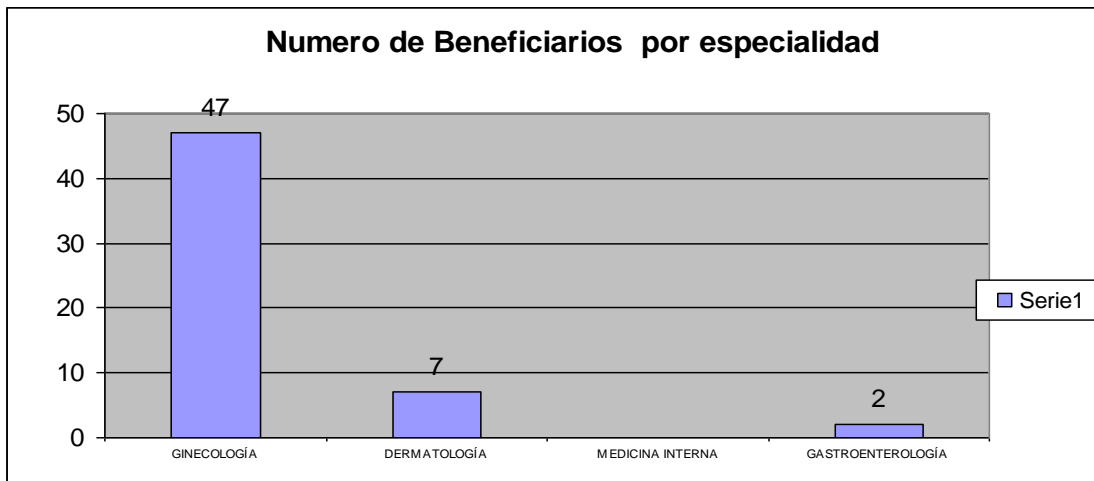
Este apoyo tiene por objetivo identificar pacientes pobres y vulnerables atendidos en la ESE Hospital Universitario de la Samaritana con alta probabilidad de cáncer y con una patología confirmada, con el fin de brindarles apoyo económico, contribuir a la detección oportuna de diagnóstico de cáncer e inicio oportuno del tratamiento oncológico en las diferentes Entidades responsables de pago.

Este trabajo está organizado en un convenio de voluntades entre la Fundación Elleng Riegner de Casas y el Hospital Universitario de la Samaritana, el cual se ha dado sin implicaciones jurídicas, con un plan de trabajo organizado y compromisos institucionales, con el objetivo de apoyar a los usuarios de bajos recursos económicos. Durante el año

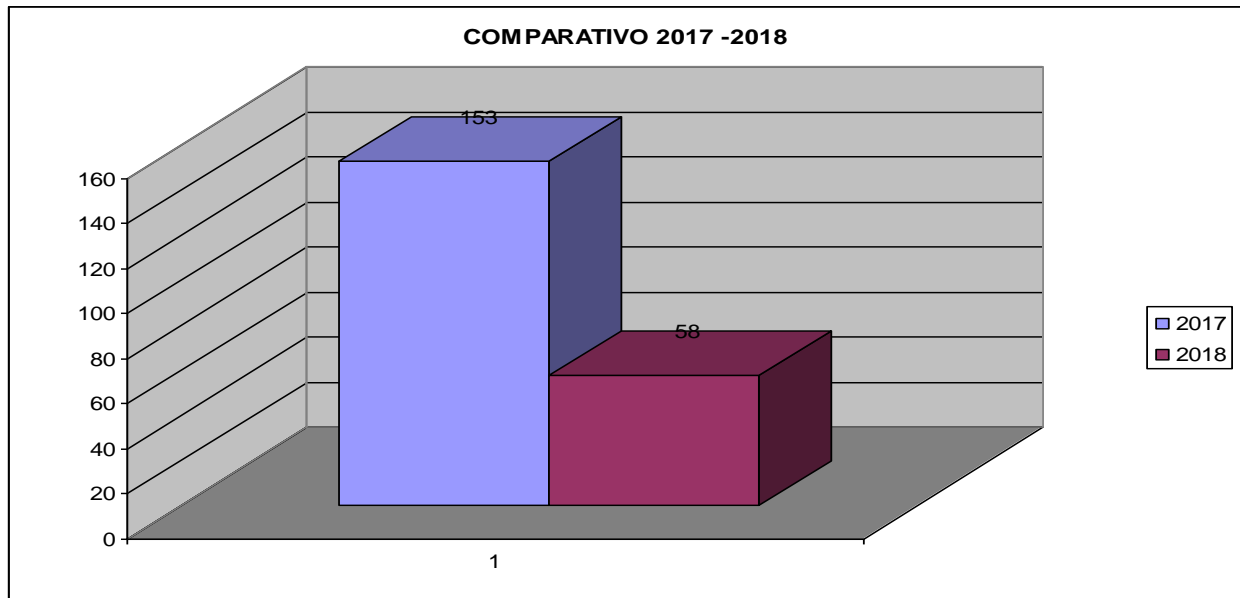
2018 el aporte económico por parte de la Fundación Ellen Riegner desde el mes de Enero a Diciembre fue de \$ 6.877.250

Datos Estadísticos:


La gráfica anterior permite observar que durante el periodo de Enero a Diciembre de 2018 se benefició a un total de 58 pacientes del HUS con los recursos que proporciona la Fundación Elleng Riegner de Casas, siendo notable la cantidad de pacientes beneficiados en los meses de Junio, Septiembre y Octubre.



De acuerdo a la gráfica anterior se puede evidenciar que la especialidad a través de la cual se ha brindado más apoyo en el proceso de ayuda económica que suministra la Fundación Elleng Riegner es Ginecología con un total de 47 pacientes, seguido del servicio de Dermatología con 7 pacientes, y Gastroenterología con 2. Este trámite se realiza en primer lugar de acuerdo a los diagnósticos de la población usuaria y en segundo lugar, teniendo en cuenta la gestión que realiza los especialistas, el equipo de Trabajo Social y personal de Consulta Externa para la identificación de patologías o Diagnósticos de Cáncer.

Comparativo 2017 – 2018

La gráfica nos permite observar que durante el año 2017 se logra beneficiar un total de 153 y para el año 2018 a 58 pacientes en situación de pobreza y/o vulnerabilidad, con una alta probabilidad de Cáncer y que necesitaban de éste apoyo para contribuir en su detección temprana e inicio oportuno de tratamiento.

En general los pacientes que hacen uso de éste servicio que presta la Fundación Ellen Riegner de Casas cuentan con la ayuda permanente y continua en términos económicos (para servicio de albergue, transporte, medicamentos, exámenes y tratamiento). Igualmente se cuenta para éstos pacientes con el apoyo de las Damas Rosadas Voluntarias del HUS.

A la fecha se ha logrado desarrollar un trabajo de equipo, entre el Hospital Universitario de la Samaritana, Damas Rosadas Voluntarias y Fundación Ellen Riegner de Casas; con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, gracias a la pronta identificación de pacientes por las Trabajadoras Sociales y la gestión de la Dra. Sonia Salamanca “Gineco-obstetra” del HUS, siendo entonces el servicio de ginecología el que mayor demanda presenta.

Para el año 2019 se debe fortalecer la búsqueda de un mayor número de pacientes para que sean beneficiados, más aun teniendo en cuenta el apoyo económico permanente e incondicional de la Fundación.

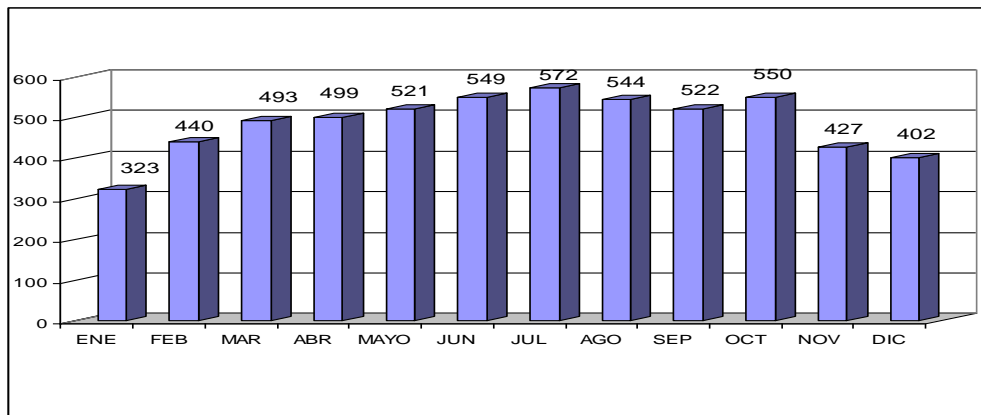
METAS 2019

- Fortalecer el modelo de atención asistencial-administrativo de Trabajo Social centrado en el paciente y su familia con enfoque de Acreditación y Humanización.
- Continuar la participación activa en los Estándares de Acreditación, y demás procesos formativos que favorezcan el mejoramiento de la intervención.

- Aumentar el número de inter-consultas realizadas en cada servicio lo que evidencia procesos de integralidad en la atención en salud a los usuarios (paciente-familia) y que significa el reconocimiento de factores psico-sociales como importantes para su diagnóstico.
- Replantear las actividades desarrolladas por Trabajo Social en el servicio de Consulta Externa, lo que fortalece las competencias profesionales y mejora la atención integral en el HUS.

ANEXO 1
DIVULGACION DE DERECHOS Y DEBERES POR SECRETARIAS
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
2018

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Usuarios													
Socializados	323	440	493	499	521	549	572	544	522	550	427	402	<u>5.842</u>
Meta del mes	440	475	546	440	494	464	572	494	572	543	494	485	<u>6.019</u>
%	73	93	90	113	105	118	100	110	91	101	86	83	97



Durante el mes de Diciembre de 2015 se socializa 402 pacientes, familiares y/o acudientes en Derechos y Deberes por parte de Secretarias de Consultorios de Consulta Externa y Auxiliares de enfermería. La meta establecida para el mes fue de 485 y el motivo por el cual no se cumplió se debió periodo de vacaciones de una secretaria.

El porcentaje de socialización de Derechos y Deberes por parte de Secretarias de Consulta Externa durante el mes de diciembre fue de 83%

ANEXO 2

PORCENTAJE DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS					
PACIENTES HOSPITALIZADOS					
PRIMER SEMESTRE 2014					
	MES	No. Total de Egresos Hospitalarios	No. Total de Pacientes hospitalizados Socializados en Derechos y Deberes	Porcentaje Pacientes hospitalizados Socializados en Derechos y Deberes	
	Enero	930	1011	108,71	
	Febrero	867	1095	126,30	
	Marzo	933	1186	127,12	
	Abril	842	1013	120,31	
	Mayo	891	1028	115,38	
	Junio	805	921	114,41	
	TOTAL	5.268	6.254		
PORCENTAJE DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS					
PACIENTES DE URGENCIAS					
SEGUNDO SEMESTRE 2014					
MES	No. Total de Consulta de Urgencias	No. Total de Pacientes Hospitalizados	No. Total de Pacientes de Urgencias No hospitalizados	No. Total de Pacientes de Urgencias Socializados en Derechos y Deberes	Porcentaje Pacientes de Urgencias Socializados en Derechos y Deberes
Enero	1.595	674	921	102	11,07
Febrero	1.404	570	834	119	14,27
Marzo	1.606	599	1.007	171	16,98
Abril	1.455	602	853	187	21,92
Mayo	1.539	611	928	155	16,70
Junio	1.403	534	869	150	17,26
TOTAL	9.002	3.590	5.412	884	
PORCENTAJE DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS					
PACIENTES DE PRIMERA VEZ QUE ACUDEN A LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA POR CONSULTA EXTERNA					
SEGUNDO SEMESTRE 2014					

MES	No. Total	No. Total	No. Total Pacientes de primera vez Socializados en Derechos y Deberes	Porcentaje Pacientes primera vez Socializados en Derechos y Deberes
	Consulta Médica Especializada	Consulta Médica Especializada		
		Primera Vez		
Enero	4.945	1.719	290	16,87
Febrero	5.842	2.218	434	19,57
Marzo	6.417	2.398	493	20,56
Abril	6.541	2641	499	18,89
Mayo	6.178	2.233	521	23,33
Junio	6.239	2.259	549	24,30
TOTAL	36.162	13.468	2.786	

PORCENTAJE DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS
SEGUNDO SEMESTRE 2014

MES	No. Total de Egresos Hospitalarios	No. Total de Pacientes hospitalizados Socializados en Derechos y Deberes	Porcentaje Pacientes hospitalizados Socializados en Derechos y Deberes
Julio	885	999	112,88
Agosto	827	873	105,56
Septiembre	804	1043	129,73
Octubre	885	1044	117,97
Noviembre	891	1051	117,96
Diciembre	896	1066	118,97
TOTAL	5.188	6.076	

PORCENTAJE DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS
PACIENTES DE URGENCIAS
SEGUNDO SEMESTRE 2014

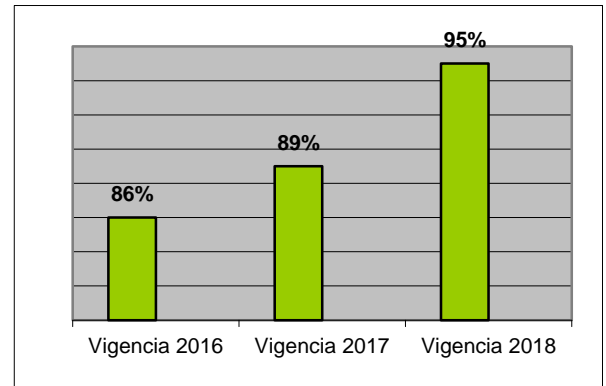
MES	No. Total de Consulta de Urgencias	No. Total de Pacientes Hospitalizados	No. Total de Pacientes de Urgencias No hospitalizados	No. Total de Pacientes de Urgencias Socializados en Derechos y Deberes	Porcentaje Pacientes de Urgencias Socializados en Derechos y Deberes

Julio	1.551	600	951	172	18,09	
Agosto	1.761	522	1.239	152	12,27	
Septiembre	1.294	556	738	164	22,22	
Octubre	1.414	598	816	161	19,73	
Noviembre	1.518	541	977	158	16,17	
Diciembre	1.467	591	876	147	16,78	
TOTAL	9.005	3.408	5.597	954		
PORCENTAJE DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS						
PACIENTES DE PRIMERA VEZ QUE ACUDEN A LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA POR CONSULTA EXTERNA						
SEGUNDO SEMESTRE 2014						
MES	No. Total	No. Total	No. Total Pacientes de primera vez Socializados en Derechos y Deberes	Porcentaje Pacientes primera vez Socializados en Derechos y Deberes		
	Consulta Médica Especializada	Consulta Médica Especializada				
		Primera Vez				
Julio	6.763	2.450	572	23,35		
Agosto	5.191	1.875	544	29,01		
Septiembre	5.124	1.831	522	28,51		
Octubre	5.028	1.646	550	33,41		
Noviembre	4.668	1.433	427	29,80		
Diciembre	4.404	1.472	402	27,3		
TOTAL	31.178	10.707	3.017			

2.8 UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRÁ
Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global: Circular Única – Supersalud
Porcentaje de Satisfacción Global HUS

FORMULA	Vigencia	Vigencia	Vigencia
	2016	2017	2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	1592/1818 86%	818/917 89%	862/902 95%

Fuente: Base de datos PQR 2015 – 2017 SIAU

Porcentaje de Satisfacción Global HUS


El porcentaje de satisfacción global en el HUS UFZ fue analizado con el número total de pacientes satisfechos sobre el total de pacientes encuestados por la IPS, se obtuvo que en la vigencia 2016 un 86% de los usuarios se sintieron satisfechos con los servicios recibidos, en el 2017 hubo un mínimo aumento y se tiene un porcentaje de 89% y finalmente en la vigencia 2018 el porcentaje aumento significativamente un 95%

La percepción de los usuarios, pacientes y familiares de estos que usan los servicios de la Unidad Funcional fue positiva durante el año 2018 frente al comparativo de vigencias anteriores, la razón principal fue mayor empoderamiento de los procesos, brindando servicios de mejor calidad a los usuarios, especialmente fue relevante el aumento de personal en algunos servicios incluyendo Atención al Usuario, Urgencias, facturación, terapias, especialistas entre otros.

Los insumos y muebles de hotelería que se colocaron al servicio de los usuarios especialmente en los servicios de hospitalización, medicina Interna, pediatría, ginecología, neonatos fueron de los más reconocidos por los usuarios.

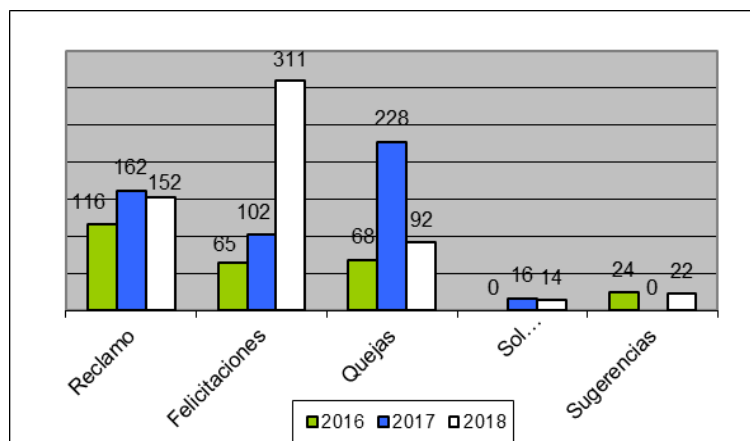
Todos estos datos estadísticos se obtienen del consolidado enero – diciembre de 2016, 2017, y 2018 datos adquiridos de los archivos de la oficina SIAU.

Gestión de Peticiones: Quejas, Reclamos, Sugerencias, Solicitud de Información, Felicidades.
a). Clasificación de Peticiones de Usuarios radicadas en la SIAU:

Número de Peticiones radicadas SIAU

Fuente: Base de datos PQR 2016 – 2018 SIAU

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Reclamo	116(42%)	162(32%)	152(26%)
Felicitaciones	65(24%)	102(20%)	311(53%)
Quejas	68(25%)	228(45%)	92(16%)
Sol. Información	0	16(3%)	14(2%)
Sugerencias	24(9%)	0	22(4%)
TOTAL	273(100%)	508(100%)	591(100%)



La clasificación de PQRS de usuarios radicadas en el SIAU frente a las vigencias 2016 -2018 muestra un aumento en el número de peticiones de los usuarios especialmente en la vigencia 2018 donde el 26% corresponde a reclamos, quejas un 16% solicitudes de información tan solo el 2% y sugerencias 4%. El porcentaje más alto y lo tienen las felicitaciones aspecto de gran motivación institucional.

Frente a este cuadro estadístico se puede mencionar que de 591 peticiones recibidas en el 2018 152 correspondieron a reclamos de los usuarios donde referían demora en la atención de urgencias y demora en la facturación de consulta externa.

Sin embargo esto es mínimo comparado con el número de las felicitaciones que se recibieron durante el mismo año 311 equivalentes al 53% de todas las peticiones del año, eso es algo satisfactorio para la institución y motivante para los colaboradores haber mejorado la percepción de los ciudadanos Zipaquireños especialmente sobre la atención del hospital de la Samaritana UFZ.

Todos estos datos estadísticos se obtienen del consolidado enero – diciembre de 2016, 2017, y 2018 datos adquiridos de los archivos de la oficina SIAU.

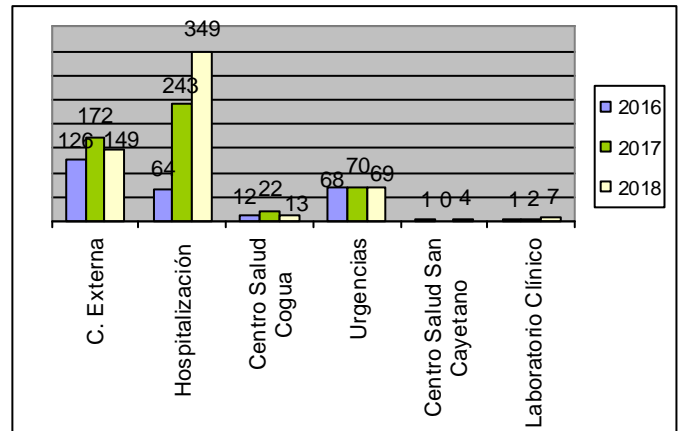
b). Clasificación de Peticiones de Usuarios por Servicio:
Número de Peticiones por Servicio

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
SERVICIO	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018

Fuente: Base de datos PQR 2016 – 2018 SIAU



C. Externa	126(46%)	172(34%)	149(25%)
Hospitalización	64(23%)	243(48%)	349(59%)
Centro Salud Cogua	12(4%)	22(4%)	13(2%)
Urgencias	68(25%)	70(14%)	69(12%)
Centro Salud San Cayetano	1(0.3%)	0	4(0.6%)
Laboratorio Clínico	1(0.3%)	2(%0.3)	7(1%)
TOTAL	272 (100%)	509(100%)	591(100%)



La clasificación de peticiones de usuarios por servicio muestra en primer lugar que en la vigencia 2018 el hospital atendió más usuarios que en las vigencias anteriores, y de estos la mayoría se canalizaron en el servicio de hospitalización 59% igualmente se observa que consulta externa también fue el servicio más utilizado por los usuarios especialmente en esa vigencia con un 25% y que estos usuarios y/o pacientes colocaron peticiones respecto a los servicios demandados.

En menor porcentaje pero igualmente representativo quedo urgencias con un 12%.

Vale la pena resaltar que el servicio de hospitalización es el más sobresaliente pero esto obedece a las múltiples felicitaciones que se recibieron durante todo el 2018 y especialmente para el servicio de Medicina Interna que se destaca por la amabilidad y trato cálido que ofrecen a sus pacientes, según ellos mismos lo manifiestan en sus felicitaciones.

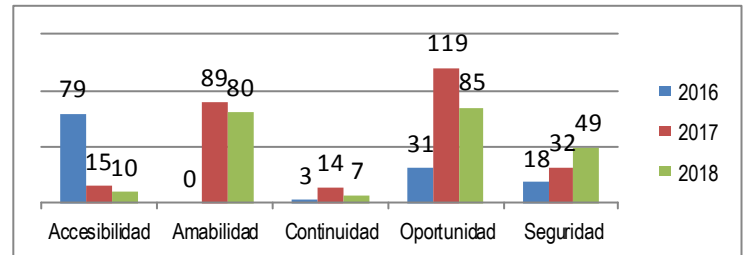
Es importante también referir que en este año servicios como urgencias, ginecología, pediatría y hospitalización de segundo piso también recibieron felicitaciones de los usuarios lo cual no era usual años anteriores.

Todos estos datos estadísticos se obtienen del consolidado enero – diciembre de 2016, 2017, y 2018 datos adquiridos de los archivos de la oficina SIAU.

c). Clasificación de Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos gestionados:

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
ATRIBUTO CALIDAD	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Accesibilidad	79(60%)	15(55%)	10(4%)
Amabilidad	0	89(33%)	80 (31%)
Continuidad	3(2%)	14(5%)	7(3%)
Oportunidad	31(24%)	119(44%)	85(33%)
Seguridad	18(14%)	32(12%)	49(19%)
TOTAL QYR	131(100%)	269(100%)	254(100%)

Atributo de Calidad afectado según el total de Quejas Y Reclamos



Fuente: Base de Datos PQR 2016 - 2018. SIAU

Respecto al atributo de calidad propuestos por el ministerio de Salud en la medición de calidad de los servicios en la Unidad Funcional se evidencia que durante la vigencia 2018 del total de quejas y reclamos que fueron 254 la oportunidad con un 33% es considerada por los usuarios como el atributo de calidad más afectado, seguido de la amabilidad con un 31% mientras que en la vigencia anterior 2017 fueron la accesibilidad y oportunidad.

En el análisis de estos atributos podemos observar que en la percepción de los usuarios sobre la oportunidad que tienen de obtener servicios que requieran sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida se vio afectado por las demoras en los tiempos de atención especialmente en el servicio de urgencias donde debe pensarse una estrategia que mejore la atención después del Triage para valoración médica y el tiempo que esperan los usuarios para pasar por procedimientos, lectura de exámenes de apoyo diagnóstico y demás donde ellos sienten que se les vulneran sus derechos.

En segundo lugar el atributo de amabilidad también se vio afectado en el año 2018 especialmente en la actitud de los colaboradores quienes a pesar de participar en las diversas capacitaciones institucionales, inducciones y re inducciones donde se hizo énfasis en Derechos y Deberes, programa de Humanización, políticas institucionales, estrategia del Pacto por el trato Amable, y Código de Ética.

Todos estos datos estadísticos se obtienen del consolidado enero – diciembre de 2016, 2017, y 2018 datos adquiridos de los archivos de la oficina SIAU.

d) Procesos de atención involucrado vs Causas de Quejas y Reclamos, Atributos de Calidad y Derechos en salud del usuario afectados. (Detectado a través de quejas y reclamos de usuarios en el período evaluado: vigencia de 2018)

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO				
Proceso de Atención	Oportunidad / Continuidad	Amabilidad	Accesibilidad	Seguridad
Paciente Hospitalizado	Pacientes que realizaron peticiones de inconformidad frente a las demoras en las remisiones a otro nivel de complejidad	Peticiones de usuarios que manifiestan falta de trato amable de algunas personas del grupo asistencial		
Paciente Urgencias	Usuarios que manifiestan inconformidad por la demora en la atención para ser atendidos por el medico y/o para procedimientos	Peticiones de usuarios manifestando falta de trato cálido y amable por parte de médicos y enfermeras		Usuarios que manifestaron inconformidad por valoraciones de Triage
Paciente Consulta externa	Peticiones de inconformidad de los usuarios por la demora en la facturación de citas.	Peticiones de inconformidad de los usuarios por falta de trato amable de algunas personas de consulta externa, línea de frente, odontología, y medicina general.		
Facturación		Peticiones de inconformidad por falta de trato cálido en la atención		
Call Center	Peticiones de inconformidad de los usuarios por las falencias de Call Center (no es posible la comunicación) es insuficiente para la demanda de usuarios y la oferta institucional		Peticiones de los usuarios de inconformidad porque refieren una barrera de acceso la comunicación para acceder a los servicios del hospital vía telefónica	
San Cayetano				Peticiones de usuarios que manifestaron negligencia en la atención médica.
Cogua	Usuarios que solicitan más	Usuarios que manifestaron más trato amable y cálido de algunos funcionarios del		

	puntualidad en la atención	centro de salud		
	Atención Oportuna, Segura y Continua	Atención Humanizada y trato Amable	Atención Humanizada y trato Amable	Atención Oportuna, Segura y Continua
DERECHOS EN SALUD POSIBLEMENTE VULNERADOS				

NCO PRIMERAS CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS POR SERVICIO VIGENCIA ENERO – DICIEMBRE 2018
A. URGENCIAS

- Demora en la atención medica
- Demora para llamado a sala de procedimientos
- Trato poco amable y cálido por parte del personal del servicio
- Deficiente aseo en el servicio
- sala de espera más amplia y con más sillas
- mejor valoración profesional en el Triage

B. CONSULTA EXTERNA

- Demora en la facturación de citas
- Trato poco amable del personal médico y de facturación
- Deficiente aseo de los baños
- faltan más unidades sanitarias
- cambio de ubicación de toma de muestras de laboratorio
- zona de alimentación o cafetería
- Parqueadero de bicicletas

C. HOSPITALIZACION

- solicitud de timbre para llamado a enfermería
- mejorar el menú según el diagnóstico del paciente
- colocar sillas más cómodas para los acompañantes
- trato más amable por parte del personal del servicio a excepción de medicina interna
- Agilizar salidas
- mejor información de los médicos a los familiares y paciente
- Mejorar el menú de alimentación
- parqueadero visitantes

D. LABORATORIO

- agilizar la entrega de resultados
- cambio de sitio de toma de muestras
- sala de espera amplia y adecuada

E. COGUA

- Trato más amable y cálido especialmente en odontología
- falta un TV en sala de espera

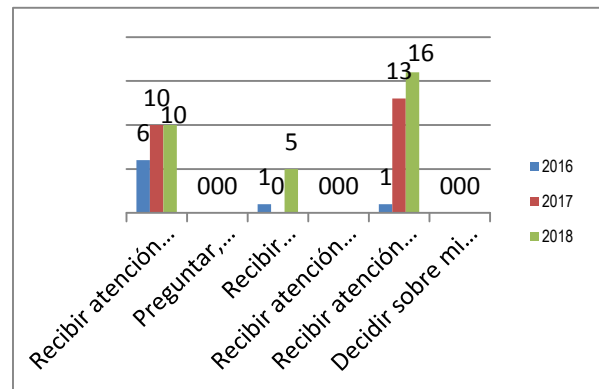
F. SAN CAYETANO

- Médicos más comprometidos con la salud de los usuarios

e. Clasificación de Derechos del Usuario afectados según Quejas y Reclamos gestionados:

DERECHO EN SALUD AFECTADO			
EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
DERECHO DEL USUARIO	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Recibir atención humanizada y trato amable	6(75%)	10(43%)	10(32%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	0	0	0
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	1(12%)	0	5(16%)
Recibir atención preferencial	0	0	0
Recibir atención oportuna, segura y continua	1(12%)	13(56%)	16(52%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS	8(100%)	23(100%)	31(100%)

DERECHO EN SALUD AFECTADO
EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS



Fuente: Base de Datos PQR 2016 - 2018 SIAU

En cuanto al derecho en salud más afectado se evidencia en el cuadro arriba presentado que según la percepción de los usuarios recibir Atención Oportuna Segura y Continua con un 52% es el derecho en salud más afectado en la Unidad Funcional de Zipaquirá esto analizado puntualmente se refiere a la insatisfacción que manifiestan los

usuarios por medio de los reclamos respecto a recibir atención más rápida, dado por la atención del personal asistencia que sea más oportuna y por la falta de agilidad en la facturación.

Igualmente otro derecho vulnerado según los usuarios del hospital consiste en recibir un trato humanizado y amable, esto involucra a todos los funcionarios del hospital, al personal administrativo y asistencial y al personal de empresas tercerizadas contratadas por el hospital.

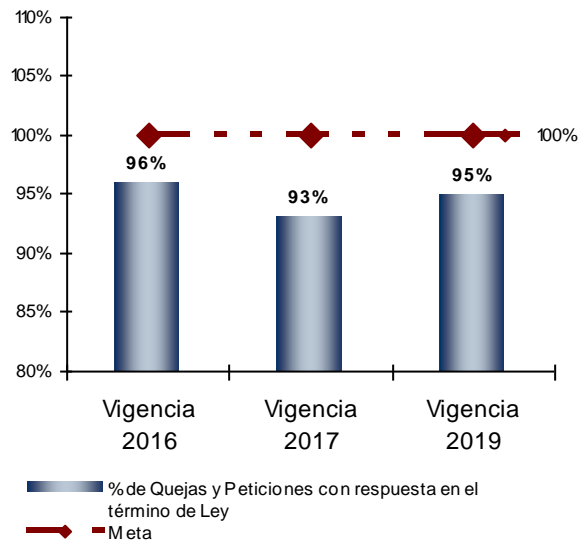
Todos estos datos estadísticos se obtienen del consolidado enero – diciembre de 2016, 2017, y 2018 datos adquiridos de los archivos de la oficina SIAU.

Porcentaje de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus

% de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus (*)			
	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	218	262	304
# de Peticiones recibidas en el período	228	280	320
% Cumplimiento	96(100%)	93(100%)	95(100%)

Fuente: Base de Datos PQR 2016 - 20178 SIAU

(*) # total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (Quejas, Reclamos, Sugerencias, Sol. Información) / Número total de Peticiones recibidas en el período *100



Las respuestas en términos de ley durante las vigencias 2016 -2018 evidencia un aumento en el cumplimiento a las mismas dado el 95% del análisis estadístico en virtud al número de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles, sobre el número de peticiones recibidas en el periodo.

Respecto al cuadro arriba presentado podemos decir que de 320 quejas y reclamos incluyendo sugerencias y solicitudes de información recibidas y/o radicadas en la oficina de Atención al Usuario 304 se entregaron en términos de ley.

El número excedente o sea las 16 restantes aun no vencían los términos al corte mensual de la vigencia en mención.

Es importante manifestar también que desde la oficina de Atención al Usuario se realizó seguimiento al cumplimiento de las respuestas de las peticiones por parte de los servicios involucrados; así como también se realiza seguimiento minucioso de las respuestas a las peticiones por parte de Secretaría de Salud Municipal (informe de seguimiento mensual) y Departamental (matriz de PQRSFD) Y también se realiza control e inspección mediante auditorias de las EPS Y los entes de control.

Los centros de salud también fueron incluidos en los informes de peticiones y se realizó seguimiento por parte de las auditorias de los entes territoriales del municipio de Cogua y san Cayetano.

Finalmente las peticiones y sus respuestas se complementan retroalimentan solucionan mediante la elaboración de los planes de acción de mejora. Los cuales a su vez se articulan con los procesos de calidad para dar cumplimiento al objetivo del proceso de Atención al Usuario y su Familia.

Todos estos datos estadísticos se obtienen del consolidado enero – diciembre de 2016, 2017, y 2018 datos adquiridos de los archivos de la oficina SIAU.

Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de Encuestas de Satisfacción y Rondas de Servicios y PQRS, en el mes evaluado.

a). ENCUESTAS DE SATISFACION: Enero – Diciembre 2018

En relación al consolidado de observaciones de los usuarios capturadas mediante las encuestas de satisfacción y las sugerencias encontradas en las PQRSFD, de la vigencia 2018 enero – diciembre se realizaron las siguientes intervenciones y acciones correctivas:

- Con relación a las peticiones de falta de trato amable por parte de los funcionarios del hospital, se determinó que además de las acciones desarrolladas con el programa de humanización institucional; se incluiría de forma obligatoria en la inducción y re inducción de los funcionarios capacitación sobre humanización y trato amable a todo el personal y se tiene establecido el cronograma para todo el año, de la UFZ. Además se aplica PRE y post Test para medir adherencia. Se planteó para el 2018 implementar nueva estrategia tipo curso virtual con lo cual no solo habrá más cobertura sino mayor adherencia.
- Respecto a las peticiones de trato amable de personal de urgencias y facturación se realizaron varias capacitaciones y reunión con los líderes de estas áreas y manifestaron que se realizaron durante el año diversas acciones frente al tema.
- Se colocaron pantallas en urgencias para facilitar a los médicos el control de la toma y entrega de laboratorios donde se encuentra de forma
- Se nombró ortopedista exclusivo para urgencias y se designó también médico internista para este servicio para optimizar la calidad de la atención de urgencias.
- Con relación a un mejor aseo que solicitan los usuarios de urgencias, consulta externa y hospitalización se organizaron durante el segundo semestre del año jornadas de aseo por servicio donde todo el personal de servicios generales se dedica exclusivamente a hacer la limpieza total de las áreas escogidas.
- El hospital aumento personal en diferentes áreas para brindar un mejor servicio a los pacientes.
- Respecto a la solicitud de los usuarios de hospitalización de sillas cómodas se dotó de mobiliaria nueva al servicio de hospitalización donde se sintió el impacto específicamente en pediatría y neonatos donde se cambiaron las mesas de noche se entregaron por cada cama sofá-camas y en las áreas de espera, esto ha sido significativo para los pacientes y sus familiares generando satisfacción en ellos

- Por otra parte y pensando en el bienestar de los usuarios durante el transcurso del año se realizaron diversas acciones del área de mantenimiento como pintura, arreglos modificaciones y mejoras, entre otros
- Con relación a las peticiones del servicio de laboratorio clínico se dio solución trasladando el lugar de toma de muestras al laboratorio donde se encontraba anteriormente. Se adquirió nueva nevera para el área de inmunoquímica
- Respecto a la mejor atención en facturaron durante el 2017 se implementaron estrategias para agilizar la facturación y se dejó una sola ventanilla para asignación de citas de odontología y exclusivamente atender los usuarios de odontología
- Y en línea de frente de consulta externa pasillo se dejó una ventanilla exclusiva para asignación de citas, (todas incluyendo especialidades) además el horario de asignación de cita se cambió de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.
- En el servicio de urgencias se colocaron cortinas nuevas para garantizar la línea estratégica de privacidad y confidencialidad y los derechos de los usuarios y pacientes. Se adquirieron nuevas bombas de infusión y se pintó camilla de reanimación
- En el servicio de imagenología se puso en funcionamiento el mamógrafo, algo que los usuarios esperaban de hace mucho tiempo.
- En el servicio de ecografías se colocaron sillas nuevas y para facilidad de los pacientes se colocó una auxiliar de facturación para que se realice este proceso en el mismo servicio.
- Para comodidad de los usuarios se está facturando en el segundo piso cardiología y gastro facilitando el acceso a los usuarios
- Se adquirieron para salas de cirugía dos sillas de ruedas y cobijas para los usuarios, se estableció priorización en la atención para niños y adultos mayores.
- En el servicio de urgencias se instaló una máquina de alimentos en sala de espera para comodidad de los usuarios.
- En el servicio de pediatría se instaló una puerta a la entrada del servicio para cortar el frío que ingresaba allí y generaba insatisfacción a los usuarios. De igual manera se adecuó un baño que facilita a las alcobas que no tienen su uso. Se colocaron cortinas nuevas para garantizar privacidad y confidencialidad, se adquirieron sofacamás para comodidad de los cuidadores de niños y se está implementando la biblioteca infantil.
- En el servicio de odontología se inició programa de seguridad del paciente de esterilización de equipos se adquirieron piezas de mano para seguridad de los usuarios.
- En consulta externa se instaló máquina de alimentos para comodidad de los usuarios (snaks)
- En atención al usuario se realizó remodelación, ampliación y mantenimiento de la oficina para brindar un mejor servicio a los usuarios.
- Desde atención al usuario se están realizando diferentes actividades con las informadoras para dar cumplimiento a los procesos asignados resaltando acompañamiento especial a los usuarios de consulta externa, hospitalización y urgencias. (rondas hospitalarias durante mañana y tarde, mayor cobertura de población para divulgación de derechos y deberes, aplicación de encuestas, rotafolio institucional, Adicionalmente el equipo SIAU lidera la estrategia de Pacto por el Trato Amable en la UFZ, Celebración de Cumpleaños, y talleres a cuidadores.

CONSOLIDADO SIAU 2018

- total pqrslf recepcionadas : 591
- total usuarios informados en derechos y deberes : 3.599
- total usuarios encuestados : 921



- total aperturas de buzones realizadas: 106
- total usuarios atendidos por digiturno: 166.812
- total autorizaciones gobernación: 1.663
- total citas reprogramadas: 1.738
- total portabilidades tramitadas: 496
- total autorizaciones ARL tramitadas: 553
- total seguros estudiantiles gestionados: 73
- porcentaje de cumplimiento plan de capacitación: 100%
- porcentaje de cumplimiento programa de humanización: 100%

ACCIONES DE MEJORAMIENTO

La Dirección de Atención al Usuario gestionó con la Gerencia la asignación de 2 Informadoras adicionales al equipo Humano de la Oficina de Atención al Usuario de la U.F con que contaba, de igual manera se realizó adecuación de la oficina para mejorar logísticamente la atención a los usuarios.

PQRSF

Se realizaron reportes mensual de PQRSFD donde se presentaron los indicadores del proceso a los líderes de la Unidad Funcional incluido Coordinador General en comités de gestión, además se envía informe de PQRSFD mensual a la Secretaria de Salud Municipal, se descarga matriz de PQRSFD por medio de la página web de la Secretaria de Salud del Departamento de Cundinamarca envió de la matriz de PQRSF mensual obedeciendo circular 005 de enero de 2018 de igual manera se envió cuadro con las acciones de mejoramiento consolidadas del 2017. Vale la pena resaltar que los informes de Pqrsf mensual con el respectivo informe de encuestas de satisfacción incluyendo la resolución 0256 del Ministerio de Salud. Se envía por correo institucional a la coordinación Científica y administrativa de la Unidad Funcional. También se realiza informe de indicadores al Ministerio de Salud.

PAS y PAMEC

Se dio cumplimiento a las acciones enmarcadas en el plan de salud donde se desarrollaron estrategias y actividades encaminadas a dar cumplimiento al programa de humanización donde a través de diferentes actividades realizadas por varios servicios (Enfermería, Trabajo Social y Atención al usuario) se lograron cumplir las metas establecidas y también cumplir con los indicadores del programa. (Se entregó informe y soportes igualmente al área de calidad Bogotá en auditoría realizada en la UFZ)

PLAN ANTICORRUPCION

Se elaboró y entrego informe y respectivos soportes para dar cumplimiento a los indicadores del plan anticorrupción en la vigencia 2018. (Se envió a control interno)

TUCI

Se envió informe de indicadores con la información correspondiente a la UFZ lo pertinente a Atención al Usuario

MINISTERIO DE SALUD

Durante el 2018 se diligencio y realizaron los respectivos envíos de la matriz del Ministerio de salud referente a la satisfacción de los usuarios.



PARTICIPACION SOCIAL

Se realizó acompañamiento a las instancias de participación social, incluyendo Veeduría en Salud y Comité de Apoyo a la Asociación de Usuarios. A cada uno se le trabajo un plan de Acción para el año 2018 donde además de las reuniones mensuales o bimensuales se les brindo capacitación frente a temas relevantes para la institución. Así mismo ellos dieron aportes para el mejoramiento de los servicios: paralelamente se trabajó socializando y desplegándola Política de Participación Social y se le enviaron informes y seguimientos a la Secretaria de Salud de Cundinamarca

PIC

Se dio cumplimiento al 100% de las capacitaciones programadas para el 2018 en los diferentes servicios de la Unidad Funcional programadas por el SIAU. Donde se trataron temas como Derechos y Deberes de los Usuarios; SIAU; y Programa de Humanización, Código de Ética, Derechos Humanos, Se tienen como evidencias planillas de asistencia, registros fotográficos, actas.

CONSOLIDADO ENCUESTAS DE SATISFACCION 2018

	TOTAL ENCUESTAS APLICADAS EN EL MES	% SATISFACCION	TOTAL SATISFECHOS
ENERO	91	97%	88
FEBRERO	91	99%	90
MARZO	72	93%	67
ABRIL	72	99%	71
MAYO	72	89%	64
JUNIO	72	93%	67
JULIO	72	93%	67
AGOSTO	72	93%	67
SEPTIEMBRE	72	97%	70
OCTUBRE	72	99%	71
NOVIEMBRE	72	99%	71
DICIEMBRE	72	100%	72
TOTAL	902	96%	865

LOGROS

- Mejoras en la infraestructura de la oficina de Atención al Usuario (ampliación y Remodelación)
- Se logró mayor empoderamiento del área institucionalmente (en la UFZ)
- Se alcanzaron los objetivos propuestos en el desarrollo de los procesos del servicio de Atención al Usuario
- Se consiguió ampliar el personal de la oficina para el desarrollo de las acciones enmarcadas en los diferentes procesos a cargo
- Se realizó un cambio de imagen institucional donde se implementaron chalecos de identificación, donde los usuarios reconozcan con facilidad las auxiliares de apoyo de Atención al Usuario y especialmente a las informadoras de urgencias y hospitalización.
- Se logró realizar las tareas que solicitó el área de calidad dando continuidad a las acciones de mejora de la atención
- Se obtuvieron resultados positivos y hasta felicitaciones en las auditorías internas y externas recibidas especialmente de las Eps que tienen contrato con el hospital y de los entes de control Municipal y Departamental. Donde no se recibió ni una sola calificación negativa o una no conformidad por incumplimiento, y así se mantuvo en los centros de salud de Cogua y San Cayetano.
- Se logró obtener resultados positivos y satisfactorios tanto en la visita de habilitación de la UFZ como en la visita de Misión Salud de la Secretaria de Salud Departamental.
- Se realizó de manera satisfactoria el desarrollo de actividades de participación Social específicamente con Veeduría en salud y comité de apoyo a la Asociación de Usuarios.
- Se logró de forma satisfactoria cumplir con las tareas de despliegue socialización y ejecución de la Política Pública de Participación Social.
- Se logró mayor identificación de necesidades y expectativas de los usuarios por medio de las rondas hospitalarias
- Se logró dar cumplimiento a los cronogramas de aperturas de buzón con un 100% de cumplimiento
- Se logró dar cumplimiento al cronograma de Humanización especialmente avanzando en actividades de algunas líneas estratégicas y dando continuidad a otras. Soportes (PAS)
- Se logró dar cumplimiento al plan de capacitación inducción y re inducción.
- Se logró divulgar a más usuarios frente a vigencias anteriores los Derechos y deberes
- Se logró dar más cumplimiento en términos de ley a la respuestas de peticiones
- Se logró brindar aportes valiosos y articularlos con los de más servicios del hospital generando propuestas de mejora frente a la atención de los usuarios pacientes y sus familias.
- La importante gestión que se desarrolla diariamente en la oficina de Atención al Usuario permitió un reconocimiento municipal en donde desde la academia fuimos invitados para mostrar los procesos que desarrollamos (ponencia en la Universidad Minuto de Dios)
- Se logró obtener resultados frente a la entrega oportuna de las autorizaciones No Pos que se gestionan desde la oficina de Atención al Usuario con la Secretaria de Salud del Departamento
- Se logró sensibilizar a los colaboradores frente al tema de quejas y trato amable y cálido en la atención.

DIFICULTADES

- Es relevante para la gestión del SIAU de la UFZ adquirir un escáner en virtud al gran número de documentos que diariamente deben gestionarse y son de obligatorio envío, tales como documentación para autorizaciones no pos de Gobernación, autorizaciones de portabilidad, seguro estudiantil, Soat, para

citas prioritarias de ARL y las respuestas a las PQRS. El personal de Siau debe salir constantemente para escanear los documentos en la parte posterior de Consulta Externa.

- El flujo de información y comunicación con otros servicios es débil y afecta el objetivo del proceso.
- El equipo de la oficina de atención al Usuario continúa realizando actividades pertinentes al área de facturación, lo cual limita la implementación total del Modelo de atención al paciente y su familia de HUS Bogotá. Durante la Vigencia 2018 se realizaron diferentes solicitudes al respecto sin que se haya obtenido respuesta efectiva.

CAPÍTULO III

DIRECCION FINANCIERA



3.3 Gestión financiera

3.3.1 Mercadeo y Contratación de servicios de Salud

Al cierre de vigencia 2018 el área de Mercadeo y Contratación encamino la gestión realizada en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, al cumplimiento a las metas fijadas con relación a la contratación de servicios de salud, en el informe se presentan todas las estrategias y los resultados producto de un manejo oportuno y efectivo, que mantuvo los enlaces y la comunicación permanente con las diferentes ERP; que bajo estructuras de alianzas comerciales fortalecimos las ventas y aseguramos un modelo mixto de facturación compuesto por capitación, evento y algunos paquetes, con oferta de mediana complejidad, alta complejidad al Régimen Contributivo, Subsidiado, Régimen Especial y otros mercados que demandan servicios integrales en el Distrito, Departamento y zonas de aseguramiento Nacional.

Igualmente, es importante mencionar el reconocimiento logrado dentro del mercado de Aseguradoras y ADRES, que aun sin posibilidad de negociación o acuerdos contractuales, nos reconocen como centro de referencia de trauma y al interior se logró avances significativos, en la efectividad de la presentación de las reclamaciones y reconocimiento más oportuno con disminución de glosas y devoluciones, esto se menciona como aseguramiento del ingreso en mercados sin acceso a contrato.

Para el año 2018 al HUS se aprobó un presupuesto de ingresos de **\$ 81.331** Millones y se logró al cierre una cifra de **\$ 79.240** Millones (**98%**), al hacer el seguimiento al comportamiento de la facturación al cierre de vigencia se reportó una cifra de **\$ 150.754.403.639** en venta y **\$ 2.200.000.000** complementarios dentro de la venta efectiva para el mismo periodo, para un total de **\$ 152.954.403.639** Millones (**96%**) respecto al presupuesto fijado de **\$ 159.000 Millones**, el promedio mes de la venta para las dos UFs fue de **\$ 12.746.200.303** aumentando en un **2%** el 2018 con respecto a la vigencia 2017, incremento importante en el crecimiento planteado.

Para la sede de Bogotá la facturación fue de **\$ 115.017.111.109** para un promedio mes de **\$ 9.584.759.259** y para la UFZ **\$ 35.737.292.530** con promedio mes de **\$ 2.978.107.711**; la mayor facturación está representada por el Régimen Subsidiado con **\$76.025.112.873** para Bogotá y para UFZ con **\$19.771.650.564** (**64%** promedio en participación sobre la facturación)

Seguido del Régimen **Contributivo** Sede Bogotá con **\$ 17.267.433.884** y UFZ **\$ 11.599.575.575** (**19%** promedio en participación sobre la facturación)

El vinculado con un promedio de **\$ 11.000 millones** se mantiene a pesar de los cambios normativos permanentes frente al tema de aseguramiento, con tendencias de impacto hacia las IPS en disminuir la venta por temas relacionados a mas población asegurada o ampliación de cobertura en el Régimen Subsidiado; de esta manera se muestra muy positivo y cercano a las metas presupuestadas especialmente para el Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo, con una variable importante en el incremento de ventas con otros pagadores al cierre año 2018.

Es importante mencionar que la venta con respaldo contractual total para la vigencia fue de **\$ 78.179.455.659**, que correspondió a la gestión de contratos con clientes aliados y la capacidad de generar un mercado mixto, previendo fluctuaciones de las ERP y entornos normativos que pudieran afectar la venta o la contratación, minimizando el riesgo y fortaleciendo la venta respaldada con contrato.

Los excedentes no respaldados por contrato, se enfocan en una modalidad permitida dentro del sistema general de seguridad en salud y no gobernable por el HUS en casos como:

- Demanda espontanea, ingresos por el servicio de Urgencias
- Traslados primarios no controlados, no notificados
- EPS que demandan servicios aún sin presentar interés en contratar por temas relacionados con la tarifa o servicios específicos que ofertamos (Obligatoriedad de contratar bajo Decreto 2423)

Sin embargo, estos recursos quedan con obligatoriedad de pago y reconocimiento por los actores de aseguramiento, con gestión interna en nuestras diferentes áreas operativas permitirán el retorno de los recursos.

Concluyendo la proyección de ventas al cierre de la vigencia 2018 se cumplió, aun teniendo dificultades como:

- Modelos y entornos cambiantes a nivel normativo
- Intervenciones o seguimientos a ERP por entes de control
- Limitante tarifaria para oferta de servicios, por costos promedios en el sector
- Terminación unilateral del contrato con CONVIDA EPS, siendo uno de los principales aliados en compra de servicios de salud.
- Capacidad Instalada y/o nuevos servicios a ofertar.

Aun así, el Hospital logro mantener la facturación, con capacidad técnica de administrar los contratos y equilibrar la venta final sin mayor impacto.

Otro factor de gestión importante al cierre, se dio con el cumplimiento de la actualización del portafolio de servicios con nuevas tecnologías y la puesta en producción de la homologación y actualización de los códigos CUPS a la Resolución 5171 de 2017.

Se analizó y presento la propuesta del modelo de oferta bajo paquetes quirúrgicos, en busca de brindar mayor fluidez en la facturación y escenarios atractivos de contratación, estos serán nuevamente validados y presentados para el año 2019, esperando presentar escalas de descuento por volúmenes y referencia o inclusión de programas quirúrgicos necesarios para diferentes ERP.

Otra fortaleza que continuaremos presentando dentro de nuestro modelo, es la red integrada de operación con la Sede de Bogotá III nivel y Alta Complejidad y la Unidad Funcional en el municipio de Zipaquirá I – II Nivel más los centros de atención de Cogua (I Nivel) y San Cayetano (I Nivel); lo que nos permite tener una capacidad estructural integral, georreferenciada con cierre de atención y solución a patologías a toda la población, con esquemas de interacción en los entornos de prevención que beneficia los planteamiento de las ERP de acuerdo a los niveles de complejidad y exigencias normativas de prevención y resolución de la enfermedad.

1.1 - Contratación comparativa de las vigencias (2016 – 2018), con el fin de analizar la variabilidad de la contratación por régimen:

INDICADOR (Consolidado Sede Bogotá y UF Zipaquirá): Valor Servicios de Salud por vigencia años 2016 a 2018 con respaldo contractual.

A CIERRE DE VIGENCIAS DE 2016 A 2018			
E.R.P	2016	2017	2018
REGIMEN CONTRIBUTIVO	8.992.237.855	5.542.800.000	3.042.000.000
TOTAL CONTRIBUTIVO	8.992.237.855	5.542.800.000	3.042.000.000
REGIMEN SUBSIDIADO	68.952.782.955	63.291.190.880	63.222.824.704
TOTAL SUBSIDIADO	68.952.782.955	63.291.190.880	63.222.824.704
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)	389.807.540	391.286.275	124.115.115
TOTAL PIC	389.807.540	391.286.275	124.115.115
VINCULADOS	6.922.401.035	4.689.927.455	5.689.927.455
TOTAL VINCULADOS	6.922.401.035	4.689.927.455	5.689.927.455
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	1.451.818.947	1.894.066.053	6.100.588.385
TOTAL OTROS SERVICIOS	1.451.818.947	1.894.066.053	6.100.588.385
TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS	86.709.048.332	75.809.270.663	78.179.455.659

INDICADOR: Participación en la Contratación Servicios Por Régimen/ vigencia 2018

CONTRATADO VIGENCIA 2018		
TIPO CONTRATACIÓN	VALOR	%
Régimen Contributivo	\$ 3.042.000.000	3.9 %
Régimen Subsidiado	\$ 63.222.824.704	80.9 %
Vinculados	\$ 5.689.927.455	7.3 %
PIC	\$ 124.115.115	0.2 %
Otros contratos de Servicios de Salud (hemocomponentes)	\$ 6.100.588.385	7.8 %
TOTAL CONTRATADO:	\$ 78.179.455.659	100%

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos

Se cumplió con la meta de aumentar las ventas a diferentes ERP, importante mencionar que los contratos del Régimen Contributivo, tienen respaldo contractual y reserva presupuestal; pero no es limitante el valor asignado a cada contrato ya que puede estar sobre ejecutado y continua el respaldo y condiciones pactadas contractualmente, siendo positivo en la variabilidad de crecimiento, como dificultadas tenemos eventos en que los usuarios de Régimen Contributivo no acepten con facilidad el traslado o referencia hacia el HUS, escenario ya intervenido y en continuo seguimiento para potenciar las ventas con modelos de confianza, seguros, oportunos e integrales, de igual manera se brindó acceso tanto por Urgencias como por Consulta Externa y demanda inducida para acciones electivas.

Mantuvimos la contratación con Régimen Subsidiado y se abrió nuevos escenarios de contratación con Regímenes Especiales como FIDUPREVISORA-PPL, Magisterio, ARL Positiva y SURA entre otras; logramos un incremento con respecto a la vigencia anterior del **3.1%**, considerando que nuestro principal comprador de servicios, cancelo el contrato unilateralmente como factor indirecto, pero aun así logramos reportar tendencia de crecimiento.

1. CONTRATACIÓN Y VENTA A CIERRE DE LA VIGENCIA 2018

RESUMEN CONSOLIDADO VENTAS POR VIGENCIA			
MERCADO	VIG 2016	VIG 2017	VIG 2018
CONTRIBUTIVO	\$ 14.782.083.024	\$ 19.302.862.507	\$ 28.867.009.459
SUBSIDIADO	\$ 98.370.717.406	\$ 103.238.879.416	\$ 95.796.763.437
VINCULADOS	\$ 11.044.575.767	\$ 12.995.414.251	\$ 10.024.170.969
OTROS	\$ 14.060.299.250	\$ 13.864.342.362	\$ 16.066.459.774
TOTAL	\$ 138.257.675.447	\$ 149.401.498.536	\$ 150.754.403.639

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que al cierre de la vigencia 2018, la venta se compone principalmente por Régimen Subsidiado con el **64%** liderado por Convida EPS, seguido de Régimen Contributivo con el **19 %** con Medimas EPS, Vinculados el **7%** con Secretaria de Salud de Cundinamarca y Otros Pagadores con el **11%** como FIDUPREVISORA, sin contrato el SOAT con Seguros de Estado especialmente como composición final al cierre.

Considerándose importante y de acuerdo a la capacidad Instalada o proyección de nuevos servicios, monitorear el comportamiento de las EPS que hoy mueven la venta, frente a aquellas que pueden estar recibiendo más usuarios o nuevas afiliaciones más las zonas de influencia para así mismo, continuar en el camino de la invitación a contratar con operaciones más limpias, ordenadas y estructuradas en beneficio del Hospital, recordando que el mercado es cambiante y regulado.

2.2 - Contratación y venta por UF Zipaquirá y Sede Bogotá:

VENTAS HUS BOGOTA			
MERCADO	VIG 2016	VIG 2017	VIG 2018
CONTRIBUTIVO	\$ 6.378.486.662	\$ 9.541.982.524	\$ 17.267.433.884
SUBSIDIADO	\$ 79.453.850.253	\$ 82.782.594.297	\$ 76.025.112.873
VINCULADOS	\$ 10.247.550.027	\$ 12.075.111.287	\$ 8.454.232.683
OTROS	\$ 11.432.910.146	\$ 10.882.887.364	\$ 13.270.331.669
TOTAL	\$ 107.512.797.088	\$ 115.282.575.472	\$ 115.017.111.109

La sede Bogotá representa el 76% del total de la venta y el comportamiento continua la tendencia del mercado ya analizado y siendo muy homogéneo el resultado, con decrecimiento en Subsidiado y Vinculados frente a la vigencia anterior; obedece principalmente a la terminación unilateral del contrato con CONVIDA para el último trimestre del 2018 y disminución del aseguramiento y NO POS con cargo al Ente Territorial.

VENTAS HUS ZIPAQUIRA			
MERCADO	VIG 2016	VIG 2017	VIG 2018
CONTRIBUTIVO	\$ 8.403.596.362	\$ 9.760.879.983	\$ 11.599.575.575
SUBSIDIADO	\$ 18.916.867.153	\$ 20.456.285.119	\$ 19.771.650.564
VINCULADOS	\$ 797.025.740	\$ 920.302.964	\$ 1.569.938.286
OTROS	\$ 2.627.389.104	\$ 2.981.454.998	\$ 2.796.128.105
TOTAL	\$ 30.744.878.359	\$ 34.118.923.064	\$ 35.737.292.530

La unidad Funcional de Zipaquirá con el **24%** de participación sobre la venta crece para el 2018, especialmente por zonas de influencia en del Régimen Contributivo por Nueva EPS, Sanitas EPS, Famisanar EPS y SURA, todas las referidas con contrato vigente, que permite cobertura en la zona e impacto en la vena con contrato.

El vinculado creció frente a las demás vigencias, especialmente por ser IPS de referencia y manejo de II Nivel a personas sin aseguramiento o flotantes geo referenciadas a nuestro II Nivel.

Importante mencionar que para el cierre de la vigencia, se logró sanear responsablemente toda la operación y cartera que se tenía en curso de conciliación con la Secretaria de Cundinamarca, para iniciar la nueva vigencia 2019 con los modelos de contratación dinámicos planteados.

2.3 - Contratación y respaldo presupuestal por UF Zipaquirá y Sede Bogotá:

CONTRATACION BOGOTA	VIG. 2018	%
SUBSIDIADO	\$46.834.642.688	80,83
CONTRIBUTIVO	\$1.972.000.000	3,40
VINCULADOS	\$3.700.000.000	6,39
OTROS SERVICIOS	\$5.432.561.600	9,38
TOTAL CONTRATADO	\$57.939.204.288	100

CONTRATACION ZIPAQUIRA.	2018	%
SUBSIDIADO	\$16.388.182.016	81,2
CONTRIBUTIVO	\$1.070.000.000	5,3
VINCULADOS	\$1.989.927.455	9,9
OTROS SERVICIOS	\$614.910.118	3,0
PIC	\$124.115.115	0,6
TOTAL CONTRATADO	\$20.187.134.704	100

Dentro de los esquemas de ventas con contrato y respaldo presupuestal, se logró tanto en la Sede Bogotá como en la UF de Zipaquirá, mantener estándares de crecimiento con respecto a la vigencia anterior como ya se explicó, generando un entorno de seguridad y estabilidad en las ventas contratadas, especialmente con el Régimen Subsidiado y la entrada de nuevos mercados como el vinculado y otros pagadores, que siendo un mercado de más difícil acceso, se logra asegurar la contratación.

Es prioritario para la vigencia 2019, re establecer contratación con CONVIDA EPS, re definir el modelo de contratación con NUEVA EPS, CAPESOCA EPS y COMPARTA EPS dentro de los esquemas de análisis de comportamiento, aporte en la venta y puesta al día de la operación entendiéndose Cartera, Objeciones, Facturación y cierre de vigencias.

2. NOTAS:

- Para la vigencia 2019, se debe continuar con el enfoque de contracción con integración de red, actividades de PyP,- PYD I – II y III Nivel de más Alta Complejidad, de todo el Departamento de Cundinamarca, Distrito y zonas de aseguramiento Nacional de algunos aliados estratégicos.
- Hacer acompañamiento a la UF Zipaquirá; frente al manejo correcto, adecuado con criterio y con enfoque preciso de administración de la Cápita y actividades de PyD.

- Realizar un nuevo análisis tarifario vs costos a los paquetes quirúrgicos, validando frecuencias de uso y estructurar nuevas propuestas escalonadas frente a la demanda mínima y necesaria para sostener los descuentos por volúmenes.
- Realizar la actualización de los CUPS a Resolución 5851 de 2018 y mantener el esquema estructurado logrado en el último trimestre del 2018.
- Realizar la actualización al portafolio de servicios Institucional ya ajustado a la Resolución 5851 de 2018.
- Realizar una revisión a las tarifas de Medicamentos Institucional con los ajustes necesarios e incrementos posibles, para asegurar márgenes y mantener la facturación respaldada con la emisión de la Resolución correspondiente actualizada.
- La proyección de nuevos contratos para la vigencia 2019, se debe enfocar en:
 - Asegurar contratación con la ESP CONVIDA validando y estructurando esquema tarifario flexible que no impacte negativamente las ventas y garantizando reserva presupuestal y facturación asociada.
 - Realizar acercamiento y definición operativa con NUEVA EPS, CAPRESOCA EPS y COMPARTA EPS para renovación contractual y puesta al día en la operación.
 - Continuar con el seguimiento a contrato y monitorear los cambios de aseguramiento y continuidad en funcionabilidad de la EPS MEDIMAS, incluido el ciclo operativo (Cartera, Facturación, Glosas y demás)
 - Fortalecer las estrategias de contratación y referencia efectiva de pacientes en Régimen Contributivo, esto implica seguimiento de demanda a servicios por Urgencias, programados-electivos y aceptación de pacientes por Referencia vs capacidad Instalada disponible
 - Fortalecer las visitas o propuestas de contratación en mercados responsables, sin desconocer las dificultades normativas de georreferenciación y tarifarias.
 - Fortalecer estrategias comerciales con mercado Subsidiado y Contributivo (aliados estratégicos) para incrementar especialmente servicios de complejidad y área quirúrgica.
 - Promover la efectividad de la utilización de plataforma MIPRES según estándares y tiempos Normativos, para asegurar el reconocimiento de las Tecnologías NO POS.

3.3.2 Facturación

El proceso de facturación se encuentra conformado por 4 procedimientos los cuales son: Admisiones, Autorizaciones, Facturación, Armado de cuentas y Radicación, estos se encuentran orientados al cumplimiento del objetivo estratégico institucional: Sostenibilidad financiera.

A continuación se describen las siguientes acciones que han permitido la mejora de los procedimientos mencionados.

Ingresos abiertos:

Corresponde al cierre inoportuno de la factura. A través del software Dinámica Gerencial se obtiene el reporte de ingresos abiertos con valor.

Para el cuarto trimestre se ha realizado la evaluación y seguimiento de los ingresos abiertos a través de reuniones semanales con el equipo de facturación, en las cuales se realiza la socialización de la información, se establecen compromisos para el cierre de los ingresos.

En el cierre de ingresos oportuno influyen áreas como Osteosíntesis, Enfermería, Patología y Farmacia, por lo cual se han realizado socializaciones a través de correo electrónico y reuniones buscando la participación y el compromiso de las áreas para procurar la facturación oportuna. Así mismo con la actualización NIIF desde diciembre a la fecha se ha venido presentando debilidades para cerrar ingresos de la cual ya se ha reportado la incidencia a Sistemas (SYAC)

Urgencias (Admisiones y Autorizaciones):

En el área de admisiones se implementó el procedimiento de uso del digiturno el cual se ha logrado estandarizar y sistematizar con los colaboradores de admisiones observándose algunas falencias en el funcionamiento de la pantalla, la cual depende del área de sistemas.

Se ha socializado y se ha concientizado en diferentes oportunidades a los colaboradores de admisiones de urgencias la identificación correcta de los pacientes con el objeto de minimizar el riesgo de error en la identificación del paciente, lo que a su vez genera inadecuada facturación y problemas en la solicitud de la autorización del servicio correspondiente. También se ha realizado socialización y concientización en la solicitud de la documentación completa SOAT por parte de autorizaciones cuando los pacientes vienen remitidos de otras IPS lo que permite asegurar el cobro de la cuenta respectiva. Se desarrolló capacitación para integrar al Área de Referencia y así unificar criterios de gestión del SOAT.

El servicio de autorizaciones se detectó la falta de oportunidad en la emisión del documento por parte de las EPS donde de aval a la IPS para la prestación a sus afiliados, por lo cual se han establecido dos planes de mejora que permitan obtener la autorización por parte de la EPS.

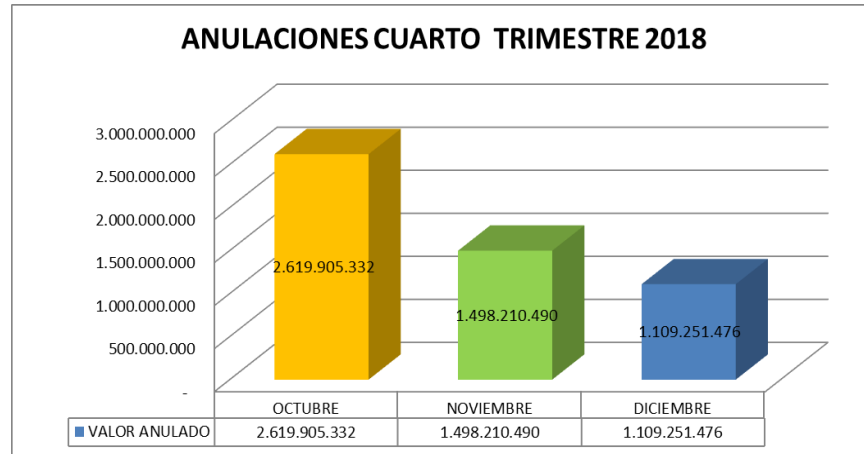
- 1- Se realizan reuniones semanales en el área de urgencias a través de la entrega de turno y en las reuniones hospitalarias donde se revisan los ingresos abiertos, allí se socializan las novedades de los servicios pendientes por autorizar.

A partir de Octubre, se designó a una persona coordinadora de todo el proceso de Autorizaciones, una de sus actividades principales será la de estar desarrollando control de gestión del equipo a cargo y sobre todo visitas a las EPS en la búsqueda de las autorizaciones, se proyectará una reorganización del área de la central de autorizaciones desde urgencias, consulta externa, hospitalario, para efectos de fortalecer la gestión y entregar la autorización al equipo de facturación. A través de Sistemas se proyectará un desarrollo para determinar la trazabilidad de la autorización y control de ésta.

Anulaciones:

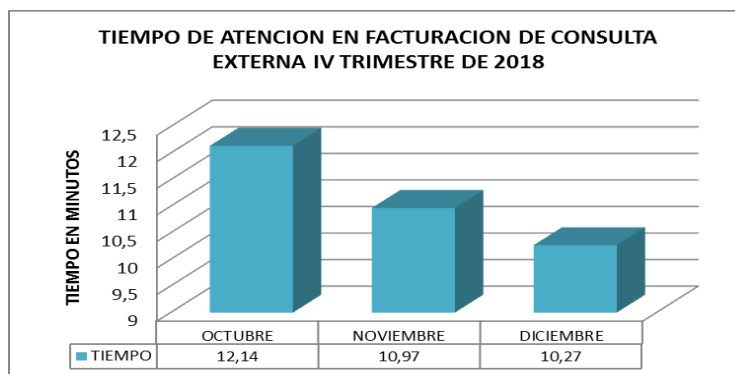
Existe un correo específico para que los facturadores notifiquen las anulaciones requeridas. Este proceso lo realiza el líder de facturación y en el caso de no encontrarse en el HUS el líder lo realiza la persona designada de apoyo del área.

Con respecto al trimestre de la vigencia anterior se evidencia un aumento, ésta variable se da por el proceso implementado de auditoría de la facturación, donde se realiza un filtro a las cuentas que se van a presentar ante las EPS, durante este proceso, se identifican las facturas que no cumplen los requisitos según la normatividad y por ello se procede a la corrección de la misma, dentro de lo cual se requiere de la anulación.



Como objetivo de la Subdirección de contratos y mercadeo es lograr disminuir las anulaciones, es de resaltar que existen motivos de pertinencia médica y administrativa, de la cual se ha venido trabajando conjuntamente con auditoria concurrente para disminuir el de tipo asistencial y desde el componente administrativo estar auditando y controlando la prefectura en Hospitalización, Salas de Cirugía, UCI.

Tiempo de Facturación de Consulta Externa:



En el área de consulta externa de la sede de Bogotá se lleva a cabo la medición del tiempo de facturación desde el momento de la llegada del paciente a tomar el turno (Digiturno) hasta el momento donde se le genera la factura, los resultados generados de esta medición han dado un promedio de 14 minutos, lo cual se encuentra dentro de la meta del servicio que esta de 15 a 30 minutos.

Con el objetivo de agilizar los procesos llevados a cabo en el área de consulta externa, los facturadores se les ha impartido lineamientos de administrar tiempos y movimientos para quien al momento en el que el paciente se acerca a tomar el turno, se le brinda la orientación y revisión de la documentación antes de presentarse a la ventanilla para optimizar la oportunidad de la atención. A su vez, el área de facturación al momento de realizar la asignación de la cita, informa al usuario que debe acercarse a facturar por lo menos con 30 minutos de anterioridad. Este valor ha disminuido de 45 minutos a 30 minutos para esta vigencia.

Para este trimestre terminamos con 11.12 minutos en promedio.

Conciliaciones con el área contable:

El área de facturación en conjunto con el área contable realiza conciliaciones por centros de costo de la cuenta 43 de manera mensual lo que permite identificar de manera oportuna las acciones a mejorar y la realización de las aclaraciones y ajustes pertinentes.

De carácter mensual se realiza el seguimiento de la producción de cada facturador teniendo en cuenta, la facturación pendiente por entregar, los ingresos abiertos, las anulaciones, la facturación generada, la asignación de citas generadas, la nota obtenida en el examen para verificar la mejora del proceso observada en cada uno de los facturadores.

En el área de consulta externa de la sede de Bogotá se lleva a cabo la medición del tiempo de facturación desde el momento de la llegada del paciente a tomar el turno (Digiturno) hasta el momento donde se le genera la factura, los resultados generados de esta medición han dado un promedio de 14 minutos, lo cual se encuentra dentro de la meta del servicio que esta de 15 a 30 minutos.

Con el objetivo de agilizar los procesos llevados a cabo en el área de consulta externa, cada facturador le brinda la orientación e información para que sea pueda lograr una celeridad en la atención, más cálida y efectiva.

A su vez, el área de facturación al momento de realizar la asignación de la cita, informa al usuario que debe acercarse a facturar por lo menos con 30 minutos de anterioridad. Este tiempo ha disminuido de 45 minutos a 30 minutos para esta vigencia.

Facturación Bogotá

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2016		2017		2018	
	TOTAL 2016	% part	TOTAL 2017	% Part	TOTAL 2018	% Part
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	669.337.604	0,6%	662.554.042	1%	711.526.517	1%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	2.224.557.574	2,1%	4.240.454.545	4%	4.725.793.591	4%
SERVICIOS AMBULATORIOS - C.EXTERNA Y PROCE (3)	-	0,0%	179.684.643	0%	2.262.200	0%
SERVICIOS AMBULATORIOS - C.ESPECIALIZADA (4)	8.059.189.779	7,4%	7.500.877.020	7%	7.926.316.484	7%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	14.761.782.551	13,6%	14.672.708.752	13%	13.656.018.146	12%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	3.620.270.866	3,3%	4.393.651.791	4%	4.122.507.900	4%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.995.178.190	1,8%	2.177.211.439	2%	1.932.034.310	2%
HOSPITALIZACION -RECIE NACIDOS (10)	3.279.863.794	3,0%	3.958.902.597	3%	4.181.879.805	4%
QUIROFANOS	13.852.991.367	12,8%	13.336.298.600	12%	12.624.615.478	11%
APOYO DIAGNOSTICO -	8.550.481.018	7,9%	8.474.397.670	7%	8.836.944.038	8%

LABORATORIO CLINICO (13)						
APOYO DIAGNOSTICO - IMAGENOLOGIA (14)	10.301.279.251	9,5%	11.655.510.284	10%	13.857.792.286	12%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	707.430.062	0,7%	772.516.280	1%	823.167.133	1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	4.908.050.446	4,5%	4.987.289.204	4%	4.885.690.289	4%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.945.226.278	1,8%	2.161.600.752	2%	2.351.030.587	2%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	2.444.448.314	2,3%	2.563.531.828	2%	3.043.132.704	3%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	273.121.307	0,3%	366.415.742	0%	393.835.046	0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	27.823.916.341	25,7%	31.506.181.548	27%	28.912.957.380	25%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	177.108.702	0,2%	213.419.266	0%	298.102.409	0%
SERVICIO AMBULATORIO- PROMOCION Y PREVENC (6)	-	0,0%	80.500	0%	42.200	0%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	4.128.400	0,0%	997.800	0%	1.556.600	0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD- S. DOCENTES (25)	1.478.403.399	1,4%	1.422.514.721	1%	1.729.906.007	2%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD- OTROS SERVI (23)	436.031.847	0,4%	35.776.453	0%	-	0%
DEVO. REBAJAS Y DESTO EN VENTAS S. (DB)	-	0,0%	-	0%	-	0%
FACTURACION MODULO (CTA 43)	107.512.797.090	99,3%	115.282.575.474	100%	115.017.111.111	100%
LA VEGA	-	0,0%	-	0%	-	0%
CUENTA 48 refacturacion	774.947.054	0,7%	-	0%	-	0%
TOTAL	108.287.744.144	100,0%	115.282.575.474	100%	115.017.111.111	100%
PROMEDIO MENSUAL	8.959.399.757		9.606.881.289		9.584.759.259	

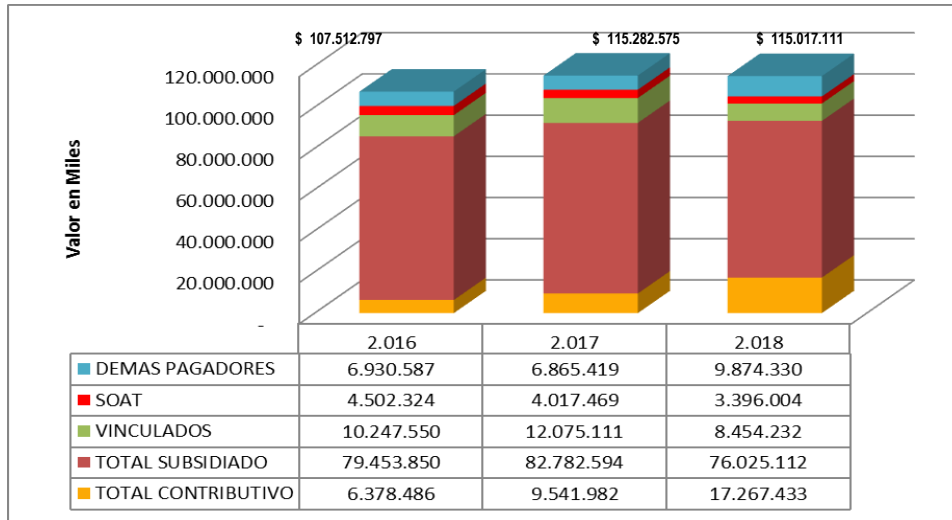
En Farmacia se evidencia un 2% de disminución con respecto a la anterior vigencia. Con Apoyo Diagnóstico se mantiene igual con respecto a la vigencia anterior.

Así mismo se ha venido afectando Quirófanos, UCI, Hospitalización y Consulta Externa con un promedio del 1%.

Es de relevancia que en el IV Trimestre no tuvimos contrato con la EPS CONVIDA, de la cual se mermó en cierta manera la venta de servicios.

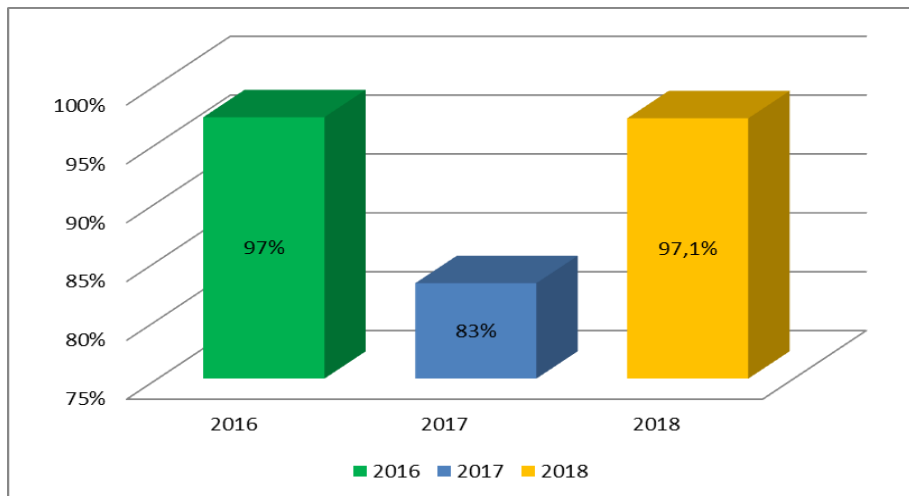
El más significativo incremento fue Apoyo Diagnóstico Imagenología con un 2% con respecto a la vigencia anterior

Aseguramiento Bogotá:



El régimen contributivo representa el 66.10% y Régimen Subsidiado el 15.01% donde se refleja que en el régimen subsidiado se presenta una disminución con respecto a la vigencia anterior, mientras en el régimen Contributivo se presenta un incremento, ya que se factura en especial a EPS con contrato, como: Famisanar Convida, Compensar, Medimas.

Radicación Bogotá



La radicación de la sede Bogotá para este cuarto trimestre se encontró en un 97.11%, durante este periodo se presentaron problemas de radicación de Adres, debido a actualizaciones en la plataforma, y al proceso de validación del Furips. Con la SSC, se radicaron las cuentas. En Octubre se radicó: \$ 393.525.242. En Noviembre se radicó: \$ 325.785.508. En Diciembre se radicó \$ 117.026.700 Total Trimestre: \$ 836.337.450. Queda pendiente para Enero 2019 radicar últimos pendientes y determinar si se liquida el contrato 612 de 2018 o se opta por nuevo contrato.

RADICACION BOGOTA	
TOTAL FACTURADO (Facturación Niff)	115.017.111.111
Menos	
MES DICIEMBRE (Radicación Enero 2019)	10.432.291.921
Total	104.584.819.190
TOTAL RADICADO	101.559.432.002
% Radicación	97,11%

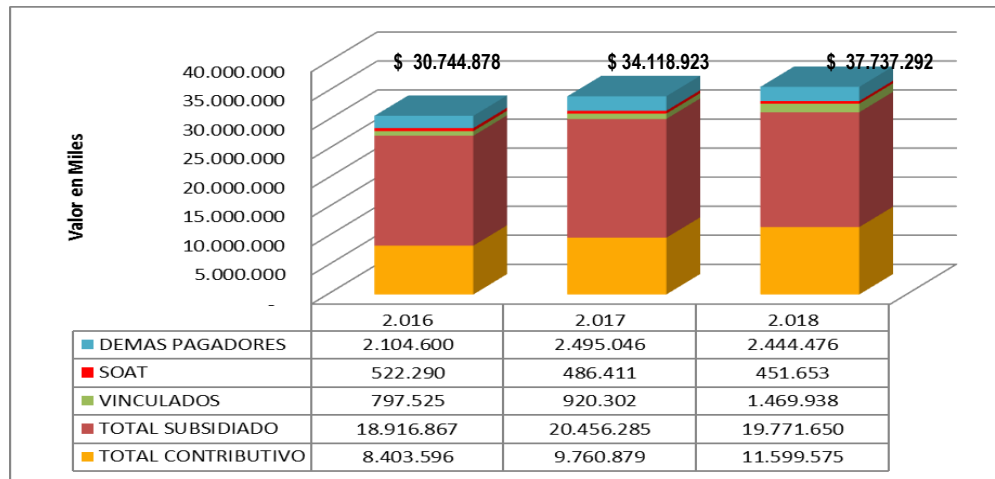
Facturacion Zipaquirá

Se realiza en la sede de Zipaquirá una redistribución por ajuste de valores de hospitalización Estancia general al centro de Costo de Farmacia, lo que influye en el aumento de este último con respecto a la vigencia anterior.

Se evidencia una disminución de Hospitalización de 1% con respecto a la vigencia anterior, mientras que la Consulta de Medicina Especializada se incrementó

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS DETALLE	2016		2017		2018	
	TOTAL 2016	% part	TOTAL 2017	% Part	TOTAL	% Part
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	1.945.734.874	6,3%	2.033.909.769	6,0%	2.075.381.105	5,8%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	1.285.888.353	4,2%	1.011.678.956	3,0%	1.071.775.069	3,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	1.558.626.979	5,1%	1.307.597.314	3,8%	1.556.763.111	4,4%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	3.338.457.443	10,9%	4.626.889.518	13,6%	5.046.723.118	14,1%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	591.297.601	1,9%	556.132.576	1,6%	684.420.276	1,9%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	3.500.141.797	11,4%	3.923.067.588	11,5%	3.642.380.252	10,2%
HOSPITALIZACION -RECIEEN NACIDOS (10)	299.117.895	1,0%	358.553.567	1,1%	321.951.134	0,9%
QUIROFANOS	5.171.143.929	16,8%	5.314.782.854	15,6%	5.397.618.392	15,1%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	3.829.364.125	12,5%	4.885.327.100	14,3%	5.024.612.951	14,1%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	2.080.462.720	6,8%	2.511.303.000	7,4%	2.839.941.242	7,9%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	323.090.030	1,1%	313.893.940	0,9%	380.004.715	1,1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	1.807.386.246	5,9%	1.995.841.668	5,8%	2.356.653.002	6,6%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	419.701.732	1,4%	492.807.139	1,4%	601.029.636	1,7%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	237.859.142	0,8%	254.555.978	0,7%	325.161.050	0,9%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	130.851	0,0%	-1.317.520	0,0%	235.043	0,0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	1.888.312.419	6,1%	1.585.155.890	4,6%	1.809.128.131	5,1%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	31.576.747	0,1%	72.071.838	0,2%	112.678.183	0,3%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVEN (6)	1.219.496.086	4,0%	1.578.571.374	4,6%	1.708.684.593	4,8%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	600.445.131	2,0%	389.811.411	1,1%	322.841.694	0,9%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	285.581.300	0,9%	299.735.100	0,9%	326.232.419	0,9%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)		0,0%	-193.426.878	-0,6%	-	0,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI	274.802.265	0,9%	801.980.883	2,4%	133.077.412	0,4%

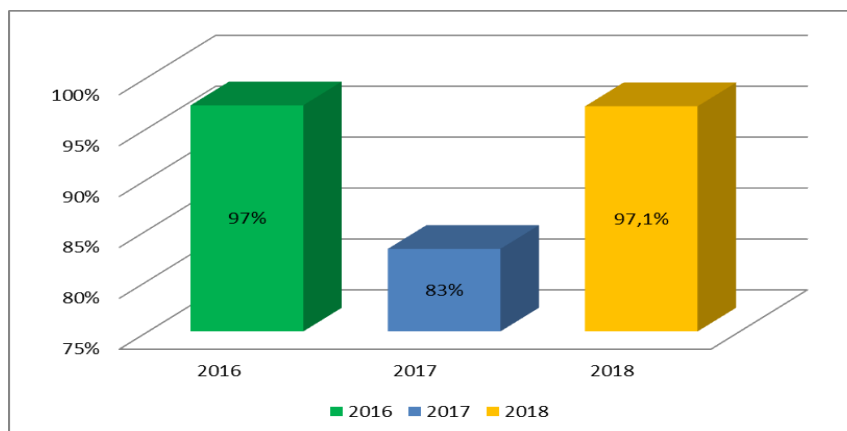
(23)						
DEVO. REBAJAS Y DESTO EN VENTAS S. (DB)		0,0%		0,0%		0,0%
Facturacion Modulo (43)	30.688.617.665	99,8%	34.118.923.064	100,0%	35.737.292.530	100,0%
CUENTA 48 - REFACTURACION	56.260.695	0,2%		0,0%	-	0,0%
TOTAL	30.744.878.360	100,0%	34.118.923.064	100,0%	35.737.292.530	100,0%
PROMEDIO	2.557.384.805		2.843.243.589		2.978.107.711	



En el régimen contributivo representa un 10.09% de la cual incrementó con respecto a la vigencia anterior y en el Régimen Subsidiado un 17.19% de la cual disminuyó, sobre el total de ventas en el régimen contributivo las principales EPS son: Famisanar, Medimas, Nueva EPS, Convida

En el régimen Subsidiado la principal EPS es Convida, seguida de Famisanar y Medimas.

Radicación Zipaquirá



La radicación del cuarto trimestre de la sede Zipaquirá se encontró en un 97.06%. Para este corte se presentaron problemas de radicación con la Secretaría de Salud de Cundinamarca por el cambio que se realiza para el registro de la facturación en el módulo de cartera, por lo cual se están diseñando los reportes anexos.

Para el caso de Adres, se evidencia un retraso debido a que Adres no realiza la recepción de la facturación por organización interna. Se presenta por ellos propuesta de radicación electrónica

RADICACION ZIQAUIRÁ	
TOTAL FACTURADO (Facturación Niff)	35.737.292.530
Menos	
MES DICIEMBRE (Radicación Enero 2019)	1.370.668.265
Total	34.366.624.264
TOTAL RADICADO	33.355.073.889
% Radicación	97.06%

Durante el Cuarto Trimestre del 2018, se observa el porcentaje de radicación del 97%, Teniendo en cuenta los valores reportados en NIF
Fuente: Dinámica Gerencia Hospitalaria (DGH)

Facturacion Consolidado

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2016		2017		2018	
	TOTAL 2016	% part	TOTAL 2016	% part	TOTAL 2018	% part
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	2.615.072.478	1,9%	2.696.463.810	1,8%	2.786.907.621	1,8%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	3.510.445.927	2,5%	5.252.133.501	3,5%	5.797.568.660	3,8%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	1.558.626.979	1,1%	1.487.281.957	1,0%	1.559.025.311	1,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS - C.ESPECIALIZADA (4)	11.397.647.222	8,2%	12.127.766.538	8,1%	12.973.039.602	8,6%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	591.297.601	0,4%	556.132.576	0,4%	684.420.276	0,5%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	18.261.924.348	13,1%	18.595.776.340	12,4%	17.298.398.398	11,5%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	3.620.270.866	2,6%	4.393.651.791	2,9%	4.122.507.900	2,7%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.995.178.190	1,4%	2.177.211.439	1,5%	1.932.034.310	1,3%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	3.578.981.689	2,6%	4.317.456.163	2,9%	4.503.830.940	3,0%
QUIROFANOS	19.024.135.296	13,7%	18.651.081.454	12,5%	18.022.233.870	12,0%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	12.379.845.143	8,9%	13.359.724.770	8,9%	13.861.556.989	9,2%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	12.381.741.971	8,9%	14.166.813.283	9,5%	16.697.733.528	11,1%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	1.030.520.092	0,7%	1.086.410.220	0,7%	1.203.171.848	0,8%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	6.715.436.692	4,8%	6.983.130.872	4,7%	7.242.343.291	4,8%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	2.364.928.010	1,7%	2.654.407.891	1,8%	2.952.060.223	2,0%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	2.682.307.456	1,9%	2.818.087.806	1,9%	3.368.293.754	2,2%

APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	273.252.158	0,2%	365.098.221	0,2%	394.070.089	0,3%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	29.712.228.760	21,4%	33.091.337.438	22,1%	30.722.085.511	20,4%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	208.685.449	0,2%	285.491.104	0,2%	410.780.592	0,3%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	1.219.496.086	0,9%	1.578.651.874	1,1%	1.708.726.793	1,1%
SERVICIOS C. A LA SALUD-SERV.AMBULANCIA (22)	289.709.700	0,2%	300.732.900	0,2%	327.789.019	0,2%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	600.445.131	0,4%	389.811.411	0,3%	322.841.694	0,2%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S.DOCENTES (25)	1.478.403.399	1,1%	1.229.087.843	0,8%	1.729.906.007	1,1%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	710.834.112	0,5%	837.757.336	0,6%	133.077.412	0,1%
TOTAL (cuenta 43)	138.201.414.755	99,4%	149.401.498.538	100,0%	150.754.403.640	100,0%

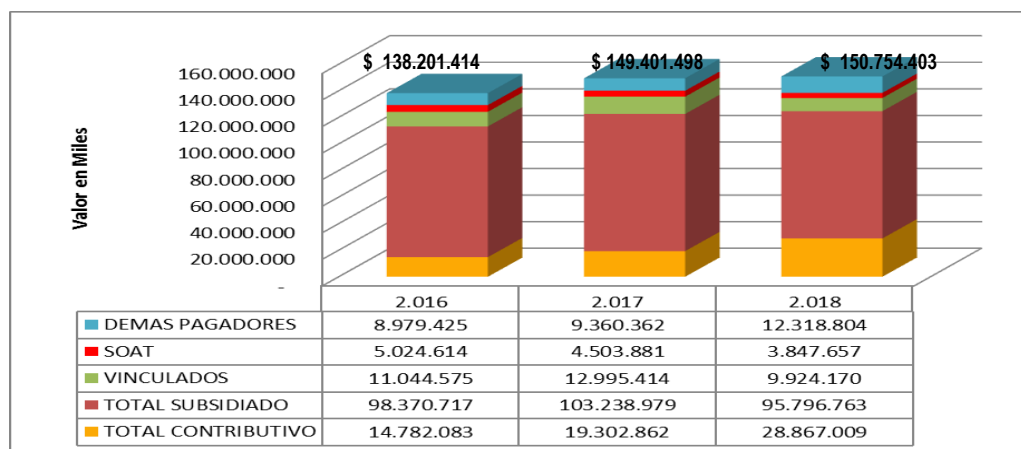
PROMEDIO

11.516.784.563

12.450.124.878

12.562.866.970

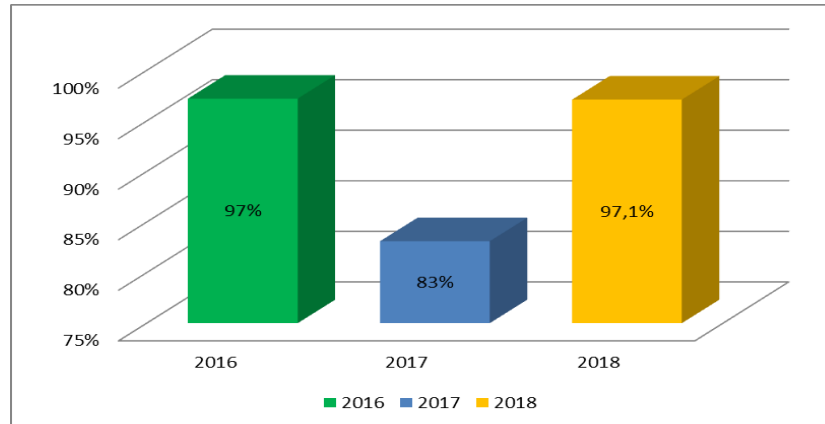
Para el IV trimestre el promedio de ventas se da en \$ 12.562 millones, los servicios que registraron aumento con respecto a la vigencia anterior: Consulta Especializada \$ 846 millones, Laboratorio Clínico \$ 501 millones, Imagenología \$ 2.530 millones,

Aseguramiento Consolidado:


En el Régimen Contributivo representa el 19.15% evidencia un aumento con respecto a la vigencia anterior, donde las EPS más representativas son Famisanar, Medimas, Nueva EPS, Convida, Salud Total

En el Régimen Subsidiado representa el 63.54%, la principal EPS es Convida, Capresoca, Capital Salud, Comparta.

Después de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, el pagador de población vinculada más representativo es el Fondo Financiero Distrital, En accidentes de tránsito la principal aseguradora Seguros del Estado.

Radicación consolidada


El proceso de radicación para el tercer trimestre de la vigencia 2018, se cierra con un total de 97.09% este valor se calcula de la siguiente manera:

RADICACION CONSOLIDADO	
TOTAL FACTURADO NIF 2018	150.754.403.640
Menos:	
MES DICIEMBRE (Radicación Enero 2019)	11.802.960.186
Total	138.951.443.454
TOTAL RADICADO	134.914.505.891
% Radicación	97.09%

Durante el Cuarto Trimestre del 2018, se observa el porcentaje de radicación del 97%, Teniendo en cuenta los valores reportados en NIF
Fuente: Dinámica Gerencia Hospitalaria (DGH)

La radicación consolidada se encuentra en un 97.09%. Se radicó Secretaria de Salud de Cundinamarca correspondiente a las dos sedes Bogotá y Zipaquirá, debido a situaciones de cambio en el método de radicación.

3.3.3 Objeciones y glosas

En el transcurso de la vigencia mostramos detalladamente los hallazgos y planes en ejecución para lograr mejorar los estándares de oportunidad, acciones preventivas y correctivas y ejercicios de calidad en el ingreso y respuesta a glosa y devoluciones.

Se logró el cierre de etapas como:



- Socialización de los motivos de glosa y devolución el cual se ha desarrollado con éxito, ampliando nuestro campo de acción a áreas claves como Facturación, Farmacia, Auditoría Concurrente y acompañamiento e intervención paralela para mejorar el producto que es la factura.
- Ingreso de la glosa y las devoluciones de manera más oportuna y se cuenta con inventario actualizado de la glosa recepcionada a través de medios magnéticos y páginas, permitiendo acciones e intervenciones de efectividad y oportunidad.
- Capacitaciones con participación dando cumplimiento al 100% en el desarrollo de formación y activación de competencias para mejorar el impacto en respuesta y calidad de la misma.
- Puesta en marcha del área de Cuentas Médicas como acción preventiva en auditoría técnica.
- Incremento en los ciclos de conciliación y acuerdos contractuales con ERP claves.
- Inventario sistemático de glosa recibida en proceso de ingreso al MDGH

En cuanto a los controles y seguimientos propuestos avanzamos así:

- ✓ Saneamiento de la glosa y devoluciones: incrementamos y avanzamos en el ciclo de conciliaciones masiva con depuración responsable de glosa frente a los saldo y vigencias con diferentes ERP, entre las de mayor impacto y puesta al día mencionamos:

Ecoopsos EPS

Unicajas EPS

Salud Total EPS

Capresoca EPS

Capital Salud EPS

Secretaria de Cundinamarca

Servimédicos

Fondo Financiero Distrital

Famisanar EPS – Devoluciones

Sanitas EPS

Grupo Sura

Axa Colpatria Seguros

Mallamas EPS

Medimas EPS

Dusakawi EPS

Encosalud

Compensar EPS

Médicos Asociados

Secretaria Salud del Valle

Salud Vida EPS

Cajacopi EPS

Asmet Salud EPS

- ✓ Se dio continuidad al acercamiento ante las diferentes Aseguradoras-SOAT con propuestas serias de reconocimiento de las cuentas en estado extemporáneo o en curso de prescripción, con escenarios nuevos de solicitud de reconocimiento.
- ✓ Se presentó una propuesta seria a NUEVA EPS para subsanar y poner la operación al día, ante la dificultad marcada para conciliar.
- ✓ Puesta en marcha y funcionalidad del modelo de auditoría técnica y administrativa desarrollada por el área de cuentas médicas, en busca de aplicar auditoría a muestras representativas, con el fin de disminuir los conceptos de glosa y devolución, generando un impacto positivo de llevar al 40% la pre validación de facturas.
- ✓ Implementación y desarrollo de comités con facturación y autorizaciones, para socializar resultados y hallazgos de la auditoría y planear acciones conjuntas de mejoramiento con seguimiento y monitoreo constante.

- ✓ Entrega directa de facturas devueltas por no Radicación al área de Facturación, para que en menor tiempo se gestionen y no se impacte la glosa por conceptos no inherentes sino imputables a la operación de esta área.
- ✓ Seguimiento y mejoramiento en el reporte y solicitud de ACTAS NO POS con el área de Farmacia.

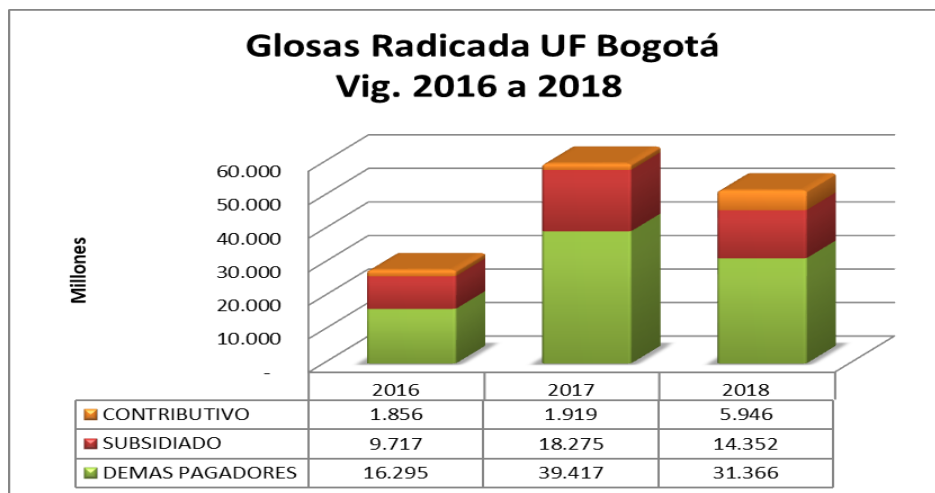
Adicional a lo anterior, es importante mencionar:

Se implementó la notificación y seguimiento a las devoluciones reportadas pero que no tienen físico a las diferentes ERP y se ejecutara circularización formal con derechos de petición para que se realice el envío, evitando la reconstrucción periódica de cuentas, que aportara mayor tiempo a la respuesta efectiva.

INDICADORES AREA GESTION DE OBJECIONES

Objeciones y Glosas Bogotá:

COMPARATIVO VALOR GLOSA RADICADA UF BOGOTA:

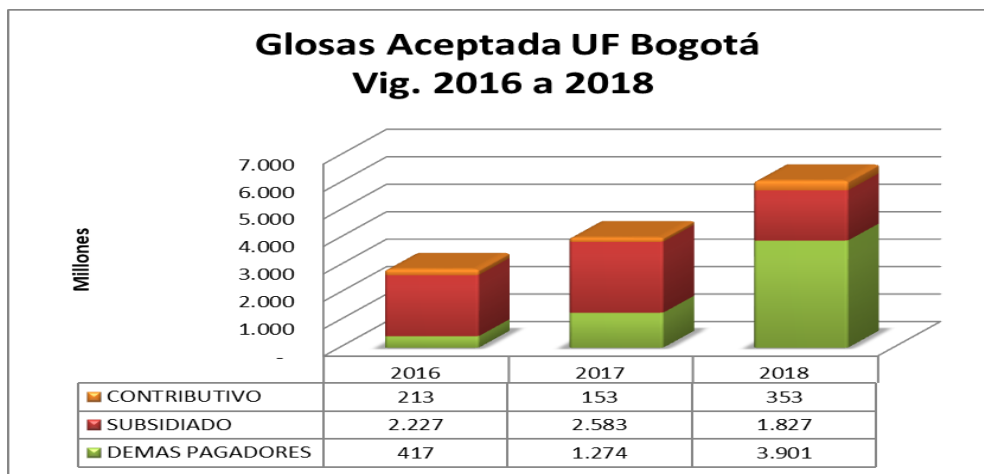


Los conceptos de glosa y devoluciones generados en la UF Bogotá al cierre de vigencia han disminuido de manera importante frente a la vigencia anterior, dentro de los resultados analizados en esta UF se presenta glosa y devolución especialmente así:

Otros Pagadores, refiere ausencia de autorización, falta de actas NO POS, soportes y pertinencia, en el tema de Aseguradoras por atención a víctimas de Accidentes de Tránsito, es estructural por el diligenciamiento y transcripción de datos en FURIPS más línea de pagador especialmente asignada y aplicación del Decreto 2423

En régimen Subsidiado Comparta EPS, Capresoca EPS, Ecoopsos EPS y Convida EPS, generan un entorno importante de glosa y devolución, que debe estar en seguimiento e intervención para cumplir con la respuesta y radiación manteniendo acuerdos de disminución en la misma y escenarios de conciliación permanente.

El régimen contributivo presenta al contrario de los anteriores, incremento en el volumen de glosa y devolución por los mismos conceptos ya específicos, mencionando especialmente el modelo autorizador que nos impacta, relacionamos Famisanar EPS por soportes en radicación digital, grupo Sura EPS, Salud Total EPS y Medimas EPS dentro de las ERP de mayor impacto.

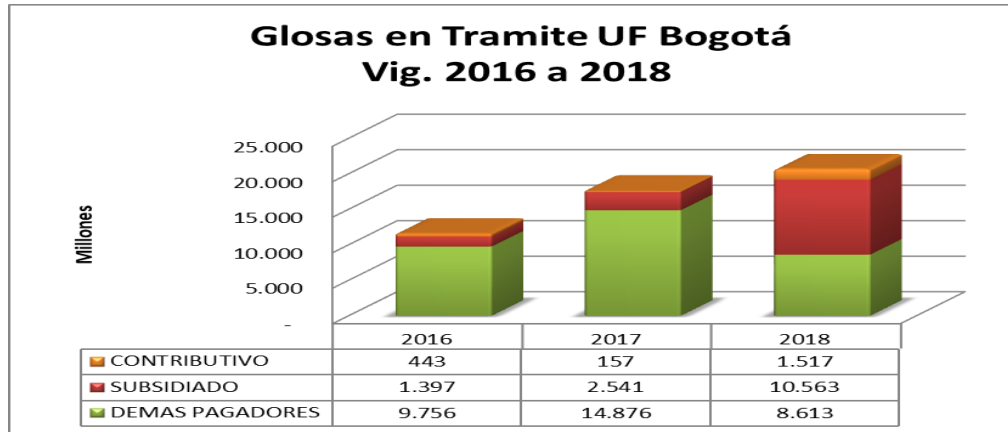
COMPARATIVO VALOR GLOSA ACEPTADA UF BOGOTÁ:


La aceptación presentada crece frente a las vigencias anteriores; con una explicación definida frente al saneamiento responsable de las vigencias anteriores, esfuerzos marcados con resultado en el incremento de las conciliaciones; sin embargo aclaramos que nos mantenemos dentro de los estándares y metas definidas Institucionalmente sobre los márgenes de aceptación.

Con respecto al régimen contributivo, el ciclo de conciliación incrementado con Famisanar EPS, Salud Total EPS, Compensar EPS, Sura EPS y Sanitas EPS, aportaron el incremento en la aceptación pero así mismo la entrega de las actas que libera los recursos aprobados para pronto pago, nos queda continuar interviniendo NUEVA EPS.

En el régimen subsidiado, se mantuvo en control las ERP especialmente Convida EPS que siendo el mayor asegurador, se encuentra al día en conciliación, en seguimiento la no radicación de glosa desde Mayo, pero con notificación escrita de nuestra parte sobre la extemporaneidad en la formulación y notificación.

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

COMPARATIVO VALOR GLOSA EN TRAMITE UF BOGOTA:


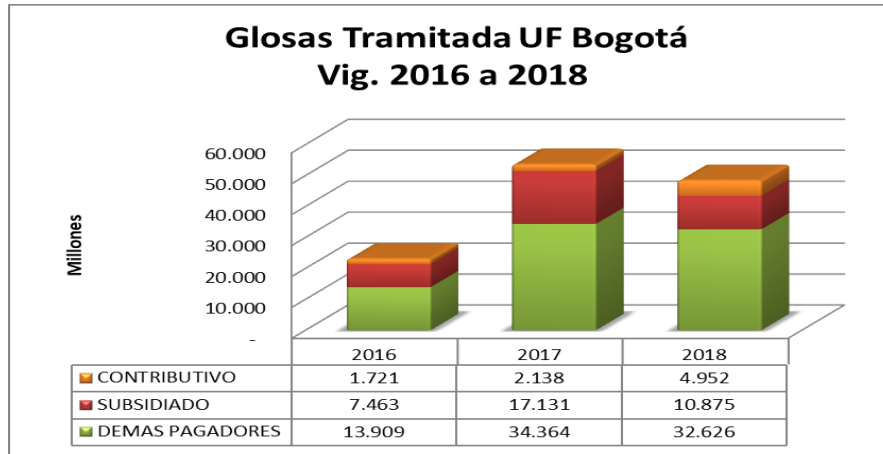
Con el analisis previo en el consolidado de la glosa en tramite, la UF de Bogota presenta un comportamiento descrito en la estabilizacion del informe y rubros asignados por tipo de mercado en primer lugar.

La composicion diferencial de las cifras se hace responsablemente con participacion incrementada del regimen subsidiado y disminucion porcentual de otros pagadores por la nueva distribucion en las cifras, que se ajusta a las transacciones correctas contables, referimos el caso de Ecoopsos EPS, Salud Vida EPS, Asmet Salud EPS, Comparta EPS y Convida EPS.

En regimen contributivo, se ajustan principalmente ERP como Compensar EPS, Cruz Blanca EPS y Coomeva EPS.

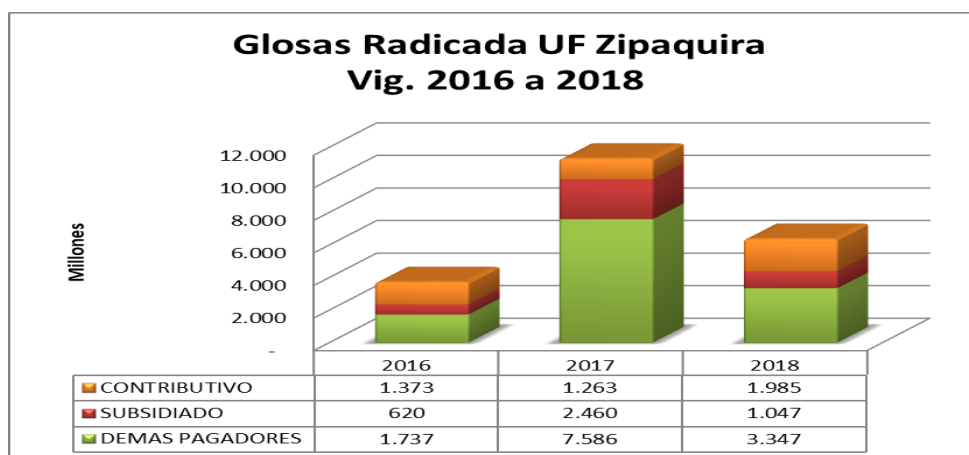
Ya aclarado lo anterior, en la operación se incrementa la glosa en tramite frente a la vigencia anterior, principalmente por los tiempos destinados a la consecucion de autorizaciones, NO POS- actas y soportes, estos temas han sido intervenidos solicitando acciones y estructurado planes o ajustes en la logistica e interaccion de las areas responsables, esperando impactar con disminucion de tiempos y efectividad en la respuesta y radicación, mas la definicion de ingreso de actas completas al modulo DGH, que se encuentran en otros estados o cuentas de dificil recaudo que ante la gestion del area se logro la conciliación, esperando bajar la glosa en tramite una vez se defina la metodologia.

Debemos continuar en seguimiento de ERP como Coomeva, Nueva EPS, Medimas EPS, Famisanar EPS dentro de las mas representativas en contributivo, Comparta EPS, Capresoca EPS en el Regimen Subsidiado; ADRES y Entes Territoriales en otros pagadores para priorizar en la gestion y respuesta incluidos ciclos de conciliación mas dinamicos ante la volumetria de glosa notificada.

COMPARATIVO VALOR GLOSA TRAMITADA UF BOGOTA:


El aumento de la glosa tramitada presenta variables esperadas, que correspondió a la disminución de la vigencia 2016 gestionando los saldos aún pendientes, incrementamos la respuesta de la vigencia 2017 que es el periodo fuerte en proceso y mantuvimos estable y oportuna la respuesta a cierre del 2018; enlazamos lo descrito anteriormente al lograr la conciliación masiva y puesta al día de diferentes ERP impactando positivamente la gestión a la glosa tramitada.

Resaltamos cierre de vigencias en conciliación con Ecoopsos EPS, Capresoca EPS, Capital Salud EPS, Salud Vida, Sanitas EPS, Mallamas EPS y Unicajas EPS (entre otras) y la respuesta fuerte a glosa para Medimas EPS y Coomeva EPS, que presentaban un atraso operativo importante. Positiva la gestión con otros pagadores como ADRES, Secretaria de Cundinamarca y Aseguradoras, importante continuar con los esfuerzos grupales para tener un escenario contundente de respuesta oportuna y saneamiento, ante la dificultad de este mercado que no permite conciliaciones directas, disminuyendo la posibilidad de avanzar de manera más efectiva.

Objeciones y Glosas Zipaquirá
COMPARATIVO VALOR GLOSA RADICADA UF ZIQAQUIRA:


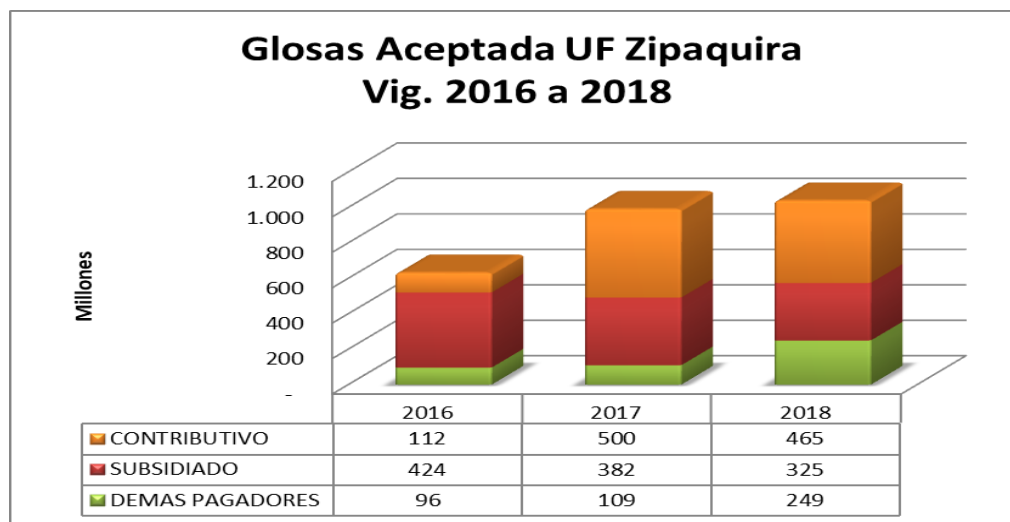
En la UF de Zipaquirá decrece en términos de radicación de glosa por las deferentes ERP, mostrando tendencias equilibradas en los diferentes regímenes, con mayor atención hacia otros pagadores y monitoreando el comportamiento de notificación oportuna de las diferentes ERP, ya que al cierre podemos indicar que no se ha procesado toda la auditoria para esta vigencia especialmente.

Mencionamos en régimen contributivo la participación de Nueva EPS, Sanitas EPS, Sura EPS y Famisanar EPS como ERP que vienen aplicando rigurosamente glosas y devoluciones, por temas relacionados con la autorización, las actas de NO POS y soportes respectivamente.

En Régimen Subsidiado, la disminución de glosa de Convida EPS y otros pagadores, ha marcado el decrecimiento en la radicación de la glosa y devoluciones.

En el periodo 2018, se desarrolló un trabajo en campo con acompañamiento, socialización y planes de trabajo estructurados con enfoque de proceso y mayor calidad en la factura, debemos continuar con especial atención en temas de autorizaciones, gestión a tecnologías NO POS y manejo a reclamaciones por Accidentes de Tránsito.

COMPARATIVO VALOR GLOSA ACEPTADA UF ZIPAQUIRA:



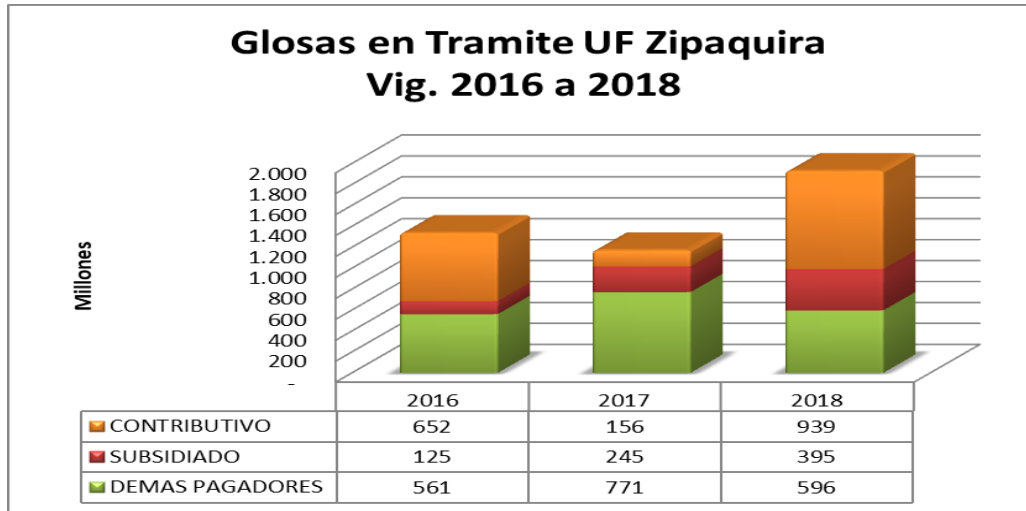
La tendencia de aceptación de glosa es muy homogénea respecto a la vigencia anterior, con comportamientos regulares que al interpretarlos coinciden con la continuidad en los hallazgos que conllevan a la aceptación o ajustes responsables necesarios dentro de los escenarios conciliatorios y de respuesta a la glosa y devoluciones.

Mencionamos a Famisanar EPS, Salud Total EPS, Sanitas y Sura EPS en régimen contributivo como las EPS que más acceso nos ha dado a la conciliación; impactando positivamente en la liberación de recursos reconocidos para pago con saneamiento de los ajustes a lugar, después de la intervención médica y técnica.

Los ajustes en régimen Subsidiado están aportados especialmente por Convida EPS como principal ERP, con tipificación de glosas homogéneas e intervenibles en cuanto a la prevención, sin embargo no tenemos a la fecha formulación de glosa desde el mes de Mayo de 2018; como factor indirecto en la disminución.

Importante continuar con la socialización de los hallazgos y tipificación de glosas aceptadas, para las estrategias previas enmarcadas en la prevención de las mismas, especialmente por autorizaciones, NO POS, soportes, interpretación, pertenencia y mantener el indicador como meta de aceptación.

COMPARATIVO VALOR GLOSA EN TRAMITE UF ZIPAQUIRA:

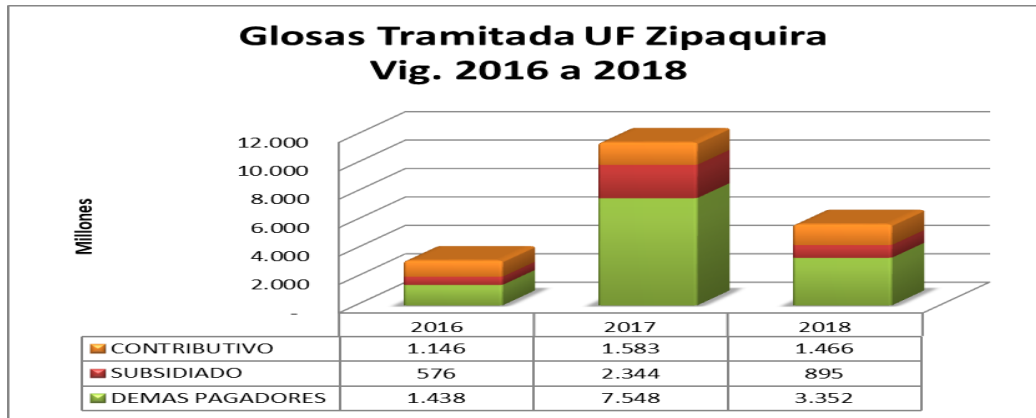


Con el análisis previo en el consolidado de la glosa en trámite la UF, presenta un comportamiento de incremento marcado y rubros ajustados por tipo de mercado en primer lugar con impacto en contributivo y subsidiado, frente a las vigencias anteriores; ejercicio necesario para estabilizar la participación de glosa en trámite por mercado.

Es vital, continuar con planes de respuesta y conciliación oportuna con Nueva EPS y Coomeva EPS, Famisanar EPS en contributivo, Ecoopsos EPS en régimen subsidiado y gestión a Aseguradoras con integración de la UF para brindar mayor oportunidad en las solicitudes de soportes alrededor de los conceptos de glosa o devolución aplicados, con énfasis en la gestión a autorizaciones, consecución de acas NO POS y soportes en general.

Dentro de los planes estructurados en campo, las acciones preventivas que se desarrollaron en la UF y las medidas en atención oportuna a nuestros requerimientos y el envío de la base documental solicitada por Objeciones, permitirán mayor impacto en la respuesta con disminución en la glosa en trámite, sin descuidar los ajustes procesales internos para garantizar calidad y evitar devoluciones y Objeciones.

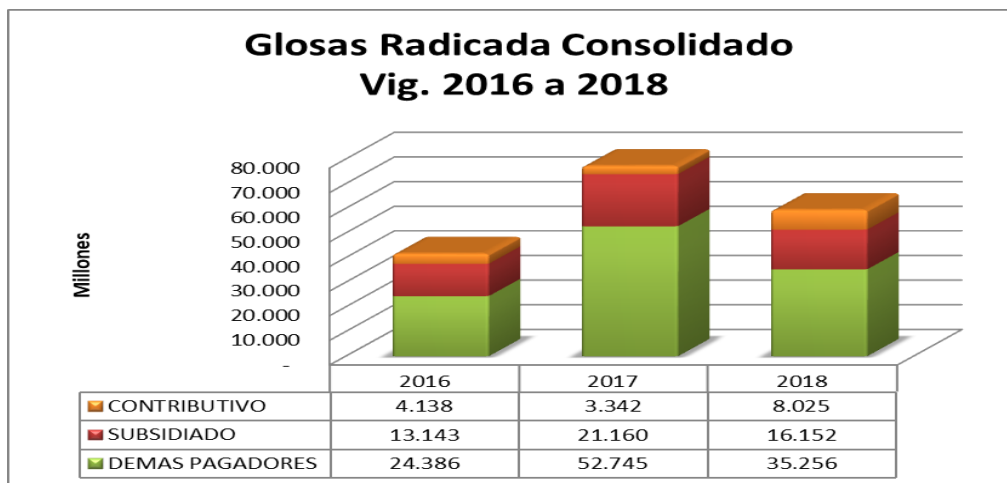
Continuamos con la gestión de ingreso de las conciliaciones ya efectuadas, que en el primer mes del año 2019 deberán quedar incluidas, disminuyendo la glosa en trámite.

COMPARATIVO VALOR GLOSA TRAMITADA UF ZIPAQUIRA:


Para el régimen contributivo se presentó una disminución de la glosa tramitada con respecto al mismo periodo de la vigencia 2017, ejercicio esperado con disminución de saldos a 2016, incremento en gestión a 2017 por ser el periodo clave en proceso y mantener la respuesta al cierre del año 2018.

Para el régimen subsidiado se presentó principalmente por menor reporte de glosa de Convida EPS y subsecuente con la logística definida en la oportunidad de consecución de material y base documental necesaria, para subsanar las objeciones y devoluciones.

Con respecto a otros pagadores, se hace referencia al cierre conciliatorio con la Secretaria de Cundinamarca que participo porcentualmente en un buen resultado a favor, impactando positivamente la glosa gestionada.

COMPARATIVO VALOR GLOSA RADICADA CONSOLIDADO:


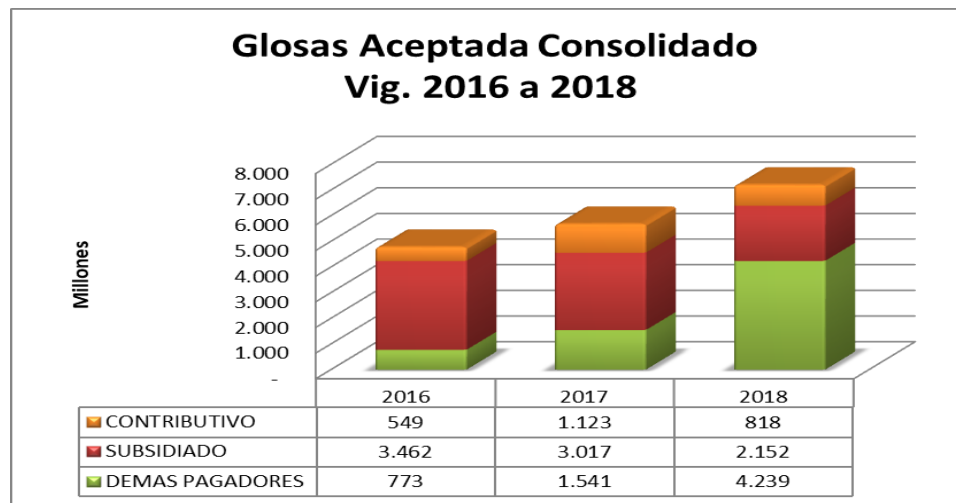
Para la vigencia 2018 continua en mayor volumen la formulación de glosas de otros pagadores, principalmente por temas relacionados con la falta de autorización y las actas para tecnologías NO POS con destino a los Entes Territoriales que acogieron el modelo 2 para tramite y radicación a través de las EPS-S, dificultando el flujo y reconocimiento de estas facturas en los términos normativos vigentes, con relación a las Aseguradoras se ha presentado tendencias positivas frente a los planes de mejoramiento en las fuentes de generación de la reclamación.

Para el Régimen Subsidiado; es importante resaltar que se presenta decrecimiento en formulación de objeciones por las diferentes ERP; CONVIDA EPS no presento glosas desde el mes de Mayo de 2018 como factor predominante indirecto.

Es importante hacer seguimiento y relacionamiento periódico con Capresoca EPS, Comparta EPS y Ecoopsos EPS por presentan tendencias de aumento de glosa y devoluciones, por temas relacionados con autorización de servicios, tarifa, pertinencia y soportes especialmente.

Con respecto al régimen contributivo, se presenta crecimiento en la formulación de objeciones y devoluciones, especialmente por la EPS Famisanar, Nueva EPS, Coomeva EPS y Medimas EPS, deben continuar en monitoreo e intervención para buscar estabilizar y disminuir la presentación de glosas.

COMPARATIVO VALOR GLOSAS ACEPTADA CONSOLIDADO:



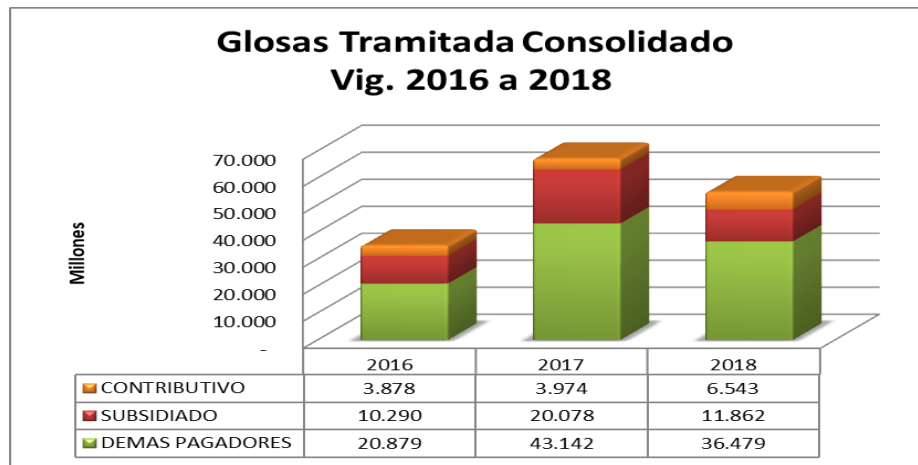
Al cierre del 2018 se realizó un trabajo programado de persistencia en cuanto al fortalecimiento de las conciliaciones como herramienta alterna a la respuesta de la glosa y devoluciones, con enfoque de tener un escenario de reconocimiento a los recursos que de alguna manera presentaban dificultades para cobro por el tiempo transcurrido, este esfuerzo presento positivamente incremento especialmente en el último trimestre del año 2018, dejando al día más de 13 ERP representativas con acuerdos en actas.

Lo anterior ha permitido responsablemente recuperar recursos, depurar y sanear especialmente vigencias anteriores y avanzar para lograr la puesta al día o la disminución marcada en número de días para la respuesta asociada a la socialización de la misma y la ejecución paralela de planes de mejoramiento, en vía de la calidad de la factura.

La implementación y puesta en marcha de la pre auditoría técnica y administrativa viene aportando favorablemente menores índices de aceptación por facturación del último trimestre de la vigencia 2018, la meta con este modelo es incrementar gradualmente los porcentajes de la muestra y lograr la validación con pre factura.

Lo anterior, permitirá el cumplimiento de la meta establecida de estar igual o inferior al 5% en aceptación, con controles responsables, sin disminuir los esfuerzos en la gestión de conciliación y saneamiento.

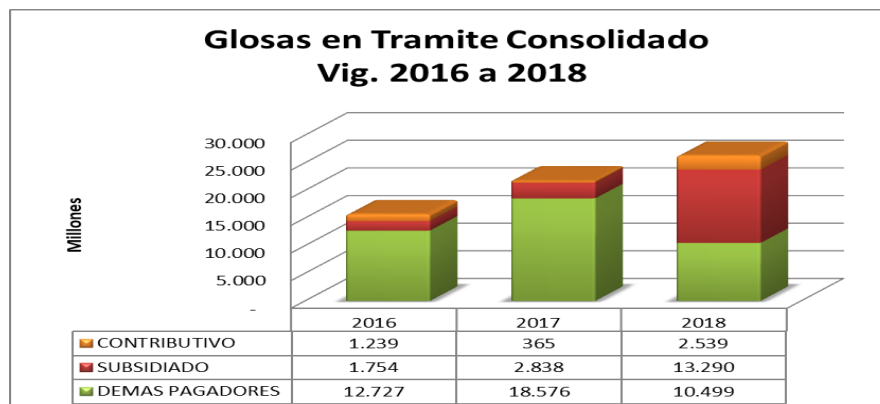
COMPARATIVO VALOR GLOSAS TRAMITADA CONSOLIDADO:



El decrecimiento presentado en la respuesta a glosa a excepción del régimen contributivo, obedece principalmente como se ha indicado en análisis anterior, al incremento en las conciliaciones, contención y control de las ratificaciones y gestión interna para la consecución de autorizaciones, soportes y actas NO POS especialmente, impactando los tiempos de la respuesta y radicación directa.

Estructuramos para el último trimestre del año 2018 dos frentes de trabajo para impactar la conciliación de las vigencias anteriores (2016 atrás) y otro grupo de reacción para respuesta oportuna (2017 adelante) y masiva del día a día esto nos permitió llegar a un punto más equilibrado; sin embargo hasta no lograr cerrar el ciclo con envío de la factura limpia con calidad, tendremos nuevamente un ingreso importante de glosa y devoluciones.

Con respecto a otros pagadores, mencionamos que el enfoque de respuesta y tramite, se presenta con ADRES, Secretaria de Salud de Cundinamarca, Capital Salud EPS, Capresoca EPS, Ecoopsos EPS y Convida EPS. Para el régimen contributivo, Famisanar EPS, Coomeva EPS, Compensar EPS, Salud Total EPS, Medimas EPS y Grupo Sura EPS, quienes presentaron mayor balance de gestión en respuesta.

COMPARATIVO GLOSA EN TRAMITE CONSOLIDADO:


Para el cierre de año 2018 el incremento en la glosa en trámite, corresponde fundamentalmente a un escenario de conciliación masiva que se realizó como ya se explicó, sin embargo por la volumetría tanto en cantidad como en valor, logramos el ingreso de la glosa asociada a cada ERP pero no logramos finalizar el cierre de la respuesta en DHO/MODULO Cartera-Glosas y la entrega a confinación transaccional a cartera.

Básicamente corresponde a Eccopsos EPS con \$ 9.000 Millones, otras de Régimen Subsidiado (Unicajas, Salud Vida, Capresoca, Mallamas entre otras) por \$ 3.000 Millones.

De otra parte la actualización y el ingreso de las reclamaciones de ADRES-FOSYGA por \$ 5.000 Millones con proceso de radicación de respuesta de \$ 3.000 y Secretaria de Salud de Cundinamarca por \$ 1.600 Millones que se logró la conciliación al cierre de año. Lo anterior representa \$ 18.600 Millones que ya están identificados, en proceso y un porcentaje importante conciliado en proceso de ingreso, registro y confinación.

Es importante desarrollar escenarios para resolver la metodología de ingreso de la conciliación en masivo al módulo de DGH y no manual; de igual manera la garantía para registrar la trazabilidad de la conciliación por facturas que se encuentren sin saldo o en otras cuentas contables en la cartera.

Detalle por concepto (Incluye datos Girardot):

CONCEPTO	2017	2018
GLOSA INICIAL	\$ 41.526.280.468	\$ 28.581.334.262
COBRO JURIDICO	\$ 694.203.275	-
RATIFICACIONES	\$ 1.922.614.475	\$ 1.566.421.617
CONCILIACIONES	\$ 33.104.383.788	\$ 29.285.520.913
TOTAL	\$ 77.247.482.006	\$ 59.433.276.792

En el resumen presentado se resalta la disminución en la glosa inicial comparando las vigencias anteriores, hemos mantenido el inventario de la glosa pendiente por ingresar y ajustado las estrategias para estar al día, aun así; entendiendo la dinámica del sector no debemos descartar inoportunidad en el reporte de parte de las diferentes ERP y especialmente CONVIDA EPS que siendo el principal comprador de servicios de salud, no presento Objeciones desde el mes de Mayo de 2018 hecho ya notificado y soportado por el área.

Los cobros por vía jurídica desaparecen en esta vigencia, básicamente por lineamientos claros de ejecución objetiva, clara y definida a través de la vía ordinaria frente a lineamientos legales, una vez surtida esta etapa y con análisis previos se concertara que saldos y que ERP pueden ser objeto de cobros por esta vía.

Para el acumulado de la conciliación referida en el resumen, la afectación en disminución al cierre e impacto de resultado obedeció a tener que ingresar ítem por ítem al sistema conllevando a una operatividad excesiva, sin lograr el ingreso total en respuesta; importante resaltar la sinergia que debemos aportar las áreas de Objeciones y Cartera en tener y mantener los cruces financieros actualizados, ingreso oportuno de las transacciones desarrolladas especialmente dentro del mismo mes o periodo y apoyo informático para lograr subir masivamente las conciliaciones.

Las ratificaciones como escenario de poca efectividad en subsanar las glosas o devoluciones, está surtiendo cambios a modelo de gestión con el ingreso de las mismas al módulo de Cartera – Objeciones DGH garantizando el registro, identificación y conciliación de la misma, quedando como punto final la conciliación de modulo con contabilidad para hacer los ajustes correspondientes en tema de ratificaciones ya gestionadas.

