

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS

I TRIMESTRE 2019

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA

GERENTE

2019



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

CAPÍTULO I

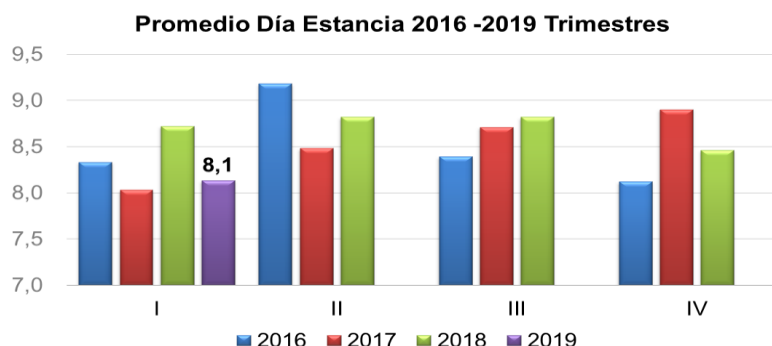
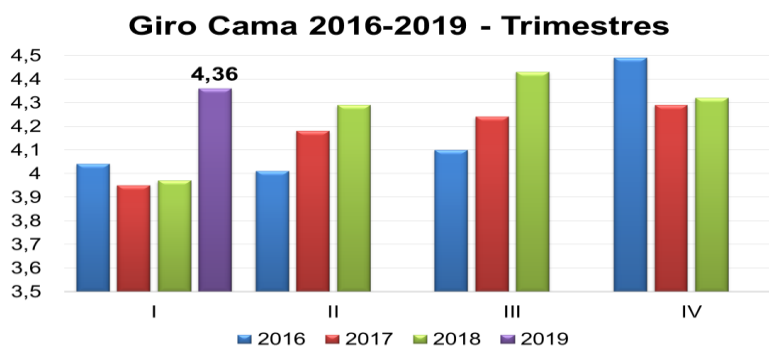
DIRECCION CIENTIFICA



1.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

GESTIÓN DEL PROCESO

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



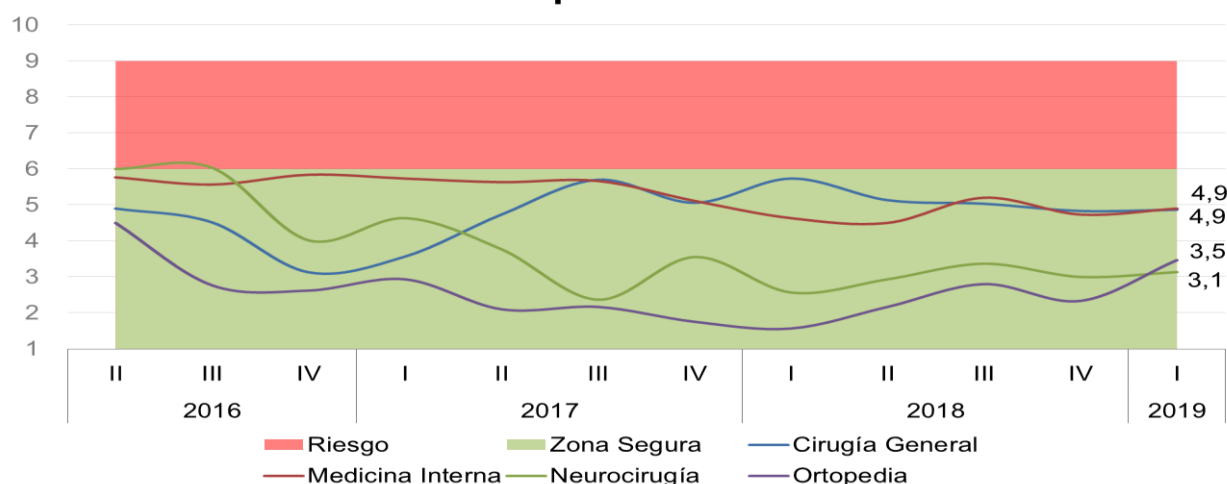
Se notó leve incremento del giro cama desde el último trimestre del 2018, sin embargo en relación al mismo periodo de los años anteriores (2016-I a 2018-I) hubo gran diferencia positiva, atribuible a consolidación de las actividades de auditoría concurrente (gestión directa de estancia), intervención sobre aseguradores (auditores externos) y sobretodo estabilización del proceso de contratación institucional en la vigencia (disponibilidad de insumos, dispositivos y medicamentos) y sobretodo la ausencia de novedades relacionadas a disponibilidad de TAC (ver 2018-I), disminución de camas hospitalarias por mantenimientos, obras y otras contingencias históricas observadas en periodos similares de vigencias anteriores.

Se resalta la curva ascendente de Giro cama en la unidad de cuidados intensivos adultos, (3.18 para el 2018-I), atribuible a gestión directa sobre la estancia (calificación de estancia) y mejores prácticas para la clasificación de ingreso de pacientes críticos (recuperables, crónicos, etc.), así mismo continúa el ingreso elevado de pacientes con necesidad de cuidado crítico (UCI e intermedios adultos), las cuales no son satisfechas en todas las ocasiones por no cama disponible, atribuible a la complejidad de los pacientes internados así como las limitaciones para la resolución extra institucional (remisiones cuidados crónicos, PHD, medicamentos, etc.) y otras condiciones para el alta.

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.

Se nota aumento progresivo de pacientes por demanda espontánea con características oncológicas que generan un fenómeno no controlable de larga estancia (necesidad de internación permanente por complejidad de la enfermedad), lo que está generando estancamiento en la rotación de camas en ciertos servicios como cirugía general y medicina interna, sin embargo, la rotación se compensa con otro tipo de pacientes de menos complejidad que tienen mejores índices de uso / cama.

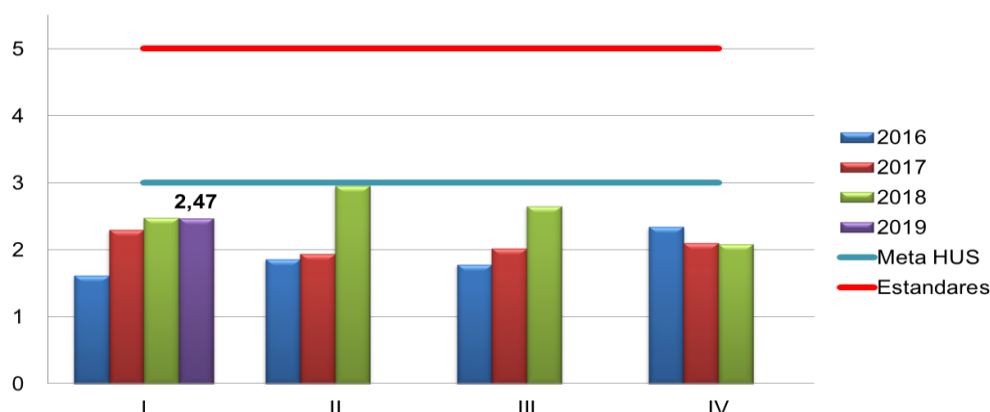
Oportunidad Respuesta Interconsulta en Horas - Hospitalización



- ✓ Para los servicios priorizados continúa la oportunidad de respuesta de interconsulta por debajo a las 6 horas en hospitalización (zona segura por histórico y acuerdos).
- ✓ Se mantienen tendencias en tiempos para el trimestre en relación a periodos anteriores.
- ✓ No se observan desviaciones significativas que ameriten intervenciones.
- ✓ Se compara oportunidad de IC con PQRS (N), observando coherencia en los datos, sin embargo llama la atención que la percepción de producto no conforme de los pacientes está más relacionada a inoportunidades de grupos de apoyo y de subespecialidades lo cual está justificado por horas disponibles y capacidad de respuesta de los mismos (alto costo), sin embargo frente a otras causas de QR, representa alrededor del 10%, por lo que se continuará monitoreando para determinar necesidad de intervención en próximos periodos.

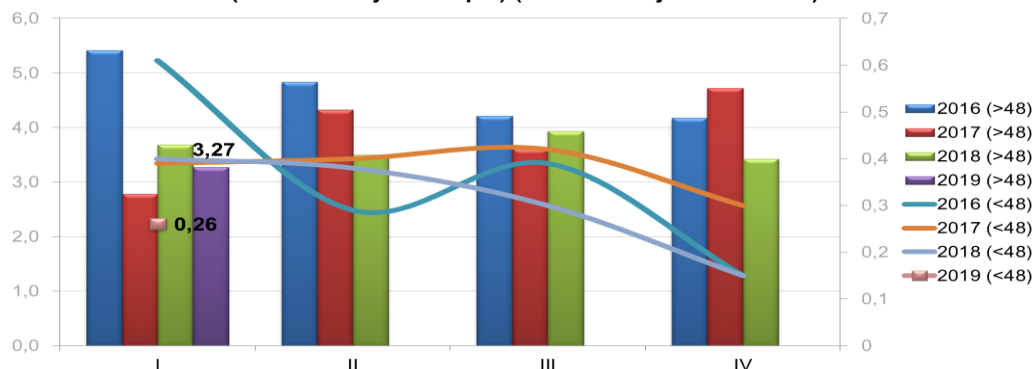
- Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

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



- ✓ Continuamos con el indicador global por debajo de la meta (<3.0), incluso a estándares extrainstitucionales (<5.0).
- ✓ Para la vigencia se implementó plan de mejora en el PUMP, derivado de análisis, el cual está destinado para la gestión de flebitis (química, mecánica y bacteriana), alineado a seguridad del paciente.
- ✓ No se observaron desviaciones significativas en los indicadores de adherencia a la estrategia multimodal, para el periodo ningún servicio se encuentra en zona de alerta.
- ✓ No se presentaron brotes durante el periodo.
- ✓ Continuamos con las estrategias para el control de infecciones y gestión de las mismas dirigidas desde el COVE.

**PORCENTAJE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA-TRIMESTRES 2016-2019
(>48 Horas Eje Principal) (<48 Horas Eje Secundario)**



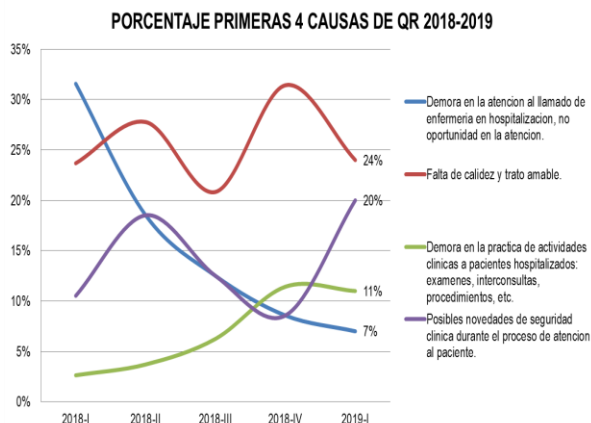
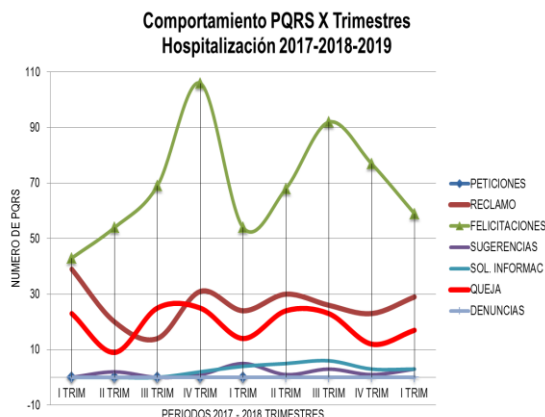
- ✓ No se presentaron mortalidades maternas en el periodo
- ✓ Índices globales de mortalidad en el trimestre estuvieron por debajo del mismo periodo frente a vigencias anteriores, lo que se puede explicar por tendencia al cambio epidemiológico de la institución (morbi-mortalidad) confirmado por el desarrollo de perfil de la institución.
- ✓ La mortalidad institucional se mantiene relacionada en alta medida a patología oncológica y crónica compleja (escalas de severidad elevadas), proporcional a la elevada demanda de camas en las

unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos, incluso con tendencia a mayor demanda de pacientes oncológicos (alta tasa de letalidad).

- ✓ No mortalidad relacionada a IAAS.
- ✓ Continuamos con los análisis de mortalidad de los pacientes fallecidos >48 horas, dando cumplimiento al indicador N° 17 de la resolución 408 de 2018 análisis de mortalidad intrahospitalaria

PQRS

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



Por otro lado se observa tendencia a la mejoría en relación porcentual de las principales causas de QR respecto a vigencias anteriores, por lo que se continuará con la estrategia definida como control y gestión de las mismas.

OTROS

SALA DE EGRESO

En el periodo se contó con una rotación en sala de Egreso de 505 pacientes, distribuidos entre usuarios posquirúrgico, crónicos y pos evento obstétrico, con una duración promedio de 2:05 h/m, 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

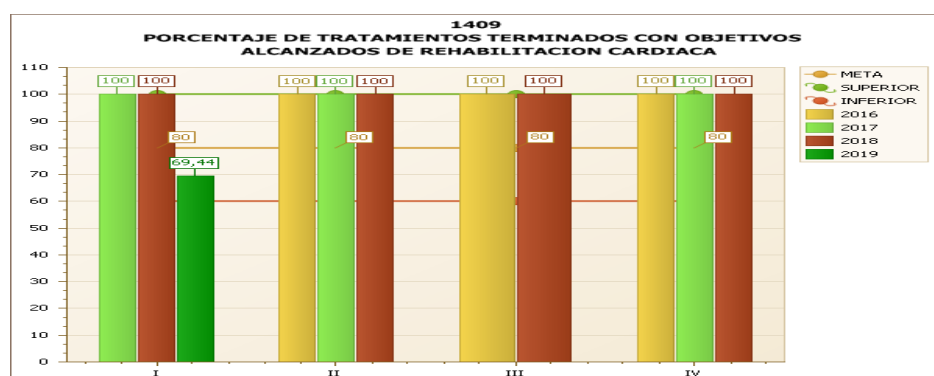
Dentro del periodo se desarrollaron las siguientes actividades, incluidas en los programas orientados a los riesgos poblacionales y a las necesidades identificadas en la prestación de los servicios de salud:

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 226 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 IAMII con enfoque integral, se capacitaron el periodo un total de 189 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 645 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 102 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 445 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 25.3 horas, para la adaptación canguro, hasta el alta al proceso ambulatorio. Se identifica también como fortaleza, la oportunidad de programación de cita de primera vez de programa canguro ambulatorio, encontrándose por debajo de 1 día, permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Teniendo en cuenta el comportamiento asociado a la inasistencia a las citas del plan canguro, se estableció la medición de tiempos de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 48 horas, garantizando la continuidad de los servicios pese a las diferentes barreras que puedan referir los cuidadores. Estos esfuerzos han permitido garantizar la atención del recién nacido tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, dentro de los lineamientos nacionales del programa canguro, permitiendo en el periodo mantener controlada las principales causas de inasistencia, con un promedio inferior al 15%, 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 124 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 2.6, 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 274 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.

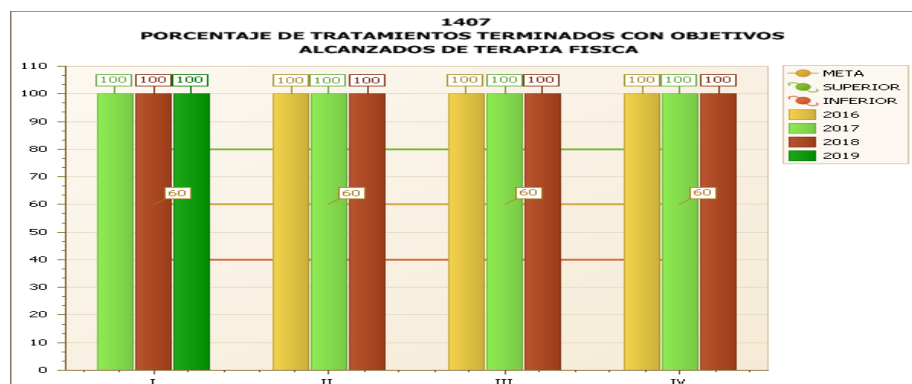
Se han capacitado un total de 2.096 personas entre familiar y cuidador, lo que corresponde a un familiar y cuidador capacitado por cada paciente hospitalizado en los diferentes servicios asistenciales, dando cubrimiento a más del 78% de los usuarios hospitalizados en el periodo. Adicional, se evalúa 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 83% 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.

SERVICIO DE TERAPIAS



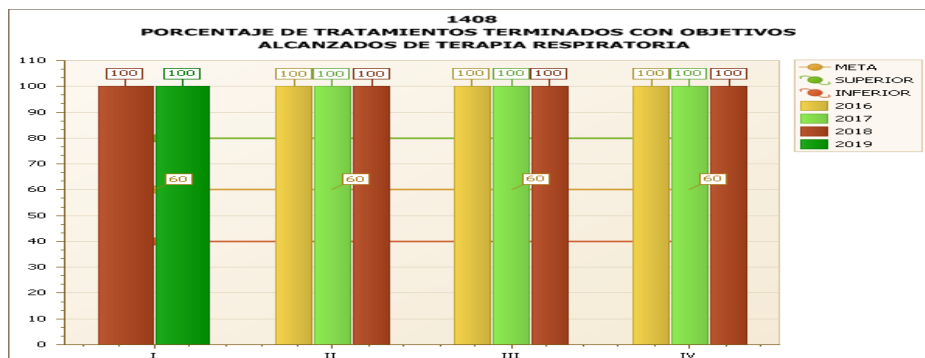
Grafica 1. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En los años 2017 y 2018 primer trimestre el indicador se mantuvo por encima de meta, se empezó a medir desde mayo de 2016. En 2019 el indicador no alcanzo la meta, ubicándose por encima del límite inferior. La información que lo alimenta se extrae de base Excel del servicio de Terapias por el profesional que realiza rehabilitación cardiaca, se realizó seguimiento por historia clínica y se pudo establecer que los pacientes habían alcanzado sus objetivos de tratamiento pero algunos profesionales no habían realizado un adecuado registro de la escala modificada de percepción de esfuerzo Borg, por esta razón se programó socialización del protocolo Rehabilitación Cardiaca fase I03PH36 con evaluación del conocimiento.



Grafica 2. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En los últimos 3 años este indicador se ha mantenido por encima de meta, se empezó a medir desde mayo de 2016 y desde 2018 se tiene en cuenta la percepción del usuario en cuanto a calidad de vida.



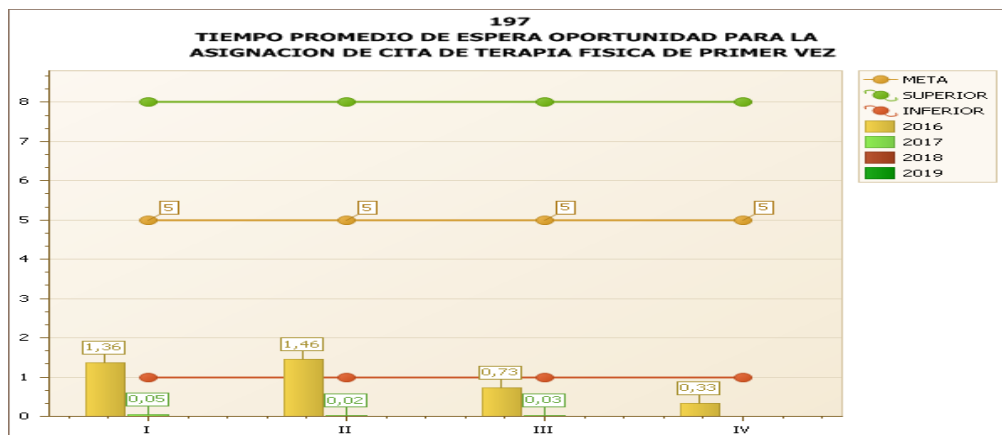
Grafica 3. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En los últimos 3 años este indicador se ha mantenido por encima de meta, se empezó a medir desde mayo de 2016 y desde 2018 se tiene en cuenta la percepción del usuario en cuanto a calidad de vida:

	INFORME PRIMER TRIMESTRE 2019 ESCALA EUROQOL												
AÑO	MES	HISTORIA CLINICA	EROQ PRE	PUESTO	Argentina Value Set	EROQ POST	PUESTO	Argentina Value Set	MEJORO	Calidad de salud PRE	Calidad de salud POST	MEJORO %	ANALISIS
2019	ENERO	83043544	12222	41	0,561	12111	28	0,807	0,246	70	85	15	DEL PUESTO DE EVALUACION 41 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 28 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2019	FEBRERO	51727548	12332	53	0,413	11221	13	0,658	0,245	50	85	35	DEL PUESTO DE EVALUACION 53 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 13 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2019	FEBRERO	1026272160	21211	91	0,594	11111	1	1	0,406	80	100	20	DEL PUESTO DE EVALUACION 91 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2019	FEBRERO	3232637	33232	233	0,155	22222	122	0,457	0,302	30	60	30	DEL PUESTO DE EVALUACION 233 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 122 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2019	FEBRERO	79401896	12222	41	0,561	11111	1	1	0,439	60	90	30	DEL PUESTO DE EVALUACION 41 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2019	FEBRERO	12021233	22231	124	0,416	11111	1	1	0,584	65	100	35	DEL PUESTO DE EVALUACION 124 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2019	MARZO	24187616	22232	125	0,49	21222	95	0,498	0,008	85	97	12	DEL PUESTO DE EVALUACION 125 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 95 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2019	MARZO	1050398402	13213	66	0,406	11112	2	0,841	0,435	80	95	15	DEL PUESTO DE EVALUACION 66 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 2 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2019	MARZO	30301327	12222	41	0,561	11221	13	0,658	0,097	60	80	20	DEL PUESTO DE EVALUACION 41 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 13 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS

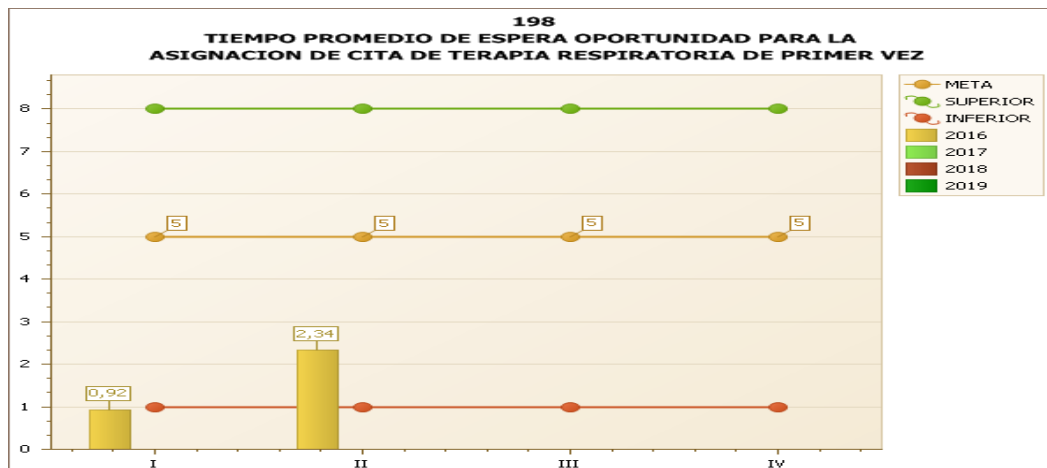
Cuadro 1. Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

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



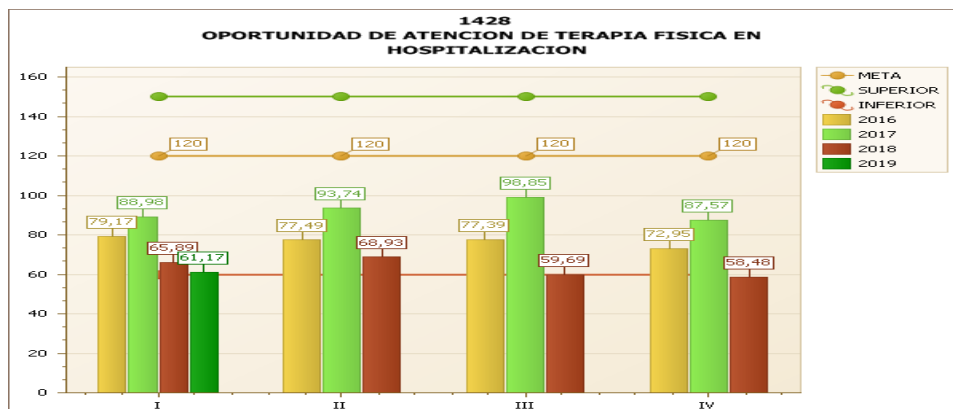
Grafica 4. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En los últimos cuatro años primer trimestre la oportunidad estuvo al día en asignación de citas de Terapia Física primera vez se mantuvo al día



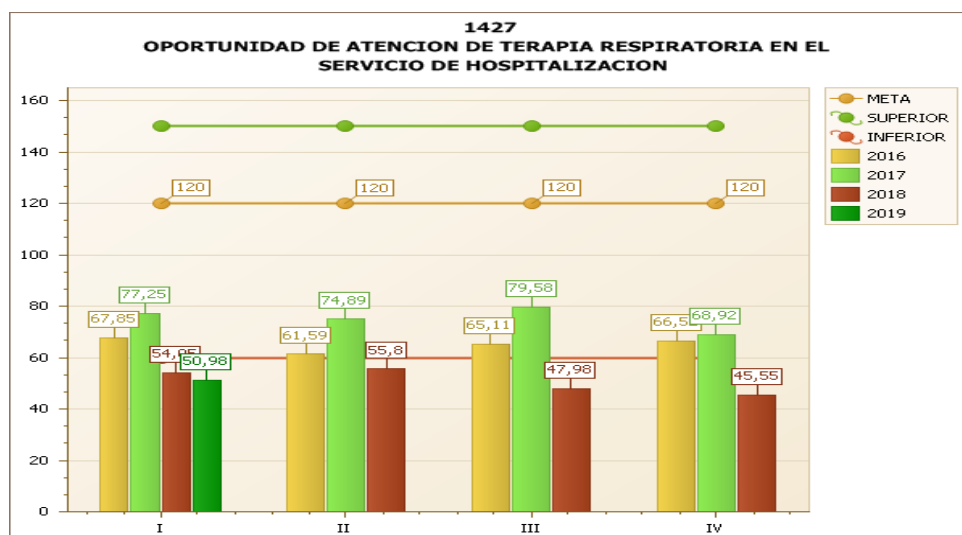
Grafica 5. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En los últimos cuatro años primer trimestre la oportunidad estuvo al día en asignación de citas de Terapia Respiratoria primera vez se mantuvo al día.



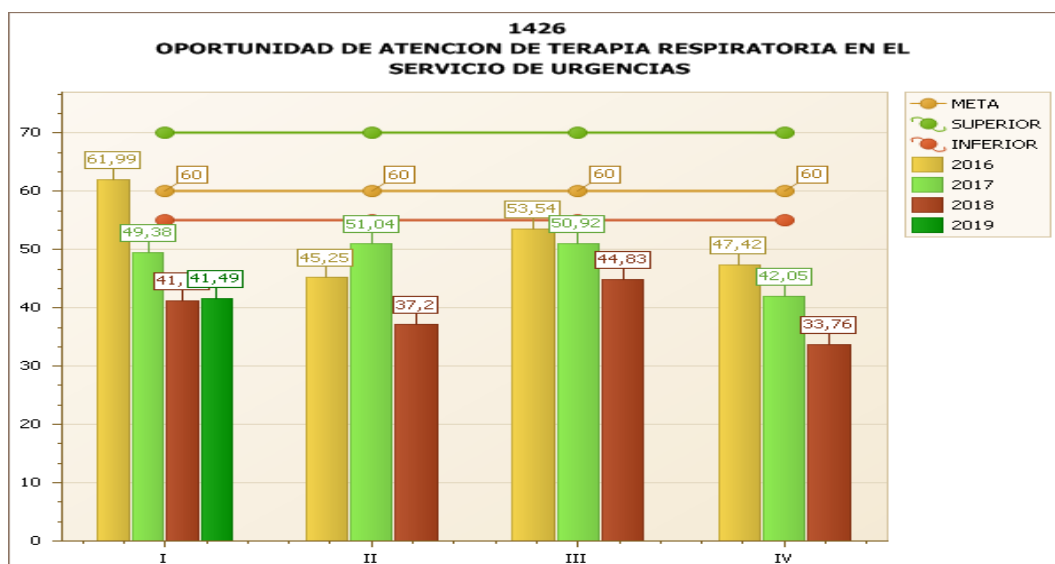
Grafica 6. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

Al comparar la oportunidad de atención por Terapia Física en los últimos cuatro años primer trimestre, el mejor tiempo se logró en 2019, gracias al compromiso de los profesionales y pacientes



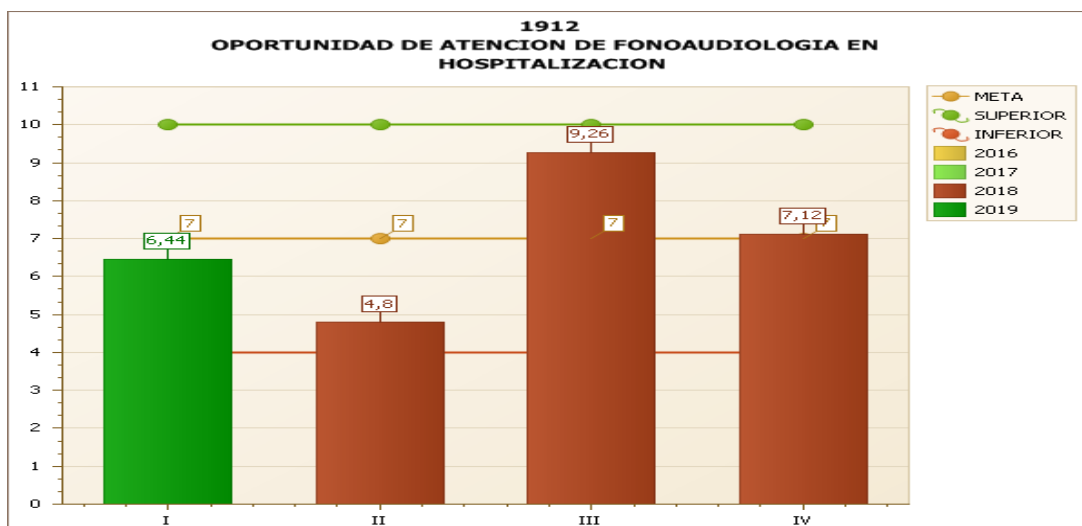
Grafica 7. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En los últimos cuatro años primer trimestre el indicador se ha mantenido por debajo de la meta, la misma ha sido ajustada; es de resaltar el compromiso de los profesionales con la oportunidad



Grafica 8. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

Al comparar la oportunidad de atención por Fisioterapia en Urgencias en los últimos cuatro años, el tiempo de atención ha ido en mejoría desde 2018 gracias a la contratación de profesionales de Fisioterapia exclusivos para este servicio. No se han presentado novedades de seguridad asociadas al uso de Ventilación Mecánica.



Grafica 9. Fuente Tablero Único Control De Indicadores TUCI HUS

En el primer trimestre del año se logró mantener el indicador por debajo de la meta, gracias al compromiso de las Fonoaudiólogas y a su solicitud de interconsultas en horas del día a los especialistas.

PROCEDIMIENTOS POR AREA

Procedimientos realizados en hospitalizados:

HOSPITALIZADOS	2016 I	2017 I	2018 I	2019 I
TERAPIA FISICA	6917	5544	6824	6832
TERAPIA RESPIRATORIA	12515	12966	15661	14082
MICRONEBULIZACION	552	753	1190	1853
GASES ARTERIALES	2966	3145	3664	3795
GASES VENOSOS	559	587	512	524
GASES ARTERIOVENOSOS	470	343	412	101
ACIDO LACTICO	1443	1374	1471	2158
OXIMETRIAS	11326	10224	13531	11544
ACTIVIDAD ACADEMICA	161	215	151	157
REALIZACION DE INVENTARIO	1246	1055	1069	1199
PROGRAMACION DE PACIENTES	91	271	270	270
FACTURACION	1563	1572	1804	1803
INDUCCION ESTUDIANTES	22	8	0	21
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	37	2	23	25
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	1	0	0	0
CAMBIO DE Sonda Y FILTRO	416	446	460	269
CAMBIO INMOVILIZADOR	1147	1190	1402	678
CUIDADOS TQT	1707	2706	3641	1144
RECUPERA ATS	38	28	26	23
VMNI	71	99	280	312
ASISTENCIA HEMODINAMIA	12	1	6	21
INTUBACION	149	85	98	108
EXTUBACION	83	62	74	73
REANIMACION	51	45	45	64
MONITOREO VENTILATORIO	4717	4861	5876	4154
TEST APNEA	4	3	0	5
ASISTENCIA PROCEDIMIENTOS OTROS	1	0	1	0
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	209	219	129	126
ASISTENCIA FBC	23	21	1	1
ASISTENCIA A PARTOS	84	91	98	32
ASISTENCIA A CESAREAS	100	141	163	99
ASISTENCIA TQT PERCUTANEA	8	6	6	5
ENTREGA DE TURNO	1644	1570	1864	1821
INGRESO	975	1074	1089	1212
EGRESO	698	669	751	724
PEDIDO	159	168	288	266
AUDITORIA	1	80	84	90
REUNION HOSPITALIZADOS URGENCIAS	2	0	3	0
REUNION OTROS SERVICIOS	1	1	0	0
COMITÉ MORBIMORTALIDAD	0	0	0	0
COMITÉ ACADEMICO	1	0	0	0
COMITE INVESTIGACION	1	1	1	2
OTROS COMITE	28	28	27	24
TRASLADO TAC	55	58	36	45
TRASLADO CX	44	27	14	22
TRASLADO ECOGRAFIA	0	1	0	0
TRASLADO HEMODINAMIA	10	1	3	5
TRASLADOS OTROS	98	54	85	52
TRASLADO INTERNO	11	9	8	10
DISTENSIBILIDADES	2627	3055	2687	2022
RESISTENCIA VIA AEREA	2613	3061	2703	2041
CULTIVO DE SECRECION	36	22	42	41
ADMIN SURFACTANTE	38	29	30	24
PASO TUBO DE TORAX	0	1	1	0
MONITOREO Y SEGUIMIENTO O2	739	931	1053	937
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOG	43	250	461	356
EMPEORAMIENTO O AUSENCIA DE MEJORA	0	0	0	0
AUTO LESION O LESION A OTROS POR FALLO	0	0	0	0
COMPLICACIONES	0	0	0	0
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0	0	0	0
LESIONES EN PIEL ASOCIADAS A ADHESIVOS		0	0	0
SESIONES REHABILITACION CARDIACA		93	366	224
TERAPIA FONOAUDIOLOGIA		1192	1520	1884
TERAPIA OCUPACIONAL (Enero 11 de 2018)			89	399

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

El comportamiento de los procedimientos ha ido en aumento discreto al comparar los últimos cuatro años primer trimestre, manteniendo la meta de oportunidad. Terapia Ocupacional aún no cuenta con un puesto de trabajo fijo lo cual genera un riesgo para la profesional y para el material a su cargo.

Procedimientos realizados en Ambulatorios:

PROCEDIMIENTOS FISIOTERAPIA CONSULTA EXTERNA	2016 I	2017 I	2018 I	2019 I
TERAPIA FISICA	2282	2203	1690	1879
TERAPIA RESPIRATORIA	74	20	16	107
MICRONEBULIZACION	97	4	0	209
GASES ARTERIALES	19	1	8	2
MONITORIZACION O2	40	45	159	11
OXIMETRIAS	535	693	420	413
HIGIENE NASAL	26	24	12	12
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA	73	30	102	67
TALLERES EDUCATIVOS	65	629	453	296
ELABORACION ESTADISTICA	128	126	117	129
ACTIVIDAD ACADEMICA	29	0	19	24
INDUCCION Y CONTROL DE CPAP	4	2	5	1
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1869	1564	1246	1690
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	1869	1564	1246	1690
REALIZACION DE INVENTARIO	63	63	60	72
SOCIALIZACION DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES	147	108	99	190
PROGRAMACION DE PACIENTES	148	104	99	190
PLANES CASEROS	129	74	60	46
FACTURACION	137	91	73	81
SEGUMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	134	149	88	157
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	0	0	2	1
REUNION ADMINISTRATIVA	6	6	4	5
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOGICO	0	0	0	0
EMPEORAMIENTO O AUSENCIA DE MEJORA	0	0	0	0
AUTO LESION O LESION A OTROS POR FALLO	0	0	0	0
COMPLICACIONES	0	0	0	0
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0	0	0	0
PACIENTES QUE INICIAN TTO ADULTOS		118	77	189
PACIENTES QUE TERMINAN TTO		66	27	17
PACIENTES QUE TERMINAN TTO CON OBJ ALCANZADOS			27	17
DESERCIÓN			5	11

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

Al comparar los últimos cuatro años se puede observar que en 2018 y 2019 el número de sesiones de Terapia Física ha disminuido, situación generada por autorizaciones de las ERP. Por otro lado, las Terapias Respiratorias y micronebulizaciones en 2019 I alcanzaron el número más alto de los últimos cuatro años situación asociada a la atención de pacientes de Medimas.

Procedimientos Fonoaudiología:

PROCEDIMIENTOS FONOAUDIOLOGIA	2017 I	2018 I	2019 I
TERAPIA FONOAUDIOLOGÍA	1192	1520	1884
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1189	1520	1884
SERVICIO	42	3	0
REVISIÓN HISTORIAS	1165	1527	1884
INTERCONSULTAS	104	259	285
ASESORIA A FAMILIARES Y PACIENTES	160	475	794
SOLICITUD DE DIETAS	193	371	296
ACTIVIDAD DE ASESORÍA A CLIENTE INTERNO	46	236	161
ESTADÍSTICA	103	122	160
REVISION DE TEMA - ESTUDIANTES	44	6	17
ACOMPAÑAMIENTO A ESTUDIANTES	21	3	4
PROGRAMACION DE PACIENTES	64	117	75
FACTURACION	884	122	160
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	12	19	28
ENTREGA DE TURNO	5	11	22
RECIBIDO DE TURNO	6	7	6
PEDIDO	1	2	0
AUDITORIA PAR	7	5	9
REUNION ADMINISTRATIVA	13	6	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 comportamiento del número de sesiones de Fonoaudiología en los últimos tres años ha ido en aumento, el servicio inicio funciones en 2016 segundo trimestre, es necesario disponer de otro profesional para garantizar la oportunidad y calidad en la atención.

Procedimientos Terapia Ocupacional:

ACTIVIDADES	2018 I	2019 I
INTERCONSULTAS	13	150
ATENCIÓN INDIVIDUAL (VALORACIÓN Y TRATAMIENTO)	89	399
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	43	2
RASTREO DE PACIENTES	32	0
REUNIONES CON OTROS SERVICIO	9	4
ASISTENCIA A REVISTA MEDICA	3	7
REALIZACIÓN DE ESTADÍSTICAS	52	129
REGISTROS EN DGH	87	399
TALLERES	4	5
ACTIVIDAD ACADEMICA	0	1
FACTURACION	0	399
COMPLICACIONES POR CAIDAS	0	0

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

En los dos últimos años en Utilización Del Tiempo Libre En Pacientes De Larga Estancia Adulto Mayor el número de sesiones y pacientes ha ido en aumento, por solicitud médica y de los usuarios ha sido necesario incluir a pacientes que llevan más de 10 días de hospitalización pero que no son adultos mayores.

En el primer trimestre de 2019 la Terapeuta ocupacional aplicó 17 encuestas de satisfacción durante la hospitalización de los pacientes, las cuales corresponden al 12.14% de los 140 pacientes incluidos en las actividades. El 29% fueron mujeres y el 70.5 % hombres. El promedio de estancia fue de 48 días. De esta encuesta se pudo concluir que la mayoría de los pacientes se encuentran satisfechos con el tiempo de intervención y con las actividades propuestas, un paciente sugiere que debe indagarse sobre sus gustos antes de iniciar la actividad, otro que el hospital debe garantizar conectividad, otro que se necesita disponer de variedad de material y más actividades para trabajar. Con esta información, la profesional fue más enfática en el interrogatorio para establecer gustos y preferencias. El pedido de material para 2019 está pendiente por el almacén

Productividad del Servicio de Terapias:

AÑO / TRIMESTRE	PROCEDIMIENTOS	OXIGENO	TOTAL
2016 I	\$ 611.549.500	\$ 211.127.100	\$ 822.676.600
2017 I	\$ 751.143.500	\$ 315.944.240	\$ 1.067.087.740
2018 I	\$ 782.798.900	\$ 377.160.500	\$ 1.159.959.400
2019 I	\$ 854.895.490	\$ 400.517.365	\$ 1.255.412.855

La facturación continúa mostrando la rentabilidad del servicio para la institución, por esto se insiste en la necesidad de renovación tecnológica para Consulta Externa, y disponer de más elementos para Terapia Física en Hospitalización (balones, ejercitadores, etc.)

PQRS

En el primer trimestre 2019 el Servicio de Terapias recibió:

Felicitaciones: 1

Fisioterapeutas de Hospitalización
Fonoaudiólogas

Novedad de Seguridad: 1

Registro no adecuado en DGH se realizó reunión con el profesional, se establecieron compromisos

Quejas: 1

Problema De comunicación con el servicio de Medicina Interna, se realizó reunión con la profesional y se establecieron compromisos

Solicitudes de Información: 3

Dos solicitudes de información para cita de toma de gases arteriales y una de información continuada, las dos se respondieron oportunamente.

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 18, al seguimiento telefónico mensual reportaron haber alcanzado mayor autonomía según la escala de funcionalidad FIM gracias a su compromiso y la intervención del fisioterapeuta

2. Atención temprana a pacientes con RTC

Pacientes incluidos 15, trece cumplieron todo el programa, a cuatro se les realizó seguimiento telefónico por cumplir 3 meses de egreso quienes refirieron alcanzar mayor independencia y no haber presentado complicaciones postoperatorias gracias a su compromiso y la intervención del fisioterapeuta

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

Pacientes incluidos 22 pero no todos terminaron el programa por egreso del HUS antes de 4 días o por sus diversas comorbilidades, al seguimiento telefónico al mes de egreso los contactados refirieron mayor autonomía siguiendo las recomendaciones brindadas durante su hospitalización.

1.2 ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO

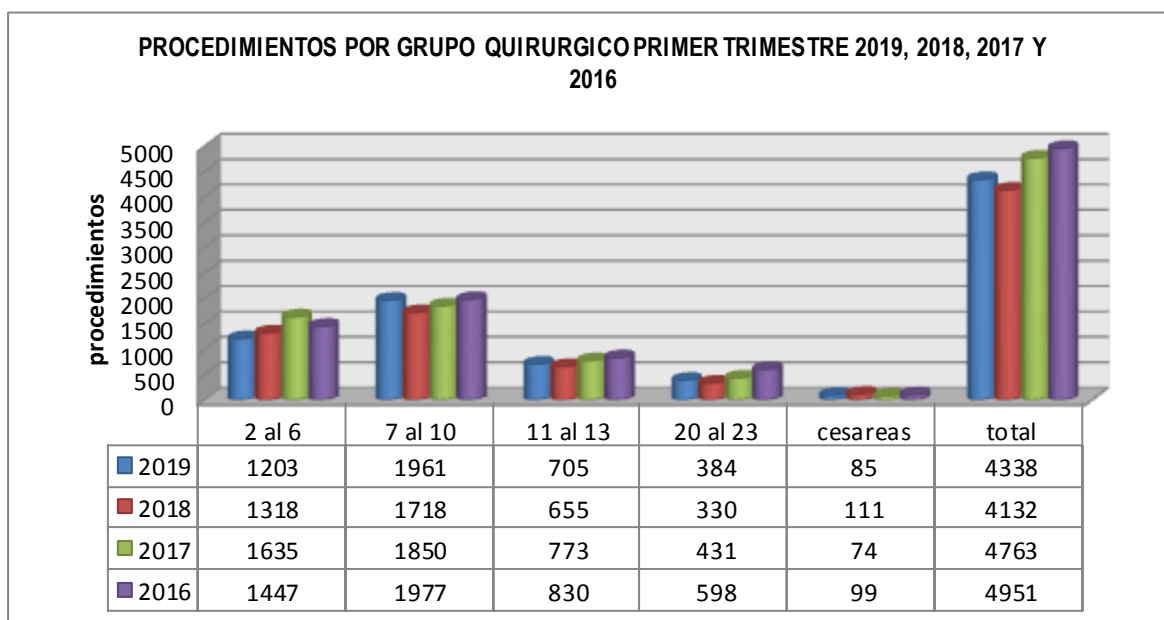
GESTION DEL PROCESO

2.1 ANALISIS DEL INFORME TRIMESTRAL UNIDAD QUIRURGICA. Comparativo primer trimestre años 2018, 2017 Y 2016.

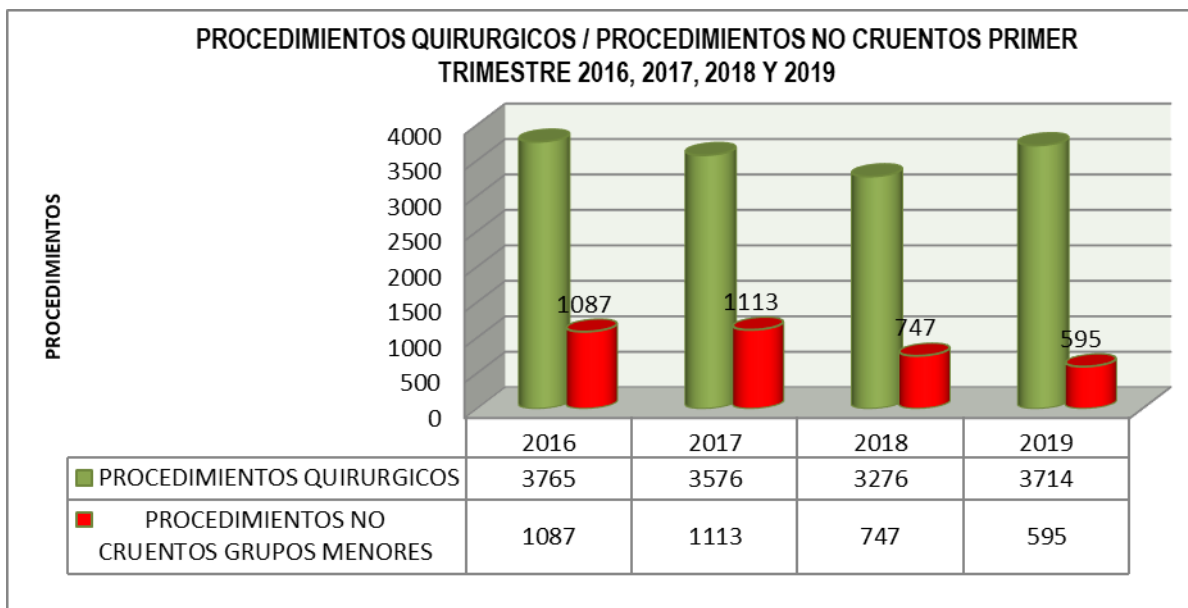
2.2 OBJETIVO ESTRATEGICO: Auto sostenibilidad financiera y productividad.

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

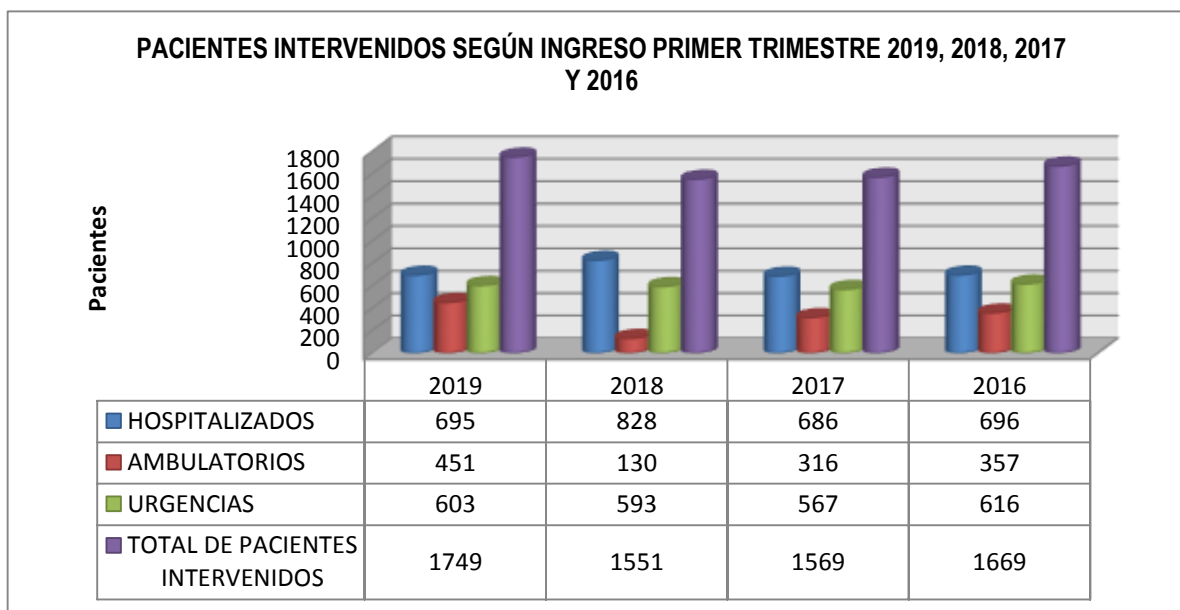
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2019 A 2016



La productividad quirúrgica durante el primer trimestre 2019 comparado con los trimestres de los años anteriores 2016, 2017 presenta un descenso de un 8%, asociado a la disminución de contratos y la restricción de la contratación con convida, pero una vez se restablecen los contratos la productividad asciende un 5% durante el primer trimestre 2019. También se evidencia el aumento de complejidad en grupos mayoritarios (20 a 23) 14%, (11-13) aumentó un 7%.

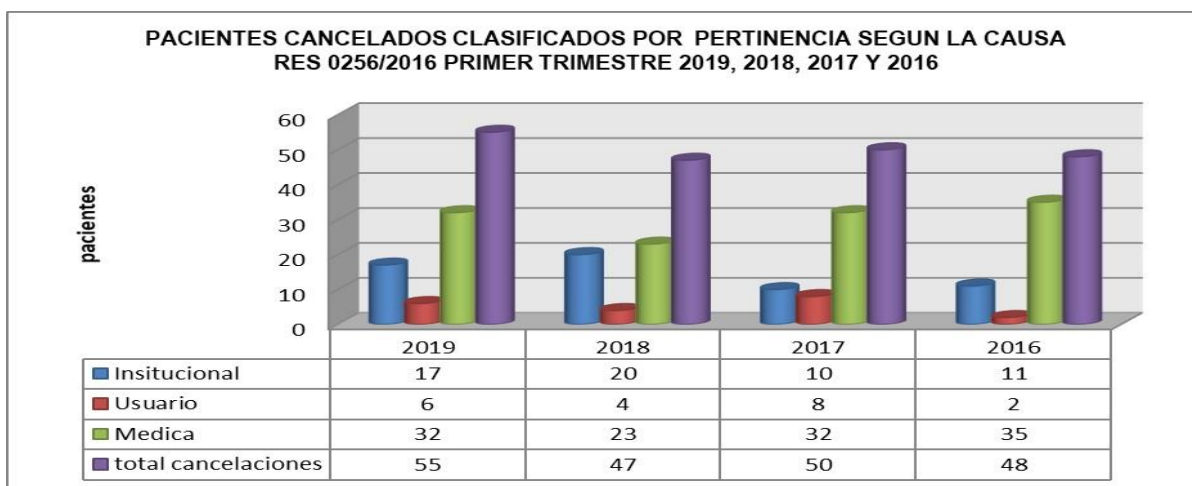


Pero si observamos la gráfica se aprecia que la disminución de la productividad no impacta los procedimientos quirúrgicos los cuales vienen en ascenso (12%) respecto al trimestre del año anterior, lo que si realmente se impacta son los procedimientos no cruentos o menores que vienen en descenso (54%), secundario a la derivación de procedimientos menores a primer, segundo y tercer nivel de la red de Cundinamarca. Procedimientos no cruentos: (procedimientos de grupos menores al grupo 7 que se realizan fuera del quirófano).

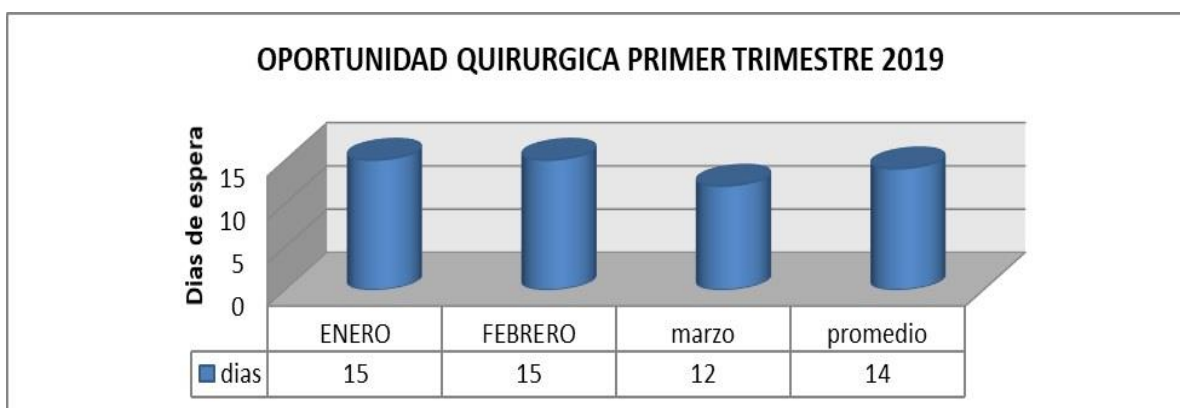


Datos soportados por Dinámica gerencial y tabla Excel de programación quirúrgica.

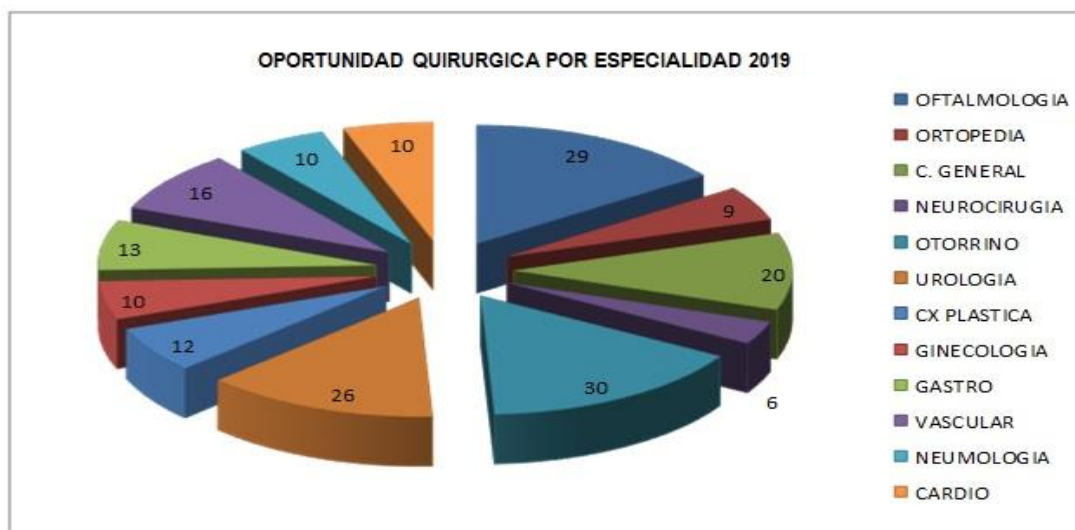
Durante el primer trimestre del año 2019 se intervienen el mayor número de pacientes comparado con los trimestres de los años anteriores, la cirugía ambulatoria presenta un descenso del 64%, pero se reactiva en el primer trimestre del año 2019 con un incremento del 28% representado en procedimientos de cirugía oftalmológica y cirugía general (contrato con Medimas). La cirugía electiva hospitalizada se mantiene constante referente a los años 2016 y 2017 y presenta un descenso del 16% durante el primer trimestre del año 2019 comparado con el año 2018 secundario a la restricción de contratos con algunas aseguradoras entre ellas convida. Pero durante el primer trimestre se incrementa la demanda quirúrgica asociado a un mayor número de contratos y especialmente pacientes de Medimas.



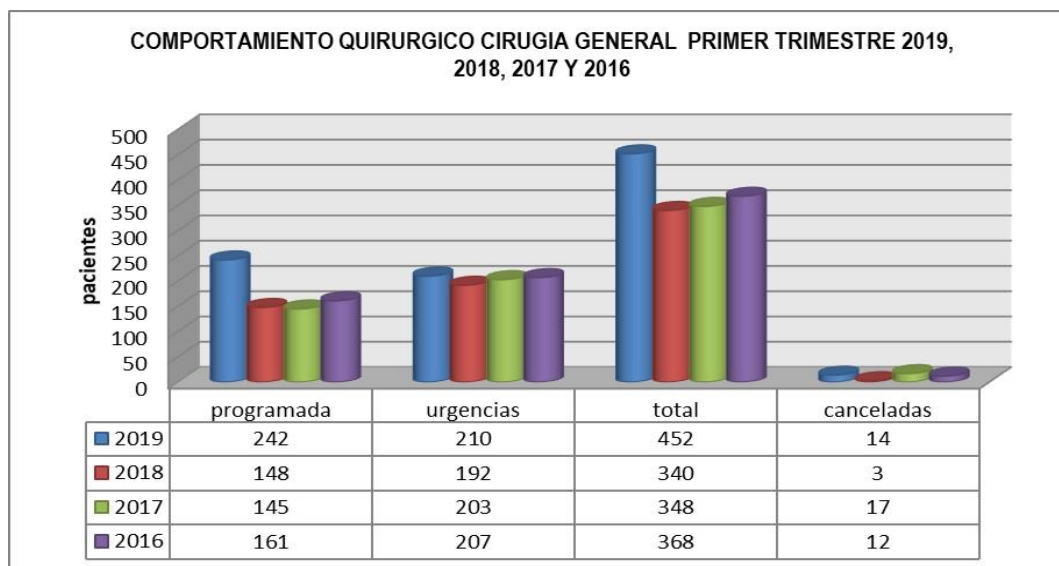
La causa de cancelación de mayor proporción corresponde a pertinencia medica asociada a: patología no controlada, patología sobreviniente cambio de diagnóstico entre otras. La segunda causa es la Institucional relacionada con la no disponibilidad de UCI (pacientes conectados en salas), falta de insumos e instrumental, La causa relacionada con el usuario esta específicamente asociada a la ausencia de Paciente durante el año 2019 se incrementó por ausencia de Pacientes del Impec.



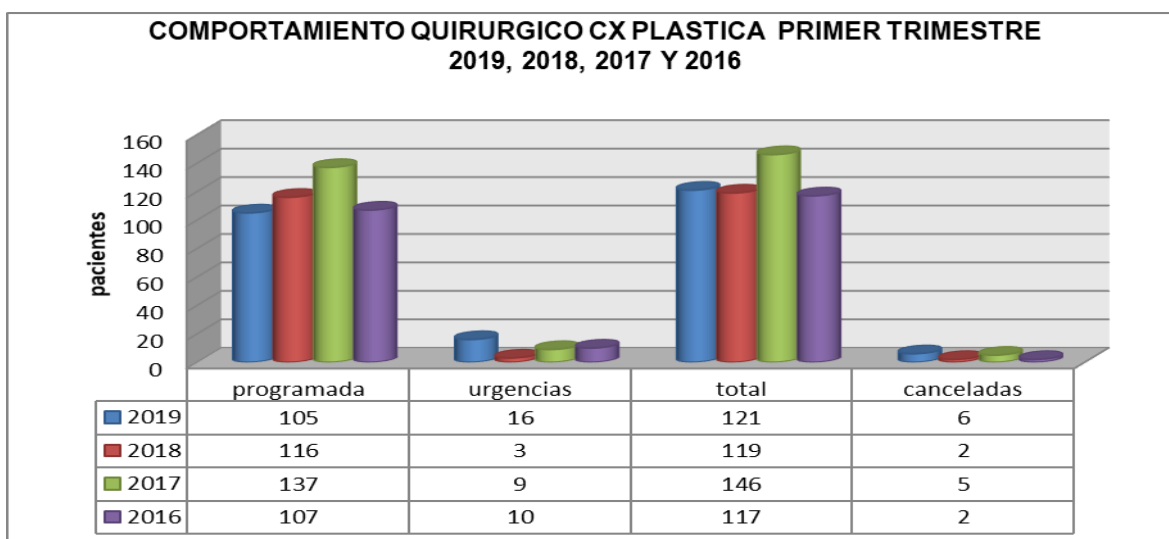
La oportunidad quirúrgica se encuentra en 14 días en promedio, pero especialidades como otorrino, oftalmología, urología la oportunidad se encuentra mayor a 20 días relacionado con agendamiento por parte de los especialistas, en Urología estaba pendiente la llegada de un urólogo y en otorrino la no disponibilidad de instrumental.



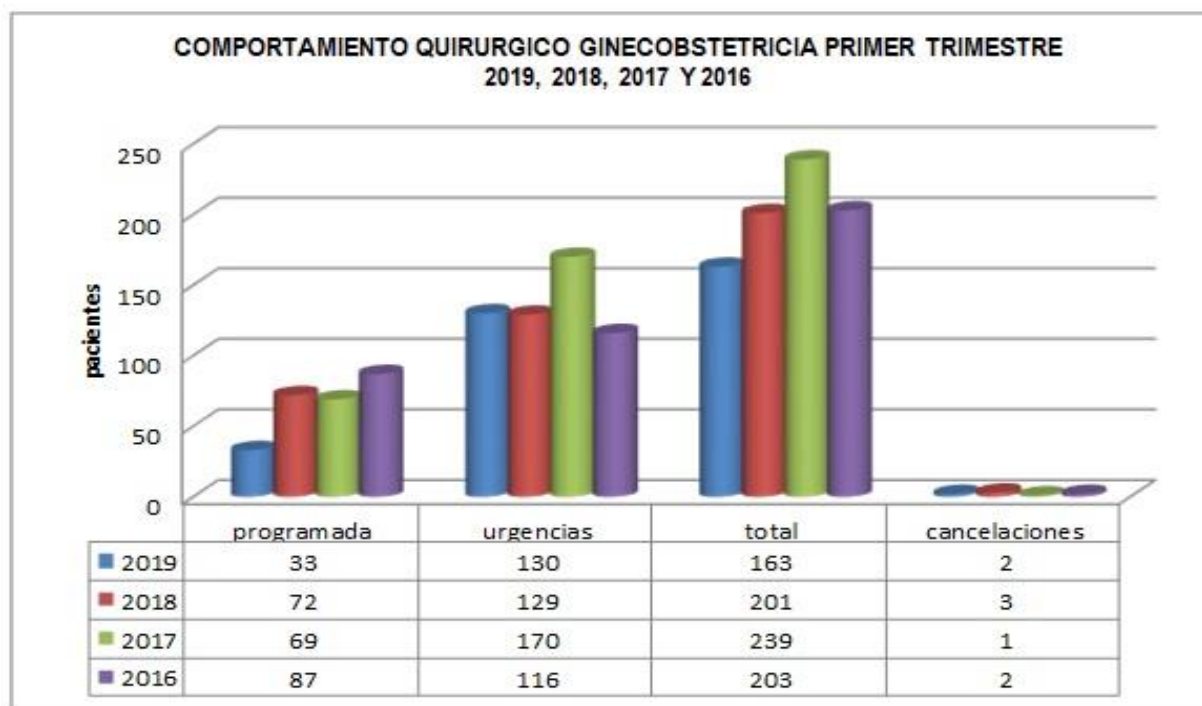
Durante el primer trimestre de 2019 la oportunidad quirúrgica se encuentra en promedio en 14 días, pero especialidades como oftalmología, urología, cx plástica, urología están con una oportunidad mayor a 30 días.



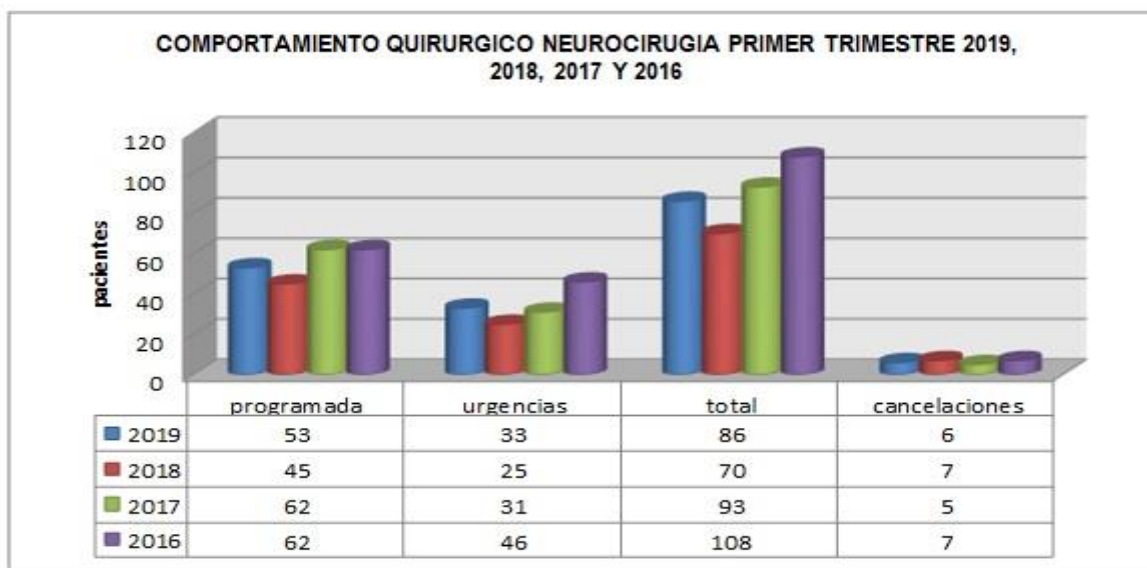
Durante el primer trimestre de 2019 cirugía general evidencia un incremento en cirugía electiva (25%), urgencias (9%), con un incremento general del (25%), asociado al agendamiento de cirugía por un médico hospitalario del servicio, la especialidad es la de mayor número de cancelaciones durante el periodo asociadas a causa médica.



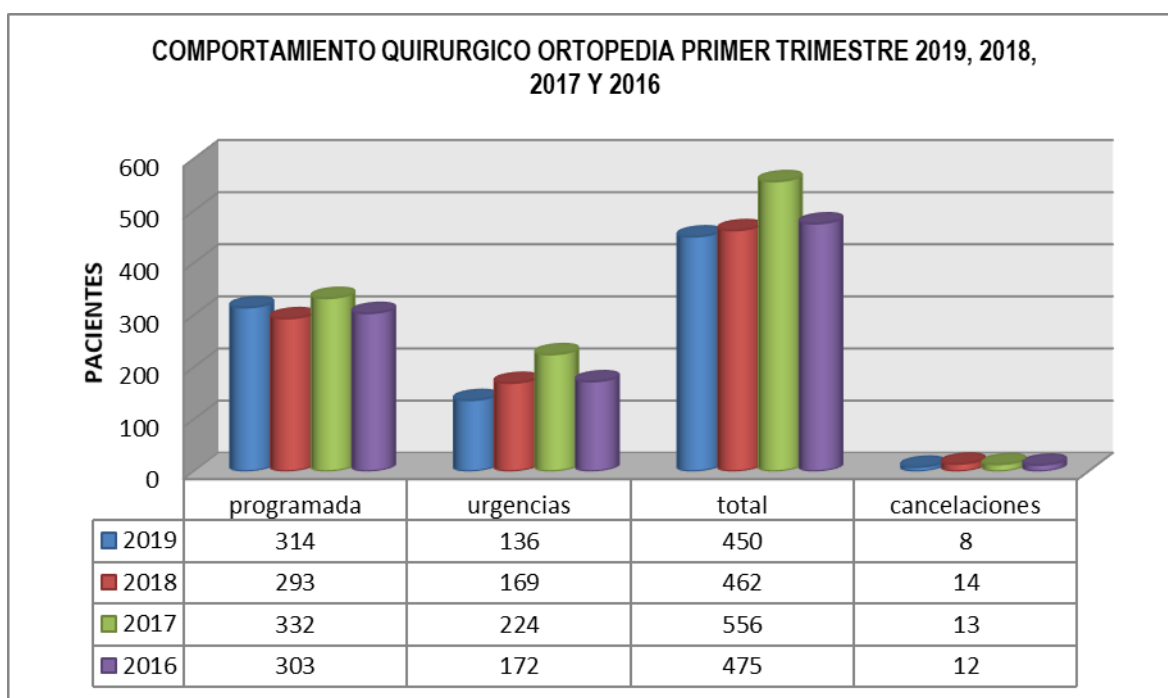
Cirugía plástica, permanece constante en el número de intervenciones, pero con el mayor número de cancelaciones en el periodo.



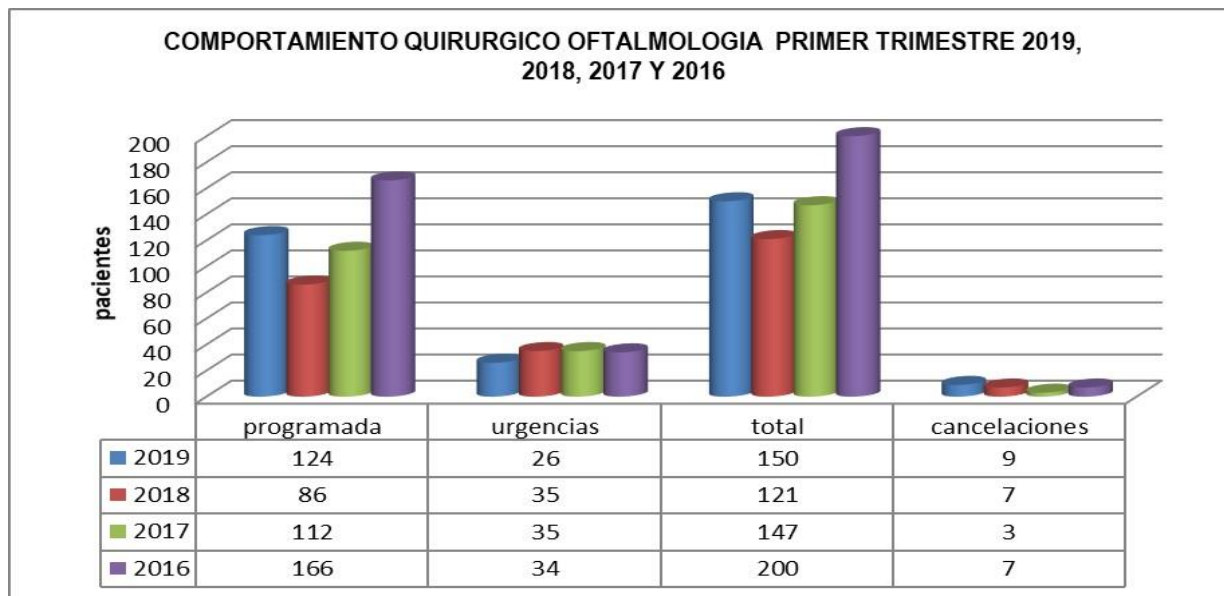
Durante el primer trimestre del año 2019, ginecología presenta un descenso importante con respecto a las vigencias anteriores (62%), mientras que en la atención obstétrica el descenso fue del 20%, asociado a la demanda.



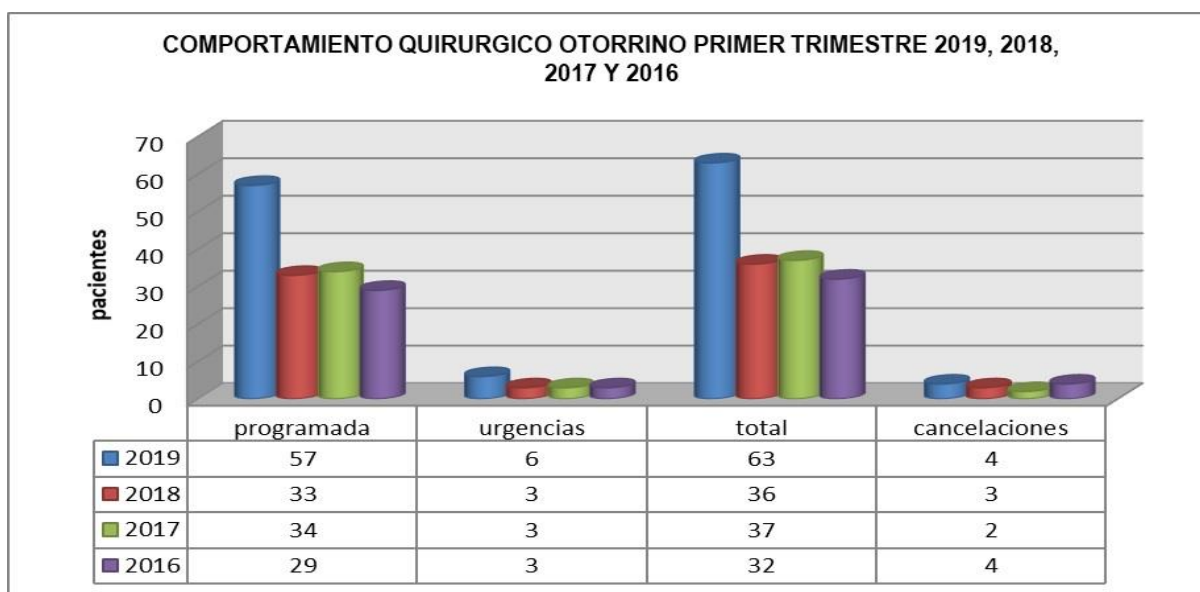
Durante el primer trimestre del 2019 Neurocirugía mantiene la productividad en una proporción equivalente a los periodos anteriores, igualmente la cancelación quirúrgica se mantiene e impacta sobre la productividad con un porcentaje mayor al 30%.

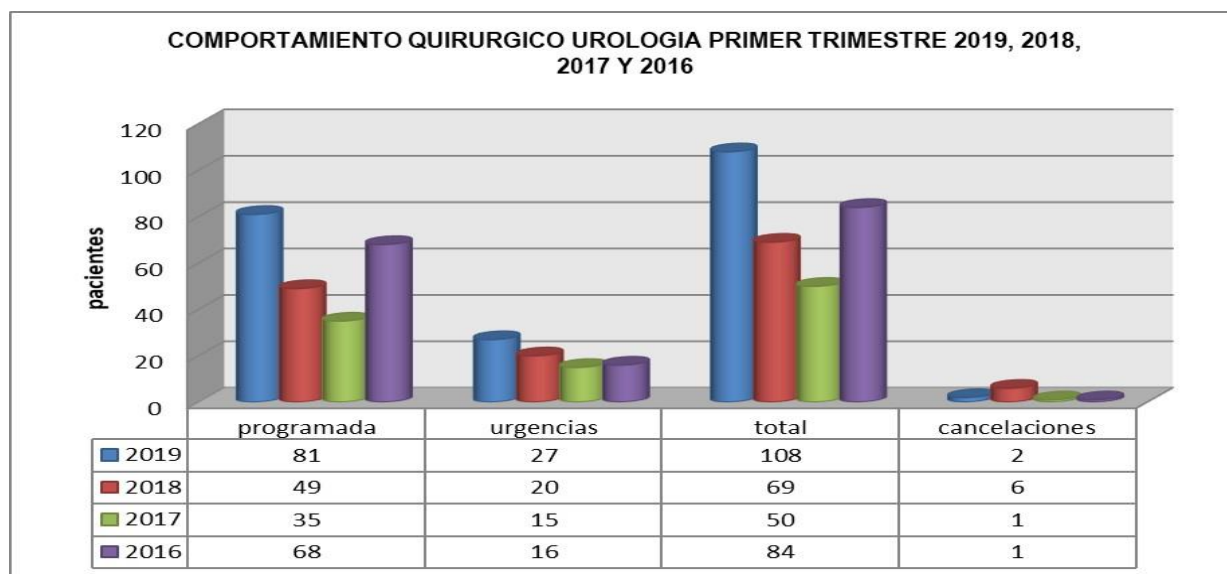


Durante el primer trimestre de 2019, ortopedia aumenta su producción en cirugía electiva en un 7%, las urgencias disminuyen en un 39% lo anterior sujeto a la demanda, de igual forma Ortopedia es el servicio de mayor demanda de horas quirófano, la cancelación disminuyó (42% respecto a las vigencias anteriores).



Durante el primer trimestre del año 2019, oftalmología incrementa su producción respecto a cirugía programada en un 31%, las urgencias igualmente se disminuyen en un 26% y la cancelación aumentó siendo uno de los servicios de mayor proporción de cancelación quirúrgica y con una oportunidad mayor a 30 días.





Durante el primer trimestre de 2019 urología aumenta su productividad en un 54%, incrementa cirugía electiva y urgencias, pero además disminuye la cancelación en 66%. La unidad post anestésica atendió 52 pacientes con una estancia promedio en días de 236 días por paciente, durante el primer trimestre de 2019. Lo que evidencia una ocupación de dos pacientes día, con una estancia por paciente de cuatro días en promedio.

GESTION DEL RIESGO

Durante el primer trimestre de 2019, no se presentaron eventos adversos en el Quirófano, se reportó novedades de seguridad que fueron intervenidas a través de la gestión del riesgo. En tecnovigilancia.

Se continuó la jornada académica de manera que se actualizaron y socializaron procesos propios del área.

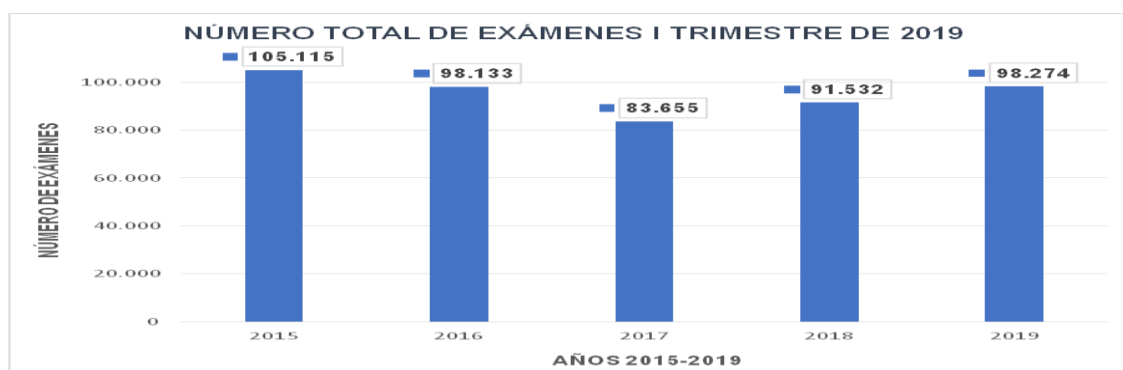
CONCLUSIONES INFORME QUIRURGICO PRIMER TRIMESTRE 2018

1. Aumento de la productividad quirúrgica de pacientes hospitalizados grupos mayores (hospital de mayor complejidad)
2. La productividad se incrementa en un 12%, especialmente los grupos de mayor complejidad.
3. Eventos adversos relacionados a la atención no se presentaron
4. La proporción de ISO se mantiene en 0.4%, muy por debajo del estándar referente
5. La cancelación se mantiene alrededor de un 5%, asociada principalmente a pertinencia médica. Respecto a P.Q.R. se presentaron seis peticiones por oportunidad en la programación, referente al agendamiento por la especialidad y una petición por maltrato en el servicio de Recuperación

1.3 GESTION DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO

GESTIÓN DEL PROCESO

PRODUCTIVIDAD GENERAL DEL LABORATORIO CLÍNICO I TRIMESTRE DE 2019

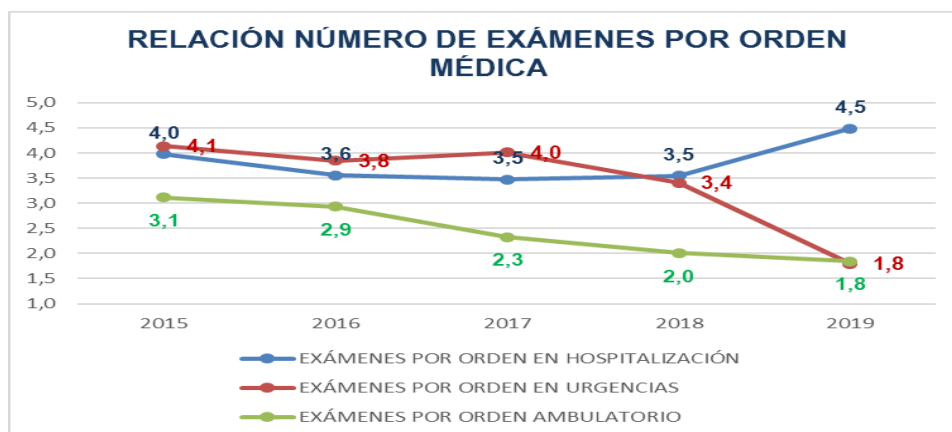


Gráfica No. 1 (Fuente LABCORE)

Gráfica No. 2 (Fuente LABCORE)

En el I Trimestre de 2019 comparativamente con el año 2018, se observa un incremento del 7% en el número total de exámenes realizados de Laboratorio Clínico. Comportamiento que se evidencio en este I trimestre a nivel general en la Institución por la atención especialmente de la EPS MEDIMAS.

Se evidencia un incremento en el servicio de Hospitalización del 29%, mientras en los servicios de urgencias y ambulatorio se disminuyen. En urgencias se disminuye en un 26%, debido a que se pueden los pacientes se encuentran en el servicio de urgencias, pero administrativamente se encuentran hospitalizados. En los últimos cuatro años la frecuencia de uso de los pacientes ambulatorios se viene disminuyendo, entre el 2018 y 2019 disminución en un 22%. La autorización de servicios ambulatorios se genera para procedimientos de alta complejidad.



Gráfica No. 3 (Fuente LABCORE)

La relación de exámenes por orden se encuentra: Hospitalización 4.5, urgencias y servicio ambulatorio 1.8. 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 especializados de baja frecuencia de solicitud y alto costo, de los cuales el Laboratorio Clínico dentro de su portafolio los oferta y algunos de ellos para contribuir al diagnóstico y tratamiento oportuno contrata con un laboratorio de referencia externo.