Notas

La entidad Convida EPS implemento un nuevo modelo de notificación y respuesta a glosa a través de una plataforma, se solicitó capacitación a la EPS pero no se tiene notificación oficial de glosa por parte de esta ERP, continuaremos atentos al comportamiento.

Se realizó un ajuste en el modelo de ingreso de glosa que busca efectividad, oportunidad y sistematicidad en mantener el inventario actualizado, adicional al seguimiento obligatorio a las devoluciones sin físico y circularización mediante derecho de petición a las diferentes ERP, sin aceptación ni ingreso hasta la obtención del físico; esto nos ahorrara tiempo evitando reconstrucciones innecesarias.

La conciliación con la Secretaria de Salud de Cundinamarca se cerró a la vigencia 2017, dejando la trazabilidad y conceptos técnicos del acuerdo.

Las conciliaciones ejecutadas en el último trimestre cumplieron con las expectativas de gestión, importante continuar con la línea para la disminución de la glosa en trámite.

Desarrollar la conciliación entre módulos con las diferentes áreas, se programa para inicio de vigencia 2019 y de este saldrá la información para dar curso al plan de trabajo estructurado para el I Trimestre de año.

Se ha cumplido estrictamente con los ciclos de socialización de glosa y devoluciones tanto en la UF Bogotá como en UF Zipaquirá, con acompañamiento y estructura de planes concretos de mejoramiento e impacto en la disminución de la glosa y causa de devolución.

Ya se encuentra en marcha la auditoría técnica y administrativa del área de cuentas médicas con enfoque de muestras representativa de facturación, para medir la calidad e intervenir con los hallazgos de la misma.

Se continua con el comité de facturación y autorizaciones, en donde se intervienen puntos importantes que impactan la glosa, en estos escenarios se hace seguimiento semanal a los avances y logros en acciones preventivas.

Hemos mantenido intervención directa con áreas consideradas claves para establecer modelos más efectivos, que aporten disminución de la glosa, ejemplo:



- ✓ Banco de Sangre - Modelo de facturación según Decreto 2423
- ✓ Laboratorio Clínico – Procesamiento de ayudas diagnosticas NO POS
- ✓ Farmacia – Gestión y aseguramiento de NO POS
- ✓ Cirugía Vascular - solicitud e interpretación de Ayudas diagnosticas (Dúplex, Doppler, Foto y Pletismografías)
- ✓ Hemodinamia
- ✓ Urología
- ✓ Cirugía Plástica
- ✓ Cirugía Cardiovascular

Se logró la estructuración, parametrización y creación de los CUPS de la Resolución 5171, dando dinamismo y mayor exactitud al proceso operativo.

Se logró mejoría indiscutible a la gestión de notificación, reporte y consecución de actas para las tecnologías NO POS, impactando una de las causas de mayor devolución.

Se desarrolló con éxito y cumplimiento, el cronograma de capacitaciones definido para el área, en cuanto a lineamientos normativos, socialización de motivos de glosa y cifras de cierre por periodos, homologación de conceptos, seguimiento a la calidad en el ingreso de la glosa y respuesta a la misma entre otros.

Se realizó acercamiento con Aseguradoras para buscar reconocimiento a las reclamaciones en estado prescrito o extemporáneo, aquí es importante definir una posición Institucional frente a la posibilidad de no reconocimiento a las mismas, por el tiempo transcurrido refiriéndonos normativamente a reclamaciones anteriores al 2015.

3.3.4 Cartera y Recaudo

3.3.4.1 Cartera

El informe de Cartera se basa en la elaboración, conciliación, contabilización y cobro de los estados de cuenta contable entregada a cada una de las entidades a las cuáles el hospital le ha venido prestando servicios de salud en las diferentes Unidades Funcionales, identificando los valores reales pendientes de cobro y realizando los ajustes pertinentes de acuerdo a la labor realizada por cada uno de los Ejecutivos del área de Cartera.

Las actividades propias de Gestión de Cobro se realizan con cruces Cartera, circularización de saldo por medio de dos tipos de documentos como son; Notificación de Saldos, los cuales se realizan de manera mensual a todos los clientes que se les presta Servicios de salud y Derechos de Petición a los clientes con deuda que representa más del 80% del total de la cartera que tiene el hospital, igualmente llamadas telefónicas y correos electrónicos a los clientes que están fuera de la ciudad, como también diversos comunicados a los entes de control manifestando los inconvenientes que se vienen presentando con la gestión de cobro de cartera a las ERPS, entes Departamental y Aseguradoras.

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE DICIEMBRE DE 2018	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA A 31 DE DICIEMBRE DE 2018	PARTIDAS POR IDENTIFICAR	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
1	899999107	EPS-S CONVIDA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL REGIMEN SUBSIDIADO	74.708.556.630	5.061.528.142	69.647.028.488	2.145.927.570	0	0	35.564.110.657	31.936.990.261
2	899999114	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA GENERAL	8.973.765.428	1.078.154.248	7.895.611.180	0	0	0	0	7.895.611.180
3	832000760	ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD ECOPOSOS ESS-S EPS	12.743.350.368	170.850	12.743.179.518	81.272.072	6.431.964.127	0	0	6.229.943.318
4	901097473	MEDIMAS EPS S.A.S.	11.138.752.179	2.182.814.006	8.955.938.173	0	3.906.439.848	0	0	5.049.498.325
5	891856000	CAPRESOCA E.P.S.	8.265.828.621	1.337.241.804	6.928.586.817	470.883.759	1.603.363.680	0	0	4.854.339.378
6	830003564	E.P.S. FAMISANAR S.A.S.	10.665.751.349	1.511.683.826	9.154.067.523	1.710.846.009	2.780.691.946	0	0	4.662.529.568
7	800140949	CAFESALUD E.P.S.	7.064.021.402	0	7.064.021.402	28.077.642	2.378.516.528	0	0	4.657.427.232
8	830074184	SALUD VIDA E.P.S. S.A.	6.339.515.665	106.208.018	6.233.307.647	3.805.515	1.956.948.693	0	0	4.272.553.440
9	900156264	NUEVA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS	6.490.132.646	343.806.023	6.146.326.623	943.648.902	2.124.018.482	0	0	3.078.659.239
10	805000427	COOMEVA E.P.S. S.A.	3.285.320.902	39.741.544	3.245.579.358	74.315.640	1.424.867.155	0	0	1.746.396.563
11	837000084	MALLAMAS E.P.S. INDIGENA	2.190.452.343	404.901.868	1.785.550.475	193.135.620	233.492.079	0	0	1.358.922.776
12	860045904	EPS-S UNICAJAS - COMFACUNDI, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA	2.160.965.447	506.906.101	1.654.059.346	59.804.550	611.060.920	0	0	983.193.876
13	811004055	EMDISALUD E.S.S.	1.331.209.419	65.675.951	1.265.533.468	734.000	285.625.385	0	0	979.174.083
14	800154879	FUNDACION INT.PARA LA SALUD Y LA EDUC.COMUNITARIA FINSEMA	915.537.746	0	915.537.746	0	0	0	0	915.537.746
15	900298372	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S	2.331.351.041	187.481.478	2.143.869.563	488.032.771	773.419.598	0	0	882.417.194
16	804002105	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD COMPARTA SALUD LTDA. ESS COMPARTA	3.784.802.177	799.200.847	2.985.601.330	1.744.526.228	588.170.020	0	0	652.905.082
17	830053105	FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	1.730.405.231	1.063.777.848	666.627.383	29.837.947	47.809.845	0	0	588.979.591
18	830009783	CRUZ BLANCA EPS S.A.	1.139.353.762	152.023.384	987.330.378	113.031.073	286.274.771	0	0	588.024.533
19	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	792.805.752	177.113.135	615.692.617	24.014.489	100.127.742	0	0	491.550.386
20	800113672	GOBERNACION DEL TOLIMA - SECRETARIA DE SALUD	550.070.206	9.974.001	540.096.205	0	89.792.816	0	0	450.303.389
21	860037013	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	885.180.955	72.671.882	812.509.073	2.999.669	392.588.804	481.698.386	0	416.920.600
22	890102044	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	564.285.550	20.850.013	543.435.537	5.251.022	269.776.058	0	0	268.408.457
23	860009578	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	4.032.565.633	358.313.030	3.674.252.603	181.919.178	3.269.819.771	2.276.744.913	0	222.513.654
24	806008394	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	519.968.457	259.235.853	260.732.604	35.417.749	8.412.417	0	0	216.902.438
25	900253272	DIRECCION DE SANIDAD DE CUNDINAMARCA - POLICIA NACIONAL	302.188.409	5.554.945	296.633.464	0	118.055.172	0	0	178.578.291

26	901093846	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS S.A.S.	520.124.087	333.141.339	186.982.748	0	19.442.588	0	0	167.540.160
27	890201235	GOBERNACION DE SANTANDER	217.887.233	32.196.794	185.690.439	0	22.545.700	0	0	163.144.739
28	899999061	DIRECCION DISTRITAL DE TESORERIA	161.513.770	0	161.513.770	0	0	0	0	161.513.770
29	900034608	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA	178.102.383	159.219	177.943.164	0	22.725.262	0	0	155.217.902
30	860066191	MEDICOS ASOCIADOS S.A.	197.278.475	0	197.278.475	521.150	45.213.129	0	0	151.544.196
31	891180008	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE HUILA COMFAMILIAR HUILA	384.934.107	36.823.501	348.110.606	38.942.154	161.855.055	0	0	147.313.397
32	860002183	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.	272.205.338	9.828.742	262.376.596	69.331.511	59.223.118	94.707.248	0	133.821.967
33	813005431	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.	374.360.580	10.432.853	363.927.727	96.718.866	133.652.802	0	0	133.556.059
34	860066942	COMPENSAR E.P.S	398.773.717	174.290.857	224.482.860	25.257.978	70.794.949	0	0	128.429.933
35	860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO S.A.	203.634.406	13.027.939	190.606.467	9.123.263	53.276.416	73.447.392	0	128.206.788
36	830028288	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	192.589.974	0	192.589.974	0	66.759.531	0	0	125.830.443
37	838000100	SECRETARIA DE SALUD DEL AMAZONAS	156.728.181	28.256.319	128.471.862	0	2.903.094	0	0	125.568.768
38	800006150	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD EMCOSALUD	326.909.448	6.123.050	320.786.398	145.096.910	56.536.398	0	0	119.153.090
39	800176413	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	374.151.214	62.203.397	311.947.817	39.945	200.174.558	0	0	111.733.314
40	900306426	SERVICIOS EN SALUD ANDINA LTDA.	105.428.000	0	105.428.000	0	0	0	0	105.428.000
41	830039670	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	173.506.707	12.485.878	161.020.829	30.756.467	26.344.053	0	0	103.920.309
42	900604350	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	330.815.125	52.144.736	278.670.389	0	183.616.426	0	0	95.053.963
43	817000248	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	495.191.143	14.585.027	480.606.116	97.468.722	289.896.952	0	0	93.240.442
44	800103935	GOBERNACION DE CORDOBA SECRETARIA DEL DESARROLLO DE LA SALUD	96.518.927	171.215	96.347.712	0	6.726.612	0	0	89.621.100
45	800249241	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. "COOSALUD E.S.S	347.127.512	9.399.693	337.727.819	11.715.651	239.325.112	0	0	86.687.056
46	900336524	POLICIA NACIONAL SECCIONAL SANIDAD BOGOTA – CUNDINAMARCA	94.720.231	876.131	93.844.100	1.446.151	8.519.781	0	0	83.878.168
47	900226715	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	136.402.313	40.851.834	95.550.479	11.413.000	426.520	0	0	83.710.959
48	800246953	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	2.004.723.111	84.874.897	1.919.848.214	292.742.337	1.544.234.096	0	0	82.871.780
49	800103196	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL GUAVIARE	104.806.646	910.566	103.896.080	29.452	21.843.442	0	0	82.023.186
50	800162035	SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DE SALUD SERVIMEDICOS SAS	145.423.314	6.173.536	139.249.778	21.451.151	36.339.310	0	0	81.459.317
51	818000140	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	345.172.058	119.471.867	225.700.191	2.753.525	150.672.223	0	0	72.274.443
52	860002184	AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	1.229.208.037	11.256.992	1.217.951.045	370.048.850	778.435.788	816.879.806	0	69.466.407
53	800088702	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	336.111.721	107.325.361	228.786.360	1.113.819	165.969.971	0	0	61.702.570

54	899999147	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE	62.967.600	8.324.400	54.643.200	0	0	0	0	54.643.200
55	892000148	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL META	164.693.301	1.872.292	162.821.009	30.907.242	77.794.011	0	0	54.119.756
56	899999156	HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA	58.003.500	267.700	57.735.800	7.709.664	0	0	0	50.026.136
57	890680025	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGUGA	44.545.900	0	44.545.900	0	0	0	0	44.545.900
58	800130907	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	867.300.346	185.320.798	681.979.548	117.432.427	528.434.476	0	0	36.112.645
59	832001411	HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA DE CAQUEZA ESE	37.789.000	3.519.000	34.270.000	0	0	0	0	34.270.000
60	817001773	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA A.I.C.	229.110.592	12.520.087	216.590.505	175.441.709	6.955.834	0	0	34.192.962
61	901127521	UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	66.807.806	32.725.331	34.082.475	0	0	0	0	34.082.475
62	901153500	UNION TEMPORAL MEDISALUD UT	35.910.010	4.270.709	31.639.301	0	155.482	0	0	31.483.819
63	830123731	FUNDACION RENAL DE COLOMBIA	30.021.000	0	30.021.000	6.700	0	0	0	30.014.300
64	890500675	COMFAORIENTE EPS-S EN LIQUIDACION	34.264.153	0	34.264.153	0	5.357.125	0	0	28.907.028
65	830008686	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO	51.112.742	5.573.584	45.539.158	893.099	21.294.161	22.762.878	0	23.351.898
66	891680010	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CHOCO	79.633.354	2.165.138	77.468.216	3.797.703	50.913.414	0	0	22.757.099
67	890399029	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE	95.612.245	8.749.494	86.862.751	0	64.755.918	0	0	22.106.833
68	800103927	GOBERNACION DE NORTE DE SANTANDER	22.179.241	331.937	21.847.304	0	60.817	0	0	21.786.487
69	890480126	SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DE BOLIVAR	44.089.419	20.635.165	23.454.254	0	2.256.975	0	0	21.197.279
70	860002400	LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	853.444.662	40.064.170	813.380.492	279.098.280	513.097.346	555.586.891	0	21.184.866
71	860009174	SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.	80.092.242	1.321.700	78.770.542	35.762.367	23.649.421	19.101.389	0	19.358.754
72	809008362	PIJASOS SALUD E.P.S. INDIGENA	233.449.644	41.630.682	191.818.962	3.300	172.992.372	0	0	18.823.290
73	900085102	FAMIMEDICA S.A.	18.192.139	808.400	17.383.739	0	0	0	0	17.383.739
74	805001157	E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	46.086.813	6.659.094	39.427.719	5.667.978	16.914.560	0	0	16.845.181
75	891280001	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO	24.299.151	308.480	23.990.671	0	7.180.426	0	0	16.810.245
76	892099152	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL GUAINIA	15.312.532	0	15.312.532	0	0	0	0	15.312.532
77	891700037	MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	114.017.954	3.061.362	110.956.592	28.888.126	66.930.985	15.137.481	0	15.137.481
78	892099149	GOBERNACION DEL GUAINIA	14.906.418	0	14.906.418	0	0	0	0	14.906.418
79	860008645	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.	41.146.865	4.966.632	36.180.233	16.670.388	4.613.707	16.323.010	0	14.896.138
80	800114312	DIRECCION SECCIONAL DE SALUD CALDAS	19.379.658	162.015	19.217.643	0	5.000.765	0	0	14.216.878
81	891855502	SECRETARIA DE SALUD DEL CASANARE	36.561.698	13.706.035	22.855.663	0	9.973.278	0	0	12.882.385
82	834000731	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE ARAUCA	13.568.349	0	13.568.349	0	1.495.298	0	0	12.073.051

83	890680014	SANATORIO DE AGUA DE DIOS	14.166.290	0	14.166.290	236.900	2.006.310	0	0	11.923.080
84	892300211	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR	35.161.701	102.400	35.059.301	0	24.921.277	0	0	10.138.024
85	800256161	SEGUROS RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	55.991.601	18.602.420	37.389.181	808.675	27.191.382	13.783.611	0	9.389.124
86	830070768	CREAR MAS VIDA S.A.	19.536.190	7.766.200	11.769.990	2.340.325	130.950	0	0	9.298.715
87	800112806	FONDO DE PASIVO DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	10.107.456	1.589.145	8.518.311	0	0	0	0	8.518.311
88	892200015	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE	8.732.245	136.684	8.595.561	0	407.600	0	0	8.187.961
89	890001639	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL QUINDIO	20.671.939	6.791.320	13.880.619	0	6.128.919	0	0	7.751.700
90	892280016	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SUCRE – DASALUD	7.538.656	729	7.537.927	0	0	0	0	7.537.927
91	891080005	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	86.685.221	44.573.397	42.111.824	0	35.709.253	0	0	6.402.571
92	800099860	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	11.521.100	5.193.600	6.327.500	0	0	0	0	6.327.500
93	812002376	MANEXKA EPS INDIGENA	25.374.172	48.500	25.325.672	0	19.392.169	0	0	5.933.503
94	800103920	GOBERNACION DEL MAGDALENA - SECRETARIA DE SALUD.	13.417.744	508.201	12.909.543	0	7.335.122	0	0	5.574.421
95	891480085	GOBERNACION DE RISARALDA - SECRETARIA DE SALUD	6.036.724	228.903	5.807.821	0	341.499	0	0	5.466.322
96	800210375	PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES LTDA.	5.451.845	0	5.451.845	0	0	0	0	5.451.845
97	800094164	SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO	13.991.892	3.595.419	10.396.473	0	5.287.182	0	0	5.109.291
98	860002503	COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	23.298.004	805.110	22.492.894	10.015.054	7.371.920	10.816.620	0	5.105.920
99	860024766	ESE HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA MARTIN DE PORRES	13.878.200	3.818.400	10.059.800	0	5.277.400	0	0	4.782.400
100	892115006	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	10.710.548	6.348.706	4.361.842	0	0	0	0	4.361.842
101	890303093	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	10.065.054	1.706.060	8.358.994	695.597	3.522.142	0	0	4.141.255
102	899999173	MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO	4.058.867	0	4.058.867	0	0	0	0	4.058.867
103	860035992	FUNDACION CARDIO INFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	3.764.800	0	3.764.800	0	0	0	0	3.764.800
104	899999151	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	9.697.900	6.261.700	3.436.200	0	0	0	0	3.436.200
105	890900286	GOBERNACION DE ANTIOQUIA - DIRECCION SECC. DE SALUD	5.822.446	2.177.039	3.645.407	17.958	331.286	0	0	3.296.163
106	890500890	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER	3.237.350	0	3.237.350	0	81.525	0	0	3.155.825

107	891703045	MUNICIPIO DE PUEBLOVIEJO - MAGDALENA	2.891.985	0	2.891.985	0	0	0	0	2.891.985
108	800113949	FONDO ASISTENCIAL DEL MAGISTERIO DEL CAQUETA - FAMAC LTDA	2.696.356	0	2.696.356	0	0	0	0	2.696.356
109	800174375	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	2.648.400	0	2.648.400	0	0	0	0	2.648.400
110	800226175	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A CIA. DE SEGUROS DE VIDA	16.466.512	2.802.646	13.663.867	7.389.149	3.686.592	2.588.126	0	2.588.126
111	800143672	SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA	2.258.515	0	2.258.515	0	0	0	0	2.258.515
112	900600019	WORLD TRAVEL ASSIST LATAM S.A.S	1.929.954	0	1.929.954	0	0	1.929.954	0	1.929.954
113	900048962	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE	1.861.702	0	1.861.702	0	0	0	0	1.861.702
114	860024026	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON	1.830.551	0	1.830.551	0	0	0	0	1.830.551
115	890903790	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	2.156.268	187.700	1.968.568	147.295	0	1.089.776	0	1.821.273
116	800091594	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETA	53.598.501	29.377.843	24.220.658	0	22.436.819	0	0	1.783.839
117	830054904	MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.	2.837.602	0	2.837.602	0	1.165.284	1.672.318	0	1.672.318
118	830041314	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	1.645.519	0	1.645.519	0	39.654	0	0	1.605.865
119	890680031	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	1.575.000	0	1.575.000	0	0	0	0	1.575.000
120	892115015	GOBERNACION DE LA GUAJIRA-SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	1.835.400	1.540	1.833.860	0	281.208	0	0	1.552.652
121	890102006	GOBERNACION DEL ATLANTICO SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	4.891.719	815.337	4.076.382	0	2.695.241	0	0	1.381.141
122	900471504	CLINICA LAS VICTORIAS FRACTURAS S.A.S.	1.292.900	0	1.292.900	0	0	0	0	1.292.900
123	890701933	MUNICIPIO DE MELGAR	1.041.117	0	1.041.117	0	56.794	0	0	984.323
124	830113831	ALIANSA SALUD EPS	7.269.514	409.787	6.859.727	380.987	5.535.053	0	0	943.687
125	900685768	OPERACION MEDICA ESPECIALIZADA IPS SAS	756.300	0	756.300	0	0	0	0	756.300
126	890905211	SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN	5.557.761	128.153	5.429.608	0	4.692.487	0	0	737.121
127	890983716	MUNICIPIO DE MARINILLA ANTIOQUIA - SECRETARIA DE SALUD	706.750	0	706.750	0	0	0	0	706.750
128	891800498	GOBERNACION DE BOYACA - SECRETARIA DE SALUD	53.496.673	8.318.522	45.178.151	0	44.634.181	0	0	543.970
129	892099154	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VICHADA	18.800.739	25.071	18.775.668	0	18.235.144	0	0	540.524
130	800103913	GOBERNACION DEL HUILA	8.501.505	5.527.029	2.974.476	306.786	2.183.214	0	0	484.476
131	891600091	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO COMFACHOCO	1.519.368	1.076.907	442.461	0	0	0	0	442.461
132	900031119	MEJOR SALUD UT	401.320	0	401.320	0	0	0	0	401.320
133	900106251	IKE ASISTENCIA COLOMBIA S.A.	381.334	0	381.334	0	0	0	0	381.334
134	891280008	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO	23.207.804	22.843.579	364.225	0	0	0	0	364.225

135	824001398	ASOC.CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA DUSAKAWI EPS-S	320.623	0	320.623	0	0	0	0	320.623
136	901126913	UNION TEMPORAL SALUDSUR2	295.207	0	295.207	0	0	0	0	295.207
137	822002459	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	224.500	0	224.500	0	0	0	0	224.500
138	900696618	MAGENTA SEGUROS LTDA.	1.732.501	1.540.300	192.201	0	0	0	0	192.201
139	890981106	MUNICIPIO DE VALDIVIA -ANTIOQUIA- DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.	107.077	0	107.077	0	0	0	0	107.077
140	890205361	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER	98.080	0	98.080	0	0	0	0	98.080
141	891580016	GOBERNACION DEL CAUCA - SECRETARIA DPTAL. DE SALUD	2.090.764	103.094	1.987.670	0	1.901.481	0	0	86.189
142	860026182	ALLIANZ SEGUROS S.A.	2.558.795	0	2.558.795	2.391.409	89.977	77.409	0	77.409
143	808000252	CENTRO MEDICO Y OFTALMOLOGICO	69.400	0	69.400	0	0	0	0	69.400
144	891180077	ALCALDIA MUNICIPAL DE PITALITO - HUILA	49.248	0	49.248	0	2.592	0	0	46.656
145	800200789	CLINICA CHIA S. A.	45.000	18.000	27.000	0	0	0	0	27.000
146	845000021	GOBERNACION DEL VAUPES	1.843.165	1.816.972	26.193	0	0	0	0	26.193
147	839000495	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDIGENA ANAS WAYUU EPSI.	1.463.053	1.451.600	11.453	0	0	0	0	11.453
148	800141101	POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD - TOLIMA	9.588	0	9.588	0	0	0	0	9.588
149	860010170	GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6.744	0	6.744	0	0	6.744	0	6.744
150	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES	1.576.132.625	464.475.554	1.111.657.071	319.835.751	791.821.320	0	0	0
151	860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	227.502.108	4.684.335	222.817.773	160.815.967	62.001.806	62.001.806	0	0
152	860002180	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.	143.329.448	6.942.534	136.386.914	30.606.217	105.780.697	31.402.996	0	0
153	800050068	FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A.	183.900	0	183.900	0	183.900	0	0	0
154	800100055	MUNICIPIO DE FLANDES	2.590.071	0	2.590.071	0	2.590.071	0	0	0
155	817001057	DIRECCION DPTAL. DE SALUD DEL CAUCA- UNIDAD REGIONAL CENTRO	22.815.774	0	22.815.774	0	22.815.774	0	0	0
156	860078828	COMPAÑIA MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.	48.947	48.947	0	0	0	0	0	0
157	860503617	SEGUROS DE VIDA ALFA S.A	666.731	108.763	557.968	557.968	0	0	0	0
158	890102018	ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA - SECRETARIA DE SALUD	1.126.186	0	1.126.186	0	1.126.186	0	0	0
159	890480184	ALCALDIA CARTAGENA DE INDIAS DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL	74.101	0	74.101	0	74.101	0	0	0
160	890680027	HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ -LA MESA	24.828.500	24.828.500	0	0	0	0	0	0
161	891780009	SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SANTA MARTA. ALCALDIA	514.486	0	514.486	0	514.486	0	0	0
162	899999063	UNISALUD - UNIVERSIDAD NACIONAL DE	48.964	0	48.964	0	48.964	0	0	0

		COLOMBIA								
163	900012038	MEDICOS Y AUDITORES S.A.S.	127.265	127.265	0	0	0	0	0	0
164	900015278	COLOMBIANA DE ASISTENCIA LTDA. COLASISTENCIA	566.933	339.009	227.924	0	227.924	0	0	0
165	900178724	MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A	1.206.897	0	1.206.897	0	1.206.897	0	0	0
166	900247433	U.T. AVANZAR MEDICO REGION 1	726.896	0	726.896	0	726.896	0	0	0
167	900919777	CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL 2015	151.754	0	151.754	151.754	0	0	0	0
168	860027404	ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.	556.874	0	556.874	556.874	0	0	0	0
169	890480110	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR	12.330.032	0	12.330.032	3.274.743	9.055.289	0	0	0
170	814000337	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS.	216.280.089	52.859.473	163.420.616	114.580.710	48.839.907	0	0	0
171	900200435	CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.	54.968.454	1.951.192	53.017.262	53.017.262	0	0	0	0
172	830079672	CONSORCIO FIALUD - FOSYGA	3.520.194.904	21.400	3.520.173.504	829.813	3.519.343.691	1.492.244.676	0	0
173	800163827	ANDIASISTENCIA COMPAÑIA DE ASISTENCIA DE LOS ANDES SAS	1.555.466	1.555.466	0	0	0	0	0	0
174	900407224	SECCIONAL DE SANIDAD META POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA	6.476.962	6.476.962	0	0	0	0	0	0
175	800094751	ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN CAYETANO ESP	23.679.012	17.759.259	5.919.753	5.919.753	0	0	0	0
176	860039988	LIBERTY SEGUROS S.A.	199.054.443	3.239.231	195.815.212	68.518.172	127.297.040	181.433.419	0	0
177	860524654	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	68.625.446	1.318.956	67.306.490	30.890.133	36.416.357	25.348.407	0	0
178	890903407	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	604.597.719	99.690.231	504.907.488	47.000.257	457.907.231	308.296.478	0	0
179	860002534	QBE SEGUROS S.A.	817.960.471	7.958.573	810.001.898	126.299.788	683.702.110	686.296.583	0	0
180	900520316	UNION TEMPORAL MEDICOL SALUD 2012	11.809.571	10.196.645	1.612.926	1.612.926	0	0	0	0
181	800250119	SALUDCOOP E.P.S.	76.600	76.600	0	0	0	0	0	0
182	900462447	CONSORCIO SAYP -2011	7.172.395.646	62.842.466	7.109.553.180	247.635.886	6.861.917.294	5.587.150.377	0	0
183	800251440	E.P.S SANITAS S.A.	609.295.351	73.931.385	535.363.966	238.246.907	297.117.059	0	0	0
Total general			202.221.370.795	18.339.135.504	183.882.235.291	11.740.812.307	48.912.301.770	12.778.528.694	35.564.110.657	87.665.010.557
						6%	27%	26%	19%	48%

Realizando un análisis a la cartera a 31 de Diciembre de 2018 por valor de \$202.221.370.795 (Radicada y Sin Radicar) se evidencia que del total radicado, es decir, \$183.882.235.291 a la fecha mencionada solamente existe un valor susceptible para cobro de \$87.665.010.557 que representa el 48% del total del valor radicado, valor que es el resultado de restar la glosa a fecha de hoy y tomada de los cruce de cartera con los clientes donde informan mediante actas de trabajo los montos glosados y devueltos, así como también para el caso de aseguradoras los valores que se encuentran mayores a 720 días que corresponden a glosas ratificadas y devoluciones, el valor sin respaldo contractual corresponden a la EPS Convida. Así mismo el valor pendiente de identificar es restado del valor radicado.

En cuanto a la entrega de facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales, para este trimestre solo se radico para proceso jurídico un cliente: lo anterior debido a lo informado por la Oficina Asesora en cuanto a cambio en la normatividad, ya que esta área no recibe ningún documento para demanda ni tampoco dará trámite a los documentos ya entregados desde hace más de dos años a la Oficina Asesora si no de hace llagar el original de la factura y de los soportes de servicio, por tal motivo el área de Cartera elaboro un Derecho de Petición solicitando los documentos antes mencionados los cuales se radicaron a los diferentes clientes que se demandaran; en respuesta a estos Derechos de Petición ya han dado respuesta algunos clientes Informando que no es posible por los mismos procesos internos de cada entidad así : *“Es pertinente aclarar que la facturación radicada antes las entidades promotoras de salud, no puede ser objeto de devolución a las IPS, toda vez que las facturas deben cumplir un proceso de Auditoria interna para la ejecución de pago, a la vez que las mismas deben reposar en los estados contables de la compañía, al ser las mismas objeto de observación y vigilancia por la Superintendencia Nacional de Salud, en procura de cumplimiento de la normatividad aplicable al sistema General de Seguridad Social en Salud y el manejo de los recursos del sector salud “*; por los anterior fue comentado en el Comité de Conciliaciones donde participa la Oficina Asesora Jurídica.

En cuanto a la entrega de facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales a 31 de Diciembre de 2018 se han entregado un valor total de **\$50.759.947.505.00**, valor que corresponde a conceptos como; Objeciones ratificadas y las cuales no pudieron ser subsanadas mediante gestión administrativa corriente, Cartera de más de 180 días y Cartera Corriente no cancelada y se relaciona a continuación:

Ciente en Proceso Prejuridico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera	Estado
Emcosalud	800006150	211.143.355	30-ene-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2012-049996 06-06-2012
Capital Salud	900298372	41.310.900	24-jun-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2014-066197 21-07-2014
Fondo Financiero Distrital	800246953	105.620.546	11-ago-2014	Mayor a 360 dias - Contrato liquidado unilateralmente	Pendiente
Secretaria de Salud de Boyaca	800176413	16.942.597	19-sep-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2015-080553 10-07-2015
EPS Suramericana Medicina Prepagada	800088702	53.399.361	19-sep-2014	Mayor a 360 dias	Fallida
Salud Total	800130907	32.354.335	28-oct-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.2-2016-033389 15-04-2016

05DE07 – V3

Caja de Compensacion Familiar Cajacopi Atlantico	890102044	70.063.413	26-nov-2014	Mayor a 360 dias.	En RADICADO 08-04-2015	Proceso No.1-2015-039560
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2014		530.834.507				
Convida	899999107	33.679.507	10-ene-2015	Mayor a 360 dias. Eventos adversos	En RADICADO Cancelado	Proceso No.1-2015-052067
E.P.S. Famisanar Ltda	830003564	12.780.667	20-mar-2015	Mayor a 360 dias. Por objecciones no resueltas	En RADICADO	Proceso No.1-2015-080558
E.P.S. Famisanar Ltda	830003564	23.332.142	3-ago-2015	Por objeciones no resueltas	En RADICADO 02-02-2017	Proceso No.1-2017-017166
Alcaldia Cartagena de Indias	890480184	7.310.980	27-oct-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas	En RADICADO 18-10-2016	Proceso No.1-2016-146791
Alcaldia Cartagena de Indias	890480184	421.824	27-oct-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En RADICADO 18-10-2016	Proceso No.1-2016-146785
Secretaria de Salud del Valle	890399029	2.556.909	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas	En RADICADO 31-10-2016	Proceso No.1-2016-155009
Secretaria de Salud del Valle	890399029	4.307.210	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En RADICADO 31-10-2016	Proceso No.1-2016-155008
Gobernacion de la Guajira - Secretaria Departamental	892115015	664.116	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En RADICADO 31-10-2016	Proceso No.1-2016-155007
Secretaria Seccional del Cauca	891580016	2.283.007	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En RADICADO 31-10-2016	Proceso No.1-2016-155005
Emdisalud	811004055	746.184.124	20-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En Juzgado 26-07-2016	Proceso 34 Laboral
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2015		833.520.486				

05DE07 – V3

Secretaria de Salud de Choco	891680010	71.375.469	10-jun-2016	Mayor a 360 dias.	En RADICADO 10-08-2016	Proceso No.1-2016-108000
Comfacundi	860045904	412.710.789	1-ago-2016	Cartera corriente.	En RADICADO 31-10-2016	Proceso No.1-2016-155000
Comfacundi	860045904	385.465.390	1-ago-2016	Mayor a 360 dias Objeciones no resueltas	En RADICADO 16-11-2016	Proceso No.1-2016-163394
Caja de Compensacion Familiar de Cartagena Comfamiliar	890480110	4.620.913	29-ago-2016	Mayor a 360 dias	En RADICADO 31-10-2016	Proceso No.1-2016-155001
Alianza Medellin Antioquia	900604350	15.605.363	2-sep-2016	Mayor a 360 dias	En RADICADO 31-10-2016	Proceso No.1-2016-155002
Emcosalud	800006150	99.449.273	2-sep-2016	Mayor a 360 dias	En RADICADO 31-10-2016	Proceso No.1-2016-155010
Asociacion Barrios Unidos de Quibdo	818000140	44.373.039	21-sep-2016	Mayor a 360 dias	En RADICADO 18-10-2016	Proceso No.1-2016-146788
ESE Hospital San Antonio de Arbelaez	890680031	1.575.000	21-sep-2016	Mayor a 360 dias	En RADICADO 16-11-2016	Proceso No.1-2016-163381
ESE Hospital San Rafael de Fusagasuga	890680025	44.545.900	21-sep-2016	Mayor a 360 dias	En RADICADO 16-11-2016	Proceso No.1-2016-163379
Convida	899999107	4.464.465.566		Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En RADICADO 18-10-2016 Anulado	Proceso No.1-2016-146782
Cafesalud - Subsidiado	800140949	247.311.237	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En RADICADO 09-03-2017	Proceso No.1-2017-039401

05DE07 – V3

Cafesalud - Contributivo	800140949	76.114.160	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En RADICADO 09-03-2017	Proceso No.1-2017-039392
Cafesalud - Subsidiado	800140949	21.164.665	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En RADICADO 09-03-2017	Proceso No.1-2017-039397
Cafesalud - Contributivo	800140949	264.914.138	27-oct-2016	Mayor a 360 dias Girardot	En RADICADO 09-03-2017	Proceso No.1-2017-039394
Salud Total	830130907	12.669.450	4-nov-2016	Mayor a 360 dias - Objecion no resuelta	En RADICADO 24-01-2017	Proceso No.1-2017-011814
Coomeva EPS	805000427	1.599.997.067	4-nov-2016	Mayor a 360 dias	En RADICADO 16-02-2017	Proceso No.1-2017-026911 Juzgado 03 Civil Circuito de Cali
Caja de Compensacion Familiar Cajacopi Atlantico	890102044	94.619.441	27-dic-2016	Mayor a 360 dias - Devolucion no resuelta	En RADICADO 31-05-2017	Proceso No.1-2017-085875
Capresoca	861856000	675.319.672	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En RADICADO 15-03-2017	Proceso No.1-2017-043510
Capresoca	861856000	57.278.765	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En RADICADO 15-03-2017	Proceso No.1-2017-043512
Capresoca	861856000	359.085.946	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En RADICADO 15-03-2017	Proceso No.1-2017-043506
Capresoca	861856000	56.166.781	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En RADICADO 15-03-2017	Proceso No.1-2017-043508
Capresoca	861856000	411.249.669	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Contrato	En RADICADO 15-03-2017	Proceso No.1-2017-043498

05DE07 – V3

Capresoca	861856000	2.301.698.570	30-dic-2016	Mayor a 180 dias - Contrato	En RADICADO 15-03-2017	Proceso No.1-2017-043514
Capresoca	861856000	117.788.375	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En RADICADO 15-03-2017	Proceso No.1-2017-043522
Capresoca	861856000	416.604.228	30-dic-2016	Mayor a 360 dias - Objecion no resuelta	En RADICADO 15-03-2017	Proceso No.1-2017-043487
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2016		12.256.168.866				
Convida	899999107	679.274.920	2-feb-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En RADICADO 21-02-2017 Cancelado	Proceso No.1-2017-028946
Convida	899999107	434.639.101	2-feb-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En RADICADO 21-02-2017 Cancelado	Proceso No.1-2017-028951
Convida	899999107	8.450.290.742	15-feb-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En RADICADO 23-03-2017 Cancelado Parcial	Proceso No.1-2017-047629
Convida	899999107	140.211.610	1-mar-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En RADICADO 10-03-2017 Cancelado	Proceso No.1-2017-040547
Convida	899999107	233.825.990	28-mar-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En RADICADO 30-06-2017 Cancelado	Proceso No.1-2017-082462
Gobernacion del Tolima	800113672	475.380.236	28-abr-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	Pendiente	
Medicos Asociados	860066191	6.724.442	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente	
Medicos Asociados	860066191	8.447.180	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente	

05DE07 – V3

Medicos Asociados	860066191	47.018.803	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	32.410	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	112.360	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	1.444.812	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	1.661.896	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	3.633.682	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	12.218.106	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	72.634.444	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	592.324	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Manexca EPS Indigena	812002376	5.823.670	23-jun-2017	Mayor a 360 dias - Urgencias	Pendiente
Medicos Asociados	860066191	211.303	28-jun-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato	Pendiente
Manexca EPS Indigena	812002376	19.550.502	15-ago-2017	Mayor a 360 dias - Con Contrato y Glosa	Pendiente
Convida	899999026	215.541.019	1-oct-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-173109 27-10-2017 Cancelado
Convida	899999026	6.100.000.285	1-oct-2017	Mayor a 360 dias - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-164906 12-10-2017 Cancelado Parcial
Emdisalud	811004055	964.266.291	13-dic-2017	Acuerdo de pago incumplido	En Proceso RADICADO Juzgado 3° Civil del Circuito - Monteria
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2017		10.593.728.533			

05DE07 – V3

Convida	899999026	11.510.047.339	20-jun-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato	Presentado en la Superintendencia Nacional de Salud
Convida	899999026	7.104.761.088	30-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato	Presentado en la Superintendencia Nacional de Salud
Convida	899999026	7.297.599.277	30-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato	Presentado en la Superintendencia Nacional de Salud
Convida	899999026	633.287.409	9-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato	Conciliado en la Superintendencia Nacional de Salud - Acta No.8760 de Diciembre 11 de 2018
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2018		26.545.695.113			
TOTAL ENVIADO JURIDICA		50.759.947.505			

Para el cuarto trimestre de 2018 fueron convocadas dos mesas de trabajo para revisar lo reportado en la Circular 030 de 2013, dicha convocatoria fue realizada para el mes de noviembre por parte de la Secretaria de Salud del Distrito (Fondo Financiero Distrital) y para el mes de Diciembre fue realizada por la Secretaria de Salud de Cundinamarca, esta última fue acompañada por delegados de la Superintendencia Nacional de Salud y por la Contraloría de Cundinamarca. En dichas mesas se convocaron a las ERPs que presentaban mayor cartera de la población vinculada a cada Secretaria por lo que los compromisos adquiridos con la ERPs que asistieron a las dos mesas son los mismos, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

La Secretaria de Salud del Distrito (Fondo Financiero Distrital de Salud) programo las mesas para los días 28 y 29 de Noviembre de 2018 en las instalaciones del Fondo Financiero con fecha de corte de revisión a Septiembre 30 de 2018, cuyo resultado fue: Cartera presentada de 12 ERPs por valor de \$96.978.942.753 de las cuales se realizó unos compromisos de pago por valor de \$9.870.259.324 y a la fecha ha sido cancelado el valor de \$9.061.024.999.

MESAS DE TRABAJO CIRCULAR 30 - FONDO FINANCIERO DISTRITAL - 3er. Trimestre 2018 - Noviembre 28 de 2018

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	VALOR PAGADO COMPROMISO	OBSERVACIONES
1	Fondo Financiero Distrital	800246953	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018		1.171.733.413		1.171.733.413	Se programa cita de conciliación de cartera para el 17 de diciembre de 2018, se comprometen a cancelar antes de 90 días actas de conciliación de glosas por valor de \$1,135.865,686 y \$35,867,727

2	Capital Salud	900298372	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	3.416.105.184	-	-	-	La EPS confirma cita para conciliación de glosas para el 15 y 16 de enero de 2019, el Hospital solicita soportes de pago pendientes de entregar por parte de la EPS por valor de \$251,584,195, no realiza compromiso de pago.
3	Convida	899999107	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	62.901.607.170	5.055.645.962	Diciembre de 2018	5.055.645.962	La EPS ratifica compromiso de pago de \$3,300 millones suscrito en conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud y que esta sujeto el pago a recursos que entrega la GObernación y pago por giro directo de \$1,755,645,962. El hospital les manifiesta que a la fecha no se ha recibido notificación de glosas desde mayo de 2018.
4	Famisanar	830003564	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	7.619.890.546	360.000.000	Enero 30, Febrero 28 y Marzo 30	-	No se realiza acuerdo de pago por encontrarse en proceso el giro directo a través de ADRES. Se agenda cruce de cartera para el 18 de diciembre.
5	Nueva EPS	900156264	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	6.283.196.744	-	-	-	Se encuentra las partes en proceso conciliatorio de cartera, terminado este proceso se dará nueva cita.
6	Coomeva	805000427	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	3.264.371.542	-	-	-	El Hospital manifiesta que desde las mesas de trabajo del pasado marzo de 2018 aceptó acuerdo de pago sin que a la fecha se de su legalización por parte de la EPS, se solicita se agilice, ya que hay desacuerdo en algunas cláusulas por parte de las áreas jurídicas. El hospital manifiesta que el último pago que hizo la EPS fue en Abril de 2018 por \$202 millones y dejó de cancelar desde esa fecha.
7	Medimas	901097473	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	7.408.789.738	-	-	-	El hospital manifiesta que existe un valor de \$1,190,203,875 en pagos sin soporte por factura a lo cual solicita los soportes respectivos y la EPS manifiesta que en la medida que se audite va enviando el soporte mes a mes. Se agenda cruce de cartera para el 19 de diciembre de 2018, comprometiéndose el Hospital al envío de un estado de cartera actualizado el 7 de diciembre.

05DE07 – V3

8	Cruz Blanca	830009783	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	868.093.523	388.190.697	A partir de abril de 2018 hasta diciembre de 2019	174.685.814	No se realiza acuerdo de pago por encontrarse vigente uno por valor de \$388,190.697 de 20 cuotas c/una por \$19,409,535 a partir de abril de 2018. El hospital manifiesta que no se esta cancelando la cartera corriente. Se agenda conciliacion de glosas para el 18 de diciembre de 2018 a partir de la 8 de la mañana.
9	Comparta	804002105	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	3.443.148.488	2.591.034.382	A partir de Junio hasta octubre de 2018	2.591.034.382	Existe Acuerdo de Pago por \$2,591,034,382 Firmado en Mayo 2 para ser cancelado en 5 cuotas c/una por \$518,206,876 iniciando a partir del 15 de Junio por servicios prestados y reconocidos de las vigencias 2015, 2016 y 2017. el hospital nuevamente solicita dar cierre total a la vigencia 2014 y la EPS dara respuesta a la solicitud el 22 de diciembre.
10	Asmet Salud	817000248	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	631.921.450	101.467.433	A partir de enero hasta diciembre de 2019	-	La EPS realiza compromiso de Pago por valor de \$101,467,433 y \$131,108,7054 a 12 cuotas para iniciar en enero de 2019, el hospital enviara estado de cartera el 6 de diciembre y la EPS respondera el 13 de diciembre de 2018, de los valores resultantes se incorporaran al compromiso de pago.
	Asmet Salud	900935126	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	618.834.317	131.108.705	A partir de enero hasta diciembre de 2019	-	
11	Emssanar	814000337	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	174.790.657	71.078.732	Diciembre de 2018 y Enero de 2019	67.925.428	Se realiza compromiso de pago por \$71,078,732 pagaderos en dos cuotas, 1a. \$67,925,428 y 2a. \$3,153,304 con giro directo.
12	Coosalud	800249241	Noviembre 28 y 29	Septiembre de 2018	348.193.394	-		-	Se solicita cruce de cartera para lo cual la EPS pone en conocimiento contactos electrónicos para iniciar, el hospital les manifiesta que ya se han generado cruces de cartera arrojando diferencias entre las cuales esta una por \$149,326,967 que corresponde a facturas sin radicar, por lo cual el hospital hace entrega en medio magnético.
					96.978.942.753	9.870.259.324			9.061.024.999

10%



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

La Secretaria de Salud de Cundinamarca programo las mesas para los días 03, 04 y 05 de Diciembre de 2018 en las instalaciones de Contraloría Departamental de Cundinamarca con fecha de corte a 30 de Septiembre de 2018 con delegados de La Contraloría Departamental y de la Superintendencia Nacional de Salud. Cartera presentada de 15 ERPs por valor de \$118.381.665.599 de las cuales se realizó unos compromisos de pago por valor de \$21.258.055.872 y a la fecha ha sido cancelado el valor de \$10.064.592.170.

MESAS DE TRABAJO CIRCULAR 30 - 3er. Trimestre 2018 - Diciembre 3, 4 y 5 de 2018

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	VALOR PAGADO COMPROMISO	OBSERVACIONES
1	Secretaria de Salud de Cundinamarca	900298372	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018		-		-	No asistió
2	Capital Salud	900298372	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	3.416.105.184	-		-	La EPS confirma cita para conciliacion de glosas para el 15 y 16 de enero de 2019, el Hospital solicita soportes de pago pendientes de entregar por parte de la EPS a lo cual informan que se debe pedir por correo electronico a oscarcv@capitalsalud.gov.co, a la firma de esta acta se encuentra el estado de cartera en proceso de depuracion.
3	Convida	899999107	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	62.901.607.170	5.055.645.962	Diciembre de 2018	5.055.645.962	La EPS ratifica compromiso de pago de \$3,300 millones suscrito en conciliacion ante la Superintendencia Nacional de Salud y que esta sujeto el pago a recursos que entrega la GObnacion y pago por giro directo de \$1,755,645,962. El hospital les manifiesta que a la fecha no se ha recibido notificacion de glosas desde mayo de 2018, manifestando la EPS que a finales de diciembre de 2018 notificara glosas de mayo a julio de 2018 y en enero de 2019 notificara glosas de agosto y septiembre de 2018. Promedio de facturacion mensual \$5,820 millones.
4	Famisanar	830003564	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	7.619.890.546	360.000.000	Enero 30, Febrero 28 y Marzo 30	-	Se realiza acuerdo de pago por \$360 Millones en tres cuotas a partir de enero hasta marzo de 2019, cada una por \$120 millones, se acuerda c ruce de cartera para el 18 de diciembre de 2018.
5	Nueva EPS	900156264	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	6.283.196.744	-		-	Se encuentra las partes en proceso conciliatorio de cartera, terminado este proceso se dara nueva cita.

6	Ecoopsos	832000760	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	13.364.038.980	8.291.516.652	Desde Julio de 2018 hasta junio de 2021	1.772.711.767	Se realizo acuerdo de pago a corte 31 de Marzo por valor de \$8,291,516,652 el pasado 30 de Mayo a 36 cuotas iniciando en julio, cumplimiento que a la fecha se ha dado con 6 cuotas, por un valor de \$1,772,711,767, mencionado el Hospital que no se está cancelando la cartera corriente motivo por el cual la EPS va revisar el tema, el próximo 15 de Enero de 2019 se programa cita para cruce de cartera.
7	Coomeva	805000427	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	3.264.371.542	-		-	El Hospital manifiesta que desde las mesas de trabajo del pasado marzo de 2018 acepto acuerdo de pago sin que a la fecha se dé su legalización por parte de la EPS, se solicita se agilice, ya que hay desacuerdo en algunas cláusulas por parte de las áreas jurídicas. El hospital manifiesta que el último pago que hizo la EPS fue en Abril de 2018 por \$202 millones y dejo de cancelar desde esa fecha.
8	Medimas	901097473	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	7.408.789.738	-		-	El hospital manifiesta que existe un valor de \$1,190,203,875 en pagos sin soporte por factura a lo cual solicita los soportes respectivos y la EPS manifiesta que en la medida que se audite va enviando el soporte mes a mes. Se agenda cruce de cartera para el 19 de diciembre de 2018, comprometiéndose el Hospital al envío de un estado de cartera actualizado el 7 de diciembre.
9	Cruz Blanca	830009783	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	868.093.523	388.190.697	A partir de abril de 2018 hasta diciembre de 2019	174.685.814	No se realiza acuerdo de pago por encontrarse vigente uno por valor de \$388,190.697 de 20 cuotas c/una por \$19,409,535 a partir de abril de 2018. El hospital manifiesta que no se está cancelando la cartera corriente. Se agenda conciliación de glosas para el 18 de diciembre de 2018 a partir de la 8 de la mañana.
10	Comfacundi	860045904	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	2.191.729.449	146.194.881	Diciembre de 2018	146.194.881	El hospital manifiesta que la entrega de soportes de pago esta al día y que se encuentran actas de conciliación de glosas pendientes de firma por parte de la EPS por valor de \$929,092,304.
11	Salud Total	800130907	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	717.937.564	105.838.858	28/12/2018 31/01/2019	105.838.858	La EPS informa compromiso de pago de \$105,838,858 para Diciembre 28 y enero de 2019.
12	Compensar	860066942	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	241.290.218	-		-	La EPS informa que existe diferencia en el reporte SISPRO entre las dos entidades, informa que al corte revisado la EPS tiene un valor de \$83,560,896. El hospital debe enviar estado de cartera a corte Septiembre de 2018 para el 10 de diciembre y la

									EPS dará respuesta en Diciembre 20 de 2018.
13	Sanitas	800251440	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	468.783.965	-		-	La EPS agenda cruce de cartera para el 24 de enero de 2019 e igualmente informa que no tiene cartera vencida al corte revisado.
14	Comparta	804002105	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	3.443.148.488	2.591.034.382	A partir de Junio hasta octubre de 2018	2.591.034.382	Existe Acuerdo de Pago por \$2,591,034,382 Firmado en Mayo 2 para ser cancelado en 5 cuotas c/una por \$518,206,876 iniciando a partir del 15 de Junio por servicios prestados y reconocidos de las vigencias 2015, 2016 y 2017. el hospital nuevamente solicita dar cierre total a la vigencia 2014 y la EPS dara respuesta a la solicitud el 22 de diciembre.
15	Salud Vida	830074184	Diciembre 3, 4 y 5 de 2018	Septiembre de 2018	6.192.682.488	4.319.634.440	A partir de Junio de 2018 hasta mayo de 2022	218.480.506	La EPS Firma Acuerdo de Pago por valor de \$4,319,634,440 a 48 cuotas, para ser canceladas a partir de la fecha de firma; a la fecha no ha sido cancelada ninguna cuota, la EPS informa que se pondra al día pagando doble cuota en los meses de enero, febrero y marzo de 2019. Igualmente el hospital manifiesta que no se ha recibido pagos de la cartera corriente como quedo estipulado en el acuerdo a lo cual la EPS dara respuesta a este tema antes del término del mes de diciembre de 2018.
					118.381.665.599	21.258.055.872			10.064.592.170
					18%				

COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A DICIEMBRE de 2018 (Radicada y Sin Radicar)

TOTAL CARTERA BOGOTA DICIEMBRE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)								
BOGOTA	Suma de SALDO	Suma de d0 30	Suma de d31 60	Suma de d61 90	Suma de d91 180	Suma de d181 360	Suma de MAS360	Suma de O. SERVICIO
RADICADA A DICIEMBRE 31 DE 2018	135.503.856.538	1.819.091.056	5.023.991.904	8.013.708.842	19.285.085.800	22.940.200.819	78.408.308.584	13.469.533
SIN RADICAR A DICIEMBRE 31 DE 2018	21.735.504.404	11.259.288.697	3.536.811.791	560.557.817	285.894.677	440.329.264	684.585.581	4.968.036.576

Total general	157.239.360.941	13.078.379.753	8.560.803.695	8.574.266.659	19.570.980.477	23.380.530.084	79.092.894.165	4.981.506.108
						65%		
RADICADA	86%	14%	59%	93%	99%	98%	99%	0%
SIN RADICAR	14%	86%	41%	7%	1%	2%	1%	100%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A DICIEMBRE de 2017 (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	14.941.523.640	63.334.518.921
CARTERA SIN RADICAR	29.925.648.654	14.085.679.655	5.342.287.513	5.821.787.622	3.935.150.410	628.673.252	112.070.202
TOTAL GENERAL	130.346.064.604	15.254.194.962	11.450.989.242	9.834.564.126	14.789.530.258	15.570.196.892	63.446.589.123

Rad	77%	8%	53%	41%	73%	96%	100%	0%
Pendiente	23%	92%	47%	59%	27%	4%	0%	100%

COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A DICIEMBRE de 2016 (Radicada y Sin Radicar)

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
TOTAL GENERAL	98.298.350.791	9.941.876.992	8.056.132.812	6.281.724.391	18.803.206.802	19.763.016.545	35.452.393.250

RAD 90% 17% 89% 96% 99% 100% 100% 0%



051



SC5520-1



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

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

PENDIENTE 10% 83% 11% 4% 1% 0% 0% 100%

Del cuarto trimestre del año 2018 de la sede de Bogotá, el 14% se encuentra pendiente por radicar y el 86% se encuentra radicado de la cual el 65% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de la cartera de un 22% con respecto al año inmediatamente anterior, es decir año 2017.

COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A DICIEMBRE DE 2018 (Radicada y Sin Radicar)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada Diciembre de 2018	31.684.966.464,27	478.578.519,02	2.297.707.057,22	1.659.021.625,00	5.756.656.834,13	6.603.407.726,88	14.879.501.444,18	10.093.257,84
Cartera sin Radicar Diciembre de 2018	4.020.420.718,77	2.816.182.021,16	115.716.471,00	29.167.841,20	48.339.266,00	143.349.373,00	119.021.054,00	748.644.692,41
TOTAL	35.705.387.183	3.294.760.540	2.413.423.528	1.688.189.466	5.804.996.100	6.746.757.100	14.998.522.498	758.737.950

Rad	89%	5%	29%	26%	31%	33%	42%	1%
Pte X Rad	11%	28%	1%	0%	0%	1%	0%	99%

COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A DICIEMBRE DE 2017 (Radicada y Sin Radicar)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Diciembre de 2018	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 Diciembre de 2018	3.086.120.045	2.761.963.732	93.585.478	16.233.834	27.144.196	41.322.256	145.870.549
TOTAL	26.849.175.115	3.651.302.397	2.509.679.141	1.554.843.139	3.698.475.660	5.771.841.976	9.663.032.802

Rad	89%	24%	96%	99%	99%	99%	98%
Pte X Rad	11%	76%	4%	1%	1%	1%	2%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A DICIEMBRE DE 2016 (Radicada y Sin Radicar)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Diciembre de 2018	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 Diciembre de 2018	2.879.745.124	2.031.038.815	442.144.477	132.725.973	44.012.713	144.653.017	85.170.130
TOTAL	22.850.455.276	5.197.682.152	2.277.515.448	1.556.406.187	4.692.034.053	3.053.634.100	6.073.183.337

Rad	87%	61%	81%	91%	99%	95%	99%
Pte X Rad	13%	39%	19%	9%	1%	5%	1%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

Del cuarto trimestre del año 2018 de la sede de Zipaquirá, el 11% se encuentra pendiente por radicar y el 89% se encuentra radicado de la cual el 95% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de la cartera de un 33% con respecto al año inmediatamente anterior, es decir año 2017.

COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A DICIEMBRE DE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada Diciembre de 2018	10.346.904.402,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.346.904.402,00	0,00
Cartera sin Radicar Diciembre de 2018	201.010.764,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	201.010.764,00	748.644.692,41
TOTAL	10.547.915.166	0	0	0	0	0	10.547.915.166	748.644.692

Rad	98%	5%	29%	26%	31%	33%	42%	1%
-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-----	----



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Pte X Rad 2% 28% 1% 0% 0% 1% 0% 99%

COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A DICIEMBRE DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Diciembre de 2018	16.108.433.425	0	0	0	0	0	16.108.433.425
Cartera sin Radicar Diciembre de 2018	376.747.631	0	0	0	0	2.969.812	373.777.819
TOTAL	16.485.181.056	0	0	0	0	2.969.812	16.482.211.244

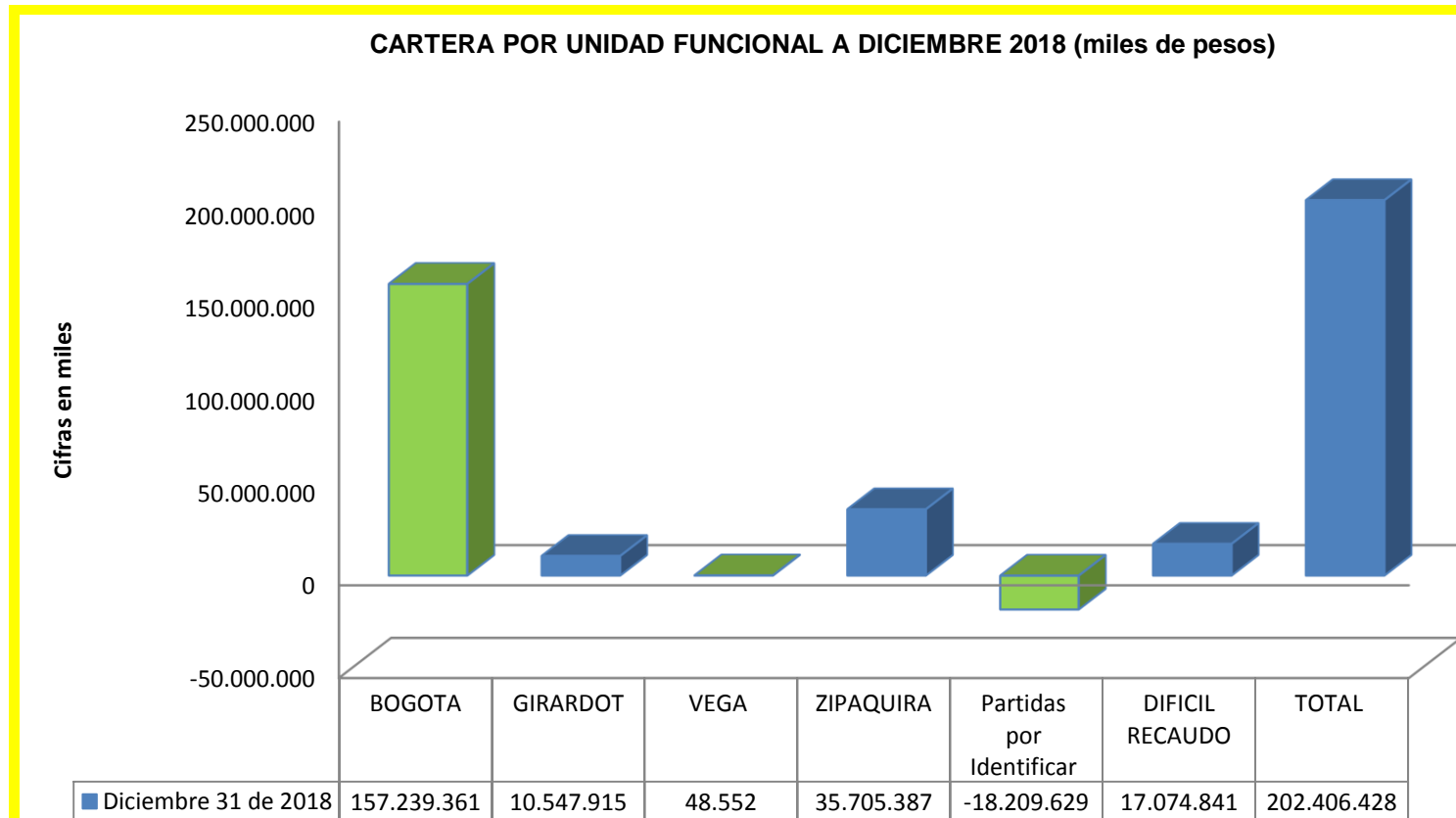
Rad 98% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 98%
Pte X Rad 2% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 2%

COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A DICIE DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Diciembre de 2018	26.147.315.142	0	0	0	381.581.610	3.249.567.989	22.516.165.543
Cartera sin Radicar Diciembre de 2018	996.138.712	0	0	0	615.421.454	330.132.510	50.584.748
TOTAL	27.143.453.854	0	0	0	997.003.065	3.579.700.499	22.566.750.291

Rad 96% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 100%
Pte X Rad 4% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0%

Del cuarto trimestre del año 2018 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 36% con respecto al año inmediatamente anterior, es decir año 2017, cabe recordar que esta unidad funcional que operaba bajo la administración del Hospital fue retirada a partir del 12 de febrero de 2016 para que fuera administrada por un privado.



Se puede analizar que la cartera con mayor peso con respecto al total de la cartera que se tiene en el Hospital es la de la Unidad funcional de Bogotá con un 78%, seguida de la Unidad Funcional de Zipaquirá con un 17% y luego es la Unidad Funcional de Girardot y la Vega con un 5%, cabe aclarar que las Unidades Funcionales de Girardot y La Vega el Hospital en este momento no las administra, razón por la cual la cartera presentada de estas dos unidades tiende a bajar en la medida que se va haciendo gestión de cartera y gestión de Objeciones, ya que a la fecha aún se encuentran facturas en este proceso.

CARTERA RADICADA DICIEMBRE 2018

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0 30	Suma de d31 60	Suma de d61 90	Suma de d91 180	Suma de d181 360	Suma de MAS360	Suma de O. SERVICIO
BOGOTA	135.503.856.538	1.819.091.056	5.023.991.904	8.013.708.842	19.285.085.800	22.940.200.819	78.408.308.584	13.469.533
GIRARDOT	10.346.904.402	0	0	0	0	87.874.281	10.259.030.121	0
VEGA	48.552.171	0	0	0	0	2.947.712	45.604.459	0
ZIPAQUIRA	31.684.966.464	478.578.519	2.297.707.057	1.659.021.625	5.756.656.834	8.093.747.215	13.389.161.956	10.093.258
Total general	177.584.279.575	2.297.669.575	7.321.698.961	9.672.730.467	25.041.742.634	31.124.770.027	102.102.105.120	23.562.791

CARTERA SIN RADICAR DICIEMBRE 2018

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360	Suma de O. SERVICIO
BOGOTA	21.735.504.404	11.259.288.697	3.536.811.791	560.557.817	285.894.677	440.329.264	684.585.581	4.968.036.576
GIRARDOT	201.010.765	0	0	0	0	0	201.010.765	0
ZIPAQUIRA	4.020.420.719	2.816.182.021	115.716.471	29.167.841	48.339.266	143.349.373	119.021.054	748.644.692
Total general	25.956.935.887	14.075.470.719	3.652.528.262	589.725.658	334.233.943	583.678.637	1.004.617.400	5.716.681.268

PARTIDAS X IDENTIFICAR	-12.220.862.076
CARTERA NETA	191.320.353.387
(-) GIRO DIRECTO	-5.988.766.651

05DE07 – V3

TOTAL CARTERA	185.331.586.735
1485 DEUDAS DE DIFICIL RECAUDO	17.074.840.881
TOTAL CARTERA + DIFICIL RECAUDO	202.406.427.617

CARTERA RADICADA A DICIEMBRE DE 2017

U FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360
BOGOTA	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
Total general	140.452.824.104	2.057.853.972	8.524.795.392	5.551.385.809	14.525.711.312	21.639.556.205	88.153.521.413

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
Total general	33.399.109.582	16.858.236.639	5.435.872.991	5.838.021.456	3.962.294.606	672.965.320	631.718.570
Total general	173.851.933.686	18.916.090.611	13.960.668.383	11.389.407.265	18.488.005.918	22.312.521.525	88.785.239.983

CARTERA NETA	173.851.933.686
---------------------	------------------------

05DE07 – V3

1485 DEUDAS DE DIFICIL RECAUDO	46.267.531.237
PARTIDAS X IDENTIFICAR	-9.150.651.579
(GIRO DIRECTO)	-4.848.582.134
TOTAL CARTERA + DIFICIL RECAUDO	206.120.231.210

CARTERA RADICADA DICIEMBRE 2016

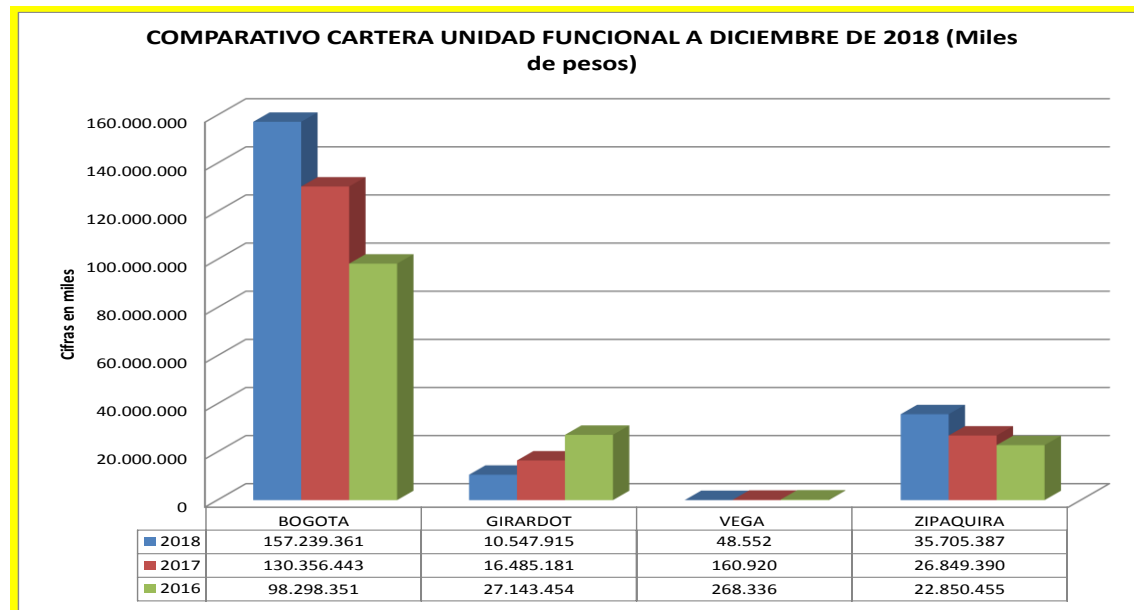
U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	88.508.688.605	1.685.067.258	7.164.139.672	6.044.408.305	18.527.250.239	19.699.572.669	35.388.250.462
GIRARDOT	26.147.315.142	0	0	0	381.581.610	3.249.567.989	22.516.165.543
VEGA	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
Total general	134.895.049.616	4.851.710.594	8.999.510.643	7.468.088.519	23.556.853.189	25.858.121.741	64.160.764.930

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
Total general	13.665.546.023	10.287.848.549	1.334.137.617	370.042.059	935.390.730	538.229.403	199.897.665
Total general	148.560.595.639	15.139.559.143	10.333.648.260	7.838.130.578	24.492.243.919	26.396.351.143	64.360.662.595

05DE07 – V3

Total Cartera	148.560.595.639
DEUDAS DE DIFICIL COBRO 1475 (+)	58.056.242.361
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



Realizado el comparativo de Cartera consolidada por unidades Funcionales a Diciembre de 2018 de las dos últimas vigencias se puede anotar que ha venido en aumento la cartera de las Unidades Funcionales de Bogotá y Zipaquirá en un 21% y un 33% respectivamente, mientras que en las Unidades Funcionales de Girardot y La Vega hay una disminución del 36% y 70% respectivamente debido a que estas unidades el hospital dejó de administrarlas, en términos generales el aumento de la cartera se encuentra en un 17% con respecto al total de cartera del año inmediatamente anterior, es decir, año 2017.

12.1.4.2. Recaudo

Recaudo Bogotá

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A 31 DE DICIEMBRE DE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	3.098.188.236	3.949.816.621	7.048.004.857
SUBSIDIADO	31.718.456.373	43.478.722.012	75.197.178.385
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	5.800.122.842	1.452.032	5.801.574.874
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.250.812.950	408.906.312	1.659.719.262
ASEGURADORAS-SOAT	2.926.071.176	3.107.304.505	6.033.375.681
FOSYGA	2.592.241.592	55.445.062	2.647.686.654
OTRAS ENTIDADES	836.416.859	1.879.698.543	2.716.115.402
SUBTOTAL	48.222.310.028	52.881.345.087	101.103.655.115

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A 31 DE DICIEMBRE DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	714.103.065	2.511.738.018	3.225.841.083
FOSYGA	1.064.950	528.007.587	529.072.537
SUBSIDIADO	35.585.700.426	39.741.853.437	75.327.553.863
CONTRIBUTIVO	3.645.628.351	5.796.124.833	9.441.753.184
CAPITADO			0
IPS PUBLICAS	45.604.400	129.928.900	175.533.300
IPS PRIVADAS	20.742.920	51.269.219	72.012.139
ARL	2.838.381	411.253.020	414.091.401
VIDA	11.623.450	105.108.055	116.731.505
MEDICINA PREPAGADA	1.678.432	58.151.347	59.829.779
ENTIDADES ESPECIALES	579.310.598	443.916.864	1.023.227.462
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.518.613.155		1.518.613.155
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.434.235.588	169.229.924	1.603.465.512
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA	43.561.143.716	49.946.581.204	93.507.724.920

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ A 31 DE DICIEMBRE DE 2016			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SUBSIDIADO	18.725.139.394	29.330.117.830	48.055.257.224
CONTRIBUTIVO	1.647.582.286	3.804.025.986	5.451.608.272
SOAT	1.598.656.151	2.670.824.179	4.269.480.330
ENTIDADES ESPECIALES	553.376.650	368.324.801	921.701.451
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	269.890.766	90.939.599	360.830.365
ARL	32.562.680	214.497.695	247.060.375
IPS PRIVADAS	85.987.417	5.920.197	91.907.614
FOSYGA	47.241.041	93.031.864	140.272.905
VIDA	7.854.050	6.734.021	14.588.071
IPS PUBLICAS	45.160.200	40.368.703	85.528.903
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	239.284.297	570.390.112	809.674.409
CAPITADO	0		0
MEDICINA PREPAGADA	0	44.394	44.394
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ	23.252.734.932	37.195.219.381	60.447.954.313

El Recaudo por régimen para el Cuarto trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Bogotá fue: Régimen Subsidiado con un 74%, seguido del Mercado Contributivo con un 7%, representando estos dos un 81% sobre el total recaudado.

Del total Recaudado durante el Cuarto Trimestre de 2018, las vigencias anteriores tienen una participación del 48% y la presente vigencia una participación del 52%

Recaudo Zipaquirá

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA A 31 DE DICIEMBRE DE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	570.566.889	2.107.733.413	2.678.300.302
SUBSIDIADO	4.969.453.120	15.560.119.275	20.529.572.395
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	546.216.538	0	546.216.538
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	37.949.597	0	37.949.597
ASEGURADORAS-SOAT	298.371.099	459.144.163	757.515.262
ECAT-FOSYGA	0	0	0
OTRAS ENTIDADES	102.328.917	301.068.524	403.397.441
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA 2018	6.524.886.160	18.428.065.375	24.952.951.535

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRA A 31 DE DICIEMBRE DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	242.199.392	383.828.958	626.028.350
FOSYGA			0

SUBSIDIADO	7.280.131.801	13.546.844.840	20.826.976.641
CONTRIBUTIVO	827.354.100	2.018.237.675	2.845.591.775
CAPITADO		3.745.641.020	3.745.641.020
IPS PUBLICAS	5.136.965	42.431.637	47.568.602
IPS PRIVADAS	28.646.276	1.550.951	30.197.227
ARL	3.813.179	13.214.012	17.027.191
VIDA	1.884.779	9.940.914	11.825.693
MEDICINA PREPAGADA	3.448.737	14.553.279	18.002.016
ENTIDADES ESPECIALES	403.356.324	267.332.330	670.688.654
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	4.064.546	48.500	4.113.046
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA 2017	8.800.036.099	20.043.624.116	28.843.660.215

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A 31 DE DICIEMBRE DE 2016			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SUBSIDIADO	6.227.813.677	13.040.211.714	19.268.025.391
CAPITADO		856.136.932	856.136.932
CONTRIBUTIVO	328.601.640	684.694.711	1.013.296.351
SOAT	150.485.257	400.717.704	551.202.961
IPS PUBLICAS	6.882.300	52.800.202	59.682.502
ARP	3.619.086	66.202.583	69.821.669
VIDA	0	25.918.344	25.918.344
IPS PRIVADAS	10.728.650	48.400.055	59.128.705
ENTIDADES ESPECIALES		16.310.613	16.310.613
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	291.936.016		291.936.016
FOSYGA			0
MEDICINA PREPAGADA		8.767.978	8.767.978
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		193.426.878	193.426.878
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA 2016	7.020.066.626	15.393.587.714	22.413.654.340

El Recaudo por régimen para el Cuarto trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Zipaquirá fue: Régimen Subsidiado con un 82% y Contributivo con un 11%, representando estos dos un 93% sobre el total recaudado por Régimen.

Cabe aclarar que la Unidad Funcional de Girardot el hospital dejó de administrar desde el 12 de febrero de 2016 y quedó una cartera pendiente de recuperar, la cual se ha venido haciendo gestión para recaudar esos recursos, el valor que se recuperó a Diciembre de 2018 fue de \$5.188.660.899 y este valor queda sumado al Recaudo de Bogotá

Recaudo Consolidado

TOTAL GENERAL DE RECAUDOS DE DICIEMBRE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	3.668.755.125	6.057.550.034	9.726.305.159
SUBSIDIADO	36.687.909.493	59.038.841.287	95.726.750.780
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	6.346.339.380	1.452.032	6.347.791.412
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.288.762.547	408.906.312	1.697.668.859
ASEGURADORAS-SOAT	3.224.442.275	3.566.448.668	6.790.890.943
ECAT-FOSYGA	2.592.241.592	55.445.062	2.647.686.654
OTRAS ENTIDADES	938.745.776	2.180.767.067	3.119.512.843
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA DICIEMBRE 2018	54.747.196.188	71.309.410.462	126.056.606.650

FUENTE DE INFORMACION: Modulo de Tesorería – Dinámica Gerencial.Net

TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A DICIEMBRE DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	967.239.073	2.895.566.976	3.862.806.049
FOSYGA	1.064.950	528.007.587	529.072.537
SUBSIDIADO	42.958.618.160	53.288.698.277	96.247.316.437
CONTRIBUTIVO	4.606.153.154	7.814.362.508	12.420.515.662
CAPITADO	26.736.731	3.745.641.020	3.772.377.751
IPS PUBLICAS	97.359.617	172.360.537	269.720.154
IPS PRIVADAS	63.259.596	52.820.170	116.079.766
ARP	6.745.562	424.467.032	431.212.594
VIDA	13.508.229	115.048.969	128.557.198
MEDICINA PREPAGADA	36.551.591	72.704.626	109.256.217
ENTIDADES ESPECIALES	1.030.550.257	711.249.194	1.741.799.451
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.518.613.155	0	1.518.613.155
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.480.312.292	169.278.424	1.649.590.716
TOTAL CONSOLIDADO AL MES DE DICIEMBRE DE 2017	52.806.712.367	69.990.205.320	122.796.917.687

TOTAL GENERAL DE RECAUDOS DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SUBSIDIADO	34.537.921.016	48.453.914.244	82.991.835.260
CONTRIBUTIVO	3.170.583.093	5.289.196.838	8.459.779.931
SOAT	2.054.993.533	3.249.519.770	5.304.513.303
ENTIDADES ESPECIALES	1.496.227.461	599.742.273	2.095.969.734
CAPITADO	59.486.901	1.204.959.548	1.264.446.449
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	763.352.229	102.209.581	865.561.810



051



SC5520-1



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

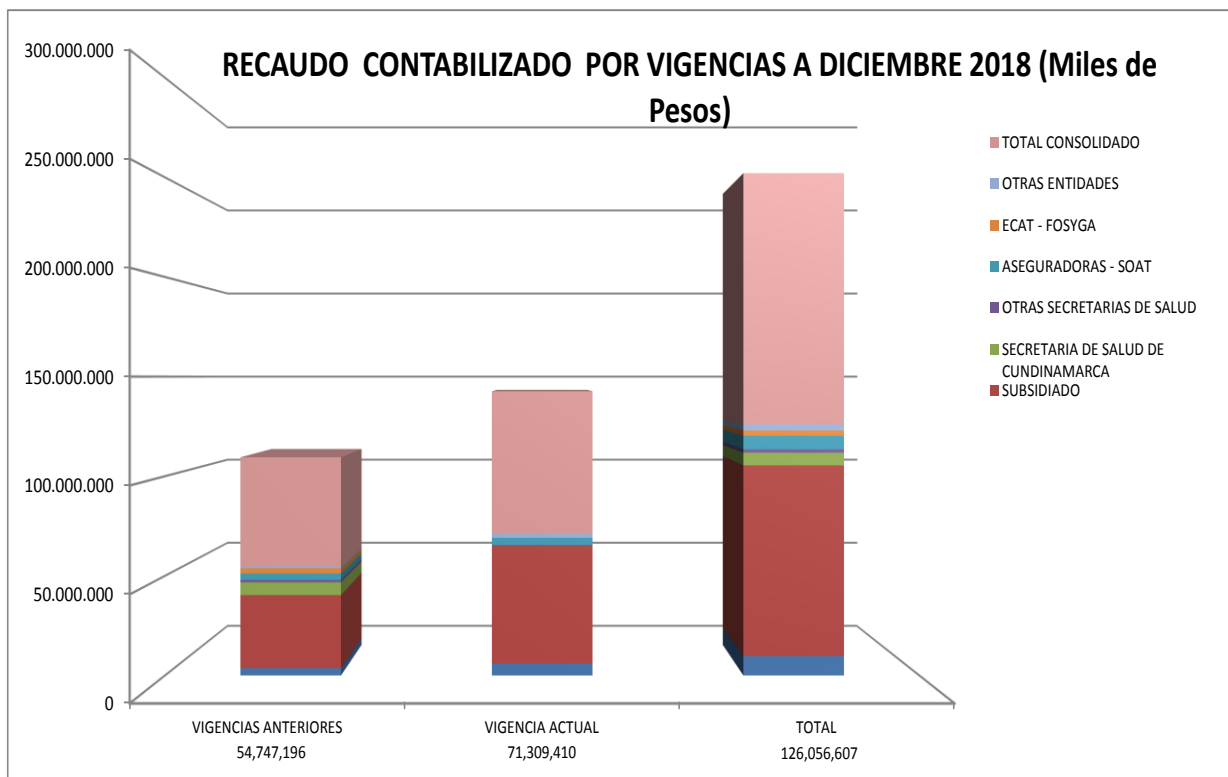
www.hus.org.co

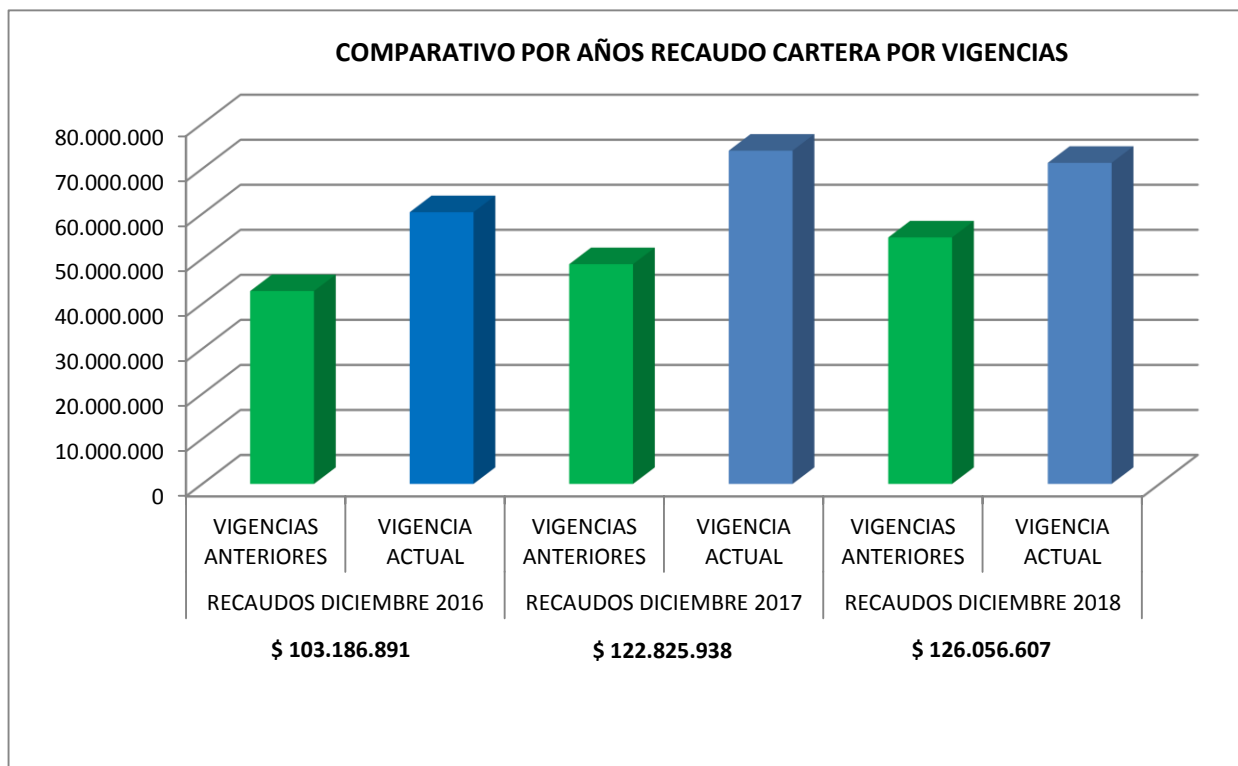
“Humanización con sensibilidad social”

IPS PRIVADAS	155.240.896	154.961.588	310.202.484
ARP	39.057.666	309.330.183	348.387.849
VIDA	11.153.058	32.652.365	43.805.423
FOSYGA	57.681.051	98.536.803	156.217.854
IPS PUBLICAS	52.042.500	94.114.105	146.156.605
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	439.197.777	763.816.990	1.203.014.767
MEDICINA PREPAGADA	0	0	0
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016	42.836.937.181	60.352.954.288	103.189.891.469

El Recaudo Consolidado por régimen para el Cuarto Trimestre de 2018 con mayor representatividad fue: Régimen Subsidiado con un 76%, Contributivo con un 8%, Aseguradoras y Vinculados cada uno con un 6% representando estos regímenes un 96% sobre el total recaudado por Régimen.

Una vez consolidado el Recaudo de las Unidades Funcionales a Diciembre de 2018, el 26% corresponde a vigencias anteriores y el 74% a la presente vigencia, para la Unidad Funcional de Zipaquirá las EPS cancelan un porcentaje menor al de Bogotá muy cerca al que deben cancelar de la radicación de la vigencia; situación atípica puesto que la ley estipula que se debe cancelar el 50% de lo radicado sin importar la ubicación geográfica, igualmente puede ser porque esta Unidad Funcional de Zipaquirá tiene contratos por capitación.





La recuperación de la cartera radicada de vigencias anteriores comparada con el recaudo de vigencias anteriores ha tenido un leve aumento de un 4% mientras que el recaudo de vigencia actual aumento en un 2%, situación que se debe a la crisis que viene presentando el Sector Salud ya que las ERPs no realizan giros significativos de la cartera radicada, puesto que están presentando unas glosas y devoluciones injustificadas provocando un bajo flujo de recursos para las IPS

Teniendo en cuenta el no Cumplimiento de la normatividad por parte de las Entidades Responsables de Pago e igualmente se intensifica el cobro a través de Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición, Cruces de Cartera y Dando alcance a la gestión antes planteada y a la nueva normatividad dictada por el Gobierno Nacional, con el fin de fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento, y flujo de recursos se dispuso circularizar a los clientes para dar aplicación a la norma en los plazos establecidos.

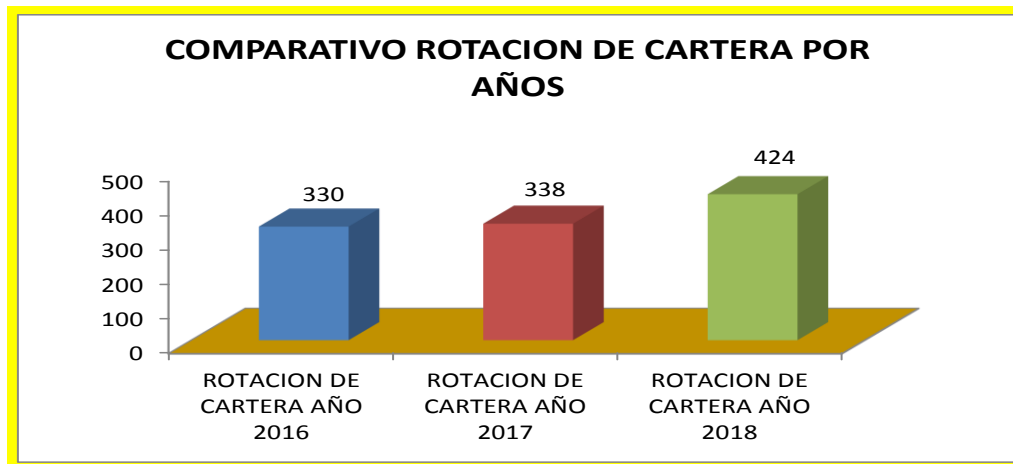
Igualmente se realizó circularización durante el Cuarto trimestre comprendido del 01 de Octubre de 2018 al 31 de Diciembre de 2018 de acuerdo a la Ley 1797 de 2016 y la Resolución 6066 de 2016 del Ministerio de Salud y protección Social, se enviaron un total de 147 Notificaciones de Saldo y un total 102 Derechos de Petición a las entidades más representativas.

Se ha participado en Mesas de Trabajo de acuerdo a la Circular 030 de 2013, convocadas por el Fondo Financiero Distrital y por la Secretaria de Salud de Cundinamarca con delegados de la Contraloría de

Cundinamarca y de la Superintendencia Nacional de Salud, igualmente se dio cumplimiento a los cruces de Cartera de acuerdo a la asignación de citas agendadas en dichas mesas.

Se ha venido presentando un comportamiento en el recaudo total con un leve aumento año tras años, teniendo en cuenta que durante el año 2018 los valores por Giro Directo que realiza el Ministerio han venido disminuyendo, situación que en repetidas oportunidades se ha comentado en las diferentes estancias a los entes de control y en mesas de trabajo de Circular 030, a cada uno de los representantes del Ministerio de Salud, Secretaria de Salud de Cundinamarca, Contraloría de Cundinamarca, Superintendencia Nacional de Salud.

Se continúa ejerciendo presión a través de Cruces de Cartera, Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición y en cuanto al envío a la Oficina Asesora del Hospital solo se ha realizado este proceso por parte de Cartera para conciliaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud en contra de Convida por un valor aproximado de \$14.800 millones, teniendo en cuenta la documentación que solicitan para iniciar los Cobros Jurídicos a las Entidades Responsables de Pago.



Realizado el comparativo de Rotación de cartera entre los últimos tres años se puede evidenciar que ha venido aumentando el tiempo en que el hospital está tardando en recuperar la cartera adeudada por los clientes a los que se les ha venido prestando servicios de salud,, lo anterior se puede deber al aumento indiscriminado de glosas y devoluciones injustificadas que vienen realizando las ERPs, como también a la no entrega oportuna de soportes de pago para ser identificados por factura lo cual genera que dichos pagos no se estén descargando de la cartera, teniendo en cuenta que la norma es clara que cuando se realicen Giros directos a través del Consorcio Adres, las ERPs deben registrar las facturas canceladas en la plataforma dispuesta por el Ministerio de Salud para ese tipo de pagos, lo cual no está sucediendo, provocando la no identificación por factura oportunamente. Una solución se podría conjugar en que con los clientes que se realice contrato de prestación de servicios de salud quede en clausulado anticipo a los servicios prestados por el hospital, fuera del valor que están realizando a través de Giro Directo (Régimen Subsidiado) esto podría mejorar un poco el flujo de recursos y la rotación de cartera, otra solución que debería quedar explícitamente en los contratos (Aun cuando la norma lo estipule) es la entrega oportuna de soportes, tanto de Giro directo como de anticipos (Si los hubiere).

3.3.5 PQRS

Durante el año 2018 el área de facturación recibió 71 reclamos, 12 felicitaciones, 4 sugerencias, 60 solicitudes de información y 33 quejas las cuales fueron gestionadas dentro de los términos de la normatividad vigente y además se realizó el proceso de gestión de mejora para cada una de ellas.

FACTURACION Y RECAUDO IV TRIM 2018																					
CLASIFICACION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
PETICIONES	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
RECLAMO	2	4	4	2	11	5	6	7	15	6	4	5	71	10	33%	18	47%	29	48%	15	29%
FELICITACIONES	0	2	1	1	2	0	0	1	1	2	2	0	12	3	10%	3	8%	2	3%	4	8%
SUGERENCIAS	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	4	0	0%	2	5%	0	0%	2	4%
SOL. INFORMAC	6	2	6	1	2	6	3	7	6	9	8	4	60	14	47%	9	24%	16	26%	21	40%
QUEJA	1	1	1	0	4	2	2	5	7	2	4	4	33	3	10%	6	16%	14	23%	10	19%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	9	9	12	4	20	14	11	21	29	19	20	13	181	30	100%	38	100%	61	100%	52	100%

Fuente: Subdirección de Atención al usuario

Los reclamos obedecen a casos de inoportunidad en la atención y falta de buen trato en la atención, por lo anterior se contará con una informadora en el área de consulta externa que permita mejorar la entrega de información al usuario, que le enseñe y se le acompañe al usuario en el manejo del digiturno, que verifique la documentación que el usuario trae para facturar o para asignar cita.

Lo anteriormente mencionado nos permite efectuar acciones de mejora ante este suceso desarrollamos una retroalimentación y autoevaluación los deberes y derechos que tenemos dentro de nuestra institución frente a la atención de nuestro usuarios, complementando con el proceso de los tiempos de atención y comunicación al usuario con retroalimentación y capacitación de humanización del servicio para el área de facturación de consulta externa y hospitalaria.

Por requerimiento normativo se debe tener la facturación al día de tal manera que el paciente al momento de recibir el egreso se pueda contar con la factura firmada, como requisito para soportar y radicar la cuenta ante la EPS, sin embargo, este proceso al egreso del paciente puede tomar entre 60 y 90 minutos según la demanda del servicio, lo que ha generado un aumento en los reclamos y quejas del paciente, a lo cual realizamos auto evaluación de nuestro modelo de atención “UNIDOS POR TU BIENESTAR” para no presentar nuevos casos, realizando reuniones semanales con el equipo operativo de facturación, mejorando los puntos donde se encuentran oportunidades de mejora, se designó personal que permita la interacción y la mejora en la oportunidad de la facturación con las áreas Asistencial hospitalaria y Urgencias, Farmacia, Osteosíntesis, Facturación.



051



SC5520-1



Es claro mencionar que cada queja o reclamo es un caso específico el cual se analiza para a su vez identificar si se generaron factores externos que contribuyeron a su vez en que se desencadenara dicho suceso, siempre con mira a establecer al compromiso de cada día ser mejores en la prestación de servicios de atención en salud.

3.3.6 Plan único de mejora por procesos PUMP

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
1.	Desde mercadeo a pesar que no se puede cambiar la upc de contratación, se trabaja con costos mediante la metodología de costos por equivalencia para saber cuánto es el costo real de hus y de esta manera parametrizar las tarifas en el sistema y facturar con ellas las actividades de primer nivel de atención y de pyd de Zipaquirá, cogua y san cayetano y estas se puedan comparar con la cuenta de cobro que se pasa a la e.p.s	OTRAS	100%	100%
Justificación:				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
2.	Realización de informes de ejecución con las entidades con las que se tiene pactado contractualmente la presentación de informes de ejecución presupuestal	AUTOCONTROL	100%	Contratos sobre ejecutados
Justificación:				
Revisión de los contratos de la vigencia para determinar la obligatoriedad de presentar informe de ejecución a la entidad contratante				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
3.	Realizar capacitaciones en el tema de facturación a los facturadores, autorizadores, admisionistas y armadores de cuentas.	AUTOCONTROL	100%	Incremento anual de venta de servicios
	Justificación: Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y capacitación en temas de facturación. Fuente. Dinámica Gerencial.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
4.	Capacitar en el manejo del aplicativo del digiturno de urgencias a los facturadores, autorizadores, admisionistas e implementar el proceso en el área de Admisiones - urgencias.	OTRAS	100%	Porcentaje de satisfacción global de cliente corporativo
	Justificación: Se evidencia capacitación recibida del área de sistemas e Indicador de Dirección Atención al usuario			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
5.	Sensibilizar al personal en el tema de humanización a través del apoyo de la Dirección de atención del usuario	PQRS	100%	# QR relacionadas a la causa (trato amable) / Total de QR en facturación
	Justificación: Capacitación recibida por Dirección de Atención al usuario			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
6.	Revisar el manejo del aplicativo del digiturno en consulta externa (Modulo asignación de citas).	PQRS	100%	# QR relacionadas a la causa (E / Total de QR en facturación)
	Justificación: Se evidencia solicitud a sistemas			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
7.	Realizar capacitación al personal que se encuentra al ingreso de los HUS en los temas y servicios específicos de consulta externa (servicios, horarios, médicos, facturación, entre otros).	PQRS	100%	# QR relacionadas a la causa (E / Total de QR en facturación)
	Justificación: Se evidencia capacitación dada por consulta externa.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
8.	Se establece el cambio en la parametrización en el sistema del contrato de SSC, de tal manera que ya no se deba realizar a través de cuenta de cobro, y el registro quede factura a factura, lo que dispondría la información de los estados de la factura para los módulos de cartera y facturación.	OTRAS	100%	Incremento anual de venta de servicios
	Justificación: Se encuentra en proceso la parametrización. Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y capacitación en temas de facturación. Fuente. Dinámica Gerencial.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
7.	Generar cronograma de probables fechas asignadas a los autorizadores y concertación de fechas con EPS (Ecoopsos, Comfacundi y Mutual Ser) con el objeto de llevar a cabo la obtención de las autorizaciones correspondientes a la prestación de los servicios.	AUTOCONTROL	100%	Incremento anual de venta de servicios
Justificación: Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y Cronograma. Fuente. Dinámica Gerencial.				
Barrera de mejoramiento: Falta de personal para llevar a cabo las visitas a las EPS y poder gestionar externamente la obtención de la autorización.				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
8.	1. Potenciar las competencias del personal a través de ciclos de capacitación	AUTOCONTROL	100%	Porcentaje capacitaciones programadas / total capacitaciones realizadas
Justificación:				
Barrera de mejoramiento:				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
9.	1. Lograr el ingreso oportuno de la glosa y devoluciones al sistema de información	AUTOCONTROL	100%	Porcentaje Glosa y devoluciones recibidas / total ingresadas
Justificación:				
Barrera de mejoramiento:				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
10.	1. Gestionar con control las áreas de facturación y glosas desde el área de cartera	OTRAS	66%	Porcentaje de recuperación de Cartera

Justificación:	
Se realiza constante comunicación con las áreas de facturación y glosas para la facturación pendiente de radicar y así mismo glosa en trámite.	
Barrera de mejoramiento:	

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
11.	1. Gestionar el cambio con las áreas de facturación y Subdirección de Mercadeo desde el área de cartera	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Está en proceso para cambio de parametrización			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
12.	Gestionar ajuste contable en comité de Sostenibilidad y seguimiento a pagos de clientes liquidados	OTRAS	92%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se realizaron fichas técnicas de saneamiento, las cuales ya fueron aprobadas por el comité de sostenibilidad financiera y se encuentran en la dirección financiera para los ajustes contables.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
13.	Gestionar ajuste contable en comité de Sostenibilidad y seguimiento a pagos no realizados por clientes liquidados	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se realizaron fichas técnicas de saneamiento, las cuales ya fueron aprobadas por el comité de sostenibilidad financiera y se encuentran en la dirección financiera para los ajustes contables.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
14.	Gestionar cruce de información entre la Oficina Asesora Jurídica y el Área de Cartera de las cifras entregadas para proceso Judicial.	OTRAS	50%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se ha gestionado para cobro jurídico, los montos que de acuerdo a los cruces realizados con cada ERP cumplan con los requisitos necesarios para ser llevados ante procesos de la Supersalud para la consecución del pago.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
15.	Elaborar y radicar mediante oficios reporte del estado de cartera mensual y trimestral a cada cliente.	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se han enviado de manera mensual las notificaciones de saldo y trimestral los derechos de petición con cada cliente.			
	Barrera de mejoramiento:			

3.3.7 Plan de acción en salud PAS

NO.	META DEL PRODUCTO ANUAL	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	Elaborar y gestionar el cumplimiento del Cronograma de Visitas a los clientes potenciales para promocionar el portafolio de servicios (60%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%
Justificación				
1. Cronograma de Visitas (documento)				
2. Actas de visitas del HUS a la EPS según lo programado en el Cronograma de Visitas				
Barrera de mejoramiento: N/A				

2	Suscribir la contratación como mínimo en un 50% con las Eps que representen el 70% del total de la Facturación del Hospital (Régimen Subsidiado 40% y Régimen Contributivo 10%) (40%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%
	Justificación			
	Contratos suscritos 2018			
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	DESCRIPCION DE Y ESTRATEGIAS ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	Realizar de manera aleatoria la revisión trimestral del 5% del valor facturado en cada servicio: Consulta Externa, Hospitalización, UCI adultos y neonatal, Salas de Cirugía y Urgencias (40%)	% cumplimiento aumento en la facturación	100%	100%
	Justificación			
	Por parte del área de Objeciones, donde se tienen destinados cuatro (4) funcionarios quienes se encargan de la revisión de la facturación de las áreas de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa. UCI, se realiza la Auditoria del 43% del total de la facturación generada durante el tercer trimestre.			
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	DESCRIPCION DE Y ESTRATEGIAS ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4.	Efectuar de manera permanente el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de	% cumplimiento cierre egresos hospitalarios	50%	50%

	facturación (50%)			
Justificación				
Se extrae del módulo de facturación - Reporte generado - Ingresos Abiertos, el total de lo pendiente por facturar, Se establecen fechas de Seguimiento periódicas de lo que se obtiene un cumplimiento del 75%.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
5.	Realizar 2 capacitaciones anuales al personal de facturación en normatividad en salud. (10%)	% Capacitaciones al personal	100%	100%
Justificación				
Se realizan capacitaciones en el área de facturación en colaboración con el área de Objeciones, se realiza a su vez la evaluación a través de la plataforma externa virtual Thatquiz.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
6.	Efectuar el proceso de radicación según los términos de ley (100%)	95%	97%	100%
Justificación				
La radicación para la vigencia 2018 tercer trimestre cierra con el 97% acumulado. El cálculo se extrae del total facturado de Enero a Agosto y se divide sobre el total radicado de Enero a Agosto, toda vez que el mes de Septiembre se radica en el mes de Octubre 2018				
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	DESCRIPCION DE	INDICADOR	AVANCE DE LA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
-----	----------------	-----------	--------------	----------------------------



051



SC5520-1



	ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES		ACCIÓN	
7.	Realizar divulgación de motivos de glosa en los procesos responsables de las mismas priorizando los servicios de mayor representatividad (50%)	% Disminución aceptación glosa	100%	30%
Justificación				
Formato actas y pantallazo de correos Institucionales donde se evidencia la divulgación de los motivos de glosa a diferentes áreas y especialistas, por conceptos de impacto y requerimiento o seguimiento a planes de acción.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
8.	Realizar reuniones cuatrimestrales con los líderes de los procesos donde se presente mayor glosa para que realicen Planes de Mejora. (50%)	Correos electrónicos, Actas de revisión	100%	50%
Justificación				
Formato acta con los líderes de proceso para continuar el desarrollo a los compromisos con acciones de mejora que aporten disminución en la glosas teniendo como referencia el impacto y frecuencia; priorizando temas relacionados con la falta de autorizaciones, pertinencia médica (estancias-UCI e Intermedios e interpretaciones e ayudas diagnósticas) y gestión de actas por NO POS. 3. Pantallazo cifras finales por aceptación de glosa para el II trimestre				
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
9.	Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas de los servicios prestados en vigencias anteriores. Según informe presupuestal (33%)	% de recaudo vigencias anteriores	43%	86%

<p>Justificación</p> <p>Se gestiona recaudo de cartera mediante circularización, cruces de cartera, llamadas telefónicas y correos electrónicos (Clientes fuera de Bogotá) como también Mesas de trabajo que se convocan a través de la Secretaria de Salud de Cundinamarca y el fondo Financiero Distrital.</p>
<p>Barrera de mejoramiento</p> <p>Crisis de flujo de efectivo en el Sector Salud, aumento indiscriminado de glosas y devoluciones injustificadas que vienen realizando las ERPs, como también a la no entrega oportuna de soportes de pago para ser identificados por factura lo cual genera que dichos pagos no se estén descargando de la cartera.</p>

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
10.	Realizar envíos de la cartera y los soportes definidos a la Oficina Asesora Jurídica de la Cartera mayor a 360 días después de haber surtido los trámites administrativos de cobro para inicio de cobro jurídico correspondiente al 80% del total de esta cartera según saldo a 31 dic de 2017 con seguimiento trimestral. (24%)	% de entrega cartera más 360 días.	64%	100%
<p>Justificación</p> <p>Se ha gestionado para cobro jurídico en contra de Convida por un valor aproximado de \$14.800 millones, teniendo en cuenta la documentación que solicitan para iniciar los Cobros Jurídicos a las Entidades Responsables de Pago con los requisitos necesarios para ser llevados ante la Superintendencia Nacional de Salud.</p>				
<p>Barrera de mejoramiento</p>				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
11.	Alcanzar el 65% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas de los reconocimientos por los servicios prestados en la vigencia actual. Según	% de Recaudo de la vigencia actual	54%	84%

informe Presupuestal. (33%)			
Justificación			
Se ha gestionado para cobro jurídico en contra de Convida por un valor aproximado de \$14.800 millones, teniendo en cuenta la documentación que solicitan para iniciar los Cobros Jurídicos a las Entidades Responsables de Pago con los requisitos necesarios para ser llevados ante la Superintendencia Nacional de Salud.			
Barrera de mejoramiento			

3.3.8 Gestión del riesgo

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Financiero	Sobre ejecución de los contratos con las entidades responsables de pago que se tenga contrato	5	4
Justificación				
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
2.	Operativo	Realizar registro erróneo del paciente en el sistema de información por la no verificación contra el documento físico del paciente	5	2
Justificación				
Es importante registrar la identificación completa del paciente sin errores para evitar generar líneas de pago diferentes, inconveniente en la solicitud de autorizaciones y evitar glosas de la prestación del servicio.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
3.		No realizar gestión del reporte y obtención de autorización generada por	5	3

Financiero	las entidades responsables de pago		
Justificación			
Se requiere realizar la solicitud de las autorizaciones requeridas a las EPS de acuerdo a lo establecido a la Resolución 3047 de 2008 y realizar llamada telefónica reiterando la solicitud realizada hasta obtener la autorización.			
Barrera de mejoramiento			
Algunas EPS no responden a las solicitudes realizadas y otras responden de manera inoportuna.			

NO.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
4.	Financiero	No realizar una adecuada revisión de la historia clínica y la factura del paciente y por ende no se cobran todos los servicios prestados y/o se cobran a las EPS no correspondientes.	5	4
Justificación Se inició un nuevo proceso de auditoría a facturación para que esta sea radicada con todos los servicios prestados debidamente facturados y así evitar futuras glosas.				
Barrera de mejoramiento La falta de autorización es uno de los soportes pendientes a incluir en el paquete de la factura y algunos soportes de CTC.				

NO.	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
5.	Financiero	La inoportunidad en la respuesta de glosa afecta el proceso de gestión de recaudo de cartera con posible prescripción o extemporaneidad de la obligación financiera.	5	3
Justificación				
Barrera de mejoramiento				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
6.	Financiero	Perdida derecho a reclamar el reconocimiento de los servicios prestados	3	3
	Justificación Mensualmente se envía notificación de saldos relacionando todas las facturas e igualmente cruces de cartera en la mitad que agenden citas para cruce de cartera en las cuales van relacionadas todas las facturas que tengas saldos a favor del hospital, como resultado de esto se levantan actas con las entidades.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

3.3.9 Programas

En el Proceso de Facturación y Recaudo no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

3.3.10 Gestión Financiera
3.3.10.1 Presupuesto
Presupuesto de ingresos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/201 6	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/201 7
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	42.190.820.564	42.190.820.564	39.724.825.215	39.724.825.215	-5,84%	-5,84%	47.907.886.818	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%
INGRESOS CORRIENTES	116.512.654.411	53.819.553.083	119.640.789.655	62.232.934.668	2,68%	15,63%	67.722.415.196	123.226.562.952	67.902.586.338	3,00%	9,11%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	108.242.098.963	45.548.997.635	114.489.404.329	57.081.549.342	5,77%	25,32%	58.758.532.000	115.017.111.111	59.693.134.497	0,46%	4,58%
.....REGIMEN SUBSIDIADO	79.003.367.166	29.714.073.245	82.229.345.369	39.741.853.437	4,08%	33,75%	41.717.296.000	76.005.675.063	43.478.722.012	-7,57%	9,40%
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	6.339.240.768	3.804.025.986	9.470.441.541	5.796.124.833	49,39%	52,37%	5.433.183.000	17.286.909.297	3.949.816.621	82,54%	-31,85%
.....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	11.493.099.667	5.844.625.711	11.986.065.679	5.040.860.159	4,29%	-13,75%	5.172.908.000	8.454.232.683	5.100.285.799	-29,47%	1,18%
.....OTRAS ENTIDADES	11.406.391.362	6.186.272.693	10.803.551.740	6.502.710.913	-5,29%	5,12%	6.435.145.000	13.270.294.068	7.164.310.065	22,83%	10,17%
...OTROS INGRESOS	643.131.068	643.131.068	633.818.435	633.818.435	-1,45%	-1,45%	500.000.000	498.643.761	498.643.761	-21,33%	-21,33%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	7.627.424.380	7.627.424.380	4.517.566.891	4.517.566.891	-40,77%	-40,77%	8.463.883.196	7.710.808.080	7.710.808.080	70,68%	70,68%
INGRESOS DE CAPITAL	2.226.565.463	2.226.565.463	2.158.266.851	2.158.266.851	-3,07%	-3,07%	800.000.000	2.135.690.378	2.135.690.378	-1,05%	-1,05%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	23.247.431.686	23.247.431.686	44.603.936.004	44.603.936.004	91,87%	91,87%	54.733.866.912	48.563.816.244	48.563.816.244	8,88%	8,88%
TOTAL INGRESOS	184.177.472.124	121.484.370.796	206.127.817.725	148.719.962.738	11,92%	22,42%	171.164.168.926	221.833.956.392	166.509.979.778	7,62%	11,96%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	141.986.651.560	79.293.550.232	166.402.992.510	108.995.137.523	17,20%	37,46%	123.256.282.108	173.926.069.574	118.602.092.960	4,52%	8,81%



El presupuesto aprobado tuvo un aumento comparado de la vigencia 2017 a 2018, en especial la disponibilidad inicial, cuentas por cobrar (otras vigencias) y un menor valor presupuestado en los Aportes (no ligados a la venta de servicios) como aportes de estampillas prohospitalares para esta vigencia.

El valor de los reconocimientos aumenta por el mayor valor en la disponibilidad inicial, el valor reconocido por recaudo de cartera de vigencias anteriores y de transferencias. En los recaudos totales aumenta también por el concepto de disponibilidad inicial, por recuperación de cartera de la vigencia, vigencias anteriores aumenta y por un convenio de apalancamiento financiero dado por la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

Para la vigencia 2018 del total ejecutado por reconocimientos con respecto al total aprobado es del 130% y por recaudos en un 97%. En los ingresos por transferencias el hospital ha recibido aportes del departamento por concepto de estampillas prohospitalares siendo mayor en este año y por convenio de apalancamiento.

Presupuesto de gastos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			2017/ 2016	AÑO 2018				2018/ 2017	2018/ 2017
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	73.445.418.610	68.993.614.641	66.805.845.407	77.322.247.340	72.438.454.677	70.679.017.938	4,99%	91.541.820.589	88.959.658.422	82.169.134.279	80.321.622.470	15%	13%
...GASTOS DE PERSONAL	59.764.382.596	57.916.345.588	56.629.437.007	62.906.383.211	61.165.963.017	60.512.881.101	5,61%	73.608.475.755	73.230.865.839	69.635.074.758	69.287.336.106	16%	14%
.....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	16.504.345.595	16.504.345.595	16.504.345.595	14.844.601.080	14.844.601.080	14.844.601.080	-10,06%	20.037.803.454	18.083.710.205	18.083.710.205	18.083.710.205	22%	22%
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	43.260.037.001	41.411.999.993	40.125.091.412	48.061.782.131	46.321.361.937	45.668.280.021	11,85%	53.570.672.301	55.147.155.634	51.551.364.553	51.203.625.901	15%	11%
...GASTOS GENERALES	13.392.130.060	10.788.363.099	9.887.502.446	13.899.069.496	10.755.697.027	9.649.342.204	-0,30%	17.040.386.834	15.274.490.624	12.079.757.562	10.579.984.405	10%	12%
....ADQUISICION DE BIENES	1.964.376.223	1.922.987.662	1.637.605.154	2.252.665.618	2.038.815.748	1.765.500.620	6,02%	2.653.838.834	2.383.680.890	2.200.808.360	1.773.805.959	6%	8%
....ADQUISICION DE SERVICIOS	11.427.753.837	8.865.375.437	8.249.897.292	11.646.403.878	8.716.881.279	7.883.841.584	-1,67%	14.386.548.000	12.890.809.734	9.878.949.202	8.806.178.446	11%	13%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	162.248.142	162.248.142	162.248.142	167.596.806	167.596.806	167.596.806	3,30%	215.000.000	170.853.598	170.853.598	170.853.598	2%	2%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	126.657.812	126.657.812	126.657.812	349.197.827	349.197.827	349.197.827	175,70%	677.958.000	283.448.361	283.448.361	283.448.361	-19%	-19%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTSS	27.788.504.557	24.768.096.913	19.593.708.686	29.190.561.793	24.059.434.610	20.273.616.798	-2,86%	28.646.136.731	28.215.613.621	24.491.111.684	20.552.898.146	-3%	2%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	27.384.794.257	24.471.880.478	19.402.769.886	28.733.637.883	23.726.770.542	19.978.320.494	-3,04%	27.955.593.731	27.530.084.853	23.882.796.982	20.032.699.154	-4%	1%
.....MEDICAMENTOS	8.151.059.341	7.341.787.101	5.478.304.605	9.041.822.123	7.034.253.545	6.069.611.907	-4,19%	7.432.583.000	7.059.441.001	6.282.197.917	4.948.374.497	-22%	-11%
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	19.233.734.916	17.130.093.377	13.924.465.281	19.691.815.760	16.692.516.997	13.908.708.587	-2,55%	20.523.010.731	20.470.643.852	17.600.599.065	15.084.324.657	4%	5%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	403.710.300	296.216.435	190.938.800	456.923.910	332.664.068	295.296.304	12,30%	690.543.000	685.528.768	608.314.702	520.198.992	50%	83%
INVERSION	2.602.593.774	1.470.264.849	1.067.687.381	795.107.502	260.855.812	260.855.812	-82,26%	32.566.779.838	5.377.958.406	1.474.975.281	792.352.480	576%	465%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	9.125.387.863	9.097.890.180	8.878.289.436	13.932.793.663	12.843.518.456	12.442.016.417	41,17%	16.909.431.768	14.792.715.418	14.773.747.097	14.726.430.254	6%	15%
TOTAL GASTOS	112.961.904.804	104.329.866.583	96.345.530.910	121.240.710.298	109.602.263.555	103.655.506.965	5,05%	169.664.168.926	137.345.945.867	122.908.968.341	116.393.303.350	13%	12%

El presupuesto de gastos se ha ejecutado por compromisos con respecto al presupuesto aprobado en un 80% y en el 2017 del 77%, el valor aprobado en los gastos de inversión son recursos que se tienen para el proyecto de la ampliación de la Uci, proyecto sistema de ventilación mecánica y los recursos recibidos por estampillas prohospitalares para compra de dotación, entre otros. El aumento del total ejecutado de la vigencia 2018 con el 2017 está dado que a esta vigencia se han registrado presupuestalmente más gastos en esta vigencia, los cuales cubren hasta mediados de enero los contratos de servicios médicos y servicios de mano de obra contratada por empresa temporal.

Del total de las obligaciones de la vigencia 2017 a 2018 aumenta por mayor valor de servicios recibidos y facturados por los proveedores, y los pagos en esta vigencia aumentaron

Cuentas por pagar presupuestales constituidas Bogotá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis \$ 2016-2015	inc o dis \$ 2017-2016
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	10.978.884.524	92%	8.848.617.065	53%	11.638.446.743	66%	-2.130.267.459	2.789.829.678
OBLIGACIONES - PAGOS	970.919.676	8%	7.984.335.673	47%	5.946.756.590	34%	7.013.415.997	-2.037.579.083
TOTAL	11.949.804.200	100%	16.832.952.738	100%	17.585.203.333	100%	4.883.148.538	752.250.595

Como observamos en las cuentas por pagar constituidas del ejercicio de la vigencia 2017 por saldos de contratos (compromisos-obligaciones) aumenta comparado con los de la vigencia 2016, situación dada por contratos firmados en la vigencia 2017 cuya ejecución se proyecta algunos los dos primeros meses en la vigencia 2018 y en cuentas por pagar causadas (obligaciones – pagos) los saldos disminuyen de un año a otro, por el mayor valor pagado, quedando estos valores para el tiempo prudencial dado para el pago de la facturas (periodo a 90 fecha de la factura).

Balance presupuestal Bogotá-gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	108.242.098.963	114.489.404.329	115.017.111.111
Gastos de funcionamiento comprometidos	50.738.517.706	52.785.160.073	87.089.803.422
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	50.495.405.461	53.149.049.060	28.215.613.621
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	107	108	100
Ingresos por venta de salud recaudados	45.548.997.635	57.081.549.342	59.693.134.497
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	45	54	52
Ingreso reconocido total	184.177.472.124	206.127.817.725	221.833.956.392
Ingreso recaudado total	121.484.370.796	148.719.962.738	166.509.979.778
Gasto comprometido total	112.961.904.804	121.240.710.298	137.345.945.867
Relación reconocimiento total/ compromiso total	163	170	162
Relación recaudo total/ compromiso total	108	123	121
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	70	90	86

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 2018 comparado con la vigencia 2017 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$100 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2018 de \$52 pesos, siendo menor al de la vigencia 2017; teniendo en cuenta que hay mayores gastos comprometidos en esta vigencia y en el 2017 fueron inferiores, pero los gastos comprometidos fueron mayores debido contratos que tienen presupuestalmente (Registro Presupuestal) que cubren a mediados de enero.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si el ejercicio se hace con el total de reconocimientos y compromisos teniendo en cuenta en ingresos la disponibilidad inicial, aportes recibidos y las cuentas por cobrar y en los gastos las cuentas por pagar (vigencias anteriores) para la vigencia 2018 llega a \$162 pesos siendo menor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$121 en la vigencia 2018 donde es mayor al de la vigencia anterior que fue menor.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogotá

		Compromisos	Compromisos con Deflactor
		31/12/2018	31/12/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	115.305.417.043	110.266.918.287
(/) Numero de UVR producidas en la vigencia	b	12.958.615,00	12.644.415,40
Resultado (a/b)		8.898	8.721
Resultado Indicador			1,02
Estandar indicador			<0,90



Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Bogota

Compromisos

31/12/2018

Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC) a 166.509.979.778

Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP) b 137.345.945.867

Resultado Indicador (a/b)

1,21

Estandar indicador

>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	27.789.361.077
Superávit o déficit operacional no corriente	56.409.304.906
Superávit o déficit total	28.619.943.829
Sin Riesgo	0.33
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	84.488.010.525



Presupuesto de ingresos aprobado Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
INGRESOS CORRIENTES	29.599.708.188	16.391.932.048	33.253.018.739	21.162.112.955	12,34%	29,10%	22.573.369.000	35.814.931.792	19.553.660.990	7,70%	-7,60%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	29.590.420.482	16.382.644.342	33.148.497.257	21.057.591.473	12,02%	28,54%	22.573.369.000	35.808.279.467	19.547.008.665	8,02%	-7,17%
.....REGIMEN SUBSIDIADO	17.885.257.242	13.896.348.646	19.573.125.979	17.292.485.860	9,44%	24,44%	17.999.749.000	19.899.745.360	15.560.119.275	1,67%	-10,02%
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	8.366.889.704	684.694.711	9.699.210.188	2.018.237.675	15,92%	194,76%	2.700.783.000	11.542.862.587	2.107.733.413	19,01%	4,43%
.....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	725.103.777	281.004.393	919.596.390	48.500	26,82%	-99,98%	23.053.000	1.405.266.936	-	52,81%	-100,00%
.....OTRAS ENTIDADES	2.613.169.759	1.520.596.592	2.956.564.700	1.746.819.438	13,14%	14,88%	1.849.784.000	2.960.404.584	1.879.155.977	0,13%	7,58%
...OTROS INGRESOS	9.287.706	9.287.706	4.521.482	4.521.482	-51,32%	-51,32%	-	6.652.325	6.652.325	47,13%	47,13%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	7.020.066.626	7.020.066.626	8.800.036.099	8.800.036.099	25,36%	25,36%	11.272.489.065	6.524.886.160	6.524.886.160	-25,85%	-25,85%
TOTAL INGRESOS	36.619.774.814	23.411.998.674	42.053.054.838	29.962.149.054	14,84%	27,98%	33.845.858.065	42.339.817.952	26.078.547.150	0,68%	-12,96%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	36.619.774.814	23.411.998.674	42.053.054.838	29.962.149.054	14,84%	27,98%	33.845.858.065	42.339.817.952	26.078.547.150	0,68%	-12,96%



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Del presupuesto total de ingresos aprobado se ha ejecutado por reconocimientos en un 125% y por recaudos en 77%, el total de reconocimientos de una vigencia a otra se mantiene, teniendo en cuenta que la facturación tuvo un aumento pero el reconocimiento de la recuperación de cuentas por cobrar (otras vigencias) disminuye y en recaudos se ha presentado un menor valor recuperado comparado con el de vigencias anteriores.

También del total de reconocimientos comparado con el total de recaudos en la vigencia 2018 es del 62% y en el 2017 en 91%, esta representada esta disminución por el menor valor pagado por la EPS al Hospital a esta fecha

Presupuesto de gastos Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018				2018/ 2017	2018/ 2017
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	20.346.106.041	19.140.853.440	18.484.756.427	24.569.912.173	23.086.466.272	22.600.883.464	20,76%	20,61%	28.125.591.548	27.112.349.961	25.162.012.835	24.916.058.264	10%	9%
...GASTOS DE PERSONAL	16.948.449.277	16.209.375.947	15.762.414.038	20.944.269.789	20.141.299.648	19.921.092.930	23,58%	24,26%	23.403.295.000	23.071.668.804	22.095.739.671	22.026.297.563	10%	10%
...SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	16.948.449.277	16.209.375.947	15.762.414.038	20.944.269.789	20.141.299.648	19.921.092.930	23,58%	24,26%	23.403.295.000	23.071.668.804	22.095.739.671	22.026.297.563	10%	10%
...GASTOS GENERALES	3.279.077.681	2.812.898.410	2.603.763.306	3.486.404.884	2.805.929.124	2.540.553.034	6,32%	-0,25%	4.542.296.548	3.891.994.757	2.917.586.764	2.741.074.301	12%	4%
...ADQUISICION DE BIENES	620.084.104	610.823.546	521.780.218	620.179.744	550.325.897	381.537.733	0,02%	-9,90%	696.201.548	560.699.117	438.724.441	417.528.867	-10%	-20%
...ADQUISICION DE SERVICIOS	2.658.993.577	2.202.074.864	2.081.983.088	2.866.225.140	2.255.603.227	2.159.015.301	7,79%	2,43%	3.846.095.000	3.331.295.640	2.478.862.323	2.323.545.434	16%	10%
...IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	101579.083	101579.083	101579.083	99.237.500	99.237.500	99.237.500	-2,31%	-2,31%	130.000.000	113.686.400	113.686.400	113.686.400	5%	5%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	17.000.000	17.000.000	17.000.000	40.000.000	40.000.000	40.000.000	135,29%	135,29%	50.000.000	35.000.000	35.000.000	35.000.000	-13%	-13%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PREST SS	2.755.912.766	2.593.532.012	2.276.444.249	3.098.380.401	2.644.405.062	2.405.672.592	12,43%	1,96%	3.263.453.550	3.228.569.068	3.001.447.938	2.781.142.225	4%	14%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.711.000.266	2.575.681.212	2.266.727.749	3.050.188.311	2.603.531.722	2.380.920.052	12,51%	1,08%	3.177.671.550	3.142.829.068	2.930.078.766	2.741.831.581	3%	13%
...MEDICAMENTOS	655.872.127	616.691.863	482.808.614	648.545.220	589.995.748	521.564.551	-1,12%	-4,64%	653.099.000	625.037.796	593.551.099	490.305.362	-4%	1%
...OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.055.128.139	1.956.989.349	1.783.919.135	2.401.643.091	2.013.535.974	1.859.355.501	16,86%	2,89%	2.524.472.550	2.517.791.272	2.336.527.667	2.251.526.219	5%	16%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	44.912.500	17.850.800	9.716.500	48.192.090	40.873.340	24.752.540	7,30%	128,97%	85.782.000	85.740.000	71.369.172	39.310.644	78%	75%
INVERSION	-	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%	-	-	-	-	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.182.702.681	1.180.039.532	1.163.910.312	1.984.684.527	1.984.684.527	1.903.189.980	67,81%	68,19%	2.456.812.967	2.259.756.758	2.259.756.758	2.239.492.432	14%	14%
TOTAL GASTOS	24.284.721.488	22.914.424.984	21.925.10.988	29.652.977.101	27.716.555.861	26.909.746.036	22,11%	20,95%	33.845.858.065	32.600.675.787	30.423.217.531	29.936.692.921	10%	10%



051



SC5520-1



El Total ejecutado por Compromisos con respecto al presupuesto total aprobado es del 96%, al interior de los rubros de la vigencia se presenta mayor variación en los gastos de personal y en cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el mayor valor de las cuentas por pagar presupuestales de la vigencia 2017.

Se presenta también un aumento de la vigencia 2017 a 2018 del total de los gastos obligados, estando en gran representación en los gastos de personal por los gastos personales indirectos y en las cuentas por pagar (vigencias anteriores), por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores.

Los pagos totales en el presupuesto de gastos con respecto al periodo de 2017 a 2018 aumento en un 11%, esta situación se puede ver en mayor representación por el mayor valor pagado en el concepto de servicios personales indirectos seguido los otros rubros.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas – U.F. Zipaquirá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis \$ 2016-2015	inc o dis \$ 2017-2016
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	1.281.862.770	85%	1.370.296.504	58%	1.937.421.240	71%	88.433.734	567.124.736
OBLIGACIONES – PAGOS	222.210.947	15%	989.313.996	42%	805.809.825	29%	767.103.049	-183.504.171
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	1.504.073.717	100%	2.359.610.500	100%	2.743.231.065	100%	855.536.783	383.620.565

Se puede observar al constituir las cuentas por pagar presupuestales, de la vigencia 2017 se 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 fue menor por el mayor valor pagado a proveedores por la compra de bienes y servicios recibidos en la vigencia 2017.

Balance presupuestal Zipaquirá-gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	29.590.420.482	33.148.497.257	35.808.279.467
Gastos de funcionamiento comprometidos	3.397.656.764	18.880.241.573	27.112.349.961
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	19.704.362.043	8.788.051.001	3.228.569.068

Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	128	120	118
Ingresos por venta de salud recaudados	16.382.644.342	21.057.591.473	19.547.008.665
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	71	76	64
Ingreso reconocido total	36.619.774.814	42.053.054.838	42.339.817.952
Ingreso recaudado total	23.411.998.674	29.962.149.054	26.078.547.150
Gasto comprometido total	24.284.721.488	29.652.977.101	32.600.675.787
Relación reconocimiento total/ compromiso total	151	142	130
Relación recaudo total/ compromiso total	96	101	80
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	96	101	80

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos disminuye su cubrimiento para la vigencia 2018 comparado con el de la vigencia 2017 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$118 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos disminuye en la vigencia 2018, por el menor valor recaudado en esta vigencia.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si miramos con los totales tanto de reconocimientos como de recaudos en comparación con el total de compromisos podemos ver que la primera relación cubre \$130 pesos inferior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$80 pesos de cubrimiento



051



SC5520-1



Indicadores presupuestales

Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

Evolucion del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - UF Zipaquira

		Compromisos	Compromisos con Deflactor
		31/12/2018	31/12/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	30.340.919.029	28.799.925.740
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	6.474.116,00	5.906.356,40
Resultado (a/b)		4.686	4.876
Resultado Indicador			0,96
Estandar indicador			<0,90

Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo UF Zipaquira

		Compromisos
		31/12/2018
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	26.078.547.150
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	32.600.675.787
Resultado Indicador (a/b)		0,80
Estandar indicador		>1,00



Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-2.625.612.205
Superávit o déficit operacional no corriente	12.764.891.389
Superávit o déficit total	10.139.279.185
Sin Riesgo	0.37
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	9.739.142.165



051



SC5520-1



Consolidado

Presupuesto de ingresos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	42.190.820.564	42.190.820.564	39.724.825.215	39.724.825.215	-5,84%	-5,84%	47.907.886.818	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%
INGRESOS CORRIENTES	146.112.362.599	70.211.485.131	152.893.808.394	83.395.047.623	4,64%	18,78%	90.295.784.196	159.041.494.744	87.456.247.328	4,02%	4,87%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	137.832.519.445	61.931.641.977	147.637.901.586	78.139.140.815	7,11%	26,17%	81.331.901.000	150.825.390.578	79.240.143.162	2,16%	1,41%
.....REGIMEN SUBSIDIADO	96.888.624.408	43.610.421.891	101.802.471.348	57.034.339.297	5,07%	30,78%	59.717.045.000	95.905.420.423	59.038.841.287	-5,79%	3,51%
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	14.706.130.472	4.488.720.697	19.169.651.729	7.814.362.508	30,35%	74,09%	8.133.966.000	28.829.771.884	6.057.550.034	50,39%	-22,48%
.....PPNA	12.218.203.444	6.125.630.104	12.905.662.069	5.040.908.659	5,63%	-17,71%	5.195.961.000	9.859.499.619	5.100.285.799	-23,60%	1,18%
.....OTRAS ENTIDADES	14.019.561.121	7.706.869.285	13.760.116.440	8.249.530.351	-1,85%	7,04%	8.284.929.000	16.230.698.652	9.043.466.042	17,95%	9,62%
...OTROS INGRESOS	652.418.774	652.418.774	638.339.917	638.339.917	-2,16%	-2,16%	500.000.000	505.296.086	505.296.086	-20,84%	-20,84%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	7.627.424.380	7.627.424.380	4.617.566.891	4.617.566.891	-39,46%	-39,46%	8.463.883.196	7.710.808.080	7.710.808.080	66,99%	66,99%
INGRESOS DE CAPITAL	2.226.565.463	2.226.565.463	2.158.266.851	2.158.266.851	-3,07%	-3,07%	800.000.000	2.135.690.378	2.135.690.378	-1,05%	-1,05%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	30.267.498.312	30.267.498.312	53.403.972.103	53.403.972.103	76,44%	76,44%	66.006.355.977	55.088.702.404	55.088.702.404	3,15%	3,15%
TOTAL INGRESOS	220.797.246.938	144.896.369.470	248.180.872.563	178.682.111.792	12,40%	23,32%	205.010.026.991	264.173.774.344	192.588.526.928	6,44%	7,78%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	178.606.426.374	102.705.548.906	208.456.047.348	138.957.286.577	16,71%	35,30%	157.102.140.173	216.265.887.526	144.680.640.110	3,75%	4,12%



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Del presupuesto total aprobado se ha ejecutado por reconocimientos totales en un 129% y por recaudos totales en 94%. El total de reconocimientos aumento en la presente vigencia comparado con la vigencia anterior por el mayor valor en la disponibilidad inicial (resultado ejercicio cierre de la vigencia 2017 presenta un total de recursos con destinacion especifica comprometidos y no comprometidos por la suma de \$30.436 millones donde hay recursos para comprometer en proyecto remodelación y ampliación de la UCI, modernización sistema de ventilación mecánica y salas de cirugía y recursos de estampillas prohospitalares, recursos de aportes patronales (cuentas maestras) y por recursos propios del Hospital el valor de \$17.471 millones de pesos m/cte para funcionamiento), venta de servicios de salud y recuperación de cuentas por cobrar (otras vigencias).