ÁREAS	NÚMERO DE EXÁMENES POR ÁREAS		PORCENTAJE POR ÁREA	
	2.018	2.019	2.018	2.019
QUÍMICA	54.542	58.241	59,6	59,3
HEMATOLOGÍA	11.419	12.864	12,5	13,1
COAGULACIÓN	9.802	10.149	10,7	10,3
INMUNOQUÍMICA	5.118	5.437	5,6	5,5
MICROBIOLOGÍA	4.789	5.608	5,2	5,7
MICROSCOPIA	3.066	3.292	3,3	3,3
INMUNOLOGIA ESPECIAL	1.566	1.488	1,7	1,5
REMISIONES	1.084	981	1,2	1,0
BIOLOGIA MOLECULAR	146	214	0,2	0,2

Tabla No. 1 (Fuente LABCORE)

El área de Laboratorio Clínico con mayor porcentaje de exámenes es el Química con un 59%, seguido de Hematología con 13%, coagulación 10%. Pese a que remisiones es un porcentaje del 1 %, se da cubrimiento con la contratación de servicios a un Laboratorio de referencia externo (COLCAN) y los exámenes de mayor frecuencia de remisión son en su orden:

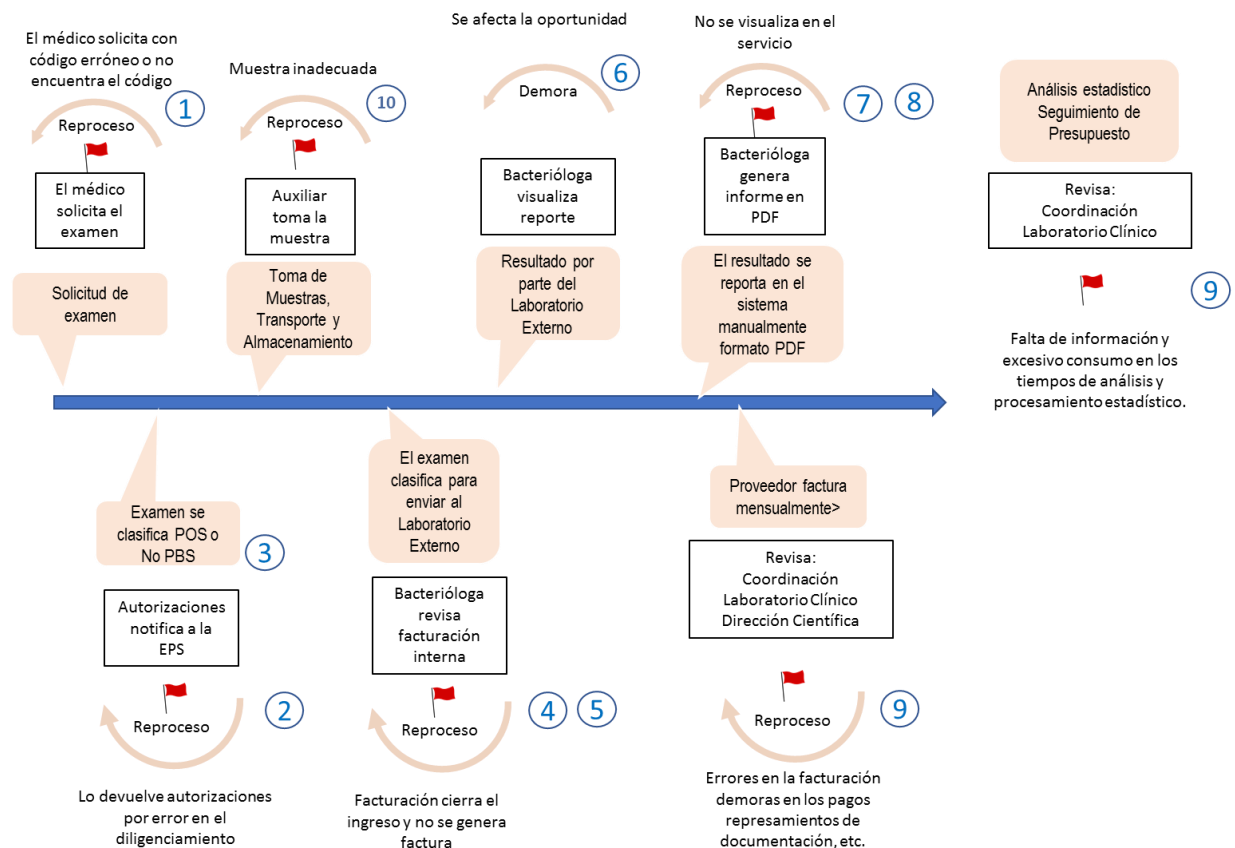
PRUEBAS CON MAYOR VOLUMEN DE REMISIÓN A LABORATORIO EXTERNO I TRIMESTRE 2019			
No.	EXAMEN	CANTIDAD TRIMESTRE 2019	PROMEDIO MENSUAL 2019
1	Inmunoglobulina G	41	14
2	Adenosin Deaminasa (ADA)	50	17
3	Inmunoglobulina M	33	11
4	Hepatitis C: Inmunoblot (P.Confirmatoria)	29	10
5	Cariotipo Estado Leucémico en Médula ósea	27	9
6	Calcio Ionizado	26	9
7	Clasificación Inmunológica de Leucemia en Médula ósea	26	9
8	Inmunoglobulina IgA	25	8
9	Citomegalovirus: Anticuerpos IgG	24	8
10	Citomegalovirus: Anticuerpos IgM	23	8

Tabla No. 2 (Fuente LABCORE)

La baja frecuencia de solicitud y los altos costos que genera el procesamiento de los mismos en la institución, hacen que lo más conveniente sea continuar con la remisión de estos exámenes.

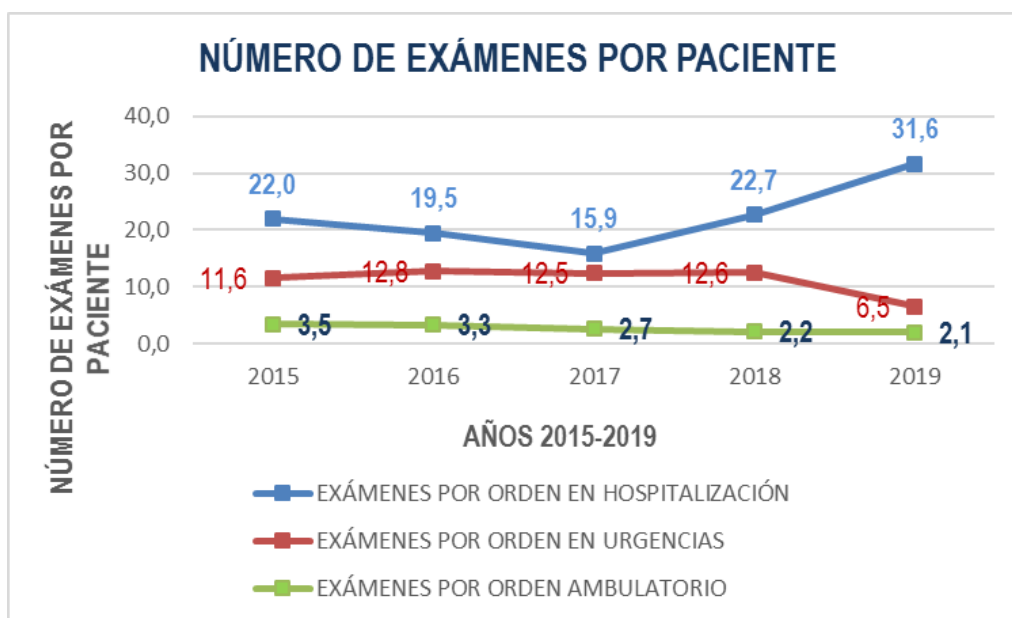
La solicitud de exámenes especiales que en la actualidad son remitidos a un Laboratorio Externo (COLCAN) y que obedecen a los requerimientos por parte de las diferentes especialidades médicas. Este servicio ocupa un volumen menor en el laboratorio clínico, sin embargo, demanda resultados para determinar una conducta diagnóstica y de tratamiento. A lo largo de los últimos dos años se ha venido trabajando para mitigar una serie de reprocesos y demoras en este servicio de exámenes especiales. A continuación, se ve una gráfica donde se indica las acciones que se han desarrollado para mejorar este proceso diagnóstico.

Visualización Proceso de Remisiones al Laboratorio Externo – Acciones de Mejoramiento



Gráfica No. 4

1. Homologación de códigos y tarifas laboratorios Bogotá y UFZ
2. Supervisión detallada por parte del Laboratorio.
3. Solicitud de plataforma “Laboratorio MIPRES”
4. Supervisión de la facturación interna.
5. Supervisión de la facturación del proveedor
6. Se notifica al Laboratorio Externo y se califica como producto no conforme.
7. Visualización detallada de forma virtual de los exámenes procesados por el Laboratorio Externo.
8. Interfase entre el Laboratorio Externo y el Sistema informático de Laboratorio HUS. (en desarrollo)
9. Visor virtual de estadística, facturación y reporte de valores críticos (en desarrollo)



Cursos virtuales en toma de muestras, transporte y almacenamiento

Gráfica No. 5 (Fuente LABCORE)

La relación de exámenes por paciente en hospitalización se ha venido incrementando por la complejidad de las patologías, estancias hospitalarias.

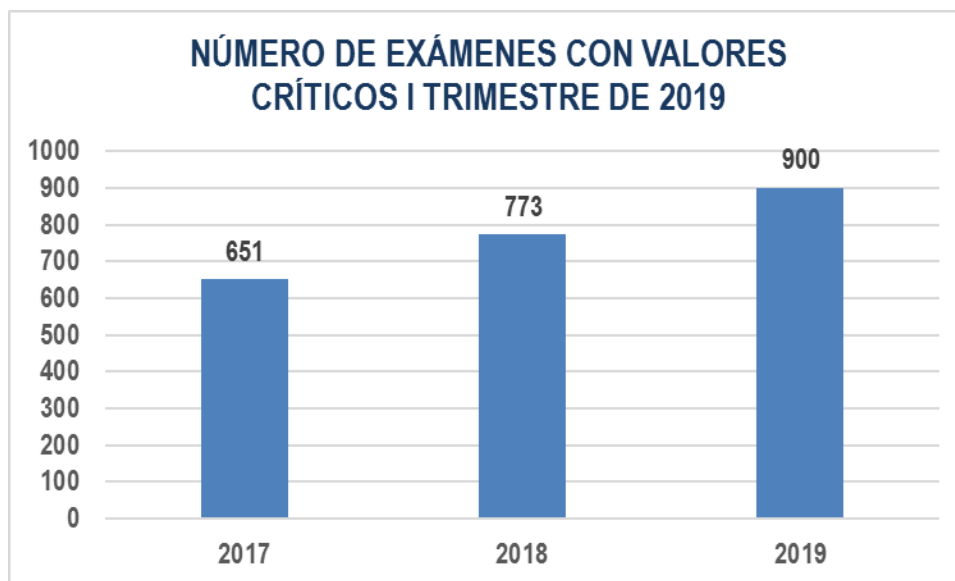
DISTRIBUCIÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

	2018	2019
HOSPITALIZACION	60%	72%
URGENCIAS	33%	23%
AMBULATORIO	7%	5%

Tabla No. 3 (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. El laboratorio Clínico continúa apoyando con recurso propio del servicio la toma de muestras en los servicios de Hospitalización y urgencias en los diferentes turnos.

INFORME DE VALORES CRÍTICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO I TRIMESTRE DE 2019



Gráfica No. 6 (Fuente LABCORE)

Se observa en el I Trimestre de 2019 un incremento del 16% en el reporte de informe de exámenes con valores críticos. Es acorde al incremento de exámenes totales realizados en el I trimestre. Es de anotar que este comportamiento se define de acuerdo a las patologías atendidas en los diferentes servicios.

Se continua con el reporte oportuno de resultados con valores críticos, para el I trimestre de 2019 se tiene un porcentaje de 0.9 % de reportes de exámenes con valores críticos que corresponde a 900 de 98.274. Este depende de las patologías de nuestros pacientes. La frecuencia de los valores críticos de acuerdo de acuerdo a referencias bibliográficas es muy variable de laboratorio a otro laboratorio y depende del tipo de población que se atienden en la literatura médica disponible en PubMed, la información sobre la frecuencia de valores críticos es muy escasa. De acuerdo con las encuestas del CAP, la frecuencia de valores críticos en 623 laboratorios clínicos norteamericanos oscila entre 0.05 y 1%, variando de acuerdo al grado de complejidad. Por razones obvias, relacionadas con la gravedad de los pacientes, la frecuencia de los valores críticos es significativamente mayor en los pacientes hospitalizados que en pacientes ambulatorios y en los primeros más significativamente en salas de Cuidados Intensivos.

En nuestra Institución el mayor porcentaje lo tenemos en el servicio de urgencias con un 50%, seguido de UCI adultos, el examen con mayor frecuencia de reporte es el Potasio.

Con el fin de evidenciar el impacto de las conductas médicas en los valores críticos reportados por el laboratorio Clínico, auditoria concurrente realiza el seguimiento a las acciones medicas tomadas por el informe generado desde el laboratorio Clínico del examen con valor crítico.

OPORTUNIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO I TRIMESTRE DE 2019

El laboratorio Clínico realiza las mediciones de oportunidad de:

I TRIMESTRE DE 2019		
NOMBRE DEL INDICADOR	2018	2019
	(MINUTOS)	(MINUTOS)
OPORTUNIDAD DE FACTURACION EN EL LABORATORIO CLINICO PARA CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO	7.2	7.0
OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS A PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO	7.2	7.0
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	38.8	39.0
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	39.2	39.8
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA HOSPITALIZACION	42	43

Tabla No. 4 (FUENTE LABCORE)

La medición de la oportunidad de atención global se determina por la medición de varios momentos:

1. Solicitud hasta la toma de muestras
2. Desde la toma de muestra hasta que se lleva la muestra al Laboratorio Clínico
3. Desde que se confirma el ingreso en el Laboratorio Clínico y se realiza chekin
4. Desde el chekin hasta la validación del resultado.

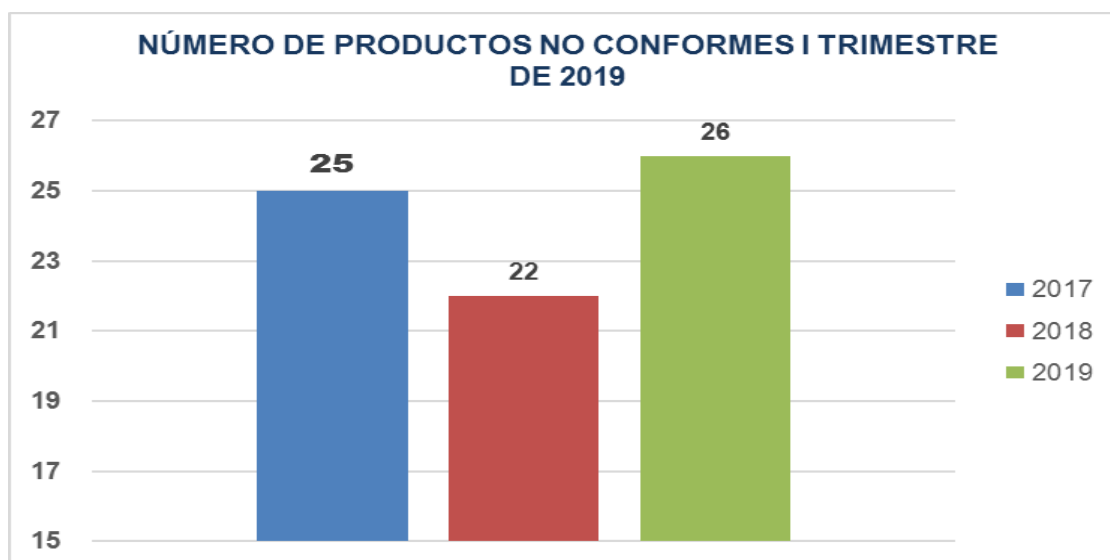
El laboratorio Clínico cuenta con personal propio del servicio, en los diferentes turnos para la toma de muestras de pacientes de urgencias y de hospitalización. Con esta mejora se pretende impactar la oportunidad global del laboratorio clínico en los diferentes servicios, especialmente en urgencias. Se han disminuido los tiempos especialmente entre la solicitud del examen y la toma de muestras. Reduciendo el tiempo global de 4.5 horas a 3 horas.

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.

Se realiza seguimiento de los productos no conformes por inoportunidad. En el I trimestre de 2019 se reportaron 15 PNC por inoportunidad de resultados. Cada caso es analizado y se socializa con el fin de no reincidir en los productos no conformes generados.

PRODUCTOS NO CONFORMES

El aumento de PNC especialmente está asociado directamente con el reporte de novedades de seguridad del paciente.



Gráfica No. 7 (Fuente Información del área de calidad de Laboratorio Clínico)

La distribución de los productos no conformes generados en el primer trimestre de 2019:

1. Reporte de resultados de Laboratorio inoportuno: 8
2. Errores en la entrega de resultados (incompletos) 3
3. Reporte de errores diagnósticos: 5
4. Errores en la muestra por fallas es la misma: 5
5. Errores en la identificación de las muestras: 5

PAQUETE INSTRUCCIONAL DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE MUESTRAS

Como oportunidad de mejora con el fin de establecer puntos de control respecto a la verificación de los correctos en el criterio de identificación de muestras de tal forma que se evidencie el riesgo en la cadena de identificación de las muestras y continuando con la adherencia al paquete instruccional de marcación correcta de muestras de Laboratorio Clínico existe un video educativo como material didáctico para socializar al personal asistencial los cinco correctos en la fase pre- analítica

1. Paciente correcto: confirmar los datos de identificación del paciente, comparar el nombre, el número de identificación, con la etiqueta del código de barras con la que se identifica la toma de muestras.
2. Examen Correcto: Asegurar que el examen que se va a tomar sea el solicitado.
3. Condiciones correctas: Confirmar con el paciente, familiar o el personal de enfermería las condiciones necesarias para garantizar resultados idóneos.
4. Tubos correctos: verificar el recipiente a utilizar de acuerdo al tipo de muestra y al examen solicitado
5. Muestra correcta a temperatura correcta: Garantizar la estabilidad de las muestras, temperatura de almacenamiento y transporte.

PROGRAMA DE REACTIVOVIGILANCIA

ARTICULACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y PAQUETES INSTRUCCIONALES



Gráfica No. 8

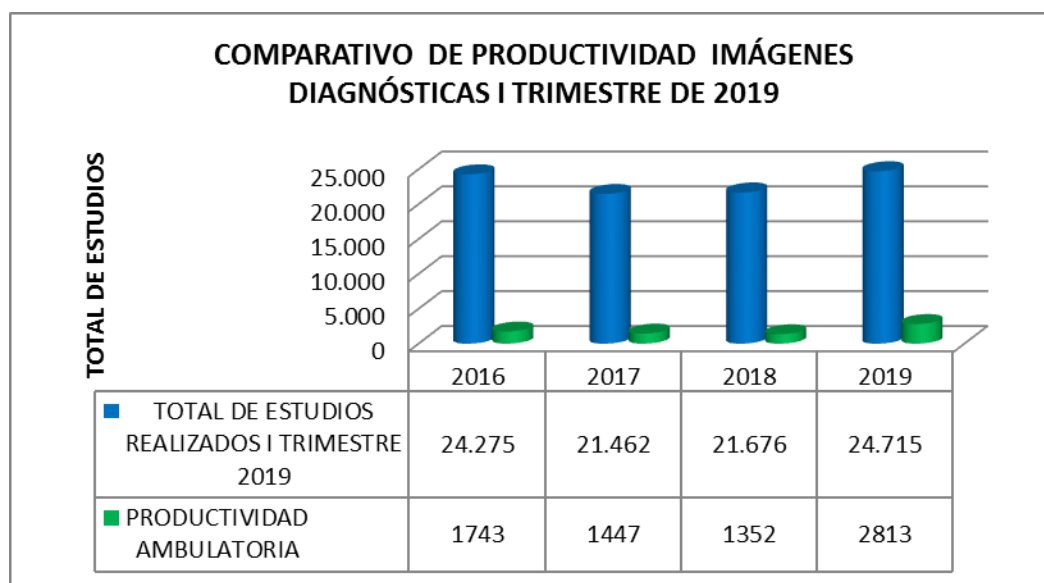
El programa de reactivo vigilancia se articula con otros programas con el fin de impactar en la seguridad de Paciente, y con La Norma Técnica Colombiana [NTC-6154 de 2015](#), hace referencias a las pruebas POCT cuando se llevan a cabo dentro del contexto hospitalario y las define así: pruebas que son ejecutadas cerca del sitio de ubicación del paciente cuyo resultado lleva posiblemente a cambios en el cuidado del paciente. Uso de dispositivos portátiles de diagnóstico o pruebas rápidas, para la vigilancia precisa en pocos minutos al lado del paciente, mejorando la detección temprana de enfermedades y su evolución clínica. Cualquier prueba analítica realizada a una paciente por un profesional de la asistencia fuera del laboratorio convencional.

En la actualidad se está trabajando en la identificación de usuarios de los glucómetros y determinando los valores críticos en los mismos. Adicionalmente la bacterióloga coordinadora de POCT es la encargada de revisar y controlar los reactivos para glucometrías y gases arteriales, al igual que hace seguimiento a los equipos, apoyando de esta manera el uso adecuado.

1.4 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

PRODUCTIVIDAD:

Gráfica 1 comparativo de productividad I Trimestre de 2019 .



Fuente : Sistema de Información Dinámica Gerencial .

La productividad para los servicios prestados desde el proceso de imágenes diagnosticas en total reflejaron un aumento de 14 % en comparación del I trimestre de 2018. Teniendo como diferencia importante en esta vigencia que el aumento está dado por un aumento significativo en el número de estudios realizados de forma ambulatoria. Este aumento se ve claramente reflejado en el número estudios realizados a usuarios de EPS Medimas,

Las modalidades que aumentaron su productividad ambulatoria corresponden a Ecografía con una variabilidad comparativa del 81%, Rx convencional con una variabilidad comparativa del 123%, resonancia magnética con una variabilidad del 115 %. Y una variabilidad total del 101% en el total de estudios realizados de forma ambulatoria.

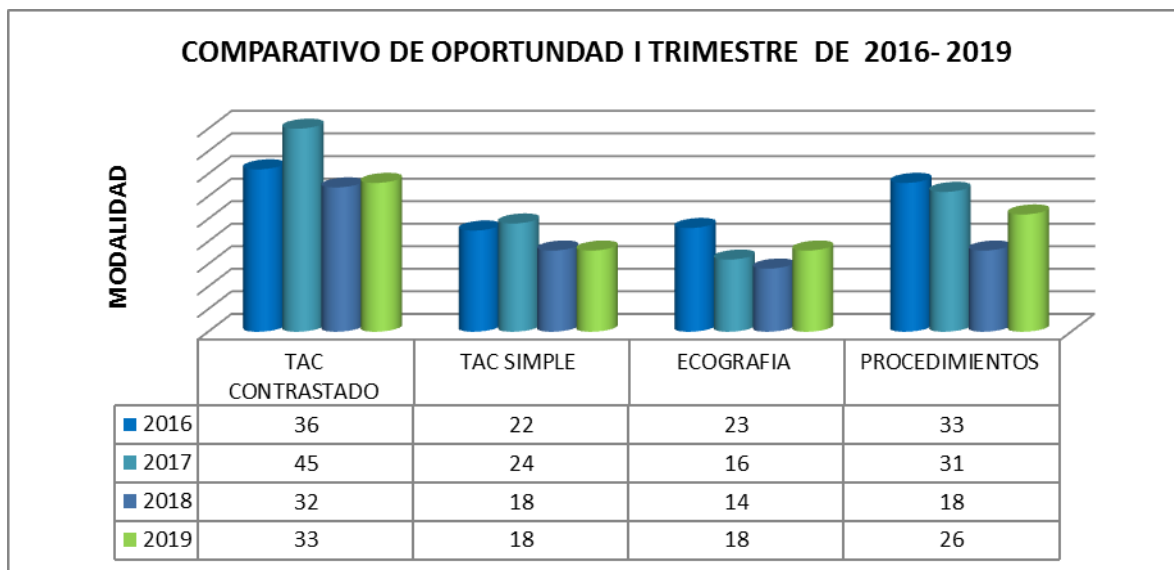
Teniendo en cuenta este aumento se realizaron actividades de mejoramiento encaminadas a mejorar la prestación de los servicios de forma ambulatoria:

- fortalecimiento del área de recepción con un recurso humano con el fin de agilizar la respuesta telefónica y atención de forma personalizada.
- Ampliar la cobertura de horas medico Radiólogo con el fin de dar más cubrimiento a la agenda de ecografía ambulatoria abriendo una jornada adicional los días martes en el horario de la tarde.
- Redistribución de tecnólogos reforzando el turno de la tarde con un tecnólogo adicional.
- Y está en trámite la recuperación del área de sala de espera.

Lo anterior con el fin de mantener la calidad en la prestación de los servicios teniendo en cuenta el aumento en el porcentaje ocupacional de cada una de las salas.

OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

Gráfica 2 comparativo de Oportunidad Imágenes Diagnósticas comparativo 2016 – 2019



Fuente: Sistema de Información RIS.

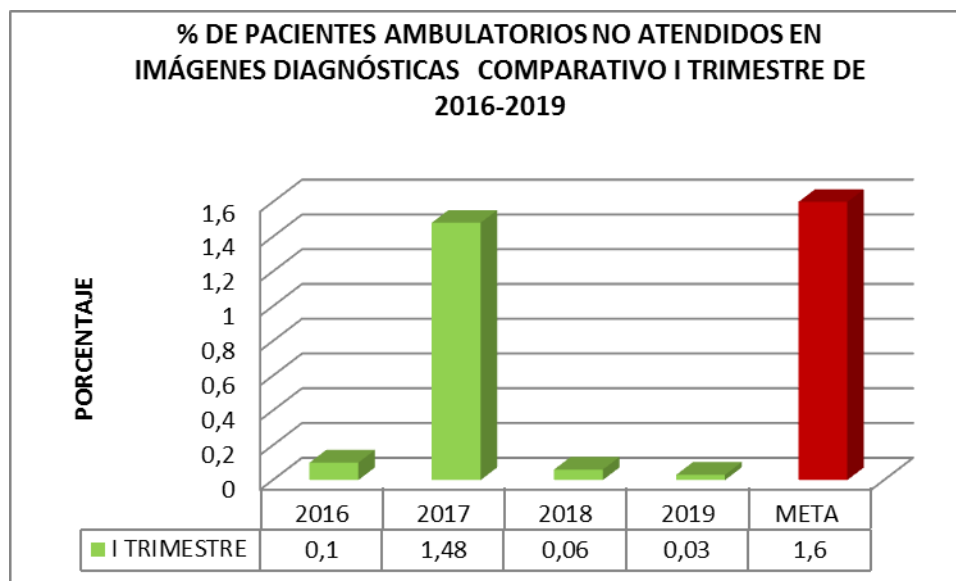
Los tiempos de oportunidad en el comparativo muestran un aumento promedio de 8 horas en la modalidad de intervencionismo y aunque la modalidad de ecografía se mantuvo, durante el mes de Marzo se reflejó un aumento significativo en los tiempos de realización, debido a la coestión de agendas ambulatorias, el aumento de los tiempos que se reflejaron sobretodo en el mes de Marzo está dado por las siguientes condiciones:

- No se cuenta con apoyo de médico disponible para los seguimientos y programación de pacientes en radiología intervencionista.
- Limitación en la disponibilidad de equipos para ecografía portátil.
- Múltiples fallas del sistema de información, en la interface entre dinámica y RIS que, aunque los estudios se encontraran realizados y soportados en RIS esta información no migraba a DGH, aproximadamente 6 caídas del sistema y funcionamiento de las interfaces de forma parcial.
- Múltiples fallas en los equipos de Rx portátil. (equipos obsoletos con más de doce años de uso)

Estas novedades ya se pusieron en conocimiento tanto de la gerencia como de las áreas involucradas y se encuentran en trámite de solución y consecución.

PORCENTAJE DE PACIENTES AMBULATORIOS NO ATENDIDOS

Gráfica 3 comparativo de Pacientes no atendidos Imágenes Diagnósticas comparativo I Trimestre de 2016 – 2019 .

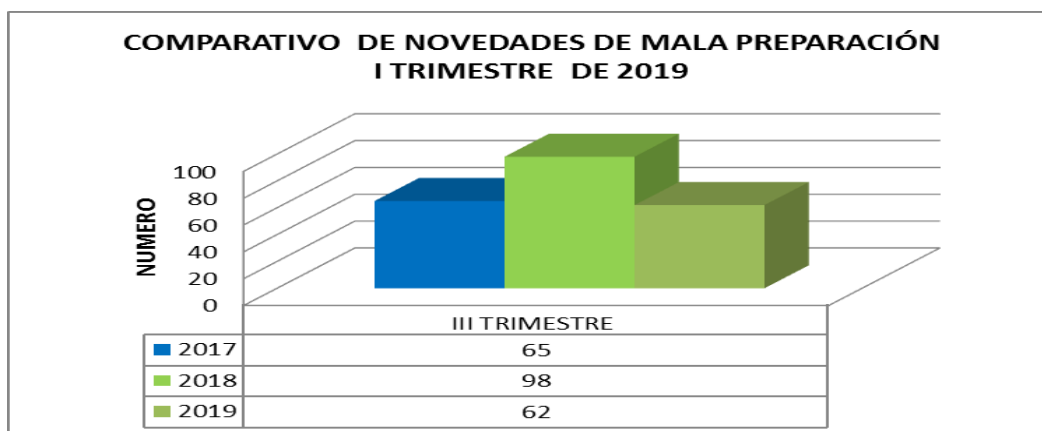


Fuente : Sistema de Información RIS.

En el acumulado comparativo se refleja una disminución significativa del indicador lo anterior dado a que ya no se está midiendo la inasistencia como variable dentro de este indicador, en relación con el aumento de pacientes ambulatorios el porcentaje de pacientes no atendidos se mantuvo, esto relacionado, a que el aumento de esta población está dado por usuarios de la EPS Medimas, quienes llevaban mucho tiempo esperando la programación de los procedimientos.

NOVEDADES DE MALA PREPARACIÓN:

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



Fuente archivo excel pacientes no atendidos

Dentro de los datos capturados se pudo evidenciar que como principal causa se reportó las condiciones de venoclisis, condiciones clínicas del paciente e insuficiente agua, aunque es un indicador que está en mejoramiento para el mes de Febrero se evidenció un volumen de 32 pacientes lo cual se relacionó con el cambio de personal dado al ingreso de nuevos auxiliares de enfermería.

P.Q.R 2019:

Para este trimestre se refleja un aumento de las PQR recibidas pasando de 18 PQRS para el primer trimestre del año 2018 a 84 PQRS para el I trimestre de 2019, correspondientes a usuarios de la EPS Medimas, este aumento esta dado principalmente a la inconformidad de los usuarios para acceder a una cita de forma telefonica, y a demoras en la atención en sala de rx convencional con el fin de intervenir y mejorar dicha problemática se llevaron a cabo las siguientes intervenciones :

Controlar por medio de agenda el volumen de paceintes de rx convencional ya que esta agenda se encontraba anteriormente a libre demenada y debido al gran volumen de paceintes se generaron represamintos lo cual llevo al aumneto de PQR.

Se habilito un segundo punto de facturación apoyado por la caja de laboratorio clinico quien recibe los usuarios para la realización de procedimientos simples .

Se habilito una agenda adicional para ecografia los dias martes en la tarde con el fin de mejorar la oportunidad del agendamiento.

Se reforzo la atención de la ventanillade recepción dando prioridad a la lienat telefonica y asignación de citas por medio d ecorreo electronico .

Asignación de apoyo por informadora por parte de la subdirección de Defensoría del usuario para brindar información oportuna a los usuarios , facilitar tramites , y dar orientación efectiva .

Teniendo en cuenta las actividades ya implementadas se realizará seguimeinto esperando una disminución en el porcentaje de PQRS .

PLANES UNICOS DE MEJORA PUM

Actividades de mejora realizadas:

Frente a la Oportunidad de la atención ambulatoria:

- fortalecimiento del área de recepción con un recurso humano con el fin de agilizar la respuesta telefónica y atención de forma personalizada.
- Ampliar la cobertura de horas medico Radiólogo con el fin de dar más cubrimiento a la agenda de ecografia ambulatoria abriendo una jornada adicional los días martes en el horario de la tarde.
- Redistribución de tecnólogos reforzando el turno de la tarde con un tecnólogo adicional.
- Y está en trámite la recuperación del área de sala de espera.

Seguridad del paciente producto de la ronda de seguridad realizada durante el I trimestre de 2019:

- Fortalecimiento y seguimiento a cronograma de limpieza y desinfección con posterior retroalimentación realizado con una prioridad semanal.
- Compromiso de revisión periódica de carro de paro y chequeos de verificación diarios

Fortalecimiento de la estrategia de lavado de manos por medio de un observador asignado por el servicio

1.5 GESTIÓN DEL PROCESO BANCO DE SANGRE

GESTIÓN DEL PROCESO

Tabla 1. Consolidado General Banco de sangre

BANCO DE SANGRE	2016	2017	2018	2019	VARIACION		
					2016-2019	2017-2019	2018 - 2019
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	29	44	44	47	62%	7%	7%
DONANTES ATENDIDOS	2408	2167	2567	2846	18%	31%	11%
UNIDADES RECOLECTADAS	2015	1730	2203	2334	16%	35%	6%
UNIDADES PROCESADAS	2015	1730	2193	2334	16%	35%	6%
UNIDADES PRODUCIDAS	5190	4402	5615	6194	19%	41%	10%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	28	19	23	-	-18%	21%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	2003	1702	2182	2333	16%	37%	7%
UNIDADES DE PLAQUETAS	1402	972	1394	1528	9%	57%	10%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	34	148	203	288	747%	95%	42%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	1751	1552	1817	2022	15%	30%	11%
UNIDADES ADQUIRIDAS							
POR PRESTAMO O CANJE	90	287	608	1425	1483%	397%	134%
COMPRADAS	0	0	0	0	-	-	-
UNIDADES TRANSFUNDIDAS BOGOTA	2285	1582	2816	4431	94%	180%	57%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	-	-	-
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	842	741	1121	1202	43%	62%	7%
UNIDADES DE PLAQUETAS	765	341	914	1782	133%	423%	95%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	49	94	93	327	567%	248%	252%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	447	312	540	784	75%	151%	45%
OTRAS UNIDADES gre filtrado	182	94	148	336	85%	257%	127%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR SERVICIO							
URGENCIAS	252	120	185	268	6%	123%	45%
GINECOLOGÍA	38	14	101	188	395%	1243%	86%
OBSTETRICIA	21	26	67	28	33%	8%	-58%
NEONATOLOGÍA, UCI NEONATAL	44	18	37	128	191%	611%	246%
UCI ADULTOS	564	442	599	1191	111%	169%	99%
CIRUGÍA VASCULAR	0	42	86	34	-	-19%	-60%
CIRUGÍA PLÁSTICA	9	19	17	21	133%	11%	24%
CIRUGÍA GENERAL	422	425	597	362	-14%	-15%	-39%
NEUROCIRUGÍA	17	21	12	393	2212%	1771%	3175%
UROLOGÍA	15	7	34	61	307%	771%	79%
ORTOPEDIA	84	91	142	76	-10%	-16%	-46%
GASTROENTEROLOGÍA	9	0	0	0	-100%	-	-
MEDICINA INTERNA	810	355	933	1670	106%	370%	79%
UNIDAD RENAL	0	2	6	10	-	400%	67%

TOTAL	2285	1582	2816	4431	94%	180%	57%
No UNIDADES CRUZADAS	1406	1306	1569	2135	52%	63%	36%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	437	371	446	425	-3%	15%	-5%
UNIDADES VENDIDAS	608	332	1356	1812	198%	446%	34%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	437	371	446	425	-3%	15%	-5%
TRANSFUSIONES FACTURADAS BOGOTA	2285	1582	2816	4431	94%	180%	57%
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	3453	2664	5250	8320	141%	212%	58%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	642	491	1126	1617	152%	229%	44%
UNIDADES DE PLAQUETAS	440	379	782	1272	189%	236%	63%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	38	91	0	254	568%	179%	-
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	46	121	449	544	1083%	350%	21%
OTRAS UNIDADES	2	0	77	202	10000%	-	162%
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	2285	1582	2816	4431	94%	180%	57%
UNIDADES DESECHADAS BOGOTA POR	897	851	1942	2659	196%	212%	37%
VENCIMIENTO	0	19	466	369	-	1842%	-21%
REACTIVIDAD	206	136	145	227	10%	67%	57%
ALMACENAMIENTO INADECUADO	118	127	111	140	19%	10%	26%
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE	223	18	211	538	141%	2889%	155%
OTROS	350	551	1009	1385	296%	151%	37%
HORAS Bacterióloga PROGRAMADAS	4386	4902	7518	7692	75%	57%	2%
PRODUCTOS POR UNIDAD PROCESADA	2.6	2.5	2.6	2.7	3%	4%	4%
% DE CONSUMO INTERNO GLOBULOS	51%	49%	58%	66%	29%	34%	13%
% DE DESPACHO EXTERNO GLOBULOS	32%	29%	52%	69%	116%	140%	34%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	44	36	50	72	62%	99%	43%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	0.7	0.6	0.8	0.7	-1%	13%	-11%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	5.2	4.3	6.3	10.4	99%	145%	65%

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

En el proceso del Banco de Sangre durante este I trimestre del 2019, en cuanto a las unidades producidas en comparación con los trimestres anteriores de los años anteriores se observa un aumento del 10%, esto se debe al trabajo realizado en las vigencias anteriores por fidelizar nuevas empresas y municipio y lograr un aumento del 6% en las unidades recolectadas (tabla1), en cuanto a las jornadas de donación, comparadas con el trimestre del año se mantuvo en un promedio del 7%, 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.

Para lograr lo anterior mencionado, se ha trabajado en la promoción de la donación, impactando en la fidelización de más de 25 municipios en este trimestre y cinco (5) empresas fidelizadas en años anteriores; dentro de las actividades realizadas para mantener la búsqueda activa de donantes de sangre efectivos mediante campañas y fidelización se logró por: contactar emisoras, canal comunitario, parroquia, afiches, envió de correos electrónicos, llamadas telefónicas y generar convenio de participación con charlas magistrales y capacitaciones en puestos de trabajo sobre habito de vida saludables que impactaran en un donante sano y efectivo y de igual forma 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 apoyo del área de comunicaciones por su contribución y su acción de corazón con nosotros (imagen

1); generando una nueva campaña publicitaria, que nos ha dado una excelente acogida y se espera contar con mayor articulación en la

Promoción de la donación por nuestras redes sociales como (Facebook y twitter) ya que nos ayudaría a motivar e invitar a los donantes a los diferentes lugares y generar mayor impacto en la población juvenil.

Imagen 1: Campaña publicitaria en este I trimestre



Fuente: 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. A pesar de estos inconvenientes el cumplimiento de las jornadas de donación se encuentra en un 94% con una meta de captación del 92% estando por encima de la meta actual que es del 90%. Este año se incorporó indicador para la captación en sede, teniendo un cumplimiento del 65%, finalizando el trimestre con un cumplimiento total del 90% sobre el total de donantes captados (tabla2).

Tabla 2: Cumplimiento de Campañas

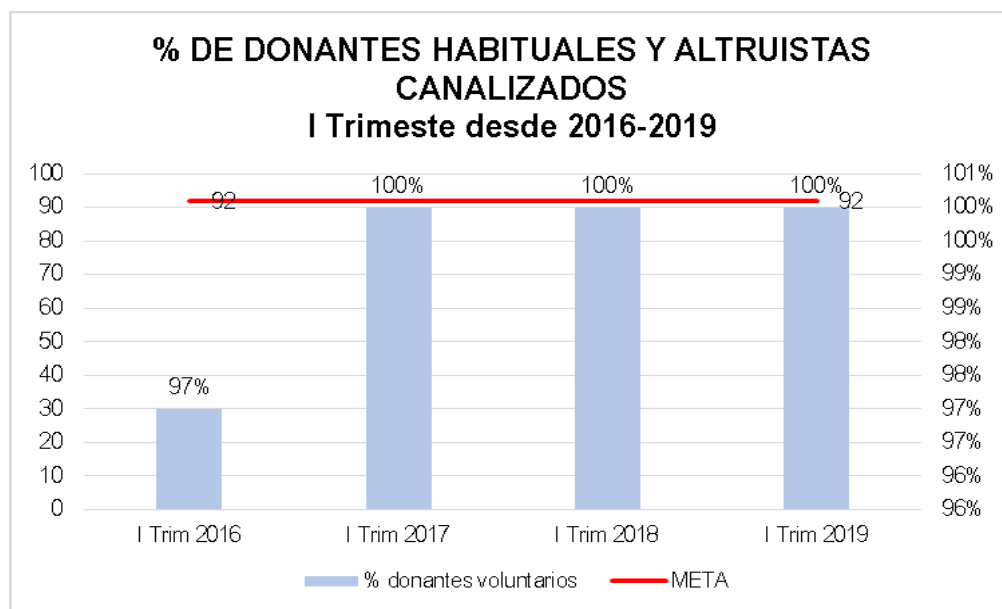
TRIMESTRE	META DE CUMPLIMIENTO CAMPAÑAS	META DE CAPTACIÓN CAMPAÑAS	META CAPTACION SEDE	CUMPLIMIENTO TOTAL	META
I TRIM 2019	94%	92%	65%	90%	90%

Fuente: Porcentaje de cumplimiento de campañas de donación de sangre colecta extramural y sede I trimestre 2019.

No obstante, se sigue trabajando en estrategias con municipios de (Cajicá, Tocancipá, Ubaté, Chía, Sopo, Pácora, UNE, El Rosal, Subachoque, Madrid, Funza 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 y la no autorización e ingreso a los municipios a pesar de que este lo permite.

Es importante recalcar que gracias a todos estos esfuerzos por mantener la sensibilización y la promoción de nuestros donantes fidelizados (ver gráfica 1), impacta positivamente nuestro indicador de porcentaje de donantes voluntarios y altruista canalizados, demostrando que hemos logrado mantener la voluntariedad en un 100% durante el I trimestre de 2019 y su comparación con los trimestres de los años anteriores, 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

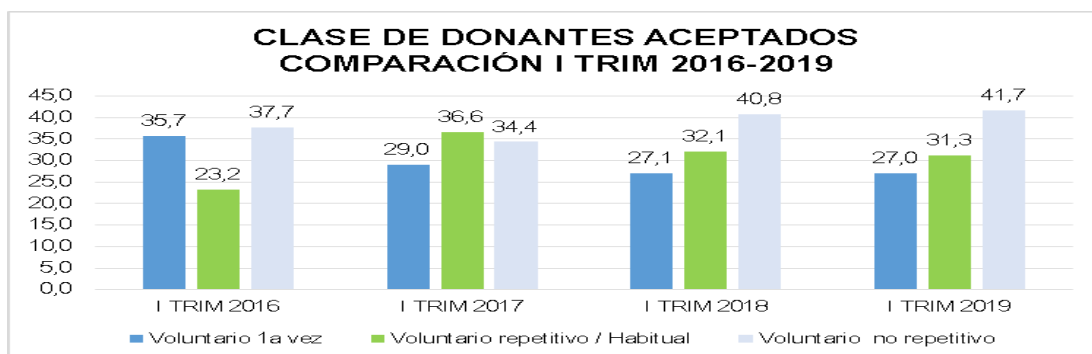


Fuente: % Donantes voluntarios y altruista canalizados. Comparación I Trim 2016 - I Trim 2019

El banco de sangre se categorizan tres tipos de donantes: 1) donantes de Primera vez que se encuentran en un 27%, manteniéndose en comparación con el trimestre del año anterior, ya que en este periodo de tiempo no se incorporan nuevas empresas, ya que siempre están sacando cronogramas anuales y es imposible contar con empresas

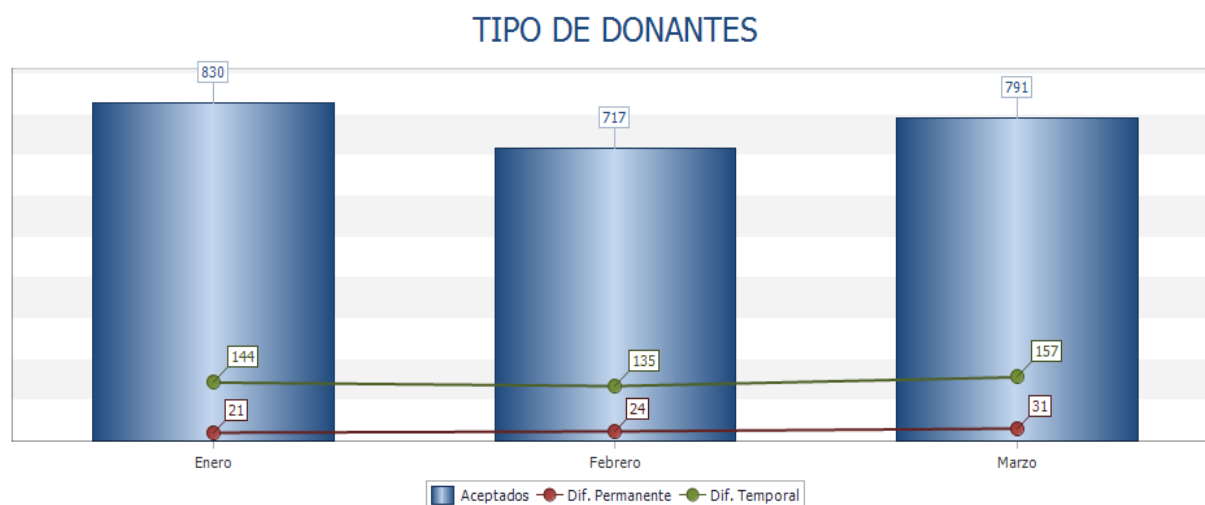
fidelizadas que nos ayuden a disminuir el donante de primera vez. 2) Donante No repetitivo, se encuentra en un 41.7% se ha aumentado comparado con el trimestre del año anterior ya que se sigue trabajando en las estrategias de llamadas, email para que se vuelvan a fidelizar con nosotros y en espera de impactarlos y disminuir este indicador y por el último 3) Donantes habituales en un 31.3%, se observa una leve disminución comparada con el trimestre del año anterior, ya que por el ingreso de donantes de primera vez y los no repetitivos impactan este; en espera que durante la vigencia 2019 se logre aumentar la voluntariedad y mejorar o mantener el indicador de habitualidad.

Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados



Fuente: Clase de donantes aceptados. Comparación I Trim 2016 -I Trim 2019

Gráfica 3. Tipo de Donante



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

En cuanto a nuestra estadística nacional en el sistema de hemovigilancia SIHEVI, podemos observar el total de donantes aceptados mes a mes y el comportamiento del donante diferido, observando el gran trabajo que desempeña nuestro médico del banco de sangre en sus procesos de selección, que al final se ve reflejado en unidades con excelente calidad por contar con una baja reactividad y una incineración baja (gráfica3).

Tabla 3: Causas de Incineración

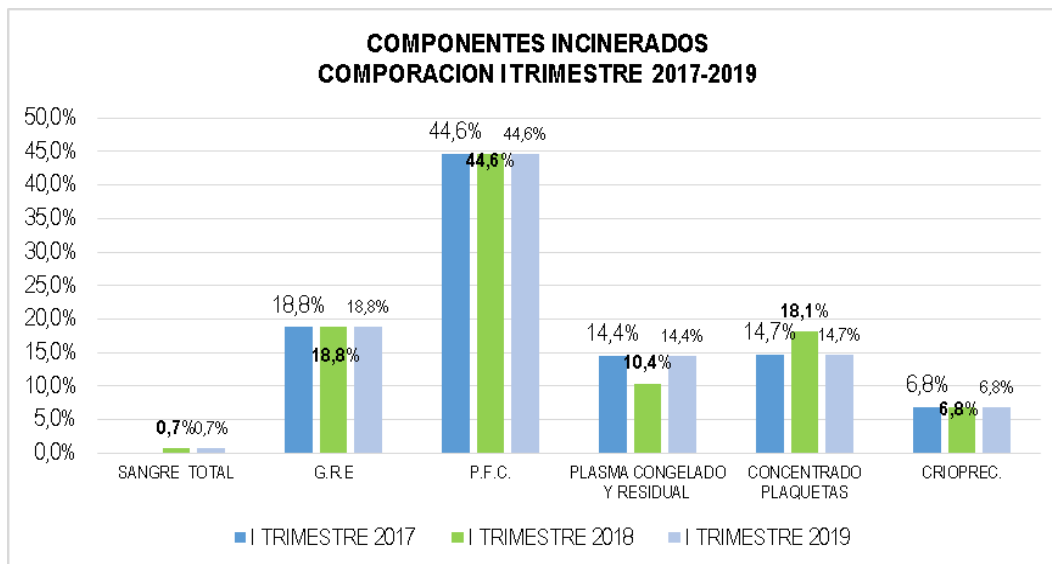
	Pruebas Reactivas	Vencidas	Control de calidad	Aspecto Físico	Almacenamiento y conservación inadecuada	Volumen Inadecuado	Sistema abierto	Separación Inadecuada	Sin capacidad de Almacenamiento	Otras causas	Total
I TRIMESTRE 2017	8.2%	1.2%	32.1%	28.9%	6.5%	8.2%	3.9%	7.7%	1.1%	2.2%	10%
I TRIMESTRE 2018	5.8%	18.5%	40.8%	2.3%	4.4%	6.4%	3.9%	4.8%	8.4%	4.6%	10%
I TRIMESTRE 2019	8.8%	9.2%	44.7%	0.6%	5.3%	5.6%	5.0%	3.5%	12.1%	5.3%	10%

Fuente: Causas de Incineración comparación I trimestre 2017 -2019.

En cuanto a las causas de incineración en este I trimestre del 2019 en el banco de sangre, se evidencia que la causa de mayor descarte es por control de calidad en un 44.7%, manteniéndose a lo largo del tiempo, esto se debe a que los componentes que no cumplan requerimientos de calidad como son, microbiológico, de concentración y demás recaen sobre este ítem; de igual forma la segunda causa de mayor descarte es el de sin capacidad de almacenamiento en un 12.1% debido a fallas en los equipos (ultracongeladores) que con llevan al descarte del componente plasmático, así mismo es importante mencionar que se encuentra en un 9.2% de unidades en el banco de sangre, esto se debe a baja rotación de ciertos grupos sanguíneos que con llevan a la incineración de los mismo. Y por último la reactividad que se define como el número de unidades de sangre total con un resultado reactivo para uno o varios marcadores analizados, encontrándose en un 8.8% (tabla3). Es importante mencionar que se finalizó este I trimestre de 2019 con un porcentaje de descarte del 10%; como se mencionó anteriormente.

En cuanto a la incineración es importante mencionar los componentes que se descartan (Grafica 4), se evidencia que el mayor componente descartado en este I trimestre del 2019 al igual que con el trimestre del año anterior es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 44.6%, seguido de glóbulos rojos en un 18.8% debido a control de calidad de las unidades por volumen bajo, sistema abierto, volumen alto etc.

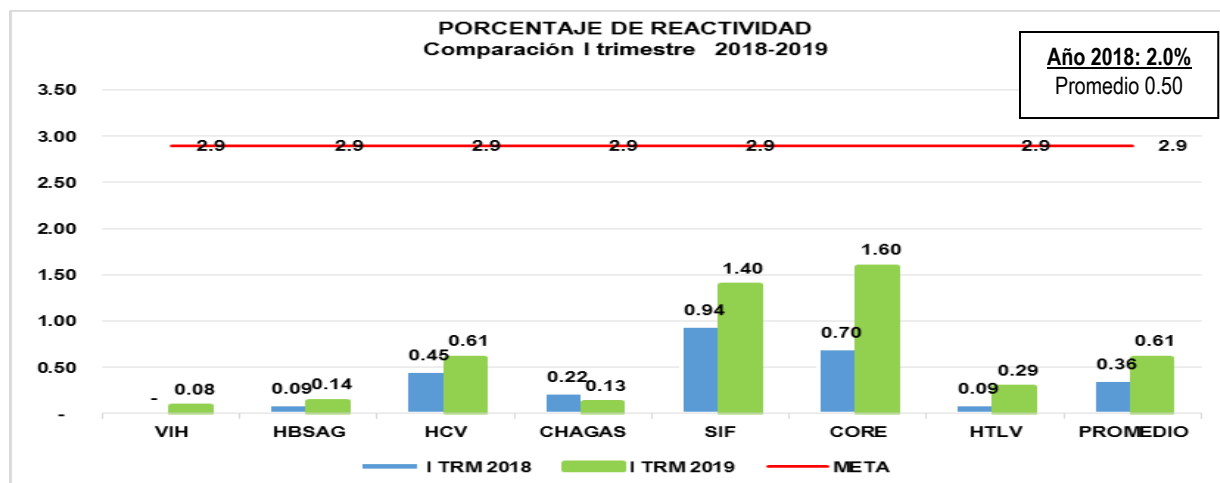
Gráfica 4. Componentes Incinerados



Fuente: Componentes Incinerados. Comparación I Trim 2017 – I trim 2019

Como se había mencionado anteriormente una de las causas de incineración es la reactividad; definida como el número de hemocomponentes con resultado reactivo para algún marcador de los siete analizados; teniendo en cuenta esto, es importante señalar que se presentó un aumento de la reactividad de 0.61 con respecto al trimestre del año anterior que equivalía a 0.36, donde la mayor reactividad la tuvo el marcador es CORE en 1.60%, seguido de SIFILIS en un 1.40; cabe recalcar que nuestro promedio de reactividad para el 2018 se encuentra en 2.0% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 5).

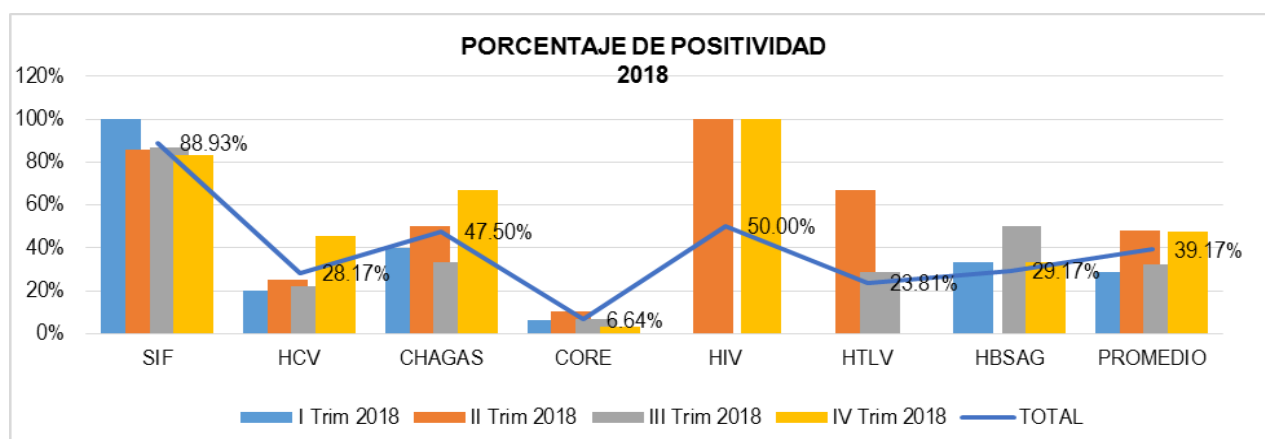
Gráfica 5 Porcentaje de Reactividad



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

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, los bancos de sangre están obligados a realizar exámenes complementarios para definir el estado del donante; según la normatividad vigente contamos con un periodo de tres meses para lograr la ubicación efectiva del donante y poder asesorarlo en el marcador que fue reactivo. Teniendo en cuenta esto, en este informe se está presentando el consolidado de la vigencia 2018, en donde se evidencia un porcentaje de positividad de 39.17% para la vigencia 2018; donde el marcador que mayor impacta es el de sífilis con 88.93% de positividad, seguido de HIV en un 50%, esto quiere decir, que los donantes que en verdad salieron reactivos en pruebas tamiz al confirmarles su resultado son realmente POSITIVOS para este marcador. (gráfica6)

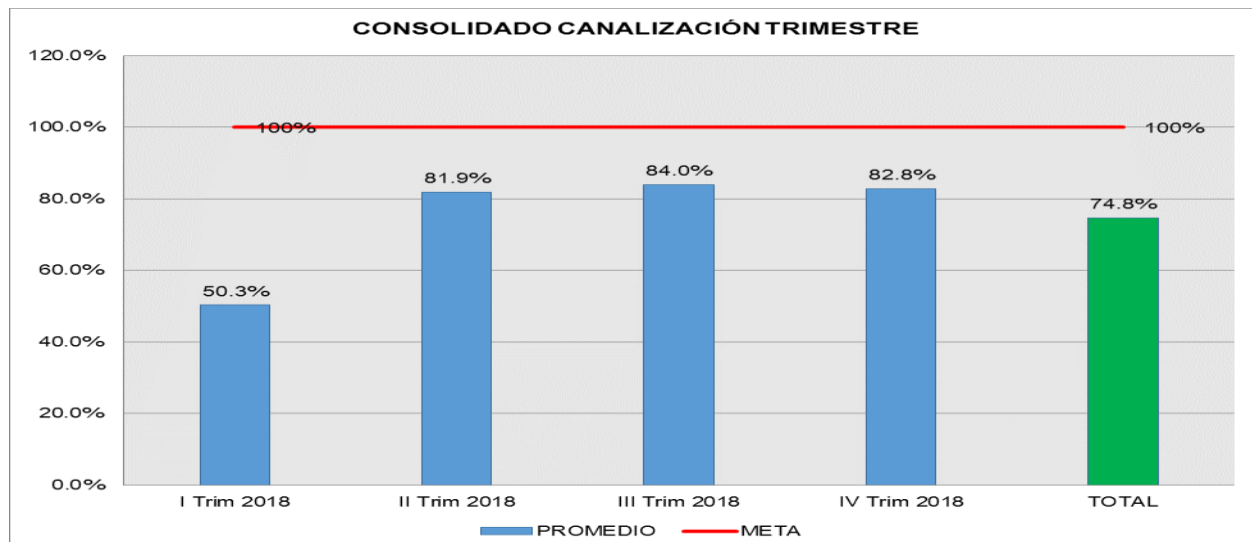
Gráfica 6. Porcentaje de Positividad 2018



Fuente: Porcentaje de Positividad vigencia 2018.

En cuanto a la canalización de nuestros donantes realmente reactivos, se generaron estrategias de ubicación efectiva como al interrogar escribir teléfonos adicionales, establecer horas de llamada para poderlo contactar y ubicación por correo electrónico; se termina esta vigencia en una canalización efectiva del 75%, se sigue trabajando en lograr aumentar el indicador en un 100%, en este indicador es importante mencionar, que aunque se instauraron estrategias sigue siendo difícil la ubicación del 100% ya que es zona rural y muchos de nuestros donantes no cuentan con direcciones que dificultan por este medio ubicar al donante. Es de resaltar que el reporte a las EPS es un mecanismo efectivo para la canalización del donante y es obligatorio para todos los bancos de sangre, realizar este siendo una medida efectiva para que este usuario no se quede sin tratamiento (Gráfica 7).

Gráfica 7. Porcentaje de Canalización Efectiva 2018



Fuente: Canalización efectiva vigencia 2018.

Es de recalcar el esfuerzo que se ha hecho a nivel nacional por parte de todos los bancos de sangre y el INS, para tomar medidas para realizar seguimiento, monitoreo de todos los donantes, unidades recolectadas, incineración y demás para fortalecer el Sistema de Información de la Red Nacional de Bancos de sangre y Servicios de Transfusión así como servir de base del Programa de Hemovigilancia a nivel nacional. Se crea, un aplicativo usado por los bancos de sangre existentes en el país (con Código Nacional otorgado por el INS y en funcionamiento de acuerdo a concepto de “Cumple” emitido por el INVIMA), servicios de transfusión registrados en la base de habilitación del Ministerio de Salud, así como las autoridades del orden Departamental, Distrito Capital y Nacional. La cual se debe cumplir con todos los requerimientos solicitados mes a mes, para que la trazabilidad nacional funcione.

De igual forma, se llevan reportes a los entes de vigilancia y control por el proceso del banco de Sangre y servicio transfusional ante las SDS, LSPC y SIHEVI, cumpliendo a cabalidad con estos informes, teniendo a la fecha un 100% de cumplimiento.

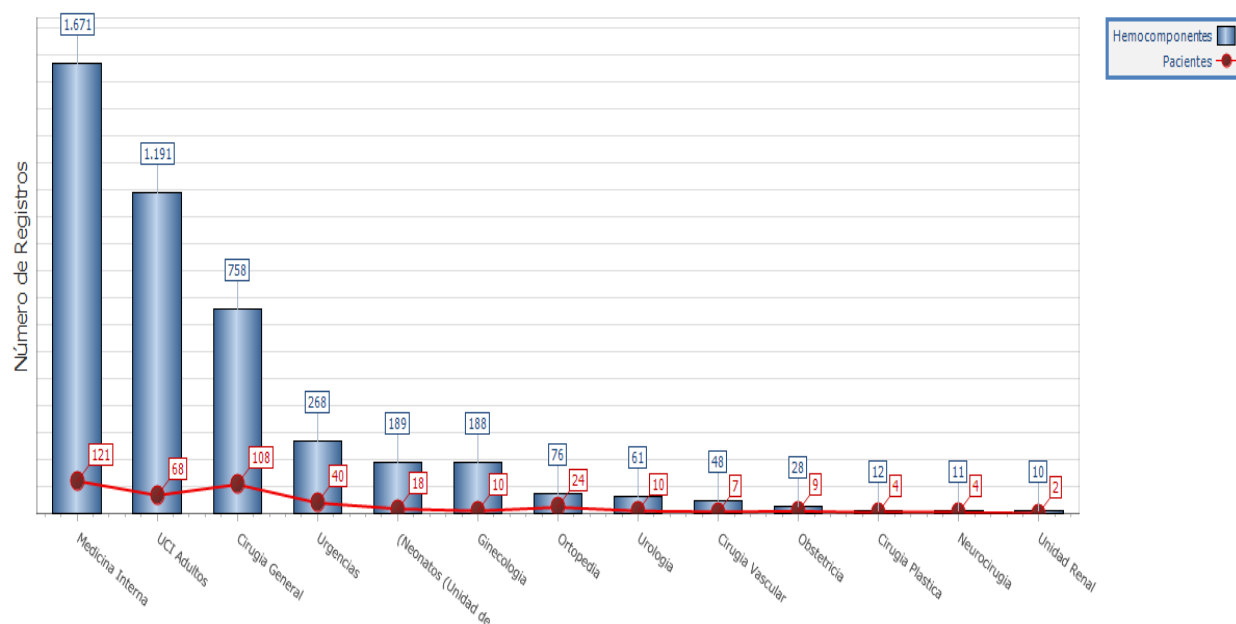
Por otro lado, en cuanto a contratación sigue siendo un poco difícil lograr los convenios institucionales, por toda la tramitología administrativa que presenta el HUS. Durante este I trimestre del 2019 se cuentan con SEIS (6) convenios con Hospital San Rafael de Facatativá y el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital san Martin de Porres de Choconta, ESE Hospital el Salvador de Ubaté y ESE Hospital San Rafael de Pacho. 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 I trimestre del 2019 el porcentaje de despacho externo disminuyo en comparación con el mismo trimestre del año anterior que equivale a un 34%(tabla 1), debido a que en esa vigencia se contaba con convenio con Gacheta, Caqueza y Nemocón; sin embargo es importante mencionar que se aumentó el portafolio del banco de sangre, ofertando pruebas especiales y componentes filtrados y al igual que el componente plaquetario.

En cuanto al Servicio Transfusional en comparación con el I trim del 2018 se observa un aumento del 58% en las unidades transfundidas (tabla 1), evidenciando un aumento significativo del 100% en transfusión de crioprecipitados seguido de unidades de Glóbulos rojos filtradas en más del 100%, Justificado por un aumento de transfusión en los servicios de: Medicina interna, UCI adultos, neurocirugía, neonatos y ginecología durante este trimestre; debido a la demanda de pacientes con diagnósticos inmunohematológicas, que con llevan a realizar rastreos de anticuerpos para búsqueda de anticuerpos y compatibilizar más unidades. Así mismo es importante mencionar que durante toda este I trimestre del 2019, según los datos enviados al INS –SIHEVI los servicios donde más se transfunden hemocomponentes son, Medicina Interna 1671 componentes con 161 pacientes, seguido de UCI adultos con 1191 con 68 pacientes, concordando acabadidad con la información del HUS. (Grafica8).

Gráfica 8.Servicio Hospitalario y Pacientes Transfundidos

Servicio Hospitalario y Pacientes transfundidos

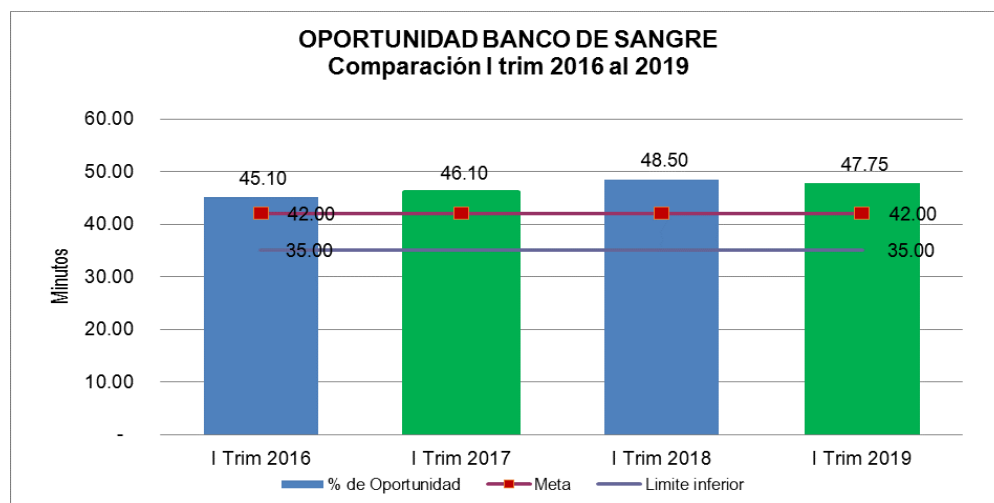


Fuente: Sistema de hemovigilancia del instituto nacional de salud (SIHEVI-INS). Servicio Hospitalario y Pacientes Transfundido. Consolidado trimestral - enero a marzo 2019.

En cuanto a la oportunidad de despacho de hemocomponentes en este I Trim 2019 es de 47.7 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, observando que se encuentra por encima de la meta actual de 42 minutos (gráfica 9), es importante aclarar que durante el I trimestre del 2019, se atendieron un total de 425 paciente en un total de 4425 hemocomponentes transfundidos, observando un aumento significativo de las unidades

transfundidas con respecto al trimestre del año anterior que equivalía a 2819 transfusiones en los diferentes servicios ya mencionados lo que conlleva a un aumento adicional de la oportunidad áreas hospitalarias por requerimiento de pruebas adicionales como adsorción, fenotipos, entre otros, para búsquedas de unidades compatibles por contar con anticuerpos significativamente relevantes todo enmarcado según su patología.

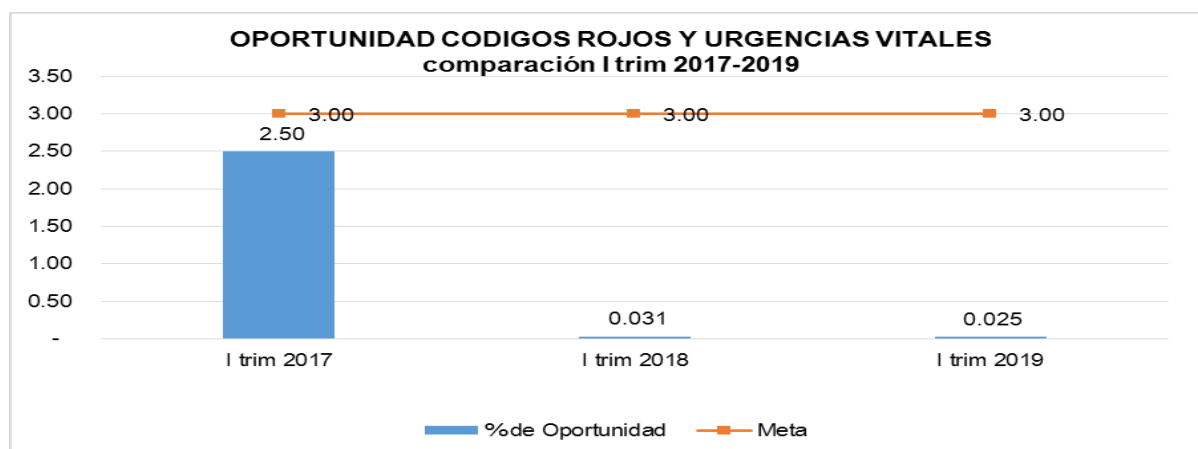
Gráfica 9. Oportunidad de despacho de hemocomponentes



Fuente: Oportunidad del STS. Comparación I Trim 2016 - 2019

En cuanto a la oportunidad de las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el I trimestre del 2019 se cuenta con una oportunidad de 2 segundos en atención ante la emergencia; esto quiere decir que nuestra respuesta es oportuna ante la emergencia, que es activada por vía telefónica, dando datos personales del paciente y datos del médico solicitante, de esta manera logramos contribuir y cumplir con la meta general del hospital, ya que cuando llegan por las unidades ya están listas para su despacho y de esta manera contribuimos con la meta de sala de partos que se encuentra en menos de los 3 minutos. (Grafica 10).

Gráfica 10. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos

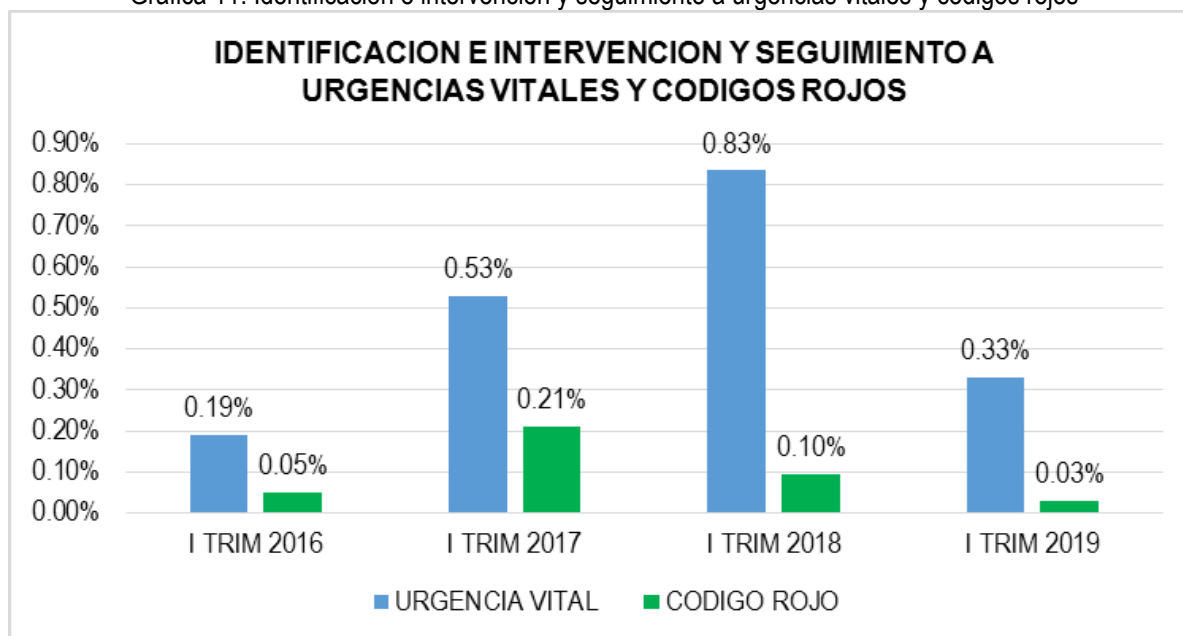


Fuente: Oportunidad del STS códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación I Trim 2016 - I Trim 2019

Así mismos, se observa una disminución en urgencias vitales en 0.33 % en comparación con el I trim del 2018 que equivalía a un 0.83% y al igual un descenso en códigos Rojos 0.03%, de la cual se reciben en promedio 15 órdenes

de pacientes con esta característica en un promedio de 573 órdenes recibidas en el trimestre. (Gráfica 11). 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 11. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos

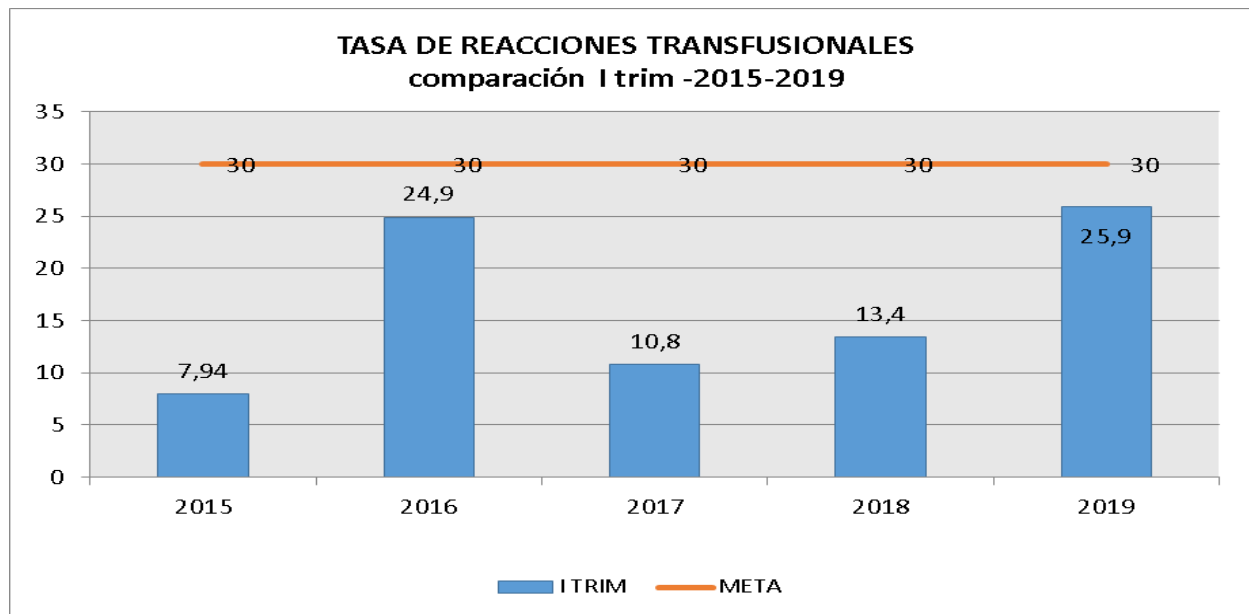


Fuente: STS en códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación I Trim 2016 - 2018

Para este informe del I trimestre del 2019 del proceso de banco de sangre se observa un promedio de unidades transfundidas por paciente de 10.4 con un aumento del 65% 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 unas unidades compatibles. 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 y en las jornadas de capacitación e inducción que ha participado el banco de sangre, junto con las charlas magistrales para lograr una disminución en este dato.

En este I trimestre del 2019 en cuanto a Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 25.9 y 2.5% por debajo de la meta establecida de 30 y 0.30% del indicador respectivamente (Gráfica 12), comparado con el trimestre del año anterior evidenciando un 13.4 y un 1.3 %, donde se ve un aumento debido al reporte por parte clínica, ya que se ha logrado fortalecer el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre y tener mayor adherencia a todos los procesos logrado por contar un profesional exclusivo para realizar estas actividades y así de esta manera lograr capacitaciones continuas en nuestros de trabajo y en reuniones de grupos primarios con médicos y el área de enfermería para que nos siga impactando el proceso. Sin embargo, se espera continuar capacitaciones y reinducciones para lograr mayor adherencia en la cadena transfusional y el enfoque de las Guía de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos (Adopción) donde se presenta de manera obligatoria para crear un mayor impacto.

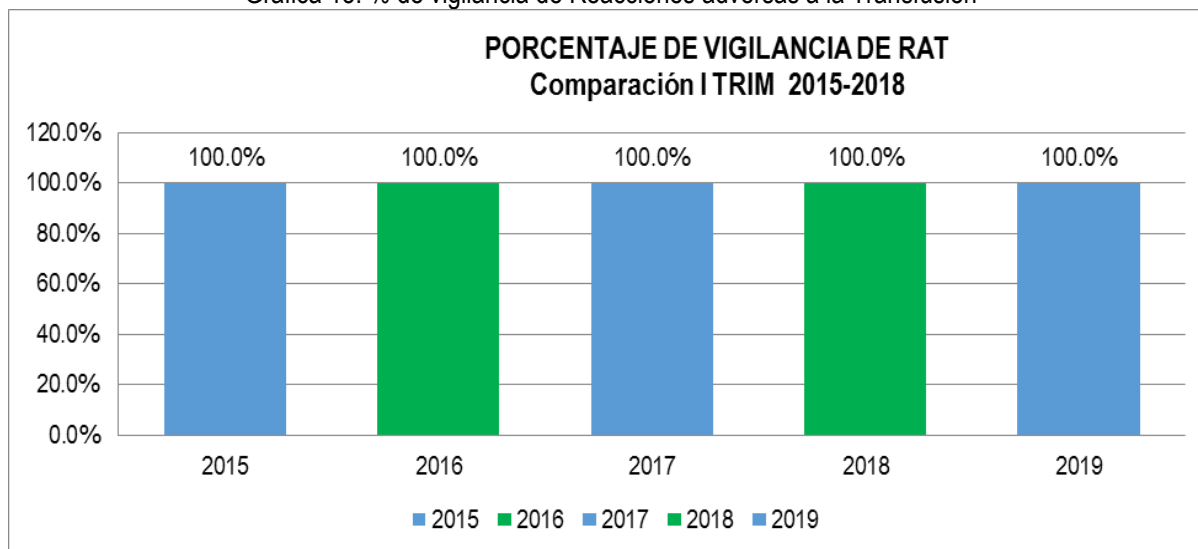
Gráfica 12. Tasa de Complicaciones Transfusionales



Fuente: Tasa de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT). Comparación I Trim 2015-2019

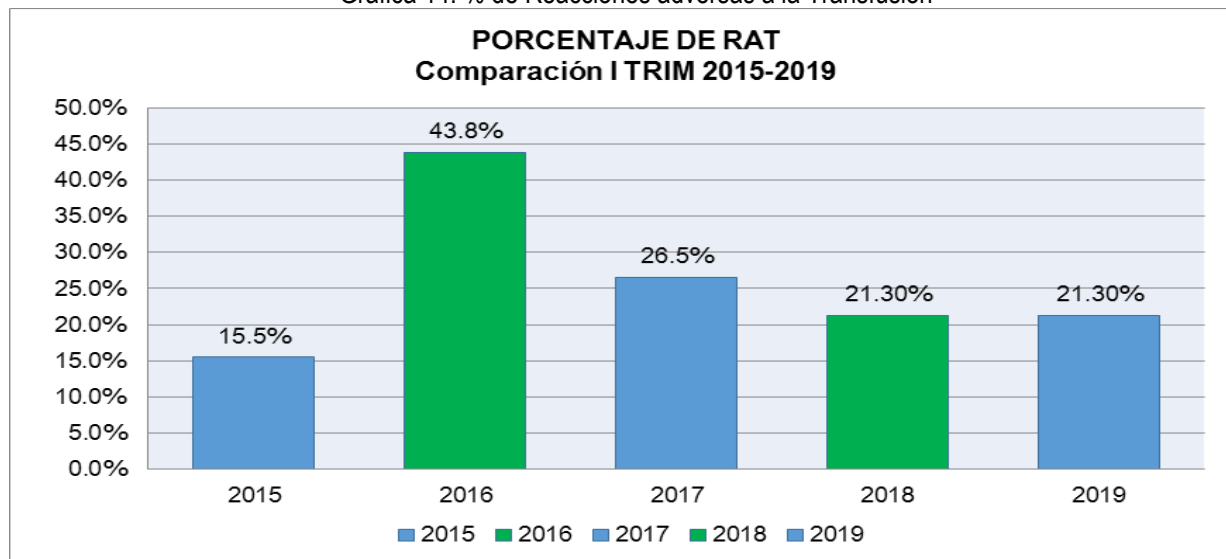
Se analizaron por el comité de transfusiones en este I trimestre del 2019 ONCE (11) RAT analizadas todas por comité de transfusiones cumpliendo el 100% (grafica 13), de la cual se evidencia que se presenta un porcentaje de RAT de 21.3% (Gráfica14) de las RAT.

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



Fuente: Porcentaje de Vigilancia por comité de transfusiones. Comparación I Trim 2015 - 2019

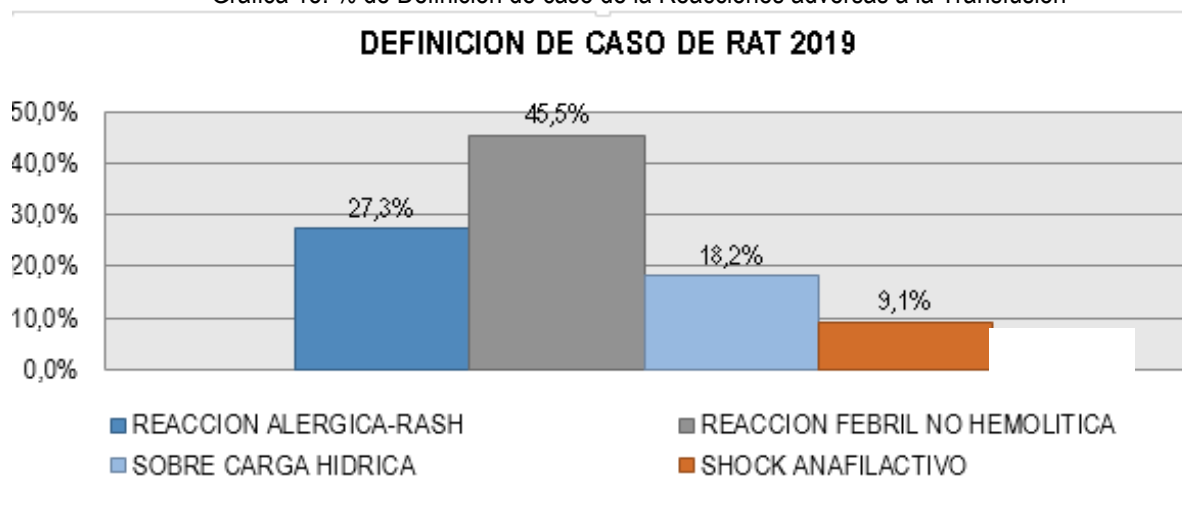
Grafica 14. % de Reacciones adversas a la Transfusión



Fuente: Porcentaje de Reacciones Adversa. Comparación I Trim 2015 - 2019

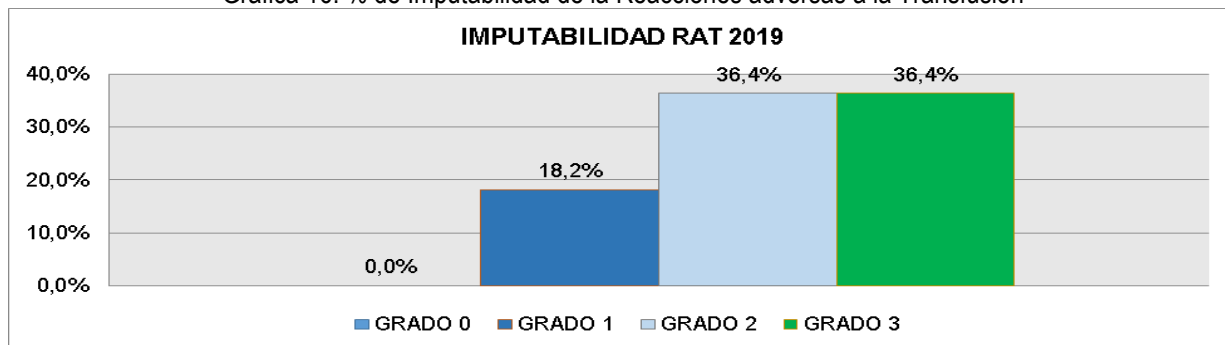
Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS en este I trimestre del 2019 es reacción febril no hemolítica en un 45.5% seguidas de Reacciones alérgicas en un 27.3% (gráfica 15) de nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia al Grado tres(3) y dos (2) en un 36.4 % (gráfica 16); así mismo, en severidad el grado leve en un 81.8% seguida de una severa en un 18.2%(gráfica 17), en cuanto al componente más involucrado ha sido los glóbulos rojos en un 50% (gráfica 18) y el servicio donde se genera mayor Reporte y seguimiento de las RAT es Medicina Interna en un 66.7% .

Grafica 15. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión



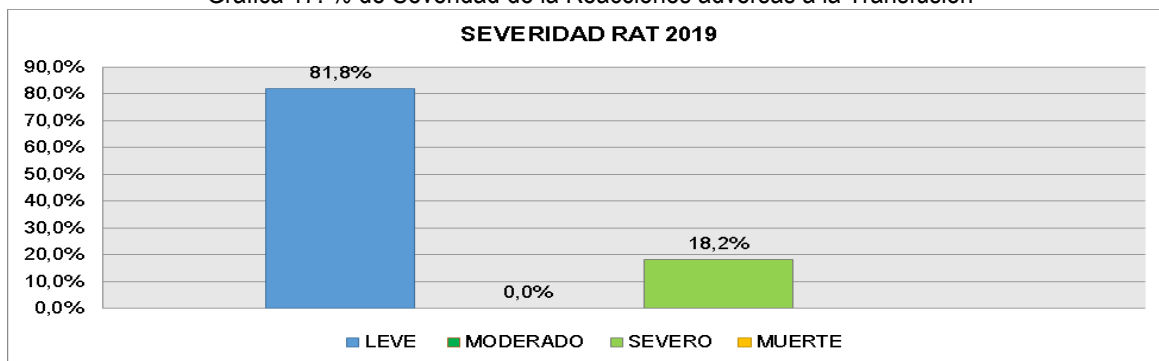
Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. Consolidado I trimestre 2019.

Grafica 16. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión



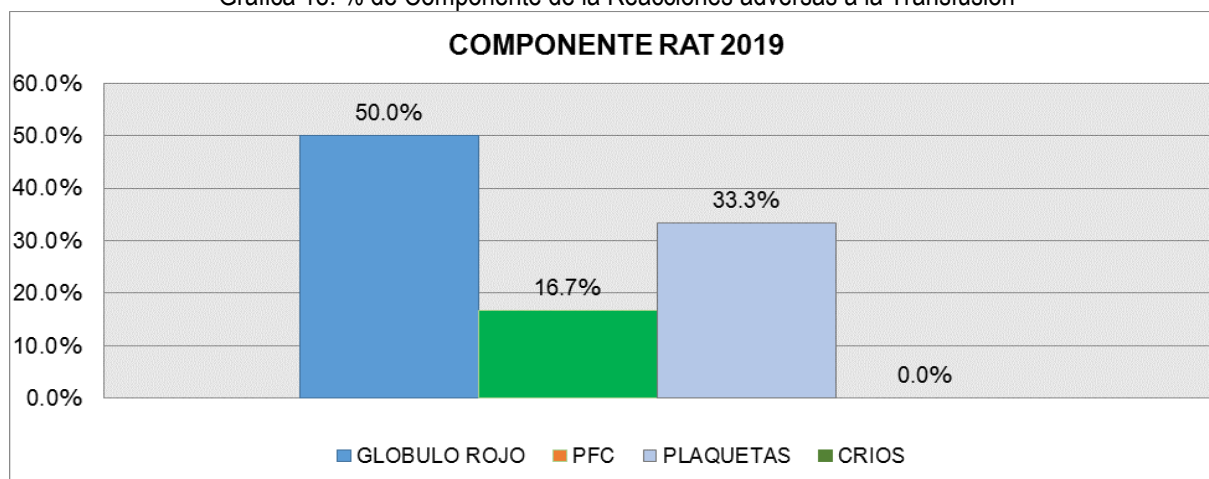
Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. Consolidado I trimestre 2019.

Grafica 17. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión



Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. Consolidado I trimestre 2019.

Grafica 18. % de Componente de la Reacciones adversas a la Transfusión



Fuente: Componente de Reacciones Adversa. Consolidado I trimestre 2019.

PQRS

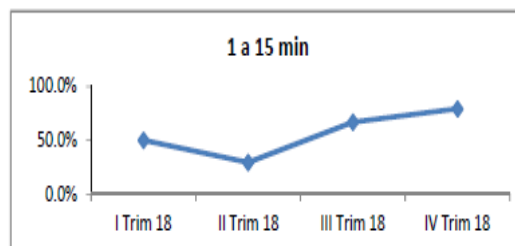
Durante el I trim del 2019 no se presentaron PQRS para el proceso del banco de sangre. Sin embargo por la oficina de atención al ciudadano se generaron cuatro (4) solicitud de aclaración de resultados, las cuales fueron resueltas.

Es importante mencionar así mismo que se logró 1 felicitación por parte de un familiar hacia al banco de sangre, por el apoyo de nosotros en dar respuesta oportuna por los hemocomponentes.

As mismo es importante recalcar la encuesta de satisfacción que realiza atención al usuario cada trimestre, se analizan los datos del IV trim del 2018, ya que no habían sido publicados anteriormente. Esta encuesta se le realiza a 24 donantes atendidos en sede, lo cual arroja los siguientes resultados

1. ¿Cuánto tiempo espero para ser atendido, luego de notificar su presencia en el Banco de Sangre?

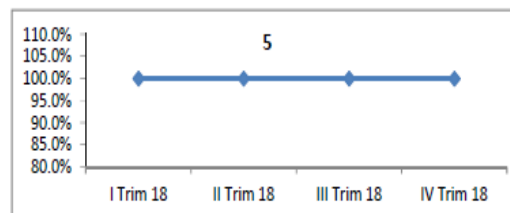
	1 a 15 min	16 a 30 min	35 a 45 min	>a 45 min	> a 60 min
I Trim 18	50.0%	41.7%	8.3%	0.0%	0.0%
II Trim 18	29.2%	70.8%	0.0%	0.0%	0.0%
III Trim 18	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	79.2%	16.7%	4.2%	0.0%	0.0%



Para el trimestre evaluado el menor porcentaje de Encuestados indicó que fueron atendidos en un tiempo de 1 a 15 minutos, en relación con el trimestre anterior **Aumento**.

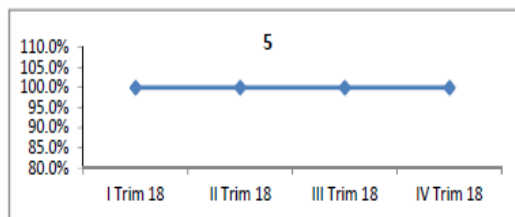
2.1. Profesional que le hizo la entrevista y la encuesta en Banco de Sangre

	5	3	1	N.A
I Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%



2.2. El profesional que le extrajo la sangre

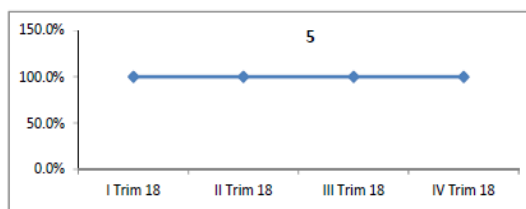
	5	3	1	N.A
I Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%



3 El Usuario califica la claridad y oportunidad en la información recibida de la Enfermera Jefe del Banco de Sangre (de lunes a viernes) y/o Bacterióloga (los fines de semana) acerca de:

3.1. Los requisitos para ser donante (documentos a presentar)

	5	3	1	NA
I Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%



3.2. Respecto de la Encuesta aplicada previo a la Donación

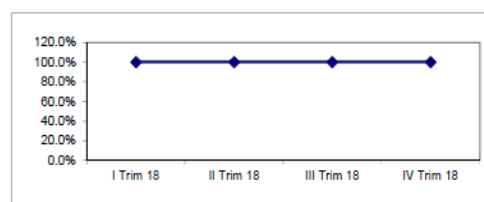
	5	3	1	NA
I Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%

3.3. El procedimiento de Extracción de Sangre

	5: Nivel + alto	3	1	NA
I Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%

3.4. Recomendaciones y cuidado a seguir post Donación

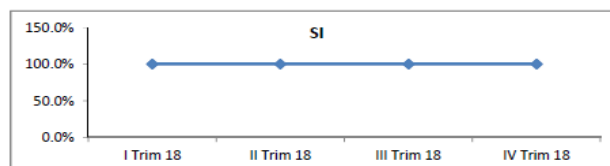
	5	3	1	NA
I Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%



En el trimestre evaluado el 100% de los Encuestados calificó con 5: Nivel más alto de Satisfacción (o Bueno), para los cuatro ítems, en relación con el trimestre anterior **Se Mantuvo en el 100%**

9 ¿Le dieron a conocer y explicaron la Declaración y Consentimiento del Donante, antes de que se le realizara la extracción de la sangre?

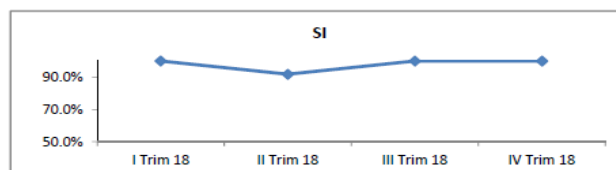
	SI	NO	NA
I Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%



El 100% de los usuarios encuestados se les dio a conocer y explicaron la **Declaración y Consentimiento del Donante (SI)**, en relación con el trimestre anterior **Se Mantuvo en el 100%**.

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

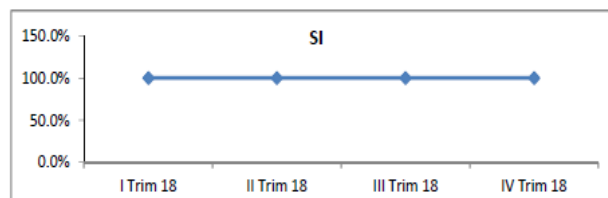
	SI	NO	NA
I Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%
II Trim 18	91.7%	8.3%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%	0.0%



En el trimestre evaluado El 100% de los Encuestados estuvo acompañado(a) de forma permanente por el **Profesional**, en relación con el trimestre anterior **Se Mantuvo en el 100%**.

12 ¿El Personal que lo atendió se presentó por su nombre?

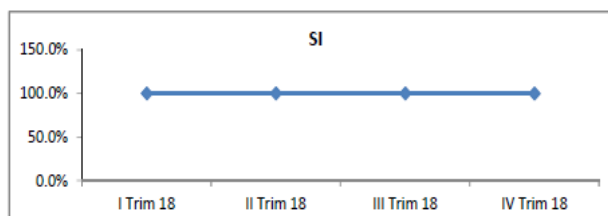
	SI	NO
I Trim 18	100.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%



El 100% de los Encuestados indicó que el personal que lo atendió se presentó por su nombre, en relación con el trimestre anterior **Se Mantuvo en el 100%.**

13 ¿El Profesional de la salud que lo atendió lo llamó por su nombre?

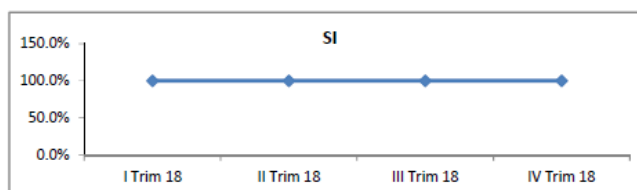
	SI	NO
I Trim 18	100.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%



El 100% de los Encuestados indicó que el personal que lo atendió lo llamó por su nombre, en relación con el trimestre anterior **Se Mantuvo en el 100%.**

14 Si después de la donación de sangre tuviera alguna inquietud o complicación en su condición de salud ¿sabe a quién llamar o a dónde acudir?

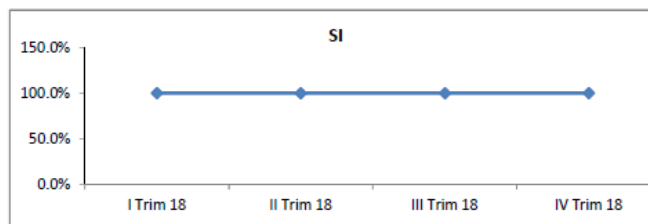
	SI	NO
I Trim 18	100.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%



El 100% de los usuarios encuestados indicó que sabe a quien llamar o a dónde acudir,, en relación con el trimestre anterior **Se Mantuvo en el 100%.**

15 ¿Volvería a donar sangre en el Hospital?

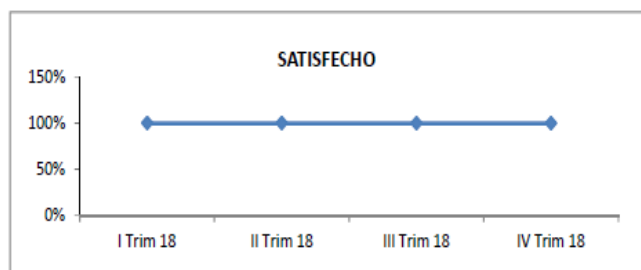
	SI	NO
I Trim 18	100.0%	0.0%
II Trim 18	100.0%	0.0%
III Trim 18	100.0%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%



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

21 ¿En general, el servicio brindado en el Banco de Sangre hace que usted se sienta satisfecho?

	SATISFECHO	NO SATISFECHO
I Trim 18	100%	0.0%
II Trim 18	100%	0.0%
III Trim 18	100%	0.0%
IV Trim 18	100.0%	0.0%



En comparación con el anterior trimestre evaluado se evidencia que la **Satisfacción en el servicio** del usuario encuestado **Se Mantuvo con el 100%.**

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

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

Planes Únicos de Mejora PUMP

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 1 hallazgos, este corresponde a: acciones específicas que venía atrasada de la vigencia anterior en cuanto auditoria interna de habilitación: Falta de certificado de formación en atención integral en salud de las víctimas de violencia sexuales y en las hojas de vida de: Margaret Sanjuanelo – Bacterióloga, Auxiliar Nini Johana Guaqueta Romero, Vivian Katherine Hernández Ortiz Auxiliar, la cual se completó el cierre del ciclo durante el I trimestre del 2019.

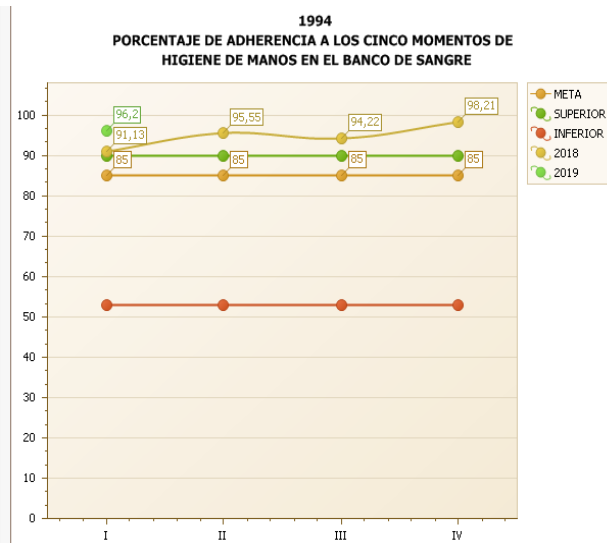
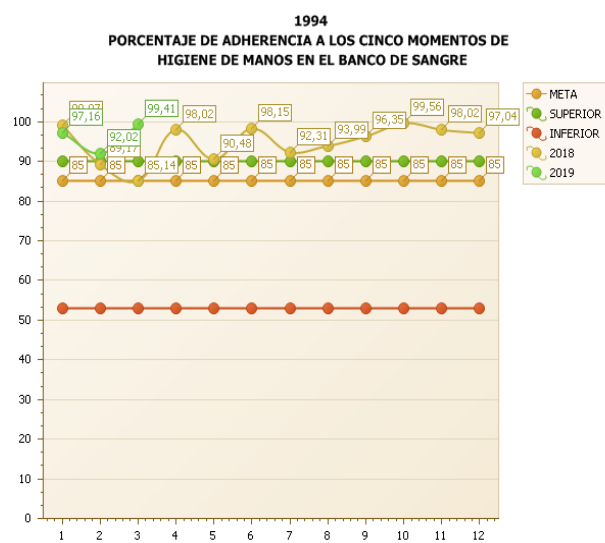
Gestión del Riesgo

En cuanto al seguimiento de la gestión de riesgo para el I trimestre del 2019 para el banco de sangre se encuentra en la pirámide documental, en espera de fortalecer los riesgos priorizados y seguir gestionando para que el riesgo no se materialice, impulsando y fortaleciendo los controles establecidos como son el reentrenamiento al personal y fortalecer las barrera de seguridad del sistema informático.

Sistema Único de Acreditación

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

De igual forma se articuló de manera transversal con los procesos seguros en cuanto a la estrategia multimodal, las cuales arrojaron resultados favorables, evidenciando que las profesionales están adheridas en un 96.20% a la estrategia multimodal, estando por encima de la meta prevista del 85%; 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 el I trimestre del 2019 se realizaron dos referenciaciones: 1) Hospital San Ignacio verificando todos los procesos del área de inmunohematología

2) Hospital Internacional de Bucaramanga en la cual querían referenciar nuestros procesos en el área de fraccionamiento de hemocomponentes.

En cuanto a las reuniones de equipos Primarios de Mejoramiento, es importante recalcar que se cumplió el 100% de durante el I trimestre del 2019.

Plan de Acción del Comité de Transfusiones

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

1. Elaborar programa jornadas Donación de Sangre

En cuanto a esta actividad se desarrolla el cronograma anual en noviembre del 2018 y se da cumplimiento realizando las jornadas de donación de sangre durante toda la vigencia 2019 para asegurar hemocomponentes a nuestros pacientes y a nuestros convenios institucionales.

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

2. Seguimiento el programa de Hemovigilancia en la institución.

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

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

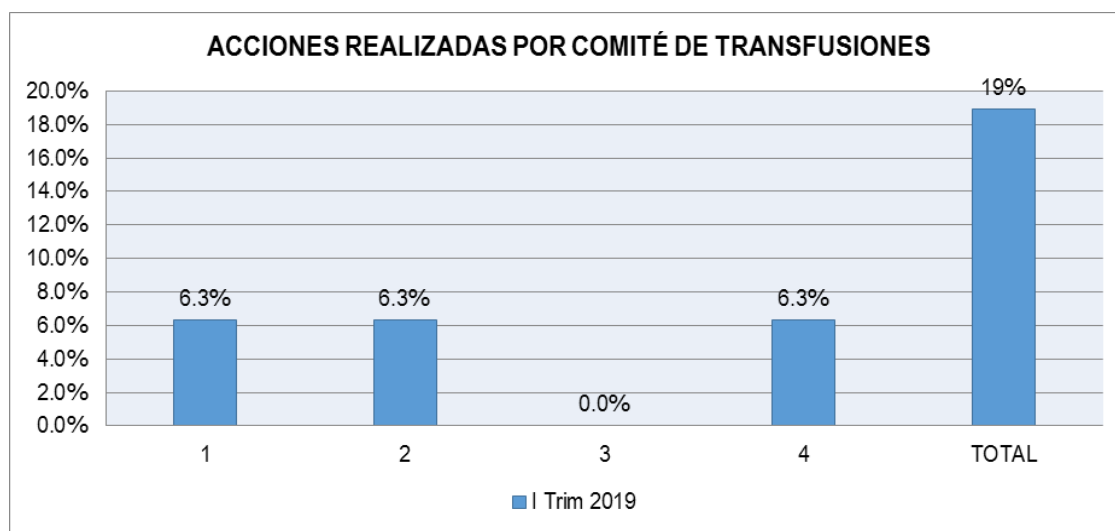
Este no se ha cumplido ya que se presentan semestralmente, en espera de completar nuestro I semestre para presentar estos informes.

4. Implementación de Guía de Medicina transfusional

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

Durante este I trimestre del 2019 Se tiene un cumplimiento del plan de acción del 19% (grafica19)

Gráfica 19. Acciones plan de acción Comité de Transfusiones

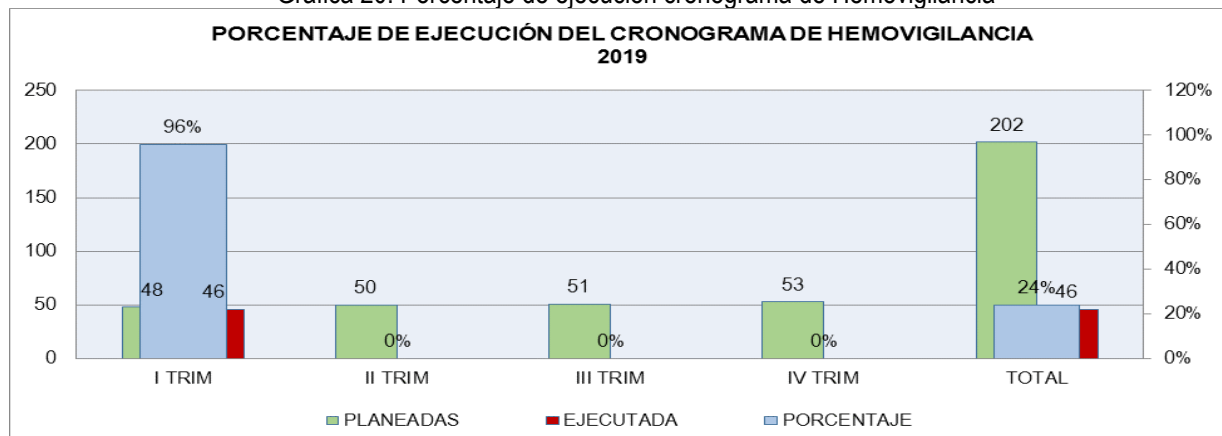


Fuente: Plan de acción institucional 2019

Programa Hemovigilancia

En el primer trimestre del 2019 se obtiene un cumplimiento del 96% de las actividades del programa de Hemovigilancia, de las 48 actividades planteadas, se ejecutaron 46; entre las actividades planteadas se realizó reportes de las novedades y haciendo los análisis pertinentes frente al comité de seguridad, quedando sin cumplir la retroalimentación a los diferentes servicios en el mes de enero y febrero. Retroalimentando en el mes de marzo . (Grafica20).

Gráfica 20. Porcentaje de ejecución cronograma de Hemovigilancia



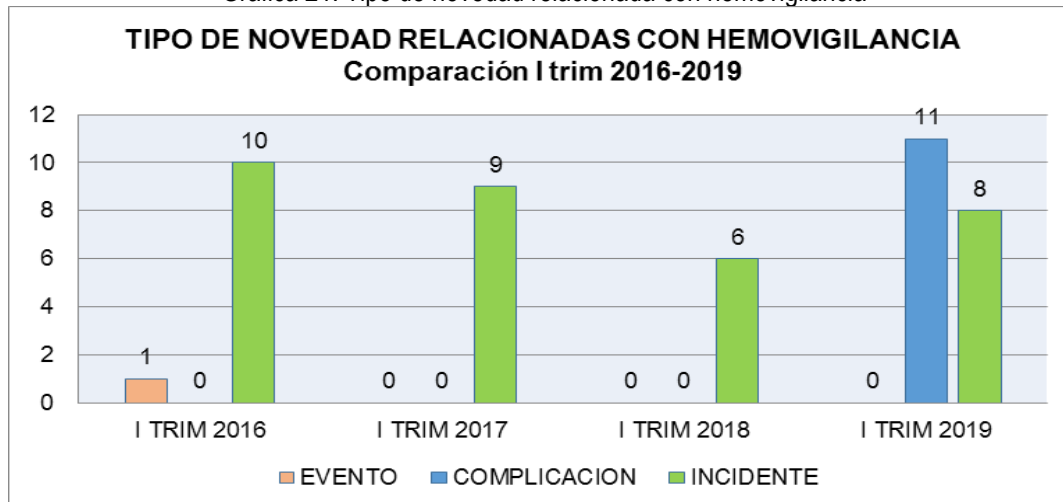
Fuente: Cronograma de Hemovigilancia 2019

De las actividades desarrolladas durante este I trimestre cabe recalcar que se gestionaron y se analizaron un total de 8 incidentes y 11 complicaciones, en comparación con el I trimestre del 2018 que se reportaron solo 6 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, logrando esclarecer que eran Incidentes relacionados con Sangre; sin embargo, se recalca que en este trimestre se tuvo:

- Pérdida de Hemocomponentes (11 Plasmas)
- Identificación errada de paciente con reserva de hemocomponentes
- Pérdida del formato Registro Transfusional en neonatos

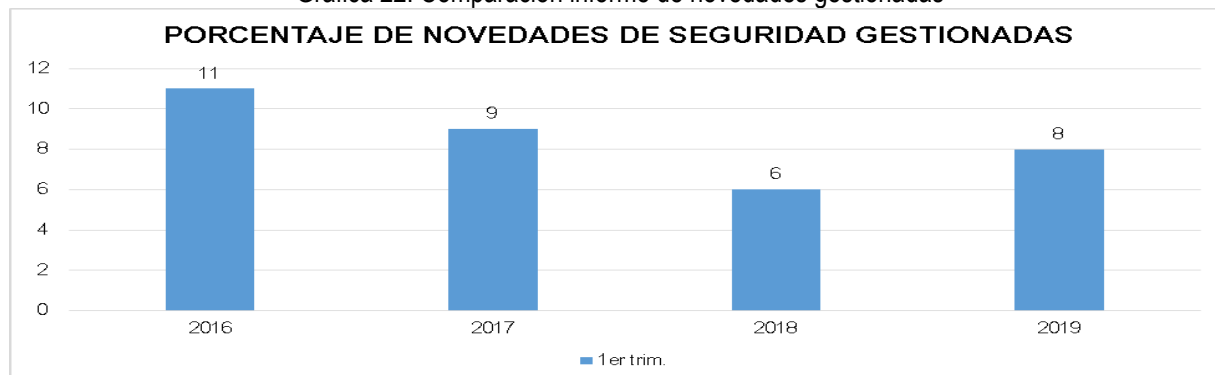
Como se había mencionado todas analizadas por la metodología ANCLA, observando un incremento de novedades en comparación con el trimestre del año anterior de las que se realizaron por la metodología institucional un total de 6; para estas novedades se seguirá fortaleciendo las capacitaciones e inducciones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

Gráfica 21. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia



Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia. Comparación I Trim 2016 -2019

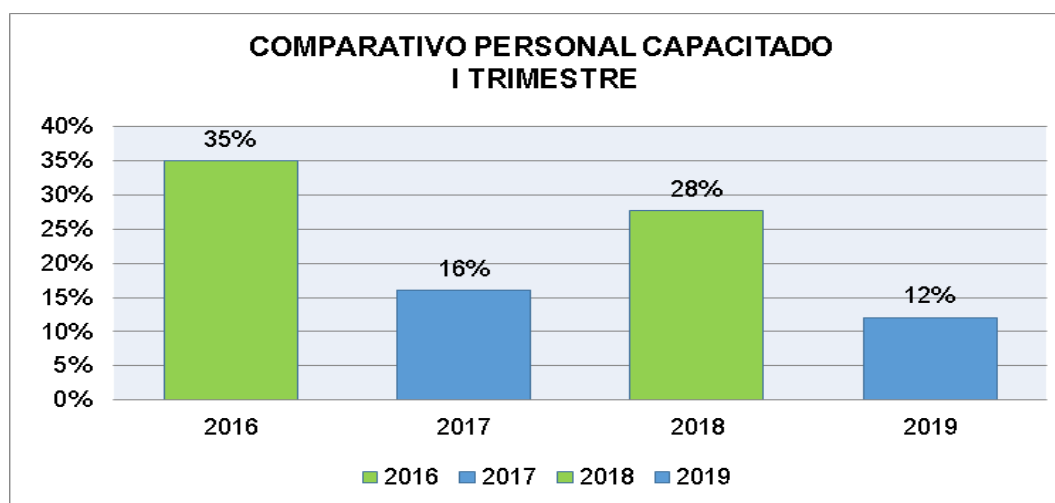
Gráfica 22. Comparación informe de novedades gestionadas



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

Así mismo, gracias al apoyo de la profesional en las actividades de hemovigilancia, se lograron capacitar en puesto de trabajo y en jornada de inducción a médicos, enfermeras y camilleros de todos los servicios logrando un 12% de cobertura al personal, quedando pendiente adherencia a ese personal. (Gráfica 23), se evidencia una disminución en comparación con el trimestre del año anterior debido al ingreso del curso virtual. Adicionalmente para esta vigencia se planteó un cronograma de capacitaciones para lograr una cobertura del 100% del personal que interfiere en la cadena transfusional, así como la incorporación de la tercera versión del curso virtual.

Gráfica 23. Personal capacitado en medicina transfusional.

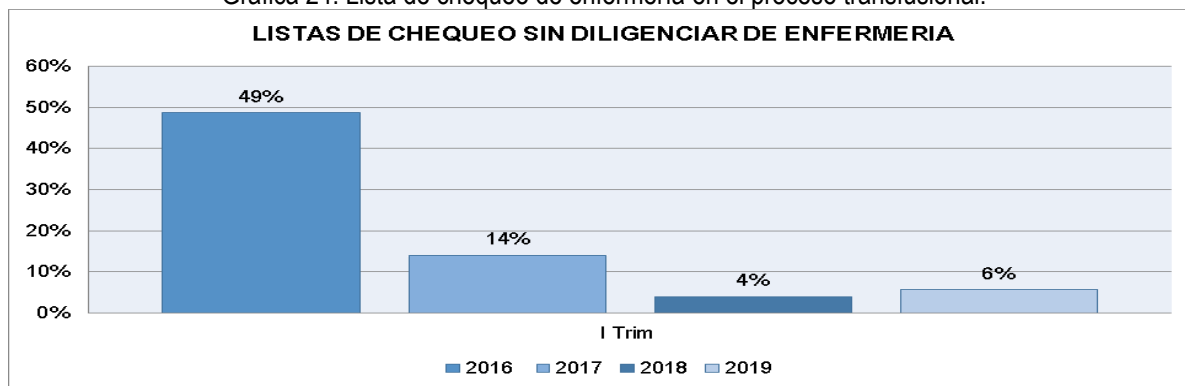


Fuente: Comparación I trimestral 2016 a 2019.

Por otro lado, siguiendo los indicadores del programa de hemovigilancia y de paquete instruccional, se informa que se continúa trabajando en las listas de Chequeo de enfermería evidenciando en este I trimestre del 2019 un 6% de ordenes sin diligenciar comparado con el año anterior que fue del 4 %, se evidencia un incremento y se espera que aumente durante este II trimestre del 2019, por la incorporación del nuevo personal de enfermería al Hospital, mientras se logra estabilizar los proceso y generar adherencia a los procesos; por parte del programa se seguirá

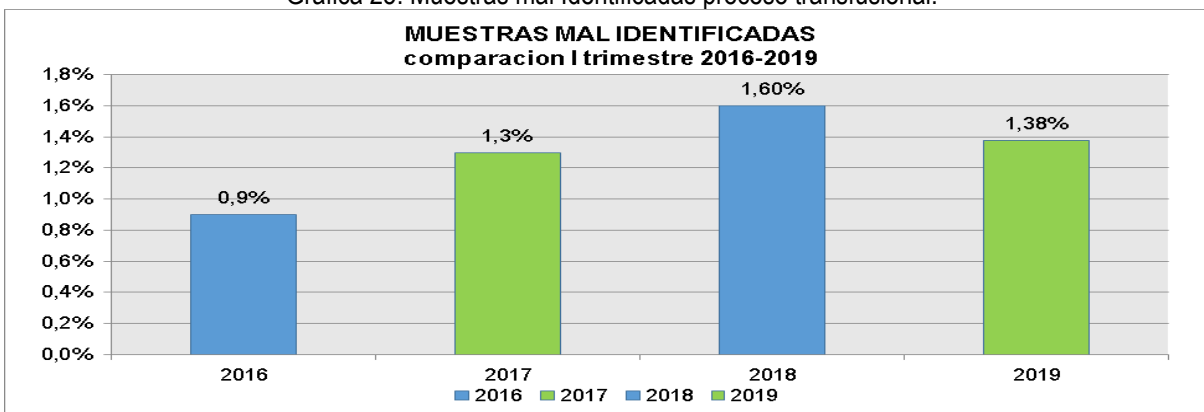
trabajando durante toda la vigencia 2019 en capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos y la incorporación de nuevos correctos para lograr mayor seguridad en la cadena transfusional (Gráfica 24); para lograr una disminución o mantener el indicador.

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



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

Gráfica 25. Muestras mal Identificadas proceso transfusional.

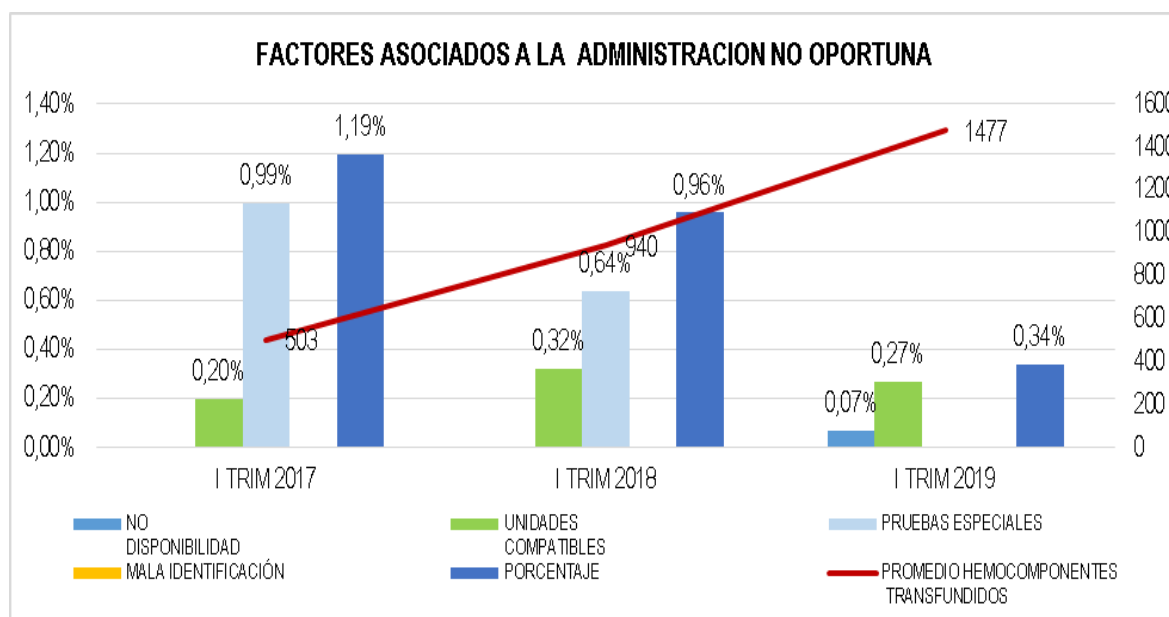


Fuente: muestras mal identificadas en el proceso transfusión. Comparación I trimestral 2016 -2019.

Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas en el proceso de transfusión (enfermería) donde para el I trimestre 2019 correspondiente A 1.38%, Observándose una disminución en comparación con el año anterior que equivalía al 1.60% de muestras mal identificadas en un promedio de 573 órdenes analizadas (Grafica 25). Analizando se observa un comportamiento muy fluctuante, ya que los servicios que presentan esta mala identificación de muestras no son los mismos ya que se interviene, capacitando y retroalimentando. En espera de que la durante la vigencia se logre una disminución que impacte en el proceso; es de aclarar que ninguna de estas muestras ha llegado algún evento asociado a la transfusión solo han sido incidentes, gracias a las barreras de control en cada uno de los procesos del STS.

Por otro lado se analizaron todos los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 0.34% en este primer trimestre, teniendo mayor impacto las pruebas de compatibilidad en un 0.27%, debido a la búsqueda de unidades compatibles para los pacientes, debido a que su diagnóstico de base, dificulta la compatibilidad de unidades (Gráfica 26), comparado con el trimestre del año anterior que equivalía al 0.96%, observado una aumento en 0.64% en unidad con pruebas especiales asociado de igual forma a la patología de base del paciente lo cual requiere fenotipos, absorciones y demás pruebas que se requieran hasta lograr la transfusión.

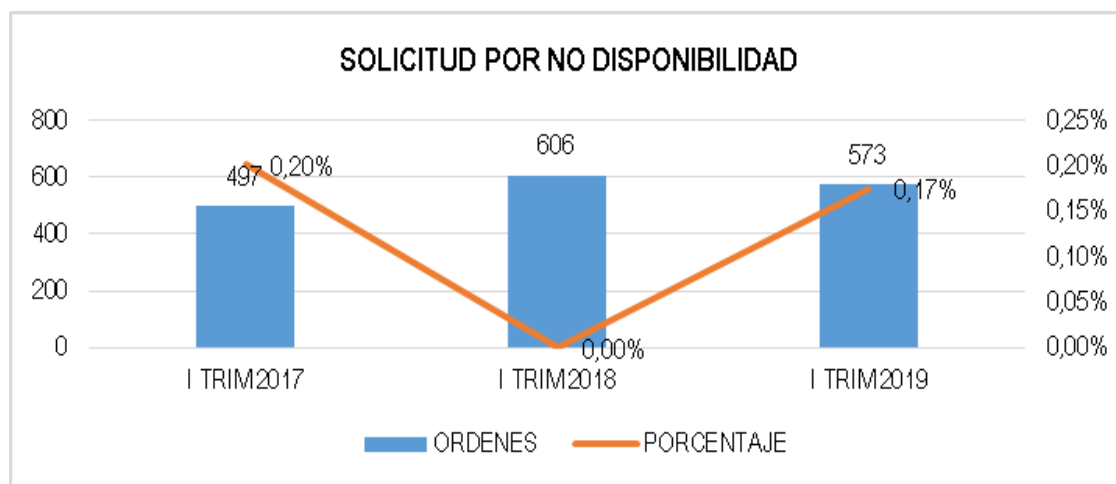
Gráfica 26. Factores Asociados a la administración no oportuna.



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

En cuanto al indicador por no disponibilidad de hemocomponentes durante este trimestre se presentó un porcentaje de 0.17% con un promedio de 573 órdenes, esto debido a que en el mes de enero no tuvimos disponibilidad del componente plaquetario, por aumento de pacientes en el STS; (Gráfica 27) cabe recalcar que la no disponibilidad está sujeto a la cantidad de pacientes y requerimientos de cada uno de ellos en su momento y de esta manera dar cumplimiento a la meta, como se observa en el trimestre del año anterior, tuvimos el indicador el 0%, gracias a la demanda interna satisfecha. Cabe mencionar que gracias al sistema de información de hemovigilancia a nivel nacional SIHEVI, podemos saber cómo estamos en demanda satisfecha por Hemocomponentes, y según lo mencionado anteriormente no tuvimos disponibilidad de plaquetas en el mes de enero dificultando este indicador, dato que se conoce a nivel nacional y según el indicador para plaquetas en el mes de enero estamos en un % satisfacción del 75% estando en el rango medio para este componente. (Grafica 28)

Gráfica 27. Solicitud por No Disponibilidad.



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

Gráfica 28. Total de Hemocomponentes Solicitados y entregados por Mes



% Satisfacción $\leq 50\%$

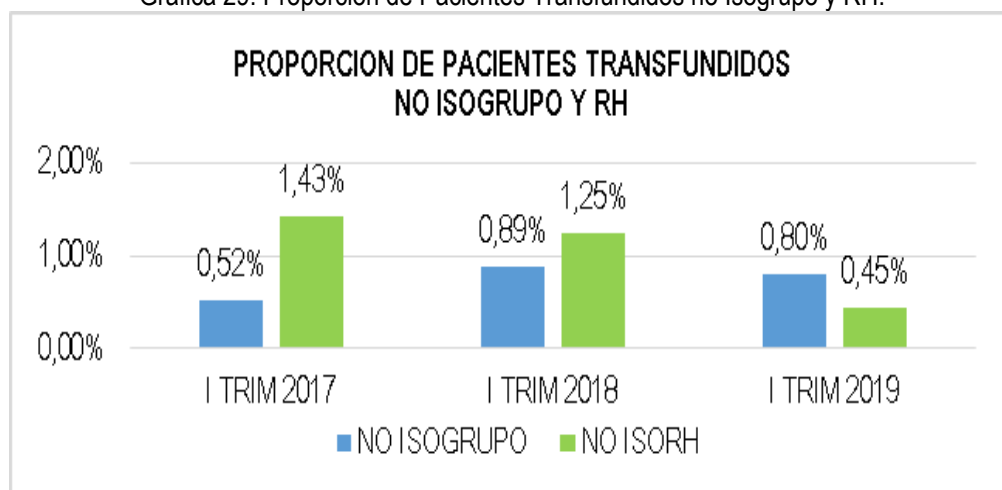
% Satisfacción $\geq 51\%$ y $\leq 80\%$

% Satisfacción $\geq 81\%$ y $\leq 100\%$

% Satisfacción $\geq 101\%$

Fuente: SIHEVI-INS. Reporte de Hemovigilancia total de Hemocomponentes solicitados y entregados por mes. 2019

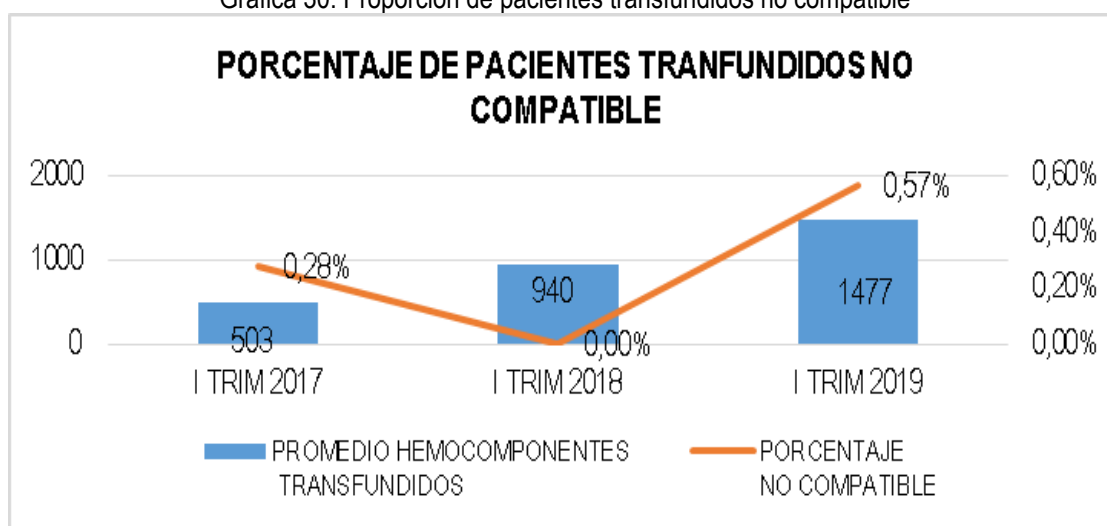
Gráfica 29. Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH.



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

Así mismo, en este I trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH en un promedio de 1477 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 0,80% y un 0,45% en Rh; a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde "O" teniendo en cuenta que es una opción transfusional y sin presentar ningún daño o evento al paciente.(Gráfica 29).

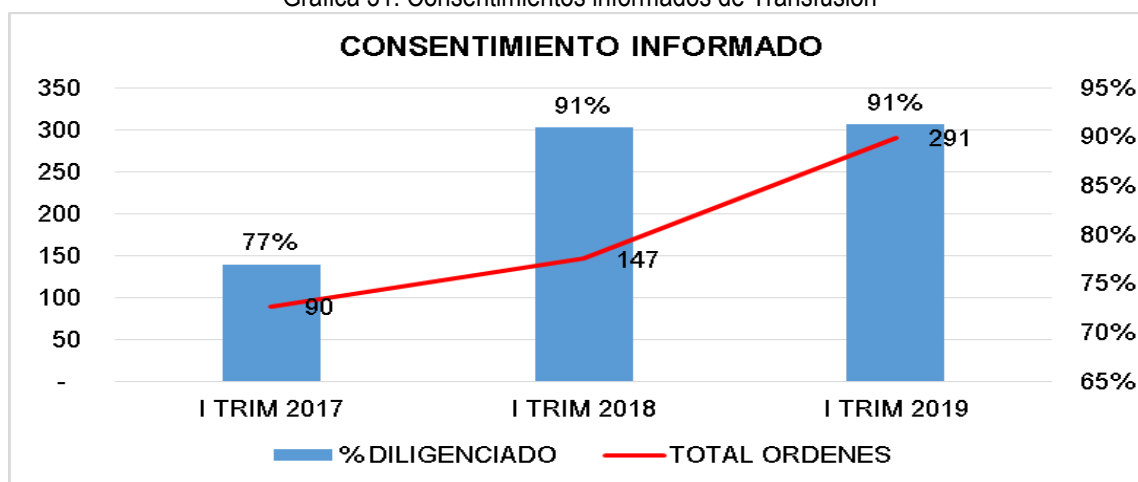
Gráfica 30. Proporción de pacientes transfundidos no compatible



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

Por otro lado, durante I trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible equivale a 0.57%, debido a que en el mes de enero se presentó un paciente con 19 unidades transfundidas no compatible, esto es debido al diagnóstico del paciente la cual fue complicado la consecución de unidades compatibles, estas unidades se transfundieron bajo conceso médico y se transfundieron bajo estricto control para evitar una complicaciones transfusionales, cabe recalcar que el paciente al transfundir las unidades no presentó ninguna complicación asociada a la sangre. (Grafica 30)

Gráfica 31. Consentimientos informados de Transfusión



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

Para finalizar, durante el I trimestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados, manteniendo su diligenciamiento en un 91% comparado con el trimestre anterior que equivalía al mismo porcentaje, 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%. (grafica 31)

Debido a esto se logró se quiere mantener para la vigencia 2019 un total de consentimiento informados diligenciados en un 91% 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. Cuál es el reto para esta vigencia, que la información suministrada sea real y de esta manera lograr dar mayor confiabilidad al dato y así mismo el indicador; sin embargo se han presentado inconvenientes en el escaneado del consentimiento por problemas internos, en espera que esto no se vuelva a presentar para no tener problemas en la totalidad de revisión de consentimientos.

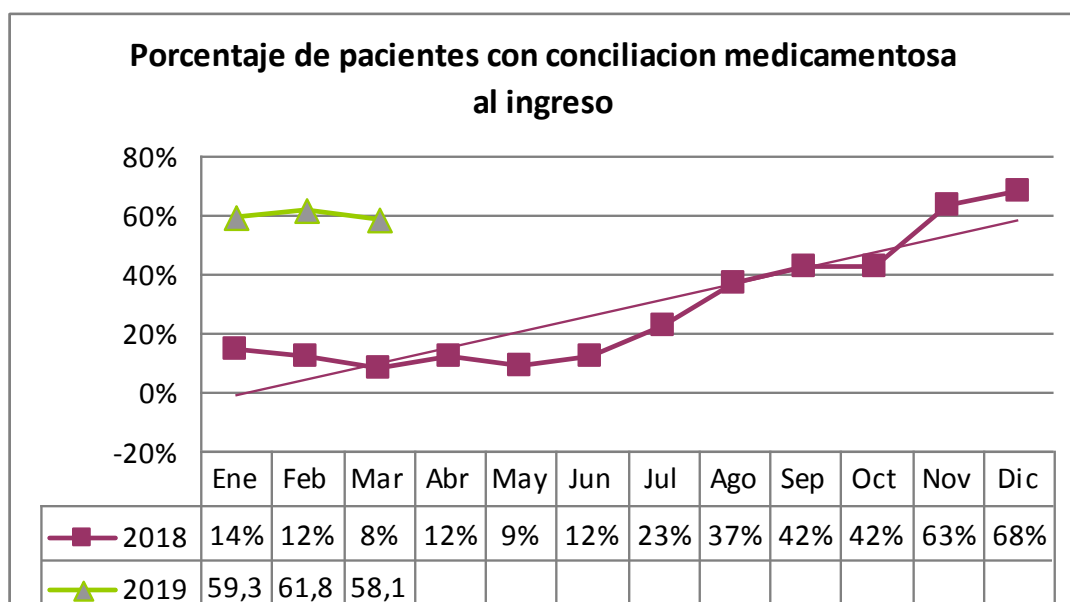
1.6 PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

GESIÓN DEL PROCESO

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 primer trimestre del año 2019 aumentó 48,3 puntos porcentuales promedio con relación al mismo periodo del año 2018.

Se observa un punto de constante en la adherencia al protocolo desde el mes de noviembre del año 2018.

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

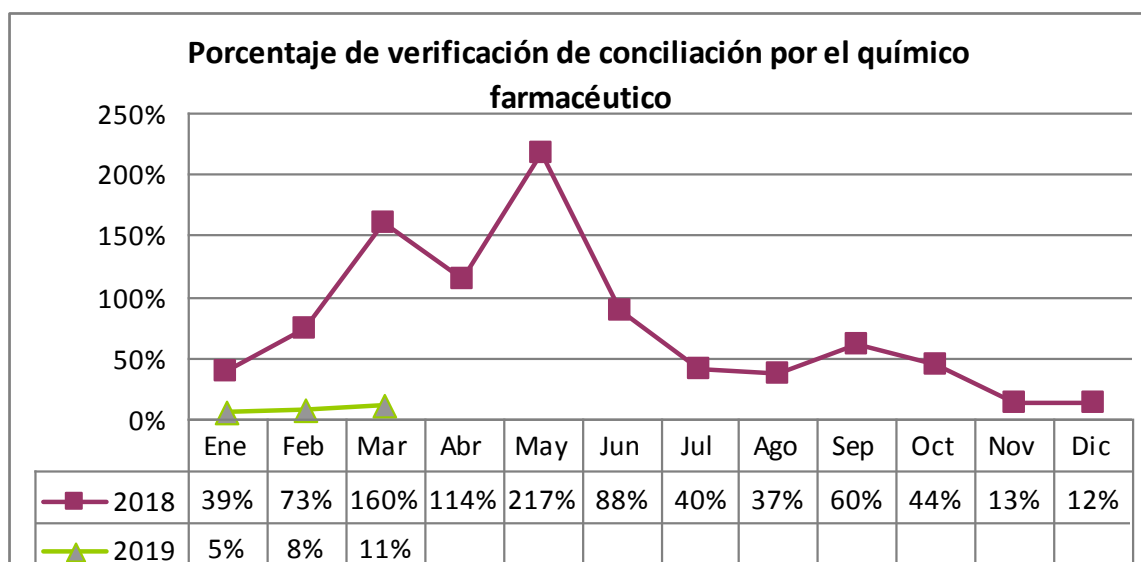
Se mejoró el proceso para generar el número total de pacientes a los que se les realizó la Conciliación Medicamentosa, ya que se estaban omitiendo múltiples ingresos en el mismo mes tanto para Urgencias como para Hospitalización.

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; entendiendo que la transición asistencial, en la mayoría de los casos, no se corresponde con una transición física del paciente desde Urgencias a Hospitalización.

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

Finalmente, con la intención de aumentar la sensibilidad del reporte, se ha solicitado al área de Estadística la generación de nuevos datos que nos permita tener un indicadores de adherencia al Protocolo por Servicios (Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa), lo anterior considerando que las dinámicas del proceso y por ende las intervenciones a realizar desde el Servicio Farmacéutico son diferentes y acordes a cada Servicio.

Porcentaje de verificación de la Conciliación Medicamentosa por el Químico Farmacéutico



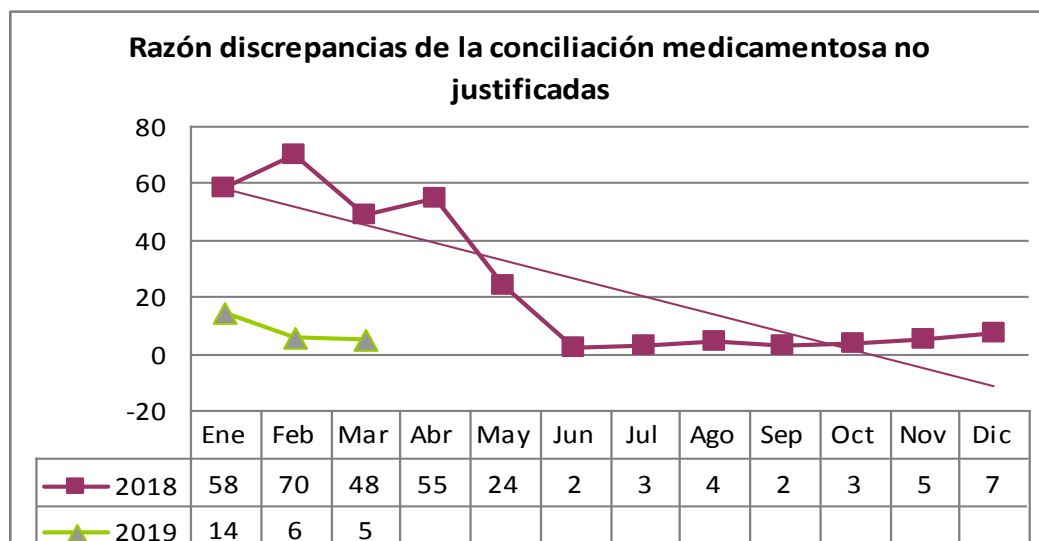
Grafica 2. Porcentaje de verificación de la Conciliación Medicamentosa por el Químico Farmacéutico

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 primer trimestre del año 2019 presenta una disminución de 66,6 puntos porcentuales promedio frente al mismo periodo del año 2018.

Esta disminución está relacionada con el aumento en el porcentaje de adherencia al proceso registrado desde el último semestre del año 2019. Adicionalmente en el momento el Químico Farmacéutico responsable del proceso no cuenta con dedicación exclusiva para la actividad, lo que se refleja en un menor número de pacientes verificados.

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

Razón de Discrepancias de la Conciliación Medicamentosa no justificadas



Grafica 3. Razón de discrepancias de la Conciliación Medicamentosa no justificadas (por cien pacientes)

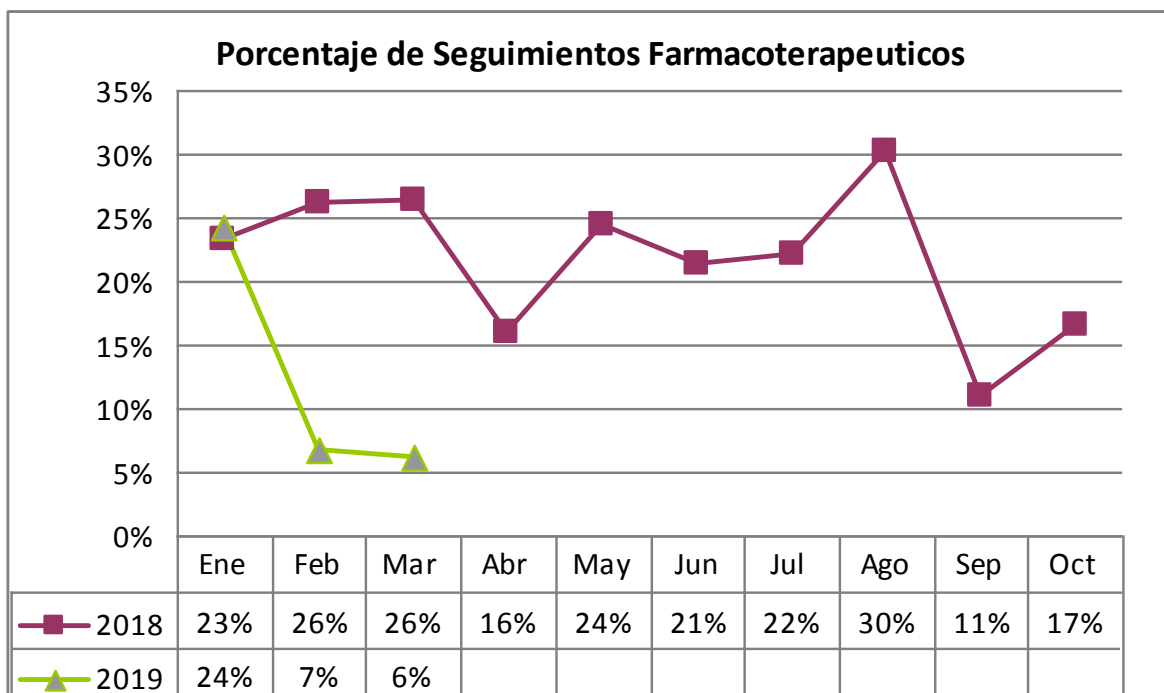
La razón de discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas (Total número de discrepancias no justificadas / Total de discrepancias por cien pacientes) para el primer trimestre del año 2019 presenta una disminución de 50,3 puntos promedio frente al mismo periodo del año 2018.

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

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 2019, se encontró frente al mismo periodo del 2018, una reducción de 1, 19 y 20 puntos porcentuales respectivamente (Gráfica 4); lo anterior se explica por la realización de actividades del servicio farmacéutico enfocadas en la evaluación de conceptos técnicos de medicamentos, actividad que requirió la disponibilidad de las químicas farmacéuticas dedicadas al programa durante el mes de febrero, adicionalmente la ausencia de una de los químicos farmacéuticos dedicadas a las labores asistenciales alrededor de 3 semanas y el proceso de inducción del personal nuevo conllevó a una disminución abrupta evidenciada para el mes de febrero y marzo. Es necesario tener en cuenta que estas diferencias también se deben a 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.

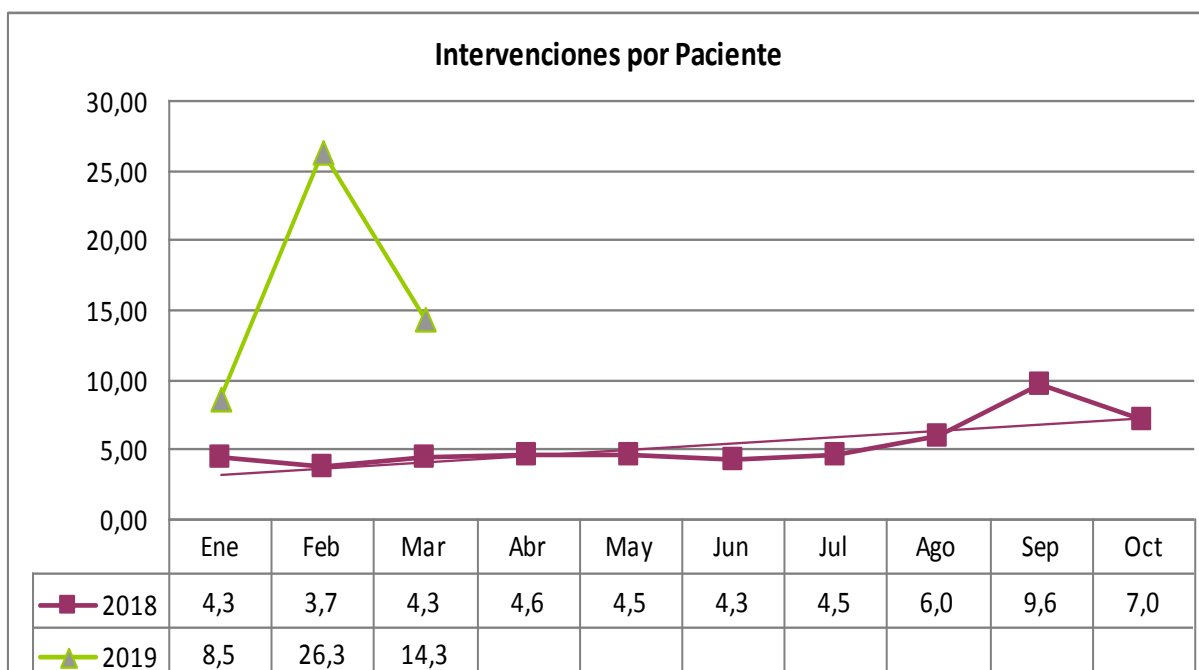


Gráfica 4. Porcentaje mensual de seguimientos farmacoterapéuticos realizados a los pacientes hospitalizados en el HUS en los años 2017 y 2018.

Frente al indicador que consolida el número promedio de intervenciones realizadas por cada paciente, se observó un incremento promedio de 12.27 intervenciones en el periodo Enero – Marzo de 2019 comparado frente al año 2018 (Grafica 5). Este aumento es explicado por la relación presentada frente a la medición de los indicadores, ya que una disminución abrupta del número de pacientes seguidos en el programa conlleva a un aumento sustancial del promedio de intervenciones por paciente.

No obstante la implementación de actividades como acompañamiento y soporte más robusto en la administración de medicamentos, gestión en la realización de los formatos MIPRES, 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 4), el número de intervenciones realizadas incrementó (Grafica 5), 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 5. Promedio mensual de intervenciones realizadas a los pacientes hospitalizados en el HUS en los años 2017 y 2018.

Cabe resaltar que desde el mes de marzo se planteó al jefe del servicio de farmacia las propuestas para replantear la dinámica que se llevara a cabo en el programa de seguimiento farmacoterapéutico a partir del mes de abril y para todo el año 2019. Esta consiste en realizar acompañamiento diario a las revistas médicas del servicio de medicina interna, realizando seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes del especialista por semana junto con el seguimiento realizado a través de la matriz de riesgo Farmacoterapéutico. La idea es comparar los resultados obtenidos de las intervenciones realizadas para finalmente optimizar el proceso de evaluación de la farmacoterapia.

Adicionalmente se propone modificación de la base de datos que consolida las intervenciones realizadas. Ya que a través de esta se genera la información para formular nuevo indicadores y futuros estudios evaluativos del programa.

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.

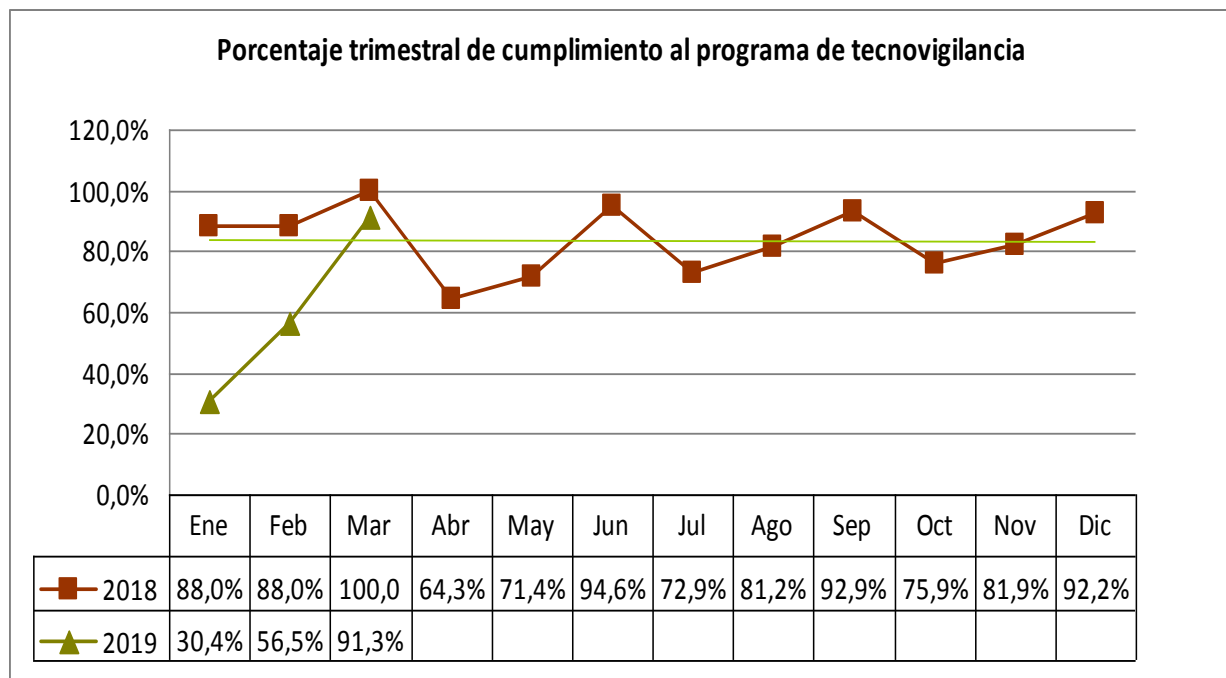
Programa de Tecnovigilancia

Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de tecnovigilancia.

Para el primer trimestre del año 2019 se dio cumplimiento al 91.3% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 21 actividades realizadas en frente a 23 actividades programadas acumuladas (ver Grafica 6). Este trimestre tuvo un alcance menor comparado con el año anterior (2018), teniendo un cumplimiento del 100% que corresponden a 25 actividades realizadas en frente a 25 actividades programadas acumuladas (ver Grafica 6).

Es de aclarar que para el primer trimestre del año 2019, aun no se ha actualizado el inventario de los dispositivos médicos (insumos de farmacia y equipos biomédicos), porque no se ha culminado completamente la contratación con los proveedores.

Se está esperando a que se culmine un mínimo un 90% de la contratación para tener certeza de los dispositivos que quedaran adjudicados.

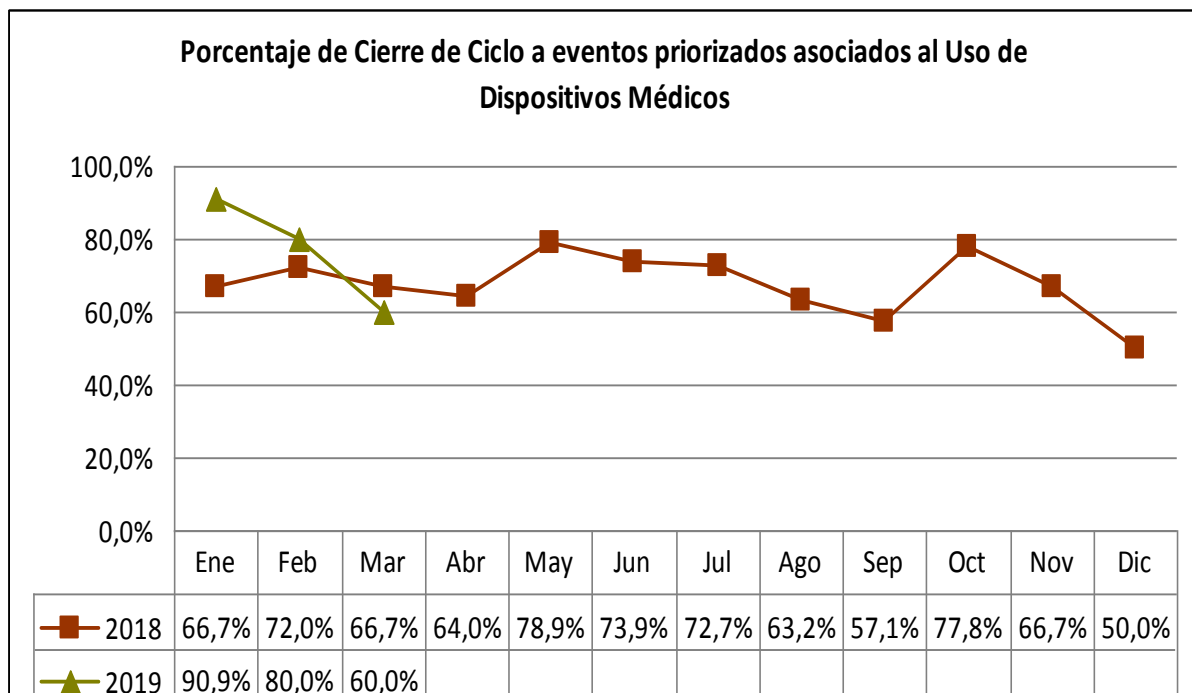


Grafica 6. Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de tecnovigilancia (año 2018-2019).

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

En el primer trimestre del año 2019 se presentaron 26 novedades de seguridad asociadas al uso de Dispositivos Médicos (DM), de las cuales 20 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 76,9% (ver Grafica 6). Comparado con el año 2018 en el cual para el primer trimestre se obtuvo un cumplimiento del 68,4%, 32 novedades cerradas de 46 priorizadas (ver Grafica 6). Es de aclarar que algunas novedades de seguridad (tanto para el año 2018 y 2019) están sujetas a las respuestas del área de calidad de los proveedores, las cuales tienden a demorarse entre 1 a 3 meses, según donde tengan la casa matriz (esto es por el envío y análisis de las muestras que quedan como evidencia), es por ello que para el mes de marzo tuvimos una disminución de cierre en las novedades.

Se resalta la gestión del servicio farmacéutico, dado que las novedades asociadas a desabastecimiento disminuyeron considerablemente.

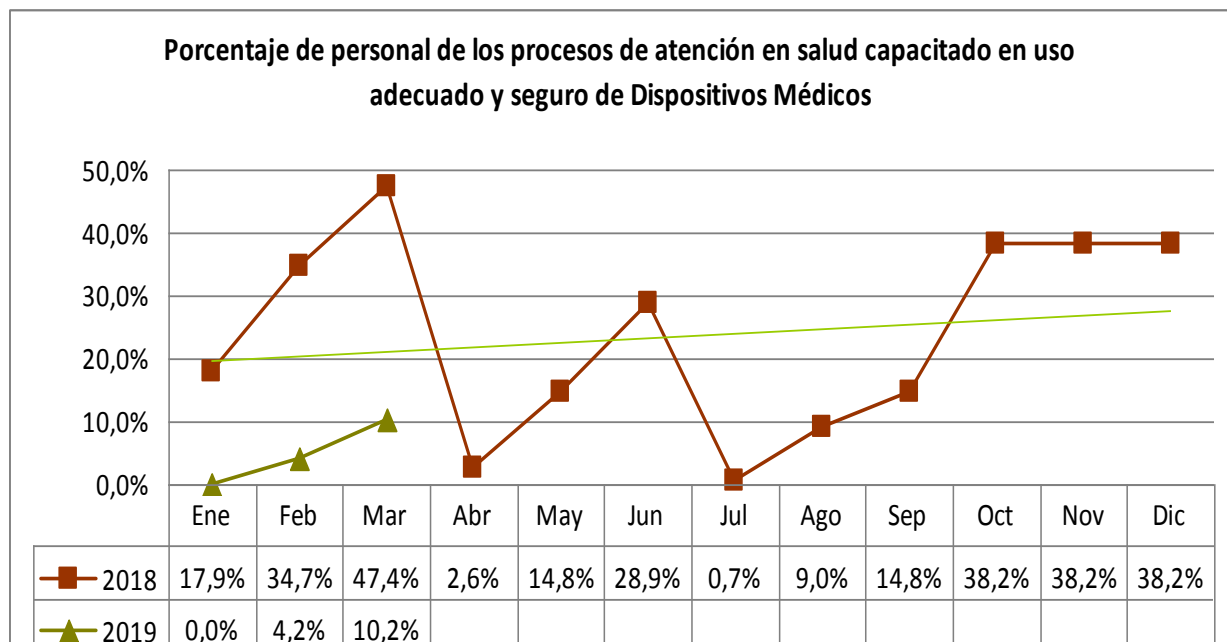


Grafica 7. Porcentaje de Cierre de Ciclo a eventos priorizados asociados al Uso de Dispositivos Médicos (año 2018-2019)

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

En el primer trimestre se tiene un 4.8% del personal vinculado capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico (ver Grafica 8). Comparado con el cuarto trimestre del 2018 se tuvo un 33 % del personal capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico (ver Grafica 8). Esta disminución se debe a que las novedades de seguridad asociados a dispositivos médicos no han requerido capacitaciones respectivas, además no se han consolidado aún el total de contratos con los proveedores, por lo tanto no se pueden solicitar capacitaciones si no se tienen un contrato establecido. Otro punto que impacto el atraso de las capacitaciones es el ingreso del personal nuevo por la convocatoria pública.

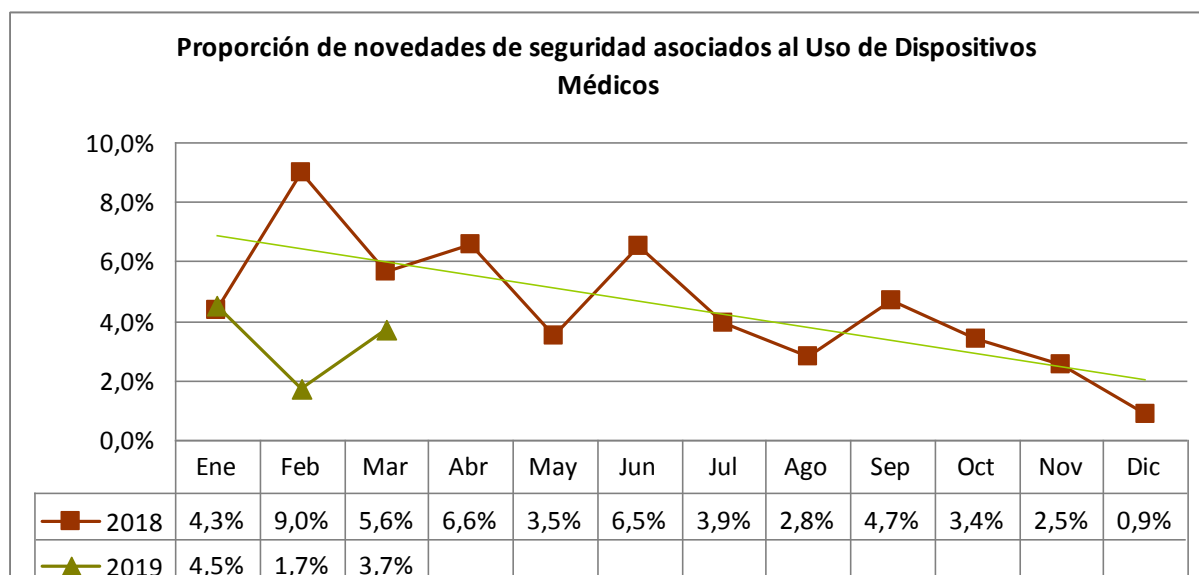
Por último se está diseñando un folleto con el cual se quiere que la capacitación del programa de Tecnovigilancia sea más entendible y más rápida de realizar.



Grafica 8. Porcentaje de personal de los procesos de atención en salud capacitado en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos (año 2018-2019).

Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos

Para el primer trimestre del 2019 se tuvo una porción del 3.3 % de 799 novedades de seguridad asociadas a DM (ver grafica 9), en relación con el primer trimestre del 2018 fue del 2.2% de 745 novedades de seguridad asociadas a DM (ver grafica 9). Esta tendencia de disminución en el 2019 se puede deber a dos factores, el primero a la disminución de los reportes de novedades relacionadas con dispositivos médicos, debido al ingreso de personal nuevo, aun cuando el total de reportes haya aumentado (54 novedades), y el segundo factor es la buena gestión del servicio farmacéutico en cuanto a la consecución de los dispositivos médicos, ya que este punto es una de las causas de reportes más frecuentes en el primer trimestre.

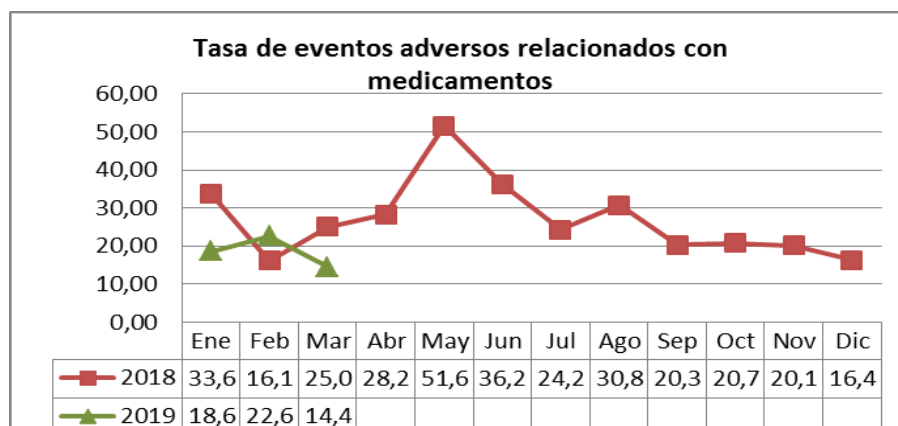


Gr

afica 9. Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos (año 2018-2019).

Programa de Farmacovigilancia

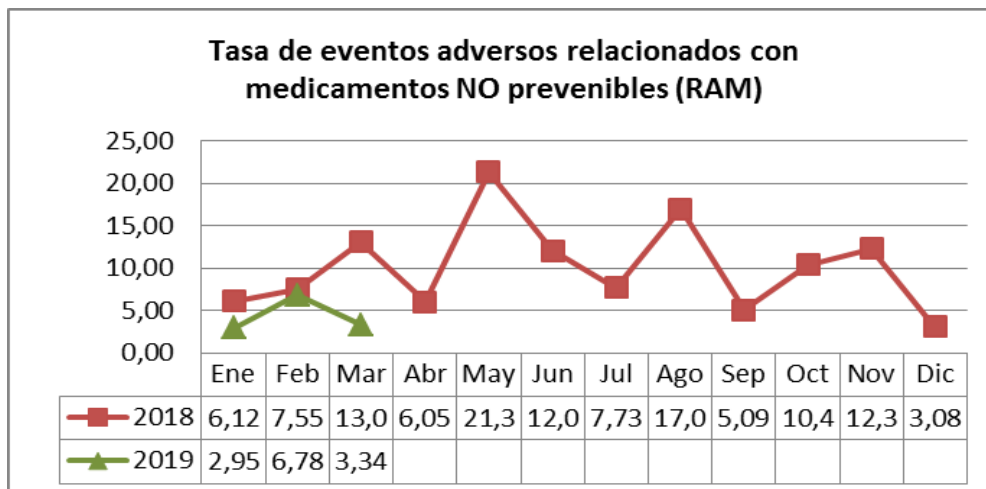
Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos



Grafica 10. Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos

Este indicador es una tasa que mide el estado general de seguridad del hospital con relación al uso seguro del medicamento y su definición operacional es $(\text{Número total de eventos} / \text{Número de pacientes hospitalizados} \times 1000)$. Para el primer trimestre se observa que el indicador fue mayor en el 2018 respecto a la vigencia 2019, esto fue debido a una disminución en el número total de eventos relacionados con medicamentos.

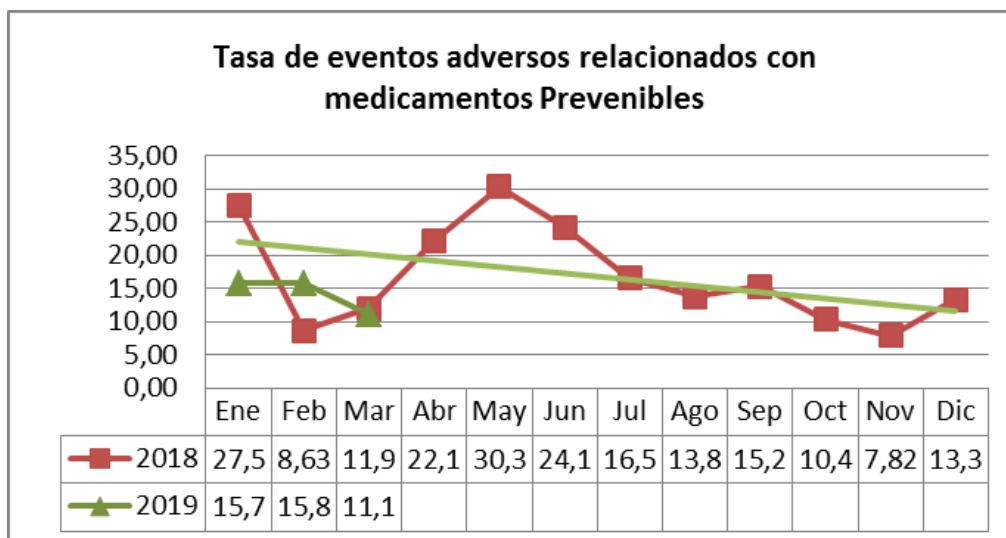
Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)



Grafica 11. 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. Su valor en el presente año fue menor comparado al trimestre del año anterior debido a la disminución de reportes desde farmacovigilancia activa, debido a la falta del aporte de los estudiantes en la entrevista a pacientes, evidenciando menos RAM no identificadas con solo farmacovigilancia pasiva.

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles



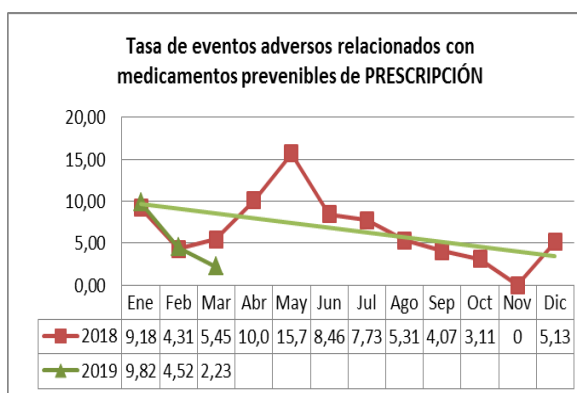
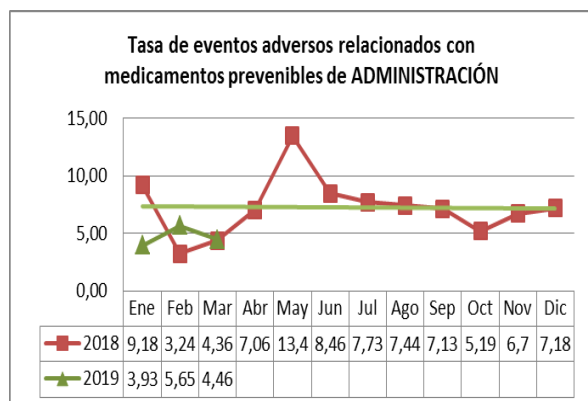
Grafica 12. Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles

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 primer trimestre de 2019 se puede observar que hay una tendencia de disminuir similar al mismo periodo de 2017.