El Presupuesto de Ingresos Aprobado de 2018 por valor de \$205.010 millones, se discrimina así: Bogota por valor de \$171.164 millones con una participación del 83% y la UF Zipaquirá por valor de \$33.845 con una participación del 17%.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Presupuesto de gastos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018				2018/ 2017	2018/ 2017
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	93.791.524.651	88.134.468.081	85.290.601.834	101.892.159.513	95.524.920.949	93.279.901.402	8,64%	8,39%	121.537.267.137	116.072.008.383	107.331.147.114	105.237.680.734	14%	12%
...GASTOS DE PERSONAL	76.712.831.873	74.125.721.535	72.391.851.045	83.850.653.000	81.307.262.665	80.433.974.031	9,30%	9,69%	98.881.625.755	96.302.534.643	91.730.814.429	91.313.633.669	15%	13%
....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	16.504.345.595	16.504.345.595	16.504.345.595	14.844.601.080	14.844.601.080	14.844.601.080	-10,06%	-10,06%	20.037.803.454	18.083.710.205	18.083.710.205	18.083.710.205	22%	22%
....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	60.208.486.278	57.621.375.940	55.887.505.450	69.006.051.920	66.462.661.585	65.589.372.951	14,61%	15,34%	78.843.822.301	78.218.824.438	73.647.104.224	73.229.923.464	13%	11%
....GASTOS GENERALES	16.671.207.741	13.601.261.509	12.491.265.752	17.385.474.380	13.561.626.151	12.189.895.238	4,28%	-0,29%	21.582.683.382	19.166.485.381	14.997.344.326	13.321.058.706	10%	11%
....ADQUISICION DE BIENES	2.584.460.327	2.533.811.208	2.159.385.372	2.872.845.362	2.589.141.645	2.147.038.353	11,16%	2,18%	3.350.040.382	2.944.380.007	2.639.532.801	2.191.334.826	2%	2%
....ADQUISICION DE SERVICIOS	14.086.747.414	11.067.450.301	10.331.880.380	14.512.629.018	10.972.484.506	10.042.856.885	3,02%	-0,86%	18.232.643.000	16.222.105.374	12.357.811.525	11.129.723.880	12%	13%
....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	263.827.225	263.827.225	263.827.225	266.834.306	266.834.306	266.834.306	1,14%	1,14%	345.000.000	284.539.998	284.539.998	284.539.998	7%	7%
....TRANSFERENCIAS CORRIENTES	143.657.812	143.657.812	143.657.812	389.197.827	389.197.827	389.197.827	170,92%	170,92%	727.958.000	318.448.361	318.448.361	318.448.361	-18%	-18%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	30.544.417.323	27.361.628.925	21.870.152.935	32.288.942.194	26.703.839.672	22.679.289.390	5,71%	-2,40%	31.909.590.281	31.444.182.689	27.492.559.622	23.334.040.371	-3%	3%
....COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	30.095.794.523	27.047.561.690	21.669.497.635	31.783.826.194	26.330.302.264	22.359.240.546	5,61%	-2,65%	31.133.265.281	30.672.913.921	26.812.875.748	22.774.530.735	-3%	2%
....MEDICAMENTOS	8.806.931.468	7.960.478.964	5.961.113.219	9.690.367.343	7.624.249.293	6.591.176.458	10,03%	-4,22%	8.085.782.000	7.684.478.797	6.875.749.016	5.438.679.859	-21%	-10%
....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	21.288.863.055	19.087.082.726	15.708.384.416	22.093.458.851	18.706.052.971	15.768.064.088	3,78%	-2,00%	23.047.483.281	22.988.435.124	19.937.126.732	17.335.850.876	4%	7%
....COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	448.622.800	314.067.235	200.655.300	505.116.000	373.537.408	320.048.844	12,59%	18,94%	776.325.000	771.268.768	679.683.874	559.509.636	53%	82%
INVERSION	2.602.593.774	1.470.264.849	1.067.687.381	795.107.502	260.855.812	260.855.812	-69,45%	-82,26%	30.696.924.838	5.377.958.406	1.474.975.281	792.352.480	576%	465%
CUENTAS POR PAGAR (vigencias anteriores)	10.308.090.544	10.277.929.712	10.042.199.748	15.917.478.190	14.828.202.983	14.345.206.397	54,42%	44,27%	19.366.244.735	17.052.472.176	17.033.503.855	16.965.922.686	7%	15%
DISPONIBILIDAD FINAL									1.500.000.000					
TOTAL GASTOS	137.246.626.292	127.244.291.567	118.270.641.898	150.893.687.399	137.317.819.416	130.565.253.001	9,94%	7,92%	205.010.026.991	169.946.621.654	153.332.185.872	146.329.996.271	13%	12%

El total de compromisos con respecto al presupuesto total aprobado se ejecuto en un 83% teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede bogota y la uf zipaquirá, se presenta una variación mayor en servicios personales indirectos por el valor dado en registros presupuestales a este corte siendo mayor que al año anterior, y el aumento en el valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores). Los compromisos totales han tenido un aumento del 13% para el 2018, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos cubren hasta mediados de enero 10 los contratos de productividad medica y en otros rubros los de medicamentos, medico quirúrgico, entre otros hasta mediados de febrero. El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2018 por valor de \$169.946 millones, se discrimina así: Bogota por valor de \$137.345 millones con una participación del 81% y U.F. Zipaquirá por valor de \$32.600 millones con una participación del 19%.

Se presenta un aumento de la vigencia 2017 a 2018 del 12% del total de los gastos obligados, estando en gran representación los gastos de funcionamiento por los servicios personales indirectos, dado por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores, presentando mayor valor para esta vigencia 2018 y el aumento del valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) en la vigencia 2018



Cuentas por pagar presupuestales constituidas – consolidado

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	12.260.747.294	91%	10.218.913.569	53%	13.575.867.983	67%	-17%	33%
OBLIGACIONES - PAGOS	1.193.130.623	9%	8.973.649.669	47%	6.752.566.415	33%	652%	-25%
TOTAL	13.453.877.917	100%	19.192.563.238	100%	20.328.434.398	100%	43%	6%
CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	12.260.747.294	91%	10.218.913.569	53%	13.575.867.983	67%	-17%	33%
OBLIGACIONES – PAGOS	1.193.130.623	9%	8.973.649.669	47%	6.752.566.415	33%	652%	-25%
TOTAL	13.453.877.917	100%	19.192.563.238	100%	20.328.434.398	100%	43%	6%

Se observa en el anterior comparativo para la vigencia 2017 fueron mayores los saldos de contratos por ejecutar (compromisos-obligaciones) mayor que el 2016. En lo aplicado a las cuentas por pagar (obligaciones-pagos) disminuyen, quedando un menor valor por pagar comparado con el de la vigencia anterior; donde no se logró pagar el 100% de las cuentas causadas por tramites de actas de liquidación, certificación, otros.

Balance presupuestal consolidado -gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	137.832.519.445	147.637.901.586	150.825.390.578
Gastos de funcionamiento comprometidos	54.136.174.470	71.665.401.646	114.202.153.383
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	70.199.767.504	61.937.100.061	31.444.182.689
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	111	111	104
Ingresos por venta de salud recaudados	61.931.641.977	78.139.140.815	79.240.143.162

Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	50	58	54
Ingreso reconocido total	220.797.246.938	248.180.872.563	264.173.774.344
Ingreso recaudado total	144.896.369.470	178.682.111.792	192.588.526.928
Gasto comprometido total	137.246.626.292	150.893.687.399	169.946.621.654
Relación reconocimiento total/ compromiso total	161	164	155
Relación recaudo total/ compromiso total	106	118	113
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	75	92	85

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos disminuyen en la vigencia 2018 por el aumento en los gastos comprometidos en funcionamiento y operación y prestación de servicios, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos están hasta mediados de enero los servicios médicos y servicios tercerizado. Donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$104 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos se disminuye su participación llegando a \$54 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 \$155 pesos siendo menor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$113 pesos.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado

		Compromisos	Compromisos con Deflactor
		31/12/2018	31/12/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	145.646.336.072	139.066.844.027
(/) Numero de UVR producidas en la vigencia	b	19.432.731,00	18.550.771,80

Resultado (a/b) 7.495 7.497

Resultado Indicador 1,00

Estandar indicador <0,90

Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado

		Compromisos
		31/12/2018
Ejecucion de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	192.588.526.928
Ejecucion de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	169.946.621.654
Resultado Indicador (a/b)		1,13
Estandar indicador		>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-37.729.453.449
Superávit o déficit operacional no corriente	74.394.630.080
Superávit o déficit total	36.665.176.632
Sin Riesgo	0.34
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	94.227.152.690

Indicadores de financiera y administrativa



INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
ESTÁNDAR: Mayor o igual que 0,00
RESULTADO: Sin Riesgo
CALIFICACIÓN: 5

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTA	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Riesgo fiscal y financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	0.33	0.37	0.34
	RESULTADO INDICADOR	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo

Actividades y estrategias ejecutadas

Como podemos observar en el resultado del indicador para la Sede Bogotá y la unidad funcional de Zipaquirá y la información consolidada de las dos sedes, se presentan SIN riesgo fiscal y financiero, todo esto unido que se ha venido trabajando para mejorar los ingresos donde se ha fortalecido con la gestión de cobro en el área de cartera por el Hospital llegando a procesos de cobro por vía judicial, aunque la productividad del hospital se logró incremento en su venta de servicios de salud de la vigencia por reconocimientos solo en un 2.16%. En efecto a estos esfuerzos el recaudo de la vigencia actual y el de la facturación de vigencias anteriores se mantienen comparados con el de la vigencia anterior.

También hay que tener en cuenta a pesar que el hospital busca la reducción de gastos pero hay unos que van de acuerdo a la productividad y teniendo en cuenta que de un año a otro aumenta el Gasto por el incremento en el IPC en los gastos de funcionamiento y operación comercial. La información de la contratación se registra en el presupuesto por compromisos, de acuerdo a los contratos legalizados en la Oficina de Presupuesto y algunos cubren gastos hasta mediados de 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 Bogotá y la UF Zipa.

*La gestión realizada en la radicación de la facturación que genera recuperación de cartera con gestiones como: demandas, circularización y conciliación de saldos con los clientes y las gestiones de acuerdo a la normatividad vigente.

Dificultades



Aunque la facturación aumenta y el valor de recaudo se mantiene, pero no dejando de existir las dificultades en el flujo de recursos por el actual sistema de salud, siendo en gran porcentaje la facturación de nuestros servicios en las EPs del Régimen Subsidiado, seguido el mercado contributivo y la PPNA (Secretaría de Salud de Cundinamarca SSC y otras secretarías), de un total de ventas por reconocimientos por \$150.825 millones y un recaudo de \$79.240 millones llegando a un 53% de recaudo.

Este indicador influye los gastos son por los valores contratados (comprometidos) y los no realmente facturados o causados, también por requisitos de habilitación se presentan gastos o como el cumplimiento a la norma en el mantenimiento hospitalario, entre otros.

También influye que los ingresos recaudados por el Hospital en gran parte las EPS pagan servicios de la vigencia en promedio a 180 días.

Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-37.729.453.449
Superávit o déficit operacional no corriente	74.394.630.080
Superávit o déficit total	36.665.176.632
Sin Riesgo	0.34
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	94.227.152.690

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

ESTÁNDAR: <0.90

RESULTADO: 1.00

CALIFICACIÓN: 1

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
-----------	-------------------	--------	-----------	-------

Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	1.02	0.96	1.00
--	--	------	------	-------------

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

El Hospital aumento el valor de los ingresos facturados para la sede UF Zipaquirá, para Bogotá se mantienen y así mismo el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para Bogotá y la UF Zipaquirá, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud.

Los ingresos suben para la UF Zipaquirá, y los gastos aumentan teniendo en cuenta que van hasta mediados de enero.

LOGROS

Al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2017 con la de 2018 en pesos constantes, aumentan en un 5%, cuyo resultado global es la suma de los Gastos de funcionamiento más los gastos de operación comercial y prestación de servicios dividido por el número de UVR en el 2017 de 7.495 y en el 2018 un número de 7.497.

Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 1.02 cuyo resultado en el año anterior es de 8.721 pesos por UVR en el 2017, a 8.898 pesos esto dado principalmente por el mayor valor registrado en gastos a la vigencia 2018 y con un mayor valor en UVR Producidas, donde son relativamente proporcional los gastos con el número de UVR producidas de una vigencia a otra, en el 2017 fue de 12.644.415 y en el 2018 de 12.958.615.
- Sede U.F. Zipaquirá se tiene un gasto por UVR de 0.96 comparado con el año anterior al pasar de 4.876 pesos por UVR en el 2017, a 4.686 pesos esto dado principalmente por el mayor valor registrado en gastos de la vigencia 2018, aunque se aumenta las UVR producidas su aumento va con relación con el gasto, en UVR Producidas en el 2017 fue de 5.906.356 y en el 2018 de 6.474.116.

Hay que resaltar que en la sede Bogotá se tiene centralizado gran parte de los procesos administrativos, financieros y de apoyo logístico y presupuestalmente se cargan en el gasto de la Sede Principal Bogotá logrando así se presente un menor gasto en la sede de Zipaquirá, gastos que se evidencian en los gastos totales del hospital consolidado.

DIFICULTADES

Los gastos de funcionamiento y operación comercial se dio un aumento en Bogota y la Uf Zipaquirá, debido a:

Que los gastos que se reflejan son los contratados para toda la vigencia y los no realmente facturados o causados, pero a pesar de todo se generó más gastos comprometidos ya que muchos contratos quedan para garantizar gastos a mediados de enero, y las UVR producidas son solo del año 2018.

Otro aspecto es la baja oferta de profesional especializado, médicos generales y personal de enfermería que por leyes del mercado condicionan una mayor exigencia remunerativa por parte de estos, a los cuales el hospital tiene que nivelarse para no quedarse sin el recurso humano y en la búsqueda de nuevo mercadeo en servicios que el hospital ha ido implementando y en fortalecer los servicios creados actuales, situación que implica aumentos en el costo superiores a lo contratado en varias especialidades.

Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

Evolucion del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado

		Compromisos	Compromisos con Deflactor
		31/12/2018	31/12/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	145.646.336.072	139.066.844.027
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	19.432.731,00	18.550.771,80
Resultado (a/b)		7.495	7.497
Resultado Indicador			1,00
Estandar indicador			<0,90

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
ESTÁNDAR: >1.00
RESULTADO: 1.13
CALIFICACIÓN: 5

Actividades y estrategias ejecutadas



Teniendo en cuenta la recuperación de cartera de servicios de la vigencia actual y de vigencias anteriores donde el Hospital ha realizado con la circularización mensual de la cartera, el cobro directo a través de derechos de petición y la solicitud de intervención de entidades de control como la Supersalud y Contraloría. Igualmente se adelantan los procesos de cobro jurídico y conciliaciones prejudiciales y fallos judiciales ordenando el pago al hospital, siendo favorable para obtener más ingresos efectivos en el 2018.

Se logra aumentar la productividad del Hospital en la venta de servicios de salud y el recaudo de la vigencia y la recuperación de cartera de vigencias anteriores aumentan, también el saldo de disponibilidad en tesorería a cierre a Diciembre 31 de 2017.

Logros

En los ingresos totales recaudados en la vigencia 2018. Al mirar este comportamiento por sede vemos que sin tener en cuenta el valor del saldo de caja y bancos a Diciembre 31 de 2017, aumenta el recaudo comparado con el de la vigencia anterior para la sede Bogotá y UF Zipaquirá, pero el componente comparado el total de recaudos de la vigencia 2017 y 2018 aumentan por el mayor valor que quedo en la disponibilidad inicial al cierre de la vigencia 2017 y un recaudo mayor en ingresos por transferencias. También a la gran labor de gestión de cartera en el año 2017 aumento la disponibilidad, teniendo una disponibilidad inicial para enero 1 de 2018 aumentando en \$8.183 millones. También los ingresos tanto por venta de servicios de salud de la vigencia y vigencias anteriores en el 2017 fueron de \$131.543 millones y en el 2018 \$134.328, aumentando en \$2.785 millones.

Otro aspecto es que las cuentas por pagar causadas a Diciembre de 2017 con proveedores disminuyen comparadas con la vigencia 2016, por el aumento de la disponibilidad en las cuentas bancarias y con estos mismos se ha logrado rendimientos financieros para así apalancar gastos.

Dificultades

Los contratos están suscritos hasta mediados de enero y el total de recaudo hasta el mes de Diciembre de 2018, algunos gastos comprometidos en la vigencia 2017 quedaron para garantizar gastos en la siguiente vigencia 2018 quedando como cuentas por pagar presupuestales. Proceso que hace que los compromisos se deben registrar presupuestalmente o toda la nueva contratación arrancara a partir del 1 de enero siendo imposible porque todo tiene efecto de convocatorias, invitaciones públicas, etc.

Al observar este comparativo los gastos de solo la vigencia siempre son superiores a los ingresos recaudados de solo la vigencia, porque la recuperación de cartera de servicios de solo la vigencia llega a un 52% todo el año, apalancándose con ingresos recaudados por recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Por lo anterior el flujo de recursos del sistema de salud, conocido por todos las EPS no están pagando de manera oportuna los servicios prestados y la rotación de cartera por venta de servicios de salud sigue creciendo, llegando a un promedio de 180 días.

Anexo. Cuadro resumen Indicador:



Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado

		Compromisos
		31/12/2018
<i>Ejecucion de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)</i>	a	192.588.526.928
<i>Ejecucion de gastos compromisos (Incluye CxP)</i>	b	169.946.621.654
Resultado Indicador (a/b)		1,13
Estandar indicador		>1,00

3.3.10.2 Contabilidad

Balance Contable

Estado de Situación Financiera Comparativo
Cuarto Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

El Estado de Situación Financiera se elabora en forma mensual en la Entidad, y se presenta a los Entes de Control y vigilancia de forma trimestral, en este Estado se presenta la información de todas las actividades financieras, económicas de la Entidad.

Los Estados Financieros se presentan según lo establecido en la Resolución 414 y el Instructivo 002 de Diciembre de 2014 - Marco Normativo de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). A continuación se describe la situación presentada a Diciembre de los eriodo comparativos 2016 a 2018.

CONCEPTO / VIGENCIA	dic-16	dic-17	dic-18	Hnc o dHs \$ (17-18)	inc o dis % (17-18)
ACTIVO	253.053.200	251.994.579	248.707.978	(3.785.323)	(1,50)
Activo Corriente	139.081.514	134.800.290	142.890.538	1.924.495	1,43
Efectivo Y Equivalente al Efectivo	40.128.405	48.403.316	46.811.489	(1.591.827)	(3,29)
Cuentas Por Cobrar	93.306.950	81.490.639	92.099.215	4.442.823	5,45
Inventarios	5.646.159	4.906.335	3.979.834	(926.501)	(18,88)
Activo No corriente	113.971.686	117.194.289	105.817.440	(5.709.818)	(4,87)
Inversiones E Instrumentos Derivados	267.897	173.755	178.511	4.756	2,74
Inversiones Clinica	267.897	173.755	178.511	4.756	2,74
Cuentas Por Cobrar	55.050.502	59.441.737	50.617.145	(9.831.601)	(16,54)
Difícil Cobro	58.056.242	46.267.531	17.074.851	(29.192.680)	(63,10)
Deterioro cartera (-)	(67.372.520)	(76.345.256)	(69.564.275)	5.773.972	(7,56)
Propiedad, planta, equipo y Prop. De Inversion	57.890.070	56.874.877	54.724.248	(2.150.629)	(3,78)
Otros activos	763.217	703.920	6.971.576	6.267.656	890,39
PASIVO	25.470.476	18.890.277	14.838.166	(4.052.111)	(21,45)
Pasivo Corriente	23.876.202	15.833.566	14.838.166	(995.400)	(6,29)
Pasivo NO Corriente	1.594.274	3.056.711	-	(3.056.711)	(100,00)
PATRIMONIO	227.582.725	233.104.302	233.869.812	266.788	0,11
Capital Fiscal	220.596.677	229.360.068	233.104.301	3.744.233	1,63
Resultado del ejercicio	6.986.048	3.744.234	765.511	(3.477.445)	(92,87)
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	253.053.201	251.994.579	248.707.978	(3.785.323)	(1,50)

El Activo: Presenta una disminución del 1.5% al pasar de \$251 mil millones de pesos, a \$248 mil millones de pesos de Diciembre de 2017 a Diciembre de 2018, dado por la disminución del efectivo y equivalente al efectivo por la gestión de pagos realizada al final del periodo.

La cuenta más representativa del Activo se concentra en la Cartera con un porcentaje de participación del 57%, de los cuales la cartera corriente representa un 65% y la cartera No corriente representa un 35%. De la Cartera se tiene contabilizado por concepto de deterioro en Norma Internacional \$69.564 millones de pesos de las cuentas catalogadas de difícil recaudo y cuentas a más de 360 días, en los porcentajes indicados por área de cartera. Las deudas de difícil recaudo bajan considerablemente al pasar de \$46.267 millones de pesos a \$17.074 millones de pesos en \$29.192 millones de pesos que equivalen a un 63%, dado por el castigo realizado a la cartera de entidades liquidadas soportadas por el área de cartera al Comité de Sostenibilidad Contable y a la Revisoría Fiscal.

El Efectivo y Equivalente al efectivo disminuyó a corte a Diciembre de 2018 en un 3% con relación a la vigencia anterior, al pasar de \$48.403 millones en el 2017 a \$46.811 mil millones en 2018, por la gestión de pagos realizada al final del periodo. Existe Efectivo de uso restringido destinado para proyectos del Hospital por valor de \$ 26 mil millones de pesos comprendidos por la estampilla Departamental \$19.194 millones, Recursos propios destinados para proyecto de ampliación remodelación y dotación unidad de cuidados intensivos para adultos por un total de \$3.837 millones, Cuenta maestra recaudadora y pagadora cuyo saldo a 31 de diciembre de 2018 es \$3.259 millones,

y Convenio Interadministrativo de desempeño No. 651 de 2018 por un total de \$444 millones de apalancamiento financiero.

Los inventarios de Materiales fluctúan de acuerdo a la facturación requerida y a la gestión permanente que se hace al stock de inventarios utilizados para la atención oportuna de los servicios asistenciales, éstos pasan de \$4.906 millones a \$3.979 millones.

Las inversiones en la Clínica el Country aumentaron de un periodo a otro en un 2.74% valor que corresponde a los intereses causados en el periodo.

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta una disminución del 3.78% equivalente a \$2.150 millones de pesos representados principalmente a la depreciación causada en el periodo, sin embargo al analizar por cuentas se presenta incremento en las Edificaciones por las adecuaciones realizadas al acceso principal de la recepción y servicios como Neurocirugía, UCI adultos; Urgencias y Facturación. Se incrementan de igual forma la cuenta de Equipos de Cómputo por las compras realizadas de UPS y la Red inalámbrica WLAN.

Con respecto al Pasivo total: Se evidencia en el presente ejercicio, una disminución del 21.4% representada en \$4.052 millones de pesos, al pasar de \$18.890 millones de pesos a \$14.838 millones de pesos. Esto dado por la buena gestión de pagos realizada al cierre del periodo.

Del Pasivo total la cuenta más representativa se concentra en las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios con una participación del 44% representada en \$6.457 millones de pesos. Los pagos se realizan según los términos contractuales, dentro de los 90 días siguientes a su radicación.

El Patrimonio se mantiene con un incremento del 0.11% al pasar de \$233.104 millones de pesos, a \$233.869 millones de pesos, con un incremento cercano a los \$766 millones de pesos. Correspondientes a las utilidades del ejercicio.

Estado de Resultados CONSOLIDADO Comparativo Tercer Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

El Estado de Resultados representa las operaciones ordinarias y extraordinarias con el fin de calcular el resultado o déficit operacional del ejercicio.

CUENTAS	dic-16	dic-17	dic-18	inc o dis \$ (17-18)	inc o dis % (17-18)
INGRESOS PRESTACION DE SERVICIOS	147.146.433	149.401.499	150.754.403	1.352.904	0,91
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	121.882.095	125.570.668	136.226.545	10.655.877	8,49
UTILIDAD BRUTA	25.264.338	23.830.831	14.527.858	(9.302.973)	-39,04
GASTOS DE ADMON Y OPERACIÓN	25.989.422	19.916.804	24.322.080	4.405.276	22,12
DE ADMINISTRACIÓN	7.738.751	9.643.160	10.506.252	863.092	8,95
Sueldos y salarios	2.817.879	1.770.272	1.875.957	105.685	5,97
Contribuciones efectivas	432.356	450.695	504.113	53.418	11,85
Aportes sobre la nómina	91.742	2.858.118	3.984.655	1.126.537	39,42
Gastos generales	4.229.514	4.326.455	3.858.880	(467.575)	-10,81
Impuestos, contribuciones y tasas	167.260	237.620	282.647	45.027	18,95
DETERIORO, DEPRECIACIONES Y AMORT.	18.250.671	10.273.644	13.815.828	3.542.184	34,48
Deterioro	17.595.458	9.338.209	12.766.857	3.428.648	36,72
Depreciación	655.213	935.435	1.048.971	113.536	12,14
UTILIDAD O DÉFICIT OPERACIONAL	(725.084)	3.914.027	(9.794.222)	(13.708.249)	-350,23
Subvenciones ***	7.627.424	4.689.393	7.924.629	3.235.236	68,99
OTROS INGRESOS	9.425.351	5.724.224	11.250.233	5.526.009	96,54
Financieros	3.193.195	3.130.928	2.800.892	(330.036)	-10,54
Ingresos Diversos	243.649	1.195.006	5.918.081	4.723.075	395,23
Ingresos Diversos - Margen Contratos Ss.	1.463.235	3.938	-	(3.938)	-100,00
Ingresos Diversos - Rev. Deterioro	553.101	321.273	2.531.260	2.209.987	687,88
Ingresos de ejercicios anteriores	3.972.171	1.073.079	-	(1.073.079)	-100,00
OTROS GASTOS	9.341.643	10.583.410	8.615.129	(1.968.281)	-18,60
Financieros	111.237	5.167	615.658	610.491	11815,19
Gtos Financieros (Inc. Glosas. Vig)	1.062.257	919.120	-	(919.120)	-100,00
Gtos - Diversos - Margen en la contratación Ss.	1.500.981	4.092.788	468.294	(3.624.494)	-88,56
Perdida en baja Ctas Act, No Financieros	15.896	567.237	321.400	(245.837)	-43,34
Gtos Financieros (Inc. Glosas. V.A)	6.651.272	4.999.098	7.209.777	2.210.679	44,22
EXCEDENTE Ó DÉFICIT DEL EJERCICIO	6.986.048	3.744.234	765.511	(2.978.723)	-79,55

Los ingresos operacionales de Diciembre de 2017 a Diciembre 2018 aumentaron en \$1.352 millones, lo que equivale a un aumento del 0.9%, dado por la baja de tarifas realizada a la entidad Convida y a la falta de cierre de cuenta de ventas por estancia hospitalaria de los ingresos abiertos.

Los Costos de Diciembre de 2017 a Diciembre 2018 aumentaron en \$10.656 millones, lo que equivale a un aumento del 8.4%, 7 puntos porcentuales por encima de las ventas, esto dado principalmente por el incremento de los insumos en la contratación al inicio de año, el incremento del IVA que para la vigencia paso del 16% al 19%, reajuste salarial del 6,75% en personal de planta que incide en la mano de obra, además de contratación de personal para el fortalecimiento de la institución en cuanto a personal, infraestructura y mantenimientos (acreditación, plan rector, diseño proyecto UCI).

Las transferencias y subvenciones aumentaron de un periodo a otro al pasar de \$4.689 millones a \$7.924 millones, lo que equivale a un 69% con respecto al año anterior, esto debido a los recursos recibidos por conceptos de estampillas, convenio de apalancamiento financiero que asciende a \$1.950 millones y a donaciones realizadas por terceros que para la vigencia ascienden a \$213 millones de pesos.

Los Otros ingresos aumentaron en \$5.526 millones que equivalen a un 97%, incluyen principalmente la refacturación realizada en el periodo con los otros ingresos de recuperaciones que ascienden a \$4.723 millones, y la recuperación de deterioro que asciende a \$2.209 millones.

Los Gastos Operacionales aumentan principalmente por el incremento en la mano de obra por el reajuste salarial del 6,75% realizado al inicio de periodo, además del fortalecimiento de contratación al personal para acreditación, además de los gtos de infraestructura y mantenimientos (plan rector, diseño proyecto UCI, parqueadero), incremento en la póliza multi-riesgos, y gtos realizados para la defensa judicial caso FINSEMA. Dentro de los Gastos Operacionales se contempla el deterioro y las provisiones que para el cierre del periodo se incrementan en \$3.542 millones que equivalen a un 35%, al pasar de \$10.273 millones a \$13.815 millones, dado en parte al el incremento en la Cartera que incide directamente en el cálculo del deterioro.

Los Otros Gastos disminuyeron a Diciembre de 2018 en \$1.968 millones de pesos equivalente a un 18%, principalmente por el reajuste realizado a los costos de los contratos de cápita revisados en el periodo, valor que compensa con el incremento de la glosa de la vigencia por un valor de \$2.210 millones de pesos que equivale a un 44%. Motivos por los cuales cerramos con un resultado del ejercicio de \$765 millones de pesos.

Indicadores financieros



Recursos con que cuenta el HUS para desarrollar su objeto social.

En la actualidad el HUS cuenta con \$9.63 de respaldo por cada peso adeudado

A la fecha por cada \$1 en el activo el HUS adeuda 0.06 centavos

1. LIQUIDEZ	dic-16	dic-17	dic-18
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	115.205.312	118.966.724	128.052.372
1.2 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	44.471.019	76.552.294	64.790.907
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	5,83	8,51	9,63
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	5,56	8,19	9,34
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	2,86	5,83	5,37
2. ENDEUDAMIENTO	dic-16	dic-17	dic-18
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,10	0,07	0,06
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,11	0,08	0,06
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	9,94	13,34	16,76
3. RENTABILIDAD	dic-16	dic-17	dic-18
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	0,05	0,03	0,01
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	0,03	0,01	0,00
3.2 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	0,03	0,02	0,00
4. ACTIVIDAD	dic-16	dic-17	dic-18
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/dias)	408.740	415.004	418.762
4.2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	1,09	1,14	0,91
4.3 ROTACION DE CARTERA DIAS	331	316	395
4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	1,06	1,11	1,06
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,58	0,59	0,61
4.6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	20	24	32
4.7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Dias (Inv*360/Costo de Vtas)	18	15	11
5. EBITDA	dic-16	dic-17	dic-18
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	17.525.587	14.187.671	4.021.606
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	12%	9%	3%
EBITDA MENSUAL	1.460.466	1.182.306	335.134

Capital de Trabajo: Indica la diferencia existente entre el Activo Corriente y Pasivo Corriente, y representa el valor del que se dispone después de cancelar las obligaciones que se tengan a corto plazo. El HUS en el cierre de periodo cuenta con \$128.052 millones de pesos, para realizar las actividades normales e invertir.

Capital de Trabajo Activo Cte-Pasivo Cte- cartera Cte: Con este indicador queremos mostrar los efectos que tiene la difícil realización de la Cartera en el sector Salud. Al no incluir la Cartera en este cálculo, es notorio el cambio del Capital de Trabajo, solo tendríamos en la fecha de análisis \$64.790 millones de pesos para enfrentar las actividades normales.

Razón corriente: es un indicador que nos muestra el valor que tenemos por cada peso que se adeuda, para lo cual debemos realizar los inventarios. En el HUS este rubro muestra valores superiores a \$1, lo que quiere decir que hay disponibilidad suficiente para responder por las obligaciones a corto plazo, solo teniendo en cuenta el activo corriente,

que comprende el efectivo, las inversiones, la cartera y el inventario. Para el periodo \$9.63 por cada peso que se adeuda.

Corriente disponible: Activo Cte-Inventarios /Pasivo corriente. Con este indicador queremos demostrar que, sin tener en cuenta la realización del inventario qué tanto tenemos en disposición para enfrentar las obligaciones a corto plazo. En el HUS en el periodo de análisis y comparando con dos años anteriores, vemos que poseemos \$9.34 por cada pesos que adeudamos, lo cual se considera aceptable en nuestra posición financiera.

Corriente disponible: Activo Cte-Cartera/Pasivo corriente. En este indicador excluimos la cartera, para sopesar la situación de la entidad, en caso de que no podamos realizar la cartera. Estamos en promedio de \$5.37 por cada peso que se adeuda, lo que nos indica que de una manera apretada podríamos enfrentar nuestras obligaciones más próximas.

Endeudamiento total: Pasivo total/Activo total. Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador muestra en el último año 0.06, lo que indica que tenemos la tendencia a cumplir con nuestras obligaciones y que cada vez nos endeudamos menos.

Endeudamiento patrimonial: Pasivo total/patrimonio total. Leverage o Apalancamiento, compara el financiamiento originado de terceros con los recursos de los accionistas. En el indicador anterior, se muestra la disminución de los pasivos lo que a su vez impacta en las disminuciones anuales de financiamiento de terceros. En el presente indicador, el Hus tiene un resultado de 0.06, 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 16.76 en el 2018, lo que indica que vamos con tendencia a la estabilidad año tras año en solidez, teniendo en cuenta que se deben realizar todos los activos para el pago total de los pasivos de la entidad.

Margen rentable en ventas: Utilidad/Ventas Indicador de rentabilidad, que nos muestra el porcentaje de la utilidad con respecto al total de ventas o facturación por servicios. En el último año el HUS ha tenido una caída en este margen lo que ha generado también incremento en los costos generales y distribuciones entre las 2 sedes (Bogotá, Zipaquirá). Para el presente periodo \$0.01

Margen rentable en activo: Utilidad/Activo total. Con este margen de rentabilidad, comparamos la evolución que los activos tienen con respecto a la utilidad de cada ejercicio. Notamos que la rentabilidad baja cuando hay poca utilidad, este % va mejorando con el transcurso de los meses, actualmente el HUS renta 0.0031 de la inversión en el Patrimonio.

Margen rentable en el patrimonio: Utilidad / patrimonio total Al igual que los indicadores anteriores de rentabilidad, el del patrimonio muestra la misma tendencia, las utilidades del 2017 y 2018 disminuyeron, disminuyendo así mismo la rentabilidad Patrimonial. A la fecha de análisis \$0.0033

Ventas promedio diarias: Ventas / días - De un periodo a otro las ventas diarias han mejorado al pasar de \$415.004 en Diciembre de 2017 a \$418.762 en Diciembre de 2018, par un incremento del 0.9% que equivale a 3 millones de pesos, en parte por el incremento en la facturación.

Rotación de cartera en días. Este indicador muestra los días que se toman las entidades en cancelar sus obligaciones de cartera. Notamos que con corte a junio de las dos ultimas vigencias el comportamiento levemente ha subido al pasar de 316 a 395 días para recuperar la cartera.

Rotación activo Corriente. Ventas/activo corriente. Siendo la Cartera el rubro más significativo del activo corriente, y éste va en incremento cada año, este indicador de Rotación del Activo Corriente, igual que los anteriores indicadores de rotación ha tenido una leve disminución de 1.11 a 1.06.

Rotación activo total. Ventas/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 se han sostenido de 0.59 a 0.61

Rotación de inventarios. Costos ventas/inventario. La rotación de Inventarios es el indicador que nos permite saber el número de veces en que el inventario es realizado en un periodo determinado. Permite identificar cuantas veces el inventario se convierte en dinero o en cuentas por cobrar, nos ayuda a determinar un plan de compras y proyectar las ventas futuras. La rotación de inventarios de un periodo ha tenido un incremento de 24 a 32 veces.

Ebitda es un indicador financiero, acrónimo que significa (beneficio antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), es decir, el beneficio bruto de explotación calculado antes de la deducibilidad de los gastos financieros. Sin tener en cuenta estos rubros (intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), para los tres últimos años se presenta un resultado positivo, presentado un valor al cierre del periodo 2018 de \$4.021 millones de pesos.

Margen Ebitda : margen Ebitda/Ventas En términos porcentuales la participación de las ventas en los dos últimos periodos, presenta un % positivo para cada una de las vigencias analizadas, para la vigencia de diciembre de 2018 cierra con un 3%.

Ebitda mensual. Para nuestro análisis, podemos notar que la cifra de utilidad sin incluir intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones, nos muestra la utilidad que realmente se gestiona, y es en realidad la utilidad operativa del negocio. Al cierre de diciembre de 2018 el resultado es \$335 millones de pesos mensuales.

Proceso de convergencia normas internacionales de información financiera (NIIF)

Para la vigencia 2018 el proceso de Gestión Financiera, está a la espera de la actualización del sistema con los nuevos cambios que se han venido solicitando desde el año 2015, principalmente en temas de Cartera y Propiedad Planta y Equipo.

3.3.10.3 Estado de tesorería

Entre los años 2018 y 2017 el total del efectivo y equivalentes de efectivo de que dispone la TESORERIA del Hospital disminuyó \$1.591 millones equivalentes al 3%, lo anterior producto de los siguientes factores representativos:

-Las cuentas por pagar del Hospital a las fechas de corte del análisis disminuyeron 9% (\$664 millones), debido a que se han venido atendiendo pasivos que estaban acumulados.

- El recaudo de efectivo que ingresa por caja disminuyó respecto al año anterior un 31% (\$5 millones), esto producto de las devoluciones de dinero que se realizaron principalmente en los dos últimos meses del año 2018 a razón de que el hospital no tenía convenio con la EPS Convida.

-Adicionalmente el efectivo de uso restringido disminuyó en un 5% (\$1.500 millones) debido a que se realizaron pagos de la cuenta maestra correspondientes a aportes patronales a corte Diciembre de 2018, incluidas Cesantías Régimen Ley 50 y Cesantías Régimen retroactivo, se atendieron obligaciones que fueron cubiertas por los recursos del convenio interadministrativo de desempeño No. 651 de 2018 .

De otra parte se realizaron negociaciones de tasas especiales con los bancos para optimizar ingresos por rendimientos financieros. En este sentido se realizaron traslado de fondos de las cuentas corrientes a las de ahorro para obtener mayores ingresos por rendimientos financieros, es así, que las cuentas de ahorro presentan un incremento del 212% pasando de \$4.386 millones en 2017 a \$13.696 millones en 2018.

-A corte del año 2018 luego de atender las cuentas por pagar e impuestos que suman \$7.480 millones y de descontar el valor total del efectivo de uso restringido comprendido por la cuenta 1132 del Balance General así: estampilla \$19.194 millones, Recursos propios destinados para proyectos \$3.837 millones, cuentas maestras \$3.258 millones, Convenio Interadministrativo de desempeño "Apalancamiento Financiero" No. 651 de 2018 \$444 millones, queda una disposición total de recursos de \$12.596 millones.

ESTADO DE TESORERIA COMPARATIVO DE 2016 A 2018 SEGÚN CONTABILIDAD NIIF							
	2.018	2.017	2.016	Incr o dism (\$) 2018-2017	Incr o dism (%) 2018- 2017	Incr o dism (\$) 2017-2016	Incr o dism (%) 2017- 2016
CAJA GENERAL	12.566.864	18.129.655	10.550.197	- 5.562.790	-31%	7.579.458	72%
CUENTAS CORRIENTES	6.368.098.423	15.886.451.430	9.183.067.398	- 9.518.353.006	-149%	6.703.384.032	73%
CUENTAS DE AHORROS	13.696.503.308	4.386.304.270	19.424.082.654	9.310.199.038	212%	-15.037.778.384	-77%
TOTAL EFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	26.734.320.068	28.112.430.717	11.499.714.865	- 1.378.110.649	-5%	16.612.715.851	144%
TOTAL EFECTIVO Y EQUI AL EFECT	46.811.488.664	48.403.316.071	40.117.415.115	- 1.591.827.407	-3%	8.285.900.956	21%
(-) Menos Cuentas Por Pagar	6.972.341.730	7.636.162.989	16.196.808.375	- 663.821.259	-9%	-8.560.645.386	-53%

(-) Menos Cuentas por Pagar Impuestos	508.257.625	495.311.117	357.882.605	12.946.508	3%	137.428.512	38%
(-) Menos Efectivo de uso restringido	26.734.320.068	28.112.430.717	11.499.714.865	- 1.378.110.649	-5%	16.612.715.851	144%
TOTAL RECURSOS DISP:	12.596.569.241	12.159.411.248	12.063.009.269	437.157.993	4%	96.401.979	1%

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo Información Financiera NIIF años 2016-2017-2018

A continuación se relaciona detalladamente el total del recaudo en bancos mes a mes comparado frente a 2017 el cual presenta un incremento de \$3.400 millones equivalentes al 3%.

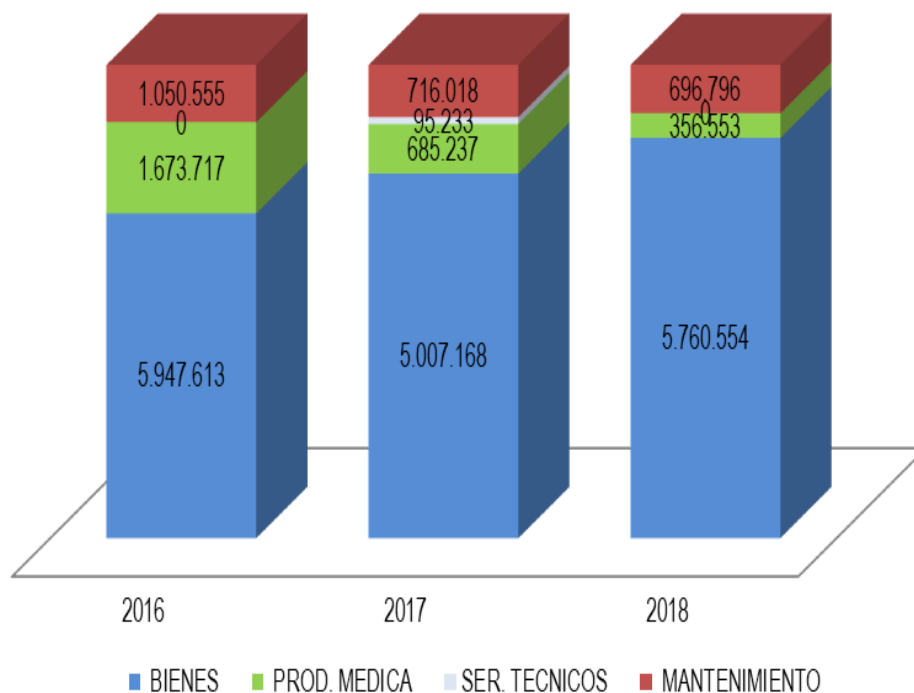
RECAUDO MENSUAL			
	2018	2017	Incremento o Disminución
Enero	4.587.985.517	4.317.241.958	270.743.558
Febrero	8.836.858.704	4.665.542.861	4.171.315.843
Marzo	15.044.506.628	19.050.806.957	- 4.006.300.329
Abril	20.744.826.345	10.540.068.537	10.204.757.808
Mayo	6.073.785.078	9.530.402.313	- 3.456.617.235
Junio	6.882.743.646	18.963.713.128	-12.080.969.482
Julio	10.351.177.392	6.673.849.988	3.677.327.404
Agosto	11.801.322.343	8.925.739.940	2.875.582.403
Septiembre	13.832.833.708	12.693.882.346	1.138.951.362
octubre	14.963.929.924	13.766.481.880	1.197.448.044
Noviembre	10.332.142.710	8.212.497.756	2.119.644.955
Diciembre	14.473.823.072	17.126.251.171	- 2.652.428.099
Total General	137.925.935.068,40	134.466.478.834,40	3.459.456.234

3.3.10.4 Cuentas por pagar

	2016	2017	2018
BIENES	5.947.613	5.007.168	5.760.554
PROD. MEDICA	1.673.717	685.237	356.553
SER. TECNICOS	0	95.233	0
MANTENIMIENTO	1.050.555	716.018	696.796
TOTAL	8.671.885	6.503.657	6.813.903

Fuente: Dinámica Gerencial DGH, módulo cuentas x pagar -contabilidad

Comparativo cuentas por pagar año 2016- 2017 -2018 (Cifras en miles)



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: Tres (3) o variación negativa

RESULTADO: -98.981.635

CALIFICACIÓN: 3

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

Se presentan deudas superiores a 30 días las cuales resultan del incumplimiento de la totalidad de los requisitos para el pago de las mismas, estipulados contractualmente; específicamente, la ausencia de radicación oportuna de las certificaciones de Interventoría y/o Actas de liquidación a la oficina de cuentas por pagar por parte de los supervisores de los respectivos contratos. Los saldos corresponden a Servicios médicos de Bogotá por \$ 41.007.401

Servicios médicos de Zipaquirá por	\$ 10.228.776
TOTAL	\$ 51.236.177

Evidencias y soportes

Anexo N° 7

- Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo diciembre de 2017 y 2018

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A DICIEMBRE 2018							
CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360
SERV. M. BTA CUENTA 25111302	338.180.779	297.173.378	33.666.377	495.170	6.845.854	0	0
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	0	0	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	18.372.286	8.143.510	10.228.776	0	0	0	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	0	0	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	356.553.065	305.316.888	43.895.153	495.170	6.845.854	0	0
			51.236.177				
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	482.234.696	381.338.837	96.581.938	4.313.921	0	0	0
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	0	0	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	203.002.360	153.680.407	16.402.680	0	31.466.774	1.452.499	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	95.233.457	95.233.457	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	780.470.513	630.252.701	112.984.618	4.313.921	31.466.774	1.452.499	0
			150.217.812				
		DIFERENCIA	-98.981.635				

Fuente; Dinámica Gerencial DGH, módulo cuentas x pagar -contabilidad

Indicador: Valor de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la evaluación - Valor de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación para la vigencia 2018 se obtiene una diferencia de \$ -98.981.635 lo cual aplicado a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango de 3 ya que en la vigencia registra una deuda y la variación interanual es negativa.

3.3.10.5 Activos Fijos (Actualmente se encuentra en levantamiento físico – ajustes contables programados para el mes de enero de 2019)

Detalle	2018	2017	Variación	%
Terrenos	13.250.916	13.250.916	0	0,0
Edificaciones	21.690.313	20.689.636	1.000.677	4,8
Repuestos	122.867	85.330	37.537	100,0
Planta, ductos y túneles	877.895	713.616	164.279	23,0
Redes, líneas y cables	630.552	397.949	232.603	58,5
Maquinaria y equipo	749.814	718.251	31.563	4,4
Equipo médico y científico	32.202.742	31.281.975	920.767	2,9
Muebles y enseres y equipo de oficina	557.252	371.865	185.387	49,9
Equipo comunicación computación	3.789.733	3.216.129	573.604	17,8
Equipo de transporte	398.996	444.655	-45.659	-10,3
Equipo. Comedor cocina despensa y hotelería	1.762.026	1.617.986	144.040	8,9
Total	76.033.106	72.788.308	3.244.798	4,5
(-) Depreciación Acumulada	-21.308.858	-15.913.430	-5.395.428	33,9
Valor Neto de la Propiedad Planta y Eq.	54.724.248	56.874.878	-2.150.630	-4

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

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta una disminución del 3.78% equivalente a \$2.150 millones de pesos representados principalmente a la depreciación causada en el periodo, sin embargo al analizar por cuentas se presenta incremento en las Edificaciones por las adecuaciones realizadas al acceso principal de la recepción y servicios como Neurocirugía, UCI adultos; Urgencias y Facturación.

La cuenta de Equipo médico y científico presenta un incremento del 3% dado principalmente por la adquisición de instrumental cardiovascular por un valor \$264 millones de pesos, y el restante corresponde a camas eléctricas que se compraron para salas de cirugía y otros servicios.

De igual forma la cuenta de Equipos de Cómputo se incrementa en un 17% por las compras realizadas de UPS y la Red inalámbrica WLAN que ascienden a \$573 millones de pesos.

3.3.10.6 Costos

Rentabilidad por unidad de negocio Sede Bogotá

ENERO A DICIEMBRE DE 2018

ENERO A DICIEMBRE DE 2018

CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL
APOYO DIAGNOSTICO			
LABORATORIO CLINICO	4.656.663.386	8.836.078.238	4.179.414.853
LABORATORIO INMUNOLOGIA	186.415.694	846.800	-185.568.894
PATOLOGIA	928.957.669	823.167.133	-105.790.536
A.DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	447.754.616	277.783.150	-169.971.466
GASTROENTEROLOGIA	993.173.102	1.020.882.742	27.709.640
A.DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	1.972.857.931	2.156.534.040	183.676.109
A.DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	1.330.345.939	1.323.466.857	-6.879.082
A.DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	90.336.130	107.023.500	16.687.370
UNIDAD RENAL	2.110.886.660	393.835.046	-1.717.051.614
SOPORTE NUTRICIONAL	175.538.126	0	-175.538.126
CLINICA DEL DOLOR	55.404.921	350.336	-55.054.585
SC- ESTRAMURALES	0	0	0
	12.948.334.173	14.939.967.843	1.991.633.670
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO			
CONSULTA MEDICINA GENERAL	0	0	0
CON. ALERGIAS Y REUMATO	215.471.597	57.157.900	-158.313.697
CONSULTA ANESTESIA	511.014.577	340.983.247	-170.031.330
CONSULTA CARDIOLOGIA	0	0	0
CONSULTA CIRUGIA GENERAL	800.304.683	2.494.021.110	1.693.716.427
CONSULTA QX PLASTICA	172.817.114	67.601.900	-105.215.214
CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	37.638.235	781.700	-36.856.535
CONSULTA CURACIONES	378.046.635	79.401.474	-298.645.160
CONSULTA DERMATOLOGIA	516.431.808	269.803.428	-246.628.380

CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	185.224.070	64.888.910	-120.335.160
CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	786.069.122	541.126.754	-244.942.368
CONSULTA HEMATOLOGIA	317.869.997	432.054.600	114.184.603
CONSULTA INFECTOLOGIA	413.229.976	124.075.800	-289.154.176
CONSULTA INMUNOLOGIA	0	0	0
CONSULTA MEDICINA INTERNA	1.153.496.495	511.088.350	-642.408.145
CONSULTA NEFROLOGIA	269.949.983	117.319.100	-152.630.883
CONSULTA NEONATOLOGIA	283.818.429	358.692.900	74.874.471
CONSULTA NEUMOLOGIA	0	0	0
CONSULTA NEUROCIROGIA	393.142.048	210.133.140	-183.008.908
CONSULTA NEUROLOGIA	1.074.184.423	1.107.772.272	33.587.849
CONSULTA DE NUTRICION	402.670.193	218.350.599	-184.319.595
CONSULTA OFTALMO.	697.711.014	320.857.300	-376.853.714
CONSULTA ORTOPEDIA	693.246.878	224.846.900	-468.399.978
CONSULTA OTORRINO	419.898.145	246.550.762	-173.347.383
CONSULTA DE PSICOLOGIA	64.525.161	7.706.101	-56.819.060
CONSULTA DE UROLOGIA	483.624.497	316.732.110	-166.892.387
CONSULTA DE PSIQUIATRIA	337.010.997	112.339.200	-224.671.797
CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	692.915.073	2.045.200	-690.869.873
FISIOTERAPIA	2.970.779.550	2.351.030.587	-619.748.962
TERAPIA DEL LENGUAJE	0	0	0
	14.271.090.700	10.577.361.345	-3.693.729.356
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS			
CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	3.641.288.471	711.526.517	-2.929.761.955
OBSERVACION-UNIT URGENCIAS	2.293.561.933	4.725.793.591	2.432.231.658
	5.934.850.404	5.437.320.108	-497.530.296
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO			
HOSPITALIZACION QX GRAL.	2.561.093.554	3.370.332.166	809.238.612
HOSPITALIZACION QX.PLASTICA	410.928.328	420.020.068	9.091.740
HOSPITALIZACION GINECO	1.448.841.357	796.031.743	-652.809.614
HOSPITALIZACION MEDICINA INT.	4.357.451.739	4.417.266.801	59.815.062
HOSPITALIZACION NEUROQX	1.524.912.833	1.410.860.306	-114.052.527
HOSPITALIZACION ORTOPEDIA	1.538.960.463	1.798.646.673	259.686.211
HOSPITALIZACION OTORRINO	316.188.832	22.940.100	-293.248.732

HOSPITALIZACION UROLOGIA	796.236.276	1.407.445.288	611.209.012
HOSPITALIZACION U.C.I.	4.645.389.678	4.122.507.900	-522.881.777
HOSPITALIZACION CUIDADOS INTERMEDIOS	1.406.058.258	1.932.034.310	525.976.052
HOSPITALIZACION NEONATO.	4.962.219.834	4.181.879.805	-780.340.029
	23.968.281.151	23.879.965.160	-88.315.991
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO			
ANESTESIA	3.109.151.807	66.935.400	-3.042.216.407
QX CIRUGIA GENERAL	3.192.024.349	2.626.369.864	-565.654.485
QX CIRUGIA PLASTICA	1.797.827.531	2.629.280.523	831.452.992
QX GINECOLOGIA	570.425.754	513.764.028	-56.661.726
QX NEUROCIROGIA	920.149.701	846.940.221	-73.209.480
QX OFTALMOLOGIA	862.775.824	1.326.836.583	464.060.759
QX ORTOPEDIA	1.920.392.572	2.906.598.524	986.205.952
QX OTORRINOLARINGOLOGIA	294.930.072	299.974.090	5.044.018
QX UROLOGIA	438.018.039	727.372.215	289.354.176
QX ORAL MAXILOFACIAL	0	0	0
QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	860.082.234	22.642.626	-837.439.608
SALAS DE PARTOS	3.777.149.393	670.361.005	-3.106.788.388
	17.742.927.277	12.637.075.079	-5.105.852.198
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA			
OTROS SERVICIOS CONEXOS	198	61.200	61.002
	198	61.200	61.002
ATENCION FARMACEUTICA			
FARMACIA	26.103.901.699	28.912.972.780	2.809.071.081
	26.103.901.699	28.912.972.780	2.809.071.081
BANCO DE SANGRE			
BANCO DE SANGRE	2.664.300.455	3.043.132.704	378.832.249
	2.664.300.455	3.043.132.704	378.832.249
DOCENCIA			
SC- DOCENCIA	701.757.889	1.729.906.007	1.028.148.118
	701.757.889	1.729.906.007	1.028.148.118
IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
IMAGENOLOGIA	8.638.763.902	13.857.792.286	5.219.028.384
	8.638.763.902	13.857.792.286	5.219.028.384

INVESTIGACION			
INVESTIGACION CIENTIFICA	99.322.114	0	-99.322.114
	99.322.114	0	-99.322.114
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES			
AMBULANCIAS URGENCIAS	261.385.945	1.556.600	-259.829.345
	261.385.945	1.556.600	-259.829.345
TOTAL HOSPITAL U. SAMARITANA BOGOTA	113.334.915.909	115.017.111.111	1.682.195.202

En el tema de rentabilidad, el comparativo del periodo anterior año 2017 con respecto al 2018, presentamos un incremento en la rentabilidad general de \$ 1.682 millones, los indicadores arrojan como resultado que los de mayor rentabilidad son RADIOLOGIA, LABORATORIO CLINICO, FARMACIA Y OBSERVACION DE URGENCIAS, con una rentabilidad promedio de \$3,659 millones, por el contrario las de menor rentabilidad son CONSULTA DE URGENCIAS, UNIDAD RENAL Y QX CARDIOVASCULAR. Estas áreas deben tener una revisión más minuciosas ya que en el caso de unidad renal el análisis donde se incluye la incidencia de los medicamentos generados en ventas, esta unidad mantiene la rentabilidad desfavorable, cirugía cardiovascular debe revisarse los códigos de los productos, para verificar si toda la facturación del área reposa en cardiovascular, ya que según los reportes de la interventoría la producción es mayor a los registros de facturación.

Para el caso de salas de partos las ventas se parametrizan al área de quirúrgicos Gineco y de no existir claramente una producción asociada a la unidad de negocios sala de partos, esta área se ajustara como una unidad de apoyo logístico, este mismo caso se viene presentando para quirúrgicos Anestesiología ya que al momento de facturar los servicios y honorarios del anestesiólogo la facturación dentro de su proceso se asocia a las ventas a las especialidad tratante.

Cabe aclarar que el registro de todos los medicamentos tanto en el costos como en el ingreso se viene reflejando en la Unidad de negocios de Farmacia, pero para efectuar un seguimiento a áreas como UCI, Unidad Renal, Áreas Quirúrgicas y Hospitalización, se trabajó en el desarrollo de un reporte, por parte del área de sistemas, que permitiera presentar un segundo escenario en el reporte de rentabilidad, donde se indicará cuales son la áreas y los valores que generan con respecto a los despachos generados desde farmacia, para establecer el valor que cada una de estas áreas genera como ingreso por la formulación de insumos y medicamentos. Ya para el cierre del periodo se efectuó el reporte y la información de rentabilidad fue la siguiente

ENERO A DICIEMBRE DE 2018 CON MEDICAMENTOS A LAS AREAS

CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL	VENTA GENERADA POR AREAS EN MEDICAMENTOS	RENTABILIDAD BRUTA
APOYO DIAGNOSTICO					
LABORATORIO CLINICO	4.656.663.386	8.836.078.238	4.179.414.853	55.939,00	4.179.470.791,69

LABORATORIO INMUNOLOGIA	186.415.694	846.800	-185.568.894	174.604,00	-185.394.289,93
PATOLOGIA	928.957.669	823.167.133	-105.790.536		-105.790.536,22
A.DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	447.754.616	277.783.150	-169.971.466		-169.971.465,75
GASTROENTEROLOGIA	993.173.102	1.020.882.742	27.709.640	40.798.081,06	68.507.720,96
A.DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	1.972.857.931	2.156.534.040	183.676.109	20.116.954,38	203.793.063,81
A.DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	1.330.345.939	1.323.466.857	-6.879.082	2.905.996.342,63	2.899.117.261,00
A.DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	90.336.130	107.023.500	16.687.370		16.687.370,23
UNIDAD RENAL	2.110.886.660	393.835.046	-1.717.051.614	267.782.187,85	-1.449.269.426,11
SOPORTE NUTRICIONAL	175.538.126	0	-175.538.126		-175.538.126,39
CLINICA DEL DOLOR	55.404.921	350.336	-55.054.585		-55.054.584,71
SC-ESTRAMURALES	0	0	0		0,00
	12.948.334.173	14.939.967.843	1.991.633.670		

ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO

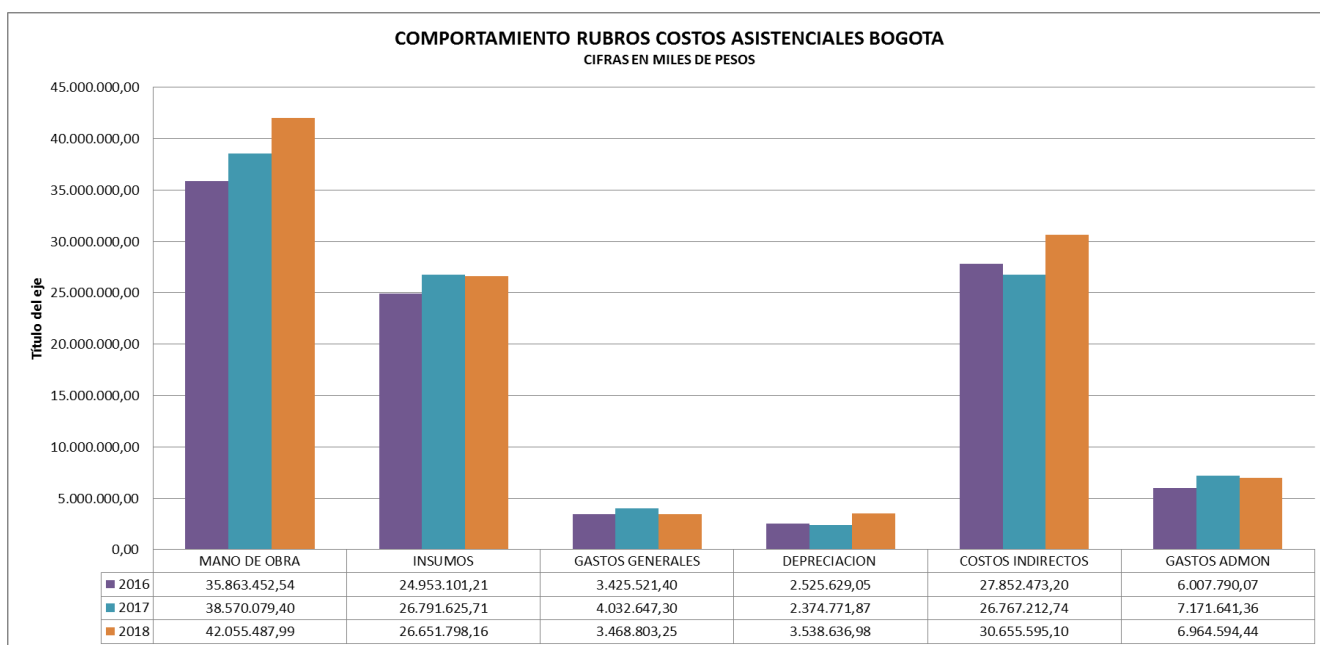
CONSULTA MEDICINA GENERAL	0	0	0		0,00
CON. ALERGIAS Y REUMATO	215.471.597	57.157.900	-158.313.697		-158.313.696,89
CONSULTA ANESTESIA	511.014.577	340.983.247	-170.031.330		-170.031.330,02
CONSULTA CARDIOLOGIA	0	0	0		0,00
CONSULTA CIRUGIA GENERAL	800.304.683	2.494.021.110	1.693.716.427		1.693.716.427,18
CONSULTA QX PLASTICA	172.817.114	67.601.900	-105.215.214		-105.215.213,75
CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	37.638.235	781.700	-36.856.535		-36.856.534,62
CONSULTA CURACIONES	378.046.635	79.401.474	-298.645.160	295.071,90	-298.350.088,51
CONSULTA DERMATOLOGIA	516.431.808	269.803.428	-246.628.380	8.606,00	-246.619.774,26
CONSULTA	185.224.070	64.888.910	-120.335.160		-120.335.160,46

ENDOCRINOLOGIA					
CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	786.069.122	541.126.754	-244.942.368		-244.942.368,18
CONSULTA HEMATOLOGIA	317.869.997	432.054.600	114.184.603		114.184.602,70
CONSULTA INFECTOLOGIA	413.229.976	124.075.800	-289.154.176		-289.154.175,92
CONSULTA INMUNOLOGIA	0	0	0		0,00
CONSULTA MEDICINA INTERNA	1.153.496.495	511.088.350	-642.408.145		-642.408.145,49
CONSULTA NEFROLOGIA	269.949.983	117.319.100	-152.630.883	12.689,00	-152.618.194,08
CONSULTA NEONATOLOGIA	283.818.429	358.692.900	74.874.471		74.874.471,38
CONSULTA NEUMOLOGIA	0	0	0		0,00
CONSULTA NEUROCIRURGIA	393.142.048	210.133.140	-183.008.908		-183.008.907,74
CONSULTA NEUROLOGIA	1.074.184.423	1.107.772.272	33.587.849		33.587.848,74
CONSULTA DE NUTRICION	402.670.193	218.350.599	-184.319.595	22.810,00	-184.296.784,84
CONSULTA OFTALMO.	697.711.014	320.857.300	-376.853.714		-376.853.713,99
CONSULTA ORTOPEDIA	693.246.878	224.846.900	-468.399.978		-468.399.978,35
CONSULTA OTORRINO	419.898.145	246.550.762	-173.347.383		-173.347.382,86
CONSULTA DE PSICOLOGIA	64.525.161	7.706.101	-56.819.060		-56.819.060,32
CONSULTA DE UROLOGIA	483.624.497	316.732.110	-166.892.387	245.154,00	-166.647.232,87
CONSULTA DE PSIQUIATRIA	337.010.997	112.339.200	-224.671.797		-224.671.796,74
CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	692.915.073	2.045.200	-690.869.873		-690.869.873,06
FISIOTERAPIA	2.970.779.550	2.351.030.587	-619.748.962	4.216.687,56	-615.532.274,49
TERAPIA DEL LENGUAJE	0	0	0		0,00
	14.271.090.700	10.577.361.345	-3.693.729.356		
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS					
CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	3.641.288.471	711.526.517	-2.929.761.955	250.294.808,91	-2.679.467.145,71
OBSERVACION	2.293.561.933	4.725.793.591	2.432.231.658	1.984.210.089,01	4.416.441.747,22

N-UNIT URGENCIAS					
	5.934.850.404	5.437.320.108	-497.530.296		
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO					
HOSPITALIZA CION QX GRAL.	2.561.093.554	3.370.332.166	809.238.612	2.075.353.906,35	2.884.592.518,29
HOSPITALIZA CION QX.PLASTICA	410.928.328	420.020.068	9.091.740	195.289.472,07	204.381.212,05
HOSPITALIZA CION GINECO	1.448.841.357	796.031.743	-652.809.614	161.593.683,62	-491.215.930,45
HOSPITALIZA CION MEDICINA INT.	4.357.451.739	4.417.266.801	59.815.062	2.423.301.077,11	2.483.116.138,73
HOSPITALIZA CION NEUROQX	1.524.912.833	1.410.860.306	-114.052.527	415.913.513,66	301.860.986,68
HOSPITALIZA CION ORTOPEDIA	1.538.960.463	1.798.646.673	259.686.211	549.078.442,64	808.764.653,27
HOSPITALIZA CION OTORRINO	316.188.832	22.940.100	-293.248.732	13.169.324,10	-280.079.407,42
HOSPITALIZA CION UROLOGIA	796.236.276	1.407.445.288	611.209.012	766.652.207,83	1.377.861.219,49
HOSPITALIZA CION U.C.I.	4.645.389.678	4.122.507.900	-522.881.777	8.013.579.508,95	7.490.697.731,53
HOSPITALIZA CION CUIDADOS INTERMEDIOS	1.406.058.258	1.932.034.310	525.976.052	1.323.825.358,79	1.849.801.410,53
HOSPITALIZA CION NEONATO.	4.962.219.834	4.181.879.805	-780.340.029	975.535.214,67	195.195.185,61
	23.968.281.151	23.879.965.160	-88.315.991		
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO					
ANESTESIA	3.109.151.807	66.935.400	-3.042.216.407	42.246.684,02	-2.999.969.722,51
QX CIRUGIA GENERAL	3.192.024.349	2.626.369.864	-565.654.485	2.712.600.927,68	2.146.946.442,60
QX CIRUGIA PLASTICA	1.797.827.531	2.629.280.523	831.452.992	123.382.410,55	954.835.402,23
QX GINECOLOGIA	570.425.754	513.764.028	-56.661.726	135.067.243,78	78.405.518,06
QX NEUROCIRUGI A	920.149.701	846.940.221	-73.209.480	661.488.981,24	588.279.500,98
QX OFTALMOLOG IA	862.775.824	1.326.836.583	464.060.759	182.153.478,23	646.214.237,07
QX	1.920.392.572	2.906.598.524	986.205.952	1.095.540.743,56	2.081.746.695,11

ORTOPEDIA					
QX OTORRINOLA RINGOLOGIA	294.930.072	299.974.090	5.044.018	73.030.014,00	78.074.032,23
QX UROLOGIA	438.018.039	727.372.215	289.354.176	120.398.866,30	409.753.041,84
QX ORAL MAXILOFACIAL	0	0	0		0,00
QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	860.082.234	22.642.626	-837.439.608	440.915.282,28	-396.524.326,12
SALAS DE PARTOS	3.777.149.393	670.361.005	-3.106.788.388	53.865.007,89	-3.052.923.379,84
	17.742.927.277	12.637.075.079	-5.105.852.198		
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA					
OTROS SERVICIOS CONEXOS	198	61.200	61.002		61.001,82
	198	61.200	61.002		
BANCO DE SANGRE					
BANCO DE SANGRE	2.664.300.455	3.043.132.704	378.832.249	165.550,50	378.997.799,23
	2.664.300.455	3.043.132.704	378.832.249		
DOCENCIA					
SC-DOCENCIA	701.757.889	1.729.906.007	1.028.148.118		1.028.148.118
	701.757.889	1.729.906.007	1.028.148.118		
IMÁGENES DIAGNOSTICAS					
IMAGENOLOGIA	8.638.763.902	13.857.792.286	5.219.028.384	884.595.855,17	6.103.624.239,13
	8.638.763.902	13.857.792.286	5.219.028.384		
INVESTIGACION					
INVESTIGACION CIENTIFICA	99.322.114	0	-99.322.114		-99.322.114
	99.322.114	0	-99.322.114		
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES					
AMBULANCIAS URGENCIAS	261.385.945	1.556.600	-259.829.345		-259.829.345
	261.385.945	1.556.600	-259.829.345		
TOTAL HOSPITAL U. SAMARITANA BOGOTA			-1.126.875.879	28.912.972.780,28	1.682.195.202,32

COMPORTAMIENTO COMPARATIVO RUBROS DEL COSTOS U.F. BOGOTA				
	2017	2018	%	RELATIVO
MANO DE OBRA	38.570.079.402,67	42.055.487.991,67	9%	3.485.408.589,00
INSUMOS	26.791.625.711,82	26.651.798.155,41	-1%	-139.827.556,41
GASTOS GENERALES	4.032.647.297,89	3.468.803.245,03	14%	-563.844.052,87
DEPRECIACION	2.374.771.870,00	3.538.636.979,38	49%	1.163.865.109,38
COSTOS INDIRECTOS	26.767.212.737,41	30.655.595.100,99	15%	3.888.382.363,59
GASTOS ADMON	7.171.641.359,63	6.964.594.436,14	-3%	-207.046.923,49
TOTALES	105.707.978.379,42	113.334.915.908,62	7%	7.626.937.529,20
VENTAS	112.672.550.190,49	115.017.111.110,94	2%	2.344.560.920,45



En el comportamiento comparativo del hus Bogotá y Zipaquirá de los periodos año 2017 vs 2018 se evidencia un crecimiento en costos de mano de obra (8,03%), depreciaciones (17,91%) gastos generales(14,49%), costos indirectos (14,53%) para un total acumulado del 8,52% este crecimiento está muy por debajo de las ventas que reflejaron un incremento del 1%.

3.3.10.7 PQRS

En el Proceso de Gestión Financiera durante el Cuarto trimestre de 2018 no se presentaron peticiones a través del SIAU (Sistema de Información de Atención al Usuario).

3.3.10.8 Planes Únicos De Mejora PUMP

Para la vigencia 2018 se plasmaron 16 hallazgos en el Plan Único de Mejora por Procesos PUMP del proceso de Gestión Financiera con igual número de acciones específicas de mejora, estos hallazgos tienen como fuente las auditorías internas de Revisoría Fiscal, Control Interno (Informe Control Interno Contable, Evaluación por Dependencias Dirección Financiera y Auditoria Arqueos) y de autocontrol, a continuación se analiza cada una de las acciones planteadas con su avance y porcentaje de mejoramiento con corte a 31 de Diciembre de 2018 de acuerdo con la Auditoria interna de la Oficina Asesora de Planeación se obtuvo un 95% de avance y un 88% de cumplimiento para un 88% de cierre de ciclos.

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
1.	Realizar la conciliación entre los módulos de contabilidad y cartera para determinar que fueron saldos de capitación no disminuidos en su momento contra la cuenta contable 5808 "Margen en la contratación de los Servicios de Salud" a fin de documentar el respectivo ajuste. (Implementado)	REVISORÍA FISCAL	100%	100%
Observación: Se encontró el saldo con CAFAM capitado por un valor de 358 millones, Se hace la depuración contable con el área de cartera y se anexan soporte del comprobante de ajuste contable y los soportes del análisis. Para el cierre de esta actividad se anexa ficha técnica de depuración contable capita CAFAM				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
2.	Hacer una conciliación de intangibles mediante la comparación de los saldos del módulo de contabilidad - módulo de Activos Fijos y el Inventario Físico de las licencias en custodia de la Subdirección de Sistemas de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%*

(Implementado)			
<p>Observación:</p> <p>1. Anexa informe de inventario de Hardware y Software del HUS, tangibles e intangibles</p> <p>2. Adjunta correo de envío y acta de entrega (15/07/2018) informe de inventario al responsable de Activos Fijos.</p> <p>3. El 15/08/2018 se llevó a cabo la primera reunión de conciliación activos intangibles con el responsable de activos físicos Jhon Gutiérrez (Anexo acta)</p> <p>Se contrató una empresa evaluadora LONJA para el inventario físico de todos los activos del HUS, quienes incluyeron en el reporte el listado de 269 intangibles, pendiente el comprobante de ajuste, Con el cruce de este archivo y la actualización en DGH</p> <p>*Se calcula con base en el cumplimiento de cada una de las actividades específicas de mejoramiento.</p>			
Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
3.	<p>Identificar, Analizar y Valorar los riesgos del proceso de gestión financiera que se deriven de cada uno de las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman Tesorería, Presupuestos, Cuentas por Pagar y Contabilidad, puntualizando en estos últimos para obtener información que cumpla con criterios de reconocimiento, medición, revelación y presentación.</p> <p>(Medido)</p>	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
Observación: Se actualiza la matriz de riesgos y se publicó en la INTRANET el 10 de agosto de 2018				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
4.	<p>Efectuar un análisis general de los procesos institucionales para identificar los que tienen interfaz con la contabilidad y aquellos que deban adicionarse al proceso de gestión financiera, solicitando de los primeros a cada uno la inclusión de enlaces en los procedimientos con los que se identifique que dicha información es la base de los informes contables.</p> <p>(Documentado)</p>	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%

	Observación: Se anexa acta del 20 de septiembre correlación de procedimientos Institucionales con los capítulos del Manual de Política Contable, se genera un requerimiento para el área de farmacia, por lo que se envía oficio de Solicitud con copia a las áreas y a la oficina de planeación. Para la siguiente vigencia queda pendiente la actualización de los procedimientos según los hallazgos encontrados
	Barrera de mejoramiento: N/A

5.	Revisar los registros de las cuentas de orden deudoras y acreedoras desde 2015 a la fecha para identificar los hechos que deben ser clasificados en estas y solicitar a las áreas información para su incorporación en los estados financieros. (Implementar)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Observación: Se cuenta con información de siniestros, demandas, comodatos, pendiente faltante y sobrante de inventario para ajuste final el cual se entregará entre el 15 y 18 de enero de 2019 en DGH cuentas de orden. Anexa correos de solicitud a los servicios			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

6.	Identificar con base en el manual de políticas contables Resolución 500 de 2017, si existen procedimientos que deben ser diseñados o rediseñados para dar cumplimiento a los lineamientos de este y de manera general a lo indicado por la Contaduría General de la Nación. (Documentado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Observación: Se realizó el análisis para el acta de correlación de procedimientos, se diseñaron los procedimientos "Inversiones en la administración de liquidez" "protocolo cruce de anticipos y rasgos de valor" "Protocolo de manejo y custodia de dineros publicos en caja" rediseño del procedimiento "Estado financiero y presentación de informe"			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

7.	Elaborar un protocolo para orientar la adecuada identificación de los soportes con los que se deben contar según el tipo de registro contable que se vaya a efectuar. (Implementado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
----	---	---------------------------------	------	------

	Observación: Se enviará a planeación el 11 de enero de 2019 para publicar protocolo de "Identificación adecuada de soportes para registros contables".
	Barrera de mejoramiento: N/A

8.	Divulgar a los servidores públicos que generan los hechos económicos en los procesos de la E.S.E. las necesidad de transferencia de información y las condiciones con las cuales debe presentarse la misma, para garantizar reporte oportuno y gestión de la información a través del sistema institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria. NET. (Desplegado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Observación: 1. Se anexa socialización del plan de sostenibilidad. 2. Se anexa correos electrónicos con la solicitud de inclusión en el PUMP de los hallazgos del informe de control interno a las diferentes áreas. 3. Anexa acta con la Oficina Asesora de Planeación			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

9.	Continuar con el mejoramiento en la estimación de costos por producto. (Medir)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Observación: 1. Se anexa actas con once (11) servicios cuyo objetivo fue definir procedimientos y actividades de cada uno para la determinación de sus costos. 2. Anexa oficio remitido a la oficina asesora de planeación solicitando alinear centro de costos al mapa de proceso. 3. Se envió pantallazo del módulo de costos parametrizado. Sin embargo estas actividades aún están incipientes para dar respuesta a la estimación de costos por producto descrita en la acción de mejora razón por la cual sigue abierta y en desarrollo.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

10.	Realizar las gestiones que se requieran para la publicación de los indicadores financieros en la herramienta TUCI. (Mejorado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Observación: Se anexan actas con estadística para crear los indicadores financieros.. Pendiente verificar el cargue			

	de los datos y análisis de todos los indicadores del último trimestre 2018.
	Barrera de mejoramiento: N/A

11.	Adelantar conciliación de la información existente en los módulos de activos fijos y de información financiera NIIF con apoyo interno del área de sistemas a fin de establecer la existencia de diferencias para identificarlas e implementar ajustes. (Implementado)	REVISORÍA FISCAL	100%	100%
Observación: 1. Se entrega soporte de Un (1) listado de la conciliación de activos fijos con saldos iniciales, novedades NIFF. Bases de datos conciliadas de activos fijos y contabilidad. Pendiente realizar la conciliación. Se entregará cierre definitivo con saldos iniciales para el mes de enero de 2019				
Barrera de mejoramiento: N/A				

12.	Hacer una validación de los cálculos de depreciación que se han efectuado en el módulo de información financiera NIIF a fin de establecer la existencia de diferencias para identificar e implementar ajustes. (Implementado)	REVISORÍA FISCAL	100%	100%
Observación: Se contrató una empresa evaluadora LONJA para el inventario físico de todos los activos del HUS, se realiza una conciliación de todos los activos fijos incorporados en el módulo de activos fijos entre el valor depreciado mensual y el valor acumulado de la depreciación teniendo en cuenta el número de meses de vida útil y los meses por depreciar. Pendiente el comprobante de ajuste.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

13.	Documentar y socializar el protocolo de liquidación de contraprestaciones con Universidades con las que se tienen convenios docente asistencial e identificar en el mismo el enlace con las acciones que se adelantan en el proceso de gestión financiera para aplicación de pagos y distribución de costos por contabilidad en la relación docencia - servicio e investigación. (Documentado)	AUTOCONTROL	50%	100%
-----	---	-------------	-----	------

	Observación: Se elabora el protocolo de "Liquidación contraprestación con Universidades" pendiente enviar a planeación para la publicación, socialización y medición de adherencia
	Barrera de mejoramiento: N/A

14.	Identificar las acciones que deben componer el protocolo de recepción, manejo y custodia de dineros públicos en caja, elaborarlo y socializarlo con los responsables de este. (Documentado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	60%	100%
	Observación: Se elaboró protocolo "Recepción manejo y custodia de dineros públicos. En publicación			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

15.	Dotar con cajas fuertes las áreas de caja de consulta externa para mejorar la seguridad en el manejo y custodia de los dineros recibidos. (Implementado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Observación: Se anexa acta N° 90 entrega caja a facturadores de consulta externa 3, radiología 1, cardiología 1 y arqueos de verificación.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

16.	Verificar cual es la funcionalidad de las cajas fuertes en el área de caja de urgencias e identificar los usos que se le puede dar a estas para garantizar un adecuado manejo y custodia de los dineros públicos. (Implementado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Observación: Anexo soportes hasta el mes de noviembre de arqueos promedios 2 por mes, caja menor y caja general.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

3.3.10.9 Plan Estratégico Hospitalario (PAS – Plan de Acción de Salud) Actualmente pendiente de Evaluación - Planeación

Evaluación del Plan Estratégico Hospitalario institucional – Plan de Acción en Salud Proceso de Gestión Financiera a junio de 2018

A la meta propuesta se dio cumplimiento así:

INDICADOR DE LA META (Nombre)	INDICADOR (Fórmula)	META (Cumplimiento del año 2018)	% AVANCE 4 Trimestre
Continuar con la Implementación de costos por producto	Actividades realizadas de las estrategias / Total de actividades programadas de las estrategia. * 100	100%	100% (Avance meta producto cuatrienio 50%)
De las 20 actividades (unidades de negocio) establecidas en el cronograma de actividades para el 2018, se han ejecutado 20 para un 100% de cumplimiento. La meta total de implementación de costos por producto del cuatrienio es de 60 unidades de negocio. (10-2017 y 20-2018) pendiente del cuatrienio 30 en el 2019 *Seguimiento realizado por la oficina Asesora de planeación, pendiente evaluación en Junta Directiva de acuerdo a los análisis y el proceso de auditoría interno de la Oficina Asesora de Planeación.			

3.3.10.10 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	14	2	4	100%	0	12

En relación con la evaluación de la matriz de riesgos del Proceso de Gestión Financiera, aquellos que quedaron en **EXTREMO** en la evaluación del mismo, fueron unificados y consolidados dentro del Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP).

En el Mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Financiera existen 14 riesgos priorizados, según su tipo, se presenta la siguiente distribución: 4 financieros, 4 operativos, 4 corrupción, 1 tecnológico, 1 Operacional con Clientes y/o Contrapartes y usuarios.

Riesgos de corrupción

En lo referente a los riesgos de corrupción para el año 2018, se continúan monitoreando 4 riesgos priorizados con seguimiento permanente:

- *Uso inapropiado del dinero en efectivo que se recibe en cajas*
- *Pago de obligaciones no adquiridas.*
- *Inclusión de gastos no autorizados.*
- *Adulteración de la información contable y financiera.*

3.3.10.11 Programas

En el Proceso de Gestión Financiera no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

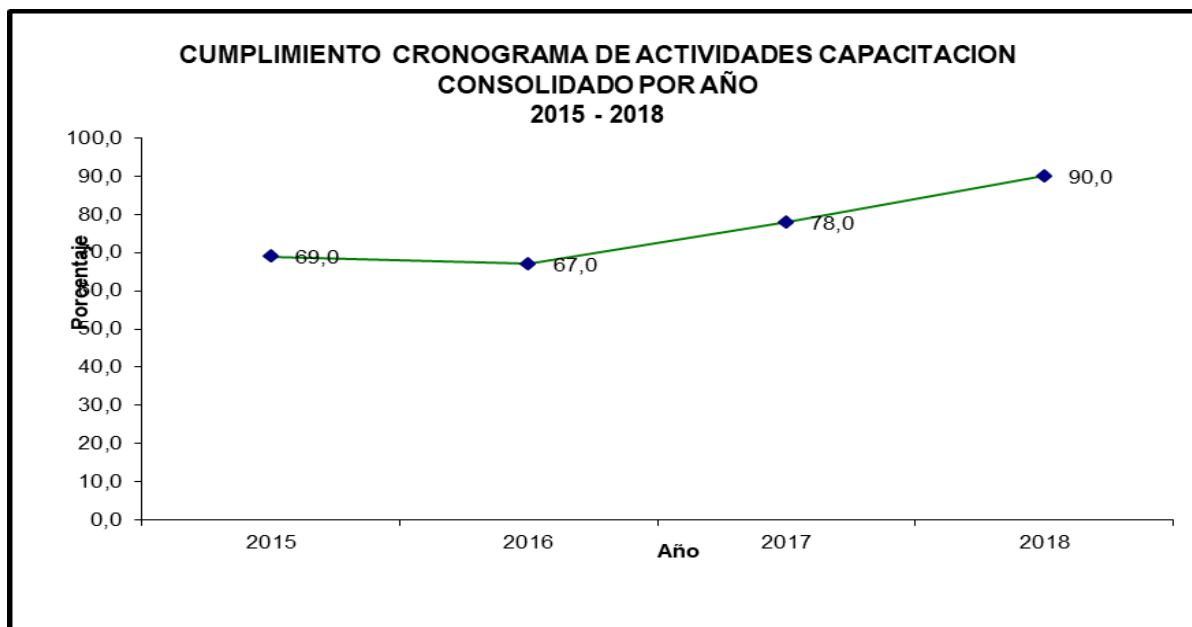
CAPÍTULO IV

DIRECCION ADMINISTRATIVA

4.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

GESTIÓN DEL PROCESO

CAPACITACIONES Y EDUCACIÓN CONTINUADA

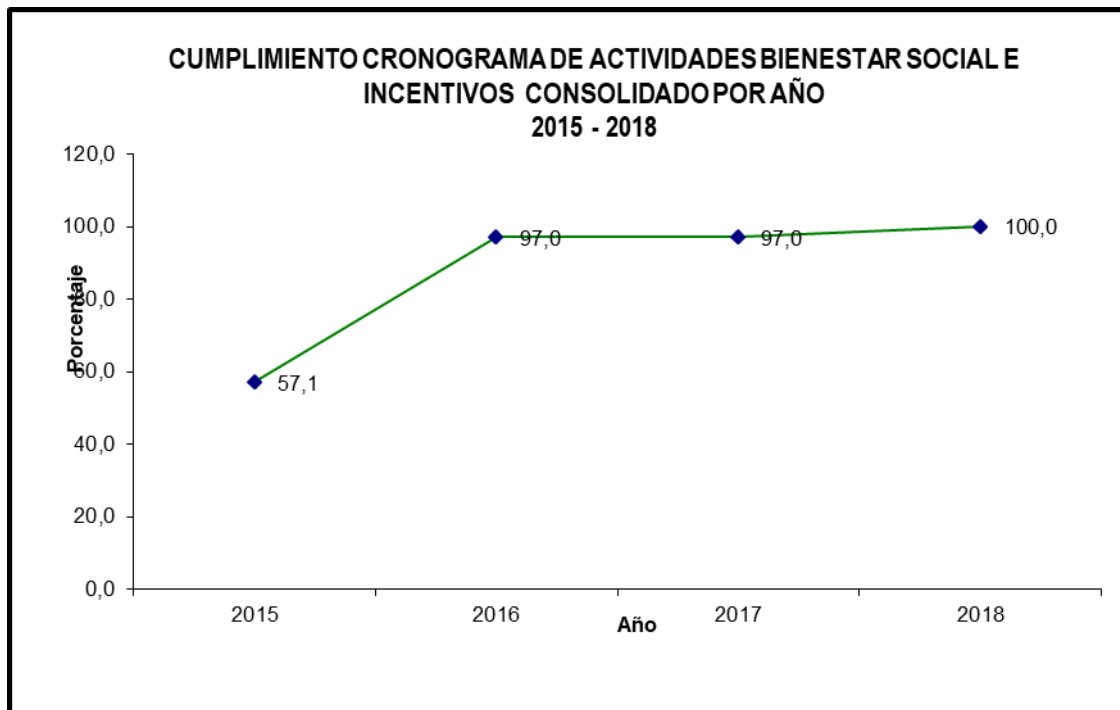


El programa de Capacitación y educación continuada ha venido transformándose de manera representativa durante estos años. Así se pasó de 130 capacitaciones programadas en el 2015 a 191 para el año 2018. Adicional a la cantidad, hablamos de la cantidad de personal capacitado, dato que para el segundo semestre de esta vigencia alcanza los 1652 colaboradores, independiente de su modelo de contratación, alcanzando casi al 82.15% de la población.

Así entonces, es un plan que en comparación a las anteriores vigencias, es más robusto, más objetivo, más amplio, que contempla y gestiona formación sin importar el proveedor de la misma. Estas actividades se han programado a través de la matriz de necesidades, construida por todos los procesos. Sin embargo, a través del comité de capacitación y educación continuada también se añaden programas educativos, haciendo así que el cronograma tenga una tendencia de crecimiento y mayor cobertura para el final de la vigencia, y haciendo que acceder a programas de formación sea más fácil y asequible para los colaboradores. Garantizando de esta manera uno de los objetivos estratégicos, “Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo”.

Como grupo destacado podemos referir a la Subdirección de enfermería por el compromiso frente a las actividades de capacitación y educación continuada en las cuales participan masivamente, demuestran aprendizajes, aplicación en sus actividades laborales permanentes y la promoción del conocimiento en los diferentes equipos de gestión, como se puede evidenciar en todos los indicadores relacionados.

a. BIENESTAR SOCIAL LABORAL E INCENTIVOS



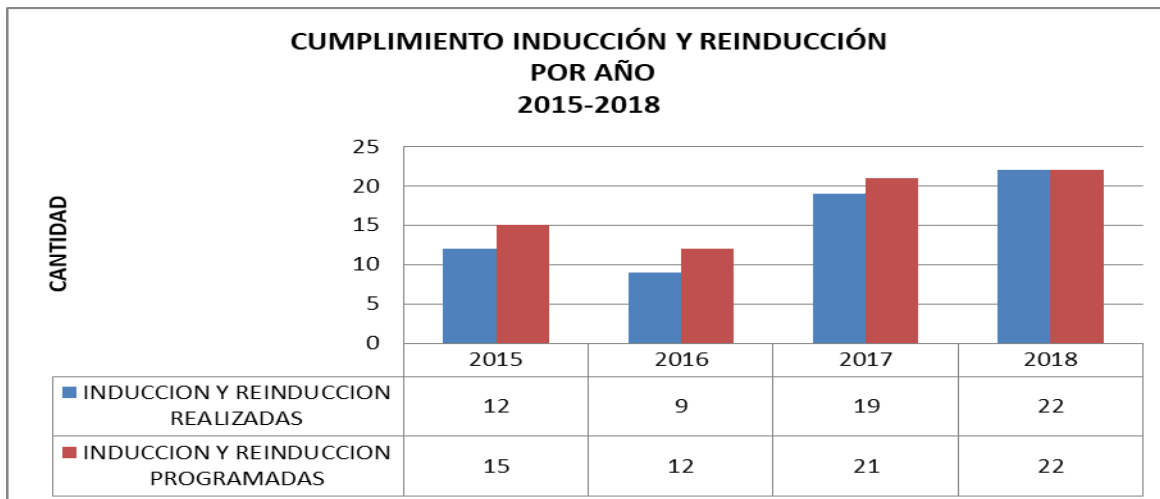
El cumplimiento en el histórico frente a la vigencia ha sido constante y adecuado para la proyección de cada uno de los años. El cumplimiento proyectado para cada año respectivamente desde el 2016 ha tenido una tendencia de cumplimiento que se ha mantenido entre el 97% y el 100%. Es decir su cumplimiento es acorde y cumple con lo programado. De esta manera, para esta vigencia se logró el cumplimiento del 100% de las actividades planeadas. Mostrando así la oportunidad de reformar dicha planeación, para que más actividades sean incluidas y ampliar así el alcance y la cobertura del programa.

Durante esta vigencia 2018 se realizaron actividades de gran impacto del programa de bienestar como: Celebración cumpleaños de los funcionarios (Semestral – UFZ y Bogotá), Campeonatos Internos 2018, Evento Cierre de Gestión, Día de la Niñez – Marco Gobernación de Cundinamarca, Día de la Enfermería, Celebración Día de Servicios Generales, Semana Samaritana y Feria Navideña Samaritana.

El cumplimiento de cronograma de incentivos inició a partir del segundo semestre. En este reposan tres incentivos puntuales: FELICITACIONES PQRSDF (Viaje Psicilago – Julio, Agosto, Noviembre) actividades que se realizaron sin contratiempo el 27 de Julio, 10 de Agosto y 16 de Noviembre. RUTA DE

ACREDITACIÓN cuya fecha fue reprogramó para para el 24 de Octubre hasta el 26 del mismo mes. PREMIOS SAMI (Diciembre), cuya realización no se efectuó por decisión de grupo organizador dado el cumplimiento que debió darse a la Directriz Presidencial 09 del 9 de Noviembre de 2018, según consta en acta.

b. INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN



Como se puede observar en la gráfica el cumplimiento del programa de inducción y reinducción ha venido en aumento hasta lograr el 100% para esta vigencia. En el inicio de las vigencias del comparativo se tenía programada una inducción para los dos primeros meses de cada trimestre y una inducción adicional para el mes final del mismo periodo. A partir de 2016 se vienen realizando una inducción por mes para el primer trimestre y de ahí en adelante dos por mes hasta el mes de Noviembre, para finalizar con una en Diciembre.

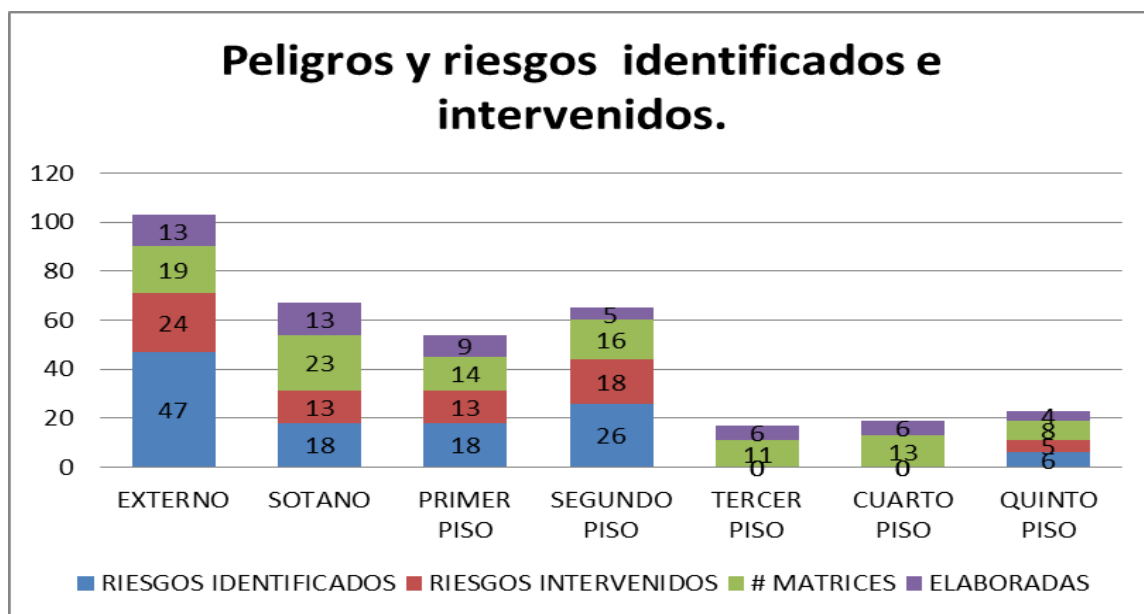
En el programa de Reinducción se realiza una actividad masiva al año, programada y desarrollada en ruta de Acreditación, que se realizó en el mes de Octubre. Con una asistencia de 1375 personas.

El programa de inducción y reinducción tendrá un indicador casi repetitivo. Sin embargo, los cambios se dan dentro del desarrollo y del cómo realizar el programa en mención. Así entonces, para esta vigencia se logró: generar oficio de compromiso y cumplimiento de asistencia para los colaboradores de la empresa Coltempora, quienes presentaban mayor resistencia a la participación de estas jornadas. Adicionalmente, se logró incorporar a los profesionales y especialistas por productividad a estas jornadas; modificando el cronograma del programa para adicionar las fechas en las que se les cita y por parte del Subdirector de Desarrollo Humano les brinda una inmersión y re inmersión en la cultura del Hospital. Finalmente se incorporaron al programa los procesos de: Educación Médica, SARLAFT, Gestión del Riesgo, Nutrición y Control Interno.

c. SGSST

Gestión de peligros y riesgos:

La identificación de peligros se realiza mediante la metodología GTC 45 , en ella se identifican en total de 104 areas, la cuales generan su propia matriz. Se ha revisado y actualizado el 53% de las matrices del hospital, con apoyo de especialistas de la ARL POSITIVA se vienen haciendo cambios en la elaboracion de las mismas ajustando a la norma.



Plan Estratégico de Seguridad Vial – PESV

Durante 2018 Se documentó y aprobó el plan estratégico de seguridad vial que es un requerimiento del Ministerio de Tránsito y Transporte por tener conductores y vehículos para el cumplimiento de las labores de la empresa , el anterior fue asesorado por proveedor externo PRAXO contratado por la ARL POSITIVA, el mismo se radicó en la Secretaria de Movilidad del Distrito y fue aprobado con una calificación del 82%, las observaciones entregadas en el documento serán abordadas para su ejecución por parte del comité de PESV conformado mediante resolución 358 del 30 de agosto de 2018.

Prevención, preparación y respuesta ante emergencias

Se realizó actualización del documento PLAN DE EMERGENCIAS INTERNO Y EXTERNO 01RC01-V3 publicado en la pirámide documental; se conformó el Comité de ayuda mutua (CAM) el cual está conformado por HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, UNIMINUTO (SEDE CAMILIANO), INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, HOSPITAL INSTITUTO MATERNO INFANTIL, FUNDACIÓN SAN JUAN DE DIOS y el INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGO Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER.

En la actualidad el hospital cuenta con 89 brigadistas entrenados y capacitados en control de incendios, búsqueda y rescate, primeros auxilios para intervenir ante cualquier emergencia, durante el año se han realizado dos simulacros a nivel institucional y el Hospital participó activamente en el simulacro distrital, también se actualizo el plan de emergencias institucional con base a la guía para la elaboración de planes hospitalarios del ministerio de salud.

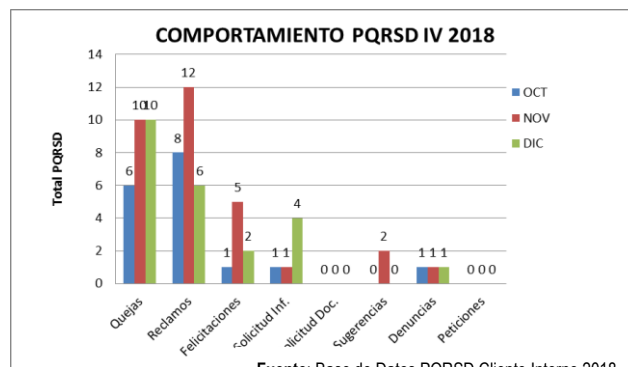
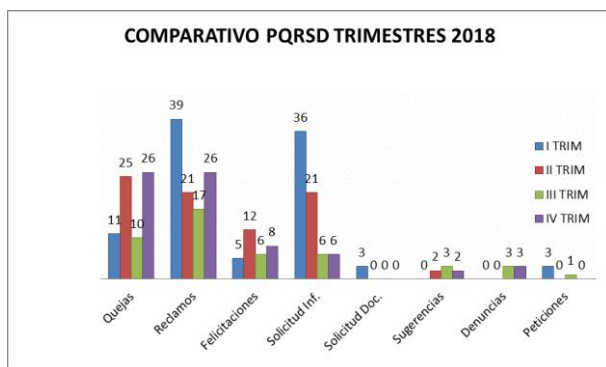
Durante el año 2018 se realizó una práctica en pista de entrenamiento la cual fue coordinada con la ARL POSITIVA y contó con la participación de 30 brigadistas.

d. PQRSDF

Total del PQRSD IV Trimestre año 2018

PQRSD 2018														
CLASIFICACIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
Quejas	3	3	5	8	7	10	2	0	8	6	10	10	72	24%
Reclamos	5	24	10	12	6	3	6	3	8	8	12	6	103	35%
Felicitaciones	2	0	3	4	5	3	2	2	2	1	5	2	31	11%
Solicitud Inf.	9	20	7	10	4	7	4	0	2	1	1	4	69	23%
Solicitud Doc.	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1%
Sugerencias	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	2	0	7	2%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	2%
Peticiones	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1%
TOTAL	24	48	25	34	22	25	16	6	24	17	31	23	295	100%

COMPARATIVO TRIMESTRES 2018								
CLASIFICACIÓN	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
Quejas	11	11%	25	31%	10	22%	26	37%
Reclamos	39	40%	21	26%	17	37%	26	37%
Felicitaciones	5	5%	12	15%	6	13%	8	11%
Solicitud Inf.	36	37%	21	26%	6	13%	6	8%
Solicitud Doc.	3	3%	0	0%	0	0%	0	0%
Sugerencias	0	0%	2	2%	3	7%	2	3%
Denuncias	0	0%	0	0%	3	7%	3	4%
Peticiones	3	3%	0	0%	1	2%	0	0%
TOTAL	97	100%	81	100%	46	100%	71	100%



Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2018

Durante el IV Trimestre del 2018 se recibieron un total de 71 peticiones de las cuales el total de PQRSD en cuanto a la distribución del 100% de manifestaciones recibidas, el 37% corresponde a reclamos. Sin embargo, podemos evidenciar un aumento de 17 a 26 Reclamos recibidos en este trimestre; el 37% representa a Quejas el cual también refleja un aumento durante este periodo evaluado ya que durante el III trimestre del 2018 las Quejas fueron del 22% del total de PQRSD y en el II trimestre fueron del 31%.

El 11% del total de PQRSD corresponden a Felicitaciones, es importante mencionar que para el IV trimestre aumentó el número de Felicitaciones recibidas. De igual forma las Peticiones corresponden a un porcentaje del 0%, para sugerencias corresponde el 3% y para finalizar las Denuncias corresponden al 4% del total de PQRSD del trimestre.

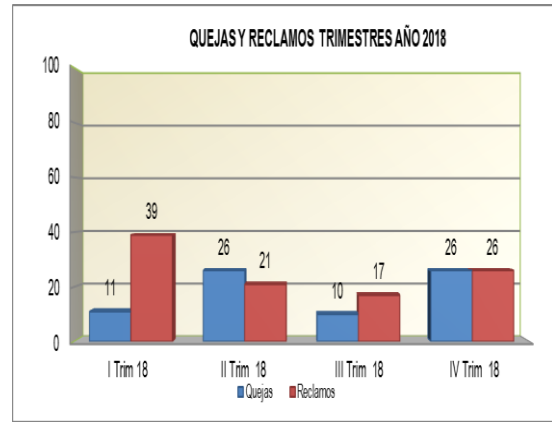
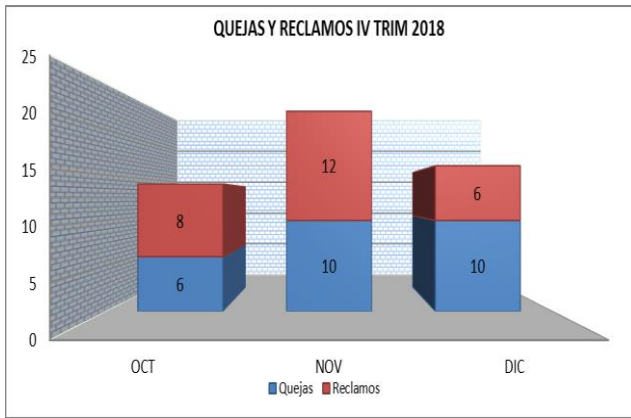
Quejas y Reclamos Recibidas

QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018														
Quejas y Reclamos	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
Quejas	3	3	5	8	8	10	2	0	8	6	10	10	73	41%
Reclamos	5	24	10	12	6	3	6	3	8	8	12	6	103	59%
TOTAL	8	27	15	20	14	13	8	3	16	14	22	16	176	100%

COMPARATIVO TRIMESTRE 2018								
Quejas y Reclamos	I Trim	%	II Trim	%	III Trim	%	IV Trim	%
Quejas	11	22%	26	55%	10	37%	26	50%
Reclamos	39	78%	21	45%	17	63%	26	50%
TOTAL	50	100%	47	100%	27	100%	52	100%

Fuente: Base de Datos PQR

SD Cliente Interno 2018

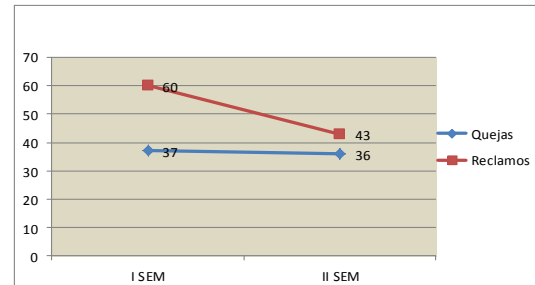


Se observa que para el IV trimestre del 2018 de 71 PQRSD, las quejas y reclamos corresponden a 52 peticiones recibidas, donde se observa que tanto los reclamos como las quejas aumentaron comparado con los tres trimestres anteriores y son el mayor porcentaje de insatisfacción manifestada por los colaboradores y funcionarios con un total de 26 reclamos donde se aumentan en 16 reclamos comparado el III trimestre del 2018. Los reclamos aumentan debido a la dificultad con el servicio de alimentos.

El total de las quejas fue de 26, donde se aumentan en 9 quejas comparados el trimestre anterior. Las quejas aumentaron debido a las fallas de comunicación interna entre los colaboradores.

Comparativo Semestres Quejas y Reclamos 2018

COMPARATIVO SEMESTRES 2018				
CLASIFICACIÓN	I SEM	%	II SEM	%
Quejas	37	38%	36	46%
Reclamos	60	62%	43	54%
TOTAL	97	100%	79	100%



Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2018

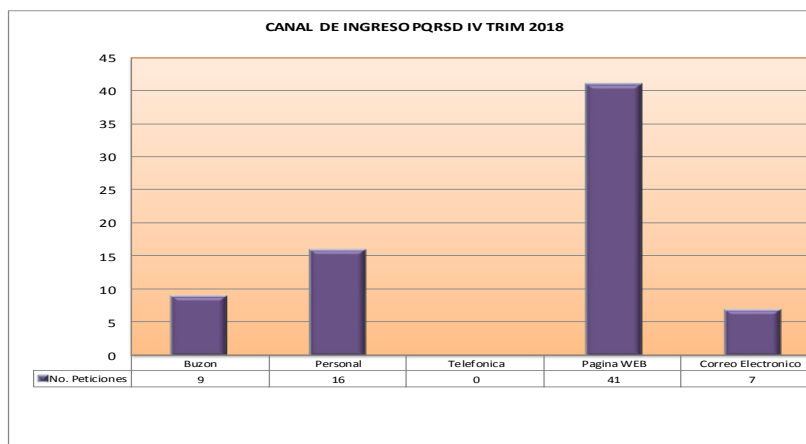
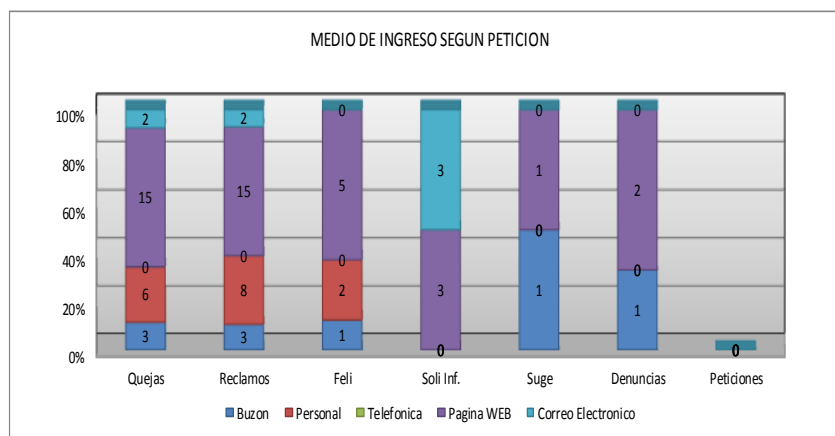
Se observa que para el año 2018 se recibió un total de 176 Quejas y Reclamos, en cuanto a la distribución total del 100%, el 55% corresponde al I Semestre donde se refleja el 62% (60) a Reclamos debido a las dificultades presentadas por las empresas temporales, las Quejas corresponden al 38% (37) del total recibido en este I Semestre por las fallas de comunicación interna entre los colaboradores.

Entre el I y II Semestre se ve reflejada una disminución del 10% del total de Quejas y Reclamos recibidos ya que para el II Semestre los reclamos disminuyeron en un 7% (43) debido a la mejora con las fallas de la empresa temporal, pero cabe resaltar que para este Semestre se presentaron Reclamos debido a la dificultad con el servicio de alimentos.

Las Quejas recibidas reflejan un comportamiento no muy variable

CANAL DE INGRESO PQRSD IV TRIM 2018					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefonica	Pagina WEB	Correo Electronico
Quejas	3	6	0	15	2
Reclamos	3	8	0	15	2
Feli	1	2	0	5	0
Soli Inf.	0	0	0	3	3
Suge	1	0	0	1	0
Denuncias	1	0	0	2	0
Peticiones	0	0	0	0	0
TOTAL	9	16	0	41	7

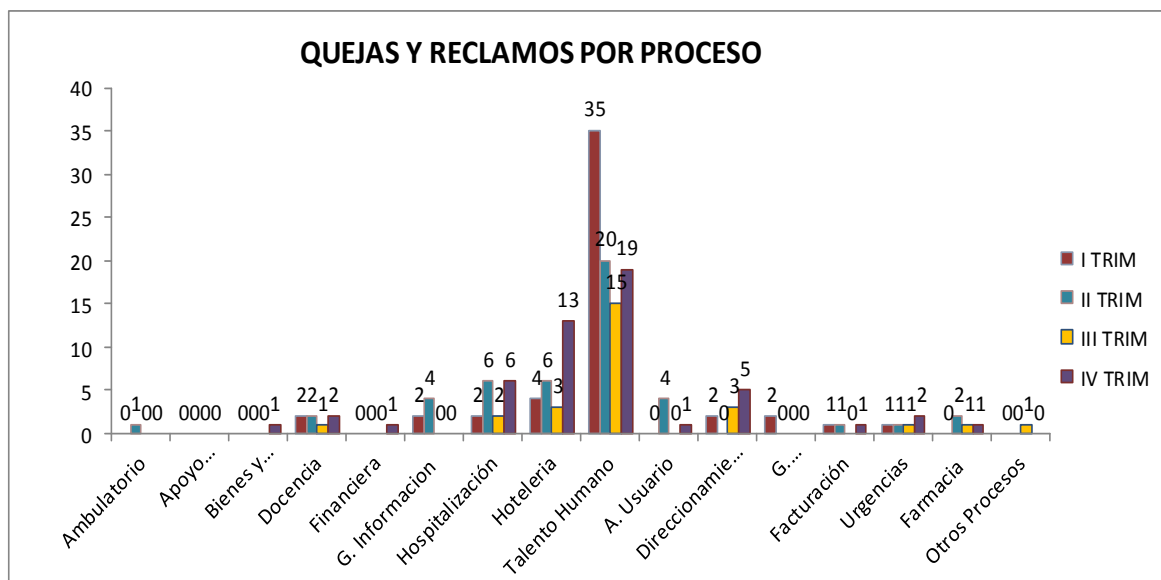
Clasificación de PQRSD por canal de ingreso IV trimestre 2018



De los canales oficiales dispuestos para la recepción de PQRSD se puede observar que en el IV trimestre del año 2018 la Página Web continúa siendo el canal más utilizado con un 89% (41) del total, el aumento de manera Personal

o Verbal con un 35% (16), Apertura de Buzón con el 20% (9) donde se evidencia la participación del cliente interno con el aumento de manifestaciones recibidas a través del correo electrónico

Clasificación de Quejas y Reclamos por Proceso



COMPARATIVO TRIMESTRE 2018								
PROCESOS INVOLUCRADO	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
Ambulatorio	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
Apoyo Diagnostico	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Bienes y Suministros	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Docencia	2	4%	2	4%	1	4%	2	4%
Financiera	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
G. Información	2	4%	4	9%	0	0%	0	0%
Hospitalización	2	4%	6	13%	2	7%	6	12%
Hotelería	4	8%	6	13%	3	11%	13	25%
Talento Humano	35	69%	20	43%	15	56%	19	37%
A. Usuario	0	0%	4	9%	0	0%	1	2%
Direccionamiento	2	4%	0	0%	3	11%	5	10%
G. Infraestructura	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Facturación	1	2%	1	2%	0	0%	1	2%
Urgencias	1	2%	1	2%	1	4%	2	4%
Farmacia	0	0%	2	4%	1	4%	1	2%
Otros Procesos	0	0%	0	0%	1	4%	0	0%
TOTAL	51	100%	47	100%	27	100%	52	100%

QUEJAS Y RECLAMOS POR PROCESO AÑO 2018														
PROCESOS INVOLUCRADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
Ambulatorio	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%
Apoyo Diagnostico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Bienes y Suministros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1%
Docencia	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	7	4%
Financiera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1%
G. Informacion	1	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	6	3%
Hospitalización	1	1	0	2	2	2	0	0	2	1	2	3	16	9%
Hoteleria	3	0	1	1	4	1	0	1	2	2	9	2	26	15%
Talento Humano	2	23	10	13	5	2	5	2	8	6	8	5	89	50%
A. Usuario	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	5	3%
Direccionamiento	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	2	3	10	6%
G. Infraestructura	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2%
Facturación	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	2%
Urgencias	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	5	3%
Farmacia	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	4	2%
Otros Procesos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0%
TOTAL	8	28	15	20	14	13	8	3	16	14	22	16	177	100%

De las quejas y reclamos se observa que de los procesos que más se asocian a este tipo de manifestación es el de Talento Humano (Subdirección Personal – Coltempora), donde en los dos últimos trimestres se da una disminución favorable (II trimestre 43% y III trimestre 56%) frente al I Trimestre con un 69%, del total de quejas y reclamos durante el III trimestre del 2018; esto se debe a las dificultades con los aliados estratégicos, el proceso de Hotelería con el 11% del total de QR y un 7% el proceso de Hospitalización.

2. Ejecución y Calificación de Planes

PLAN	%	OBSERVACIONES
Plan Único de Mejora por Procesos PUMP	100%	Para el Último seguimiento, se trasladaron 4 Hallazgos que se encontraban de igual manera en el PAMEC; así entonces, el fortalecimiento del proceso de Talento Humano, del Programa de Salud y Seguridad en el Trabajo, el ajuste de los perfiles y funciones de todos los empleos, y el análisis de capacidad, dejaron de hacer parte del PUMP. Finalmente, se da cierre a este plan, completando la actividad numero 1 (Actualización Caracterización). Para un cumplimiento del total de las actividades propuestas para la Vigencia
Plan Acción en Salud PAS	92%	De acuerdo a la meta de producto Colaboradores con desarrollo de competencias hacia la humanización del servicio, independiente del tipo de contratación (BOGOTÁ) proyectada en el PAS 2018 a cargo de la subdirección Desarrollo Humano, se obtuvo un resultado de la meta proyectada para el Año 2018 del 49% según indicador. Dadas las modificaciones, el apoyo de las empresas contratistas y la disposición del personal, varias de las capacitaciones planteadas al inicio de la vigencia, fueron fusionadas con otras que en base tuvieron la misma corriente de los temas a tratar. Por ejemplo, Liderando me lidero, recibió las solicitudes de capacitación de Coaching, Servicio al Cliente, Humanización en la prestación de servicios de salud, servicio al cliente, PNL, entre otras. Así, al final de la vigencia quedaron propuestas y ejecutadas las anteriormente presentadas en esta tabla, y en la última versión del cronograma de ejecución del PIC.

		De igual manera las dos capacitaciones no realizadas, no fueron posibles dados sus elevados costos. Así entonces, no puede ser soportada por el rubro del comité de capacitación y educación continuada al no ser destinada en su totalidad para personal de planta, y de igual manera, las empresas contratistas no pudieron apoyar la participación de dicha cantidad de colaboradores.
Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud PAMEC	91%	Cumplimiento representativo de los hallazgos para la vigencia 2018. Quedan priorizados para la vigencia 2019: Contratar estudio de suficiencia del talento humano con cargas laborales, .Analizar los resultados de la encuesta de Clima y cultura organizacional y definir las acciones a lugar - socializar los resultados y definir las acciones pertinentes, Documentar y socializar manual de atención a segunda víctima - Hacer seguimiento a los colaboradores identificados para evaluar la aplicación de los lineamientos del manual.
Plan Anticorrupción	-	<p>Estas fueron las actividades adelantadas para dar cumplimiento a las acciones propuestas en el Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano:</p> <p>Numeral 4.7 Capacitación al Talento Humano en los siguientes temas: 1. Cultura del Servicio. 2. Servicio al Cliente. 3. Humanización del Servicio. 4. Comunicación asertiva y demás temas relacionados a grupos prioritarios (personal médico, enfermería, facturadores, Secretarias, orientadoras e informadoras y de vigilancia):</p> <p>a. Liderando me lidero “ Más corazón en nuestras manos”</p> <p>Inicio: 18/06/2018 Fin: 11/12/2018</p> <p>b. Comunicación asertiva y efectiva en equipos de trabajo – SENA</p> <p>Inicio: 05/07/2018 Fin: 11/12/2018</p> <p>c. Servicio al Cliente – SENA Inicio: 31/08/2018 Fin: 14/09/2018</p> <p>d. Desarrollo de la Inteligencia Emocional en lo personal y laboral – SENA Inicio: 03/10/2018 Fin: 17/10/2018</p> <p>Numeral 4.8 Mantener estrategias definidas en el programa de incentivos para destacar el desempeño de los servidores en relación al servicio prestado al ciudadano, se realizaron actividades de:</p> <p>a. FELICITACIONES PQRSDF: 27/07/2018, 03/08/2018, 16/11/2018. b. RUTA DE LA ACREDITACIÓN: 24/10/2018 – 26/10/2018</p> <p>Numeral 5.4 Publicación Información sobre Contratación Pública - Subdirección de Personal: Se adjunta soporte de publicación de los Contratos y actas de adición y prórroga de los contratos suscritos con la Empresa de Servicios Temporales, Cooperativa de Trabajo Asociado y Coordinación de la Unidad Funcional Zipaquirá. Link: http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=11718</p> <p>Numeral 6.1 Elaborar el Código de integridad y Buen Gobierno.</p>

		Se elaboró la Resolución 526 de 2018, por medio de la cual se deroga en todas sus partes la Resolución 337 de 2014 (Código de Ética) y se adopta el Código de Integridad para la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.
Modelo Estándar de Control Interno MECI	-	De las 7 Actividades correspondientes a la Subdirección de Desarrollo Humano, se logró avanzar en el porcentaje de implementación del modelo estándar de control interno de para la vigencia 2018 de acuerdo al indicador establecido para el plan de acción del MECI.
Evaluación por Dependencias	-	<p>Las evidencias de las actividades de mejoramiento fueron entregadas para un total de 14 Actividades. Para destacar, encontramos la actividad de Riesgo Psicosocial, donde se ha adelantado diferentes acciones con el fin de prevenir, mitigar e intervenir el Riesgo Psicosocial a sus trabajadores y mejorar las condiciones tanto de salud física como de salud mental dentro de las que se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de Bienestar: se realizan diferentes actividades que contribuyen a generar mejoramiento en la calidad de vida de los trabajadores, de los ambientes laborales, también se tienen contemplados diferentes incentivos que contribuyen a generar motivación laboral en los diferentes procesos del Hospital. 2. Capacitaciones: se incluyen diferentes temas de capacitación dentro de los cuales se encuentran; manejo de estrés, prevención del síndrome de Burnout, trabajo en equipo, comunicación asertiva, resolución de conflictos, humanización en los servicios de salud, motivación y liderazgo, relaciones interpersonales, riesgo psicosocial, manejo del cambio, seguridad basada en comportamiento, prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, inteligencia emocional, administración adecuada del tiempo, proyecto de vida, entre otros temas importantes para el proceso. 3. Atención psicológica a las personas en proceso de readaptación laboral: La atención psicológica para este proceso tiene como objetivo determinar el nivel de aceptación de los trabajadores, determinar los principales factores de Riesgo Psicosocial que tienen los trabajadores en su etapa de readaptación como también establecer los factores protectores en las diferentes áreas donde se desempeñan los trabajadores. 4. Centro de escucha: Se encuentra en implementación el servicio psicológico para los trabajadores con el fin de mitigar los factores de riesgo psicosocial extra laboral y brindar una atención inicial de orientación a los diferentes casos de consulta. 5. Se tiene contemplada la aplicación de la batería de Riesgo psicosocial para realizar diagnóstico y monitoreo de los factores de riesgo psicosocial y posteriormente hacer la intervención en aquellos factores que tengan un resultado alto 6. Medición del Cansancio laboral: los trabajadores aplicaron el instrumento de medición de la fatiga laboral donde se pudo determinar como factor protector el tiempo fuera del trabajo determinando que los trabajadores cuentan con el tiempo suficiente para realizar diferentes actividades extra laborales como recreación, capacitación, labores propias del hogar, otras actividades económicas. Algunas de las sugerencias luego de realizar la medición fueron promover hábitos de vida saludables, mejorar la higiene del sueño y uso adecuado del tiempo libre. 7. Se elabora Programa de Vigilancia Epidemiológica del riesgo Psicosocial dando respuesta a la intervención, prevención y diagnóstico de los Factores de Riesgo Psicosocial referidos en la Resolución 2646 de 2008, con el fin de preservar la salud física y mental de los trabajadores del Hospital.

3. Gestión del Riesgo

Se presenta los riesgos correspondientes al proceso, haciendo salvedad en que ningún de estos se ha materializado, y se le ha dado seguimiento a las acciones específicas de mejoramiento.

El mapa de riesgos que actualmente se encuentra publicado en la Intranet se encuentra desactualizado, aunque el Subdirector de Desarrollo Humano ya ha enviado el que aquí se presenta para su actualización.

De esta manera el proceso se encuentra en espera de gestión para su publicación por parte de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad., ya que dicho mapa se ha reportado el 25 de enero del 2018, reiterado 31 de julio, 29 de agosto, 26 de Noviembre y 8 de Enero de 2019; y no se ha logrado obtener respuesta, se requiere realizar la actualización de éste de manera prioritaria.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO									
PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA PRIORIZADA	TIPO DE ACCIÓN	ACCIONES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR
Gestión del Talento Humano	GESTIÓN DEL RIESGO	Violar procesos de selección en beneficio de terceros	Verificar el cumplimiento de los perfiles en las nuevas vinculaciones	AP	1. Adjuntar el perfil a la requisición del talento humano 2. Aplicar el formato de verificación de competencias	Permanente	Requisición de talento humano con perfil adjunto Formato diligenciado de verificación de competencias	Subdirector Desarrollo Humano Subdirector Personal	# verificación de cumplimiento de perfiles / # personas vinculadas *100
	GESTIÓN DEL RIESGO	Realizar pagos en nómina no justificados o valores a los cuales no se tiene derecho	Realizar auditoría a las novedades de nómina y a la pre-nómina	AP	1. Realizar cronograma de auditorías de nómina 2. Registrar los fallos de nómina para control.	Mensualmente	Informe de auditoría de nómina Informe de reporte de fallos de nómina	Subdirector Personal	# de actividades ejecutadas del cronograma de auditorías de nómina / # actividades programadas cronograma de auditorías de nómina*10



Plan anual de trabajo:

Teniendo en cuenta la normatividad marco, Resolución 1111 de 2017 por medio de la cual se establecieron los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo el plan de trabajo propuesto para el año 2018 se ejecutó en un 90%.

En otros avances se mostró el fortalecimiento del equipo con técnico, médico y psicóloga especialistas en salud laboral por parte de la entidad, permitirá mayores avances en 2019.

Prevención y promoción de los riesgos laborales:

Se actualizó el sistema de vigilancia epidemiológica de radiaciones ionizantes, y se documentaron los programas de riesgo biológico (respiratorio y por contacto de secreciones), cardiovascular, osteomuscular, psicolaboral y químico con el fin de abordar los principales riesgos priorizados en el hospital. Durante 2019 se revisaran técnicamente su paso a sistemas de vigilancia epidemiológica.

Se realizan actividades y promoción de hábitos de vida saludable entre las cuales se encuentran actividades de recreación y bienestar, anualmente se realizan las titulaciones y vacunación de hepatitis B (incluyendo todos los tipos de contratación), se ha implementado el programa de pausas activas puesto a puesto y se ha retroalimentado con el acompañamiento de COLSUBSIDIO.

Actualmente la entidad cuenta con una política de no consumo de psicoactivos y una resolución y circular que prohíben el consumo de cigarrillo a 200 metros del hospital específicamente, lo cual está contemplado y fortalece el estándar de ambiente físico de la acreditación.

En convenio con la COLSUBSIDIO se realizaron los Exámenes médicos ocupacionales, 95 funcionarios acudieron a Colsubsidio a realizarse el examen, y 30 no acudieron a la citación, actualmente se notificó para antes de finalizar el mes de enero se acerquen antes que se cierre el contrato a realizar su examen. Los trabajadores de riesgo cardiovascular tanto en exámenes como en consulta fueron atendidos en la institución con el médico especialista en salud laboral del HUS.

Se elaboró con el apoyo del médico y la Psicóloga especialista en Salud Ocupacional los perfiles de cargo de todas las personas contratistas y los profesiogramas de la entidad, los mismos están apoyando todo el proceso de readaptación de más de 45 trabajadores.

Comité de seguridad y salud en el trabajo COPASST:

Conformación COPASST: El Comité Paritario de Salud Ocupacional interno se encuentra vigente. Mediante resolución 522 de 2017 del 20 de diciembre de 2017, se conformó, se reúne por norma mensual, y con contratistas cada dos meses.

Capacitación COPASST / Vigía: Se ha contado con el acompañamiento de la ARL POSITIVA

El comité presentó su informe de rendición de cuentas en el mes de diciembre de 2018.

Comité de Convivencia Laboral:

Mediante resolución 230 del 22 de mayo de 2018, se conformó el comité de convivencia laboral vigencia 2018, reuniones según requerimiento de las cuales se realizaron sus respectivas actas. El comité presentó su informe de rendición de cuentas en el mes de diciembre de 2018.

Como actividad de promoción y prevención se están adelantando un centro de escucha en coordinación con la subdirección de enfermería (sin importar el tipo de vinculación). Así mismo, como apoyo a las actividades de readaptación se viene haciendo acompañamiento individual de casos de readaptación laboral lo cual contribuye a mejores ambientes laborales.

Durante el mes de Noviembre y diciembre de 2018, con el apoyo de estudiante de la universidad nacional en convenio con la ARL se aplicó encuesta de cansancio laboral para trabajadores que tienen atención directa de pacientes de los colaboradores del Hus Bogotá y Zipaquirá, está pendiente el resultado final que busca ser como hospital universitario piloto en la investigación del sector.

Participación de los trabajadores y comunicación de partes interesadas:

Existen 9 carteleras en los 6 pisos del edificio asistencial, así como en locker y comedor y una en el primer piso del edificio administrativo. En los computadores de los pisos y previas socializaciones se encuentra el número de extensión de salud y seguridad en el trabajo, el nombre de las encargadas y el correo electrónico. Los trabajadores participan activamente y esto unido a las rondas de inspección nos permite hacer presencia activa en la institución.

Responsabilidades de los colaboradores:

Fueron entregadas a los colaboradores y reposan en la hoja de vida de los mismos, así mismo fueron ajustados en los perfiles de cargo para dar cumplimiento a la norma.

Capacitación de seguridad y salud en el trabajo:

Programa Capacitación se aplica a todos los funcionarios del HUS sin discriminar tipo de contratación.

Se realiza capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - SG - SST, actividades de Promoción y Prevención: el equipo de SST actualmente participa en las jornadas de inducción programadas por el HUS, así mismo realiza socialización a todos los colaboradores y contratistas que ingresan a la institución.

Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - SG -SST deben cumplir con curso (50 horas) del sistema, para lo cual se inscribió al equipo de SST e integrantes del COPASST en la página de nuestra ARL Positiva.

Control documental:

El control documental del SG-SST se realiza de acuerdo a las normas de la entidad, actualmente, se tiene la custodia de Historias ocupacionales la cual está a cargo del médico especialista contratado por la entidad para dar cumplimiento a la resolución 2346 de 2007, se elaboraron todos los procedimientos y protocolos de custodia de historias clínicas ocupacionales.

Indicadores del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo:

Por requerimiento del SGSST se deben realizar mediciones del avance del SGSST en el HUS el cual ha sido el siguiente:

2017	66%
2017	82%
2018	86%

Las mediciones son realizadas de manera conjunta con la ARL POSITIVA quien certifica año a año la implementación del sistema. Durante el 2018 se realizó la primera auditoria interna con el acompañamiento de la oficina asesora de planeación y gestión de la calidad.

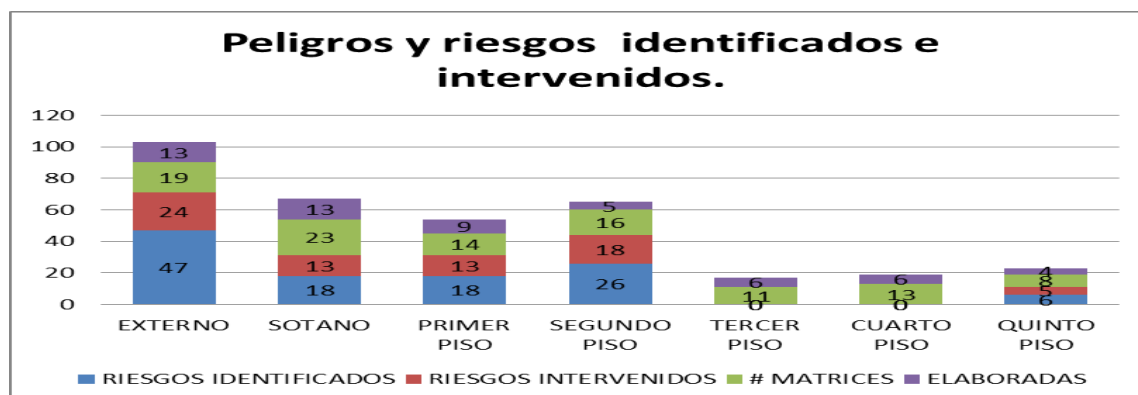
Así mismo, el decreto 1072 nos ordena realizar indicadores de estructura, proceso y resultado los cuales se miden anualmente. Durante el 2018 se dio el siguiente resultado

indicadores SGSST	%
Estructura	64
Proceso	59
Resultado	73

Los indicadores de ausentismo y accidentalidad se presentan mensualmente dentro del área y trimestralmente informes administrativos.

Gestión de peligros y riesgos:

La identificación de peligros se realiza mediante la metodología GTC 45 , en ella se identifican en total de 104 areas, la cuales generan su propia matriz. Se ha revisado y actualizado el 53% de las matrices del hospital, con apoyo de especialistas de la ARL POSITIVA se vienen haciendo cambios en la elaboracion de las mismas ajustando a la norma.



Plan Estratégico de Seguridad Vial – PESV

Durante 2018 Se documentó y aprobó el plan estratégico de seguridad vial que es un requerimiento del Ministerio de Tránsito y Transporte por tener conductores y vehículos para el cumplimiento de las labores de la empresa , el anterior fue asesorado por proveedor externo PRAXO contratado por la ARL POSITIVA, el mismo se radicó en la Secretaria de Movilidad del Distrito y fue aprobado con una calificación del 82%, las observaciones entregadas en el documento serán abordadas para su ejecución por parte del comité de PESV conformado mediante resolución 358 del 30 de agosto de 2018.

Prevención, preparación y respuesta ante emergencias

Se realizó actualización del documento PLAN DE EMERGENCIAS INTERNO Y EXTERNO 01RC01-V3 publicado en la pirámide documental; se conformó el Comité de ayuda mutua (CAM) el cual está conformado por HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, UNIMINUTO (SEDE CAMILIANO), INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, HOSPITAL INSTITUTO MATERNO INFANTIL, FUNDACIÓN SAN JUAN DE DIOS y el INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGO Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER.

En la actualidad el hospital cuenta con 89 brigadistas entrenados y capacitados en control de incendios, búsqueda y rescate, primeros auxilios para intervenir ante cualquier emergencia, durante el año se han realizado dos simulacros a nivel institucional y el Hospital participó activamente en el simulacro distrital, también se actualizo el plan de emergencias institucional con base a la guía para la elaboración de planes hospitalarios del ministerio de salud.

Durante el año 2018 se realizó una práctica en pista de entrenamiento la cual fue coordinada con la ARL POSITIVA y contó con la participación de 30 brigadistas.

El informe de Gestión de emergencias fue presentado por el encargado del PLAN DE EMERGENCIAS INTERNO Y EXTERNO, señor WILLIAN GOMEZ a la Gerencia

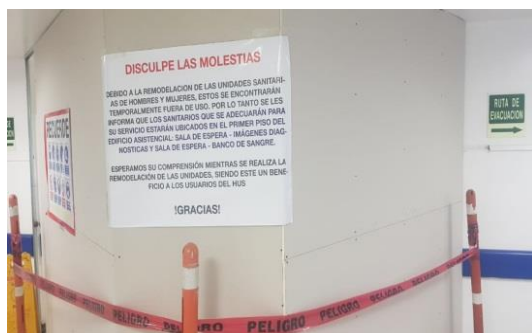
Gestión del cambio:

La norma del SGSST decreto 1072 de 2015 contempla la necesidad de articular las compras de equipos y nuevas tecnologías entre otros de las entidades con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de que se puedan evaluar las necesidades de los trabajadores en estos dos aspectos los cuales son susceptibles de mejorar, con este fin se han iniciado las reuniones con compras y suministros para articular la evaluación de adquisiciones.

Programa de contratación (control contratistas):

Desde el año 2017 se inició el control de contratistas con las 20 SAS, la cual se mantuvo al 2018 en la que se revisó el desarrollo del SGSST de cada una.

Se iniciaron las reuniones con mantenimiento y arquitectura con el fin de implementar los controles de las obras civiles y de arquitectura las cuales a lo largo del 2018 se adelantaron realizando inspecciones y capacitaciones con todos aquellos contratistas que realicen actividades en el HUS





Se adelantaron reuniones con líderes de áreas con el fin de articular actividades que nos permitan evaluar los contratistas.

El formato de evaluación fue elaborado y está pendiente su codificación para entregar a los contratistas e iniciar un mayor control de los mismos.

Auditorías al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo:

Tal y como lo indica el sistema, se adelantó una auditoria con presencia de la oficina de planeación del hospital, la cual se llevó a cabo de manera conjunta con ARL POSITIVA, la calificación de nuestro sistema correspondió al 82%. (Se envió copia a la gerencia por Orfeo).

Investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales:

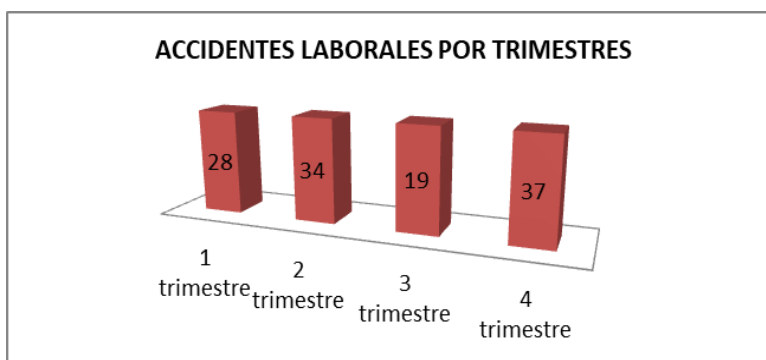
El Reporte de los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral tienen el trámite normativo pertinente, se envía a la EPS semestralmente. Se registran indicadores de ausentismo laboral y accidentalidad en el cual se involucra a los aliados estratégicos, la cual es presentada mensualmente y consolidada en los informes trimestrales, durante 2018 se unificó un formato de reporte con contratistas que facilite la consolidación de datos.

**FRECUENCIA DE ACCIDENTES
SEGUN MESES**

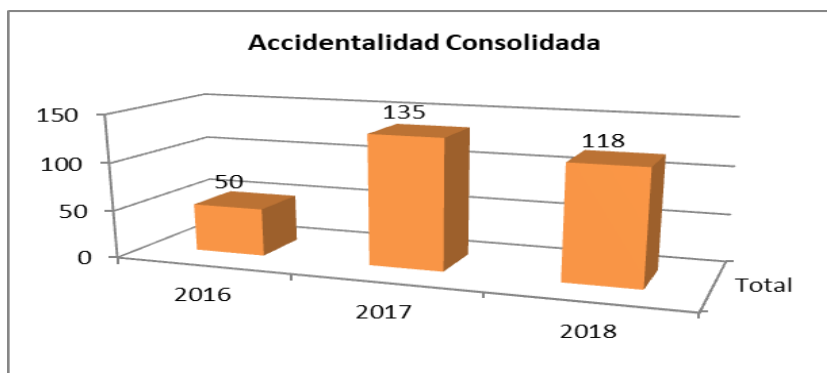
MES	No. AT	%
ENERO	0	0%
FEBRERO	2	17%

MARZO	0	0%
ABRIL	1	8%
MAYO	2	17%
JUNIO	1	8%
JULIO	0	0%
AGOSTO	0	0%
SEPTIEMBRE	2	17%
OCTUBRE	0	0%
NOVIEMBRE	3	25%
DICIEMBRE	1	8%
TOTAL	12	100%

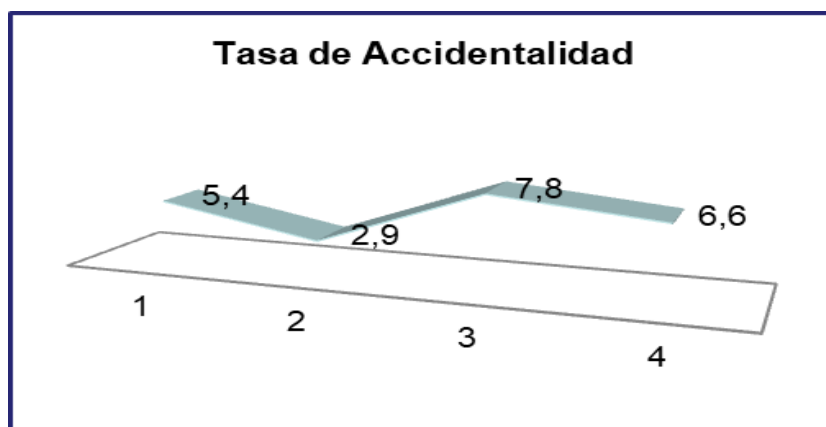
Se realizó investigación de los accidentes de trabajo en un 100%. Frente a los accidentes de trabajo de las empresas contratistas entregan sus informes mensuales en los cuales se analizan los accidentes de trabajo. El comportamiento de la accidentalidad durante el 2018 por trimestres correspondió a:



La accidentalidad consolidada de los últimos años ha sido la siguiente.



En el 2018 se observa disminución de la accidentalidad de los colaboradores del HUS; gracias al fortalecimiento de las capacitaciones en torno a la prevención de accidentes Laboral (AL) con acompañamiento presencial de la ARL Positiva. Mensualmente se recibe la información a Contratistas, logrando en la actualidad la totalidad de los registros de accidentalidad y dentro de las actividades de cada empresa está el seguimiento y asesoría de cada ARL situación que hasta hace años no se monitoreaba constantemente.



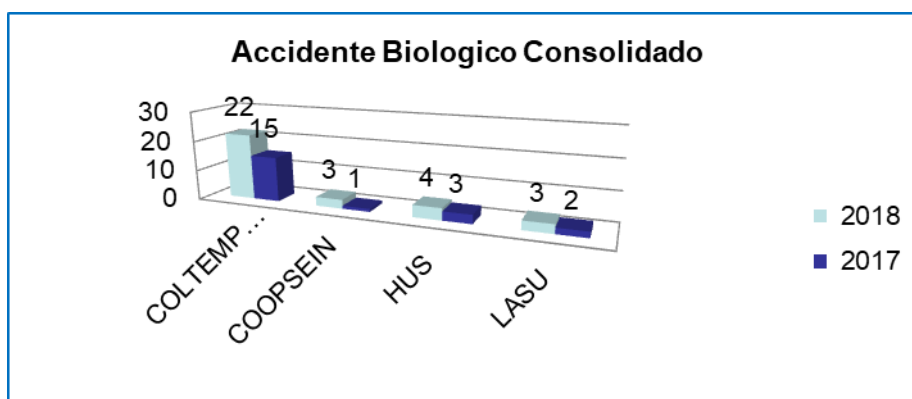
La tasa de accidentalidad ha disminuido dada la fortaleza que representa el trabajo conjunto con las empresas contratistas.

ACCIDENTE BIOLÓGICO

Frente a los accidentes biológicos se presentó un incremento respecto del año anterior.

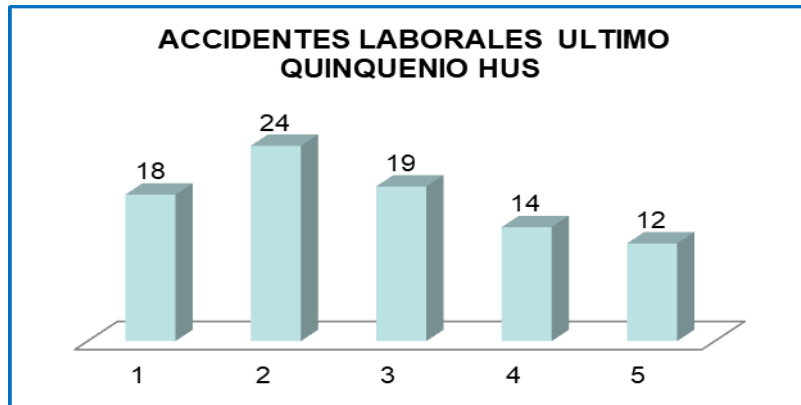
La mayor accidentalidad en el HUS responde a condiciones de seguridad sin embargo, frente a la accidentalidad de origen biológico en el 2017 se presentaron 21 casos, en el 2018 se presentan un total de 32 eventos los cuales fueron cerrados por las diferentes ARL (seguimiento que esta a cargo de cada empresa). Se considera que algunas causas son: Alta rotación de personal y dificultades en adherencia a procedimientos, la mala segregación entre otros. Para 2019 se realizará seguimiento a casos y empresas con el fin de constatar acciones preventivas y correctivas que están a su cargo.

El compromiso de las empresas se ejecutó con evidencias de la capacitación e inspección permanente la cual debe ser reportada y sustentada a seguridad y salud en el trabajo.

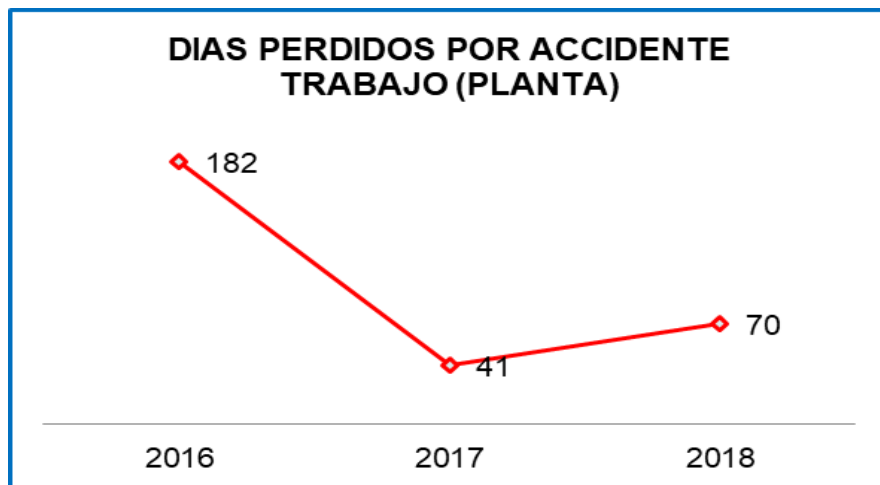


HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA PERSONAL PLANTA

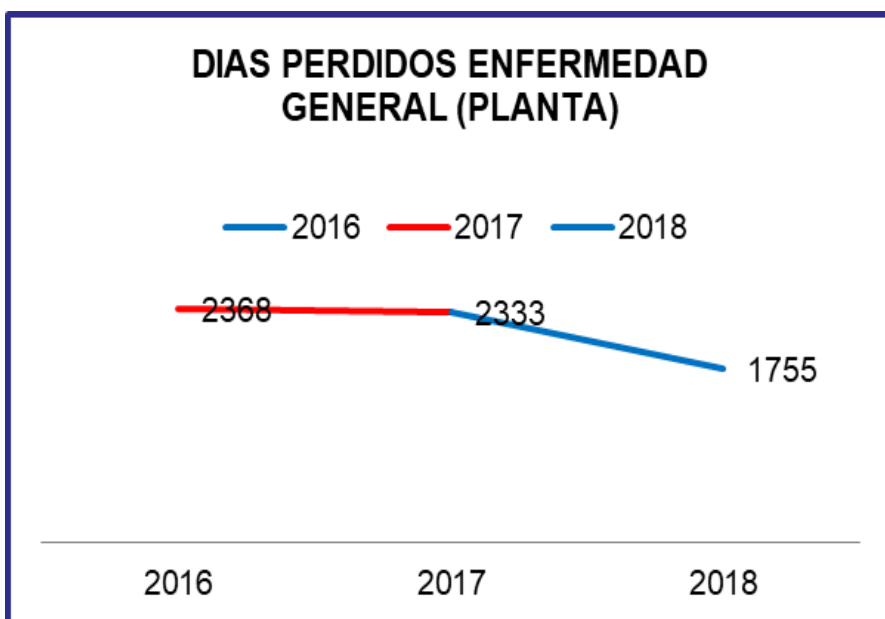
Dando cumplimiento al SGSST se establecen indicadores del personal de planta.



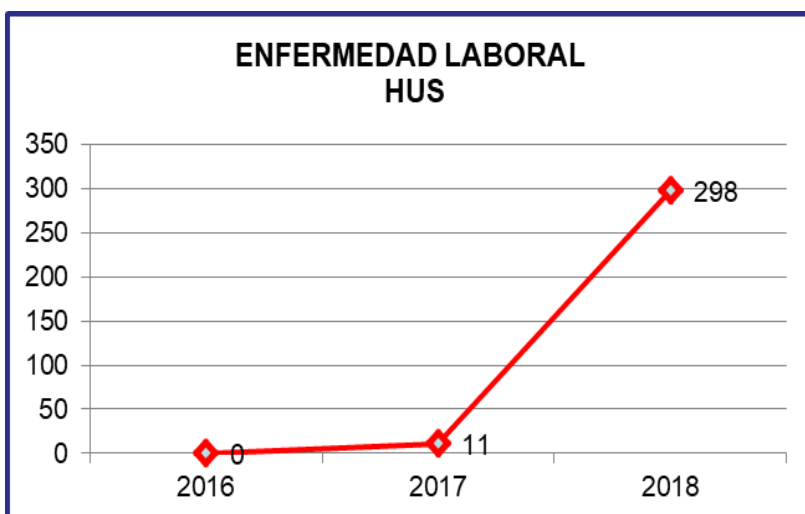
Los accidentes laborales en la planta del HUS han venido en disminución los últimos tres años. La implementación del SGSST ha venido fortaleciendo la promoción y prevención de accidentes y enfermedad laboral.



El incremento de días perdidos por accidentes laborales se vio afectado por un evento presentado a una colaboradora en actividad de incentivos laborales en club de la caja de compensación COLSUBSIDIO.



Los días perdidos por enfermedad general han disminuido, el programa de medicina preventiva y del trabajo ha fortalecido el manejo de sintomatologías en sus diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica.



Hasta la fecha se han calificado 15 enfermedades laborales en el HUS de las cuales el 100% son de origen osteomuscular. (Calificadas).

Acciones correctivas y preventivas:

Ejecución de acciones preventivas, correctivas y de mejora de la investigación de Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, se informan durante los COPASST y se elevan a las instancias pertinentes utilizando herramientas como la mesa de ayuda.

Mejora continua al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo:

Para la mejora continua, se deberán entre otras definir acciones de Promoción y Prevención con base en resultados del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - SG -SST. Lo anterior se realizara con los diferentes comités para el plan de trabajo de 2019.

Revisión gerencial

Se adelantarán Reuniones gerenciales durante el 2019 con el fin de que sea socializado el desarrollo del SGSST la misma será programada con los representantes de COPASST, CONVIVENCIA, BRIGADAS Y SGSST.

b. Capacitación y Educación Continuada

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Capacitación y Educación continuada código 01TH01-V1 el cual tiene como objetivo general mejorar habilidades y competencias a los colaboradores que permitan un mejor desempeño en las labores habituales de los colaboradores enmarcado en el direccionamiento estratégico.

Es así que se definió la matriz de necesidades de capacitación para la definición del programa de capacitación de la presente vigencia, relacionando todos los aspectos fundamentales de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana como Modelo de Atención, Ejes Evaluativos de Acreditación, Principios, Valores, Competencias.

Para el desarrollo de estas necesidades de capacitación algunas se han realizado a través de auto capacitaciones, y otras con apoyo del SENA, ESAP, Fondos de Pensiones, Educación Médica, DANE, Superintendencia de Industria y Comercio y con entidades privadas con previa aprobación y respaldo del Comité de Capacitación y Educación continuada.

A 30 de Diciembre de 2018 se hizo cierre de vigencia con 188 actividades, incrementando así de manera importante la cantidad de capacitaciones a realizar para la vigencia; pues aunque, para el mes de noviembre se contaba con 199 programadas, varias de estas fueron añadidas a una sola capacitación para realizar una formación que lograra impactar a varios grupos de interés. Por ejemplo: con el programa liderando me lidero, se añadieron las solicitudes para coaching, servicio al cliente, comunicación asertiva, humanización prestación de servicios de salud.

Respecto a las anteriores vigencias si comparamos 2017 – 2018, encontramos que para la primera vigencia se ejecutaron 105 capacitaciones y para el presente año se ejecutaron 169, mostrando un crecimiento del 59%. De esta manera el programa ha ampliado su cobertura, y se espera que este crecimiento se mantenga constante y/o crezca durante las próximas vigencias.

Cabe resaltar el trabajo que se ha adelantado desde el Comité de capacitación y educación continuada, que en cabeza de la Dra. Diana Margarita García desde el Mes de Marzo hasta Agosto, aprobó la realización de 13 solicitudes remitidas al comité, en temas cruciales como Gerencia del Servicio, VIII Congreso Nacional del derecho

Disciplinario, Maestría en Educación Médica, Maestría en Bioética, XI Encuentro Nacional de Investigación en enfermedades infecciosas, Mérito y transparencia como instrumento de desarrollo regional, entre otros.

Así entonces, el programa de capacitación viene en crecimiento, intentando dar alcance a más personal del HUS Bogotá y la UFZ. De igual manera se trabaja de manera importante en el programa de capacitación LIDERANDO ME LIDERA “Más corazón en nuestras Manos”, que capacitó a 350 colaboradores de las dos sedes, en temas de liderazgo, inteligencia emocional y humanización del servicio. Sin duda uno de los proyectos más ambiciosos que se han gestionado desde la Subdirección y que en este caso contaron con el indispensable apoyo de la Gerencia y Educación Médica. El proceso culminó el 11 de Diciembre de 2018.

De esta manera, el programa de Capacitación y Educación continuada ha direccionado sus necesidades hacia los ejes de la acreditación; así mismo la cantidad de capacitaciones por eje para este primer semestre han sido:

	REALIZADAS	PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA	% CUMPLIMIENTO POR EJE
SEGURIDAD DEL PACIENTE	53	59	90
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	14	14	100
ENFOQUE DE RIESGOS	39	49	80
GESTION DE LA TECNOLOGIA	8	10	80
HUMANIZACION EN LA ATENCION	13	13	100
MEJORAMIENTO CONTINUO	1	1	100
RESPONSABILIDAD SOCIAL	18	18	100
TRANSFORMACION CULTURAL	23	24	96
	TOTAL REALIZADAS	TOTAL PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA	% CUMPLIMIENTO PARA LA VIGENCIA
TOTAL	169	188	90

Como se puede evidenciar, a la fecha 30 de Diciembre se ha cumplido con el 90% de las capacitaciones del año, haciendo salvedad que las que no fueron realizadas en su mayoría por temas de costos.

Así entonces se buscará en la vigencia 2019, lograr mayores aliados estratégicos y convenios que permitan el desarrollo y ejecución sin contratiempos de la totalidad del cronograma.

c. Bienestar Social Laboral e Incentivos

➤ Bienestar

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Bienestar Social Laboral en Incentivos código 01TH02-V1



Para la presente vigencia, contempló realizar 87 actividades dentro del cronograma del programa, su cumplimiento para ese periodo fue del 100%.

Para el segundo trimestre se respetó la planeación anual del programa dejando las 87 actividades inicialmente propuestas; Sin embargo, se realizaron 6 actividades adicionales, mostrando la flexibilidad del programa para adaptarse a las necesidades de los colaboradores.

Así entonces, se celebraron adicionalmente:

- Torneo Interempresas Colsubsidio - 7 de Abril - En Curso
- Día de La Niñez - Inicio: 27 de Abril - 27 de Abril
- Día del Docente - Inicio: 12 de Mayo Fin: 12 de Mayo
- Día de la Madre - Inicio: 16 de Mayo Fin: 16 de Mayo
- Transmisión Partidos Colombia Mundial Rusia - Inicio : 19 de Junio / 28 de Junio Fin: 19 de Junio / 28 de Junio
- Concurso : "La Oficina Mundialista" - Inicio: 28 de Junio Fin: 19 de Julio

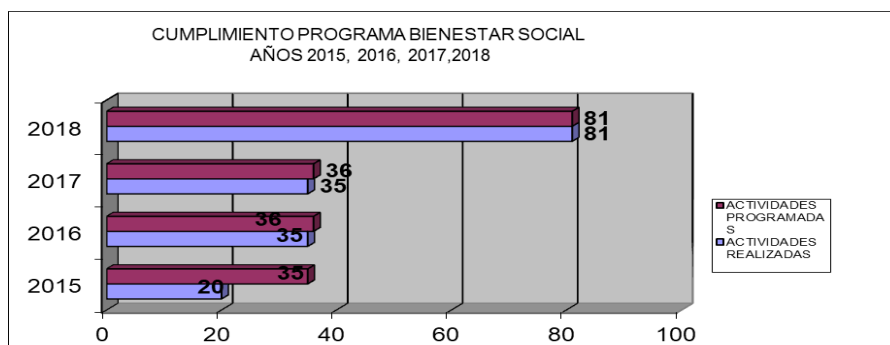
Se celebraron entonces las siguientes actividades para la vigencia 2018,

2018		
JORNADA	ASISTENTES	POBLACION
Celebración Día del contador	10	10
Día internacional de la Mujer	464	1282
Campeonatos internos	514	800
Día de la secretaria	45	45
Día del bacteriólogo	19	19
Día de enfermería	415	530
Día del estadista	10	10
Despedida Médicos Internos	109	110
Día del abogado	10	15
Día del economista	5	5
Celebración Día de Servicios Generales	105	120
Día del Periodista y Comunicador Social	8	8
Condolencias	15	15
Torneo Interempresas Colsubsidio	34	34
Día de La Niñez	38	38
Día del Docente	66	66
Día de la Madre	320	320
Transmisión Partidos Colombia Mundial Rusia	65	65

Concurso : "La Oficina Mundialista"	96	96
Día Del nutricionista	10	15
Día del Ingeniero	30	36
Día del Químico Farmacéutico	9	9
Celebración Cumpleaños funcionarios	646	800
Celebración Cumpleaños funcionarios UFZ	100	150
Día del Odontólogo	15	15
Día del archivista	8	8
Día del tecnólogo	350	400
Día trabajador social	10	12
Día Nacional del Administrador Público	1	1
Día del instrumentador	25	30
Día del arquitecto	1	1
Día del administrador de empresas	150	200
Día radiología	15	20
Día del psicólogo	10	12
Día del Médico	650	650
Día del Fisioterapeuta	38	38
Celebración fin de año funcionarios	1368	2012
Novenas Navideñas	250	250
Concurso de pesebres 2018	40	40
Total	6074	8287

ASISTENTES	6074
CITADOS	8287

A la corte de vigencia se ha realizado 100% de las actividades planeadas para el año. De esta manera, la Subdirección de Desarrollo Humano hace su mejor esfuerzo por ser objetivo y cubrir por completo con cada producto elaborado a la población objetivo; Sin embargo, estamos también a merced de la efectividad en la rapidez y asertividad de la información brindada por cada coordinador de personal de las empresas que prestan sus servicios al HUS.



	2015	2016	2017	2018
ACTIVIDADES REALIZADAS	20	35	35	81
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	35	36	36	81
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	57,14	97,22	97,22	100

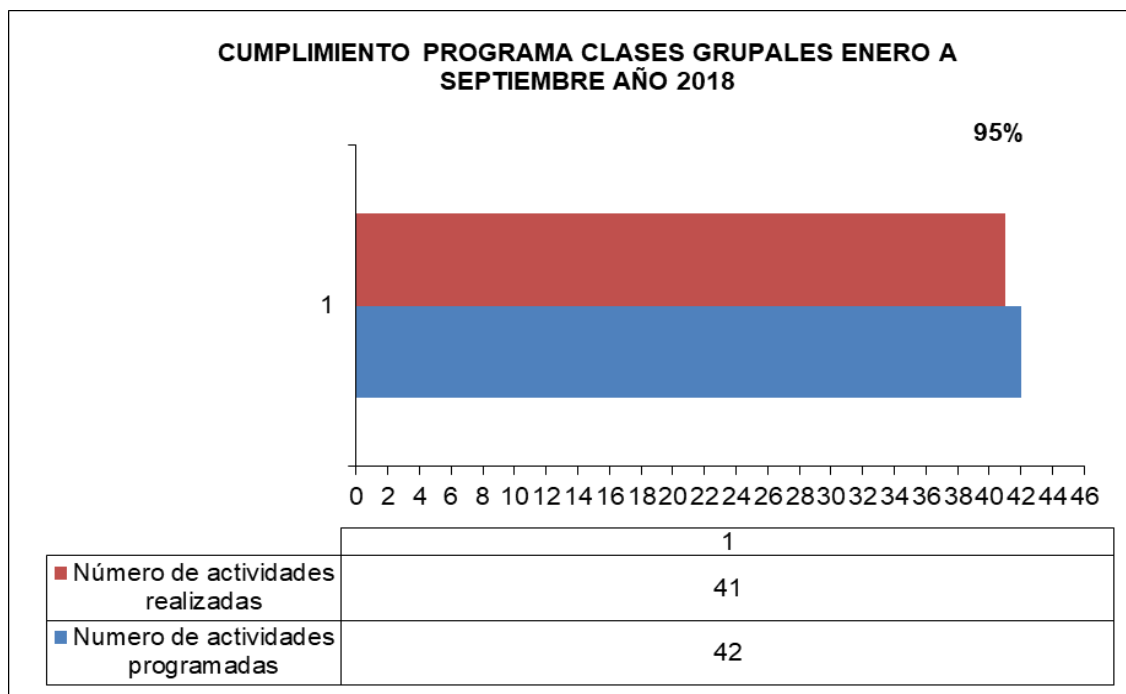
➤ **Clases Grupales**

Adjunto al programa de Bienestar se dedicó una línea de atención a salud y calidad de vida de los colaboradores, articulada con la caja de compensación Colsubsidio, la cual dedica todos los días viernes una hora para realizar actividades físicas que ayuden al buen desarrollo mental y físico de los funcionarios del Hospital. Sin importar su empresa contratista, o su sede.

Se definió una planeación de las clases que dio inicio con su primera actividad el 02 de Marzo del presente año, y que va hasta el 28 de Diciembre. Se realizaron 41 clases de Zumba Aeróbica. A partir del mes de junio se alternaron las clases entre Aerotono, Stretching, AerofitnessDanzika, PCA, Salsa Caleña, Bachata, FullBox, Rumba - Healthy Dance, Acondicionamiento Físico, Danza aeróbica, Tae Bo, Merengue Y Salsa Cubana.

Adicionalmente, se le direccionó a esta línea del programa hacia las actividades de prevención contra la fatiga laboral, articulándose con seguridad y salud en el trabajo para aprovechar el desarrollo de estas actividades y dándoles un nuevo enfoque.

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA			
Número de actividades programadas	42	95%	Se realizó 95% del total de las actividades del año
Número de actividades realizadas	41		



Actualmente se ha dado cumplimiento al 95% del cronograma, y se trabaja fuertemente en lograr una asistencia masiva a estas clases que resultan indispensables para el buen desempeño laboral y el buen estado mental y físico de los colaboradores. Asistieron 170 personas. La única sesión que no se realizó, fue por inasistencia del personal.

➤ **Incentivos**

El proceso de Desarrollo Humano realiza sus mayores esfuerzos y uno de los limitantes es poder encontrar una estrategia adecuada que llegue a todos los empleados de la empresa al igual que el presupuesto asignado para esta gestión es limitado. Sin embargo a través de una oportuna gestión se ha logrado definir un cronograma de incentivos.

De esta manera, se programaron 3 actividades para esta línea del programa

1. Felicitaciones PQRSD – Piscilago:

Inicio: 27/07/2018

10/08/2018

16/11/2018

Fin: 27/07/2018

10/08/2018

16/11/2018

Las tres fechas correspondientes se realizaron con total éxito, con la asistencia de 120 personas ganadoras del incentivo.

2. Ruta de la Acreditación: Dado que no se ha recibido fecha para la realización de la ruta de la acreditación de la vigencia 2018 por parte de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la Calidad; La fecha fué proyectada basada en fecha de realización del evento en la vigencia 2017.

Inicio: 24/10/2018

Fin: 26/09/2018

3. Premios Sami:
Inicio: 05/12/2018
Fin: 05/12/2018

Cuya realización no pudo efectuarse dado el cumplimiento que debió darse a la Directriz Presidencial 09 del 9 de Noviembre de 2018.

➤ Incentivos

El proceso de Desarrollo Humano realiza sus mayores esfuerzos y uno de los limitantes es poder encontrar una estrategia adecuada que llegue a todos los empleados de la empresa al igual que el presupuesto asignado para esta gestión es limitado. Sin embargo a través de una oportuna gestión se ha logrado definir un cronograma de incentivos.

De esta manera, se programaron 3 actividades para esta línea del programa

1. Felicitaciones PQRSD – Piscilago:

Inicio: 27/07/2018

10/08/2018

16/11/2018

Fin: 27/07/2018

10/08/2018

16/11/2018

Las dos fechas correspondientes a primer semestre se realizaron con total éxito, con la asistencia de 74 personas de las 80 ganadoras del incentivo.

2. Ruta de la Acreditación: Dado que no se ha recibido fecha para la realización de la ruta de la acreditación de la vigencia 2018 por parte de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la Calidad; La fecha fue proyectada basada en fecha de realización del evento en la vigencia 2017.

Inicio: 24/10/2018

Fin: 26/09/2018

3. Premios Sami:

Inicio: 05/12/2018

Fin: 05/12/2018

Cuya realización no pudo efectuarse dado el cumplimiento que debió darse a la Directriz Presidencial 09 del 9 de Noviembre de 2018.

d. Inducción y Reinducción

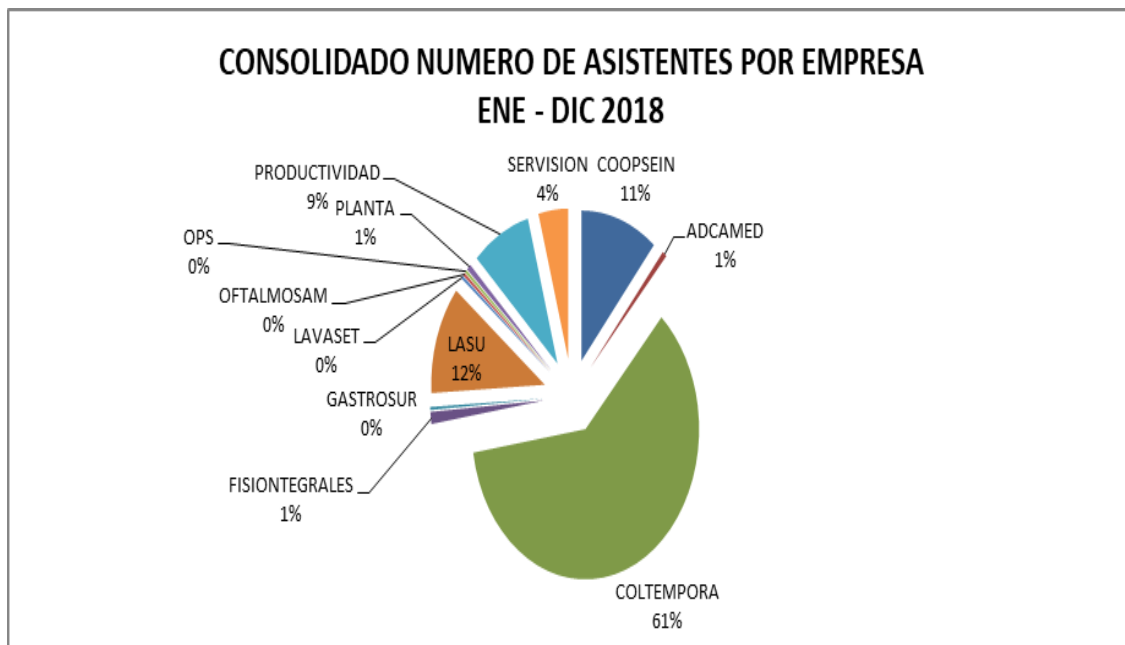
Se realizaron todas las jornadas de inducción programadas, de un total de 22 jornadas programadas, para un cumplimiento 100%. Para las jornadas de inducción para el primer semestre se contó la una participación de 309 colaboradores.

De igual manera, se tomó la decisión de generar un equipo de trabajo enfocado a mejorar el proceso de inducción y reinducción. De tal forma, se han realizado a la fecha dos reuniones con el fin de definir las responsabilidades de cada uno de los capacitadores que hacen parte del proceso, para así poder consolidar una sola forma de trabajo para dicho programa. Adicionalmente, se están recogiendo preguntas por cada proceso para mejorar y actualizar la prueba PRE y POST test. Finalmente, también se está trabajando de la mano de los coordinadores de cada una de las empresas que colaboran con el HUS, para lograr una mayor asistencia del personal.

Así mismo, se definió con el Gerente, El Dr. Javier Mancera, una penalización para aquel colaborador que no haga parte del proceso de inducción, y de igual forma para todo aquel que no cumpla con sus funciones para que este proceso sea exitosa.

Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los interventores de los contratos solicitando la respectiva intervención.

COOPSEIN	34
ADCAMED	2
COLTEMPORA	188
FISIONTEGRALES	4
GASTROSUR	1
LASU	36
LAVASET	1
OFTALMOSAM	1
OPS	1
PLANTA	2
PRODUCTIVIDAD	26
SERVISION	13
TOTAL ASISTENTES	309



e. Nómina

PLANTA DE EMPLEOS PUBLICOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

A continuación se Relaciona la planta global de Empleos Públicos, para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, aprobada según Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016, así:

TABLA No. _____ PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - EMPLEADOS PÚBLICOS

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA A JURIDICA	HORAS
NIVEL DIRECTIVO					
1	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	085	04	P. F	8
4	DIRECTOR OPERATIVO	009	03	LNR	8
20	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	02	LNR	8
1	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	01	LNR	8
NIVEL ASESOR					
1	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	P. F	8
2	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	LNR	8
NIVEL PROFESIONAL					
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	LNR	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	CA	8

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA A JURIDICA	HORAS
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
NIVEL TECNICO					
1	TECNICO OPERATIVO	314	12	CA	8
2	TECNICO OPERATIVO	314	11	CA	8
1	TECNICO OPERATIVO	314	09	CA	8
3	TECNICO OPERATIVO	314	06	CA	8
2	TECNICO OPERATIVO	314	04	CA	8
14	TECNICO AREA SALUD	323	10	CA	8
1	TECNICO AREA SALUD	323	05	CA	8
3	TECNICO AREA SALUD	323	01	CA	8
NIVEL ASISTECIAL					
1	SECRETARIO EJECUTIVO	425	16	CA	8
32	SECRETARIO	440	13	CA	8
1	SECRETARIO	440	07	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	14	CA	8
7	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	11	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	10	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	02	CA	8
172	AUXILIAR AREA SALUD	412	15	CA	8
1	AUXILIAR AREA SALUD	412	09	CA	8
3	AUXILIAR AREA SALUD	412	05	CA	8
3	AUXILIAR AREA SALUD	412	02	CA	8
375	TOTAL				

Fuente: Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016 – Subdirección de Personal HUS

TABLA No. _____ PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - TRABAJADORES OFICIALES

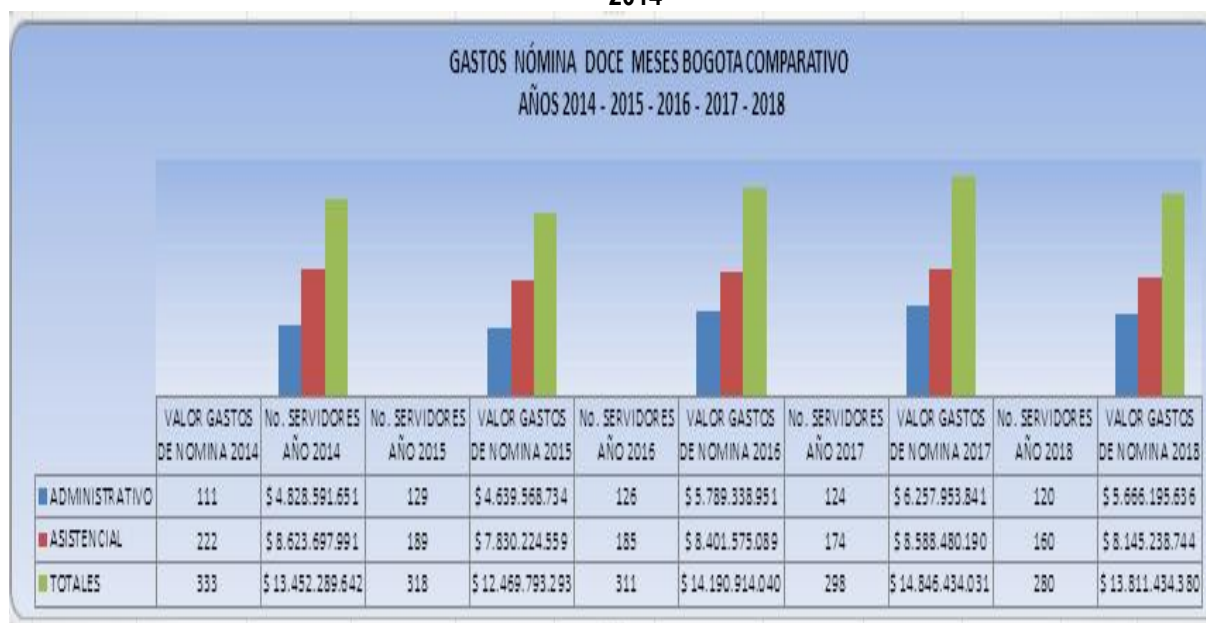
No.	DENOMINACIÓN DEL CARGO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8

3	TECNICO OPERATIVO	TO	8
6	OPERARIO	TO	8
8	AUXILIAR AREA SALUD	TO	8
30	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	TO	8
49	TOTAL		

Fuente: Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016 – Subdirección de Personal HUS

NOMINA DE PLANTA

GRÁFICA. ____ GASTOS DE NÓMINA DE ENERO A DICIEMBRE 2018 COMPARADO AÑOS 2017- 2016 – 2015 Y 2014



Fuente: Nómina – Subdirección de Personal

Los resultados obtenidos por esta gráfica indican que los servidores Asistenciales superan en personas un 10% el número de servidores Administrativos, en cuanto a los gastos de nómina los servidores Asistenciales generan un gasto del 38% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 41% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para los meses de enero a diciembre de 2018 en un 18%.

TABLA. ____ GASTOS DE NÓMINA DE ENERO A DICIEMBRE 2018 COMPARADO AÑOS 2017- 2016 – 2015 Y 2014

AÑOS	VALOR GASTOS DE NOMINA 2014	VALOR GASTOS DE NOMINA 2015	VALOR GASTOS DE NOMINA 2016	VALOR GASTOS DE NOMINA 2017	VALOR GASTOS DE NOMINA 2018
ADMINISTRATIVO	\$ 4.828.591.651	\$ 4.639.568.734	\$ 5.789.338.951	\$ 6.257.953.841	\$ 5.666.195.636

ASISTENCIAL	\$ 8.623.697.991	\$ 7.830.224.559	\$ 8.401.575.089	\$ 8.588.480.190	\$ 8.145.238.744
TOTALES	\$ 13.452.289.642	\$ 12.469.793.293	\$ 14.190.914.040	\$ 14.846.434.031	\$ 13.811.434.380

Fuente: Nómina – Subdirección de Personal

TABLA. ____ NÚMERO DE SERVIDORES DE ENERO A DICIEMBRE 2018 COMPARADO 2017- 2016 – 2015 Y 2014

AÑOS	No. SERVIDORES AÑO 2014	%	No. SERVIDORES AÑO 2015	%	No. SERVIDORES AÑO 2016	%	No. SERVIDORES AÑO 2017	%	No. SERVIDORES AÑO 2018	%
ADMINISTRATIVO	111	22%	129	25%	126	30%	124	29%	120	28%
ASISTENCIAL	222	44%	189	37%	185	44%	174	41%	160	38%
VACANTES	177	15%	192	15%	106	16%	126	30%	144	34%
TOTALES	510	100%	510	100%	510	100%	424	100%	424	100%

Fuente: Nómina – Subdirección de Personal

TABLA No. ____ DISCRIMINADO PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE DICIEMBRE DE 2018

TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
PERIODO FIJO DIRECTIVO	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	3	5	8
TOTAL FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO	34	7	41
CARRERA ADMINISTRATIVA			
INSCRITOS	111		111
PENDIENTES INSCRIPCION	0		0
EN PROCESO DE INSCRIPCION	0		0
EN PERIODO DE PRUEBA	0		0
ENCARGOS	4		4
PROVISIONALES	85		85
VACANTES		134	134
TOTAL EMPLEADOS PUBLICOS DE PLANTA	234		
TRABAJADORES OFICIALES	46	3	49
CONTRATOS DE TRABAJO			
TRABAJADORES OFICIALES	46	3	49

TOTAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL	280	144	424
--	------------	------------	------------

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

TABLA No. _____ RESUMEN GENERAL DE GASTOS DE ENERO A DICIEMBRE 2018

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2018	COMPROMISO TOTAL (2018)	SALDO POR EJECUTAR (2018)
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 12.503.766.000	\$ 11.899.719.762	\$ 604.046.238
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 8.430.604.000	\$ 8.240.477.202	\$ 190.126.798
11003	PRIMA TECNICA	\$ 157.693.000	\$ 156.216.598	\$ 1.476.402
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 107.646.000	\$ 50.361.211	\$ 57.284.789
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 1.368.927.000	\$ 1.256.122.777	\$ 112.804.223
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 275.051.000	\$ 262.533.642	\$ 12.517.358
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	\$ 93.064.000	\$ 89.412.947	\$ 3.651.053
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 438.571.000	\$ 405.845.192	\$ 32.725.808
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 618.824.000	\$ 546.755.647	\$ 72.068.353
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 955.077.000	\$ 842.250.523	\$ 112.826.477
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 58.309.000	\$ 49.744.023	\$ 8.564.977
13202	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.063.317.000	\$ 915.040.428	\$ 148.276.572
13203	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.500.311.000	\$ 1.206.573.766	\$ 293.737.234
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 234.984.000	\$ 173.352.908	\$ 61.631.092
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 486.816.000	\$ 435.792.300	\$ 51.023.700
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 242.908.000	\$ 217.984.900	\$ 24.923.100
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 361.361.000	\$ 326.900.700	\$ 34.460.300
13204	CESANTIAS	\$ 3.644.340.454	\$ 2.908.345.441	\$ 735.995.013

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

AVANCES SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES A DICIEMBRE DE 2018

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana identificada con el Nit. 899999032, en cumplimiento de la Ley 715 de 2001 por medio de la cual se dictan unas normas orgánicas en materia de recursos para organizar el servicio de Educación y Salud, los Decretos 1636 de 2006, 3815 de 2003, la Ley 1438 de 2011, artículo 85, adelanto el proceso de Saneamiento de Aportes Patronales, para las vigencias 1994 a 2001 Situado Fiscal y 2002 a 2015 Sistema General de Participaciones, en cumplimiento al procedimiento de saneamiento de Aportes Patronales y últimamente lo dispuesto por la Resolución No. 154 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas vigentes.

El avance presentado en el informe de gestión obedece al saneamiento realizado en la Subdirección de Personal, con el fin de recuperar los saldos a favor de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, así mismo se han realizado derechos de petición a cada una de las administradoras solicitando se sirvan informar las fechas de reintegro de excedentes de SITUADO Y SGP de las vigencias 1994 a 2011, para concluir con la recuperación de excedentes para esas vigencias.

En cuanto al Saneamiento de Sistema General de Participaciones de las vigencias 2012 a 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución 2024 del 21 de mayo de 2018, por la cual se determina el procedimiento para realizar el saneamiento de aportes patronales correspondientes a la vigencia de 2012 a 2016 y se dictan otras disposiciones.

La Secretaría de Salud de Cundinamarca mediante Circular 083 de 2018 socializa la resolución No. 2024, posteriormente el 28 de junio de 2018, mediante correo socializaron GUÍA ACTUALIZADA DE USO – EMPLEADORAS y el cronograma emitido por el Ministerio para el Saneamiento.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, a continuación se detalla el saneamiento que a la fecha se ha realizado en cumplimiento a la resolución No. 2024 de las vigencias 2012 a 2016, con la recuperación de excedentes y datos de saneamiento sin realizar, a las entidades de salud se les radico derechos de petición solicitando devolución de excedentes con rendimientos y a los que ya hicieron devolución solicitando los rendimientos, con copia al ministerio de protección social.

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
1	COLMENA SALUD ALIANSALUD EPS (COLMEDICA EPS) NIT 830113831	2012	\$4.044.677	7002-02-03-00259-SGP	\$4.044.677	13/01/2017	300000000544	PAGO REALIZADO
		2013- 2014 - 2015	\$73.354.389	7002-02-03-00092-SGP	\$73.354.389	21/03/2017	300000000578	PAGO REALIZADO
		2016	\$42.597.629	7002-02-03-00097-SGP 08/03/2017	\$42.597.629	18/10/2017	300000000725	PAGO REALIZADO

2	CAFESALUD EPS NIT 800140949	2012	\$2.508.391	CNSF-2577- 2014 VALOR REINTEGRADO	\$2.508.391	01/06/2017	100000004108	PAGO REALIZADO
		2013	\$7.435.629	CNSF-2908- 2015 VALOR REINTEGRADO	\$7.435.629	01/06/2017	100000004108	PAGO REALIZADO
		2014	\$9.857.248	CNSF-CF3979- 2016 VALOR REINTEGRADO	\$9.857.248	01/06/2017	100000004108	PAGO REALIZADO
		2015	\$12.830.345	CNSF-CF0012- 2016 VALOR REINTEGRADO	\$12.830.345	01/06/2017	100000004108	PAGO REALIZADO
		2016	\$22.022.324	CNSF-CF4343- 2017 17/02/2017 VALOR REINTEGRADO	\$22.022.324	30/08/2017	300000000685	PAGO REALIZADO
3	COMFACUNDI NIT 860045904	2016	\$4.951.892		\$0			SE RADICO DERECHO DE PETICION SOLICITANDO DEVOLUCION DE EXCEDENTES
4	COMPENSAR EPS NIT 860066942	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$67.708.765	CSGP-171/12, CSGP-172/13, CSGP-173/14, CSGP-174/15	\$67.708.765	24/07/2017	200000008067	PAGO REALIZADO
		2016	\$24.991.905	CSGP-301/2017 10/05/2017	\$24.991.905	26/12/2017 aplicado el 01/01/2018	300000000796	PAGO REALIZADO

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
5	FOSYGA, CONSORCIO SAYP, ADRES NIT 900462447	2012, 2013, 2014	\$432.950	CERTIFICACION DE CONCILIACION APORTES PATRONALES SGP CMP-24600- 15	\$0			CONSORCIO SAYP, MEDIANTE OFICIO CMP 1518 - 17 DE FECHA, INFORMA QUE PARA LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES SE ENCUENTRA EN ESPERA DE LAS INDICACIONES DEL MINISTERIO,

		2015	\$2.059.936	CERTIFICACION DE CONCILIACION APORTES PATRONALES SGP OFICIO CMP-18977-16	\$0			CONSORCIO SAYP MEDIANTE OFICIO CMP 1518 -17, DE FECHA INFORMA QUE PARA LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES SE ENCUENTRA EN ESPERA DE LAS INDICACIONES DEL MINISTERIO, ADRES ENVIO LA NUEVA CONCILIACION, EL HOSPITAL ACEPTA SALDOS Y SOLICITA ELABORACION DE ACTA EL 18 DE JULIO DE 2018, SE ENVIA SOLICITUD DE ELABORACION ACTA A LO QUE ADDRESS RESPONDE QUE ESTAN EN ESPERA DE MODIFICACION DE LA RESOLUCION 2024.
		2016	\$2.192.028		\$0			
6	COOMEVA EPS NIT 805000427	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$44.668.708	ACTA SANEAMIENTO POR APORTES PATRONALES	\$0			EL DIA 11 DE AGOSTO DE 2017, SE SOLICITO LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES, A LA FECHA NO SE HA RECIBIDO RESPUESTA DEL GIRO SE ENVIA DERECHO DE PETICION SOLICITANDO EL PAGO
7	CRUZ BLANCA EPS NIT 830009783	2012	\$4.082.745	CNSF-2579-2014	\$0			ACTAS SUSCRITAS PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES, SE ENVIA DERECHO DE PETICION SOLICITANDO EL PAGO
		2013	\$3.007.876	CNSF-2579-2014	\$0			ACTAS SUSCRITAS PENDIENTE SOLICITAR

								EXCEDENTES, SE ENVIA DERECHO DE PETICION SOLICITANDO EL PAGO
		2014	\$5.038.557	CNSF-CB-3829-2017	\$5.038.557	26/10/2017	300000000743	PAGO REALIZADO
		2015	\$7.274.992	CNSF-CB-3830-2017	\$7.274.992	26/10/2017	300000000743	PAGO REALIZADO
		2016	\$10.608.686	CNSF-CB-3831-2017	\$10.608.686	26/10/2017	300000000743	PAGO REALIZADO
8	FAMISANAR NIT 830003564	2012	\$5.661.915	Oficio 920 A 899999032	\$5.661.915	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
		2013	\$5.801.815	Oficio 920 A 899999032	\$5.801.815	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
		2014	\$19.897.219	Oficio 920 A 899999032	\$19.897.219	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
		2015	\$14.467.795	Oficio 920 A 899999032	\$14.467.795	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
		2016	\$11.886.825	Oficio 920 A 899999032 20/01/2017	\$11.886.825	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
9	NUEVA EPS NIT 900156264	2012	-\$8.191.908	1789-15	\$0			PAGO REALIZADO
		2013	-\$4.719.184	1788-15	\$0			PAGO REALIZADO
		2014	\$18.410.584	1787-15	\$5.499.492	01/10/2017	200000007219	PAGO REALIZADO
		2015	\$22.864.800	3636-16	\$22.864.800	01/10/2017	200000007219	PAGO REALIZADO
		2016	\$28.529.740	4380-17 05/01/2017	\$28.529.740	13/07/2018	300000000987	PAGO REALIZADO
10	SALUDCOOP NIT 800250119	2012	\$9.624.855	CNSF-2581-2014	\$9.624.855	02/05/2017	300000000594	PAGO REALIZADO
		2013 - 2014 - 2015	\$26.419.845	CNSF-0393-2016	\$26.419.845	02/05/2017	300000000594	PAGO REALIZADO
11	SALUD TOTAL EPS NIT 800130907	2012	\$3.123.272	2012-128-1	\$3.123.272	25/09/2018		PAGO REALIZADO
		2013	\$4.533.091	2013-128-1	\$4.533.091	29/11/2017	300000000777	PAGO REALIZADO
		2014	\$3.793.332	2014-128-1	\$3.793.332	29/11/2017	300000000777	PAGO REALIZADO
		2015	\$6.984.703	2015-128-1	\$6.984.703	29/11/2017	300000000777	PAGO REALIZADO
		2016	\$7.460.108	2016-128-1 18/09/2017	\$7.460.108	25/09/2018		PAGO REALIZADO
12	SANITAS NIT 800251440	2012	\$21.497.243	GRO-00013609-2016	\$22.595.429	09/06/2017	300000000629	PAGO REALIZADO
		2013	\$24.337.532	GRO-00013609-2016	\$24.337.532	09/06/2017	300000000629	PAGO REALIZADO
		2014	\$27.787.776	GRO-00013609-2016	\$27.788.516	29/09/2017	300000000684	PAGO REALIZADO
		2015	\$44.661.795	GRO-00013609-2016	\$44.521.225	29/09/2017	300000000684	PAGO REALIZADO
		2016	\$53.117.397	GRO-00005479-2017 23/06/2017	\$53.117.397	03/11/2017	300000000762	PAGO REALIZADO
13	EPS Y	2012 -2013 -	\$15.645.588	ACTA DE				PAGO RELIZADO

	MEDICINA PREPAGADA SURA S.A. NIT 800088702	2014 -2015		CONCILIACION S/N	\$15.645.594	20/01/2017		
		2016	\$9.526.792	ACTA DE CONCILIACION S/N 22/06/2017	\$9.526.792	17/11/2017	300000000763	PAGO REALIZADO
14	HUMANA VIVIR EPS	2012-2013	\$0	NO HA SIDO POSIBLE REALIZAR CONCILIACION ENTIDAD LIQUIDADA	\$0			NO HA SIDO POSIBLE REALIZAR CONCILIACION CON ESTA ENTIDAD LIQUIDADA.
15	SALUD COLPATRIA	2012 - 2013	\$6.899.955	VIGENCIAS SIN ACTA DE LEGALIZACION	\$0			EL HOSPITAL SAMARITANA, ENVIO DERECHO DE PETICION No. 2018401007287-1, SOLICITANDO SANEAMIENTO VIGENCIAS 2012 - 2013, EL 06 DE JULIO DE 2018, A LA FECHA SIN RESPUESTA.
PENSIÓN								
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
1	COLFONDOS PENSIONES	2012 -2013 - 2014 - 2015 - 2016	-\$13.601.345	CERTIFICACIÓN DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N18/07/2017 SE SOLICITO POR OFICIO TRASLADAR EL VALOR DE CESANTIAS Y CUBRIR EL FALTANTE EN PENSIONES	\$0			EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA SOLICITO POR OFICIO No. 2018401003500-1, QUE CON EL EXCEDENTE DE CESANTIAS, SE CUBRA EL SALDO EN CONTRA EN PENSIONES POR \$13.601.345.
2	HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS S.A. (PORVENIR)	2012 - 2013	\$7.878.014	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES PENSIONES AFP HORIZONTE S/N 09/10/2017	\$0			ACTAS LEGALIZADAS 2012 - 2013, SE SOLICITO DEVOLUCION DE EXCEDENTES A PORVENIR EL 04 DE OCTUBRE DE 2018 MEDIANTE OFICO No. 2018401011194-1 RADICADO DE PORVENIR No.

								0100222093173700
3	PORVENIR PENSIONES	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$204.834.278	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES PENSIONES AFP PORVENIR S/N 21/06/2016	\$0			ACTAS LEGALIZADAS 2012 - 2013 - 2014 - 2015, PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES
		2016	\$79.923.610	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES PENSIONES AFP PORVENIR S/N 09/10/2017	\$0			ACTA LEGALIZADA 2016, PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES.
4	PROTECCION PENSIONES	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	-\$1.596.185	SE SOLICITO POR OFICIO TRASLADO DE CESANTIAS PARA CUBRIR EL SALDO EN CONTRA EN PENSIONES	\$0			EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA EL 18 DE ABRIL DE 2018, SOLICITO POR OFICIO No. 2018401004025-1 CUBRIR EL SALDO EN CONTRA EN PENSIONES CON EL SALDO DE CESANTIAS DE PROTECCION
5	OLD MUTUAL (SKANDIA)	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$28.225.590	ACTAS EN PROCESO DE LEGALIZACION EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 2024 ESPERAREMOS LAS MESAS DE SANEAMIENTO	\$0			ACTA LEGALIZADA EN SAMARITANA, SE REMITIO A OLD MUTUAL PARA LA LEGALIZACION
		2016	\$22.665.804	ACTAS EN PROCESO DE LEGALIZACION EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 2024 ESPERAREMOS LAS MESAS DE SANEAMIENTO	\$0			SE CONCILIO VIGENCIA, PENDIENTE ACEPTAR SALDOS PARA REALIZAR ACTA
6	COLPENSIONES	2012 - 2016	\$732.208.412	EN PROCESO DE SANEAMIENTO				EN PROCESO DE SANEAMIENTO EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 2024 DE 2018
CESANTIAS								
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA

								GENERAL DE PARTICIPACIONES
1	COLFONDOS CESANTIAS REGIMEN ANUALIZADO	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$117.956.395	CERTIFICACION SANEAMIENTO APORTES PATRONALES EN CESANTIAS 2012 A 2016	\$0			ACTAS LEGALIZADAS, SE SOLICITO MEDIANTE OFICIO No. 2018401003500-1, EL 04 DE ABRIL DE 2018, CUBRIR EL VALOR EN CONTRA COLFONDOS PENSIONES, PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES
2	FNA REGIMEN ANUEALIZADO	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$53.307.920	ACTA LEGALIZADA VALOR REINTEGRADO	\$53.307.920	21/09/2017	300000000711	PAGO REALIZADO
3	HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS S .A.	2012 - 2013 REGIMEN ANUALIZADO	\$1.424.569.761	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2012 - 2013 REGIMEN RETROACTIVO	\$3.401.864.489	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
4	PORVENIR PENSIONES Y CESANTIAS	2012-2014 REGIMEN ANUALIZADO	\$1.097.635.856	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2015 REGIMEN ANUALIZADO	\$267.487.631	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES PATRONALES S/N 17/06/2016				PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2016 REGIMEN ANUALIZADO	\$675.516.824	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES PATRONALES S/N 12/07/2017 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2017)				PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2012-2014 REGIMEN RETROACTIVO	\$1.744.411.650	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2015 REGIMEN	\$3.070.711.436	ACTA DE				

		RETROACTIVO		SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 17/06/2016				SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2016 REGIMEN RETROACTIVO	\$3.640.397.711	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 12/07/2017	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
5	PROTECCION CESANTIAS	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN ANUALIZADO	\$477.584.872	CERTIFICACION DE SANEAMIENTO APORTES PATRONALES CESANTÍAS S/N 11/07/2017	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN RETROACTIVO	\$3.928.964.824	CERTIFICACION DE SANEAMIENTO APORTES PATRONALES CESANTÍAS S/N 11/07/2017				PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
6	OLD MUTUAL (SKANDYA)	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN ANUALIZADO	\$4.596.744	CERTIFICACION DE SANEAMIENTO APORTES PATRONALES CESANTÍAS S/N 25/09/2017	\$0			PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES
ARL								
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
1	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.	2012	\$21.998.020	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES CRC - 13200 - C - 6621 03/05/2013	\$23.548.568	23/08/2013		PAGO REALIZADO
		2013	\$44.169.730	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES CRC - 13200 - C - 11009 26/08/2014	\$47.310.830	17/02/2015	100000001870	PAGO REALIZADO
		2015	\$92.062.433	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES GRC - 13200 - C - 14348 08/06/2016	\$98.228.924	04/10/2018		PAGO REALIZADO
		2016	\$133.614.703	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	\$133.614.703	01/11/2017		PAGO REALIZADO

				GRC - 13200 - C - 16759 17/04/2017				
2	ARL COLPATRIA	2013 - 2014 - 2015	\$175.176.108	ACTA EN PROCESO DE LEGALIZACION DE FIRMAS	\$0			CON DERECHO DE PETICION SE SOLICITO LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES Y RENDIMIENTOS

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

CONTRATACIÓN TEMPORAL, COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO Y SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO:

BOGOTA

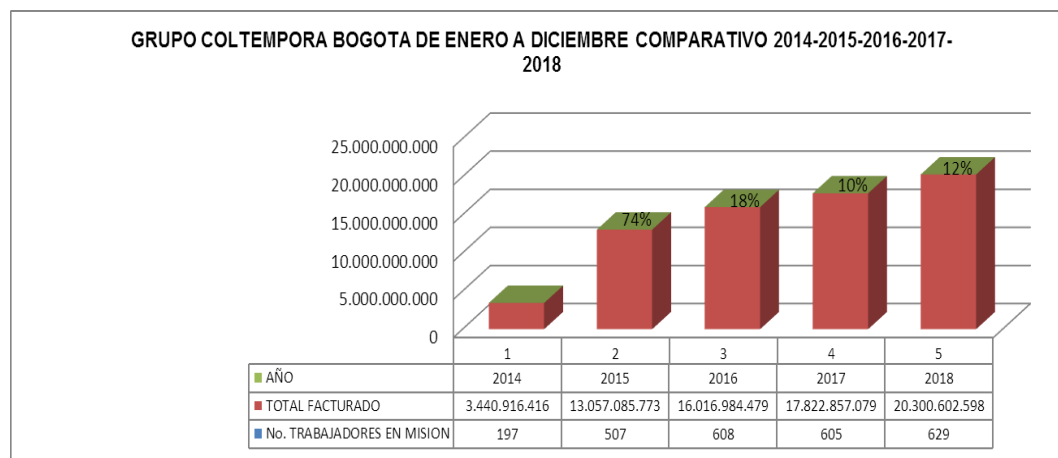
En Bogotá D C., se tiene contratado para los servicios de apoyo logístico administrativo y financiero con empresa de servicios temporales el suministro de personal en misión y para el cubrimiento de procesos y subprocesos asistenciales con Cooperativa de Trabajo Asociado. Estos son la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A. y la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA. Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para Bogotá

ZIAPAQUIRA

Para la Unidad Funcional de Zipaquirá, se tiene contratado para los servicios de apoyo logístico administrativo, financiero y servicios asistenciales con la empresa de servicios temporales el suministro de personal en misión la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para la Unidad Funcional de Zipaquirá.

GRAFICO No. ____ TEMPORAL BOGOTA ENERO A DICIEMBRE COMPARATIVO 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018 - ASISTENCIAL-ADMINISTRATIVO



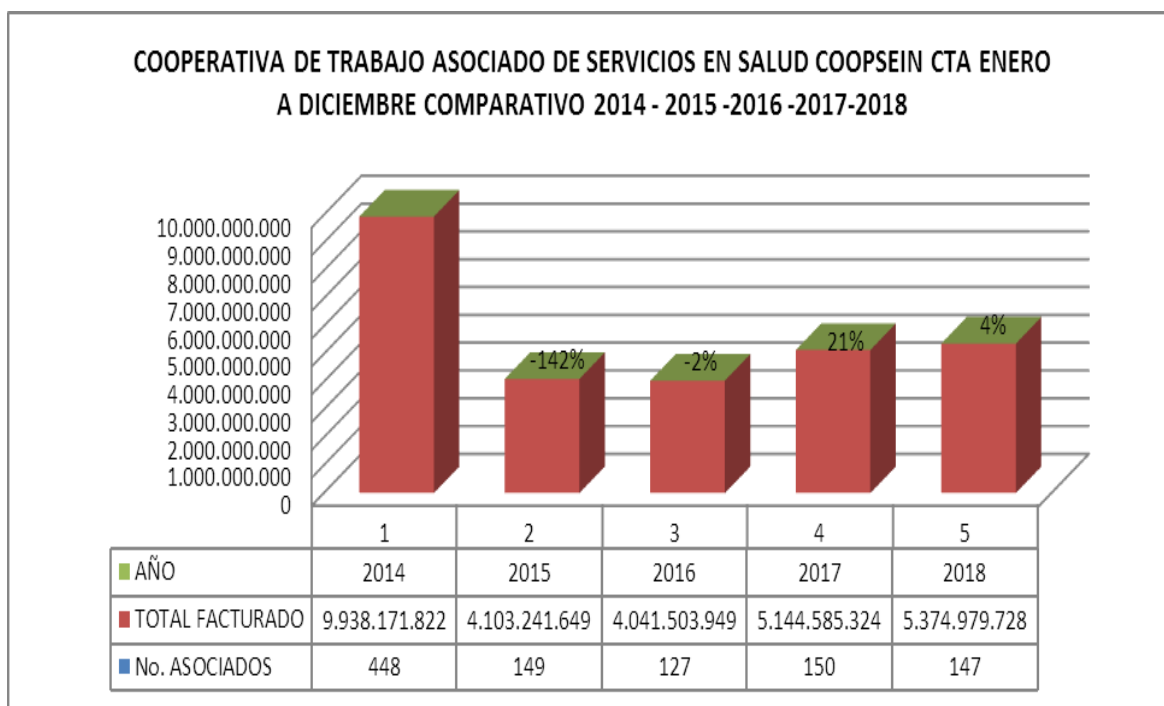
Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Para la vigencia 2018 se observa un incremento del valor facturado del 12% con respecto a la vigencia 2017; esto se debe al fortalecimiento que se realizó en los diferentes centros de costo tales como Mejoramiento de la calidad planeación, Direccionamiento y Gerencia – Seguridad del paciente, Direccionamiento y Gerencia – Científica, Personal – Desarrollo Humano y Proceso de Atención Asistencial (PACAS).

Para la vigencia 2017 se observa un incremento en el valor facturado del 10% en comparación al mismo periodo del año 2016 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 centros de costos de Gestión de la información, Direccionamiento y Gerencia – Dirección Científica, Direccionamiento y Gerencia- Jurídica, Ambiente Físico Arquitectura, Mejoramiento de la Calidad Planeación y Talento Humano Personal para el cubrimiento de las necesidades de la institución

Para la vigencia 2015 se observa incremento en el valor facturado del 74% en relación al mismo periodo del año 2014, debido a que en el mes de enero de 2015 el personal de enfermería; se encontraba vinculado mediante la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA y a partir de febrero de 2015 se inició la contratación con la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

GRAFICA No. ___ COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ENERO A DICIEMBRE COMPARATIVO 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

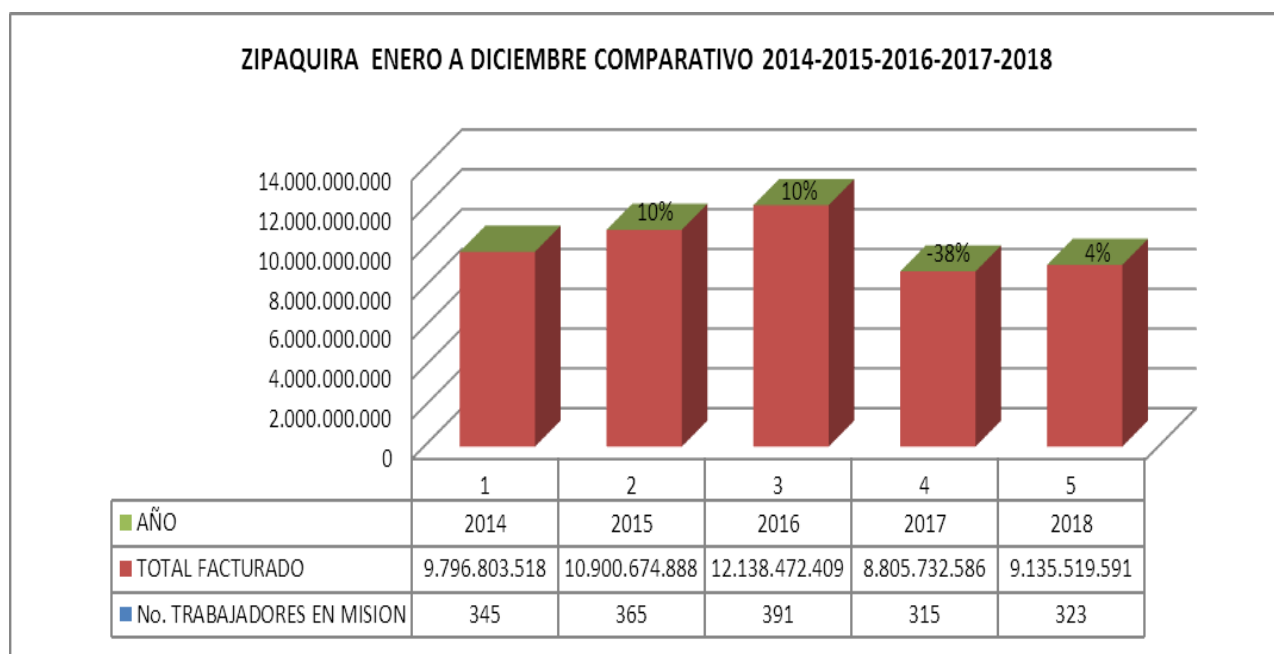
Para la vigencia 2018 se observa un incremento en el valor facturado del 4% con respecto a la vigencia 2017; esto debido al incremento anual en todos los procesos.

Para la vigencia de 2017, se observa un incremento en el valor facturado del 21% con respecto a la vigencia 2016 esto se debe a la 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.

Como se observa en la vigencia 2015 se presenta una disminución del -142% del valor facturado en comparación a la vigencia 2014, debido a la transición del personal de enfermería que estaba en la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA a la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A. a partir del mes de febrero del año 2015

GRAFICA No. ____ UNIDAD FUNCIONAL ZIQAQUIRA ENERO A DICIEMBRE COMPARATIVO 2014 - 2015- 2016 - 2017 -2018

ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO

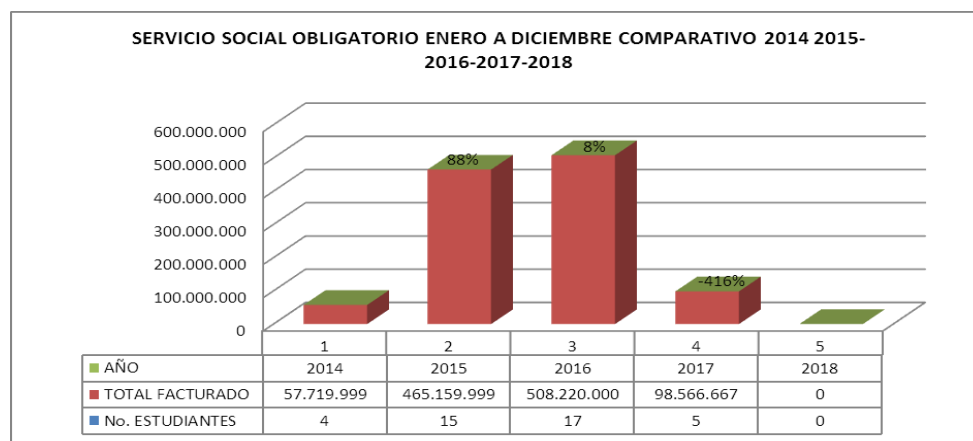


Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para la vigencia 2018 se observa un incremento del 4% en el valor facturado con respecto a la vigencia 2017, esto se debe a la esto se debe al incremento de la asignación básica de todos los cargos del 5% anual y el fortalecimiento del centro de costo de Apoyo Administrativo para la vigencia 2017 se observa una reducción del -38% del valor facturado con respecto a la vigencia 2016, esto se debe a que a partir del 01 de febrero de 2017 se tiene la transición de contratación con la Cooperativa de Trabajo Asociado Grupo Laboral Salud IPS a la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

En la vigencia 2015 se realiza un incremento en el presupuesto para cubrir la compensación de los procesos y subprocesos que opera la Cooperativa de Trabajo Asociado Grupo Laboral IPS en todos los subprocesos del 10% en comparación al tercer trimestre del año 2014. Con el fin de ampliar el presupuesto para la prestación de servicios en la Unidad Funcional de Zipaquirá por medio de procesos y subprocesos.

GRAFICA No. ____ SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO ENERO A DICIEMBRE COMPARATIVO 2014 - 2015-2016 - 2017 -2018



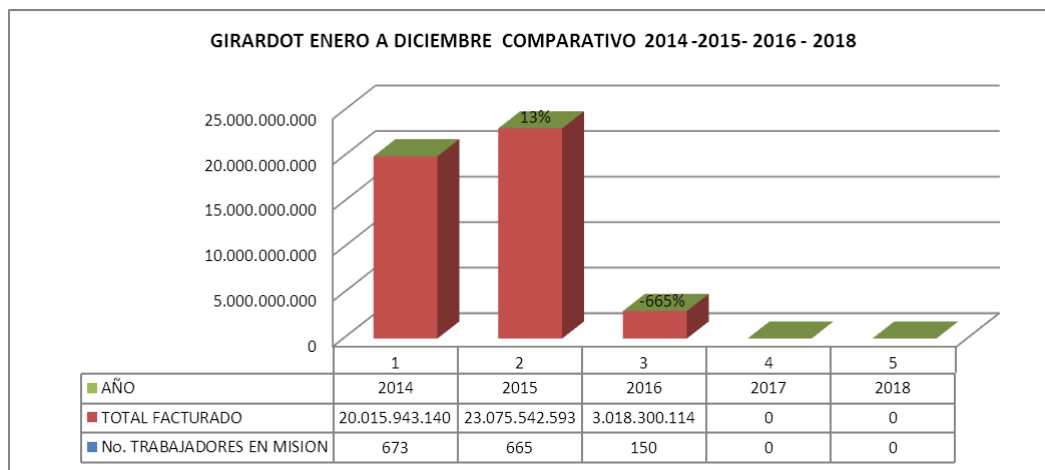
Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para la vigencias 2018 y 2017, no se tenían contratos de Servicio Social Obligatorio de la Unidad Funcional de Zipaquirá debido a que el último contrato termino el 22 de junio de 2017

Para la vigencia 2016, se observa un incremento del valor facturado del 8% con respecto a la vigencia 2015, esto se debe a que se celebraron nuevos s contratos de servicio social Obligatorio.

Se observa un incremento en el valor facturado del 88% en la vigencia 2015 comparado con el 2014 esto se debe a que para el 2014 solo se habían celebrado 4 contratos de servicio social obligatorio.

GRAFICA No. ___ GIRARDOT ENERO A DICIEMBRE COMPARATIVO 2014 - 2015- 2016 - 2017 - 2018



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para las vigencias 2018, 2017 y parte del 2016 no se reporta valor facturado debido a que el un convenio interactivo con la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot termino 12 de febrero del 2016.

Para la vigencia 2015 se observa un incremento del 13% en el valor facturado relacionado al año 2014 debido a un incremento en el presupuesto para cubrir la compensación de los procesos y subprocesos que opera la Cooperativa, por ampliación de los procesos en algunas áreas, aumento en procesos de Gestión administrativa y Coordinación Científica.

CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS Y FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDILOGÍA PARA LA VIGENCIAS 2014 A 2018

TABLA No. ___ SERVICIOS EN BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS EN ESPECIALIDADES MÉDICAS A TRAVÉS DE TELEMEDICINA BAJO LA MODALIDAD TELECONSULTA SINCRÓNICA Y ASINCRÓNICA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA Y EN IMAGENOLÓGIA DE ALTA ESPECIALIDAD - HEMODINAMIA	\$2.317.378.892	\$2.734.976.157	\$2.410.238.204	\$2.356.000.000	\$2.078.132.152
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	\$2.516.275.000	\$2.683.583.146	\$2.773.049.000	\$3.056.588.000	\$2.962.638.800
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	\$130.280.000	\$64.620.000	\$164.000.000	\$188.500.000	\$248.430.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	\$674.473.077	\$595.986.810	\$621.629.150	\$625.400.000	\$642.131.951
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	\$0	\$0	\$281.666.666	\$413.000.000	\$786.179.999
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE TORAX	\$107.350.000	\$121.370.000	\$126.000.000	\$189.000.000	\$184.002.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	\$403.170.000	\$502.452.000	\$549.762.000	\$621.400.000	\$836.238.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PEDIATRICA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$45.118.710
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	\$0	\$132.527.364	\$86.760.996	\$0	\$0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	\$428.611.246	\$337.607.145	\$343.404.953	\$342.000.000	\$302.553.565
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOOPLER Y	\$419.698.120	\$663.227.351	\$709.111.739	\$880.000.000	\$1.213.164.356

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017	2018
LABORATORIO VASCULAR.					
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	\$132.113.179	\$154.029.930	\$156.240.399	\$183.500.000	\$169.052.500
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGÍA	\$60.427.000	\$68.000.000	\$71.165.000	\$94.600.000	\$70.329.400
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDILOGIA	\$753.774.825	\$896.021.608	\$1.136.666.666	\$1.296.000.000	\$1.523.666.666
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	\$400.776.937	\$437.896.727	\$406.156.030	\$384.200.000	\$316.969.968
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	\$1.167.444.000	\$1.334.295.000	\$1.515.384.400	\$1.751.200.000	\$1.832.110.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGÍA	\$131.573.200	\$127.039.996	\$137.333.333	\$150.800.000	\$153.535.200
SERVICIOS Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	\$156.000.000	\$156.646.666	\$159.906.667	\$167.560.000	\$171.083.467
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$0	\$0	\$0	\$18.000.000	\$48.540.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	\$1.504.087.500	\$1.619.674.000	\$1.943.157.000	\$2.068.220.000	\$2.066.988.800
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGÍA	\$301.200.000	\$302.400.000	\$317.406.666	\$333.600.000	\$337.306.667
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN	\$132.570.000	\$132.110.000	\$145.099.999	\$176.750.000	\$254.436.000

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017	2018
NEUMOLOGÍA					
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGÍA	\$503.939.000	\$571.212.000	\$753.767.800	\$883.000.000	\$921.041.184
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	\$805.144.135	\$898.213.787	\$943.085.825	\$903.200.000	\$814.610.616
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGÍA	\$15.270.000	\$52.740.000	\$50.221.500	\$83.760.000	\$54.303.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	\$883.198.068	\$957.959.297	\$797.368.114	\$588.000.000	\$534.722.331
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	\$633.613.523	\$816.112.936	\$967.877.488	\$1.114.940.000	\$924.582.168
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	\$216.629.150	\$218.753.532	\$215.164.071	\$220.000.000	\$213.199.383
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	\$64.957.866	\$71.133.333	\$156.525.000	\$408.100.000	\$437.733.333
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	\$919.361.000	\$936.612.000	\$993.489.000	\$1.063.340.000	\$1.067.851.335
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	\$60.120.000	\$70.482.667	\$118.555.888	\$124.740.000	\$185.530.712
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	\$1.275.843.875	\$1.462.639.550	\$2.007.274.561	\$2.415.000.000	\$2.405.069.447
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGÍA	\$133.185.000	\$150.929.000	\$155.150.000	\$130.200.000	\$94.402.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA	\$271.764.650	\$315.008.000	\$346.565.000	\$482.500.000	\$490.872.000

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017	2018
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	\$549.648.000	\$577.584.000	\$664.116.000	\$733.800.000	\$730.459.800
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	\$247.703.386	\$329.560.799	\$295.895.146	\$279.200.000	\$346.765.913
TOTAL GENERAL	\$18.317.580.629	\$20.493.404.801	\$22.519.194.261	\$24.726.098.000	\$25.463.751.423

Fuente: Contratos por productividad

TABLA No. ____ SERVICIOS ZIPAQUIRÁ

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017	2018
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	\$0	\$0	\$0	\$909.600.000	\$858.435.200
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA	\$253.089.495	\$297.459.103	\$516.694.976	\$719.000.000	\$734.777.742
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	\$0	\$11.672.360	\$16.186.940	\$509.260.330	\$559.203.250
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA	\$84.230.476	\$3.486.118	\$0	\$160.800.000	\$233.918.690
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	\$0	\$148.435.933	\$142.678.016	\$0	\$0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	\$57.085.479	\$68.364.496	\$86.283.764	\$132.800.000	\$122.340.286
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPLER Y	\$199.232.880	\$219.117.340	\$298.184.990	\$465.000.000	\$499.915.365

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017	2018
LABORATORIO VASCULAR					
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	\$302.284.322	\$318.188.224	\$629.133.424	\$610.650.000	\$689.232.318
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	\$0	\$0	\$0	\$664.700.000	\$716.070.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	\$0	\$0	\$328.245.000	\$804.200.000	\$826.472.600
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	\$0	\$51.607.142	\$69.059.524	\$69.600.000	\$127.036.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	\$0	\$48.605.430	\$54.033.737	\$233.600.000	\$151.807.680
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	\$0	\$0	\$0	\$64.000.000	\$64.974.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	\$263.831.885	\$455.164.475	\$605.873.130	\$707.000.000	\$905.861.840
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	\$187.789.966	\$284.392.977	\$299.784.460	\$332.400.000	\$310.907.965
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	\$85.824.460	\$85.585.970	\$100.911.288	\$100.800.000	\$106.164.105
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	\$0	\$0	\$0	\$107.000.000	\$116.446.400
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN	\$0	\$0	\$0	\$740.000.000	\$756.138.700

OBJETO DEL CONTRATO	2014	2015	2016	2017	2018
PEDIATRÍA					
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	\$0	\$0	\$0	\$93.100.000	\$79.564.800
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	\$592.707.912	\$737.553.179	\$891.170.217	\$1.149.400.000	\$1.027.838.985
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	\$128.958.651	\$135.074.148	\$164.139.911	\$217.300.000	\$206.196.375
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	\$0	\$0	\$0	\$3.436.000.000	\$3.768.275.257
TOTAL GENERAL	\$2.155.035.526	\$2.864.706.895	\$4.202.379.377	\$12.226.210.330	\$12.861.577.558

Fuente: Contratos por productividad

EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD BOGOTÁ 2018.

Existen 113 contratos para la prestación de servicios Bogotá para la ejecución de 36 objetos contractuales de los cuales 92 fueron suscritos con personas naturales y 21 con personas jurídicas.

Se realizaron 98 adiciones y prorrogas a los contratos en los meses de octubre y noviembre, teniendo en cuenta que la fecha de terminación inicialmente se pactó hasta el 10 de octubre.

TABLA No. ____ EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD BOGOTÁ 2018

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS EN ESPECIALIDADES MEDICAS A TRAVES DE TELEMEDICINA BAJO LA MODALIDAD TELECONSULTA SINCRONICA Y ASINCRONICA	1	\$63.162.320	\$0	0%	\$63.162.320	100%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	23	\$2.552.872.000	\$2.419.434.800	95%	\$133.437.200	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN IMAGENOLÓGIA DE ALTA ESPECIALIDAD - HEMODINAMIA	1	\$2.320.420.000	\$2.078.132.152	90%	\$242.287.848	10%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1	\$842.400.000	\$786.179.999	93%	\$56.220.001	7%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1	\$36.855.000	\$28.665.000	78%	\$8.190.000	22%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE TÓRAX	1	\$189.470.000	\$184.002.000	97%	\$5.468.000	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	9	\$600.640.000	\$546.984.000	91%	\$53.656.000	9%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PEDIATRICA	1	\$46.800.000	\$45.118.710	96%	\$1.681.290	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	1	\$92.000.000	\$40.861.120	44%	\$51.138.880	56%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$214.750.000	\$76.932.245	36%	\$137.817.755	64%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	1	\$352.920.000	\$302.553.565	86%	\$50.366.435	14%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	\$194.780.000	\$169.052.500	87%	\$25.727.500	13%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGÍA	2	\$80.550.000	\$70.329.400	87%	\$10.220.600	13%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	1	\$327.600.000	\$316.969.968	97%	\$10.630.032	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	17	\$1.346.172.000	\$1.279.390.000	95%	\$66.782.000	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGÍA	1	\$173.936.000	\$153.535.200	88%	\$20.400.800	12%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGÍA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIOTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	1	\$176.145.200	\$171.083.467	97%	\$5.061.733	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1	\$12.000.000	\$3.840.000	32%	\$8.160.000	68%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	12	\$2.127.922.000	\$2.054.052.800	97%	\$73.869.200	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGÍA	1	\$347.008.000	\$337.306.667	97%	\$9.701.333	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	2	\$261.760.000	\$254.436.000	97%	\$7.324.000	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN	1	\$951.628.580	\$921.041.184	97%	\$30.587.396	3%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
NEUROCIRUGÍA						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	1	\$860.800.000	\$814.610.616	95%	\$46.189.384	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGÍA	2	\$65.520.000	\$54.303.000	83%	\$11.217.000	17%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	1	\$569.200.000	\$534.722.331	94%	\$34.477.669	6%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEdia	10	\$1.045.752.000	\$854.325.308	82%	\$191.426.692	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	\$237.520.000	\$213.199.383	90%	\$24.320.617	10%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	1	\$450.720.000	\$437.733.333	97%	\$12.986.667	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	2	\$192.748.250	\$185.530.712	96%	\$7.217.538	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$400.000.000	\$101.500.478	25%	\$298.499.522	75%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGÍA	2	\$111.800.000	\$94.402.000	84%	\$17.398.000	16%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	1	\$63.000.000	\$52.128.000	83%	\$10.872.000	17%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS	1	\$751.960.000	\$730.459.800	97%	\$21.500.200	3%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
INTERMEDIOS						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	1	\$364.332.000	\$346.765.913	95%	\$17.566.087	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	7	\$1.103.222.000	\$1.067.851.335	97%	\$35.370.665	3%
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGÍA	1	\$1.567.200.000	\$1.523.666.666	97%	\$43.533.334	3%
TOTAL GENERAL	113	\$21.095.565.350	\$19.251.099.652	91%	\$1.844.465.698	9%

Fuente: Contratos por productividad

EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD ZIPAQUIRÁ 2018

Existen 49 contratos para la prestación de servicios en la unidad funcional de Zipaquirá para la ejecución de 21 objetos contractuales de los cuales 39 fueron suscritos con personas naturales y 10 con personas jurídicas. Se realizaron 44 adiciones y prorrogas a los contratos en los meses de octubre y noviembre, teniendo en cuenta que la fecha de terminación inicialmente se pactó hasta el 10 de octubre.

TABLA No. ____ EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD ZIPAQUIRÁ 2018

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	8	\$905.452.000	\$858.435.200	95%	\$47.016.800	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA	1	\$790.900.000	\$734.777.742	93%	\$56.122.258	7%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	6	\$583.840.000	\$559.203.250	96%	\$24.636.750	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	2	\$88.660.000	\$68.167.085	77%	\$20.492.915	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$84.000.000	\$70.737.115	84%	\$13.262.885	16%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	1	\$124.000.000	\$122.340.286	99%	\$1.659.714	1%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	1	\$758.520.000	\$689.232.318	91%	\$69.287.682	9%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	6	\$552.444.000	\$509.046.000	92%	\$43.398.000	8%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	1	\$849.480.000	\$826.472.600	97%	\$23.007.400	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	1	\$130.680.000	\$127.036.000	97%	\$3.644.000	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	1	\$196.560.000	\$151.807.680	77%	\$44.752.320	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	1	\$67.660.000	\$64.974.000	96%	\$2.686.000	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y	1	\$968.760.000	\$905.861.840	94%	\$62.898.160	6%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
OPTOMETRÍA						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	4	\$126.480.000	\$86.993.125	69%	\$39.486.875	31%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	\$112.320.000	\$106.164.105	95%	\$6.155.895	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	1	\$119.856.000	\$116.446.400	97%	\$3.409.600	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA	6	\$702.740.000	\$665.170.300	95%	\$37.569.700	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	2	\$90.460.000	\$79.564.800	88%	\$10.895.200	12%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$171.850.000	\$58.986.950	34%	\$112.863.050	66%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	2	\$223.480.000	\$206.196.375	92%	\$17.283.625	8%
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	1	\$3.861.200.000	\$3.768.275.257	98%	\$92.924.743	2%
Total general		\$11.509.342.000	\$10.775.888.428	94%	\$733.453.572	6%

Fuente: Contratos por productividad

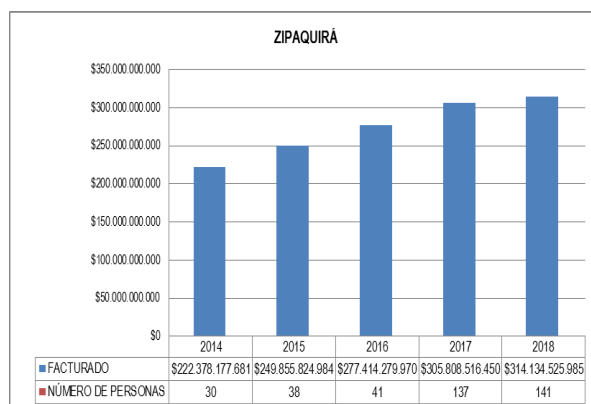
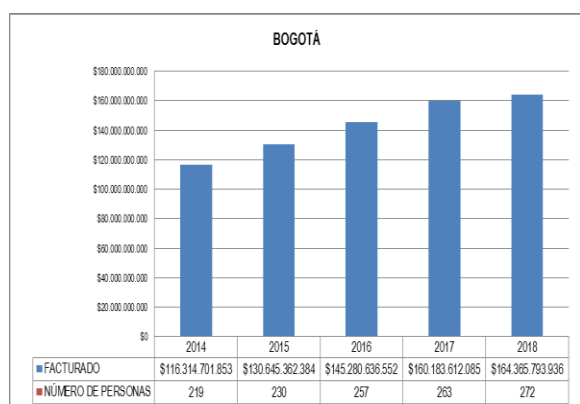
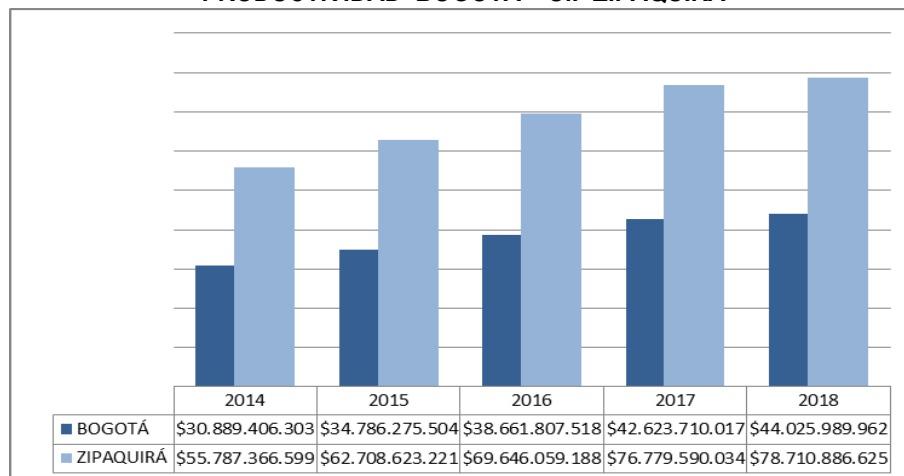
La facturación en Bogotá presentó un incremento del 30% dada las vigencias 2014 al 2018 y en la Unidad Funcional de Zipaquirá su aumento es más patente. Con respecto a esto, hay que señalar que:

1. El incremento a los valores de los contratistas anual se ha realizado alrededor del 5%.
2. Los servicios especializados en Cirugía Vascular se integraron al contrato de Doppler y laboratorio Vascular en el 2016.



3. 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.
4. 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.
5. Para el 2016 se inició el proceso de Medicina Interna en Zipaquirá, teniendo en cuenta que este servicio es una vía indispensable para el proceso de referencia y contra referencia en esta Unidad Funcional.
6. Cirugía general se incrementó el gasto del servicio a partir del mes de marzo de 2018, debido a la contratación de tres (03) médicos cirujanos más, para el servicio de hospitalización, para cubrir la demanda insatisfecha por falta de residentes en el servicio.
7. En la Unidad Funcional se refleja un incremento del 30 % en comparación con el año 2014, debido a que el personal médico: 7 Anestesiólogos, 5 Cirujanos Generales, 1 Cirujano Plástico, 6 Ginecólogos, 1 Estomatólogo, 1 Patólogo, 5 Pediatras, 1 Psiquiatra, y 56 Médicos Generales, se encontraban vinculados mediante la cooperativa Coopsein y a partir de febrero de 2017 se realizó la contratación por prestación de servicios. De igual manera se efectuó un incremento en el presupuesto 5%.
8. Para el servicio de Radiología e Imágenes Diagnosticas en Bogotá, ha incrementado su productividad teniendo en cuenta la adquisición de un resonador de última tecnología la ampliación a la cobertura del servicio en los fines de semana para dar cumplimiento a la demanda del mismo.
9. Cirugía Cardiovascular en Bogotá incremento el gasto mensual desde octubre de 2017, debido a la inclusión y cobro por la utilización de la maquina extracorpórea, la cual venía siendo dada en calidad de comodato por el proveedor de material médico quirúrgico.
10. Patología incremento el gasto de su servicio desde 01 de julio de 2018, teniendo en cuenta la contratación de un Histotecnólogo, quien ocupara este cargo, debido a la renuncia voluntaria de la servidora pública que ocupaba el cargo en mención.
11. Cirugía de Cabeza y Cuello aumento el gasto mensual en junio de 2018, debido a la ampliación en el alcance y cobertura del servicio y por necesidad del mismo.
12. Con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos de habilitación se contrata los servicios especializados de Cirugía Pediátrica en Bogotá a partir de Enero de 2018.
13. Cirugía Plástica incremento la productividad mensual alrededor de un 27%, teniendo en cuenta que en la Unidad Funcional de Zipaquirá se optimizó el ingreso de pacientes, debido a la ampliación en la oferta del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.
14. Ginecología Bogotá 2018: De acuerdo a las necesidades de este servicio y a que se requería dar énfasis en medicina materno fetal de procedimientos invasivos y cuidado crítico, se contrata un especialista en Ginecología y Obstetricia para cubrir sala de partos.
Así mismo se contrata un Ginecólogo Oncólogo, para cubrir la necesidad en interconsultas y manejo intrahospitalario para los pacientes remitidos al servicio por masas abdominales. El servicio de Dermatología en Zipaquirá incrementó la productividad en un 29% 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.
15. Atendiendo la necesidad de garantizar a los usuarios los servicios de Salud de la red pública de prestadores, se adelantó el proceso de contratación para la prestación de servicios especializados bajo la modalidad de TELEMEDICINA. El cual no se ejecutó, debido a que no se llevaron a cabo los contratos, para prestar el servicio de Telemedicina por parte del Hospital Universitario de la Samaritana con los municipios a los cuales se les iba prestar el servicio.

TABLA. _____ COMPARATIVO VIGENCIAS 2014-2015-2016-2017-2018 - CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD BOGOTA – U.F ZIPAQUIRA



PROPORCIÓN DE PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO

A continuación se relaciona la proporción asistencial - administrativo en el Hospital a diciembre de 2018:

PERSONAL	Asistencial	Administrativos	Total
Planta	160	120	280
Temporal y Cooperativa	823	343	1.166
Contratos de Prestación de Servicios	386	11	397
Total	1.369	474	1.843
Proporción	74%	26%	100%

CESANTIAS

En el proceso de Cesantías se atienden todas aquellas solicitudes de los funcionarios activos y retirados de la planta de personal de la E. S. E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, relacionadas a garantizar el acceso de forma rápida y segura, a los recursos de los que disponen en sus Cesantías y velar por que su uso y destinación sean correctos y estén dentro de los establecido por la normatividad vigente colombiana.

Para los funcionarios que han ingresado a la planta de personal antes del año 1993 se reciben las solicitudes el segundo miércoles de cada mes, sin importar el destino que tenga la solicitud, exceptuando si van destinadas para Estudios Superiores; para los funcionarios que ingresaron a la planta de personal después del año 1993 es decir a quienes los cobija la ley 50, las solicitudes se reciben en cualquier momento, estas deben ser radicadas en la Subdirección de Personal con la Auxiliar Administrativa para el visto bueno de la Subdirectora de Personal y se me entregan para el respectivo proceso.

Se liquidan Cesantías de Enero a Diciembre para la vigencia 2018 comparado con 2014, 2015, 2016 y 2017, cesantías Retroactivas y Anualizado Ley 50.

TABLA No. ____ CESANTIAS LIQUIDADAS DE ENERO A DICIEMBRE VIGENCIAS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018

Año	Ley 50	%	Retroactivo	%	Total Año	Total %
2014	414.219.641	6,43%	1.255.762.178	19,51%	1.669.981.819	25,94%
2015	432.877.837	6,72%	468.824.104	7,28%	901.701.941	14,01%
2016	466.227.101	7,24%	709.022.951	11,01%	1.175.250.052	18,26%
2017	\$486.332.808	7,56%	877.112.994	13,63%	1.363.445.802	21,18%
2018	\$347.172.466	5,39%	979.490.299	15,22%	1.326.662.765	20,61%
Total						100,00%

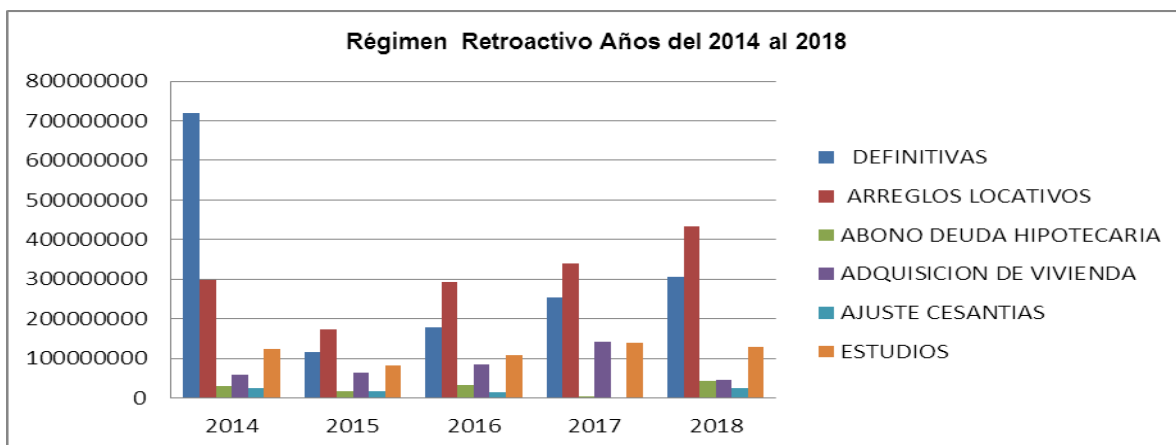
Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

TABLA No. ____ CESANTÍAS RETROACTIVAS ENERO A DICIEMBRE VIGENCIAS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018

REGIMEN	2014		2015		2016		2017		2018	
	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.
ARREGLOS LOCATIVOS	298.006.900	55	173.897.800	44	293.282.000	58	339.552.481	109	432.643.134	64
DEFINITIVAS	720.469.511	38	116.622.811	11	177.886.133	7	254.733.421	27	305.704.347	14
ESTUDIOS	124.420.541	42	81.568.886	23	107.350.870	33	138.963.445	63	129.404.040	31
ADQUISICION DE VIVIENDA	58.243.673	3	62.990.000	3	84.000.000	6	141.665.393	7	44.078.996	4
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	28.985.000	5	17.202.160	5	33.119.995	5	2.198.254	7	43.323.334	5
AJUSTE CESANTIAS	25.636.553	16	16.542.447	7	13.383.953	3	0	0	24336448	6
TOTAL	1.255.762.178	159	468.824.104	93	709.022.951	112	877.112.994	213	979.490.299	124

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRÁFICA No. ____ CESANTÍAS RETROACTIVAS ENERO A DICIEMBRE VIGENCIAS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Se liquidan Cesantías **Retroactivas** vigencia 2018 comparado con las vigencias 2014, 2015, 2016 y 2017, 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 están con destinación arreglos locativos, exceptuando en la vigencia 2014 que se generó un gran volumen por retiro de cesantías definitivas.

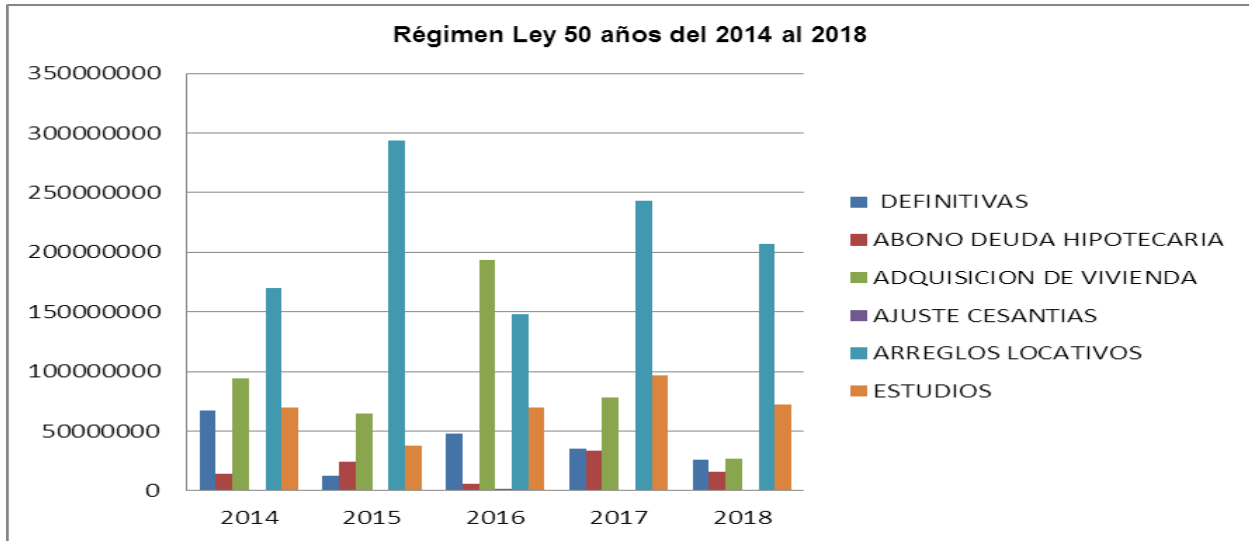
Las vigencias en que los trabajadores realizaron mayor volumen de retiros de cesantías corresponden a las vigencias 2014 con un 25,94% y 2015 con un 21,18%, respecto a las demás vigencias relacionadas.

TABLA No. ____ CESANTÍAS ANUALIZADAS LEY 50 ENERO A DICIEMBRE VIGENCIAS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018.

REGIMEN	2014		2015		2016		2017		2018	
	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.
ARREGLOS LOCATIVOS	169.728.591	48	293.993.515	64	148.374.487	49	\$242.835.782	57	\$206.752.662	56
DEFINITIVAS	66.933.295	40	12.770.661	13	48.137.304	16	\$35.525.489	18	\$25.744.573	16
ESTUDIOS	69.330.920	26	37.546.274	17	69.435.778	23	\$96.343.828	27	\$71.949.374	28
ADQUISICION DE VIVIENDA	94.489.500	4	64.460.000	5	193.232.575	9	\$78.191.789	3	\$26.375.431	2
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	13.737.335	7	23.842.279	5	5.992.327	3	\$33.435.920	5	\$16.076.050	1
AJUSTE CESANTIAS	0	0	265.108	9	1.054.630	11	\$0	0	\$274.376	6
TOTAL	414.219.641	125	432.877.837	113	466.227.101	111	\$486.332.808	110	\$347.172.466	109

Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

GRÁFICA No. ____ CESANTÍAS ANUALIZADAS (LEY 50) ENERO A DICIEMBRE VIGENCIAS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Las cesantías con mayor volumen de solicitudes entre los trabajadores públicos y oficiales se evidencia que pertenece a arreglos locativos, seguido de adquisición de vivienda y estudios, siendo estos últimos los más solicitados en los meses de diciembre y junio de cada respectivo año.

VACACIONES

La relación de vacaciones se vienen reconociendo y concediendo de acuerdo con la programación anual del año que corresponda, que cada área ha radicado y las cartas de solicitudes individuales debidamente avaladas por las respectivas direcciones y subdirecciones. El manejo de estas novedades se realiza rectificando fechas de periodos causados y las fechas de disfrute en cada historia laboral. Se elaboran las resoluciones de empleados públicos y trabajadores oficiales y las resoluciones con novedades de vacaciones tanto del nivel directivo como las de modificaciones con los respectivos soportes, una vez avaladas y firmadas por la Subdirectora de Personal se numeran en la Dirección Administrativa, se radica una copia a nómina y se ingresan al aplicativo de Dinámica Gerencial para su respectiva liquidación. Finalmente se notifica a cada funcionario para su respectivo disfrute ya sea por carta o por resolución según sea el caso.

TABLA No. ____ NÚMERO DE PERSONAS CON DISFRUTE DE VACACIONES VIGENCIAS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018

MES	No. Trabajadores Oficiales					No. Trabajadores Públicos				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Enero	14	5	6	7	8	48	40	35	38	33
Febrero	2	2	2	0	3	6	5	4	5	6
Marzo	2	3	1	0	2	6	7	16	2	10
Abril	6	5	0	1	0	20	17	3	17	10
Mayo	3	5	4	5	8	9	7	7	3	31
Junio	6	7	7	8	8	35	32	17	30	23
Julio	6	4	10	2	3	21	21	56	20	9
Agosto	2	2	1	0	2	20	15	12	17	10
Septiembre	2	4	0	0	1	20	10	7	9	14
Octubre	2	3	2	4	2	19	18	11	17	13
Noviembre	2	3	4	5	10	11	16	16	14	48
Diciembre	6	11	11	7	7	58	50	45	46	23

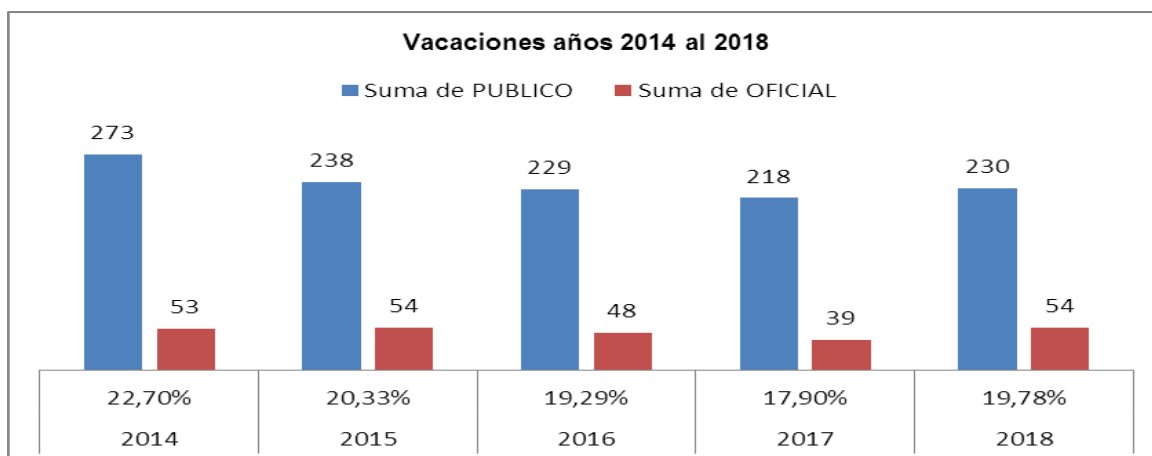
Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

TABLA No. ____ CONSOLIDADO NÚMERO DE PERSONAS CON DISFRUTE DE VACACIONES VIGENCIAS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018

Vigencia	Oficial	Publico	Total	Porcentaje
2014	53	273	326	22,70%
2015	54	238	292	20,33%
2016	48	229	277	19,29%
2017	39	218	257	17,90%
2018	54	230	284	19,78%
TOTAL				100,00%

Fuente: Subdirección de Personal - Vacaciones

GRÁFICA__ COMPARATIVO DISFRUTE DE VACACIONES EMPLEADOS PÚBLICOS Y TRABAJADORES OFICIALES



De acuerdo a la información antes mencionada se infiere que tanto para trabajadores oficiales y públicos en la vigencia 2014 son los que tienen más dinámica este rubro, pero en comparación son más los trabajadores públicos los que afectan la gráfica en todos los años al ser la población en mayor proporción.

AUSENTISMO DE PLANTA

Se realiza el ausentismo del personal de planta de enero a diciembre del año 2018 comparado vigencias anteriores 2014, 2015, 2016, 2017, por 8 y 6 horas con sus respectivos valores.

TABLA __. VALOR POR HORAS (8 Y 6 HORAS) DEL AUSENTISMO AÑOS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018

CONCEPTO	2014				2015			
	8 HORAS		6 HORAS		8 HORAS		6 HORAS	
COMPENSATORIO	324.378	2%		0%	16.215.131	23%	66.168.709	44%
LICENCIAS	5.609.215	35%	-	0%	12.073.640	17%	8.538.930	6%
PERMISO	4.523.804	28%		0%	31.511.701	44%	12.893.666	9%
PERMISO SINDICAL	4.970.383	31%	4.313.358	100%	6.406.726	9%	62.585.633	42%
SALIDA LABORAL	642.732	4%		0%	4.910.819	7%	524.280	0%
TOTAL	16.070.512	100%	4.313.358	100%	71.118.018	100%	150.711.217	100%

Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

CONCEPTO	2016				2017			
	8 HORAS		6 HORAS		8 HORAS		6 HORAS	
COMPENSATORIO	16.427.857	14%	59.289.278	26%	-	34%	186.243	32%
LICENCIAS	33.960.161	29%	14.421.603	6%	12.218.413	2%	15.311.962	5%
PERMISO	49.560.738	42%	32.155.119	14%	427.505	56%	2.288.411	12%
PERMISO SINDICAL	13.395.800	11%	113.886.229	51%	11.142.205	5%	5.488.106	51%

SALIDA LABORAL	5.678.399	5%	4.051.726	2%	1.062.336	3%	24.339.381	0%
TOTAL	119.022.955	100%	223.803.955	100%	24.850.459	100%	47.614.103	100%

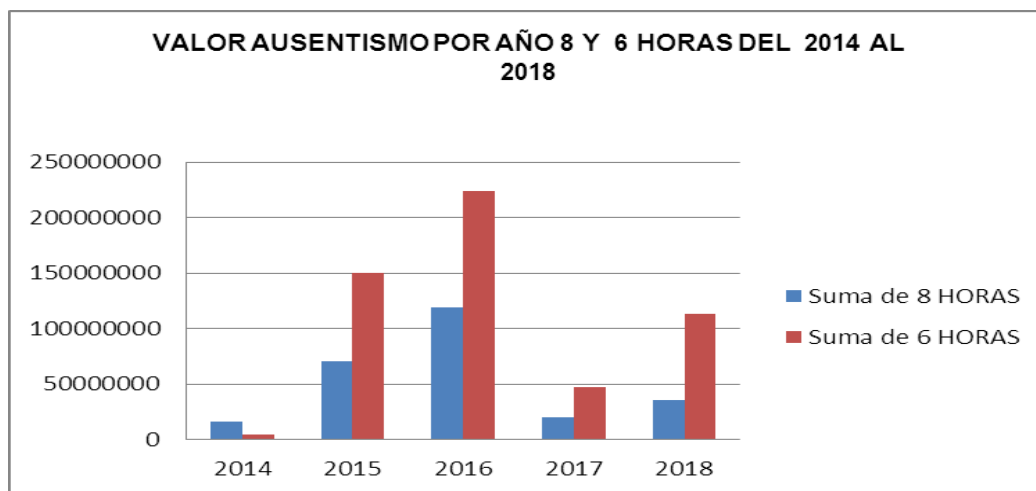
Fuente: Subdirección de Personal - Ausentismo

CONCEPTO	2018			
	8 HORAS		6 HORAS	
COMPENSATORIO	8.104.236	23%	5.470.911	5%
LICENCIAS	250.277	1%	1.001.134	1%
PERMISO	21.631.891	60%	30.522.783	27%
PERMISO SINDICAL	410.355	1%	69.883.400	62%
SALIDA LABORAL	5.334.633	15%	6.680.303	6%
TOTAL	35.731.393	100%	113.558.531	100%

Total Ausentismos	
2014	\$ 20.383.871
2015	\$ 221.829.235
2016	\$ 342.826.910
2017	\$ 72.464.562
2018	\$ 149.289.924

Fuente: Subdirección de Personal - Ausentismo

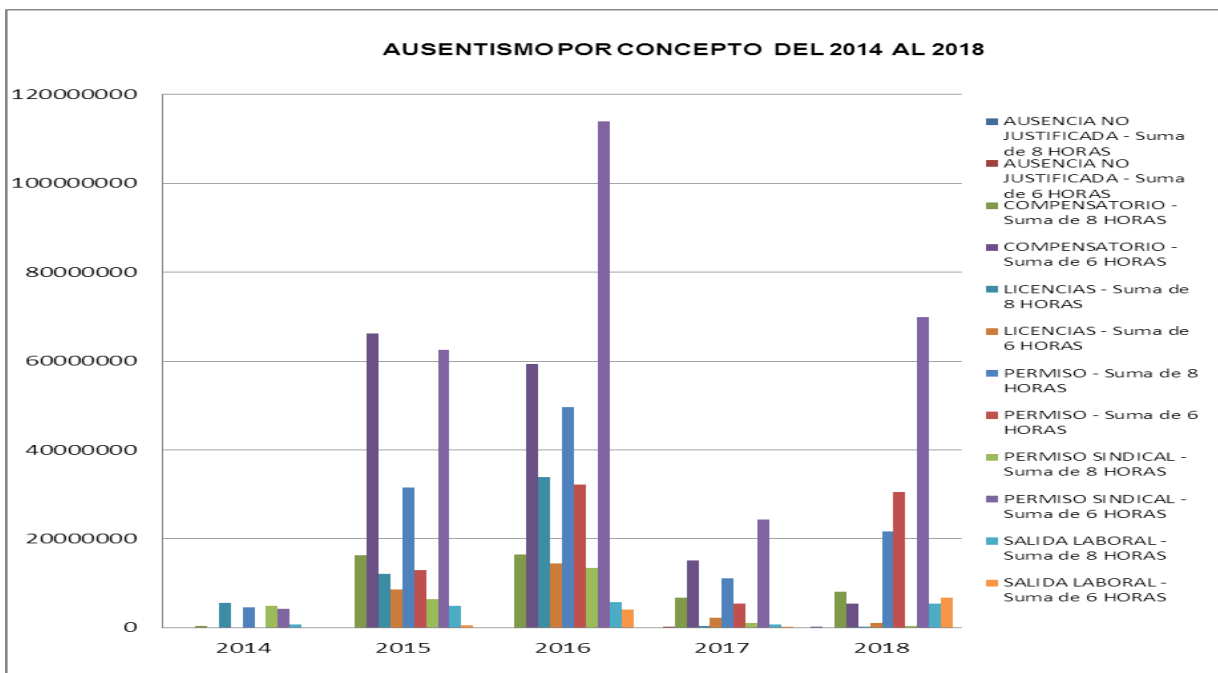
GRÁFICA___. VALOR POR HORAS (8 Y 6 HORAS) DEL AUSENTISMO AÑOS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

La mayor novedad en el ausentismo se presenta con quienes laboran 6 horas, correspondiente a los trabajadores asistenciales ya que hay un mayor volumen de personal bajo esta modalidad. En la vigencia 2018 aumentan las ausencias en referencia al año 2017. Los trabajadores 8 horas están en menor proporción por lo tanto se generan menores novedades en el ausentismo, generando una diferencia notoria respecto a quienes laboran 6 horas.

GRÁFICA No. ___. AUSENTISMO POR CONCEPTO AÑOS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018



Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

Los ausentismos se presentan por diferentes novedades siendo los permisos sindicales los de mayor número, teniendo un porcentaje de ausentismo en el 2018 de 64% entre todos los demás. En relación a los años anteriores, son estos los que más influyen y marcan tenencia en el ausentismo ya que mensualmente se presentan trabajadores con permiso la mayoría de los días del mes. Los permisos también generan gran cantidad de solicitudes por motivos personales y calamidades de cada trabajador. En comparación con años anteriores se ha generado una disminución en el ausentismo desde el 2017 generando más control sobre los mismos.

INCAPACIDADES

A continuación se presenta la relación de incapacidades radicadas en la subdirección de Personal mes a mes durante las vigencias del 2014 al 2018.

TABLA No. __. CUADRO REPORTE ANUAL DE INCAPACIDADES AÑOS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018

MES	2014					2015					2016					2017					2018				
	AL	EG	LM	LP	EP	AL	EG	LM	LP	EP	AL	EG	LM	LP	EP	AL	EG	LM	LP	EP	AL	EG	LM	LP	EP
ENERO	2	41	0	0	1	1	35	0	0	0	1	22	1	1	0	1	30	0	0	0	1	40	0	0	1

FEBRERO	2	37	1	0	0	1	22	0	0	0	0	47	0	0	0	0	39	1	0	1	1	26	0	0	0
MARZO	1	36	0	0	1	3	36	0	0	0	2	40	1	0	0	1	34	1	0	0	0	26	0	0	5
ABRIL	0	38	0	0	0	2	37	0	0	0	2	32	0	0	0	0	28	1	0	0	0	22	0	0	1
MAYO	1	40	0	0	0	4	21	0	0	0	1	40	0	0	0	1	35	1	0	2	3	19	0	0	1
JUNIO	0	32	0	0	0	0	26	0	0	0	1	26	1	0	0	1	28	0	0	2	0	36	0	0	1
JULIO	0	16	0	0	2	1	29	1	0	0	2	28	0	0	0	0	30	0	0	1	0	21	0	0	2
AGOSTO	2	29	0	0	0	1	30	0	0	0	3	38	0	0	0	0	30	0	0	0	0	18	0	0	1
SEPTIEMBRE	10	35	0	0	0	4	37	0	0	0	0	29	0	0	0	0	42	0	0	1	0	26	0	0	1
OCTUBRE	1	36	0	0	0	1	48	1	0	0	2	37	0	0	0	1	30	0	0	0	0	23	0	0	1
NOVIEMBRE	2	26	0	0	2	0	31	0	0	0	3	38	0	0	0	0	37	0	0	0	1	16	0	0	1
DICIEMBRE	7	22	0	0	0	0	27	0	0	0	2	18	0	0	0	0	16	0	0	0	2	21	0	0	1
Subtotal	28	388	1	0	6	18	379	2	0	0	19	395	3	1	0	5	379	4	0	7	8	294	0	0	16
TOTAL	423					399					418					395					318				

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

AL: Accidente Laboral, EG: Enfermedad General; LM: Licencia de Maternidad; LP: Licencia de Paternidad y EP: Enfermedad Profesional

En el cuadro se relacionan las incapacidades reportadas por las diferentes dependencias del hospital correspondientes al personal de planta de acuerdo al origen que tuvo la incapacidad; se observa que durante los dos últimos años la totalidad de incapacidades reportadas ha disminuido, esto debido a que el personal de planta ha ido disminuyendo.

TABLA _____ COMPARATIVO TRIMESTRAL REPORTE INCAPACIDADES AÑOS 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018

TRIMESTRE	2014					2015					2016					2017					2018				
	AT	EG	EP	LM	LP	AT	EG	EP	LM	LP	AT	EG	EP	LM	LP	AT	EG	EP	LM	LP	AT	EG	EP	LM	LP
I	5	114	2	1	0	5	93	0	0	0	3	109	0	2	1	2	103	1	2	0	2	92	6	0	0
II	1	110	0	0	0	6	84	0	0	0	4	98	0	1	0	2	91	4	2	0	3	77	3	0	0
III	12	80	2	0	0	6	96	0	1	0	5	95	0	0	0	0	102	2	0	0		65	4	0	0
IV	10	84	2	0	0	1	106	0	1	0	7	93	0	0	0	1	83	0	0	0	3	60	3	0	0
TOTAL	28	388	6	1	0	18	379	0	2	0	19	395	0	3	1	5	379	7	4	0	8	294	16	0	0

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

AL: Accidente Laboral, EG: Enfermedad General; LM: Licencia de Maternidad; LP: Licencia de Paternidad y EP: Enfermedad Profesional

En el cuadro anterior se ve reflejado el total de las incapacidades radicadas para cada uno de los años por trimestre, como se puede observar es en el primer trimestre de cada año donde más incapacidades se reportan, esto obedece a que debido al comportamiento y cierre de novedades para el mes de diciembre del año inmediatamente anterior se dejan de reportar novedades de incapacidad en la nómina correspondiente a la vigencia correspondiente.

En relación a las incapacidades relacionadas a accidentes laborales estas han disminuido debido a la implementación de los diferentes programas de prevención organizados y socializados desde el área de seguridad y salud en el trabajo.

Para el caso de las incapacidades de origen de enfermedad profesional, estas se han ido incrementando ya que se viene presentando un incremento en los casos de colaboradores activos que son diagnosticados y calificados con enfermedades profesionales.

INCAPACIDADES SUSEPTIBLES DE RECONOCIMIENTO ECONOMICO

Dado que la normatividad actual vigente indica que el reconocimiento económico de las prestaciones generadas por incapacidad a cargo de la EPS solo es reconocido a partir del tercer (3) día de incapacidad, a continuación en el cuadro se relaciona el total de incapacidades que en el año debieron ser reconocidas por las diferentes EPS.

TABLA ____ INCAPACIDADES SUSEPTIBLES DE RECONOCIMIENTO ECONOMICO

EPS	2014					2015					2016					2017					2018				
	AT	EG	LM	LP	EP	AT	EG	LM	LP	EP	AT	EG	LM	LP	EP	AT	EG	LM	LP	EP	AT	EG	LM	LP	EP
ALIANSA LUD	0	8	0	0	0	0	7	0	0	0	0	8	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0
CAFESALUD	0	2	0	0	0	0	6	0	0	0	1	25	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0
COLPATRIA ARL	22	0	0	0	4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPENSAR	0	73	0	0	0	0	82	0	0	0	9	76	2	1	0	0	83	4	0	1	0	58	0	0	0
COOMEVA	0	10	0	0	0	0	13	0	0	0	0	11	0	0	0	0	7	0	0	0	0	10	0	0	0
CRUZ BLANCA	0	8	0	0	0	0	4	0	0	0	0	3	0	0	0	0	8	0	0	0	0	5	0	0	0
FAMISANAR	0	42	1	0	0	0	46	0	0	0	1	48	1	0	0	0	41	0	0	0	0	29	0	0	0
MEDIMAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	3	0	0	0
NUEVA EPS	0	33	0	0	0	0	18	2	0	0	1	35	0	0	0	0	33	0	0	0	0	29	0	0	0

EPS	2014					2015					2016					2017					2018				
	AT	EG	LM	LP	EP	AT	EG	LM	LP	EP	AT	EG	LM	LP	EP	AT	EG	LM	LP	EP	AT	EG	LM	LP	EP
POSITIVA	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	6	0	0	0	0	2	1	0	0	6	6	0	0	0	15
SALUD TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	6	0	0	0	0	2	0	0	0
SALUDCOOP	0	15	0	0	2	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANITAS	0	50	0	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	17	0	0	0
SURA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	3	0	0	0
TOTAL	22	242	1	0	6	11	221	2	0	0	18	209	3	1	0	2	223	4	0	7	6	158	0	0	15

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

AL: Accidente Laboral, EG: Enfermedad General; LM: Licencia de Maternidad; LP: Licencia de Paternidad y EP: Enfermedad Profesional

Como se puede observar el total de las incapacidades susceptibles de reconocimiento económico por parte de las diferentes EPS ha venido disminuyendo, ya que ahora un alto porcentaje de incapacidades es reconocido directamente por la E. S. E. Hospital Universitario de la Samaritana, puesto que las incapacidades reportadas por el personal de planta están entre uno y dos días.

RECONOCIMIENTO ECONOMICO DE INCAPACIDADES

En cuanto a la responsabilidad que la E. S. E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene como empleador en el cuadro anterior se reporta el valor reconocido año a año por concepto de incapacidades correspondientes a los dos (2) primeros días de cada una de ellas.

Adicionalmente en el cuadro se relaciona año a año el valor que la E. S. E. Hospital Universitario de la Samaritana asumió en pagos de nómina cubriendo el pago de la EPS, valor que a su vez debía de recobrar a cada una de las EPS.

TABLA No. _____ RECONOCIMIENTO ECONOMICO DE INCAPACIDADES AÑOS 2015, 2016, 2017 Y 2018

EPS	2015		2016		2017		2018	
	PAGO EMPLEADOR	PAGO EPS	PAGO EMPLEADOR	PAGO EPS	PAGO EMPLEADOR	PAGO EPS	PAGO EMPLEADOR	PAGO EPS
ALIANSA LUD	456.499	1.298.422	343.532	4.259.052	192.528	43.911	311.794	107.733
CAFESALUD	560.770	1.403.323	2.595.086	4.159.794	1.019.329	6.400.598	0	0

EPS	2015		2016		2017		2018	
	PAGO EMPLEADOR	PAGO EPS	PAGO EMPLEADOR	PAGO EPS	PAGO EMPLEADOR	PAGO EPS	PAGO EMPLEADOR	PAGO EPS
COLPATRIA ARL	313.994	2.127.003	0	0	0	0	0	0
COMPENSAR	12.504.253	22.741.290	13.617.567	65.813.934	16.444.057	34.645.290	15.099.482	20.323.788
COOMEVA	1.373.221	4.498.580	1.539.093	3.422.486	1.105.124	1.267.629	1.078.496	4.361.324
CRUZ BLANCA	914.261	955.133	445.465	437.356	943.785	689.933	919.963	679.244
FAMISANAR	6.516.804	6.516.723	5.373.352	14.164.677	5.283.696	7.691.724	4.457.642	4.327.595
MEDIMAS	0	0	0	0	1.090.940	5.641.094	415.406	809.205
NUEVA EPS	13.245.092	5.541.341	4.554.755	11.949.217	4.617.803	10.521.020	3.884.792	10.226.203
POSITIVA	653.294	14.913.786	103.830	769.310	0	2.512.362	389.114	14.111.869
SALUD TOTAL	375.368	0	738.257	141.978	1.036.907	1.505.037	611.622	599.069
SALUDCOOP	2.336.336	4.739.379	0	0	0	0	0	0
SANITAS	3.376.953	10.021.600	4.884.185	3.519.965	4.168.401	4.946.311	4.203.022	8.490.099
SURA	313.455	0	0	0	816.580	6.947.794	1.047.494	4.252.577
TOTAL ANUAL	42.940.299	74.756.581	34.195.123	108.637.767	36.719.150	82.812.703	32.418.826	68.288.708

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

ESTADO DE CARTERA DE INCAPACIDADES

A continuación se relaciona el estado de cartera con fecha de corte a 31 de diciembre de 2018 emitido desde la Dirección Financiera del Hospital, cartera que cada una de las EPS tiene con la E. S. E. Hospital Universitario de la Samaritana debido al no reconocimiento de las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades; cabe anotar que este estado de cartera recopila incapacidades de las vigencias anteriores.

TABLA No. ____ ESTADO DE CARTERA DE INCAPACIDADES

EPS	SALDO
ALIANSA SALUD	\$ 113.217
COMPENSAR	\$ 26.336.710
COOMEVA EPS	\$ 11.603.509
CRUZ BLANCA	\$ 535.975

EPS	SALDO
FAMISANAR	\$ 18.323.677
MEDIMAS EPS	\$ 6.024.316
NUEVA EPS	\$ 37.781.723
POSITIVA	\$ 11.505.391
SALUD TOTAL	\$ 1.047.563
SALUDCOOP EN LIQUIDACION	\$ 4.283.639
SANITAS EPS	\$ 28.560.769
SURA	\$ 10.424.764
TOTAL	156.541.253

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

CONCURSO DE MÉRITOS CONVOCATORIA No. 426 DE 2016

La Institución requiere desarrollar actividades que no pueden ser cumplidas con personal de planta o no existe el recurso humano suficiente para desarrollar estas actividades, por lo que se hace necesario cumpliendo con la ley, contratar con organizaciones privadas o con operadores externos; toda vez que constituye una forma de colaboración y concurrencia en la prestación de los servicios de salud, que permita cumplir con la prestación del servicio de salud ofertado y requerido por los usuarios que acuden a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, por lo que se hace necesario contratar temporalmente personal con el que desarrolle actividades conexas y complementario a la prestación de servicio de salud.

Por lo anterior, en virtud del principio constitucional del mérito y propendiendo por la disminución de la contratación con Empresas de Servicios Temporales, la Subdirección de Personal reportó la Oferta Pública de Empleos OPEC en el mes de julio del año 2016, para los siguientes empleos:

RESUMEN DE EMPLEOS POR NIVEL JERARQUICO		
Asistencial	9	144
Profesional	10	50
Técnico	8	13
	27	207

RESUMEN DE EMPLEOS POR ESTADO DE PROVISIÓN	
ESTADO DE PROVISIÓN	CANTIDAD DE VACANTES
No provisto	101
En Provisionalidad	106
	207

La Comisión Nacional del Servicio Civil - CNSC adelantó el Concurso de Méritos No. 426 de 2016 y en atención al mismo la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana realizó los pagos correspondientes con el fin de financiar el costo que conlleva ejecutar el mismo. Costos aprobados mediante Resolución No. 258 de 16 de junio de 2017.

Una vez agotadas todas las etapas que previó la CNSC en ejecución del mencionado concurso, en el mes de diciembre de 2018, esta entidad emitió Listas de Elegibles para los empleos ofertados, con fecha de publicación de firmeza el día 20 de diciembre de 2018, a saber:

- OPEC 26147 – Auxiliar Administrativo – Apoyo Administrativo
- OPEC 7347 – Profesional Universitario Área Salud – Nutrición
- OPEC 8704 – Enfermero – Subdirección de Enfermería
- OPEC 10062 – Profesional Universitario – Arquitectura
- OPEC 10796 – Líder de Proyecto – Facturación
- OPEC 11666 – Profesional Especializado – Salas de Cirugía
- OPEC 12319 – Médico Especialista - Dirección Científica
- OPEC 13069 – Médico Especialista – Cirugía General – Desierto
- OPEC 19311 – Técnico Área Salud – Imágenes Diagnósticas
- OPEC 21351 - Técnico Operativo – Personal / Sistemas
- OPEC 21745 – Técnico Área Salud – Patología – Desierto
- OPEC 22036 – Técnico Operativo – Farmacia
- OPEC 22478 – Técnico Operativo – Arquitectura
- OPEC 22623 – Técnico Área Salud – Salas de Cirugía
- OPEC 22841 – Técnico Operativo – Apoyo Administrativo
- OPEC 23003 – Técnico Operativo – Archivo y Correspondencia
- OPEC 26148 – Auxiliar Área Salud – Esterilización – Desierto
- OPEC 28337 – Auxiliar Área Salud -Farmacia
- OPEC 29328 – Secretario – Apoyo Administrativo
- OPEC 29896 – Auxiliar Área Salud – Estadística
- OPEC 30617 – Auxiliar Administrativo – Contabilidad, Personal y Almacén
- OPEC 31127 – Secretario
- OPEC 31836 – Secretario Ejecutivo – Dirección Financiera
- OPEC 33337 – Médico Especialista – Cirugía General – Desierto
- OPEC 33353 – Médico Especialista – Neurocirugía – Desierto

De igual manera, la CNSC emitió Listas de Elegibles para el empleo ofertado, a saber:

- OPEC 31544 – Auxiliar Área Salud – Subdirección de Enfermería

Por último, la CNSC al cierre de la vigencia 2018 no emitió firmeza de la Lista de Elegibles para el siguiente empleo ofertado:

- OPEC 7346 – Profesional Universitario – Trabajo Social

Por lo anterior, la Subdirección de Personal actualmente se encuentra adelantando el proceso de nombramientos en periodo de prueba a los aspirantes relacionados en las listas de elegibles, teniendo en cuenta las consideraciones en particular frente a cada empleo, el funcionario que ostenta el cargo en situación de provisionalidad y los lineamientos de tiempo impartidos por la CNSC.

CIERRE PAS 2018 Y DECRETO 612 DE 2018

- **PLAN ANUAL DE VACANTES**

En cumplimiento a lo establecido en el Numeral 3, Artículo 1, contenido en el Decreto No. 612 de 2018 “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado”, la Subdirección de Personal de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana diseño el PLAN ANUAL DE VACANTES 2018 y su respectivo cronograma de ejecución que contiene actividades al cierre de la vigencia 2018.

A continuación se relacionan las actividades del cronograma de ejecución al cierre de la vigencia 2018:

ACTIVIDAD	ACTIVIDAD ESPECIFICA	RESPONSABLE	VIGENCIA (2018)						
			OCT		NOV		DIC		
			P	E	P	E	P	E	
PRIMER LINEA ESTRATÉGICA: Provisión Vacantes mediante Encargo o Provisionalidad									
1. Identificar empleos vacantes definitivos o temporales de la planta de personal por todas las causas de desvinculación.	Realizar informe donde se relacione vacantes definitivos o temporales. Radicar informe en la Dirección Administrativa y Gerencia	Subdirector de Personal	1						
2. Identificar y/o actualizar los servidores públicos en situación de pre pensionabilidad	Identificar los servidores públicos vinculados a la planta de personal que dentro de la vigencia 2018 cumplan requisitos de pensión y que probablemente se desvinculen del Hospital, teniendo en cuenta fecha de ingreso a la Planta de Personal, años de labor y fecha probable de desvinculación	Subdirector de Personal			1				

ACTIVIDAD	ACTIVIDAD ESPECIFICA	RESPONSABLE	VIGENCIA (2018)					
			OCT		NOV		DIC	
			P	E	P	E	P	E
PRIMER LINEA ESTRATÉGICA: Provisión Vacantes mediante Encargo o Provisionalidad								
3. Identificar los empleos que eventualmente quedarían vacantes por desvinculación el servidor por cumplir requisitos de pensión	Identificar cantidad y denominación de los empleos que quedarían vacantes en la vigencia 2018 por desvinculación del servidor por cumplir requisitos de pensión.	Subdirector de Personal					1	

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CRONOGRAMA:

ACTIVIDAD No. 1:

En el documento PLAN ANUAL DE VANCANTES 2018, se relaciona los vacantes identificados (Remitirse al Plan Anual de Vacantes), en el cual se relaciona la siguiente información:

ESTADO DE PROVISIÓN DE PLANTA DE EMPLEOS		
PROVISIÓN DEL EMPLEO	CANTIDAD	ESPECIFICACIÓN
Periodo Fijo	2	(1) Periodo Fijo –Gerente (1) Periodo Fijo - Jefe Oficina Asesora Control Interno
Periodo Fijo SSO	3	(1) Periodo Fijo SSO – Bacteriología (2) Periodo Fijo SSO – Enfermería
Libre Nombramiento y Remoción	28	(28) Libre Nombramiento y Remoción
En Provisionalidad	85	(85) Provisionales
Provisto en Encargo	5	(1) Libre Nombramiento y Remoción (4) Carrera Administrativa
Vacancia Temporal	1	(1) Carrera Administrativa
Inscritos	110	(110) Carrera Administrativa
No provisto*	141	(2) Libre Nombramiento y Remoción (5) Periodo Fijo – SSO (134) Carrera Administrativa
SUBTOTAL	375	TOTAL EMPLEOS PÚBLICOS

PROVISIÓN DEL EMPLEO	CANTIDAD	ESPECIFICACIÓN
Trabajadores Oficiales	47	(47) Activos
	2	(2) Vacantes
SUBTOTAL	49	
TOTAL	424	TOTAL PÚBLICOS Y OFICIALES

Teniendo en cuenta los EMPLEOS **NO PROVISTOS*** relacionados en el cuadro anterior, estos se distribuyen por nivel jerárquico como se muestra en la siguiente tabla:

RELACIÓN DE VACANTES DEFINITIVAS (No provistos) POR NIVEL JERARQUICO		
NIVEL	CANTIDAD DE VACANTES	ESPECIFICACIÓN
DIRECTIVO	2	(1) Subdirector Operativo – Cirugía General (1) Subdirector Operativo – Patología
PROFESIONAL	40	(1) Líder de Proyecto – Facturación (3) Médico Especialista (1) Profesional Universitario Area Salud -Nutrición (30) Enfermero (5) Servicio Social de Obligatorio
TÉCNICO	3	(1) Técnico Área Salud - Instrumentación Quirúrgica (1) Técnico Área Salud - Patología (1) Técnico Área Salud - Radiología
ASISTENCIAL	96	(5) Secretaria (1) Auxiliar Administrativo (87) Auxiliar Area Salud – Enfermería (2) Auxiliar Area Salud – Esterilización
TOTAL	141	

Adicional se relacionó la Planta de Personal con corte a 30 de octubre en la cual se identifican las vacantes definitivas y temporales.