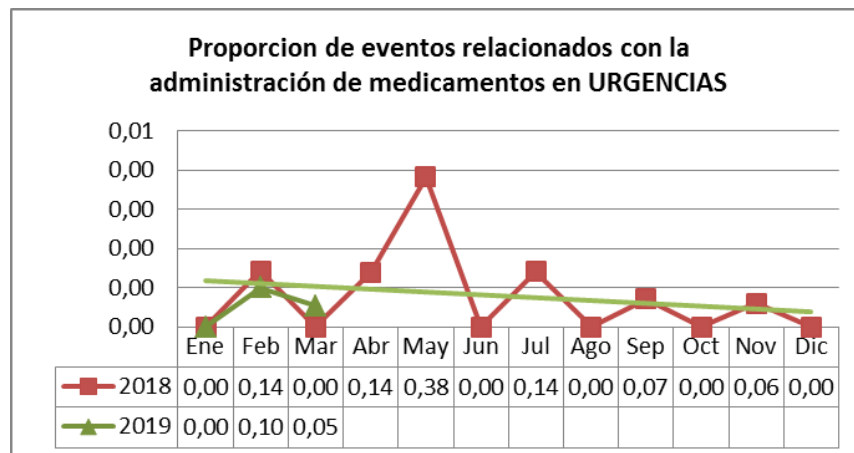
Durante todo el trimestre del presente año, se logró la meta menos de veinte eventos/1000 pacientes (<20), lo cual se corrobora como un logro continuo frente a: la creación del Manual de Uso Seguro de Medicamentos el 2018 con su lista de verificación aplicada, evaluada y medida de adherencia al personal asistencial; la semana del Medicamento realizada en septiembre de 2018; la constante gestión e intervención de los programas de seguimiento farmacoterapéutico y conciliación medicamentosa; y el apoyo por parte del servicio de medicina interna al tomar la acción de mejora con la formulación temprana de sus pacientes.

Para este último ítem nombrado anteriormente podemos observar en la siguiente gráfica que aunque iniciamos por encima de su meta (3 eventos/1000 pacientes) finalizamos trimestre cumpliendo y con tendencia a la baja. Dentro de la clasificación de eventos prevenibles los que presentaron mayor contribución, fueron en primer lugar los eventos por prescripción, en segunda instancia los de dispensación, en tercera los de calidad: donde se presentaron eventos en febrero por posible fallo terapéutico de la Bupivacaina de Pisa que luego del seguimiento respectivo se decidió dejar de contratar; en cuarto lugar por oportunidad y en último lugar por administración cuya tasa presenta desde el primer mes valores por debajo de la meta (9 eventos/1000 pacientes) comparado con el trimestre del año 2017, lo que permite evidenciar también el trabajo en conjunto con el servicio de enfermería por la seguridad de los pacientes.

Grafica 13 y 14. Tasa de eventos adversos con medicamentos prevenibles de Administración y Prescripción.



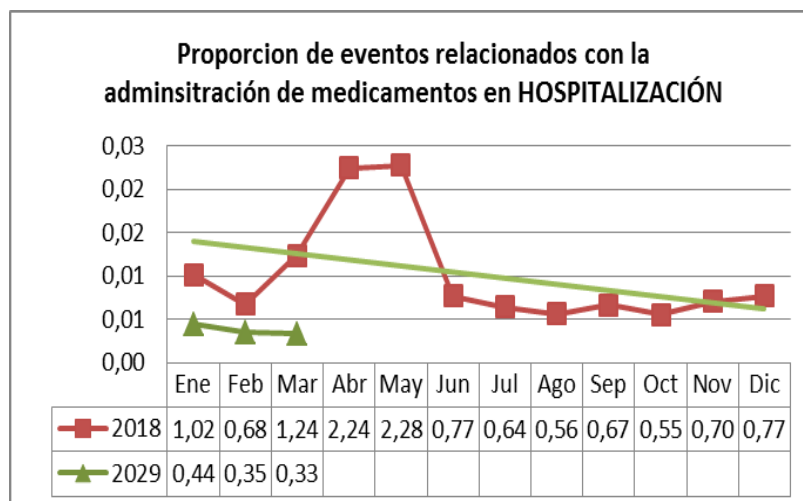
Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias



Grafica 15. Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

Con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en urgencias (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Se puede observar en el grafico que para el primer trimestre de 2018 hubo un comportamiento similar comparado con el mismo periodo del año anterior, esto se debe a que la implementación de barreras de seguridad fue óptima en este servicio.

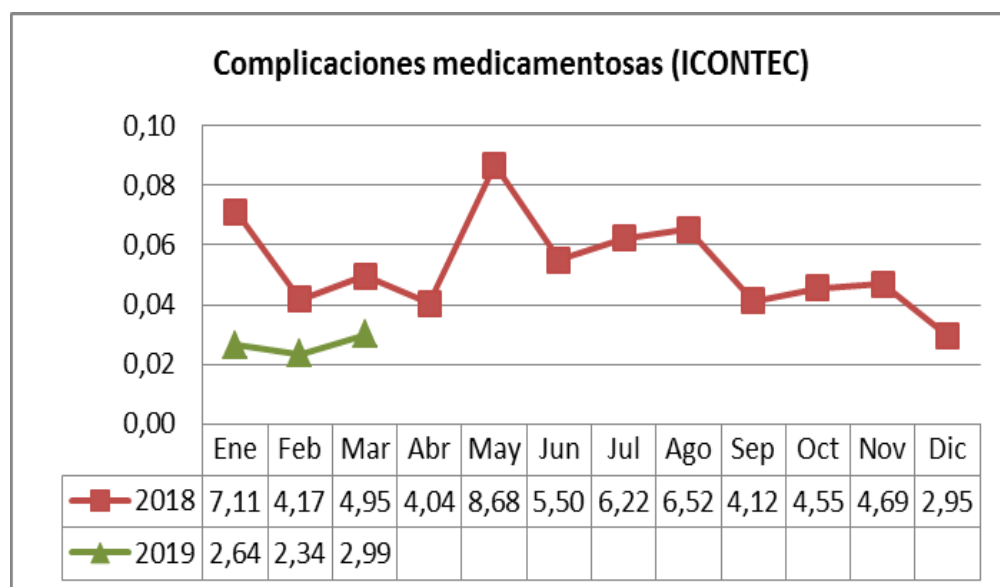
Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización



Grafica 16. Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

Con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en hospitalización (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Se puede observar en el gráfico que el primer trimestre de 2019 tuvo valores menores y una tendencia a la baja comparado al año 2018, y los datos fueron menores comparados con el último trimestre de 2018, esto se debe a que la implementación de barreras de seguridad fue óptima en este servicio. En conjunto con las acciones referidas en el análisis del indicador para tasa de eventos adversos prevenibles.

Complicaciones medicamentosas



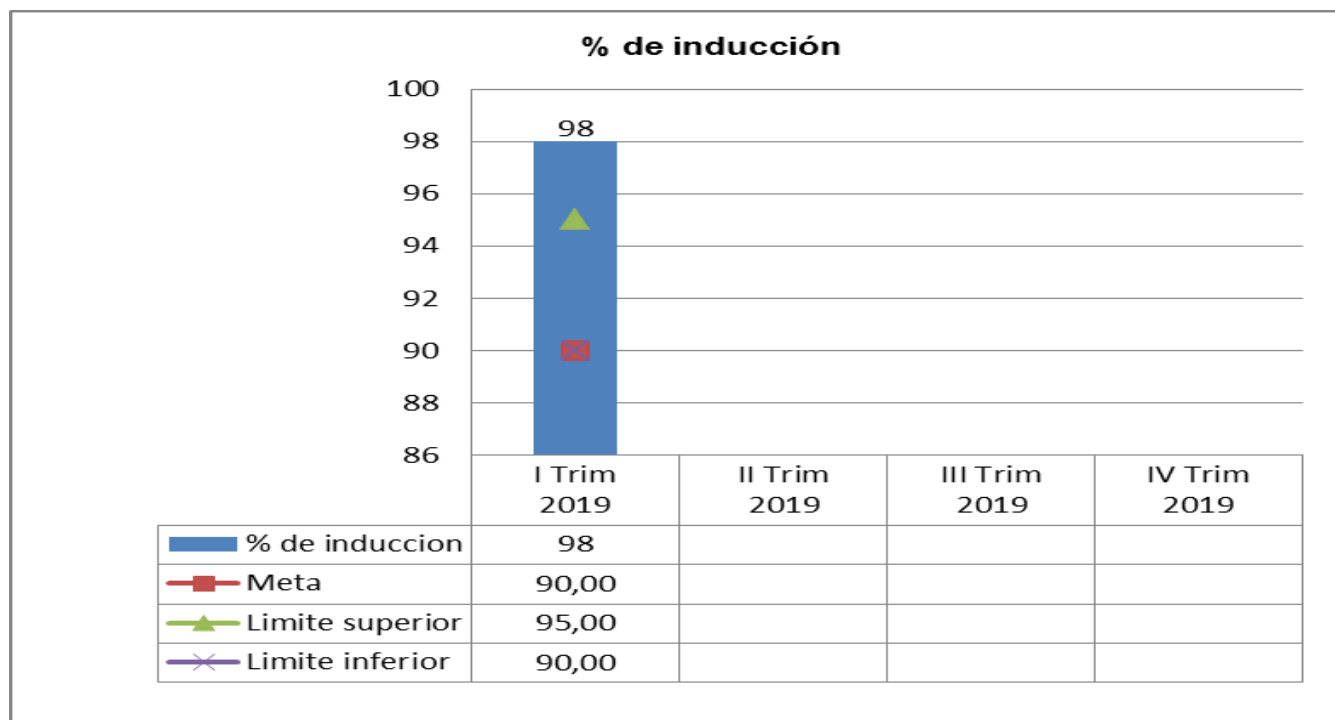
Grafica 17. Complicaciones medicamentosas

La definición operacional de este indicador es $(\text{Complicaciones medicamentosas hospitalarias} / \text{Numero de egresos hospitalizados}) * 100$, es un indicador ICONTEC, en el cual se suman tanto eventos como complicaciones (RAM). Se puede observar en la gráfica que en el 2019 se presentaron en general menos complicaciones respecto al año anterior, con tendencia lineal. Se exalta el aumento de en la cultura del reporte de novedades de seguridad por la constancia en el aumento de número de observadores (seguimiento farmacoterapéutico, conciliación medicamentosa, del COVE a flebitis y farmacovigilancia activa)

1.7 PROCESOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

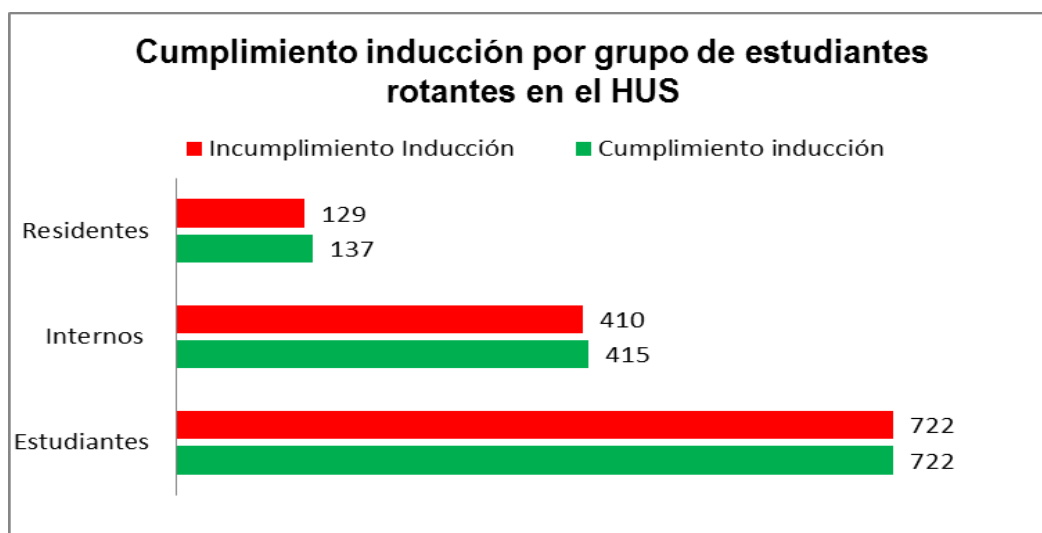
PORCENTAJE DE INDUCCION A PERSONAL EN FORMACION



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

Grafica No 1.

Para el Trimestre, el cubrimiento de la inducción de los estudiantes se mantiene por encima de la meta propuesta, el indicador se ve afectado por la cobertura en la inducción de residentes e internos específicamente de las rotaciones electivas. La cobertura específica de cumplimiento de inducción se aprecia en la gráfica No. 2



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

Grafica No 2.

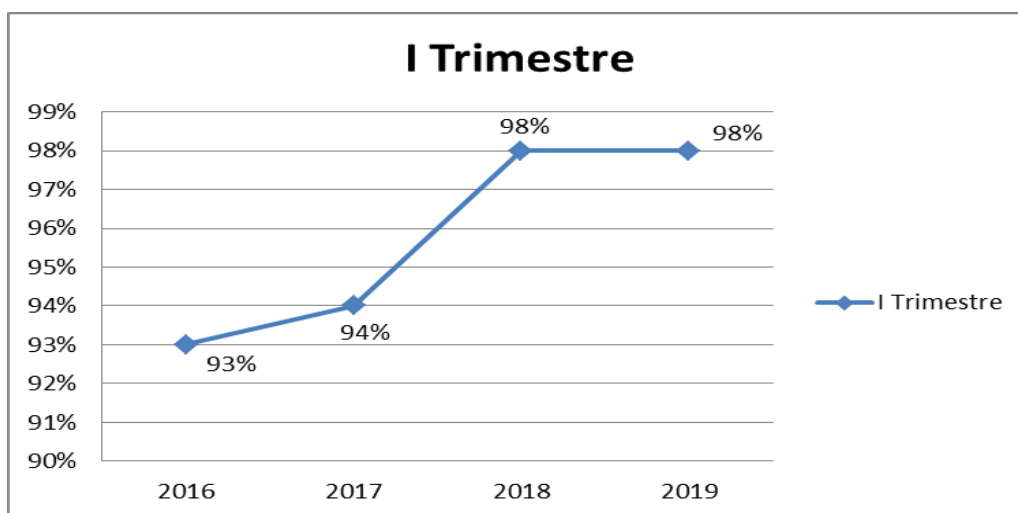
En los estudiantes se aprecia una cobertura del 100%, esto se debe a que en este nivel, el control se realiza de manera directa con las coordinaciones de las Universidades y el proceso de ingreso se garantiza en grupos con presentación previa a la subdirección.

En lo correspondiente a internos y residentes se tiene un cumplimiento del 99% y 94% respectivamente, en los análisis del indicador se evidencia que el porcentaje de incumplimiento corresponde a los que tienen estas rotaciones de forma electiva, quienes se presentan de forma directa en los servicios, esto gracias al voz a voz, en los que de antemano conocen quienes van a ser sus coordinadores de rotación en el HUS e inician su rotación sin el debido proceso; lamentablemente esto bajo el conocimiento de los mismos jefes, coordinadores y profesores del servicio, dado que priorizan el proceso asistencial antes que el cumplimiento administrativo de Docencia. Se tienen establecido que servicios tienen esta dificultad.

Para ello se han establecido las siguientes barreras de control:

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

De igual manera la tendencia del indicador en el I trimestre, durante los últimos 4 años se ha mantenido de forma ascendente, por encima de la meta planteada como lo evidencia la gráfica No. 3



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

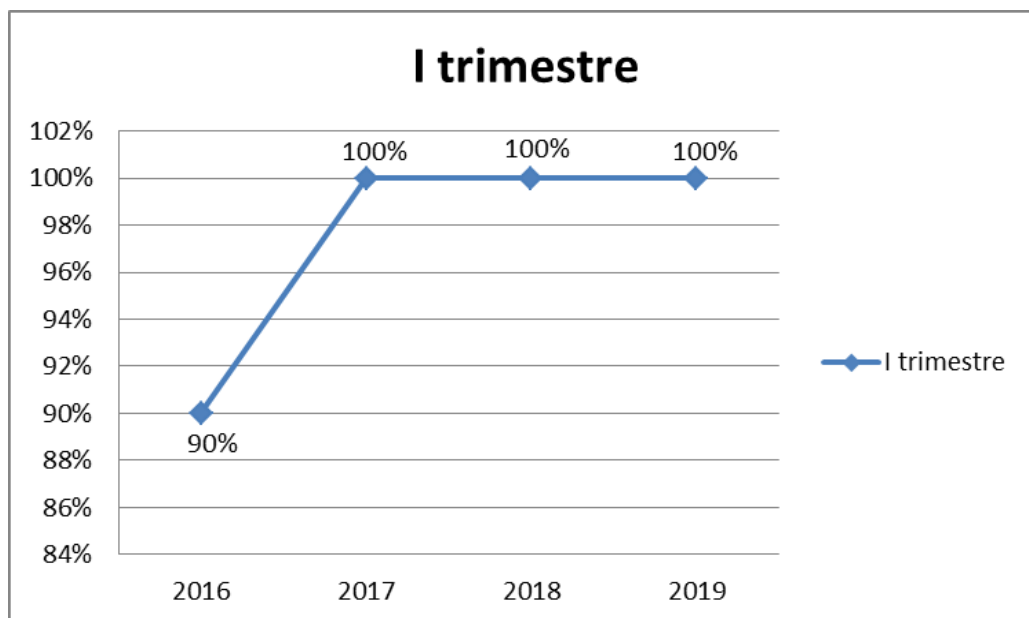
Grafica No 3

SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DESARROLLADOS EN EL HUS



Fuente: Tabla de trabajo convenios de Docencia

Grafica No 4.



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

El cumplimiento a los comités Docencia Servicio, que tienen por objeto realizar el seguimiento a los programas que se desarrollan en el HUS, se mantiene estable de forma ascendente. Es importante manifestar que durante estos comités se mantiene un cumplimiento del 90% de las tareas propuestas con una calificación cuantitativa general, de la relación Docencia Servicio por encima de 4,0.

Para esta vigencia se establecieron dos cambios principales, el primero es el seguimiento a la socialización de los anexos técnicos por parte de los servicios con estudiantes a cargo, los miembros del comité que representan a los servicios, deben allegar el formato de socialización al acta del comité. Como segundo cambio se estableció, divulgar los aspectos más importantes y los compromisos adquiridos en los mismos, al interior de cada equipo primario de los servicios, que asisten al comité. Los responsables deben hacer llegar los listados de asistencia y el acta donde se socializó dicho tema, en el comité primario.

INDICADORES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

ASESORIAS REALIZADAS POR EL CIHUS

PORCENTAJE ASESORÍAS EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.



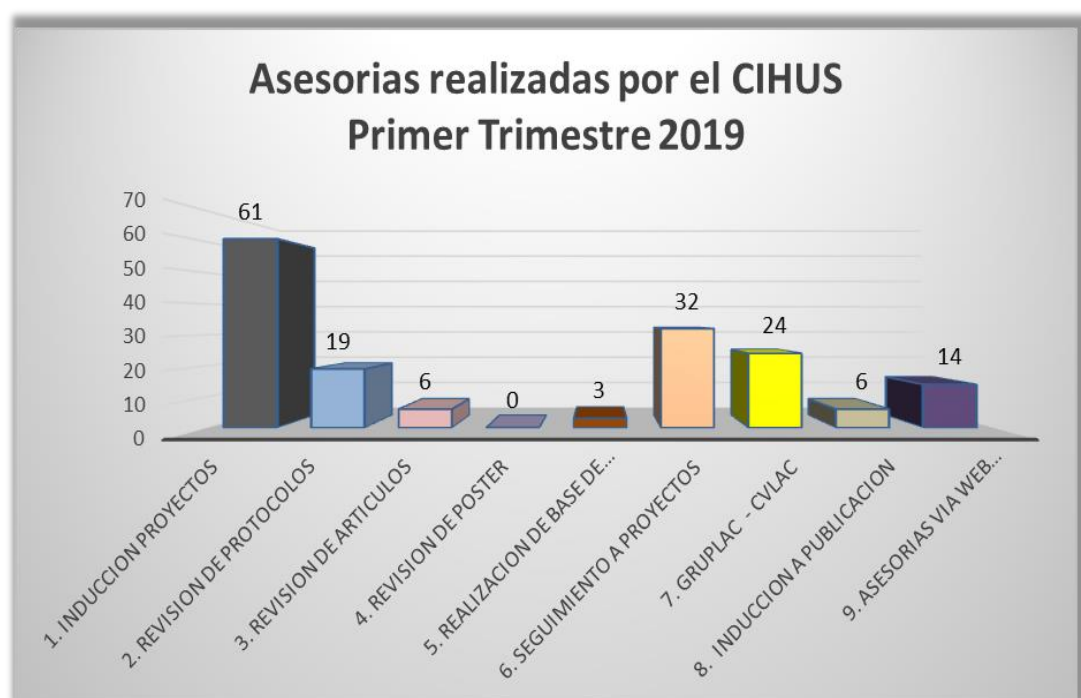
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

$$\frac{\text{No. de Asesorías realizadas}}{\text{No. de Asesorías solicitadas}} \times 100 = \% \quad \frac{165}{165} \times 100 = 100\%$$

Tipo de asesorías en proyectos de investigación durante el primer trimestre del 2019



**Fuente: Base de datos UNICA CIHUS, 2019
Grafica No 6**

Este indicador se toma del número de asesorías que se realizan sobre el número de asesorías solicitadas en el trimestre, de acuerdo a las funciones establecidas desde la Subdirección de Educación Médica e Investigación, se realiza diferentes asesorías que fortalece la investigación en el Hospital Universitario de La Samaritana.

El porcentaje de cumplimiento frente a este indicador es del 100%, evidenciando que el Centro de Investigación está cumpliendo con la demanda del número de asesorías, las cuales brindan respuesta a las necesidades de los investigadores, con mayor prevalencia se observa la inducción a proyectos que inicia cuando el investigador tiene una nueva idea de investigación, y se plasma en proyecto de investigación que se presentará ante el Comité de Ética en Investigación (CEIHUS) para su aprobación. Durante este trimestre se enfatizó en el seguimiento de proyectos dado que por cada proyecto aprobado ante el CIEHUS se realiza el acta de inicio, acta de seguimiento y acta final evidenciando el proceso en el que va la investigación y los por menores que se presentan para el desarrollo con el objetivo de dar alcance a sus necesidades.

Tabla No.1 Tipo de asesorías en proyectos de investigación Comparativo 2017 – 2019

TIPO DE ASESORIAS	I Trimestre 2017	I Trimestre 2018	I Trimestre 2019
1. Inducción proyectos	33	21	61
2. Revisión de Protocolos	31	16	19
3. Revisión de Artículos	0	0	6
4. Revisión de Poster	3	2	0
5. Realización de Base de Datos	3	23	3
6. Seguimiento a proyectos	21	51	32
7. GrupLac - CvLac	6	14	24
8. Inducción a publicación	0	0	6
9. Asesorías vía Web (correo, Skype)	0	43	14
TOTAL	97	170	165

Fuente: Base de datos UNICA CIHUS, 2019

Tabla No. 1

El número de cumplimiento de las asesorías se encuentra dentro de la meta propuesta para el indicador, manteniéndose de forma ascendente en los últimos 3 años, resaltando que la inducción a proyectos aumento de forma significativa dado que se le propuso a cada investigador principal involucrar estudiantes como colaboradores fortaleciendo las tareas para el desarrollo de la investigación y formación de recurso humano; también se evidencia que durante el primer trimestre aumento el seguimiento a los GrupLAC y CvLAC con el objetivo de aplicar a la Convocatoria 833 de Colciencias “Convocatoria Nacional para el reconocimiento y medición de grupos de investigación, desarrollo tecnológico o de innovación y para el reconocimiento de investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación – SNCTel, 2018”

2.2 PROYECTOS EVALUADOS POR COMITÉ DE ÉTICA EN INSTIGACIÓN PORCENTAJE DE PROYECTOS APROBADOS POR EL CEIHUS.

No. de Proyectos Aprobados $\times 100 = \%$ 8 $\times 100 = 73\%$
No. de Proyectos Evaluados 11

Los proyectos presentados en el CIHUS, reciben una asesoría previa y acompañamiento para ser presentados en el Comité de Ética en Investigación del HUS (CEIHUS), lo que ha permitido que se aprueben adecuadamente los proyectos; para el primer trimestre 2019 se da un 73% de cumplimiento para este indicador en 4 comités realizados del cual uno de manera extraordinaria para aprobación de proyectos de gestión; la meta propuesta de aprobación de proyectos por parte del CEIHUS es de un 75% de los proyectos evaluados, es importante aclarar que los proyectos que no son aprobados corresponden a aquellos que presentaron fallas éticas, analíticas o no fueron viables en nuestro hospital.

Proyecto Aprobados por el CEIHUS. Comparativo 2017 – 2019



Fuente: Base de datos UNICA CIHUS, 2019
Grafica No 7

El porcentaje de cumplimiento de aprobación de proyectos durante los últimos 3 años se mantiene por encima del 70%, es importante precisar que el ideal es un indicador en el 100% de cumplimiento, pero existen factores externos al centro de Investigación que le afectan. El porcentaje de incumplimiento se encuentra en las investigaciones que vienen de las instituciones superiores donde ya tienen desarrollado la metodología y el plan de análisis y al realizar sugerencias por parte de los epidemiólogos propios de nuestro hospital no las tienen en cuenta; se ha implementado nuevas estrategias las cuales se esperan aplicar a partir del segundo trimestre del 2019, en las cuales se incluye, la realización de prueba piloto para identificar la viabilidad del proyecto en el HUS y el conocimiento de las variables, revisión exhaustiva de mínimo 30 referencias bibliográficas y el uso de la aplicación Mendeley.

RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO

Convenios

Para este trimestre se logró concretar 3 (tres) nuevos convenios

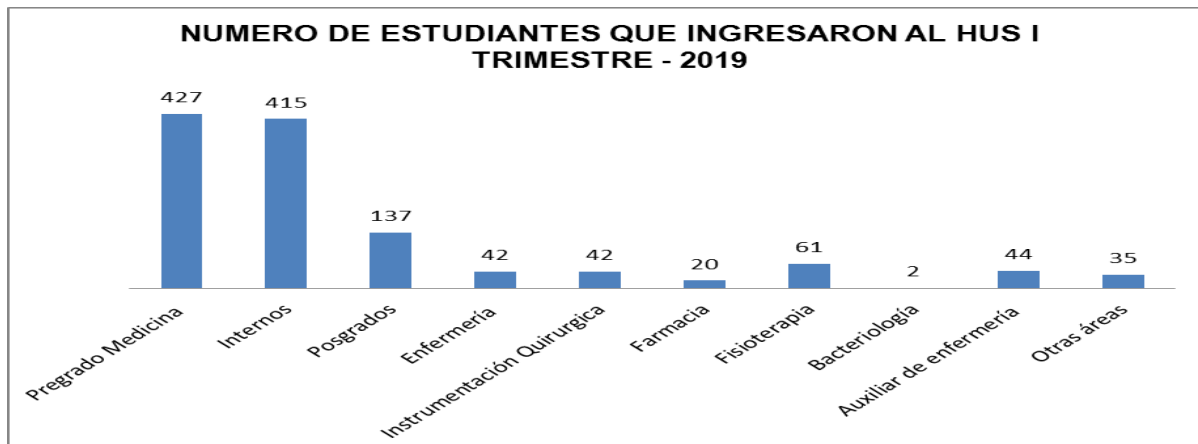
CONVENIO	INSTITUCIÓN	PROGRAMAS	BENEFICIOS
Interinstitucional	Universidad Antonio Nariño	Terapias Psicosociales	- Descuento del 10%, en el valor de la matrícula en los programas académicos y en actividades de educación continuada ofrecidas por la Universidad
			- Acceso a su biblioteca y asesoría sobre temas específicos que sean de especialidad de la Universidad.
			- Permitir la utilización de las instalaciones físicas de la Universidad para eventos de educación continuada que desarrolle el HUS
Docencia Servicio	INCAP	Auxiliar Administrativo en Salud y Auxiliar en Servicios Farmacéuticos	- Esta ofrecerá al HOSPITAL acceso a su biblioteca
			- Asesoría sobre temas específicos que sean especialidad de EL INSTITUTO.
			- Ofrecerá uso de sus instalaciones con solicitud previa y de acuerdo a la disponibilidad de EL INSTITUTO
Cooperación para el desarrollo de prácticas laborales formativas	Universidad Minuto de Dios	Profesionales administrativas (Administración de empresas, Psicología jurídica, comunicación social, Ingeniería industrial, ingeniería de sistemas, trabajo social, comunicación social)	Por otra parte se suscribió con esta institución un convenio de Colaboración adicional que tiene los siguientes beneficios: - Ofrecimiento a los colaboradores del HUS que se extiende a su núcleo familiar (hasta primer grado de consanguinidad) , un descuento del 10% , para el desarrollo de los programas técnicos laborales y/o cursos de educación continua
		Técnico profesional (En comunicación gráfica, Logística empresarial, Realización visual)	
Docencia servicio	Universidad Minuto de Dios	Psicología	- Acceso al HOSPITAL acceso a su biblioteca

			- Asesoría sobre temas específicos que sean especialidad de UNIMINUTO
			- Ofrecerá uso de sus instalaciones con solicitud previa y de acuerdo a la disponibilidad
			Por otra parte se suscribió con esta institución un convenio de Colaboración adicional que tiene los siguientes beneficios que se extienden a su núcleo familiar (cónyuge e hijos) :
			1. Programas tecnológicos: 25%
			2. Programas de Pregrado: 20%
			3. Programas de Posgrado: 20%
			4. Programas de Posgrado in house: 30%
			5. Educación continua: 10%

Actualmente se tiene un total de convenios así:

CONVENIOS	ACTUAL	INTERNACIONALES	INACTIVOS
Docencia servicio	<u>28</u>	3 internacionales	3
	TOTAL VIGENTES 25	Universidad Salerno Italia, Instituto National D'etue du Travel Et'orientation professionnelle de Paris y Universidad de la Rioja	Unilibertadores
			Quindío

Estudiantes



Fuente: Listado de estudiantes
Grafica No 8

Para este primer Trimestre se ha recibido en la Subdirección de Educación Médica un **total de 1225** estudiantes; se mantiene el predominio de los programas de medicina en el HUS, en especial en pregrado, especificando que en este consolidado de estudiantes, se incluyen las rotaciones base y electivas que se desarrollan en el HUS y en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

Estudiantes en electiva de investigación

En el modelo de Investigación de nuestro Hospital se tiene como meta incentivar a los estudiantes internos a realizar investigación, adhiriéndose a proyectos que se inician a desarrollar desde los docentes especialistas en cada uno de los servicios, para este trimestre se logró desde el mes de Marzo la inclusión de un estudiante interno como investigador principal del servicio de Ginecología en un proyecto de Investigación "Análisis del Determinante Social Sistema de Salud encontrado en las gestantes notificadas como morbilidad materna extrema (MME) en los años 2016, 2017 y 2018 en el Hospital Universitario de la Samaritana", el cual se encuentra en el ajuste del protocolo de investigación para ser presentado ante el CEIHUS, para los otros trimestres del 2019 se tiene como estrategia mantener 1 estudiante interno en electiva de Investigación.



Fuente: Base de datos UNICA CIHUS, 2019
Gráfica No. 9

Con la implementación del modelo de Investigación en nuestro hospital durante este primer trimestre se logró vincular estudiantes de diferentes carreras y especialidades los cuales contribuyeron al fortalecimiento de la investigación y nuevos conocimientos en nuestro hospital, es de resaltar que se presenta una prevalencia del 45% en estudiantes internos, lo que muestra que la estrategia de involucrar el modelo de investigación en el proceso de inducción y en las charlas magistrales durante este trimestre ha fortalecido las competencias en investigación de los estudiantes que rotan por nuestra institución, se espera para los otros trimestres del 2019 aumentar el número de residentes y mantener el número de internos.

Vinculación de estudiantes en reportes de caso

En esta modalidad de Investigación para este primer trimestre se vincularon 2 estudiantes residentes y 1 estudiante de pregrado del servicio Medicina Interna.

PQRS

Se recibieron un total de 4 PQRS por los dos procesos (docencia-investigación), en su mayoría correspondían a solicitudes de información de los cursos de Moodle. Estas fueron tramitadas en un 100%.

PAS

# Estrategia	Dimensión	Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	Observaciones I trimestre
	Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública					
22.1	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Obtención de la Certificación de Hospital Universitario	Realizar una nueva autoevaluación de hospital universitario (30%)	30%		No aplica para el trimestre
22.2			Elaborar planes de mejora producto de la autoevaluación de Hospital Universitario (30%)	30%		
22.3			Mantener la participación activa en dos Redes de investigación nacional (30%)	30%		
22.4			Recepción de visita por parte del ente Acreditador	10%		
23	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Cumplimiento del desarrollo del Modelo de Docencia e Investigación del HUS (III fase)	Cumplimiento del plan de acción para la vigencia avalado por la Gerencia y la Dirección Científica (100%)	100%	25%	1. Se realiza y propone el plan de acción para la vigencia 2019 y ejecutan las actividades propuestas en el I trimestre
24	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Mantener la Relación Docencia Servicio con Universidades Internacionales que	Presentación de propuesta a Universidades Internacionales	100%		No aplica para el Trimestre

		actualmente se tienen en convenio				
25.1	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Mantener el número de grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Seguimiento a todos los Grupos de Investigación avalados por Colciencias	50%	25%	1. Se tienen las actas de seguimiento por cada grupo de investigación avalado
25.2			Realizar la VI jornada de investigación del HUS	50%		No aplica para el trimestre

Avance de cumplimiento de las actividades para el I trimestre del 100%

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Dentro del plan de acción de comités institucionales para el Comité de Ética en Investigación CEIHUS, durante el primer trimestre del 2019 se han realizado 3 comités regulares y 1 extraordinario, este último se llevó a cabo con el fin de evaluar proyectos de gestión.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

En lo que respecta a este punto, se ha fortalecido la articulación con la Gobernación de Cundinamarca en el desarrollo de 2 cursos (Buenas prácticas clínicas y Atención integral a Víctimas de Violencia Sexual) para la Red de hospitales de Cundinamarca, con un seguimiento permanente y adecuada respuesta por parte de los médicos generales de estas instituciones.

Actualmente en la plataforma Moodle actualmente se adelantan los siguientes cursos:

Cursos Nuevos

1. Atención Farmacéutica
2. Inducción Colaboradores
3. Inducción Especialistas
4. Atención del Recién Nacido y Reanimación Neonatal (**Teórico – Práctico**)

Diplomados

1. Diplomado en prevención y atención a la persona con lesiones y heridas en la piel

Cursos Actualizados

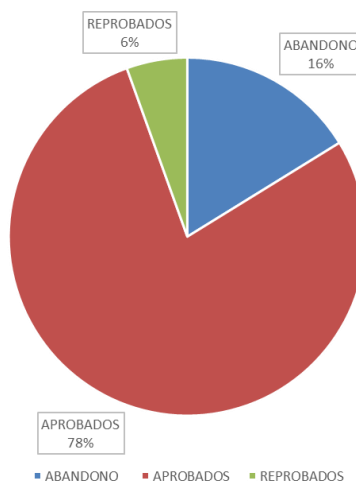
1. Inducciones estudiantes
2. Inducción internos y residentes
3. Historia Clínica
4. Actualización formato de certificado cursos virtuales

Cursos en proceso de realización

1. Gestión operativa de la donación de órganos

Cursos terminados

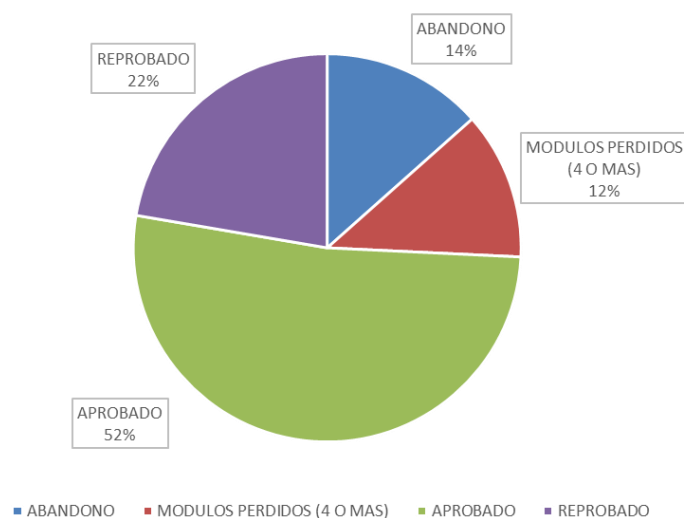
1. Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente



Total inscritos: 598
Abandono: 109
Aprobado: 526
Reprobados: 37

Fuente: Curso virtual Moodle
Grafica No 10

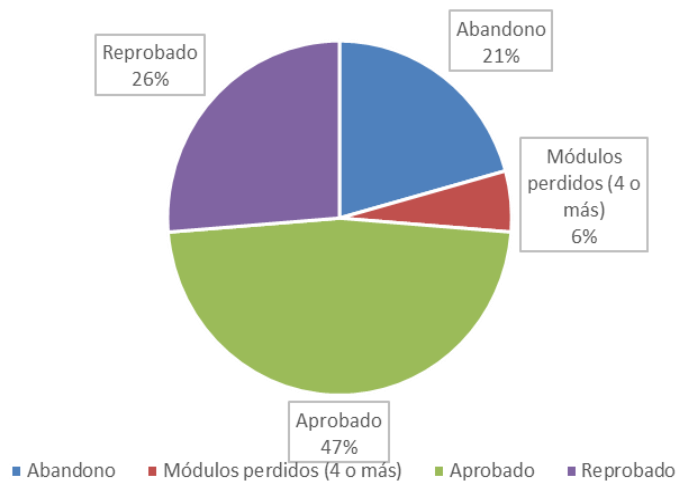
2. Atención integral a Víctimas de Violencia Sexual



Total inscritos: 600
Abandono: 84
Aprobado: 384
Reprobados: 132

Fuente: Curso virtual Moodle
Grafica No 11

1. Medicina Transfusional



Total Inscritos: 198
Abandono: 52
Aprobado: 94
Reprobado: 52

Fuente: Curso virtual Moodle
Grafica No 12

CURSOS INICIADOS EL 15 DE MARZO DEL 2019

1. Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente
2. Atención integral a Víctimas de Violencia Sexual

GESTIÓN

- **MANTENER EL NÚMERO DE GRUPOS DE INVESTIGACIÓN AVALADOS POR EL HUS, ANTE COLCIENCIAS.**

Se realizó seguimiento trimestral a 12 grupos de investigación reconocidos y categorizados ante Colciencias, y a 9 grupos de Investigación más que también se encuentran avalados por el HUS, durante el seguimiento se les socializó el comunicado que proyectó el CIHUS con aprobación desde gerencia donde se emitió los ítems relevantes para aplicar a la convocatoria No. 833 que se encuentra vigente en Colciencias “Convocatoria Nacional para el reconocimiento y medición de grupos de investigación, desarrollo tecnológico o de innovación y para el reconocimiento de investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación – SNCTel, 2018”, con el objetivo de dar cumplimiento a la actualización del GrupLAC desde el CvLAC de cada uno de los investigadores de nuestro hospital, así mismo se realizó una encuesta de autoevaluación a los líderes de los diferentes grupos de investigación.

- **ACREDITACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Se está llevando a cabo el levantamiento de la información solicitada del Auto enviado por el Ministerio de Salud y Protección Social, con respecto al primer documento que se presentó el pasado 14 de Diciembre de 2018. Se tiene el refuerzo de un estudiante de Administración de Empresas de la Uniminuto y una nueva integrante del equipo, que se trasladó del área de planeación al proceso de docencia para el apoyo de esta actividad.

- **VI JORNADA DE INVESTIGACIÓN DEL HUS**

Durante este primer trimestre se realizó la solicitud para el auditorio de la VI Jornada de Investigación a la Universidad Mayor de Cundinamarca con respuesta favorable, igualmente se realizó la invitación a dos conferencistas nacionales en los temas de Análisis de la información y Publicación de Artículos, se está en espera de la confirmación.

- **PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL AÑO 2017**

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 realizado desde el mes de febrero la socialización a los diferentes servicios del Hospital en las diferentes jornadas laborales, como

soporte se tiene el listado de asistencia. Con este instrumento se generan planes de mejoras frente a puntos de acreditación establecidos.

LOGROS

- ✓ Para dar cumplimiento a la veracidad de la información dada desde el Centro de Investigación se está realizando la depuración y actualización de la Base de Datos del CIHUS, en donde se registra cada proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación para su seguimiento.
- ✓ Asistencia a 2 reuniones del Nodo Centro - Bogotá de la Red Nacional de Ética en Investigación.
- ✓ Gestión de 3 artículos científicos para publicación del GII DER+, UTOS y Radiología respectivamente, en donde se apoyó con el pago en la revista para su publicación y con la traducción de uno de ellos.
- ✓ Apoyo al GII ORTHOHUS con el pago de una Investigadora Ortopedista para el proyecto de Investigación "Factores de riesgo de mortalidad en pacientes nonagenarios con fracturas de cadera durante el primer año posquirúrgico en el HUS del 2013 al 2018" para el análisis de resultados; construcción de manuscrito final y presentación en formato de la revista seleccionada.
- ✓ Socialización del Modelo de Investigación en la Unidad Funcional de Zipaquirá con el cuerpo docente de los servicios.
- ✓ Solicitud de apoyo al área de Comunicaciones para la divulgación del modelo de Investigación en el HUS, la convocatoria de Colciencias y la publicación del boletín de Investigación.
- ✓ Se realizó arreglo del depósito de la Subdirección de Educación Médica e Investigación.
- ✓ Compra de equipos de Simulación:

AUDITORIA MEDICA CONCURRENTE

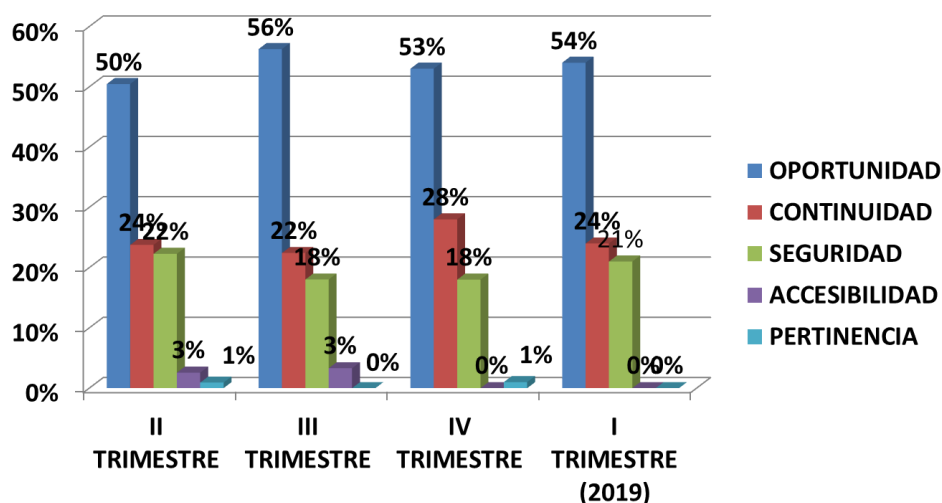
El área de Auditoria Concurrente del Hospital Universitario de la Samaritana se realiza continuo e integralmente seguimiento diario a la atención brindada a los pacientes hospitalizados por las diferentes especialidades y seguimiento mensual a los indicadores de GESTION propios de cada auditor e indicadores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

Indicadores de Gestión de Auditoria Médica Concurrente

PROPORCION DE NOVEDADES DE IMPACTO POR PACIENTES ASIGNADOS:

Durante el I TRIMESTRE del año en curso se identificaron 918 novedades de impacto por Auditoria Medica Concurrente las cuales fueron notificadas a las diferentes áreas implicadas tanto intra-institucionales como extra-institucionales que dependen directamente de la EAPB, esto con el objetivo de que las novedades internas del HUS sean gestionadas y resueltas, se identifica porcentualmente cual es el atributo con mayor afectación durante la prestación del servicio en el HUS como se describe en la siguiente gráfica:

GRAFICA N° 1 PORCENTAJE DE AFECTACION DE ATRIBUTO DE CALIDAD- NOVEDADES AUDITORIA COMPARATIVO II-III-IV TRIMESTRE 2018



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

Como se puede evidenciar durante los tres trimestres del año 2018 y el I trimestre del 2019, se identifica que el atributo de calidad con mayor afectación es OPORTUNIDAD, lo cual se encuentra atribuido a nivel intra-institucionalmente a que algunos procesos asistenciales no tienen definida claramente la oportunidad propuesta. En segundo lugar CONTINUIDAD es el atributo con mayor afectación, el cual se encuentra atribuido y relacionado directamente con los requerimientos de remisión a otras especialidades, para darle continuidad al manejo medico requerido. En tercer lugar SEGURIDAD es el atributo con mayor afectación, siendo mayor en el I trimestre del 2019, según el último informa del Comité de seguridad de la paciente auditoria medica está reportando el 17% de las novedades identificadas en el aplicativo, lo cual demuestra que búsqueda activa y la articulación con el programa institucional de seguridad del paciente.

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

NOVEDADES INTRAINSTITUCIONALES	NOVEDADES EXTRAINSTITUCIONALES
Inoportunidad de realización de procedimientos en cirugía vascular periférica, hemodinamia, por falta de insumos	Remisión a otras IPS por no contrato con algunas EPS
Inoportunidad por realización de procedimientos quirúrgicos por no haber disponibilidad de UCI post quirúrgica.	Inoportunidad por medicamentos e insumos ambulatorios (rivaroxaban, bolsas de carallas y colostomía retrovirales, antibióticos, enoxaparinas)
Tramite de consecución de insumos por parte de farmacia y compras	Tramite de oxígeno domiciliario.

Inoportunidad para realización de procedimientos no quirúrgicos por falta de preparación del paciente o daño de equipo (colonoscopia)	Remisión a otras especialidades como oncología, hematooncología, cardiovascular, coproctología y cirugía de tórax, Cabeza y Cuello
Inoportunidad para realización de procedimientos no quirúrgicos de radiología por motivo que no migra al sistema la orden del estudio.	Remisión a IPS de crónicos y PHD.
Inoportunidad en respuesta de interconsultas de Hematología, endocrinología, Radiología Intervencionista, reumatología.	Remisión a otro nivel de complejidad (II nivel)
Inoportunidad en programación de procedimiento de radiología intervencionista	Inoportunidad en autorización de procedimientos por la EPS.
no disponibilidad de cama en UCI	autorización de diálisis ambulatoria
inoportunidad en la realización y lectura de electromiografía, electroencefalogramas	autorización de exámenes no ofertados en el HUS, perfusión miocárdica, videocapsula, esfinteromanometria
inoportunidad en reportes de patología	autorización de plan canguro
Demora en toma de Imágenes Diagnosticas (Campimetria, RMN)	Demora Ayudas Dx extrainstitucionales
Demora por falta parametrización de hemodinamia en paquetes de neurocirugía	Remision Unidad Psiquiatrica
inoportunidad en programación y realización de ayudas diagnosticas de cardiología (ecocardiograma, reportes de holter, eco te, implante de marcapaso bicameral, arteriografía) y en programación de procedimiento en hemodinamia por disponibilidad de sala.	
biopsia de aspirado de medula ósea	
Inoportunidad en realización de ayudas diagnosticas (doppler portal, doppler venoso)	
no disponibilidad de cama en intermedio	
Inoportunidad en Inicio de trámites administrativos (autorizaciones- remisiones- etc)	
NO HUBO SISTEMA DESDE LA 10 AM a 4+30 PM EL VIERNES 8 FEBRERO	
9 enero daño en pletismografo	

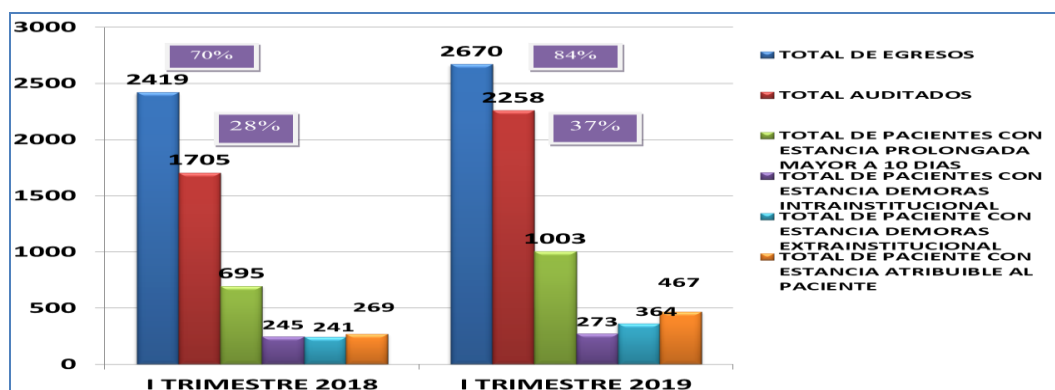
27 Y 28 enero reparacion de tac	
no disponibilidad de colonoscopio de enero 1 al 28 de enero 2019	

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

Se identifica en general en el I trimestre los mismos tipos de NOVEDADES, sin embargo se evidenciaron hallazgos Intra- institucionales relacionados con incremento de Inoportunidad en inicio de trámites administrativos (autorizaciones- remisiones), daños en fluoroscopio, tomógrafo y colonoscopio lo cual afecto circunstancialmente la oportunidad de la prestación del servicio.

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

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



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

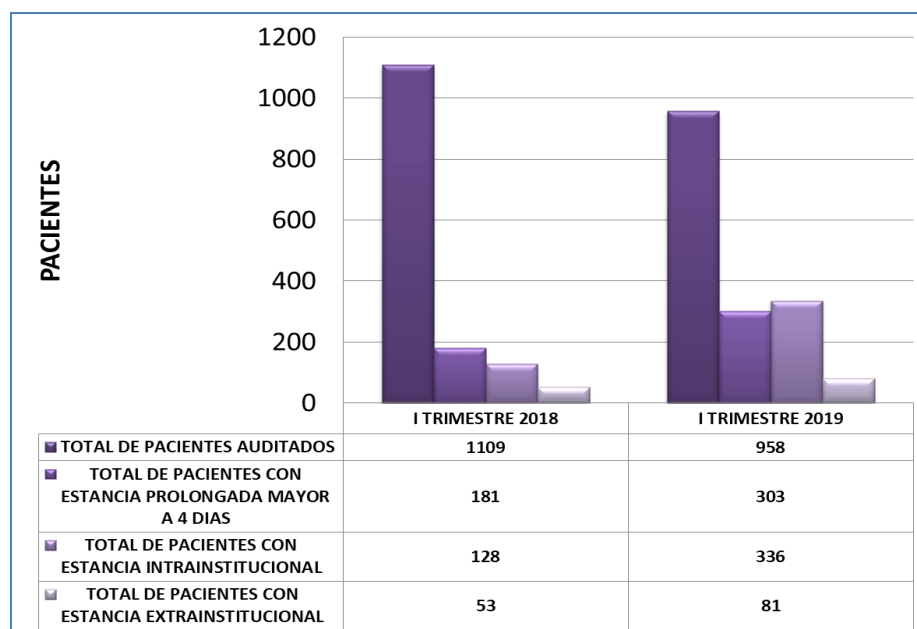
En la Grafica anterior se evidencia el comparativo consolidado de pacientes con estancia prolongada en hospitalización en relación al total de egresos en comparativo del I trimestre del 2018-2019, se evidencia claramente un incremento significativo en el total egresos de hospitalización del I trimestre del 2019 (giro cama 4,46) en comparativo del 2018 (giro cama 3,99), evidenciando claramente un incremento significativo, adicionalmente en relación al total de pacientes auditados sobre el total de egresados, evidenciando una incremento del 14%, lo cual demuestra aumento de cobertura del total de pacientes hospitalizados, atribuido a contar con el personal de auditoria completo y afinamiento de las actividades diarias del grupo auditor, no obstante se evidencia un incremento significativo del total de pacientes con estancia superior a 10 días con una relación directa con estancia atribuible

directamente a la condición clínica del paciente, es importante determinar que desde el último año se han incrementado dentro del perfil epidemiológico las patologías oncológicas, las cuales limitan mucho el egreso ya que son pacientes que ingresan al HUS, en muy mal estado general requerimiento manejo integral en unidades oncológicas existiendo muy pocas posibilidades ya que las EPS tienen muy poca red de prestadores para darle continuidad, por lo tanto los pacientes continúan en proceso de hospitalización sin indicación de egreso ambulatorio.

En relación al total de pacientes con identificación de demoras intrainstitucionales para ambos trimestres corresponden al 10% del total de egresos, lo cual demuestra que no se evidencio una variable significativa.

Es importante determinar que durante el mes de diciembre e inicios de enero se presentaron daños en el tomógrafo, colonoscopia y fluoroscopia, lo cual genero inoportunidad y de manera indirecta afecto la definición de conducta de algunos pacientes. Adicionalmente, se identifica que el plan de contingencia definido no era efectivo por lo tanto se solicitó a las áreas encargadas ajustar del procedimiento. En caso de requerirse, se cuenta con el porcentaje de estancias prolongadas discriminado por especialidades.

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



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

En el I trimestre del 2018 en total se atendieron en urgencias 4242 pacientes en total y en el 2019 un total de 5750 pacientes, evidenciando claramente un incremento significativo en el ingreso a urgencias por demanda espontanea de pacientes de diferentes EPS con contrato y sin contrato con el HUS, lo cual ha llevado a un sobrecupo constante dentro del servicio superando la capacidad instalada ofertada y la identificación de pacientes con estancia superior a 4 días, por no tener la disponibilidad de camas en hospitalización. En relación al total de pacientes auditados se evidencia un descenso eso atribuible a dos factores principalmente, el primero es que a partir del mes de octubre del 2018 se iniciaron unas reuniones administrativas en urgencias con duración de 2 horas lo cual afecta las actividades diarias en relación a auditoria de historia clínica, no obstante en dichas reuniones se activan barreras administrativas

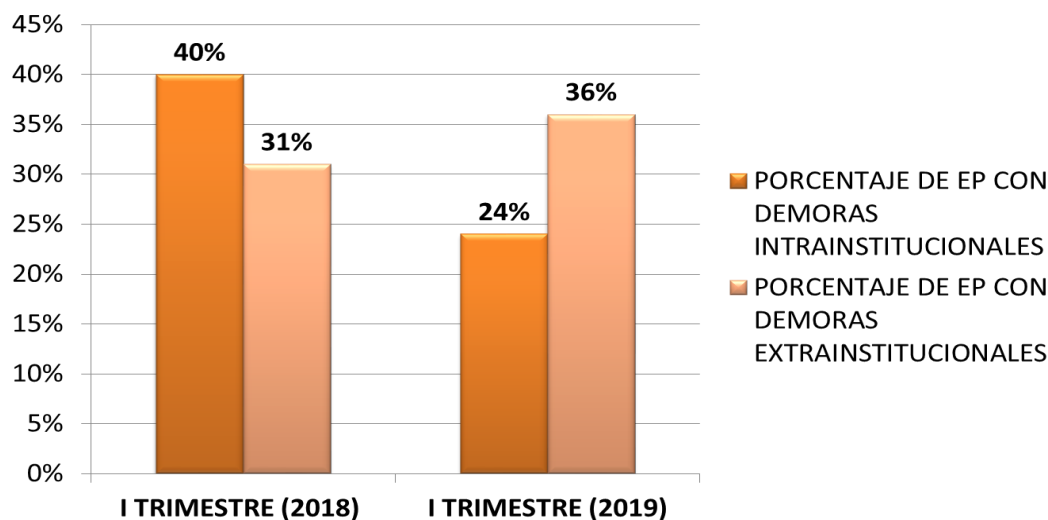
para los casos especiales de pacientes hospitalizados en dicho servicio; el otro factor fue la rotación de equipo auditor, por lo tanto en el mes de febrero se evidencia un descenso significativo del total de pacientes auditados mientras se presentaba el proceso de adaptación a la dinámica de urgencias.

El total de pacientes con identificación de demoras intra y extra- institucionales la variable identificada esta atribuible al incremento de pacientes con estancia superior a 4 días.

Se considera como recomendación para el servicio de urgencias, reconsiderar la DINAMICA DE VALORACION DIARIA DE PACIENTES, ya que se evidencia que los pacientes que aún no tiene orden de hospitalización son valorados cada 24 horas, lo cual afecta el giro cama dentro del servicio y hay pacientes con el resultado de los paraclínicos se podrían definir conducta de egreso. Adicionalmente, desde la Dirección científica se gestionó y a partir del mes de marzo ya se cuenta con disponibilidad nuevamente de subespecialidades como UROLOGIA, OFTALMOLOGIA y OTORRINO, lo cual se deberá ver reflejado en el próximo trimestre.

Por el histórico ya registrado se evidencia que hay especialidades que no generan orden de hospitalización de manera oportuna por lo tanto los pacientes duran más de 4 días en urgencias sin ser hospitalizados, dentro de los servicios identificados son urología y cirugía vascular periférico.

GRAFICA N°4 PORCENTAJE GENERAL DE PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS DEMORAS INTRA- INSTITUCIONALES Y DEMORAS EXTRA-INSTITUCIONALES EN EL HUS I TRIMESTRE 2018-2019



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

En la gráfica anterior se evidencia el porcentaje de pacientes con estancia prolongadas en el HUS con identificación de demoras intra- extra-institucionales, identificando claramente un mayor impacto en las demoras Extra-institucionales en relación a las Intra-institucionales en el I trimestre del presente año, estas dependen directamente del asegurado, no obstante, en el I trimestre del 2019 se evidencia un descenso significativo del 16% en relación al mismo trimestre del año inmediatamente anterior, ello atribuible a la gestión realizada, a los diferentes acuerdos de servicios formulados con los procesos determinados como críticos.

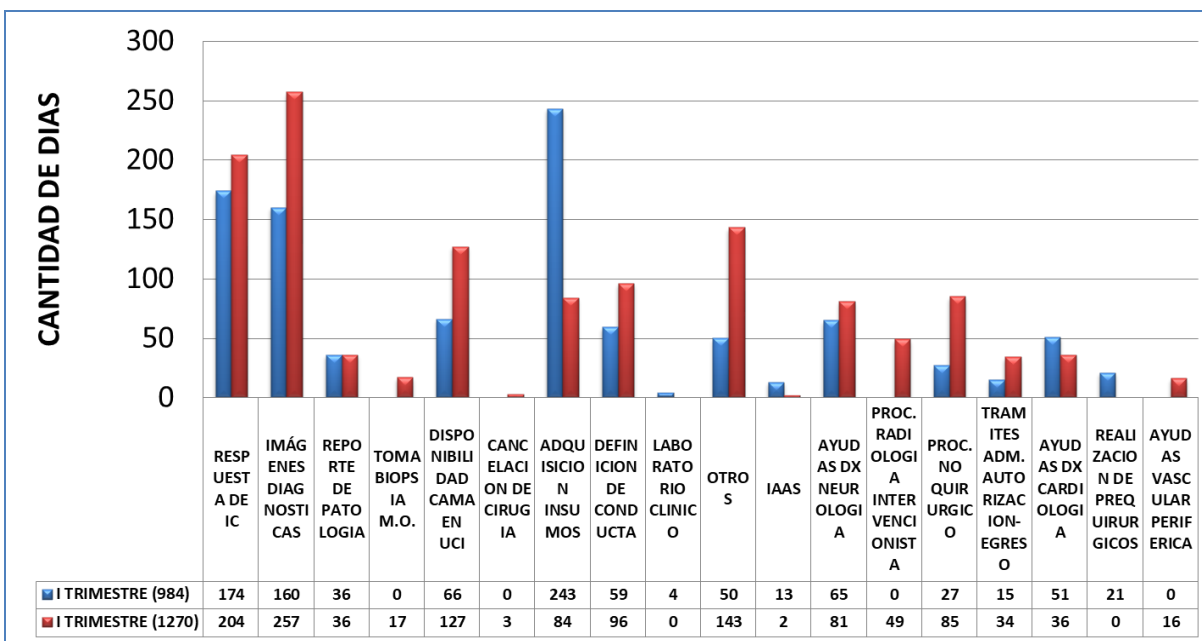
En relación a las demoras Intra-institucionales se evidencia en el I trimestre del presente año que los procesos que más están afectando este indicador son Inoportunidad en realización y lectura de ayudas diagnósticas de radiología, respuesta de interconsultas de subespecialidades, daños en equipos de gastroenterología, inadecuadas preparación para procedimiento no quirúrgicos (endoscopia, colonoscopia), inconsistencias en la administración de medicamentos (insulinas, antihipertensivos). Dicho lo anterior, en respuesta a los hallazgos reportados a la Dirección Científica se gestionó con administrativo para la reparación de todos los equipos de colonoscopia y por otro lado se encuentra en proceso de formulación de plan de contingencia operativa para realización de estudios extra-institucionales por daños en los equipos del HUS, y se generaron acuerdos para la divulgación de mantenimientos preventivos y correctivos de equipos con el fin de minimizar inoportunities atribuibles a estos factores y generar asertividad en la información suministrada.

En cuanto a las demoras extra- institucionales en hospitalización del I trimestre, se evidencio que las demoras que generaron mayor impacto fueron los tramites de remisión a otras especialidades como oncología, unidad de salud mental, UCI, Unidad de Cuidados Intermedios), remisiones por no contrato en el HUS, Tramites de autorizaciones por parte de las EPS de procedimiento quirúrgicos y no quirúrgicos, tramites de oxígeno domiciliario y tramite de autorización de unidad renal y plan canguro. En relación a estos hallazgos las EPS que están generando mayor afectación son Medimas en relación a autorización de procedimientos con códigos propios y remisiones a otras especialidades no ofertadas y Convida en relación a trámites de remisión a unidad oncología, oxígenos y diálisis.

En el proceso de urgencias las principales demoras identificadas en pacientes con estancia mayor a 4 días en el I trimestre fueron Inoportunidad de disponibilidad de cama en hospitalización, teniendo en cuenta que dentro del procedimiento de asignación de camas de hospitalización, el servicio de urgencias es la 3 opción de asignación adicionalmente en este trimestre se ha incrementado significativamente la realización de procedimiento quirúrgicos ambulatorios y hospitalarios, por lo tanto estos pacientes han sido priorizados para asignación de camas. Otro tipo de demora que genera impacto es la no disponibilidad de camas en UCI por lo tanto se identificaron en este trimestre 17 pacientes con soporte ventilatorio e inotrópico con estancia mayor a 4 días en reanimación, sin embargo en este trimestre en comparación a los anteriores se evidenciaron solo 5 pacientes con estancia mayor a 4 días con requerimiento de UCI, estos pacientes no fueron priorizados para ingresar a UCI adultos por el mal pronóstico que presentaban y algunos tuvieron diagnóstico de muerte encefálica con indicación de mantenimiento el cual no fue efectivo en 2 casos, dada esta situación se generó una reunión en cabeza de la referente de trasplantes para generar acuerdos de servicios.

En relación al porcentaje de demoras en urgencias Extra- institucional de pacientes con estancia prolongada en el HUS se identifica un incremento significativo de pacientes en remisión a otras especialidades (SALUD MENTAL, UCI, ONCOLOGIA), remisión por no contrato, autorización de oxígeno domiciliario, autorización por la EPS para realización de procedimiento quirúrgicos (INFORMACION DISCRIMINADA EN BASE DE DATOS DE AUDITORIA CONCURRENTE).

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



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

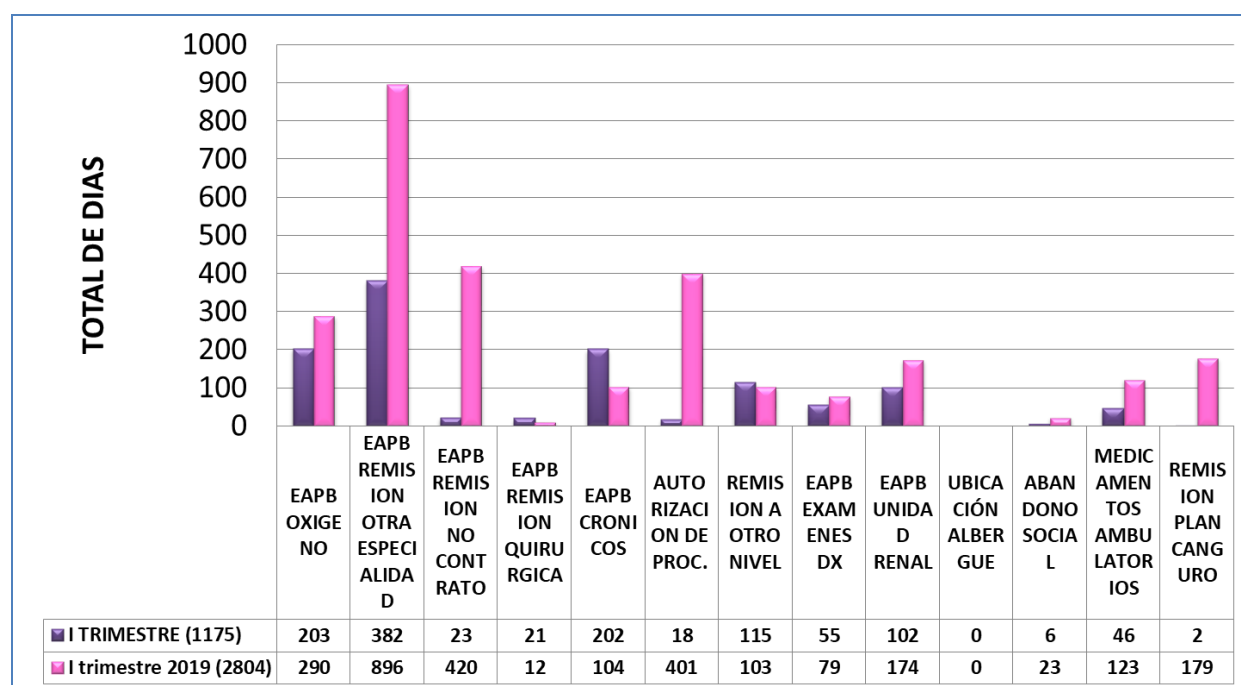
En la gráfica anterior se evidencia el total de días por tipo de demora discriminado en el I trimestre del 2018 y 2019, entre ambos trimestres se evidencia una diferencia significativa en el total de días, lo cual se encuentra relacionado a que en el I trimestre del 2018 hubo un subregistro ya que no hay datos de días por tipo de demoras correspondiente al mes de enero. No obstante, en el I trimestre del presente año se evidencian mayor impacto de inoportunidades en ayudas diagnosticas con un 20% del total de días de demoras identificadas en pacientes con estancia prolongada, en segundo lugar inoportunidad por respuesta de interconsultas de subespecialidades y especialidades no disponibles (reumatología, endocrino, hematología, urología, oftalmología y otorrino); en tercer lugar disponibilidad de cama en UCI correspondiente al 10%, el mayor impacto de este tipo de demora es en el servicio de urgencias; en cuarto lugar el tipo de demora identificado como otros con un 10% que corresponde a mantenimiento correctivo y/o preventivo de equipos (colonoscopia, fluoroscopia, pletismógrafo, entre otros) y demoras por inadecuada preparación de paciente para procedimientos y ausencia de administración de medicamentos por enfermería. Realizando análisis comparativo se evidencia una tendencia de mejora en relación a demoras por disponibilidad de insumos, en el I trimestre del 2018 este tipo de demora genero un impacto significativo en la estancia hospitalario-injustificada, sin embargo dado los ajustes en el proceso de planificación de compras se evidencio una mejora significativa.

Dicho lo anterior, durante este trimestre, se priorizaron algunos servicios para realizar acuerdos de oportunidad y mitigar estas eventualidades, los procesos que fueron abordados fueron: cardiología, se generó un acuerdo de servicio para realizar y socializar programación previa de procedimientos de hemodinamia y cardiología (ecocardiograma transesofágico) para que enfermería tenga conocimiento y no se presenten cancelación por preparación previa de los pacientes, adicionalmente se concertó la necesidad de realizar un procedimiento de

criterios clínicos para procedimientos de hemodinamia, ya que se han evidenciado múltiples cancelaciones por hipertensión e hiperglicemias. Se generaron acuerdos para formular procedimiento de plan de contingencia por trabajo social – radiología en caso de daños de equipos; se gestionó con la dirección científica para el arreglo de todos los colonoscopios para tener de respaldo en caso de daños.

No obstante, en el próximo trimestre se priorizará realizar acuerdos de servicios con el grupo de radiología (programación- lectura), ya que es las inoportunidades identificadas generan un impacto significativo.

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



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

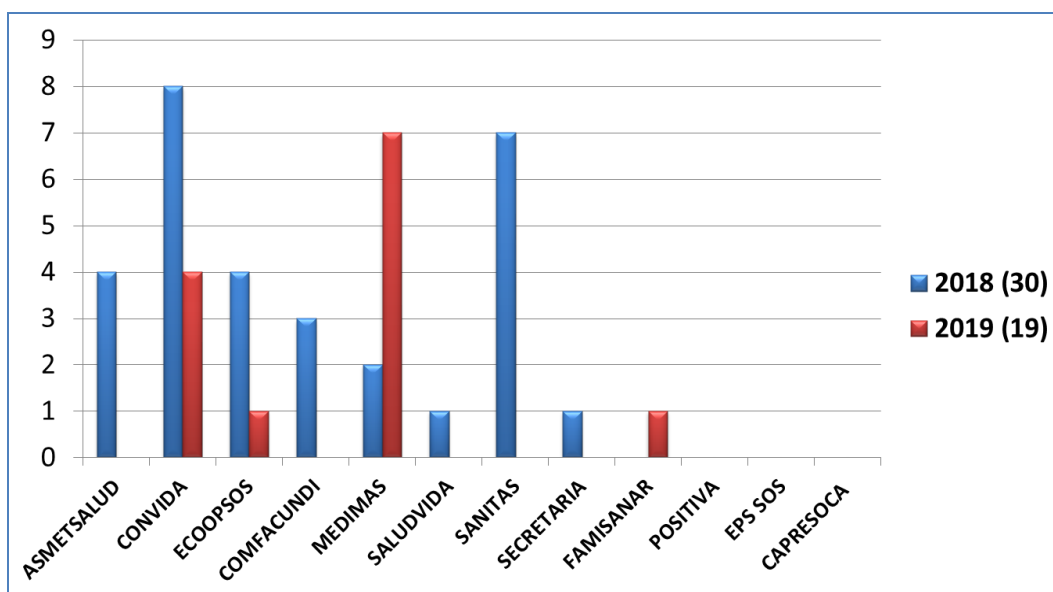
En la gráfica anterior se evidencia el total de días por tipo de demora discriminado en el I trimestre del 2018 y 2019, entre ambos trimestres se evidencia una diferencia significativa en el total de días, lo cual se encuentra relacionado a que en el I trimestre del 2018 hubo un subregistro ya que no hay datos de días por tipo de demoras correspondiente al mes de enero.

Sin embargo, los tipos de demoras que han generado mayor impacto en las estancias intrahospitalaria en el I trimestre del 2019, han sido los siguientes: en primer lugar las remisiones a otras especialidades (oncología, unidad de salud mental y especialidades no ofertadas en el HUS) correspondiente a un 32%, en segundo lugar remisiones por no contrato que tienen mayor impacto en el servicio de urgencias con un 15%; en tercer lugar inoportunidad por autorización de la EPS de procedimiento quirúrgicos, por otro lado no se obtienen autorizaciones por inconsistencia en los códigos por tratarse de códigos internos no homologables (Famisanar, Nueva EPS, Medimás); y por último el

cuarto tipo de demora extra- institucional con mayor impacto fue autorización de oxígeno domiciliario con una 10%, ya que las EPS de mayor representatividad Medimás y Convida, presentaron suspensión de contratos con los proveedores de este servicio.

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

GRAFICA N° 7. ACOMPAÑAMIENTO DE AUDITORIA CONCURRENTE EXTERNA



Fuente de información: Actas de seguimiento mensual con las EAPB 2019

En la gráfica anterior se evidencia la cantidad de acompañamientos de seguimiento a auditoría externa de las diferentes EPS, se evidencia claramente un ascenso en relación a la EPS actualmente de mayor representatividad MEDIMAS a partir 2019 se incrementó significativamente el total de pacientes hospitalizados de dicha EPS, y con Convida a pesar de que en el 2019 se activó el contrato el volumen de pacientes ha estado limitado, por lo tanto los hallazgos evidenciados en relación a tramites extra-institucionales han sido reportados al correo electrónico del coordinador de Sac Consulting, firma auditora de Convida, para la respectiva gestión.

ESTANCIA PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

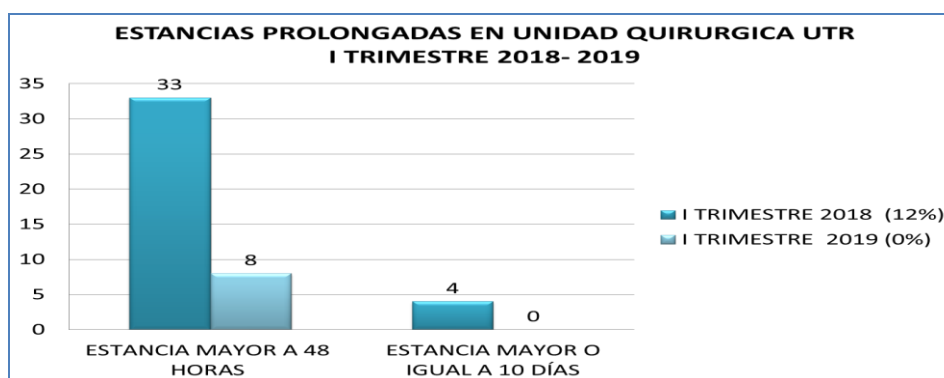
Durante el I trimestre del año en curso se auditaron todos los pacientes de UTR y programados a procedimientos quirúrgicos tanto ambulatorio como de hospitalización, identificando los siguientes hallazgos relevantes:

- La hora de inicio de cirugía establecida por la institución es a las 7:00 am para algunas especialidades y subespecialidades, en el mes de Marzo se tomó como acción correctiva para este hallazgo que la entrada del

personal auxiliar de enfermería iniciara a las 6:30 am, durante el primer trimestre del año 2019, se evidencia un adecuado cumplimiento al inicio de los procedimientos quirúrgicos en su mayoría, sin embargo, continúan casos excepcionales en donde se evidencian retrasos y demoras para el ingreso de los pacientes al quirófano por parte del personal de enfermería turno noche, logrando evidenciar pacientes en la entrada del servicio de salas de cirugía, causando al turno de la mañana retraso en los tiempos quirúrgicos de ingreso al paciente al quirófano.

- Aun se logra evidenciar la Insuficiencia en cuanto al seguimiento directo de las especialidades a los pacientes autorizados de cirugía, lo cual genera retrasos y vencimiento de la orden para la programación de los procedimientos quirúrgicos generando afectación a la institución, durante este trimestre se continua con la priorización, y se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes, en este caso, cirugía general, otorrino, y urología realizando su respectiva retroalimentación directamente al coordinador de cada una de las especialidades, y subdirector científico.
- Se logra evidenciar un desabastecido material quirúrgico para el servicio otorrino (endoscopio nasal), cirugía de cabeza y cuello y urología, solicitud de insumos con 8 días de anticipación y realización de una lista prequirúrgica.
- En el servicio de neurocirugía programan pacientes con requerimiento de cama en uci y si esta no está disponible se cancela sin ningún tipo de gestión. Esto se retroalimento a programación quienes llegaron a la conclusión de mantener la disponibilidad de 24 horas de su respectiva sala y así mismo gestionen y prioricen según clínica de cada paciente,
- Escases de camas para hospitalizar los pacientes en pop quirúrgicos ambulatorios y de urgencias quedando represados en el servicio de recuperación, causando bloqueo en las salas de cirugía ya que no hay espacio para trasladar los pacientes del programa quirúrgico al servicio de recuperación.

GRAFICA N° 8. COMPARATIVO ESTANCIAS PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA I TRIMESTRE 2018-2019



Fuente: Información tomada de la verificación de Estancias Unidad quirúrgica I trimestre 2019. Área Auditoria Médica

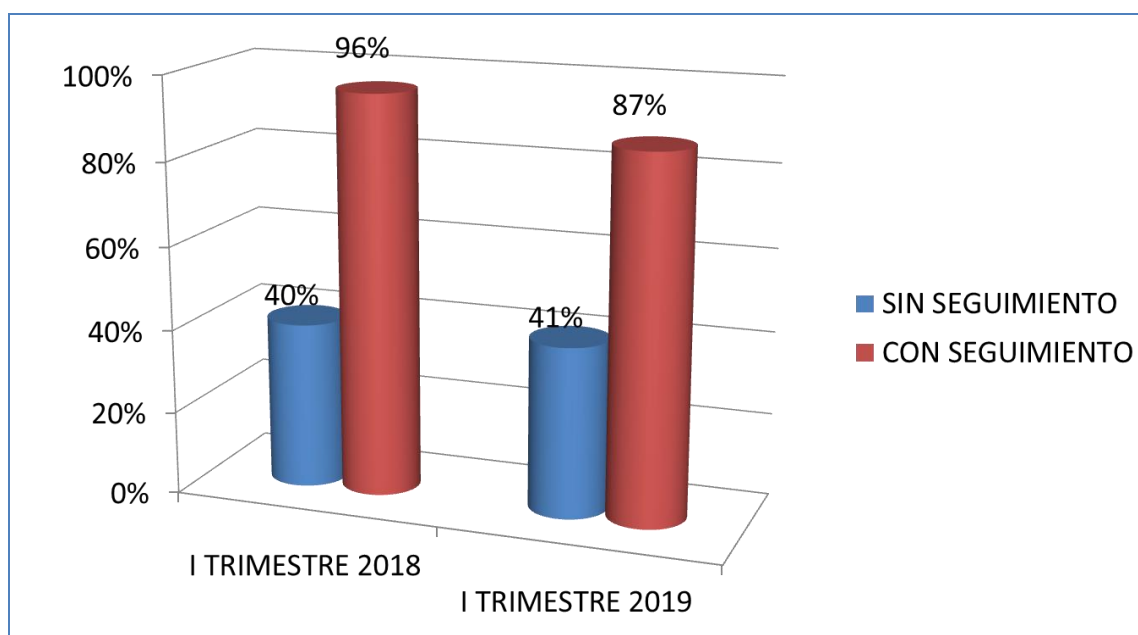
En la gráfica anterior se puede evidenciar un descenso progresivo con respecto a los pacientes en cuidados postquirúrgicos que presentan estancia mayor a 48 horas tanto en UTR como en recuperación quirúrgica, en el I trimestre del 2018 se identificaron en total 33 pacientes con estancia mayor a 48 horas y de los mismos 8 con estancia mayor a 10 días, por no disponibilidad de camas en UCI, esto fue asociado a afectación del giro cama de la unidad por presencia de pacientes crónicos, no obstante, en comparación con el I trimestre del presente año, solo se evidenciaron 8 pacientes con estancia mayor a 48 y ningún pacientes con estancia mayor a 10 días, lo cual está asociado principalmente al incremento del giro cama de la Unidad de cuidados intensivos e intermedios. Dicho lo

anterior, las diferentes especialidades realizaron la remisión a Capresoca, Medimás y Ecoopsos, por no disponibilidad de cama en UCI, la no fue efectiva por tratarse de pacientes en posoperatorio y por no tener disponibilidad de cama en UCI en otras IPS.

1.2.1 PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS

GRAFICA N° 9. PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS COMPARATIVO I TRIMESTRE 2018-2019

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

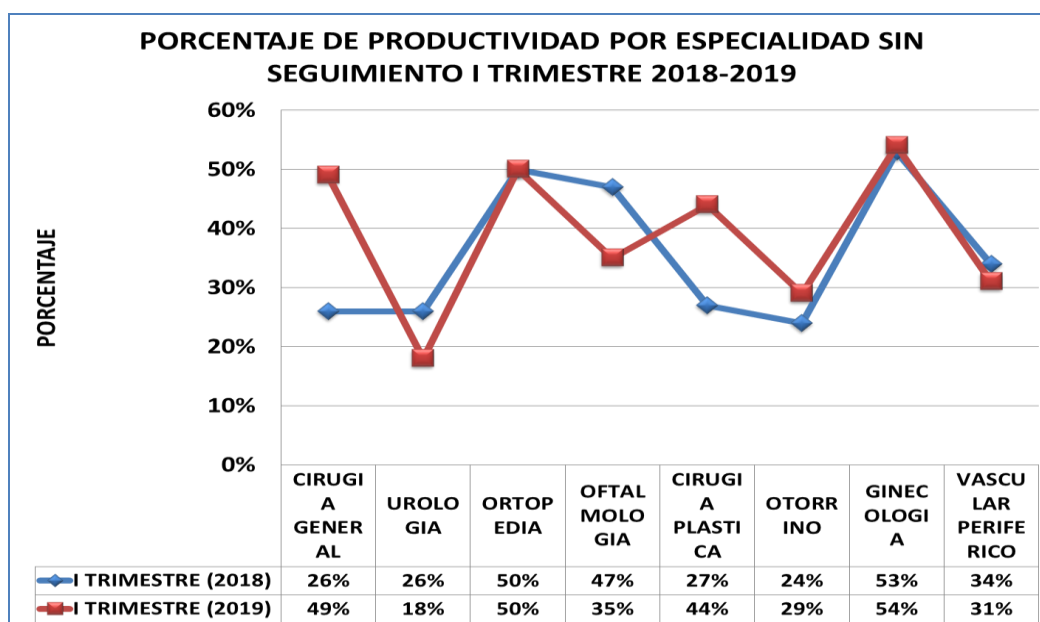


Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente I TRIMESTRE 2019- Área Auditoria Concurrente.

La anterior grafica es un comparativo del porcentaje de productividad sin seguimiento y con seguimiento del I trimestre del 2018 y del 2019, evidenciando que la productividad de las especialidades en relación a las hojas de rutas ambulatorias radicadas no presenta una variable significativa sin seguimiento ya que en el 2018 correspondió al 40% y el 2019 al 41%, sin evidenciar una variable significativa, esto comportamiento esta atribuido a que las especialidades una vez la hoja de ruta es radicada son ellos mismos los que programan según la disponibilidad del especialistas, salas y disponibilidad de insumos e instrumental necesario para realizar algunos procedimientos; en relación a este último factor no hubo disponibilidad de endoscopio nasal, separador de urología, daño equipo fluoroscopio, daño control de la mesa quirúrgica de la sala # 3, no disponibilidad de metil celulosa para proteger la córnea, falta de válvulas aórticas y mitrales para cirugía de corazón, hemoloc morados, tijera endoscópica, ligashur para cirugía de cabeza y cuello, terminación de contrato de los equipos estimulador del nervio facial y neuroestimulador, polidocanol 1% y 3%, entre otros, esto contribuyó a que algunos procedimientos autorizados por las diferentes EAPB no se hayan podido realizar durante este trimestre.

No obstante, en relación al porcentaje de productividad con el seguimiento respectivo en el I trimestre del 2018 corresponde al 96% y en el 2019 al 87%, esta diferencia significativa entre ambos trimestres esta atribuido a que el seguimiento del mes de marzo es culminado en el mes de abril, una vez se termine dicho seguimiento el porcentaje final se encontrara en zona de seguridad, dispuesto para el indicador.