ACTIVIDAD No. 2:

Se identificaron los servidores públicos vinculados a la planta de personal que dentro de la vigencia 2018 cumplan requisitos de pensión y que probablemente se desvinculen del Hospital, teniendo en cuenta fecha de ingreso a la Planta de Personal, años de labor en la institución y fecha probable de desvinculación.

Como evidencia se aportó la identificación edades del personal de planta con corte a 30 de noviembre de 2018.

ACTIVIDAD No. 3:

Se identificaron los empleos que eventualmente quedarían vacantes por desvinculación por cumplir requisitos de pensión con corte a 30 de noviembre y se adjuntó Actos Administrativos de retiro de personal correspondiente al último trimestre de la vigencia 2018, de los cuales se ratifica que los empleos allí relacionados quedaron en vacancia definitiva.

Como se evidencia en la relación de los soportes aportados de las actividades establecidas en el cronograma del Plan Anual de Vacantes para el IV Trimestre de 2018, estas son netamente de identificación y caracterización de la planta de personal, específicamente en la identificación de funcionarios en situación de Pre pensionabilidad e identificación de futuras vacantes.

- **PLAN DE PREVISIÓN DE TALENTO HUMANO**

En cumplimiento a lo establecido en el Numeral 4, artículo 1, contenido en el Decreto No. 612 de 2018 “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado”, la Subdirección de Personal de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana diseñó el PLAN DE PREVISIÓN DE TALENTO HUMANO y su respectivo cronograma de ejecución que contiene actividades al cierre de la vigencia 2018.

A continuación se relacionan las actividades del cronograma de ejecución al cierre de la vigencia 2018:

ACTIVIDAD	ACTIVIDAD ESPECIFICA	RESPONSABLE	VIGENCIA (2018)						
			OCT		NOV		DIC		
			P	E	P	E	P	E	
PRIMER LINEA ESTRATÉGICA: ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE PERSONAL									
1. Solicitar diligenciamiento de Matriz de Necesidades de Talento Humano 05TH23-V1	Enviar Matriz de Necesidades de Talento Humano 05TH23-V1, a líderes de áreas misionales y de apoyo, estableciendo tiempo de entrega	Subdirector de Personal	1						
2. Diligenciamiento Matriz de Necesidades de Talento Humano 05TH23-V1	Cada área realiza el diligenciamiento de la Matriz de Necesidades de Talento Humano 05TH23-V1 y lo envía a la Subdirección de Personal para su consolidación.	Subdirector de Personal y Líderes de Área			1				
3. Analizar los resultados de las necesidades de personal de cada área misional y de apoyo	Analizar los resultados de las necesidades de personal determinando los posibles déficits o excedentes de personal en cada área o servicio del Hospital, teniendo en cuenta variables como necesidad y complejidad del servicio.	Subdirector de Personal y Líderes de Área					1		

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CRONOGRAMA:

ACTIVIDAD No. 1:

Se aportó como evidencia las solicitudes de diligenciamiento de la **Matriz de Necesidades de Talento Humano 05TH23-V1**, a las diferentes áreas asistenciales y administrativas del Hospital, cada solicitud con diferente fecha reiterando la importancia de allegar la matriz debidamente diligenciada.

ACTIVIDAD No. 2:

Se aportó como evidencia diez (10) Matrices de Necesidades de Talento Humano diligenciadas en archivo Excel.

ACTIVIDAD No. 3:

Se adjunta informe de consolidación y análisis del diligenciamiento de las matrices de necesidades de talento humano allegadas por las diferentes áreas al cierre de la vigencia 2018 (Ver informe).

- **EJECUTAR EL CRONOGRAMA DE COMPENSACIONES Y ELEMENTOS RELACIONADOS EN TODOS LOS SISTEMAS DE VINCULACIÓN (SEG. SOCIAL, PRESTACIONES, PAGOS A CONTRATISTAS, COSTOS RELACIONADOS).**

Como evidencia del cumplimiento se aportó actas de revisión de la inclusión de las novedades de la nómina del Hospital y los cronogramas de compensaciones y su respectiva ejecución del IV Trimestre de 2018.

TABLERO ÚNICO CONTROL DE INDICADORES – TUCI

Durante el IV Trimestre de 2018 se parametrizó con el área de Estadística las fichas de los indicadores correspondientes a la Subdirección de Personal, conforme a los indicadores de la caracterización del proceso de Gestión de Talento Humano y a la matriz de indicadores de ICONTEC, las fichas parametrizadas son:

- Total de personal
- Rotación

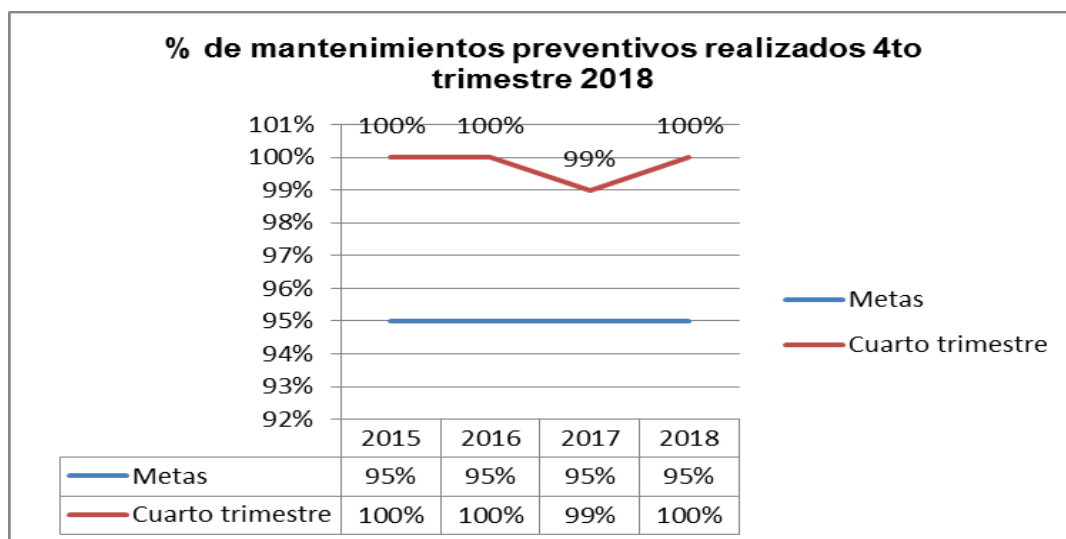
COMISIÓN DE PERSONAL

En la vigencia 2018 y mediante Resolución número 301 del 13 de julio de 2018 se llevó a cabo la convocatoria para ser elegidos los representantes de los empleados en la Comisión de personal; como resultado del proceso los dos (2) candidatos que tuvieron la mayoría de votos en estricto orden son la Señoras MARÍA CLARA MARTÍNEZ RUBIANO y CLEMENCIA GARAVITO JIMÉNEZ; y como suplentes la señoras LETICIA CEPEDA ESPITIA y CLAUDIA PATRICIA NEIRA ARIAS que ocuparon el tercer y cuarto puesto dentro del proceso de elección, por tanto, mediante Resolución número 356 del 30 de agosto de 2018 se estableció la conformación de la Comisión de Personal de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana para el periodo 2018-2020.

4.2 GESTIÓN DE INFORMACIÓN

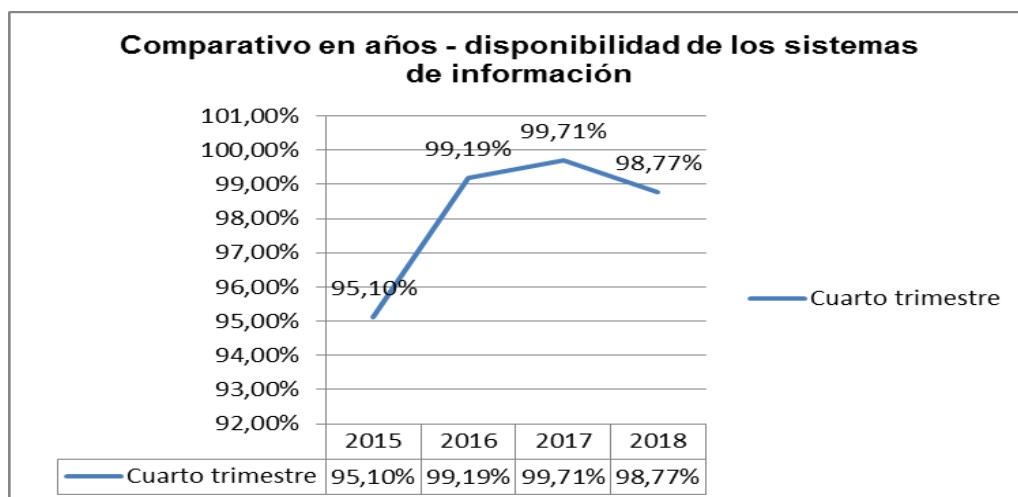
Gestión del Proceso

% Mantenimientos Preventivos Realizados



Para el cuarto trimestre de los años 2017 y 2018 la tarea de mantenimientos preventivos fue realizada al **99% y 100%** respectivamente, teniendo en el año 2018 un incremento en 41 equipos con respecto al año anterior. Se realizó auditoria en los mantenimientos obteniendo una calificación favorable sin ninguna novedad de un **96,8%**.

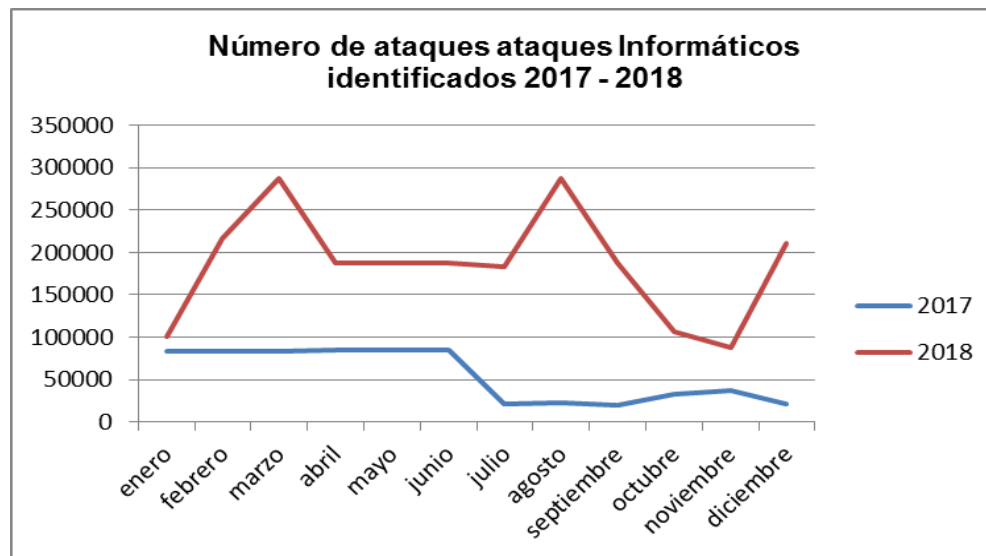
% De Disponibilidad Sistemas de Información



Este año nuevamente la falla que más genero indisponibilidad de los sistemas de información son las fallas eléctricas. Se realiza seguimientos con el área de arquitectura, para determinar el inconveniente, y dar solución a esta falla, iniciando la fase correctiva con el cambio de UPS.

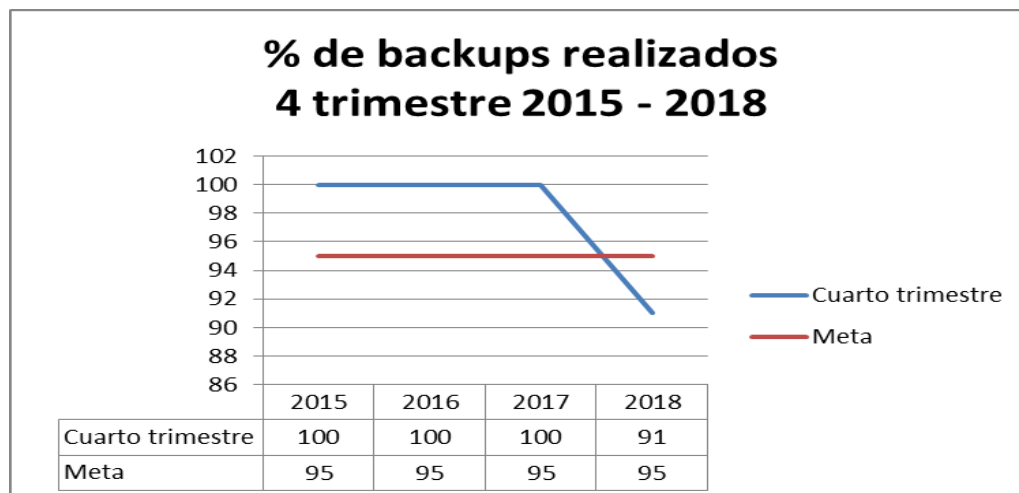
De igual manera el HUS mantiene su plataforma monitoreada y virtual para minimizar la afectación de los servicios en los sistemas de información.

% De ataques Informáticos recibidos en la entidad que impidieron la prestación de alguno de los servicios.



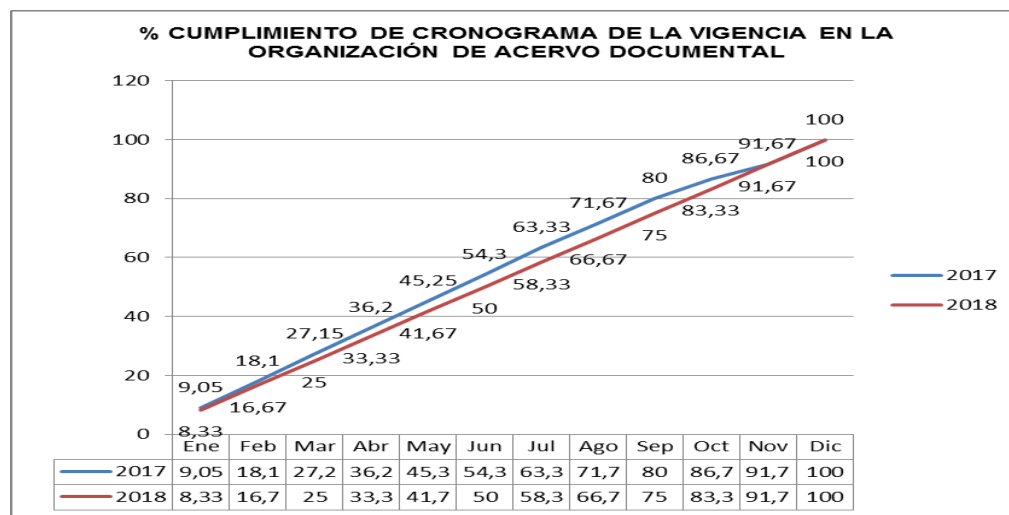
En el año 2018 no se presentó ningún ataque informático efectivo y se evidencia que aunque los ataques informáticos en el año 2018 aumento, es de resaltar que ninguno de estos fue efectivo, todos fueron controlados por ISP del checkpoint.

% de Backups Realizados



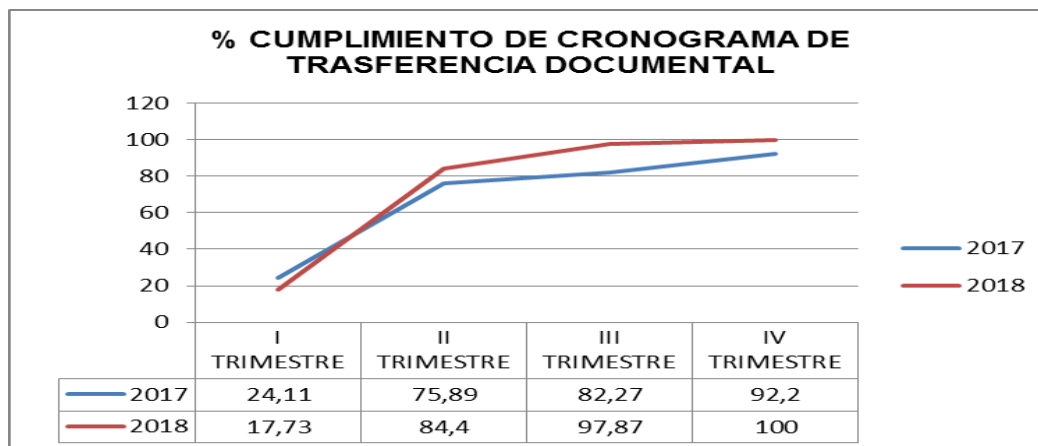
Se generan y entregan los Backups a la empresa de seguridad, Los backups correspondientes al mes de diciembre se entregan en enero debido a que la consolidación de la información (cierre anual), es programada por el área financiera para el mes de enero o febrero de 2019.

% CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA DE LA VIGENCIA EN LA ORGANIZACIÓN DE ACERVO DOCUMENTAL



Se proyectó realizar proceso completo (organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo documental) de la serie Boletines de Egreso de las vigencias 2007 a 2014 del área de Tesorería del acervo documental de la entidad. Donde a la fecha se han realizado 3000 expedientes con proceso completo (organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo documental) de 3.000 expedientes con proceso propuestos a realizar, en un avance del 100% del total.

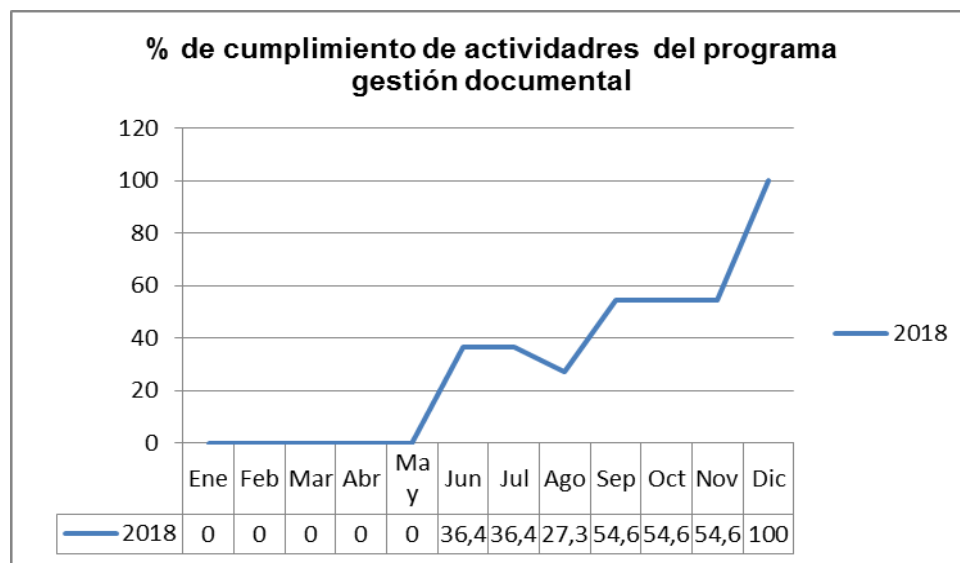
% CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA DE TRASFERENCIA DOCUMENTAL



El Hospital Universitario La Samaritana cuenta con 47 dependencias, donde se ha dado cumplimiento en un 100 % de lo establecido en el cronograma de transferencias, se trasladada al Archivo Central de la Entidad para custodia de la

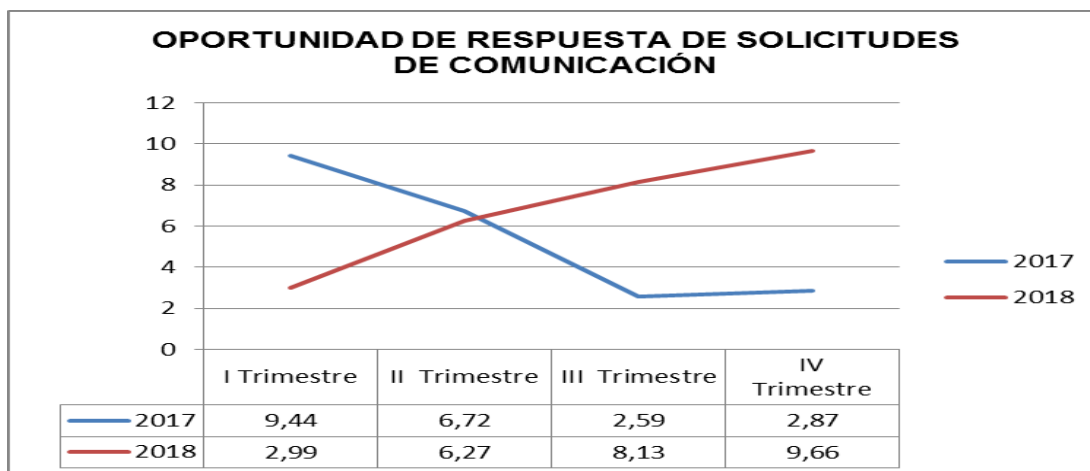
oficina de Gestión Documental la cual es ubicada físicamente en la estantería e incluida en el Inventario Único Documental (FUID).

% CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA GESTIÓN DOCUMENTAL



Este indicador cuenta con 11 actividades, de las cuales se cumplió el 100%, logrando cumplimiento e implementación de instrumentos archivísticos, donde se formula y documenta a corto, mediano y largo plazo el desarrollo de los procesos de gestión documental.

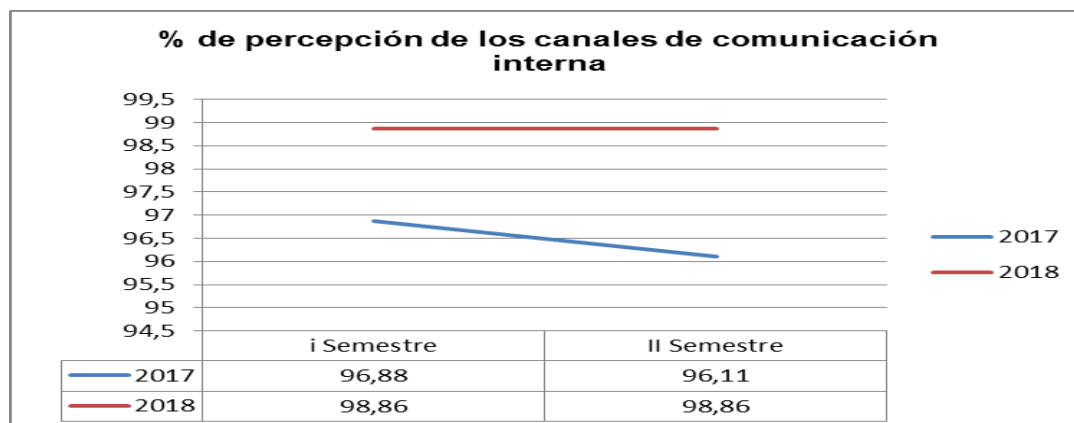
OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN



En el año 2018, la solicitud de comunicación ha aumentado en el hospital, las áreas que más han solicitado servicios son: Educación Médica, enfermería, Fisioterapia, solicitando Diseños para la promoción de los eventos académicos

realizados en el hospital, algunos de ellos son los Congresos, Simposios, jornadas de actualización de las diferentes áreas, las cuales son .socializadas en espacios internos y externos del hospital.

% PERCEPCIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA

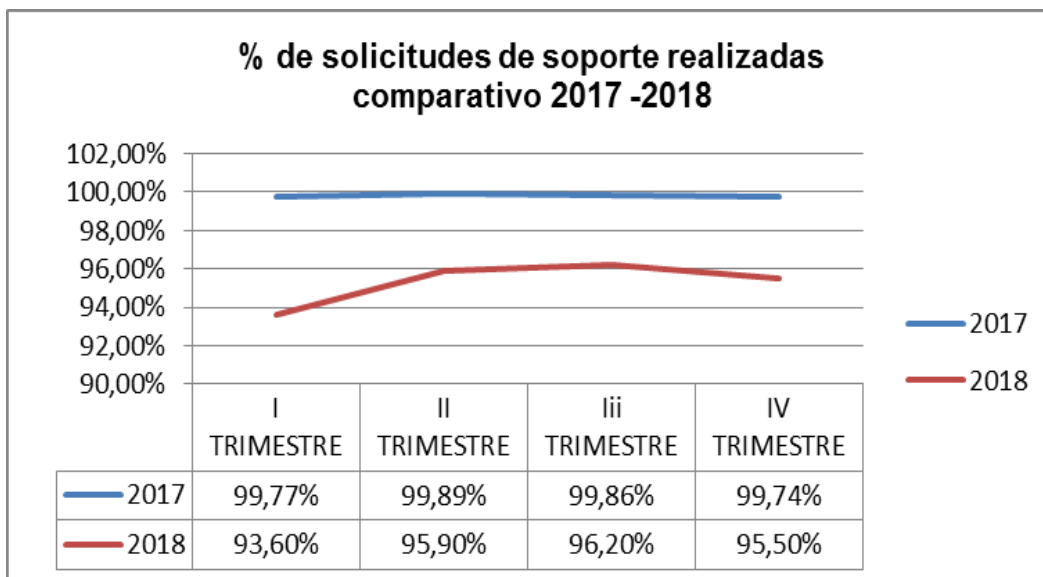


La encuesta se realizó a través de una muestra representativa de 200 personas, dirigida a los usuarios y sus familias y al personal administrativo del Hospital. Se realizó la encuesta a 176 personas, discriminadas así: 82 usuarios y 94 administrativos, de las cuales 174 respondieron afirmativamente a la pregunta, “¿Considera que la información que recibe del HUS es confiable?”. , Obteniendo un **98.86%** de percepción, demostrando así La confiabilidad del cliente interno del hospital ante la información suministrada a través de los medios de comunicación internos

A la pregunta, ¿medios internos que más usa para informarse?, los encuestados respondieron así:

- Carteleros institucionales
- Pantallas digitales (ascensor y zonas comunes)
- Intranet

INFORME DE MESA DE AYUDA



Durante el año 2018 se solicitaron por los usuarios 10.292 solicitudes de soporte a las cuales se les dio respuesta a 9856 incidencias, 188 incidencias más que el año anterior.

Las áreas que más generaron solicitudes de soporte fueron las áreas de Objeciones, facturación y Financiera.

El mayor soporte es de Dinámica Gerencial Hospitalaria.

5. Planes Únicos de Mejora PUMP

Avance PUMP 2018: 95% de la vigencia

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	% AVANCE	OBSERVACION
1	Realizar conciliación de la información del inventario de equipo informático de sistemas con el módulo de activos fijos.	80%	La subdirección de sistemas realizó el envío de inventarios tangibles del área, se realizó reunión de validación con el área de activos fijos. Se encuentra pendiente del proceso de conciliación y ajuste del módulo de activos fijos por parte del área financiera. Actividad en Desarrollo.
2	Realizar la matriz de comunicaciones.	100%	Se elaboró y aprobó la Matriz de Comunicaciones. Publicada el 22 de mayo de 2018 en la Intranet_Gestión de la información_5. Formatos_05GIS41-V1 Se realizó la socialización a los líderes de proceso de

			Matriz de Comunicaciones. Actividad Completa.
3	Realizar la actualización de la caracterización con los indicadores definidos en el TUCI	100%	Se llevó a cabo las actividades 1.2.3. Actualización, aprobación y publicación de la caracterización del Proceso. Ver Publicación INTRANET gestión de la información 00GIS01-V3 16 de mayo de 2018. Actividad Completa.
4	Realizar seguimiento de la aplicación de procesos archivísticos, Tabla de Retención Documental TRD.	100%	Se tiene establecida actividad No. 4. Los archivos de Gestión progresivamente vienen aplicando Tablas de Retención Documental TRD, la normatividad de gestión documental no esta aplicada en su totalidad. (Archivos Especiales - demandas). Se cuenta con soportes establecidos en el PUMP para tercer trimestre y dar así cumplimiento del 100%: - Acta seguimiento cartera 02-08-2018, Realizar verificación aplicación procesos archivísticos. - Acta comité de archivo 08-08-2018, seguimiento a la aplicación de procedimientos de gestión documental. Actividad Completa.
5	Realizar y verificar las condiciones ambientales y del entorno del sitio donde se está almacenando los medios magnéticos de los Backups del HUS.	100%	Se realizó visita en la cual se aplicó lista de chequeo a la empresa de seguridad con su respectivo informe el cual se anexa. Actividad Completa.
6	Realizar el contrato de soporte y actualización con sistemas y asesorías de Colombia, validado las nuevas versiones	100%	Se realiza el contrato con SYAC y se realizó la actualización del aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria.
7	Modificar la interfaz con Carestream, tomando el estado hecho (generado por el tecnólogo en el momento de procesar el examen en el aplicativo de PACS), para el campo de fecha de realización en el aplicativo DGH. Para la fecha del resultado se sigue tomando la fecha y hora de la recepción del mensaje generado por la aplicación de firma 3 (estado de aprobado por el medico).	80%	Se realizaron los respectivos ajustes a la interfaz con el acompañamiento de Carestream, se nos reportaron algunos casos específicos los cuales continúan en revisión. Actividad en Desarrollo

8	Dar cumplimiento de la ley 1712 de 2014	100%	Se validó la información institucional bajo la ley 1712 de 2014 “Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional” y se reportó en la plataforma del ITA de la procuraduría, Adicionalmente se tiene una matriz de seguimiento para cada ítem. Actividad Completa.
		95%	

De las mejoras obtenidas se encuentran:

La actualización del sistema de información DGH, logrando iniciar en el HUS la transición de contabilidad COLGAP a NIf.

Se garantizó que en la construcción de las fichas se ingresaran mínimo los indicadores consignados en la caracterización de cada proceso. Para posterior seguimiento desde la oficina de planeación.

Se normalizaron los procedimientos y manuales archivísticos del hospital, estandarizando la producción documental, se aplican tiempos de retención de acuerdo a la tabla de retención documental.

Se validó la información institucional, bajo la ley 1712 de 2014 “Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional” y se reportó en la plataforma del ITA de la procuraduría,

6. PAS

Avance: 100%

Meta de producto anual	Ejecutado IV trimestre	Total de la ejecución	Logros
Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR	100%	100%	Se documentó los procedimientos y manuales lo que permite que el HUS estandarice la producción documental del HUS y preservar la información del HUS
Implementación de Plan estratégico de tecnologías de la información	100%	100%	Desarrollar un Aplicativo de evaluación de los estudiantes por parte de los Docentes del HUS este proceso se llevaba manual en el HUS. Se logró tener una infraestructura actualizada de red inalámbrica en el HUS (WIFI) con cubrimiento total para el Edificio Asistencial y Administrativo, que contribuye al mejoramiento de la conectividad y el acceso a la información. De igual forma se logra prestar el servicio de internet a los estudiantes. Se logró el desarrollo de la App del HUS para acceso de información la cual ya está siendo

			utilizada por usuarios asistenciales del HUS para el acceso a la información
Implementación de Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	100%	100%	Definición de una herramienta Matriz de Activos de Información cumpliendo con todas las variables exigidas por 1712 y MIPG estandarizando la información para realizar el inventario de activos de información del HUS
Implementación de Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información	100%	100%	Aplicando la herramienta de diagnóstico de MINTIC se obtuvo el resultado 51% de la evaluación de los controles con un estado de madurez del Plan de seguridad de la Información INTERMEDIO un resultado positivo para el HUS de acuerdo a su tamaño y complejidad.

Actividades realizadas:

- Se llevó a cabo la actualización de los procesos documentales de instrumentos archivísticos donde se cuenta con procedimientos y manuales requeridos por la normatividad
- Se elaboraron líneas de tiempo que permitan identificar las etapas de transformación del hospital, para este proceso se realizó la contratación de un historiador.
- Se realiza seguimiento a los procesos de gestión documental establecidos.
- Se realiza verificación de los instrumentos de la gestión de información pública numerales 10.5 y 10.6, se realiza publicación de instrumentos archivísticos.
- **Se desarrolló el aplicativo de evaluación a la Historia clínica de docencia**, de acuerdo a las necesidades de la Subdirección de Educación Médica. Este aplicativo contribuye al control y supervisión de las historia clínicas realizadas por los médicos residentes y validadas por los docentes de cada una de las especialidades base con las que cuenta el hospital.
Se definieron las siguientes actividades para el desarrollo del aplicativo.

ACTIVIDAD ESPECÍFICA	RESPONSABLE	2018												TOTAL															
		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		P	E		
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E				
Realizar la definición del alcance del desarrollo de Aplicativo	Subdirección de Sistemas / Subdirección de Educación Médica											1	1														1	1	
Aprobación de proceso para desarrollo de Aplicativo	Subdirección de Sistemas / Subdirección de Educación Médica											1	1														1	1	
Desarrollo del aplicativo	Subdirección de Sistemas												1	1	1	1	1	1	1	1							4	4	
Presentación de Aplicativo a Subdirección de Educación Médica	Subdirección de Sistemas																				1	1					1	1	
Pruebas de aplicativo	Subdirección Médica																									1	1	1	1

INGRESO AL APLICATIVO

Digite usuario y contraseña.

Inicio de Sesión Ver 1.0

Usuario:

Contraseña:

Seleccione la fecha y especialidad

Docente : PINZON JUNCA ALFREDO

Seleccione la Fecha a Consultar:

Seleccione la especialidad a Consultar:

SELECCIONE...

SELECCIONE...

MEDICINA INTERNA

Se visualizan la cantidad de folios por estudiante y el estado en que se encuentran

Docente : PINZON JUNCA ALFREDO								
Seleccione la Fecha a Consultar: 24/12/2018								
Seleccione la especialidad a Consultar: MEDICINA INTERNA								
	IDENTIFICACION	NOMBRES	REALIZADOS	APROBADOS	P/REVISION	RECHAZADOS	P/ACLARAR	
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1015416623	AMAYA PEREZ MARIA ALEJANDRA	42					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1144047829	ARAGON GUZMAN DIANA MARCELA	15					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1015406040	ARTUNDUAGA RESTREPO LUIS ALBERTO	39					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1020757422	CUERVO LOZADA DIANA MARCELA	47					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1026573629	ESTUPIÑAN BELTRAN MARIA FERNANDA	116	2				
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1018440920	ESTUPIÑAN LOPEZ MARIA CAMILA	16					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1019055565	FAIZAL GOMEZ NASHDA IVETTE	9					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1019056346	FRIAS ORDOÑEZ JUAN SEBASTIAN	159					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1015418782	GASCA ZULLIAGA DANIEL ANDRES	109					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1026261990	GOMEZ TORRES CAROLINIE	24					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1020726830	GLUTIERREZ MORALES CAROL VIVIANA	23					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1020776888	HERNANDEZ RAMIREZ LEIDI ANGELICA	126					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1015397109	MONTAÑEZ ROBLEDO ANGELICA NATALIA	175					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1019040188	TOSCANO PEÑA ANDRES FELIPE	13					
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1098632761	VALENZUELA RANGEL MARIA JULIANA	24					

Estudiante: ESTUPIÑAN BELTRAN MARIA FERNANDA									
Realizados: 2047		Aprobados : 1		P/Revision: 0		Rechazados: 0		P/Aclarar : 0	
	IDENTIFICACION	PACIENTE	HCFCFOL	HCNUMFOL	ESTADO	MEDICO	OBSERVACION	ACLARACION	OID
<input type="button" value="Seleccionar"/>	11427763	JORGE ENRIQUE CORTES	24/12/2018 06:46:15 a.m.	74					8272468
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20945783	ANADELINA HERNANDEZ DIAZ	24/12/2018 07:14:45 a.m.	15					8272502
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20945783	ANADELINA HERNANDEZ DIAZ	24/12/2018 08:06:34 a.m.	16					8272619
<input type="button" value="Seleccionar"/>	5918627	RAFAEL DE JESUS PRECIADO FLOREZ	24/12/2018 08:28:21 a.m.	81					8272692
<input type="button" value="Seleccionar"/>	1020776797	JUAN DAVID ORTIZ PERDOMO	24/12/2018 08:31:53 a.m.	26					8272708
<input type="button" value="Seleccionar"/>	28386706	CARMEN ROSA SUAREZ DE JAIMES	24/12/2018 08:36:22 a.m.	71					8272724
<input type="button" value="Seleccionar"/>	74346471	PABLO ANTONIO BAUTISTA RODRIGUEZ	24/12/2018 08:41:38 a.m.	204					8272742
<input type="button" value="Seleccionar"/>	20278062	MARIA STELLA DE LA LUZ VELANDIA DE ORTIZ	24/12/2018 09:57:57 a.m.	24					8273013
<input type="button" value="Seleccionar"/>	93444642	NORBERTO MALAMBO	24/12/2018 12:23:41 p.m.	106					8273548
<input type="button" value="Seleccionar"/>	19117150	PABLO HUMBERTO PARADA ANDRADE	24/12/2018 12:56:26 p.m.	56					8273649

Se realizó el Desarrollo de Aplicación Móvil:

Se definieron 5 Actividades para el 2018 las cuales fueron:

ACTIVIDAD ESPECÍFICA	RESPONSABLE	2018												TOTAL															
		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		P	E		
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E				
Realizar la definición del alcance del desarrollo de App Móvil	Subdirección de sistemas											1	1														1	1	
Desarrollo de App Móvil	Subdirección de sistemas												1	1	1	1	1	1	1	1							4	4	
Pruebas de App Móvil	Subdirección de sistemas																				1	1					1	1	
Presentación de Aplicativo móvil	Subdirección de sistemas																									1	1	1	1

Resumen del Proyecto:

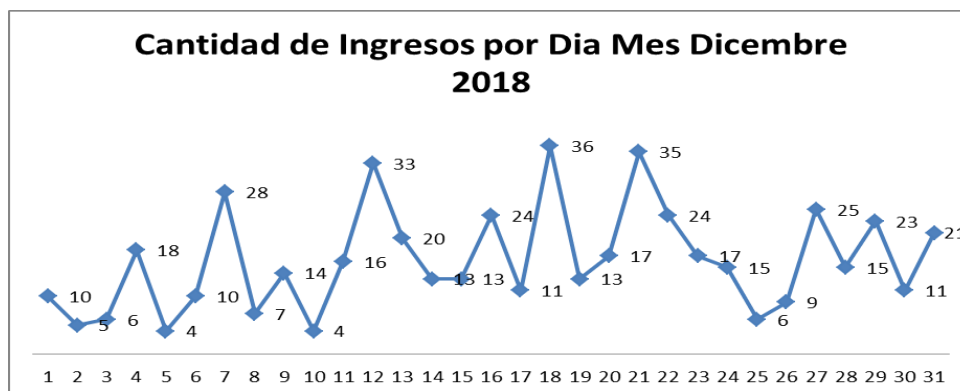
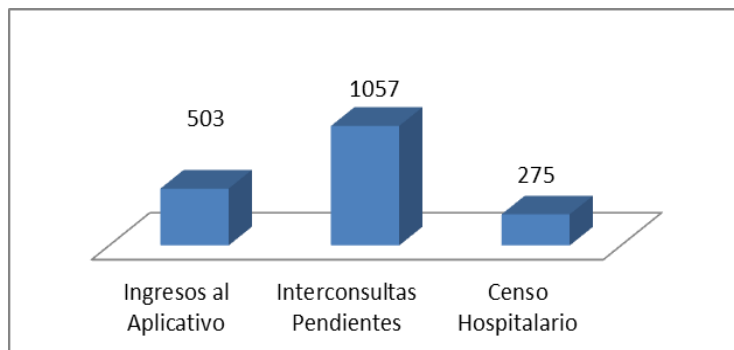
Se desarrolla la primera versión del aplicativo móvil para el HUS dirigido a la parte asistencial médicos, enfermeros, profesionales de la salud donde se pueden realizar:

1. Consultar interconsultas pendientes
2. Censo de pacientes
3. Consultar su agenda médica
4. Responder encuestas activas en Lime Survey

La aplicación está disponible para su descarga en el playStore de google, pueden identificar fácilmente el aplicativo buscando SAMARITANA identificado por el logo del HUS



Durante el mes de diciembre los usuarios registrados ingresaron al aplicativo **503** veces y realizaron **1332** consultas



Se realizó el Proyecto de Actualización y modernización de infraestructura de TIC's (Implementación WIFI HUS). Con un avance del 100%

Se definieron 6 Actividades para el 2018 las cuales fueron:

ACTIVIDAD ESPECÍFICA	RESPONSABLE	2018												TOTAL																		
		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		P	E					
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E							
Realizar el estudio de mercado para la implementación de red WIFI en el HUS	Subdirección de Sistemas																											2	2			
Radicación de Estudios Previos	Subdirección de Sistemas																												1	1		
Adjudicación de proyecto WIFI en el HUS	Subdirección de Sistemas																												1	1		
Instalación y configuración de red WIFI en el HUS	Subdirección de Sistemas																												2	2		
Relaización de Pruebas de Red Wifi en el HUS	Subdirección de Sistemas																												1	1	1	1
Puesta en Producción Red WIFI en el HUS	Subdirección de Sistemas																												1	1	1	1

Resumen del Proyecto:

Se realizó la contratación e implementación de la solución de WIFI en el HUS, donde se adquirieron los siguientes componentes de Hardware y Software:

Acces point (AP): Estos equipos son donde se conectaran usuarios dispositivos móviles, tablets portátiles de funcionarios, visitantes, estudiantes etc.

Controladoras wifi: Son las encargadas de la configuración de los AP , configuración de seguridad, creación de usuarios de acceso y perfiles.

Data Wifi: Es el software donde se puede parametrizar portales para publicar información dependiendo las zonas de acceso a internet libre.

Esta solución cuenta con 62 Access Point (AP) para los interiores del HUS, y Tres (3) tres Access Point para exteriores para poder brindar un 100% de cobertura en los edificios Administrativos y edificios asistenciales, estos a su vez se autentican a las controladora (en HA) y estas se integran con el software Data wifi. Se utilizan dos controladoras para tener redundancia, y en caso de falla de la controladora principal el hospital no quede sin servicio Wi-fi.

Se configuraron las siguientes zonas Wi-Fi

WIFI - visitantes

Esta zona es de libre acceso a internet y dirigidas especialmente a nuestros visitantes y están ubicadas:

1. En la entrada principal (recepción del hospital)
2. Plaza de Banderas Punto de encuentro
3. Consulta externa sótano (Zona Norte y sur)
4. Salas de espera primer piso (laboratorio, radiología)

WIFI - Estudiantes

Esta zona se configuro para el acceso a estudiantes con un usuario y una contraseña de tal forma que se controle por estudiante el acceso a internet, estas zonas están ubicadas en Educación médica (descanso médico, biblioteca, casilleros)

WIFI – Auditorios

Esta zona se configuro para el acceso a para charlas, conferencias o necesidades específicas de acceso a internet con un usuario y una contraseña de tal forma que se controle el acceso a internet, estas zonas están ubicadas en Educación médica (descanso médico, biblioteca, casilleros)

WIFI – Gerencia

Esta zona se configuro para el acceso a los asistentes de sala de Juntas de Gerencia y la Gerencia.

WIFI – Pacientes

Esta zona se configuro en el edificio asistencial en las áreas de hospitalización la cual permitirá que los pacientes hospitalizados se les asignen un usuario y una contraseña para acceso a internet para máximo 3 personas.

Manual de instrucciones

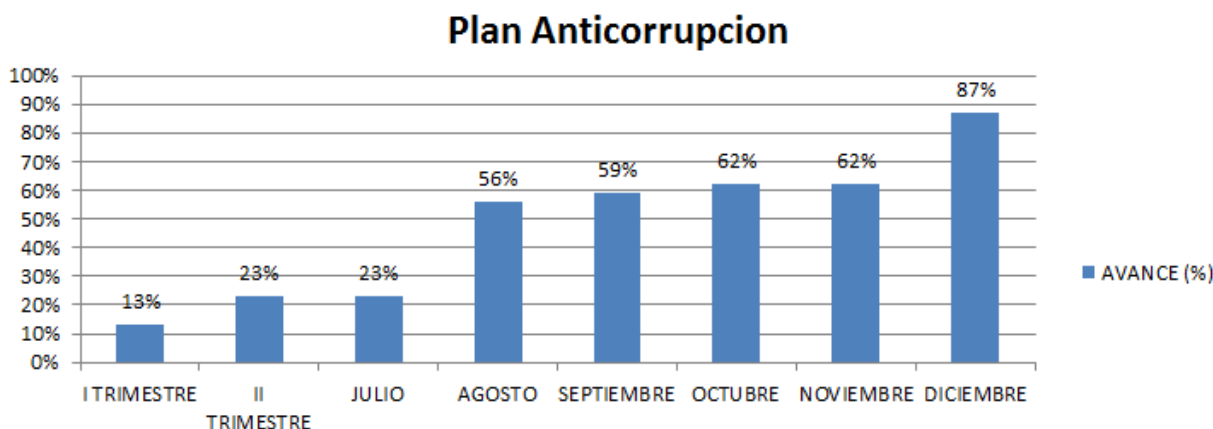


Las Zonas WIFI para visitantes fueron señalizadas para que el usuario pueda conocer las instrucciones para acceder al campus WIFI del HUS



Otros

Plan Anticorrupción



Se realizaron validaciones con control interno sobre el Plan Anti Corrupción 2018 de los siguientes ítems.

Realizadas

- **3.1 Informar cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas:** El área de sistemas realiza la publicación de la rendición de cuentas de la vigencia 2017 en la página web, según lo contemplado en las estrategias de Gobierno Digital.
- **4.6 Diseñar en la página web un link de denuncia de posibles actos de corrupción:** Se realiza publicación del Link dentro de la página web del hospital.
- **5.1 Identificación de informes que deben ser publicados en la página web:** Los informes a ser publicados serán los definidos en la ley 1712 (GOBIERNO DIGITAL). Se realizaron validaciones de cada uno de los ítems, según matriz informada por el área de control interno.
- **5.2 Definir los criterios de publicación en la página web:** Los criterios de información a ser publicados serán los estipulados en la ley 1712 (Gobierno Digital). Se realizado validaciones de cada uno de los ítems, según matriz informada por el área de control interno. Se adjunta matriz con calificaciones realizadas por cada ítem.
- **5.8 Definir estrategia de comunicación en medios electrónicos para facilitar la accesibilidad a información pública:** Se realizó la actualización del PECOS (Plan Estratégico de Comunicación en Salud). donde se definieron las diferentes estrategias para fortalecer la difusión de la información a través de los medios electrónicos.
- **2.2 Estrategia: Gerencia de puertas abiertas:** Se encuentra en un 75%. Para este ítems las reuniones programadas deben aplicar según la estrategia publicada en el PECOS, la actividad presentada no funciona como soporte por lo cual se deberá descontar el porcentaje de avance. Se realizaron 3 reuniones de puertas abiertas.
- **5.5 Publicación y divulgación de información establecida en la Estrategia de Gobierno en Línea (91%):** Se tiene el informe de verificación realizado para los lineamientos establecidos en la ley 1712 (gobierno

Digital). Donde se incluyen la dirección URL de consulta de cada uno de los ítem, el área a cual solicitar la información y la periodicidad que se debe validar..

Se realizaron los siguientes diseños en la intranet, para ser utilizados por los funcionarios del área asistencial, facilitando la consulta y manejo de la información.

- Higiene de Manos: el cual permite el registro de datos del seguimiento de higiene de manos, Este formulario permite registrar datos de forma más práctica y generación de datos más oportuna.
- Chequeo de medidas de aislamiento: Este formulario permite registrar datos de forma más práctica y generación de datos más oportuna el cual se encontrara disponible en la Intranet.
- Referencia: Se realizó el diseño del formulario para el registró de referencia del HUS, el cual actualmente se lleva en un Excel. Este diseño está pendiente de validación con el área de referencia para su puesta en producción.
- Monitor Áreas: Ajustes en la consulta de datos para la visualización total de servicios prestados por todas las áreas de apoyo del hospital.
- Censo Pacientes: Ajusto el método de consulta del censo hospitalario con el fin de generar menor tráfico en la red inalámbrica del hospital.

Aplicativo para uso de WS DE MIPRES

Este aplicativo, permite controlar, la solicitud y aplicación de los mipres generados por los médicos del hospital.

CONSULTA DE MIPRES POR:

No. Prescripcion
ver 1.3

No. Prescripcion : 20180710140007004274

 		FORMULA MEDICA		Fecha y hora de Expedición (AAAA-MM-DD)			
				No. Prescripcion			
DATOS DEL PRESTADOR							
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.		Codigo Habilitación: 110010622401			
Documento de Identificación: 999999032		Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA					
Dirección: CRA 8 # 0 29 SUR		Telefono: 4077076 EXT 10702					
DATOS DEL PACIENTE							
Documento de Identificación:		Primer Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:			
Numero Historia Clínica:		Diagnostico Principal:	PUESTO TRATANTE: CONTRIBUTIVO	Ambito Atención:			
PRODUCTOS NUTRICIONALES							
Tipo preparación:	Producto Nutricional / Fórmula:	Dosis:	Se Administración:	Frecuencia Administración:	Duración Tratamiento:	Recomendaciones:	Observaciones / Recomendaciones Nutricionales / farmacológicas
PROFESIONAL TRATANTE							
Documento de Identificación:		Nombre:					
Registro Profesional:		Firma					
Especialidad:							
		codiver:					

El hospital crea una aplicación web que en 2 procesos permite consultar los medicamentos generados a un paciente desde el aplicativo DGH - historia clínica filtrando por el número de identificación del paciente.

Esta aplicación también permite filtrar los MIPRES generados aun paciente, con base en la información anterior el sistema permite cruzar cada uno de los medicamentos asociándolo al MIPRES generado.

gacasadec		PACIENTE						
1841257589		MARTINEZ ARCIA CLAUDIA PATRICIA						
Seleccionar	AENCONSEC	ESTADO	BCNEMFOL	BCFKCPOL	lgordcódigo	lgordescar	hcoabevry	control
Seleccionar	4431712	FACTURADO	4	18-12-2018 8:49:26 p. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (I-I)	32489217
Seleccionar	4431712	FACTURADO	6	19-12-2018 6:31:32 a. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (I-I)	32489274
Seleccionar	4431712	FACTURADO	8	19-12-2018 12:29:02 p. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (II-II)	32489090
Seleccionar	4431712	FACTURADO	16	20-12-2018 11:32:52 a. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (III-III)	32466783
Seleccionar	4431712	FACTURADO	18	21-12-2018 11:53:44 a. m.	N02H03901	ACETAMINOFEN+COEFENA 325mg/30mg TABLETA	325.00 mg VO 12 HORA - (tomar una tableta de 325 mg / 30 mg , vía oral cada 12 horas. (I))	32471409
Seleccionar	4431712	FACTURADO	18	21-12-2018 11:53:44 a. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (III-III)	32471400
Seleccionar	4431712	FACTURADO	20	22-12-2018 7:52:12 a. m.	N02H03901	ACETAMINOFEN+COEFENA 325mg/30mg TABLETA	325.00 mg VO 12 HORA - (tomar una tableta de 325 mg / 30 mg , vía oral cada 12 horas. (I))	32474574
Seleccionar	4431712	FACTURADO	20	22-12-2018 7:52:12 a. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (III-III)	32474575
Seleccionar	4431712	FACTURADO	22	22-12-2018 11:32:29 a. m.	N02H03901	ACETAMINOFEN+COEFENA 325mg/30mg TABLETA	325.00 mg VO 12 HORA - (tomar una tableta de 325 mg / 30 mg , vía oral cada 12 horas. (I))	32479117
Seleccionar	4431712	FACTURADO	22	23-12-2018 11:32:29 a. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (IIII-III)	32479118
Seleccionar	4431712	FACTURADO	27	24-12-2018 8:15:02 a. m.	N02H03901	ACETAMINOFEN+COEFENA 325mg/30mg TABLETA	325.00 mg VO 12 HORA - (tomar una tableta de 325 mg / 30 mg , vía oral cada 12 horas. (I))	32481833
Seleccionar	4431712	FACTURADO	27	24-12-2018 8:15:02 a. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (IIIIII-III)	32481834
Seleccionar	4431712	FACTURADO	31	24-12-2018 2:49:55 p. m.	N02H03901	ACETAMINOFEN+COEFENA 325mg/30mg TABLETA	325.00 mg VO 12 HORA - (tomar una tableta de 325 mg / 30 mg , vía oral cada 12 horas. (I))	32483943
Seleccionar	4431712	FACTURADO	33	25-12-2018 7:46:57 a. m.	N02H03901	ACETAMINOFEN+COEFENA 325mg/30mg TABLETA	325.00 mg VO 12 HORA - (tomar una tableta de 325 mg / 30 mg , vía oral cada 12 horas. (I))	32485415
Seleccionar	4431712	FACTURADO	33	25-12-2018 7:46:57 a. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (IIIIIIII-III)	32485416
Seleccionar	4431712	FACTURADO	35	26-12-2018 12:17:38 p. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (IIIIIIIIII-III)	32504608
Seleccionar	4431712	FACTURADO	38	27-12-2018 12:15:02 p. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (IIIIIIIIIIII-III)	32509471
Seleccionar	4431712	FACTURADO	44	28-12-2018 12:34:44 p. m.	M01CH010101	HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA	200.00 mg VO 1 DIA - (IIIIIIIIIIIIII-III)	32516604

Regrescripción	Prescripción	tipo	nombre	dosis	vía	frecuencia	indicaciones	duración	recomendaciones	cantidad
20181224118009704275	2018-12-21	Única	HIDROXICLOROQUINA 200mg/1U; [PARACETAMOL]325mg/1U;TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA.	200 miligramos(s)	ORAL	1 Día(s)	Sin indicación Especial	30 Día(s)	una tableta al día	30/TREINTA/TABLETA
20181224118009724365	2018-12-24	Única	ACETAMINOFEN 325mg/1U; [PARACETAMOL]325mg/1U;TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA.	1 unidades	ORAL	12 Hora(s)	Sin indicación Especial	30 Día(s)	manejo medico . seguimiento ambulatorio . control rutinario . valoracion subjetiva de dolor.	60/SESENTA/TABLETA

Header

<p>DGH 4431712</p> <p>26/12/2018 12:17:38 p. m.</p> <p>HIDROXICLOROQUINA 200mg TABLETA</p> <p>M01CH010101</p> <p>Cantidad entregada: 2,000</p> <p>Cantidad autorizada (Mipres): 0</p> <p>Diferencia: 2,000</p> <p>ASPLabel</p>	<p>MIPRES 20181224118009724365</p> <p>2018-12-24</p> <p>Única</p> <p>12 Hora(s)</p> <p>60/SESENTA/TABLETA</p> <p>30 Día(s)</p> <p>30 Día(s)</p> <p>Cantidad A Autorizar: 0</p> <p>Descartar Autorizar</p>
--	--

En un segundo proceso el aplicativo para la dispensación muestra al usuario los medicamentos aprobados desde el tablero actualizándose cada 30 segundos y retirando de la lista los medicamentos ya entregados.

Pendientes por Dispensar							
NÚ M. DOCUMENTO	NOMBRES	INGRESO	codigo	DESCRIPCION	autorizado	Dispensado	saldo
1121885483	ALVARO LAGUNA GARAY	4422793	J01XL015701	LINEZOLID 2mg/ml SOL INY BOLSA 300ml	28,00	16,00	12,00
19394474	JAIME HUMBERTO GONZALEZ SILVA	4369264	N03A9031012	PREGABALINA 75mg CAPSULA	90,00	39,00	51,00
294691	PABLO EMIGDIO SASTOQUE VELASQUEZ	4366208	N03A9031012	PREGABALINA 75mg CAPSULA	30,00	28,00	2,00
80392597	LUIS GABRIEL BAQUERO CASTILLO	4433778	J01DE100701	ERTAPENEM 1g P.RECONS VIAL 20ml	14,00	3,00	11,00

Es importante mencionar que la interacción del usuario con esta pantalla es mínima dado que esta se actualiza automáticamente sin la intervención del usuario.

Esto permite que la información registrada este en línea y a un click de su visualización.

PAMEC – Avance del 84%

Se tiene un avance del 84%, de las 26 actividades a realizar, se encuentran las siguientes pendientes 4 actividades por completar.

Actividades PAMEC

Reforzar la socialización a los líderes de procesos de los lineamientos para la interpretación de los indicadores, con alcance gradual a los colaboradores operativos que les permita empoderarse en la gestión diaria y logro de las metas definidas en cada proceso y servicio.

1. Revisar la actividad de análisis del indicador plasmada en el procedimiento de manejo de indicadores	Actividad Completa
2. Realizar ajuste al procedimiento de indicadores, incluyendo análisis de causa raíz	Actividad Completa
3. Socializar el procedimiento de manejo de indicadores a los líderes de los procesos, mediante talleres de análisis puntual de resultado de los indicadores	Esta actividad está en curso por parte de la oficina asesora de planeación. Actividad Atrasada.

2. Fortalecer las metodologías definidas para evaluar la efectividad de las respuestas a las necesidades priorizadas de información y de acuerdo con los resultados tomar las acciones que correspondan.

4. Realizar socialización del procedimiento a integrantes del Estándar de Información.	Se realizó en la reunión programada para el mes de Diciembre en el estándar de información la socialización del procedimiento. Actividad Completa.
5. Realizar seguimiento por el estándar de las necesidades de información	Se realizó diseño de la matriz de necesidades de información, se realizó seguimiento trimestral de las necesidades registradas. SE tienen actas trimestrales del estándar de información con los seguimientos. Actividad Completa
6. Realizar seguimiento a la respuesta a las necesidades de	Se realizó seguimiento trimestral de las necesidades registradas en

información	la matriz. Actividad Completa
7.. Implementar un indicador que mida la respuesta a las necesidades de información	Se realizó la creación del indicador en TUCI con código 2049, con un resultado de cumplimiento del 82.76 %. Actividad Completa

3. Fortalecer las metodologías en su proceso de comparación de los indicadores con las mejores práctica, evaluar su adherencia y de acuerdo con los resultados implementar las acciones que correspondan.

Definir las instituciones con las cuales realizarán la comparación de los indicadores para implementar las acciones de mejora con base en las mejores prácticas que les permita ajustar metas e implementar mejoras.

8. Programar y realizar una referenciación para identificar estrategias y/o metodologías de comparación de los indicadores y adopción de mejores prácticas	Se realizó programación para la referenciación con la entidad Virrey Solís (13/12/2018), para esta fecha no se encontraba disponible los funcionarios encargados de asistir y se realizara nueva programación. Actividad Atrasada.
9. Diseñar la metodología y desplegarla al interior de la entidad para su implementación	Se actualizo el procedimiento 02GC11, en los numerales 7 y 8, con la metodología, pendiente socialización. Actividad Atrasada.

4. Monitorizar la efectividad de las respuestas a los requerimientos de los clientes que se encuentran actualmente en proceso de implementación, evaluando periódicamente el comportamiento del indicador definido, retroalimentar a los colaboradores y realizar los ajustes correspondientes.

10. Definir el instrumento para realizar el seguimiento de requerimientos en el proceso de implementación	Se realizó el diseño de Matriz de necesidades de información. Actividad Completa
11. Realizar el seguimiento a la respuesta de los requerimientos identificados en el proceso de implementación	Se registra un seguimiento de las actividades realizadas en la matriz de información. Actividad Completa

5. Monitorizar los avances y culminación del proceso de organización, clasificación y selección del archivo documental, que les permita cumplir con la normatividad archivística vigente.

12. Ajustar el Programa de Gestión Documental	Se documentó y publico la política (código 01DE15-V1) y el programa de gestión documental PGD (código 01GIS11 – V1). Actividad Completa
13. Definir el cronograma de las actividades para la vigencia	Se definió el Cronograma y fue publicado con el PGD. Actividad Completa.
14. Realizar la medición de las actividades	Se realiza seguimiento a las actividades definidas dentro del cronograma y presentadas al comité de archivo con un avance del 91% se anexa acta. Actividad Completa.

6. Implementar y hacer seguimiento a los simulacros para la activación del plan de contingencia, evaluarlos, hacer los ajustes correspondientes y retroalimentar a los participantes y servicios.

Revisar y ajustar el plan de contingencia para garantizar el normal funcionamiento de los sistemas de información incluyendo mecanismos para la prevención de eventos adversos debidos con el manejo de sistemas de información, definir los métodos de evaluación y de acuerdo con los resultados implementar las acciones que correspondan.

15. Programar por áreas o por servicios la realización de un simulacro en donde no se afecte la prestación real del servicio.	Se realizó la programación del simulacro de plan de contingencia por parte del Estándar de información, Se anexa acta. Actividad Completa.
16. Realizar los simulacros de acuerdo a la programación	Se realizó el simulacro de plan de contingencia según lo establecido en el Estándar de información, Se anexa acta. Actividad Completa.
17. Recopilar toda la información obtenida de los ejercicios.	Se recopiló información del simulacro de plan de contingencia por parte del Estándar de información, Se anexa acta con soportes. Actividad Completa.
18. Realizar el análisis posterior de los hallazgos.	Se realizó el análisis de la ejecución del simulacro de plan de contingencia, en donde se evidenciaron algunas oportunidades de mejora. Actividad Completa.

7. 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.

19. Socializar el procedimiento al personal de la subdirección de Sistemas.	Se ajusta el procedimiento para soporte de cliente interno (02GIS02) en donde se incluye la aplicación de nuevas tecnologías y se realiza socialización a los funcionarios de sistemas, Se anexa socialización. Actividad Completa.
20. Seguimiento a la aplicación del procedimiento cuando se realiza la implementación de nuevas tecnologías	Se incluye seguimientos en la matriz de necesidades de información a las nuevas tecnologías. Actividad Completa.

8. Desarrollar en la gestión de la HCL la inclusión de alertas, diligenciamiento obligatorio y completitud de los espacios establecidos, favoreciendo el resultado de calidad de esta.

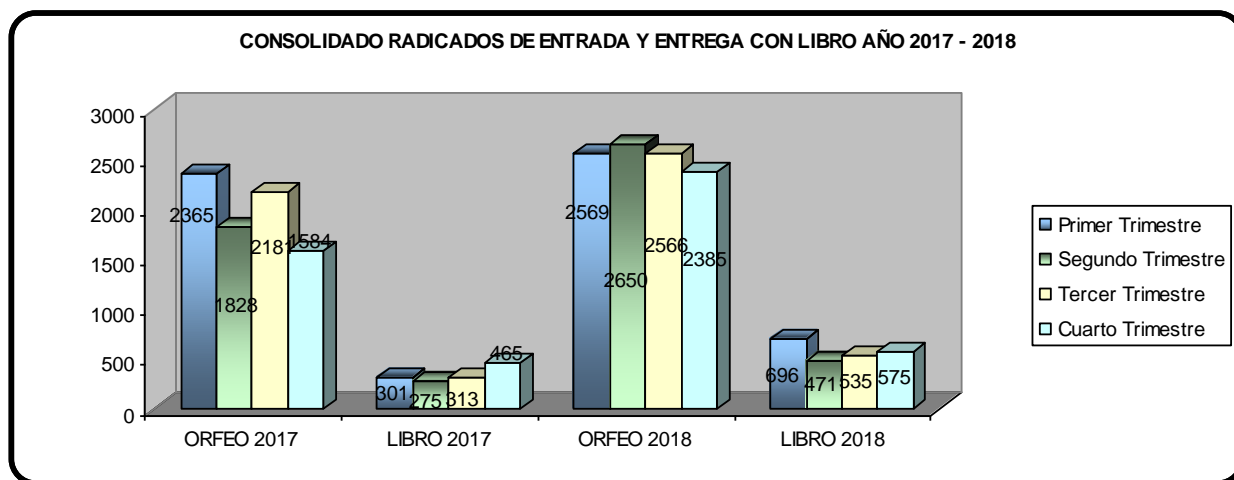
21. Identificar las necesidades de alertas y validaciones que se requieren en la HC	Se realiza acta con el coordinador de hospitalización, sobre la identificación de alertas en la historia clínica, Se anexa acta. Actividad Completa.
22. Validar en Sistema de información la implementación de las alertas.	Se realiza acta de validación de funciones del sistema de información para la implementación de las alertas clínicas. Se anexa acta. Actividad Completa.
23. Implementación de los ajustes en el sistemas de información en la HC	Se encuentra en proceso de implementación, se implementó la opción LINK WEB dentro del proceso de Historia Clínica. Se anexa

acta de implementación. Actividad en Desarrollo.

9. Fortalecer las estrategias de despliegue y reforzamiento para el acceso y manejo de las nuevas versiones de aplicativos desarrollados que permita el cargue y análisis oportuno de indicadores por parte de los diferentes perfiles de usuarios.

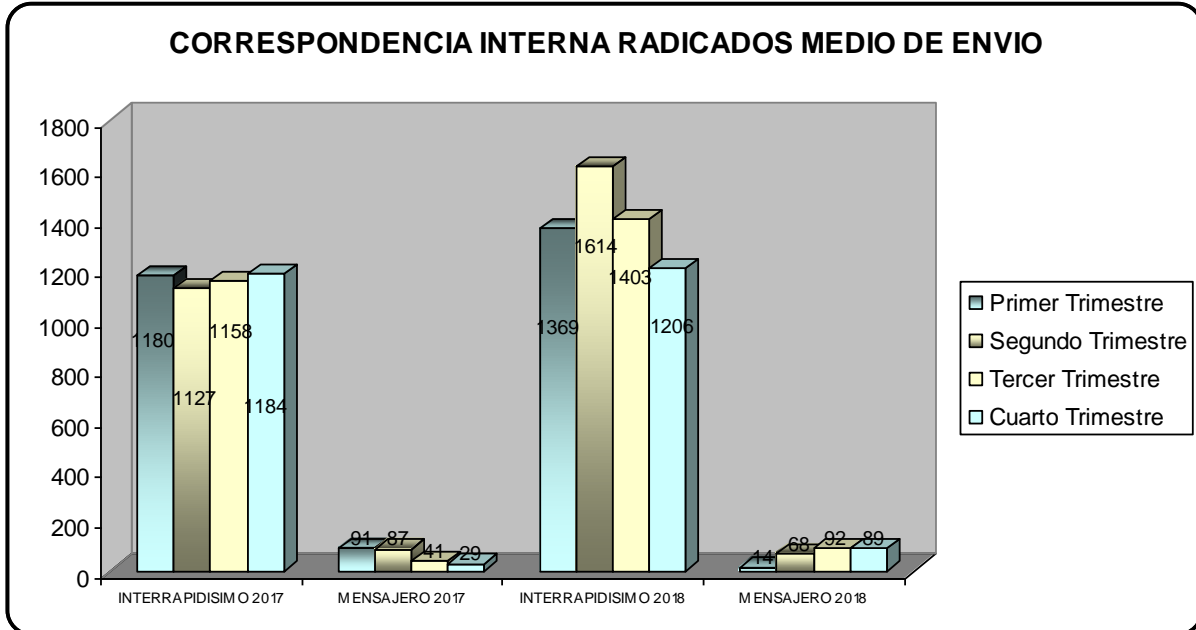
24. Ajustar control de cambios para actualizaciones de Sistemas de Información	Se validó el procedimiento y se identifica que no requiere realizar actualización. Actividad Completa.
25. Socialización al personal de la Subdirección de Sistemas	Se realiza socialización al área de sistemas sobre el procedimiento de control de cambios. Se anexa acta de socialización.
26. Seguimiento a la aplicación del procedimiento en actualización de Sistemas de Información	Se registran las actividades en el formato 05GIS04 para la vigencia de 2018 en el cual se lleva la trazabilidad de los seguimientos, los cuales corresponden las actualizaciones de DGH. Se encuentran soportes en físico en la oficina de sistemas.

SISTEMA GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO I FASE



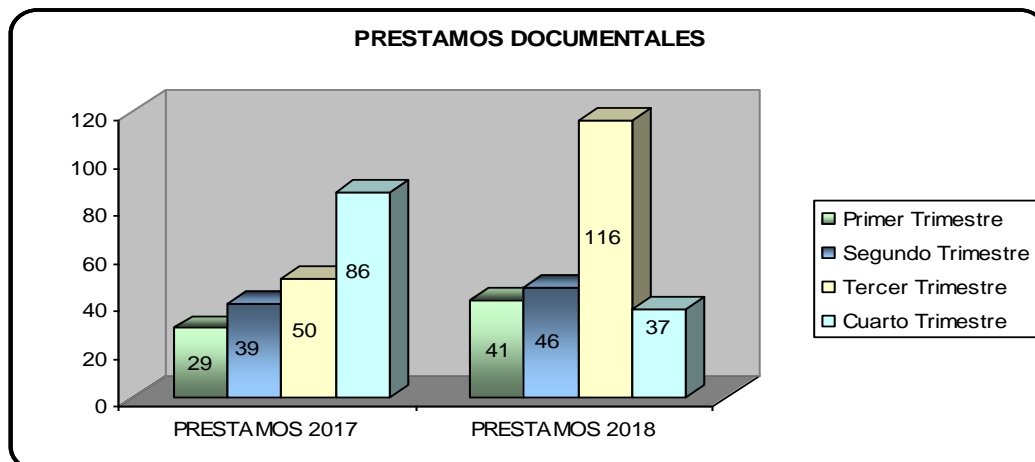
La oficina de correspondencia y radicación recibe alrededor de 10.170 documentos que son radicados en el sistema de gestión documental Orfeo y 2277 documentos que son entregados con libro dado que son documentos no radicales por el sistema, para la vigencia 2018.

MEDIO DE ENVIO CORREO



Se cuenta con dos medios de envío de la correspondencia por mensajería personalizada con un aproximado de 263 y por empresa de correo certificado en un aproximado de 5592, de las cuales el más utilizado es el correo certificado.

PRESTAMOS DOCUMENTALES



La oficina de Gestión Documental cuenta con la custodia del acervo documental de la entidad es por ello que se estable el procedimiento de custodia del acervo documental, en la vigencia se realizaron alrededor de 240 préstamos a las diferentes áreas de la entidad.

PECOS - INDICADORES TRAZADORES PROGRAMA ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN EN SALUD

El programa estratégico de comunicación en Salud PECOS, contiene 4 indicadores trazadores, los cuales dan a conocer el cumplimiento del área de comunicaciones. A continuación se describe el % de cumplimiento de cada uno:

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA ESTRATEGICO DE COMUNICACIÓN EN SALUD – PECOS

Este indicador contempla un porcentaje del **83.9%**, demostrado en las siguientes actividades:

- Comité de Comunicaciones Se dio la apertura y puesta en marcha del comité de comunicaciones en el mes de diciembre presentando los compromisos adquiridos en el comité realizado en el mes de Julio y presentando algunas propuestas para el 2019.
- Gerencia de Puertas Abiertas (mensual)

Se dio la apertura y puesta en marcha de la reunión con los médicos especialistas del área de medicina interna y cirugía con el fin de conocer las oportunidades de mejora y/o avances desde su gestión.

- Actualización de la Intranet (semanal)

Para esta actividad se subió información referente a: Invitación día de los niños de los colaboradores, boletín de seguridad del paciente III Trimestre 2018, participación XII Encuentro Internacional del Método Madre Canguro, grupo de nivelación “Programa Liderando me Lidero”, inscripción cursos virtuales, I Simposio del Paciente Politramautizado UFZ, encuesta “percepción de cultura de seguridad del paciente”, encuesta “conocimiento para trabajadores de la salud sobre la estrategia multimodal de higiene de manos, invitación actividad de integración de fin de año, entre otros.

- Socializar información producida, avances y/o noticias de las áreas a través de la parrilla de programación. (Producción y publicación semanal de contenidos)

Para esta actividad se difundió videos como: Videos del Dr. Mancera y Dr. Alfredo Pinzón invitando a la III Jornada de Actualización de Medicina Interna, publicidad programación de eventos Segundo semestre, rotafolio de nutrición, rotafolio código de ética, rotafolio derechos y deberes, video aplicación lenguaje de señas (empresa SIEL), invitación actividad de integración de fin de año.

- Publicar información producida, avances y/o noticias de las áreas del HUS a través de las carteleras físicas:

Para esta actividad se publicó en las distintas carteleras del área asistencial y administrativa información como: estados financieros, programación de los eventos institucionales para el Segundo semestre, campañas institucionales, circulares, capacitaciones de la Subdirección de Desarrollo Humano, programación de eventos externos, invitación actividad de integración de fin de año, invitación charlas magistrales, PQRS, entre otros.

- Socialización del Manual de Identidad Corporativa en las jornadas de inducción y reinducción. (Bimestral)

Para esta actividad se realizó la presentación del proceso de comunicaciones (manual de identidad corporativa y presentación de sistemas) para los funcionarios nuevos y antiguos.

- Socialización del PECOS en las jornadas de inducción y reinducción. (Bimestral)

Para esta actividad se realizó la socialización del Programa Estratégico de Comunicación en Salud para los funcionarios nuevos y antiguos.

- Publicación de habladores (fondo de pantallas) como campaña de recordación y promoción con información institucional de las diferentes áreas dirigida a los funcionarios y colaboradores

Para esta actividad se plasmó: imagen del evento “Jornada de Investigación”, “Jornada Anual de Nutrición” “Premios Sami 2018”, XVI Jornada de actualización en fisioterapia, día del médico, invitación actividad de integración de fin de año.

- Divulgación de información institucional dirigida a los usuarios y sus familias a través del diseño de medios impresos con contenido del área asistencial.

Para esta actividad se realizó el apoyo oportuno para la impresión de calidad y la actualización de los rotafolios y/o folletos de los diferentes servicios del hospital.

- Publicación de información institucional en redes sociales Facebook, Twitter y Youtube:

Para esta actividad se difundió la siguiente información: publicación del evento “apertura V Jornada de Investigación”, charla magistral tromboembolismo y trombopprofilaxis mecánica, día de los niños de los colaboradores, invitación XIII Jornada Anual de Nutrición, charla magistral “Aspectos legales del servicio obligatorio”, apertura XVI Jornada de actualización en fisioterapia, charla magistral situación de la atención materna en el servicio de Ginecología y obstetricia, premiación funcionarios y colaboradores estrategia multimodal de lavado de manos, I Simposio manejo integral del paciente politramautizado, XIII Jornada anual de nutrición, apertura “XXII Congreso de Actualización en enfermería y VIII Coloquio de Investigación de enfermería”, apertura “XVIII Día del Paciente Samaritano”, XII Encuentro Internacional del método Madre Canguro 2018, invitación I Simposio de Actualización en Neumología de la Universidad Nacional, invitación Banco de Sangre XX Jornada Distrital de Donación de Sangre, recordación invitación XIII Jornada Anual de Nutrición y I Simposio Manejo Integral del Paciente Politramautizado, cumpleaños II Semestre 2018, charla magistral osteoporosis y fractura por fragilidad, “Apertura XIII Jornada Anual de Nutrición”, despedida internos base II 2018, publicación Gobernación de Cundinamarca “Operación Hospital de Zapaquirá Hospital Universitario de La Samaritana”, bienvenida en directo Dr. Mancera I Simposio Manejo Integral del Paciente Politramautizado, apertura “I Simposio Manejo Integral del Paciente Politramautizado”, charla magistral aspectos legales de la historia clínica, bienvenida internos 2018-2019, transmisión charla magistral responsabilidad civil, ética, penal y disciplinaria derivada del mal diligenciando de la historia clínica, visita de referenciación internacional Laboratorio Clínico y Banco de Sangre Universidad de Costa Rica, invitación actividad de integración fin de año, entrega protocolaria ambulancia transporte asistencial medicalizada para el apoyo de referencia y contrareferencia, HUS miembro de la Red Nacional de Comités de Investigación y Comité de Bioética.

- Actualización de la página WEB con información institucional y verificación cumplimiento Gobierno en línea y Plan Anticorrupción.

Para esta actividad se publicó la siguiente información: XII Encuentro Internacional del método Madre Canguro 201,

Despedida internos base II 2018, visita de referenciación internacional Laboratorio Clínico y Banco de Sangre Universidad de Costa Rica, entrega protocolaria ambulancia transporte asistencial medicalizada para el apoyo de referencia y contrareferencia, HUS miembro de la Red Nacional de Comités de Investigación y Comité de Bioética.

- Gestionar Relaciones Interinstitucionales estratégicas:



Para esta actividad se sostuvo comunicación con el área de comunicación de la OES para fomentar la inscripción a la XIII Jornada anual de nutrición y con el Instituto Nacional de Cancerología para aumentar las inscripciones a la V Jornada de Investigación.

- Capacitación activación Protocolo de Crisis HUS

Para esta actividad se enfatizó en las jornadas de inducción y reinducción el proceso de comunicación de crisis.

- Asesoría en comunicación constante y oportuna.

Para esta actividad se prestó el apoyo en comunicación estratégica y asesoría en imagen para cada uno de los servicios.

- Adhesión de los medios de comunicación del HUS

Esta actividad se puede ver relegada en el uso constante de los medios de comunicación institucionales por cada uno de los servicios, siendo estos un apoyo constante y oportuno para difundir su quehacer dentro y fuera de la institución.

- Publicar información institucional de exaltar.

Para esta actividad se compartió en las redes sociales del HUS la publicación en la cuenta de Twitter de la OES sobre la invitación a la XIII Jornada Anual de Nutrición, y se publicó en la página oficial de Facebook del Instituto Nacional de Cancerología la invitación de la V Jornada de Investigación con la finalidad De replicar la invitación de la Subdirección de Educación Médica e Investigación y posicionar al hospital ante los entes aliados de la institución.

% OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN

Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Promedio	3,5	3,5	1,9	3,6	8,6	6,7	4,7	8,2	11	7,68	9,7	11,6
Servicios	69	70	62	90	99	114	89	105	112	159	194	105
Promedio trimestre	2,99			6,27			8,13			9,66		

En el cuarto trimestre el promedio de ejecución aumento con relación a los trimestres anteriores quedando en un **9,66**. Este aumento corresponde a las necesidades de cada área en cuanto al cumplimiento de sus metas, las cuales son apoyadas desde el área de Comunicaciones en diseño, difusión, publicación e impresión, apoyo fotográfico, apoyo protocolario y otros. De igual manera, en el mes de noviembre se envió un correo masivo notificando al personal del hospital subir cada necesidad por mínima que esta sea, a través de la mesa de ayuda lo que significó un aumento de las incidencias y mayor organización en la operatividad del equipo de comunicaciones.

% PORCENTAJE DE PERCEPCIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNOS

Este indicador se encuentra descrito en los indicadores del TUCI, se encuentra en un 98.86% de percepción.

NUMERO DE SEGUIDORES SUPERIOR A 6.000 EN REDES SOCIALES

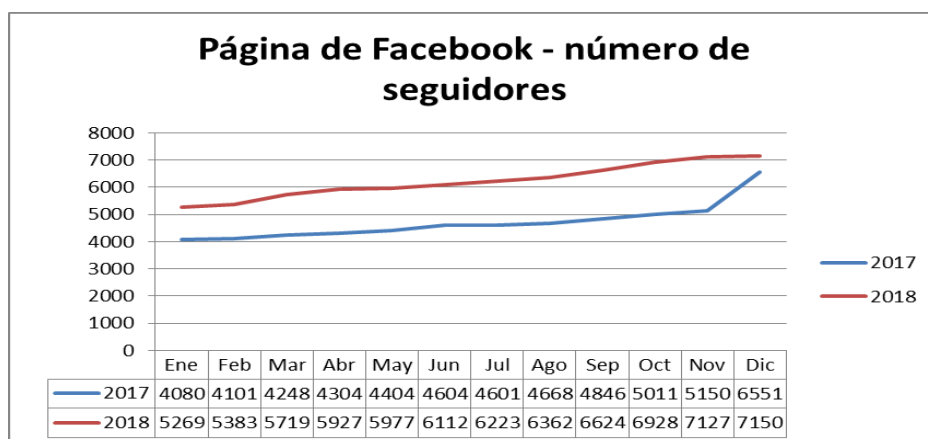


Dentro de la gestión del área de comunicación está planteado realizar de manera constante y oportuna la publicación de información impactante y noticiosa dirigida al público interno y externo del hospital. Conllevando de esta manera a evitar las barreras culturales, sociales, atraer a las personas hacia el quehacer institucional y que su vez lo compartan en su entorno social. Conllevando de esta manera al reposicionamiento del hospital gracias a la construcción de una identidad virtual necesaria en estos tiempos donde las tecnologías de la información son cada vez más necesarias.

A continuación se presentan las estadísticas arrojadas en las redes sociales de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana, siendo la Página de FaceBook la red social con mayor alcance hasta el momento con un total de **7.150 SEGUIDORES** y superando el indicador trazador:

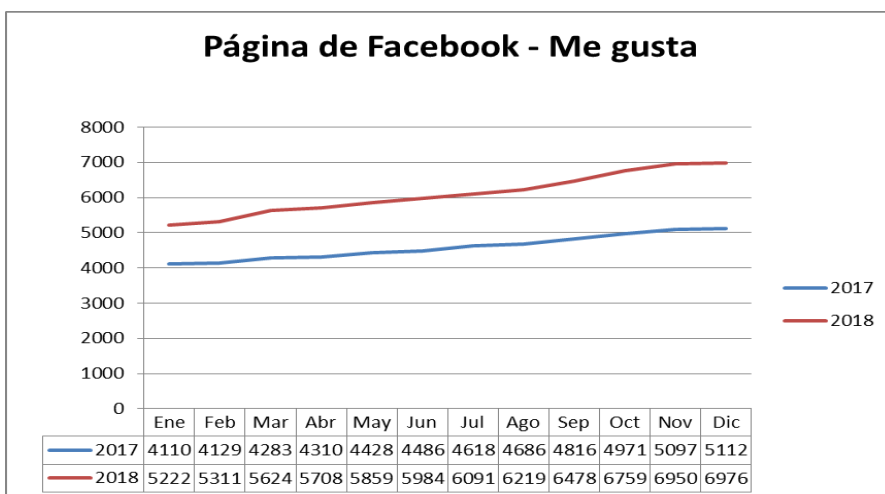
PAGINA DE FACEBOOK

Número de Seguidores



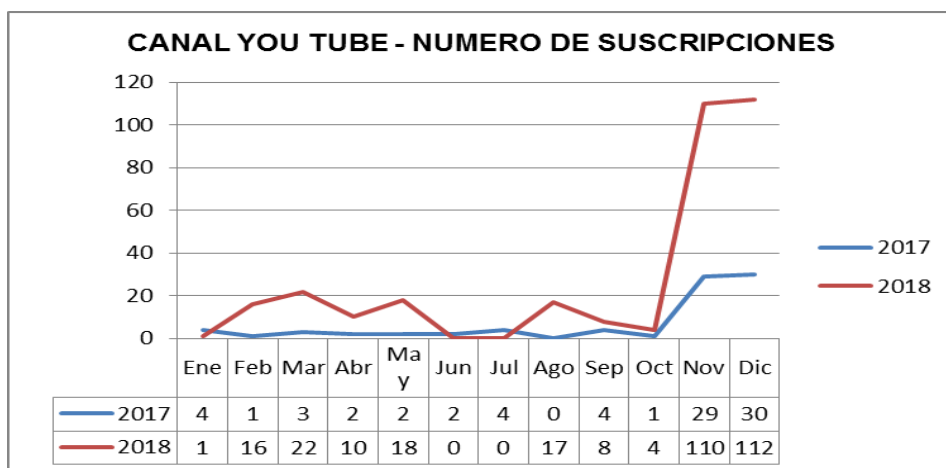
El aumento en las publicaciones relacionadas con las actividades y necesidades de difusión de la institución ha facilitado el incremento de personas que han optado por seguir los contenidos que semanalmente se difunden en la red social, lo cual también significa un aumento en la favorabilidad o imagen positiva (me gusta) de la institución (siguiente cuadro).

Número de Me gusta



Este indicador da a conocer el posicionamiento que tiene la institución ante los seguidores del hospital, demostrando una preferencia y seguimiento hacia las distintas publicaciones insertadas en la página, como se puede apreciar en la gráfica mes a mes aumenta la cantidad de interacciones con esta red social.

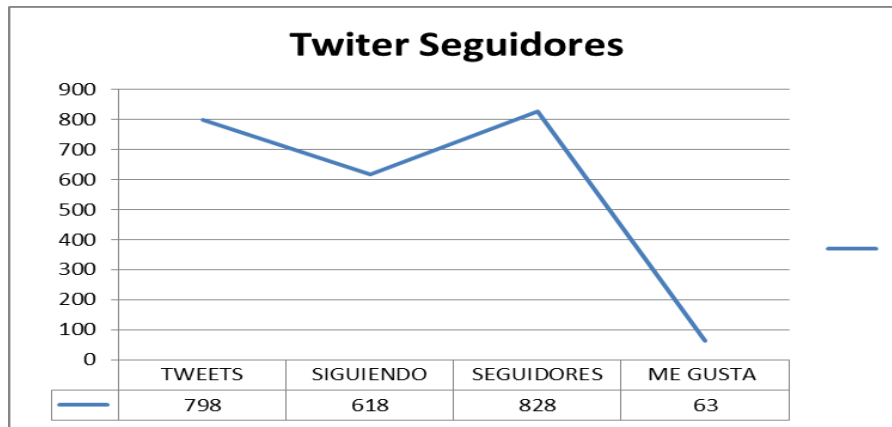
Canal You Tube - Número de Suscriptores



En el año 2018 se registraron **318** suscriptores en el canal de YouTube. Se percibe un aumento significativo de **82** suscriptores que corresponde con la mayor publicación de contenidos en el canal como las charlas magistrales las cuales, son vistas por los médicos internos y personal asistencial de la Red Departamental de Salud.

TWITTER

Seguidores



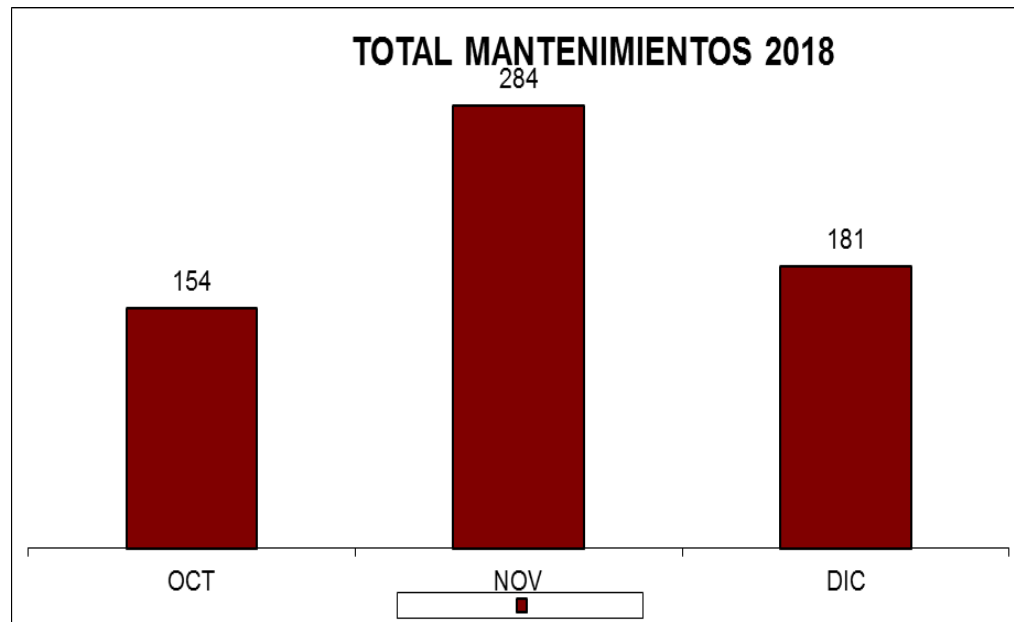
En el año 2017 contábamos con 250 seguidores, al mes de diciembre de 2018, el hospital cuenta con 828 seguidores, demostrando así un incremento de 578 seguidores, este aumento a sido gracias a la publicación de información impactante y noticiosa recepcionada a las entidades aliadas del sector de la salud como Gobernación de Cundinamarca @CundinamarcaGob, Secretaria de salud, @SecSaludCun, e instituciones del sector hospitalario con el cual el HUS mantiene relaciones estratégicas.

4.3 GESTIÓN DEL PROCESO DE INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

GESTIÓN DEL PROCESO

1.1. ANÁLISIS DE MANTENIMIENTOS

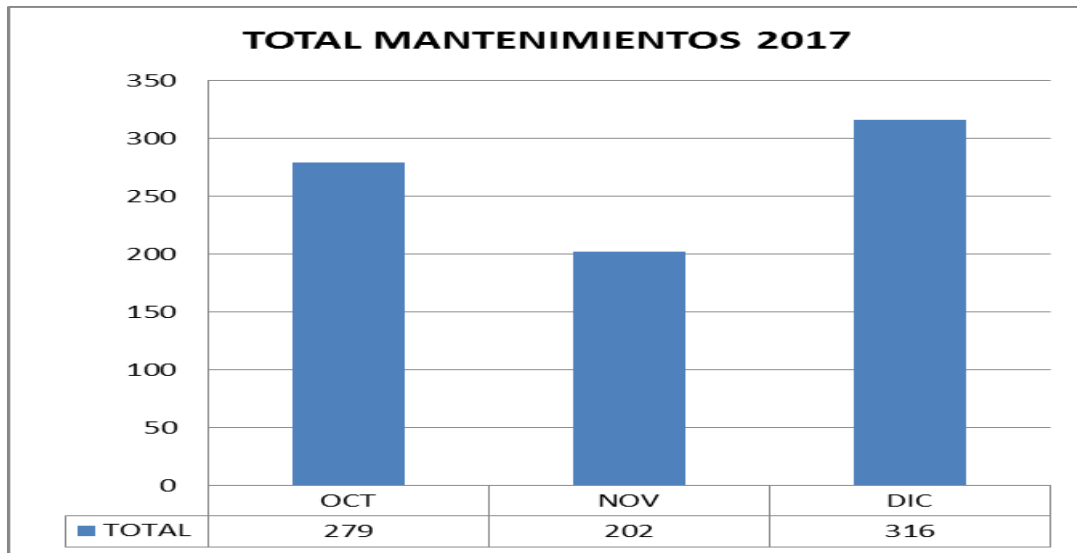
a) SEDE BOGOTÁ



GRÁFICA 1. CANTIDAD TOTAL DE MANTENIMIENTOS REGISTRADOS DEL CUARTO TRIMESTRE AÑO 2018.

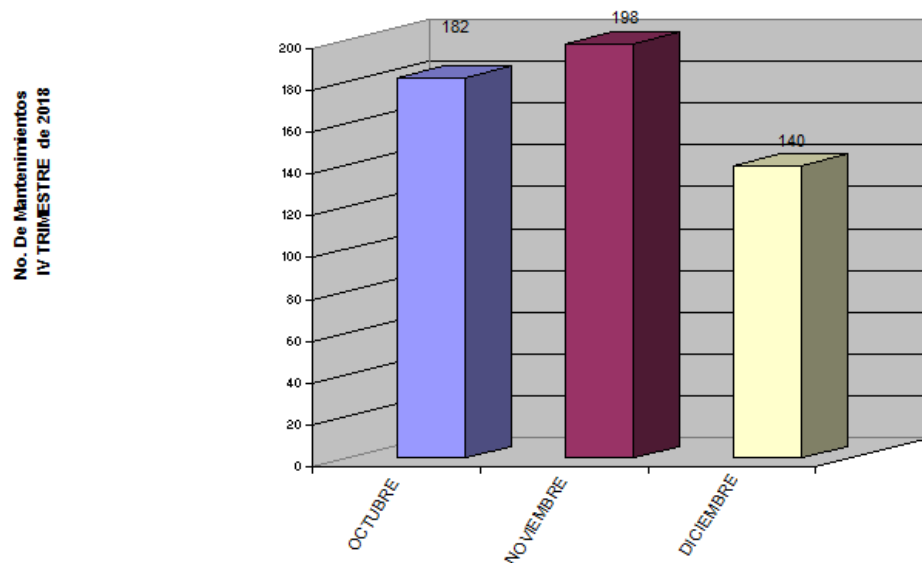
La grafica 1 representa el número de mantenimientos realizados en el cuarto trimestre del 2018. Al analizar dicha grafica se procede a analizar las razones de las variaciones las cuales se dan a conocer a continuación:

1. En el mes de noviembre se cumplió con el suministro de insumos de ferretería por parte del contratista ya favorecido, lo que genera la posibilidad de realizar las actividades pendientes y diarias que se solicitaban sin limitante en cuanto a materiales.
2. Por otro lado se recalca que la falta de disponibilidad de mesa de ayuda, como plataforma para realizar y decepcionar las solicitudes de mantenimiento, causo que existiera un sub registro de las solicitudes atendidas por los colabores de mantenimiento.



GRÁFICA 2. . CANTIDAD TOTAL DE MANTENIMIENTOS REGISTRADOS DEL CUARTO TRIMESTRE AÑO 2017.

b) SEDE ZIQAQUIRA 2018



GRÁFICA 3. NUMERO DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS 2018

INDICADORES

SEDE BOGOTÁ

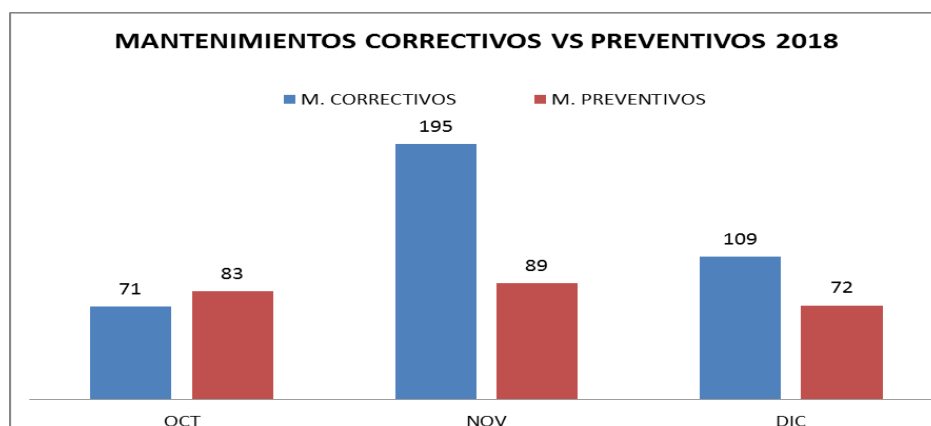
I. PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

TABLA 1. MATRIZ DE MANTENIMIENTOS DEL AÑO 2018 y representación porcentual total en el que 50,85% corresponde a mantenimientos correctivos y 49,15% a mantenimientos preventivos en el año.

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS														
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOST	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	59	117	68	85	85	99	90	315	260	71	195	109	1553	50,85%
M. PREVENTIVOS	218	131	179	211	256	109	51	52	50	83	89	72	1501	49,15%
TOTAL	277	248	247	296	341	208	141	367	310	154	284	181	3054	100,00%

TABLA 2. MATRIZ DE MANTENIMIENTOS DEL AÑO 2017 y representación porcentual total en el que 34,99% corresponde a mantenimientos correctivos y 65,01% a mantenimientos preventivos en el año.

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS														
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	88	99	84	129	121	125	62	36	60	90	12	96	1002	34,99%
M. PREVENTIVOS	120	80	130	68	117	255	173	185	135	189	190	220	1862	65,01%
TOTAL	208	179	214	197	238	380	235	221	195	279	202	316	2864	100,00%



GRÁFICA 4. RELACIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS EN EL AÑO 2018

Al analizar dicha grafica a simple vista de podría afirmar que es necesario realizar o fortalecer los mantenimientos preventivos, lo cual no se espera ya que se evidencia una variación en este indicador que no se había evidenciado antes; por lo tanto al analizar más a fondo, evidencia que se debe analizar la manera de cuantificar los mantenimientos preventivos; ya que un mantenimiento preventivo que toma 3 días ejecutarse genera una orden de trabajó, mientas que de mantenimientos correctivos en el mismo periodo se generan en promedio 22 solicitudes.

Por lo tanto hay una cuantificación mayor de mantenimientos correctivos que preventivos sin tenerse en cuenta el recurso que estos conllevan.

SEDE ZIPAQUIRA 2018

I. PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

TABLA 3. MATRIZ DE MANTENIMIENTOS DEL AÑO 2018

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2018					
	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PORCENTAJE
M. PREVENTIVOS	51,00	60,00	54,00	165,00	31,73%
M. CORRECTIVOS	131,00	138,00	86,00	355,00	68,27%
TOTAL	182,00	198,00	140,00	520,00	100,00%

TABLA 4. MATRIZ DE MANTENIMIENTOS DEL AÑO 2017

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2017					
	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PORCENTAJE
M. PREVENTIVOS	43,00	45,00	42,00	130,00	36,48%
M. CORRECTIVOS	74,00	80,00	72,00	226,00	63,48%
TOTAL	117,00	125,00	114,00	356,00	100,00%

Matriz a la fecha

RELACION DE MATRIZ IV TRIMESTRE 2017 VS IV TRIMESTRE 2018

	IV TRIMESTRE 2017
Mantenimientos Correctivos	226
Mantenimientos Preventivos	130
Total Mantenimientos	356
% Cumplimiento Mantenimientos	100%

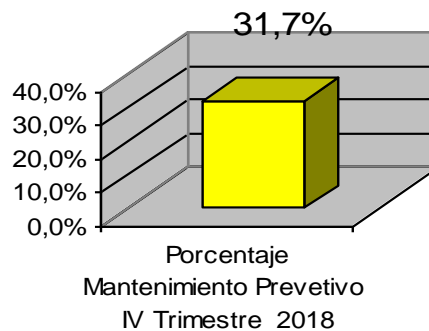
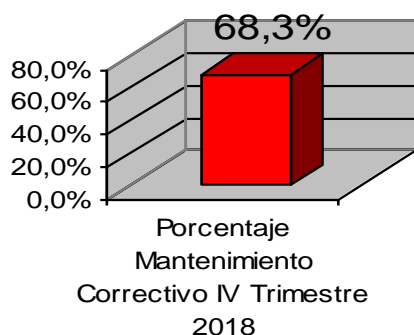
	IV TRIMESTRE 2018
Mantenimientos Correctivos	353
Mantenimientos Preventivos	165
Total Mantenimientos	520
% Cumplimiento Mantenimientos	100%

Con respecto al año pasado en el IV Trimestre los mantenimientos (Preventivos y/o correctivos) aumentaron $(520 \times 100) / 356 = 146\%$ de aumento con relación al año anterior acumulativo.

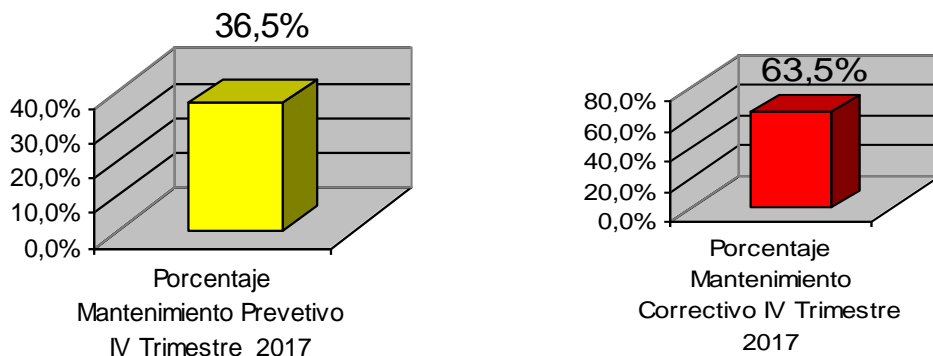
En la matriz se puede identificar que aumentaron los mantenimientos correctivos en 3.7 % con respecto al año anterior.

INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO IV TRIMESTRE DE 2018 VS IV TRIMESTRE 2017

Los mantenimientos preventivos se encontraron en un 31.7 % en la totalidad del IV trimestre de 2018, se observa que en los mantenimientos correctivos estuvieron un 68.3 %. En el caso del aumento de los correctivos se presentaron algunas órdenes de mantenimiento relacionadas con las cubiertas debido a la antigüedad de las mismas y filtraciones de agua



GRÁFICA 4. MANTENIMIENTO PREVENTIVOS VS CORRECTIVOS 2018



GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO 2017 vs 2018

II. INDICADOR PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO

El indicador muestra que en un promedio de 98.48% se cumple con la solución de solicitudes prioritarias en los tiempos apropiados dando un buen índice en la eficiencia del servicio prioritario. Sin embargo, a lo largo del año 8 solicitudes no se solucionaron en el tiempo de respuesta establecido en el procedimiento debido a problemas en la disponibilidad de insumo, igualmente estas se solucionó después de un (1) día.

TABLA 5. CUMPLIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE SOLICITUDES PRIORITARIAS EN VALOR PORCENTUAL.

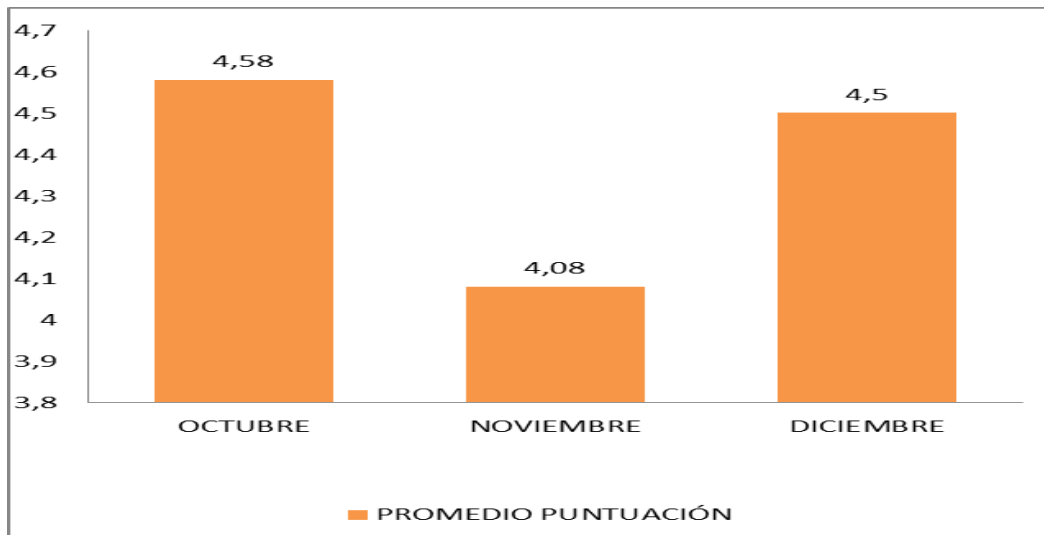
% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
ENERO	40	39	97,50%
FEBRERO	69	65	94,20%
MARZO	50	50	100,00%
ABRIL	42	42	100,00%
MAYO	40	40	100,00%
JUNIO	49	48	97,96%
JULIO	17	17	100,00%
AGOSTO	50	49	98,00%
SEPTIEMBRE	43	43	100,00%
OCTUBRE	54	53	98,15%
NOVIEMBRE	46	46	100,00%
DICIEMBRE	25	25	100,00%
TOTAL	525	517	98,48%



GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE SOLICITUDES PRIORITARIAS.

III. INDICADOR DE SATISFACCIÓN

El cliente interno se encuentra notablemente satisfecho con la solución a las incidencias que se presentaron durante el cuarto trimestre, tal como se evidencia en la figura 6 la cual representa el promedio de puntuación del trimestre (octubre, noviembre y diciembre), este promedio se encuentra en 4,39%



GRÁFICA 6. INDICADOR DE SATISFACCIÓN

PQRS

SEDE BOGOTÁ

En este trimestre se atendieron varias peticiones entre las cuales las más representativas son las siguientes:

TABLA 7. REQUERIMIENTOS POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

OBJETO DE PETICIÓN	RESPUESTA
ESPACIO REDUCIDOS EN EL AREA DE URGENCIAS	Se pide excusas ya que se encuentra en ejecución la obra de ampliación de urgencias según contrato 458 del 2017.
SE SUGIERE HABILITAR VENTANAS EN LOS BAÑOS	Se tiene en cuenta para el plan rector el cual corresponde al contrato 410 del 2018
NO HAY ARTEFACTO QUE PERMITA DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE EN SALA DE CIRUGÍA	Se habilita un dispensador de agua.

Daño de los bombillos habitación 442 (Noviembre)	Se intervino en el cambio del bombillo
Mejorar la rampla que permite al acceso al área de urgencias (Diciembre)	Se está realizando las acciones pertinentes para mejorar la circulación perimetral donde se contempla la mejora de la rampa de acceso peatonal de urgencias
Visitante sufre accidente para revisión de la escalera del 1er piso al sótano (Diciembre)	No se evidencia anomalía en la uniformidad de las escaleras adicionalmente no se encuentra ninguna hendidura o protuberancia que sea propensa para ocasionar accidente.

Planes Únicos de Mejora PUM

En el seguimiento realizado por parte de planeación del cumplimiento de las actividades establecidas en el PUM se obtuvieron los siguientes porcentajes.

AVANCE	71%
CUMPLIMIENTO	100%
CIERRE DE CICLOS	67%

PLAN DE ACCION EN SALUD PAS

Se realiza el seguimiento por parte del área de planeación a lo cual se obtuvo el siguiente resultado:

Meta 47. Actualizar la documentación y el presupuesto de obra para la segunda etapa del Proyecto de Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología)

RESULTADO: 100%

Meta 48.1 Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario

RESULTADO: 100%

Meta 48.2 Desarrollar la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica.

RESULTADO: 100%

Meta 48.3 Asegurar servidores informática, tanques de combustibles, ducteria de ventilación y calefacción, calderas y calderin, equipos de cocina, equipos de ventilación mecánica.

RESULTADO: 100%.

Se cuenta con los respectivos soportes.

PLAN OPERATIVO ANUAL

SEDE ZIPAQUIRA 2018

b. SEDE BOGOTA 2018

El plan de mantenimiento propuesto en el año del 2018 se ha cumplido en un 100%.

PISO	SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
SOTANO	UNIDAD RENAL												
	CONSULTA EXTERNA (SOTANO)												
	FARMACIA												
	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO												
	URGENCIAS												
	MORGUE												
	SERVICIO DE ALIMENTACION												
	GASES MEDICINALES												
1-ER PISO	BANCO DE SANGRE												
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS												
	LABORATORIO CLINICO												
	LABORATORIO PATOLOGIA												
	LABORATORIO INMUNOLOGIA												
	GASTRO												
2-DO PISO	SALAS DE CIRUGIA												
	UCI 2-PISO												
	ESTERILIZACION												
	HOSPITALIZACION 2-DO SUR												
	HOSPITALIZACION 2-DO NORTE												
3-ER PISO	SALA DE PARTOS												
	NEONATOS												
	HOSPITALIZACION 3-RO SUR												
	HOSPITALIZACION 3-RO NORTE												
4-TO PISO	CONSULTA EXTERNA (4-TO PISO)												
	HOSPITALIZACION 4-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 4-TO NORTE												
	HOSPITALIZACION 4-TO " B"												
5-TO PISO	HOSPITALIZACION 5-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 5-TO NORTE												
	CUIDADO INTEREMEDIO												
HALLES, ESCALERAS, PASILLOS													

MANTENIMINETO PREVENTIVO
 MANTENIMIENTO CORRECTIVO

GESTIÓN RIESGO

SEDE BOGOTÁ.

En la matriz de riesgos se encontraban identificados por cada procedimiento lo cual nos resultaba 11 riesgos de los cuales no se ha llegado a materializar ninguno; dichos riesgos se analizan de una manera general por proceso y destacar los más representativos los cuales son:

- Priorización inadecuada de las necesidades de mantenimiento de la infraestructura.
- Incumplimiento del plan de mantenimiento preventivo.
- Tiempos de respuesta oportunos a mantenimiento correctivo.

PROGRAMAS

SEDE BOGOTÁ.

I. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

NÚMERO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS PROGRAMADOS		
	PROGRAMADAS	REALIZADAS
ENERO	53	53
FEBRERO	52	52
MARZO	50	50
ABRIL	36	36
MAYO	38	38
JUNIO	29	29
JULIO	51	51
AGOSTO	52	52
SEPTIEMBRE	50	50
OCTUBRE	43	43
NOVIEMBRE	46	46
DICIEMBRE	36	36
TOTAL	536	536

Para el corte de la vigencia del año 2018 se obtiene un cumplimiento del 100%

Otros

PRINCIPALES LOGROS EN EL ÁREA DE MANTENIMIENTO 2018

SEDE BOGOTÁ.

1. Mantenimiento de fachada con un porcentaje de ejecución de un 10%

En la actualidad se va a realizar la demolición de pañete en la entrada al edificio asistencial la cual se debe realizar la respectiva demolición de pañete



2. Over haul a la central de vacío





3. Obra de remodelación de unidades sanitarias públicas.



SEDE ZIPAQUIRA 2018

PRINCIPALES LOGROS EN EL AREA DE

MANTENIMIENTO IV TRIMESTRE 2018

- Mantenimiento y resanes cubierta parcialmente con plásticos
- Mantenimiento filtraciones de agua.
- Mantenimiento preventivo y correctivo toma corrientes, ginecología, neonatos, urgencias, pediatría.
- Mantenimiento carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas, fijar estantes farmacia y acondicionar uno para líquidos.
- Mantenimiento e instalación de chapas sin llaves (medicina interna-urgencias, consultorio.
- Mantenimiento estabilizador facturación odontología(cambio de fusible)
- Reparación de filtración cubierta consultorio # 43 salud pública con sicaflex y puesto de salud de Cogua.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Mantenimiento carpintería de madera muebles ufz
- Reparación lavamanos UFZ
- Instalación provisional plástico cubierta salas de cirugía.
- Instalación de dispensadores UFZ.
- Mantenimiento de reja central de gases.
- Mantenimiento de muebles del Área de farmacia.
- Mantenimiento llaves de manos consulta externa.
- Colocar vidrio ventana pre - analítica.
- instalación de pegante tapete rampa.
- Adecuación central de gases medicinales
- Instalación de pintura pasillos consulta externa.
- Reparación red hidrosanitaria.
- Reparación red hídrica,
- Reparación red eléctrica parcial.
- Reparación red de comunicaciones.
- Reparación cubiertas parciales zonas sensibles con plásticos.
- Mantenimiento correctivo carpintería metálica y de madera parcial.
- Adecuación cuartos bodegas archivo sótano.
- Mantenimiento correctivo filtración sala de espera pediátrica urgencias.
- Mantenimiento servicio radiología.
- Adecuación cuarto oficina trabajo social.

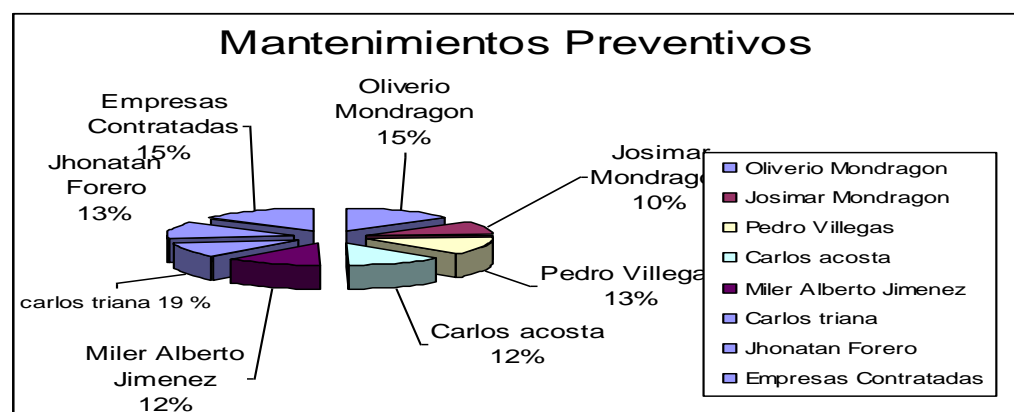
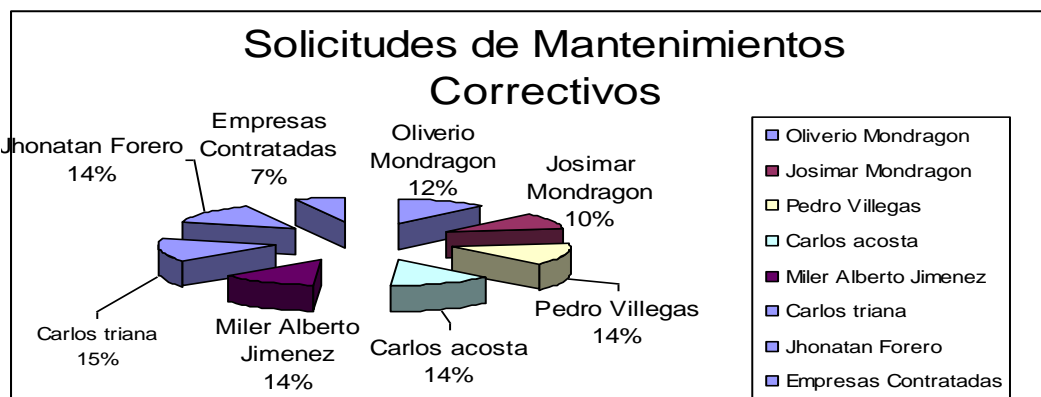
REGISTRO FOTOGRAFICO MANTENIMIENTO PREVENTIVO/ CORRECTIVO LO MAS SIGNIFICATIVO

MANTENIMIENTO PEDIATRIA Y ADECUACION DE AREA SUCIA



PRODUCTIVIDAD DE FUNCIONARIOS DE MANTENIMIENTO

Nombres	Solicitudes de Mantenimientos Correctivos	Mantenimientos Preventivos
Oliverio Mondragon	43	24
Josimar Mondragon	37	17
Pedro Villegas	50	21
Carlos acosta	51	20
Miler Alberto Jimenez	49	20
Carlos triana	52	17
Jhonatan Forero	48	21
Empresas Contratadas	25	25
Total	355	165

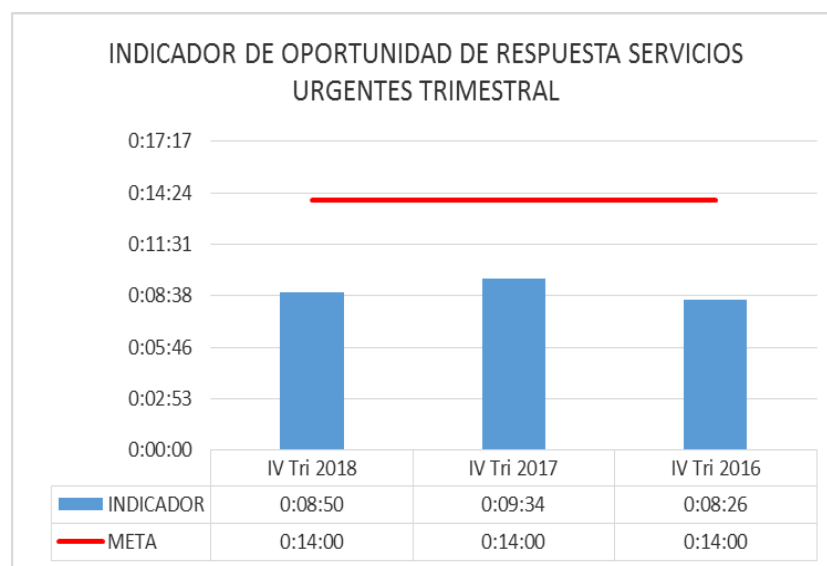
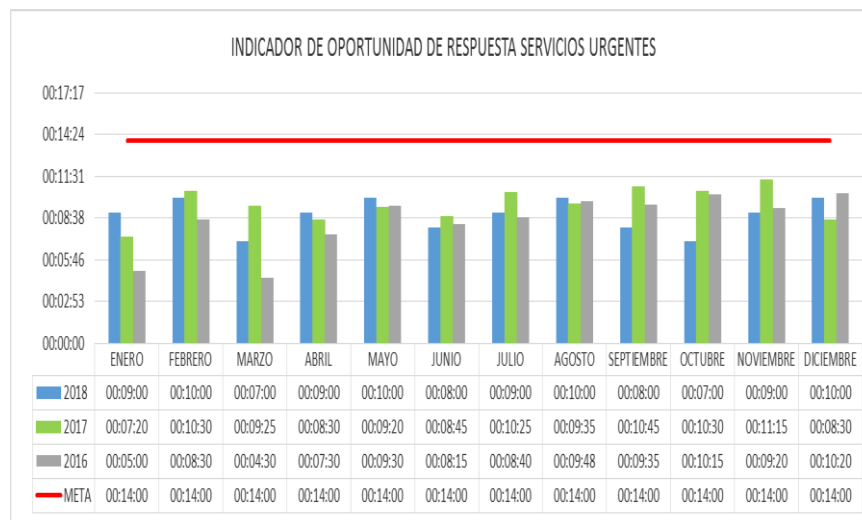


4.4 PROCESO DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

GESTIÓN DEL PROCESO BOGOTÁ

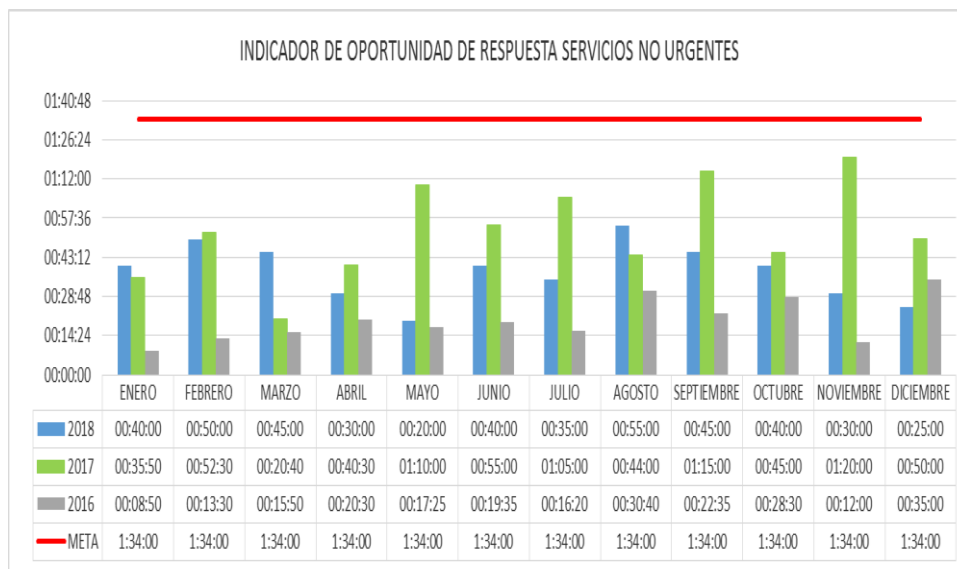
1. Indicador Oportunidad De Respuesta

1.1 Áreas Urgentes (Urgencias, UCI Adulto, Unidad Quirúrgica, UCI Neonatal, Sala de Partos).



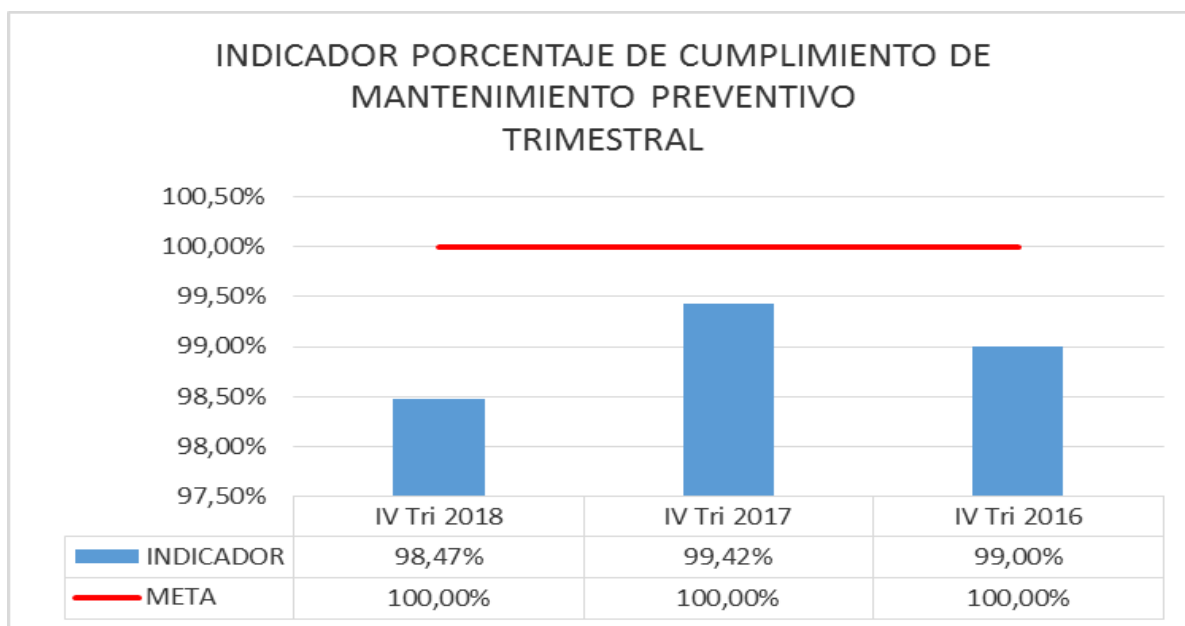
El tiempo de oportunidad de respuesta es distante al límite de tiempo estipulado, demostrando que la estrategia de realizar rutinas diarias de inspección en los 5 servicios categorizados como urgentes y la vigilancia activa de tecnologías biomédicas nos ayuda a detectar posibles fallas antes de su ocurrencia y que puedan afectar la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta que en este trimestre salieron varios equipos de garantía aumentando la cobertura en la cantidad de revisión de tecnologías, se sigue mejorando los tiempos de respuesta de acuerdo a la trazabilidad de los años anteriores.

1.1.1 Áreas No Urgentes (Hospitalización, Consulta Externa y otros).



Los tiempos de oportunidad de respuesta son satisfactorios evidenciando la efectividad de las capacitaciones y los mantenimientos preventivos, lo que hace que los llamados para reporte de fallas disminuyan.

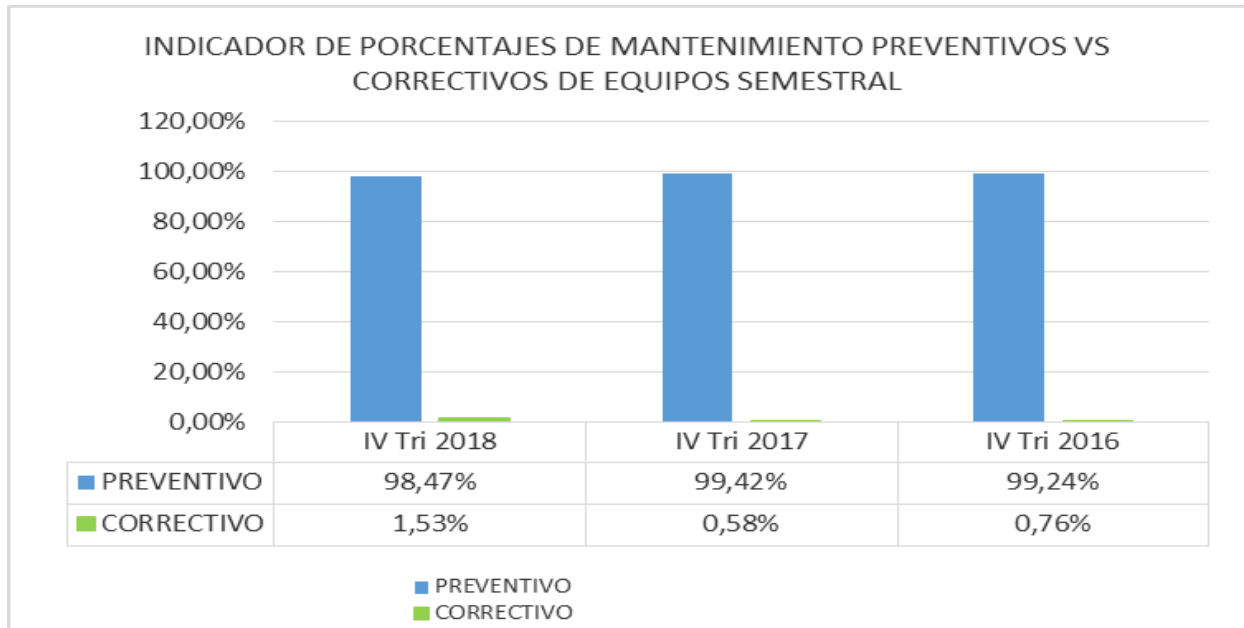
1.2 Porcentaje De Cumplimiento Plan De Mantenimiento Preventivo (Tecnología Biomédica)



Se tenían 2 equipos fuera de servicio pendientes por repuestos por lo tanto no se realizó mantenimiento preventivo, lo cual nos indica el 98% de cumplimiento, se ha logrado mantener y cumplir, ya que se hace seguimiento al mantenimiento preventivo por parte de los servicios utilizadores de la Tecnología Biomédica, por medio de la instalación de stickers donde se relaciona la fecha y responsable del mantenimiento preventivo, adicional a esto desde el área de Tecnología biomédica se realiza auto-seguimiento mensual a estos cronogramas.

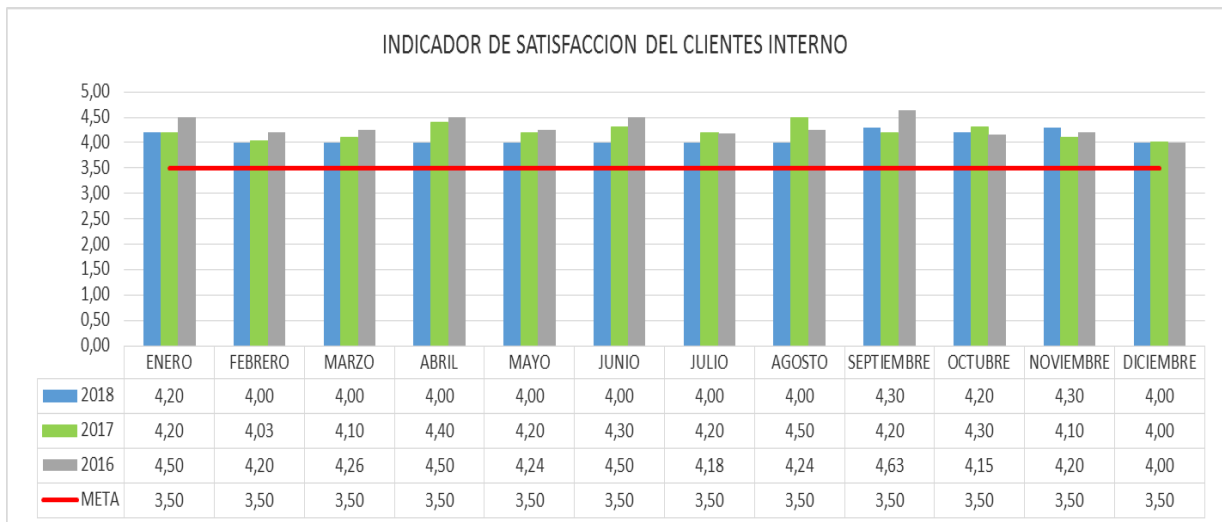
El cronograma anual de mantenimientos preventivos por recurso propio se entrega en el mes de enero a todos los servicios y se publica en la intranet y se mantiene la socialización en el transcurso del año.

1.3 Indicador De Porcentaje De Mantenimientos Preventivos Vs Mantenimiento Correctivo



Este indicador nos muestra que la estrategia de las rutinas diarias y las contantes capacitaciones han dado buenos resultados en el funcionamiento de la tecnología biomédica, ya que se tiene en disminución los mantenimientos correctivos en una proporción inferior al 30%, esto evidencia que los mantenimientos preventivos son más efectivos.

1.4 Indicador De Satisfacción Del Cliente Interno



Se puede observar que el indicador supera los límites de la meta propuesta, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento, una atención oportuna y humanizada y mantener una buena comunicación con el personal asistencial.

2. PQRS

Para este trimestre se derivó de la Subdirección de la defensoría del usuario 1 PQR, a la cual se dio como respuesta:

Bogotá D. C. 24 de Diciembre de 2018

Señora
MARTHA LUCIA GONZALEZ
Subdirección Defensoría del Usuario
Hospital Universitario de La Samaritana

Asunto: Contestación "PETICION NO. 1966-2018 MANIFIESTA INCONFORMISMO"

I

De acuerdo a la PQR N° 1966-2018 MANIFIESTO DE INCORFORMISMO 2 del 04 de Diciembre de 2018 donde se manifiesta: "No me parece justo que Famisanar me aya enviado a este hospital de IV nivel para que me le hicieran la cirugía a mi hijo por otorino y después de haberlo visto el doctor Omar, haberle tomado los exámenes, haberlo visto anestesiología y yo haber pagado el copago de la cirugía, me llaman del hospital y el otorino Omar me dijo después de más de un mes radicado acá los papeles, me salgan que no ya no se le puede hacer la cirugía al paciente por falta de implementos, es una falta de seriedad que el hospital juegue con la salud de este menor de edad, el cual requiere la cirugía urgente ya que los pólipos en la nariz le siguen avanzando".

RESPUESTA:

Se procede hablar con el Dr. Omar Gutiérrez, ya que a la fecha no se tenía el reporte de ningún equipo o implemento fuera de servicio o dañado, y él nos comunica que es el instrumental que se tiene en la central de esterilización que se encuentra desgastado.

La Instrumentadora Diana Arévalo realizó un listado para adquisición de instrumental que requieren varias especialidades, el cual se tuvo que dividir en 3 grupos debido a que el costo total es muy elevado y el hospital no cuenta con todo el presupuesto para adquirirlo. El proceso para esta primera adquisición lo radicado el área de compras el día viernes 21 de diciembre al área de contratos para la elaboración de la minuta. La adquisición de los otros 2 grupos se realizara en el año 2019 dependiendo del presupuesto de inversión que tenga el hospital.

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 biomédicos aproximadamente con que cuenta el Hospital Universitario de la Samaritana y el cronograma de mantenimiento preventivo.



Gestión Del Riesgo

A la fecha no se ha materializado ningún riesgo en el proceso de Tecnología Biomédica.