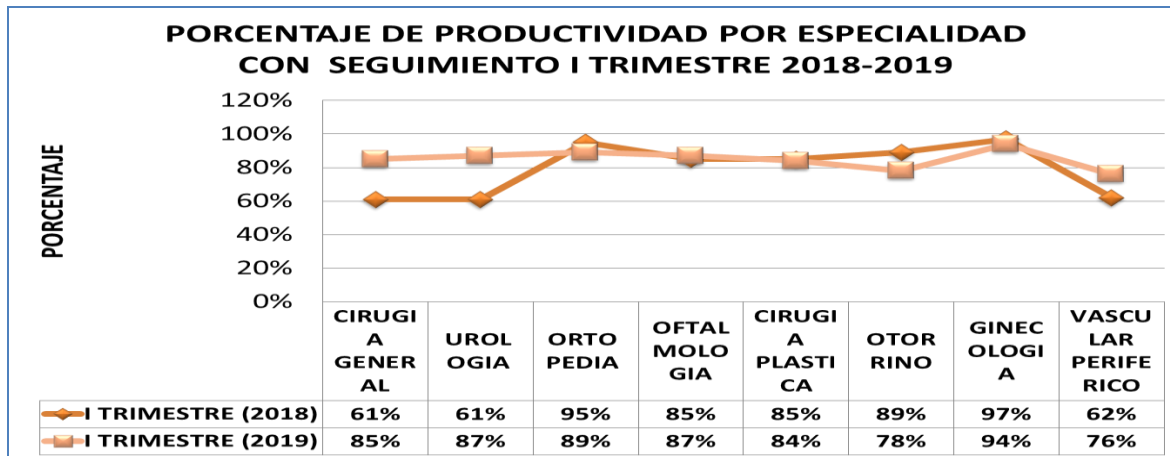
PRODUCTIVIDAD COMPARATIVO DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD SIN SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2018- 2019:



GRAFICA 10. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente UNIDAD QUIRURGICA- Área Auditoria Concurrente

Como se puede observar en la gráfica anterior el comportamiento de programación de procedimiento quirúrgico autorizados en la mayoría de especialidades fue similar en el I trimestre del 2018 y del 2019, sin embargo se evidencia una variable en el comportamiento de las especialidades de cirugía general y cirugía plástica donde la producción sin seguimiento en el I trimestre del 2019 presento un incremento significativo atribuido a compromisos adquiridos con la especialidad por lo tanto las mismas han tratado de programar al día con el radicado de las hojas de ruta. No obstante, se evidencian especialidades críticas como urología, cirugía vascular periférica y otorrino las cuales tienen un porcentaje de productividad inferior al 31% por lo tanto fueron priorizadas para realizar seguimiento por auditoria de la unidad quirúrgica por riesgo de vencimiento de autorizaciones.

**PRODUCTIVIDAD COMPARATIVO DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD CON SEGUIMIENTO I TRIMESTRE
2018- 2019:**



Grafica N°11. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente UNIDAD QUIRURGICA- Área Auditoria Concurrente

Con el seguimiento por especialidad realizado por auditoria concurrente en el I trimestre 2019 alcanza un 87% en general con seguimiento. Para el mes de Enero, Febrero y marzo, cabe resaltar, este último mes se encuentra con un 78%, ya que, continua en proceso de auditoría la cual culmina hasta el mes de abril, se evidencia un total de 602 hojas de ruta radicadas. En la gráfica anterior, se evidencia en comparativo del 2019 con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior, en general una tendencia de mejora de productividad por las especialidades de cirugía general, oftalmología, cirugía vascular periférica y urología, presentaron un leve descenso ortopedia debido a las falta de algunos insumos (separadores) lo cual limito la programación y otorrino por no disponibilidad de instrumental quirúrgico, el cual ya está priorizado para la tercera compra de la vigencia actual.

Actualmente sin ninguna vencida, pero con riesgo las hojas de ruta de CIRUGÍA PLÁSTICA y OTORRINO, por motivos de estado de compra de materiales, asimismo, en las otras especialidades se evidencia procedimientos con fecha vencida y/o procedimiento cancelado por cambio de diagnóstico, sin embargo, el porcentaje de productividad con seguimiento se encuentra superior a la meta establecida para dicho indicador.

También se puede observar el ascenso progresivo del total de pacientes autorizados ambulatoriamente por las diferentes EPS para realización de procedimiento en el HUS, esto se encuentra relacionado directamente con la relación contractual con las diferentes EPS que mes a mes se ha ido consolidando. Se identificaron algunas limitantes para realización de seguimiento como lo fueron: contacto telefónico del paciente errado, ausencia de insumos como endoscopio nasal, separador de urología, daño equipo fluoroscopio, daño control de la mesa quirúrgica de la sala # 3, no disponibilidad de metil celulosa para proteger la córnea, falta de válvulas aorticas y mitrales para cirugía de corazón, hemoloc morados, tijera endoscópica, ligashur para cirugía de cabeza y cuello, terminación de contrato de los equipos estimulador del nervio facial y neuroestimulador, polidocanol 1% y 3%, este se obtiene por propia gestión del mismo especialista, guantes estériles 71/2 y 61/2, este actualmente sin dispensar la cantidad requerida por el personal de enfermería para el pedido semanal de salas de cirugía por parte del área de almacén con la justificación de estar en proceso de compra.

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

1. **DATOS INSUFICIENTES:** pacientes autorizados sin programar con Imposibilidad para realización de seguimiento por contacto de pacientes por no actualización o datos incorrectos de numero de contacto en la historia clínica y en la ruta quirúrgica.
2. **FALTA DE INSUMOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:** ausencia de insumos como endoscopio nasal, separador de urología, daño equipo fluoroscopio, daño control de la mesa quirúrgica de la sala # 3, no disponibilidad de metil celulosa para proteger la córnea, falta de válvulas aorticas y mitrales para cirugía de corazón, hemoloc morados, tijera endoscópica, ligashur para cirugía de cabeza y cuello, terminación de contrato de los equipos estimulador del nervio facial y neuroestimulador, polidocanol 1% y 3%, este se obtiene por propia gestión del mismo especialista, guantes estériles 71/2 y 61/2, este actualmente sin dispensar la cantidad requerida por el personal de enfermería para el pedido semanal de salas de cirugía hacia el área de almacén con la justificación de estar en proceso de compra.
3. **PARTE DEL PERSONAL MEDICO ESPECIALISTAS SE AUSENTAN POR MOTIVOS JUSTIFICABLES:** Se evidencia retraso de los procedimientos quirúrgicos por parte de los especialistas como ortopedia, urología, oftalmología.
4. **NO PREPARACION DEL PACIENTE ANTES DE LA CIRUGIA:** Se evidencia que los pacientes no son preparados antes del procedimiento; ingresan al quirófano con prótesis dental ,hipertensos ,algunos de los pacientes que se encuentran en el programa los servicios de hospitalización no realizan el traslado oportuno al quirófano , en cuanto a los pacientes ambulatorios a pesar de informar la importancia de la toma de los antihipertensivos y llegada puntual al área ambulatoria algunos de estos no cumplen causando cancelaciones quirúrgicas .
5. **SEGUIMIENTO A LAS ESPECIALIDADES:** Durante el I trimestre se priorizo y se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes, se plasmó la retroalimentación directamente al líder y/o coordinador de cada una de las especialidades, como consecuencia a esto, se programan jornadas quirúrgicas, el cual, se deja un quirófano de más, dando prioridad a las cirugías ambulatorias y evitando así el vencimiento de las hojas de ruta.

INTERVENCIONES REALIZADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

- Se participó en el comité quirúrgico que se retomó en el mes de febrero, allí se socializaron los diferentes hallazgos identificados por auditoria médica concurrente a todas las especialidades quirúrgicas, como la productividad, hallazgos de consentimiento informado y entre otras, generando sensibilización y compromiso por parte de las mismas.
- Auditoria diaria de consentimiento informado a los pacientes que son programados para los procedimientos quirúrgicos, si se observa hallazgos a la revisión de este se devuelve a la especialidad para que sea corregido y diligenciado adecuadamente.

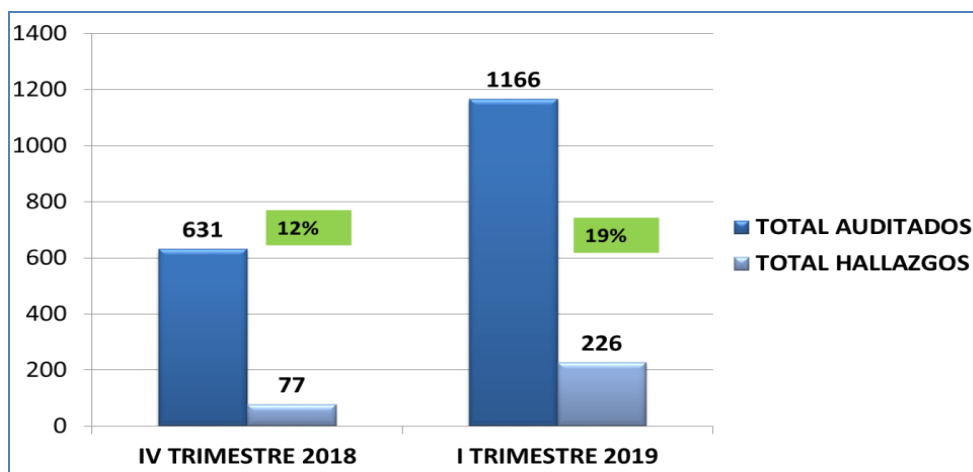
- Se realizó auditoria de todos los pacientes con órdenes vencidas contactando cada uno de ellos vía telefónica, para renovar las órdenes vencidas por la EPS para agilizar procesos y liberar represa de procedimientos quirúrgicos de todas las especialidades.
- Se sugirió al servicio de otorrino y urología para que revisen las cirugías próximas a vencer y programar los pacientes que actualmente se encuentran atrasados en la lista de espera quirúrgica

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La inoportunidad que se presenta en diferentes actividades durante la atención en salud. El proceso de Auditoria concurrente ha podido determinar los factores que contribuyen a que ello suceda. A continuación, los principales hallazgos identificados los siguientes y se exponen sugerencias a líder de proceso:

- Se evidencia que el turno de la noche debe dejar a los pacientes de procedimiento quirúrgico de las 7:00 am pedidos para salas de cirugía y listos para ingresar y no se está realizando lo que puede generar retrasos en las cirugías, por tanto se reportó a coordinadora de salas de cirugía Ruth Chaparro con el fin de realizar la respectiva retroalimentación a cada uno de los turnos en cuanto a la entrega adecuada de turno de enfermería. además de dificultad en cuanto al cumplimiento de los pacientes del INPEC debido a que por su localización geográfica (centros de reclusión como Guaduas, Villavicencio) continúan retrasos al momento de llegar al hospital, a pesar de que se envía por correo la cita del procedimiento con 8 días de anticipación
- Se debe continuar con el procedimiento en el área de programación de cirugía desde el momento que se tenga la orden del evento quirúrgico autorizada por los especialistas, se debe realizar la correcta programación del procedimiento, incluyendo todos los insumos y disponibilidad de los equipos necesarios para evitar las cancelaciones y retrasos al momento de la realización de la cirugía
- Es importante continuar con monitoreo y seguimiento a diario de los pacientes de consulta externa de la unidad quirúrgica para así generar un aumento en la productividad de las cirugías, así mismo no generar reprocesos en la en las autorizaciones de los procedimientos en especial a los pacientes que viven en áreas rurales. Se recalca la importancia de realizar un seguimiento a diario para retroalimentar la base de datos e identificar los posibles factores que atribuyen a la no programación por parte del paciente pese a su previa autorización por parte de EAPB.
- Es importante continuar con el fortalecimiento a las especialidades esto para que los especialistas continúen con la solicitud de las remisiones de manera oportuna con las EAPB para la ubicación de los pacientes en el servicio de UCI. Se evidencia en el servicio de neurocirugía es inoportuno a la hora de realizar las remisiones teniendo que retroalimentar varias veces para que las realicen en el sistema.
- No disponibilidad de cama para hospitalización de los pacientes pop quirúrgicos ambulatorios y urgenciados; estos son trasladados al servicio ambulatorio hasta ser asignada una habitación o revalorar conducta de egreso por los especialistas, lo cual puede retrasar todo el programa quirúrgico por no tener espacio para la recuperación de pacientes.

- En relación al seguimiento realizado al diligenciamiento del consentimiento informado se realiza comparativo en la gráfica anterior del IV trimestre del 2018 con el I trimestre del 2019, ya no existen datos de seguimiento del I trimestre del 2018:



GRAFICAS N°12. Fuente: Base de seguimiento– Auditoria Concurrente 2019.

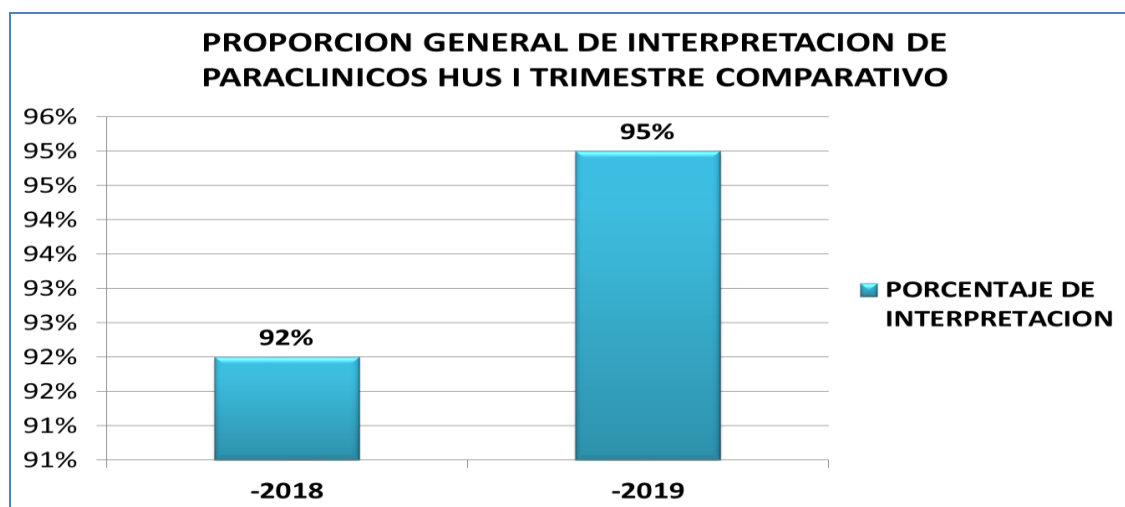
Durante el proceso de seguimiento por auditoria medica concurrente en Unidad Quirúrgica a partir del II trimestre, se realiza seguimiento diariamente a los consentimiento informados de los pacientes programados para el siguiente día, realizando retroalimentaciones respectivas a los grupos quirúrgicos, por lo tanto se evidencia en la anterior grafica que en el I trimestre del 2019 se incrementó la cobertura de la auditoria realizada al consentimiento informado, en total se auditaron 1166 consentimientos informados de los cuales 266 tenían algún tipo de hallazgo en el diligenciamiento, lo cual corresponde al 19% , que comparación con el trimestre inmediatamente anterior correspondía al 12%, esto está directamente relacionado con el incremento de consentimientos informados auditados.

Es importante tener en cuenta que se logra evidenciar que las especialidades están presentando falencias en el diligenciamiento de los ítems: (autorización toma de fotografía y consentimiento sustituto), por lo tanto se realizó requerimiento al comité de historias clínicas y Comité de Ética para que definan la necesidad de ajustar en el formato la toma de fotografías, ya que las especialidades generalmente no diligencian este ítem y por otro lado los pacientes, están haciendo requerimientos formales de fotografías tomadas durante la intervención quirúrgica y ello con lleva a una implicaciones médico legal. Por otro lado se les socializo a las especialidades con mayor porcentaje de hallazgos como lo fueron anestesia, ortopedia, cirugía general; a la fecha solo falta urología.

OPORTUNIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE PARACLÍNICOS DE LABORATORIO Y APOYO DIAGNOSTICO

PROPORCION INTERPRETACION DE PARACLINICOS

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



GRAFICA N°13. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente I trimestre 2019.

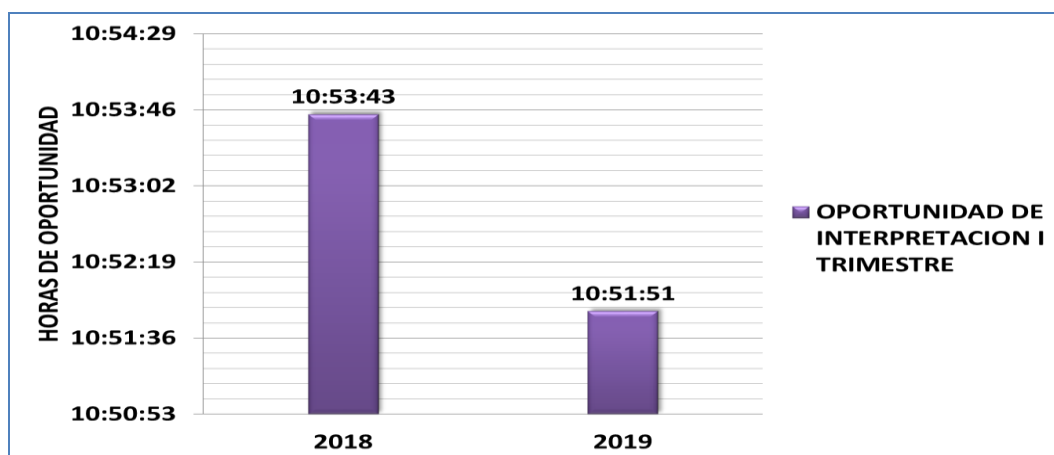
Para este indicador se considera una meta de cumplimiento igual o mayor al 95% en un rango de seguridad, la medición es realizada de manera retrospectiva a partir del III trimestre del 2017, en la gráfica anterior se realiza una comparación del I trimestre del 2018- 2019, identificando claramente un ascenso significativo en relación al porcentaje general de interpretación de paraclínicos de todas las especialidades médicas, esto atribuido a las retroalimentaciones realizadas en relación a la importancia de interpretar dentro de la historia clínica todos las ayudas diagnosticas validadas. Es importante aclarar que este año se considerara continuar con la misma metodología de medición o modificar la misma haciendo uso de la interpretación obligatoria en dinámica gerencial con la respectiva migración. En conclusión se evidencia un gran avance y se espera poder avanzar para mitigar las limitantes en relación a la efectividad y eficacia de la medición realizada. (INFORMACION DISCRIMINADA POR ESPECIALIDAD EN BASE DE DATOS DE AUDITORIA CONCURRENTE)

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

1. Se evidencia una falla relevante entre la interfase de DGH y CARESTREAM, ya que la fecha de realización y reporte del examen no corresponde a la identificada en Dinámica Gerencia (resultados de procedimientos), de igual forma se evidencian imágenes diagnosticas que en el momento del egreso aún no se evidencia lectura oficial lo cual contribuye ocasionalmente a que el mismo no quede interpretado.
2. Cuando la lectura es subida de manera manual al PACRIPS dentro del proceso de validación, la misma no migra a DGH.

OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DE LABORATORIO EN EL HUS COMPARATIVO I TRIMESTRE 2018-2019.

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



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

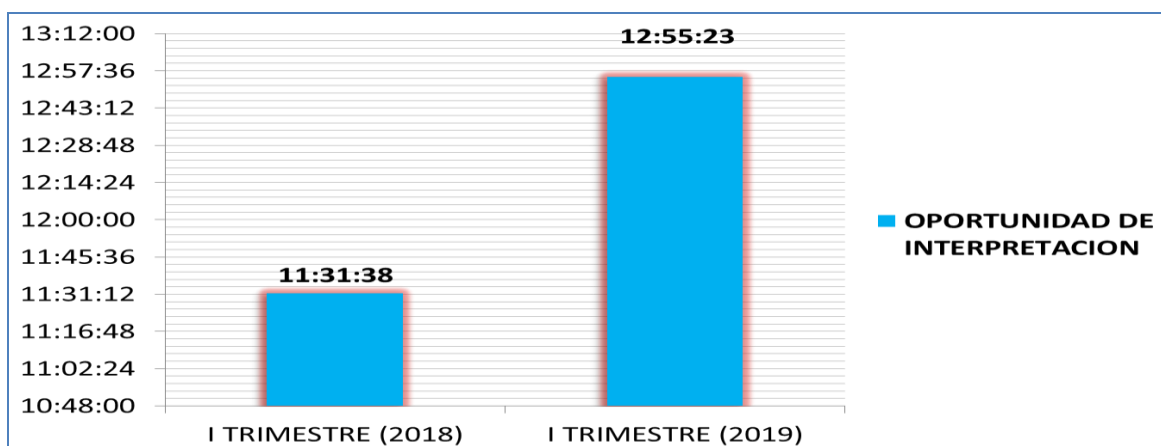
En el grafico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos en general para el HUS, donde se evidencia que cumplió con la meta establecida (menor o igual a 18 horas) sin embargo el comparativo del mismo trimestre para el 2018 y 2019 no muestra una variable significativa, no obstante se mantiene sobre la meta establecida, la cual se considera que dado el histórico institucional debe ser ajustada. Aún existen limitantes como la imposibilidad para discriminar paraclínicos solicitados como urgentes que se deberían encontrar en un tiempo establecido de interpretación menor a 6 horas, una limitante que se identifica es que no se diligencia en la solicitud del paraclínico si su requerimiento es urgente o de rutina, todos los paraclínicos evaluados fueron tomados como de rutina.

Existen especialidades que deben ser priorizadas porque la oportunidad en los diferentes trimestres ha sido superior a 18 horas, lo cual afecta el promedio general, las cuales son ortopedia, neurocirugía, urología y neonatos, de los tres meses del I trimestre en febrero fue el mes donde más se evidencio desviación de la meta de oportunidad de interpretación, lo cual puede estar atribuido a la rotación de residentes.

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

OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN EL HUS:

A continuación se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnosticas en general del Hospital Universitario de la Samaritana durante I TRIMESTRE 2018 y 2019:



GRAFICA 15. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente I trimestre 2019- Área Auditoria Concurrente.

En el grafico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnosticas en general para el HUS, donde se evidencia que en los trimestres medidos se ha cumplido la meta establecida (menor o igual a 18 horas) sin embargo la oportunidad se incrementó para este trimestre del año vigente en 1 hora y 23 minutos, lo cual no muestra una variable significativa ni afecta el resultado ya que se encuentra dentro de la meta definida.

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

AVANCES 2019 EN RELACION A IMPLEMENTACION DE AUDITORIA MÉDICA CONCURRENTE

CALIFICACION DE ESTANCIA UCI- UCIM

Dentro de los objetivos establecidos en la implementación del procedimiento de auditoria medica concurrente en el HUS, se encuentra la validación del uso eficaz y eficiente de los recursos, por tal motivo y en consideración a la referencia realizada en la Fundación Santa fe se consideró implementar dentro de las actividades de auditoria medica concurrente la CALIFICACION DE ESTANCIA de unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo expuesto con antelación, por lo tanto se generó esta propuesta para el área de cuentas medicas- facturación de “Realizar calificación estancia de la Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios adultos con el objetivo de prevenir glosa de estancia hospitalaria por pertinencia medica e impactar en la glosa general de la Institución.”, por lo tanto a partir del mes de julio se está realizando calificación de estancia de las unidades en (BASICO- INTERMEDIOS – UCI) según criterio de auditor medico alineando los criterios administrativos y asistenciales para el respectiva facturación ante la EPS con el fin de mitigar subfacturación – sobrefacturación en relación a las estancia en las unidades de alto costo. Actualmente en proceso de documentación del procedimiento formal de calificación de estancia.



GRAFICA 16. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente

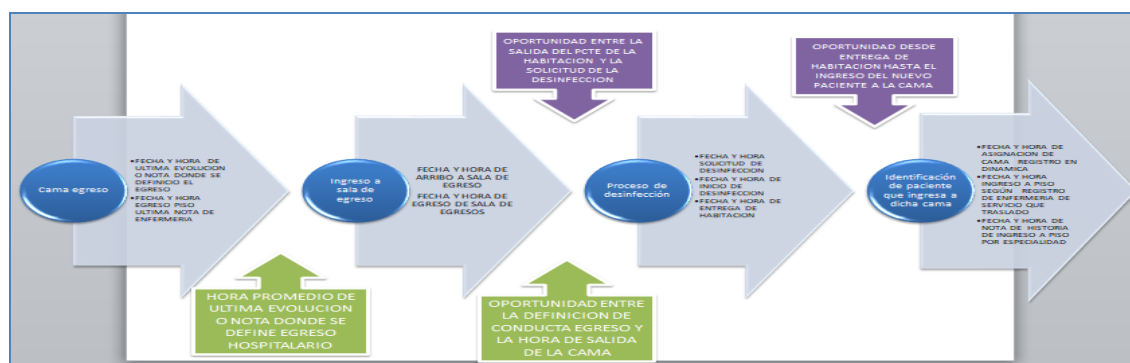
AUDITORIA DE EGRESO HOSPITALARIO

Durante la vigencia del 2018, se identificaron múltiples hallazgos donde se evidenciaba claramente que existía una situación problemática en todo el proceso de egreso hospitalario, por tal motivo se consideró realizar una

Auditoria de proceso crítico para definir fortalezas y oportunidades de mejora, que fortalezcan la efectividad y oportunidad del egreso hospitalario y la respectiva asignación de cama.

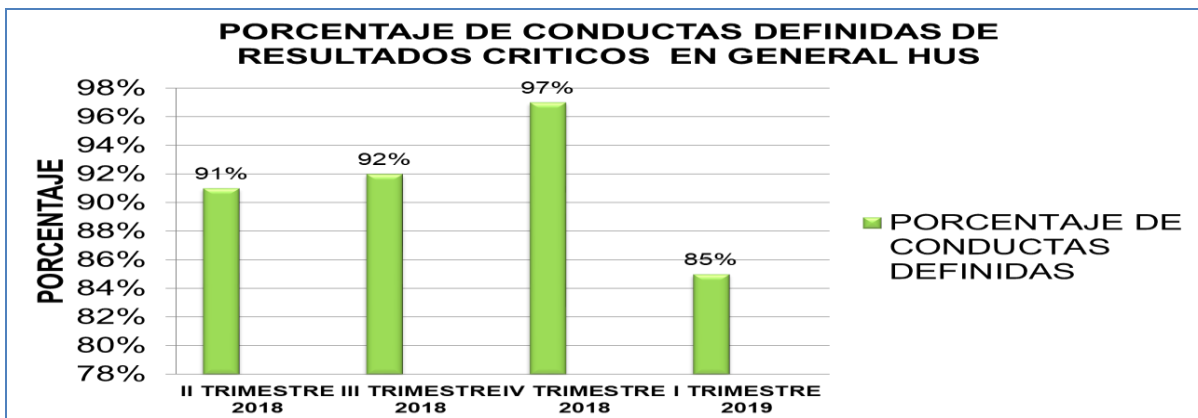
Dicho lo anterior de llevo a cabo un plan de auditoria en el mes de febrero durante 6 días hábiles, donde se realizó medición de tiempos y movimientos desde el momento de la definición de conducta de egreso del paciente por el servicio tratante hasta la ocupación de la cama. En total se auditaron 169 egresos durante los 6 días hábiles y los hallazgos se encuentran reportados en el informe de auditoría, para la respectiva socialización a los líderes de proceso y la formulación de actividades de mejora.

En la siguiente gráfica, se ilustran todos los momentos involucrados durante un egreso hospitalario los cuales fueron validados durante la auditoría realizada a dicho proceso.



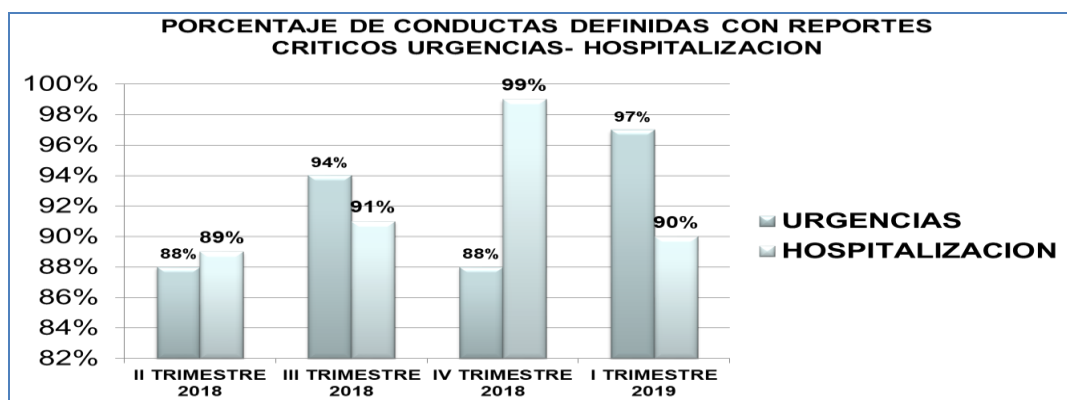
GRAFICA N° 17. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente

PORCENTAJE DE CONDUCTAS MÉDICAS DEFINIDAS FRENTE A LOS ESTUDIOS CRÍTICOS DE LABORATORIO CLÍNICO:



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

En la anterior grafica se evidencia el comparativo de porcentaje de conductas definidas en relación a resultados críticos de laboratorio clínico en general en el HUS desde el II trimestre del 2018 hasta el I trimestre del 2019, se evidencia claramente un descenso significativo en I trimestre de la actual vigencia, dentro de las posibles causas pueden haber múltiples factores que influyan en esta variación, por lo tanto será analizado en la socialización del informe con los líderes de procesos de hospitalización y urgencias para definir acciones de mejora. Adicionalmente para este trimestre el 6% de los laboratorios críticos auditados no fueron interpretados y el 9% no pudieron ser medidos porque los datos de identificación no correspondían dentro de la base de datos de laboratorio clínico, lo cual afecto el porcentaje general de interpretación en el HUS.



Grafica N° 19. Fuente. Informe de reportes críticos auditoria médica concurrente I trimestre 2019

En la gráfica anterior, se realiza comparativo del porcentaje de interpretación por trimestres tanto de hospitalización como en urgencias, evidenciando claramente que el comportamiento ha sido muy variable esto atribuido a factores como ajustes en la metodología de medición, no obstante independiente de la cantidad de muestra definida para realizar el seguimiento se evidencia que el porcentaje total de reportes críticos interpretados por las diferentes especialidades. En el I trimestre del 2019, se evidencia un incremento significativo en relación a urgencias y descenso en hospitalización, por lo tanto se socializara a los líderes de procesos para formular actividades de mejora, incluyendo laboratorio clínico ya que en relación a urgencias se evidencio que el 9% y en hospitalización el 8% del total de reportes críticos auditados los datos de identificación del paciente no correspondían por lo tanto no se pudo verificar la definición de la conducta del reporte crítico y este hallazgo es un riesgo para perder veracidad de la información suministrada en la base de datos.

GESTION DE RIESGO

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

Adicionalmente priorizar en el I trimestre del año en curso retroalimentación de hallazgos a las siguientes áreas Especialidades quirúrgica la adherencia a diligenciamiento de consentimiento informado en comité quirúrgico, gastroenterología y cardiología.

1.8 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

GESTIÓN DEL PROCESO

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2019 CON LAS VIGENCIAS 2015 A 2018 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 2019*

CONCEPTO	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
Dosis de Biológicos Aplicados	4.650	5.049	7.964	8.421	8.415
Controles de Enfermería	1.114	1.249	1.444	1.359	1.257
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	2.505	4.811	10.095	6.194	4.958
Citologías Cervicovaginales	747	843	822	925	994
Actividades de Salud Pública	9.016	11.952	20.325	16.899	15.624

FUENTE: Oficina de Salud Pública, oficina de patología

Se observa en el tema de los biológicos aplicados un comportamiento estable (incremento del 0.1%) explicado por la no posibilidad de desarrollar el PIC en Zipaquirá dado la no contratación por parte del ente territorial, lo que no permitió la posibilidad de realizar vacunación extramural.

Las actividades de enfermería muestran una tendencia descendente, menos 7,5% para los controles de enfermería y del 20% menos para otros controles de enfermería de P y D diferentes a la atención prenatal y el crecimiento y desarrollo; debido especialmente a las dificultades de contratación con la EAPB Convida presentadas al comienzo de la presente vigencia y por otro lado por la imposibilidad de desarrollar las actividades de captación extramural de la población objeto PIC en Zipaquirá.

La tendencia observada en las citologías vaginales (incremento del 7,5%) es el resultado del esfuerzo del equipo de Salud Pública en la captación de la población objeto, a pesar de las dificultades por la no contratación PIC de Zipaquirá y a las dificultades de contratación con la EAPB Convida presentadas al comienzo de la presente vigencia.

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 2019*

CONSULTA MEDICINA GENERAL	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
Horas médico-programadas consulta	6.322	6.402	6.325	6.348	6.665
Capacidad de oferta	18.139	18.061	17.766	17.864	18.788
No de consultas agendadas	18.139	18.061	17.766	17.864	18.788
No de consultas asignadas	16.792	16.846	16.972	16.211	14.925
No de consultas realizadas	15.788	15.347	16.023	14.494	13.557
Consultas no realizadas por inasistencia del paciente	1.004	1.499	949	1.717	1.368
% Uso capacidad de oferta	87,0%	85,0%	90,2%	81,1%	72,2%
% de inasistencia	6,0%	8,9%	5,6%	10,6%	9,2%
Rendimiento hora médico consulta	2,5	2,4	2,5	2,3	2,0
Rendimiento hora médico consulta esperado	2,87	2,82	2,81	2,81	2,82

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

Se evidencia un incremento del 5% en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, dado por la estabilización en la contratación de recurso humano específicamente para el Puesto de Salud de San Cayetano y el Centro de Salud de Cogua; por consiguiente hay un incremento del 5.2% en la capacidad de oferta; por las dificultades de contratación con la EAPB Convida presentadas al comienzo de la presente vigencia la asignación se disminuyó en un 7.9% y la consulta efectivamente realizada se disminuye en un 6.5% debido al aumento en la inasistencia de los pacientes que se incrementó en un 20.3%; esto impactó el desempeño en el rendimiento

expresado en el indicador de rendimiento hora médico que disminuye un 10.9% 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 2019*

Medicina Especializada	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
Horas médico-programadas en consulta	3.217	3.149	3.797	4.351	4.465
Capacidad de oferta	9.651	9.447	11.391	13.053	13.395
# de consultas agendadas	9.651	9.447	11.391	13.053	13.395
# de consultas asignadas	10.351	10.982	11.099	12.624	11.714
# de consultas especialistas	8.954	10.514	10.017	11.729	9.347
Consultas no realizadas por inasistencia del pte	697	468	1.082	895	2.367
% Uso capacidad de oferta	92,8%	111,3%	87,9%	89,9%	69,8%
% de inasistencia	6,7%	4,3%	9,7%	7,1%	20,2%
Rendimiento hora médico consulta	2,8	3,3	2,6	2,7	2,1
Horas programadas procedimientos	180	336	240	282	396
# procedimientos programados	540	1.296	960	846	1.081
# procedimientos realizados	619	1.265	1.149	1.141	1.069
Procedimientos no realizados por inasistencia de paciente	0	0	0	0	0
% de realización de procedimientos	115%	98%	120%	135%	99%
% de inasistencia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rendimiento hora médico procedimiento	3,4	3,8	4,8	4,0	2,7
Días espera asignación cita medicina general	1	3	2	1	1
Días espera asignación cita medicina interna	8	12	9	5	3
Días espera asignación cita pediatría	2	8	5	4	2
Días espera asignación cita cirugía	3	3	3	2	1
Días espera asignación cita ginecología	9	11	11	5	2
Días espera asignación cita obstetricia	2	3	11	2	3
Días espera asignación demás especialidades	8	8	7	7	5
días espera asignación cita anestesiología	1	0	0	0	0
días espera asignación cita cardiología	17	15	10	13	18
días espera asignación cita cirugía plástica	5	8	7	5	3
días espera asignación cita cirugía vascular periférica	5	16	6	5	3
días espera asignación cita dermatología	2	5	6	6	6
días espera asignación cita gastroenterología	15	7	6	5	4
días espera asignación cita neurología	0	17	0	14	6
días espera asignación cita neumología	3	6	7	4	2

días espera asignación cita oftalmología	7	7	3	11	4
días espera asignación cita ortopedia	5	8	16	5	3
días espera asignación cita otorrinolaringología	12	13	24	13	9
días espera asignación cita psiquiatría	7	6	5	3	4
días espera asignación cita urología	8	7	5	5	1

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Con el incremento en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia (2.6% mayor), dado por la estabilidad en la contratación de especialidades como neumología, neurología y ortopedia hubo un incremento de la capacidad de oferta; sin embargo por las dificultades de contratación con la EAPB Convida presentadas al comienzo de la presente vigencia la asignación se disminuyó en un 7.2% en las citas asignadas, y así mismo hubo una disminución del 20.3% en la cantidad de consultas realizadas.

El porcentaje de inasistencia fue de un 20.2% lo que significó un incremento del 185% al compararlo con la vigencia anterior, debido principalmente a la no generación de autorizaciones por parte de la EAPB por lo cual el paciente no podía actualizar la autorización y prefería no asistir; el rendimiento expresado en el indicador de rendimiento hora médico se disminuye en un 22.3%; nuestra medida de prevención de sobreagendamiento que permitía que la consulta realizada no fuera menor a la esperada, fue inefectiva dado la ausencia de autorizaciones por parte de la EAPB.

Por los ajustes implementados en el año anterior en diferentes especialidades y por la falta de pacientes por la ausencia de autorizaciones de la EAPB los tiempos de espera se encuentran controlados dentro de los valores permitidos por norma estando en valores aceptables.

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, 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 2019

URGENCIAS	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
Horas médico general programadas en urgencias	8.640	8.640	10.560	11.520	12.096
# pacientes clasificados como Triage 1	391	100	10	5	12
# pacientes clasificados como Triage 2	6.008	5.483	336	235	241

# pacientes clasificados como Triage 3	4.836	4.553	8.046	8.238	11.243
# pacientes clasificados como Triage 4	1.538	2.922	4.629	4.120	2.701
# pacientes clasificados como Triage 5	0	0	828	373	431
Total Triage	12.773	13.058	13.849	12.971	14.628
Total Consultas	10.989	10.136	11.520	11.527	12.609
Tiempo promedio de espera en minutos para consulta	36	37	33	28	36
Tiempo de espera en minutos atención triage II	30	35	31	22	25
# procedimientos en urgencias	1.897	1.957	1.270	1.734	2.165
Pacientes código azul en urgencias	36	53	58	58	54
# transfusiones en urgencias	0	0	0	0	0
# de reingresos entre 24 y 72 horas después del egreso	0	78	378	234	72
Pacientes con soporte vital por más de 1 hora en urgencias	36	53	58	58	54

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 por las dificultades de contratación con la EAPB Convida presentadas al comienzo de la presente vigencia se presenta un aumento del 12.8%, dado que las personas al no poder recibir atención en consulta externa se dirigen a urgencias para recibir atención. 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 5%. 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 9.4%.

El tiempo de espera para recibir atención se encuentra con un incremento del 27.1% colocándonos por fuera del estándar por 6 minutos, para los clasificados como Triage II el incremento del tiempo fue del 13.8% pero continuamos dentro del estandar considerado por la normatividad vigente. Los pacientes complicados que requieren intervenciones importantes en el servicio de urgencias se observan con tendencia a disminuir, en el comparativo de las dos últimas vigencias la disminución fue del 6.9%, 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 24.9% 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 2019

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
# de remisiones solicitadas al HUS por IPS de origen de mayor a menor	280	228	334	189	153
CHÍA	32	13	24	10	8
CHOCONTÁ	16	44	50	49	20
TABIO	14	14	8	9	13
SESQUILÉ	18	7	29	8	9
CAJICÁ	20	32	82	47	42
TENJO	8	7	16	7	16
SOPÓ	15	13	20	11	10
TOCANCIPÁ	8	1	7	0	0
NEMOCON	15	7	19	8	2
PACHO	7	7	0	3	1
SUESCA	24	13	9	9	8
GUATAVITA	12	8	13	4	9
BOGOTÁ	5	7	9	7	2
GUASCA	4	9	2	3	3
GACHETÁ	4	4	4	1	1
OTROS	78	42	42	13	9
# de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	280	228	334	189	153
PPNA - EVENTOS NO POS	5	9	28	15	36
Régimen subsidiado	230	196	273	155	90

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
Régimen contributivo	29	18	27	15	24
soat ecat	14	4	4	4	3
Otros	2	1	2	0	0
# de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	280	228	334	189	153
MED. INTERNA	65	33	78	51	18
CIRUGÍA	78	63	83	41	40
OBSTETRICIA	94	95	118	55	42
PEDIATRÍA	18	10	35	21	18
ORTOPEDIA	19	13	8	9	3
PSIQUIATRIA	4	4	2	4	5
CIRUGÍA PLASTICA	1	0	0	1	1
UROLOGÍA	1	0	0	0	2
GASTROENTEROLOGÍA	0	1	1	5	2
OFTALMOLOGÍA	0	5	1	0	1
OTROS	0	4	8	2	21
# de remisiones aceptadas por IPS de origen de mayor a menor	165	138	202	118	107
CHÍA	18	8	13	2	4
CHOCONTÁ	12	35	25	27	11
TABIO	7	4	6	7	10
SESQUILÉ	11	2	16	6	6
CAJICÁ	16	21	58	34	30
TENJO	6	4	10	4	12
SOPÓ	11	6	9	7	7
TOCANCIPÁ	5	1	5	0	0
NEMOCON	13	5	14	8	1
PACHO	4	4	0	2	1
SUESCA	10	8	7	5	8

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2015	2016	2017	2018	2019
OTROS	52	40	39	16	17
# de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	165	138	202	118	107
PPNA - EVENTOS NO POS	3	6	22	8	26
Régimen subsidiado	132	116	158	96	59
Régimen contributivo	17	12	19	10	20
soat ecat	11	3	1	4	2
Otros	2	1	2	0	0
# de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	165	138	202	118	107
OBSTETRICIA	48	61	67	36	28
CIRUGIA	65	42	57	23	29
MEDICINA INTERNA	27	11	38	27	14
PEDIATRIA	7	6	26	17	17
ORTOPEDIA	15	9	5	5	3
PSIQUIATRIA	3	2	1	3	3
CIRUGIA PLASTICA	0	0	0	0	0
UROLOGÍA	0	0	0	0	0
GASTROENTEROLOGÍA	0	5	1	5	1
OFTALMOLOGÍA	0	1	1	0	1
otras	0	1	6	2	11
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	58,9%	60,5%	60,5%	62,4%	69,9%
OBSTETRICIA	51,1%	64,2%	56,8%	65,5%	66,7%
CIRUGIA	83,3%	66,7%	68,7%	56,1%	72,5%
MEDICINA INTERNA	41,5%	33,3%	48,7%	52,9%	77,8%
PEDIATRIA	38,9%	60,0%	74,3%	81,0%	94,4%
ORTOPEDIA	78,9%	69,2%	62,5%	55,6%	100,0%
PSIQUIATRIA	75,0%	50,0%	50,0%	75,0%	60,0%

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
CIRUGIA PLASTICA	0,0%	NA	NA	0,0%	0,0%
UROLOGÍA	0,0%	NA	NA	NA	NA
GASTROENTEROLOGÍA	NA	500,0%	100,0%	100,0%	50,0%
OFTALMOLOGÍA	NA	20,0%	100,0%	NA	100,0%
otras	NA	25,0%	75,0%	100,0%	52,4%
# de remisiones rechazadas por causa	115	90	132	71	46
NO PERTINENCIA DE LA REMISIÓN	3	69	3	0	3
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	73	14	82	35	13
FALTA DE CAMAS	0	0	15	4	0
FALTA DE ESPECIALISTA	21	2	10	15	11
NO HAY CONTRATO	0	0	1	0	0
SERVICIO NO OFERTADO	0	0	1	1	9
FALTA DE PROCEDIMIENTO (TAC)	18	5	20	16	10
# de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	336	398	405	515	446
HOSPITAL DE LA SAMARITANA	73	120	82	78	39
CLINICA EUSALUD	12	11	20	28	36
CLINICA CANDELARIA DIOSALUD	0	0	0	0	0
CLINICA LA MAGDALENA	5	5	9	10	13
HOSPITAL CARDIOVASCULAR	9	21	15	0	0
HOSPITAL SAN RAFAEL	10	6	1	1	7
HOSPITAL SANTA CLARA	6	0	0	0	0
CLINICA FUNDADORES	18	3	1	9	0
HOSPITAL MEREDIC	7	7	1	7	6
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR	9	15	15	11	27
CLINICA ZIPAQUIRÁ	0	0	16	10	2
OTROS	187	210	245	361	316
# de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	336	398	405	515	446

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
PPNA - EVENTOS NO POS	3	7	6	13	23
Régimen subsidiado	125	147	167	175	112
Régimen contributivo	178	192	191	284	272
soat ecat	27	50	40	43	39
Otros	3	2	1	0	0
# de remisiones realizadas por causa	336	398	405	515	446
FALTA DE ESPECIALISTAS	7	42	109	157	122
FALTA APOYO DIAGNOSTICO	0	58	47	43	30
CONTRAREMISION	0	0	0	0	0
REQUIERE UNIDAD DE SALUD MENTAL	0	10	11	22	31
REQUIERE INTERMEDIOS	0	0	11	7	14
REQUIERE UCI	0	85	80	45	48
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	307	168	111	184	129
NO HAY CONTRATO	13	7	28	27	11
TRASLADO PRIMARIO	9	28	8	30	61

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 2019 en cuanto a la solicitud de referencias presentando para el año 2019 una disminución del 19%, explicado porque es el asegurador quien define el sitio de destino del paciente. Esta disminución afecta principalmente a los regímenes de aseguramiento subsidiado (41.9% menos) y SOAT (25% menos) mientras que hay incremento en los regímenes vinculado (140% más) y contributivo (60% 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 69.9% lo que significa un 12% más alto al compararse con la vigencia anterior.

En números absolutos se disminuyó en un 13,4% 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 el traslado primario y 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 2019*

LABORATORIO CLÍNICO	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
# Exámenes de laboratorio Hospitalización	7.746	8.388	8.489	9.229	11.916
# Órdenes hospitalización	2.681	3.156	2.955	3.292	3.866
# Exámenes de laboratorio Externos	23.118	24.946	21.193	26.170	21.016
# Órdenes externos	5.753	5.938	5.107	6.233	4.926
# Exámenes de laboratorio Urgencias	17.161	18.505	18.642	23.039	26.199
# Órdenes urgencias	5.459	6.849	6.112	6.942	7.825
# EXÁMENES DE LABORATORIO TOTALES	48.025	51.839	48.324	58.438	59.131
# ÓRDENES TOTALES	13.893	15.943	14.174	16.467	16.607
EXÁMENES REALIZADOS	48.025	51.839	48.324	58.438	59.131
COAGULACIÓN	968	1.433	1.373	1.809	1.879
HEMATOLOGÍA	8.865	8.290	7.270	8.542	9.351
INMUNOHEMATOLOGÍA	786	860	756	830	843
INMUNOLOGÍA	1.243	1.114	1.168	1.328	1.483
MICROBIOLOGÍA	2.756	3.384	3.942	4.021	4.331
PARASITOLOGÍA	1.126	1.067	862	767	759
QUÍMICA	24.377	25.235	22.261	28.953	29.429
ESPECIALES	1.578	3.292	3.402	3.589	3.339
REMISIONES ESPECIALES	1.358	2.577	2.996	3.849	2.904

LABORATORIO CLÍNICO	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
UROANÁLISIS	4.968	4.587	4.288	4.750	4.813
EXAMENES FACTURADOS	48.025	51.839	48.324	58.438	59.131
EXAMENES REPETIDOS	561	701	456	519	527
COAGULACIÓN	122	121	44	45	49
HEMATOLOGÍA	186	210	123	156	139
INMUNOHEMATOLOGÍA	7	7	12	18	15
INMUNOLOGÍA	9	14	21	23	40
MICROBIOLOGÍA	17	43	31	44	37
PARASITOLOGÍA	6	6	5	9	5
QUÍMICA	182	233	182	169	172
ESPECIALES	15	48	24	26	39
REMISIONES ESPECIALES	0	0	0	0	0
UROANÁLISIS	17	19	14	29	31
EXAMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN	7.746	8.388	8.489	9.229	11.912
Medicina Interna	3.119	2.362	3.089	3.685	5.319
Cirugía	1.194	1.639	1.038	1.281	1.509
Ginecología y Obstetricia	2.377	2.551	3.124	3.051	3.772
Ortopedia	10	3	0	0	0
Pediatría	520	554	607	505	660
Recien Nacidos	526	1.223	616	662	584
otras	0	56	15	45	68
HORAS BACTERIOLOGA	2.889	2.889	2.889	2.889	2.889
EXÁMENES NO REALIZADOS POR	20	40	65	57	53
FALTA DE REACTIVOS	15	0	0	0	0
DAÑOS EN LOS EQUIPOS	0	0	0	0	0
NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCIÓN	0	40	65	57	53
OTROS	5	0	0	0	0

LABORATORIO CLÍNICO	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
USO HOSPITALARIO DE LABORATORIO # ÓRDENES POR EGRESO	1,7	2,0	1,9	2,1	2,3
PROMEDIO EXÁMENES POR ORDEN EN HOSPITALIZACIÓN	2,9	2,7	2,9	2,8	3,1
RELACIÓN LABORATORIOS / EGRESO	5,0	5,4	5,5	6,0	7,1
USO AMBULATORIO DE LABORATORIO # ÓRDENES POR CONSULTA	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
PROMEDIO EXÁMENES POR ORDEN CONSULTA EXTERNA	4,0	4,2	4,1	4,2	4,3
RELACIÓN LABORATORIOS / CONSULTAS EXTERNAS	2,6	2,4	2,1	2,2	2,2
USO EN URGENCIAS DE LABORATORIOS # ÓRDENES POR ATENCIÓN DE URGENCIAS	0,5	0,7	0,5	0,6	0,6
PROMEDIO EXÁMENES POR ORDEN URGENCIAS	3,1	2,7	3,1	3,3	3,3
RELACIÓN LABORATORIOS / CONSULTAS DE URGENCIA	1,6	1,8	1,6	2,0	2,1
PROMEDIO GENERAL DE EXÁMENES POR ORDEN	3,5	3,3	3,4	3,5	3,6
PRODUCTIVIDAD LABORATORIO	16,6	17,9	16,7	20,2	20,5
% DE EXÁMENES REPETIDOS	1,2%	1,4%	0,9%	0,9%	0,9%
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO HOSPITALIZACIÓN	58	53	51	47	47
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO URGENCIAS	46	47	48	47	45

FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

De manera global se observa un incremento del 1,2% 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 12.7% mayor, en Hospitalización fue un 17.4% mayor, mientras que en consulta externa se presentó una disminución del 21% debido a la disminución de pacientes por la dificultad de contratación con la EAPB Convida durante la presente vigencia. 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 1% y el área de especiales que disminuyó un 7%. 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 2019

IMAGENOLOGÍA	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
Ecografías realizadas consulta externa	694	956	1.066	1.300	1.097
Ecografías realizadas hospitalización	415	298	418	426	465
Ecografías realizadas urgencias	860	794	1.159	1.251	1.416
Ecografías	1.969	2.048	2.643	2.977	2.978
Oportunidad ecografía en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	3	5	3	3	4
Radiografías realizadas consulta externa	1.383	1.230	1.128	1.314	1.560
Radiografías realizadas hospitalizados	307	264	217	226	261
Radiografías realizadas urgencias	3.727	3.797	3.617	3.870	4.432
Radiografías	5.417	5.291	4.962	5.410	6.253
Oportunidad radiografías en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	1	1	1	1	1

FUENTE: Servicio de radiología, software Dinámica Gerencial

No hubo variación significativa en la totalidad de ecografías, pero en cuanto a radiografías realizadas se observa un incremento del 15.6% durante el 2019. En ecografías el servicio que mayormente se incrementó fue el de Urgencias (13,2% mayor) por el aumento en la demanda, mientras que en radiología básica el servicio que mayormente se incrementó fue el de Consulta externa (18.7% 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 2019

UNIDAD FIJA DE RECOLECCIÓN DE SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	7	6	8	4	6
UNIDADES RECOLECTADAS	351	264	243	143	177
UNIDADES PROCESADAS	0	0	0	0	0
UNIDADES PRODUCIDAS	0	0	0	0	0

UNIDAD FIJA DE RECOLECCIÓN DE SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
UNIDADES ENTREGADAS ZIPAQUIRA	157	155	207	240	254
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	157	139	169	180	200
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	6	18	28	43
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	8	10	20	32	11
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS ZIPAQUIRA	109	101	138	190	216
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	98	92	117	151	156
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	0	18	16	46
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	11	9	3	23	14
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS POR SERVICIO	109	101	138	190	216
URGENCIAS	0	0	0	0	27
CIRUGIA	44	60	66	75	44
PEDIATRIA	1	2	8	3	2
MEDICINA INTERNA	39	19	55	85	1
GINECOLOGIA	25	20	9	27	97
SALAS DE CIRUGIA	0	0	0	0	45
No UNIDADES CRUZADAS	234	178	194	239	224
No UNIDADES RETORNADAS NO USADAS	0	0	0	0	0
No TRANSFUCIONES AUTOLOGAS	0	0	0	0	0
No PACIENTES TRASFUNDIDOS	42	36	56	71	69
UNIDADES DISTRIBUIDAS VENDIDAS	47	40	15	18	32
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0

UNIDAD FIJA DE RECOLECCIÓN DE SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	47	40	15	18	32
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	0	0	0	0
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	0	0	0	0	0
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	156	141	153	208	216
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	145	136	132	169	156
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	0	18	16	46
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	11	5	3	23	14
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	145	141	153	208	232
UNIDADES DESECHADAS ZIPAQUIRA POR	2	7	21	27	12
VENCIMIENTO	2	7	14	22	11
REACTIVIDAD	0	0	0	0	0
ALMACENAMIENTO INADECUADO	0	0	0	0	1
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE (PLASMA FRESCO SIN PROCESAR)	0	0	0	0	0
OTROS	0	0	7	5	0
HORAS Bacteriología PROGRAMADAS	576	576	576	576	576
% DE CONSUMO INTERNO	70,7%	69,7%	76,8%	90,4%	89,8%
% DE DESPACHO EXTERNO	29,9%	25,8%	7,2%	7,5%	12,6%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	69,4%	65,2%	66,7%	79,2%	85,0%
UNIDADES TRASFUNDIDAS/CRUZADAS	46,6%	56,7%	71,1%	79,5%	96,4%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	2,6	2,8	2,5	2,7	3,1
PROPORCION DE UNIDADES DESECHADAS	1,3%	4,5%	10,1%	11,3%	4,7%

UNIDAD FIJA DE RECOLECCIÓN DE SANGRE	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
% UNIDADES DESECHADAS POR VENCIMIENTO	100,0%	100,0%	66,7%	81,5%	91,7%
% UNIDADES DESECHADAS POR REACTIVIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% UNIDADES DESECHADAS POR OTROS	0,0%	0,0%	33,3%	18,5%	0,0%

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 en la última vigencia se observa un incremento del 50% a pesar de la dificultad de conseguir sitios para las jornadas de recolección, por lo tanto la cantidad de unidades recolectadas fue mayor en un 23,8%. Hay un incremento del 13.7% en las unidades transfundidas, especialmente lo concerniente a plaquetas y glóbulos rojos empaquetados; por servicios los que más incrementaron el consumo de unidades fueron Ginecología (259.3% más) y Urgencias explicado por la complejidad de pacientes que allí se manejan; hay un incremento del 77.8% en las unidades vendidas debido a contratación con otras instituciones de salud. Hay una disminución del 55.6% 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 dos están habilitados; 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 2019

QUIRÓFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
NÚMERO DE QUIROFANOS	2	2	2	2	2
NÚMERO HORAS QUIROFANO PROGRAMADAS EN CIRUGIA ELECTIVA	610	600	630	600	610
NÚMERO HORAS QUIROFANO UTILIZADAS EN CIRUGIA ELECTIVA Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas	474	390	462	403	239
HORAS DISPONIBLES DE QUIROFANO PARA URGENCIAS	2.160	2.184	2.160	2.160	2.160
HORAS UTILIZADA DE QUIROFANO EN URGENCIAS Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugía	843	1.290	580	636	447

QUIRÓFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
de urgencias					
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	610	600	630	600	610
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	2.160	2.184	2.160	2.160	2.160
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	610	600	630	600	610
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	2.160	2.184	2.160	2.160	2.160
Total Intervenciones	915	969	910	939	827
ELECTIVA CON ESTANCIA	19	25	15	28	29
AMBULATORIAS	387	431	358	378	220
URGENTES	509	513	537	533	578
NRO DE PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS REALIZADAS	915	969	910	939	827
GENERAL	364	366	363	395	369
REGIONAL	298	336	277	277	236
LOCAL	253	267	267	267	219
otro	0	0	3	0	3
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX PROGRMADA	0,7	0,8	0,6	0,7	0,4
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX URGENCIAS	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA CIRUJANO CX PROGRMADA	0,7	0,8	0,6	0,7	0,4
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA ANESTESIOLOGO CX PROGRMADA	0,7	0,8	0,6	0,7	0,4
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EN SALAS DE CIRUGIA POR GRUPO QX	1607	2011	1693	1910	1670
2	20	26	136	43	25
3	98	187	189	230	243
4	169	152	130	122	139

QUIRÓFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
5	85	145	115	140	136
6	128	131	127	138	103
7	298	234	227	242	266
8	212	250	247	323	206
9	175	195	167	159	142
10	334	593	278	380	312
11	12	21	7	14	6
12	26	25	12	19	19
13	23	14	11	25	23
20	26	38	46	75	50
21	1	0	1	0	0
22	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0
Sin dato	0	0	0	0	0
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EQUIVALENTES	945	1225	906	1117	929
No PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR CIRUGIA	1,8	2,1	1,9	2,0	2,0
NRO CIRUGIAS PROGRAMADAS	413	490	391	425	257
CIRUGIAS CON ESTANCIA CANCELADAS	0	0	0	0	0
CIRUGIAS AMBULATORIAS CANCELADAS	20	34	18	19	8
NRO CIRUGIAS CANCELADAS POR	20	34	18	19	8
CRITERIO MEDICO DE ANESTESIA	6	18	3	14	1
CRITERIO MEDICO DE CIRUJANO	1	0	0	0	0
ROPA	0	0	0	0	0
MATERIAL QUIRURGICO	0	2	4	1	0
AUSENCIA DE PROFESIONAL	0	6	2	0	0
AUSENCIA DE PACIENTE	11	5	7	2	7
OTROS	2	3	2	2	0

QUIRÓFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
% DE CANCELACION DE CIRUGIAS PROGRAMADA	4,8%	6,9%	4,6%	4,5%	3,1%
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA CON ESTANCIA	0	0	0	0	0
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA AMBULATORIA	60	43	28	51	84
No DE PACIENTES OPERADOS EN EL QUE EL DX PREVIO NO SE CORRELACIONA CON EL DX POSQUIRURGICO	0	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS TRANSOPERATORIOS	0	0	3	0	0
QUIRUGICOS	0	0	0	0	0
ANESTESICOS	0	0	3	0	0
OTROS	0	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS POSOPERATORIO IDENTIFICADOS	0	0	0	0	0
QUIRUGICOS	0	0	0	0	0
ANESTESICOS	0	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0	0
No DE REINTERVENCIONES	4	1	0	0	0
CLASIFICACION DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS	0	0	0	0	0
LIMPIAS	303	405	281	312	246
LIMPIAS CONTAMINADAS	541	511	586	541	491
SUCIAS	67	51	40	65	80
INFECTADAS	4	2	3	21	10
INFECCIONES IDENTIFICADAS EN HERIDAS QX	0	0	0	0	0
LIMPIAS	0	0	1	0	0
LIMPIAS CONTAMINADAS	2	5	0	4	4
SUCIAS	1	0	0	0	0
INFECTADAS	0	0	0	0	0
INFORMES QUIRURGICOS INCOMPLETOS	0	0	0	0	0
REGISTROS ANESTESICOS INCOMPLETOS	0	0	0	0	0

QUIRÓFANOS	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
DIAS ESPERA CIRUGIA ELECTIVA	7	7	6	4	6
Cirugia Gral	4	5	4	5	4
Ortopedia	4	3	4	4	4
Gineco	4	9	4	4	11
OTORRINOLARINGOLOGIA	5	6	4	4	4
UROLGIA	6	11	6	6	8
MAXILOFACIAL	4	3	4	3	4
OFTALMOLOGIA	5	10	5	4	7
CIRUGIA PLASTICA	9	5	10	3	3
CIRUGIA VASCULAR	8	7	8	7	8
ODONTOLOGIA INTEGRAL	18	8	4	3	3
Otros procedimientos anestésicos en salas	0	0	0	0	0
LEGRADOS	84	87	79	67	64
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	472	641	697	673	646
...Cirugías grupos 7-10	1.047	1.272	919	1.104	926
...Cirugías grupos 11-13	61	60	30	58	48
...Cirugías grupos 20-23	27	38	47	76	50
Total Procedimientos	1.607	2.011	1.693	1.911	1.670

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

Se evidencia una disminución en el total de personas a quienes se les realizó una intervención quirúrgica durante el periodo de observación del 11.9% en el 2019, debido a la disminución de pacientes por la dificultad de contratación con la EAPB Convida durante la presente vigencia. De manera recíproca los procedimientos quirúrgicos también mantienen una disminución del 12.6%, al comparar por procedimientos equivalentes en el año 2019 se disminuyen en un 16.8%. El tipo de anestesia mayormente utilizado es la anestesia general, luego la regional, y finalmente la local, es la local la que más se disminuyó en el comparativo (18% menos) luego la regional (14.8% menos) y finalmente la general (6.6% menos).

La tendencia del indicador de porcentaje de cirugías canceladas es hacia la disminución en el 2019 se ubica en un 3.1% lo que significa una disminución del 30,4% en el comparativo con la vigencia anterior, vale la pena recalcar que todos fueron reprogramados y realizados. El tiempo de oportunidad para cirugía programada se ubicó en 6 días en el 2019 lo que representa un incremento del 35.2% más que en el año 2018. En cuanto al tiempo programado para

cirugía electiva vale la pena mencionar que la Unidad Funcional de Zipaquirá cuenta con dos salas de cirugía con todos los elementos necesarios para funcionar, de lunes a viernes de 7 am. a 7 pm., cuenta con dos equipos quirúrgicos, uno para cirugía programada y otro para urgencias, las restantes doce horas sólo se cuenta con un equipo quirúrgico encargado de las urgencias.

6. HOSPITALIZACION

El área de hospitalización para el año 2019 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 observa 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 2019

Hospitalización	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
NÚMERO DE CAMAS	92	94	94	91	101
DÍA CAMA DISPONIBLE	8.321	8.590	8.457	8.185	9.114
DÍAS CAMAS TEMPORALES (EXPANSIÓN)	0	0	0	0	0
DÍAS CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0	0	0	0	0
DÍAS CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	201	55	0	995	66
Total de Egresos	1.551	1.545	1.554	1.540	1.690
NO QUIRÚRGICOS	909	856	850	752	819
OBSTÉTRICOS	443	522	514	560	580
QUIRÚRGICOS	199	167	190	228	291
NÚMERO DÍAS CAMA OCUPADA	5.241	5.472	5.726	5.755	5.879
NÚMERO DÍAS ESTANCIA EGRESOS	5.306	5.550	5.807	5.814	6.626
NÚMERO DE REINGRESOS	5	5	3	5	0
% OCUPACIONAL	63,0%	63,7%	67,7%	70,3%	64,5%
PROMEDIO DÍA ESTANCIA	3,4	3,6	3,7	3,8	3,9
GIRO CAMA	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
% DÍAS CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% DÍAS CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	2,4%	0,6%	0,0%	12,2%	0,7%

Hospitalización	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
% DE REINGRESOS	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,0%
PARTOS POR CESAREA	85	90	112	80	85
PARTOS VAGINALES	186	235	220	276	266
% DE CESAREAS	31,4%	27,7%	33,7%	22,5%	24,2%
TOTAL PARTOS	271	325	332	356	351

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Se evidencia un incremento en el 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, además se mejoró sustancialmente el cálculo del indicador; en consecuencia los días camas disponibles también muestran esa tendencia al aumento (11.4% más).

Aunque hay una tendencia oscilante durante el periodo de observación de los egresos hospitalarios, en el 2019 hay un incremento del 9.7%, a expensas de los egresos quirúrgicos (27.6% más), de los no quirúrgicos (8,9% más) y un aumento leve en los egresos obstétricos (3.6%). El porcentaje ocupacional tiene una tendencia global al aumento sin embargo en la última vigencia disminuye un 8.3% por el ajuste del número de camas habilitadas, el promedio día estancia se observa con una tendencia al aumento (3.9% más), el giro cama se observa con una leve tendencia a disminuir (1.1%). El porcentaje de cesáreas aumentó en un 7,8% mientras que el total de partos realizados independientemente de la vía de atención se disminuye levemente en un 1.4%.

CAPÍTULO II

DIRECCION DE ATENCIÓN AL USUARIO



2.1 ATENCIÓN AL PACIENTE URGENCIAS

GESTIÓN DEL PROCESO - INFORME MENSUAL COMPARATIVO

	ENERO				FEBRERO				MARZO			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	26	12	0	22	22	16	9	10	34	11	7	7
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	1097	33	35	83	1038	36	20	73	1061	33	43	80
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	129	1139	1112	1946	156	1045	1116	1957	114	1073	1202	1725
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	203	75	265	581	190	43	203	447	180	70	282	554
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	21	354	251	186	29	411	228	89	34	299	171	114
TOTAL PTES CON TRIAGES	1476	1613	1663	2818	1435	1551	1576	2576	1423	1486	1705	2480
TOTAL CONSULTAS	1371	1454	1461	1873	1397	1326	1406	2000	1400	1365	1375	1877
Nº CONSULTA MEDICINA GNAL	1178	1292	1209	1643	1225	1193	1178	1775	1245	1158	1166	1671
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	193	162	252	230	172	133	228	225	155	207	209	206
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	35,2	20,02	20,48	29,39	38	18,47	21,2	27,03	38	19,00	29,46	21,59
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	35,2	27,38	32,15	48,39	38	41,14	36,4	66,18	38	32,18	31,44	34,05
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	52	46,30	47,42	65,55	55	69,27	53,04	88,35	58	51,20	52,03	59,59
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	24	14	18	18	28	12	16	9	21	8	13	13
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS	0	5	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0
TOTAL PTES ATEND.POR DEMANDA ESPONTANEA	967	933	792	1519	881	615	904	1432	827	646	888	1258

GESTIÓN DEL PROCESO INFORME TRIMESTRAL COMPARATIVO

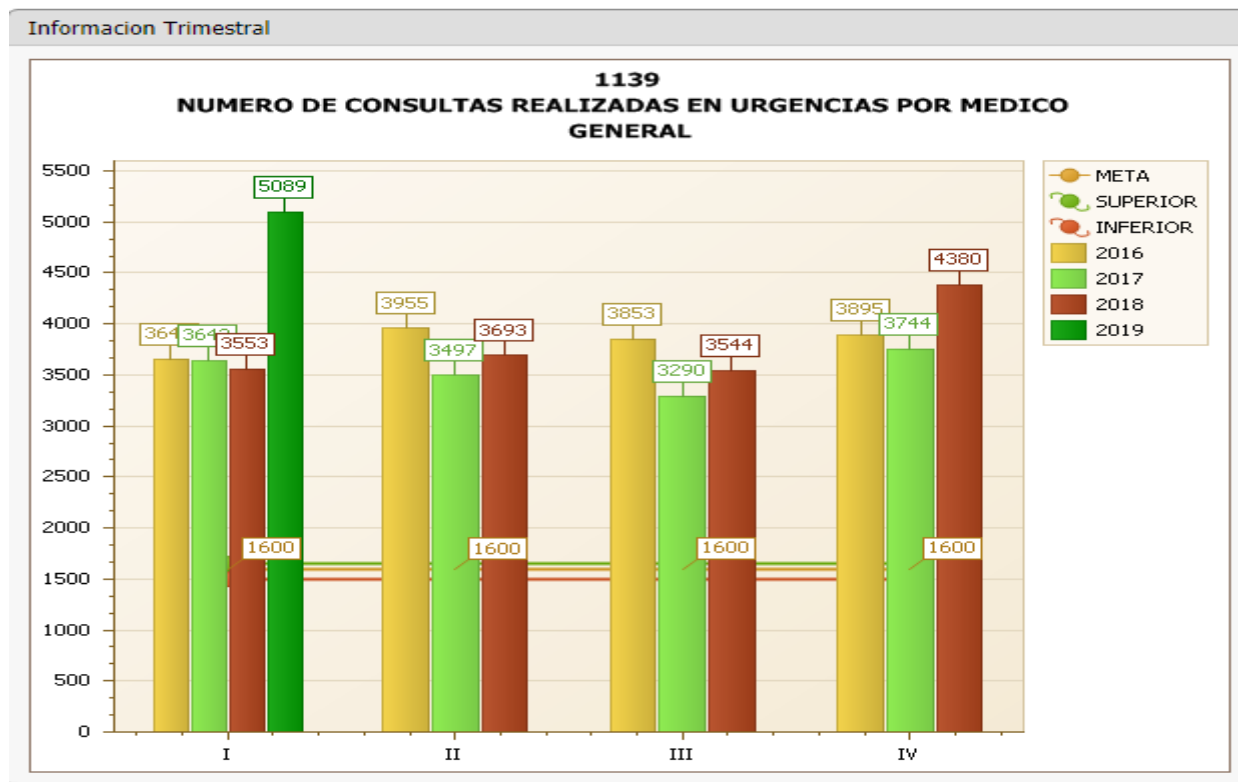
	1ER TRIMESRE			
	2016	2017	2018	2019
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	82	39	16	39
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	3196	102	98	236
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	399	3257	3430	5628
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	573	188	750	1582
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	84	1064	650	389
TOTAL PTES CON TRIAGES	4334	4650	4944	7874
TOTAL CONSULTAS	4168	4145	4242	5750
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	3648	3643	3553	5089
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	520	502	689	661
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	37,07	19,16	23,70	26,00
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	37,07	33,57	33,34	49,54
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	55	55,59	50,83	71,16
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	73	34	47	40
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	1	7	0	0
TOTAL PTES ATEND.POR DEMANDA ESPONTANEA	2675	2194	2584	4209

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

**ANÁLISIS POR INDICADOR:
NUMERO DE CONSULTAS MEDICINA GENERAL**

1ER TRIMESTRE COMPARATIVO			
2016	2017	2018	2019
3648	3643	3553	5089

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de datos TUCI

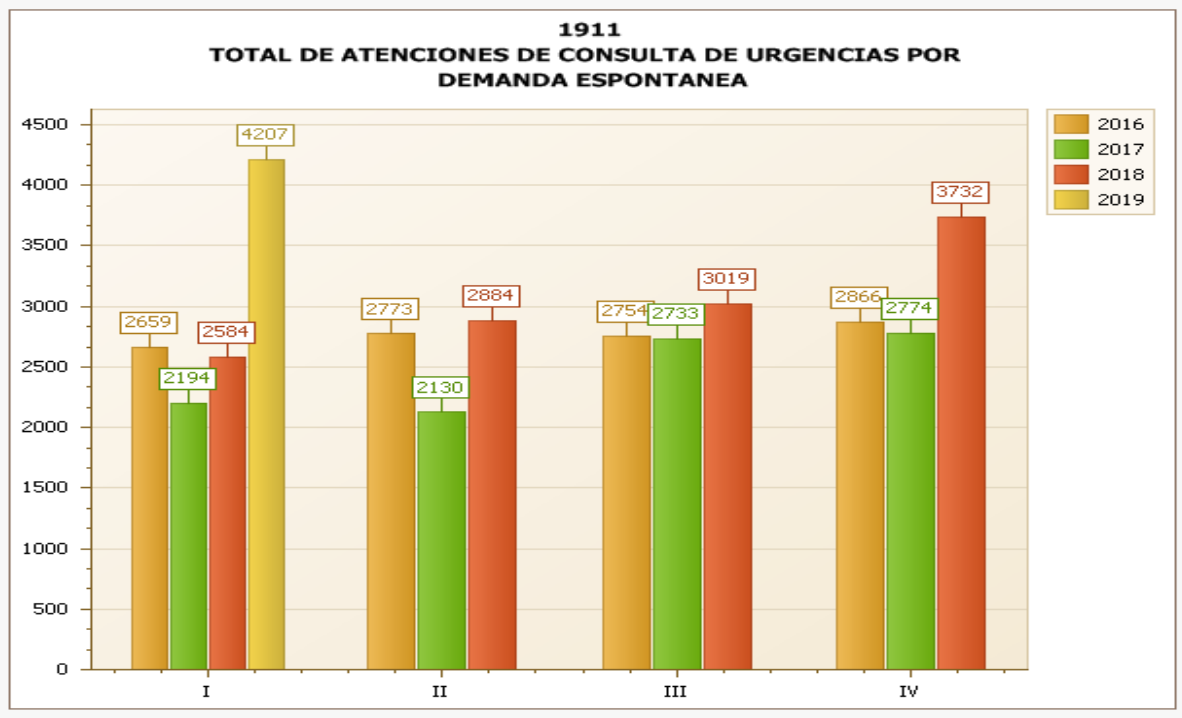
Análisis: Se observa un incremento del 31% en el total de los pacientes atendidos por el Servicio de Urgencias por el Medico general y un incremento del total de consulta del 27% comparativamente con el año 2018, la causa principal fue el incremento de pacientes enviados por el Hospital San José centro de la EPS Medimas. Esta situación se puso en conocimiento a la alta gerencia y colapso el Servicio de Urgencias, principalmente durante el mes de Febrero/19, teniendo el hospital que aumentar el número de horas médico y contratar 4 licenciadas y 6 auxiliares de Enfermería para poder cubrir la sobreocupación en el Servicio durante todos los turnos.

TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA

1ER TRIMESTRE COMPARATIVO			
2016	2017	2018	2019
2675	2194	2584	4209

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

Información Trimestral



Base de datos TUCI

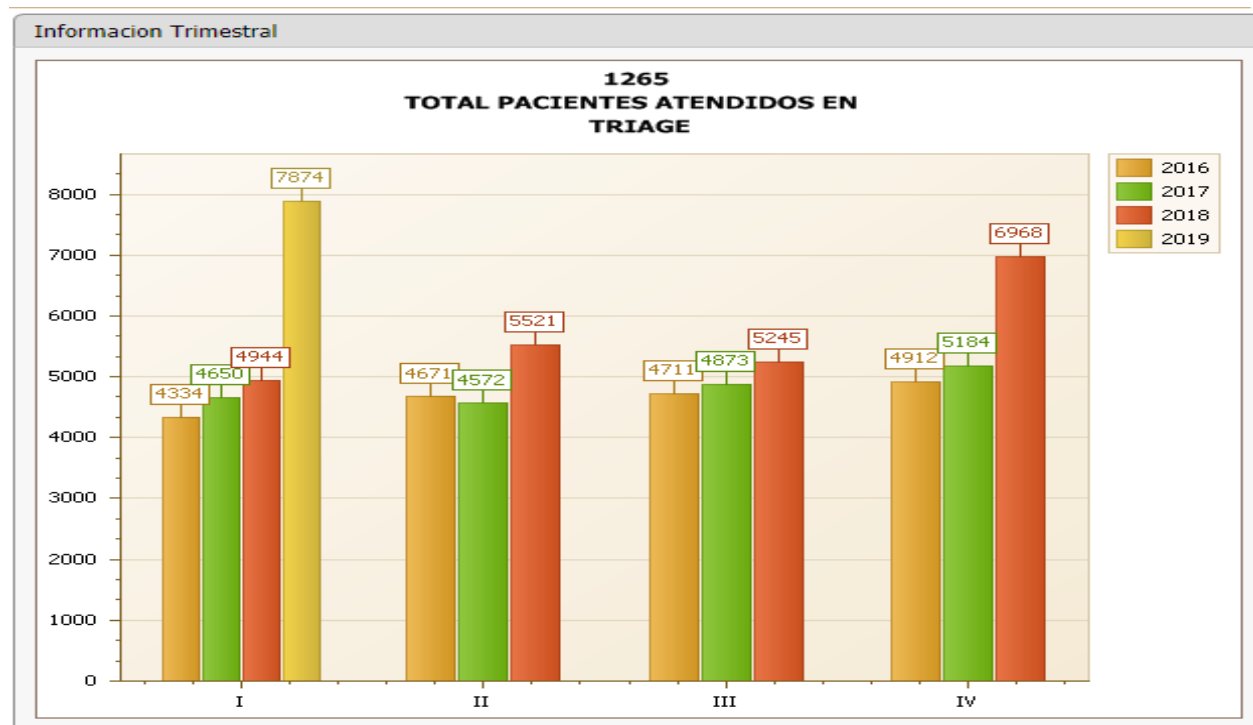
Análisis: Como era de esperar el número de pacientes atendidos por demanda espontanea en el Servicio de Urgencias también presento un incremento del 39%, de estos pacientes el 50% pertenece a Bogotá y el 40% a Cundinamarca y el restante 10% corresponde a otros departamentos. Este primer trimestre cambio la relación de la procedencia de los pacientes que ingresaron al servicio, pasando del predominio de Cundinamarca a los pacientes que proceden de Bogotá, igualmente sucedió con los grupos etéreos donde el grupo de 15 a 44 años se incrementó, en un 47% del total de los pacientes atendidos. Explicado de por la atención a los afiliados de Medimas población procedente de Bogota y dentro del régimen contributivo.

NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE:

1ER TRIMESTRE COMPARATIVO	2016	2017	2018	2019
TRIAGE 1 - EMERGENCIA	82	39	16	39
TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	3196	102	98	236
TRIAGE 3 - URGENCIAS	399	3257	3430	5628
TRIAGE 4 - PRIORITARIO	573	188	750	1582
TRIAGE 5 -NO URGENCIA	84	1064	650	389

TOTAL PTES CON TRIAGES	4334	4650	4944	7874

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



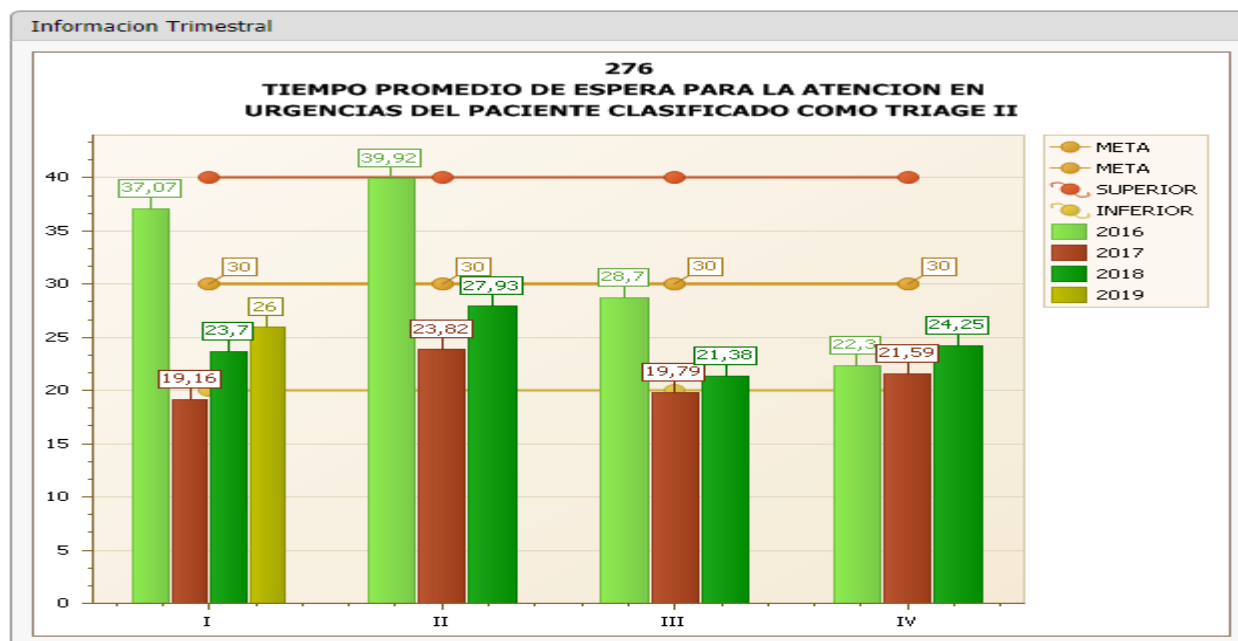
Base de datos TUCI

Análisis: Este indicador durante el primer trimestre del año 2019 comparativamente también se incrementó en un 38%, de este total, el mayor aumento lo presentó el triage IV que fue del 53% seguido por el triage V en un 41% y el triage III en un 40%. Esta afluencia de pacientes en triages IV y V (no urgencias) corresponde al mal direccionamiento realizado por el Hospital San José Centro, Institución que pertenece a Medimas. El mal direccionamiento del triage por parte de Medimas ocasionó múltiples inconvenientes en el Servicio de Urgencias, se aumentaron las quejas por no atención y por falta de trato amable del equipo médico, por la negación de la atención a patologías crónicas o síntomas no urgentes, según criterio Médico y basados en la Resolución 5596/15, esta negativa ocasionó el inconformismo de algunos pacientes con el agravante que la gran mayoría por no decir todos ya habían estado previamente en la consulta de Medimas sin que esa Institución les brindara solución a sus problemas y reenviándolos al HUS.