Logros del Proceso

A la fecha se tiene el 100% de la documentación física organizada y archivada y alineados según directriz del proceso Gestión Documental



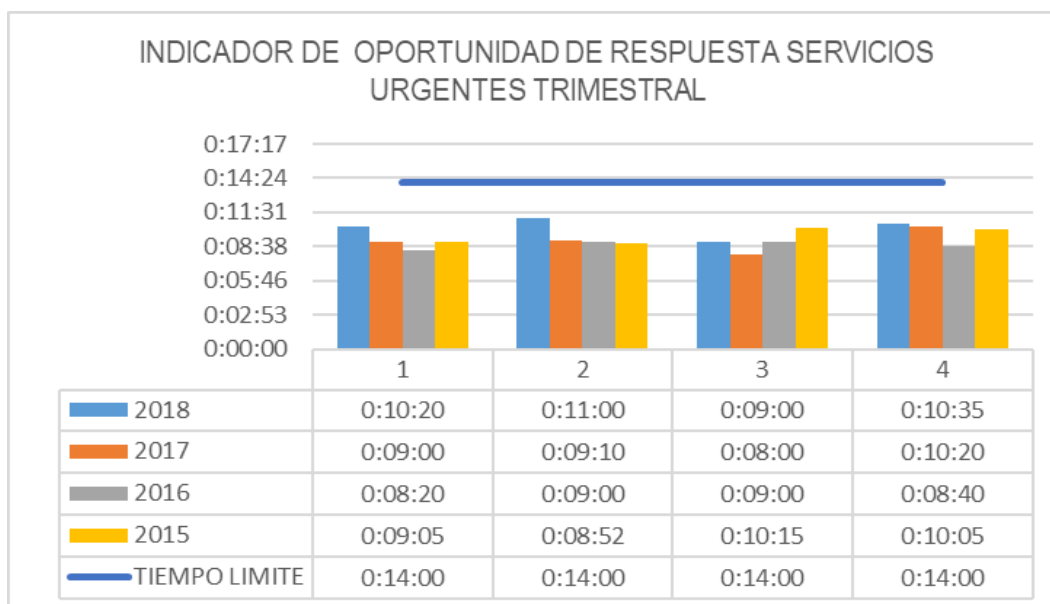
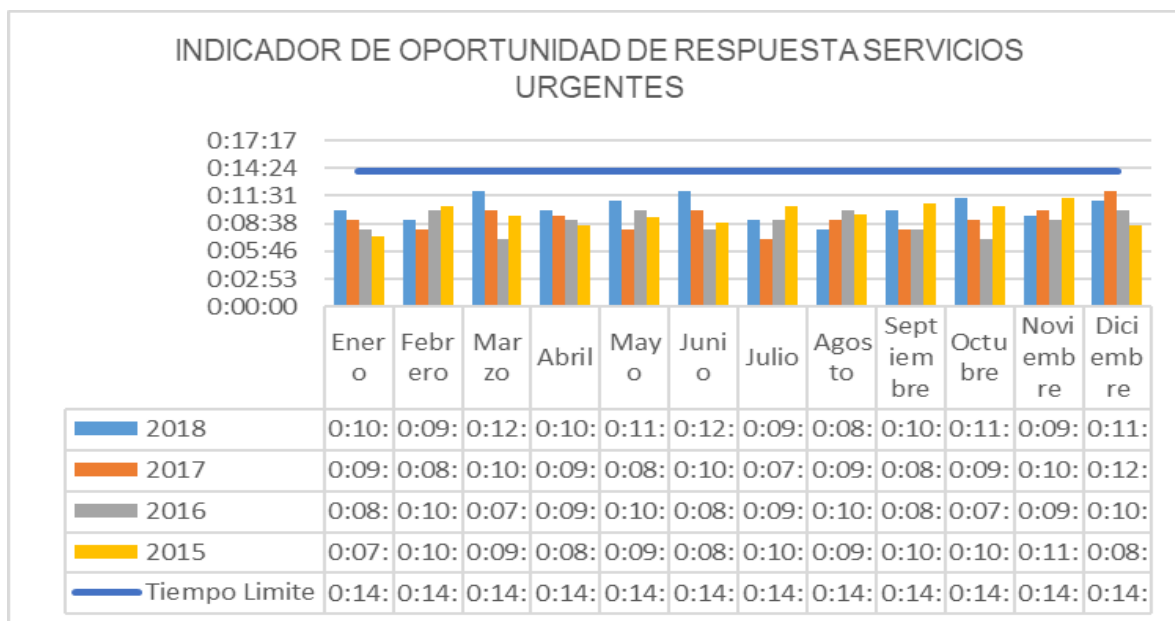
En el mes de diciembre se adquirieron 7 tecnologías por renovación de los equipos ya existentes, y 2 tecnologías nuevas los cuales serán instalados entre el mes de febrero y marzo

- * Incubadoras
- * Ecógrafo
- * Instrumental
- * Equipo de Función pulmonar
- * Central de inclusión
- * Marcador de láminas (Nuevo)
- * Marcador de cassette (Nuevo)
- * Criocauterío
- * Neopuff

ZIQUAIRA

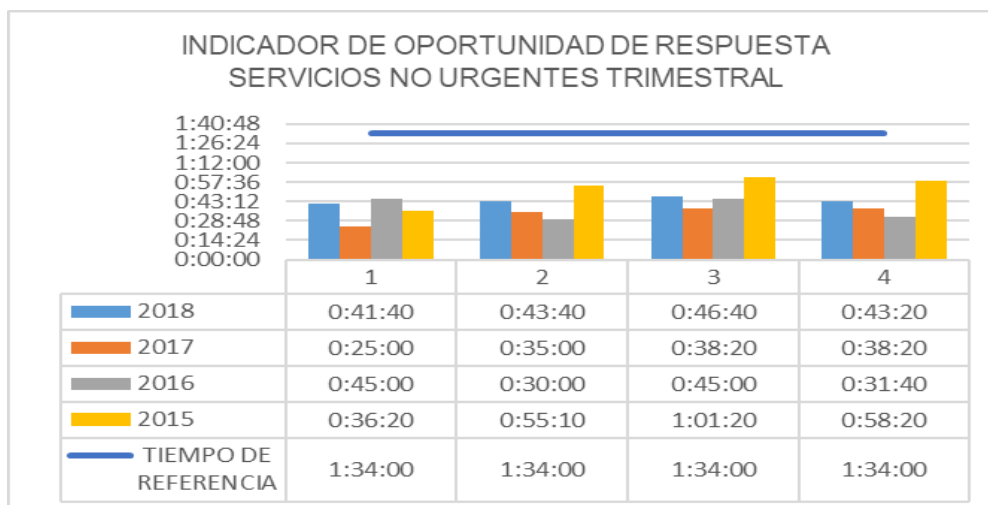
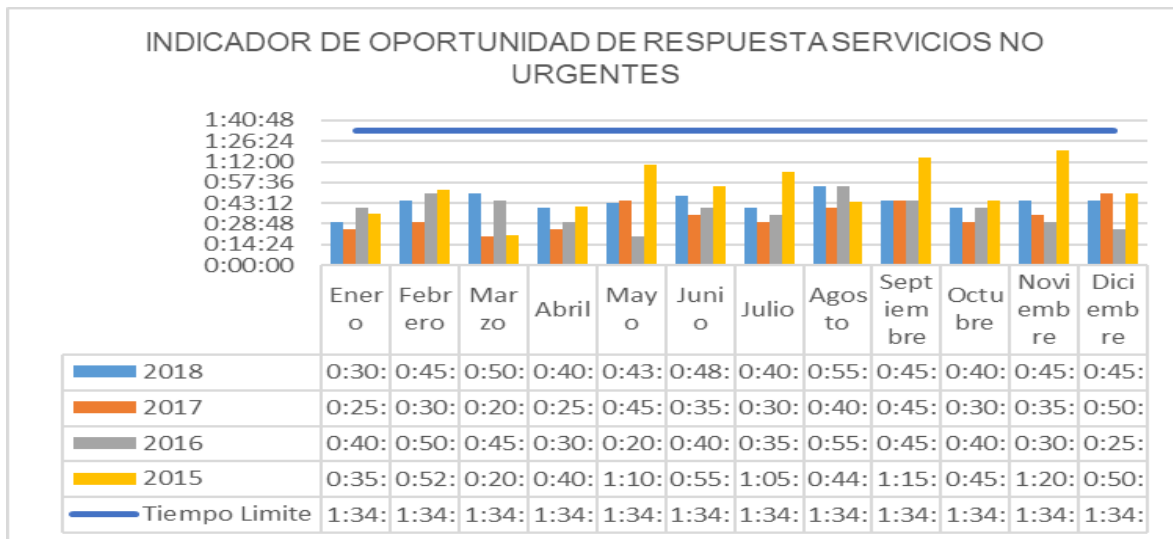
1. Indicador oportunidad de respuesta

1.1. Áreas urgentes



El Indicador de Oportunidad de Respuesta Urgente se cumplió es distante al límite de tiempo estipulado se atendió el llamado en menos tiempo que el establecido en la meta que es 14 minutos

1.2 Áreas no urgentes

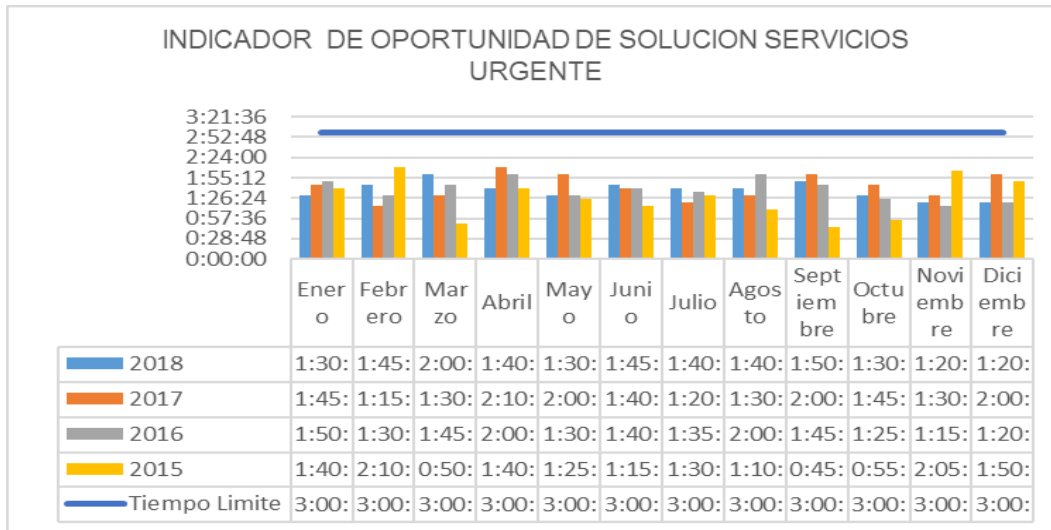


El Indicador de Oportunidad de Respuesta no Urgente se cumplió se atendió el llamado en menos tiempo que el establecido en la meta 1 hora 30 minutos evidenciando la efectividad de las capacitaciones y los mantenimientos preventivos, lo que hace que los llamados para reporte de fallas disminuyan

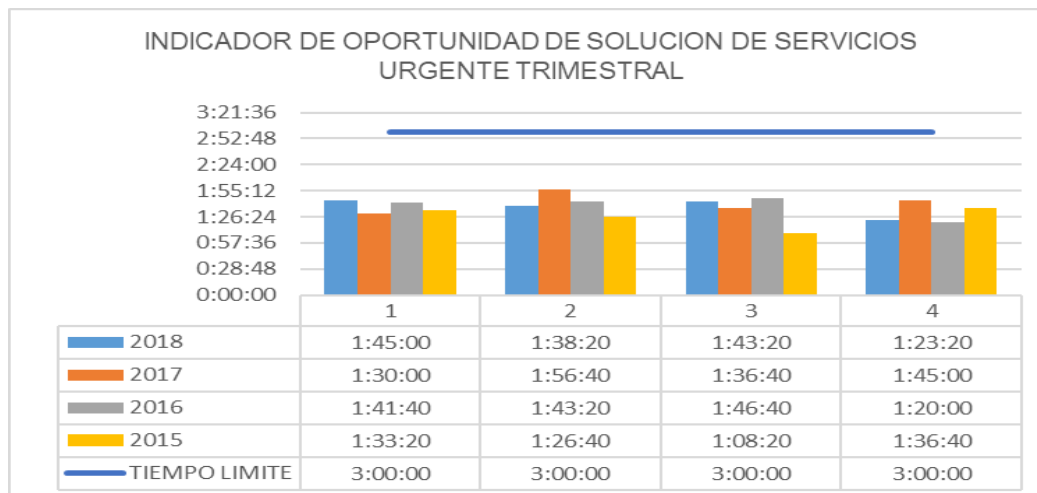
2 Indicador oportunidad de solución

2.1. Solución urgente

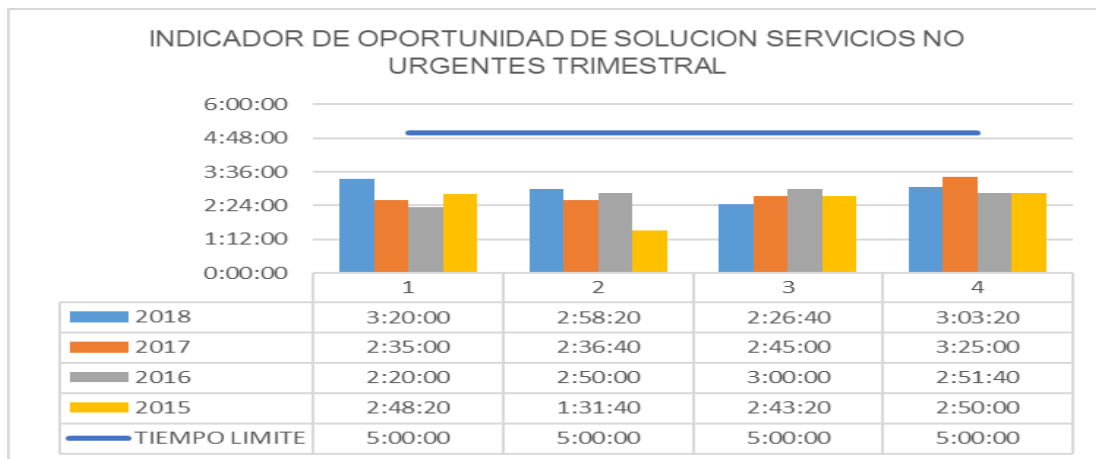
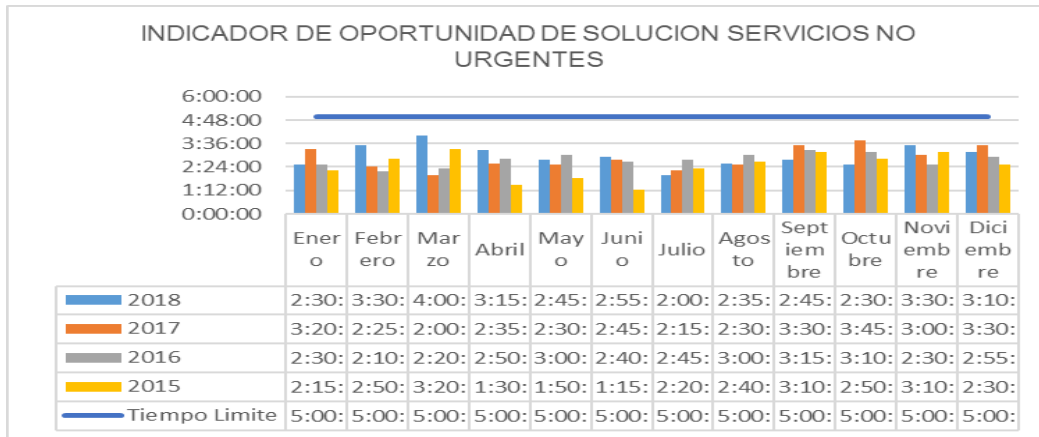




El Indicador de Oportunidad de Solución Urgente se cumplió se realizó el arreglo en menos tiempo que el establecido en la meta 3 horas

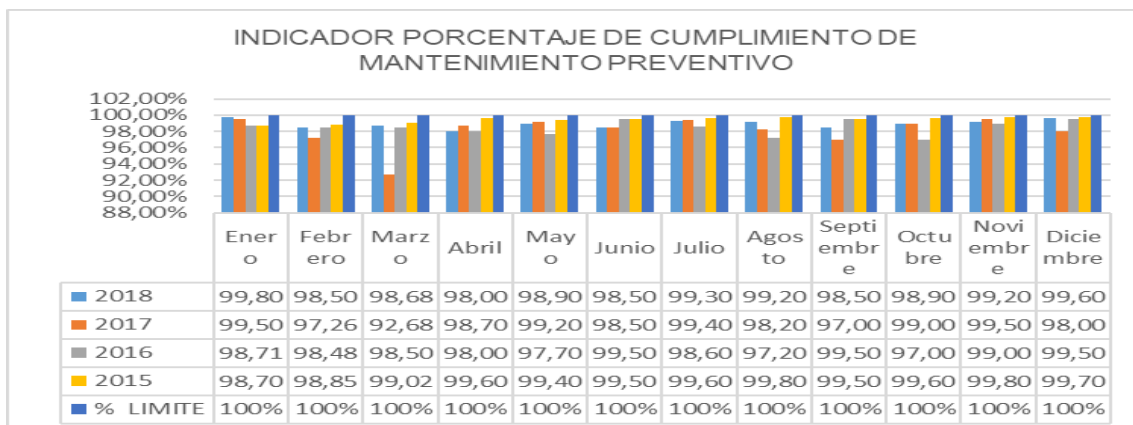


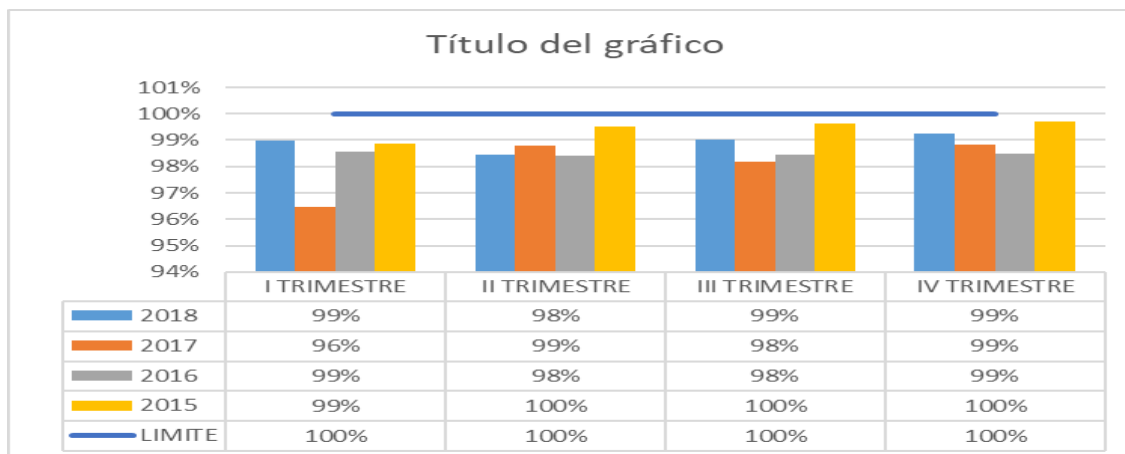
2.2. Solución no urgente.



El Indicador de Oportunidad de Solución no Urgente se cumplió se realizó el arreglo en menos tiempo que el establecido en la meta 5 horas respectivamente.

3 Indicador de mantenimiento preventivo



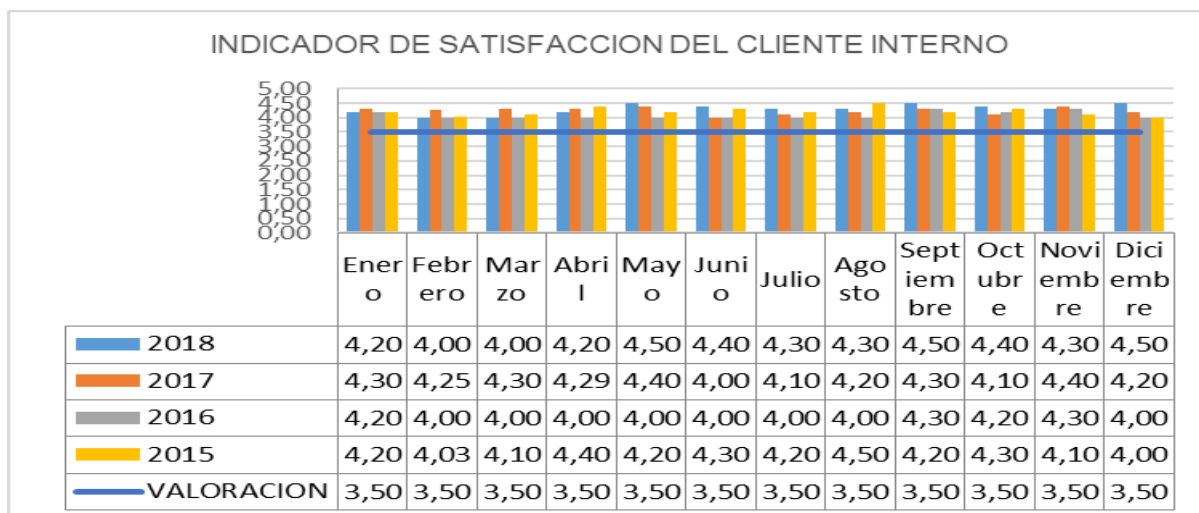


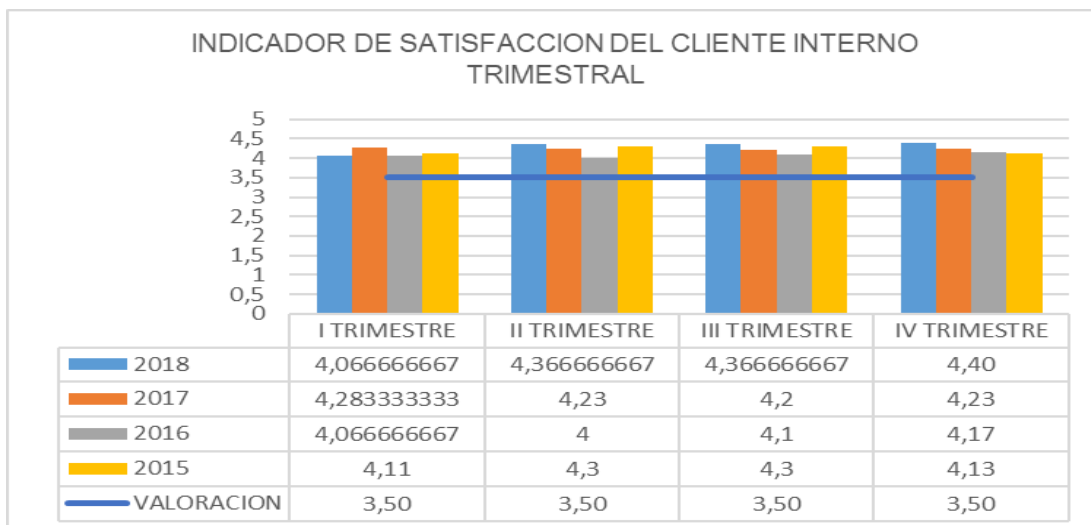
El indicador de mantenimiento preventivo se realizó en un 99% no se cumplió la meta del 100% ya que se encontraban equipos fuera de servicio

El mantenimiento preventivo y correctivo se realiza en un 90% con recurso propio y el 10% de estos por medio de firmas externas para cubrir el total de los siguientes servicios: Urgencias, Laboratorio, Puesto fijo de recolección de sangre, Banco de leche, Urgencias, rayos x, Ginecología, Cirugía, Pediatría, Recién nacidos, Medicina Interna, segundo piso, Consultorios, terapias, odontología, centro de salud Cogua y Puesto de salud de San Cayetano.

Se han realizados mantenimientos correctivos significativos a equipos como el mamógrafo, ventiladores, pintura de camas eléctricas, reparación de autoclaves

4 indicador de satisfacción del cliente interno





El Indicador de Satisfacción cliente interno supera la meta que es 3.5 el indicador en promedio esta en 4.2

5 equipos reparados y puestos en marcha durante la vigencia 2018

Autoclave cisa



Autoclave matachana



Mamografo Giotto



6. Adquisición de nueva tecnología

Se han adquirido equipos como desfibriladores, incubadoras neonatales, monitor fetal, equipos para terapias, robot quemador, máquina de anestesia, mesa quirúrgica, microscopio, piezas para odontología, monitores multiparametricos, entre otros.



7. Validaciones y metrología

A los equipos se les han realizados calibraciones, validaciones, licencias de funcionamiento según corresponda para dar cumplimiento a la norma.



8. El archivo de hojas de vida de los equipos médicos los cuales se encontraban en AZ se pasó a carpetas institucionales para dar cumplimiento a los lineamientos de archivo.



4.5 GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

GESTIÓN DEL PROCESO: INDICADORES

Durante la vigencia 2018 la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros adelantó y ejecutó procesos de Convocatorias Públicas y compras por Contratación Directa con el fin de atender las necesidades tanto de Bienes, Suministros y Servicios necesarios en cada área del Hospital, contribuyendo con el mejoramiento en la calidad de los servicios que la institución presta a la comunidad del departamento de Cundinamarca

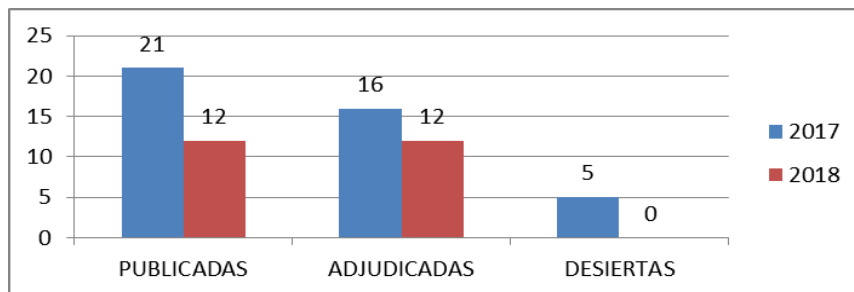
Los procesos que se adelantaron durante la vigencia 2018 involucraron las áreas de Farmacia, Hotelería, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Osteosíntesis, Comunicaciones, Personal, Desarrollo Humano, Atención al Usuario y Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico, los cuales radicaron en la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros sus necesidades, teniendo en cuenta los consumos promedios históricos, los precios de adquisición del año anterior, así como tendencias de crecimiento para el año 2018. Estos estudios sirvieron para llevar a cabo las Convocatorias y Compras Directas las cuales pretendían primero que todo atender los requerimientos del Hospital y finalmente satisfacer todas las necesidades de la institución en cada uno de sus áreas por medio de los procesos con plenas formalidades de contratación con el fin de garantizar la pluralidad de oferentes así como la transparencia en los procesos de adjudicación. En estos procesos se atendieron las solicitudes tanto del Hospital Universitario de la Samaritana como de su unidad funcional de Zipaquirá.

PROCESOS ADELANTADOS EN LA VIGENCIA 2018

Durante el año 2018, la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros llevaron a cabo procesos mediante la modalidad de contratación por Convocatoria Pública y Contratación Directa, con el fin de suplir las necesidades presentadas por cada una de las áreas del Hospital.

De acuerdo a lo anterior, se presenta relación de cantidad de procesos ejecutados durante la vigencia en mención, realizando comparativo con la vigencia inmediatamente anterior (2017-2018).

TOTAL CONVOCATORIAS		
	2017	2018
PUBLICADAS	21	12
ADJUDICADAS	16	12
DESIERTAS	5	0



De lo anterior se resalta la siguiente información:



2017						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONVOCATORIA PUBLICA N 01	SERVICIO DE ASEO Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES FUNCIONALES DE BOGOTA INCLUYENDO ALISTAMIENTO PREPARACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS Y ASEO Y DESINFECCIÓN EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD.	11	\$ 2.060.646.794,00	\$ 2.021.207.940,00	\$ 39.438.854,00	98%
CONVOCATORIA PUBLICA N 02	PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL PARA PROVISIÓN ROPA DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA CON RECOLECCIÓN, LAVADO, PLANCHADO Y DISTRIBUCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E DE ACUERDO AL VOLUMEN POR DEMANDA DE SERVICIOS, EN	12	\$ 1.074.324.550,00	\$ 1.074.324.550,00	\$ -	100%

2017						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
	LA SEDE BOGOTA Y EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD.					
CONVOCATORIA PUBLICA N 03	SERVICIO SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN A LOS PACIENTES Y MÉDICOS INTERNOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA DE ACUERDO A SUS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES.	102	\$ 380.000.000,00	\$ 380.000.000,00	\$ -	100%
CONVOCATORIA PUBLICA N 04	SUMINISTRO DE PRODUCTOS CÁRNICOS, CARNE DE RES Y SUS DERIVADOS CERDO Y PESCADO MATERIA PRIMA PARA ELABORACIÓN DE ALIMENTOS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL.	60	\$ 341.441.100,00	\$ 307.890.000,00	\$ 33.551.100,00	90%

2017						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONVOCATORIA PUBLICA N 05	SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	156	\$ 415.150.000,00	\$ 354.329.032,00	\$ 60.820.968,00	85%
CONVOCATORIA PUBLICA N 06	SUMINISTRO DE ALIMENTOS PERECEDEROS, FRUTAS, VERDURAS, TUBÉRCULOS FRUVER, MATERIA PRIMA PARA LA ELABORACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL, PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.	57	\$ 284.120.525,00	\$ 264.585.600,00	\$ 19.534.925,00	93%
CONVOCATORIA PUBLICA N 10	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS MATERIAL MEDICO QUIRURGICO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y	228	\$ 6.977.160.000,00	\$ 4.871.666.274,00	\$ 2.105.493.726,00	70%

2017						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
	LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.					
CONVOCATORIA PUBLICA N 11	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS MEDICAMENTOS PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	227	\$ 6.589.000.000,00	\$ 5.921.838.054,00	\$ 667.161.946,00	90%
CONVOCATORIA PUBLICA N 12	Seleccionar una COMPAÑÍA DE SEGUROS legalmente constituida en Colombia que suscriba pólizas de seguros para amparar los bienes e intereses patrimoniales de la entidad.	249	\$ 585.000.000,00	\$ 583.851.341,00	\$ 1.148.659,00	100%
CONVOCATORIA PUBLICA N 13	SUMINISTRO DE MATERIALES DE OSTEOSINTESIS PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA D.C. Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	209	\$ 3.976.406.092,00	\$ 3.711.619.747,00	\$ 264.786.345,00	93%

2017						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONVOCATORIA PÚBLICA No.14	SUMINISTRO DE MATERIAL PARA LABORATORIO CLINICO, PATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ D.C. Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ	309	\$ 3.683.000.000,00	\$ 3.508.330.976,00	\$ 174.669.024,00	95%
CONVOCATORIA PÚBLICA N 15	SUMINISTRO DE MATERIALES DE APOYO CLÍNICO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	350	\$ 801.103.597,00	\$ 356.717.400,00	\$ 444.386.197,00	45%
CONVOCATORIA PÚBLICA N 16	SUMINISTRO DE PRODUCTOS E INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	349	\$ 405.055.358,00	\$ 264.257.157,00	\$ 140.798.201,00	65%

2017						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONVOCATORIA PUBLICA N 17	SUMINISTRO DE INSUMOS ELÉCTRICOS, MATERIALES DE FERRETERÍA, CONSTRUCCIÓN Y HERRAMIENTAS PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA D.C. Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	431	\$ 551.142.847,00	\$ 220.129.958,00	\$ 331.012.889,00	40%
CONVOCATORIA PUBLICA N 19	CONTRATACIÓN SERVICIO DE OUTSOURCING DE IMPRESIÓN PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	559	\$ 390.000.000,00	\$ 390.000.000,00	\$ -	100%
CONVOCATORIA PUBLICA No. 21	CONTRATACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE ESTRUCTURACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN RECTOR DE SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA FISICA 2017	936	\$ 299.841.098,00	\$ 299.558.700,00	\$ 282.398,00	100%

2017						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
	2027 PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA.					
TOTALES			\$ 28.813.391.961,00	\$ 24.530.306.729,00	\$ 4.283.085.232,00	85%

2018						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONVOCATORIA PUBLICA N 01	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (MEDICAMENTOS) PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	84	\$ 7.065.269.786,00	\$ 6.256.057.413,00	\$ 809.212.373,00	89%
CONVOCATORIA PUBLICA N 02	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (MEDICAMENTOS) PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	147	\$ 4.680.051.475,00	\$ 3.767.870.279,95	\$ 912.181.195,05	81%
CONVOCATORIA PUBLICA N 03	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO DE HEMODINAMIA) PARA LA E.S.E. HOSPITAL	86	\$ 1.918.361.390,00	\$ 1.503.334.381,00	\$ 415.027.009,00	78%

2018						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
	UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ.					
CONVOCATORIA PUBLICA N 04	ADQUISICION DE LA COMPRA DE SUMINISTROS DE MATERIALES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.	87	\$ 867.262.650,00	\$ 684.917.241,00	\$ 182.345.409,00	79%
CONVOCATORIA PUBLICA N 05	SUMINISTRO DE MATERIALES DE OSTEOSINTESIS PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	111	\$ 3.631.000.000,00	\$ 3.594.631.905,00	\$ 36.368.095,00	99%
CONVOCATORIA PUBLICA N 06	SUMINISTRO DE REACTIVOS E INSUMOS PARA LABORATORIO CLINICO, PATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA D.C Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	142	\$ 3.399.114.185,00	\$ 3.119.016.198,00	\$ 280.097.987,00	92%
CONVOCATORIA PUBLICA N 07	SUMINISTRO DE MATERIALES E INSUMOS DE APOYO CLINICO PARA EL ALMACEN GENERAL DE LA E.S.E. HOSPITAL	145	\$ 626.963.943,00	\$ 558.428.661,00	\$ 68.535.282,00	89%

2018						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
	UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.					
CONVOCATORIA PUBLICA N 08	SUMINISTRO DE MATERIALES E INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS PARA EL ALMACEN GENERAL DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ.	154	\$ 825.889.393,00	\$ 739.357.397,00	\$ 86.531.996,00	90%
CONVOCATORIA PUBLICA N 09	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE: ASEO Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ, INCLUYENDO ALISTAMIENTO, PREPARACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS; ASEO Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD.	135	\$ 1.920.351.526,00	\$ 1.919.300.000,00	\$ 1.051.526,00	100%

2018						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONVOCATORIA PUBLICA N 10	PRESTACIÓN DE: SERVICIO INTEGRAL DE PROVISIÓN ROPA DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA CON RECOLECCIÓN, LAVADO, DESINFECCIÓN, PLANCHADO Y DISTRIBUCIÓN, DE ROPA HOSPITALARIA EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD, DE ACUERDO AL VOLUMEN POR DEMANDA DE SERVICIOS.	136	\$ 965.162.250,00	\$ 965.162.250,00	\$ -	100%
CONVOCATORIA PUBLICA N 11	SELECCIONAR UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE CONSTITUIDA EN COLOMBIA QUE SUSCRIBA PÓLIZAS DE SEGUROS PARA AMPARAR LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES DE LA ENTIDAD - E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS CENTROS DE SALUD	343	\$ 650.000.000,00	\$ 649.989.284,00	\$ 10.716,00	100%
CONVOCATORIA PUBLICA N 12	ADECUACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NTC 6047 Y LA RESOLUCIÓN 14861	533	\$ 720.150.077,00	\$ 659.281.866,00	\$ 60.868.211,00	92%

2018						
Nº CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
	DE 1985 DE LAS UNIDADES SANITARIAS PÚBLICAS QUE INCLUYE, TAMBIÉN, IMPLEMENTACIÓN DE VENTILACIÓN, MEJORAMIENTO DEL SISTEMA HIDROSANITARIO Y LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO COMPLEMENTARIAS, DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ					
TOTALES			\$ 27.269.576.675,00	\$ 24.417.346.875,95	\$ 2.852.229.799,05	90%

Fuente: Subdirección Compras y Suministros

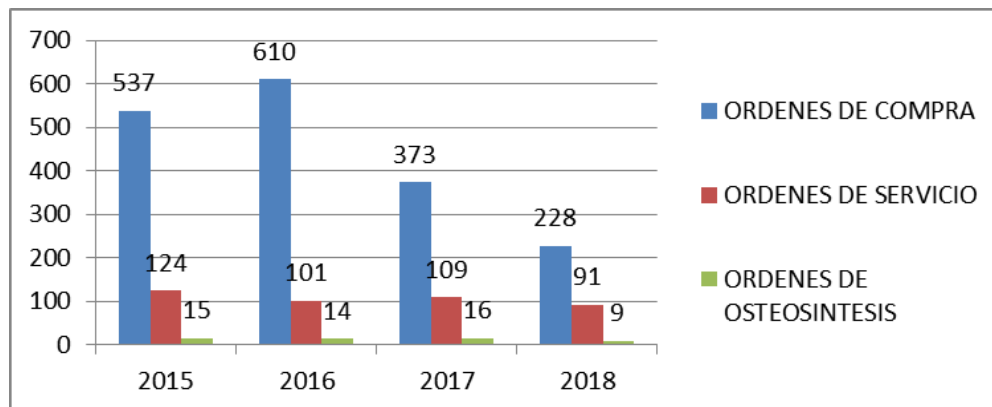
Los procesos de Convocatorias Públicas de la vigencia 2018 se llevaron a cabo de acuerdo a lo establecido en los Pliegos de Condiciones y en el Manual de Contratación. Sus adjudicaciones se ajustaron a las propuestas presentadas dando como resultado un 90% del presupuesto asignado, contribuyendo a la satisfacción de la necesidad del amparo de los Bienes e Intereses del Hospital.

SOLICITUDES RADICADAS Y TRAMITADAS

Ordenes de Compras y Servicios: Durante el año 2018, se dio el respectivo trámite a las solicitudes realizadas por las diferentes áreas que cubren el tiempo de referencia del presente informe, cubriendo las necesidades programadas e imprevistos presentados por las diferentes áreas del Hospital.

CUADRO Nº 2 ÓRDENES DE COMPRA Y SERVICIOS TRAMITADAS DURANTE LA VIGENCIA 2018

TOTAL ORDENES POR VIGENCIA			
AÑO	ORDENES DE COMPRA	ORDENES DE SERVICIO	ORDENES DE OSTEOSINTESIS
2015	537	124	15
2016	610	101	14
2017	373	109	16
2018	228	91	9

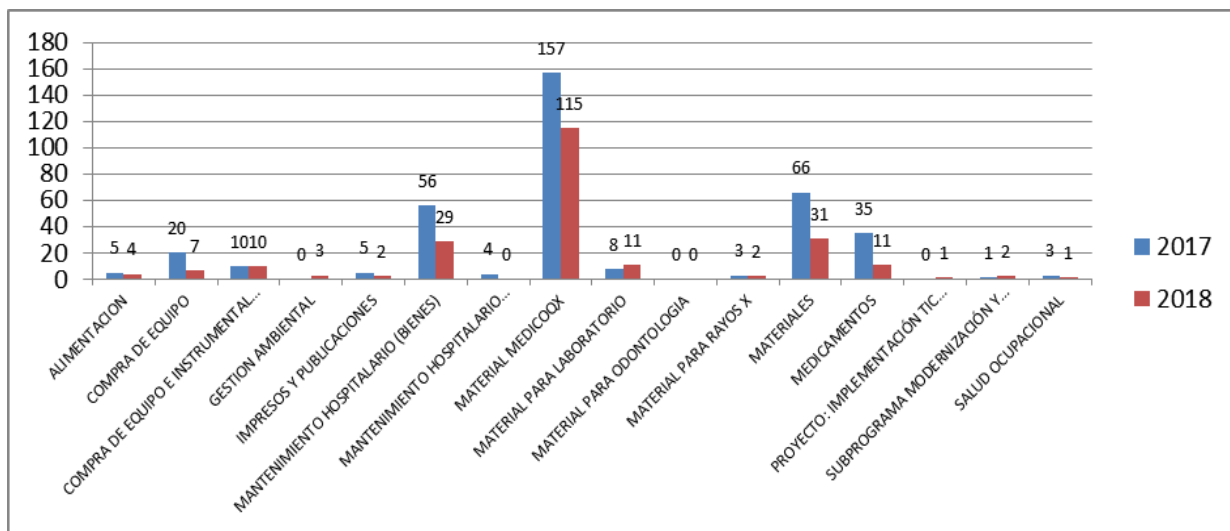


Fuente: Subdirección, Compras y Suministros.

Del comportamiento en la elaboración de la cantidad de Órdenes de Compra, Órdenes de Servicios y Órdenes de Osteosíntesis del año 2018 a las tres (3) vigencias anteriores, se observa que ha tenido variaciones en aumento y disminución, sin embargo, con respecto al año inmediatamente anterior disminuyó la elaboración de las Órdenes de Compra (reducción del 61,13% con respecto al 2017), las Órdenes de Servicio también disminuyeron en un 83,49% y las Ordenes de Osteosíntesis tuvieron también una disminución del 56,25%, respecto con la vigencia inmediatamente anterior (2017). Las órdenes se elaboran de acuerdo a aquellas necesidades generadas por los servicios, que no superan los 30 SMMLV y que no requieren garantías (pólizas).

RUBRO	CANTIDAD ORDENES DE COMPRA VIGENCIA 2018 POR RUBRO		
	2017	2018	VARIACION
ALIMENTACION	5	4	-1
COMPRA DE EQUIPO	20	7	-13
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	10	10	0
GESTION AMBIENTAL	0	3	3
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	5	2	-3
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	56	29	-27
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	4	0	-4
MATERIAL MEDICOQX	157	115	-42
MATERIAL PARA LABORATORIO	8	11	3
MATERIAL PARA ODONTOLOGIA	0	0	0
MATERIAL PARA RAYOS X	3	2	-1
MATERIALES	66	31	-35
MEDICAMENTOS	35	11	-24

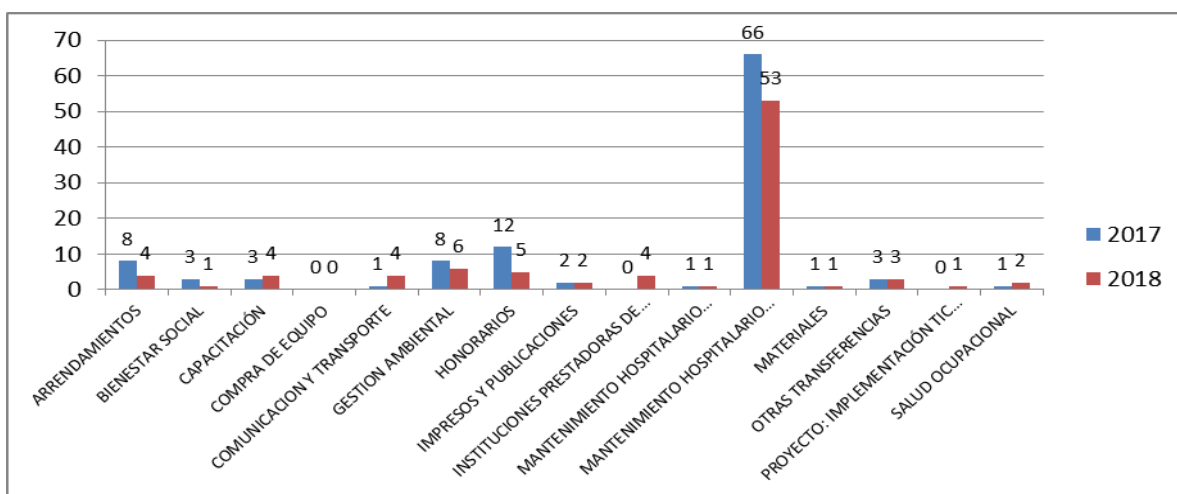
RUBRO	CANTIDAD ORDENES DE COMPRA VIGENCIA 2018 POR RUBRO		
	2017	2018	VARIACION
PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN TIC (MODALIDAD TELEMEDICINA) CONV. INT. 681/2017	0	1	1
SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	1	2	1
SALUD OCUPACIONAL	3	1	-2
TOTAL	373	229	-144



Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Como ha venido siendo una constante durante los últimos periodos, se puede observar que el rubro de mayor participación durante los años 2017 y 2018 de acuerdo a los datos aportados, es el de **MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO** con un total de 157 y 115 órdenes respectivamente para cada año. Sin embargo, se evidencia que en la mayoría de rubros, las órdenes han venido decreciendo año a año, a excepción de los siguientes rubros; **COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO** mantuvo la cantidad de 10 que obtuvo en el 2017; **GESTION AMBIENTAL** paso de no haber registrado órdenes en el 2017 a tener 3 para el 2018; **MATERIAL PARA LABORATORIO** subió de 8 órdenes en el 2017 a 11 órdenes en el 2018; **PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN TIC (MODALIDAD TELEMEDICINA) CONV. INT. 681/2017** no tenía registradas órdenes en el 2017 y para el 2018 tuvo 1 orden; y por último, **SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD** pasó de 1 orden en el 2017 a 2 órdenes en el 2018.

RUBRO	CANTIDAD ORDENES DE SERVICIO VIGENCIA 2018 POR RUBRO		
	2017	2018	VARIACION
ARRENDAMIENTOS	8	4	-4
BIENESTAR SOCIAL	3	1	-2
CAPACITACIÓN	3	4	1
COMPRA DE EQUIPO	0	0	0
COMUNICACION Y TRANSPORTE	1	4	3
GESTION AMBIENTAL	8	6	-2
HONORARIOS	12	5	-7
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	2	2	0
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	0	4	4
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	1	1	0
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	66	53	-13
MATERIALES	1	1	0
OTRAS TRANSFERENCIAS	3	3	0
PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN TIC (MODALIDAD TELEMEDICINA) CONV. INT. 681/2017	0	1	1
SALUD OCUPACIONAL	1	2	1
TOTAL	109	91	-18

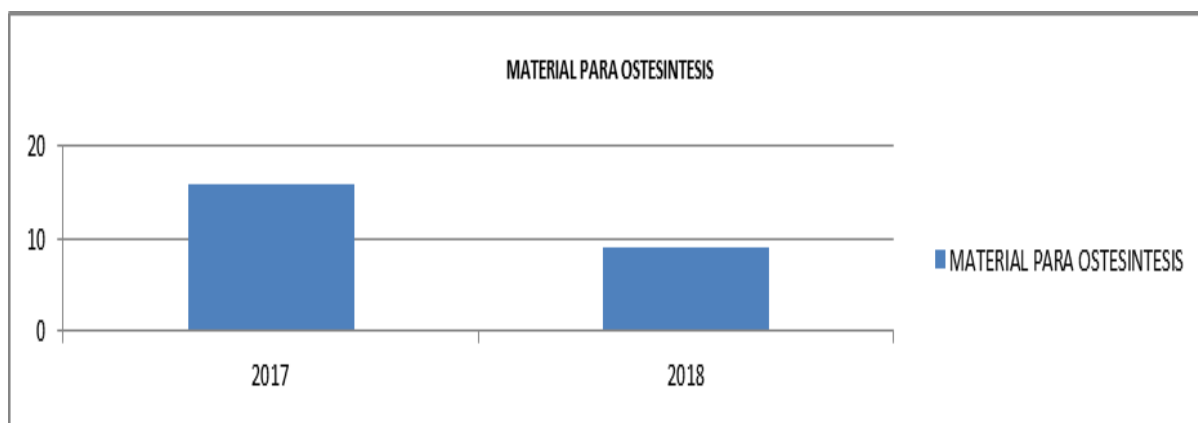


Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

De acuerdo al anterior gráfico, evidenciamos como indiscutiblemente el rubro de **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)** sigue teniendo la mayor participación en cuanto a la cantidad de órdenes, a pesar de su disminución que pasó de 66 órdenes en el 2017 a tener 53 órdenes en el 2018 (una disminución del 19,70%). En cuanto a los demás rubros se observan variaciones en la gran mayoría, pero así mismo se observa estabilidad en otros. Ejemplo de anterior, mostramos que los rubros que disminuyeron su participación en cuanto a cantidad de órdenes fueron **ARRENDAMIENTOS, BIENESTAR SOCIAL, GESTIÓN AMBIENTAL y HONORARIOS**. Por el contrario a lo anterior, los rubros que aumentaron su participación en cuanto a la cantidad de órdenes fueron **CAPACITACIÓN, COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO, PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN TIC (MODALIDAD TELEMEDICINA) CONV. INT. 681/2017 y SALUD OCUPACIONAL**; Por último, mostramos como los rubros de **COMPRA DE EQUIPO, IMPRESOS Y PUBLICACIONES**

MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES), MATERIALES y OTRAS TRANSFERENCIAS mantuvieron su comportamiento igual al presentado en la vigencia 2017.

RUBRO	CANTIDAD ORDENES DE OSTEOSINTESIS VIGENCIA 2018 RUBRO OSTEOSINTESIS		
	2017	2018	VARIACION
MATERIAL PARA OSTESINTESIS	16	9	-7
TOTAL	16	9	-7



Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Para el rubro de Osteosíntesis se observa una disminución significativa del 56,25% con respecto al año inmediatamente anterior, en donde como análisis general podemos concluir que la disminución de Órdenes corresponde a la buena gestión realizada con la Convocatoria Pública No. 5 de 2018 en donde quedaron adjudicados a gran mayoría de los insumos de cada especialidad.

ALMACEN GENERAL

Vigencia 2018

1. Planes Únicos de Mejora PUM

Se presentan nueve (9) actividades para el PUM, las cuales están relacionadas con el LEVANTAMIENTO DEL INVENTARIO FISICO Y DE AVALUO COMERCIAL DE LOS BIENES INMUEBLES, MUEBLES, EQUIPOS Y VEHICULOS, para el cual se está desarrollando la ejecución del Contrato No.400 de 2018, con la Empresa Corporación Registro de Evaluadores y Lonja Colombiana de la Propiedad Raíz, proyecto con el cual se pretende cumplir con el 100% de las actividades a 31 de Mayo de 2018. A la fecha se registra un cumplimiento del 40% de las actividades.

2. Plan Anual de Compras

Se tramitaron 17 estudios previos para el Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Patología con los siguientes resultados, en convocatoria pública se adjudicando a 6 proveedores contratos por valor total de \$2.455.832.048, dos contratos por valor de \$124.912.676 contratos ejecutados en un 94.69% a 31 de diciembre de 2018 y catorce órdenes de compra por valor de \$196.917.789 ejecutadas al 100% en el 2018. Se tramitó una adición por valor de \$432.286.515. Total \$3.209.949.028

Para material Médico Quirúrgico se tramitaron 9 estudios previos, se adjudicaron por convocatoria 9 contratos y 4 órdenes de compra por valor de \$739.866.874 ejecutados en un 95%, dos contratos por valor de \$239.920.250 100% ejecutados, nueve adiciones por valor \$251.857.770, seis órdenes de compra por valor de \$44.871.682 100% ejecutadas. Total \$1.276.786.576.

En materiales de apoyo clínico se realizaron 25 estudios previos con los siguientes resultados 8 contratos y 8 órdenes de compra producto de la convocatoria pública por valor de \$601.337.573 ejecutados en un 98%, catorce contratos por valor de 1.076.286.200, ejecutados en un 95% (incluye cafetería, papelería, esterilización, aseo, consumibles de equipo médico), diez órdenes de compra por valor de \$259.186.931 ejecutadas al 100%, para un total de \$1.936.810.704

Adicionalmente se tramitaron 222 solicitudes de compra, 420 comprobantes de ingreso, 1.244 comprobantes de egreso, 2.011 solicitudes de elementos, 51 evaluaciones técnicas y de experiencia en la vigencia 2.018.

3. Otros

Con la colaboración del equipo de mantenimiento, la subdirección de compras, la dirección financiera, administrativa y sistemas, se lograron realizar el proceso de creación de bodega de mantenimiento, para realizar un control de inventarios de esta área del HUS, se designó una persona que se encarga de las entregas y registros en Dinámica Gerencial de las salidas a cada área.

Así mismo se realizó el inventario de consumibles de equipo médico, proyecto que se ejecutará en el primer trimestre del año 2019.

Los procedimientos del Almacén General fueron actualizados y socializados en la Intranet Samaritana con la siguiente ruta- Documentos- Sistema de gestión documental- Gestión de Bienes y Servicios-02 Procedimientos-



02GBS06-V2 Identificación y Custodia de los Bienes Activos Fijos del HUS y 02GBS11-V2 Baja de Activos Fijos, procedimientos que fueron actualizados, como parte del compromiso y mejoramiento Institucional.

A partir del 26 de Septiembre de 2018 se inicia el Contrato No.400 de 2018 suscrito con Corporación Registro de Avaluadores y Lonja Colombiana de la Propiedad Raíz cuyo objeto es levantamiento del inventario físico de los bienes muebles e inmuebles de la ESE HOSPITAL UNIVERSOTARIO DE LA SAMARITANA.

Se realizó Comité Extraordinario de Inventarios (Acta No.46) el día 27 de Septiembre de 2018 en el que se concertaron los lineamientos y procedimiento a aplicar para el levantamiento de inventario, cronograma general de actividades, y la ubicación del personal de la Lonja. Se sugirió a la Gerencia mediante Circular informar a todos los funcionarios del Hospital sobre el procedimiento y el cronograma. El 1 de Octubre se socializó la Circular No.2018000000435 por medios masivos de comunicación Orfeo y Correo electrónico.

El 11 de Octubre se realiza Comité Extraordinario (Acta 47), en el cual se presenta el primer informe de la Lonja Colombiana quienes a la fecha llevaban plaqueteados 8.069, se establecen tareas tales como determinar la responsabilidad de los inventarios a los funcionarios de planta y subrogación de responsabilidad de los inventarios para los contratistas. Definir campos nuevos en Dinámica para incorporar información de la actualización de inventarios (nueva plaqueta), así como se solicita la depuración de la cuenta de intangibles.

El día 31 de Octubre de 2018 se realizó Comité Ordinario de Inventarios de Activos Fijos, Bienes de Consumo, Medicamentos e Insumos (Acta No.48) en cual se resalta la aprobación del inventario de vencidos de Farmacia por valor de \$83.460.326 una vez cumplido el proceso para reposición por valor de \$89.699.169 con un saldo favorable de \$6.284.843. Se sugiere definir el proceso de baja del equipo de Rayos X (Telecomando) y el Avalúo de la Unidad Móvil Banco de Sangre, para lo que se propone realizar informes técnicos.

El 28 de Noviembre de 2018 se realiza Comité Extraordinario de Inventarios (Acta No.49), en donde la Lonja rinde su segundo informe en donde se resalta que a la fecha llevan 17.906 bienes en inventario con plaqueta, el cual incluye los bienes que se encuentran en la Unidad Funcional de Zipaquirá. En cuanto a la baja de intangibles se requiere la certificación justificada técnicamente para la baja de licencias de antivirus vencidas a la Subdirección de Sistemas así como se solicita hacer las pruebas necesarias para cargar la información de la actualización de inventarios en una sola plantilla, Se analizan los informes técnicos del Telecomando y la unidad de Banco de Sangre, los cuales se socializaran al Dr. Mancera para definir procesos.

CAPÍTULO V

OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

5.1 OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

Objetivo del proceso de evaluación y seguimiento: Asesorar y evaluar la gestión, los sistemas de control interno y gestión de la calidad de la entidad.

En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina de control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana.

1. INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

COMPONENTES	RESULTADOS DAFP-2017	QUINTIL	FACTOR	RESULTADOS DAFP-2016	RESULTADOS DAFP-2015	RESULTADOS DAFP-2014	RESULTADOS DAFP-2013
AMBIENTE DE CONTROL	66.5	2	ENTORNO DE CONTROL	1,23	1,91	2,28	2,19
				INICIAL	BASICO		
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	71.8	4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,43	3,71	2,93	3,16
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
Nota: Direccionamiento estratégico ahora está inmerso en: ACTIVIDADES DE CONTROL	74.4	4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2,98	3,45	2,47	2,44
				INTERMEDIO	INTERMEDIO		
GESTIÓN DE RIESGO	70	3	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,64	4,11	2,45	2,47
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
ACTIVIDADES DE MONITOREO	72.5	4	SEGUIMIENTO	3,26	3,7	3,09	2,86
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
CALIFICACIÓN TOTAL	72.7	4	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	42,75%	59,40%	41,01	40,60%
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	ALTO		RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
CONVENCIONES QUINTIL 1,2,3 BASICO 4 Y 5 ALTO			CONVENCIONES INICIAL : 0-10 BASICO: 11-35 INTERMEDIO: 36 –65 SATISFACTORIO: 66-90 AVANZADO: 91 - 100				

La oficina asesora de control interno ha realizado las siguientes acciones tendientes a la implementación de MIPG:

1. El 26 de diciembre de 2017 con oficio 15929-1 se enviaron 112 folios que contenían la encuesta MIPG que se contestó con la colaboración de los líderes de los procesos, con el fin de que se revisara nuevamente y se

- detectaran las actividades que debían ser sujeto de mejora elaborado los correspondientes planes de mejoramiento.
2. El 16 de enero de 2018 mediante oficio 317 / 1 se envió a todo los líderes de los procesos la encuesta de autoevaluación interna del MECI vigencia 2017.
 3. El 22 de febrero de 2018 mediante oficio 1971 -1 se envió a todo el comité directivo el informe anual del MECI que tuvo como una de sus fuentes la encuesta de autoevaluación del MECI. El informe fue publicado en la página web.
 4. El 13 de marzo de 2018 con oficio 27 80 -1 se envió oficio con el cronograma para el autodiagnóstico de MIPG.
 5. El 3 de abril se publicó en YouTube la capacitación sobre MIPG
 6. El 5 de marzo se socializó mediante oficio 3540-1 el Decreto 612 de 2018.
 7. El 18 de abril de 2018 con oficio 4132-1 se socializaron los resultados de la evaluación de MIPG emitida por el DAFP al comité directivo.
 8. El 18 de septiembre se socializó de nuevo los resultados de la calificación de MIPG al comité coordinador de control interno

1.1 INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Fortalezas : 15	Recomendaciones pendientes por atender: 36
FORTALEZAS	RECOMENDACIONES PENDIENTES POR ATENDER
<p>El compromiso Institucional permanente de los responsables de los procesos en ejecución de las políticas internas para el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>MAPA DE PROCESOS – Si embargo de debe ajustar el mapa de procesos a la estructura jerárquica para identificar la Dirección administrativa y la Dirección científica.</p> <p>TUCI – Tablero único de control de indicadores. Sin embargo se deben publicar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dada la rotación de personal se genera pérdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el cumplimiento de la misión y los objetivos institucional. 2. Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios. 4. Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados. 5. No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil.

<p>los indicadores de la caracterización de los procesos.</p> <p>Actualización permanente de en la intranet de los procesos de la entidad.</p> <p>Levantamiento de mapas de riesgo por procesos.</p> <p>Implementación de los planes de mejoramiento</p> <p>Reactivación del comité coordinador de control interno</p> <p>Conformación del equipo Mecí</p> <p>Se elaboró por parte del equipo MECI plan de mejora para atender las falencias detectadas en el diagnóstico del MECI-decreto 943 de 2014. Porcentaje de cumplimiento al finalizar la vigencia 2017 del 82%</p> <p>Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol.</p> <p>Se cuenta con un aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su primera fase (comunicación externa), acogiendo la directiva presidencial 04 del 3 de abril del 2012, sobre eficiencia administrativa y lineamientos de la política “cero papel” en la administración pública.</p> <p>Se evalúa de manera periódica la gestión del riesgo.</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:</p> <p>Comunicación Interna: Percepción de carterelas</p> <p>Interacción página Web</p> <p>Boletines</p> <p>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"> • • Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés. • 12. Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales). <p>13. Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.</p> <p>18. Aún faltan por caracterizar procesos de la red de procesos socializada. (PROCESO DESARROLLO DE SERVICIOS).</p> <p>19. La información de los procedimientos que se encuentran en la intranet esta desactualizada en algunos procesos</p> <p>20. Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se deben formular indicadores COMPUESTOS.</p> <p>21. Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.</p> <p>22. Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad</p>
--	--

<p>Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación para su validación.</p> <p>La entidad generó la cartilla (de la cual ha salido una versión) UNIDOS POR NUESTRA ACREDITACIÓN, en la que facilita a los funcionarios el acceso y consulta de la información institucional como: Historia, Misión, Visión, procesos y estándares de acreditación, informando la manera en que el hospital está cumpliendo para alcanzar la acreditación en salud. Las cartillas se han entregado de manera personal a los funcionarios y constituye un esfuerzo importante.</p> <p>Se obtuvo la ACREDITACIÓN EN SALUD.</p>	<p>social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.</p> <p>24. Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias. (centros de costos)</p> <p>28. Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora.</p> <p>No se realizan actividades de autoevaluación, los espacios que se utilizaban para ello (comités directivos ampliados) solo se utilizan ahora para comunicar asuntos de acreditación, ya no se comunica en ellos los resultados de la gestión y/o para impartir directrices para mejorar la gestión.</p> <p>29. La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.</p> <p>30. La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.</p> <p>31. Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.</p> <p>34. La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.</p>
--	---

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

Noviembre de 2017 – febrero 2018

Marzo 2018 – junio 2018

Julio 2018 – Octubre 2018

1.2 COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO. CUMPLIMIENTO DEL 100%

Se encuentra pendiente programar las 3 reuniones obligatorias del Comité Coordinador de Control Interno.

Se presentó en el mes de septiembre por parte de la oficina asesora de planeación, en Comité Coordinador de Control Interno el plan de acción del equipo MECI.



Se actualizó la conformación del equipo MECI.

El comité coordinador de control interno se ha reunido dos tres veces, para la vigencia se tienen programadas 3 reuniones.

1.3 FORTALECIMIENTO DEL MECI

Se ha buscado llegar a funcionarios que por sus actividades no tienen acceso al computador para consultar el correo, a través de la creación del grupo en WhatsApp MECI-HU de la Samaritana que en la actualidad se aumentó a 81. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

SOCIALIZACIÓN MEDIANTE VIDEOS

1. Se produjo video en el mes de abril sobre la implementación de MIPG el cual tenía en el informe anterior 879 reproducciones y hoy ya cuenta con 1499 visitas.
2. Se emitió video sobre el pensamiento basado en riesgos que cuenta con 125 visitas
3. Se produjo video sobre inducción y reinducción (control interno MECI) que cuenta con 120 visitas.
4. Se produjo video sobre control interno subiendo el nivel de conciencia que cuenta con 102 visitas
5. Se emitió video sobre austeridad del gasto que cuenta con 124 visitas.

2 INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE

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

VIGENCIA	CALIFICACIÓN	RANGO	TOTAL RECOMENDACIONES	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	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015 15 recomendaciones del	

		3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE EFICIENTE	año 2016.	
2017	4.27		<p>Cuatro recomendaciones vigentes del 2014</p> <p>12 recomendaciones pendientes del 2015</p> <p>18 recomendaciones pendientes del 2016</p> <p>16 recomendaciones de la vigencia 2017</p>	

3 AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME SOBRE DERECHOS DE AUTOR

VIGENCIA	HALLAZGOS	CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES
2013	6 HALLAZGOS	Se atendió uno de seis hallazgos. 16%
2014	9 HALLAZGOS	Se atendieron 3 de 9 recomendaciones. 33.33%
2015	Se reiteran 6 y dos nuevas. Total 8	Se atendieron 3 de 8 recomendaciones 37.5%
2016	19 HALLAZGOS Y 5 RECOMENDACIONES	Se realizaron actividades para atender las recomendaciones pero las 5 recomendaciones siguen vigentes 0%
2017	12 y 12 recomendaciones	Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.

4. AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.

Se radicó el correspondiente informe el 15 de febrero de 2018, correspondiente a la vigencia 2017.

El informe correspondiente a la vigencia 2018 se entregará a finales de enero de 2019.

Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2017.

5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2018	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2017	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS
20	17	13	12	5	5	14	7	8	6
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
1.AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.1	1	AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI-CUMPLIDA	1	DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1
2.INFORME CUATRIMESTRAL DEL MECI – 3 INFORMES 100%	1	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE-CUMPLIDA	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1
3.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE.1	1	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR-CUMPLIDA	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1
4.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1	1	AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS—CUMPLIDA	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1
5.AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.1	1	AUDITORÍA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS-CUMPLIDA	1			AUDITORÍA DE PQRS, LEY ANTITRAMITES, CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL A CONTRATOS	1
6.AUDITORÍA DE ENTREGA DE TURNOS-1	1	CUMPLIMIENTOS-PUMPFUENTE GESTIÓN DEL RIESGO-CONTROL INTERNO-CONTRALORÍA-CUMPLIDA	1			REPORTE Y VERIFICACIÓN DEL SIA CONTRALORÍA – VIGENCIA 2014	1	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	1
7.AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS-CUMPLIDA	1			AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		



8. AUDITORÍA A RIESGOS Y CONTROLES DE LOS PROCESOS. 1	1	AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA-CUMPLIDA	2	AUDITORÍA DE PQRSD	1				
9. CUMPLIMIENTO DEL PUMP FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO. 1	1		EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1					
10. SEGUIMIENTOS POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN (OFICIOS ENVIADOS A LOS LÍDERES DE LOS PROCESOS SOLICITANDO INFORMARAN SOBRE POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN)	1	AUDITORÍA PQRSD	1						
11. AUDITORÍA DE AUSTRIDAD EN EL GASTO DECRETO 1068 DE 2015. 1	1	AMBIENTAL PGIRS							
12. AUDITORÍA DE PGIRHS. 1	1	CAJAS MENORES	1						
13. AUDITORÍA PROCESOS DISCIPLINARIOS. 1	1	INVENTARIOS ACTIVOS FIJOS	INCLUIDA EN LA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO CONTABLE						
14. AUDITORÍA PQRSD. 1	1	DISCIPLINARIOS	1						
15. AUDITORÍA MIPG. 1	1								
16. AUDITORÍA CAJAS MENORES. 1	1								
17. AUDITORÍA RECOMENDACIONES ELABORACIÓN PAS Y PI. 1	1								
GESTIÓN DOCUMENTAL,									

SARLAF,									
ACTIVOS FIJOS									
	85%	PORCENTAJE DE AVANCE	92.3%	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	PORCENTAJE DE AVANCE	50%	PORCENTAJE DE AVANCE	75%
AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2018	1	AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2017		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2016		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2015		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN - 2014	
AUDITORÍA DE TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN AL CIUDADANO.		AUDITORÍA AL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL- PUMP DE ACREDITACIÓN CUMPLIDA	1	AUDITORÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS	1				
				Auditoría realizada por solicitud de junta directiva	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: la revisión del envío del informe mensual del SIA	6		
				Auditoría para verificar el cargue de información a los entes de control SIA OBSERVA Y SIA MENSUAL	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: Mediciones a la adherencia de las directrices de los informes de supervisión	2		
				AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO- 18 DE ENERO 2016-OCI-HUS.001-16	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
						EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
TOTAL	18	TOTAL	13	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7

Se han realizado 19 seguimientos de los siguientes temas:

1. Pago de prestaciones sociales trabajadores en misión Coltempora



2. Cartera mayor a 360 enviada para cobro jurídico / implementación de las tres facturas originales
3. Entrenamiento en el puesto de trabajo
4. Recaudo de la estampilla
5. Ingresos abiertos
6. Supervisión de contratos
7. Inventario, propiedades, planta y equipos, activos intangibles
8. Rendición de cuentas
9. Gases medicinales
10. Acuerdos de gestión 2018
11. Auditoría concurrente – Dirección científica
12. Alertas de corrupción
13. Rendición de informes a entes externos
14. Facturación
15. Rentabilidad y/0 pérdida operacional
16. Condiciones de habilitación sistemas de gestión.
17. MIPG
18. Actualización del Manual de funciones
19. Decreto 612 abril del 2018.

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CONTRALORIA

DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2016	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2015	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2014	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2013	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2012
Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:				
Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
Opinión sobre los Estados contables	Con salvedades	Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades
Fenecimiento	Se fenece	Fenecimiento	No fenece	Se fenece	fenece	fenece
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO						

primer trimestre	27.5	primer trimestre	34.43%	16,60%	26,38%	
Segundo trimestre	51.00%	Segundo trimestre	37.35	45,50%	54,93%	44,26%
Tercer trimestre	67.15	Tercer trimestre	76.12	70.00%	73,73%	50,95%
Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	91.92%	Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	89.25%	93,40%	95.20%	90,03%.
Nivel de cumplimiento	Plan Cumplido	Nivel de cumplimiento	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido

7. PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA SUPERSALUD

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2014.

Con oficio 123861 de 10 de octubre de 2017, se radicó el avance y soportes del plan de mejoramiento el cual reporto un porcentaje de cumplimiento del 99.32%

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2015.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2014.

Con oficio 123861 de 10 de octubre de 2017, se radicó el avance y soportes del plan de mejoramiento el cual reporto un porcentaje de cumplimiento del **99.32%**. **Con oficio del 18 de diciembre de 2018 se envió a la Supersalud el avance correspondiente a uno de los tres hallazgos que se encuentran pendientes. Se encuentra pendiente por cumplir: Acuerdos de gestión, hoja testigo de historias laborales inactivas, actualización caracterizaciones de los procesos de: Gestión de bienes y servicios, gestión del talento humano, atención al paciente extramural, atención al paciente quirúrgico, atención farmacéutica.**

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2015.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015.

El 23 de marzo de 2018 se radicó en la Supersalud el seguimiento al plan de mejoramiento en el cual se observa que 6 de los 13 componentes se encuentran en un estado cerrado, quiere decir que el avance es del **46,15%**.

El 10 de agosto de 2018 se radicó en la Supersalud el seguimiento al plan de mejoramiento en el cual se observa que 6 de los 13 componentes se encuentran en un estado cerrado, quiere decir que el avance es del **46,15%**.

El 8 de octubre de 2018 la Supersalud solicitó el envío información de 6 hallazgos. El 24 de octubre de 2018 se radicó en la Supersalud los avances de los hallazgos 7,8 y 11.



La oficina de control interno oficio a los responsables de los hallazgos el 10 de octubre para que enviaran la información de manera inmediata; a la fecha solo ha llegado información de Financiera y Desarrollo Humano la cual debe ser ajustada.

8. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO PUMP – FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO.

El mapa institucional de riesgos 2018 no fue publicado.

9. SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES

El 19 de octubre de 2018 se radicó informe de auditoría de seguimiento a indicadores Riesgos y controles.

OBSERVACIONES

El mapa de riesgos institucional 2018 no se encuentra publicado.

10. SEGUIMIENTO ENTREGAS DE TURNO

Porcentaje de asistencia.

MES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ENERO	71,94%	63,80%	48,71%	54,67%	51,37%	52,02%	56,98%
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8%	55,27%	63,36%
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51,50%	50,17%	63,27%
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51,59%	50,6%	65,17
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60,75%	57,11%	55,27%	64,37
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60,64%	51,96%	45,66%	63,32
JULIO	69,24%	53,64%	70,22%	53,4%	50,14%	49,67%	64,93
AGOSTO	77,47%	55,56%	61,76%	53,92%	43,82%	57,7%	63,1
SEPTIEMBRE	76,30%	55,61%	58,93%	57,58%	46,81%	55,03%	66,23
OCTUBRE	69,10%	58,33%	49,37%	53,68%	50%	53,40%	63,03
NOVIEMBRE	61,39%	47,78%	58,43%	54,24	48,90%	54,66%	65,00
DICIEMBRE	47,23%	46,40%	52,94%	46,57	53,55%	51,6%	55,3%
Total	72,35%	56,92%	54,73%	56,67%	50,96%	50,08%	62,84%

Se elaboró informe de auditoría del cual a la fecha no se ha presentado plan de mejora por parte de las áreas que intervienen en esa actividad.

Se observa una mejora en la asistencia a la entrega de turno.

Se asistió al turno administrativo programado y se rindió el correspondiente informe.

11. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

VIGENCIA	ACTIVIDADES A EJECUTAR	ACTIVIDADES EJECUTADAS AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO
2014	19	7	37%
2015	16	6	37,5%
2016	33	12	36.36% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 65,9%
2017	41	28	68.29% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 90%
2018	35	19	EL CUMPLIMIENTO DE ESTA ACTIVIDAD ES EL SIGUIENTE: Se han realizado tres informes de seguimiento cuatrimestral al plan anticorrupción, los seguimientos se han publicado en la página web (oficios 5329-1 del 16 de mayo de 2018 y 10221-1 11 de septiembre de 2018 y oficio del 16 de enero 2019110000530-1) y el avance de cumplimiento es de 78% de cumplimiento (se han cumplido al 100% 19 actividades de 35) Nota: El plan anticorrupción fue modificado en julio de 2018

12. SEGUIMIENTO AL SIA OBSERVA y PUBLICACIÓN EN EL SECOOP

SIA OBSERVA.

Se elaboró un informe de verificación:

Informe de verificación sobre la información subida al SIA observa y publicación en el secoop, correspondiente a los meses de enero, febrero, y marzo de 2018.

13. ACUERDOS DE GESTIÓN

Se encuentra pendiente la suscripción de la totalidad de los acuerdos de gestión 2018.

A noviembre de 2018 el dato es el siguiente:



Las 4 direcciones tienen acuerdos de gestión y seguimientos

13 sub direcciones tienen acuerdos de gestión y seguimientos

Para un total de 17 acuerdos de gestión con seguimiento sobre 27 que es la totalidad lo cual nos da un porcentaje de 62.96%

14. COMITÉ DE CONCILIACIONES.

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

Se recomienda se tenga en cuenta para el comité de conciliaciones lo siguiente:

Se 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

15. RECOMENDACIONES GENERALES AL SEÑOR GERENTE.

Se recomienda a la gerencia revisar y tomar decisiones en los siguientes temas:

1. Pago de prestaciones sociales trabajadores en misión Coltempora
2. Cartera mayor a 360 enviada para cobro jurídico / implementación de las tres facturas originales
3. Entrenamiento en el puesto de trabajo
4. Recaudo de la estampilla
5. Ingresos abiertos
6. Supervisión de contratos
7. Inventario, propiedades, planta y equipos, activos intangibles
8. Rendición de cuentas
10. Acuerdos de gestión 2018
11. Auditoría concurrente – Dirección científica
12. Alertas de corrupción
13. Rendición de informes a entes externos
14. Facturación
15. Rentabilidad y/o pérdida operacional
16. Condiciones de habilitación sistemas de gestión.
17. MIPG
18. Actualización del Manual de funciones
19. Decreto 612 abril del 2018.

El tema más relevante es el de la entrega de cartera a la oficina asesora jurídica para el cobro jurídico, motivo por el cual se elevó a función de advertencia; le sigue la ausencia de implementación del sistema de costos y la suscripción de los acuerdos de gestión.

16. ACREDITACIÓN

Se ha ejercido las funciones del estándar de Direccionamiento y Gerencia.



Reuniones realizadas:

10 de mayo de 2018.

26 de julio de 2018.

12 de septiembre de 2018.

13 de septiembre de 2018.

18 de septiembre de 2018.

17 de octubre de 2018 se realizó la autoevaluación del estándar de acreditación.

31 de octubre de 2018

29 de noviembre de 2018

Se ha solicitado el 9 de octubre de 2018 a los responsables de las actividades del PAMEC de direccionamiento y gerencia enviar los soportes del cumplimiento de las mismas a la oficina de control interno para el correspondiente seguimiento. A la fecha no han llegado respuestas.

Es importante recordar que el 17 de septiembre de 2018 la oficina de planeación envió las modificaciones al PAMEC de direccionamiento y gerencia realizadas el 12 de septiembre.

17. CUMPLIMIENTO DEL PAS 2018. 100%

Se informó del cumplimiento total de todas las actividades del PAS y se enviaron los respectivos soportes desde el 19 de octubre de 2018, se reiteró la respuesta el 21 de diciembre de 2018.

ACTIVIDAD

Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución (50%)

ACTIVIDAD CUMPLIDA AL 100% : El 19 de octubre de 2018, se radicó con oficio 12250-1 el informe de seguimiento a riesgos y controles / panorama general de riesgos y controles / análisis de riesgos y controles de corrupción.

Aplicación de Encuesta a los funcionarios para medir el grado de implementación del MECI (100%).

Elaborar y socializar el Informe de Auditoría Anual del MECI (vigencia 2017) (100%)

SOPORTES. CUMPLIMIENTO DEL 100%

El 26 de diciembre de 2017 con oficio 15929-1 se enviaron 112 folios que contenían la encuesta MIPG que se contestó con la colaboración de los líderes de los procesos, con el fin de que se revisara nuevamente y se detectaran las actividades que debían ser sujeto de mejora elaborado los correspondientes planes de mejoramiento.

El 16 de enero de 2018 mediante oficio 317 / 1 se envió a todo los líderes de los procesos la encuesta de autoevaluación interna del MECI vigencia 2017.

El 22 de febrero de 2018 mediante oficio 1971 -1 se envió a todo el comité directivo el informe anual del MECI que tuvo como una de sus fuentes la encuesta de autoevaluación del MECI. El informe fue publicado en la página web.

El 13 de marzo de 2018 con oficio 27 80 -1 se envió oficio con el cronograma para el autodiagnóstico de MIPG.

El 3 de abril se publicó en YouTube la capacitación sobre MIPG

El 5 de marzo se socializó mediante oficio 3540-1 el Decreto 612 de 2018.

El 18 de abril de 2018 con oficio 4132-1 se socializaron los resultados de la evaluación de MIPG emitida por el DAFP al comité directivo.



El 18 de septiembre se socializó de nuevo los resultados de la calificación de MIPG al comité coordinador de control interno

18. SOLICITUD DE PERSONAL

Se ha solicitado trimestralmente en el informe de gestión, así como mediante oficio y de manera verbal, al Gerente del HUS que designe más personal para la Oficina de control interno, indicando la cantidad y las calidades, todo soportado en la cantidad de informes reportes, seguimientos y responsabilidades asignadas. Lo anterior se requiere teniendo en cuenta el Decreto 648 de 2017 y la circular 049 de la Contraloría Departamental de Cundinamarca. Es importante recordar que la oficina de control interno solo cuenta con la suscrita y una profesional Especializada.



CAPÍTULO VI

OFICINA ASESORA JURIDICA

6.1 GESTIÓN DEL PROCESO

BOGOTÁ D.C.

1. Estructura funcional de la Oficina Asesora Jurídica

Tiene como líder al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica (1) y una (1) secretaria cuyo cargo pertenece a la planta de personal de la entidad.

Actualmente cuenta con ocho (8) abogados en misión que están contratados a través de empresa temporal, de estos uno (1) es abogado externo, está pendiente la contratación de otro abogado externo y la oficina además cuenta con cuatro (4) técnicos en misión.

Los asuntos que conoce tienen que ver con:

➤ **Defensa judicial:**

- Demandas en la jurisdicción ordinaria, contenciosa y constitucional ante los jueces en sus diversas modalidades.

➤ **Cobro jurídico de cartera:**

- Demandadas ante la Superintendencia de Salud o Juzgados y Tribunales en la Jurisdicción Ordinaria (laboral o civil) y Contenciosa.

➤ **Defensa administrativa y atención de requerimientos administrativos:**

- Investigaciones por parte de la Secretaría Nacional de Salud, Secretaría de Salud del Departamento, así como por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

➤ **Contratos:**

- Esta función se inicia desde la evaluación jurídica de las propuestas, elaboración de los respectivos contratos, aprobación de pólizas y liquidación de los mismos. En caso de requerir modificaciones y/o prórrogas, de igual forma se elabora el respectivo documento contractual. Así mismo, se interviene en los procesos de incumplimiento contractual, en dicho sentido se elaboran los documentos requeridos, como son, autos de apertura, citaciones a audiencias, apoyo en audiencias y proyectar las resoluciones que contienen la decisión, así como resolver los recursos.

➤ **Apoyo, asistencia y asesoría:**

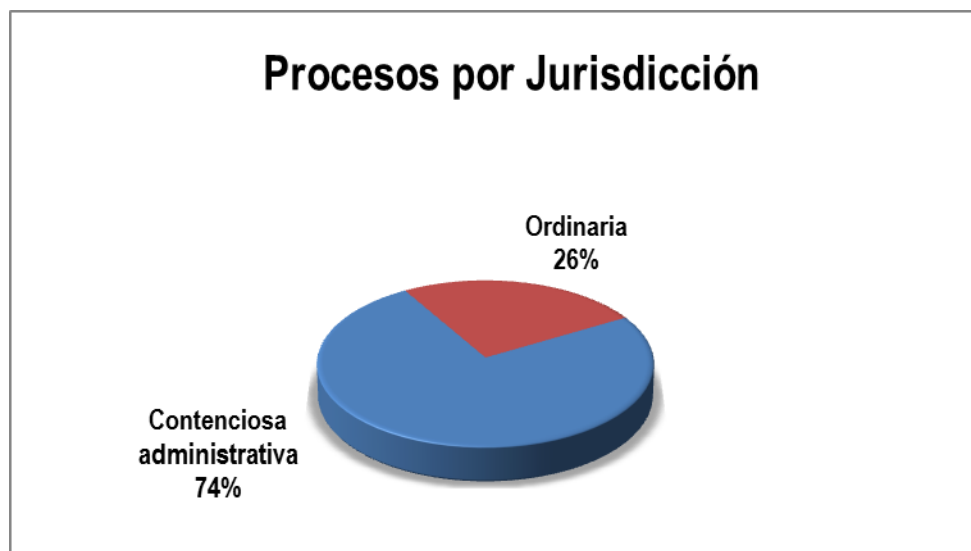
- En asuntos requeridos por diferentes autoridades y respeto de las actividades propias de la entidad.

➤ **Apoyo, asistencia, asesoría a PQRs:**

- Soporte jurídico en asuntos requeridos por las diferentes autoridades y decisiones administrativas.

a. DEFENSA JUDICIAL - PROCESOS JUDICIALES:

Esta comparación incluye tanto los procesos en los que la institución es demandada como demandante



El HUS hace parte de procesos en las jurisdicciones contenciosa administrativa y ordinaria, el número de procesos contenciosos representa el 74% y los encontrados en la jurisdicción ordinaria el 26%.



Se observa una diferencia similar 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	1er trimestre 2018		2do trimestre 2018		3er trimestre 2018		4to trimestre 2018	
	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Contencioso Administrativa	95	\$45.917.685.180	108	\$44.629.270.173	101	\$46.667.178.072	101	\$47.561.648.465
Ordinaria	16	\$1.267.057.884	7	\$2.837.267.615	19	\$8.030.768.382	35	\$9.771.196.355
TOTAL	111	\$47.184.743.064	115	\$47.466.537.788	120	\$54.697.946.454	136	\$57.332.844.820

El incremento en valor en la jurisdicción ordinaria con respecto al trimestre anterior se debe a 15 demandas laborales interpuestas contra el HUS por valor de \$597.689.944.

Y 1 demanda de reconvencción por valor de \$1.142.738.029 en el proceso arbitral promovido por FINSEMA.

En la jurisdicción administrativa durante el cuarto trimestre se interpuso 1 demanda contra el HUS por valor de \$234.458.600.

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS				
Jurisdicción	A 4to trimestre 2017		A 4to trimestre 2018	
	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Contencioso Administrativa	103	\$48.188.878.197	101	\$47.561.648.465
Ordinaria	16	\$1.293.187.542	35	\$8.628.458.326
TOTAL	119	\$49.482.065.739	136	\$57.332.844.820

Comparando con la vigencia anterior, incrementó en diecisiete (17) procesos (12%).

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 (<i>falla médica</i>)	75	97.06%	\$42.923.992.480
Reparación directa (<i>pago por arrendamiento de equipo biomédico</i>)	1	0.01%	\$51.754.560
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	9	0.2%	\$108.718.128
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	6	0.1%	\$77.747.499
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	0.005%	\$2.466.666

Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	1	0.08%	\$37.902.011
Controversia Contractual	1	2,3%	\$1.021.232.310
Total parcial	94	100%	\$44.223.813.654

A cuarto trimestre (31 de diciembre) se encuentran 94 procesos en la jurisdicción contenciosa administrativa.

Durante el trimestre incrementó en 1 proceso de reparación directa y se retiraron de la base de datos de procesos judiciales dos procesos, uno de reparación directa y otro de nulidad y restablecimiento del derecho.

El proceso de Reparación Directa es el 2013-0481 demandante Olga Reinella Cubillos Prieto, en la cual se pretendía el pago por concepto de la falla del servicio médico por lesión (perforación del intestino), en este proceso se condenó al Hospital al pago de \$121.621.726, lo cual motivó a la interposición de la correspondiente demanda de repetición la cual cursa en el Juzgado 37 Administrativo de Bogotá bajo el radicado No. 2018-0189.

El proceso de Nulidad y Restablecimiento del Derecho es el 2015-0392 demandante Ana Susana Sandoval Alvarado, en el cual se pretendía el reconocimiento y pago del sobresueldo del 20%; en sentencia de 1ª instancia se negaron las pretensiones y en segunda instancia hubo desistimiento del recurso de apelación interpuesto por la parte actora.

De las demandas contra la entidad el 84% se encuentran en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, la mayor participación en procesos en esta jurisdicción es por causa de Reparación Directa (97%).

La siguiente es la descripción de cada proceso que se adelanta en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa:

Por la naturaleza jurídica del Hospital y el curso de sus negocios la mayor causa de demandas es por la falla en la prestación del servicio médico la cual se tramita a través del medio de control de Reparación Directa.

Respecto de las demandas de **Reparación Directa por Falla Médica** (2015-0469) resaltamos el proceso que tiene la pretensión indemnizatoria más alta y es el promovido por el señor Pedro Darío Malambo y otros, cuya cuantía asciende a la suma de \$2.525.000.000.

En este proceso se solicita declarar responsable al HUS por falla en la prestación del servicio médico que ocasionó la pérdida de la vida del menor BRANDON ESTIVEN MALAMBO, en hechos ocurridos en la Unidad Funcional de Girardot el 19 de octubre de 2013, donde fue atendido por pediatría y se le diagnosticó dengue grave con compromiso hepático.

El 20 de octubre de 2013 el menor sufre gran deterioro de salud, culminando con su muerte.

A la fecha de presentación de este informe el proceso se encuentra al despacho para fijar fecha de audiencia inicial.

La **Reparación Directa por pago de arrendamiento de equipo biomédico** fue interpuesta por la empresa Técnica Electro Médica en dicha demanda se pretende declarar administrativamente responsable al HUS de las obligaciones pendientes antes de la suscripción del contrato de arrendamiento de equipo biomédico. En el proceso se celebró audiencia inicial el día 06 de noviembre de 2018 y se concedió recurso de apelación interpuesto por el apoderado del HUS contra la providencia que declaró la prescripción del contrato de seguro (audiencia inicial).



En los procesos de **Nulidad y Restablecimiento del Derecho por Sobresueldo 20%** se recuerda que el artículo 5° de la Ordenanza Departamental No. 13 de 1947, dispuso:

(...)

Artículo 5°. Los empleados y obreros del Departamento que hayan cumplido veinte años o más, al servicio de Cundinamarca, que no hayan sido pensionados y que se hallen en el ejercicio de sus funciones con una antigüedad no menor de cinco años, sin solución de continuidad, tendrán derecho a un aumento del veinte por ciento del sueldo o jornal que devenguen.

La Gobernación procederá a liquidar en el presupuesto las partidas correspondientes, quedando ampliamente facultada para hacer las operaciones del caso, a fin de dar cumplimiento a esta disposición, la cual regirá desde el día primero de julio próximo.

(...)

A partir de la redacción de la norma en cita es dable concluir que el “aumento del 20%” consagrado en la ordenanza departamental hace referencia al **factor y/o emolumento de causación periódica adicional al salario que se obtiene de calcular el 20% sobre la asignación básica mensual percibida por el respectivo servidor público** (empleado público - trabajador oficial); de suerte entonces que el “sobresueldo del 20%”, no es más que una “**prebenda adicional al sueldo básico**” que se reconocía a los trabajadores del Departamento que cumplieran con los especiales requisitos que exigía la disposición en comentario.

La Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en concepto de 11 de septiembre de 2003, Exp. No. 1.518, C.P. Dra. Susana Montes de Echeverri, precisó:

(...)

*A partir de la definición legal y de las características generales del concepto de salario, es dable concluir que **el aumento del 20% sobre el sueldo o jornal consagrado en la ordenanza departamental objeto de la presente consulta, es salario, en tanto representa un incremento mensual del salario o jornal del servidor público y una remuneración que ingresa a su patrimonio por la prestación continua de sus servicios**” (Resaltado fuera de texto).*

(...)

Se debe decir que el artículo 5° de la Ordenanza de marras fue demandado en acción de simple nulidad ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca (radicado No. 25000-23-25-000-2011—00909-00), encontrándose a la fecha el proceso al Despacho para dictar sentencia de primer grado.

Finalmente, vale destacar que este “sobresueldo” no está siendo reconocido en la actualidad, como quiera que el mismo, en voces de la jurisprudencia de ese Distrito Judicial, contraviene los postulados superiores consagrados en el artículo 150 de la C.P., a más que por el tránsito constitucional surgido con su entrada en vigencia, devino en un

decaimiento el acto administrativo (Ordenanza 13 de 1947), que lo creaba; no pudiéndose hablar de derecho adquiridos, pues este “factor” no puede enmarcarse en los presupuestos del artículo 5º del Decreto 1919¹ de 2002².

En los procesos de **Nulidad y Restablecimiento del Derecho por Bonificación por Servicios** el artículo 45 del Decreto Ley No. 1042 de 1978, se tiene que:

(...)

Artículo 1. Del campo de aplicación. *El sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de cargos que se establece en el presente Decreto regirá para los empleados públicos que desempeñen las distintas categorías de empleos de los ministerios, departamentos administrativos, superintendencias, establecimientos públicos y unidades administrativas especiales del orden nacional, con las excepciones que se establecen más adelante.*

(...)

Artículo 45º.- De la bonificación por servicios prestados. *A partir de la expedición de este Decreto, créase una bonificación por servicios prestados para los funcionarios a que se refiere el artículo 1º.*

Esta bonificación se reconocerá y pagará al empleado cada vez que cumpla un año continuo de labor en una misma entidad oficial.

Sin embargo, cuando un funcionario pase de un organismo a otro de los enumerados en el artículo 1 de este decreto, el tiempo laborado en el primero se tendrá en cuenta para efectos del reconocimiento y pago de la bonificación, siempre que no haya solución de continuidad en el servicio.

Artículo 46º.- De la cuantía de la bonificación por servicios prestados. *La bonificación por servicios prestados será equivalente al veinticinco por ciento de la asignación básica que esté señalada por la ley para el cargo que ocupe el funcionario en la fecha en que se cause el derecho a percibirla” (Negrilla de interés para esta Oficina Jurídica).*

(...)

En estas condiciones, se puede concluir que la **bonificación por servicios prestados** o “**bonificación por servicios**” es una **remuneración especial** (se paga una vez al año), que se calcula con el 25% sobre la asignación básica devengada por el empleado público. **La misma está destinada específicamente para los empleados**

¹ Por el cual se fija el Régimen de prestaciones sociales para los empleados públicos y se regula el régimen mínimo prestacional de los trabajadores oficiales del nivel territorial.

² **Artículo 5.-** Los derechos adquiridos, considerados como las situaciones jurídicas consolidadas a favor de los empleados públicos y trabajadores oficiales, que para efectos del presente decreto se entienden como aquellas prestaciones sociales causadas, así como las que hayan ingresado al patrimonio del servidor, no podrán ser afectados. Ver Circular Depto. Administrativo de la Función Pública 01 de 2002

públicos del orden nacional (no son destinatarios los trabajadores oficiales), lo que indica *per sé* que los empleados del orden territorial no la pueden devengar.

Nótese que el Decreto No. 1919 de 2002, tan solo unificó el régimen de las prestaciones sociales del sector público del nivel nacional y territorial, **más no el régimen salarial, toda vez que la norma nada dijo frente a este último aspecto.**

El **Proceso Disciplinario** consiste en la demanda que inició la señora ANA GRACIELA CRIADO AUSAN contra el HUS en el año 2014 (2014-0334), luego de ser sancionada disciplinariamente por el Hospital. En el proceso, el 31 de octubre de 2018 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca profirió fallo y confirmó parcialmente la sentencia proferida en primera instancia.

En el proceso de nulidad y restablecimiento en el que se pretende la declaración del **contrato realidad** fue presentado por Leidy Jazmín Ríos quien estuvo vinculada por contrato de obra laboral con COLTEMPORA y posteriormente suscribió convenio de trabajo con COOPSEIN. La demandante solicita el reconocimiento y pago de los derechos laborales por los servicios prestados mediante contrato realidad como auxiliar de enfermería entre el 1º de septiembre de 2005 y 19 de septiembre de 2015, en cuantía de \$37.902.011. El 18 de diciembre de 2018 se profiere fallo de primera instancia accediendo a las pretensiones de la demanda. Se presentará la respectiva apelación de la sentencia dentro del término establecido.

Existe un **Proceso Contractual** (2017-1732) en el que demanda la E.S.E. Hospital de Girardot al HUS y cuya pretensión es la existencia e incumplimiento del convenio para la operación de la Unidad Funcional de Girardot y además solicita el pago de los perjuicios en cuantía de \$1.021.232.310, por la permanencia en dicha Unidad Funcional de la empresa RTS SAS. El día 18 de diciembre de 2018 se radica ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca la solicitud de terminación del proceso por desistimiento coadyuvado.

En cesión de 10 de diciembre de 2018, el Comité de Conciliación y Defensa Judicial del HUS, decidió por unanimidad de sus integrantes no presentar acción judicial en contra de Parqueaderos Bacatá Ltda., toda vez que no se encuentra concretado un daño cierto y que pueda considerarse como antijurídico, a lo que se a una que la oportunidad para exigirlo fue con la presentación de la demanda de restitución del bien inmueble y en dicho proceso no se realizó solicitud alguna respecto del pago de daños y perjuicios a favor del HUS.

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	0.4%	\$30.190.140
Laboral contrato realidad	24	13.1%	\$1.060.449.752
Acreencias laborales e indexación (<i>convención colectiva</i>)	3	0.5%	\$45.133.520
Ejecutivo contractual	1	1%	\$86.949.384
Incumplimiento Contractual	1	85%	\$6.734.956.000
Total parcial	32	100%	\$7.957.678.796

A cuarto trimestre se encuentran 32 procesos en la jurisdicción ordinaria. Durante el 4 trimestre incrementaron 15 procesos de contrato realidad. 4 de ellos de la cooperativa MEGACOOOP y 11 de GRUPO LABORAL.



En la Jurisdicción Ordinaria la mayor participación se encuentra en incumplimiento contrato (92%), que corresponde a un (1) proceso presentado por FINSEMA contra el HUS.

La siguiente es la descripción de cada proceso promovido en la Jurisdicción Ordinaria:

Los procesos de **Sobresueldo 20%** tramitados ante la jurisdicción ordinaria tienen el mismo sustento jurídico que los procesos en los que se demanda el reconocimiento de este emolumento ante la jurisdicción contenciosa, pues el artículo 5° de la Ordenanza Departamental No. 13 de 1947, dispuso que dicha prebenda “aumento del 20%” se obtiene de calcular el 20% sobre la asignación básica mensual percibida por el respectivo servidor público (empleado público - **trabajador oficial**).

Así las cosas, al ser los demandantes Trabajadores Oficiales la competencia para conocer de la demanda es de la Jurisdicción Ordinaria Laboral.

Finalmente, recordamos que este “sobresueldo” no está siendo reconocido en la actualidad, como quiera que el mismo, en voces de la Jurisprudencia contraviene los postulados superiores consagrados en el artículo 150 de la C.P., a más que por el tránsito constitucional surgido con su entrada en vigencia, devino en un decaimiento el acto administrativo (Ordenanza 13 de 1945), que lo creaba; no pudiéndose hablar de derecho adquiridos, pues este “factor” no puede enmarcarse en los presupuestos del artículo 5° del Decreto 1919³ de 2002⁴.

Respecto de las demandas por **Contrato Realidad** el Hospital ha sido demandado por las personas que se encontraban vinculadas a través de Cooperativas de Trabajo (10) y/o Empresas de Servicios Temporales (1).

Se aclara que el proceso de contrato realidad de la Empresa de Servicios Temporales lo interpuso una enfermera que también estuvo vinculada por la cooperativa COOPSEIN, la pretensión en este proceso es por valor de \$6.506.274. En este proceso, se fijó fecha para celebración de audiencia de que trata el artículo 77 del C.P.T. para el día 05 de marzo del año en curso.

De los catorce (14) casos de las **Cooperativas de Trabajo** se puede decir que el HUS contrata procesos y subprocesos, esto en virtud de lo dispuesto en el artículo 59 de la Ley 1438 de 2011, artículo sobre el que la Corte Constitucional en Sentencia C-171 de 2012, declaró su exequibilidad condicionada, concluyó el alto Tribunal que la contratación de servicios y la operación con terceros de las entidades estatales no está prohibida constitucionalmente.

En virtud de la autorización legal las Empresas Sociales del Estado, pueden contratar procesos y subprocesos de apoyo logístico, administrativos, de asesoría organizacional y de servicios, cuyo propósito final debe ser un resultado específico de gestión más no en el suministro de un recurso humano.

El artículo 3° del Decreto No. 4588 de 2006, concordante con lo normado en el artículo 70 de la Ley 79 de 1998, definió las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado, como organizaciones sin ánimo de lucro

³ Por el cual se fija el Régimen de prestaciones sociales para los empleados públicos y se regula el régimen mínimo prestacional de los trabajadores oficiales del nivel territorial.

⁴ **Artículo 5.-** Los derechos adquiridos, considerados como las situaciones jurídicas consolidadas a favor de los empleados públicos y trabajadores oficiales, que para efectos del presente decreto se entienden como aquellas prestaciones sociales causadas, así como las que hayan ingresado al patrimonio del servidor, no podrán ser afectados. Ver Circular Depto. Administrativo de la Función Pública 01 de 2002

pertenece al sector solidario de la economía, que asocian personas naturales que simultáneamente son gestoras (contribuyen económicamente a la cooperativa y son aportantes directos de su capacidad de trabajo para el desarrollo de actividades económicas, profesionales o intelectuales), con el fin de producir en común bienes, ejecutar obras o prestar servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad en general.

En cuanto al objeto social de estas organizaciones solidarias se encuentra que tienen la finalidad de generar y mantener trabajo para los asociados de manera autogestionaria, con autonomía, autodeterminación y autogobierno.

En esta vía, la contratación con Cooperativas de Trabajo Asociado para la producción de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios se halla permitida y reglamentada por la ley, pues constituye una importante fuente de trabajo a través de la organización autogestionaria de personas que deciden asociarse para trabajar de manera solidaria bajo sus propias reglas.

En un (1) proceso el Hospital contrata el desarrollo de actividades con las **Empresas de Servicios Temporales** la cual envía trabajadores en misión que tienen contrato laboral directamente con la empresa temporal, esto con fundamento en lo establecido en la Ley 50 de 1990.

Por tanto, el Hospital no tiene relación jurídica alguna con el trabajador en misión de modo que no responde por los salarios, prestaciones e indemnizaciones de los trabajadores en misión ni de su salud ocupacional, aunque en este aspecto puedan contraer obligaciones con la EST, como la adopción de medidas particulares respecto a los ambientes de trabajo o el suministro de elementos de protección y seguridad.

Sin perjuicio de lo anterior el Hospital puede ejercer subordinación frente a los trabajadores en misión, sin que implique el nacimiento de una relación laboral entre éstos o que se adquiriera la condición de empleador, pues en efecto, la Jurisprudencia ha reconocido la posibilidad de que la Empresa de Servicios Temporales delegue la subordinación que le es propia, al tercero usuario, mediante el contrato comercial que ambas partes suscriben para el suministro de los trabajadores.

La señora Cecilia Amaya Monsalve solicita el pago de **Acreencias Laborales e indexación (convención colectiva)** en el proceso 2017-0086, por la presunta desmejora salarial convencional de primas, vacaciones, salarios, cesantías y prestaciones sociales en cuantía de \$14.754.340. El proceso se encuentra en el Tribunal Superior de Bogotá Sala Laboral a espera de que se resuelva recurso de apelación.

Recordemos que el día 4 de octubre de 1971 se crea la Asociación de Empleados y Obreros del Hospital, la cual posteriormente dio lugar a la Asociación Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud a la que pertenece la demandante.

En el proceso **Ejecutivo Contractual** (2014-0404) se debate el pago de facturas de venta No. 003260, 002176, 002158, 002264, 002644, 002511, 002263, 002132, 002077, 002053, 001939, 004524, 004765, proceso que fue iniciado por Suministros y Dotaciones Bogotá contra el HUS.

En este proceso el demandante asevera que el Hospital debe cancelar la suma de \$86.949.384, por las facturas que le fueron presentadas en término y que el HUS recibió sin ninguna oposición.

El 13 de marzo de 2018 se dicta sentencia de 1ª instancia que niega las pretensiones de la demanda y condena en costas a la parte demandante, providencia que no fue objeto de recurso por la parte actora, se aclara que en el proceso no ha salido auto de archivo por tal razón aún continúa en la base de datos de la entidad.



Finalmente, en el proceso de **Incumplimiento Contractual Trámite Arbitral** (5451), FINSEMA demandó al Hospital solicitando el pago de \$6.734.956.000, aduciendo que el 27 de octubre de 2005 el Hospital Universitario de La Samaritana y FINSEMA suscribieron el contrato de Alianza Estratégica No. 128 cuyo objeto era la ejecución y explotación de la Nueva Unidad de Cuidado Intensivo Adultos y la Ampliación de la Unidad de Cuidado Intensivo de Neonatos.

En la demanda FINSEMA afirma que el HUS incumplió el Contrato frente a las obligaciones relacionadas con la operación de la Ampliación de la UCI de Neonatos. Al respecto, señala que el Hospital no le habría entregado el área suficiente y necesaria para obtener la habilitación como unidad independiente situación necesaria para ejecutar el Contrato.

A la fecha de presentación de este informe, dentro del proceso se contestó la demanda, se hizo llamamiento en garantía y se interpuso demanda de reconvención.

Comparativo con el trimestre de la vigencia anterior

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD				
Contencioso Administrativo	A 4to TRIMESTRE 2017	A 4to TRIMESTRE 2018	Diferencia	Incremento-Disminución
	No. Procesos	No. Procesos		
Reparación directa (falla médica)	72	75	3	4%
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	0	1	1	100%
Nulidad y Restablecimiento (sobresueldo 20%)	15	9	-6	-40%
Nulidad y Restablecimiento (bonificación por servicios)	7	6	-1	-14%
Nulidad y Restablecimiento (proceso disciplinario)	1	1	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (contrato realidad)	1	1	0	0%
Controversia contractual	1	1	0	0%
Total parcial	97	94	-3	-3%

Ordinario	No. Procesos	No. Procesos	Diferencia	Incremento-Disminución
Laboral sobresueldo 20%	3	3	0	0%
Laboral contrato realidad	8	24	16	200%
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	2	3	1	50%
Ejecutivo contractual	1	1	0	0%
Incumplimiento Contractual	0	1	1	100%
Total parcial	14	32	18	129%
TOTAL	111	126	15	14%

Comparando con el 4to trimestre del año 2017 se incrementaron las demandas contra la entidad en un 14%.

En la jurisdicción contenciosa se incrementaron 3 procesos de reparación directa por falla del servicio médico respecto del 4to trimestre de 2017.



En la jurisdicción ordinaria la diferencia entre el 4to trimestre de 2017 y el 4to trimestre de 2018 se debe a 16 procesos por contrato realidad de las cooperativas MEGACOOP y GRUPO LABORAL.

Se precisa y recuerda que en el 4to trimestre de 2018, respecto del 3er trimestre de 2018 se incrementaron los procesos de contrato realidad debido a 15 demandas presentadas por cooperados pertenecientes a MEGACOOP y a GRUPO LABORAL que desarrollaban procesos y subprocesos en los municipios de Girardot y Zipaquirá respectivamente cuyo monto es de \$597.689.944, MEGACOOP 4 por valor de \$62.499.360 y GRUPO LABORAL 11 por valor de 535.190.584.

En estos procesos se solicita que el juez de aplicación al principio de la primacía de la realidad sobre las formas al encontrar configuradas las condiciones propias de un contrato laboral regulado por el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo.

Finalmente se aclara que se consolidó en el motivo de contrato realidad un (1) proceso por pago de acreencias laborales y un (1) por prestaciones sociales pues el fin de estos procesos es que a través del reconocimiento del contrato realidad se paguen las acreencias y prestaciones laborales.

DEMANDAS A FAVOR DE LA ENTIDAD

Se presentan los procesos contenciosos administrativos y ordinarios en que el HUS es la parte actora así:

DEMANDAS PRESENTADAS POR EL HUS					
Contenciosa administrativa	Causas	A 4to trimestre 2017		A 4to trimestre 2018	
		No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$1.280.898.209	3	\$1.315.723.610
Ejecutivo	Incumplimiento y liquidación unilateral del Contrato No. 431 de 2014	0	0	1	\$1.049.725.000
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Contractual	Restitución de inmueble	1	\$39.000.000	1	\$39.000.000
Total parcial		6	\$2.253.284.410	7	\$3.337.834.811
DEMANDAS PRESENTADAS POR EL HUS					
Jurisdicción Ordinaria	Causas	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530
Laboral	Laudo arbitral	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000
Declarativo	Arbitramento	0	0	1	\$1.142.738.029

Total parcial	2	\$670.779.530	3	\$1.813.517.559
TOTAL	8	\$2.924.063.940	10	\$5.151.352.370

A continuación se describen los procesos en los que el HUS es demandante en la jurisdicción contencioso administrativa:

La **Reparación Directa** incoada por el Hospital por daño al Angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico se encuentra en el Consejo de Estado al despacho para sentencia de 2ª instancia, por apelación presentada por el apoderado de nuestra entidad luego de que el fallo proferido en 1ª instancia por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca fuera desfavorable al Hospital.

Los procesos de repetición son 3:

El proceso de **Repetición** No. 2015-00150, promovido por la Institución contra los médicos Sandra Patricia Cifuentes Amórtegui, Patricia María Mercedes Quintero Cusguen, Alejandro Concha Mejía, José Alexander Sánchez Muñoz y Diego Andrés Osorio Chica, con ocasión de la condena judicial impuesta al HUS dentro del proceso de Reparación Directa seguido por la muerte del señor Rafael Beltrán (paciente epiléptico que cae por la ventana del segundo piso). El proceso se encuentra a la fecha de presentación de éste informe pendiente para decidir el recurso de reposición presentado por los demandados contra el auto que admitió la demanda.

El valor de las pretensiones de esta controversia asciende al orden de los \$136.578.000 pesos M/cte.

Dentro del proceso de **Repetición** No. 2016-00724, El 04 de mayo de 2018, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera, dictó sentencia de primera instancia adelantado por el HUS contra los galenos Imac de María Guerrero Rodríguez, José Roberto Gómez Duque, Juan Carlos Romero Contreras y la Universidad Javeriana, accediendo parcialmente a las pretensiones de la demanda, consideró el Juez Colegiado que si bien los demandados eran responsables a título de culpa grave por la condena judicial impuesta al Hospital con ocasión del deceso de la señora Clara Beatriz Romero Barriga (negligencia en el procedimiento quirúrgico –cesaria- practicado el 28 de octubre de 1997), la Institución –en su condición de demandante en el proceso retributivo- debía asumir el 40% (esto es \$504.997.863), del monto desembolsado como reparación del daño en la demanda inicial (\$1.057.523.884 pesos M/cte.), ello en virtud de la concurrencia de culpas declarada en la sentencia (se adujo que la responsabilidad del Hospital se extiende no solo a la prestación de servicios de salud sino al deber de vigilancia y control sobre el personal vinculado a las actividades académicas del mismo).

Ordenó el Tribunal el pago de \$757.496.794 pesos M/cte., suma que fue distribuida –en razón del grado de participación de los demandados en la generación del detrimento patrimonial ocasionado a la entidad- de la siguiente forma: i) \$378.748.397 que corresponden al 30% de la condena a cargo de la Universidad Javeriana; ii) \$189.374.198 que corresponde al 15% de la condena a cargo de Imac de María Guerrero Rodríguez; iii) \$126.249.466 que corresponde al 10% de la condena a cargo de José Roberto Gómez Duque y iv) \$63.124.733 que corresponde al 5% de la condena a cargo de Juan Carlos Romero Contreras.

Tanto el HUS como los demandados presentaron recurso de apelación contra la sentencia de primer grado, encontrándose el expediente al Despacho del Consejo de Estado para resolver sobre el recurso.

La demanda de **Repetición** No. 2018-00189, entablada por el HUS contra los médicos especialistas Giovanni Carlo Russo Vizcaino, Emiliano Vargas Gómez, Roberto Gallo Roa, Nicolás Ambrosi Pernazzo y Mónica Esther Zambrano,



El juzgado de origen se declara incompetente para para conocer de la acción en referencia y se ordena remitir el proceso a otro juzgado.

La **acción de Lesividad** incoada el 10 de junio de 2016 contra 25 funcionarios del HUS fue admitida y se realizó la notificación por aviso al demandado Jaime Demner. Pendiente fijar fecha de audiencia inicial.

La demanda de **Repetición** No. 2018-00189, entablada por el HUS contra los médicos especialistas Giovanni Carlo Russo Vizcaino, Emiliano Vargas Gómez, Roberto Gallo Roa, Nicola Ambrosi Pernazzo y Mónica Esther Zambrano, se encuentra a la fecha de presentación de este informe al Despacho para calificar la demanda.

El Hospital persigue el pago de \$121.621.726 pesos M/cte., monto desembolsado con ocasión de la condena patrimonial impuesta dentro del proceso de Reparación Directa No. Reparación No. 2013-00481-00 (lesiones causadas a la señora Olga Reinela Cubillos Prieto, al ser practicada una laparotomía exploratoria por endometriosis).

La **acción de Lesividad** incoada el 10 de junio de 2016 contra 25 funcionarios del HUS fue admitida y se encuentra pendiente de notificar al demandado Jaime Demner y así fijar fecha de audiencia inicial.

Se recuerda que en dicho proceso se solicita la declaratoria de nulidad de Resolución No. 000557 de 17 de mayo de 1995, por medio de la cual se ordenó el reconocimiento de la Prima Técnica a los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, así como de las Resoluciones 568 de 1995 del 19 de mayo de 1995, 861 de 1995 del 19 de julio de 1995, 1195 de 1996 del 02 de julio de 1996 y 00006 de 1996 del 12 de enero de 1996.

A título de restablecimiento del derecho se solicita que los demandantes restituyan al HUS lo pagado por concepto de prima técnica durante los tres años anteriores a la radicación de la demanda.

La entidad adelanta un proceso de **Restitución de Inmueble Arrendado** del predio que se encuentra ubicado en frente del HUS, en el cual funciona un parqueadero.

En este proceso se profirió sentencia el 27 de octubre de 2015 en la que se declaró terminado el contrato de arrendamiento y ordenó la restitución del inmueble a favor del HUS, luego de interponerse el recurso de apelación por parte de la demandada, se presentaron por parte del HUS los correspondientes alegatos de conclusión el 24 de marzo de 2017 y el 28 de junio de 2017 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera profirió sentencia favorable a las pretensiones del Hospital.

El predio fue entregado al HUS el 25 de abril de 2018, en diligencia de entrega material del bien.

El 25 de abril el apoderado del Hospital allegó un comprobante de consignaciones de los cánones de arrendamiento realizados por Parqueaderos Bacatá al HUS, en donde se corrobora por el Área Financiera que todos los pagos por concepto de arrendamiento del Parqueadero efectivamente ingresaron a las cuentas de la entidad.

A continuación se describen los procesos en los que el HUS es demandante en la jurisdicción ordinaria:

En el proceso declarativo - divisorio (2015-0366), el 15 de diciembre se fijó fecha para diligencia de remate del predio para el día 22 de febrero de 2018, predio que fue avaluado en \$840.442.766, será admisible la postura que cubra con el 70% del valor del bien, previa consignación del 40% del avalúo, se precisa que el HUS no hizo postura.

Desde el 22 de febrero y hasta el 31 de marzo de 2018 se realizaron las siguientes actuaciones: audiencia de remate, liquidación, elaboración de títulos judiciales, aprobación del remate, levantamiento de la inscripción de la demanda y liquidación de gastos. El día 20 de junio de 2018 se admitió el desistimiento del recurso de apelación propuesto por las partes del proceso y se ordenó la entrega de títulos, a la fecha de presentación de este informe ya fueron entregados los títulos judiciales al área financiera del Hospital y los mismos fueron cobrados a favor del HUS por valor de \$321.521.150.

En el proceso **de nulidad del Laudo Arbitral** proferido por el Tribunal de Arbitramento de 23 de mayo de 2016, como consecuencia de la declaratoria de NO ACUERDO DIRECTO en la negociación del pliego de condiciones que presentó la asociación sindical ANTHOC ante el HUS, el 13 de septiembre de 2017 se profirió sentencia en la que se decidió declarar exequible el artículo 10 del laudo arbitral proferido el 23 de mayo de 2016, dicha decisión tendrá una vigencia de 2 años contados a partir de la fecha de expedición del laudo. **Se reitera que en el proceso aún no se ha proferido auto de archivo.**

El proceso ordinario laboral – Laudo Arbitral, se mantiene en la base de procesos presentados por el Hospital, por un valor de \$350.000.000, en razón a que a la fecha no se ha proferido auto de archivo.

Durante el 4to trimestre, el HUS presentó **demanda ejecutiva** contra la sociedad Inversiones Dumhos S.A.S. y la compañía Liberty Seguros S.A., acción cambiaria que se deriva de la declaratoria de incumplimiento del Contrato de Compraventa No. 431 de 2014 y la ocurrencia del siniestro por calidad del bien. Con la demanda se persigue el pago a favor del Hospital de: i) \$89.800.000 pesos M/cte., pagaderos de forma solidaria por Inversiones Dumhos S.A.S. y Liberty Seguros S.A. y ii) \$1.049.725.000 pesos a cargo de la empresa contratista.

La Oficina Jurídica solicitó a la Secretaria del Comité de Activos Fijos en correo de fecha 15 de septiembre de 2018 llevar este tema al comité por parte de la supervisión del contrato para definir el destino de la unidad móvil, los aspectos positivos y negativos de la inversión para su posterior utilización y si es necesario un perito para la consecución de la información necesaria.

Para la fecha de presentación de éste informe, el proceso se encuentra al despacho para estudio de admisión de demanda.

Se tienen once (11) procesos penales de los cuales diez (10) son por hurto por medios informáticos y uno (1) por falsedad en documento privado, los cuales serán cargados en la base de procesos judiciales a partir de la siguiente vigencia.

Finalmente la **demanda de Reconvención** se promueve contra la Fundación Integral para la salud y la educación Comunitaria del Magisterio FINSEMA, en respuesta a la demanda presentada por la entidad en el Tribunal de Arbitramento.

Dentro de las pretensiones se solicita la declaratoria de incumplimiento del contrato de Alianza Técnico, Intensivo y asistencial para la ejecución y explotación de la nueva unidad de cuidado intensivo adultos y la ampliación de la unidad de cuidado intensivo de neonatos del HUS por parte de FINSEMA y como consecuencia que pague las sumas correspondientes a la prestación de los servicios administrativos y asistenciales, cuyo monto asciende a la suma de \$1.142.738.029, además de los intereses moratorios causados desde la exigibilidad de dicha suma y hasta la fecha efectiva de su pago al Hospital, la liquidación del contrato y el pago de las costas y agencias en derecho.

CONTESTACIONES DE DEMANDA 2018: (indicador de proceso)

En el 4to trimestre se contestaron ocho (8) demandas dentro del término establecido, dos (2) en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa de Reparación Directa por falla médica y seis (6) en la Jurisdicción Ordinaria, que corresponden a la jurisdicción ordinaria laboral.

En lo corrido del año 2018, es decir al cuarto trimestre de 2018, se presentaron veintitrés (23) contestaciones de demanda dentro del término establecido, trece (13) de ellas en la Jurisdicción Contencioso Administrativa, todas por falla en la prestación del servicio médico y diez (10) en la Jurisdicción Ordinaria, ocho (8) por contrato realidad, una (1) por pago de salarios y prestaciones sociales y una (1) por incumplimiento del contrato suscrito con FINSEMA.

NÚMERO TOTAL DE CONTESTACIONES DE DEMANDAS					
Jurisdicción	1er trimestre 2018	2do trimestre 2018	3er trimestre 2018	4to trimestre 2018	TOTAL
	No. contestaciones	No. contestaciones	No. contestaciones	No. contestaciones	
Contencioso Administrativa	4	4	3	2	13
Ordinaria	2	0	2	6	10
TOTAL	6	4	5	8	23

A continuación se presenta el resumen de las demandas que fueron contestadas en lo que va del año:

En el 1er trimestre:

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2015-00541, promovido por el señor Alonso Buitrago Chaux y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 29 de enero de 2018, con su respectivo llamamiento en garantía a la Aseguradora Liberty Seguros.

Los demandantes alegan una falla en la prestación del servicio que provocó la muerte de su compañera permanente, señora Senovia Buitrago Muñoz y su hijo no nacido. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$ 837.655.000., en la actualidad el proceso se encuentra al despacho para resolver recurso que negó solicitud de llamamiento en garantía.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00149, promovido por el señor Cesar Alberto Vanegas Arias y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 7 de marzo de 2018.

Los demandantes discuten una falla del servicio médico en razón a que el paciente Cesar Alberto Vanegas Arias resultó afectado en su movilidad y su aspecto emocional por cirugía practicada el 24 de Julio de 2015 en la Unidad Funcional de Girardot, sin contar con los exámenes necesarios, donde se quintuplicaron las masas quísticas de especie cancerígena debido a rastros del tumor dejados al momento de la extracción. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$437.803.925 pesos M/cte. Se fijó fecha para celebración de audiencia inicial para el día 23 de abril del año en curso.

Dentro del proceso **Ordinario Laboral** No. 2017-00674, promovido por los señores Diana Susa Suárez - María del Carmen Susa Suarez y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 08 de Febrero de 2018, con su respectivo llamamiento en garantía a la Aseguradora La Previsora S.A.

Los demandantes alegan configuración de contrato realidad y la Cooperativa de Trabajo Asociado Médica Especializada MEGACOOOP y el Hus, mientras prestaron sus servicios en la Unidad Funcional de Girardot. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$ \$13.000.000,00, Para la fecha de presentación del informe, los llamados en garantía dieron contestación a la demanda.

El 06 de marzo de 2018, se presentó contestación de la demanda y solicitud de llamamiento en garantía dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00177, seguido por el señor Brian Alexis Lozano Tavera y otros; causa judicial donde se alega una presunta falla del servicio médico en razón de la no remisión oportuna del señor Belisario Lozano (q.e.p.d.), a un establecimiento que ofertara el servicio de Oncología requerido por el paciente, hecho que a juicio de la parte demandante ocasionó la muerte de su familiar.

Con la demanda se solicita el pago, a título de reparación integral del año, de \$137.441.510 pesos M/cte.

El Juzgado de conocimiento fijó el 21 de mayo de 2019, como fecha para llevar a cabo Audiencia Inicial

El 23 de marzo de 2018, se presentó contestación de la demanda y solicitud de llamamiento en garantía dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00033, seguido por el señor Edgar Harrison Coca Ardila y otros; causa judicial donde se alega una presunta falla del servicio médico derivada de una inadecuada atención de la apendicitis presentada por el señor Coca Ardila, lo que le produjo una sepsis abdominal.

Con la demanda se solicita el pago, a título de reparación del daño, de \$ 73771700 pesos M/cte.
El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial.

En el **Proceso Laboral** No. 2017-00674, adelantado por la señora Diana Susa Suárez y otros, se presentó contestación de la demanda el 08 de febrero de 2018. La parte actora solicita el reconocimiento y pago de prestaciones salariales y sociales en virtud de un contrato realidad (los demandantes fueron asociados de la Cooperativa de Trabajo Megacoop).
La cuantía de las pretensiones de la demanda asciende a \$13.000.000 pesos M/cte.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial de que trata el artículo 77 del C.P.T.

En el 2do trimestre:

Respecto del proceso de **Reparación Directa** No. 2016-00085, promovido por el señor María del Rosario Flórez Alfonso - Daniela Carolina Munevar y otro, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 27 de abril de 2018 y presentó solicitud de llamamiento en garantía a la Previsora S.A.

Los demandantes solicitan el pago de perjuicios morales y materiales por valor de \$ 1.009.863.454 por la falla en la prestación del servicio médico, por los daños causados a DANIELA CAROLINA MUNEVAR FLOREZ quien fue remitida del HOSPITAL DE DUITAMA al HUS Bogotá, el 26 de abril de 2014 tras la autorización dada por COMPARTA EPS.- S luego de haber permanecido bajo la atención de dicho hospital y la de la UCI SALUD VITAL DE COLOMBIA IPS por sufrir un accidente de tránsito el 23 de abril de 2014 que devino amputación de su miembro inferior izquierdo el 27 de abril de 2014.



Se fijó fecha para celebración de audiencia inicial para el día 27 de febrero del año en curso.

Dentro del proceso de **Reparación Directa No. 2015-00266**, promovido por la señora Anyull Ibeth Puentes Quiroga y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 21 de Junio de 2018, con su respectivo llamamiento en garantía a la Aseguradora Liberty Seguros.

Los demandantes alegan una falla en la prestación del servicio que provocó la muerte de su menor hijo Emmanuel Pulido Puentes debido a una bronquitis aguda no especificada, la cual no fue tratada en oportunidad y provocó fallecimiento del menor de acuerdo a la no narrado. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$517.902.600, en la actualidad el proceso se encuentra para decisión de llamamiento en garantía propuesto. El proceso se encuentra al despacho desde el día 26 de octubre de 2018 para decidir llamamiento en garantía.

Dentro del proceso de **Controversia contractual** No. 2017-01732, promovido por la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 05 de junio de 2018.

Los demandantes discuten el incumplimiento a Convenio Interadministrativo de Operación del 21 de Julio de 2013, en razón a la no entrega total de la infraestructura física del Hospital de Girardot. Estiman las pretensiones en \$ 1.021.232.310 pesos M/cte.

El 18 de diciembre de 2018 se radicó ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca solicitud de terminación del proceso por desistimiento coadyuvado.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00346, promovido por Genny Aldemar Espinosa Pérez y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 18 de abril de 2018. Cabe destacar que el Hospital fue vinculado por llamamiento en garantía por Comparta el 05 de abril de 2018.

Los demandantes discuten una falla del servicio médico en razón de la muerte de Viviana Fernanda Rodríguez Sánchez (q.e.p.d.), como consecuencia de la no autorización de exámenes por parte de Comparta de acuerdo a lupus Erimatoso. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$ 1.672.968.070 pesos M/cte.

Se fijó fecha para celebrar audiencia inicial para el día 15 de mayo de 2019.

En el 3er trimestre:

En el proceso de **Incumplimiento Contractual Trámite Arbitral** (5451), FINSEMA demandó al Hospital solicitando el pago de \$6.734.956.000, aduciendo que el 27 de octubre de 2005 el Hospital Universitario de La Samaritana y FINSEMA suscribieron el contrato de Alianza Estratégica No. 128 cuyo objeto era la ejecución y explotación de la Nueva Unidad de Cuidado Intensivo Adultos y la Ampliación de la Unidad de Cuidado Intensivo de Neonatos.

En la demanda FINSEMA afirma que el HUS incumplió el Contrato frente a las obligaciones relacionadas con la operación de la Ampliación de la UCI de Neonatos. Al respecto, señala que el Hospital no le habría entregado el área suficiente y necesaria para obtener la habilitación como unidad independiente situación necesaria para ejecutar el Contrato.

La demanda se contestó en término el 08 de agosto de 2018, se hizo llamamiento en garantía y se interpuso demanda de reconvencción.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2018-0002, promovido por Isidro Cedano y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 24 de Agosto de 2018, con su respectivo llamamiento en garantía a la Aseguradora La Previsora S.A.

Los demandantes alegan una falla en la prestación del servicio que provocó la muerte de la señora María Dolores Ordóñez toda vez que presentaba patología cancerígena en colon; se realiza procedimiento quirúrgico consistente en colostomía y no fue remitida a Clínica Oncológica en oportunidad por parte de su E.P.S. El valor de la pretensión es de \$28.033.246.

La apoderada del HUS, presentó dentro del término legal el escrito de contestación a la reforma de la demanda.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2015-00487, promovido por la señora Luz Andrea Martínez Rojas y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda y solicitud de llamamiento en garantía el día 17 de julio de 2018. Cabe destacar que el Hospital fue vinculado al proceso como demandado en Audiencia Inicial celebrada el 13 de marzo de 2018.

Los demandantes discuten una presunta falla del servicio médico en razón de la muerte de la neonata Luz Esmeralda Vega Martínez (q.e.p.d.), como consecuencia de una asfixia perinatal. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$1.267.728.000 pesos M/cte.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2018-00049, promovido por la señora Luz Dary Muñoz Díaz y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda y solicitud de llamamiento en garantía el día 12 de julio de 2018.

Los demandantes discuten una presunta falla del servicio médico en razón de la muerte de la neonata Mariana Villalba (q.e.p.d.), como consecuencia de una remisión tardía al Hospital Cardiovascular de Soacha. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$ 351.558.900 pesos M/cte.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial.

El 09 de agosto de 2018, se presentó contestación de la demanda dentro del **Proceso Laboral** No. 2017-00890, seguido por el señor César Orlando Barajas Rodríguez y otros; causa judicial donde se alega la configuración de un contrato realidad y el consecuente pago de acreencias salariales. Se llama al proceso como demandados al HUS y a Megacoop. La cuantía de las pretensiones fue estimada en \$15.624.840 pesos M/cte.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial de que trata el artículo 77 del C.P.T.

En el 4to trimestre:

Dentro del proceso **Ordinario Laboral** No. 2018-00449, promovido por la señora Marlene Erminda Ahumada Vega, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 13 de noviembre de 2018.

La demandante alega configuración de contrato realidad con la Cooperativa Grupo Laboral y pretende se declare al HUS solidariamente responsable por las obligaciones económicas derivadas de dicha relación laboral. A título de reparación del daño, la demandante solicita el pago de \$48.805.413 pesos M/cte.



A la fecha de presentación del informe, el proceso se encuentra al Despacho para fijar fecha de audiencia de conciliación de que trata el artículo 77 del C.P.T.

En el proceso **Ordinario Laboral** No. 2018-00544, promovido por la señora Cecilia Salgado Nossa, se presentó contestación de la demanda el día 08 de noviembre de 2018. La parte actora solicita se declare la existencia de contrato realidad en virtud de la vinculación que tuvo con la Cooperativa Grupo Laboral como asociada prestando sus servicios en la Unidad Funcional de Zipaquirá. La demandante solicita el pago de \$47.703.236 pesos M/cte a título de reparación del daño.

Se programó audiencia de conciliación artículo 77 C.P.T. para el día 22 de enero de 2019.

El día 07 de noviembre de 2018, se presentó contestación de la demanda dentro del proceso **Ordinario Laboral** No. 2018-00462 promovido por la señora Sandra Janeth Moyano Garzón en el que solicita la declaración de existencia de contrato realidad con la Cooperativa Grupo Laboral. La parte actora pretende el pago de \$39.070.650 como reparación del daño.

Actualmente el proceso se encuentra pendiente para fijar fecha de audiencia de conciliación de que trata el artículo 77 del C.P.T.

Dentro del proceso **Ordinario Laboral** No. 2018-00514 promovido por el señor Carlos Ernesto Ocampo Rodríguez, se presentó oportunamente la contestación de la demanda el día 14 de noviembre de 2018. El señor Ocampo, solicita que se declare la existencia de contrato realidad con la Cooperativa Grupo Laboral y además que se vincule al HUS como solidariamente responsable por las obligaciones económicas a cargo de la Cooperativa. La parte actora prestó sus servicios en la Unidad Funcional de Zipaquirá y solicita como reparación del daño la suma de \$77.071.240 pesos M/cte.

El juzgado de conocimiento fijó como fecha para celebrar audiencia de conciliación del artículo 77 del C.P.T el día 14 de mayo del año en curso.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2018-00167, promovido por el señor Nilson Jairo Arias Suárez, se presentó oportunamente la contestación de la demanda y la solicitud de llamamiento en garantía el día 03 de octubre de 2018.

El demandante alega una presunta falla del servicio médico en razón a la falta de un tratamiento oportuno de una Trombosis Venenosa profunda que dejó como secuela su delicado estado de salud y movilidad reducida. La parte actora solicita el pago de la suma de \$137.891.000 pesos M/cte como indemnización por los perjuicios morales causados.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial.

En el proceso **Ordinario Laboral** No. 2017-00603 promovido por las señoras María Teresa Moreno Rodríguez y Nancy Ramírez Ramírez, las demandantes solicitan la declaración de existencia de contrato realidad y el reconocimiento de las acreencias laborales adeudadas por la Cooperativa Megacoop en virtud de la prestación del servicio por parte de las actoras en el HUS de Girardot. Se solicita se condene a las entidades demandadas al pago de \$15.624.840 pesos M/cte. La contestación de la demanda se presentó oportunamente el día 26 de noviembre de 2018.



El proceso se encuentra pendiente de fijación de fecha para celebrar audiencia de conciliación de que trata el artículo 77 del C.P.T.

Dentro del proceso **Ordinario Laboral** No. 2018-00428, promovido por la señora Rosa Fabiola Ahumada Vega, se presentó la contestación de la demanda el día 04 de diciembre de 2018. La demandante solicita la declaración de existencia de contrato realidad con la cooperativa Grupo Laboral. El valor de las pretensiones asciende a la suma de \$44.805.413.

El proceso se encuentra pendiente para fijar fecha de audiencia de conciliación del artículo 77 del C.P.T.

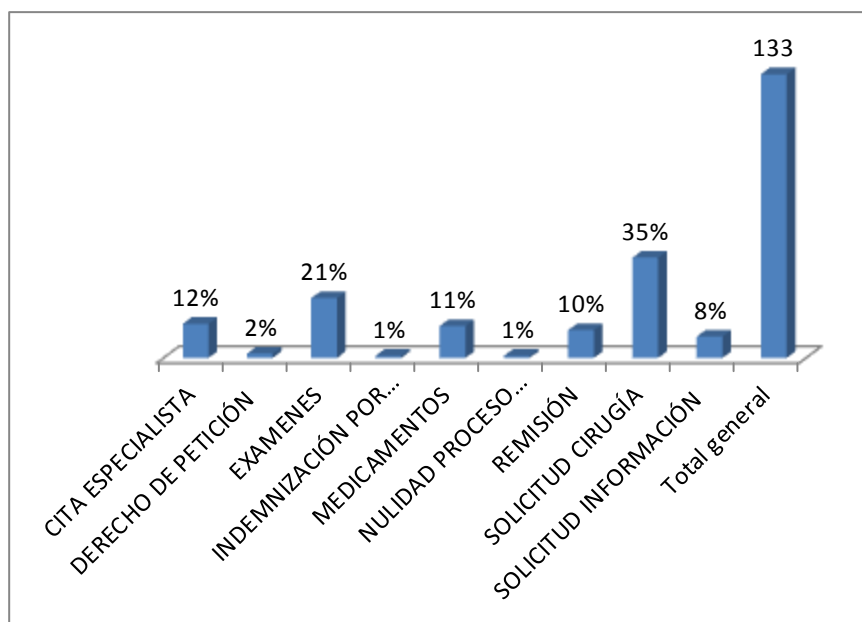
En el proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00208 promovido por el señor Gonzalo Fandiño y otros, la contestación de la demanda se presentó oportunamente el día 29 de noviembre de 2018. Dentro del proceso se alega una presunta falla del servicio médico en virtud de una lesión producida al actor consistente en quemaduras de sus miembros inferiores durante un procedimiento quirúrgico de una osteosíntesis; procedimiento llevado a cabo en el HUS de Girardot. Como consecuencia de las lesiones ocasionadas al demandante, éste ha sufrido dolores físicos en sus miembros inferiores, y su pierna izquierda quedó con funcionalidad limitada.

A título de reparación del daño, se solicita el pago de \$221.315.100 pesos M/cte.

A la fecha de presentación del informe, el proceso se encuentra al Despacho para resolver solicitud de llamamiento en garantía.

b. DEFENSA JUDICIAL - ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso)

MOTIVO ESPECÍFICO	A 4TO TRIMESTRE	Participación
CITA ESPECIALISTA	16	12%
DERECHO DE PETICIÓN	2	2%
EXÁMENES	28	21%
INDEMNIZACIÓN POR QUEMADURA PROVOCADA CON ELECTROBISTURI	1	0.75%
MEDICAMENTOS	15	11%
NULIDAD PROCESO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO 2013 Q 134	1	0.75%
REMISIÓN	13	9%
SOLICITUD CIRUGÍA	47	35%
SOLICITUD INFORMACIÓN	10	7%
Total general	133	100%



En el cuarto trimestre de 2018 se tramitaron 133 tutelas de las cuales la mayor participación se encuentra en solicitud de cirugía (35%), seguida por exámenes (21%) y cita especialista (12%).

A cuarto trimestre de 2018 van tramitadas 401 tutelas, que se discriminan en el siguiente cuadro:

MOTIVO ESPECÍFICO	1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE	4TO TRIMESTRE	Total
CERTIFICACIÓN	0	2	1	0	3
CITA ESPECIALISTA	11	7	11	16	45
DERECHO DE PETICIÓN	0	2	1	2	5
SOLICITUD DESCUENTO APOORTE SINDICAL	0	0	1	0	1
EXÁMENES	16	12	18	28	74
INDEMNIZACIÓN QUEMADURA	0	0	0	1	1
MEDICAMENTOS	3	9	13	15	40
NULIDAD PROCESO ADMINISTRATIVO	0	0	0	1	1
REMISIÓN	7	18	15	13	53
SOLICITUD CIRUGÍA	20	29	39	47	135

REINTEGRO	1	0	1	0	2
SOLICITUD INFORMACIÓN	2	11	7	10	30
AFILIACIÓN	1	1	0	0	2
ALIMENTACIÓN	1	0	0	0	1
EXONERACIÓN COPAGO	1	1	0	0	2
TRANSPORTE	3	1	0	0	4
SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA	1	0	1	0	2
Total general	67	93	108	133	401

A 4do trimestre 2018: se han tramitado **401 tutelas**: Bogotá 342 (86%), Zipaquirá 59 (14%).

A 4to trimestre 2017: se habían tramitado **263 tutelas**: Bogotá 217 (83%), Zipaquirá 41 (16%), Girardot 5 (1%).

El siguiente es el comparativo con la vigencia anterior:

MOTIVO ESPECÍFICO	A 4TO TRIMESTRE 2017	A 4TO TRIMESTRE 2018	DIFERENCIA	INCREMENTO /DISMINUCIÓN
CERTIFICACIÓN	0	3	3	300%
CITA ESPECIALISTA	40	45	5	13%
DERECHO DE PETICIÓN	3	5	2	67%
SOLICITUD DES CUENTO APORTE SINDICAL	0	1	1	100%
EXÁMENES	32	74	42	131%
MEDICAMENTOS	22	40	18	82%
REMISIÓN	15	53	38	253%
SOLICITUD CIRUGÍA	56	135	79	141%
REINTEGRO	4	2	-2	-50%
SOLICITUD INFORMACIÓN	5	30	25	500%
AFILIACIÓN	1	2	-1	100%
ALIMENTACIÓN	0	1	1	100%
EXONERACIÓN COPAGO	1	2	1	100%
TRANSPORTE	10	4	-6	-60%
SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA	6	2	-4	-67%

AUTORIZACIÓN	19	0	-19	-100%
DESAFILIACIÓN	1	0	-1	-100%
PAGO DE INCAPACIDAD	4	0	-4	-100%
SOLICITUD PERITO	1	0	-1	-100%
REEMBOLSO DE DINERO	1	0	-1	-100%
TRATAMIENTO INTEGRAL	9	0	-9	-100%
OXIGENO DOMICILIARIO	2	0	-2	-100%
PAGO DE LICENCIA	1	0	-1	-100%
PROCEDIMIENTOS	25	0	-25	-100%
SERVICIOS OTROS	5	0	-5	-100%
INDEMNIZACIÓN POR QUEMADURA	0	1	1	100%
NULIDAD PROCESO ADMINISTRATIVO	0	1	1	100%
Total general	263	401	133	52%

Se observa que incrementaron las Tutelas en 52% respecto al mismo periodo en comparación con la vigencia 2017.

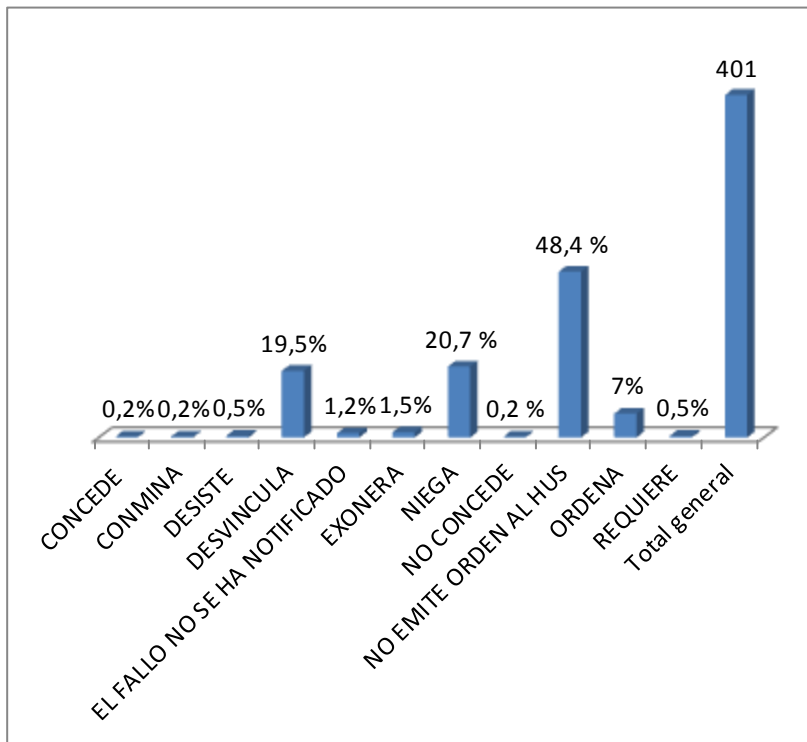
Los principales incrementos se observan en solicitud de exámenes, medicamentos, remisiones y cirugías.

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ÓRDEN AL HUS	Total	Participación
DESISTE	2	0,5 %
DESVINCULA	78	19,5 %
NIEGA	83	20,7 %
NO EMITE ORDEN A HUS	194	48,4 %
EL FALLO NO FUE NOTIFICADO	5	1,2 %
ORDENA	28	7,0 %
CONCEDE	1	0,2 %
CONMINA	1	0,2 %
EXONERA	6	1,5 %
NO CONCEDE	1	0,2 %
REQUIERE	2	0,5 %
Total general	401	100%

Se precisa que a corte 3er trimestre existían sesenta y cinco (65) fallos que no fueron notificados al HUS, porque no se impuso obligación a cargo de la entidad, sin embargo se realizó búsqueda de los mismos recopilando sesenta y dos (62) fallos, quedando tres (3) los cuales se gestionó pero resultó imposible su consecución debido a que no contestaron correo electrónico así como tampoco llamada telefónica. Tutela No. 2018-073 proviene del Juzgado Promiscuo Municipal de Nunchia – Casanare. Tutela 2018-114 proveniente de Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Acacias – Meta. Tutela 2018-151 proveniente de Juzgado Segundo Civil Municipal de Duitama – Boyacá.

Respecto al 4to trimestre también se realizó búsqueda de los fallos faltantes quedando solo dos (2) por falta notificación resultando imposible comunicación: Tutela 2018-068 proveniente de Juzgado Segundo Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías y Tutela 2018-201 proveniente de Juzgado Penal Circuito de Acacias – Meta.

Para un total de cinco (5) fallos faltantes en el año 2018, dejando acta de imposibilidad de consecución en cada carpeta respectivamente.



En las veintiocho (28) que proferieron orden a la entidad, se dispuso

Expediente	Fallo	Orden	Cumplimiento
2018-0001	ORDENA	Fallo ordena mancomunadamente realizar cirugía de remoción de quiste y mucocelo de la nariz y del seno paranasal	Procedimiento quirúrgico fue llevado a cabo el día 02 de Marzo de 2018.

2018-007	ORDENA	Fallo ordena programar cita cirujano cuello y cabeza dentro de las 48 horas hábiles.	Se llevaron a cabo dos citas, la inicial el 28 de Febrero y la de control el 4 de julio de 2018. Se remite al Instituto Nacional de Cancerología por cáncer comprobado.
2018-006	ORDENA	Fallo ordenar programar examen de resonancia magnética.	E.P.S. Convida expide autorización para toma de resonancia magnética en la Institución Imágenes de la Sabana S.A.S. la cual se lleva a cabo el día 05 de Febrero de 2018 y se reporta al Hus en consulta el día 13 de Marzo de 2018, esta se vuelve a repetir en hospitalización el día 20 de Marzo de 2018
2018-007	ORDENA	Fallo ordena una vez enviadas las autorizaciones correspondientes por parte del INPEC proceder a asignar cita con especialista y posterior cirugía de mano.	El paciente fue programado para cirugía de mano el día 4 de Septiembre de 2018 a la 1:00 pm y en efectuó se llevó a cabo.
2018-008	ORDENA	Se ordena a los representantes legales de Coopsein y HUS que dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la sentencia, se efectúe reintegro laboral a la accionante a un cargo de igual o mayor jerarquía. Pagar en forma solidaria dinero los dineros por concepto de salario y derivados como seguridad social y otros que hubiese dejado de cancelar desde la fecha de su despido y hasta cuando se produzca efectivamente su reintegro.	Cumplió en su totalidad de fecha 05/04/2018 con pago de la mitad de lo dejado de devengar y emolumentos de seguridad social. La empresa Coopsein informa que la accionante ingresa a trabajar nuevamente el día 10 de Octubre de 2018.
2018-012	ORDENA	Fallo ordena en el término de 48 horas reprogramar intervención quirúrgica de pterigio ojo izquierdo	Paciente operado el día 28 de Febrero de 2018.
2018-042	ORDENA	Fallo ordena consulta por primera vez especialista cirugía vascular, anestesiología en termino de 48 horas	Se asigna cita para el día 12 de Marzo de 2018 con cirugía vascular por primera vez.
2018-014	ORDENA	Fallo ordena asignar citas de Psiquiatría, Neurología y exámenes de laboratorio	Se da cumplimiento parcial al fallo mediante ofició de 09/03/2018 en el cual se informa citas para el día 23/03/2018 y exámenes. Se programa hospitalización para cirugía el día 24/03/2018 a espera de condiciones clínicas del paciente. Se realiza cirugía el día 27/03/2018, se cumple en su totalidad el fallo.
2018-039	ORDENA	Fallo ordena programar y realizar cirugía consistente en reconstrucción de ligamento cruzado anterior e injerto tendinoso.	Fue programada para el día 14 de Marzo de 2018, pero no se pudo llevar a cabo porque presentaba una costra con infección lo que contraindicaba el procedimiento, la cirugía fue finalmente realizada el 18 de abril de 2018 y se

			encuentra en controles periódicos.
2018-062	ORDENA	Fallo ordena a Nueva EPS y a HUS realizar control postoperatorio en 48 horas de ortopedia de mano y ortopedia y traumatología.	Se asignó cita con ortopedia de mano para el día 11/05/2018 y ortopedia y traumatología para el día 24/04/2018. La paciente ha continuado los controles por ortopedia general y de mano en las fechas descritas a continuación: 08/05/2018 - 18/05/2018 - 26/06/2018 - 27/07/2018 - 14/08/2018 - 28/09/2018.
2018-041	ORDENA	Ordenar agendar cita de anestesiología.	Se programa cita anestésica para el 21 de Mayo de 2018 y se le realizó la cirugía herniorrafia inguinal el 7 de Junio de 2018. El primer control postoperatorio fue el 27 de agosto de 2018 el cual fue adecuado.
2018-196	ORDENA	Fallo ordena al Hus brindar las atenciones médicas requeridas al accionante de acuerdo a su patología cardiológica.	Paciente quien inicialmente solicitó cita por cirugía vascular a través de la acción de tutela para corrección de patología cardiaca pero el día 02 de Mayo de 2018 ingresa por el servicio de urgencias al Hus debido a su grave estado de salud y se hospitaliza brindando toda la atención requerida incluyendo cirugía cardiovascular desde el 2 de Mayo hasta el 6 de Junio de 2018 descartando procedimiento quirúrgico pues no fue necesario. Salió con órdenes de valoraciones por nefrología, medicina interna, neurología, cardiología
2018-109	ORDENA	Realizar exámenes de laboratorio si la EPS Convida no lo hace en 48 horas	Se realiza llamada telefónica al accionante para informarle si la E.P.S. Convida no realiza exámenes el Hus los hará, el cual indica que la E.P.S ya los ejecutó.
2018-132	ORDENA	Ordena a tres Hospitales incluido Hus, atender según elección del accionante para su atención.	Paciente solicitó atención en el Hospital San Ignacio.

2018-306	ORDENA	Fallo ordena realizar entrega de medicamento (LOSANTAN 40 U).	El día 6 de Julio de 2018, se procede a realizar entrega del medicamento Losartan al Hogar de Paso San Gregorio por parte de los abogados de la Institución, encontrando que el accionante ya no reside en esa dirección. Se informa al despacho quienes envían nueva dirección y el día 17 de Julio 2018, se procede a desplazamiento por parte de los abogados de la Institución haciendo entrega de medicamento.
2018-130	ORDENA	Fallo Ordena realizar consulta de cirugía plástica y reconstructiva.	Se agenda cita con la especialidad de cirugía plástica para el día 24 de Agosto de 2018 y es incumplida por el Inpec, se informa al despacho. Inpec solicita cita y es agendada para el día 02 de Octubre de 2018 y es cumplida, solicita exámenes para definir conducta quirúrgica.
2018-156	ORDENA	Fallo ordena agendar cita médica especializada de neurología 48 después de emisión de autorización por parte de Convida E.P.S.	Se realiza llamada telefónica a la agente oficiosa Sra. Diana Mireya Gaitán del señor Luis Francisco Gaitán, para agendamiento de cita neurológica tal y como ordena el fallo, manifestando que la E.P.S. Convida emitió autorización a aorta I.P.S. por lo cual se procede a indicar al despacho que el Hus realizó todos los trámites para dar cumplimiento pero fue la E.P.S. quien no expidió autorización.
2018-134	ORDENA	Fallo ordena realizar procedimiento quirúrgico	Se realiza procedimiento quirúrgico el día 23 de Agosto de 2018, consistente en cirugía arreglo de cardiodesfibrilador bicameral.
2018-538	ORDENA	Ordena al HUS agendar cita de control o seguimiento por la especialidad de ginecología obstétrica	Se agenda cita para el día 27 de Septiembre de 2018, con el Dr. Camilo Garzón y en efecto asiste la accionante y se ordena terapia de piso pélvico.
2018-207	ORDENA	Fallo ordena practicar exámenes pre anestésicos y realizar procedimiento de rodilla de acuerdo a patología	Se agenda cita para el día 26 de Septiembre de 2018 a las 8:00 am con la especialidad de anestesiología Dra. Martha Chinome, paciente no asiste.

2018-129	ORDENA	Fallo ordena que una vez Medimas E.P.S. expida todas las autorizaciones necesarias se debe programar cirugía y materializarla consistente en extracción de extra capsular cristalino por facoemulsificación e implante del lente intraocular secundario. Fallo supeditado a nueva valoración clínica por el tiempo transcurrido.	Se programó cita para el día 16 de octubre de 2018 con la especialidad de oftalmología la cual se llevó a cabo y se ordena procedimiento y exámenes pres anestésicos. Se asigna cita para el día 15 de Noviembre de 2018 a fin de dar aval y se programa cirugía.
2018-163	ORDENA	Fallo ordena que una vez el accionante allegue todos los exámenes solicitados (cine angiografía no se práctica en el Hus), se programe la cirugía de manera prioritaria, teniendo en cuenta valoración médica para dar aval a procedimiento. Fallo supeditado a exámenes.	El día Octubre de 2018, asistió valoración por cardiología en HUS donde considera que requiere un cateterismo pues su enfermedad crónica pulmonar no permite dar un aval para procedimiento urológico objeto de fallo.
2018-097	ORDENA	Fallo ordena a Hus practicar ecografía testicular.	Ecografía testicular practicada el día 19 de Octubre de 2018.
2018-232	ORDENA	Fallo ordena agendar cita con la especialidad de ortopedia y traumatología para evaluar clínicamente extracción de platino en femur izquierdo.	Se asigna cita para el día 20 de Noviembre de 2018 con la especialidad de ortopedia y traumatología, la cual es incumplida por falta de traslado por parte del INPEC. Se informa al despacho. Se asigna nuevamente cita para el día 29 de Enero de 2019.
2018-912	ORDENA	Fallo ordena realizar examen consistente en proteinuria en orina de 24 horas, creatinina en orina 24 horas.	Telefónicamente se cita a la accionante para realizar exámenes y esta indica que los mismos se le van a practicar en la Clínica Juan N. Corpas puesto que la E.P.S. los autorizó para esa Institución.
2018-310	ORDENA	Fallo ordena al Hus que una vez alleguen autorizaciones por parte del INPEC programar procedimiento quirúrgico consistente en remoción de masa en espalda.	Se agenda cita con la especialidad de anestesiología a fin de dar positivo para la intervención quirúrgica para el día 15 de Noviembre de 2018. Cita incumplida por falta de traslado por parte del Inpec. Se insiste telefónicamente en la remisión y se allega oficio por parte del INPEC donde indican que el accionante salió del centro carcelario el día 24 de Diciembre de 2018 y la atención ya corresponde a su E.P.S. Se informa al despacho.

2018-135	ORDENA	Fallo ordena remitir al señor Wilson Andrés García Sarmiento a Hospital III nivel que cuente con la especialidad de hematología.	Se cumplió con dicho fallo y se remitió al Hospital San Francisco de Asís el día 22 de Noviembre de 2018.
2018-195	ORDENA	Fallo ordena garantizar atención a las patologías que lo aquejan.	Se logra comunicación telefónica con la agente oficiosa del accionante (representante en la tutela) para informarle el fallo la misma indica que los servicios de salud a su padre ya fueron autorizados a la Clínica Juan N. Corpas.

De acuerdo al motivo se puede observar lo siguiente:

1. El HUS tan solo es accionado en el 4.5%, ya que la mayoría de tutelas nos vinculan como entidad prestadora.
2. De las EAPBs el mayor porcentaje de tutelas está dirigido a convida (45%), seguido por el INPEC (14%)

ACCIONADO	Total	Participación
ALPINA PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y MISIÓN TEMPORAL LTDA	1	0,2%
ARL POSITIVA	1	0,2%
ASEGURADORA SURA S.A.	2	0,5%
ASMET SALUD EPS	1	0,2%
CAPITAL SALUD EPS	6	1,5%
CAPRESOCA EPS	3	0,7%
CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTRIZ SERVIZIPA S.A.S.	1	0,2%
COLPENSIONES	2	0,5%
COMFAMILIAR EPS	2	0,5%
COMISION NACIONAL DE SERVICIO CIVIL	3	0,7%
COMPARTA EPS	15	3,7%
COMPENSAR EPS	5	1,2%
CONVIDA EPS	182	45%
COOMEVA EPS	2	0,5%
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPSEIN C.T.A.	1	0,2%
CRUZ BLANCA EPS	1	0,2%
ECOOPSOS EPS	2	0,5%
EJERCITO NACIONAL	1	0,2%
EMDISALUD E.P.S.	4	1,0%
EMSSANAR EPS	1	0,2%
FAMISANAR EPS	24	6,0%

FARMACIA INSUMEQUI	1	0,2%
GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S.	1	0,2%
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA	1	0,2%
H.U.S.	18	4,5%
I.N.P.E.C.	58	14%
INGENIERIA EN MANUALIDADES S.A.S.	1	0,2%
JUZGADO CUARENTA Y DOS PENAL DEL CIRCUITO CON FUNCIÓN DE CONOCIMIENTO DE BOGOTÁ	1	0,2%
MALLAMAS E.P.S.	1	0,2%
MEDIMAS EPS	27	7%
NUEVA EPS	15	4%
PORVENIR	1	0,2%
SALUD TOTAL EPS	2	0,5%
SALUD VIDA EPS	4	1,0%
SANIDAD POLICIA NACIONAL	1	0,2%
SANITAS EPS	2	0,5%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	2	0,5%
SISBEN	1	0,2%
TOLIHUILA EPS	1	0,2%
TRIBUNAL SECCIONAL ETICA MEDICA DE BOGOTÁ	1	0,2%
UNICAJAS CONFACUNDI EPS	1	0,2%
VITRO COLOMBIA S.A.S.	1	0,2%
Total general	401	100,%

c. DEFENSA JUDICIAL - INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS: (indicador de proceso)

En el 4to trimestre del año 2018 se realizaron dos (2) actuaciones, durante el mismo periodo del año 2017 se realizaron dieciséis (16) actuaciones, disminuyó 88% (14).

ACTUACIÓN	4to TRIM 2017	4to TRIM 2018
DESCARGOS	7	0
ALEGATOS	8	1
RECURSOS	1	1
Total	16	2

Al 4to trimestre del año 2018 se realizaron dieciséis (16) actuaciones, durante el mismo periodo del año 2017 se realizaron setenta y seis (76) actuaciones, disminuyó 79%.

ACTUACIÓN	A DIC 2017	A DIC 2018
DESCARGOS	35	4
ALEGATOS	26	7
RECURSOS	15	5
Total	76	16

Al 4to trimestre del año 2018 se encuentran setenta y tres (73) procesos vigentes, 22 (30%) incumplimientos normativos y 51 (70%) por irregularidades en la prestación del servicio médico.

MOTIVO DE QUEJA	Total	Participación
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	22	30%
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	51	70%
Total	73	100%

Al 4to trimestre del año 2018, se encuentran setenta (73) procesos vigentes, veintidós (22) incumplimientos normativos y cincuenta y uno (51) por irregularidades en la prestación del servicio médico, durante el mismo periodo de 2017 se encontraban ochenta y cinco (85) procesos vigentes, sesenta y cuatro (64) incumplimientos normativos y veintiuno (21) por irregularidades en la prestación del servicio médico, **disminuyó 14% (12 procesos)**.

MOTIVO DE QUEJA	A DIC 2017	A DIC 2018
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	64	22
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	21	51
Total	85	73

En el 4to trimestre de 2018, se archivaron once (11) procesos en total por solicitud de caducidad a nuestro favor los cuales relaciono a continuación: 2013 Q 056, 2013 Q 266, 2014 Q 249, 2014 Q 345, 2014 Q 347, 2014 Q 357, 2014 Q 135, 2014 Q 365, 2015 2954, 2015 Q 135 y 2015 Q 268.

Durante el 4to trimestre ingresaron tres (3) nuevos procesos todos por irregularidades en la prestación del servicio médico.

En el 4to trimestre de 2018 se presentaron 4 solicitudes de caducidad ante la Secretaría de Salud del Departamento en el mes de Octubre que se encuentran en trámite.

A 4to trimestre se tienen un total de veintiocho (28) solicitudes de caducidad discriminadas de la siguiente manera: Veinticuatro (24) ante la Secretaría de Salud Departamental y cuatro (4) ante la Secretaría de Salud Distrital.

Se archivaron once (11), uno (1) en la Secretaría de Salud Distrital y diez (10) en la Secretaria de Salud Departamental, los cuales se relacionaron anteriormente. Se encuentran en trámite diecisiete (17), tres (3) en la Secretaría de la Salud Distrital y catorce (14) en la Secretaria de Salud Departamental.

Al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el 62% (45) de los procesos se encuentran en la Secretaría de Salud Departamental y el 30% (21) en la Secretaría de Salud Distrital seguido por la Superintendencia Nacional de Salud 6% (2), INVIMA con 1% (1) y CAR Cundinamarca con 1% (1).

ENTIDAD	Total	Participación
CAR – CUNDINAMARCA	1	1%
INVIMA	1	1%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	48	66%
SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	21	29%
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	2	3%
Total	73	100%

En el proceso de la **CAR** remitieron al HUS la citación para notificación personal de la Resolución 0712, a la fecha de presentación de este informe aún se está a la espera de la notificación por aviso.

El proceso del **INVIMA** es por visita de inspección vigilancia y control sobre productos de su competencia, donde se verifica actividades del servicio farmacéutico presentada por presuntas infracciones a la normatividad sanitaria consistente en suspensión total por actividades de ajustes de concentraciones de dosis de medicamentos estériles de administración parental incluyendo antibióticos sin autorización en el Municipio de Girardot.

Mediante Auto No. 2017015376 de fecha 28 de Diciembre de 2017, se da inicio a proceso administrativo sancionatorio y en se traslada cargos.

El día 22 de Marzo de 2018, se notifica personalmente dicha resolución y se procede a presentar descargos en el término estipulado.

El INVIMA profiere Resolución No. 2018021915 de fecha 23 de Mayo de 2018 mediante la cual sanciona al Hus por valor de \$78.124.200.

Se presenta recurso de reposición ante la decisión a la espera de su resuelve definitivo.

Los procesos de la **SUPERSALUD** son 2:

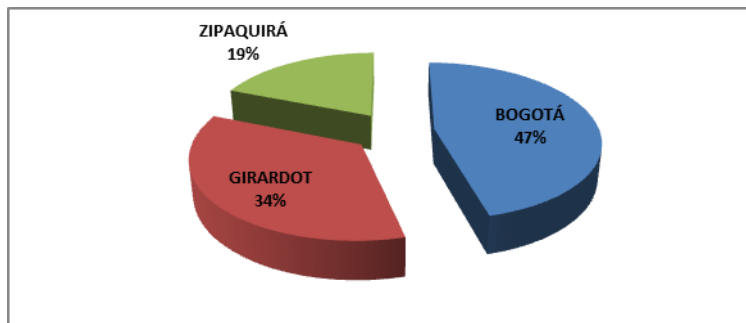
Uno por queja presentada por presuntas irregularidades en el servicio médico suministrado a la paciente Anyi Katherine Lozano Bautista por mal manejo postoperatorio luego de extracción de quiste rotativo en ovario derecho.

Y, en el segundo proceso remitieron al HUS la citación para notificación personal de la Resolución 2018-013, a la fecha de presentación de este informe aún se está a la espera de la notificación por aviso.

Aunado a lo anterior, podemos observar que de los procesos administrativos activos al 4to trimestre de 2018, treinta y cuatro (31) (47%), se encuentran principalmente en la ciudad de Bogotá, veinticinco (25) (34%), en la Unidad Funcional Girardot y trece 14 (19%) en la Unidad Funcional de Zipaquirá.



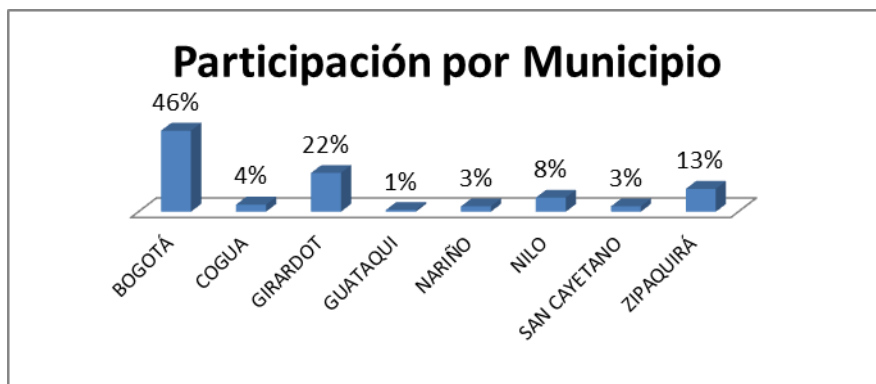
UNIDAD FUNCIONAL	Total	Participación
BOGOTÁ	34	47%
GIRARDOT	25	34%
ZIPAQUIRÁ	14	19%
Total general	73	100%



Al discriminar por municipio se evidencia que en Bogotá es donde más se presentan investigaciones administrativas 31 (46%) seguido por Girardot 15 (22%), Zipaquirá 9 (13%) y Nilo 7 (8%).

Se precisa que el día 24 de octubre de 2018, se elevó concepto ante la Supersalud para definir la competencia de las Secretarías de Salud Distrital y Departamental que ejercen funciones de inspección, vigilancia y control respecto de la actuación de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana, a la fecha de presentación de este informe no se ha recibido respuesta a la petición.

MUNICIPIO	Total	Participación
BOGOTÁ	34	47%
COGUA	3	4%
GIRARDOT	15	21%
GUATAQUI	1	1%
NARIÑO	2	3%
NILO	7	10%
SAN CAYETANO	2	3%
ZIPAQUIRÁ	9	12%
Total general	73	100%



d. **DEFENSA JUDICIAL - DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)**

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

TIPO	EN 4to TRIM 2018	A DIC 2018
CERTIFICACIÓN CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	39	192
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS	8	77
SOLICITUD COPIAS	0	1
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONÓMICAS	1	5
SOLICITUD APROBACIÓN PÓLIZAS	0	0
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONÓMICO	0	0
SOLICITUD MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN	0	0
SOLICITUD VERIFICACIÓN EVALUACIÓN TÉCNICA	0	0
SOLICITUD INFORMACIÓN	1	3
OTROS	1	3
SOLICITUD FACTURACIÓN Y/O PAGO	0	0
SOLICITUD INCUMPLIMIENTO	1	2
SOLICITUD CONCEPTO JURÍDICO	0	3
Total general	54	247

Se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido.

Como se puede observar el 97% 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).

1.5. APOYO – OTRAS GESTIONES REALIZADAS

Se han realizado los siguientes conceptos y revisiones a documentos previa asignación por parte de la Gerencia:

- ✓ Acompañamiento y revisión convenio tripartito Nuevo Hospital de Zipaquirá
- ✓ Elaboración de demanda ejecutiva contractual contra DUMHOS
- ✓ Revisión proceso administrativo sancionatorio OC LA ECONOMÍA
- ✓ Diligenciamiento informe bimensual a Financiera y Asamblea Departamental
- ✓ Diligenciamiento informe a sistemas Estado de Procesos Judiciales
- ✓ Diligenciamiento informe trimestral SIHO 2193

1.6. CONTRATACIÓN – OTRAS GESTIONES REALIZADAS

En el 4to trimestre de 2018:

- ✓ Productividad 19 invitaciones a contratar
- ✓ 134 Evaluaciones Jurídicas
- ✓ 77 contratos (53 bienes y servicios y 24 de productividad)
- ✓ 219 adiciones (62 adiciones y prórrogas a contratos bienes y 157 productividad)
- ✓ 107 liquidaciones vigencias 2016, 2017 y 2018 (99 bienes y servicio y 18 productividad)

Consolidado a 4to trimestre de 2018:

CONSOLIDADO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018					
GESTIÓN	1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE	4TO TRIMESTRE	TOTAL
Productividad - invitaciones a contratar	52	4	6	19	81
Evaluaciones Jurídicas	91	144	98	134	467
Contratos suscritos	182	162	47	77	468
Adiciones y prórrogas	48	25	60	219	352
Liquidaciones vigencias 2016 y 2017	35	169	81	107	392
Total	408	504	292	556	1760

Se observa un total de 1760 actuaciones realizadas al cuarto trimestre de 2018.

e. COBRO JURÍDICO DE CARTERA DEL HOSPITAL – (indicador de proceso)

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er trim 2018	Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 2do trim 2018	Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 3er trim 2018	Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 4to trim 2018	Valor deuda (intereses más capital)
CARTERA LIMPIA	45	\$40.963.068.568	18	\$18.966.458.310	18	\$18.966.458.310	21	\$39.595.135.304



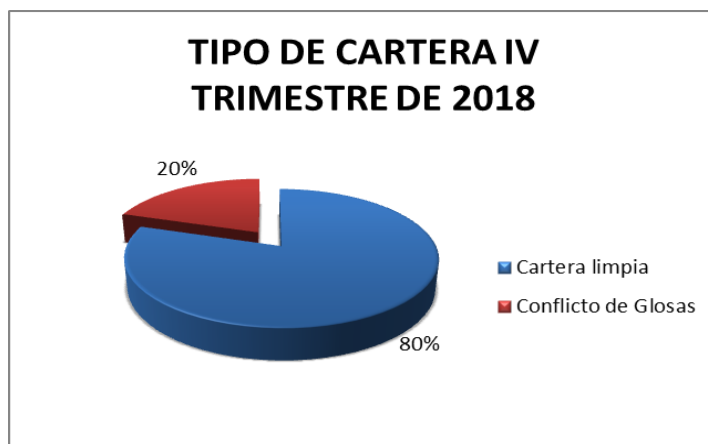
GLOSAS	32	\$11.917.366.907	24	\$10.811.967.469	24	\$10.811.967.469	23	\$ 9.929.172.910
Total general	77	\$52.880.435.475	42	\$29.778.425.779	42	\$29.778.425.779	44	\$49.524.308.214

Se precisa que en el 3er trimestre de 2018, habían 42 procesos por valor de \$29.778.425.779, de los cuales en el 4to trimestre se retiraron 3 procesos por \$913.334.856, los cuales sé que se relacionan a continuación:

Entidad	Capital	Valor deuda (intereses más capital)	Tipo de cartera	Jurisdicción	Estado
Ecoopsos	\$592.673.986	\$840.830.182	Conflicto de Glosas	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	La Superintendencia Nacional de Salud, mediante Auto 2018-003148 acepto el desistimiento y ordenó el archivo del proceso por acuerdo de pago.
EPS Cafesalud (MEDIMÁS EPS)	\$21.164.665	\$26.126.338	Cartera limpia	JURISDICCIÓN ORDINARIA	Es presentado en dos nuevos procesos monitorios, actualizando el valor de los intereses.
Convida	\$33.679.507	\$46.378.336	Conflicto de Glosas	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	Terminado, por cuanto la obligación fue pagada, conforme se informó por el Área de Cartera.

Quedando en el 4to trimestre de 2018, en principio 39 procesos por valor de \$28.865.090.923, sin embargo se presentaron 3 solicitudes de conciliación ante la Supersalud cuyo monto asciende a la suma de \$20.621.918.802 y 2 procesos monitorios cuya suma es de \$37.298.489, para un total de **44** procesos activos en cuanto al cobro de cartera por valor de **\$49.524.308.214**.

De igual forma resulta preciso señalar que en comparación con las vigencias anteriores, se observa que en el año 2016 se encontraban activos 54 procesos de cobro de cartera, por el valor de \$37.607.565.398 M/cte, suma que para el año 2017 aumento a 77 procesos por valor de \$52.880.435.475 M/Cte, y que disminuyó para vigencia 2018, encontrándose en curso 44 procesos por valor de \$49.524.308.214 M/Cte.



Al discriminar por tipo de cartera encontramos que referente al valor la participación corresponde a 20% de conflicto de glosas y 80% de cartera limpia, presentándose variación frente al tercer trimestre de 2018, donde conflicto de glosas representaba 36% y cartera limpia el 64%, modificación que obedece a la presentación ante la Superintendencia Nacional de Salud de 3 solicitudes de conciliación, por concepto de cartera limpia, siendo Convida EPS, la entidad convocada.

TIPO DE CARTERA	Valor deuda (intereses más capital)	Número de procesos
Cartera limpia	\$ 39.595.135.304	21
Conflicto de Glosas	\$ 9.929.172.910	23
Total general	\$ 49.524.308.214	44

ESTADO	Número de procesos
En proceso	43
Pendiente cumplimiento de la obligación	1
Total general	44

Se debe aclarar que todos los procesos de cobro de cartera (cartera limpia, glosas y devoluciones) no se contabilizan en la base general de los procesos de la entidad, ya que en su momento se adelantaban ante la Superintendencia Nacional de Salud bajo un procedimiento preferente y sumario en virtud de la Ley 1122 de 2007.

Sin embargo, con la Ley 1438 de 2011 se delimitó la competencia jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud para conocer solo de los conflictos derivados de glosas, por tanto, los procesos de cartera limpia se tramitan a través del proceso ejecutivo.

Se encuentran activos CUARENTA Y CUATRO (44) procesos por un valor de CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL TRECIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS M/Cte (\$49.524.308.214), correspondiente a la suma de capital más intereses, de los cuales:

- 16 se encuentran en la jurisdicción ordinaria por valor de CINCO MIL CIENTO TRES MIL MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/Cte (\$5.103.968.043), capital más intereses.

PROCESOS EN CURSO	Suma de Capital	Valor deuda (intereses más capital)	No. Procesos
Alianza Medellín Antioquia EPS	\$ 15.605.363	\$ 22.157.848	1
Caja de Compensación Familiar de Cartagena-Comfamiliar	\$ 4.620.913	\$ 6.355.422	1
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca-Comfacundi	\$ 412.710.789	\$ 633.969.083	1
Emdisalud	\$ 746.184.124	\$ 1.329.128.419	1

Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	\$ 99.449.273	\$ 167.162.470	1
EPS Cafesalud (MEDIMÁS EPS)	\$ 609.504.200	\$ 787.717.480	5
EPS Coomeva	\$ 1.599.997.067	\$ 1.984.248.506	1
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	\$ 1.575.000	\$ 3.875.919	1
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	\$ 44.545.900	\$ 59.853.933	1
Gobernación de la Guajira - Secretaría Departamental.	\$ 664.116	\$ 1.372.380	1
Secretaria de Salud del Valle	\$ 4.307.210	\$ 6.362.284	1
Secretaria Departamental del Chocó	\$ 71.375.469	\$ 101.764.299	1
JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$ 3.610.539.424	\$ 5.103.968.043	16

- 27 se encuentran en proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud por valor de CUARENTA Y TRES MIL MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/Cte (\$43.787.052.762), capital más intereses; y 1 del cual se encuentra pendiente el cumplimiento de la obligación, siendo el valor correspondiente a SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NUEVE PESOS M/Cte (\$ 633.287.409), el cual fue conciliado con CONVIDA EPS ante la Superintendencia Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2018.

PROCESOS EN CURSO	Suma de Capital	Valor deuda (intereses más capital)	No. Procesos
Alcaldía de Cartagena de Indias	\$ 7.310.980	\$ 11.365.119	1
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	\$ 94.619.441	\$ 96.621.762	1
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca-Comfacundi	\$ 385.465.390	\$ 509.977.386	1
Convida	\$ 26.919.732.713	\$ 34.491.167.261	5
Ecoopsos	\$ 5.268.681.092	\$ 8.906.608.497	14
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	\$ 211.143.355	\$ 278.939.089	1
Famisanar y Convida EPS	\$ 23.332.142	\$ 29.459.265	1
Salud Total EPS SA	\$ 45.023.785	\$ 74.845.236	2
Secretaria de Salud de Boyacá	\$ 16.942.597	\$ 16.942.597	1
Secretaria de Salud del Valle	\$ 2.556.909	\$ 4.413.959	1
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	\$ 32.974.808.404	\$ 44.420.340.171	28

En conclusión, se tienen 44 procesos en curso, de los cuales 16 se adelantan en la jurisdicción ordinaria y 28 ante la superintendencia nacional de salud:



PROCESOS EN CURSO	Suma de Capital	Valor deuda (intereses más capital)	No. Procesos
JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$ 3.610.539.424	\$ 5.103.968.043	16
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	\$ 32.974.808.404	\$ 44.420.340.171	28
Total general	\$ 36.585.347.828	\$ 49.524.308.214	44

EVALUACIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD:

Al discriminar la cartera en el Área Jurídica por deudor se observa que el mayor valor esta en cabeza de Convida EPS (69.64%), seguida por Ecoopsos (17.98%) y Coomeva EPS (4%).

Ahora bien, es de aclarar que el 30 de mayo de 2018, se suscribió acuerdo de pago No. 001 de 2018 entre el Hospital Universitario de la Samaritana y la Empresa Promotora de Salud Ecoopsos EPS SAS, por lo que se procedió a solicitar los días 22 y 27 de agosto de 2018, la terminación unilateral de los procesos que cursan en la Superintendencia Nacional de Salud, no obstante, los procesos no serán depurados de la base de datos al encontrarse pendiente el pronunciamiento de dicha entidad.

ENTIDAD	No. Procesos	VALOR DEUDA (Capital mas intereses)	%
Alcaldía de Cartagena de Indias	1	\$ 11.365.119	0,023
Alianza Medellín Antioquia EPS	1	\$ 22.157.848	0,045
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	1	\$ 96.621.762	0,195
Caja de Compensación Familiar de Cartagena- Comfamiliar	1	\$ 6.355.422	0,013
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca- Comfacundi	2	\$ 1.143.946.469	2,310
Convida	5	\$ 34.491.167.261	69,645
Ecoopsos	14	\$ 8.906.608.497	17,984
Emdisalud	1	\$ 1.329.128.419	2,684
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	2	\$ 446.101.559	0,901
EPS Cafesalud (MEDIMÁS EPS)	5	\$ 787.717.480	1,591
EPS Coomeva	1	\$ 1.984.248.506	4,007
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	1	\$ 3.875.919	0,008
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	1	\$ 59.853.933	0,121
Famisanar y Convida EPS	1	\$ 29.459.265	0,059
Gobernación de la Guajira - Secretaria Departamental.	1	\$ 1.372.380	0,003
Salud Total EPS SA	2	\$ 74.845.236	0,151
Secretaria de Salud de Boyacá	1	\$ 16.942.597	0,034
Secretaria de Salud del Valle	2	\$ 10.776.243	0,022

Secretaria Departamental del Chocó	1	\$ 101.764.299	0,205
Total general	44	\$ 49.524.308.214	100

1.7. Indicadores propios del proceso

- **Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%)**

En el cuarto trimestre se registraron 220 requerimientos judiciales (25 glosas y devoluciones, 133 contestaciones de tutelas e incidentes de desacato y 62 trámites procesales y judiciales).

A los 220 requerimientos judiciales del trimestre se adicionan 2 actuaciones en investigaciones de entes de control y 54 derechos de petición, para un total de 276 respuestas dadas en el trimestre.

En la vigencia 2018 se registraron 646 requerimientos judiciales (55 glosas y devoluciones, 401 contestaciones de tutelas e incidentes de desacato y 190 trámites procesales y judiciales).

A los 646 requerimientos judiciales se adicionan 16 actuaciones en investigaciones de entes de control y 247 derechos de petición, para un total de 909 respuestas dadas con corte 31 de diciembre de 2018.

Todos contestados dentro de los términos.

- **Porcentaje de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados. (100%)**

En el cuarto trimestre se presentaron 3 solicitudes de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud y se interpusieron 2 demandas monitorias.

Para la vigencia 2018 se dio gestión a 7 procesos de recuperación de cartera en términos.

Estos indicadores se encuentran analizados en páginas anteriores.

2. PQRS

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

3. PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP:

Se dio cumplimiento al 100% de las actividades previstas en el PUMP, las evidencias son:



PROCESO	# HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/año)	FECHA TERMINACIÓN (dd/mm/año)	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	RESULTADO Y/O AVANCE
Gestión Jurídica	1	Durante las respuestas a los requerimientos judiciales y administrativas se han advertido algunas fallas en el diligenciamiento de las historias clínicas y de los consentimientos informados por parte del personal médico asistencial de la Institución y de las unidades funcionales	<ol style="list-style-type: none"> ¿Por qué? Multiplicidad de funciones durante la atención a los pacientes ¿Por qué? No le dan la importancia al registro en la Historia clínica de las actividades médicas realizadas por Posible Desconocimiento de las consecuencias jurídicas al no adecuado diligenciamiento de la Historia clínica ¿Por qué? No se ha desplegado en el personal asistencial la información atinente a los riesgos jurídicos que acarrea para la entidad el indebido diligenciamiento de la historia clínica y del consentimiento informado 	<ol style="list-style-type: none"> 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 Definir la línea base para el seguimiento de los procesos judiciales vigentes 	<ol style="list-style-type: none"> Planillas de capacitación que evidencien la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados-contratistas) Incluir los datos para la medición en la base de procesos judiciales vigentes de la entidad 	01/06/2018	30/11/2018	% de disminución de demandas que incluyan el indebido diligenciamiento de Historia clínica y consentimiento informado	<p>Se adjunta medio magnético con los soportes de capacitación en historia clínica y consentimiento informado. Se anexa informe de auditoría médica I y II semestre</p> <p>Se elaboró la línea base y además se incluyeron los datos en la base de procesos judiciales de la entidad</p>
	2	No se cumple con la disponibilidad de instrucciones de trabajo para la prestación del servicio en condiciones controladas incumpliendo el requisito 7.5.1 de la norma ISO 9001:2008 Evidencia: No se evidencia el mapa de riesgos que incluya la identificación de los riesgos y los controles establecidos para prevenir su ocurrencia vigencia 2016	<ol style="list-style-type: none"> ¿Por qué? No hubo claridad en el diligenciamiento de la matriz de riesgos ¿Por qué? Cambio de formato de matriz de riesgos 2016 ¿Por qué? Se incluyeron nuevos criterios en la matriz de gestión del riesgo. 	<ol style="list-style-type: none"> Realizar mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Jurídica Socializar los Riesgos del Proceso a los colaboradores del Proceso 	<ol style="list-style-type: none"> Mapa de riesgos disponible en la Intranet del Hospital Formatos de socialización de los riesgos identificados 	01/09/2018	30/09/2018	Porcentaje de cultura de gestión del riesgo Línea Base: 27% Meta: 32%	<ol style="list-style-type: none"> El mapa de riesgos se encuentra publicado en intranet Se realizó la socialización de los riesgos del proceso a los colaboradores del Área Jurídica
	3	No se cumple con métodos apropiados para el seguimiento y medición del proceso incumpliendo el requisito 8.2.3 de la Norma ISO 9001:2008. Evidencia: No se encuentran medidos y analizados los indicadores del proceso que permitan medir y analizar la gestión del mismo y facilite la toma de decisiones.	<ol style="list-style-type: none"> ¿Por qué? El informe de gestión del área Jurídica se enfoca a algunos requerimientos judiciales ¿Por qué? No se encuentran incluidos los indicadores ni su análisis en los informes de gestión del área Jurídica. ¿Por qué? No se tienen medidos ni analizados los indicadores del proceso 	<ol style="list-style-type: none"> Incluir en el TUCI la ficha de los indicadores de área Elaboración de los informes de gestión bajo los análisis elaborados en el TUCI 	<ol style="list-style-type: none"> Informes de gestión con los indicadores medidos y analizados 	01/01/2018	20/12/2018	Porcentaje de cumplimiento de procesos judiciales y gestión de cartera - respuesta oportuna a requerimientos judiciales	Los indicadores del TUCI se encuentran en la Intranet de la entidad y los informes de gestión definitivos han sido reportados trimestralmente a la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad

4	De acuerdo a la identificación de los riesgos del proceso de gestión jurídica y la política de daño antijurídico se identificaron y observaron fallas en la prestación del servicio médico asistencial de la entidad y sus unidades funcionales.	<p>1. ¿Por qué? Existe desconocimiento e incumplimiento de la normatividad que regula la responsabilidad por falla médica en la Institución</p> <p>2. ¿Por qué? El personal médico asistencial de la entidad genera daños a intereses jurídicamente tutelados de los pacientes como son la vida y la salud, como consecuencia de las acciones, omisiones o extralimitación en las funciones o actividades médico asistenciales</p> <p>3. ¿Por qué? La entidad ha sido objeto de varias demandas contencioso administrativas en las que se solicita la reparación de los perjuicios causados a los pacientes como consecuencia del daño generado a estos en su vida o salud</p>	<p>1. Política de Daño antijurídico y programa</p> <p>2. Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico</p> <p>3. Capacitar a los abogados de la entidad en temas de responsabilidad por falla médica</p> <p>4. Auditoria concurrente</p>	<p>1) Planillas de evidencia de la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados-contratistas)</p> <p>2) Planillas de evidencia de la capacitación de los abogados (internos - externos y colaboradores)</p> <p>3) Informes de auditoria concurrente de la Dirección Científica</p>	01/06/2018	30/11/2018	Porcentaje cumplimiento de cronograma del programa de la política de daño antijurídico	<p>1.2.3 Se adjuntan en medio magnético los soportes de acta de socialización de consentimiento de informado, informe de auditoria MD de historia clínica, guías y en común la auditoria concurrente y Médica de consentimiento informado. Soportes de capacitación de médicos y abogados</p>
5	Se observa de manera general, no individualizados los registros de litigios y demandas. (se lleva por proceso y no por documento)	<p>1. ¿Por qué? No se tiene en la base de procesos judiciales de la entidad el registro de los litigios por número de documento lo que dificulta la identificación de las partes del proceso</p> <p>2. ¿Por qué? Se tiene una base de procesos judiciales en la entidad que debe ser actualizada en forma permanente</p> <p>3. ¿Por qué? No se encuentra individualizado en la base de datos de procesos judiciales de la entidad por documento del demandante y del demandado la información de los litigios</p>	<p>1. Incluir los datos de identificación de las partes del proceso en la base de procesos judiciales vigentes de la entidad</p> <p>2. Remitir trimestralmente al área financiera la base de procesos judiciales actualizada</p>	<p>1. Base de datos</p> <p>2. Correo remitisorio</p>	08/10/2018	20/12/2018	Porcentaje de remisión de informes a financiera	<p>Se actualizó la base de datos de los procesos judiciales incluyendo la identificación de las partes del proceso y se remitió el 8 de octubre de 2018 al Área Financiera y además se reenvió a planeación el 26 de octubre de 2018</p>

4. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS):

Se cumplió con el 100% de las 7 actividades previstas en el PAS, las evidencias son:

Indicador de producto			Descripción de estrategias y actividades	Evidencia	Avance
Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida			
Política de Riesgo Antijurídico	Número de actividades ejecutadas /	Porcentaje	Ejecución de la Política de daño antijurídico 30%	1. Informe de ejecución	Se cumplió con el 100% de las actividades previstas en el programa y cronograma de la Política de Daño Antijurídico. Al respecto ver informe de ejecución de la Política de Daño Antijurídico en el numeral 14.

implementada	Total de actividades programadas		Expedientes de procesos judiciales en medio físico 70%	1. Matriz de procesos judiciales de la entidad 2. Informe del auditor	1. Se actualiza permanentemente la matriz de procesos judiciales y se diligencia cada vez que se requiere con las demandas presentadas contra el HUS, esta matriz contiene la información de los procesos judiciales del año 2018 (enero 122 procesos, febrero 122 procesos, marzo 111 procesos, abril 114 procesos, mayo 114 procesos, junio 115, julio 117, agosto 117, septiembre 120, octubre 126, noviembre 129 y diciembre 136 procesos). Ala fecha de presentación de este informe (31 de diciembre de 2018) y con corte a 19 de diciembre de 2018 (cierre de despachos judiciales) se tienen 111 procesos judiciales reportados al sistema SIHO 2193, de los cuales 91 se encuentran en físico en la entidad para un total del 82% del archivo. 2. El Auditor de Procesos Judiciales del HUS verifica los términos de respuesta a los trámites procesales, como son contestación a demandas e interposición de acciones de repetición, así como la revisión del estado actual del proceso en la página web de la rama judicial y un análisis o valoración sobre la probabilidad de pérdida de los procesos. El auditor ha realizado 12 auditorías mensuales para un cumplimiento del 100%. Cumpliendo con esta actividad al 100%.
Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	Capacitación a las áreas que solicitan la necesidad en estudios previos 25%	Planillas de capacitación	Para el cumplimiento de esta actividad, se conminó a la asistencia de todos los jefes de proyectos adscritos al Hospital para la realización de capacitación programada por la Oficina Asesora Jurídica con los siguientes temas: 1. Estatuto de Contratación Acuerdos 08 de 2014 y 016 de 2017. 2. manual de contratación de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana 3. Principios Rectores de la Contratación. 4. Estudios Previos 5. Funciones y Controles de los Supervisores 6. Ejecución Contractual 7. Riesgos Una vez revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 jefes de proyecto en total, cumpliendo con el 100% del personal capacitado.
		Porcentaje	Capacitar al personal encargado del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar de acuerdo a la normatividad vigente. 20%	Planillas de capacitación	Primer Trimestre: Se realizó la capacitación a ocho (8) personas, las cuales están encargadas del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%. Segundo Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el segundo trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se ejecutaron el total de las actividades programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma.
		Porcentaje	Capacitación en Estatuto y Manual de contratación y funciones de Supervisores e interventores 25%	Planillas de capacitación	Para el cumplimiento de esta actividad, se conminó a la asistencia de todos los supervisores de contratos adscritos al Hospital para la realización de capacitación programada por la Oficina Asesora Jurídica con los siguientes temas: 1. Estatuto de Contratación Acuerdos 08 de 2014 y 016 de 2017 2. Manual de Contratación de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana 3. Principios Rectores de la Contratación 4. Estudios Previos 5. Funciones y Controles de los Supervisores

				<p>6. Ejecución Contractual 7. Riesgos</p> <p>Una vez revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 supervisores en total, cumpliendo con el 100% del personal capacitado.</p>
	Porcentaje	Doble verificación de las pólizas 20%	Informe de doble verificación	<p>Actividad 1</p> <p>Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 241 pólizas aportadas en el cuarto trimestre del año 2018, de las cuales correspondieron a garantía única 209 y a Responsabilidad Civil 32, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se verificaron un total de ochocientos cuarenta y ocho (848) pólizas aportadas en los contratos suscritos y en ejecución tanto por el profesional del área de contratación como del profesional del área de la oficina jurídica, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>
	Porcentaje	liquidación de contratos en los que proceda de las vigencias 2016 - 2017 10%	Informe de liquidación de contratos y requerimientos a los supervisores (Se entiende que procede la liquidación dentro de los 34 meses posteriores a la terminación del contrato de conformidad al contrato y a la ley y no se esté ejecutando en la vigencia 2018)	<p>Primer trimestre: Liquidaciones vigencia 2016. Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%. Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 275 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 76%.</p> <p>Segundo trimestre: Liquidaciones vigencia 2016. Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%. Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 280 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 78.9%. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se liquidaron un total 467 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), de 548 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), para un cumplimiento de 85%.</p> <p>Tercer trimestre: Liquidaciones vigencia 2016. Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%.</p>

				<p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 294 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 81%.</p> <p>Cuarto trimestre: Liquidaciones vigencia 2016.</p> <p>a). Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, suscribió un total de 187 contratos, los cuales se encuentran en un ciento (100%) por ciento liquidados.</p> <p>b). Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, suscribió un total de 361 contratos, de los cuales un equivalente al cien (100%) por ciento se encuentran liquidados.</p> <p>Contratos que se encontraban en término para liquidar de forma bilateral o unilateral de conformidad con el Manual de Contratación y el artículo 39 del Acuerdo No. 016 de 2016, el cual modifica, sustituye y adiciona el Acuerdo No.008 de 2014 que adopta el manual de contratación de la Entidad.</p> <p>El contrato 479 de 2016 cuyo objeto corresponde "EFECTUARÁ LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD A EL CONTRATANTE EN SUS INSTALACIONES UBICADAS EN LA CARRERA 8 NO. 0-29 SUR, DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2082 DEL 29 DE MAYO DE 2014 SEGUN CORRESPONDA" de la empresa ICONTEC INTERNACIONAL, se encuentra en ejecución por cuatro años por lo cual no procede su liquidación.</p> <p>Primer trimestre: Liquidaciones vigencia 2017. Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 43 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 22.5%. Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 44 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 17.3%.</p> <p>Segundo trimestre: Liquidaciones vigencia 2017. Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 175 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 90%. Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 73 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 28.79%.</p> <p>Tercer trimestre: Liquidaciones vigencia 2017. Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 193 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 99%. Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 135 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 53%.</p> <p>Cuarto trimestre:</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, suscribió un total de 195 contratos, de los cuales un equivalente al cien (100%) por</p>
--	--	--	--	---

					<p>ciento se encuentran liquidados.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, suscribió un total de 254 contratos, de los cuales un equivalente al cien (100%) por ciento se encuentran liquidados.</p> <p>Contratos que se encontraban en término para liquidar de forma bilateral o unilateral de conformidad con el Manual de Contratación y el artículo 39 del Acuerdo No. 016 de 2016 el cual modifica, sustituye y adiciona el Acuerdo No. 008 de 2014 que adopta el manual de contratación de la Entidad.</p> <p>Respecto de los siguientes contratos no procede liquidación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 410 - CARVAJAL GÓMEZ SERVICIOS & SOLUCIONES LTDA - En ejecución hasta el 31 de diciembre de 2018. • 452 - BRILLANTE EXPRESS S.A.S. - En ejecución hasta el 30 de abril de 2019. • 457 - SOLUCIONES DE TECNOLOGIA E INGENIERIA SAS - SDT INGENIERIA SAS - En ejecución hasta el 27 de diciembre de 2018. • 341 - CARESTREAM HEALTH COLOMBIA LTDA - En término para liquidar (En ejecución hasta el 3 de diciembre de 2018) <p>El Supervisor solicita no liquidar los siguientes contratos por encontrarse pendientes en la ejecución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 312 TECNOLOGÍAS MÉDICAS COLOMBIA S.A.S. - El supervisor del contrato solicitó la suspensión del trámite de liquidaciones en atención a temas pendientes de valores económicos respecto de la ejecución. <p>Es necesario precisar que en el PAS correspondiente al cuarto trimestre de la anualidad se incluyó que el Contrato 458 de 2017 no había sido liquidado en tanto que el supervisor del contrato solicitó la suspensión del trámite de liquidación en atención a temas pendientes de garantías sobre las obras entregadas; no obstante, a través de la radicación del informe final de supervisión a la oficina de Contratos, se procedió a surtir el trámite de liquidación bilateral, la cual fue suscrita el 27 de diciembre de 2018.</p>
--	--	--	--	--	--

5. DECÁLOGO DEL GERENTE:

Se toman los mismos compromisos de la vigencia anterior ya que no se han pactados nuevos.

La Oficina Asesora Jurídica cumplió en un 100% los 5 ítems o actividades previstas en el Decálogo del Gerente, así:



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	TERCER SEGUIMIENTO 30 DE SEPTIEMBRE DE 20178 (Tercer Trimestre)
16	Transparencia	Fortalecer en la ESE la contratación transparente usando herramientas de Colombia Compra Eficiente	Acceder a estrategias	Porcentaje de contratación con el uso de herramientas de CCE	<p>1. De acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia compra eficiente recomienda adecuar los manuales de Contratación para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios</p> <p>2. Esto dado que Las Entidades Estatales no obligadas por la Ley 80 de 1993 registradas en la TVEC, aceptan la normativa aplicable a los Procesos de Contratación de los Acuerdos Marco de Precios, Contratos de Agregación de Demanda y Compra en Gran Almacén para las transacciones que adelantan en la TVEC. https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_tienda_virtual/20150819reqlamentotvec.pdf</p> <p>3. En el párrafo del artículo 5° del Estatuto se prevé la posibilidad de que la ESE pueda utilizar sistemas de compras electrónicas previa justificación mediante estudio técnico.</p> <p>En razón de lo anterior, por Resoluciones No. 309, 530 de 2018 y 129 de 2019 inclusive, se modificó el manual de contratación de la Entidad.</p>

Del ítem número 16 es importante resaltar que:

1. Acorde a lo dispuesto por el **artículo 2, del párrafo 5, inciso 3 de la ley 1150 del 2007**, “...El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales el uso de acuerdos marco de precios **se hará obligatorio para las entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el Orden Nacional, sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.**” (Negrilla, cursiva y subrayado).

2. Confirma lo anterior, concepto emitido por la Agencia Nacional de Contratación Pública, en su portal de Colombia Compra Eficiente, en el siguiente link, <https://www.colombiacompra.gov.co/sites/default/files/amp/20140110preguntasfrecuentesamp.pdf>

“(U): ¿Quién está obligado a comprar al amparo de un Acuerdo Marco de Precios?”

(A): La ley 1150 de 2007 establece que los Acuerdos Marco de Precios son obligatorios para las Entidades Estatales del orden Nacional pertenecientes a la Rama Ejecutiva para la adquisición de bienes y servicios de características técnicas uniformes. En consecuencia, cuando una Entidad Estatal del orden nacional de la rama ejecutiva, obligada por la Ley 1150 de 2007, va a adquirir un bien cubierto por un Acuerdo Marco de Precios debe hacerlo al amparo del mismo. Cuando no existe un Acuerdo Marco de Precios para el bien o servicio que requiere, la Entidad Estatal debe utilizar la modalidad de selección que corresponda de acuerdo con la naturaleza del bien o servicio y su cuantía. Las demás Entidades Estatales”

3. También la Directiva presidencial 001 de 2016. Los acuerdo marco de precios son obligatorios para todas las entidades estatales de la rama ejecutiva del orden Nacional.



<

Por todo lo expuesto anteriormente es importante resaltar que el Hospital Universitario de la Samaritana es una Empresa Social del Estado, que se encuentra sometida a un régimen especial de contratación, de acuerdo al numeral 6 del artículo 195 de la ley 100 de 1993, por lo anterior no estaría sometida a dichos acuerdos marco de precio. Sumado a que somos la E.S.E que compra más barato en la región.

Además de acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia compra eficiente recomienda adecuar los manuales de Contratación para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios. En vista de esto y a que el Estatuto y el manual de contratación están ajustados para revisión de la Junta directiva se expondrá la posibilidad o no de incluirlo aun sin estar obligados.

Empero, es importante precisar que el parágrafo del artículo 5º del Estatuto de Contratación de la entidad prevé la posibilidad de utilizar **sistemas de compras electrónicas** previa justificación mediante estudio técnico.

En razón de lo anterior, por Resoluciones No. 309, 530 de 2018 y 129 de 2019 inclusive, se modificó el manual de contratación de la Entidad.

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	PRIMER SEGUIMIENTO 30 DE SEPTIEMBRE DE 2017 (Tercer Trimestre)
17	Transparencia	Revisar y ajustar los Manuales de Contratación en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Manuales de contratación enmarcados en los principios de racionalidad, eficiencia y transparencia	Manual de contratación revisado y ajustado	1. Se suscribió el acuerdo 016 de 2017 2. Se realizaron los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos, por Resoluciones No. 309, 530 de 2018 y 129 de 2019 inclusive, se modificó el manual de contratación de la Entidad.
18	Transparencia	Realizar las acciones judiciales de reclamación pertinente a procesos condenatorio	Interponer de manera oportuna las acciones judiciales frente a los procesos condenatorios	Proporción de acciones de reclamación judicial interpuesta	Una vez se presenten fallos condenatorios el comité de conciliación y defensa judicial de la entidad toma la decisión de instaurar la correspondiente Acción de repetición. Se resolvió en comité de 26 de marzo de adelantar la acción de repetición como consecuencia del fallo condenatorio proferido dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 2013-0481. La demanda de repetición se interpuso el 31 de mayo de 2018, es decir, dentro del término establecido para su presentación y se adelanta en Juzgado 33 Oral del Circuito Judicial de Bogotá bajo el radicado No. 2018-0189.
19	Transparencia	Implementar el comité de defensa jurídica para la ejecución de acciones y	Contar con comité de defensa jurídica y evidencias	Proporción de acciones de repetición	Se elaboró la resolución y el reglamento del comité, igualmente se actualizó el procedimiento. Existen actas de comité por

		de repetición	acciones de repetición	de interpuestas	cada reunión. Se resolvió en comité de 26 de marzo adelantar la acción de repetición como consecuencia del fallo condenatorio proferido dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 2013-0481.
27	Equilibrio Financiero	Realizar la gestión mínima necesaria para incrementar el recaudo mediante la acción judicial de la cartera de las EAPB	Recuperación de cartera	Consolidado del cobro por acción judicial / Valor total de la cartera de la EAPB	Durante el año 2018, se presentaron 5 procesos de Convida a la Oficina Asesora Jurídica para recuperación de cartera a través de acción jurisdiccionales ante la Supersalud, todos tramitados dentro del término establecido para un cumplimiento del 100%.

6. MISIÓN SALUD

Se toman los mismos compromisos de la vigencia anterior ya que no se han pactado nuevos y se adicionan dos actividades de tareas pactadas durante la vigencia.

El Área Jurídica cumplió al 100% las 3 actividades de misión salud los cuales consistían en revisar y ajustar el Manual de Contratación, establecer Plan de Defensa Jurídica y la recolección de los Expedientes Físicos de los procesos de la entidad, las evidencias son:

COMPROMISOS MISIÓN SALUD	ESTADO DE AVANCE
Revisar y ajustar Manual de Contratación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se suscribió el acuerdo 016 de 2017. 2. Por Resolución No. 530 de 28 de diciembre de 2018, se modificó el manual de contratación de la entidad conforme a lo dispuesto por la Circular 021 de 2018, del Departamento de Cundinamarca.
Establecer plan de defensa jurídica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se elaboró la política de prevención del daño antijurídico y el cronograma de actividades. 2. Por medio del contrato 2017-352 se inició la recolección de los procesos judiciales de la entidad. 3. A la fecha de presentación de este informe (31 de diciembre de 2018) se encuentra un avance de recolección de procesos físicos del 82% sobre el total de procesos vigentes de la entidad, para un cumplimiento del 100% de la actividad.
Procesos judiciales en Físicos completos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza auditoria a los procesos con forme a la matriz de procesos judiciales de la entidad, a la fecha se han efectuado 12 auditorías para el cumplimiento del 100% de esta actividad. 2. Se discriminaron por Unidad Funcional los hechos de cada proceso. 3. Se incluyeron los datos de identificación CC o NIT de los demandantes y demandados.

7. PLAN ANTICORRUPCIÓN

Con el objetivo de fortalecer los comportamientos éticos de los servidores públicos y colaboradores de la ESE, se han generado diferentes estrategias para la lucha contra la corrupción a través de diferentes componentes.

Es de precisar que la Oficina Asesora Jurídica no tiene asignadas actividades para este plan, sin embargo en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018 se incluyó a cargo de esta Oficina la socialización del Código del Buen Gobierno, razón por la que se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad se corrigiera este yerro, pues es esta una función de otra dependencia.

Igualmente, respecto del Plan Anticorrupción 2018 en la actividad 5.4., se le solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad corregir este error, toda vez que la publicación de la información sobre contratación pública no es responsabilidad de la Oficina Jurídica, sino de otras dependencias de la entidad.

Sumado a lo anterior se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad modificar la descripción del control del mapa de riesgos de corrupción que pertenece al proceso de Direccionamiento Estratégico, tipo de riesgo: corrupción, riesgo: No aplicación de las normas legales vigentes que rigen y aplican a la entidad.

8. PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORIA

Se cumplió con 100% de las actividades de mejora establecidas en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría, las evidencias son:

ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	AVANCE
GESTIÓN JURIDICA	Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica. 2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución. 3. verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas 	<p>Actividad 1</p> <p>Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 241 pólizas aportadas en el cuarto trimestre del año 2018, de las cuales correspondieron a garantía única 209 y a Responsabilidad Civil 32, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se verificaron un total de ochocientos cuarenta y ocho (848) pólizas aportadas en los contratos suscritos y en ejecución tanto por el profesional del área de contratación como del profesional del área de la oficina jurídica, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>Actividad 2</p> <p>Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (27) de los contratos suscritos y en ejecución (270) los cuales corresponden a un total de 43 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del</p>

			<p>10% (32) de los contratos suscritos y en ejecución (319) los cuales corresponden a un total de 47 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (35) de los contratos suscritos y en ejecución (344) los cuales corresponden a un total de 52 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de los contratos suscritos y en ejecución (385), por lo que se efectuó la revisión de 47 de pólizas de 39 contratos (10%), para el cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de contratos suscritos y en ejecución por cada trimestre, los cuales correspondieron a un total de 133 contratos donde se les reviso 189 pólizas, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>Actividad 3: Primer trimestre: Se realizó verificación de 41 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación de 300 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación de 94 pólizas a al momento de liquidar 14 contratos de la vigencia 2016 y 81 contratos: 67 contratos de la vigencia 2017, para un total de 81 contratos con revisión de pólizas al momento de la liquidación en el tercer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Para la entrada en vigencia de 2018 un total de 187 contratos suscritos en el 2016 se encontraban liquidados, quedando un saldo por liquidar equivalente 361 contratos de la vigencia 2016, los cuales se inició el proceso de liquidación en el tercer trimestre.</p> <p>Cuarto Trimestre: En el cuarto trimestre del 2018, Se realizó verificación de 104 pólizas al momento de liquidar 101 contratos de la vigencia 2017, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se realizó la verificación de un total de 539 pólizas de 319 contratos que se liquidaron durante esa vigencia, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>
GESTIÓN JURIDICA	Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de	1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el	Actividad 1 Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas

	<p>de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello</p> <p>profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica.</p> <p>2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución.</p> <p>3. Verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas</p>	<p>aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 241 pólizas aportadas en el cuarto trimestre del año 2018, de las cuales correspondieron a garantía única 209 y a Responsabilidad Civil 32, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se verificaron un total de ochocientos cuarenta y ocho (848) pólizas aportadas en los contratos suscritos y en ejecución tanto por el profesional del área de contratación como del profesional del área de la oficina jurídica, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>Actividad 2</p> <p>Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (27) de los contratos suscritos y en ejecución (270) los cuales corresponden a un total de 43 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (32) de los contratos suscritos y en ejecución (319) los cuales corresponden a un total de 47 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (35) de los contratos suscritos y en ejecución (344) los cuales corresponden a un total de 52 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de los contratos suscritos y en ejecución (385), por lo que se efectuó la revisión de 47 de pólizas de 39 contratos (10%), para el cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de contratos suscritos y en ejecución por cada trimestre, los cuales correspondieron a un total de 133 contratos donde se les reviso 189 pólizas, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>	<p>aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 241 pólizas aportadas en el cuarto trimestre del año 2018, de las cuales correspondieron a garantía única 209 y a Responsabilidad Civil 32, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se verificaron un total de ochocientos cuarenta y ocho (848) pólizas aportadas en los contratos suscritos y en ejecución tanto por el profesional del área de contratación como del profesional del área de la oficina jurídica, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>Actividad 2</p> <p>Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (27) de los contratos suscritos y en ejecución (270) los cuales corresponden a un total de 43 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (32) de los contratos suscritos y en ejecución (319) los cuales corresponden a un total de 47 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (35) de los contratos suscritos y en ejecución (344) los cuales corresponden a un total de 52 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de los contratos suscritos y en ejecución (385), por lo que se efectuó la revisión de 47 de pólizas de 39 contratos (10%), para el cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de contratos suscritos y en ejecución por cada trimestre, los cuales correspondieron a un total de 133 contratos donde se les reviso 189 pólizas, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>
--	--	---	---

			<p>Actividad 3: Primer trimestre: Se realizó verificación de 41 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%. Segundo trimestre: Se realizó verificación de 300 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%. Tercer trimestre: Se realizó verificación de 94 pólizas a al momento de liquidar 14 contratos de la vigencia 2016 y 81 contratos: 67 contratos de la vigencia 2017, para un total de 81 contratos con revisión de pólizas al momento de la liquidación en el tercer trimestre del año, para cumplimiento del 100%. Para la entrada en vigencia de 2018 un total de 187 contratos suscritos en el 2016 se encontraban liquidados, quedando un saldo por liquidar equivalente 361 contratos de la vigencia 2016, los cuales se inició el proceso de liquidación en el tercer trimestre. Cuarto Trimestre: En el cuarto trimestre del 2018, Se realizó verificación de 104 pólizas al momento de liquidar 101 contratos de la vigencia 2017, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento. En lo transcurrido del año 2018, se realizó la verificación de un total de 539 pólizas de 319 contratos que se liquidaron durante esa vigencia, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>
<p>GESTIÓN JURIDICA</p>	<p>Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello</p>	<p>1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica.</p> <p>2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución.</p>	<p>Actividad 1 Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%. Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%. Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%. Cuarto Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 241 pólizas aportadas en el cuarto trimestre del año 2018, de las cuales correspondieron a garantía única 209 y a Responsabilidad Civil 32, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>

		<p>3. Verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas</p>	<p>En lo transcurrido del año 2018, se verificaron un total de ochocientos cuarenta y ocho (848) pólizas aportadas en los contratos suscritos y en ejecución tanto por el profesional del área de contratación como del profesional del área de la oficina jurídica, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>Actividad 2 Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (27) de los contratos suscritos y en ejecución (270) los cuales corresponden a un total de 43 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%. Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (32) de los contratos suscritos y en ejecución (319) los cuales corresponden a un total de 47 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%. Tercer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (35) de los contratos suscritos y en ejecución (344) los cuales corresponden a un total de 52 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%. Cuarto Trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de los contratos suscritos y en ejecución (385), por lo que se efectuó la revisión de 47 de pólizas de 39 contratos (10%), para el cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de contratos suscritos y en ejecución por cada trimestre, los cuales correspondieron a un total de 133 contratos donde se les revisó 189 pólizas, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>Actividad 3: Primer trimestre: Se realizó verificación de 41 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%. Segundo trimestre: Se realizó verificación de 300 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%. Tercer trimestre: Se realizó verificación de 94 pólizas a al momento de liquidar 14 contratos de la vigencia 2016 y 81 contratos: 67 contratos de la vigencia 2017, para un total de 81 contratos con revisión de pólizas al momento de la liquidación en el tercer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Para la entrada en vigencia de 2018 un total de 187 contratos suscritos en el 2016 se encontraban liquidados, quedando un saldo por liquidar equivalente 361 contratos de la vigencia 2016, los cuales se inició el</p>
--	--	--	---

			<p>proceso de liquidación en el tercer trimestre.</p> <p>Cuarto Trimestre: En el cuarto trimestre del 2018, Se realizó verificación de 104 pólizas al momento de liquidar 101 contratos de la vigencia 2017, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se realizó la verificación de un total de 539 pólizas de 319 contratos que se liquidaron durante esa vigencia, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>
<p>GESTIÓN JURIDICA (Supervisores de los Contratos)</p>	<p>Fortalecer la elaboración y verificación de los estudios previos por parte del área solicitante y la subdirección de bienes y compras y suministros</p>	<p>1. Capacitación y Evaluación a los supervisores sobre el conocimiento sobre los principios generales de la contratación de la E.S.E., manual de contratación de la E.S.E. y procedimiento de ejecución contratación y metodología – controles para desarrollar la labor del supervisor.</p> <p>2. Diligenciar el cuadro de control diseñado por parte de la Oficina Asesora Jurídica, por parte de los supervisores de los contratos en ejecución de la entidad que contenga las fechas de cumplimiento de cada etapa de la ejecución, términos adecuados para solicitar adiciones (tiempo y presupuesto) etc.</p>	<p>Actividad 1</p> <p>1. El 29 de junio de 2018 se realizó reunión con el objetivo de dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento Visita 2017 vigencia 2016, con el propósito de realizar capacitación y evaluación a los supervisores sobre el conocimiento de los principios generales de la contratación, estatuto de contratación de la E.S.E. y procedimiento de ejecución, contratación y metodología – controles para desarrollar la labor del supervisor.</p> <p>Revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 supervisores en total, con el 100% del personal capacitado.</p> <p>Se tomaron las siguientes decisiones a partir de dicha evaluación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una vez finalizada la evaluación pos-test, las respectivas aclaraciones de las preguntas que surgieron a partir de la misma. 2. Enviar vía correo electrónico a cada uno de los participantes, las respectivas aclaraciones de las preguntas que quedaron mal resueltas en el pos-test. 3. Enviar vía correo electrónico a cada uno de los participantes los resultados y la evaluación pos-test, con la finalidad que conocieran sus fortalezas y debilidades. <p>Actividad 2</p> <p>Se realizó la tabla de seguimiento.</p>
<p>DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN JURIDICA (Gestión documental)</p>	<p>Fortalecer las competencias del personal encargados del archivo de los expedientes contractuales en procura de mejorar la organización y el cumplimiento de la actividad contractual en lo que corresponde al archivo de los mismos</p>	<p>1. Capacitar al personal encargado del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>2. Revisión del total del archivo de los expedientes contractuales de los procesos contractuales de la vigencia 2018.</p>	<p>Actividad 1.</p> <p>Primer Trimestre: Se realizó la capacitación a ocho (8) personas, las cuales están encargadas del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar.</p> <p>Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%.</p> <p>Actividad 2.</p> <p>Primer Trimestre: Se realizó la revisión del 30% de los contratos suscritos en el primer trimestre de la vigencia del año 2018 con un total de 183 contratos siendo el 30% de estos 55 contratos y con los que se certifica el cumplimiento con las tablas de retención documental verificando la tipología, para cumplimiento del 100% de las actividades programadas.</p>

		<p>3. Revisión del total del archivo de los expedientes contractuales de los procesos contractuales de la vigencia 2017.</p>	<p>Segundo Trimestre: Se realizó la revisión del 60% de los contratos suscritos en el segundo trimestre de la vigencia del año 2018 y el segundo 60% de los contratos suscritos en el primer y segundo trimestre de la presente anualidad con un total de 335 contratos siendo el 60% de estos 201 contratos y con los que se certifica el cumplimiento con las tablas de retención documental verificando la tipología, para cumplimiento del 100% de las actividades programadas</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó la revisión del 90% de los contratos suscritos en el tercer trimestre de la vigencia del año 2018 y el tercer 90% de los contratos suscritos en el primer, segundo y tercer trimestre de la presente anualidad con un total de 378 contratos siendo el 90% de estos 340 contratos y con los que se certifica el cumplimiento con las tablas de retención documental verificando la tipología, para cumplimiento del 100% de las actividades programadas.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se realizó la revisión del 100% de los contratos suscritos en el cuarto trimestre de la vigencia del año 2018 donde se advirtió que los mismos dieron cumplimiento con las tablas de retención documental verificando la tipología. Frente verificación de los contratos suscritos en el primer (183), segundo (152), tercer (43) y cuarto (31) trimestre de 2018 con un total de 409 contratos, se indica que se dio cumplimiento con las tablas de retención documental verificando la tipología, para un cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>En lo transcurrido del 2018 se realizó la revisión de 409 contratos suscritos y en ejecución de esa vigencia, los cuales se advierte que cumplieron con las tablas de retención documental, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p> <p>Actividad 3. Primer Trimestre: Se realizó la revisión de los expedientes contractuales de la vigencia de 2017; para un total de 82 expedientes de 461 contratos suscritos evidenciando que se está cumpliendo con la tipología documental y orden cronológico, a 27 de marzo de 2018 teniendo un porcentaje de revisión de 18%.</p> <p>Segundo Trimestre: Se realizó la revisión de los expedientes contractuales de la vigencia de 2017; para un total de 322 expedientes de 461 contratos suscritos evidenciando que se está cumpliendo con la tipología documental y orden cronológico, a 28 de junio de 2018 teniendo un porcentaje de revisión de 70%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó la revisión de los expedientes contractuales de la vigencia de 2017; para un total de 454 expedientes de 461 contratos suscritos evidenciando que se está cumpliendo con la tipología documental y orden cronológico. Se hace la salvedad que 6 contratos registran como anulados, para un total de 454 expedientes contractuales revisados de 2017, a 31 de julio de 2018 teniendo un porcentaje de revisión de 100%.</p>
--	--	--	--

			En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó la revisión de 454 contratos que se suscribieron en la vigencia 2017 para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.
--	--	--	---

9. PLAN INDICATIVO

Se cumplió con el **100%** de las actividades establecidas en el Plan Indicativo.

Meta de producto anual	Indicador de producto		Actividad
Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje
Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje

Se cumplió con el 100% de las actividades previstas en el programa y cronograma de la Política de Daño Antijurídico. Al respecto ver informe de ejecución de la Política de Daño Antijurídico en el numeral 14.

Primer trimestre:
Liquidaciones vigencia 2016.
Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%.
Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 275 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 76%.

Segundo trimestre:
Liquidaciones vigencia 2016.
Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%.
Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 280 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 78.9%.
En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se liquidaron un total 467 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), de 548 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), para un cumplimiento de 85%.

Tercer trimestre:
Liquidaciones vigencia 2016.
Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de **100%**.
Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 294

			<p>se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 81%.</p> <p>Cuarto trimestre: Liquidaciones vigencia 2016.</p> <p>a). Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, suscribió un total de 187 contratos, los cuales se encuentran en un ciento (100%) por ciento liquidados.</p> <p>b). Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, suscribió un total de 361 contratos, de los cuales un equivalente al cien (100%) por ciento se encuentran liquidados.</p> <p>Contratos que se encontraban en término para liquidar de forma bilateral o unilateral de conformidad con el Manual de Contratación y el artículo 39 del Acuerdo No. 016 de 2016, el cual modifica, sustituye y adiciona el Acuerdo No.008 de 2014 que adopta el manual de contratación de la Entidad.</p> <p>El contrato 479 de 2016 cuyo objeto corresponde "EFECTUARÁ LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD A EL CONTRATANTE EN SUS INSTALACIONES UBICADAS EN LA CARRERA 8 NO. 0-29 SUR, DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2082 DEL 29 DE MAYO DE 2014 SEGUN CORRESPONDA" de la empresa ICONTEC INTERNACIONAL, se encuentra en ejecución por cuatro años por lo cual no procede su liquidación.</p> <p>Primer trimestre: Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 43 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 22.5%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 44 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 17.3%.</p> <p>Segundo trimestre: Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 175 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 90%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se</p>
--	--	--	--

			<p>suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 73 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 28.79%.</p> <p>Tercer trimestre: Liquidaciones vigencia 2017. Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 193 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 99%. Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 135 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 53%.</p> <p>Cuarto trimestre: Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, suscribió un total de 195 contratos, de los cuales un equivalente al cien (100%) por ciento se encuentran liquidados. Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, suscribió un total de 254 contratos, de los cuales un equivalente al cien (100%) por ciento se encuentran liquidados.</p> <p>Contratos que se encontraban en término para liquidar de forma bilateral o unilateral de conformidad con el Manual de Contratación y el artículo 39 del Acuerdo No. 016 de 2016 el cual modifica, sustituye y adiciona el Acuerdo No.008 de 2014 que adopta el manual de contratación de la Entidad.</p> <p>Respecto de los siguientes contratos no procede liquidación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 410 - CARVAJAL GÓMEZ SERVICIOS & SOLUCIONES LTDA - En ejecución hasta el 31 de diciembre de 2018. • 452 - BRILLANTE EXPRESS S.A.S. - En ejecución hasta el 30 de abril de 2019. • 457 - SOLUCIONES DE TECNOLOGIA E INGENIERIA SAS - SDT INGENIERIA SAS - En ejecución hasta el 27 de diciembre de 2018. • 341 - CARESTREAM HEALTH COLOMBIA LTDA - En término para liquidar (En ejecución hasta el 3 de diciembre de 2018) <p>El Supervisor solicita no liquidar los siguientes contratos por encontrarse pendientes en la ejecución:</p>
--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> 312 TECNOLOGIAS MÉDICAS COLOMBIA S.A.S. - El supervisor del contrato solicitó la suspensión del trámite de liquidaciones en atención a temas pendientes de valores económicos respecto de la ejecución. <p>Es necesario precisar que en el PAS correspondiente al cuarto trimestre de la anualidad se incluyó que el Contrato 458 de 2017 no había sido liquidado en tanto que el supervisor del contrato solicitó la suspensión del trámite de liquidación en atención a temas pendientes de garantías sobre las obras entregadas; no obstante, a través de la radicación del informe final de supervisión a la oficina de Contratos, se procedió a surtir el trámite de liquidación bilateral, la cual fue suscrita el 27 de diciembre de 2018.</p>
--	--	--	--	---

10. INFORME DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

La Oficina Jurídica dio cumplimiento al 100% de las actividades previstas, las evidencias son las siguientes:

INDICADOR	FÓRMULA	ACTIVIDAD	AVANCE
Porcentaje de cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Informe de cumplimiento del programa	<p>Primer Trimestre: Se ejecutaron cinco (5) actividades de las cinco (5) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo Trimestre: Se ejecutaron seis (6) actividades de las seis (6) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto Trimestre: Se ejecutaron seis (6) actividades de las seis (6) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>A CUARTO TRIMESTRE de 2018 se han ejecutado veinte (20) actividades de las veinte (20) programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico.</p>
	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Incluir dentro del programa de auditorías internas del Hospital las auditorías a los procesos judiciales de la entidad por falla médica	<p>Primer Trimestre: Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%.</p> <p>Para el 2do, 3er y 4to: En el cronograma de daño antijurídico, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>A CUARTO TRIMESTRE de 2018 se ejecutaron el total de las actividades programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico.</p>
	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Realizar auditoría a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad	<p>Primer Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres</p>

		<p>(3) programas para un cumplimiento del 100%. Cuarto Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>A CUARTO TRIMESTRE de 2018 se han ejecutado doce (12) auditorías de las doce (12) programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico</p>
<p>Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar</p>	<p>Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico</p>	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se capacitaron a sesenta y cinco (65) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá, sobre un total de 374 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 17%</p> <p>Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 59 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 6 médicos capacitados.</p> <p>Tercer Trimestre: Se capacitaron a doscientos treinta y tres (233) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá en el tercer trimestre del año, sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar (se evidencia reducción debido a terminación de contrato), resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 63 % Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 143 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 90 médicos capacitados.</p> <p>Cuarto Trimestre:</p> <p>En el cuarto trimestre del año 2018 se capacitaron un total de setenta y tres (73) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 20%. Respecto al personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un número de cincuenta y uno (51) médicos y frente a la sede de Zipaquirá un total de veintidós (22) médicos capacitados.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se ha capacitado a un total de treientos setenta y un (371) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución Hospitalaria (Bogotá y Zipaquirá) sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del ciento (100 %) por ciento. De los cuales, un total de 253 médicos profesionales especializado adscrito a la sede Bogotá se encuentran capacitados y un total 118 médicos profesionales especializado de la Unidad Funcional de Zipaquirá se encuentran capacitados.</p>

	Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar	Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Segundo trimestre: Se capacitaron a once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución, sobre un total de once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se capacitaron a 11 abogados sobre un total de 11 abogados a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%</p>
	Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas	Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica, y adherencia de guías	Porcentaje de auditorías concurrentes realizadas: A cuarto trimestre de la vigencia 2018 se cumplió en un 100% las auditorías programadas, con resultados evidenciados en los informes realizados por cada uno de los componentes a evaluar.
	Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla	Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad	<p>Primero Trimestre: Un total de ciento cincuenta y cinco (155) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales ciento cincuenta y cinco (155) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así "Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL", para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Un total de ciento sesenta y un (161) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales cinco (5) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así "Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL", para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Un total de cuarenta y tres (43) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales seis (6) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así "Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL", para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto trimestre: De un total de cuatrocientos nueve (409) contratos que se suscribieron en la vigencia de 2018, solo ciento ochenta y nueve (189) se hicieron para cubrir la actividad medico asistencial, administrativo y legal, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así "Acatar y cumplir</p>

			<p>con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>
<p>Porcentaje de profesionales capacitados en responsabilidad médica</p>	<p>Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar</p>	<p>Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico</p>	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se capacitaron a sesenta y cinco (65) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá, sobre un total de 374 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 17%</p> <p>Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 59 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 6 médicos capacitados.</p> <p>Tercer Trimestre: Se capacitaron a doscientos treinta y tres (233) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá en el tercer trimestre del año, sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar, se evidencia reducción del número por terminación del contrato, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 63 %</p> <p>Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 143 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 90 médicos capacitados.</p> <p>Cuarto Trimestre:</p> <p>En el cuarto trimestre del año 2018 se capacitaron un total de setenta y tres (73) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 20%. Respecto al personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un número de cincuenta y uno (51) médicos y frente a la sede de Zipaquirá un total de veintidós (22) médicos capacitados.</p> <p>En lo transcurrido del año 2018, se ha capacitado a un total de treientos setenta y un (371) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución Hospitalaria (Bogotá y Zipaquirá) sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del ciento (100 %) por ciento. De los cuales, un total de 253 médicos profesionales especializado adscrito a la sede Bogotá se encuentran capacitados y un total 118 médicos profesionales especializado de la Unidad Funcional de Zipaquirá se encuentran capacitados.</p>
	<p>Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar</p>	<p>Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre sobre la responsabilidad por falla en la prestación del</p>	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se capacitaron a once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución,</p>

		servicio médico	<p>sobre un total de once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%.</p> <p>En el primer semestre de 2018 se capacitaron a 11 abogados sobre un total de 11 abogados a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%</p>
Porcentaje de auditorías concurrentes realizadas	Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas	Informe de Auditoria Concurrente - Científica	<p>Segundo Trimestre: Se ejecutó 1 actividad de 1 actividad programada cumpliéndose con el 100%. Porcentaje de auditorías concurrentes realizadas: A cuarto trimestre de la vigencia 2018 se cumplió en un 100% las auditorías programadas, con resultados evidenciados en los informes realizados por cada uno de los componentes a evaluar.</p>
Porcentaje de contratos que contienen la obligación de acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad	Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla	Informe del Área de Contratos	<p>Primer Trimestre: Un total de ciento cincuenta y cinco (155) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales ciento cincuenta y cinco (155) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así "Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL", para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Un total de ciento sesenta y un (161) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales cinco (5) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así "Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL", para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Un total de cuarenta y tres (43) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales seis (6) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así "Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL", para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Cuarto trimestre: De un total de cuatrocientos nueve (409) contratos que se suscribieron en la vigencia de 2018, solo ciento ochenta y nueve (189) se hicieron para cubrir la actividad medico asistencial, administrativo y legal, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así "Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL", para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.</p>

<p>Número de profesionales que superaron el pos-test</p>	<p>Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados</p>	<p>Resultados Pos test médicos</p>	<p>Se observó en la evolución pos - test que el personal médico asistencial de la Institución y su unidad funcional, capacitada superaron el límite establecido para aprobar el examen, el cual es de 70 sobre 100 puntos, pues en su totalidad obtuvieron un resultado 100 sobre 100 puntos, superando el límite establecido. Lo que quiere decir que lograron un resultado positivo del 100%.</p> <p>A partir de la evaluación se tomaron las siguientes decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una vez finalizada la evolución pos-test, una retroalimentación de la capacitación donde se resolvieron dudas.
		<p>Resultados Pos test abogados</p>	<p>Se observó de la evolución pos test realizada al total de los abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución capacitados, que los mismos, superaron el límite establecido para aprobar el examen, pues todos obtuvieron un resultado de 100 puntos sobre 100. Lo que quiere decir que lograron un resultado positivo del 100%.</p>
<p>Porcentaje de cumplimiento de las actividades jurídico procesales</p>	<p>% de cumplimiento a las actividades procesales / total de actividades procesales</p>	<p>Informe de actividades procesales - TUCI</p>	<p>•PROPORCIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACIÓN DE CARTERA GESTIONADOS</p> <p>1. ANÁLISIS 1er TRIMESTRE: No existen procesos judiciales para iniciar por parte del Hospital, el indicador trimestral es 0/0 siendo el cumplimiento de 100% dado que el indicador se calcula sobre procedimientos tramitados</p> <p>2. ANÁLISIS 2do TRIMESTRE: Se tramita dentro de los términos establecidos por caracterización los procesos radicados por parte del área de cartera (2) que cumplen con los requisitos para presentar la acción pertinente (2). Por lo anterior se cumple el indicador en un 100%</p> <p>3. ANÁLISIS 3er TRIMESTRE: No existen procesos judiciales para iniciar por parte del Hospital, el indicador trimestral es 0/0 siendo el cumplimiento de 100% dado que el indicador se calcula sobre procedimientos tramitados</p> <p>4. ANÁLISIS 4to TRIMESTRE: Se tramita dentro de los términos establecidos por caracterización procesos radicados por el área de cartera (3) solicitudes de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud y se radican (2) procesos monitorios. Por lo anterior se evidencia que el indicador se cumple en un 100%</p> <p>•PROPORCIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES</p> <p>1. ANÁLISIS 1er TRIMESTRE: Se evidencia un total de 94 cumplimientos sobre 94 requerimientos judiciales y trámites procesales de acuerdo al cuadro presentado. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%.</p> <p>2. ANÁLISIS 2do TRIMESTRE: Se evidencia un total de 152 cumplimientos dentro de términos sobre 152 requerimientos judiciales y trámites procesales dentro del segundo trimestre de 2018. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%.</p> <p>3. ANÁLISIS 3do TRIMESTRE: Se evidencia un total de 180 cumplimientos dentro de términos sobre 180 requerimientos judiciales y trámites procesales dentro del segundo trimestre de 2018. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%.</p> <p>4. ANÁLISIS 4to TRIMESTRE: Se evidencia un total de 220 cumplimientos dentro de términos sobre 220 requerimientos judiciales y trámites procesales dentro del cuarto trimestre de 2018. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%</p>

Definir línea base	Identificar la línea base de adherencia a guías de práctica clínica	Informe de Científica	El Área Científica analizó las variables evidenciadas en las auditorías realizadas para la vigencia 2018 (Junio - Noviembre) Y elaboró la línea base de adherencia a guías de práctica clínica.
Porcentaje de disminución de demandas por falla médica	Disminución de demandas por falla médica por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 y/o de la cuantía de la condena en fallos proferidos por hechos ocurridos a partir de julio de 2018	Informe de Auditor de Procesos Judiciales	Se elaborará la auditoría correspondiente luego de revisados los informes por parte del Área Jurídica, analizadas las variables evidenciadas en la vigencia 2018 (Julio) y 2020 (Julio).

11. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Oficina Asesora Jurídica no tiene plan de mejoramiento específicamente al área, pero apoya en el desarrollo del cumplimiento a algunas actividades como:

DESCRIPCION DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA PRIORIZADA	ACCIONES ESPEIFICAS DE MEJORAMIENTO	INDICADORES DE ACCION DE MEJORA	FECHA DE TERMINACION	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
La E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana presuntamente no cumple con lo establecido en el artículo 7 del decreto 1876 de 1994, al no tener conformada la Junta Directiva de conformidad con lo estipulado para el integrante correspondiente al representante del sector Científico externo, de terna que proponga cada una de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de salud que funcionen en el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	Solicitar Concepto a las instancias involucradas en la reforma a la conformación de la Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	Solicitud de concepto a la Secretaria De Salud de Cundinamarca. El oficio dirigido a esta secretaria pretende el pronunciamiento sobre el tema, ya que según el numeral 2 del artículo 7 del decreto 1876 de 1994 es esta secretaria quien realiza la selección para el integrante correspondiente al representante del sector Científico externo.	Oficio de Solicitud a la Secretaria de salud de Cundinamarca	31/12/2018	Se contribuyó a la elaboración de solicitud de concepto a la Secretaria De Salud de Cundinamarca. La secretaria se pronunció y solicito enviar oficio a la asamblea departamental para modificación del decreto Ordenanza 072 de 1995.

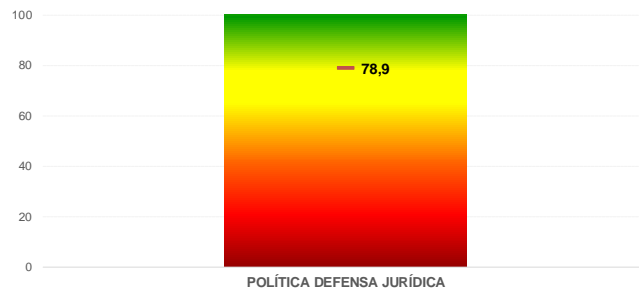
12. MIPG

Se realizó el Envío a la oficina de Planeación el autodiagnóstico de la dimensión de política de defensa jurídica, junto con el plan de acción con el fin de que se consolide con los demás planes de acción de las otras dimensiones.



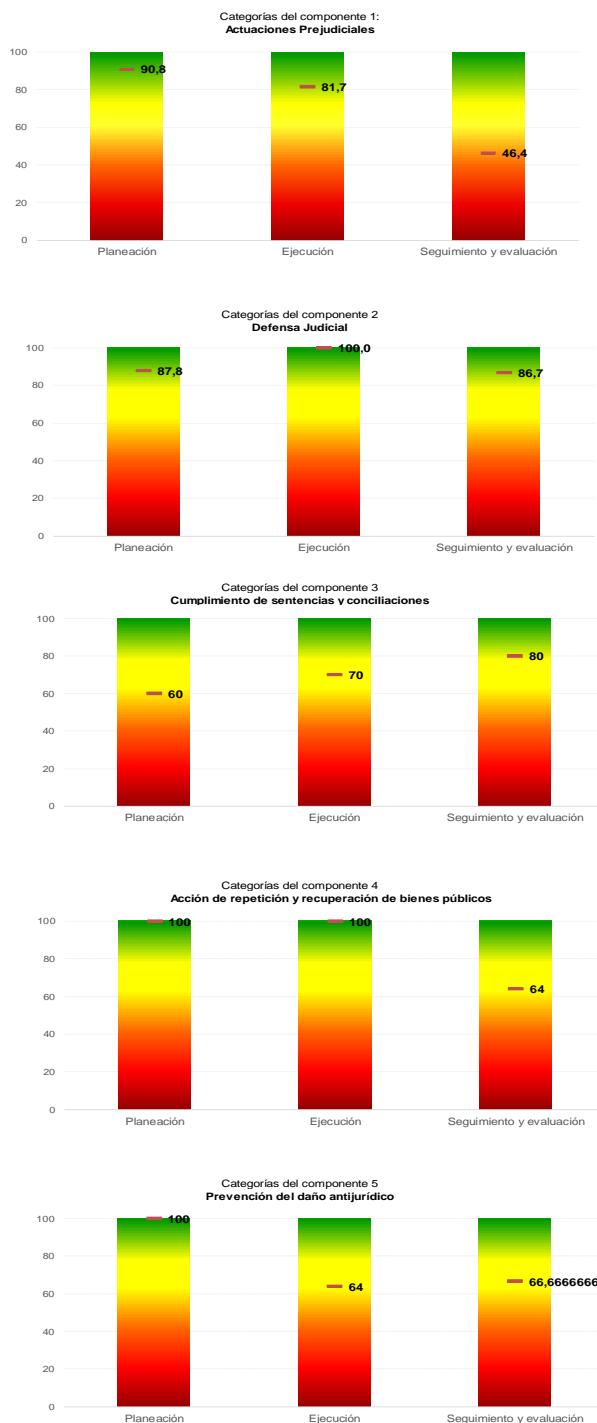
Se realizó el análisis y corrección del plan de acción arrojando como nuevo resultado una calificación de 78,9.

1. Calificación total:



La mayor calificación fue obtenida de acuerdo a las categorías se muestra a continuación

3. Calificación por categorías:



El nuevo autodiagnóstico con el respectivo plan de acción fue llevado al comité de conciliaciones y defensa judicial para su aprobación, posteriormente en correo electrónico se envió el documento aprobado al secretario del comité de conciliaciones y defensa judicial quien es el responsable de algunas actividades y seguimiento del mismo.



A continuación se relacionan las acciones que se van a implementar y su responsable

ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
Los funcionarios designados han sido comunicados como integrantes del mismo y es de conocimiento de los demás funcionarios de la entidad quienes conforman el comité de conciliación.	50	1. Se elaborará el correspondiente acto administrativo por medio del cual se le comunica la designación a los miembros del comité y además el mismo será publicado en la intranet de la entidad	31 de Diciembre de 2018	1. Documento elaborado y Publicación del documento en la en la página WEB Responsable: Jefe Oficina Jurídica - Gerente
El Comité de Conciliación solicitó la designación de secretario técnico del Comité, mediante acto administrativo, con alusión expresa a la dedicación exclusiva y suscrito por el representante legal.	80	1. Solicitud del comité de designación de secretario técnico 2. Se elaborará el correspondiente acto administrativo por medio del cual se designa al secretario técnico del comité	31 de Diciembre de 2018	1. Acta de comité Responsable: Comité de conciliación 2. Documento elaborado Responsable: Jefe Oficina Jurídica - Gerente
El Comité de Conciliación elabora documento con los perfiles de abogados externos, y tiene en cuenta los criterios de litigiosidad, complejidad de los casos y el impacto de los procesos y remite los perfiles de abogados externos a la oficina jurídica, a la dependencia encargada de la contratación y al representante legal.	70	1. Comité de conciliación elabora documento con perfiles de abogados externos, teniendo en cuenta los criterios de litigiosidad, complejidad de los casos y el impacto de los procesos para ser remitido y analizado por el Comité de Conciliación 2. El Comité de Conciliación remite a través del secretario técnico el documento a la Oficina Jurídica y esta, a la subdirección de personal	28 de febrero de 2019	1. Documento elaborado socializado en comité de conciliación Responsable: Comité de conciliación 2. Oficio remisorio del documento a las áreas correspondientes Responsable: Secretario técnico
El comité de conciliación tiene un estudio de casos reiterados, adicionalmente lo actualiza semestralmente.	10	1. Comité de conciliación elabora el documento en el que realiza el estudio de casos reiterados 2. Comité de conciliación actualiza el documento cada 6 meses	30 de Junio de 2019 y cada 6 meses	1. Documento elaborado 2. Actualización del documento cada 6 meses Responsable: Comité de conciliación

El Comité de Conciliación otorga prioridad a las solicitudes de conciliación provenientes de entidades públicas	80	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación	31 de Diciembre de 2018	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente
El Comité de Conciliación efectúa un seguimiento permanente a la gestión del apoderado externo sobre los procesos que se le hayan asignado	70	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Informe de gestión en el que se evidencie el seguimiento a los procesos judiciales 3. Seguimiento de la gestión del abogado externo por parte del comité	1. 31 de diciembre de 2018 2. Trimestral, inicia el 31 de marzo de 2019 3 semestral inicia 30 de junio de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Informe presentado a comité Responsable: Abogado externo 3. Acta del comité Responsable: Comité de conciliación
El secretario técnico prepara un informe de la gestión del comité y de la ejecución de sus decisiones, que es entregado al representante legal del ente y a los miembros del comité cada seis (6) meses.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Secretario técnico realiza informe de gestión en enero del 2019 y lo remite cada seis (6) meses	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 31 de Enero de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Informe de gestión remitido al comité Responsable: Secretario técnico
El secretario técnico del comité de conciliación presenta el informe que contiene las conclusiones del análisis y las propuestas de acción en cuanto a las medidas que se deben implementar para superar y/o prevenir las problemáticas identificadas, al comité de conciliación, para que se adopten las decisiones a que haya lugar.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Secretario técnico presenta Informe de análisis y propuestas en enero del 2019 3. Decisiones adoptadas por el comité	1. 31 de Diciembre de 2018 2 y 3. 31 de Enero de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Informe presentado por el secretario Responsable: Secretario técnico 3. Acta Responsable: Comité de conciliación
La entidad envió el plan de acción del comité de conciliación de la siguiente vigencia fiscal a las oficinas de planeación y de control interno de la entidad.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Envío del plan de acción	31 de Diciembre de 2018	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Correo remitido del plan de acción Responsable: Oficina Jurídica

El comité de conciliación tiene indicadores y conoce el resultado de la medición de los indicadores de acuerdo con la periodicidad definida en el plan anual del comité de conciliación	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Definir los indicadores y la periodicidad de medición 3. Incluir los indicadores dentro del plan de acción anual 4. Conocer los resultados de la medición	1. 31 de diciembre del 2018 2 y 3. 31 de Marzo de 2019 4. 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Acta de comité Responsable: Comité de conciliación 3. Plan de acción con los indicadores incluidos Responsable: Oficina Jurídica 4. Acta de comité Responsable: Comité de conciliación
El comité de conciliación tiene definidas actividades en el plan de acción anual para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, mide la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Definir actividades para medir eficiencia, eficacia y efectividad de la conciliación y el ahorro patrimonial 3. Incluir las en el plan de acción de la vigencia 2020	1. 31 de diciembre de 2018 2. 30 de Septiembre de 2019 3. 31 de Diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Acta del comité Responsable: Comité de conciliación 3. Plan de acción con esta recomendación Responsable: Oficina Jurídica
Los comités de conciliación generan un libro o dossier que consolida todos los instrumentos de política que se hayan producido por el comité de conciliación y defensa judicial para las diferentes etapas del ciclo de la defensa jurídica tales como la política de prevención del daño antijurídico, y estrategias y directrices de defensa judicial o conciliación.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Expediente que consolida todos los instrumentos de política producidos por el comité	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 31 de Diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Expediente contentivo de los documentos Responsable: Comité de conciliación
La entidad capacita y mantiene actualizados a los abogados, especialmente en lo que se refiere a las competencias de actuación en los procesos orales y en los nuevos cambios normativos.	10	1. Remitir a las áreas de talento humano y educación médica la solicitud de capacitación en derecho procesal, en especial procesal administrativo y procesal laboral 2. Capacitación a los abogados	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 31 de Diciembre de 2019	1. Oficio solicitando las capacitaciones Responsable: Oficina Jurídica 2. Planilla de asistencia y certificación Responsable: Educación médica

En la entidad establece protocolos internos de manejo de archivos con el fin de facilitar a los apoderados la consecución de los antecedentes administrativos, para poder allegarlos en tiempo a los procesos judiciales.	80	1. Elaboración del documento contentivo de los protocolos para el manejo archivos y consecución de material probatorio	30 de Junio de 2019	1. Documento elaborado y publicado en intranet Responsable: Oficina Jurídica - Dirección Científica - Subdirección de Personal - Estadística - Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad
En la entidad reposa en copia física y/o magnética, todo lo respectivo al trámite de los procesos judiciales. Adicional a ello se registran las actuaciones y decisiones de cada proceso en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado, de acuerdo con los manuales e instructivos que para el efecto produce la Dirección de Gestión de información.	70	1. Realizar la consecución de la información física de todos los procesos judiciales vigentes de la entidad con corte a 31 de diciembre de 2018	30 de Junio de 2019	1. Procesos judiciales en físico Responsable: Oficina Jurídica
El comité de conciliación requiere periódicamente al jefe de la oficina jurídica o quien haga sus veces en la entidad, para la presentación de un reporte actualizado sentencias, laudos arbitrales y conciliaciones que lleva la entidad.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Comité realiza el requerimiento del informe por parte de la Oficina Jurídica 3. La Oficina Jurídica realizará el reporte actualizado de sentencias, laudos y conciliaciones	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 28 de febrero de 2019 3. 30 de Junio de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Requerimiento dirigido a Oficina Jurídica Responsable: Comité de conciliación 3. Reporte Responsable: Oficina Jurídica
El Comité de Conciliación usa herramientas de costo beneficio de la conciliación y las considera para la toma de sus decisiones.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El comité define las herramientas o actividades para medir el costo beneficio de la conciliación	1. 31 de diciembre de 2018 2. 30 de Septiembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Acta del comité Responsable: Comité de conciliación

<p>El ordenador del gasto remite el acto administrativo y sus antecedentes al Comité de Conciliación, al día siguiente al pago total o al pago de la última cuota efectuado por la entidad pública, de una conciliación, condena o de cualquier otro crédito surgido por concepto de la responsabilidad patrimonial de la entidad.</p>	<p style="text-align: center;">80</p>	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Remisión del acto administrativo y antecedentes al comité de conciliación</p>	<p>1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Documento en que se remite el acto administrativo y los antecedentes Responsable: Gerente</p>
<p>La entidad obedece los parámetros fijados en los Decretos 2469 de 2015 y 1342 de 2016 que reglamentan los pagos desde el Decreto único del sector hacienda y crédito público.</p>	<p style="text-align: center;">50</p>	<p>1. El comité de conciliaciones y el área financiera analizan la posibilidad de cumplir con los parámetros fijados por el Decreto Único del sector hacienda</p>	<p>1. 30 de junio de 2019</p>	<p>2. Acta de comité Responsable: Comité y Dirección Financiera</p>
<p>Cumple oportunamente el pago de las sentencias y conciliaciones durante los 10 meses siguientes a la ejecutoria</p>	<p style="text-align: center;">80</p>	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Se cumple con el pago de sentencias y conciliaciones dentro de los 10 meses siguientes a la ejecutoria</p>	<p>1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y Dirección Financiera junto con los soportes de pago Responsable: Secretario técnico y Dirección Financiera</p>
<p>El comité de conciliación invita a los funcionarios que tengan a su cargo las actividades específicas de cumplimiento y se generan compromisos para contribuir al cumplimiento de pago. Adicionalmente definen estrategias de gestión para el cumplimiento.</p>	<p style="text-align: center;">50</p>	<p>1. El comité de conciliaciones y el área financiera analizan la posibilidad de cumplir con los parámetros fijados por el Decreto Único del sector hacienda</p>	<p>1. 30 de junio de 2019</p>	<p>2. Acta de comité Responsable: Comité y Dirección Financiera</p>

La entidad identifica y analiza los pagos realizados por concepto de intereses corrientes y moratorios de sentencias y conciliaciones	80	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El secretario técnico del comité y la Dirección Financiera elaboran el informe en el que analizan e identifican los pagos por concepto de intereses corrientes y moratorios de sentencias y conciliaciones	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y la Dirección Financiera Responsable: Secretario técnico y Dirección Financiera
Realiza seguimiento y evalúa el estado contable de los créditos Judiciales	80	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El secretario técnico del comité y la Dirección Financiera elaboran el informe de seguimiento y evaluación del estado contable de los créditos judiciales	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y la Dirección Financiera Responsable: Secretario técnico y Dirección Financiera
El secretario técnico envía los reportes de las acciones de repetición al Coordinador de los agentes del Ministerio Público ante la Jurisdicción en lo Contencioso Administrativo.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El secretario técnico del comité envía los reportes de las acciones de repetición al Coordinador de los agentes del Ministerio Público	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y soporte de envío Responsable: Secretario técnico
El comité de conciliación informa al Coordinador de los agentes del Ministerio Público ante la Jurisdicción en lo Contencioso Administrativo las correspondientes decisiones, anexando copia de la providencia condenatoria, de la prueba de su pago y señalando el fundamento de la decisión en los casos en que se decida no instaurar la acción de repetición.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El secretario técnico del comité informa al Coordinador de los agentes del Ministerio Público los casos en lo que se decide no instaurar acción de repetición	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y soporte de envío Responsable: Secretario técnico

El Comité de Conciliación sesiona con el propósito de revisar el cumplimiento de las decisiones tomadas en materia de evaluación de la política pública de prevención.	10	1. La Oficina Jurídica presenta el cumplimiento de la política de daño antijurídico 2. El comité de conciliación sesionará para revisar el cumplimiento de la política de daño antijurídico	31 de diciembre de 2018	1. Acta de Conciliación Responsable: Comité de conciliación
La entidad realiza gestiones de difusión y/o capacitación de los planes de daño antijurídico	10	1. La Oficina Jurídica realiza la difusión de la política de daño antijurídico en la entidad	31 de diciembre de 2018	1. Correo de socialización de la política de daño antijurídico Responsable: Oficina Jurídica

Estamos en espera de que el plan de acción de MIPG sea presentado en el comité institucional de gestión y desempeño para su aprobación. El secretario del comité mencionado anteriormente es la oficina de planeación.

Adicionalmente de acuerdo a lo pactado en comité directivo se revisara el MIPG de otros procesos para evidenciar si existen actividades en otras áreas,

13. GESTIÓN DEL RIESGO

No se presentó la materialización de los riesgos priorizados ni se realizaron modificaciones al mapa de riesgos.

14. PROGRAMAS

La Oficina Jurídica adelanta el **programa de daño antijurídico** cuyo objetivo General consiste en:

“Garantizar la ejecución de la Política de Daño Antijurídico mediante la adopción del Programa del Daño Antijurídico para que se desarrollen los mecanismos tendientes a aminorar el impacto de la falla en la prestación del servicio médico como causa de litigiosidad, lo cual obviamente debe comprometer el mejoramiento continuo en cada servicio médico con el que cuenta el Hospital para que se repercuta favorablemente en el desarrollo adecuado de las competencias del personal de la entidad”.

Dentro de las líneas estratégicas encontramos.

1. Disminuir el número de demandas por falla médica por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 y/o de la cuantía de la condena en fallos proferidos por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 hasta julio de 2020.
 - a) Realizar auditoria a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad.
2. Realizar actualizaciones permanentes a los profesionales de la salud, en responsabilidad médica para garantizar en primera medida que todas las intervenciones médico-quirúrgicas se efectúen con bases científicas sólidas, acordes con los continuos avances médicos y además que dichos profesionales conozcan de forma inequívoca las consecuencias jurídicas de un erróneo procedimiento médico. De igual forma capacitar en responsabilidad médica a los abogados que representan a la entidad en los procesos judiciales.
 - a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.

- b) Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.
3. Adelantar un mayor control sobre el cumplimiento de las guías de práctica clínica, acatando estrictamente las disposiciones vigentes sobre consentimiento informado y diligenciamiento de la historia clínica.
- a) Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.
4. Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad.

De lo anterior se resuelve que la implementación del programa de Daño Antijurídico en la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana contempla cada una de las Líneas Estratégicas y cada una de sus respectivas actividades a desarrollar, así como el responsable y el cronograma de ejecución.

El cronograma del programa de daño antijurídico para el cuarto trimestre de 2018 se ha cumplido el **100%** y contiene las siguientes actividades:

HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA GESTIÓN DE LA CALIDAD CRONOGRAMA DE PROGRAMAS				05GC49-V1								
CRONOGRAMA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE: PROGRAMA DE DAÑO ANTIJURÍDICO														
LÍNEA ESTRATÉGICA	Actividad	Actividad Específica 2018	Periodicidad de ejecución	Responsable	VIGENCIA 2018				2019		TOTAL			
					OCT	NOV	DIC	ENE	P	E	P	E		
1. Disminuir el número de demandas por falla médica por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 y/o de la cuantía de la condena en fallos proferidos por hechos ocurridos a partir de julio de 2018	a) Realizar auditoria a los procesos judiciales de la entidad.	a) Incluir dentro del programa de auditorias internas del Hospital las auditorias a los procesos judiciales de la entidad por falla médica	Anual	Oficina Asesora Jurídica							1	1		
		b) Realizar auditoria a los procesos judiciales de la entidad	Mensual	Oficina Asesora Jurídica	1	1	1	1	1	1		12	12	
2. Realizar actualizaciones permanentes a los profesionales de la salud, en responsabilidad médica para garantizar en primera medida que todas las intervenciones médico-quirúrgicas se efectúen con bases científicas sólidas, acordes con los continuos avances médicos y además que dichos profesionales conozcan de forma inequívoca las consecuencias jurídicas de un erróneo procedimiento médico. De igual forma capacitar en responsabilidad médica a los abogados que representan a la entidad en los procesos judiciales.	a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico	a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.	Semestral	Oficina Asesora Jurídica / Dirección Científica							1	1		
		b) Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.	Semestral	Oficina Asesora Jurídica								1	1	
3. Adelantar un mayor control sobre el cumplimiento de las guías de práctica clínica, acatando estrictamente las disposiciones vigentes sobre consentimiento informado y diligenciamiento de la historia clínica.	a) Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.	a) Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.	Anual	Dirección Científica							1	1		
		b) Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad.	Anual o cada vez que se requiera	Oficina Asesora Jurídica								1	1	
					1	1	4	4	1	1	0	0	20	20
					Trim IV		P	E			%			
					Semestre II		E				%			
							6	6			100,0%			
							9				100,0%			

(Cronograma del programa, corte cuarto trimestre de 2018)

Al respecto, me permito informar que se adelantaron las siguientes actividades:

Línea estratégica No. 1.

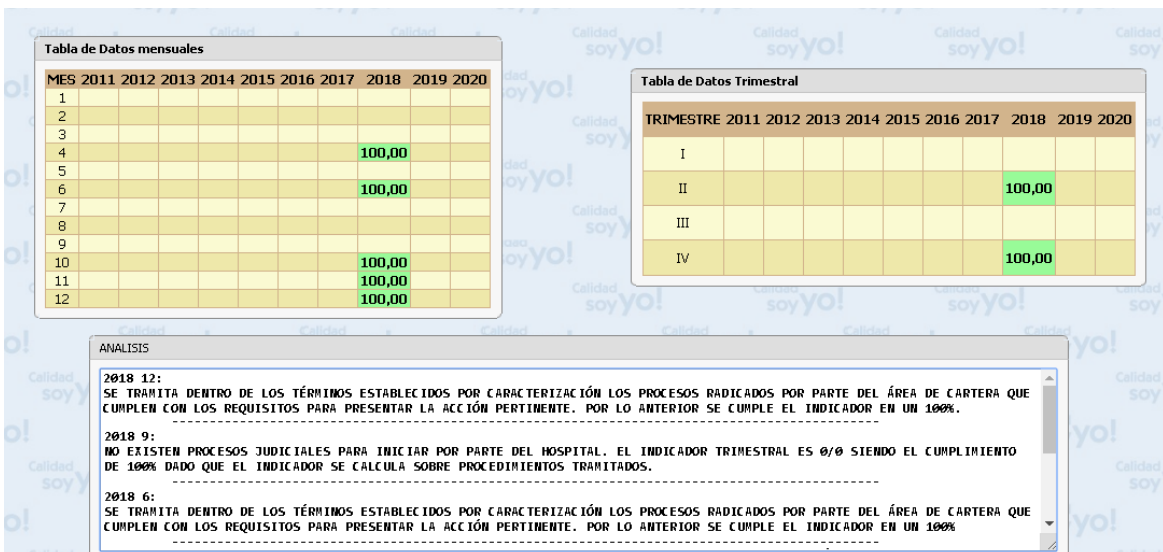
- a) Realizar auditoria a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad.

Actividad: Se realiza matriz de procesos judiciales de la entidad con la respectiva auditoria de los meses de enero a diciembre de 2018.

Indicador: % de cumplimiento a las actividades procesales / total de actividades procesales

Se define por parte de la Oficina Asesora Jurídica DOS (2) indicadores de seguimiento a través de la plataforma TUCI Institucional de los cuales se procede a realizar análisis individualizado:

1. **PROPORCIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACIÓN DE CARTERA GESTIONADOS:** El indicador se define como: “Número de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados / Número de procesos judiciales y de recuperación de cartera recibido”. Para el cuarto trimestre de 2018 se gestionaron 3 procesos de recuperación de cartera y para la vigencia de 2018 un total de 7 procesos, de los cuales se evidencia el registro en el sistema así:



The screenshot displays three components of the TUCI system interface:

- Tabla de Datos mensuales:** A table with columns for months (MES) from 2011 to 2020. Data points for 2018 are: 4 (100,00), 6 (100,00), 10 (100,00), 11 (100,00), and 12 (100,00).
- Tabla de Datos Trimestral:** A table with columns for trimesters (TRIMESTRE) from 2011 to 2020. Data points for 2018 are: II (100,00), III (100,00), and IV (100,00).
- ANÁLISIS:** A text box providing detailed analysis for 2018:
 - 2018 12:** SE TRAMITA DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR CARACTERIZACIÓN LOS PROCESOS RADICADOS POR PARTE DEL ÁREA DE CARTERA QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA PRESENTAR LA ACCIÓN PERTINENTE. POR LO ANTERIOR SE CUMPLE EL INDICADOR EN UN 100%.
 - 2018 9:** NO EXISTEN PROCESOS JUDICIALES PARA INICIAR POR PARTE DEL HOSPITAL. EL INDICADOR TRIMESTRAL ES 0/0 SIENDO EL CUMPLIMIENTO DE 100% DADO QUE EL INDICADOR SE CALCULA SOBRE PROCEDIMIENTOS TRAMITADOS.
 - 2018 6:** SE TRAMITA DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR CARACTERIZACIÓN LOS PROCESOS RADICADOS POR PARTE DEL ÁREA DE CARTERA QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA PRESENTAR LA ACCIÓN PERTINENTE. POR LO ANTERIOR SE CUMPLE EL INDICADOR EN UN 100%.

Resulta pertinente señalar que en el primer y tercer trimestre de 2018 no existieron procesos judiciales para iniciar por parte del Hospital, por lo que el indicador para estos trimestres es 0/0 siendo el cumplimiento del 100%, bajo el entendido que el indicador se calcula a partir del número de procedimientos recibidos y tramitados.

2. **PROPORCIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES:** El indicador se define como: “Número de requerimientos judiciales respondidos oportunamente / Número de requerimientos judiciales recibidos”.

Para la medición del indicador se tiene en cuenta los requerimientos realizados así como las actuaciones procesales definidas por la normatividad vigente para cada uno de los procesos que se tienen activos en la Institución. Se contabiliza los trámites de Tutelas, de Incidentes de Desacato, los procesos que se llevan ante Jurisdicción Ordinaria (civil, laboral, penal) así como ante la Contenciosa Administrativa. Se evidencia dentro de la plataforma un cumplimiento del 100% del indicador propuesto así:

Tabla de Datos mensuales											
MES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1								100,00			
2								100,00			
3								100,00			
4								100,00			
5								100,00			
6								100,00			
7								100,00			
8								100,00			
9								100,00			
10								100,00			
11								100,00			
12								100,00			

Tabla de Datos Trimestral											
TRIMESTRE	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
I								100,00			
II								100,00			
III								100,00			
IV								100,00			

ANÁLISIS	
2018 12:	SE EVIDENCIA UN TOTAL DE 220 CUMPLIMIENTOS DENTRO DE TÉRMINOS SOBRE 220 REQUERIMIENTOS JUDICIALES Y TRÁMITES PROCESALES DENTRO DEL CUARTO TRIMESTRE DE 2018. POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR ES DE 100%.
2018 9:	SE EVIDENCIA UN TOTAL DE 180 CUMPLIMIENTOS DENTRO DE TÉRMINOS SOBRE 180 REQUERIMIENTOS JUDICIALES Y TRÁMITES PROCESALES DENTRO DEL TERCER TRIMESTRE DE 2018. POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR ES DE 100%.
2018 6:	SE EVIDENCIA UN TOTAL DE 152 CUMPLIMIENTOS DENTRO DE TÉRMINOS SOBRE 152 REQUERIMIENTOS JUDICIALES Y TRÁMITES PROCESALES DENTRO DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2018. POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR ES DE 100%.

Línea estratégica No. 2.

- a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.

Actividad 1: Para el mes de octubre fueron capacitados 6 y para el mes de noviembre 67.

Indicador: Número de profesionales capacitados / número total de profesionales a capacitar en el cuarto semestre (73/371) = 20%

Del total de 371 (se precisa que disminuyeron debido a la terminación de los contratos) profesionales especializados que prestan sus servicios médicos asistenciales en la Institución y sus unidades funcionales, un equivalente al ciento por ciento (100%) de los profesionales de la salud se encuentran capacitados sobre responsabilidad médica y debido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico en lo que va de lo corrido del año, pues para el segundo trimestre se capacitaron 65, en el tercero 233 y el cuarto 73 para un total de 371.

b)

Se tiene como soporte de esta actividad Acta de Reunión No. 1 de 29 de noviembre de 2018 junto con: i) Planillas de Asistencias a capacitación, ii) Pre test, iii) Post test.

Actividad 2: Número de profesionales que superaron el pos test

c)

Indicador: Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados (73/73) = 100%

Del total de 73 profesionales especializados capacitados sobre responsabilidad médica y debido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico 73 aprobaron el post test. (Calificación superior a 70%)

Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.

Actividad 1: Para el mes de mayo fueron capacitados 11 abogados del área jurídica.

Indicador: Número de profesionales capacitados / número total de profesionales a capacitar (11/11) =100%

Para el cumplimiento de actividad la Oficina Asesora Jurídica, programó dos capacitaciones de responsabilidad médica, que fueron llevadas a cabo una por la Universidad del Rosario y la otra por la Secretaria de Salud.

Del total de 11 profesionales el cien por ciento (100%) se encuentran capacitados sobre responsabilidad médica.

Actividad 2: Número de profesionales que superaron el pos test

Indicador: Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados (11/11) =100%

Del total de 11 profesionales capacitados sobre responsabilidad médica 11 aprobaron el post test. (Calificación superior a 70%).

Se tiene como soporte de esta actividad Acta de Reunión No. 1 de 3 de julio de 2018 junto con: i) Planilla de Asistencia a capacitación, ii) Pre test, iii) Post test.

Línea estratégica No. 3.

- a) Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.

Informe que el avance del cumplimiento de esta actividad corresponde a la Dirección Científica del HUS

Actividad 1: Auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.

Indicador: Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas (2/2)= 100%

De acuerdo a informe de la Dirección Científica se programaron 2 auditorías durante la vigencia 2018 para cada una de las actividades y se adelantaron 2 para un cumplimiento del 100% del indicador.

Como soporte se tiene Auditoria Concurrente en temas de: i) Consentimiento Informado, ii) Historia Clínica y iii) Adherencia a Guías.

Actividad 2: Definir línea base

Indicador: Identificar la línea base de adherencia a guías de práctica clínica en el segundo semestre de 2018

Se precisa que desde Dirección Científica se realizó línea base de adherencia a guías de práctica clínica.

Actividad 1: Incluir dentro de los contratos actividad médico asistencial y administrativa que sea pertinente la obligación de acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad.

Indicador: Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla (164/164) =100%



A catorce (14) de diciembre de dos mil dieciocho 2018, un total de cuatrocientos nueve (409) contratos que se suscribieron en la vigencia de 2018, solo ciento ochenta y nueve (189) se hicieron para cubrir la actividad medico asistencial, administrativo y legal, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un total del cumplimiento de la actividad programada del ciento (100%) por ciento.

Como soporte se tiene Certificación de 14 de diciembre de 2018, suscrita por la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y las Profesionales en Misión de las Oficinas de Contratos por Productividad y Proveedores en la hacen constar lo dicho.

15. INFORMES QUE PRESENTA LA OFICINA

NOMBRE DEL INFORME	ENTIDAD QUE LO REGULA	PERIODICIDAD	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
Formulario Contratación Decreto 2193 de 2004	Ministerio de salud y protección social	Trimestral	Contratación de servicios personales indirectos de gastos de personal (Médicos)	Pantallazo Aplicativo
Formato F20.1A Resolución 086 de 2011 Resolución 201 de 2012 SIA	Contraloría de Cundinamarca	Anual	Contratos suscritos en la vigencia	MAIL
Formato F20.1A. Formato F20.1B Formato F20.1A. Anexo Resolución 086 de 2011 Resolución 201 de 2012 SIA	Contraloría de Cundinamarca	Anual	Contratos, Adiciones, Reversiones, Anulaciones, Liquidaciones, Modificaciones y otros cambios suscritos en la vigencia.	MAIL
Informe Bimensual Asamblea de Cundinamarca	Asamblea de Cundinamarca	Bimensual	Reporte bimensual de personal	MAIL
Formulario de Costos por Contrato (Chip) Circular 008 de 2016. Contraloría General de la Republica	Contraloría General de la Republica	Anual	Ejecución de Contratos de Personal Médico.	Pantallazo Aplicativo

CAPÍTULO VII

OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD



7.1 GESTIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO AL PAMEC

GESTIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO:

Verificar el grado de cumplimiento de las acciones de mejoramiento establecidas en el PAMEC 2018, cuya fuente proviene de las Oportunidades de Mejora identificadas por el ICONTEC en la visita de evaluación.

ALCANCE:

Desde la concertación con el líder del proceso para evaluar el cumplimiento soportado de las Oportunidades de mejoramiento en cada uno de los grupos de estándares.

El presente informe reúne los resultados del Hospital la Samaritana y la Unidad Funcional de Zipaquirá

METODOLOGÍA:

Revisar con el líder del proceso los soportes documentales definidos en cada una de las acciones de mejoramiento establecidas para el cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento identificadas por el ente evaluador ICONTEC.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

Los resultados de evaluación del PAMEC, muestran el cumplimiento global de las acciones de mejoramiento definidas tanto para el Hospital Universitario la Samaritana como para la Unidad funcional de Zipaquirá, con un resultado global de cumplimiento del: **91,3%** como se detalla a continuación:

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA			
NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	349	381	91,6%
UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	80	88	91%

Así mismo se presentan los resultados de manera desagregada por cada una de las sedes

PARTE I: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA

CONSOLIDADO VIGENCIA 2018							
GRUPO DE ESTÁNDARES	TOTAL OM	ACCIONES	COMPLETO	EN DESARROLLO	NO INICIADO	ATRASADO	% CUMPLIMIENTO
PACAS	110	171	164	6	0	1	95,9%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	19	39	33	3	0	3	84,6%
TALENTO HUMANO	38	64	58	0	0	6	91%
AMBIENTE FISICO	7	9	9	0	0	0	100,0%
TECNOLOGIA	13	30	27	1	1	2	90,0%
GERENCIA DE LA INFORMACION	11	26	23	1	0	2	88%
MEJORAMIENTO	18	42	35	3	0	4	83,3%
TOTAL	216	381	349	14	1	18	91,60%

De igual manera se trasladarán las Oportunidades de Mejoramiento cuyo cumplimiento se registre en un estado de desarrollo y/o atrasado, las cuales se detallan a continuación para cada grupo de estándares.


GRUPO DE ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO Y/O ACCIONES
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	Definir y medir los indicadores de Impacto de las capacitaciones en relación al Código de Ética y del Código de Buen Gobierno
	Presentar semestralmente los resultados de las evaluaciones del Código de ética y buen gobierno ante la JD
	Definir actividades de seguimiento al proyecto de Telemedicina
	23. Informar a la Junta Directiva del HUS los resultados de la articulación HUS- Secretaría de Salud de Cundinamarca, para los fines pertinentes
	Incluir dentro de las capacitaciones de la junta directiva el tema de Rutas de P YD (MIAS Y RIAS)
	35. Presentar a la Junta Directiva los resultados del programa de referenciación (Indicador, prácticas exitosas implementadas, etc
TALENTO HUMANO	38. Articular el Procedimiento de Inducción y Reinducción a los miembros de Junta Directiva
	19. Contratar estudio de suficiencia del talento humano con cargas laborales (Depende de decisión gerencial, trasladarla al estándar de direccionamiento)
	No se realizó análisis de la evaluación del impacto de las capacitaciones con definición de las

	mejoras
	No se cuenta con análisis de la evaluación de adherencia al procedimiento de selección del talento humano
	63. Documentar y socializar manual de atención a segunda víctima.
	64 Hacer seguimiento a los colaboradores identificados para evaluar la aplicación de los lineamientos del manual
AMBIENTE FISICO	Continuar con las actividades de medición análisis y mejora de las condiciones de orden aseo y limpieza en los servicios
TECNOLOGIA	Evaluar la efectividad del proceso de capacitación a través de una evaluación pre y pos test (Instructivo de novedad de seguridad del paciente)
	Fortalecer la “mesa de ayuda” para equipos biomédicos, que garantice gestión de la información confiable y mejoras técnicas en la definición de los indicadores relacionados.
	Análisis de mercado del software para determinar cumplimiento de necesidades y presupuesto, adquirir software
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	3. Fortalecer las metodologías en su proceso de comparación de los indicadores con las mejores práctica, evaluar su adherencia y de acuerdo con los resultados implementar las acciones que correspondan. (OPORTUNIDAD REITERADA)
	4. Definir las instituciones con las cuales realizarán la comparación de los indicadores para implementar las acciones de mejora con base en las mejores prácticas que les permita ajustar metas e implementar mejoras.
	10. Desarrollar en la gestión de la HCL la inclusión de alertas, diligenciamiento obligatorio y completitud de los espacios establecidos, favoreciendo el resultado de calidad de esta
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	7. Estructurar y sistematizar la identificación y priorización de riesgos clínicos que tenga en cuenta, entre otros, los principales diagnósticos de morbilidad en cada servicio, articulando el plan de atención de enfermería con el plan de atención médica, (OPORTUNIDAD TRASLADADA PAMEC Y DEJADA EN EL ICONTEC COMO PARCIAL 2017)
	8. Fortalecer y sistematizar la priorización e intervención de riesgos clínicos individuales, su análisis y retroalimentación sobre su comportamiento, en la generalidad de los servicios, desplegando los resultados a los colaboradores para su apropiación y participación activa. (OPORTUNIDAD NUEVA).
	9. Consolidar los resultados, realizar análisis y retroalimentar a los equipos asistenciales sobre el comportamiento de los riesgos clínicos individuales, según patología, que les permita implementar barreras y mejores prácticas asistenciales. (OPORTUNIDAD PARCIAL)
	10. Analizar la implementación de gestión de riesgos específicos de los pacientes (OPORTUNIDAD PARCIAL)
	11. Incorporar en el modelo de gestión de riesgos, el componente de riesgo clínico individual y desde este realizar medición para evaluar la efectividad clínica de los tratamientos. (Matriz está como parcial en el informe esta como solucionada) (OPORTUNIDAD PARCIAL)
	12. Fortalecer la identificación y gestión de riesgos clínicos individuales y colectivos, para favorecer

	<p>mejores resultados de efectividad clínica.</p> <p>((OPORTUNIDAD PARCIAL)</p> <p>13.Fortalecer la gestión del riesgo por servicios, incluyendo el componente de riesgos clínicos individuales y colectivos</p> <p>((OPORTUNIDAD PARCIAL)</p> <p>14. Identificar y gestionar riesgos clínicos en alcance a los procesos de atención relacionados con la atención ambulatoria.</p> <p>((OPORTUNIDAD REITERADA)(AMBULATORIA)</p>
	Medir adherencia al procedimiento de comunicación interna

PARTE II UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA

El resultado de cumplimiento para la unidad funcional de Zipaquirá por grupo se estándares se muestra a continuación:

HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>		CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES PAMEC 2018							
SEGUIMIENTO CORTE DICIEMBRE 2018									
ESTANDARES	OPORTUNIDADES	OPORTUNIDAD ES COMPLETA	% CUMPLIMIENTO	TOTAL ACCIONES	COMPLETAS	EN DESARROLLO	ATRASADAS	NO INICIADAS	% CUMPLI. ACCIONES
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	9	8	89%	9	8	1	3	0	89%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	8	7	88%	9	8	1	0	0	89%
GESTION AMBIENTE FISICO	14	13	93%	14	13	1	0	0	93%
GESTION DE LA TECNOLOGIA	5	5	100%	5	5	0	1	0	100%
PACAS	38	35	92%	38	35	2	1	0	92%
INFORMACION	3	3	100%	3	3	0	0	0	100%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	11	9	82%	11	9	2	0	0	82%
TOTAL	88	80	91%	89	81	7	46	0	91%

Así mismo se presentan las Oportunidades de mejoramiento que requieren ser trasladadas al PAMEC de la próxima vigencia, por no cumplirse en su totalidad.