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

1ER TRIMESTRE COMPARATIVO			
2016	2017	2018	2019
37,07	19,16	23,70	26,00

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



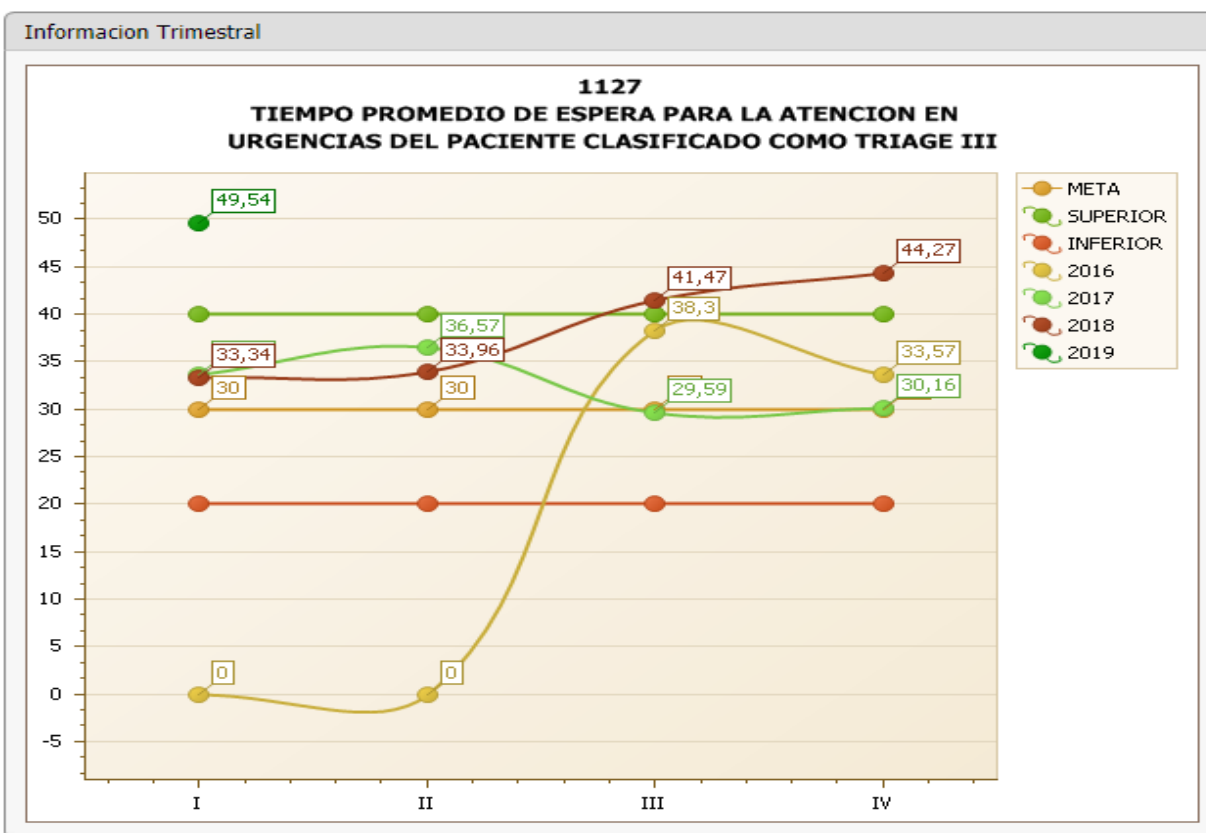
Base de datos TUCI

Análisis: La atención de pacientes clasificados como Urgencia vital cuya atención no puede exceder los 30 minutos dentro del Servicio de Urgencias, fue realizada según lo normado, cumpliendo con los estándares de calidad de Minsalud, a pesar de la sobreocupación del servicio y los inconvenientes con el Sistema (DGH) ya que en la mayoría de las veces los pacientes son atendidos antes de que se realicen los trámites administrativos por la severidad de sus patologías y la criticidad de los pacientes.

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

1ER TRIMESTRE COMPARATIVO			
2016	2017	2018	2019
37,07	33,57	33,34	49,54

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



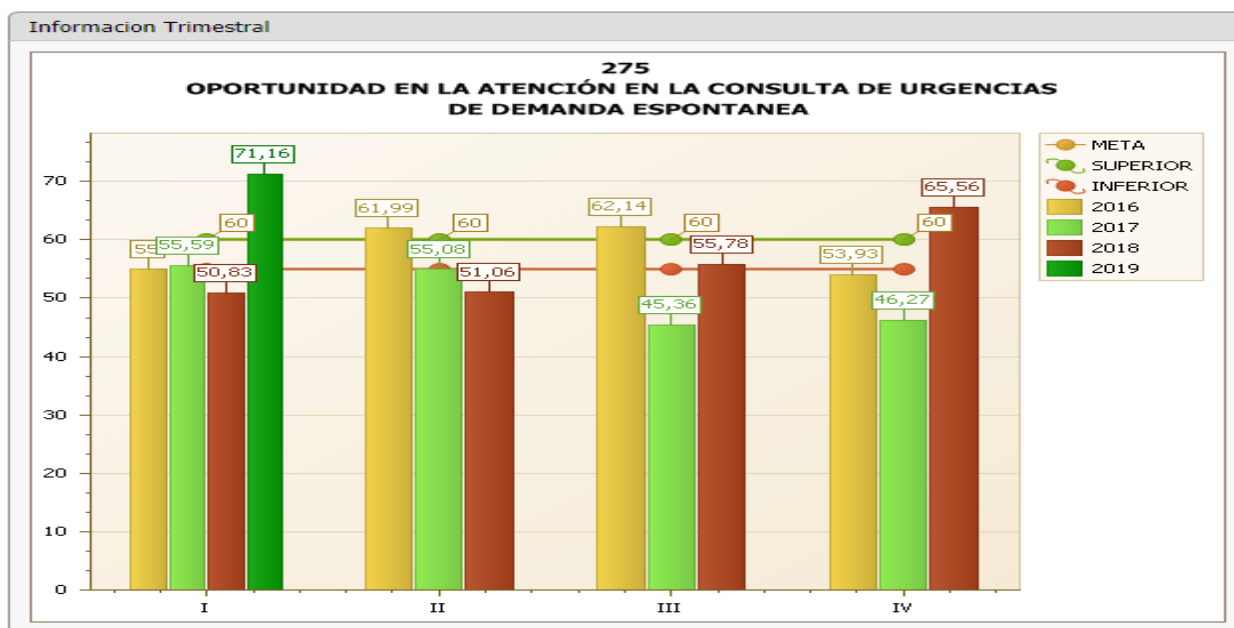
Base de datos TUCI

Análisis: Los pacientes clasificados como triage III (Urgencia) la norma establece que tienen que atenderse en un lapso no mayor a 45 minutos, siendo imposible el cumplimiento de estos tiempos por el gran volumen de pacientes, además de los inconvenientes presentados por el Sistema, que presentó fallas en varias oportunidades, teniendo que reactivar el Plan de contingencia, durante el 1er trimestre/2019, produciendo lentitud en el software de los computadores de admisiones y triage que se traduce en el incremento de los tiempos de DGH y el reproceso de transcribir la Historia Clínica y demás registros una vez se restituye el Sistema.

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA

1ER TRIMESTRE COMPARATIVO			
2016	2017	2018	2019
55	55,59	50,83	71,16

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de datos TUCI

Análisis: Este Indicador es donde más se refleja los inconvenientes presentados durante la prestación de los servicios de Salud en el servicio de urgencias, ya que reúne todas las etapas de la ruta de atención, que inicia con el ingreso del paciente en el Sistema por parte de admisiones, la realización del triage, la verificación de los derechos y asignación de un número de ingreso del paciente al Sistema por parte de admisiones y la posterior atención médica en la consulta por parte de los médicos del Servicio. Por estar involucrados tantos actores es muy complicado lograr los estándares establecidos dentro de la norma de no debe excederlos 60 minutos.

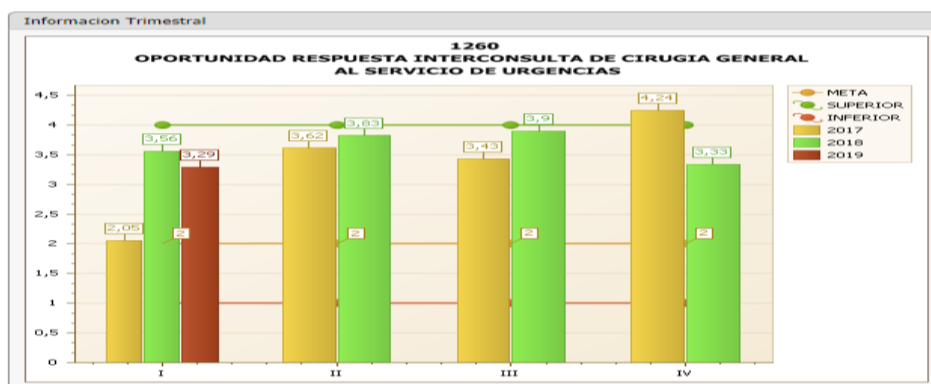
El Servicio de Urgencias durante el año 2018 había logrado dar cumplimiento a la normatividad vigente, sin embargo, por los inconvenientes ya mencionados de la sobreocupación, los daños en el Sistema y el personal insuficiente durante los primeros meses del año incrementaron los tiempos de oportunidad en este indicador.

TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS:

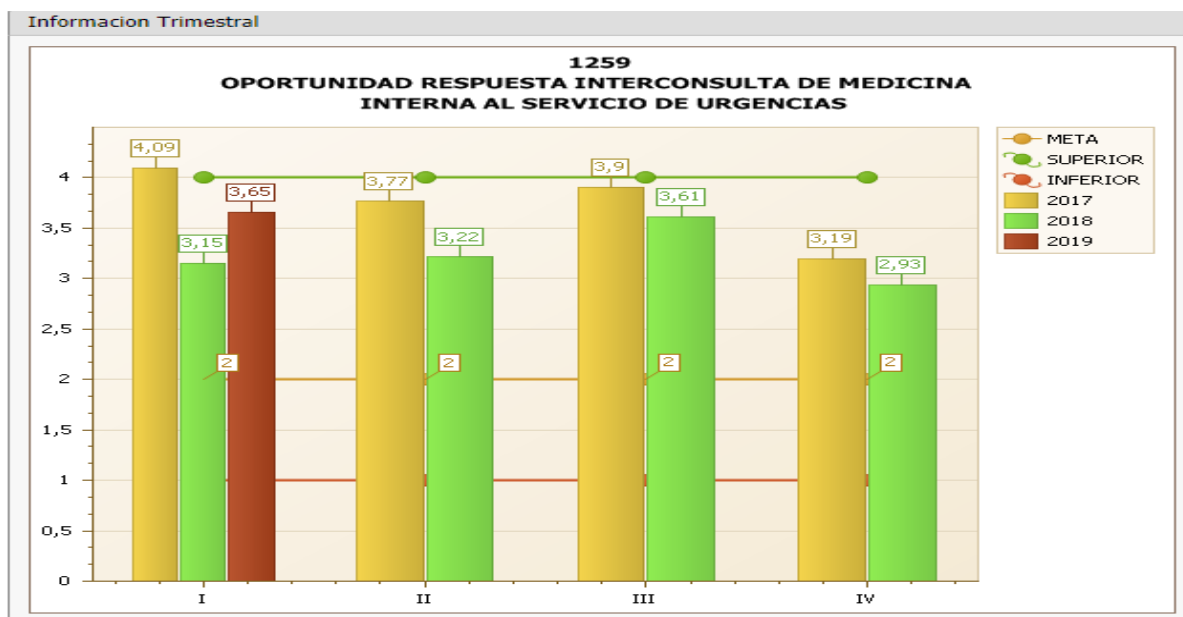
ESPECIALIDAD	1ER TRIMESTRE COMPARATIVO		
	2017	2018	2019
CIRUGIA			
TIEMP. MES	2,05	3,56	3,27
No. PTES	620	516	688
No. MINUTOS	415,16	608,65	750,58
MEDICINA INT.			
TIEMP. MES	4,09	3,15	3,65
No. PTES	661	664	798
No. MINUTOS	904,44	697,4	977,01
NEUROCIRUGIA			
TIEMP. MES	3,73	2,5	2,90

No. PTES	254	183	226
No. MINUTOS	313,40	152,59	217,12
ORTOPEDIA			
TIEMP. MES	2,58	1,28	2,34
No. PTES	411	403	457
No. MINUTOS	357,78	171,95	355,53
UROLOGIA			
TIEMP. MES	5,41	4,82	3,10
No. PTES	110	99	158
No. MINUTOS	205,83	168,70	162,64

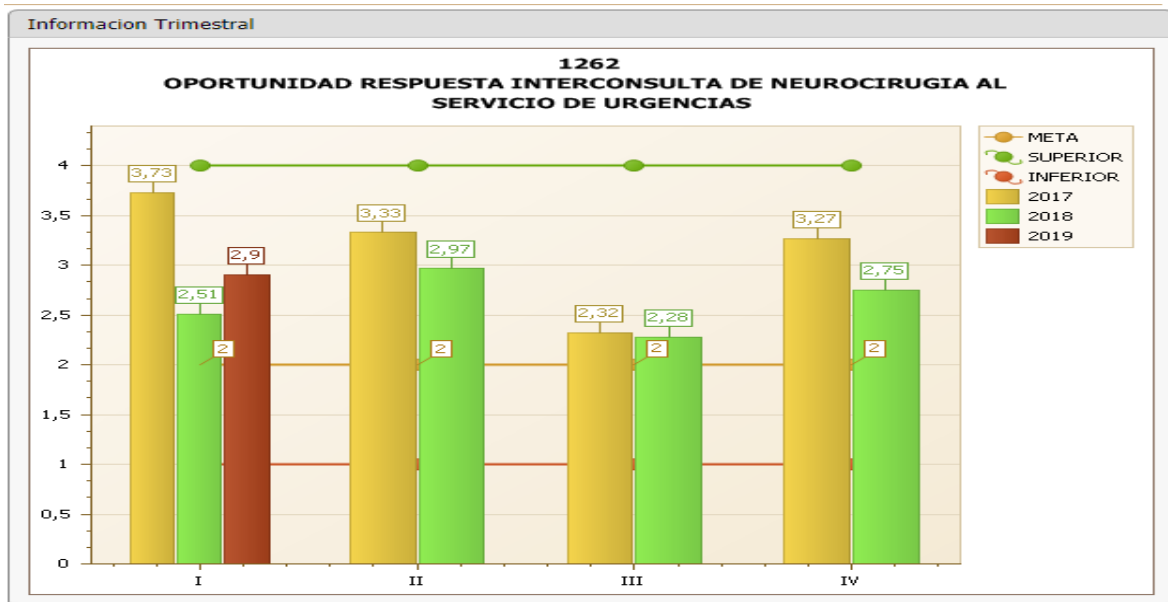
Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



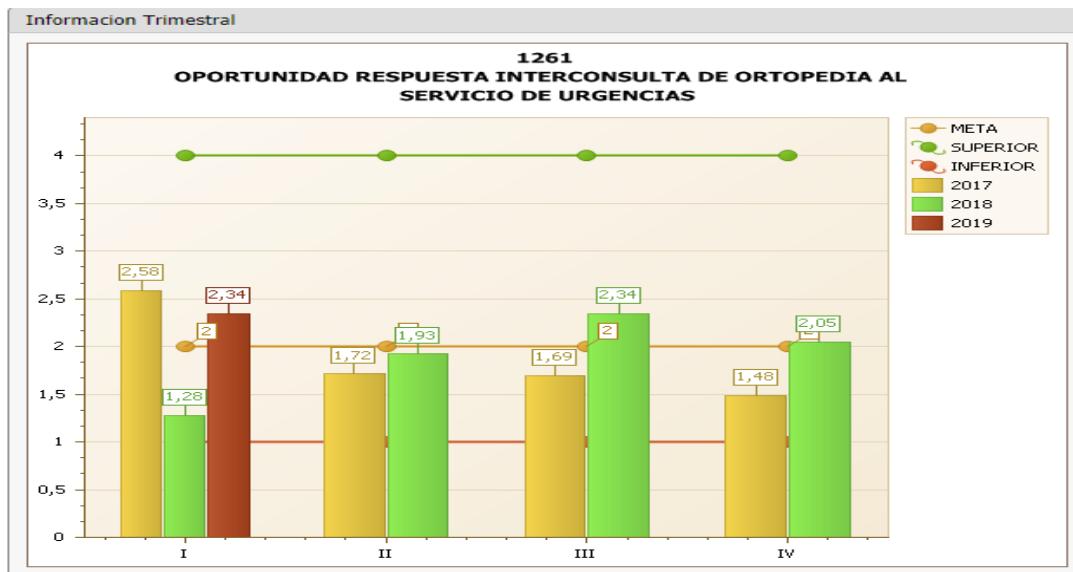
Base de datos TUCI



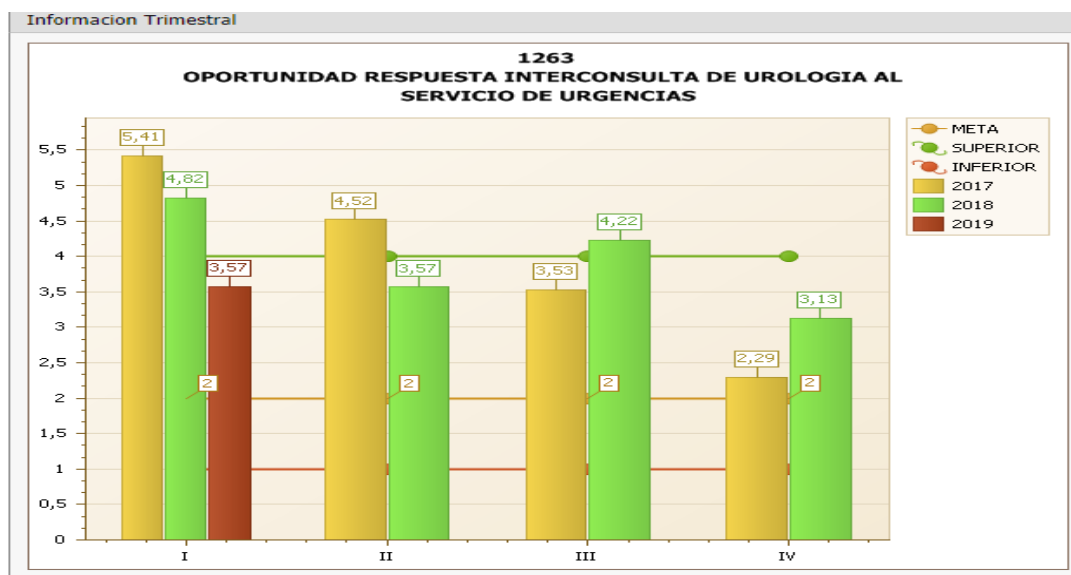
Base de datos TUCI



Base de datos TUCI



Base de datos TUCI


Base de datos TUCI

Análisis: Los tiempos de respuesta a las Interconsultas solicitadas desde Urgencias, consignados dentro del procedimiento de Interconsulta código 02PU03 y acordado con los Subdirectores de las especialidades auditadas, de no exceder las 4 horas, se viene cumpliendo desde el II semestre 2018, cumpliéndose de igual manera durante el I semestre 2019.

PQRS y PUMP:

	TRATO AMABLE	DEMORA FALLA PROCESO	CALIDAD ATENCION	POSIBLE NOVEDAD	PERDIDA ELEMENTOS	MOTIVO
1		X				TRIAGE IV NO URGENCIA
2	X					JEFE TRIAGE
3			X			ENFERMERIA
4	X					JEFE TRIAGE
5	X					JEFE TRIAGE
6				X		FLEBITIS
7		X				DEMORA ATENCION
8		X				PETICION REPETIDA IGUAL A LA ANTERIOR.
9		X				DEMORA ATENCION
10						INFRAESTRUCTURA INSUFICIENTE POR FALTA DE SILLAS
11		X				POR FALLAS EN EL SISTEMA
12				X		PTE ORTOPEDIA-NO SE EVIDENCIA FX-DR. ALEXANDER LUNA
13						PTE RECLAMA LABORAT QUE NO

					FUERON TOMADOS
14	X				NO ESPERA IMÁGENES.DOPPLER-SALIDA VOLUNT
15					MAL DIRECCIONADA - CX VASCULAR
16	X				DEMORA ATENCION
17	X				MAL DIRECCIONADA - HOSPITALIZACION
18	X				MAL DIRECCIONADA –HOSPITALIZACION
19			X		CAIDA EN ESPERA DE ATENCION
20	X				NO ESPERA ATENCION, SOLICITA SALIDA

Análisis: Se realiza seguimiento a las PQR desde su direccionamiento, motivo y causa mediante tabla Excel, con el fin de realizar de manera oportuna la retroalimentación inmediata de las causas originarias y as, evitar en lo posible que se reiteren las mismas causas.

- **Trato amable:** se presentaron 3 quejas contra el Jefe del triage, de pacientes de la EPS Medimas por las negativas en la atención ya que no presentaban síntomas agudos que ameritaran el ingreso a Urgencias. Sin embargo por estar el Servicio de Urgencias adherido a la política de Humanización en su línea de trato amable, se capacito al todo el personal de Urgencias (60) colaboradores, auxiliares, Jefe y Médicos, reforzando el buen trato con el paciente, su familia y sus compañeros de labores.
- **Fallas en el proceso:** Se analizaron 10 QR en relación a esta amplia clasificación que abarca todo el proceso de Urgencias, donde se observa que la principal razón es demora en la atención, situación que ya se evidencio por la sobredemanda del servicio tanto en el triage como en la Atención Inicial.
- **Posibles novedades en salud:** Se presentan 3 novedades en salud las cuales se les realiza análisis ANCLA y se retroalimenta con todo el personal (138) de las causales que originaron la novedad.
- **Otros:** De igual manera el Servicio de Urgencias realiza socializaciones y capacitaciones sobre diferentes temas que afectan la prestación de los servicios de salud como se observa en la tabla adjunta. Todas las intervenciones al personal están debidamente soportadas con actas que reposan en la Subdirección de Urgencias.

	TOTAL
ATENCION PACIENTES	10
SEGURIDAD DEL PACIENTE	138
ESTRATEGIA MULTIMODAL LAVADO DE MANOS	23
TRATO AMABLE	60
BIOSEGURIDAD	6
MEJORAS INICIO	28
RELACIONES INTERPERSONALES	3
RETROALIM COMPROM.ENTREGA DE TURN.	50

MECI:

Como integrante del equipo Mecí se solicitó una nueva capacitación para definir las actividades propias del equipo y poder desarrollar dentro del grupo de Urgencias las actividades principales del Modelo. Se definió que la principal actividad es la transmisión de la información de lo que significa el Modelo estándar de Control Interno a todo el equipo de colaboradores en Urgencias. Seguido por el autocontrol que debe realizar el Proceso desde sus Indicadores, listas de chequeo, procedimientos, respuestas a las PQR y demás no conformidades encontradas en los procesos de auditoría. Y en tercer lugar; la autogestión realizada dentro del quehacer diario del proceso de Atención al paciente en Urgencias siempre alineado a Plataforma estratégica del Hospital.

PAS:

Como actividad a desarrollar dentro del PAS quedo consignada el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la respuesta de las Interconsulta solicitadas desde el Servicio de Urgencias a las Especialidades auditadas cuya meta son 4 horas. Los cuales se cumplieron.

2.2 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

GESTIÓN DEL PROCESO

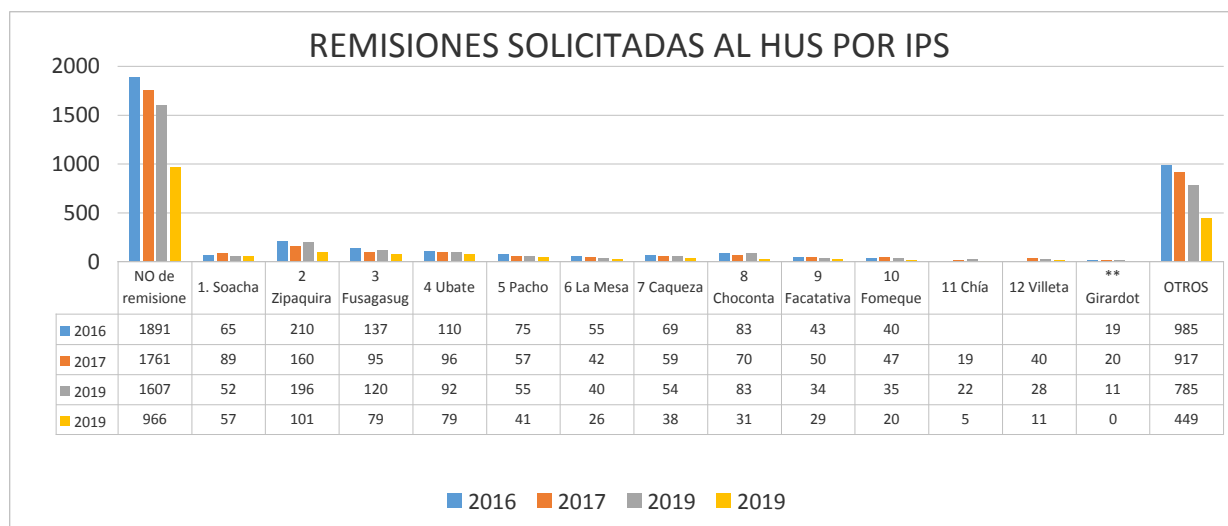
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
NO de remisiones solicitadas al HUS	1891	1761	1607	966
1. Soacha	65	89	52	57
2 Zipaquirá	210	160	196	101
3 Fusagasugá	137	95	120	79
4 Ubaté	110	96	92	79
5 Pacho	75	57	55	41
6 La Mesa	55	42	40	26
7 Caqueza	69	59	54	38
8 Choconta	83	70	83	31
9 Facatativá	43	50	34	29
10 Fomeque	40	47	35	20
11 Chía		19	22	5
12 Villeta		40	28	11
** Girardot	19	20	11	0
OTROS	985	917	785	449

Para el año 2019 hay una disminución muy marcada de los pacientes que comentan de los diferentes municipios del departamento a través de sus IPS, hay varias causas a las cuales se les puede atribuir como:

Se envía una carta diariamente informando sobre ocupación en el servicio de urgencias a las diferentes IPS y EPS motivo por el cual no comentan los pacientes.

Las camas en la Unidad de Cuidados Intensivos permanecen todo el tiempo ocupadas y no se puede dar respuesta oportuna a las necesidades de los pacientes en el departamento.

La mayor Eps del Departamento no está comentando los pacientes al HUS sino los está derivando a otras instituciones con las cuales tiene contrato.

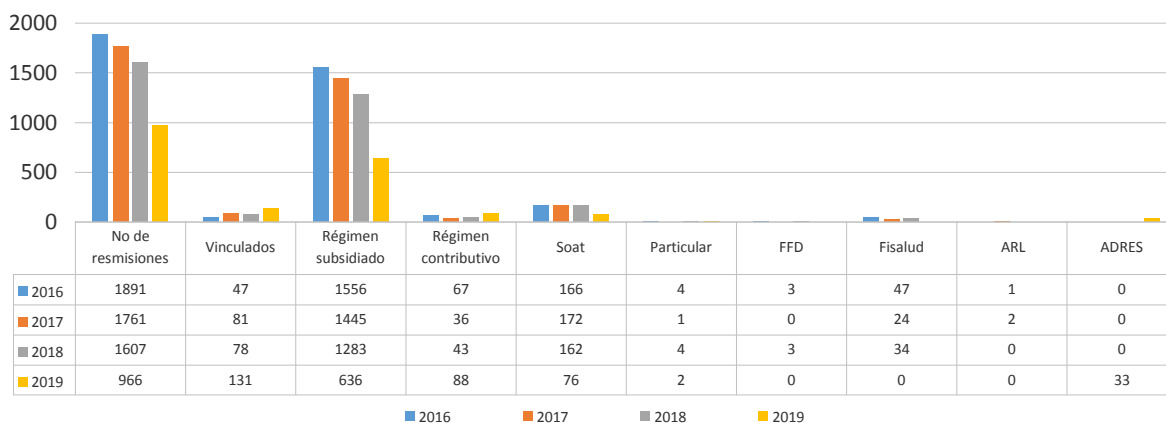


EFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	1891	1761	1607	966
Vinculados	47	81	78	131
Régimen subsidiado	1556	1445	1283	636
Régimen contributivo	67	36	43	88
Soat	166	172	162	76
Particular	4	1	4	2
FFD	3	0	3	0
Fisalud	47	24	34	0
ARL	1	2	0	0
ADRES	0	0	0	33

Las remisiones solicitadas por tipo de asegurador aumentan en gran proporción los pacientes vinculados de nacionalidad venezolana que están de paso o radicados en los diferentes municipios del departamento, aumenta ligeramente los pacientes comentados del régimen contributivo, la línea de pago Soat disminuye en 86 pacientes comparados con el año anterior.

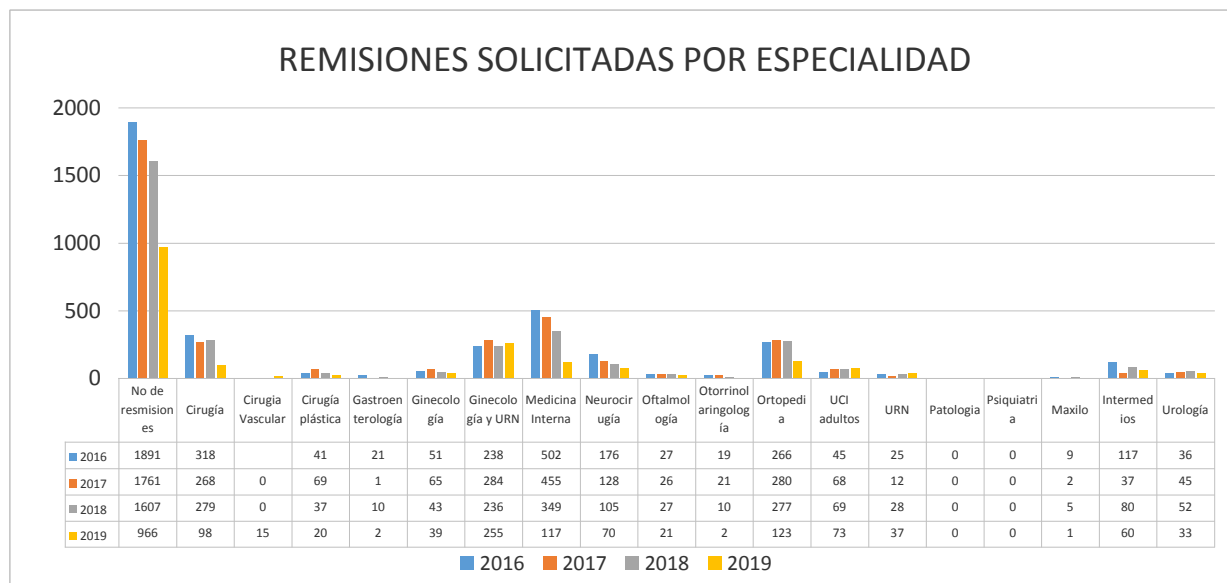
Las IPS del departamento no están comentando los pacientes que tengan esta línea de pago se comentan en otras instituciones privadas y públicas.

REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR ASEGURADOR



REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	1891	1761	1607	966
Cirugía	318	268	279	98
Cirugía Vascular		0	0	15
Cirugía plástica	41	69	37	20
Gastroenterología	21	1	10	2
Ginecología	51	65	43	39
Ginecología y URN	238	284	236	255
Medicina Interna	502	455	349	117
Neurocirugía	176	128	105	70
Oftalmología	27	26	27	21
Otorrinolaringología	19	21	10	2
Ortopedia	266	280	277	123
UCI adultos	45	68	69	73
URN	25	12	28	37
Patología	0	0	0	0
Psiquiatría	0	0	0	0
Maxilo	9	2	5	1
Intermedios	117	37	80	60
Urología	36	45	52	33

La única especialidad que aumenta el número de remisiones solicitadas es Ginecología el resto tiene tendencia a la baja por que se comentan menos pacientes y el servicio de urgencias se encuentra en sobre ocupación en este trimestre.

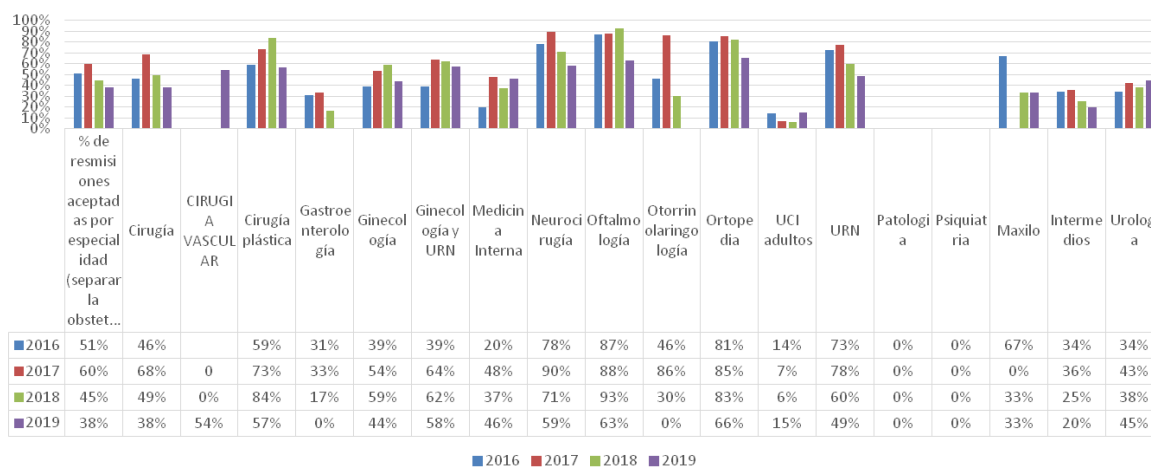


REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	51%	60%	45%	38%
Cirugía	46%	68%	49%	38%
CIRUGIA VASCULAR		0	0%	54%
Cirugía plástica	59%	73%	84%	57%
Gastroenterología	31%	33%	17%	0%
Ginecología	39%	54%	59%	44%
Ginecología y URN	39%	64%	62%	58%
Medicina Interna	20%	48%	37%	46%
Neurocirugía	78%	90%	71%	59%
Oftalmología	87%	88%	93%	63%
Otorrinolaringología	46%	86%	30%	0%
Ortopedia	81%	85%	83%	66%
UCI adultos	14%	7%	6%	15%
URN	73%	78%	60%	49%
Patología	0%	0%	0%	0%
Psiquiatría	0%	0%	0%	0%
Maxilo	67%	0%	33%	33%
Intermedios	34%	36%	25%	20%
Urología	34%	43%	38%	45%

El número de remisiones disminuye drásticamente ya que bajamos con respecto al periodo de tiempo del año inmediatamente anterior de un 45% al 38% en total, hay especialidades que mejoran su promedio de aceptación como Cirugía Vascular que en años anteriores no se tenía discriminada sino se agrupaba en el total de pacientes de cirugía general, Urología también aumenta su porcentaje de aceptación.

El factor más influyente para la aceptación de pacientes por las diferentes especialidades es la sobre-ocupación en el servicio de urgencias por pacientes que acuden por demanda espontánea.

% DE REMISIONES ACEPTADAS POR ESPECIALIDAD

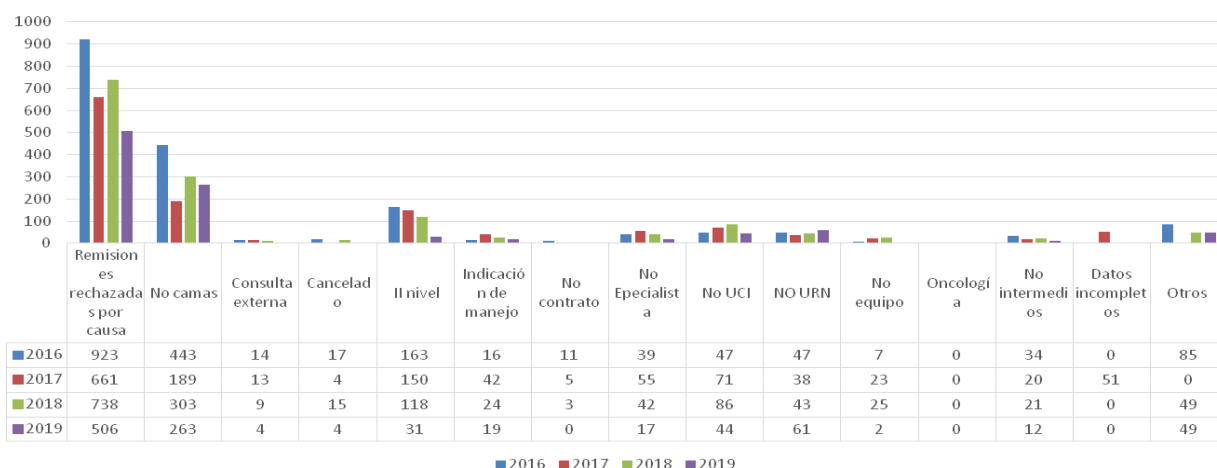


REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
Remisiones rechazadas por causa	923	661	738	506
No camas	443	189	303	263
Consulta externa	14	13	9	4
Cancelado	17	4	15	4
El nivel	163	150	118	31
Indicación de manejo	16	42	24	19
No contrato	11	5	3	0
No Especialista	39	55	42	17
No UCI	47	71	86	44
NO URN	47	38	43	61
No equipo	7	23	25	2
Oncología	0	0	0	0
No intermedios	34	20	21	12
Datos incompletos	0	51	0	0
Otros	85	0	49	49

Durante el primer trimestre del año 2019 se rechazaron 506 pacientes respecto al periodo de tiempo del año anterior si se compara con el año disminuye la cantidad de pacientes rechazados pero es por la disminución marcada de pacientes comentados.

Continúa siendo la causa más importante de pacientes rechazados la no disponibilidad de camas en el HUS, bajan notoriamente los pacientes rechazados con patologías para ser tratadas en el segundo nivel a pesar de no recibir pacientes con patología oncológica por el área de referencia y contra-referencia los pacientes ingresan por demanda espontánea al servicio de urgencias para ser tratados prolongando la estancia ya que su entidades responsables de pago no los ubican rápidamente.

REMISIONES RECHAZADAS POR CAUSA



REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	143	47	45	373
Medicina Interna	63	27	20	98
Neurocirugía	5	1	2	7
Ortopedia	9	0	4	6
Pediatría	0	0	0	0
Cirugía general	29	22	10	25
Psiquiatría	4	0	3	9
cirugía plástica	4	0	0	1
urología	3	0	1	1
oncología	0	0	0	0
Crónicos	0	0	0	0
Gineco Obstetricia	3	0	0	3

Intermedios	0	0	0	0
Otorrinolaringología	1	0	0	3
Anestesia	0	0	0	0
Neurología	0	0	0	0
Urgencias	19	0	5	216
UCI adultos	2	0	0	0
Maxilo	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	2

El número de pacientes puestos en remisión desde el servicio de urgencias aumenta debido a la demanda espontánea, ya que los pacientes se van atendiendo sin importar la línea de pago una vez se estabilizan se inicia el proceso de ubicación por parte de su entidad responsable de pago.

EPS como Compensar, Nueva Eps, Cruz blanca, Famisanar en el caso de ortopedia y Cirugía, Sura, Alianza salud en el régimen subsidiado Capital salud, Salud vida, Comfamiliar Huila, Cajacopi., Emnssanar, Emdisalud.

2.3 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

GESTIÓN DEL PROCESO

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

COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	2015	2016	2017	2018	2019
	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
Horas programadas consulta especializada	6.339	5.499	4.897	4.406	4.544
Consultas asignadas = programadas	19.874	15.968	14.545	12.856	13.357
Consultas realizadas	17.204	14.147	12.743	11.074	11.222
% Inasistencia	13%	11%	12%	13%	15%
% Cancelación o causa de NO atención	0,9%	0,6%	0,5%	1,4%	0,9%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizada/oferta)	95%	91%	95%	92%	90%
Rendimiento hora medico consulta	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5
% Demanda insatisfecha en Consulta	4%	2%	2%	1%	3%

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

Las **horas programadas** aumentaron el 3% frente al año anterior, frente a los años 2017 2016 y 2015 hubo necesidad de disminuir de acuerdo a la demanda. La **consulta asignada** aumentó 4% frente al año anterior, frente a los otros años bajó un 8%, 16% y 33% respectivamente con 2017, 16 y 15. La **consulta realizada** aumentó 1% comparada con el año anterior, frente a los demás años bajo notablemente, un 12%, 21% y 35% respectivamente para 2017, 16 y 15. En el I trimestre de 2019 se atendieron en promedio mes 3740 citas, mientras que en el 2015 fueron en promedio mes 5.730, disminución que se presentó a expensas de baja demanda por parte de Convida y del aumento de la inasistencia. A pesar del aumento en la actividad de **confirmación** de citas que llegó al 19% en el I trimestre de 2019, la **inasistencia** aumentó en un 21% comparado con el I trimestre del año anterior, marcada por pacientes de Medimas en primer lugar, seguido de Famisanar, particulares y Fiduconsorcio. En las agendas de mayor demanda como son: Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía general, Cirugía vascular, Cirugía de tórax, Dermatología, endocrinología, Hematología, Neurología, Ortopedia cadera y rodilla y Otorrinolaringología, el porcentaje de inasistencia es alto, lo que es paradójico y se espera aumentar el porcentaje de confirmación de citas para optimizar los cupos. Para INPEC se programaron citas para 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, con el fin de disminuir inasistencia y cancelación, lo cual bajó y ya no ocupan el primer lugar en inasistencia. Por cada colaborador que apoya la consulta, se realizaron llamadas de seguimiento telefónico a la inasistencia a cita programada, logrando llamar a un 33% de los pacientes que no asistieron. El 19% 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, por lo que en conjunto con la Subdirección de Contratos y Mercadeo se suspendieron los bloques de atención que se estaban brindando a Medimas, que fueron los de mayor inasistencia; y el 81% correspondió a causas no prevenibles, marcada por la dificultad del desplazamiento, seguida de No traslado o llegada tarde por INPEC y en la misma posición, inconvenientes relacionados con la autorización, como tercera causa la condición del paciente. Es importante mencionar que con un 68%, no se logró establecer comunicación (número errado, no contestan o sin servicio, sin teléfono de contacto), coherente con solicitudes de citas por parte de las EPSs. 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 I trimestre de año 2019.

I TRIM	Causa de Inasistencia en consulta	Motivo de la inasistencia y gestión realizada
12%	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%		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%		Cita mal asignada (ha bajado, gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
2%		No se logró comunicar para cancelar
20%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
14%		INPEC, Llegada tarde más de una hora o no traslado.
13%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
5%		Otros motivos (hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir, sin permiso de trabajo).
3%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
6%		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)
14%		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).
6%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas, cuando por algún motivo no puede asistir)
0,3%		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 I trimestre de 2019 la cancelación fue de 0.9% y el 63% correspondió a motivos prevenibles. En orden de presentación de causas de cancelación fue: 46% por causa **institucional**, 29% atribuida al **paciente** y 25% por **causa externa**. En los años anteriores la causa más frecuente de cancelación había sido ocupada por el paciente, para este trimestre 2019 invirtió ocupando el primer lugar **la cancelación institucional**, con 46% del 0.9% de la cancelación total en consulta. Se gestionaron los motivos prevenibles que correspondieron al 36%, 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 de facturación, a demora en facturación en donde el especialista no pudo espera más; y 10% no prevenibles, por calamidad de especialista y daño de consultorio de Oftalmología. A continuación se detalla la clasificación de la cancelación y los motivos.

I TRIM	Cancelación Institucional	Motivo de la cancelación y gestión realizada
21%	Prevenible	Falla en asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de asignación.
8%		Falla en equipo tecnológico. Daño interno de DGH en feb. Afecto la consulta en 3 especialidades: Cirugía General(1), Ortopedia cadera(6) y general(2), se reubicaron las citas
0,9%		Demora en tiempo de facturación. Afecto 1 consulta de Dermatología, la cual se reubicó.
1,8%		Cambio de agenda. Hematología, citación a juzgado de último momento. No se logró reubicar 2 pacientes.
3,0%		Falta oportunidad en la atención, para lo cual se recuerda al especialista brindar la atención en la hora de la cita asignada, Cirugía Vascular (1) paciente. En Dermatología (1) paciente, demora en el ingreso al HUS, por sindicato.
0,9%		Orden errada o incompleta de Cirugía Vascular, no envía remisión quirúrgica para consulta de Anestesia, se realizó retroalimentación a la especialidad y a quien asignó la cita.
4%	No prevenible	Calamidad o enfermedad del especialista: Neumólogo, no se logró contactar a 2 pacientes. Se reubicaron citas
		Cirugía de urgencia: Oftalmología Retina, especialista no alcanzó a atender 2 pacientes. Se reubicaron citas
4%		Daño consultorio de Oftalmología, caída de techo, se localizaron 5 pacientes a los cuales se les reubicó la cita. Se retroalimenta a quien las reubicó, que también debe retirarlas del sistema.
1,8%		Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita). Ortopedia Cadera, complicación cirugía previa a consulta, (2 pacientes)
0,9%		Otros. Reumatología, especialista indica que no da segundos conceptos, se realiza retroalimentación con procedimiento publicado, que incluye atención de segundo conceptos.

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

La cancelación por **paciente** tuvo un peso de 29% de la cancelación total en consulta del 0.9%, el 28% fue prevenible y el 2% no prevenible, se marcan las 3 más frecuentes.

I TRIM	Cancelación por paciente	Motivo de la cancelación y gestión realizada
9%	Prevenible	Cita mal solicitada
6%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
9%		Sin resultados paraclínicos, necesarios en consulta para definir conducta
1,8%		Sin referencia o justificación de la atención
1,8%		No responde al llamado para la atención, a pesar de llamado por altoparlante y al número telefónico
0,9%	No prevenible	Condición del paciente. Hospitalizado o enfermo y no cancelaron cita
0,9%		Otros motivos, Usuaría solicita cita para presentar resultados de otra persona

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

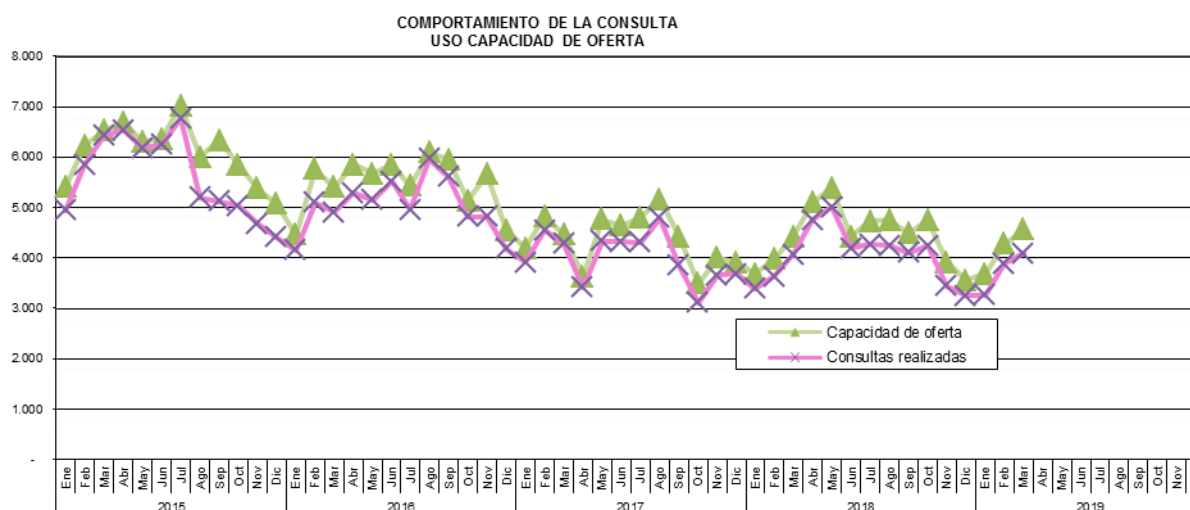
La cancelación **por causa externa** tuvo un peso del 25% de la cancelación total en consulta del 0.9%, a expensas de Codensa por caída de Energía.

I TRIM	Cancelación por externo	Motivo de la cancelación y gestión realizada
0,9%	No prevenible	No contrato Convida. Solo con aval de un médico y se retira de la EPS, por lo cual no se acepta por facturación
0,9%		Autorización códigos errados Medimas
0,9%		Inpec, Sin resultados paraclínicos, necesarios en consulta para definir conducta, reprogramación citas
22%		Otros, Codensa - caída de energía, reprogramación de 25 citas en Febrero, por no contar con Sistema para diligenciar historia clínica

*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 16% para el I trimestre de 2019 y fueron cupos que se liberaron oportunamente para asignar cita a otro paciente.

El **uso de la capacidad de oferta**, bajó 2% frente al año anterior, es decir para el I Trimestre/2019 está en 89% (En 2018 = 91%). 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 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. En conjunto con la Subdirección de Contratos y Mercadeo se suspendieron los bloques de atención que se estaban brindando a Medimas y con Sanidad de INPEC se continúan realizando reuniones de seguimiento, tratando de disminuir inasistencia y cancelación. Este tema se amplió en la inasistencia. A pesar del ajuste periódico de las agendas de acuerdo al comportamiento de la demanda, el resultado del uso de la capacidad de oferta bajó de 92% en el 2018 a 90% en el 2019 debido al aumento de la inasistencia la cual llegó a 15% (datos y causas presentadas anteriormente en tabla No. 1 y 2). Por baja demanda en enero en algunas especialidades se suspendieron agendas que no hubo necesidad de reponer, como en el caso de: Cardiología, Cirugía Plástica, Medicina Interna, y Oftalmología entre otras. Mientras que hubo necesidad de aumentar en conjunto con los Coordinadores y Subdirectores de algunas agendas como Anestesia, Cirugía de tórax y Endocrinología.

El **rendimiento**, bajó 2% frente I trimestre del año anterior. Sin embargo 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 3% en este I trimestre de 2019, 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 frente al año anterior a expensas del **represamiento** el cual dentro de ese 3% correspondió al 56% 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, seguido de Cirugía de cabeza y cuello, que como es bien conocida la demanda del país supera la oferta de supraespecialistas, y hubo necesidad de retirar 4 horas de consulta en marzo para realizar procedimientos quirúrgicos por represamiento, lo que se reflejará en el próximo trimestre tanto en oportunidad como en Demanda insatisfecha. En tercer lugar Cirugía de tórax, cuarto lugar Otorrinolaringología en donde se ampliaron 17 horas en el mes de febrero y en marzo 40 horas, posición 5,6,7 Cirugía vascular periférica, Endocrinología y Neurología respectivamente, la posición 8 fue para Reumatología, por falta de oportunidad en la propuesta de agenda por parte del especialista. La demanda insatisfecha **financiera** fue del 44%, se presentó por usuarios que solicitaron cita, sin contar con autorización de la EPS, por lo que no se asignó cita, y por restricción al contrato de Medimas que inició en marzo, 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 en la reunión de equipo primario. No se presentó demanda insatisfecha por causa **física**, ni por causa **humana**.

El indicador de **consultador crónico** se presenta al cierre del año.

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 solicitó 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 ASIGNACION DE CITAS	2015	2016	2017	2018	2019
	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
Oportunidad en cita Medicina Interna (15 días)	8,0	2,4	1,1	0,5	1,3
Oportunidad en cita Cirugía (20 días)	5,9	3,2	1,1	1,9	2,2
Oportunidad en cita Ginecología (5 días)	4,4	1,6	0,7	1,3	0,5
Oportunidad en cita Obstetricia (5 días)	3,4	1,6	1,2	0,3	0,3
Oportunidad en Anestesia (10 días)	2,6	3,4	0,8	0,8	1,3
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	5,8	3,8	2,7	1,4	3,3

*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 no solo para citas de primer vez, se ha coordinado en conjunto con el Subdirector de Cirugía General ampliando la oferta de consulta, obteniendo la excelente oportunidad.

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 0.5 días, se obtuvo por un lado, por la oferta de lunes a viernes y por otro no por acciones tomadas, sino por la baja 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. 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 **Preadnestesia** 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 al mismo periodo del año anterior por incremento de la demanda en algunas agendas y por cancelación de las mismas en el mes de enero y que no se compensaron. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas como: Cardiología, Gastroenterología, Neonatología 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: Cirugía de cabeza y cuello a 35 días, Otorrinolaringología a 14 días y Cirugía de tórax a 11 días.

Procedimientos mínimos y menores. Se observa aumento de 11% en los procedimientos **realizados** comparado con el 2018, 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 DE APOYO DX Y TERAPEUTICO REALIZADOS EN CONSULTA EXT.	2015	2016	2017	2018	2019
	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
Horas programadas procedimientos	3.767	3.533	3.924	4.341	3.644
No. Procedimientos programados	6.937	5.256	4.590	3.916	4.410
No. Procedimientos realizados	6.125	4.913	4.275	3.598	3.994
% Inasistencia en procedimientos	11%	6%	6%	7%	9%
% Cancelación Procedimiento o no atención	0,5%	0,5%	0,5%	1,1%	1,0%

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

La **inasistencia** a procedimientos aumentó frente a años anteriores, presentó mayor inasistencia de mayor a menor en procedimientos de Gastroenterología, Audiología, Ginecología, Oftalmología y Otorrino entre otros a expensas del INPEC, provenientes de fuera de Bogotá. En seguimiento a inasistencia el primer lugar lo ocupó la dificultad del desplazamiento, seguido de condición del paciente y en tercer lugar por INPEC que no traslada al paciente. A continuación se presentan los motivos de inasistencia presentados y la gestión realizada en el periodo

I TRIM	Causa de Inasistencia en procedimiento	Motivo de la inasistencia y gestión realizada
3%	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
0,6%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos)
0,6%		Procedimiento mal asignado (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
2%		No se logró comunicar para cancelar
29%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
15%		INPEC, no traslada el paciente
20%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
11%		Otros motivos (Hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir, no permiso del trabajo).
0,6%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
3,6%		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)
8%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
7%		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 I trimestre de 2019 la cancelación en procedimientos fue del 1%, en orden de presentación de causas de cancelación fue: 73% atribuida al **paciente**, 15% por **causa externa** y el 12% por **causa institucional**. Del 1% de la cancelación, el 56% correspondió a motivos prevenibles y 44% a no prevenibles. La **cancelación por paciente** tuvo un peso de 73% de la cancelación total en procedimientos 1%, el 44% fue por motivos prevenibles por el paciente pero no de intervención directa por parte del HUS y el 29% no prevenible, se marcan las 3 más frecuentes.

I TRIM	Cancelación por paciente en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
5%	Prevenible	Cita mal solicitada (se indaga al solicitante para asignar correctamente)
20%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
5%		Sin referencia o justificación clínica
15%		Falta preparación (a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal).
20%	No prevenible	Condición del paciente, que no permitió la realización del procedimiento (enfermo o sintoma)
7%		Sin recursos para el copago
2%		Otros motivos

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

La cancelación de procedimientos **por causa externa** realizados en Consulta tuvo un peso del 15% de la cancelación total en procedimientos del 1%.

I TRIM	Cancelación por externo en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
7%	No prevenible	Inpec, Sin resultados paraclínicos, necesarios en procedimiento para poder realizarlo.
5%		Inpec, llegada tarde.
2%		Otros, CODENSA, caída del sistema se reprogramaron las cita.

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

La **cancelación institucional** tuvo un peso de 12% de la cancelación total en procedimientos del 1%, las cuales fueron prevenibles.

I TRIM	Cancelación Institucional en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
10%	Prevenible	Falla en asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de asignación.
2%		Falla en equipo tecnológico o sin insumos. Sin solución inmediata, por lo cual fue necesario reprogramar cita. Sala de infusión(medicamento no enviado por Farmacia para la preparación)

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

PQRS

Para el I trimestre de 2019 en el Proceso de Atención Ambulatoria, las PQRS y felicitaciones se presentaron así:

% FELICITACIONES	14%
% PETICIÓN	4%
% RECLAMO	43%
% SOLIC. INFORMACIÓN	32%
% QUEJA	17%

Por cada 1000 pacientes atendidos en el Proceso de Atención al paciente Ambulatorio, 7 interponen una PQRS. La queja más frecuente en el periodo fue atribuida a la falta de oportunidad en comunicación con la Central de Citas, la cual aumento exponencialmente como se puede observar al comparan el mismo trimestre de los años anteriores, a expensas de las novedades de auxiliares que no se cubrieron (retiro, incapacidad, permisos, calamidades), lo cual se refleja en el aumento de las llamadas abandonadas, tema de la Central de Citas que se amplía en el análisis del presente informe más adelante y que se espera baje con la contratación externa de una Central de citas. 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 no atención por especialista, debido a cambio de agenda de última hora por situación de fuerza mayor, lo cual se explicó a los pacientes afectados. Las solicitudes de citas por el módulo de PQRS se incrementaron, al no encontrar respuesta por la línea telefónica de la central, en la respuesta se brindaron otros medios de acceder a las citas haciendo énfasis en la página web con imagen de la página y señalando el link correspondiente; en los casos en que se contó con la información completa, se contactó al usuario y se asignó la cita por ese medio.

En la siguiente tabla se observa el comportamiento de las PQRS comparadas con los años anteriores en donde se destaca el crecimiento de las generadas por la central de citas.

PQRS	2015	2016	2017	2018	2019
	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
RE - OP En agenda	-	-	-	-	1
QJ - Calidad atención personal salud	-	-	-	1	1
QJ- Calidad atención personal admon	-	-	-	1	-
QJ - OP Demora atención	1	2	5	5	7
QJ - OP Falta de información u orientación	-	1	-	1	1
QJ - OP Falla en diligenciamiento de ordenes completas para trámites ante EPS	-	-	1	4	1
QJ - OP No atención consulta programada	1	-	2	1	-
Reclamo - OP No atención por especialista	-	1	-	-	3
QJ - OP En comunicación - Central de citas	-	1	2	5	95
QJ - OP En comunicación - Neurología	-	-	-	6	-
QJ - OP Falta calidez y trato amable	2	2	5	-	3
QJ - OP Falta de insumo o de mala calidad	-	-	1	-	1
QJ - AC Mala asignación cita	1	-	-	1	-
TOTAL PQR	5	7	17	25	113

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No.12

En la tabla de la Defensoría del usuario se observa el comparativo mes a mes solo del I trimestre de 2019, igualmente se resalta el crecimiento desbordado de las PQRS, por la falta de oportunidad en comunicación con la Central de citas, por lo que se hace urgente la contratación externa.

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	0	2	1	3	3%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	1	0	0	1	1%
G	Demora en la asignacion de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	1	0	1	1%
R	Dificultad en la comunicación telefonica para la asignacion de la citas: call center, gastro, neuromo, Rx, cardiologia, etc.	9	31	55	95	84%
Y	No atencion de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiologia.	1	1	1	3	3%
H	Demora en la atencion de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	4	2	1	7	6%
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS	1	0	0	1	1%
AM	Practicas inseguras durante el proceso de atencion (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	1	0	1	1%
V	Falta de insumos y/o Elementos medicos y/o quirurgicos para obtener atencion, o elementos suministrados de mala calidad	0	0	1	1	1%
TOTAL		16	38	59	113	100%

*Sistema de información de Defensoría del Usuario – Tabla No. 13

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), **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 IAM con enfoque integral, se capacitaron 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, para la detección de signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS origen. Se realizó la remisión de 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 25.3 horas, para la adaptación canguro, hasta el alta al proceso ambulatorio. Se identifica también como fortaleza, la oportunidad de programación de cita de primera vez de programa canguro ambulatorio, encontrándose por debajo de 1 día, permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Teniendo en cuenta el comportamiento asociado a la inasistencia a las citas del plan canguro, se estableció la medición de tiempos de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 48 horas, garantizando la continuidad de los servicios pese a las diferentes barreras que puedan referir los cuidadores. **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. 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. **6. Pacientes crónicos**. Desde el año 2017, en el servicio de Consulta Externa se inició la remisión a los programas de P y P, a todos los pacientes quienes una vez atendidos por las especialidades médicas, se le brindara la oportunidad de la continuidad de la atención de acuerdo a necesidad y criterios de manejo clínico, permitiendo la articulación con la red de prestadores del I nivel de atención, entre los que se encuentran 1.156 usuarios con patologías crónicas, lo que favorece la continuidad de la prestación de los servicios una vez el usuario tenga salida de la Institución. **7. Consejería prueba voluntaria VIH**. Desde finales del año 2018, y en concordancia con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, se inició la consejería para prueba voluntaria de VIH, donde a través de la participación de interdisciplinaria, se ofrece acompañamiento y asesoría a los usuarios identificados en riesgo de transmisión de VIH, para favorecer el reconocimiento de la patología, la importancia de la adherencia al tratamiento y hábitos de vida saludables, antes y después de la realización de la prueba.

PROGRAMA DE P Y P	VARIABLE	2017	2018	2019
		I TRIM	I TRIM	I TRIM
Habilitación y Rehabilitación Física	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	125	226
IAMII	# gestantes y/o maternas a quien se realizo seguimiento del programa IAMII	ND	439	645
	# de usuarias remitidas a la EAPB origen, de acuerdo a lineamientos del programa	ND	ND	445
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	228	111	189
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	184	206	102
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0%	0%	0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100%	100%	100%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0%	0%	0%
	% Canguro fallidos nacidos extrahospitalario	0%	0%	0%
	%Inasistencia al programa madre y padre canguro	12.7%	11%	15%
	%Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100%	100%	100%
	Oportunidad de atención plan canguro primera vez en días	ND	ND	1
Programa Ampliado de Inmunizaciones	Oportunidad respuesta a interconsulta adaptación canguro intrahospitalario en horas (meta: menor a 72 Horas)	ND	ND	25,3
	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100%	100%	100%
Programa Educación en salud	% Recién nacidos vacunados con BCG con criterios clínicos	100%	100%	100%
	#de personas a quien se les brindo educación. Pacientes y familiares del programa	ND	2.504	2.096
Pacientes Crónicos	% Comprensión de la educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	ND	83%
	#de personas remitidas desde consulta externa a programas de P y D (Detección temprana - protección específica)	ND	2336	2747
Consejería Prueba Voluntaria para VIH	# de pacientes en riesgo de diagnóstico de VIH, a quien se le realizo la consejería voluntaria	ND	ND	44

*Sistema de información de Promoción y Prevención – Tabla No. 14

CENTRAL DE CITAS

Las llamadas **recibidas** en el I trimestre de 2019 aumentaron un 41% comparado con el mismo periodo del 2018, 74% comparado con 2017 debido a las solicitudes de EPS Medimas y Famisanar, y por solicitudes de usuarios de Convida que han ido en menor demanda que años anteriores.

El **porcentaje de llamadas atendidas** y el **porcentaje de abandono** no presentaron mayor cambio frente al mismo periodo del año 2018. Como **causales de abandono** se encuentran: novedades de los auxiliares (retiro de dos colaboradores en el mes; permisos y calamidades que no se cubrieron por la temporal) y aumento de la demanda de llamadas por nuevos contratos con EPS (Capresoca, Pijaos, Ecoopsos, Mallamas, Convida y Unicajas), que se evidencia en el dato de la tabla No. 14. El **tiempo promedio de espera para ser atendido por un auxiliar** aumentó 3 veces y el **tiempo promedio de duración de la llamada** no presentó cambio con el año anterior. Frente a los otros años aumentó en promedio un 30% a expensas del tiempo que se requiere para los usuarios afiliados a Convida, solicitar el número de contrato que lleva toda autorización y que no es claro para ellos al momento de

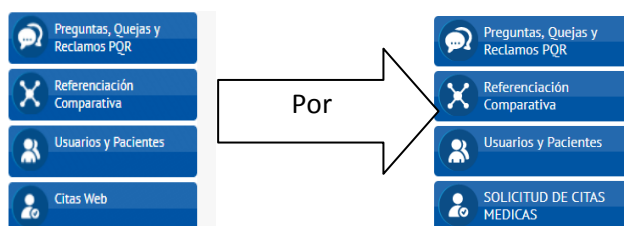
referenciarlo, haciéndose necesario destinar más tiempo en llamada; por otro lado, para contrato con Medimas continúa presentándose que las autorizaciones registran diagnósticos que no son coherentes con el servicio solicitado, lo que demandó más tiempo en la explicación de las razones por las cuales no fue posible asignar la cita para la especialidad, y con Famisanar, se hace necesario confirmar la autorización en la plataforma de la Eps, las cuales no siempre se encontraron, lo cual generó molestias a los usuarios y tiempo en llamada. Adicionalmente tanto para Medimas como para Famisanar, demandaron tiempo adicional en razón a que la mayoría de 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 se requiere de tiempo adicional para establecer comunicación con Contratos y mercadeo o con la EPS para la consecución de dichas autorizaciones.

CENTRAL DE CITAS	2015	2016	2017	2018	2019
	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
LLAMADAS RECIBIDAS	29.070	20.664	19.853	24.455	34.531
LLAMADAS ATENDIDAS	24.913	18.496	16.214	16.755	24.250
% LLAMADAS ABANDONADAS	14%	10%	18%	31%	30%
% LLAMADAS ATENDIDAS	86%	90%	82%	69%	70%
TIEMPO DE ESPERA EN MIN	3:40:20	2:59:40	2:07:20	6:48:20	13:08:20
PROMEDIO DE LLAMADA	4:09:40	3:41:40	3:47:40	5:00:20	4:59:00
% ASIGNACIÓN CITAS POR CENTRAL CITAS	42%	42%	35%	47%	38%
% LLAMADAS SOLICITUD INFORMACIÓN	25%	27%	31%	21%	25%
% LLAMADAS DE CONFIRMACIÓN	5%	7%	9%	4%	5%
% SOLICITUD POR CORREO	2,48%	0,8%	3,8%	5,9%	15,6%
% SOLICITUD POR WEB	NA	NA	0,7%	1,1%	4,6%

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 15

El porcentaje de **citas asignadas por la Central de citas** bajó 18% frente al mismo periodo del año anterior. El porcentaje de llamadas solicitando **información** aumento un 20% comparado con el 2018, afectando la optimiza 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** aumentaron, pero sin mejorar el indicador de inasistencia y sin alcanzar la meta de confirmación del 20%. En conjunto entre quienes apoyan la consulta (auxiliares y secretarias) y la Central de citas se alcanzó una cobertura del 19% en la **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. Con el fin de favorecer la visualización y uso del icono de la citas por página web, el año anterior se había solicitado que se cambiara el color del icono de citas, que parpadeara o que cambiara a la primera posición, pero ninguna de ellas fue aprobada; por lo cual se presentó nueva propuesta en el periodo presentado solicitando cambio de imagen y de nombre, y solo se realizó el cambio al nombre del icono citas web, así (pero sin embargo ya es más claro para el usuario):



Se observa que por PQRS continúan llegando por la página web, solicitudes de citas, por lo cual se planteará con la contratación externa de una Central de citas, realizar campaña de solicitud de citas web por el módulo correspondiente y por correo electrónico para los casos en que se requiera crear el paciente en nuestra base de datos o revisar la actualización de la página web en solicitud de citas, dando posibilidad de adjuntar datos requeridos para la creación.

Con el aumento exagerado de las PQRS por falta de oportunidad de respuesta de la Central de citas, el aumento de llamadas, las novedades de los colaboradores que no son cubiertas, el aumento de la inasistencia que se contrarresta con la confirmación y la apertura de nuevos contratos, se hizo necesario mejorar la prestación del servicio. Tras presentar tres propuestas de mejoramiento de la Central de citas en el II semestre de 2018 a la Junta Directiva, dentro de las cuales se presentaron dos de ellas tercerizados el servicio con empresas dedicadas a ello, y una propuesta interna reforzando talento humano y adecuando la infraestructura del área actual; fue aprobada la tercerización del servicio, lo cual se quedó consignado en el PAS 2019, para puesta en funcionamiento. En la contratación se incluyó la asignación de citas de radiología, área que también presenta tanto alta demanda de solicitudes como alto volumen de PQRS por falta de oportunidad en respuesta telefónica.

Para el I trimestre de 2019, se presentaron los estudios previos y se elaboró el cuaderno de cláusulas técnicas (con el apoyo de la Subdirección de Sistemas y participación de la líder de imágenes diagnósticas), lo cual fue radicado en la Subdirección de compras. Para el mes de abril se realizará evaluación técnica y se espera iniciar el contrato en mayo, con el traslado de la línea, el entrenamiento a los colaboradores por parte de esta Subdirección de Consulta Externa y por parte de las áreas de radiología y de la sede de Zipaquirá.

MECI. Indicadores del proceso. En la reunión del equipo primario de mejoramiento, mensualmente se presentan los resultados y la gestión realizada en los casos de desviación. El mismo equipo plantea correctivos.

Actualización de procedimientos. Con la adquisición de nueva herramienta tecnológica para teleconsulta (plataforma web), hubo necesidad de iniciar la actualización de los procedimientos de programación de agendas, de asignación de citas y de atención. Se realizaron los flujogramas de cada uno de los procedimientos enfocados a teleconsulta, con el fin de presentar a las EPS para la contratación.

Comité de historia clínica. Con caída del sistema eléctrico y con la falla en el sistema DGH, se realizó nuevamente planteamiento de revisar el plan de contingencia en el comité de historia clínica, con el fin de buscar soluciones que no afecten a nuestros pacientes. En el momento el plan de contingencia en Consulta Externa es la reprogramación de citas, ya 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.

Diseño de formatos: Se diseñó, se presentó a planeación y se publicó en la pirámide documental el formato de **suministro de información ante caída del sistema**. Por algunos especialistas se sugirió atender los pacientes y realizar la historia en Word, con el compromiso de pasar la información en dinámica una vez llegara el sistema, para

lo cual se requirió de la autorización del paciente para enviar posteriormente la historia por correo electrónico. Para otros pacientes y especialidades que no presentaron la alternativa, se tuvieron que reprogramar las citas. Toda la información anterior se recolecta el formato y es soporte para solicitar a Estadística el envío de la historia. Se realizó actualización de los formatos de entrega de soportes a facturación y entrevista a pacientes en Consulta Externa, también publicados en la intranet y socializados en reunión de equipo primario de mejoramiento.

PAS. No se ha podido dar cumplimiento a lo relacionado con las PQRS, ni en la contratación de una Central de citas, (tema ampliado en el punto correspondiente), en razón a que la contratación no depende directamente de esta Subdirección. Se presentaron los estudios previos y se elaboró el cuaderno de cláusulas técnicas, con el apoyo de la Subdirección de Sistemas.

En cuanto a los indicadores de oportunidad en Ginecología y Obstetricia, como del uso de la capacidad ofertada se mantuvieron dentro de la meta establecida.

Seguimiento a riesgos. El mapa de riesgos se actualizó en febrero, en acompañamiento de Planeación, el cual se encuentra publicado en la intranet y se socializó en el equipo primario de mejoramiento.

PUMP 2019. Se inició, pero por dar prioridad a respuesta a PQRS y otras actividades, no se terminó. Se publicará en el II trimestre de 2019

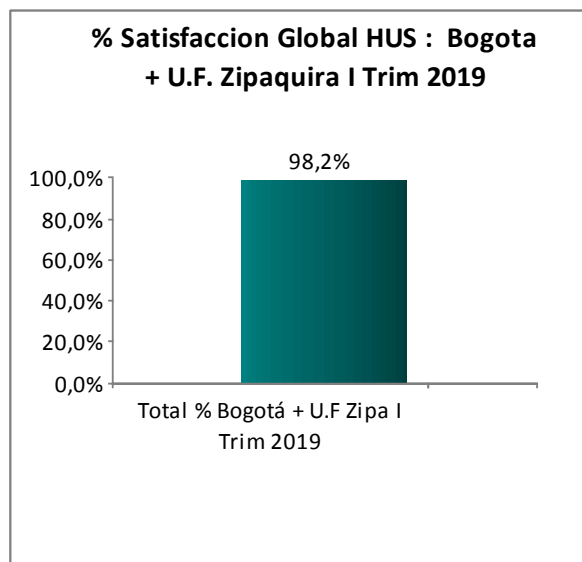
VARIOS. Continúa pendiente realizar el ajuste a tarifas y mercadeo de los servicios ambulatorios por el área encargada y las especialidades. No se recibió informe del año de Seguridad del Paciente ni de auditoría de historia clínica, por lo cual no se encuentran estos dos temas en el informe.

2.4 PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

GESTIÓN DEL PROCESO

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS 2018: I Trimestre 2019:
incluye HUS Bogotá más U.F. Zipaquirá).

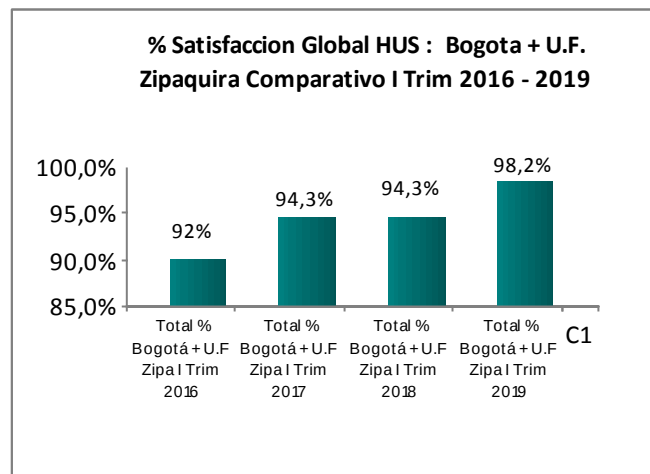
FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	496/505
Total	
% satisfacción Global HUS 2018	98.2%



La Tasa de Satisfacción Global (general) del HUS fue del 98.2 % sobre 505 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 (PUMP por Proceso), 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 exime 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.

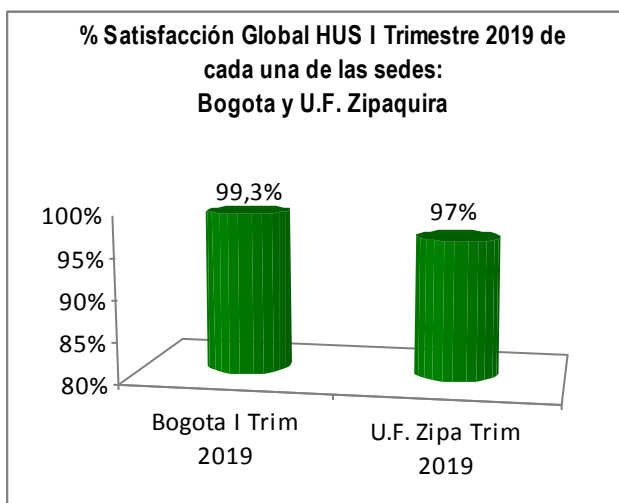
Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS I Trimestre 2019 Comparativo 2016- 2019: incluye HUS Bogotá más U.F. Zipaquirá).

FORMULA	2016	2017	2018	2019
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	857/953	434/460	434/460	496/505
Total				
% satisfacción Global HUS 2018	90%	94.3%	94.3%	98.2%



Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global I Trimestre 2019 HUS por cada sede del HUS

FORMULA		
FORMULA	Bogotá I Trim 2019	U.F. Zipa I Trim 2019
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	288/290 (99.3%)	208/215 (96.7%)



Para el I Trimestre 2019 el Porcentaje de Satisfacción Global, fue del 99.3% para HUS Bogotá es decir estuvo por encima de la meta establecida que fue de 97% sobre 290 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá, **Dos (2) Usuarios manifestaron inconformidad por el servicio**, es decir el **0.7%** No están satisfechos con el servicio, específicamente en **Radiología (1) y Urgencias (1)**. Los Usuarios manifiestan:

1. Paciente del servicio de Urgencias de la cama 091 manifiesta su Insatisfacción *por falta de trato amable de los médicos, enfermeras y facturación por que no escuchan los pacientes y que tratan a los pacientes de una manera amable con ética y calidad humana.*

- Familiar de paciente del servicio Radiología manifestó su inconformidad, por mucha demora en el proceso de facturación, falta de respeto con el paciente adulto mayor, el personal de facturación no tienen la vocación para atender los pacientes que coloquen personas idónea

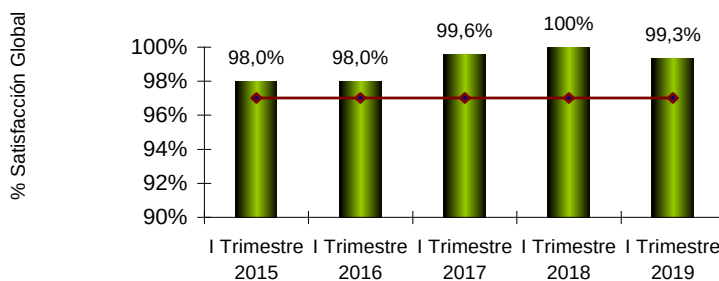
En la Sede de Zipaquirá fue del 97% , por encima de la meta establecida para la vigencia 2019 que es del 87%.

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

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS Bogotá I Trimestre 2019:

COMPARATIVO I TRIMESTRE 2019

% Satisfacción Global Comparativo I Trim 2015 - 2019



ENERO A MARZO DE 2019

FORMULA	ENE	FEB	MAR	I TRIM 2015	I TRIM 2016	I TRIM 2017	I TRIM 2018	I TRIM 2019
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	96/96 (100%)	100/100 (100%)	92/94 (97.8%)	441/451 (98%)	229/233 (98%)	270/271 (99.6%)	296/269 (100%)	288/290 (99.3%)

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 I Trimestre 2019, fue del 99.3% de los **290 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 solucionar 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, apoyo diario del Equipo de Trabajadoras Sociales, la intervención del Grupo MD de siquiátras, Apoyo emocional y espiritual a los Pacientes y fmlas por parte de las Damas Rosadas y El Capellan del hospital con el Grupo de Voluntarias de la Pastoral de la Salud “ el Buen Samaritano”, Comodidad en las habitaciones, Mejoramiento de la atención médica, entre otras.

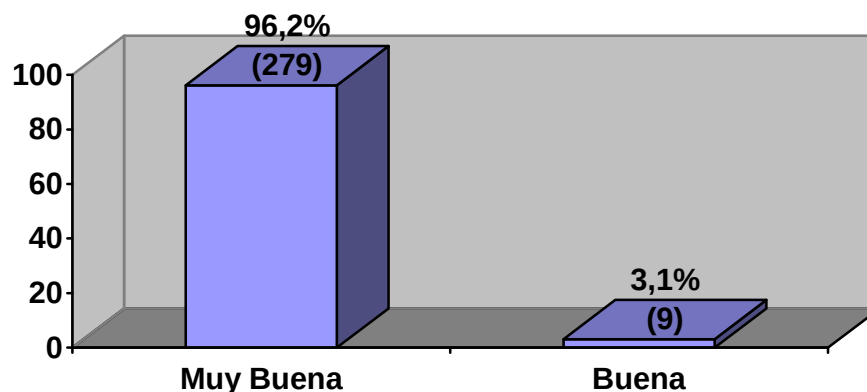
RESOLUCION 0256 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ANEXO TECNICO N°. 2 (REPORTE DE INFORMACION PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD)

INDICADOR DE HUS BOGOTA: PROPORCION DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO, SEGÚN RESOLUCIÓN 0256/ 2016 I TRIMESTRE 2019

¿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 Trimestre 2019	279	9	2	0	0	0
Porcentaje	96.2%	3.1%	0.7%	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?

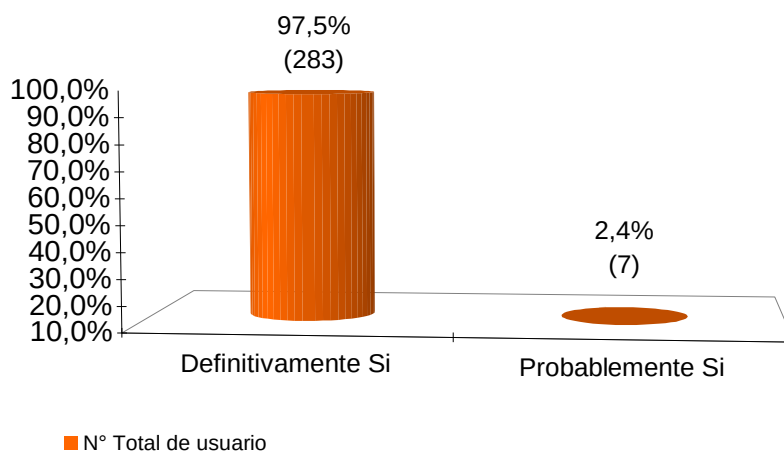


INDICADOR: PROPORCIÓN DE LEALTAD DEL USUARIO hacia la IPS, SEGÚN RESOLUCIÓN 0256/ 2016.

	¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"	"Definitivamente No"	"Probablemente No"	No respondieron
I Trimestre 2019	283	7	0	0	0
Porcentaje	97.5%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%

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 I TRIMESTRE 2019

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS I TRIMESTRE 2019

HOSPITALIZACION	Agilizar proceso de facturación del 4 piso porque son muy demorados en el momento de facturar su salida, teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes que viven fuera de Bogota. (1) Que el equipo de enfermería sean más atentas y no dejan perder los objetos personales (1) Que todo el personal porte el carne de identificación (1)
BANCO DE SANGRE	Que por favor agilicen procesos de donación porque son muy demorados (1)
CIRUGIA AMBULATORIA	Que mejoren la atención, que den una información clara con términos entendibles para el usuario (1)
SALA DE PARTOS	Que estén más pendientes de los medicamentos, porque se demoran mucho en la aplicación (1) Que las en las habitaciones las ventanas se puedan abrir para mejorar la ventilación (1)
CONSULTA EXTERNA	Que en la ventanilla # 3 del servicio de consulta externa no se demoren atendiendo al usuario (1) Que la funcionaria de la Ventanilla # 7 cambien la actitud (1) Que los pacientes adulto mayor se les brinde atención preferencial en las ventanillas de consulta externa (1) Que cumplan con los horarios de la asignación de la cita más respeto con el usuario Que coloquen más personal en facturación del Consulta Externa (1)
URGENCIAS	Se sugiere que el traslado a una habitación sea más rápida Mas camillas para pacientes de ya que es un hospital muy bueno en prestar su servicio (1) Mejorar el trato del todo el personal del servicio Urgencias que traten a los pacientes de una manera amable con ética y calidad humana (1) Se sugiere que la atención sea más rápida por parte de los médicos (1) Mejorar la ventilación en urgencias (1)
RADIOLOGIA	Que tengan más personal dispuestas para atender las llamadas para la asignación de citas Mejorar la atención del personal de facturación no tienen la vocación de atender pacientes, colocar más personal idóneo en facturación en radiología (2)
UNIDAD RENAL	Paciente de Urgencias sugiere que dejen ingresar a los familiares a la Unidad Renal durante la Diálisis

CUIDADOS INTERMEDIOS	Que clínica de Heridas este más pendiente de los paciente que tienen curaciones (1) Ampliar el horario de visita (1) Mejorar el aseo bucal del paciente entubado por parte de fisioterapia (1) Que los implementos de aseo sean para el paciente que se lo traen y no se los den a otros pacientes (1)
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Una sala de espera más amplia solo para familiares de la UCI (1) Que los funcionarios se laven las manos con frecuencia (1) Que en la parte del lavado de manos coloquen un biombo (1) Que se extiendan el horario de las visitas ya que es muy corto para estar con su familia (2)
NEONATOS	Que coloquen sillas más cómodas para poder cangrear a sus bebés
SALA DE EGRESO	Que tenga suficientes sillas de ruedas en la recepción (2) Que haya un sacerdote todo el día (2) Que haya en todo momento agua caliente en los baños de las habitaciones ya que solo hay en las horas de la mañana

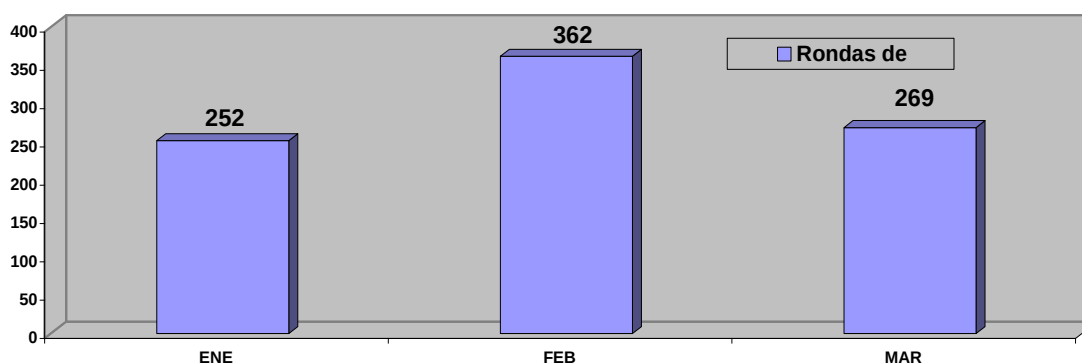
Intervenciones Realizadas por la Informadoras en el I Trimestre 2019, durante Rondas y Visitas a Pacientes Hospitalizados

Intervención	Total Trimestre	Observaciones
Solicitud de información	1	Se brinda la información como sacar una cita de control
Orientación, información y acompañamiento a paciente en condición Discapacidad Física	2	Se realiza acompañamiento al usuario y se le brinda información
Paciente manifiesta que no cuenta con dinero para el copago de para a su egreso	1	Se gestiona con Trabajo Social, para el tramite respectivo de revisar el caso y si llena requisitos para que las Damas Rosadas le pueden colaborar \$
Se recibe llamada para interponer PQRSD	1	Se recibe petición telefónica y se transcribe la PQRSD y se radica en la SDU .
Paciente con cita asignada de Urología pero al momento de facturar no se encontraba en el sistema	1	Se logra reprogramar la cita nuevamente por el servicio

Usuario manifiesta documento extraviado	1	Se le brinda información de cómo colocar el denuncia en la policía, porque en el HUS no se encontró
Paciente solicita colaboración tramitar autorización por que no se la aceptaron para facturar cita	1	Se logra comunicar con la EPS y envían autorización por correo
Usuarios se comunican por vía telefónica para solicitar citas médicas porque no es fácil comunicación con el Call Center	7	Usuarios envían documentos por correo y se logra la asignación de las citas
Realizando visita paciente manifiesta inconformidad por daño de timbre	1	Se envía incidencia a Mantenimiento y se logra el arreglo del timbre
Pacientes quienes solicitan en la DAU colaboración para asignación de citas, porque no ha sido posible la asignación de citas vía telefónica	7	Se logra la asignación de citas en los diferentes servicios
Total de Seguimientos en el Trimestre		23

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO, ANUAL DE 2018

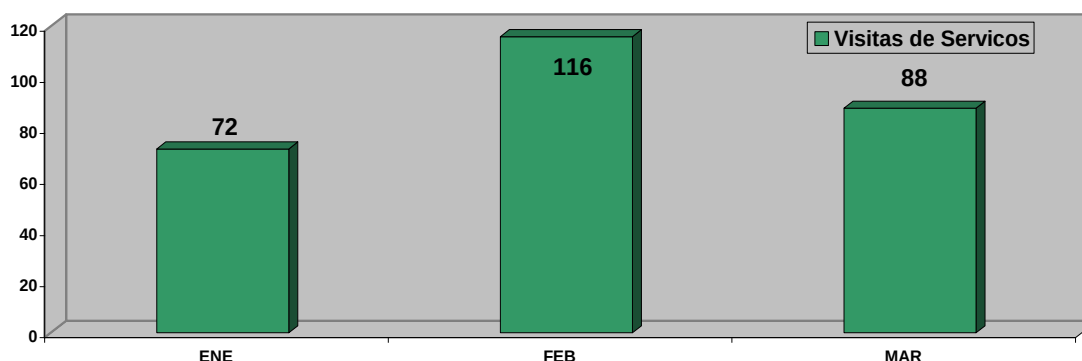
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN



ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	TOTAL
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	252	362	269	883

Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente al igual que brindarle una buena acogida desde su ingreso, 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

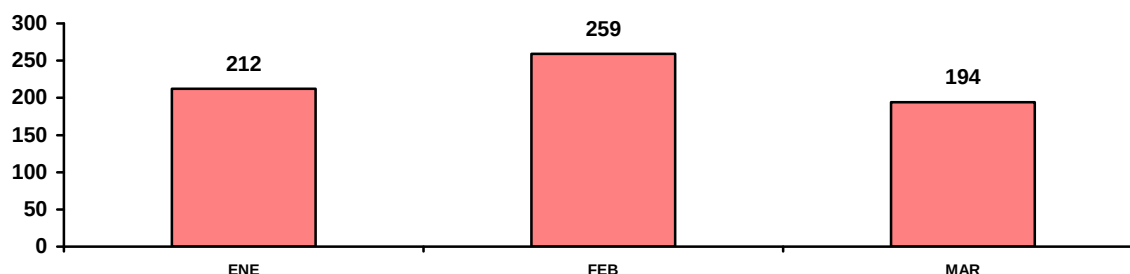


ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	TOTAL
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	72	116	88	276

Por otra parte como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, identificar y solucionar de manera oportuna sus necesidades, y fortalecer la atención humanizada, 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	TOTAL
SOCIALIZACION DERECHOS Y DEBERES PACIENTES EN IFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION C. EXTERNA Y URGENCIAS	212	259	194	665



La socialización se realiza 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 que también contiene 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 PQRS, entre otros, todo ello adicional a los otros medios de comunicación donde se publican los Dy D como publicación en la Página Web del hospital, cartelera física 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.

Inicia Socialización del Video de la Declaración de Dy D en Lenguaje de Señas: En el mes de Enero/2019 se inició la publicación en las Pantallas digitales de los servicios y del ascensor la socialización del Video que contiene la Declaración de Dy D en lenguaje de señas, elaborado por empresa externa bajo la Supervisión y acompañamiento de la Directora de atención al usuario, producto que hacía parte de la OM de Acreditación.

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

*Todos los seguimientos se registran en el formato respectivo codificado:

Causa del Seguimiento	Total Trimestre	Observaciones
Funcionario o Colaborador del HUS	4	* Seguimiento y saludo diario 2 veces al día *Se logró el cambio de habitación a 1 pacientes
Familiares de funcionarios	6	* Se realizó acompañamiento en duelo a familiares por fallecimiento de paciente. *Se gestionó con hotelería para la limpieza de los baños. ** Se les socializaron los derechos y deberes de los usuarios y los medios para interponer PQRSD a los pacientes.
Pacientes por PQRSD	12	Se realizan los registros de la gestión diaria adelantada
Total de Seguimientos en el Trimestre		22

REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AÑUAL 2019

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	TOTAL
REALIZACION DE ENCUESTAS	96	100	94	290
<u>USUARIOS INSATISFECHOS</u>	0	0	2	2

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”.

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Apertura de Buzones de Sugerencias 2 veces por semana de acuerdo al procedimiento institucional establecido el cronograma de apertura. En el I trimestre se realizaron 28 **Aperturas de Buzon**.
- Atención Personalizada 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..) como se realiza el uso de redes sociales del HUS, consulta del SUIT, pantallas digitales, donde está publicado el Manual de Atención al usuario y su Familia, T.V en los ascensores.

OBSERVACIONES CLIENTE INTERNO I TRIMESTRE 2019. 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
Enfermería Jefes, Auxiliares y camilleros	3
Auxiliares de Enfermería	8
Jefe de Enfermería	6
Especialistas	4

Aux. de Facturación	1
Subdirectora de Hotelería	1
Anónimo	1
TOTAL	24

	HOSPITALARIO	URGENCIAS	AMBULATORIO
Agresión Verbal	16	2	3
Información	0	0	1
Amenaza	1	1	0
Total	17	3	4

Para el I Trimestre de 2019 se presentaron un total de **24** 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 cuando, se observa que para este trimestre se presentaron 2 (dos) amenazas. 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 y realizar sensibilización frente al trato amable que debe brindar al equipo de salud.n.
- 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 su protección y/o la prestación del servicio a los usuarios: paciente y familia.
- Se socializan los mecanismos para interponer PQRSD cuando tienen alguna inconformidad frente al servicio.

PAS I Trimestre 2019.

Descripción de Estrategias y Actividades.

- 1) Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos (Líder de Proyecto de Estadística). Se Cumplió. Ver lo enunciado en este informe en el Ítem de Estadística
- 2) Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos HUS Bogotá. (Líder de Proyecto de Estadística). Se Cumplió. Ver lo enunciado en este informe en el Ítem de Estadística
- 3) Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos HUS U. F. Zipa. (Líder de Proyecto de Estadística). Se Cumplió. Ver lo enunciado en este informe en el Ítem de Estadística
- 4) Continuar el seguimiento a los tiempos de respuesta de Interconsulta reportados en DGH por las especialidades auditadas de manera mensual. (Subdirectora de Urgencias). Se Cumplió. Se estableció como Meta 4 horas. Resultados: Tiempo de Rta Interconsulta de Cirugía General 3, 27 Horas/ De Med Interna 3, 65 H/ Neurocirugía 2, 90 H/ Ortopedia 2,34 H y de Urología 3, 1 Hora.
- 5) Seguimiento trimestral a Oportunidad en ginecología y/o Coordinación con servicio de gineco para ajuste de agendas en el momento y en caso de ser necesario por aumento de la oportunidad por encima de la meta. (Subdirectora de Consulta Externa). Se Cumplió. (Meta 5 días). Resultado: 0, 5 días, es decir está al mismo día.
- 6) Seguimiento periódico a Oportunidad en Obstetricia. (Subdirectora de Consulta Externa). Se Cumplió. (Meta 5 días), Resultado: 0,3 Días.
- 7) Monitoreo trimestral al porcentaje de uso de capacidad de oferta por especialidad y/o Coordinación con servicio que se encuentre por debajo de la meta para ajuste de agendas en caso y momento de ser necesario. (Subdirectora de Consulta Externa). Se Cumplió. Bajo 2 % frente al año anterior es decir está en 89% (2018 = 91%)._Ver en este informe el Ítem específico, Informe del proceso ambulatorio.
- 8) Continuar ejecutando nueva estrategia de Acompañamiento a los Pacientes Hospitalizados que fortalezcan la atención humanizada e imagen institucional (Celebración Cumpleaños a Ptes hospitalizados). Se Cumplió. Se realizaron 11 Celebraciones de Cumpleaños de Pacientes Hospitalizados.
- 9) Definir y ejecutar cronograma actividades del Programa de Humanización que en todas sus 7 Líneas estratégicas en HUS Bogotá. (Directora de Atención al Usuario). Se Cumplió.
- 10) Definir y ejecutar cronograma actividades del Programa de Humanización que en todas sus 7 Líneas estratégicas en U.F Zipa. (Directora de Atención al Usuario). Se Cumplió.
- 11) Identificar y solucionar oportunamente las necesidades del Paciente hospitalizado a través de las Rondas y visitas diarias a Pacientes hospitalizados. (Directora de Atención al Usuario). Se Cumplió.
- 12) Ejecutar el Plan de acción de la Política de Participación Social según lo programado para la vigencia. (Directora de Atención al Usuario). Se Cumplió.

- 13) Realizar acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento producto de las quejas y reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y (Directora de Atención al Usuario).trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas. (Subdirectora de la defensoría del Usuario). Ver Informe de PQRSD.
- 14) 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 Demora en la comunicación en la central de citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas. (Subdirectora de la defensoría del Usuario). Ver Informe de PQRSD.
- 15) Resaltar y Comunicar a los Colaboradores y Líderes de Procesos las felicitaciones manifestadas por los usuarios y su familia. (Subdirectora de la defensoría del Usuario). Ver Informe SDU.
- 16) Ajustar e Implementar estrategia de acogida, orientación, información al usuario y su familia durante el proceso de atención. Ajustar según observaciones DAU. (Subdirectora de la defensoría del Usuario). Ver Informe de la SDU.
- 17) Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral. (Líder de Proyecto de Estadística). (Líder de Proyecto de Estadística). Se Cumplió.
- 18) Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral en la U.F de Zipaquirá. Se Cumplió.

PROGRAMA DE HUMANIZACION 2019. AVANCES I Trimestre 2019 HUS BOGOTÁ.

Se elaboró el Plan de Acción del Programa de Humanización para la vigencia 2019 el cual se aprobó en el Comité de Humanización y el Cronograma de Actividades definidas con los Líderes de cada Línea Estratégica previa revisión y ajustes por la Directora de Atención al Usuario, Referente de Humanización en el HUS..

Se continuo con la **estrategia de publicación de Rompe tráfico** 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. La Rotación de los Rompetraficos la realiza la Subdirección de Hotelería según cronograma establecido.





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 2019** “Política Publica de Participación en Salud PPSS” buscando la socialización de la misma al cliente Interno y al Pte/ Fmla y Visitantes en general y estimular participación activa del cuidador en el proceso de una atención humanizada y segura.



- La Directora de Atención al usuario elaboró de manera participativa el Plan de Acción de la Política Pública de Participación Ciudadana, fue revisada por la Oficina de Planeación y Garantía de calidad, aprobada por el Sr gerente, Javier Mancera, se remitió a la secretaría de salud de Cundinamarca para su incorporación al Plan del ente Territorial (No se recibieron observaciones) y se publicó en la Página Web del HUS: Se inició su ejecución con el cumplimiento del mismo-

ESTRATEGIA CELEBRACION CUMPLEAÑOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

Durante el I trimestre 2019 se continuo con 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 Birthay, entrega de tarjeta de felicitación a nombre de la familia samaritana, entre otras. Estrategia que tiene como Objetivo fortalecer la atención cálida y humanizada de los pacientes hospitalizados, acompañándolos, acogiéndolos y fortaleciendo los lazos fraternos con el equipo.

CELEBRACIONES a 11 Pacientes, con corte a 31 de marzo de 2019

- Enero - 2019: celebración a 1 pacientes.
- Febrero - 2019: celebración a 7 pacientes
- Marzo - 2019 : celebración a 3 pacientes



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

TALLER PACTO POR EL TRATO AMABLE I Trimestre 2019	N. DE ASISTENTES
ENERO	2
FEBRERO	3
MARZO	2
TOTAL	7

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 (incluido 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 la socialización de la “**Política Pública de Participación Social**”. Cuando se explica el Derecho # 7 del Usuario a “La Participación Social”.

Sesiones de Inducción y Reinducción al Cliente Interno	Total por Mes Personas que Asistieron a Inducción y Reinducción
Enero	30
Febrero	17
Marzo	39
TOTAL	86

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

Se continuo con el programa de estimulación sensorial (auditiva), 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).

Subdirección de Desarrollo Humano: En el 1 Trim/2019 a través del Convenio Docente asistencial con el SENA planearon el **Curso de Capacitación Orientación a Usuarios con discapacidad** para iniciar su ejecución en el II Trim de 2019, a partir del 4 de abril/2019. Por otra parte ha iniciado una certificación de la Institución en la competencia de Servicio al Cliente con el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA,

INDICADOR L.E de Comunicación Asertiva: de los 290 Pacientes y/o familiares encuestados durante el I trimestre 2019 frente a las preguntas realizadas manifestaron:

- a) El profesional de salud que lo atendió se presentó por su nombre: 99.5% respondió que "Si" (Meta 93%).
- b) El profesional de salud que lo atendió lo llamó por su nombre? 99.2% respondió que "Si" (Meta 93%).

Sé 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 y todas las actividades de sensibilización, seguimiento que adelantan desde los diferentes servicios por los Subdirectores, líderes de Proceso o Coordinadores del área..

L.E. Manejo de la Privacidad y Confidencialidad.

La ejecución de las actividades programadas por el equipo de trabajo que pertenece a la línea estratégica de Privacidad y confidencialidad, durante el primer trimestre del año en curso.

La primera actividad: *Continuar realizando Socialización de la L.E a: Secretarias, facturadores, Médicos Residentes e Internos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería principalmente.*

Se llevó a cabo la socialización según lo programado, dando cobertura en el grupo objeto al 82%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Grupos Objeto		N° asistentes	%
Enfermería	92	86	93%
Medicina Interna	33	22	67%
UCI intermedios	10	11	100%
Neurocirugía	17	12	71%
Ortopedia	20	15	75%
Urología	6	11	100%
Plástica	15	11	73%
Secretarias	20	15	75%
Urgencias	8	10	100%
Neonatos	7	5	71%
Ginecología	24	18	75%
Total	252	216	82%

El grupo objeto correspondió a profesionales de enfermería, médicos especialista y residentes de las diferentes especialidades médicas y, secretarias.

En el cuadro se evidencian, *en color amarillo*, datos superiores de asistencia, debido a que participan en las socializaciones personas adicionales flotantes, que rotan o están en el momento por el servicio.

Es de resaltar la actitud de los participantes por el interés que prestaron a la socialización, especialmente los especialistas, quienes fueron muy receptivos y comprometidos con la actividad.

Segunda Actividad: Realizar tres (3) Rondas de Privacidad y Confidencialidad en el año, aplicándola a 5 Pacientes por servicio, dando cubrimiento a los servicios seleccionados durante el trimestre.

Se iniciaron las rondas en el mes de marzo, realizando actividades de observación y entrevistas en los servicios 3 Sur, ortopedia (6), urgencias (3) y urología (3).

a. En el servicio de ortopedia:

De los 6 pacientes entrevistados 3 manifestaron sentirse bien, pero los tres que no están conformes manifiestan:

- “nadie se siente bien en urgencias, me desnudaron y me pasaron por toda la sala desnuda, una niña auxiliar para bañarme”
- “No dicen nada, lo van a uno desvestiendo”
- “Nadie me ayuda, solo me ayuda mi cuidadora, la chica que le paga mi familia”.

En resumen tres personas dicen que le han brindado intimidad y tres dicen que no.

b. Respecto al servicio de urgencias:

- Un paciente manifiesta que: “siento que me han respetado mi privacidad”
- En otro momento de la ronda, la capacidad instalada estaba desbordada, lo que posiblemente generó que en un mismo pasillo se entraran hombres y mujeres.
- Se verificó el uso de cortinas durante el baño y la realización de procedimientos a los pacientes por parte del equipo de enfermería.
- Se observó que había varios pacientes del INPEC, los guardas se ubican en grupo por el pasillo, obstaculizando el paso, hablan en voz alta y viendo todas las actividades y los pacientes, situación que puede vulnerar la privacidad y confidencialidad para los pacientes allí ubicados.

c. Respecto al servicio de urología:

Se encontró que durante el interrogatorio del paciente en uno de los consultorios del fondo, la puerta se encontraba abierta y se escuchó la conversación afuera de este, se le preguntó a la Doctora quien informa que la puerta no se puede cerrar debido a que esta desajustada.

Se llevó a cabo la retroalimentación en el servicio de Urología, quedando pendiente en urgencias y ortopedia.

Continuarán las rondas en el mes de abril, con el fin de evaluar la adherencia a la línea y evidenciar el cumplimiento de las acciones que favorecen la privacidad y confidencialidad de los a pacientes.

Indicador: De los 290 pacientes que se les aplicó la Encuesta de satisfacción durante el I trimestre, el 99.6%, 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 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 trimestre logrando socializar un total de 106 colaboradores en los diferentes servicios del HUS. La socialización realizada se efectúa con el apoyo del rotafolio construido el año anterior para tal fin.

Actividad: Documentar inicio de intervención proceso de manejo de duelo por causas diferentes al fallecimiento. Para el desarrollo de esta actividad se ha retomado la revisión de literatura en el trimestre como la de Mercedes de Cavanillas de San Segundo que pese a que habla del Duelo por fallecimiento expresa claramente algunos aspectos importantes que deben ser tenidos en cuenta en las reuniones de equipo psicosocial para el desarrollo de intervenciones de acompañamiento a los pacientes y/o sus familias para el manejo de duelo por situaciones diferentes al fallecimiento. Tales aspectos identificados y que serán expuestos en reuniones de equipo psicosocial son:

Protocolo de intervención en Duelo

➔ FASE PREVIA: Recabar información sobre el suceso, valoración de la escena y personas presentes.



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

- ➔ FASE DE COMUNICACION DEL FALLECIMIENTO: Comunicación del fallecimiento o acompañamiento al profesional responsable en la comunicación del mismo (en el caso de que no se haya comunicado la noticia)
- ➔ FASE DE INTERVENCIÓN o Primeros Auxilios Psicológicos
- ➔ RESOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Que hacer en el acompañamiento

- ➔ Uso del nombre “familiar” de la persona y del fallecido.
- ➔ Escuchar un 80% y hablar un 20%.
- ➔ Empatizar, pero con sinceridad; Es mejor un “debe haber sido terrible” que un “puedo imaginarme por lo que has pasado”. Y cuanto más concreto, más creíble.
- ➔ Ser neutro. no enfatizar el lado positivo “podía haber sido peor”.
- ➔ Tener en cuenta y respetar las diferencias socio-culturales y étnicas
- ➔ Si la situación supera emocionalmente al profesional, es mejor retirarse

QUE NO HACER EN EL ACOMPAÑAMIENTO

- ➔ No intentar “hacerla entrar en razón”; está en un plano más emocional que racional
- ➔ No culpar o moralizar sobre su posible comportamiento imprudente; ni seguirle la corriente o darle la razón ante manifestaciones de culpabilidad o remordimiento
- ➔ No cortar el llanto o manifestaciones de dolor o sufrimiento (excepto peligro de autolisis)
- ➔ No mentir
- ➔ No utilizar frases “tipo”: (EL TIEMPO NO LO CURA TODO)
- ➔ No intentar que se dé prisa en superar el dolor.
- ➔ No “recetar” emociones con frases como “estoy seguro de que te sientes deprimido”. Es mejor preguntar “¿cómo te sientes?”

Así mismo se da inicio con el equipo de Trabajo Social en el mes de marzo al fortalecimiento de éstas intervenciones en duelo realizándose un total de 9 acciones de acompañamiento al paciente y/o familia por ésta circunstancia, los cuales están relacionados en estudio social y base de datos de población vulnerable en Trabajo Social, archivo magnético.

INDICADOR L.E

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

	MORTALIDAD	MUESTRA ENCUESTADA	FAMILIARES QUE REFIEREN ACOMPAÑAMIENTO	PORCENTAJE
I TRIMESTRE 2019	113	62	62	100%
TOTAL	113	62	62	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).

La tabla anterior nos indica que del total de pacientes fallecidos en el HUS (113) fueron encuestados 62 familiares quienes refirieron acompañamiento por algún miembro de nuestra institución o varios, entre ellos se encuentran: médicos, enfermeras, Trabajadora Social, tanatólogo, orientadoras. Situación que es favorable y que está relacionada con el esfuerzo mancomunado que se ha realizado por todo el equipo no solo de la línea estratégica sino en general del programa de Humanización que ha logrado trascender en un cambio en la cultura organizacional en este aspecto.

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 el I Trimestre 2019 fue 100%.

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

L.E. MANEJO DEL DOLOR FISICO.

Desde el Personal de Enfermería se continúa controlando y registrando en la HC el **“Dolos Físico como el QUINTO SIGNO VITAL”** el cual se registra en las Pantallas de los servicios de hospitalización con el fin de obtener por parte médica una intervención oportuna por el servicio médico tratante. 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 SDH donde también asiste el personal médico y a través de la Campaña de los Rompetráficos, sensibilizando al Cliente Interno sobre el manejo oportuno del Dolor Físico..

Se continúa con el monitoreo del Indicador de “% Maternas atendidas con analgesia obstétrica en el trabajo de parto”, se incluyó en el TUCI dando como resultado que no es posible continuar con si análisis debido a que se debe cuantificar previamente cuantas maternas candidatas a analgesia obstétrica No Aceptan la misma y No se está realizando. De igual forma la estrategia implementada de mantener en sala de Partos una canastilla con el stock de insumos medico quirúrgicos es muy positiva para la oportunidad de la analgesia obstétrica de la materna y el fortalecimiento en la información al esposo o familiar de la materna que se encuentra en sala de partos.

Para el 2018-IV se realizaron una serie intervenciones relacionadas a feedback de los resultados de la auditoría de adherencia al tratamiento del dolor con un alcance como quinto signo vital. (Remitió: Dr Elkin Medina Líder de Proceso de Hospitalización.)

Servicios Ambulatorios IV Trim 2018= 8%

Servicios Hospitalarios IV Trim 2018= 50%

Servicios Hospitalarios de Urgencias IV Trim 2018= 45,26%

De acuerdo a esto, el servicio de urgencias realizó actividades de socialización y sensibilización de los resultados durante el mismo periodo y prolongándolo hasta el primer trimestre de la vigencia 2019 así:



Al contestar por favor cite: *RAD_S1*



05GIS15 - V3 Página 3 de 4

REGISTROS ADECUADOS SEGÚN NORMATIVIDAD 1995/96 EN LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica por ser un documento de Privado que cumple con criterios de soporte legal y responsabilidad jurídica a quien la diligencia, es necesario consignar en ella todos los datos positivos y negativos que tengan que ver con el estado clínico de nuestro paciente, no se deben escribir siglas que no estén avaladas por el comité de Historia Clínica Institucional, se debe hacer énfasis en el motivo de consulta del paciente y de ser posible anotar con las mismas palabras que lo manifiesta el paciente incluyendo comillas en la frase. Los registros de los signos vitales son importante tanto el peso talla como las constantes vitales.

SUPERVISION

Se les informa a los estudiantes la importancia de realizar sus actividades siempre bajo la supervisión de uno de los médicos del servicio teniendo en cuenta la directriz de educación Médica y el procedimiento 02DOC03- V1, el cual se le presenta en la inducción general y pueden consultar en la Intranet.

GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

El Hospital Universitario de la Samaritana tiene adoptadas las guías del MinSalud para el Servicio de urgencias. Estas se encuentran en la Intranet en el link Guías de práctica clínica.

CONCILIACION MEDICAMENTOSA:

Se debe realizar registro de los medicamentos que el paciente viene tomando en la casilla estipulada en la historia clínica; así mismo, según el cuadro clínico actual se debe realizar la pertinente formulación de estos para evitar deterioro de patologías ya tratadas e interacciones medicamentosas que agraven la condición clínica del paciente.

QUINTO SIGNO DOLOR

Según el proceso de humanización instaurado por el Hospital Universitario de la Samaritana, se introdujo el concepto de dolor como el quinto signo vital, dado esto se cuenta con una casilla específica para su registro y según la normativa establecida, todo paciente con valoración de dolor mayor o igual a 7 debe tener algún manejo analgésico dentro de las ordenes médicas.

ADHRENCIA NORMAS DE BIOSEGURIDAD

Es de carácter obligatorio el cumplimiento de las normas de bioseguridad dentro de la rotación del servicio de urgencias, esto incluye para las mujeres cabello recogido, no uso de esmalte en las uñas, no uso de pulseras y uso de bata, para los hombres si tiene cabello largo igualmente recogido, y uso de bata.

NORMAS DE COMPORTAMIENTO

Se tendrá como pilar de la atención el respeto al paciente y su familia, así como los derechos que como usuarios tienen en la institución, asegurando adecuada información de acuerdo a su patología, pronóstico y manejo institucional; cualquier tipo de inconveniente en este proceso deberá ser informado para tomar los correctivos pertinentes y de ser necesario el proceso de investigación por parte del departamento adecuado. Se tendrá en cuenta también el respeto dentro del grupo de rotación y con todo el grupo de urgencias (médicos, enfermeras, camilleros, etc).



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



Fuente: Subdirección de urgencias



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

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"

DE07 – V1

Posteriormente para el primer trimestre de la vigencia en curso (luego de sensibilización), se obtuvieron los siguientes resultados por parte de auditoría de adherencia al tratamiento del dolor:

Servicios Ambulatorios I trim 2019=19,35%

Servicios Hospitalarios I Trim 2019=50,72%

Servicios Hospitalarios de urgencias I trim 2019=67,29%

Denotando diferencias positivas frente al trimestre inmediatamente anterior, a su vez concluyendo lo siguiente:

Fuente: Auditoría médica – Historias clínicas.

Sin embargo durante análisis de la información por parte del **servicio de urgencias**, denotaron la siguiente discusión, derivada del resultado propiamente dicho y de la implementación de posibles actividades derivadas (objetivos y alcance).

5. **MANEJO DEL DOLOR FISICO:** Durante el año 2018 como parte del Pamec Institucional se realiza análisis de la adherencia al manejo adecuado del dolor por parte del Dr. Lozano a nuestro servicio; como se explicó en el acta del mes de Noviembre no estamos de acuerdo con los resultados que arroja la auditoría, porque no se tiene en cuenta la formulación inicial que realiza el médico a los pacientes donde por su criticidad son atendidos antes de la consulta inicial de urgencias(folio este último al que se le realiza la auditoría) y porque la Hioscina no la contempla como medicamento de analgesia, se realiza nuevamente un llamado para que desde Urgencias se realice de forma oportuna y segura la administración de la analgesia necesaria en aquellos casos donde así lo amerite el paciente. Queda pendiente los resultados de la auditoría para el primer semestre del año 2019.
6. **INDICADORES MES DE MARZO/19:** Los indicadores del mes de Marzo/19 tanto los de oportunidad como los de gestión y resultados se mantuvieron dentro de la meta establecida por la norma vigente, al igual que los normatizados por el Hus. Se conmina a todos los integrantes del equipo primario a continuar brindando una atención oportuna integral y cálida con nuestros pacientes.

Dado lo anterior es importante acordar y ampliar la metodología de seguimiento a la implementación del manejo del dolor como parte esencial de la atención del paciente (trazador – signo vital), el cual se realizará durante la vigencia, tal cual como se acordó inicialmente con el servicio de urgencias (*con resultados del primer semestre 2019*)

Por otro lado se realizó seguimiento a la oportunidad de respuesta de interconsulta de anestesiología durante el primer trimestre del año, obteniendo los siguientes resultados:

De esto, por supuesto aclarando el sesgo (*no es posible diferenciar el objetivo de la valoración de anestesia*), por lo que es un dato que aproxima realidades de la actuación del servicio de anestesiología en términos de manejo “especializado” del dolor, sin embargo, para la vigencia está en curso el posible acuerdo para ampliar la disponibilidad de anestesiólogo destinado a dar respuesta a necesidades de dolor de difícil manejo a pacientes hospitalizados.

Pendientes para el resto de vigencia:

1. Definir viabilidad (competitividad –mercado) de paquetes para manejo especializado de dolor
2. Acordar tiempos y disponibilidades para anestesiólogo piso, alto riesgo, dolor.
3. Ajustar alcance de “*clínica de dolor*”.
4. Explorar educación sistemática de acuerdo a nivel de competencias para los servicios en temas relacionados del dolor ajustado a morbilidad y servicio.

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 I Trimestre 2019: fisioterapia realizó 197 intervenciones educativas durante el primer trimestre, de las cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes con Diabetes Mellitus que corresponde al 33 % de las intervenciones, la Subdirección de enfermería realizó 238 intervenciones educativas durante el primer trimestre, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron a pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus que corresponde al 48% de las intervenciones.

Por otro lado el servicio de nutrición realizó 109 intervenciones educativas durante el primer trimestre, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron a pacientes con Diabetes Mellitus que corresponde al 37% de las intervenciones y el servicio de trabajo social realizó 154 intervenciones educativas durante el cuarto trimestre, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes con EPOC que corresponde al 37% de las intervenciones realizadas.

Para hacer el seguimiento en la subdirección de enfermería se encontró los siguientes reportes, que se tomaron a través de la lista de chequeo en el numeral 13.

Registra las actividades de educación en salud.		
	% Adherencia	Nº de listas de chequeo
Enero	79	177
Febrero	86	120
Marzo	76	217

Tabla 5: Revisión del registro en historia clínica, realizada por enfermería.

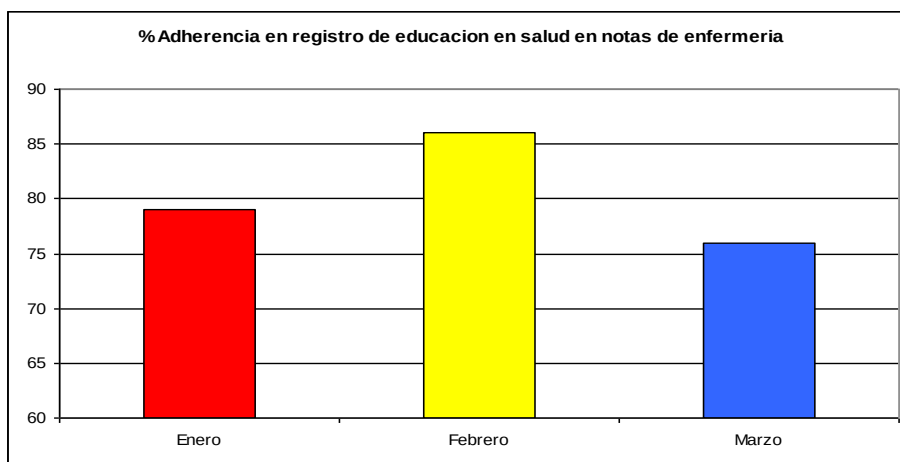


Grafico 2: Revisión del registro en historia clínica, realizada por enfermería.

Se encuentra que en el trimestre 80 % del personal de enfermería de la institución tiene adherencia a los registros de las actividades educativas que se les dan a los pacientes; lo cual es favorable por el número de personas que tiene la Subdirección de enfermería y se mantiene dentro de la meta propuesta.

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.

Fuente: Base de datos de los Participantes del Taller

	I Trim
Pacientes y/o cuidadores externos que recibieron información, orientación y capacitación	100%
META	40%

Conclusiones

- Se ha logrado mantener un número significativo de intervenciones educativas, lo cual indica una buena articulación entre el equipo de trabajo.
- Se va a continuar enviando un censo semanal de los pacientes crónicos de la institución.
- Hasta el momento se ha cumplido con las actividades propuestas en el cronograma de desarrollo de la línea de paciente crónico.
- Se actualizaron los folletos para los pacientes con el apoyo de comunicaciones.

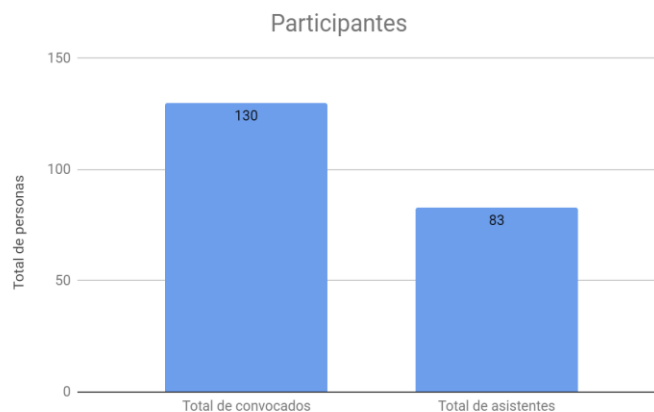
L.E. APOYANDO AL CUIDADOR:

Dentro de los análisis que se han realizado en los talleres, y según el indicador de la línea estratégica, se puede evidenciar lo siguiente:

Se convocaron a 130 cuidadores durante las diferentes jornadas, de ellos asistieron 83 cuidadores de pacientes hospitalizados (ver gráfico 1). Lo cual, frente al primer trimestre de la vigencia anterior (2018), que tuvo una asistencia de 35 cuidadores, se identifica un aumento en 48 cuidadores lo que representa un incremento superior al 100% (137%).

	Vigencia 2018	Vigencia 2019	Inc /Dis	% Inc / Dis
Cuidadores Asistentes	35	83	48	137%

Gráfico 1: Participantes.



La Información se obtuvo de los Talleres realizados 1, en el mes de enero, dos (2) talleres dados en el mes de febrero (14 y 28 de febrero) y dos (2) en el mes de marzo (14 y 28 de marzo). Entre las herramientas que los cuidadores reconocen como favorecedoras de su rol como cuidador, el 60% de los asistentes destacan “el establecer acuerdos con la familia para poder delegar responsabilidades frente al cuidado de su familiar”, un 24% de los asistentes identifican las relacionadas con la “actividad física y el descanso”. El llevar una dieta balanceada, así como, acercarse a un centro de salud cercano ante cualquier inconveniente con el paciente, ocupan el 11% y el 5% respectivamente (ver gráfico 2). En lo relacionado con la calificación del taller, los asistentes que respondieron el formato de calificaron como “Bueno” en su totalidad tanto la comodidad, horario, claridad por parte de los talleristas y el tiempo del taller (ver gráfico 3).

Gráfico 2: Herramientas adquiridas en el
Herramientas adquiridas en el taller

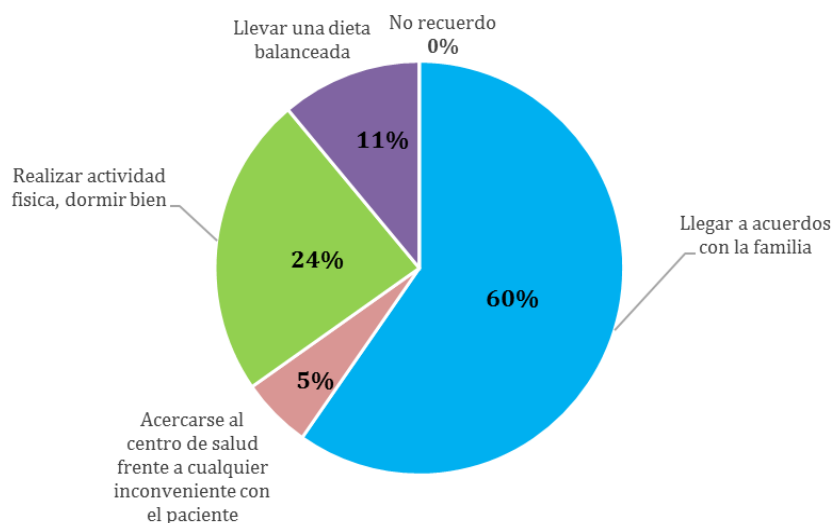
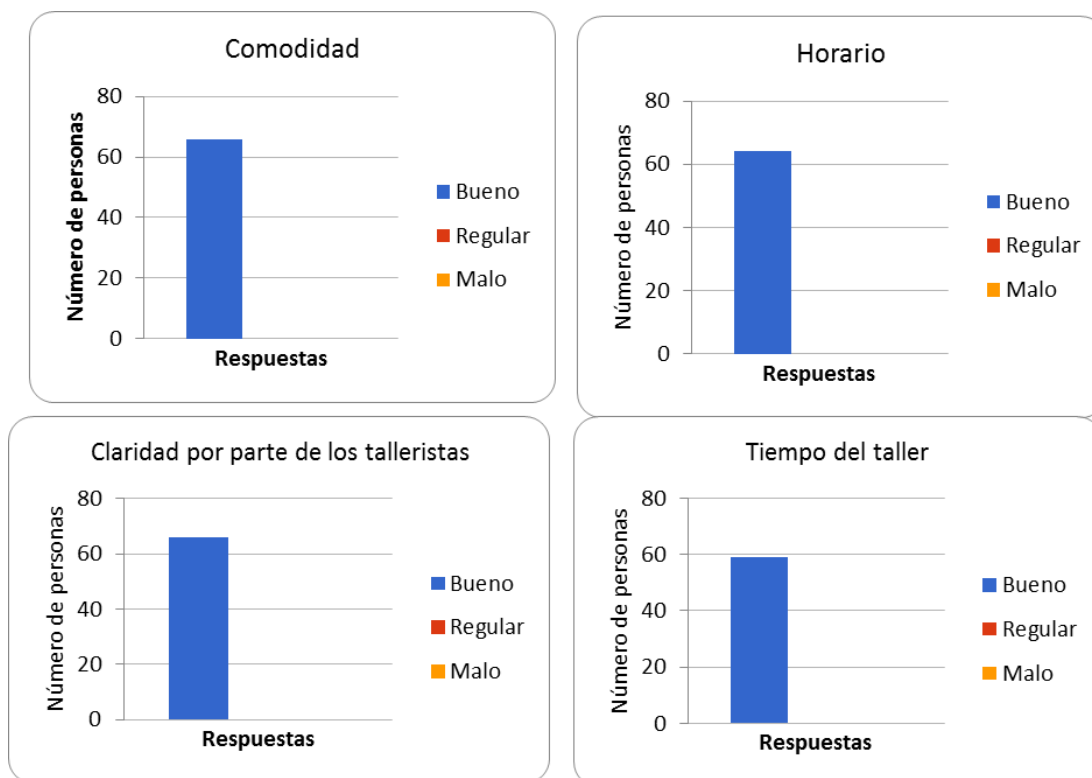


Gráfico 3: Calificación del taller



Dentro de las acciones de mejora que señalan los cuidadores se encuentran: aumentar la frecuencia del taller o espacios similares, informar con anterioridad para que puedan programarse y asistir puntualmente, dar mayor participación a los asistentes, enfatizan en el inicio puntual para el aprovechamiento del tiempo. Por otra parte, en varios casos de inconformidad en la atención de enfermería y se identifica la necesidad de trabajar con el personal de enfermería sobre el tema y que esto se vea reflejado en la percepción que tengan los cuidadores frente a la atención que le brinden a su familiar.

L.E AMBIENTE Y TECNOLOGÍA AMIGABLE (BOGOTÁ):

Con el fin de continuar fortaleciendo y promoviendo las estrategias del Programa de Humanización, en la Línea de Ambiente y Tecnologías amigables, para el año 2019 se definió el cronograma de actividades y se ejecutó en el primer trimestre lo siguiente:

1. CAMPAÑAS. Durante todo el primer trimestre continuaron las campañas de: CUIDADO DE LAS INSTALACIONES, ESTRATEGIAS DE ORDEN Y ASEO, ESPACIOS LIBRES DE HUMO, SEGREGACIÓN DE RESIDUOS, SILENCIO, realizando el despliegue de los temas en pantallas y carteleros institución y rompe tráfico, según cronograma.
2. Para continuar con la intervención de fumadores y transformación cultural de ESPACIOS LIBRES DE HUMO, se han venido realizando las intervenciones a colaboradores que fuman en el parqueadero y a fin de sensibilizar a

dichas personas, puntualizando en el caso de los fumadores (ver registro fotográfico). De igual forma se intervino directamente colaboradores para el tema. Para la vigencia 2019, se continuará con los talleres para mejorar hábitos de vida saludables, de acuerdo al informe entregado por el médico del programa de Vigilancia de la Salud, donde se incluye el tema del tabaquismo.

3. En cuanto a la estrategia de SILENCIO, se socializó de nuevo el tema con los colaboradores del conmutador para que eviten el uso del mismo, entre 9pm y 5am, así como con el personal de aseo para que no ingresen a las habitaciones en el mismo horario, en lo posible. Así mismo, se retro alimentó al personal de vigilancia lo pertinentes dicho tema para también evitar ruido en áreas hospitalarias, concientizando a usuarios.

ESTRATEGIAS DE ORDEN Y ASEO. Para el primer trimestre de 2019, se realizó el diseño y se inició para el mes de marzo de 2019 la campaña SEÑOR ORDEN Y SEÑORA ASEO, personajes lúdicos que llegan a los puestos de trabajo, sensibilizando a los colaboradores en Clasificar, Ordenar y Limpiar, y recomendado los beneficios de ésta disciplina, esperando aportar a la cultura transformacional y mejorando la seguridad en los espacios (ver registro fotográfico y registro de colaboradores)

Así mismo, se contó con el apoyo de la Subdirección de Hotelería, capacitando enfermeras y auxiliares de los estares de enfermería para mejorar las condiciones de dichas áreas y lograr evacuar elementos inservibles (ver registros de socialización).

Para la Unidad Funcional de Zipaquirá, se desplegó la información y la presentación de las estrategias para allí también iniciar con la sensibilización del personal.

De igual forma la Subdirección de Desarrollo Humano, dentro de sus actividades de salud laboral inició la socialización con personal de las áreas de mantenimiento, cartera y objeciones, con el objetivo de promover la cultura de espacios seguros y limpios en toda la institución, el cual tendrá el despliegue para áreas priorizadas en su implementación para la vigencia 2019.

EXPLICACION DE USO DE DISPOSITIVOS. La Subdirección de Enfermería, sigue realizando el tema de explicación de Uso de Dispositivos Médicos al paciente, cuya adherencia para el primer trimestre es del 91% % resultado obtenido de la evaluación de la comprensión de la educación brindada a paciente y su familia sobre los diferentes temas transversales dentro de la hospitalización, donde la pregunta numero 14 corresponde al tema:

TEMA/MES	2019 ENERO	FEBRERO	MARZO
1	61%	52%	87%
2	100%	96%	96%
3	95%	89%	85%
4	100%	97%	85%
5	100%	92%	89%
6	76%	55%	54%
7	86%	55%	60%
8	95%	87%	84%
9	95%	87%	85%
10	90%	90%	94%
11	100%	87%	96%
12	81%	67%	68%
13	95%	96%	99%
14	100%	97%	76%
15	71%	37%	59%
PROMEDIO	90%	79%	81%

Esta tendencia del resultado que tiene una baja en el mes de Febrero se atribuye a la rotación de personal, donde la Subdirección de Enfermería, hará la intervención en capacitación de su personal.

Para la intervención, e inclusión de los grupos interdisciplinarios, frente al uso de dispositivos, se verificó que dentro del consentimiento informado, existe el ítem que refiere éste aspecto, donde el 100% de dichos formatos están firmados por el paciente; sin embargo dentro del aseguramiento de la adherencia, se verifica la pregunta referente en la encuesta de satisfacción y para el segundo trimestre realizar jornadas de sensibilización con ésta población.

RESULTADOS DE INDICADORES. 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 con la anterior información en el periodo medido, tanto de la entrevista como de la encuesta de satisfacción:

1. ENTREVISTA
<u>INDICADORES TRAZADORES</u>
% de Usuarios que percibieron un ambiente amigable con respeto por silencio y cuidado del ambiente: No. De Usuarios entrevistados que percibieron un ambiente amigable con respeto por silencio y cuidado del ambiente *100 / No. De usuarios encuestados: <u>12 usuarios que percibieron una ambiente amigable con respeto por el silencio y cuidado del ambiente X 100</u> 14 usuarios entrevistados Resultado: 85.7% No. de Usuarios encuestados que recibieron información de los dispositivos y equipos biomédicos que se usaron en su proceso de atención: Resultado: 91.1%
2. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INSTITUCIONAL
% de Usuarios encuestados que recibieron información de los dispositivos y equipos biomédicos que se usaron en su proceso de atención: No. de Usuarios encuestados que recibieron información de los dispositivos médicos que se usaron en su proceso de atención/No de Usuarios encuestados *100 <u>38 usuarios encuestados que recibieron información de los dispositivos médicos que se usaron en su proceso de atención X 100</u> 38pacientes encuestados Resultado: 100%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se alcanza la meta propuesta para la línea estratégica de Ambiente alcanza el **87.5%** y Tecnologías amigables alcanza el **91%** (con meta del 30% para las dos estrategias); sin embargo se debe continuar fortaleciendo el tema con los usuarios con las siguientes actividades, que se ve han impactado:

1. Se continuará ejecutando 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, SEGREGACIÓN DE RESIDUOS, SILENCIO
2. Para el programa de Orden y Limpieza se continuará con la campaña SEÑOR ORDEN Y SEÑORA ASEO, junto con las actividades masivas en la próxima RUTA DE ACREDITACIÓN programada para el mes de Mayo de 2019, así como seguir articulando dichas actividades para la vigencia 2019 con el área de salud laboral y con el despliegue e implementación de las actividades, priorizando las estaciones de enfermería.
3. Por el resultado del mes de marzo de 2019, se debe fortalecer la capacitación del personal nuevo de enfermería, en cuanto al tema de la explicación de uso de dispositivos y evidenciando la adherencia en el personal de enfermería.
4. De otro lado, en el tema de la explicación del uso de dispositivos y a pesar de tenerlo incluido en el consentimiento informado que diligencia el paciente, para el segundo trimestre se iniciará intervención en las áreas para sensibilizar al grupo interdisciplinar de gastroenterología, cardiología, hemodinamia e imágenes diagnósticas
5. 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.
6. 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.

USO DE TIEMPO LIBRE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LARGA ESTANCIA (OM de Humanización. PAMEC 2018, se continúa en el 2019)

En el primer trimestre de 2019 se recibieron un total de 150 interconsultas, no todos los pacientes cumplían con los criterios de inclusión, de esas interconsultas y de los pacientes que venían del trimestre anterior se atendieron un total de 140 pacientes. Se realizaron 399 sesiones a pacientes de larga estancia.

A continuación específico número de interconsultas, de sesiones y el tipo de actividad realizada en el primer trimestre 2019.

MES	# Interconsultas	#Número de pacientes atendidos	# Sesiones	Tipo de Actividad		
				Lúdicas	Recreativas	Terapéuticas
Enero	42	39	142	32	0	7
Febrero	41	42	128	37	0	5
Marzo	67	59	129	52	0	7
Total	150	140	399	121	0	19

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 calido 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.

La evaluación del procedimiento se realiza a través de preguntas aplicadas directamente a los pacientes o sus cuidadores, a cerca de la satisfacción y las sugerencias que deriven de las actividades realizadas, se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1) El 94 % de los usuarios considera que las Actividades Si fueron programadas teniendo en cuenta sus gustos y preferencias
- 2) El 100 % considera que el tiempo que la terapeuta dedica SI es suficiente.
- 3) Cómo o con qué actividades considera que podemos mejorar el uso de su tiempo libre durante la hospitalización?

El 11.7 % dice que con actividades de tipo cognitivo

El 23.5 % dice que más actividades físicas (salidas a caminar, gimnasio)

El 35.2 % dice que manualidades

El 29.4 % dice que las que realizó están bien.

- 4) En relación a ésta pregunta el 58.8 % manifiesta que si fue útil la participación del acompañante y el 41.1 % dice que la mayor parte del tiempo estuvo solo por tanto no contó con su ayuda.

De esta encuesta se pudo concluir que la mayoría de los pacientes se encuentran satisfechos con el tiempo de intervención y con las actividades propuestas, un paciente sugiere que debe indagarse sobre sus gustos antes de iniciar la actividad, otro que el hospital debe garantizar conectividad, otro que se necesita disponer de variedad de material y más actividades para trabajar. Con esta información, la profesional fue más enfática en el interrogatorio para establecer gustos y preferencias. Una de las PROPUESTA DE MEJORA de la Terapeuta Ocupacional es “ Es necesaria la adquisición de materiales didácticos, juegos de mesa, libros para lectura e insumos que permitan una mejor calidad de atención. Al igual que un espacio físico para que los pacientes que estén en condición de desplazarse lo hagan y realicen allí sus actividades. . El pedido de material para 2019 está pendiente su suministro por el almacén.

PROGRAMA DE HUMANIZACION 2019 . AVANCES I Trimestre HUS U.F ZIPAQUIRA.

- 1. COMUNICACIÓN ASERTIVA.** Se realizó jornada de sensibilización frente a los 5 Tips de la Comunicación Asertiva el cual se realizó en todos los servicios del hospital y mediante carteleras y se trabajó un mural de construcción participativa con los colaboradores del HUS UFZ también se realizaron sesiones de capacitaciones sobre programa de Humanización, Estrategia del pacto por el Trato Amable, Derechos y Deberes, y actas del abordaje de informadoras a usuarios y colaboradores para disminuir quejas por falta de trato amable. (Se ejecutan las 3 actividades programas para el trimestre según cronograma). Se anexaron las fotos y Planillas de capacitación.
- 2. L.E. Manejo de la PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.** Se continúa con la Socialización al personal de enfermería del Procedimiento del manejo de la Privacidad y confidencialidad, según cronograma). Se anexaron los soportes de las capacitaciones, en el documento completo del informe de avances de P Humanización.
- 3. L.E MANEJO DEL DUELO Y LA MUERTE.** Se continúa con la capacitación al Personal, por parte de Trabajo Social del Procedimiento. Se anexo acta y soporte fotográfico y registro de asistencia, de capacitaciones realizadas al personal sobre esta línea estratégica, dando cumplimiento a las 3 actividades programadas en el cronograma)
- 4. L.E MANEJO DEL DOLOR FÍSICO.** Se continúa capacitando al Personal de Enfermería sobre el control del 5To Signo Vital a través de "escala análoga del dolor".
- 5. L.E AMBIENTE Y TECNOLOGÍA AMIGABLE.** Se inicia la Campaña de Orden y Aseo realizada en las instalaciones de la UFZ específicamente en el servicio de Pediatría y también de la capacitación realizada por enfermería registro de asistencia, dando cumplimiento a las dos actividades programadas según cronograma)
- 6. L.E APOYANDO AL CUIDADOR.** Se realizaron los talleres a cuidadores de los pacientes en el servicio de hospitalización, liderado por la Profesional de Atención al Usuario. Se anexaron los soportes acta de reunión y registro fotográfico (se da cumplimiento a las tres actividades programas en el I trimestre de 2019 según cronograma)
- 7. L.E MANEJO DE PACIENTE CRÓNICO.** . Se realizó capacitación y educación al paciente con Diabetes, Epoc, IRC adelantado por la Enfermera Profesional del Programa de Salud Pública. Se anexaron los soportes.(se da cumplimiento a una actividad programada para el primer trimestre de 2019 según cronograma).

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 remitió la Evaluación del Plan de Acción del 2018 a la SSC y se publicó en la Página Web del HUS.

Se elaboró el Plan de Acción de la Política Pública de Participación Social 2019, el cual fue liderado por la Dirección de Atención al Usuario, con la participación de los Líderes pertinentes y la Asociación de Usuarios del HUS, fue revisado por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad del HUS, aprobado por la Gerencia y enviado a la SSC el cual NO hizo observaciones ni ajustes y se incluyó en el Plan General de la PPPS del Departamento de Cundinamarca, el cual puede ser consultado en su página Web al igual que fue publicado en la Página Web del HUS.

El Plan de Acción de la PPS del HUS se incluyó en el PAS 2019, dando cumplimiento a los lineamientos de la SSCundinamarca y de la Junta Directiva del hospital.

El HUS en la Declaración de los Derechos y Deberes en Salud tiene contemplado como el 7 Derecho "La Participación Social" a través del cual también se socializa la Política y su Plan de acción al Cliente Interno en las sesiones mensuales de Inducción y Reinducción al igual que al Paciente y su Familia diariamente en las charlas que realizan en las Salas de espera del hospital.

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 (Enero en el HUS, Febrero la cual se hizo en la SSC por capacitación a todos los integrantes de la Asociación de Usuarios de los diferentes Hospitales del Dpto), Se socializó la Política pública de Participación social a través de las 9 carteleras rodantes de la DAU y su Publicación en la Página Web del HUS, Sección de link de Planeación/Calidad.



Se llevó a cabo el Comité de Ética mensual, con la participación de los Representantes de la Asociación de Usuarios (Sr Hernando López y Sra Ana Floriza Moreno de Rodríguez) al igual que la Representante a la Junta Sra Ana Fluoriza Moreno asistió y participó activamente en las sesiones programadas.

Se socializaron los resultados de la Voz de usuario del año 2018, relacionados con las Encuestas de Satisfacción aplicadas y las PQRSD interpuestas por los Usuarios, consolidado del II semestre de 2018, lo cual consta en las Actas de reunión.

No se ha podido realizar ni asistir al "Curso de Formación de formadores comunitarios" por qué la SSC No lo tiene montado, se indaga y nadie en el País lo tiene. Desde la Subdirección de Desarrollo Humano del HUS, se habló con el MPS y se acordó organizar el curso, ejecutarlo en el HUS y dejarlo como modelo para implementar en los demás hospitales del País.

Se ha venido Ejecutando el Programa o Plan de acción de Promoción y Prevención del HUS en la sede Bogotá y U.F de Zipaquirá, liderado por el Enfermero Profesional Julián Caballero en el HUS Bogotá y en el U.F de Zipaquirá por el equipo de salud Pública. Se presentará informe del I semestre 2019 de acuerdo al cronograma.

La Secretaria no ha suministrado información escrita a los integrantes de la Asociación de Usuarios respecto a cómo va la Gestión de asignación de Recursos Financieros de la Gobernación de Cundinamarca(SSC) con destino a la implementación de la Política de Participación Social.

Continua la publicación en medios de comunicación del HUS de las Reuniones del Comité de Asociación de Usuarios en Salud (web y/o Redes Sociales: Facebook y Twittter) que se realizan en el HUS. Se cuenta con archivo fotográfico de su publicación.

Se mantiene actualizada la Pagina Web del HUS, el usuario tiene acceso para consultar el SUIT, interponer peticiones, al igual que consultar el Manual de Información y Orientación al paciente y Familia, entre otros y se pasa información variada al Usuario en las Pantallas Digitales ubicadas en los diferentes servicios del HUS y en la de los ascensores.

El Grupo de Informadoras y Orientadoras de la DAU y SDU entre los temas de las charlas dirigidas a los Usuarios, a través de Rotafolio les dan a conocer las Redes Sociales del HUS y les enseñan como consultarlas, con que medios cuenta el usuario para interponer las PQRS.

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 los Gerentes de los hospitales de II Nivel.

Los integrantes de la Asociación No cuentan con recursos financieros para sus desplazamientos y para realización de actividades relacionadas con la PPPS, lo que limita su participación.

En la U.F de Zipaquirá, la Profesional de Atención al Usuario, realizó reuniones con algunos de los Integrantes del comité de apoyo de Usuarios de Zipaquirá. No se adelantó ninguna actividad de Control Social, debido a que el Municipio No cuenta en este momento con Veeduría en Salud, en razón a que se venció en el 2018, el periodo de vigencia de la misma.

PAMEC DE ACREDITACION

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, el cual ya se encuentra publicado en la Pantallas digitales

Se cumplieron con las demás actividades asignadas (Programa de humanización, etc).

PUM: No se tienen actividades formuladas para ejecutar en el I trimestre 2019.

PLAN ANTICORRUPCIÓN: la Dirección (DAU) y la SDU participaron en su elaboración junto con los demás integrantes del comité Directivo. De igual forma con los reportes, informes trimestrales del SIAU y la clasificación de los canales de recepción de las peticiones de los usuarios por parte de la SDU y la oficina de atención de la U.F de

Zipaquirá Ver presente informe de la Subdirección de la Defensoría al Usuario. Las otras actividades están programadas para el II trimestre 2019. El NORMOGRAMA no requirió de actualización el I trimestre 2019.

MATRIZ DE RIESGOS ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA: La Dirección de Atención al Usuario actualizó la Matriz de Riesgos del Proceso de Atención al Paciente y su familia con la Participación de la Líder de Proyecto de Trabajo Social (Se incluyó 1 Riesgo nuevo). De parte de la SDU no se identificó ningún riesgo nuevo ni adicional a lo propuesto y enviado por la Dirección. Se encuentra publicado en la Intranet/ SGD/ Proceso de Atención al paciente y Familia/ Otros.

OTROS. ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA Se continúa la Actualización de aproximadamente 6 Procedimientos, los cuales fueron revisados, ajustados, aprobados y firmados por la Directora de Atención al Usuario, dando cumplimiento a la Norma ISO 9001, V 2018. Se publican en la Intranet, previa aprobación de la Jefe de Planeación y Garantía de la calidad.

De igual manera 2 de Consulta Externa relacionados con TELECONSULTA

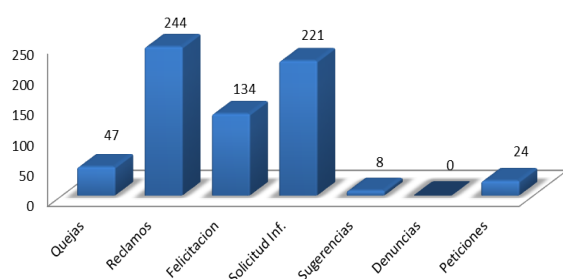
INFORME DE PQRSDF

Total del peticiones I trimestre año 2019

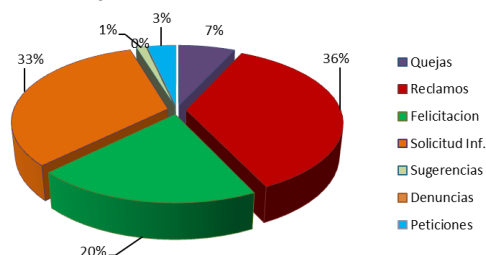
PQRSD I TRIM AÑO 2019					COMPARATIVO I TRIMESTRES AÑOS 2015-2019									
CLASIFICACIÓN	ENE	FEB	MAR	TOTAL	I TRIM 2015	%	I TRIM 2016	%	I TRIM 2017	%	I TRIM 2018	%	1 TRIM 2019	%
Quejas	17	14	16	47	36	25%	35	25%	40	18%	46	12%	47	7%
Reclamos	34	96	114	244	44	31%	66	46%	72	33%	87	23%	244	36%
Felicitaciones	50	41	43	134	33	23%	23	16%	73	33%	114	30%	134	20%
Solicitud Inf.	62	69	90	221	25	17%	9	6%	28	13%	102	27%	221	33%
Sugerencias	1	7	0	8	5	3%	9	6%	5	2%	12	3%	8	1%
Denuncias	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Peticiones	9	1	14	24	0	0%	0	0%	0	0%	13	3%	24	4%
TOTAL	173	228	277	678	143	100%	142	100%	218	100%	374	100%	678	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSDF año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

TOTAL PQRSDF I TRIM 2019



Proporcion PQRSDF I Trim 2019



Durante el I trimestre del 2019 se presentaron un total de 678 manifestaciones donde los reclamos y solicitudes de información presentaron un aumento significativo durante los tres meses siendo las de mayor volumen de radicaciones, una de las causas del aumento es por la demanda de pacientes de Medimas y las dificultades que se presenta con la central de citas y el acceso a recibir información.

Se observa que las felicitación radicadas son el 20% del total de manifestaciones lo cual representa una constante en el tiempo de ser un volumen significativo sin embargo durante los últimos trimestre se ve un aumento frente a los reclamos que son el 36% estos asociados a la dificultad con la central de citas, las solicitudes de información son el 33% las cuales en su gran mayoría son para pedir información de medios para asignación de citas, copia de historia clínica, entre otros, las quejas son el 7% las cuales se mantiene en el mismo promedio trimestral de radicación y estas están asociadas a posibles inconformismos por trato amable como la más representativa, el 8% equivale a sugerencias que están asociadas a temas relacionados con ambiente físico y mejoramiento para el ingreso a la Institución, las peticiones representan el 3% de las cuales en su gran mayoría están asociadas a la UFZ y a traslados a otras instituciones por competencia.

La participación ciudadana continua aumentando esto se ve reflejado en las solicitudes de información, destacando que es positivo ya que se cuenta con una mayor utilización de parte del usuario de todos nuestros medios de comunicación implementados durante el año 2018 y de acuerdo a la normatividad que es cada vez mucho más exigente, aunado al hecho que el paciente está más empoderado, más consiente, conocedor de sus Derechos en Salud y exige el respeto y cumplimiento de los mismos.

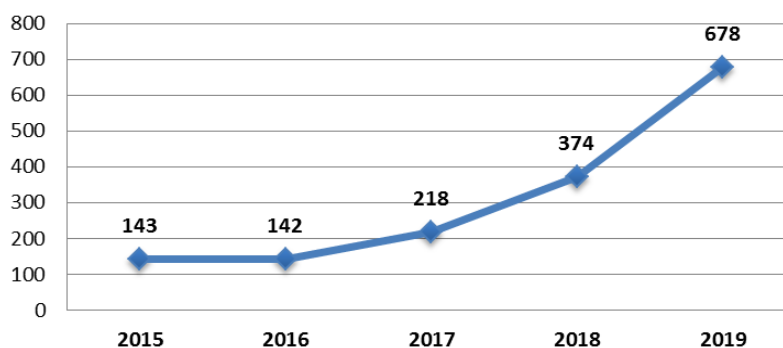
Comportamiento de PQRSD I trimestre durante los últimos cuatro años

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

COMPARATIVO I TRIMESTRES PQRSD AÑOS 2015- 2019										
CLASIFICACIÓN	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
Quejas	36	25%	35	25%	40	18%	46	12%	47	7%
Reclamos	44	31%	66	46%	72	33%	87	23%	244	36%
Felicitación	33	23%	23	16%	73	33%	114	30%	134	20%
Solicitud Inf.	25	17%	9	6%	28	13%	102	27%	221	33%
Sugerencias	5	3%	9	6%	5	2%	12	3%	8	1%
Denuncias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Peticiones	0	0%	0	0%	0	0%	13	3%	24	4%
TOTAL	143	100%	142	100%	218	100%	374	100%	678	100%

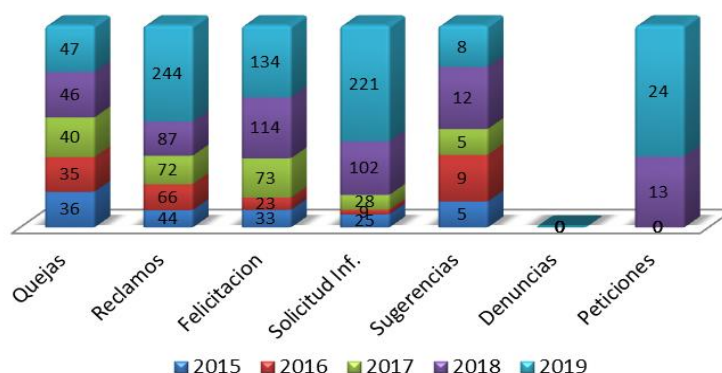
Fuente: TUCI - Base de datos Matriz PQRSD año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Tendencias PQRSD Radicadas I Trim Años 2015-2019



Realizando un comparativo del I trimestre del 2015 al 2019 se concluye que se presentaba un aumento de aproximadamente 100 manifestaciones por año referente al I trimestre, pero para el año 2019 se desbordan las mismas con un aumento de casi el 300 manifestaciones esto debido al aumento de la demanda de pacientes de Medimas y los despliegues que se realizan a través de las charlas a los Usuarios por parte de las Informadoras y Orientadoras de la Dirección de Atención al Usuario y de la Subdirección de Atención al Usuario, de como interponer manifestaciones y la Socialización de la Declaración Institucional de los Derechos y Deberes en salud.

Comparativo I Trim Años 2015-2019

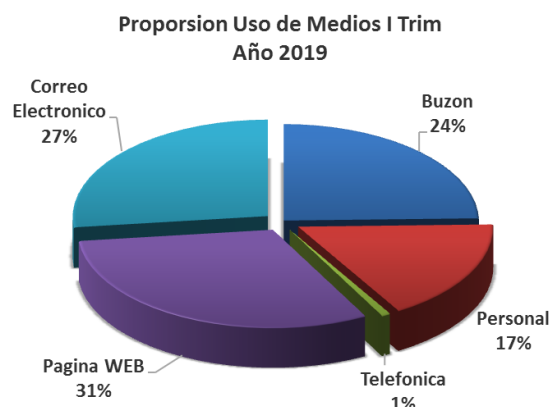
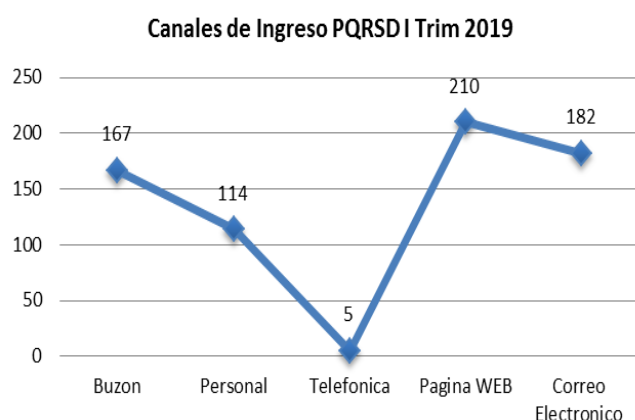


Se observa que de acuerdo al tipo de manifestacion en los ultimos cuatro años en relacion al I trimestre se concluye que las quejas en promedio se reciben 41 quejas, pero en cuanto a los reclamos el aumento es significativo ya que en promedio se recibian 67 pero se incrementaron a 224 ya por las razones mencionadas de la dificultad con la central de citas y el aumento de la demanda de pacientes al igual que las solicitudes de informacion. En relacion a las peticiones tambien se observa un aumento pero esto se debe a las diferentes peticiones que son de competencia de la UFZ y los traslados por competencia a otras instituciones.

Canales de ingreso I Trimestre 2019

CANAL DE INGRESO PQRS D I TRIM 2019					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefonica	Pagina WEB	Correo Electronico
Quejas	12	32	0	1	2
Reclamos	48	48	4	91	53
Feli	100	23	0	9	2
Soli Inf.	1	6	1	97	116
Suge	3	4	0	1	0
Denuncias	0	0	0	0	0
Peticiones	3	1	0	11	9
TOTAL	167	114	5	210	182

Fuente: Base de datos Matriz PQRS D año 2019



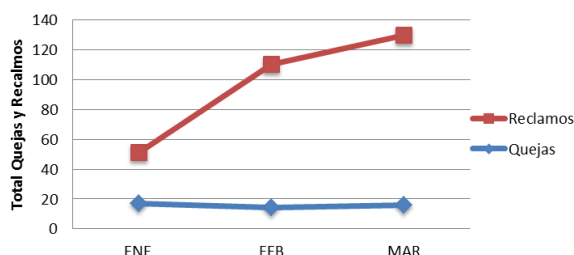
De acuerdo a los canales oficiales dispuesta para la recepción de PQRS D se puede concluir que en el I trimestre del 2019 el medio más utilizado es la página web con un total de 210 (31%) manifestaciones donde se ve el aumento progresivo durante el tiempo para este medio ya que los ciudadanos escriben a través del link de la página web de comentarios o formulario web, también el aumento de manifestaciones se presentó a través del correo institucional con un total de 182 (27%) donde es el medio más utilizado por las EPS y entes de control, también las manifestaciones que realizan personalmente se incrementan por las dificultades en la central de citas y por la no disponibilidad de agendas. En cuanto al medio del buzón de sugerencias se observa que lo que más nos radican son las felicitaciones y los reclamos.

Quejas y Reclamos

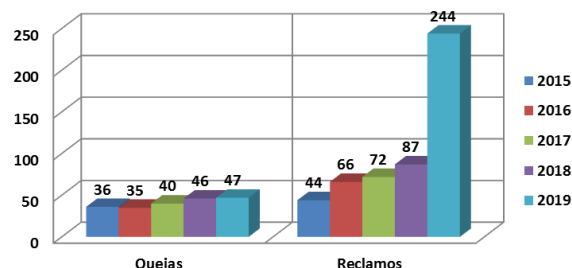
QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2019					COMPARATIVO I TRIMESTRE AÑOS 2015 - 2019									
CLASIFICACION	ENE	FEB	MAR	TOTAL	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
Quejas	17	14	16	47	36	45%	35	35%	40	36%	46	35%	47	16%
Reclamos	34	96	114	244	44	55%	66	65%	72	64%	87	65%	244	84%
TOTAL	51	110	130	291	80	100%	101	100%	112	100%	133	100%	291	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRS D año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Comparativo Entre Quejas y Reclamos I Trim Año 2019



Comparativo QR I Trim Años 2015 - 2019



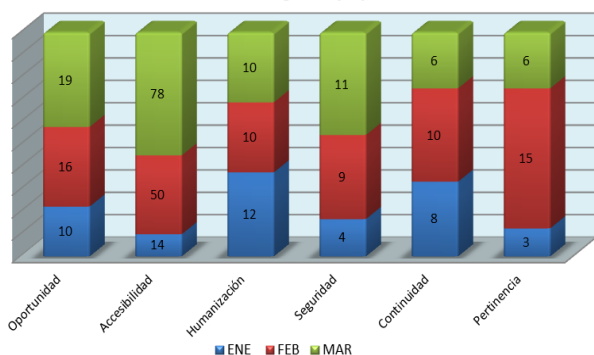
Se presentaron 291 quejas y reclamos durante el trimestre de las cuales corresponden al 43% del total de manifestaciones recibidas en el periodo evaluado, siendo los reclamos el mayor número de inconformismos presentados por los usuarios y su familia que equivalen al 55% del total entre quejas y reclamos, adicional al análisis los posible inconformismo de quejas son el 45%, observando que entre el comparativo de los últimos cuatro años del I trimestre los reclamos se desbordan por las causas ya mencionadas de dificultada en la comunicación y disponibilidad de citas.

Clasificación de Quejas y Reclamos gestionados según Atributos de Calidad afectados

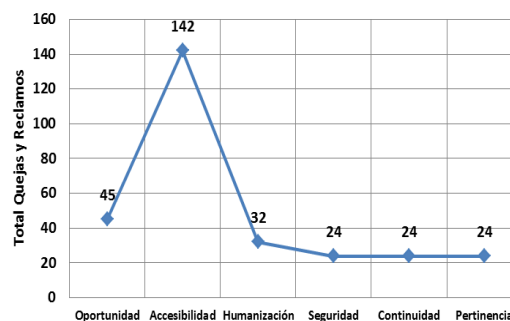
Atributos de Calidad afectados I trim 2019					Comparativo I Trimestres Años 2015 - 2019									
Atributos	ENE	FEB	MAR	TOTAL	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
Oportunidad	10	16	19	45	50	63%	58	57%	72	64%	54	41%	45	15%
Accesibilidad	14	50	78	142	12	15%	3	3%	1	1%	28	21%	142	49%
Humanización	12	10	10	32	17	21%	22	22%	30	27%	18	14%	32	11%
Seguridad	4	9	11	24	1	1%	18	18%	10	9%	10	8%	24	8%
Continuidad	8	10	6	24	0	0%	0	0%	0	0%	9	7%	24	8%
Pertinencia	3	15	6	24	0	0%	0	0%	0	0%	14	11%	24	8%
TOTAL	51	110	130	291	80	100%	101	100%	113	100%	133	100%	291	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos I Trim Año 2019

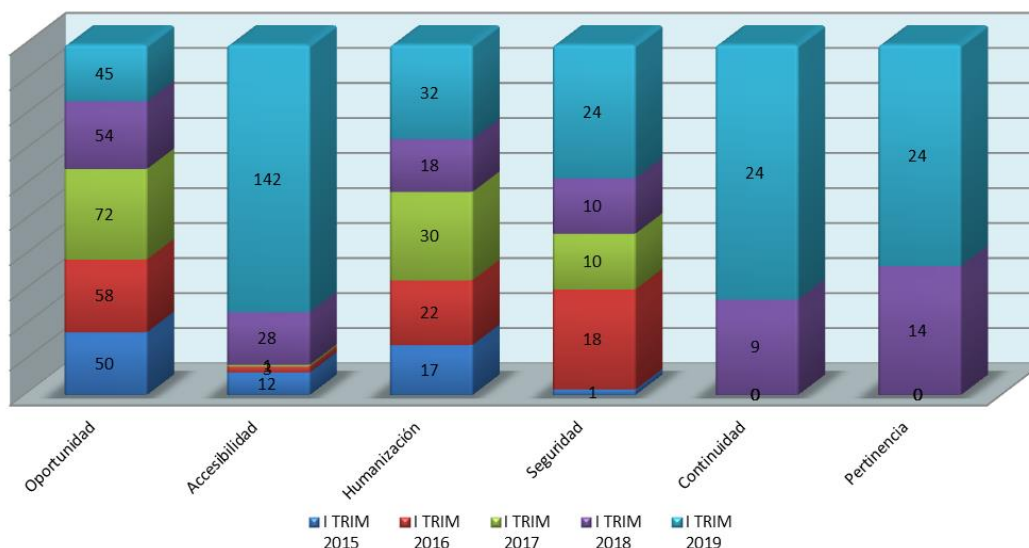


Atributo de Calidad Afectado I trim 2019



En cuanto a las quejas y reclamos todas son asociadas a una posible vulneración de los atributos de calidad donde se observa que la accesibilidad es la más afectada y representa un 49% del total de quejas y reclamos esto se debe a que son los reclamos asociados a dificultad con la central de citas para acceder telefónicamente a cualquier tipo de información, sin embargo ya se inició el proceso de tercerización con un operador externo para dar respuesta a todas las necesidades de la central de citas se espera que para el siguiente trimestre ya esté funcionando. y el volumen de inconformidades se reduzca

Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos I Trim 2015 - 2019

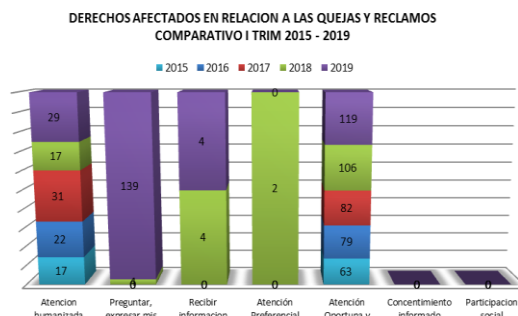
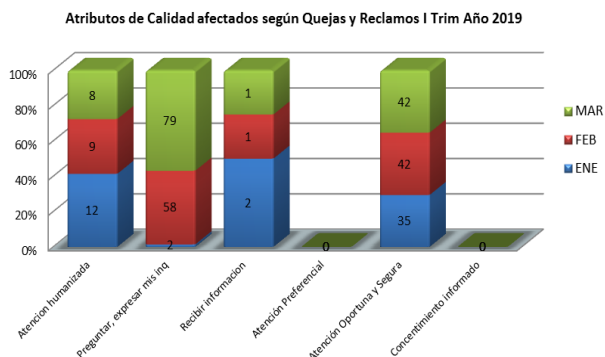


Realizando el análisis del comparativo de los últimos cuatro años se observa que los atributos más afectados son el de humanización y oportunidad en los I trimestres y su comportamiento no varía mucho en volumen de manifestaciones, sin embargo frente a continuidad, pertinencia y seguridad se ve un aumento significativo lo cual son asociados a quejas y reclamos en su gran mayoría a la atención recibida.

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

DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QR AÑO 2019					COMPARATIVO I TRIMESTRES AÑOS 2019									
DERECHO DEL USUARIO	ENE	FEB	MAR	TOTAL	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
Recibir atención humanizada	12	9	8	29	17	21%	22	22%	31	27%	17	15%	29	10%
Preguntar, expresar mis inquietudes	2	58	79	139	0	0%	0	0%	0	0%	4	4%	139	48%
Recibir información integral	2	1	1	4	0	0%	0	0%	0	0%	4	4%	4	1%
Recibir atención preferencial	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%	0	0%
Recibir atención oportuna y segura	35	42	42	119	63	79%	79	78%	82	73%	106	94%	119	41%
Consentimiento informado	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	51	110	130	291	80	100%	101	100%	113	100%	133	100%	291	100%

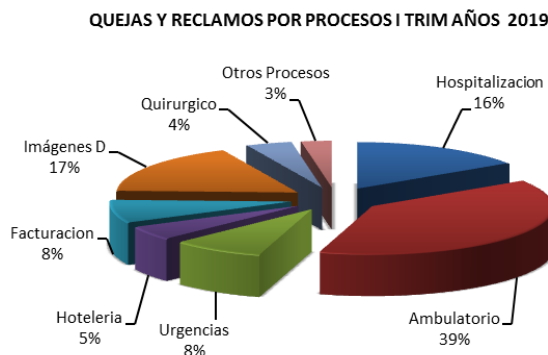
Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia



De acuerdo a las quejas y reclamos presentadas en el I trimestres se observa que el 89% están asociadas a la posible vulneración de expresar mis inquietudes y a recibir una atención oportuna y seguro, aclarando el aumento del derecho de preguntar, expresar inquietudes el cual ha sido afectados por la dificultad en la accesibilidad a través de la central de citas, para el derecho de humanización se observa una fluctuación y disminución leve en el # de QR, comparado con los trimestres de las vigencias anteriores.

Quejas y reclamos asociados a los principales Procesos

PROCESOS ASOCIADOS A QUEJAS Y RECLAMOS I TRIM AÑO 2019					
PROCESOS	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
Hospitalización	8	21	17	46	16%
Ambulatorio	16	38	59	113	39%
Urgencias	8	9	7	24	8%
Hotelería	2	7	5	14	5%
Facturación	3	9	11	23	8%
Imágenes D	3	19	29	51	18%
Quirúrgico	7	4	1	12	4%
Otros Procesos	4	3	1	8	3%
TOTAL	51	110	130	291	100%



Del 291 quejas y reclamos se observa que el proceso con mayor número de inconformismo es el proceso ambulatorio con un 39% que equivalen a 113 peticiones que en su gran mayoría son asociadas a la dificultad con la central de citas, seguido por el procesos de imágenes diagnósticas con un 17% que es por la misma causas de dificultad en la comunicación para asignación de citas, lo cual es importante mencionar que una vez ingrese en operación la central de citas externa se pueda minimizar este volumen de reclamos que afectan a estos dos procesos, en cuanto al proceso de hospitalización es el proceso más grande es decir donde más se presentan quejas que reclamos los cuales están asociados a la atención prestada al igual que el proceso de urgencias. Para es trimestre el proceso de facturación presenta un 8% de las quejas y reclamos debido a las dificultades que se presentaron en consulta externa por la demora en la facturación por aumento de demanda de pacientes los cuales tomaron correctivos para mitigar esta causas.

Se proyectaron 6 planes de mejoramiento en el plan único de mejora (PUMP)por proceso en el primer trimestre de los procesos de Hospitalización, Hotelería y Urgencias en los cuales se formulan acciones para las causas de trato amable, llamado de enfermería, perdida de elementos y novedades de seguridad del paciente.

Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el I trimestre y año 2019

A continuación se describen las 10 principales causas presentadas en el I trimestre año 2019

CODIGO	COMPARATIVO 10 PRIMERAS CAUSA DE QUEJA O RECLAMO				
	I TRIMESTRE AÑOS 2018-2019	2018	%	2019	%
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignacion de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiologia, etc.	24	18%	129	44%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	18	14%	32	11%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	6	5%	15	5%
E	Demora en el proceso de facturacion (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalizacion,Urgencias)	6	5%	15	5%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias : triage, consulta,apertura de HC ETC	3	2%	8	3%
H	Demora en la atencion de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	4	3%	8	3%
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	2	2%	7	2%
G	Demora en la asignacion de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	7	5%	7	2%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal de enfermeria, Aux de enfermeria, enfermeras, camilleros, tecnicos de Rx.	1	1%	7	2%
N	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos,etc.	2	2%	7	2%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

De las 291 quejas y reclamos se concluye que de las 10 primeras causas identificadas suman el 88% de los inconformismo presentados donde la principal equivale al 44% que es la dificultad con la central de citas y la falta de calidez y trato amable continua de segundas con un 11% pero entre el IV periodo 2018 se observa una disminución porcentual, las posibles novedades de seguridad del paciente y demora en el proceso de facturación son el 5% ya que en facturación se presentaron dificultades con el personal por incapacidades y aumento de demanda de pacientes por contrato de MEDIMAS. Se espera que para el próximo trimestre disminuya las primeras causas que viene en un aumento significativo desde el IV trimestre del año 2017.