GRUPO DE ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO Y/O ACCIONES
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	Actualizar la matriz de riesgos de los diferentes procesos de la Unidad Funcional de Zipaquirá
TALENTO HUMANO	Socializar el procedimiento de inducción a colaboradores nuevos en la institución
AMBIENTE FISICO	Realizar la entrega del Plan de emergencia a la secretaria de salud de Cundinamarca

PACAS	Continuar con la implementación de las GPC
	Gestionar el oportuno aviso al profesional sobre las causas de las demoras en el reporte de los resultados a los servicios
	Gestionar la medición de adherencia al plan de cuidado
GESTION DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO	Fortalecer despliegue y comunicación de los resultados de mejoramiento

2. INFORME DE SEGUIMIENTO A PUMP

Se realiza seguimiento al PUMP de los siguientes procesos con los siguientes resultados de cumplimiento:

PROCESO	% DE AVANCE	% DE CUMPLIMIENTO	% DE CIERRE DE CICLOS
ATENCION AL PACIENTE QUIRÚRGICO	58%	0%	0%%
ESTERILIZACIÓN	98%	80%	80%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	94%	80%	80%
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	85%	75%	75%
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	100%	100%	100%

7.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE

I. CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2018

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana durante la Vigencia 2018 se desarrolla a través de un cronograma de cumplimiento (Ver Anexo. 1), con actividades programadas para ser realizadas mensualmente, las cuales son consolidadas de manera trimestral, lo que permiten implementar los objetivos y líneas estratégicas del Programa así como de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de actividades durante el cierre del IV Trimestre de 2018, se identificaron 53 actividades programadas en total, de las cuales se lograron ejecutar 52 de ellas con un cumplimiento del 98,1% (Ver Tabla No.1); comparado con el resultado del cumplimiento del 96,4% obtenido al finalizar el IV Trimestre del 2017. En comparación del año 2017 y 2018 se puede evidenciar que se le dio cumplimiento al desarrollo de las actividades programadas en el cronograma de Seguridad del Paciente esto debido al nuevo equipo de Seguridad del Paciente, Enfermeras profesionales que conocen la Institución desde el área asistencial y por lo tanto le dan continuidad al proceso y fortalecen con su conocimiento al desarrollo y ejecución del Programa de Seguridad.

Una vez superado el percance de los integrantes del Equipo de Seguridad del Paciente, durante este el cuarto trimestre se presentaron dificultades con el aplicativo que se encuentra en la intranet el cual permite el reporte de las diferentes novedades, lo que se vio reflejado en la disminución de novedades para el mes de Octubre y también se presentaron dificultades con la plataforma del Curso Virtual de Buenas Practicas de Seguridad del Paciente lo que retraso el inicio del nuevo curso y con ello perdida de información, sin embargo gracias a los soportes que se tenían por el Equipo de Seguridad se pudo graduar estudiantes que se encontraban en semana de recuperación.

A continuación se presenta tabla 1 porcentaje de cumplimiento de cronograma del Programa de Seguridad del paciente del cuarto trimestre y en tabla 2 el cumplimiento del programa II semestre, comparado con el trimestral anterior hubo mejora en el desarrollo y cumplimiento de las actividades programadas.

Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente IV Trimestre 2018

AÑO 2017		AÑO 2018	
Al IV Trimestre	Total en la Vigencia 2017	Al IV Trimestre	Total en la Vigencia 2018
96,4%	188 de 195: 96,4%	98,1%	146 de 150: 97,3%

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente con cierre a IV Trimestre del 2017 y IV Trimestre de 2018

Tabla 2: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente II Semestre 2018

AÑO 2017		AÑO 2018	
Al II Semestre	Total en la Vigencia 2017	Al II Semestre	Total en la Vigencia 2018
94.7%	107 de 195: 54,9%	96,3%	77 de 150: 51,3%

LINEA 1: INTEGRACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL

- Para dar cumplimiento a la línea 1 se programaron tres (3) actividades en el IV trimestre de 2018, las cuales se desarrollan en su totalidad.
 - La primera actividad es la medición de los indicadores relacionado con la seguridad del paciente (Indicadores definidos por el programa bajo la Resolución 256/2016), actividad realizada y presentada mes a mes en el comité de Seguridad del Paciente. Además se da cumplimiento con el envío de forma oportuna de los indicadores de la resolución 256 programada antes del 15 de enero de 2019, correspondiente al segundo semestre de 2018.
 - La segunda actividad está relacionada con el seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento para mantenimiento de la Acreditación (PAMEC) en lo relacionado a la Seguridad del Paciente: Las acciones propuestas quedaron contempladas en el PUM, a las cuales se les realiza seguimiento a través de la asistencia a las reuniones organizadas desde la Dirección Científica para el estándar de PACAS, donde se encuentra la mayoría de las actividades, allí se da a conocer los avances y dificultades para su cumplimiento.
 - La tercera es el Seguimiento a la ejecución de Tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se llevó a cabo en cada comité realizado durante los diferentes trimestres. Se cumple con seguimiento que se realiza por parte de la profesional de Planeación quien revisa las actas del comité, verificando el cumplimiento de tareas asignadas en cada comité, para el cuarto trimestre tenemos un cumplimiento del 100%
 - Como actividad adicional se participó en la RUTA DE ACREDITACION de Hospital Universitario Samaritana con la participación de 1430 participantes donde desde el eje de PACAS se presentó el Programa de Seguridad del paciente con los avances realizados por el mismo y a donde queremos llegar enfocado a Hospital Universitario.
- SOPORTES: Actas de comité de Seguridad del Paciente, informes de gestión de trimestres anteriores y el Cronograma propio de las actividades del Programa de Seguridad del Paciente. Actas de reuniones del PACAS a cargo de Dirección Científica. Soportes de Ruta de Acreditación Hospital Universitario con Educación Médica

LINEA 2: FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FARMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD.

- Se programaron 6 actividades en el IV Trimestre todas fueron desarrolladas
 - Seguimiento de la ejecución de los Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia Hemovigilancia, Reactivovigilancia Biovigilancia y Programa de Control de Infecciones, actividad que está programada para hacerlo dos veces al año, llevando a cabo el segundo seguimiento desarrollado a cabalidad por las profesionales de Seguridad del Paciente; adicionalmente en cada sesión del Comité de Seguridad del Paciente, los líderes de los 6 Programas de Vigilancia Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, informan las gestiones realizadas en sus programas.

-Se tiene programado la realización de 12 actividades para la vigencia 2018, en el Primer Semestre se han ejecutado las 6 actividades y las restantes para dar cumplimiento al segundo semestre, con un cumplimiento del 100%

Soportes: 1. Actas de Seguimiento a la Ejecución de los Programas de Vigilancia y Actas del Comité de Seguridad del Paciente

LINEA 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 SAMARITANA (CLIENTE INTERNO Y EXTERNO)

Para el cuarto trimestre se programaron 56 actividades de las cuales se desarrollaron 53 descritas de la siguiente manera:

-Se realizaron tres (3) Rondas de Seguridad correspondientes al trimestre en diferentes servicios como: cuarto norte, tercero norte y Sala de Partos, así mismo se generó un informe escrito donde se describen los compromisos adquiridos por parte de los colaboradores que conforman cada uno de los servicios antes mencionados, se contó con el apoyo de la Dirección Administrativa al cierre de la ronda.

-Actividad Adopción, implementación y seguimiento a la adherencia de Guías de Práctica Clínica, a cargo de Subdirección Científica, para ser ejecutada en los meses de septiembre, octubre y noviembre así:

1. Adopción de GPC según metodología institucional: Ejecución septiembre 2018
2. Implementación de la GPC según metodología institucional: Ejecución Octubre 2018
3. Seguimiento (Evaluación) a la adherencia de la GPC según metodología institucional: Ejecución noviembre 2018

-Con el apoyo de la Jefe de Planeación y Calidad se realizó el día 13 de Noviembre 2018 en Sala de Juntas la socialización del Estado de la adherencia de las Guías de Práctica Clínica, asistentes a la reunión se encontraban Director Científico, Líder de Hospitalización, Líder de Auditoría médica, Auditor Médico, (2) profesionales de Planeación y calidad y el Equipo de Seguridad del Paciente. Una vez finalizada la reunión se realiza seguimiento y se evidencia por Dirección Científica que se realizó reunión el día 21 de Diciembre 2018 para realizar la revisión de perfil Epidemiológico junto con la revisión de Guías adoptadas por la Institución y la alineación de las primeras causas ajustadas al perfil Epidemiológico.

-Desarrollo de metodología trazadora, esta actividad fue programada dentro del cronograma para ser ejecutada dos veces al año mayo y septiembre del 2018. Debido a los hallazgos evidenciados en el primer seguimiento y el corto tiempo para ejecutar las acciones producto de los hallazgos, se decidió por parte de los integrantes del Programa realizar la segunda metodología trazadora en octubre del 2018. Se dio cumplimiento y se desarrolló estrategia de paciente trazador, la socialización se realiza al Comité de Seguridad del paciente con hallazgos y planes de mejoramiento producto de esta práctica

- Seguimiento de los Paquetes Instruccionales para la Seguridad del Paciente: la periodicidad de su ejecución es dos veces al año y se dio cumplimiento según cronograma al segundo seguimiento con la participación del líder designado; previo a la evaluación se ajustó la Lista de Chequeo de Grado de Cumplimiento en la implementación de Paquetes Instruccionales Código 05GC55-V1. Se cuenta con un porcentaje de implementación global de los Paquetes Instruccionales con corte a 15 de Diciembre 2018 del



80 %, se puede evidenciar una mejora en relación al primer semestre, se reconoce que los líderes han fortalecido el tema relacionado con los Paquetes Instruccionales sin embargo, hay paquetes que aún no ha realizado actividades para dar cumplimiento al despliegue del paquete Instruccional como es el caso de Reducción el Riesgo en los Pacientes Cardiovascular, por el contrario el paquete de Comunicaciones se ha venido fortaleciendo y se puede evidenciar en los diferentes seguimientos. Los resultados serán divulgados en Comité de Seguridad del Paciente y en el Boletín Trimestral

-Socialización de resultados de la medición de los paquetes Instruccionales. Con una adherencia al 80%
Soportes: Informes de rondas de Seguridad del Paciente, Actas de Comité, Boletín trimestral, Actas de Reunión, Informe de Paciente Trazador (Lista de Chequeo), Consolidado Global de Paquetes Instruccionales 2018.

La Línea Estratégica No 3. Fortalecimiento de las Buenas Prácticas Para La Seguridad del Paciente en todos los Individuos Inmersos en el Proceso de Atención en Salud en la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana (Cliente Interno Y Externo,) tiene programado la realización de 56 actividades para la vigencia 2018, en el II Semestre de 2018 se ejecutaron 53 lo que representa un 94,6% frente a lo programado anual.

LÍNEA 4: FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CONSISTE EN LA IDENTIFICACION, CLASIFICACION, ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN E IDENTIFIQUEN EN LA INSTITUCIÓN

Para esta línea se programaron 12 actividades las cuales fueron realizadas en su totalidad desarrolladas de la siguiente manera:

-Documentar, implementar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se realizó seguimiento a todas las novedades reportadas, su revisión y clasificación fue remitida al Líder del área donde se presentó la novedad, con el objetivo que ellos conozcan el porcentaje de novedades reportadas desde su servicio y cuáles son las que más frecuentes, para que se tomen acciones de fortalecimiento de las barreras de seguridad para reducir su ocurrencia y de ser necesario generar planes de mejoramiento.

-Retroalimentación de los resultados de las novedades de Seguridad por diferentes mecanismos: Los mecanismos utilizados para la retroalimentación de los resultados de novedad son 1. Comité de Seguridad del Paciente de manera mensual 2. Consolidado trimestral de Novedades a los Líderes de paquetes Instruccionales, Referentes de Programa de Vigilancia y Jefes de áreas. 3. A través de Boletín informativo correspondiente al trimestre el cual es socializado vía correo electrónico, intranet y cartelera institucionales.

-Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad para el año 2018 se reportaron: 5656 novedades en total de las cuales 3522 corresponden a sede Bogotá con un porcentaje de 62,2% y 2134 con un 37,7% corresponde a la unidad Funcional de Zipaquirá. La Base de Datos es un mantenimiento de todo el Equipo de Seguridad, gracias a la disposición del Equipos actualizados brindados a partir de este año 2018 las profesionales de Seguridad alimentan mes a mes la información y ayudan al mantenimiento de la misma.

-La comunicación a través de correo electrónico al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con la posible novedad de Seguridad: luego de Identificar que la novedad es Extra institucional, se procede a informar vía correo electrónico o telefónicamente; en todos los casos no es fácil ubicar al referente de

seguridad o Coordinador de calidad de la institución respectiva, por lo que el proceso se vuelve un poco dispendioso de realizar. Para este trimestre solo se evidencio una novedad extra institucional

-Se fortalece del equipo de Seguridad del Paciente, con la contratación de dos Profesionales con experiencia en el área asistencial entre 4 a 8 años que conocen los procesos internos del HUS, lo que ha generado un apoyo en el proceso de investigación bajo la Metodología ANCLA y seguimiento a las novedades, fortaleciendo el registro en la base de datos de novedades, mejorando así la percepción de los colaboradores frente al programa de seguridad del Paciente.

Soportes: 1. Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35) Trimestre Julio a Septiembre 2018, Análisis Ancla y Actas de Reunión 2. Actas de Comité, Boletín Trimestral, socialización a todos los servicios, correo electrónico dirigido a los líderes de Paquetes, Jefe de Área, Informes de Ronda de Seguridad, Boletines Trimestrales.

La Línea Estratégica No 4. Fortalecimiento del sistema de información para la seguridad del paciente consistente en la identificación, clasificación, análisis y seguimiento de las novedades de seguridad que se presenten e identifiquen en la institución, tiene programado la realización de 47 actividades para la vigencia 2018, las cuales fueron desarrolladas al 100% para vigencia del presente año.

LINEA 5: FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

Para el tercer trimestre de 2018 se programaron 7 actividades desarrolladas de la siguiente manera:

-Aplicación, Tabulación y análisis de Encuesta de Cultura de Seguridad que incluya preguntas sobre necesidades de educación continua. Se realizó según cronograma para el mes de Noviembre con su respectivo envío de resultados de necesidades en formación al área de talento humano para sus fines pertinentes, los resultados son presentados al comité de Seguridad del Paciente.

-Relacionado con el apoyo a la formación de seguridad con diferentes mecanismos:

Curso Virtual Buenas Practicas en Seguridad del Paciente: después de haber estado sin plataforma por aproximadamente tres mes (como se describió en el informe trimestral anterior) se logra dar cierre al curso que se había iniciado en el mes de Abril, de ahí se contó con 155 participantes, de los cuales el 64% que corresponden al 98 participantes lograron su certificado. Nuevamente, gracias al esfuerzo realizado por el funcionario de la Plataforma TICS con la recuperación del contenido el curso, se da apertura al Curso Buenas Practicas de Seguridad del Paciente, obteniendo 450 participantes inscritos los cuales se encuentran en seguimiento con el desarrollo del curso Virtual Buenas Practicas de Seguridad del Paciente, los resultados de los graduandos serán publicados en el próximo informe trimestral.

Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente: teniendo en cuenta que en sus actividades el equipo del Programa de Promoción y Prevención, liderado por el Jefe Julián Caballero y dos Auxiliares de Enfermería, tienen inmerso brindar educación y con el ánimo de unir esfuerzos para evitar reprocesos, es este equipo, quienes ejecutan en su mayoría las actividades de educación y entrenamiento al paciente, familiares y

cuidadores en temas relacionados con la Seguridad del Paciente, que unido a lo realizado por Seguridad del Paciente arrojan resultados favorables, para este trimestre se contó con la participación de 2214 participantes entre pacientes y familiares. Para el total de 2018 se contó la participación de un total 9080 personas. A partir del mes de agosto se brindó capacitación del personal asistencial en temas relacionados con manejo de piel con 374 participantes.

-Actualizar y presentar el proceso de Inducción y Reinducción institucional en lo referente de Seguridad del Paciente: Durante el IV trimestre se asiste y participa activamente a las Jornadas de Inducción y Reinducción, organizadas por la Subdirección de Talento Humano, dirigidas al personal de planta y tercerizados con un total de para el trimestre de 47 participantes y para el año 2018 con 280 participantes.

Soportes: 1 Tercera versión del Curso virtual “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente” publicado en la plataforma Moodle, Certificado que se otorga al participante que aprobó el Curso Virtual “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”, correos de seguimiento a los participantes del curso virtual 2. Listado de asistencia Inducción y re inducción. 4. Informe de Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente del HUS 5. Listado de Educación a paciente y familia en seguridad del paciente.

La Línea Estratégica No 5. Fortalecimiento de la formación continua en seguridad del paciente alineado al plan institucional de capacitación, tiene programado la realización de 25 actividades para la vigencia 2018, de las cuales se cumple con un total de 24 actividades lo que corresponde a un 96% para el cierre del año 2018.

LINEA 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: Durante el III Trimestre no se presentaron solicitudes referentes a esta actividad debido a que ningún grupo de investigación solicitó el acompañamiento por parte del programa

II . INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2018, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

1 .Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

La vigencia 2018, cierra con un cumplimiento en la ejecución del programa de Seguridad del Paciente del 97,3%.

Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma	
I trimestre de 2018	18/19 = 94,7%
II trimestre de 2018	51/51 = 100%
III trimestre de 2018	24/27 = 88,9%
IV trimestre de 2018	52/53 = 98,1%
Vigencia 2018	146/150 = 97,3%

Fuente: Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente Vigencia 2018

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 84 eventos Adversos (Ver Tabla 2, Tabla 3)

***Es importante aclarar que la información final aquí contenida es la definitiva de la vigencia 2018, lo anterior por cuanto en los Informes de Gestión de los trimestres, se hizo la aclaración que podrían existir cambios posteriores en la clasificación de las novedades, así como en su momento faltaba incluir el reporte de las IAAS de cada mes, lo que a la fecha ya contamos con el 100% de novedades incluidas en la base de Datos 2018.

Tabla 2. Clasificación global de Reportes de Novedades Vigencia 2018 en el HUS										
CLASIFICACIÓN DE LA NOVEDAD	ENE –MAR	%	ABR- JUN	%	JUL -SEPT	%	OCT- DIC	%	Total General 2018	%
COMPLICACIÓN	63	8,1	89	9,59	60	5,8	74	9,4	286	8,1
DESCARTADO	86	11,1	145	15,6	159	15,4	122	15,5	512	14,5
EVENTO ADVERSO	285	36,6	283	30,5	332	32,2	280	35,7	1180	33,5
INCIDENTE	230	29,6	296	31,9	321	31,1	208	26,5	1055	30,0
REPETIDO	107	13,8	109	11,7	152	14,7	88	11,2	456	12,9
RIESGOS LABORALES	5	0,6	3	0,3	6	0,6	7	0,9	21	0,6
SEGURIDAD ADMINISTRATIVA (SECURITY)	2	0,3	3	1,9	1	0,1	6	0,8	12	0,3
Total General	778	100	928	100	1031	100	785	100	3522	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

Tabla 3. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
I Trimestre 2018	286/286=100%
II Trimestre 2018	283/283=100%
III Trimestre 2018	332/332=100%
IV Trimestre 2018	279/279=100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Si bien se presenta una disminución en el porcentaje de novedades clasificadas como incidentes en relación al número de eventos adversos, el programa de seguridad del paciente y las diferentes vigilancias de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el Programa de IAAS, continúan gestionándolas según el procedimiento establecido fortaleciendo la búsqueda activa de oportunidades de mejora que permitan aumentar su incidencia con el fin de generar una cultura más preventiva y menos reactiva. Todos los incidentes se han gestionado según el procedimiento establecido según el tipo de reporte y si es de alta, media o baja prioridad (proporción de 1), cada uno con diferente grado de avance en el ciclo;(Ver Tabla 4)

Tabla 4. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados / Número total de incidentes detectados	
I Trimestre	230/230=100%
II Trimestre	296/296=100%
III Trimestre	321/321=100%
IV Trimestre	208/208=100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Comparando cada Trimestre del 2016, 2017 y 2018 se evidencia una tendencia general de aumento en la Proporción de Reporte de Novedades de Seguridad, se encuentra relacionado, con las gestiones institucionales realizadas para el fomento del reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el

Programa de IAAS; Búsqueda activa del COVE, Seguimiento Farmacoterapéutico; Auditoria Concurrente del HUS; Defensoría del Usuario ; Auditoria Externa, Lideres de Paquetes Instruccionales (Ver Tabla 5).

Tabla 5: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Formula:				Datos:			
(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				I Trimestre 2015:	232	I Trimestre 2016:	745
				II Trimestre 2015:	190	II Trimestre 2016:	766
				III Trimestre 2015:	392	III Trimestre 2016:	720
				IV Trimestre 2015:	667	IV Trimestre 2016:	557
				I Trimestre 2017:	779	I Trimestre 2018:	777
				II Trimestre 2017:	537	II Trimestre 2018:	928
				III Trimestre 2017:	842	III Trimestre 2018:	1031
				IV Trimestre 2017:	774	IV Trimestre 2018:	785
AÑO 2017				AÑO 2018			
I TRIM.	II TRIM.	III TRIM	IV TRIM	I TRIM.	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
$(779-557)/557 = 0.39$	$(537-779)/779 = -0.31$	$(842 -537) / 537 = 0.56$	$(774-842)/842 = -0,08$	$(777-774)/774 = 0,003$	$(928-777)/777 = 0,19$	$(1031-928)/928 = 0,11$	$(785-1031)/1031 = -0,2$

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años 2015 – 2016- 2017-2018

5. Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación

Durante el 2018 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo Digital con 3112 novedades que representa el 88% (Ver Tabla 6), lo que constituye una mejora, ya que al realizar los reportes a través del aplicativo, se hace casi de inmediato cuando la novedad se presenta y le garantiza a quien reporta total anonimato, esto ha permitido fortalecer la cultura del reporte; el restante fue identificado por Auditoria Concurrente con 302 reportes, desde Atención al Usuario se identificaron 89 reportes, Auditoría Externa de EPS realizo 19 reportes .Al ingresar estas novedades al aplicativo, siempre se verifica, si con anterioridad ya se había

reportado su ocurrencia, dejando el consecutivo con el cual ingreso por primera vez a la base de datos y el otro se clasifica como repetido, indicando con cual consecutivo se repite.

Tabla 6: Proporción Novedades de Seguridad por forma de identificación

FORMA DE IDENTIFICACIÓN	2018	%
APLICATIVO	3112	88%
ATENCIÓN AL USUARIO	89	2,5%
AUDITORÍA CONCURRENTE	302	8,5%
AUDITORÍA EXTERNA	19	0,6%
Total general	3522	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

6. Proporción de novedades de seguridad por tipo de la novedad

Las Novedades de Seguridad más frecuentemente reportadas por Tipo de Atención en salud insegura durante la vigencia 2018 se relacionan con: fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (48%), Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (22%),Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (6%), infecciones asociadas a la atención en salud (9)%, Caídas de pacientes (4%) ;dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes; Ver Tabla. 7).

Tabla 7: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2018

TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA VIGENCIA 2018	COMPLICACIÓN	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	Total General
Tipo 2:Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	133	750	334	1217
Tipo 5:Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	109	174	293	576
Tipo 4:Infección ocasionada por la atención en salud		232		232
Tipo 9:Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	2	3	145	150
Tipo 11:Caídas de pacientes	1	17	81	99
Tipo 1:Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud			80	80
Tipo 15:Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	19	1	31	51
Tipo 6:Relacionados con la sangre o sus derivados	19		24	43
Tipo 3:Relacionados con fallas en los registros clínicos			22	22

Tipo 13:Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico		1	16	17
Tipo 10:Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	2	1	11	14
Tipo 14:Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	1		11	12
Tipo 7:Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos			5	5
Tipo 8: relacionado con la administración de oxígeno o gases medicinales			2	2
Tipo 12: Accidentes de pacientes		1		1
Total General	286	1180	1055	2521

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

7. Porcentaje de Eventos Adversos

Para la vigencia 2018 el porcentaje de Eventos Adversos es del 1.2% frente al total de atenciones que incluyen: los Egresos Hospitalarios (10462), las Consultas generadas en Consulta Externa (48542), Consultas de Urgencias (17692) y los Procedimientos Quirúrgicos (17339). (Ver Tabla 8)

Tabla 8: Porcentaje de Eventos Adversos TOTAL 2018

Formula: Número total de eventos adversos en el periodo	
/ Número total de Atenciones en el periodo	
I Trimestre 2018	286/21758= 1,3
II Trimestre 2018	283/25480=1,1
III Trimestre 2018	332/24332=1,3
IV Trimestre 2018	279/22465=1,2
TOTAL 2018	1180/94035=1,2

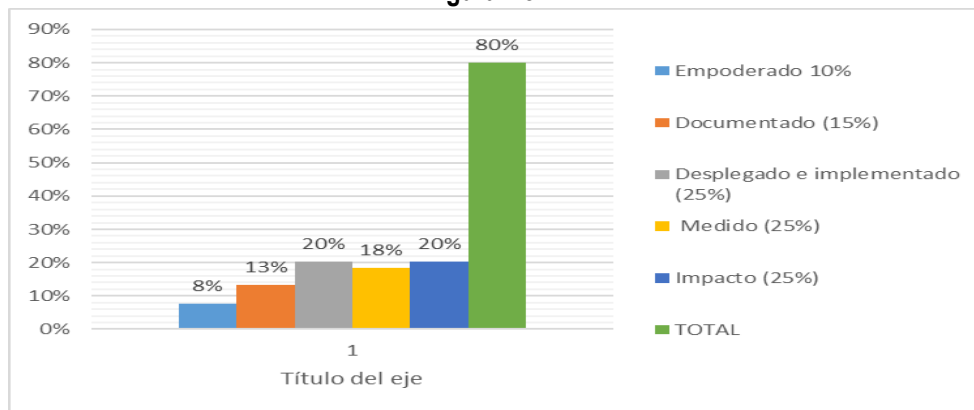
Fuente: Oficina de Estadística Archivos 2018/Indicadores / Indica General y Base de Datos Novedades de Seguridad 2018.

RESULTADOS Y ANÁLISIS GLOBALES MEDICIÓN A DICIEMBRE DE 2018

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 (8% sobre 10%). 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 (13% sobre 15%). Como oportunidades de mejora que deben fortalecerse está la implementación con una alta adherencia de lo que se encuentra documentado (20% sobre 25%), la medición de los datos e indicadores que muestran la gestión realizada por cada paquete (18% sobre 25%) y su posterior resultado que es el contar con una trazabilidad de esta medición que evidencie la mejora continua (20% sobre 25%). Se contó con un porcentaje de implementación global del 80% de los Paquetes Instruccionales con corte a 31 de diciembre de 2018 (Ver Figura No. 1)

Figura No. 1:



Fuente: Programa de Seguridad del Paciente 2018

Los paquetes Instruccionales se puede evidenciar que algunos de ellos se encuentran en implementación alta por el manejo ya que actúan de manera transversal en la institución, lo que implica que el personal de Hospital Samaritana conoce y maneja los procesos. Los paquetes a los cuales se le hizo intervención vienen a la mejora quedando en nivel medio, la reducción en la atención de pacientes cardiovasculares fue uno de los paquetes intervenidos donde se empoderó al Líder sobre el tema para el desarrollo de los diferentes ítems de los paquetes, sin embargo a pesar la intervención se evidencia que el paquete instruccional no avanzó por el contrario tuvo un retroceso en su calificación, lo cual genera para el programa y la institución acciones de mejora relacionados con este paquete. En cuanto al paquete relacionado con comunicaciones viene en un proceso de aumento de implementación es uno de los paquetes más jóvenes, la líder del paquete es la Dra. María Teresa Ospina quien ya ha realizado acciones para su debida implementación. Para finalizar el año 2018 contamos con un 80% a nivel general en cuanto a la implementación de los paquetes instruccionales lo que nos demuestra que se ha mejorado. (Ver Figura No 2).

Al mirar el porcentaje de implementación desagregado para cada Paquete Instruccional se tomaron como líneas de corte para contar con tres niveles de implementación los siguientes puntajes:

8. Nivel Bajo de implementación: paquetes con puntaje de implementación < del 50%
9. Nivel Medio de implementación: paquetes con puntajes de implementación entre el 50% y el 70%
10. Nivel Alto de implementación: paquetes con puntaje implementación > del 70%

Tabla 10. Porcentaje Global Paquetes Instruccionales 2018.

Nombre de Paquete		I SEGUIMIENTO	II SEGUIMIENTO
1	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA	70%	75%
2	EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y MONITOREO DE ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
3	MODELO PEDAGÓGICO		
4	DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN	84%	91%
5	MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	70%	80%
6	PROCESO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	85%	90%
7	MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICO	80%	79%
8	PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	92%
9	ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	88%	93%
10	GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO	90%	94%
11	REDUCIR EL RIESGO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CARDIOVASCULARES	40%	35%
12	PREVENIR LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	80%	85%
13	REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO	70%	76%
14	PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN	70%	83%
15	GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO	81%	90%
16	EVALUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA	66%	71%
17	SISTEMA DE REPORTE DE SEGURIDAD EN LA UCI	70%	76%
18	GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES	50%	68%
19	PREVENIR EL CANSANCIO EN EL PERSONAL DE SALUD	50%	65%
20	GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	83%	83%
21	ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO DE SU SEGURIDAD	80%	87%
TOTALES		73%	80%

III . ANEXOS

- Anexo 1: Cronograma para la ejecución del programa de Seguridad del Paciente año 2018.



7.3 HABILITACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

1.1. Sistema Único de Habilitación

- Para el cuarto trimestre del 2018 se realizó el seguimiento a las acciones planteadas para mantener las condiciones de habilitación, descritas en los PUMP de cada proceso. Todos los planes de mejoramiento elaborados por procesos se encuentran en ejecución debido a que las fechas de cumplimiento varían según la programación; encontrando que para la vigencia 2018 se cerraron 18 oportunidades de 30 elaboradas; las restantes quedaron formuladas para su respectiva ejecución y seguimiento en los planes de mejora PUMP 2019.
- Se realizó la gestión para la apertura del servicio 243 Trasplante de piel y los componentes de la Piel, se radico formulario de novedades y se solicitó la visita previa para la apertura del servicio, la cual está pendiente por parte de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud del Distrito.
- El 20 de diciembre del 2018 se realizó la renovación de habilitación de cada uno de las sedes que tiene habilitada la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, quedando la constancia de habilitación con vigencia hasta el 30 de enero del 2020.
- Se realizó la visita al Centro de Salud de Cogua para realizar la autoevaluación, de la cual se generó el informe y fue enviado a la jefe asesora de Planeación y garantía de la Calidad para su revisión y comunicación.

1.2. Referenciación Comparativa:

Para el IV cuarto trimestre del año 2018 se adicionaron dos referenciaciones internas, para un total de cuatro referenciaciones internas las cuales se realizaron en su totalidad. De las referenciaciones que se describen en el cronograma, fueron solicitadas por los líderes de procesos y/o servicios 31, de los cuales se tiene el formato de solicitud y las cuales fueron gestionadas con las instituciones que describían en dichas solicitudes; de estas 31 se realizaron 16, para un cumplimiento del 52% del cronograma de referenciaciones comparativas.

Tabla No 1. Avances de Referenciación Comparativa Realizada e implementada.

REFERENCIACION COMPARATIVA HUS 2018	
Total 28 Programadas	Desarrollo
Realizadas	16



Solicitadas	15
Por solicitar	0
Informes presentados	16

Ref Interna programada	4
Ref Interna realizadas	4

% Avance
% Realizadas
52%

Nota: La fuente de la información es del Seguimiento Planeación y Calidad.

De las 16 referenciaciones realizadas se cuenta con el informe de cada uno de ellas (16 informes en total), de estas 15 llevaron experiencias exitosas para su implementación en el HUS.

Algunas de las acciones implementadas son: Desde el servicio de nutrición se implementó en la historia clínica de Dinámica Gerencial la evolución de los pacientes con alimentos propósito medico especial; desde el proceso de atención al usuario se realiza en la inducción una sensibilización de Humanización.

En referenciaciones internas s implementaron acciones desde el programa de trasplantes se realizó el pres test y post test en capacitación de promoción a la donación en el banco de sangre, se realizó el formato de informe el cual ya se implementó y fue enviado a la coordinadora del Banco de Sangre y en el proceso de atención farmacéutica se documentó el procedimiento inducción y entrenamiento en puesto de trabajo.

Tabla N 2. Ejecución de la Referenciación Comparativa Programada en 2018.

 CRONOGRAMA DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS							
 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Empresa Social del Estado						2018	05DS02-V1
PROCESO A RERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACIÓN	INSTITUCIÓN A REFERENCIAR	CIUDAD	FECHA	RESPONSABLE	ESTADO DE LA REFERENCIACIÓN	
1	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	FORTALECEREL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE TEJIDOS	FUNDACION SANTA FE	BOGOTA	OCTUBRE	ANDREA FORERO	SOLICITADA

2		FORTALECEREL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE TEJIDOS	SERVICIO BANCO DE SANGRE (INTERNA)	BOGOTA-HUS	OCTUBRE	ANDRE FORERO	REALIZADA
3		FORTALECEREL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE TEJIDOS	PROGRAMA DE SEGURIDA DEL PACIENTE (INTERNA)	BOGOTA - HUS	OCTUBRE	ANDREA FORERO	REALIZADA
4	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	AUTOMATIZAR EL SERVICIO	HOSPITAL MEDERI	BOGOTA	ABRIL	ANGEL CARDENAS	SOLICITADO
5		ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO	HUS - LABORATORIO CLINICO	HUS BOGOTA	DICIEMBRE	LUIS ANGEL CARDENAS	REALIZADA
6	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO - NUTRICIÓN	MEJORAR PROCESOS DE NUTRICIÓN HOSPITALARIA	HOSPITAL SAN JOSÉ	BOGOTA	MARZO	CLAUDIA ZAMBRANO	REALIZADO
7	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	MEJORAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	HOSPITAL MILITAR	BOGOTA	MARZO	FREDY RAMIREZ	SOLICITADA
8		MEJORAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTA	MARZO	FREDY RAMIREZ	SOLICITADA
9	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO-COVE	MEJORAR PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTA	MARZO	MIRYAM VERGARA	REALIZADO
10	DOCENCIA	REVISAR PROCESOS DE ACREDITACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	MARZO	ANDREA MORALES	REALIZADO
11	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO - NEUROCIURUGÍA	CONOCER PROCESO DE CENTROS DE EXCELENCIA	FUNDACIÓN SANTA FÉ	BOGOTA	MAYO	MAURICIO RIVEROS	SOLICITADA
12	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO-AUDITORÍA	FORTALECER EL AREA DE AUDITORIA CONCURRENTE	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTA	SEPTIEMBRE	ALIX FERNANDA CAÑAVERAL	REALIZADO

13	CONCURRENTE	MEJORAR EL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA CONCURRENTES EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (GIRO CAMA Y ESTANCIA).	FUNDACIÓN SANTAFÉ	BOGOTA	PRIMER SEMESTRE		REALIZADO
14	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	PROCESO DE TECNOLOGIA BIOMEDICA	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	MAYO	XIOMARA ALVARADO JIMENEZ	REALIZADO
15		PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	NOVIEMBRE	LUIS ADRIAN HERNANDEZ	REALIZADO
16	GESTIÓN DE LA CALIDAD	SEGUNDA VÍCTIMA, REACCIÓN INMEDIATA A EVENTOS ADVERSOS, IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETE INSTRUCCIONAL CARDIOVASCULAR Y PREVENCIÓN Y CANSANCIO, GESTION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS Y PACIENTE TRAZADOR.	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	POR DEFINIR	MIREYA SUÁREZ	REALIZADO
17		FUNDACION SANTA FÉ	BOGOTA	POR DEFINIR	SOLICITADA		
18	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	MEJORAR LOS PROCESOS DE FISIOTERAPIA	FUNDACION SANTA FÉ	BOGOTA	JUNIO	NAIR DIAZ	SOLICITADA
19		MEJORAR LOS PROCESOS DE FISIOTERAPIA	LABORATORIO CLINICO	HUS BOGOTA	DICIEMBRE	NAIR DIAZ	REALIZADA

20	HOTELERIA HOSPITALARIA	MEJORAR EL PROCESO DE HOTELERIA	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	POR DEFINIR	NELSY FLOREZ	SOLICITADA
21	APOYO DIAGNOSTICO	REALIZAR REFERENCIACION FRENTE ESTANDARES DE EXCELENCIA PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	FUINDACION SANTA FE	BOGOTA	OCTUBRE	RUTH ROJAS	SOLICITADA
22		PATOLOGIA: USO, DESCARTE DE REACTIVOS, REACTIVO VIGILANCIA.	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	SEPTIEMBRE	SAMUEL MORALES	SOLICITADA
23		PATOLOGIA: DAR CUMPLIMIENTO A LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE ICONTEC	FUNDACION CARDIOINFANTIL	BOGOTA	JULIO	SAMUEL MORALES	SOLICITADA
24	ATENCION PACIENTE AMBULATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	IDENTIFICAR ACCIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTACION DE LOS PROCESOS DE ATENCION EN SALUD EN AREAS AMBULATORIAS	HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	MAYO	JEFE DORIS HELENA TORRES, YAMILE UBAQUE	REALIZADO
25			HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTA	OCTUBRE	YAMILE UBAQUE	SOLICITADA
26	ATENCION AL USUARIO	IDENTIFICAR ACCIONES DE HUMANIZACION QUE IMPACTEN EN LA TRANSFORMACION CULTURAL	HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	ABRIL	NUBIA GUERRERO	REALIZADO
27	FINANCIERA	SISTEMA DE COSTOS	HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	Mayo	JHON MILLER	REALIZADA
28	ESTANDAR DE MEJORAMIENTO	INDICADORES Y GESTION DEL RIESGO	FUNDACION VALLE DE LILI	CALI	OCTUBRE	VIVIAN CASTAÑEDA	SOLICITADA

29	GESTION DE LA INFORMACION	ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION, PLAN DE CONTINGENCIA, MINERIA DE DATOS	CLICA COUNTRY	BOGOTA	SEPTIEMBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA
30		ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	FUNDACION VALLE DE LILI	BOGOTA	SEPTIEMBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA
31		ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	FUNCACION CARDIOINFANTIL	BOGOTA	OCTUBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA

Nota: Fuente Seguimiento Planeación y Calidad.

Tabla 3. Referenciaciones comparativas recibidas en el HUS en el año 2018.

REFERENCIACIONES RECIBIDAS				
Año 2018				
N°	FECHA	INSTITUCION O ENTIDAD	CIUDAD DEPARTAMENTO	TEMA REFERENCIADO
1		E.S.E Hospital Mesitas	Cundinamarca	
2	12 de abril 2018	E.S.E Hospital de Anolaima	Cundinamarca	Programa seguridad del paciente
3	12 de abril 2018	E.S.E Hospital Habacuc Calderón Carmen de Carupa	Cundinamarca	Programa seguridad del paciente
4	12 de abril 2018	E.S.E Hospital San Rafael de Pacho	Cundinamarca	Funcionamiento de los módulos de dinámica gerencial hospitalaria para el proceso de pre auditoría de cuentas.
5	26 de abril 2018	UNILABS	Perú	Software PATCORE
6	7 de junio 2018	Audifarma	Bogotá	Atención Farmacéutica, seguimiento farmacoterapeutico
7	15 de junio 2018	Universidad Nacional de Colombia	Bogotá	Clínica de Heridas
8	15 de junio 2018	E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá	Cundinamarca	Clínica de Heridas
9	16 de julio 2018	Instituto Nacional de Cancerológico	Bogotá	Docencia e investigación

10	22 de agosto 2018	Instituto Nacional de Salud	República Dominicana	sistema obligatorio de Calidad, Banco de Sangre, Servicio de Neurocirugía
11	28 de septiembre 2018	Hospital Militar	Bogotá	Comunicaciones
12	30 de Noviembre 2018	Universidad de Costa Rica	Costa Rica	Banco de Sangre

En el año 2018 recibimos 12 instituciones en el HUS, de las cuales 5 fueron E.S.E Hospitales del Departamento de Cundinamarca, 4 instituciones de Bogotá entre ellas Universidad Nacional y empresa Farmacéutica y 3 de países como Perú quien realizó referenciación con el servicio de Laboratorio clínico, República Dominicana, se referenciaron con nuestro Banco de Sangre y servicio de Neurocirugía y de Costa Rica se referenciaron con el Banco de Sangre.

2. Planes Únicos de Mejora PUM

El PUMP del proceso de Desarrollo de Servicio tuvo una modificación, esto debido a que las acciones planteadas inicialmente ya se habían completado y son de obligatorio cumplimiento como es la autoevaluación de habilitación. Al darse cumplimiento con esta acción se modificó el pump incluyendo otras actividades derivadas de visitas de la dirección de inspección vigilancia y control y de la misma autoevaluación de habilitación realizada en el hospital, quedando así.

Tabla 4. Plan de Mejora del Proceso Desarrollo de Servicios.

A	B	C	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
PROCESO	INDICADOR	FRENTE	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUÓ LA	PORCENTAJE DE AVANCE	EFFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
ACCIONES DE MEJORA														
RESULTADOS														
SEGUIMIENTO														
FECHA DE SIGUIENTE														
1	DESARROLLOS	1	AUDITORIA EXTERNA SS CUIDADIANA RCA	1. Evaluar la medida de seguridad impresa mediante una encuesta 3548 de Fech. 28/07/2018.	1. Acta de Invalidez de la medida de seguridad	01/03/2018	12/12/2018	Luzmila Ospina - Especialista - Planeación calidad	Acta de Invalidez de medida de seguridad	100%	SI	CERRADA	COMPLETO	Se realizó con la Secretaría de Salud de Cundinamarca el oficio para solicitar el involucramiento de la medida de seguridad, oficina radicada el 13 de agosto de 2018, se cerraron los expedientes de funcionamiento de los expedientes de los expedientes. Se realizó con el acta de Invalidez de la
2		AUDITORIA EXTERNA SS CUIDADIANA RCA	2. Realizar el trámite correspondiente para habilitar el servicio de Esfuerzo. 3. Evaluar la medida de seguridad impresa mediante una encuesta 3488 de Fech. 28/07/2018.	4. Diálogo de Habilidades del Servicio Habilitado. 5. Acta de Invalidez de la medida de seguridad	01/03/2018	31/02/2018	Luzmila Ospina - Especialista - Planeación calidad	Servicio de referencia Habilitado.	100%	SI	CERRADA	COMPLETO	Se realizó con el diálogo del servicio de referencia Habilitado para el Centro de Salud de San Calixto que se realizó con el acta de Invalidez de la medida de seguridad número 3532 de Fech. 28/07/2018.	
3		AUTOCONTROL	4. Realizar el trámite correspondiente sobre la Secretaría de Salud de Bogotá para la apertura del servicio, presentar CD con autorizaciones, Formularios de seguridad firmados por el representante legal el oficio de solicitud de la institución para la apertura.	Actualización, Formularios de apertura del servicio en oficina de oficina.	01/03/2018	31/02/2018	Luzmila Ospina - Especialista - Planeación calidad	Servicio de Trasplante de Piel que Comparado de la piel Habilitado.	38%	SI	ABIERTA	EN DESARROLLO	Se realizó con la respuesta de la Secretaría de Salud de Bogotá donde se indicó que la institución se encontraba dentro de la programación.	

En el seguimiento del segundo semestre del 2018 al PUMP del Proceso de Desarrollo de servicios, se cerraron dos de los tres hallazgos descritos en el plan, con un resultado de cumplimiento del 67% y un avance del 97%. Esto debido a que estamos a la espera de la visita de Inspección, Vigilancia y Control para abrir el servicio de Trasplante de Piel y los componentes de la piel.

Se realizó el seguimiento a los planes de mejora por proceso PUMP de los procesos de Gestión del Talento Humano y de Atención Farmacéutica.

3. Plan Operativo Anual

Tabla 5. PAS 2018

Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades
				Línea base AÑO 2016		Valor esperado AÑO 1	Línea base AÑO 2017		Valor esperado AÑO 2	
				Valor	Año		Valor	Año		
Mantener las condiciones de Habilitación	Autoevaluación de servicios Habilitados	NA	Unidad	82%	2016	100%	NA	2017	1	1.1. Realizar Autoevaluación de los servicios habilitados en el HUS Bogotá (50%)



de HUS Bogotá										1.2. Elaboración de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación (10%)
										1.3. Ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación (40%)

Fuente: PAS 2018.

1.1. De los 88 servicios que tiene habilitados la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, se realizó la autoevaluación de habilitación a los 88 servicios, dando un porcentaje de cumplimiento para esta actividad del 100%.

Soportes: Matriz de autoevaluación de habilitación y 14 archivos en PDF con 23 informes de autoevaluación de los diferentes grupos de servicios.

Nota: Cabe recordar que la Resolución 2003 integra los servicios por grupo de servicios, es así como en el grupo quirúrgico se aplica la misma autoevaluación a los 19 servicios de este grupo (quirúrgico) que tiene habilitado el hospital.

1.2. De los 26 procesos que tiene la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, la elaboración de los planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de los servicio de habilitación le aplica a 12 procesos. Los cuales son: Atención a paciente ambulatorio, atención paciente quirúrgico, atención farmacéutica, Atención paciente hospitalizado, Apoyo e imágenes diagnósticas, Atención apaciente de urgencias, esterilización, gestión de la infraestructura, hotelería hospitalaria, gestión del talento humano, desarrollo de servicios y referencia y contrarreferencia. Actividad con cumplimiento del 100%

1.3. Todos los planes de mejoramiento elaborados por procesos se encuentran en ejecución debido a que las fechas de cumplimiento varían según la programación; encontrando que para la vigencia



4.2 Seguimiento a PAMEC.

Se realizó el seguimiento al PAMEC del proceso de Gestión del Talento Humano

4.3 Revisión documental

Se realizó la revisión documental a los procedimientos del proceso de talento humano y del proceso de atención farmacéutica.

4.4 Recibir Auditoria externa.

Para el último trimestre del año 2018 se realizó el acompañamiento a la auditoria externa realizada por la EPS Medimàs realizada a la sede principal. Recibimos un comunicado de parte de la EPS solicitando el plan de mejoramiento, a lo cual respondimos solicitando un informe formal de la auditoria para generar el plan de mejoramiento que corresponda.



7.4 GESTIÓN AMBIENTAL

GESTIÓN DE LA CALIDAD

7. Programas

De acuerdo con los programas desarrollados por el área ambiental se tiene la evaluación del PGIRSHYS y de RECICLAJE que podemos verificar su efectividad a través de los siguientes indicadores de segregación que determinan la efectividad de las acciones realizadas a través del programa y que responden de igual manera a los numerales propuestos por la Norma ISO 14001: 2015.

En aras de responder a las necesidades del desempeño ambiental de la institución y de acuerdo a la evaluación de riesgos de los impactos generados por la prestación de servicios de salud, se han venido desarrollando actividades que responden a la mitigación de los mismos y al control responsable de aquellos que continúan generando resultados que afectan los recursos naturales.

Esta gestión se enfoca en los siguientes aspectos así:

INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

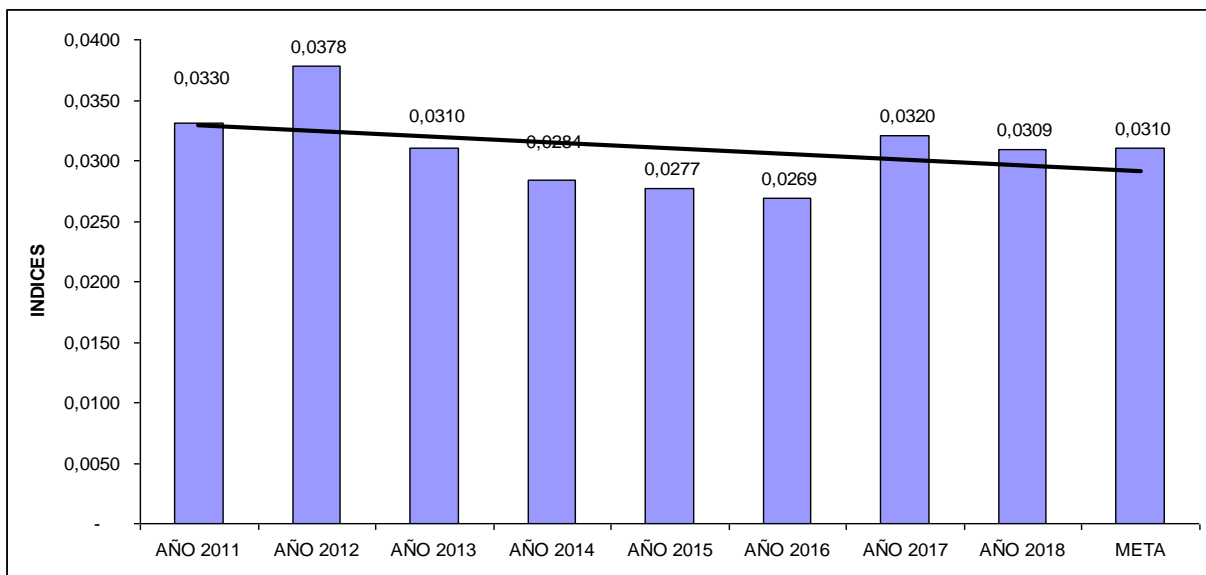
TIPO DE RESIDUO Kg	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018
ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLE	239.616,00	242.643,00	231.120,00	220.067,00	224.537,00	234.750,00	246.102,00	237.807,00
Ordinarios	133.936,00	148.982,00	145.389,00	135.256,00	143.172,00	151.740,00	159.011,00	156.166,00
Inertes	5.672,00	5.798,00	5.303,00	4.777,00	4.905,00	5.103,00	4.723,00	4.469,00
BIODEGRADABLES	28.705,00	28.775,00	28.721,00	28.738,00	28.913,00	29.370,00	29.367,00	29.416,00
RECICLABLES	71.303,00	59.088,00	51.707,00	51.296,00	47.547,00	48.537,00	53.001,00	47.756,00
RIESGO BIOLÓGICO	175.189,00	180.799,00	180.089,00	175.778,00	173.965,00	148.207,00	145.406,00	148.004,00
Anatomopatológicos	18.941,00	18.916,00	19.451,00	18.606,00	20.627,00	19.821,00	18.552,00	19.705,00
biosanitarios	154.474,00	160.267,00	158.982,00	155.559,00	151.439,00	126.372,00	124.873,00	126.230,00
cortopunzantes	1.774,00	1.616,00	1.656,00	1.613,00	1.899,00	2.014,00	1.981,00	2.069,00
QUÍMICOS	7.324,30	9.607,08	9.208,30	8.327,30	10.824,38	13.535,57	13.264,56	14.200,56
Farmacos	7.212,00	6.073,00	6.243,00	5.996,00	7.362,00	9.850,90	10.548,00	10.657,00
Reactivos	53,00	3.474,57	2.906,00	2.272,00	3.402,00	3.622,00	2.654,00	3.481,00
Cont. Presurizados	59,30	59,51	59,30	59,30	60,38	62,67	62,56	62,56
TOTAL	422.129,30	433.049,08	420.417,30	404.172,30	409.326,38	396.492,57	404.772,56	400.011,56
RECICLAJE	24.316,00	24.927,00	29.772,00	33.072,00	30.420,00	24.092,00	24.170,00	26.182,00

INDICADORES DE CONSUMO DE SERVICIOS PÚBLICOS

COSUMO DE RECURSOS	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018
ENERGIA KW/H	2.375.253,56	2.106.197,87	1.822.800,00	1.938.000,00	1.972.354,00	1.796.465,00	1.946.077,49	2.048.400,00
AGUA m3	10.604,00	61.279,00	65.400,00	61.895,00	64.119,00	46.335,00	48.761,00	48.304,67
GAS m3	123.465,00	110.004,00	119.984,00	115.155,00	113.237,00	97.567,25	109.719,00	107.599,00

De acuerdo al comportamiento de los últimos 7 años, y permitiéndonos que la meta establecida se evalúe a través del promedio obtenido de las vigencias anteriores (**414.750,93 Kgs**), vemos que para el 2018 ha Disminuido en un **2,41%** a nivel general para algunos tipos estos han disminuido como es el caso de los biológicos, estas variaciones serán analizadas en el ítem correspondiente, cabe aclarar que estas variaciones están supeditadas a la producción general de la prestación del servicio que para el periodo evaluado esta ha disminuido con relación al periodo de la vigencia anterior en 3.8%.

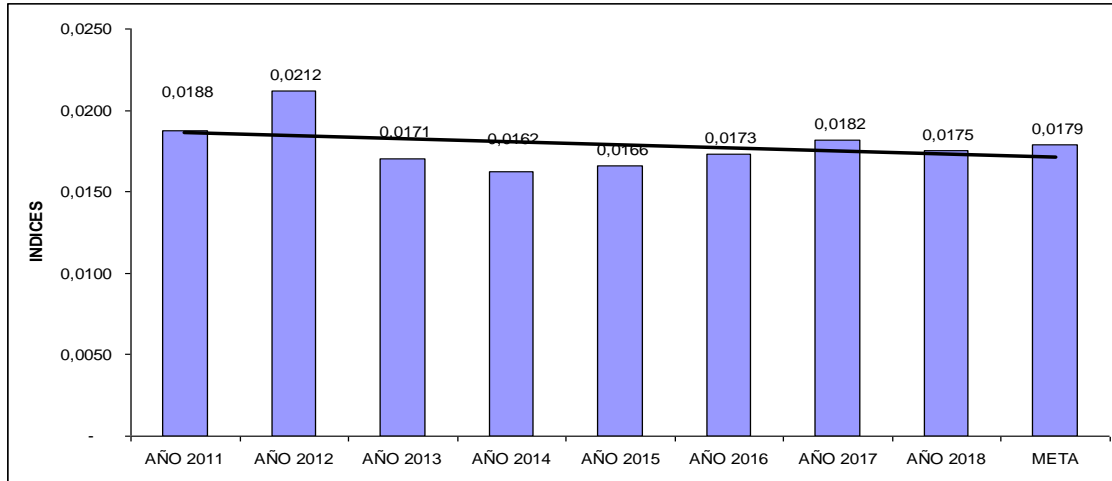
GRÁFICA: Generación de residuos sólidos TOTAL en Kilogramos por UVR producida.



En concordancia con el análisis anterior y teniendo en cuenta el comportamiento de la producción en relación con la meta definida desde el promedio de las vigencias anteriores, en este sentido se observa que para el año 2018 en el acumulado del año, en cuanto a generación de residuos el periodo tuvo una disminución con relación al acumulado de la vigencia anterior en un 3.46 %. A manera general la disminución obedece a la adherencia a los procedimientos y protocolos y que de manera adicional ha disminuido la productividad dándole un mejor valor e interpretación de esta manera al índice.

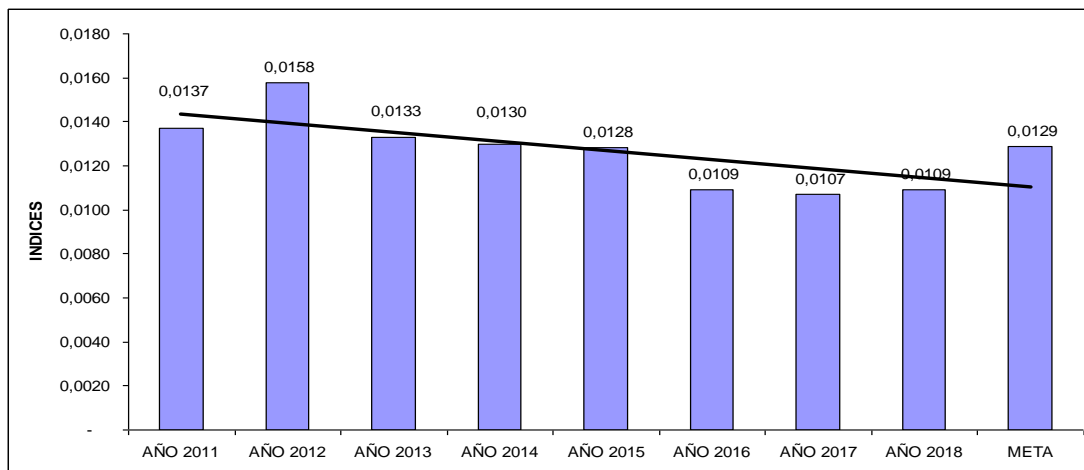
A continuación discriminaremos a través de gráficos comparativos el análisis de cada una de las corrientes de residuos observadas en el cuadro.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLES



Tenemos que la producción de residuos de esta corriente, su comportamiento en disminución con respecto a la META propuesta está en un 2.02%, 3.4% por debajo de la vigencia anterior, en consecuencia, podemos observar que se encuentra en disminución mejorando su comportamiento a en comparación con la vigencia anterior, Este comportamiento obedece a dos condiciones las cuales se ven reflejadas en el mantenimiento de personal y la disminución de la producción del HUS.

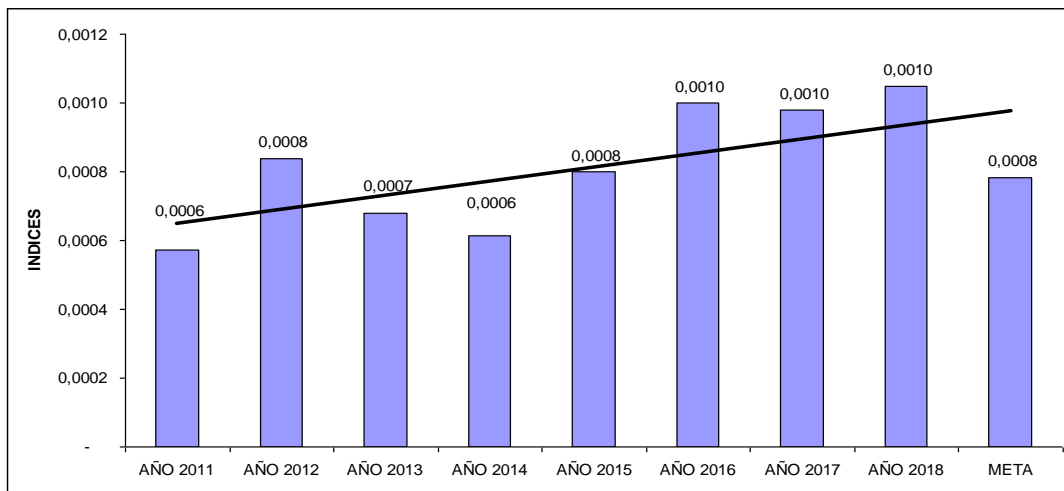
GRÁFICA: Generación de residuos sólidos BIOLÓGICOS en Kilogramos



Unos de nuestros residuos peligrosos de mayor cantidad y que requieren mayor control es la generación de los residuos de riesgo biológico, esta categoría encierra residuos como los anatomopatológicos, biosanitarios y cortopunzantes, en el análisis podemos observar que su generación se mantiene por debajo de la meta establecida en un, 18.09%, se define claramente la tendencia ya que estos implican la observación de la producción la cual ha

disminuido con relación al comportamiento evaluado en la vigencia inmediatamente anterior, adicionalmente a través de su comportamiento en el tiempo podemos evidenciar unas variaciones que no se alejan de los comportamientos de los años anteriores dentro de lo cual se puede evidenciar una transformación cultural a través de los diferentes mecanismos implementados como la verificación en campo, la capacitación y el estricto sentido de seguridad para la protección del paciente y su autocuidado.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos QUÍMICOS en Kilogramos.



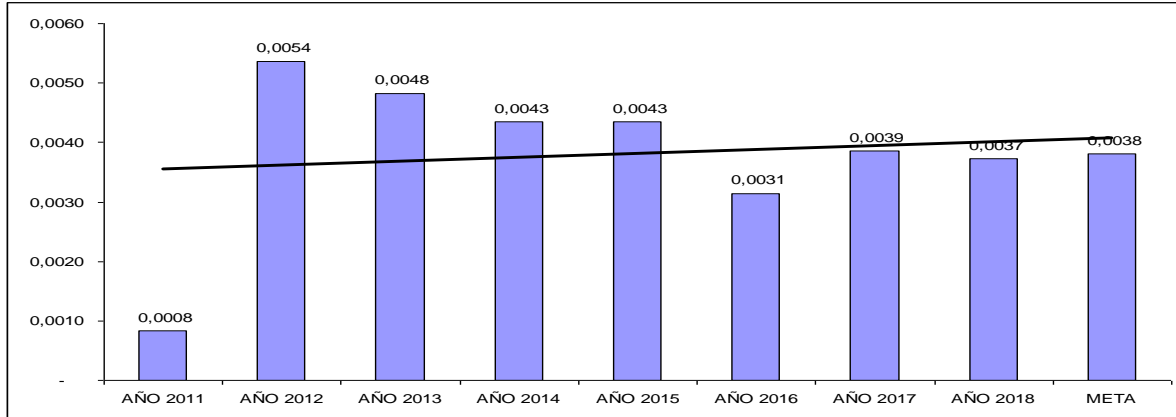
Uno de los grandes retos identificados en cuanto al manejo de residuos peligrosos al interior de la institución es la categorización y control de los residuos peligrosos químicos ya que como se puede observar, el comportamiento del acumulado de la vigencia 2018, se ubica en el último lugar de eficiencia al generar mayor cantidad de residuos, esto obedece básicamente a la identificación y disposición final de residuos químicos relacionados con medicamentos vencidos, deteriorados y/o parcialmente consumidos y muestras médicas generadas por los procesos de convocatorias o aquellos identificados en áreas de consulta, es así como estas segregaciones de residuos han tomado fuerza y se han incrementado de manera súbita, al tener en cuenta el comportamiento y la tendencia identificada el periodo de la vigencia supera la META propuesta en un 25,24%,

INDICADORES DE GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.

El consumo racional de los servicios públicos es uno de los comportamientos que nos permite evaluar la adherencia e innovación tecnológica que permite percibir ahorros en el consumo, los servicios que más influyen a la hora de evaluar son, Agua Energía y Gas Natural los cuales analizaremos a continuación

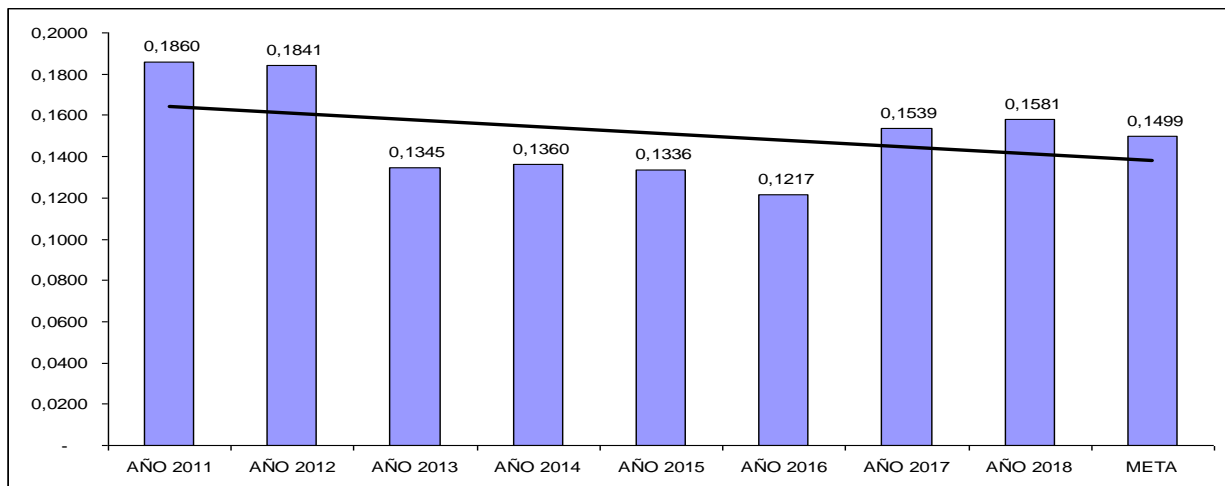
Presentamos los comportamientos observados en las vigencias anteriores comparadas.

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos AGUA en Metros Cúbicos.



De acuerdo a los consumos evaluados, este se encuentra por debajo de la META propuesta evidenciando en este sentido una diferencia del 2,29% en ahorro, que de acuerdo a las inversiones realizadas, implementación de la estrategia multimodal (Lavamanos de censor), Elementos ahorradores, cisternas de menor capacidad y sensibilización podemos ver que la tendencia en los últimos años ha mejorado, de acuerdo a la meta del programa, esta se mantiene siendo el limite el mantener un 2% sostenido de ahorro en el consumo de este para el periodo evaluado. Se mantiene en ahorro en relación con el periodo de la vigencia anterior lo cual se ve soportado junto con la disminución de la producción que evidencia un incremento.

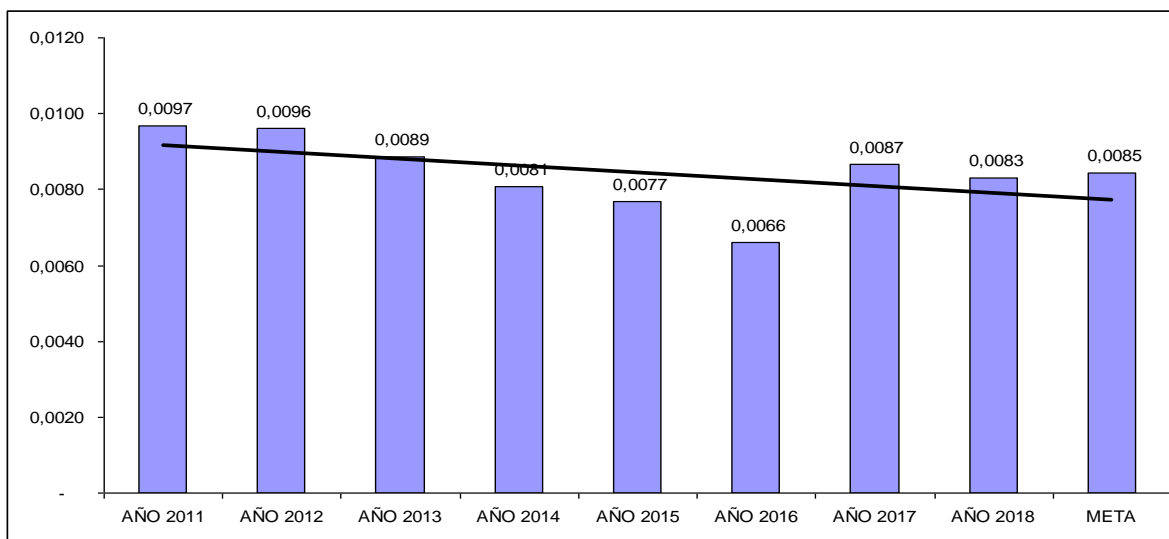
GRÁFICA: Consumo de servicios públicos ENERGÍA en Kilovatios Hora.



Para el caso de la energía, en comparación con la tendencia que está presentando, viene con un aumento del 5.14%, por encima de la META propuesta lo cual denota un comportamiento deficiente ya que el consumo se está viendo afectado por el uso indiscriminado de electrodomésticos en las áreas administrativas como el uso de Hornos

Microondas, cocinas de resistencia, grecas, cafeteras, calentadores de agua, máquinas dispensadoras, entre otras a las cuales se suman los usos inadecuados de los cargadores de aparatos móviles y su conexión prolongada sin hacer ningún uso, baja adherencia a las prácticas ambientales sostenibles relacionadas con el uso de equipos ofimáticos.

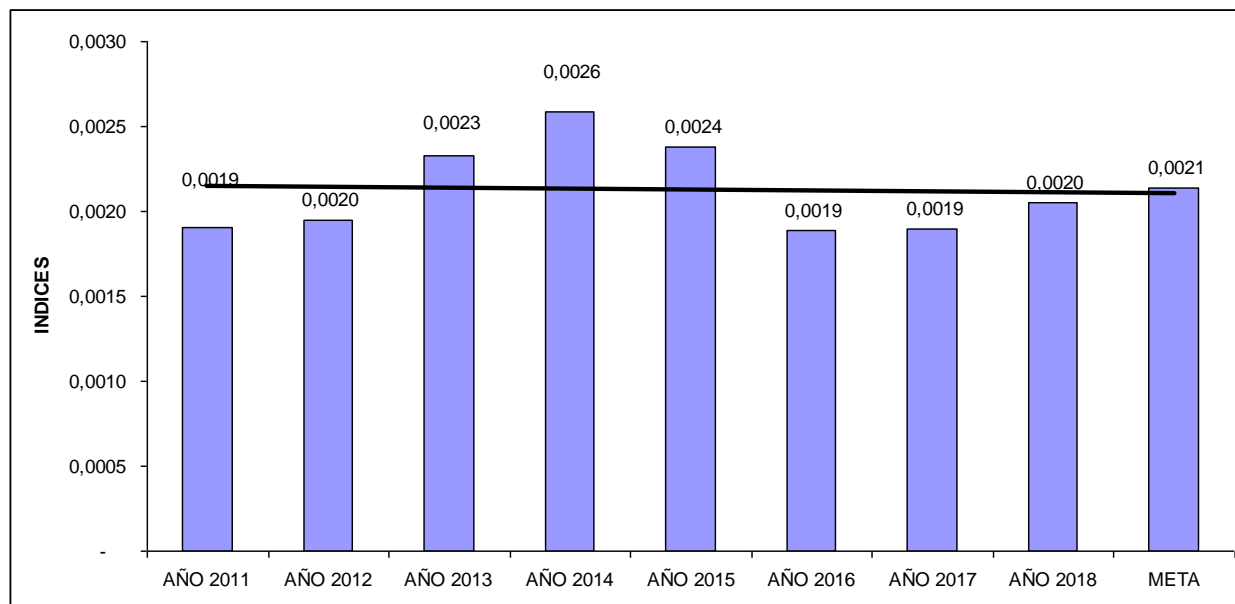
GRÁFICA: Consumo de servicios públicos GAS NATURAL en Metros Cúbicos.



No es de manera coincidente que se hallan incrementado los valores en los índices de consumo de los servicios públicos, en la práctica estos están relacionados con las actividades que permiten prestar una atención segura y poder garantizar el buen funcionamiento de la institución, adicional a su condición de universitario que hace que el tráfico de personal sea permanente, es esta constante la que hace que la evaluación de los índices se presenten con fluctuaciones importantes.

Para el caso del consumo de gas, las actividades supeditadas a este consumo se dan tanto para el área de esterilización como para hospitalización y nutrición, son actividades constantes y representan gran parte de los consumos de este combustible que frente a la META propuesta tuvo una disminución del 1,79%, si bien es cierto son parte integral de la prestación del servicio, también se deben desagregar dentro de la atención que se ofrece a los usuarios, funcionarios y visitantes que de manera permanente siguen accediendo a todos los servicios asociados al bienestar dentro de la institución, almuerzos, entre otros que siguen afectando los consumos de servicios públicos dentro de la organización.

GRÁFICA: Residuos RECICLABLES RECUPERADOS Y COMERCIALIZADOS.



CONTRATACIÓN

De acuerdo a las necesidades de la organización para la vigencia se han solicitado servicios de apoyo de laboratorios acreditados y debidamente certificados para las áreas de alimentos, unidad renal, mantenimiento y de monitoreo para gestión ambiental así:

Nro. Orden de Servicio	Concepto	ESTADO	RIESGO
OCOS0020180014	UNIDAD RENAL	Fecha de inicio: 17/04/2018 Fecha de Terminación: 17/10/2018	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180062	UNIDAD RENAL	Fecha de inicio: /11/2018 Fecha de Terminación: /02/2019	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180023	AGUA POTABLE.	Fecha de inicio: 11/05/2018 Fecha de Terminación: 11/05/2019	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180024	CUARTOS DE DE RESIDUOS	Fecha de inicio: 11/05/2018 Fecha de Terminación: 11/05/2019	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180034	NUTRICIÓN	Fecha de inicio: 08/06/2018 Fecha de Terminación: 08/06/2019	Incumplimiento Normativo

OCOS0020180108	CANECAS	Fecha de inicio: 29/05/2018 Fecha de Terminación: 29/08/2018	Incumplimiento Normativo
CTO 309 DE 2018	ESTUDIO PTAR.	Fecha de inicio: 18/07/2018 Fecha de Terminación: 17/10/2018 Prorroga: Enero 11 de 2019	Incumplimiento Normativo
	KITS UNIDAD RENAL	Entregados	Incumplimiento Normativo
	ESTUDIO ISOCINÉTICO	Ejecutados	Incumplimiento Normativo

INFORMES A ENTES DE CONTROL

De acuerdo a las directrices normativas se presentaron los informes de acuerdo a los tiempos estimados.

INFORMES ENTES DE CONTROL 2018	ESTADO
SIRHO SEM I 2018	Reportes realizados para el segundo semestre de 2018. a través del aplicativo dispuesto por la SDS y SDA SIRHO, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.
IDEAM 2017	Reporte realizado en el primer semestre de 2018 de la vigencia 01/01/2017 - 31/12/2017. a través de las directrices dispuestas para su reporte por medio del aplicativo destinado, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.

AUDITORIAS

AUDITORIAS	ESTADO
ECOCAPITAL	De acuerdo a la programación de Ecocapital se realizó la auditoría el día 23 de Marzo de 2018, auditoría externa del aliado estratégico PROSARC 18 de Julio de 2018.
OUTSOURCING COPIADO E IMPRESIÓN CONTRATO MANTENIMIENTO VEHICULOS CONTRATO MANTENIMIENTO PLANTAS ELÉCTRICAS.	El Decreto 4741 de 2005 establece en sus Artículos 14, 15, 16, 17 y 18, la Responsabilidad Extendida del Productor y la cual debe ser parte integral de las obligaciones contractuales, es en este sentido que se solicitó muy amablemente reiterar este cumplimiento normativo a cada uno de los proveedores de servicios en cuanto al manejo adecuado de: - Residuos peligrosos generados por el Hospital (Biosanitarios, Anatomopatológicos, Cortopunzantes, Químicos de Medicamentos, Químicos Reactivos), Derivados de mantenimientos preventivos, predictivos o correctivos, - Mantenimiento de vehículos (Cambios de aceite, Cambio de neumáticos, Cambio de repuestos, cambio de baterías, entre otros).

	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de Ascensores (Cambio de repuestos, entre otros). - Mantenimiento de Plantas Eléctricas (Aceite Usado, Repuestos, Filtros, entre otros). - Mantenimientos de UPS's (Baterías). - Mantenimiento de Equipos Biomédicos (Repuestos, cables, tarjetas, sensores, entre otros) - Outsourcing de Impresión (Cartuchos, Tonner's, repuestos, entre otros)
--	--

EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NORMA ISO 14001:2015

De acuerdo al plan de cumplimiento elaborado para la vigencia el sistema presenta un avance de los 90% de acuerdo a los numerales establecidos en materia de cumplimientos, se da continuidad a la implementación.

Se adelanta la actividad relacionada con auditoria interna arrojando los planes de mejora que permitirán la implementación del sistema al 100%

De acuerdo a las directrices establecidas se encuentra pendiente la entrega de las verificaciones diagnóstico que permitan evaluar la implementación de los numerales de la norma.

GENERACIÓN DE DOCUMENTOS

DOCUMENTACIÓN	ESTADO
POLITICA AMBIENTAL	EN APROBACIÓN
PROGRAMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	APROBADO
PROGRAMA PGIRSHYS 2019	APROBADO
PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA	APROBADO
PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGIA	APROBADO
PROGRAMA DE RECICLAJE	APROBADO
PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	APROBADO
MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	APROBADO
MATRIZ DE ASPECTOS LEGALES	APROBADO

HOSPITALES VERDES Y SALUDABLES

Como parte de los compromisos adquiridos, la ESE Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra inscrito ante la organización internacional Salud Sin Daño y ha iniciado acciones de mediciones periódicas para determinar el impacto de su huella de carbono tanto para la unidad funcional Bogotá como para Zipaquirá, en este sentido y



atendiendo los resultados obtenidos, en este momento la Organización aprueba un rubro exclusivo para la compensación de 10.000.000.00 gestionando la compensación de la vigencia 2017.

En este sentido la Organización dio cumplimiento a la compensación de la huella de carbono de la vigencia 2016 y se encuentra en estado de evaluación de la Huella de Carbono para la vigencia 2017.

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES a Avances
1. Liderazgo	<p>Logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Política de responsabilidad social y ambiental – Contratación de personal competente para el área de gestión ambiental. – Conformación del Grupo Administrativo de gestión ambiental y sanitaria -GAGAS- Res.128 de 04/04/2016 	<ul style="list-style-type: none"> – No se ha aprobado la política de gestión ambiental por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad. – A espera del informe del diagnóstico realizado a diferentes áreas que definan el alcance del sistema. – Se contrata profesional y se le asignan funciones administrativas de seguimiento y control.
	<p>Avance Esperado: Vigencia 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> – Avanzar en un 80% de implementación en el proceso de certificación a través de la Norma ISO 14001:2015. – Contratar personal técnico de apoyo a los procesos de gestión ambiental 	
2. Sustancias químicas	<p>Logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cumplimiento Resolución 159 de 2015, “Por medio de la cual se establecen los lineamientos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud de Bogotá, D.C. para la eliminación de productos y dispositivos con contenido de mercurio y la sustitución por alternativas seguras y tecnológicamente no contaminantes”. 	<p>Luego de realizadas las indagaciones se verifica que la ESE Hospital Universitario de la Samaritana posee equipos que requieren por funcionalidad o principio de funcionamiento los PCB's se presentan en los siguientes equipos así:</p> <ul style="list-style-type: none"> – TAC – Tomógrafo Axial Computarizado – Telecomandado con Arco en C. – Angiografo – Mamografo – Arco en C – Rayos x Portatiles – Transformador (Energía) <p>Adicionalmente se vienen aunando esfuerzo para incorporar en las remodelaciones y nuevas construcciones tecnología Led para relegar la iluminación a base de mercurio e ir avanzando en esta política.</p> <p>Se implementa a través de compras verdes la identificación de sustancias peligrosas en los bienes y servicios adquiridos.</p>
	<p>Avance Esperado: Vigencia 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identificar elementos y compuestos de maquinaria y equipos hospitalarios con contenidos como PCB, para su reemplazo y respectiva gestión de eliminación. 	
3. Residuos	<p>Logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conformación del Grupo Administrativo de gestión ambiental y sanitaria -GAGAS- Res.128 de 04/04/2016 – Asignación de recursos definidos en el documento PGIRSHYS 	<ul style="list-style-type: none"> – Residuos sólidos: Se continúa con el despliegue de campañas que buscan mejorar la segregación en la fuente y aumentar la producción de reciclaje

	<p>(01GC06-V1) actualizado a fecha 01/24/2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de Reciclaje, Inversión en tecnología para la digitalización de las imágenes diagnósticas y el desarrollo de software en línea PACS RIS. <p>Avance Esperado: Vigencia 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminuir la disposición final de residuos sólidos, líquidos y gaseosos a través de la producción más limpia e innovación tecnológica. 	<p>disminuyendo de esta manera la disposición final de residuos sólidos a través de vertederos tecnificados.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se están adelantando los estudios para realizar el tratamiento de aguas residuales de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana. Monitoreos periódicos se vienen realizando a las fuentes fijas en busca de la prevención de la contaminación atmosférica
4. Energía	<p>Logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> Diseño del programa de Ahorro y uso eficiente de energía. Cambio de bombillas incandescentes por luminarias ahorradoras cambio tecnológico realizado en el año 2008. Contrato de Modernización de redes eléctricas bajo normas RETILAP. En su primera Etapa en ejecución <p>Avance Esperado: Vigencia 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudios de viabilidad ambiental, técnica, económica y financiera para la implementación de paneles solares. 	
5. Agua	<p>Logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambio de Baterías sanitarias por baterías de bajo consumo, Lavamanos de censor, Grifos push, entre otros. <p>Avance Esperado: Vigencia 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementar innovación tecnológica para aprovechamiento de aguas residuales a través de planta de tratamiento de aguas residuales. 	<p>Con base en los estudios que se vienen realizando para la implementación de la planta de tratamiento de aguas residuales, se definirá si es viable su aprovechamiento dentro de la parte técnica económica y financiera.</p>
6. Transporte		
7. Alimentos		
8. Productos farmacéuticos		
9. Edificios		
10. Compras	<p>Logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> Inclusión de cláusula de corresponsabilidad en contratos con terceros para el manejo, almacenamiento, tratamiento y disposición final de los productos y subproductos generados y considerados residuos peligrosos. <p>Avance Esperado: Vigencia 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> Adaptar dentro del manual de contratación las condiciones de contratación para realizar compras verdes, comprometiéndolo a nuestras partes interesadas en nuestro desempeño ambiental. 	<p>Se encuentra aprobado el apartado para compras sostenibles dentro de la institución y se espera adelantar la contratación de la siguiente vigencia con estas condiciones mínimas basadas en la REP – Responsabilidad Extendida del Productor Decreto 4741 de 2005. Res. 1076 de 2015.</p>

REVISIONES

De acuerdo a las revisiones realizadas, se definen como principales las siguientes:

REVISIONES	ESTADO
RESIDUOS RH1	Revisión periódica, corresponde verificar posibles errores de digitación y diferencias entre los diferentes documentos que requieren control para su gestión y reporte, Manifiestos de transporte, planillas, formato digital, tablas dinámicas, comparativos, certificaciones de disposición final.
RESIDUOS PELIGROSOS ADMINISTRATIVOS	Verificación de generación y almacenamiento adecuado, reporte en las planillas destinadas para tal fin.
RESIDUOS RECICLABLES	Su entrega es cada 3 días generando un peso por tipo y que de acuerdo a esto se genera el recibo de pago para ser consignado en la caja de urgencias, se verifica su peso para ser incorporado a la estadística al igual que el monto reportado por comercialización.
ACCIDENTES LABORALES	Se verifica a través de Talento Humano los accidentes relacionados con residuos, de igual manera a través de las empresas con riesgo de exposición No se presentan accidentes.

VERIFICACIONES DE CAMPO

De acuerdo a las actividades planteadas que corresponden al área se han priorizado las siguientes:

VERIFICACIONES CAMPO	ESTADO
RUTAS SANITARIAS	Diseñadas de acuerdo a las necesidades.
CUARTOS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	A través de recorridos y atendiendo al cumplimiento normativo, se han realizado verificaciones de los cuartos de almacenamiento de residuos encontrando como una de las principales falencias la ausencia de extintores.
TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	Se verifica el estado y se hacen las adecuaciones necesarias por parte del área de arquitectura y mantenimiento para garantizar el suministro, están pendientes las actividades de limpieza y desinfección y los monitoreos de calidad de agua.
ESTADO DE REGILLAS	Se realizan recorridos y se verifican los estados de las rejillas en patios, morgue y perimetrales solicitando en caso de ser necesarios su limpieza de manera informal al área de arquitectura y mantenimiento.
ESTADO TRAMPA DE GRASAS	Se realiza la verificación y cumplimiento de los mantenimientos periódicos de la trampa de grasas, se evidencia dificultad en la tubería de llegada de las aguas negras del HUS, tubería defectuosa y sistema de inspección inexistente, se debe realizar la identificación y el reemplazo por tramos de la tubería, dejar memorias de cálculo y salida gráfica.

PROYECTOS PRIORIZADOS

En aras de dar cumplimiento normativo y mejorar el desempeño ambiental de la organización se priorizan los siguientes proyectos:

PROYECTOS	ESTADO
COMPACTACIÓN DE RESIDUOS	Se encuentra en análisis nuevas puestas en marcha de tecnologías que prospectan beneficios adicionales.

ACOMPANAMIENTO A ÁREAS

De acuerdo a los alcances del área de gestión ambiental y su transversalidad en los procesos se ha realizado un acompañamiento individualizado a las siguientes áreas:

ACOMPANAMIENTO ÁREAS	ESTADO
ENFERMERÍA	Se han enfocado esfuerzos en la capacitación en área a diferentes servicios y turnos para el equipo de enfermería.

REUNIONES Y COMITES

COMITÉS	ESTADO
GAGAS	Se da cumplimiento al 100% de los comités mensuales durante la presente vigencia, se encuentra aprobada la política ambiental.
ESTANDAR DE AMBIENTE FÍSICO	Se da cumplimiento al 100% de los comités mensuales durante la presente vigencia..
GASES MEDICINALES	Se hace el acompañamiento al comité relacionado con la identificación de dificultades al momento de evaluar y valorar sustancias de interés sanitario..
INVITADO	Se participa en reuniones y demás comités como invitado con el propósito de generar conceptos técnicos que avalen procesos que permitan el cumplimiento normativo en el componente ambiental, Gestión Documental, COVE, entre otros.

1. AUDITORIA AMBIENTAL

Dando cumplimiento al Plan de Acción en Salud, se realiza la primera Auditoria al Sistema de Gestión Ambiental (SGA) donde se priorizan algunos servicios teniendo en cuenta la generación de impactos ambientales, los procesos que se auditan son los siguientes:

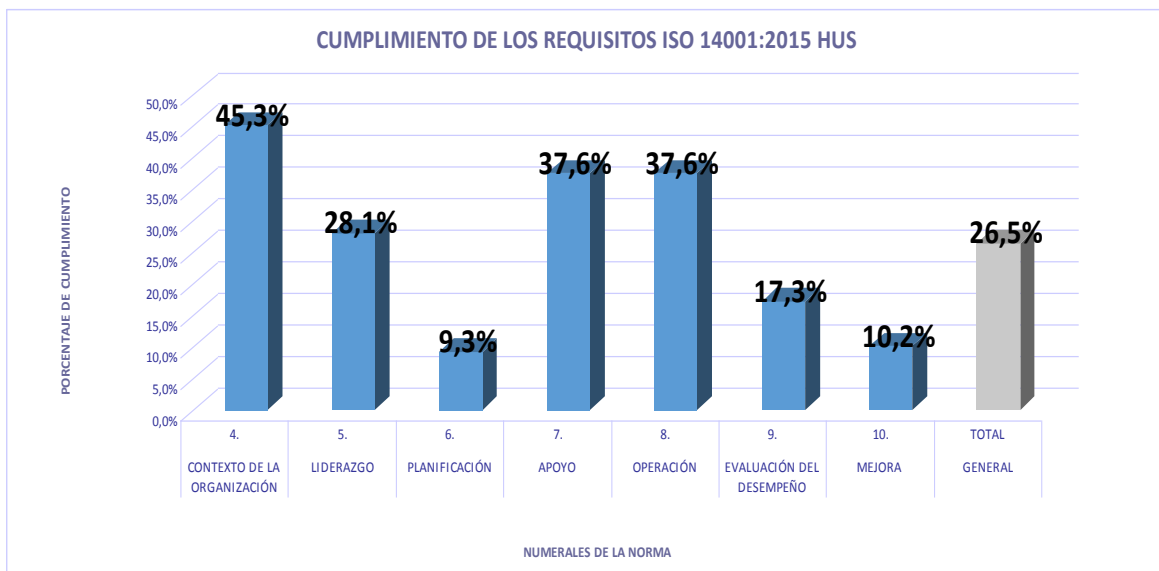
- Procesos de Apoyo Diagnostico



- Atención al Paciente Hospitalizado
- Atención al Paciente Quirúrgico
- Gestión de la Calidad,
- Gestión de Bienes y Servicios
- Gestión de la información
- Gestión financiera
- Gestión de Calidad

Donde se evaluaron los requisitos exigidos por la NTC ISO 14001-2015 e identificar su nivel de cumplimiento dentro del E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, arrojando como resultado:

Gráfico 1. Cumplimiento de los Requisitos ISO 14001-2015 en el Hospital Universitario de la Samaritana (HUS)



Fuente: Informe de Auditoria Interna al Sistema de Gestión Ambiental

En el gráfico podemos identificar los diferentes numerales de la norma y el porcentaje de cumplimiento dentro del Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá, en el numeral que presenta mayor porcentaje de cumplimiento es el 4. Contexto de la organización donde se tiene en cuenta el contexto de la organización, la comprensión de las partes interesadas, el alcance del Sistema de Gestión, entre otros requisitos.

En el que obtuvo un nivel más bajo de cumplimiento fue el numeral 8. Planificación ya se no se tienen identificados los riesgos y oportunidades del SGA, ni formulados los objetivos ambientales de la institución.

Adicionalmente también se verificaron los requisitos legales ambientales en el Manejo de residuos Hospitalarios y estándares de Habilitación.

Por tal motivo desde el último trimestre del año 2018 se realizó la contratación de otro profesional ambiental para fortalecer el equipo de Gestión Ambiental.

2. CAPACITACIÓN A LOS COLABORADORES

Se realizó diferentes capacitaciones a los líderes, directores e integrantes de la oficina de planeación con el fin de capacitarlos en la NTC ISO 14001-2015 y Hospital Verde y saludable.

Estas capacitaciones se realizaron con el fin de que el personal que lidera las diferentes áreas y procesos del Hospital reconozca los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental teniendo como base de la ISO 14001-2015, la importancia de los Sistemas Gestión Ambiental en el área Hospitalaria y como estos influyen directamente en la Salud de las personas. También se socializa la otra iniciativa en la que el Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra comprometido en el área Ambiental, que es La Red Global de Hospitales Verdes y Saludables de la ONG Salud sin Daño donde tenemos como meta cumplir 6 objetivos enfocados a la sostenibilidad y salud ambiental.

Tabla 1. Relación de capacitación de NTC ISO 1401-2015 y Hospital verde

FECHAS	TEMATICA	Nº DE PARTICIPANTES
05/12/2018	NTC ISO 14001-2015 Y HOSPITAL VER Y SALUDABLE	9 PERSONAS
18/09/2018		15 PERSONAS
28/09/2018		15 PERSONAS

Fuente: Gestión Ambiental –HUS

3. FORMULACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA

Una vez realizada la auditoria interna del SGA donde quedan consolidados los diferentes hallazgos del Sistema, se procede a realizar los planes de mejora teniendo en cuenta el Procedimiento de Formulación Seguimiento y cierre del plan único de mejora por procesos (PUMP) código 02GC03-V4. Donde se dejan 16 hallazgos directamente involucrados con la Gestión Ambiental en el proceso de Gestión de la Calidad

Imagen 1. Formulación de Planes De Mejoramiento

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA PLAN ÚNICO DE MEJORA										
IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA										
PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAÍZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA AGREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATÉGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
Guardia de Calidad	1	OTRAS	09/09/2010	Dentro del Programa de Guardia Ambiental del área 95009-11 y fecha de vencimiento 2010/09/20, en el momento de la re-evaluación de los puntos intermedios del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) del HUS, dentro de las acciones a realizar se encuentran:	1. No se ha actualizado el Plan de Emergencia y respuesta ante contingencias. 2. Al momento de la re-evaluación se encuentran en proceso de actualización los registros de las acciones 95009-11.	COMPETENCIA	Responsabilidad Social	Atención Integral	3. Fortalecer al Sistema Intermedio de Guardia de la Calidad que permita conformar Centro de Ecología.	1. Realizar un plan de acción y en consecuencia en el sistema de gestión ambiental y en consecuencia en el sistema de gestión ambiental y en consecuencia en el sistema de gestión ambiental.
Guardia de Calidad	2	OTRAS	09/09/2010	1. La Política de Responsabilidad Social y Ambiental del Hospital de la Samaritana se encuentra documentada y publicada en la Página Web del Hospital de la Samaritana, se actualizó por que se actualizó la versión de la Política de Responsabilidad Social y Ambiental dentro de la institución.	1. No se actualizó la Política de Responsabilidad Social y Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. El personal de Guardia Ambiental no está capacitado.	COMPETENCIA	Responsabilidad Social	Mejoramiento	3. Fortalecer al Sistema Intermedio de Guardia de la Calidad que permita conformar Centro de Ecología.	1. Fortalecer la Política de Responsabilidad Social y Ambiental del Hospital de la Samaritana.
Guardia de Calidad	3	OTRAS	09/09/2010	No se encuentran documentados los riesgos y oportunidades del Proceso de Guardia Ambiental del Hospital de la Samaritana.	1. Dentro del Proceso de Calidad, en la identificación de Riesgos y Oportunidades no se tiene en cuenta el Sistema de Gestión Ambiental (SGA). 2. El personal de Guardia Ambiental no está capacitado.	SEGURIDAD	Guardia del Flujo	Seguro	3. Fortalecer al Sistema Intermedio de Guardia de la Calidad que permita conformar Centro de Ecología.	Realizar identificación de riesgos y oportunidades del SGA del Hospital de la Samaritana.
Guardia de Calidad	4	OTRAS	09/09/2010	1. El sistema multicitatorio de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos. 2. No se ha actualizado el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 3. El resultado de la matriz multicitatorio, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado. 4. No se ha actualizado el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana.	1. No se contempló la actualización del sistema multicitatorio de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. El resultado de la matriz multicitatorio, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado. 3. El sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana, no se encuentra actualizado.	SEGURIDAD	Guardia del Flujo	Seguro	3. Fortalecer al Sistema Intermedio de Guardia de la Calidad que permita conformar Centro de Ecología.	1. Realizar una valoración de impacto ambiental con las condiciones ambientales del Hospital de la Samaritana. 2. El resultado de la matriz multicitatorio, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado. 3. Publicar en la Internet los resultados de la valoración de impacto ambiental del Hospital de la Samaritana.
Guardia de Calidad	5	OTRAS	09/09/2010	1. La matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizada. 2. No se ha actualizado el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 3. El resultado de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado.	1. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 3. El resultado de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado.	SEGURIDAD	Guardia del Flujo	Seguro	3. Fortalecer al Sistema Intermedio de Guardia de la Calidad que permita conformar Centro de Ecología.	1. Documentar el proceso de actualización del sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. Realizar una valoración de impacto ambiental con las condiciones ambientales del Hospital de la Samaritana. 3. Publicar en la Internet los resultados de la valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana.
Guardia de Calidad	6	OTRAS	09/09/2010	La actualización de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizada. 2. No se ha actualizado el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 3. El resultado de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado.	1. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 3. El resultado de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado.	EFECTIVIDAD	Responsabilidad Social	Mejoramiento	3. Fortalecer al Sistema Intermedio de Guardia de la Calidad que permita conformar Centro de Ecología.	1. Documentar el proceso de actualización del sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. Realizar una valoración de impacto ambiental con las condiciones ambientales del Hospital de la Samaritana. 3. Publicar en la Internet los resultados de la valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana.
Guardia de Calidad	7	OTRAS	09/09/2010	La actualización de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizada.	1. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 3. El resultado de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado.	COMPETENCIA	Responsabilidad Social	Mejoramiento	3. Fortalecer al Sistema Intermedio de Guardia de la Calidad que permita conformar Centro de Ecología.	1. Fortalecer y documentar el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. Realizar una valoración de impacto ambiental con las condiciones ambientales del Hospital de la Samaritana. 3. Publicar en la Internet los resultados de la valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana.
Guardia de Calidad	8	OTRAS	09/09/2010	1. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos. 2. No se ha actualizado el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 3. El resultado de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado.	1. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 2. No se actualizó el sistema de valoración de Asesorar Impacto Ambiental del Hospital de la Samaritana. 3. El resultado de la matriz de valoración de Asesorar Impacto Ambiental, para tener en cuenta las condiciones ambientales de un proyecto que pueden generar impactos ambientales negativos, no se encuentra actualizado.	SEGURIDAD	Responsabilidad Social	Mejoramiento	3. Fortalecer al Sistema Intermedio de Guardia de la Calidad que permita conformar Centro de Ecología.	1. Realizar un plan de acción y en consecuencia en el sistema de gestión ambiental y en consecuencia en el sistema de gestión ambiental y en consecuencia en el sistema de gestión ambiental.

Fuente: PUMP del Proceso de Gestión de Calidad

Siendo esta la línea base para el desarrollo del SGA de la Institución del próximo año, todas estas acciones con el fin de mejorar el desempeño ambiental del Hospital y para lograr la certificación del Sistema de Gestión Ambiental.

Los diferentes planes de mejora se pueden clasificar en: Documentación, actualización o modificación de algunos documentos requeridos por el HUS, Socialización del Sistema de Gestión a todos los colaboradores, verificación del cumplimiento de todos los planes, programas y requisitos del Sistema de Gestión Ambiental

4. DOCUMENTACIÓN

Se realiza la formulación del Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios y /o Similares del puesto de Salud de San Cayetano, donde se encuentran estimulados todo el manejo interno y externo que se debe realizar con los residuos sólidos Hospitalarios. En este plan se tiene contemplado el diagnóstico ambiental y sanitario del Puesto de Salud, programa de formación y educación, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno de residuos, almacenamiento de residuos hospitalarios y similares, plan de contingencia, auditorías internas e interventoras externas, reportes a las autoridades de control y vigilancia ambiental y sanitaria, tecnologías limpias.

Se genera el Plan de Acción de Hospital verde y Saludable donde se incluyen los 6 objetivos adquiridos



5. REUNIONES

Asistencia al 100% de las reuniones de Estándar de Ambiente físico, Grupo Administrativo de Gestión Ambiental,

Acompañamiento a las rondas de seguridad del paciente y cierre de rondas que se realizan dentro de los servicios asistenciales donde se verifica el manejo integral de los residuos sólidos Hospitalarios y aspectos generales de la Gestión Ambiental de la institución

6. OTROS

Desde el área de Gestión Ambiental se realiza acompañamiento de la visita de Habilitación realizada los días 18 y 19 de Octubre del 2018 en el puesto Salud de San Cayetano, donde se verificaron los requisitos mínimos para el manejo integral de residuos sólidos Hospitalarios, donde se verificaron instalaciones del Puesto de Salud, y la documentación de la Gestión de Residuos



7.5 SEGUIMIENTO A COMITÉS

GESTIÓN DEL PROCESO

1.1. Seguimiento a comités institucionales

A. Consolidado de Comités vigentes a la fecha, ver tabla 1.

NOMBRE	ESTADO	RESOLUCIÓN	PERIODICIDAD
Historia clínica	ACTIVO	Res. 243 del 2015	Mensual
Infecciones - COVE	ACTIVO	Res. 213 del 2018	Mensual
Trasfusión de Sangre	ACTIVO	Res. 391 del 2016	Mensual
Ética Investigación	ACTIVO	Res. 132 del 2018	Mensual
Docencia Servicio	ACTIVO	Res. 296 del 2015	Trimestral
Trasplantes	ACTIVO	Res. 303 del 2018	Trimestral
Ética Hospitalaria	ACTIVO	Res. 309 del 2014	Mensual
Farmacia y Terapéutica	ACTIVO	Res. 211 del 2015	Mensual
Sostenibilidad Contable-Financiera	ACTIVO	Res. 133 del 2018	Bimestral
Bienestar Social Laboral Incentivo	INACTIVO	Res. 211 del 2017	Inactivo
COPPAST	ACTIVO	Res. 244 del 2015	Mensual
Coordinación de Control Interno	ACTIVO	Res. 277 del 2013	3 veces al año
Archivo	ACTIVO	Res. 158 del 2015	Bimestral
Hospitalario Emergencia	ACTIVO	Res. 364 del 2017	Bimestral
Convivencia Laboral	ACTIVO	Res. 230 del 2018	Trimestral
De Gestión y Desempeño	ACTIVO	Res. 163 del 2018	Trimestral
Conciliación y Defensa Judicial	ACTIVO	Res. 493 del 2017	Bimensual
GAGAS	ACTIVO	Res. 128 del 2016	Mensual
Seguridad del Paciente	ACTIVO	Res. 488 del 2016	Mensual
IAMII	ACTIVO	Res. 322 del 2017	Mensual
Humanización	ACTIVO	Res. 205 del 2015	Mensual
Código Azul	ACTIVO	Res. 377 del 2016	Trimestral
Gases Medicinales	ACTIVO	Res. 402 del 2016	Bimestral
Cancelación de Cirugía	ACTIVO	Res. 046 del 1997	Mensual
Comunicación	ACTIVO	Res. 513 del 2017	Bimestral
Tecnología Biomédica	INACTIVO	Res. 176 del 2009	Mensual
Inventarios Activos Fijos	ACTIVO	Res. 395 del 2017	Bimestral
Capacitación y Educación Continúa	ACTIVO	Res. 212 del 2017	Trimestral
De Compras y Contratos	ACTIVO	Res. 254 del 2015	Mensual

Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10

Tabla No. 1

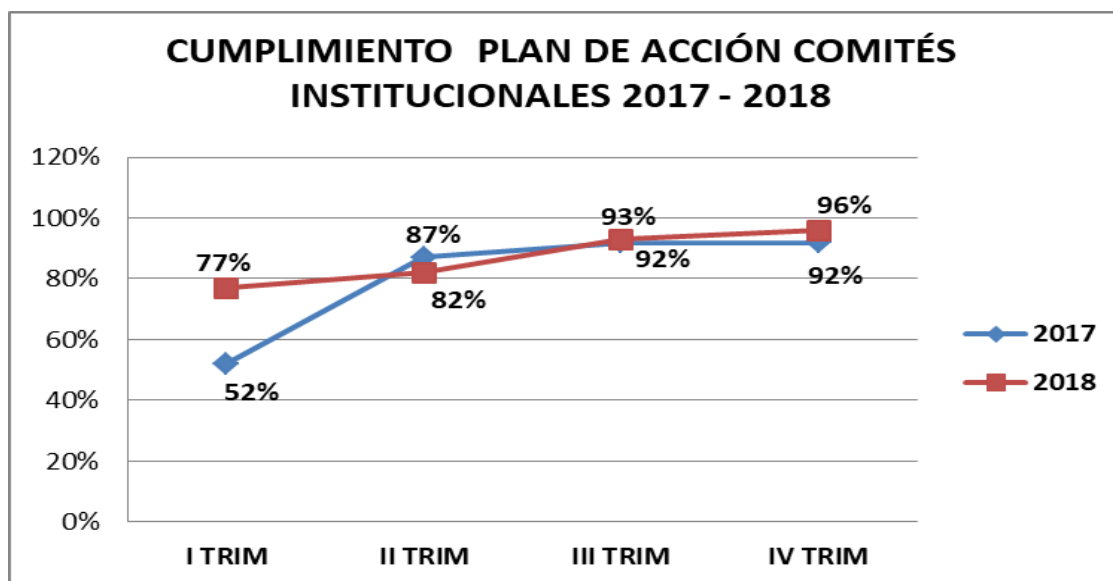


Análisis

Los comités, se desarrollan sin cambios para esta vigencia, cabe aclarar que el comité de tecnología biomédica, se encuentra en proceso de derogación.

Es importante reforzar el seguimiento con el área de Talento Humano, dado que a la fecha a pesar del seguimiento el comité de Bienestar Social e Incentivos, continúa sin la reactivación, secundario a los vacíos jurídicos que se presentaron.

B. Cumplimiento Plan de Acción



Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No. 1

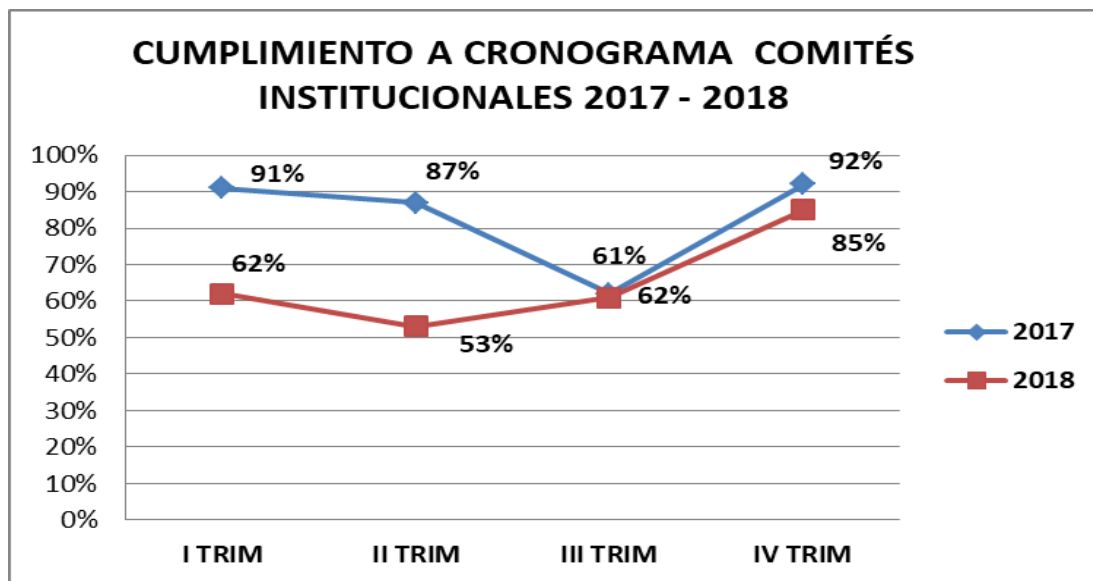
Análisis

El análisis de estos indicadores se realiza de forma trimestral dado que así se realiza su seguimiento.

Se evidencia una tendencia ascendente con respecto a la vigencia anterior, esto generado por un seguimiento estricto al cumplimiento normativo en conjunto con el compromiso de los presidentes y secretario de cada comité.

Para el primer trimestre de 2017, el cumplimiento estuvo por debajo a los siguientes trimestres, secundario a la curva de aprendizaje de la toma de este nuevo proceso de seguimiento.

C. Cumplimiento al cronograma



Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10

Gráfica No. 2

Análisis

El análisis de estos indicadores se realiza de forma trimestral dado que así se realiza su seguimiento.

Los comités realizan el cronograma de trabajo de manera puntual, se evidencia una mayor adherencia al cumplimiento de los cronogramas propuestos

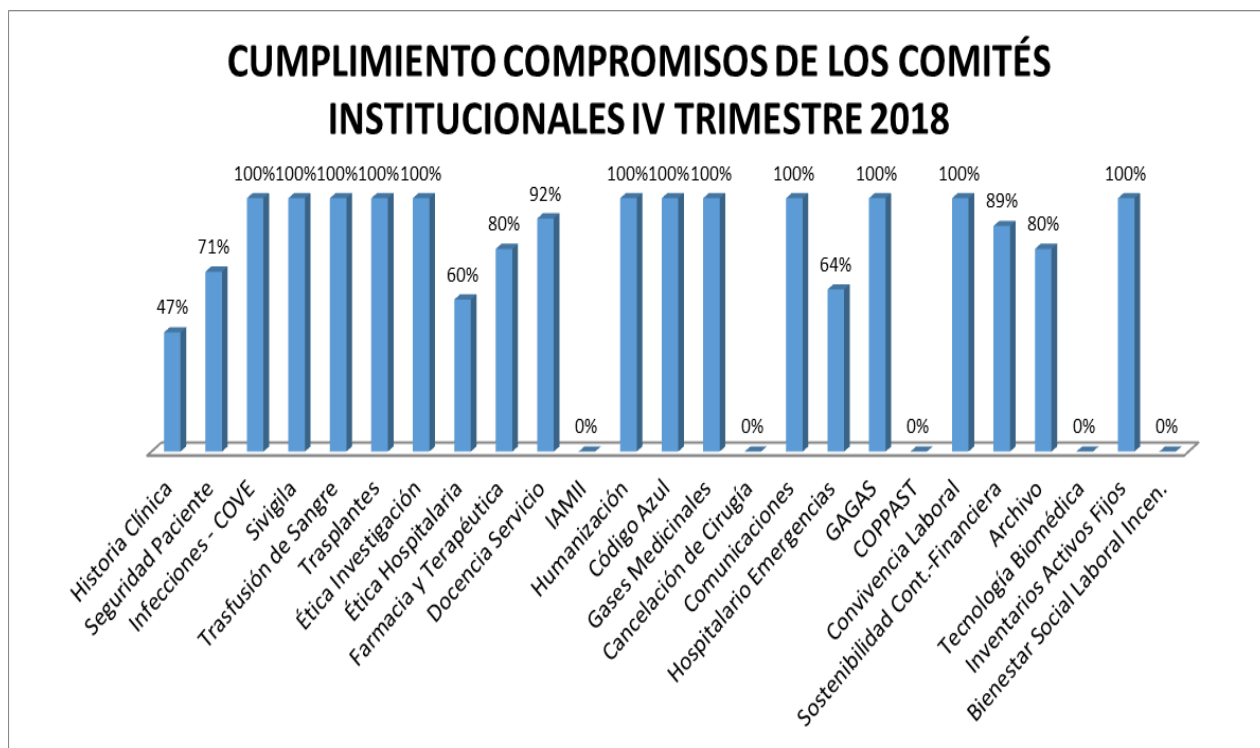
Cabe aclarar que durante los seguimientos se evidenció que los comités se realizan, en las actas presentadas, pero de forma extemporánea de acuerdo a la programación previa del cronograma, lo que afecta el indicador de monitoreo y cumplimiento, dado que esta programación se encuentra soportada en resolución de cada comité.

Se evidencia una tendencia descendente en el III trimestre, en los dos años evaluados, secundario a que se presentaron visitas de entes externos de la institución y se sumó para este año, la preparación de la ruta de acreditación de Hospital Universitario durante este periodo, lo cual afecta el cumplimiento de los cronogramas propuestos.

A pesar de diferentes solicitudes que se realizaron de manera escrita (correo Zimbra) y verbal a los presidentes y secretarios no se logró la entrega de la información. El comité que no cumplió con el compromiso fue:

- Cancelación de Cirugía.

D. CUMPLIMIENTO COMPROMISOS



Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No. 3

Análisis

Para el cuarto trimestre se inicia, el seguimiento a este nuevo indicador, que tiene como fin evaluar el impacto de la gestión de los comités, representado en el cumplimiento de los compromisos adquiridos en cada uno de ellos, haciendo la salvedad que solo el comité de Tecnología biomédica y el Bienestar Social se encuentran inactivos.

Y los comités relacionados no aplican este indicador, dado que no se tiene contemplada asignación de compromisos durante el mismo:

- Compras y Contratos
- Conciliación y Defensa Judicial
- Coordinación Control Interno
- Capacitación y Educación Continua
- Gestión y Desempeño

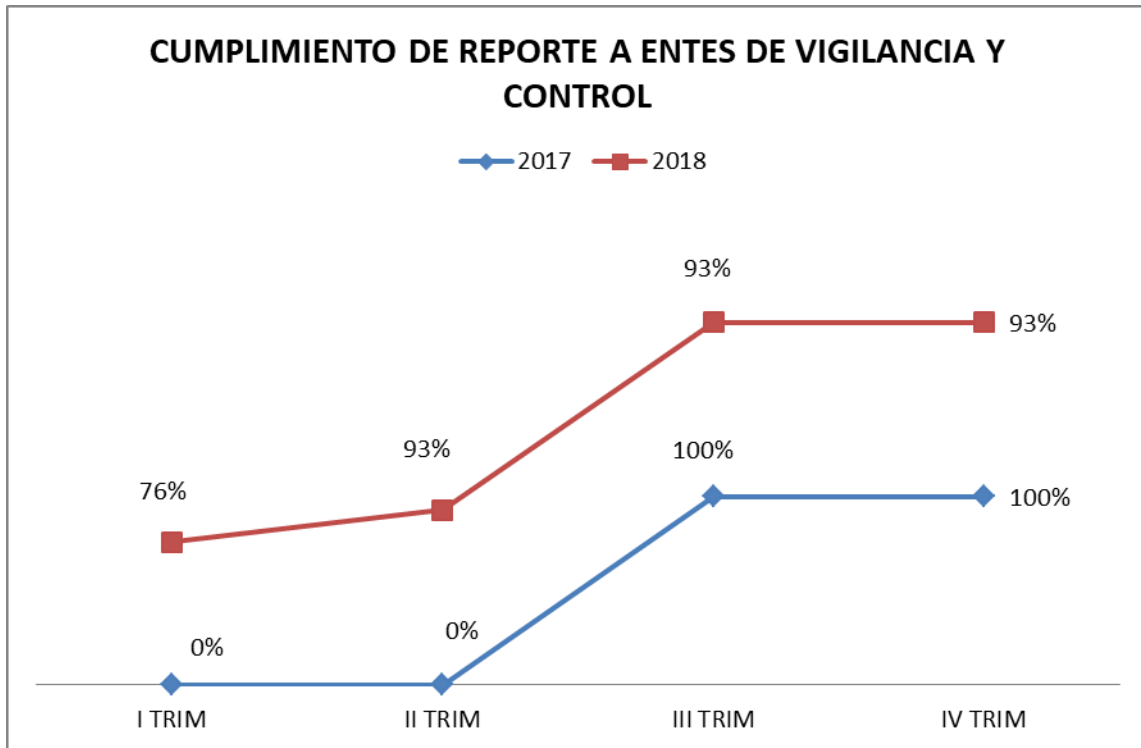
1.2 Seguimiento a reporte a entidades de vigilancia y control



A. Consolidado envió entes de vigilancia y control a la fecha, ver tabla 2.

PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE INFORMACIÓN	% CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Subdirector de Consulta Externa	100%
ATENCION AL USUARIO	Subdirectora Defensoría del Usuario	100%
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	Enfermera Referente IAAS.	100%
	Enfermera referente estrategia multimodal de higiene de manos.	100%
	Enfermera Referente SIVIGILA	100%
	Líder Banco de Sangre	100%
	Líder Proyecto Atención Farmacéutica	0%
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Subdirector de Compras	N/A
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	100%
DESARROLLO DE SERVICIOS	Referente de Trasplante	100%
FACTURACION Y RECAUDO	Profesional Universitario	100%
GESTIÓN FINANCIERA	Subdirectora de contabilidad	100%
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Líder de Proyecto Estadística	100%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	Líder de Arquitectura y Mantenimiento	N/A
GESTIÓN JURIDICA	Jefe Oficina Asesora Jurídica	100%
DIRECCION ADMINISTRATIVA	Director administrativo	100%
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Subdirectora de Personal	100%
TOTAL		93%

FUENTE: Matriz Tablero de Control de Reporte a Entidades de Vigilancia y Control código 05DE12
Tabla No. 2



FUENTE: Matriz Tablero de Control de Reporte a Entidades de Vigilancia y Control código 05DE12
Grafica No. 4

Análisis

Actualmente la entidad realiza un total de 123 reportes, de los cuales 67 corresponden al cuarto trimestre.

El seguimiento de este indicador se empieza a realizar a partir del tercer trimestre del 2017, luego de haber recibido dicho proceso, cerrando la vigencia 2017 con un cumplimiento del 100%, de la entrega de los soportes a planeación y calidad.

Durante la vigencia 2018 no se obtuvo el cumplimiento del indicador, debido a 4 reportes faltantes que no fueron soportados debidamente a la oficina de Calidad, lo que no permite evidenciar el correcto envío de la información a los Entes de Control; A pesar de diferentes solicitudes que se realizaron de manera escrita (correo Zimbra) y verbal a los responsables de los reportes.

B. Porcentaje de cumplimiento en el envío de los reportes a entes de vigilancia y control

El indicador de evaluación al proceso muestra un cumplimiento del **93%** correspondiente a:

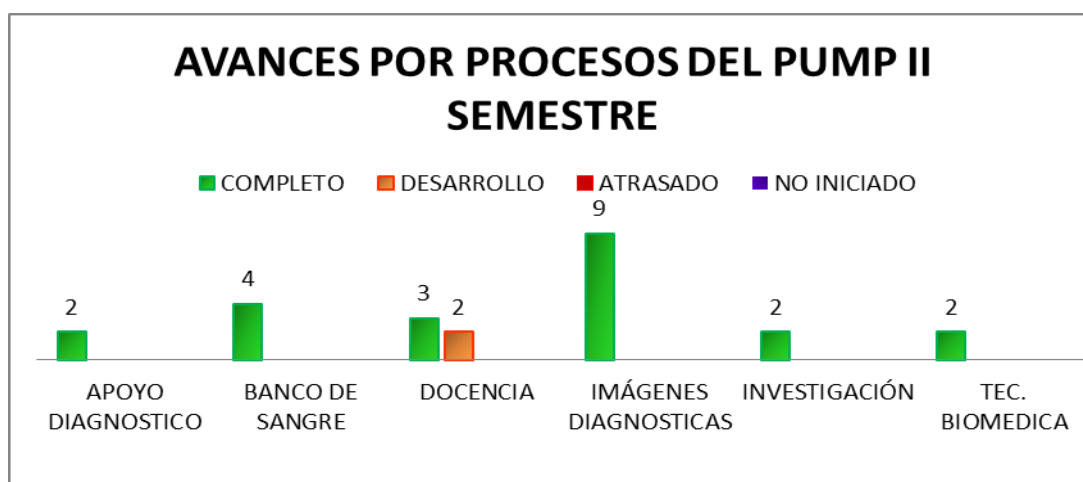
- ✓ Numero de reportes a enviar en el trimestre = 63
- ✓ Total de reportes que se debían enviar en el trimestre = 67



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.

2. SEGUIMIENTO

2.1 Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP

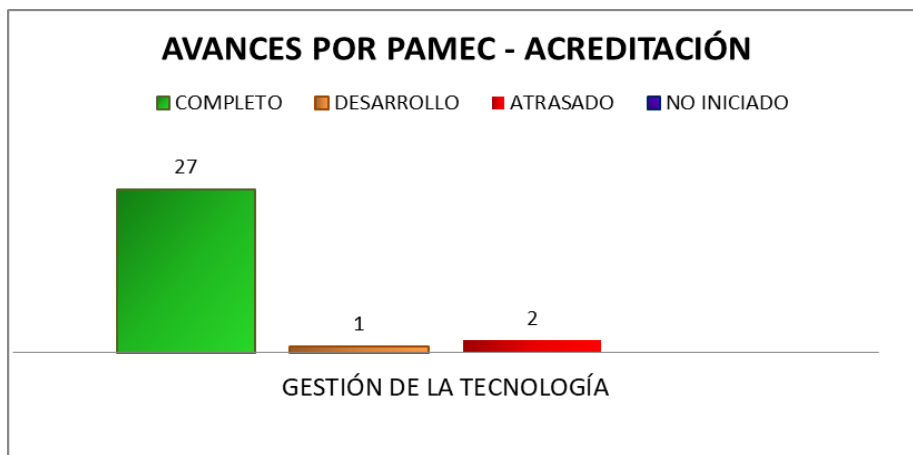


Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso Código 05GC24-V3
Gráfica No.5

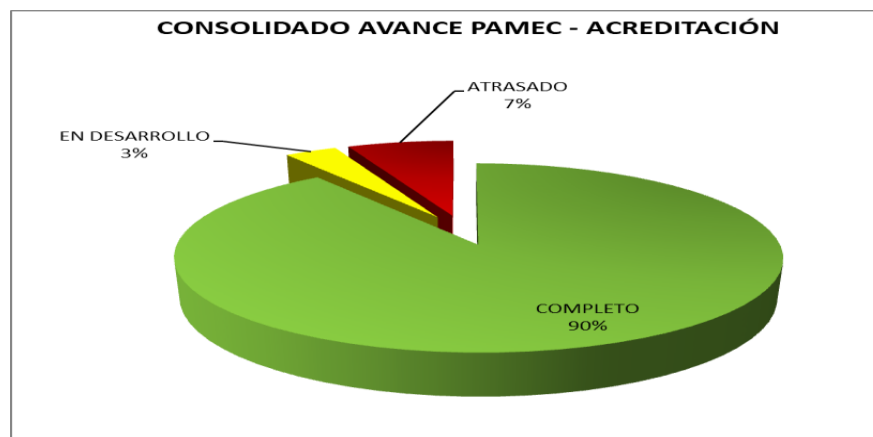
Análisis

Durante el seguimiento se evidencia avance del PUMP, donde se logró el cumplimiento de las actividades propuesta por los procesos presentando un 92% del cierre, quedando un 8.3% en desarrollo para dar cierre en el I trimestre del 2019.

2.2. PAMEC



Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso Código 05GC24-V3
Gráfica No.5



Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso Código 05GC24-V3
Gráfica No.6

Análisis

Durante el seguimiento al PAMEC, se observa un logro de cierre de actividades completas, propuestas por el equipo del estándar, en cuanto las que se encuentra en desarrollo y atrasadas depende de otras áreas donde se encuentra realizando actividades articuladas para dar finalización en febrero 2019.

2.3 Asesoría a Procesos

Se viene realizando el acompañamiento a los líderes de procesos en la metodología para la elaboración de los manuales de procesos, procedimientos, protocolos, entre otros elementos del Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad para identificar los cambios de los procesos de:

- Apoyo Diagnostico
- Banco de Sangre
- Docencia
- Investigación
- Imágenes Diagnosticas
- Tecnología Biomédica.

Además del seguimiento oportuno:

- PUMP
- PAMEC
- Comités Institucionales
- Entes de Vigilancia y Control

2.4 Logros

- Realizar seguimiento y estructuración a Comités Institucionales y Entes de Vigilancia y Control.
- Levantamiento de indicadores de cumplimiento y calidad de los comités institucionales y de los entes de control.
- Apoyo en la implementación y avances del Sistema Único de Acreditación.
- Acompañamiento a los diferentes estándar de gestión de la tecnología y Acreditación en Hospital Universitario
- Participación en la Autoevaluación de la Ruta de Acreditación en Salud para Hospital Universitario
- Asesoramiento en los gestión documental de las condiciones como Hospital Universitario

2.5 Retos

- Cumplimiento del envió oportuno de los reportes a los entes de vigilancia y control
- Verificar el cumplimiento de los compromisos de los comités
- Asesorar a los procesos para la actualización de los procesos.
- Acompañamiento y asesoramiento al proceso de Docencia e Investigación para Hospital Universitario



7.6 GESTIÓN DE PROYECTOS

Con el fin de mostrar el avance alcanzado con corte al 31 de Diciembre del 2018, se relacionan las actividades realizadas con el fin de dar cumplimiento a las metas de producto documentadas en el Plan de acción en salud, en este se observan las siguientes metas enfocadas a la gestión de proyectos de inversión.

1. Elaborar y radicar Proyectos para la modernización de infraestructura y dotación:

A continuación se relacionan los proyectos que a la fecha se encuentran inscritos la página del plan bienal de inversiones públicas en salud.

	NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR EN PLAN BIENAL
PROYECTOS 2018-2019		
BOGOTA	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuro navegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá	\$ 6.000.000.000
	Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	\$ 1.050.000.000
	Implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 1.200.000.000
	Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el hus	\$ 3.209.600.000
	Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 2.912.830.000
ZIPAQUIRA	Remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá Hospital Universitario de la Samaritana	\$ 1.500.000.000
PROYECTOS 2018-2019 AJUSTE 1		
BOGOTA	remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 1.187.253.000
	adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana	\$ 900.000.000
ZIPAQUIRA	Dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca	\$ 11.272.110.000
PROYECTOS 2018-2019 AJUSTE 2		
COGUA	Remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	\$ 780.000.000

Con el objeto de alcanzar la meta planteada para esta vigencia (25%), y de acuerdo a lo descrito por medio de esta meta se lista a continuación los proyectos elaborados y radicados ante el ente territorial para su revisión y aprobación.



NOMBRE DEL PROYECTO		RADICADOS
PROYECTOS 2018-2019		
BOGOTA	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuronavegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá	
	Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	
	Implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	X
	Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el hus	
	Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	X
ZIPAQUIRA	Remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá Hospital Universitario de la Samaritana	X
PROYECTOS 2018-2019 AJUSTE 1		
BOGOTA	remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	X
	adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana	
ZIPAQUIRA	Dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca	
PROYECTOS 2018-2019 AJUSTE 2		
COGUA	Remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	

Ahora, si tomamos como base que se plantea elaborar y radicar 10 proyectos, de los cuales se han radicado 4 de acuerdo a la gestión realizada a la fecha, por lo tanto podemos observar un avance del 40% en la vigencia.

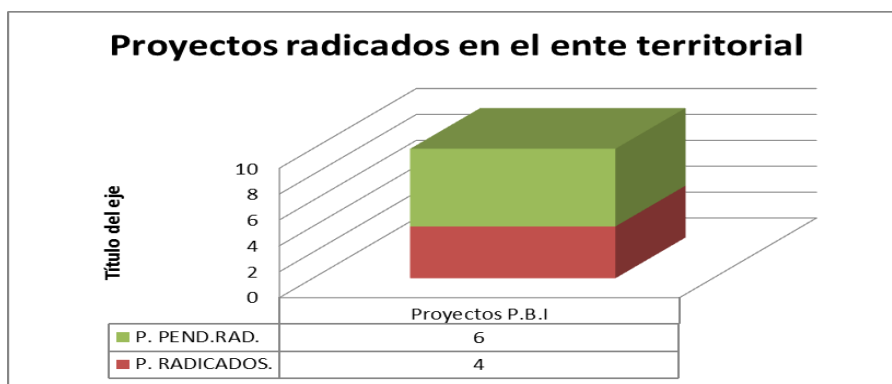


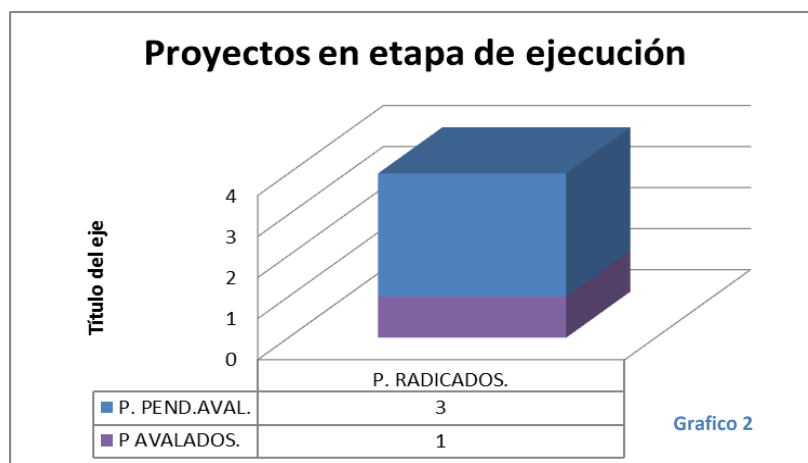
Grafico 1

8. Ejecutar Proyectos para la modernización de infraestructura y dotación previamente presentados por la Gerencia a la Junta Directiva:

Con respecto a esta meta de producto, se documenta a continuación la gestión realizada con el objetivo de iniciar con la ejecución de proyectos, esta meta está directamente ligada con la que se describió anteriormente, ya que es consecuencia directa de la aprobación de aquellos proyectos elaborados y radicados en los entes territoriales, resultado de esto se relacionan a continuación los proyectos que cuentan con dicho aval.

- Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca.

Realizando el mismo ejercicio planteado para la anterior meta de producto, podemos realizar la apreciación que se encuentran en ejecución el 25%, esto tomando como base los 4 proyectos radicados ante el ente territorial.



9. Consecución de recursos

En el ejercicio de ejecución de proyectos se hace necesaria la financiación por parte de los entes territoriales, asegurando así los recursos para las actividades del proyecto, a la fecha se ha gestionado la totalidad de los recursos necesarios para la ejecución de los proyectos avalados por los entes territoriales, lo cual equivale a la suma de 1.172.703.196.

En la siguiente matriz se relacionan los proyectos registrados en el aplicativo nombrado anteriormente, en este se relacionan tanto iniciativas encaminadas a la remodelación y o adecuación de infraestructura como la adquisición y puesta en marcha de equipos biomédicos, en este se describe fuente de financiación y recursos aproximados para su consecución, en color verde se encuentra resaltado el proyecto financiado por la Secretaria de Salud de la Gobernación de Cundinamarca.

05DE07 – V3

código proyecto plan bienal	nombre proyecto	Infraestructura			Equipos	Recursos			
		tipo obra	area (m²)	Valor (miles)	Valor (miles)	Cuentas maestras	departamento	propios	pgn
107661	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuronavegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá		0	\$ -	\$ 6.000.000	\$ -	\$ -	\$ 6.000.000	\$ -
107662	Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	4.Refuero estructural	3610	\$ 1.050.000	\$ -	\$ -	\$ 1.050.000	\$ -	\$ -
107665	Implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	3.Remodelación	2500	\$ 1.200.000	\$ -	\$ -	\$ 1.200.000	\$ -	\$ -
107667	Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS	3.Remodelación	855	\$ 1.400.000	\$ 1.809.600	\$ -	\$ -	\$ 3.209.600	\$ -
107812	Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá		0	\$ -	\$ 2.912.830	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2.912.830
110889	Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	3.Remodelación	270	\$ 1.187.253	\$ -	\$ -	\$ - 1.172.703.196	\$ -	\$ -
110917	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana	5.Equipamiento fijo	28	\$ 900.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 900.000	\$ -
110963	dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca		0	\$ -	\$ 11.272.110	\$ -	\$ 11.272.110	\$ -	\$ -
107656	remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana	3.Remodelación	930	\$ 1.500.000	\$ -	\$ 1.500.000	\$ -	\$ -	\$ -
111439	remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	3.Remodelación	604	\$ 780.000	\$ -	\$ 457.999	\$ 322.001	\$ -	\$ -
TOTAL				\$8.017.253	\$21.994.540	\$ 1.957.999	\$ 13.844.111	\$ 10.109.600	\$ 4.100.083

Matriz 1. Proyectos Plan Bienal de Inversiones



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Tomando como base el ciclo de vida de los proyectos, se muestra el avance de aquellos que se encuentran enlistados en la Matriz 1, señalando su avance mediante la fase en la que se encuentran actualmente.

PROYECTO	Identificación	Inicio	planeación	Ejecución	Monitoreo y control	Cierre	Observación
adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuronavegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá							
reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial							
implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá							Proyecto radicado para concepto técnico en la gobernación de Cundinamarca, devuelto con observaciones de presupuesto y cotizaciones
modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS							
dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá							Proyecto con observaciones por parte del ministerio de salud en lo referente a el cumplimiento de los requerimientos mínimos en las cotizaciones
remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca							Proyecto aprobado por Gobernación y ministerio con factibilidad técnica de su implementación.
adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana							MGA en construcción, ya se realizó la etapa de identificación del proyecto, se está realizando documentación de cotizaciones y presupuesto
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL y CENTROS DE SALUD							
dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca							La MGA está siendo realizada por el departamento para su radicación ante el ministerio de salud y protección social.
remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana							Proyecto radicado , devuelto con observaciones en lo referente a cotizaciones de equipos
remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua							La continuidad del proyecto depende de la realización de los estudios de redes (voz y datos, eléctricos y sanitarios) los cuales están a cargo de la alcaldía del municipio

Matriz 2. Estado Proyectos Plan Bienal de Inversiones