Total Causas de Quejas y Reclamos presentados durante el año 2019

CAUSAS QUEJAS Y RECLAMOS I TRIM AÑO 2019						
CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignacion de la citas: call center, gastro, neuromo, Rx, cardiología, etc.	9	46	74	129	44,3%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	12	10	10	32	11,0%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	2	7	6	15	5,2%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	1	6	8	15	5,2%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	0	5	3	8	2,7%
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	4	2	2	8	2,7%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	3	1	3	7	2,4%
G	Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	4	3	7	2,4%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	1	4	2	7	2,4%
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	0	3	4	7	2,4%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	2	2	1	5	1,7%
K	Demora en la atención en cirugía ambulatoria	4	0	1	5	1,7%
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.	4	0	0	4	1,4%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	3	1	0	4	1,4%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0	3	1	4	1,4%
AS	Causas externas al HUS.	0	3	1	4	1,4%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	1	1	2	4	1,4%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	1	1	1	3	1,0%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	1	2	0	3	1,0%
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	1	2	0	3	1,0%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	1	1	1	3	1,0%
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización.	0	2	1	3	1,0%
AM	Prácticas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	1	2	3	1,0%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.	1	0	0	1	0,3%
V	Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	0	0	1	1	0,3%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarías, vigilantes.	0	1	0	1	0,3%
AO	Accesibilidad por causa ajenas a la institución	0	1	0	1	0,3%
O	Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0	1	1	0,3%
AR	Presuntas fallas administrativas en la entrega de un paciente fallecido	0	1	0	1	0,3%
AV	Reclamo relacionados con la infraestructura	0	0	1	1	0,3%
AW	Entrega incompleta de exámenes	0	0	1	1	0,3%
TOTAL		51	110	130	291	100,0%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSI año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

De 291 quejas y reclamos del I trimestre del año 2019 se clasificaron en 31 diferentes causas de motivos de insatisfacción de las cuales se clasifican como las 10 primeras causas del año:

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. (S) Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.
4. (E) Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)
5. (Q) Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de HC ETC.
6. (H) Demora en la atención de la citas programadas
7. (U) Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.
8. (G) Demora en la asignación de citas médicas o procedimientos
9. (AG) Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, camilleros, técnicos de Rx.
10. (N) Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados

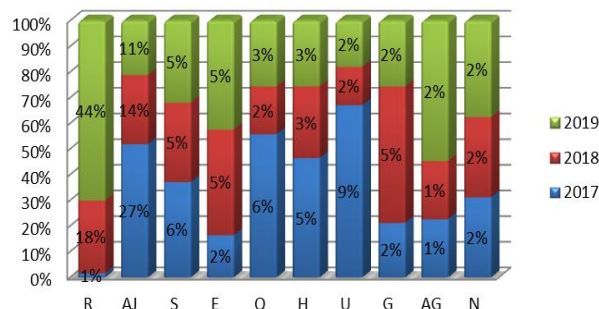
Se proyectaron en total 5 Acciones de Mejora incluidas en los Planes de Mejora por Proceso (PUMP) de los Procesos de Hospitalización (3 acciones de mejora relacionados 1 con Llamado de Enfermería, Perdida de Elementos(#1) y Falta de Trato amable #1), Hotelería (# Acción para Falta de Calidez y trato amable) y Urgencias (# 1 Acción para falta de Trato amable) de las cuales formularon las actividades respectivas (Ver PUMP publicado en el Sistema de Gestión Documental, de cada proceso).

Como se puede observar para el I trimestre de 2019 las 4 primeras causas de inconformidad de los usuarios continúan siendo las mismas.

Comparativo de causas de Quejas y Reclamos años 2016-2018

CODIGO	COMPARATIVO 10 PRIMERAS CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	I TRIMESTRE AÑOS 2018-2019							
		2017	%	2018	%	2019	%	2019	%
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignación de la citas: call center,	1	1%	24	18%	129	44%		
AJ	Falta de calidez y trato amable.	30	27%	18	14%	32	11%		
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	7	6%	6	5%	15	5%		
E	Demora en el proceso de facturacion (lab clinico, Rx, consulta externa,	2	2%	6	5%	15	5%		
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias :	7	6%	3	2%	8	3%		
H	Demora en la atencion de las citas programadas para consulta y / o	5	5%	4	3%	8	3%		
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	10	9%	2	2%	7	2%		
G	Demora en la asignacion de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No	2	2%	7	5%	7	2%		
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal de enfermeria, Aux de	1	1%	1	1%	7	2%		
N	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: exámenes,	2	2%	2	2%	7	2%		

Comparativo 10 Primeras causas
I trim años 2018 - 2019



Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Comparando los I trimestres de los últimos dos años se observa el aumento sustancial de la primera causas de dificultad en la central de citas y observando un descenso porcentual en la causa de trato amable, sin embargo en relación a las causas de posibles novedades porcentualmente es constante al igual que demoras en la práctica clínica, también se observa una disminución entre años para demora en la atención y falta de información durante la atención.

Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley I Trimestre 2019

I Trimestre año 2019						Respuesta en el termino de la Ley 15 Dias		
Peticiones según clasificación	ENE	FEB	MAR	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	14	16	47	15%	# 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	40	85%
Reclamos	34	96	114	244	76%		190	78%
Sugerencias	1	7	0	8	2%		8	100%
Denuncias	0	0	0	0	0%		0	0%
Peticiones	9	1	14	24	7%		23	96%
TOTAL	61	118	144	323	100%		261	81%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Para el I trimestre del 2019 se observa que se radicarón 323 manifestaciones como son peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 15 días hábiles al 81% ya que el 19% corresponde a 7 quejas, 54 reclamos y 1 petición, aclarando que su respuesta es posterior al 1 abril del 2019 y el corte del informe es al 31 de Marzo por tal motivo y haciendo la aclaración por fechas de corte se da cumplimiento al 100% de las respuesta oportunas de todas las PQRSD en términos de ley de los 15 días hábiles recibidas en el I trimestre del 2019.

I Trimestre año 2019						Respuesta en el termino de la Ley (10 dias)		
Peticiones según clasificación	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%	Formula	total de solicitudes con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Solicitud Inf.	62	69	90	221	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	91%
TOTAL	62	69	90	221	100%		201	91%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Referente a las solicitudes de información se radicarón un total de 201 en el I trimestre del 2019 de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 10 días hábiles al 100% ya que 20 solicitudes su respuesta es posterior al 01 de abril del 2019 y el corte del informe es al 31 de Marzo del 2019

Monitoreo del acceso a la información pública

MONITOREO DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	ENE	FEB	MAR	TOTAL
# PQR con Rta en 15 días	61	118	144	323
# PQR con Rta en 10 días	62	69	90	221
# PQR Radicados	123	187	234	544
Quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días	3	8	0	11
# de solicitudes que fueron trasladadas	3	1	4	8
# de solicitudes en el que se nego acceso a la informacion	0	0	0	0
# de planes de mejoramiento definidos por cusa mas frecuente por quejas y reclamos, incluidos en el pum	0	2	4	6
Sumatoria de los dias transcurridos entre la presentacion y respuesta de las PQRSD en el periodo / Total PQRSD recibidas en el mismo periodo	9	5,5	5	6
Sumatoria de los dias transcurridos entre la presentacion y respuesta de las Solicitudes de informacion en el periodo / Total de Solicitudes de informacion recibidas en el mismo periodo	5	2,5	2,6	3

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2019 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 I trimestre del 2019 en el cual se reciben un total de 221 solicitudes de información de las cuales se dieron respuesta oportuna al 100% en un promedio de tiempo en el trimestre de 3 días hábiles, al igual que no se identificaron solicitudes que se hubiera negado el acceso a la información.

En cuanto a los traslados se realizaron 8 peticiones dirigidas a las entidades competentes donde se realizó seguimiento y se obtuvo respuesta efectiva a las mismas y a la fecha no se recibió inconformismo de ninguna.

Plan Anual en Salud – Misión Salud – Decálogo del Gerente



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Meta de producto anual	Indicador de producto			Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Valor esperado Año 3							
Disminución progresiva de PQRS por Demora en la comunicación en la central de citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas en Bogotá	Quejas y Reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas (Primeras 5 causas de QR 2018)	# de Quejas y Reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas / # Total de QR recepcionadas	16%	Realizar acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento producto de las quejas y reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas	25%	25%	25%	25%	Actas de reunión con soportes según pertinencia	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario, Subdirectores de C Externa, Urgencias, Enfermería, otros y demás Líderes de proceso involucrados
				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 Demora en la comunicación en la central de citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas	25%	25%	25%	25%	Planes publicados en el PUM de cada Proceso Actas de Reunión, Anexando soportes que evidencien los avances descritos	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario
				Resaltar y Comunicar a los Colaboradores y Líderes de Procesos las felicitaciones manifestadas por los usuarios y su familia.	25%	25%	25%		Informar las felicitaciones a los jefes de servicios. Anexar soportes	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario
				Ajustar e Implementar estrategia de acogida, orientación, información al usuario y su familia durante el proceso de atención. Ajustar según observaciones DAU	50%		50%		Estrategia documentada ajustada e informe de implementación de estrategia anexando soportes	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario

PAS I Trimestre de 2019 de la SDU

1) La SDU informa que se realizó acompañamiento al análisis y formulación de planes del proceso de hospitalización y urgencias los cuales proyectaron planes de mejora para las causas de trato amable, llamado de enfermería, pérdida de elementos y posibles novedades de seguridad del paciente. En relación a los seguimientos y control al cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidas por los líderes de proceso, durante el I trimestre se realizó al proceso de hospitalización y urgencias se analiza la información y ejecución de los mismos junto con el comportamiento estadístico de las mismas.

La DAU durante el I trimestre de 2019 NO realizó revisión de las acciones de mejora derivadas de las QR (hotelería, Urgencias, Enfermería), formulados en los Planes de Mejora evidenciando la necesidad de ajustes frente al análisis de la causa raíz y la formulación de las mismas. Se reitera que se debe fortalecer y apoyar la formulación, el control y seguimiento a los Planes de Mejora desde la SDU (La DAU verifica que solo se cuenta con el soporte del acta de reunión con el proceso de Atención al Paciente Hospitalizado, No se encuentra plan de mejora formulado por la demora en la comunicación en la central de citas).

2. Se informaron 134 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 de los siguientes procesos:

PROCESOS QUE RECIBIERON FELICITACIONES EN EL I TRIM AÑO 2019					
PROCESOS	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
Hospitalización	24	25	10	59	44%
Ambulatorio	4	5	10	19	14%
Urgencias	11	4	7	22	16%
Hotelería	1	1	0	2	1%
Facturación	2	1	1	4	3%
Imágenes Diagnosticas	0	0	3	3	2%
Apoyo Diagnostico	2	1	8	11	8%
G. Infraestructura	0	1	0	1	1%
Atención al Usuario	4	2	2	8	6%
Otros Procesos	2	1	2	5	4%
TOTAL	50	41	43	134	100%

3. En relación al ajuste de la estrategia de acogida No se cumplió con el compromiso definido en el PAS para este trimestre ni se presentó a la Dirección de Atención al Usuario la cual se remitirá para revisión y ajustes (Se presenta error de digitación en cuadro resumen donde se enuncia que se cumplió.).

La Dirección de Atención al Usuario (DAU) 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".

Para la presente vigencia se tuvieron en cuenta las primeras 5 (cinco) de QR las cuales se priorizaron desde la DAU y se incluyeron en el PAS 2019 (plan de acción institucional) lo cual fue aprobado por el Gerente y la Junta Directiva, para fortalecer su monitoreo e intervención efectiva.

SEGURIDAD DEL PACIENTE (SDU)

Se informaron en total 18 manifestaciones al proceso de calidad a la referente de seguridad del paciente donde se está en espera del informe por parte de la referente donde se debe confirmar cuantos las diferentes clasificaciones de novedades, lo cual se viene realizando por parte de la Referente y equipo de Seguridad del Paciente desde la vigencia 2018 para el monitoreo de la formulación y ejecución de los planes desde la Subdirección de la Defensoría del Usuario y así lograr un cierre efectivo de la PQRSD.

Política de Participación ciudadana (SDU): Desde la Subdirección de la Defensoría del Usuario y a través de las 11 Informadoras y orientadoras signadas a esta dependencia y de acuerdo a la formulación y asignación de actividades derivadas del Plan de Acción 2019 de la Política de participación ciudadana se brindó información

y/o orientación a la ciudadanía de acuerdo a las necesidades manifestadas y despliegue de los mecanismos de Participación de los cuales se logró en el I trimestre del 2019 un total de:

SOCIALIZACIONES PUNTOS DE INFORMACION 2019				
MES	ENE	FEB	MAR	TOTAL TRIMESTRE
TOTAL	1116	1634	1576	4326

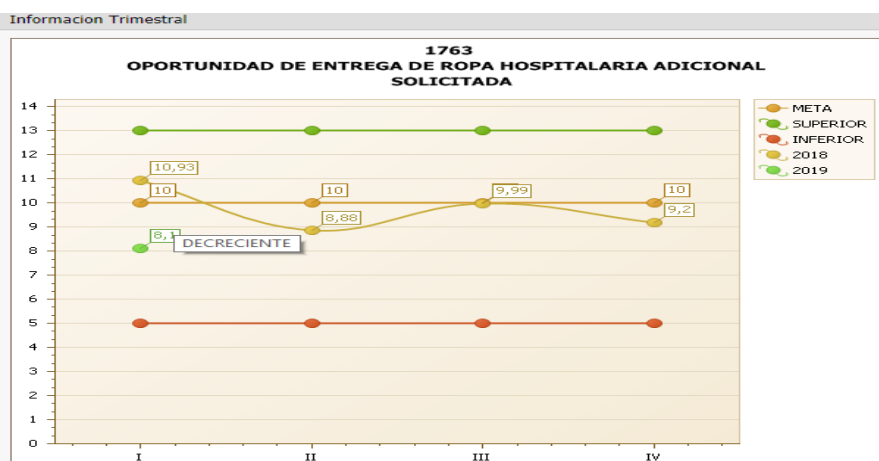
La Subdirección de la Defensoría cuenta con las planillas de registro de las actividades adelantadas, en este tema.

2.6 GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

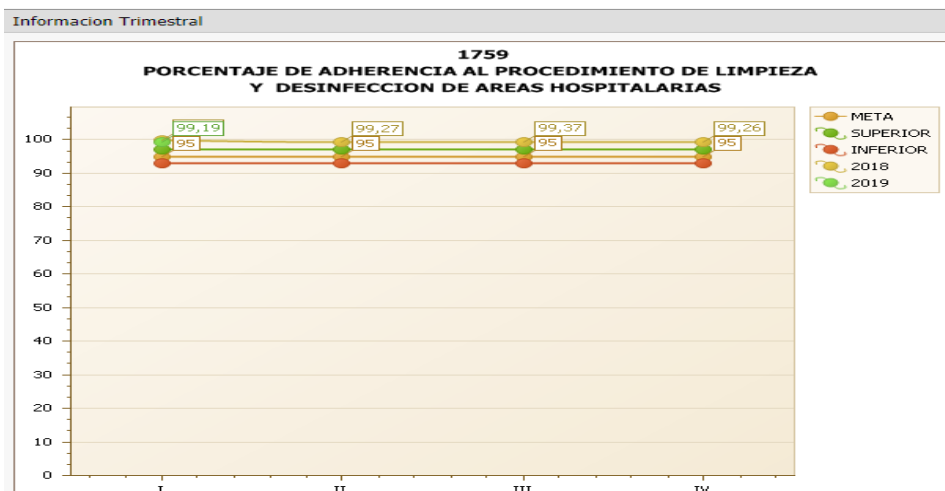
GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADORES DE CALIDAD 1ER. TRIMESTRE DE 2019

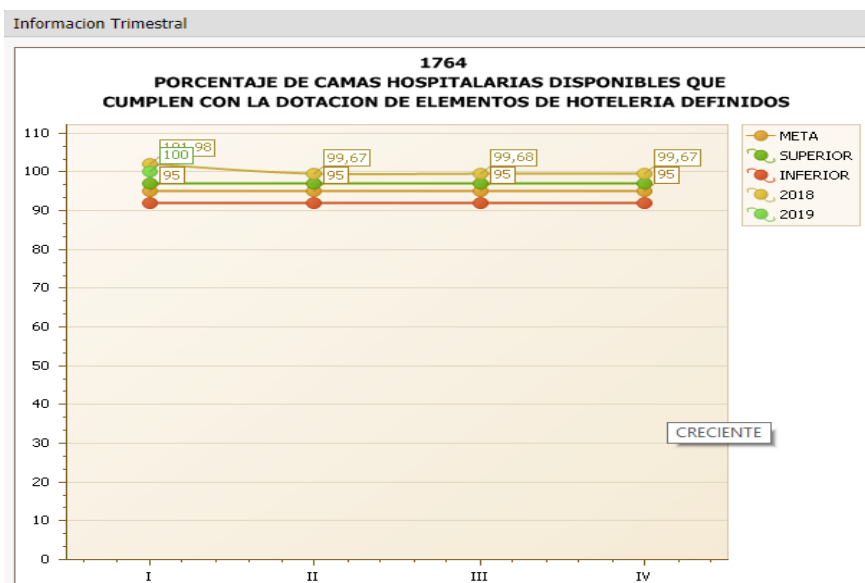
Para el primer periodo de 2019, se cumple con la meta propuesta en cuanto a la oportunidad de ropa hospitalaria entregada en los servicios de manera adicional, articulando el trabajo en equipo con el personal de las áreas asistenciales, con el objetivo primordial de que el paciente de tenga ropa limpia a su disposición dentro de su proceso de atención:



De acuerdo a los resultados de la medición de adherencia del procedimiento de limpieza y desinfección, se sobrepasa la meta, gracias a la capacitación cíclica del personal y al seguimiento realizado en la supervisión del contrato de aseo, actividades que se mantienen para asegurar la adherencia:



El mobiliario cumple con la meta establecida para la dotación de camas en el hospital, donde para la vigencia 2019, se adelantarán los procesos de adquisición de mobiliario, en el segundo semestre, con el fin de reemplazar elementos deteriorados, obsoletos ó que hacen falta en los servicios para la comodidad del usuario y su familia.



PQRS

CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS PROCESO HOTELERIA AÑO 2019							INTERVENCIÓN REALIZADA						
CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%							
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	1	1	0	2	14%	Se formula dentro del PUM (la causa reiterada en las PQR), acciones encaminadas a mejorar la falta de calidez y trato amable, con seguimiento al colaborador, aplicación de lista de verificación y toma de acciones						
AS	Causas externas al HUS	0	2	1	3	21%							
AJ	Falta de calidez y trato amable	1	3	3	7	50%							
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarías, vigilantes.	0	1	0	1	7%							
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	0	0	1	1	7%							
TOTAL		2	7	5	14	100%	0	0%		0%	0%	0%	0%

PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA A MARZO 31 DE 2019

HALLAZGO	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA				RESULTADO S
DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE TERMINACION (dd/mm/ año)	PORCENTAJE DE AVANCE
El 26% de las PQR recibidas durante el 2018, son atribuidas a falta de calidez y trato amable por parte del personal de vigilancia y aseo	Fortalecer el proceso de capacitación y sensibilización en relación a la humanización de los colaboradores de vigilancia y aseo	1) Realizar seguimiento mediante observación de campo y aplicación de lista de chequeo al colaborador del proceso de hotelería hospitalaria que esté implicado en PQRSD por falta de calidez y trato amable 2) Tomar acciones correctivas de acuerdo a los resultados de las Listas de chequeo en conjunto con el Supervisor del contrato y la Empresa de servicios.	1. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS 2. INFORME O ACTAS DE REUNIÓN CON ANALISIS Y TOMA DE DESICIONES	13/12/2019	100%
Se evidencian restos de tabaco en los jardines, zonas comunes, parqueaderos y andenes frente al Hospital	Mejorar la intervención institucional que conlleve al cumplimiento de la normativa vigente (intra y extrainstitucional) con relación al respeto de los espacios libres de humo en el HUS y sus alrededores	1. Completar la señalización de ESPACIOS LIBRES DE HUMO en 10 zonas comunes donde se encontró por auditoría interna evidencia de consumo de cigarrillo ó tabaco 2. Continuar campaña de sensibilización con los Rompetráficos, video, cartelera digital y demás medios masivos del HUS relacionados con el tema. 3. Adelantar acciones disciplinarias a que haya lugar 4. Reportar al Gerente los Colaboradores reincidentes . 5. Continuar intervención individual de los colaboradores identificados como Fumadores desde el Hábito saludable.	1. Avisos instalados en las 10 zonas comunes definidas 2. Cronograma de campaña ejecutado e informe de la misma. 3. Notificación escrita al Jefe inmediato, Supervisor, etc del colaborador que vulnere la norma, y seguimiento de envío por parte del mismo a la U. Disciplinaria o a la Empresa Contratista o competente, . 4. Comunicación escrita al Gerente 5. Soporte de Intervención a los colaboradores identificados	1. 31/03/2019 2. 01/06/2019 3. 31/12/2019 4. 31/12/2019 5. 31/12/2019	20%
Se evidencia que los depósitos intermedios y centrales de residuos de la institución, no cumplen normativamente frente a condiciones de infraestructura: paredes, pisos y techos deteriorados, no lisos, falta de señalización, deterioro de puertas y chapas, deterioro de barreras para vectores, los puntos de agua no funcionan, en algunos no hay iluminación.	Dar cumplimiento a los Requisitos específicos de Habilitación	1. Elaborar Dx específico para determinar intervención y remitir a Arquitectura de Mantenimiento. 2. Solicitar al área de Arquitectura y Mantenimiento Cronograma de intervención y adecuación de los depósitos de residuos central e intermedios en la institución. 3. Realizar seguimiento al cumplimiento del Cronograma.	1. Dx documentado y oficio remitido del DX a Arquitectura y mantenimiento 2. Cronograma documentado por Arquitectura y mantenimiento . 3. Soportes documentados del seguimiento de la intervención.	1. 15/01/2018 2. 28/02/2019 3. 30/11/2019	30%
Se encuentran en algunos depósitos centrales e intermedios de residuos, elementos de protección personal, elementos de aseo y bolsas de residuos sin marcar.	Mejorar la adherencia del Procedimiento por parte del Personal de la empresa de Aseo	1. Resocializar el procedimiento 02HH01 Recolección, Transporte y entrega para disposición final de residuos hospitalarios con los colaboradores de la empresa de aseo 2. Aplicar listas de verificación a la adherencia 3. Informe consolidado y medición. 4. Toma de acciones correctivas con base a los resultados	1. Registro en formato la socialización del procedimiento 2. Listas de chequeo aplicadas 3. Informe consolidado con análisis y medición de adherencia 4. Definir acciones correctivas a que haya lugar	1. 30/01/2019 2. 30/03/2019 3. 30/04/2019	100%
Se encuentran material particulado en algunos servicios del hospital	Mejorar la adherencia del Procedimiento por parte del Personal de la empresa de Aseo	1. Resocializar el procedimiento 02HH07 Limpieza y desinfección de áreas hospitalarias 2. Aplicar listas de verificación a la adherencia 3. Informe consolidado y medición. 4. Toma de acciones correctivas con base a los resultados	1. Registro en formato la socialización del procedimiento 2. Listas de chequeo aplicadas 3. Informe consolidado con análisis y medición de adherencia 4. Definir acciones correctivas a que haya lugar	1. 30/01/2019 2. 30/03/2019 3. 30/04/2020	100%
Se evidencia que recipientes de residuos hospitalarios en la institución, se encuentran dañados, deteriorados y sin señalización	Realizar la solicitud de adquisición con carácter prioritario de los recipientes para residuos hospitalarios necesarios para la institución .	1. Reiterar la solicitud al área de Gestión Ambiental, la gestión para la adquisición de los recipientes para residuos hospitalarios, de acuerdo a las necesidades de la institución . 2. Solicitar el seguimiento a la solicitud de adquisición	1. Solicitud al área de Gestión Ambiental para la adquisición de los recipientes para residuos hospitalarios, de acuerdo a las necesidades de la institución . 2. Soporte de seguimiento a la gestión.	31/12/2018	50%
Se encuentran material particulado en algunos servicios del hospital	Mejorar la adherencia del Procedimiento por parte del Personal de la empresa de Aseo	1. Resocializar el procedimiento 02HH07 Limpieza y desinfección de áreas hospitalarias 2. Aplicar listas de verificación a la adherencia 3. Informe consolidado y medición. 4. Toma de acciones correctivas con base a los resultados	1. Registro en formato la socialización del procedimiento 2. Listas de chequeo aplicadas 3. Informe consolidado con análisis y medición de adherencia 4. Definir acciones correctivas a que haya lugar	1. 01/04/2019 2. 30/06/2019 3. 15/07/2019	100%

PLAN DE MEJORA ACREDITACION – PAMEC (HOTELERIA HOSPITALARIA)

HALLAZGOS	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA				RESULTADOS	SEGUIMIENTOS
DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/ año)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	PORCENTAJE DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE
No se logró evidenciar programas integrales de salud dirigido a los colaboradores con el fin de prevenir y abandonar el hábito del tabaquismo que logren avanzar más allá del cumplimiento de Ley antitabaco del MSPS y generen impacto en el tiempo.	1. Desarrollar las actividades relacionadas en el programa dirigido a hábitos de vida saludable en la estrategia de No consumo de tabaco. 2. Instalar 10 avisos alusivos a evitar consumo de tabaco en zonas donde se evidencia dicho consumo dentro de la institución. 3. Continuar articulando con las empresas tercerizadas el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo, para la intervención a colaboradores, incentivando el abandono de consumo de tabaco y sustancias psicoactivas. 4. Fomentar campañas de sensibilización para espacios libres de humo, articulado con Programa de Seguridad y Salud en el trabajo y la línea Estratégica del Programa de Humanización: Ambiente y Tecnologías Amigables.	1. Intervención a colaboradores a través del programa de hábitos de vida saludable. 2. Avisos instalados en áreas donde se ha evidenciado consumo de tabaco 2. Informe de la intervención de colaboradores identificados como fumadores o consumidores de sustancias psicoactivas, intervenidos dentro del programa de Seguridad y salud en el Trabajo 3. Lista de Chequeo de Rondas de Ambiente Físico, donde se verifique si hay consumo de tabaco ó sustancias psicoactivas en la institución.	2/05/2019	13/12/2019	20,0%	Se han realizado campañas alusivas a espacios libres de humo por todos los medios audiovisuales. Las demás actividades están en desarrollo
No obstante, a pesar de observarse en general las instalaciones en condiciones de orden, aseo y limpieza se observó en algunos pocos servicios, cuartos de aseo y limpieza, baños de colaboradores elementos acumulados o fuera de su sitio y en condiciones deficientes de aseo.	1. Desplegar, implementar y medir el Programa de Orden y limpieza código 01TH04	1. Informe consolidado con resultado priorizados de las listas de chequeo aplicadas.	1/04/2019	13/12/2019	10,0%	Se inició en el tercer trimestre la campaña señor orden y señora aseo para sensibilizar a los colaboradores en el tema. Se realizarn campañas permanentes en medios audiovisuales del HUS

GESTION DEL RIESGO

A la fecha se continúa actualizando la matriz de riesgos por ajustes en la caracterización; sin embargo se describe el comportamiento del riesgo formulados para el año 2018, mientras se ajusta matriz vigencia 2019:

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACION DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES REALIZADAS	IMPACTO
			ZONA DE RIESGO			
Ingreso de elementos no autorizados	Elementos que ingresan al hospital para causar daño o lesión ha alguno de los funcionarios o usuarios ingreso de alimentos y bebidas	Perdida de la seguridad del personal del Hospital Alteración en la prestación del servicio Insatisfacción del usuario Mala imagen institucional	EXTREMA	Elementos de apoyo para la prestación del servicio (Detectores de metales)	Verificación y cumplimiento de procedimiento de ingreso y egreso de pacientes, visitante, estudiantes y colaboradores	Se presenta en el trimestre de 2019, 3 casos, para intervenir con la empresa de vigilancia
				Personal de seguridad	40	
				Revisión de todos los paquetes que entran y salen a la institución	10	

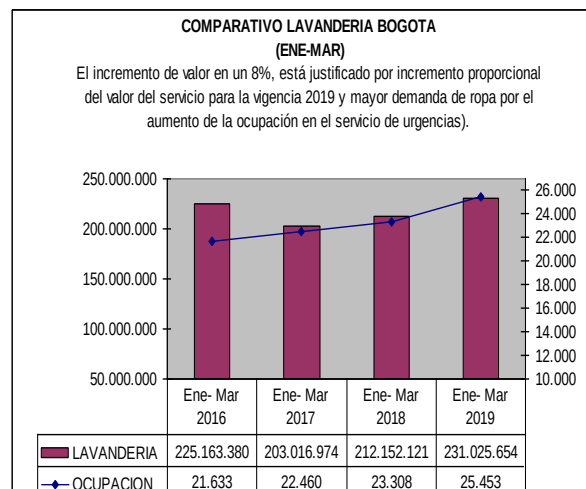
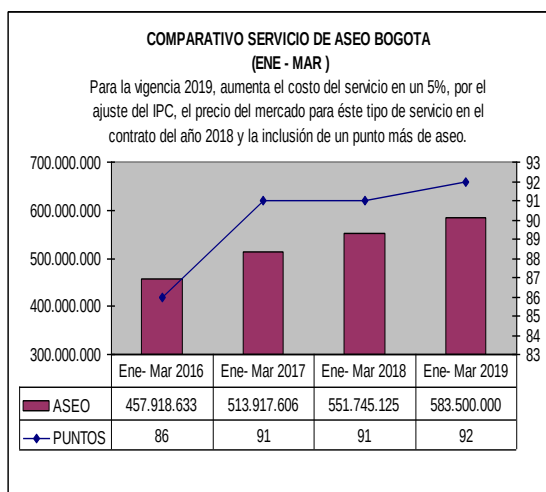
PAS 2019: Participa liderando la L.E de “Ambiente y Tecnología amigables” del Programa de en coordinación con la Referente del Programa y el Comité de Humanización. Humanización (Ver Informe en sección del P H)

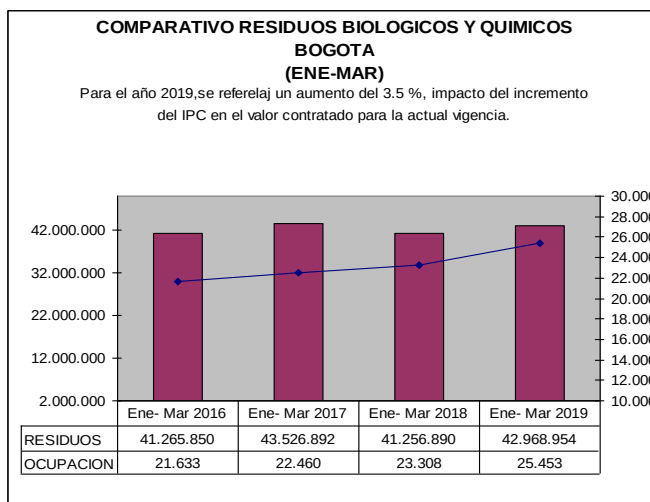
OTROS

INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

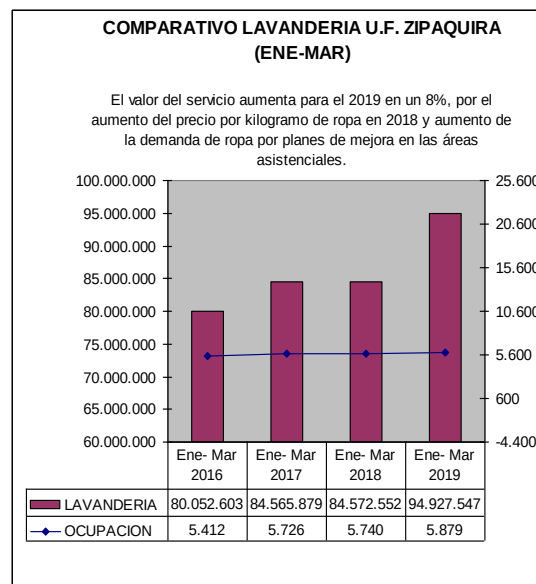
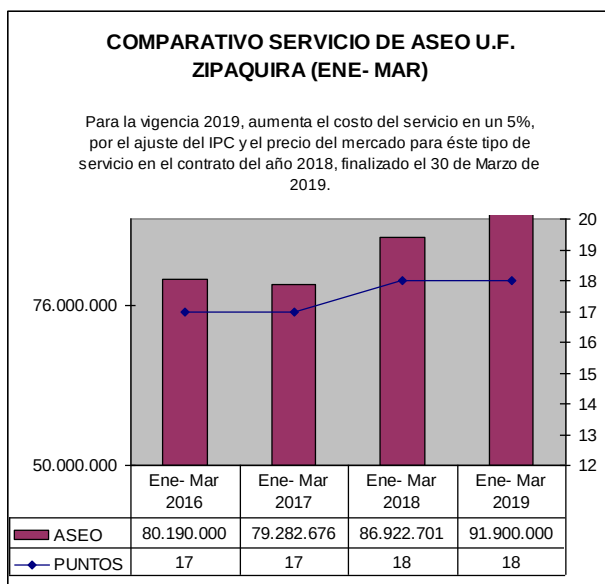
COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2016, 2017, 2018 Y 2019 PRIMER TRIMESTRE

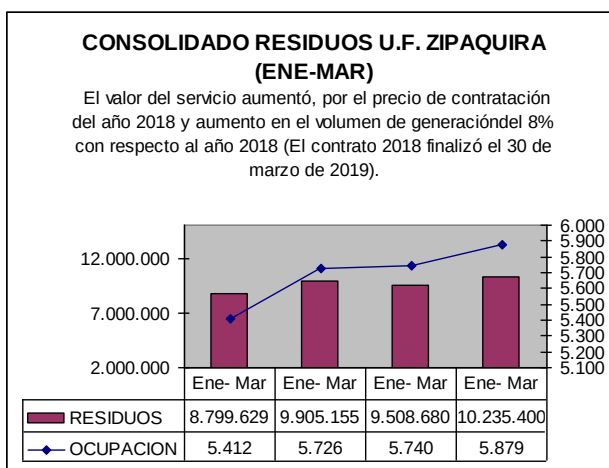
SEDE BOGOTA





UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA





PROCESO DE CONTRATACION PARA LA VIGENCIA 2019

Desde el mes de enero de 2019 derivado del plan de adquisiciones aprobado por la institución, se cursaron proceso de contratación para la vigencia, adjudicando los respectivos servicios e iniciando su ejecución el día 01 de abril de 2019, tanto para Bogotá como para la Unidad Funcional de Zipaquirá:

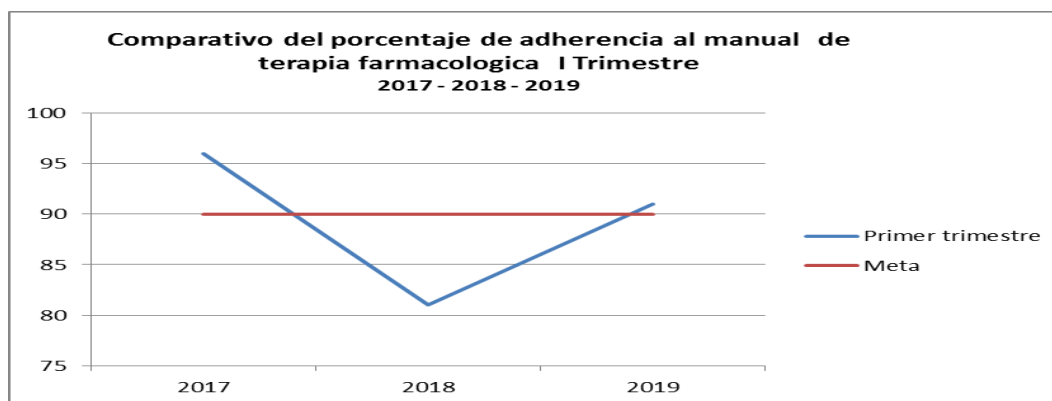
- Servicio de Aseo y desinfección Hospitalaria (incluye alistamiento, preparación de alimentos)
- Servicio de Recolección, lavado, desinfección y provisión de ropa hospitalaria.
- Servicio de Recolección tratamiento y disposición final de residuos químicos y de riesgo biológico.

2.7 GESTIÓN DE ENFERMERÍA

GESTIÓN DEL PROCESO

MEDICIÓN DE ADHERENCIA A PROCESOS PRIORITARIOS

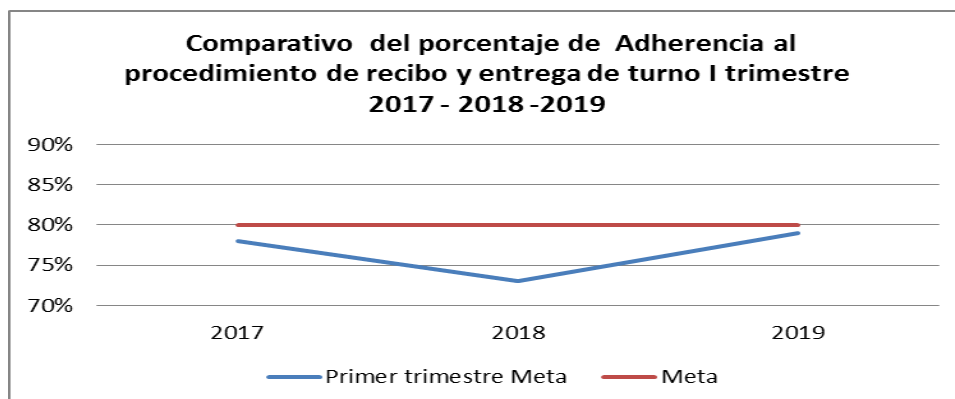
Terapia Farmacológica



Fuente: Aplicación listas de chequeo

En comparación con el primer trimestre del año anterior se aumentó en 10 % la adherencia en la administración de medicamentos logrando cumplir con la meta establecida.

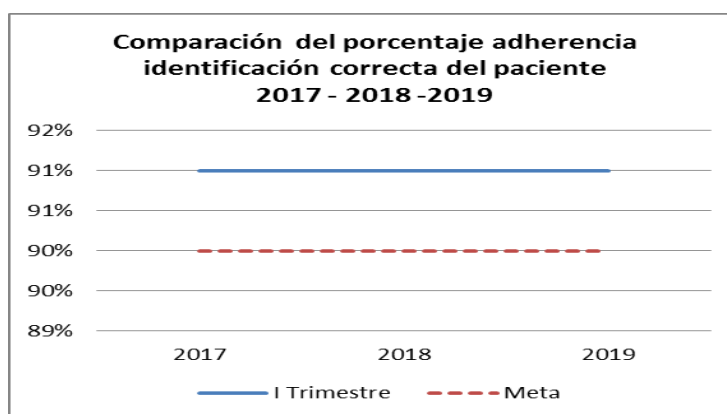
Recibo y entrega de turno



Fuente: Aplicación listas de chequeo

Comparado con el primer trimestre del año 2018, se observa un aumento en la adherencia del 6%, sin embargo no se ha logrado la meta propuesta, por lo cual se sigue trabajando a través de capacitación al personal de enfermería enfatizando en aspectos importantes como la comunicación de los PAE, identificación de riesgos del paciente y puntualidad en la horas de inicio y entrega de turno. Por parte de los enfermeros supervisores se continúa haciendo seguimiento, acompañamiento y evaluación en el cumplimiento de este procedimiento.

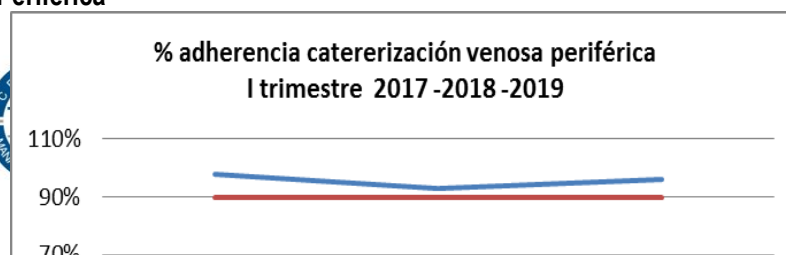
Identificación Correcta del Paciente.



Fuente: Aplicación listas de chequeo

No se encuentra variación en este indicador con relación a los años anteriores en el mismo periodo, lográndose superar la meta establecida.

Cateterización Venosa Periférica



els. 4077075

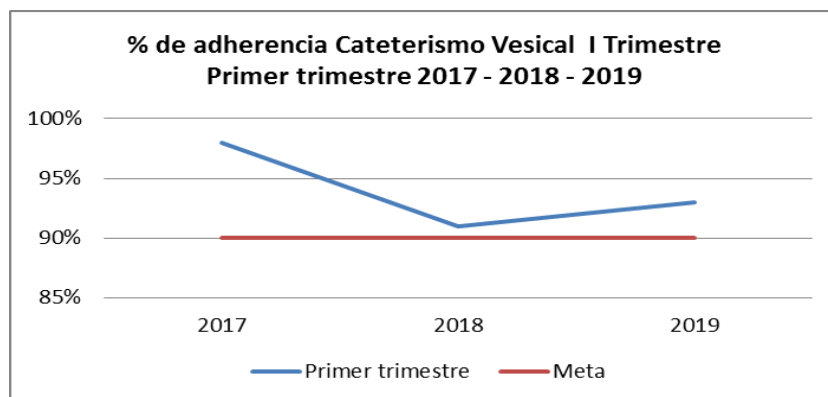
[CO](#)

“idad social”

Fuente: Aplicación listas de chequeo

Se encuentra un aumento leve en la adherencia del 3% con relación al mismo periodo en el año 2018, en todo caso lográndose el cumplimiento de la meta establecida.

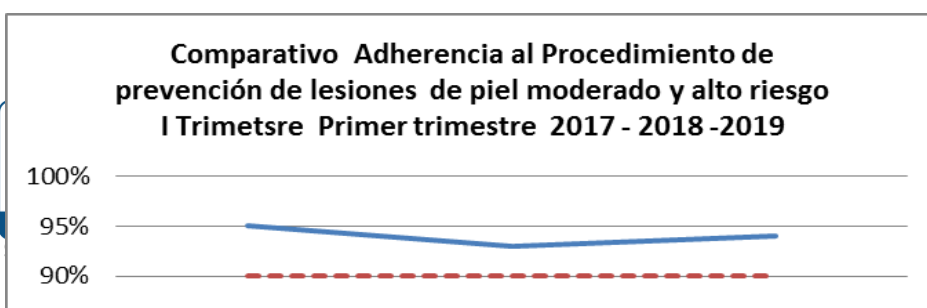
Cateterismo vesical



Fuente: Aplicación listas de chequeo

No se encuentra variación estadísticamente significativa comparada con el mismo periodo del año 2018, manteniéndose el cumplimiento de la meta establecida.

Prevención de lesiones por presión



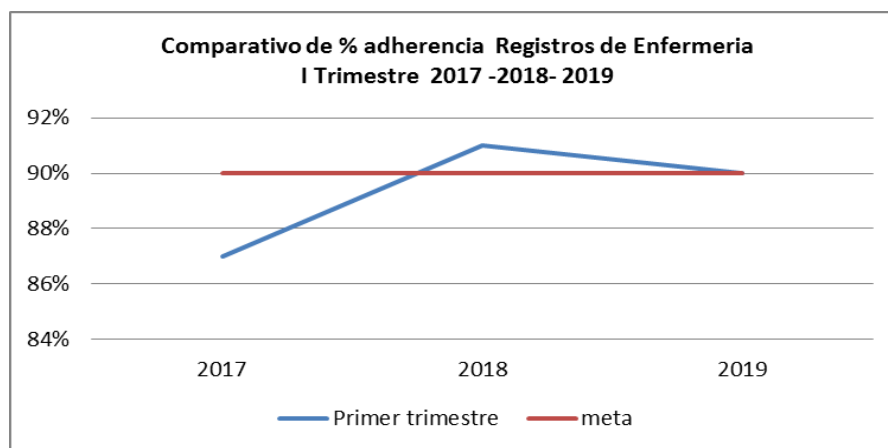
4077075

id social"

Fuente: Aplicación listas de chequeo

No se encuentra variación estadísticamente significativa para el mismo periodo con relación al año 2018, los valores de han mantenido por encima de la meta establecida. Se continúa con la búsqueda activa de lesiones por clínica de heridas con el fin de hacer acciones preventivas.

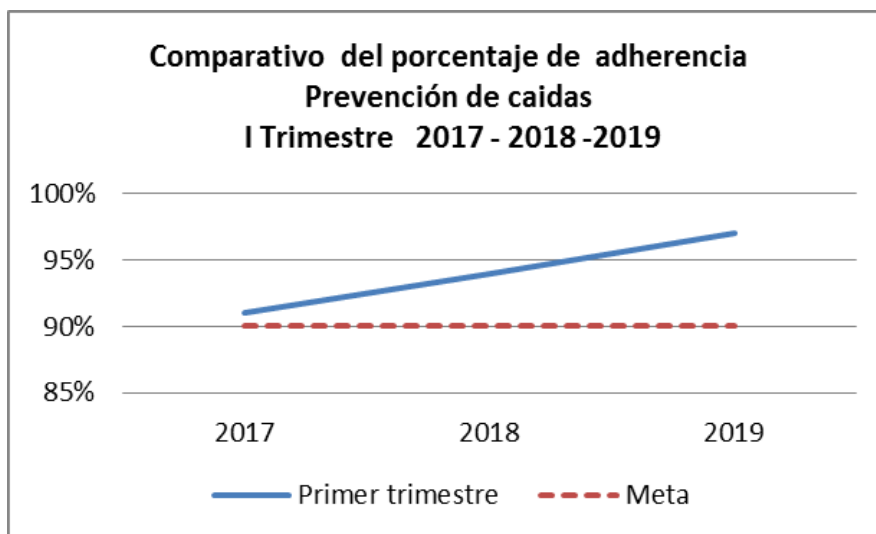
Registros de Enfermería



Fuente: Aplicación listas de chequeo

No se encuentra variación estadísticamente significativa para el mismo periodo con relación al año 2018, los valores se han mantenido por encima de la meta establecida. Se continúa con la capacitación y el seguimiento continuo.

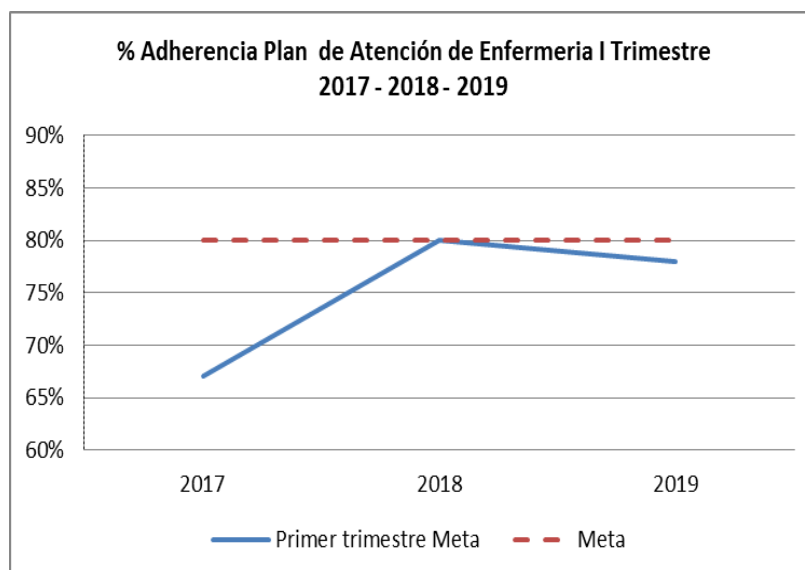
Prevención de riesgo de caídas.



Fuente: Aplicación listas de chequeo

Se encuentra leve aumento en la adherencia al protocolo de prevención de riesgo de caída en el 3% con relación al mismo periodo del año 2018. Se ha mantenido el cumplimiento de la meta establecida y la tendencia va en el aumento de los incidentes y la disminuir los eventos adversos por esta causa.

Plan de Atención de Enfermería

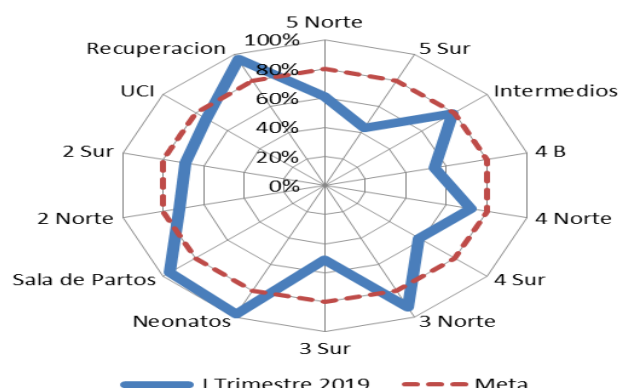


Fuente: Aplicación listas de chequeo

Se observa una disminución del 2% en la adherencia a la elaboración de los Planes de Atención en relación al mismo periodo del año 2018, lo cual se explica por el ingreso de 39 Enfermeras que corresponde al 43% profesional del área asistencial que conlleva al inicio de una curva de aprendizaje. Desde la subdirección dese ha venido fortaleciendo este proceso desde el entrenamiento de trabajo, capacitación, acompañamiento y seguimiento.

Adherencia al PAE por servicios

% Adherencia al Plan de Atención de Enfermería por servicio I Trimestre 2019



De acuerdo con los datos que muestra la gráfica se observa que se mantiene la adherencia en los servicios de mayor complejidad como unidad neonatal, unidad de cuidados intermedios, recuperación, unidad de cuidados intensivos, sala de partos donde hubo menor variación en los profesionales de enfermería, sin embargo en los demás servicios de hospitalización en los cuales se asignaron los nuevos profesionales el comportamiento es bajo, por lo cual se requiere de intervención prioritaria a través del reforzamiento de este procedimiento con la realización de talleres con caso clínico con fecha de cumplimiento de 30 de Abril.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE 2019

Profesionales de Enfermería

		Enfermeros	Porcentaje Enfermería
	Temas desarrollados	92	%
1	Plan de emergencias	86	93
2	Control de elemento de valor y prótesis	30	33
3	Intervención de enfermería en pacientes con agitación psicomotora	86	93
4	Limpieza y desinfección	17	18
5	Implicaciones legales de los registros de enfermería	86	93
6	Manejo de desfibriladores	73	79
7	Programa de humanización del HUS	86	93

8	Registro de temperatura y humedad en los diferentes servicios	68	74
9	Presentación de paquetes instruccionales	86	93
10	Manejo de paciente fallecido	75	82
11	Estrategia multimodal de higiene de manos	86	93
12	Plan de cuidado de enfermería (enfocado al cuidado espiritual)	92	100
13	Actividades educativas en el egreso del paciente	86	93
14	Programa de cuidado de piel	86	93

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS A PROFESIONALES DE ENFERMERIA ACERCA DE PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, MANUALES DE ENFERMERIA PRIORIZADOS,

Total de profesionales que presentaron el examen 80 enfermeros		
Temas Evaluados		% de respuestas correctas
1	Educación en salud	93
2	Intervenciones de enfermería en pacientes con agitación psicomotora	75
3	Implicaciones legales de los registros de enfermería	95
4	Medidas de aislamiento	60
5	Nutrición enteral	70
6	5 momentos de EMMHM	99
7	Programa de piel sana	88
8	Administración de medicamentos	96
9	Proceso de Atención de enfermería	63
10	Transfusión de Componentes Sanguíneos.	65
11	Control de carro de paro (Código Azul)	91
12	Traslado de paciente	89
13	Cateterización venosa periférica	70
14	Programa de humanización	100
15	Paquetes instruccionales	100
En total se realizaron 20 preguntas, se repitió pregunta para administración de medicamentos, nutrición enteral y piel sana, los resultados no eran dispersos por lo tanto se promediaron y al final se reportaron 15 preguntas.		

ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO

Se realizó el entrenamiento en puesto de trabajo a los profesionales y auxiliares de enfermería que ingresaron al proceso de carrera administrativa, dando cobertura a 19 auxiliares de enfermería y 16 profesionales que corresponden a las personas nuevas en la institución, las demás venían del proceso con la empresa temporal.

ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA Se continúa la Actualización de aproximadamente 6 Procedimientos, los cuales fueron revisados, ajustados, aprobados y firmados por la Directora

de Atención al Usuario, dando cumplimiento a la Norma ISO 9001, V 2018. Se publican en la Intranet, previa aprobación de la Jefe de Planeación y Garantía de la calidad.

2.8 GESTIÓN OFICINA DE ESTADÍSTICA

GESTIÓN DEL PROCESO

Durante el primer trimestre del año 2019 se han realizado los reportes de norma requeridos en lo referente a producción, calidad y capacidad instalada de cierre del año 2018. Y los correspondientes al primer trimestre del año 2019, según el siguiente detalle:

RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN RESOLUCIÓN	PERIODICIDAD	NUMERO DE REPORTES DEL I TRIMESTRE DE 2019
RES 4505 DE 2012	PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	MENSUAL	3 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 0247 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER	ANUAL	1 reporte a las diferentes aseguradoras
RES 0123 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMOFILIA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras

RES 4725 DE 2011 RES 783 DE 2012 (MODIFICACIONES EN LA RESOLUCIÓN 4725 DE 2011)	VIH SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	SEMESTRAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras.
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CALIDAD	SEMESTRAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO, Correspondiente al segundo semestre del año 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	2 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Correspondiente al IV trimestre de 2018 y primer trimestre de 2019
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 2018
RESOLUCIÓN 256 DE 2016	CALIDAD	SEMESTRAL	1 reporte subido a la plataforma PISIS del Ministerio de Protección Social, correspondiente al segundo semestre del año 2018
MATRIZ DE GESTIÓN	PRODUCCION	TRIMESTRAL	1 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Correspondiente al IV trimestre de 2018

De las demás actividades macro se tienen los siguientes datos de producción del I trimestre de 2018

ACTIVIDAD	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Precrítica a certificados de Nacido Vivo 	158 certificados de nacido vivo	Se le realiza el pre critica a todos los certificados de nacido vivo generados en la institución
Precrítica a certificados de defunción	100% certificados de defunción	Se le realiza el pre critica a todos los certificados de defunción de muertes naturales, las muertes violentas a pesar de que el certificado lo cargan a la Institución, éste es expedido por medicina legal por lo que a estos no les realizamos la precritica
Registro Civil de Nacimiento 	59 registros civiles realizados	En este periodo se registra el número más alto de registros civiles de nacimiento realizados en la

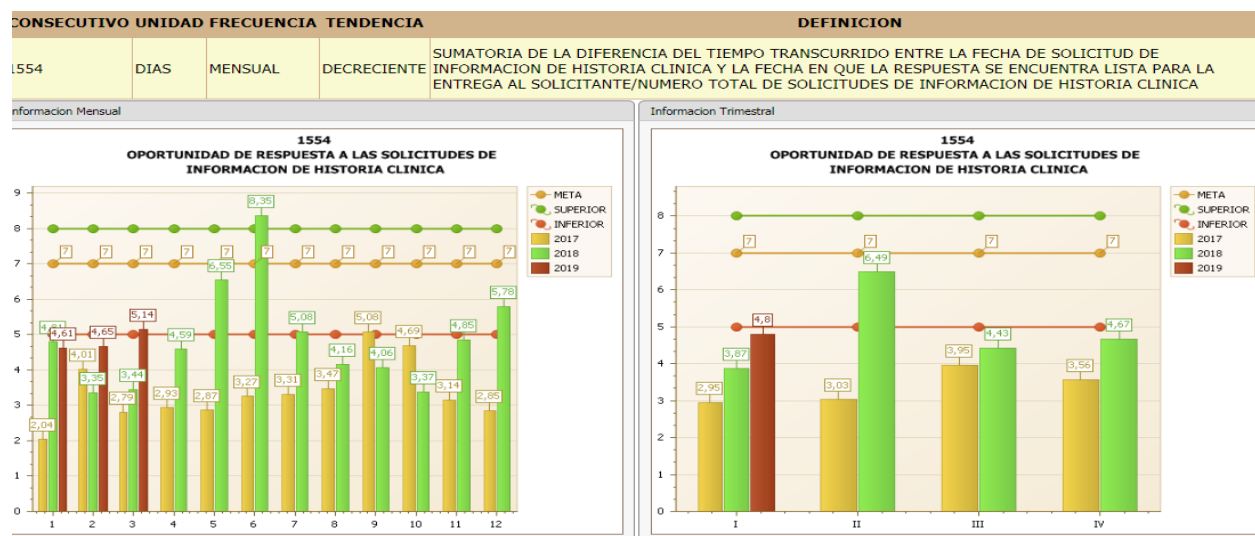


		Institución
Respuesta información de historia clínica	409 solicitudes	Con una oportunidad de respuesta de 4.8 días. El número de solicitudes de información de historia clínica ha venido paulatinamente en aumento es así como en este periodo se registra el número más alto de solicitudes de los últimos 4 años
Revisión de calidad en la epicrisis	2670 epicrisis	Se realizó la validación de diagnóstico, estado de egreso, fecha y evoluciones a las 2670 epicrisis generadas de los egresos hospitalarios del primer trimestre de 2018.

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

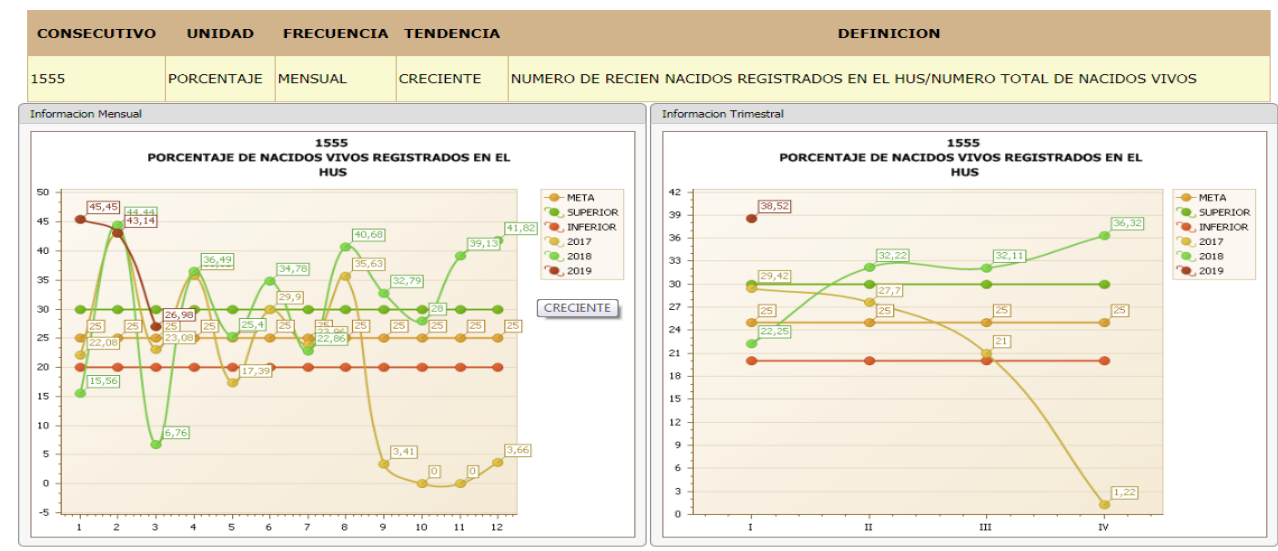


2019 3:

El número de solicitudes de información de historia clínica gestionados en el primer trimestre del año fue de 409 solicitudes. Cantidad que supera en un 16% a las solicitudes de 2018, 24% a las solicitudes de 2017 y 27% a las solicitudes del 2016; a pesar de este incremento el resultado de la oportunidad de respuesta del trimestre de 4.8%

tan solo se incrementó en 1 día en comparación con la oportunidad del primer trimestre de 2018. el resultado se encuentra por debajo de la meta establecida lo cual se ha logrado gracias a que se trata al máximo de dar respuesta en medio magnético agilizando el trámite de respuesta a solicitudes de información de historia clínica.

1555. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN EL HUS



2019 3:

Durante los tres primeros meses del año el aplicativo de registro civil de la registraduría no ha presentado ninguna inconsistencia y el servicio se ha mantenido constante en este periodo. lo que genera un aumento en el número de recién nacidos registrados en el hospital . Registrando el porcentaje más alto de 38.5% en el trimestre analizado en los últimos años; presenta un aumento del 17.2% comparativamente con el año 2018 y del 10.6% con el año 2017.

En el Tablero Único de Control de Indicadores TUCI por cambio en la plataforma a ALMERA, no se ingresaron nuevas fichas de indicadores; se retoma la actividad de parametrización en el mes de marzo, una vez se da la directriz de continuar con esta herramienta, se continuará con la parametrización de indicadores ya iniciada en el año 2018 en los procesos Financiero y de Recursos Humanos.

Basado en el seguimiento de la oficina de Planeación se realizaron los ajustes requeridos en las fichas de los indicadores, según lo acordado con el líder del proceso

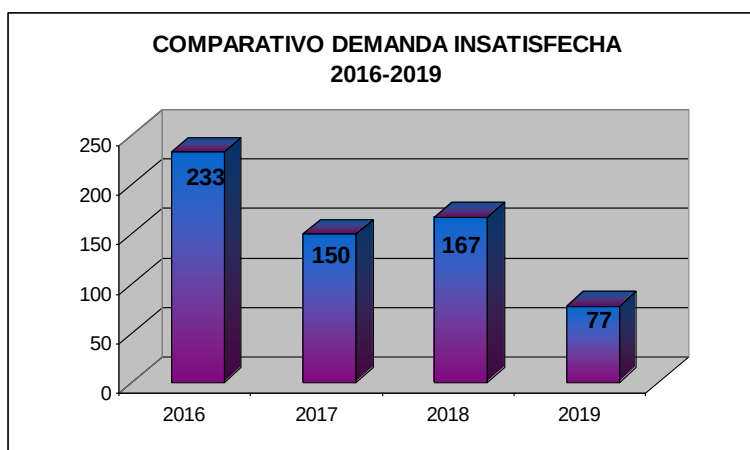
Se mantiene el archivo de historias clínicas debidamente organizado.

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

GESTIÓN TRABAJO SOCIAL

A continuación se presenta el informe consolidado de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el primer trimestre del año 2019. Se realiza descripción cuantitativa y cualitativa de los datos frente a trámites administrativos, acciones sociales e intervención con población diferencial.

DEMANDA INSATISFECHA

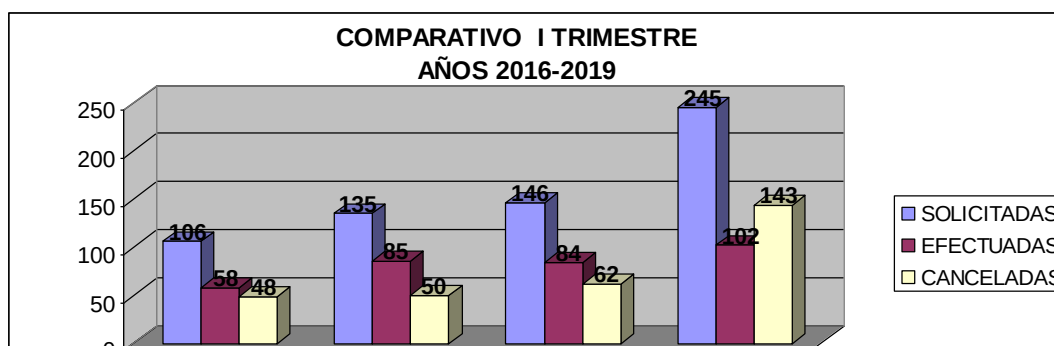


Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

El total de exámenes y/o valoraciones o procedimientos no ofertados por el HUS tramitados por el equipo de Trabajo Social durante el primer trimestre de 2019 fue de 77 (de los cuales fueron cancelados 27 y efectuados 50). En los tres últimos años ha disminuido el número de exámenes tramitados de manera extrainstitucional teniendo en cuenta que el HUS inicia operación del resonador para el segundo trimestre del año 2016. Así mismo para el año 2019 se presenta mayor disminución teniendo en cuenta que para el primer trimestre a diferencia de los años anteriores no se presentó daño del tomógrafo (TAC).

La oportunidad en el trámite de exámenes y procedimientos se encuentra a 10,43 días, muy alto, en comparación a meses anteriores debido a las dificultades que se presentan con las entidades frente a los contratos o capacidad para atención de los pacientes, puntualmente los casos de pacientes para hemodiálisis en donde la oferta no cubre la demanda y esperar un cupo para un paciente es un trámite de varios días. Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta ubicación de los pacientes.

REPORTE MENSUAL TRÁMITE DE REFERENCIA DE PACIENTES



els. 4077075

co

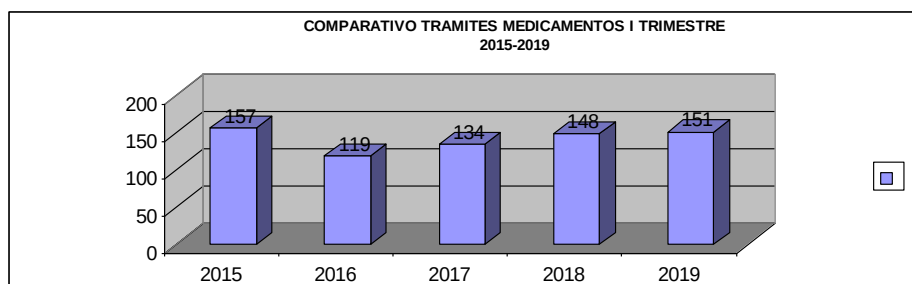
idad social"

Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

En el I trimestre de 2019 se realizó trámite de 245 remisiones, de las cuales un porcentaje alto va direccionado hacia Instituciones Oncológicas, pacientes crónicos, cirugía cardiovascular, plan domiciliario, segundo nivel, remisiones por no Contrato con el HUS, entre otros. En comparación con el I trimestre de los dos años anteriores aumentó el número de solicitudes, lo cual estuvo dado mayoritariamente por NO contrato con Convida lo que generó que se colocara en remisión a todos los pacientes de ésta Epss Hospitalizados sin embargo muchos de ellos no fueron trasladados y se finalizó atención en Samaritana situación por la que el número de trámites cancelados también es alto.

La oportunidad frente a este indicador se encuentra en 7 días. Valor que es alto en comparación a trimestres anteriores debido a la inoportunidad de las Epss por la ausencia de contratos con otras IPS y en general por un problema estructural en el país en el tema de Salud. Sin embargo se considera importante toda la gestión y seguimiento diario por parte del equipo de Trabajo Social a través del contacto directo con las IPS. De igual forma favorece el apoyo del equipo Auditor que logra establecer canales de comunicación con directivas de las EAPB.

TRÁMITE DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS



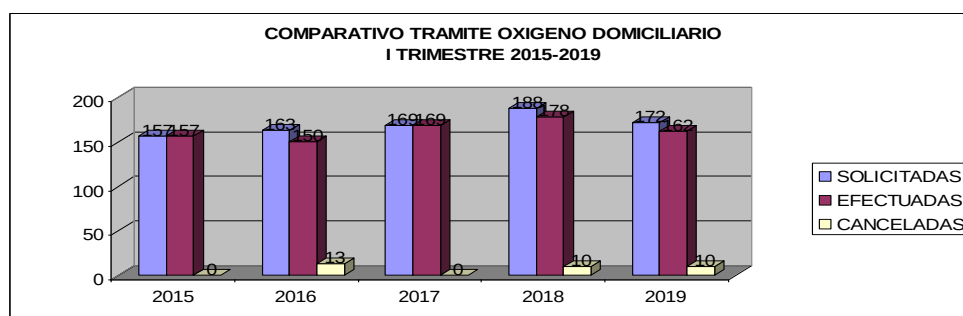
Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que el equipo de Trabajadoras Sociales realizó un total de 151 trámites de medicamentos ambulatorios durante el I trimestre de 2019, siendo la Enoxaparina el medicamento más requerido por el cuerpo médico (122 solicitudes) y otros como Apixaban (7 solicitudes) y otros trámites en menor proporción con Secretaria Salud de Cundinamarca, Salud Vida, Comparta...

En comparación con el último año en una acción que se mantiene teniendo en cuenta el número de pacientes que ingresan a los servicios de Hospitalización y sus patologías.

Los tiempos de oportunidad en la entrega promedio para el I trimestre es de 3,0 días. Sin embargo Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta entrega.

TRÁMITE DE OXIGENO DOMICILIARIO



Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

Frente a la Gestión de Oxígeno Domiciliario se ha realizado un total de 172 trámites para el primer trimestre del año 2019, por el equipo de Trabajo Social y fueron cancelados 10 trámites debido al cambio de condición clínica de los pacientes.

Frente a la oportunidad de las EPS para la entrega de este medicamento es en promedio de 3,5 días, siendo necesario mencionar que el equipo médico lo solicita siempre con antelación para que al momento de la salida del paciente no se vea afectado. Generalmente la oportunidad se ve afectada por situaciones de índole familiar (abandono o ubicación del paciente en otro domicilio). Trabajo Social debe hacer una labor fuerte con el grupo familiar o entes que mitigan abandono para evitar estancias prolongadas en el HUS.

UBICACIÓN Y REUBICACIÓN FAMILIAR SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES

I TRIMESTRE DE 2019

MES	UBICACIÓN		REUBICACION				TOTAL REUBICACIONES
	ALBERGUE MI CIELITO / NAZARETH	OTRO ALBERGUE / HOGAR DE PASO/ FUNDACION	ICBF	SECRETARIA INTEGRACIÓN SOCIAL DISTRITO	OTRAS INSTITUCIONES / HOGARES PARA PACIENTES EN ABANDONO	UBICACIÓN EN EL MEDIO FAMILIAR	
ENERO	2	1	0	0	0	0	3
FEBRERO	1	6	0	0	0	0	7

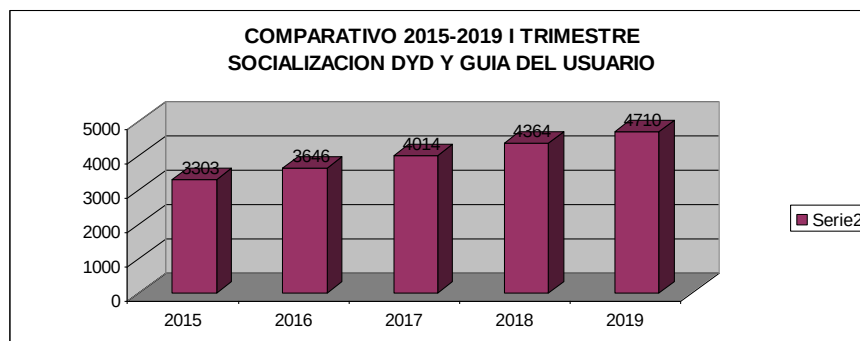
MARZO	10	10	0	0	0	1	21
TOTAL	13	17	0	0	0	1	31

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

Del total de pacientes reportados en Trabajo Social durante el primer trimestre de 2019, se logra la reubicación de 1 paciente en el medio familiar; en proceso de ubicación 31 pacientes o usuarios; el total de ubicaciones realizadas en el mes están dadas por ausencia de red de apoyo familiar en Bogotá y/o porque no cuentan con recursos económicos para pagar un alojamiento en la ciudad. Es importante señalar que de las 30 ubicaciones 13 fueron conseguidos para nuestros pacientes de manera gratuita desde la gestión realizada por el equipo de Trabajo Social en el HUS.

Se logran algunas gestiones directas con otras instituciones del sector (hogares-albergues) que en ocasiones les brinda apoyo para que puedan ubicarse paciente y/o familia a bajo costo o financiadas por las Damas Rosadas, o cupos que otorgan de manera gratuita en Albergue del Centro Camiliano u otras organizaciones (Incluye la red de las EPS).

USUARIOS SOCIALIZADOS EN DYD Y GUIA DEL USUARIO



Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

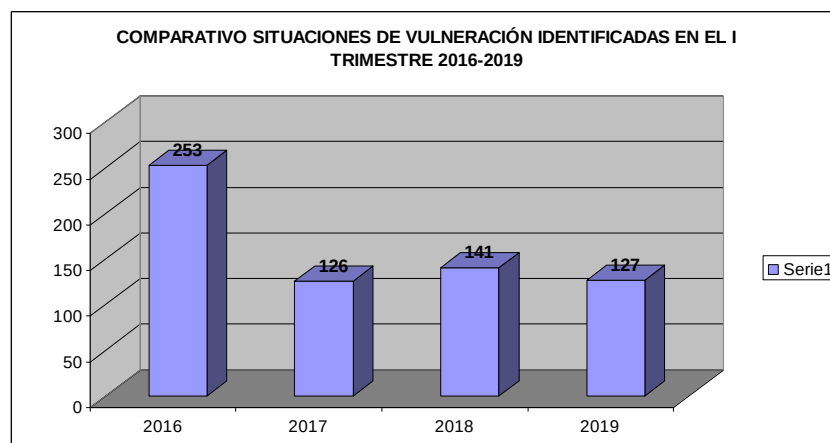
El equipo de profesionales de Trabajo Social socializó en Deberes y Derechos y Guía del Usuario un total de 4710 pacientes y/o familiares durante el I trimestre de 2019, socialización que realiza de manera personalizada a los pacientes que se intervienen diariamente y acción que se deja registrada en el anexo a la historia clínica (Estudio Social). Es pertinente señalar que la meta establecida para el equipo (10 profesionales) es de 1500 socializaciones mensuales, lo que significa que la actividad se cumplió en un 104.7%.

Se resalta que dentro de los derechos que generalmente se hace énfasis a acciones como trato Humanizado información integral, atención oportuna, segura y continua, debido a que son los que presentan un mayor porcentaje de vulneración. En cuanto a Deberes el trato amable y el deber de pagar son los que más se fortalece en el mes con los usuarios.

Es importante mencionar que la Trabajadora Social socializa con los pacientes información de la guía del usuario como horarios de atención, horarios de visita, Deberes y Derechos, horarios de información médica y servicios que presta el HUS entre otros, sin embargo no se está realizando entrega en físico debido a que no se cuenta con stock de material en el HUS.

En comparación con años anteriores esta meta ha incrementado de acuerdo al establecimiento de la meta anual que realiza la Dirección de Atención al Usuario al equipo y el número de socializaciones que supera dicha meta por el equipo y el cual ha sido fortalecido en pro de la humanización de la atención y procesos de Acreditación.

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



Gráficas tomadas de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

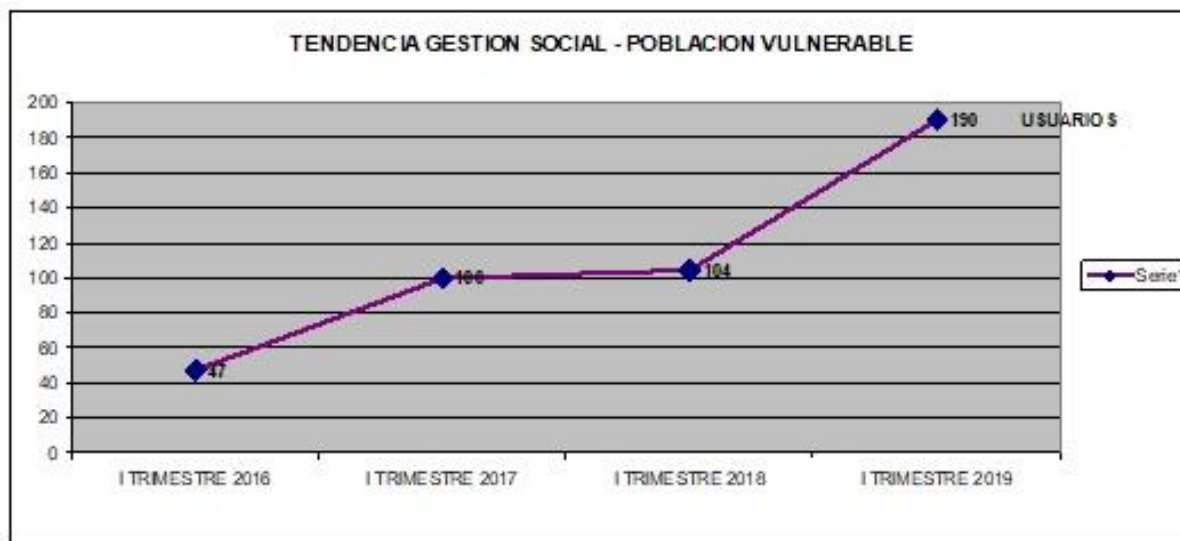
Del total de observaciones (127) registradas en el primer trimestre de 2019, cabe mencionar que el Derecho con mayor número de vulneraciones es la confidencialidad, Información Integral, y atención oportuna, segura y continua. El Personal asociado a la Vulneración se evidencia que un porcentaje representativo corresponde al personal Médico – Especialista - General y personal auxiliar de enfermería. En comparación con el año anterior aumentó disminuyó el número de situaciones identificadas en un 11% por lo cual es necesario continuar en el esfuerzo de la mejora continua y un proceso de atención humanizada centrada en nuestro paciente y su familia.

El equipo de Trabajo Social realiza la identificación en cada uno de los servicios y busca la forma de dar solución a la problemática manifiesta, siendo un intermediario entre el paciente y el personal involucrado en dicha situación de vulneración.

Dentro de algunas de las acciones realizadas por el equipo de Trabajo Social en los servicios están:

- Se sugiere cerrar puertas para dar información al paciente y familia
- Se reitera importancia del trato amable y política de Humanización.
- Se ubica médico tratante para que pueda aclarar dudas e inquietudes de paciente y/o familiar relacionados con el estado de salud.
-

GESTION SOCIAL COMPARATIVO I TRIMESTRE 2016 – 2019



INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS I TRIMESTRE AÑO 2016	USUARIOS INTERVENIDOS I TRIMESTRE AÑO 2017	USUARIOS INTERVENIDOS I TRIMESTRE AÑO 2018	USUARIOS INTERVENIDOS I TRIMESTRE AÑO 2019
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	5	15	7	1
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	11	5	2	9
GESTION HABITANTES DE CALLE	11	12	18	5
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	6	10	7	7
REUBICACIONES A ICBF	4	2	1	0
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	1	20	35	20
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	0	4	2	6
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	0	6	15	67
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	1	2	1	1
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	6	23	14	14
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	2	1	2	9
GESTION POBLACION INPEC	0	0	0	51
TOTAL	47	100	104	190

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

La tabla anterior nos indica las acciones de Trabajo Social relacionadas con la atención de población vulnerable, las cuales fueron identificadas y a las que se realiza Estudio Social y se establece plan de tratamiento.

Instituciones como Bienestar Familiar, Secretaría de Integración Social, Alcaldías Municipales, Comisarías y Fiscalía entre otros son algunas instituciones a través de las cuales se favorece la restitución de los derechos de los pacientes. Trabajo social colabora con la orientación y el apoyo psicosocial a los paciente que requieren algún tipo tramite, respondiendo a inter-consultas, brindando orientación a los familiares que no cuentan con red familiar en Bogotá para que se ubiquen el albergues cerca al hospital, realiza reporte y seguimiento a los casos que se presentan de paciente víctima de algún tipo de violencia, se comunica con las diferentes entidades del estado para lograr la ubicación de los pacientes que están en abandono.

El número de intervenciones varía en el trimestre de acuerdo a las necesidades identificadas por el equipo de salud en el HUS, teniendo siempre como base las particularidades de las poblaciones se favorece los procesos de

inclusión, restitución de derechos y otros respetando siempre sus conocimientos, cultura, creencias o situación por la que afrontan, las cuales están directamente relacionadas con su proceso salud-enfermedad.

La tendencia frente a la gestión social realizada por el equipo de Trabajadoras Sociales se ha venido fortaleciendo en los últimos 4 años teniendo en cuenta la incidencia desde el ámbito social en la salud de nuestros pacientes y facilitando a través de redes interinstitucionales una atención integral para ellos en el HUS.

Indicadores

INDICADOR: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

FORMULA	I - 2017	I - 2018	I - 2019
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	47/56	35/41	31/31
Total % Reubicación	84%	86%	100%

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

Para el primer trimestre de 2019 Trabajo Social gestiona un total de 31 reubicaciones a nivel social e institucional de las cuales son efectivas 31 que corresponde a un 100% del número de solicitudes.

En comparación con años anteriores el indicador alcanzó el límite máximo teniendo en cuenta dos factores: el primero que hace referencia a que sólo un paciente corresponde a una situación de abandono y se logró la identificación de familiares para su ubicación en medio familiar y los 30 pacientes restantes fueron pacientes y/o familiares que requirieron ubicación en albergue y este proceso es casi inmediato por eso se vio favorecido en el mes el indicador. Así mismo el esfuerzo del equipo por favorecer siempre al paciente y o familiar ante esta situación.

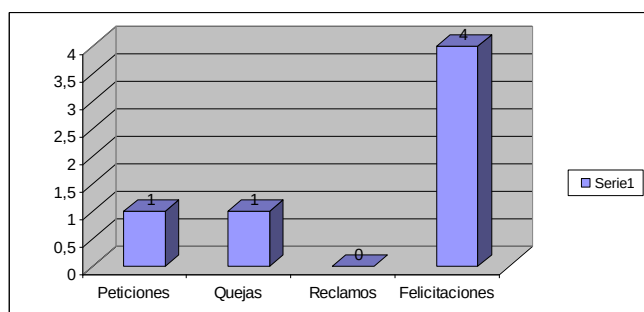
INDICADOR 2: ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

FORMULA	I TRIMESTRE 2018	I TRIMESTRE 2019
# de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados / total de ingresos hospitalarios.	1417/ 2825	1857/ 2800
% PORCENTAJE	50.3%	66.3%

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

Para el I trimestre de 2019 Trabajo Social realizó un total de 1857 estudios sociales a pacientes Hospitalizados del total de ingresos hospitalarios lo que corresponde a un 66.3%. En comparación al año anterior mejoró en un 16% teniendo en cuenta el seguimiento que se realiza mensualmente con el equipo como una forma de autocontrol y el esfuerzo de las profesionales para la toma de un diagnóstico más completo y por ende el desarrollo de una intervención y gestión con población vulnerable.

PQRS



La gráfica anterior nos permite evidenciar que para el primer trimestre de 2019 el equipo de Trabajo Social recibió un total de 1 Petición, 1 Queja y 4 Felicidades entregadas por los usuarios a través del buzón de sugerencias y remitidas al servicio; se hace extensiva las felicitaciones a todo el equipo ya que se evidencia en diversas oportunidades agradecimientos que no se hacen por escrito y que son válidas igualmente.

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.

No se hace necesario establecer plan de mejora para llevar al PUM por la queja presentada a la trabajadora Social sin embargo la Directora de Atención al Usuario realiza retroalimentación sobre la situación para evitar se vuelva a presentar.

PAS

Dentro de las actividades incluidas en el PAS, para el 2019 se establecieron las siguientes

Definir y ejecutar Cronograma de Actividades del Programa de Humanización. Teniendo en cuenta esta actividad establecida en el PAS se estructuró cronograma de acción de la línea estratégica Manejo del Duelo y la Muerte con el paciente fallecido donde se realizaron las siguientes acciones a las cuales se dio un cumplimiento del 23% que corresponde al 100% de cumplimiento para el trimestre.

Antes de describir las acciones realizadas durante el primer trimestre de 2019 en la línea de manejo del Duelo y la Muerte con el paciente fallecido como consecuencia del desarrollo de un programa de Humanización que inicia su ejecución en el año 2014 es importante resaltar todos los avances logrados a la fecha durante estos años que han permitido un cambio cultural en los Colaboradores de la Institución frente a este tema puntual de manejo de paciente fallecido.

- Continuidad en aplicación de encuestas a familiares de pacientes fallecido. Que permite conocer la percepción de los familiares frente al acompañamiento por parte de los colaboradores del HUS y establecer acciones de mejora.
- La continuidad en la socialización del procedimiento de Manejo del duelo y paciente fallecido (02AUF07-V1) a los Colaboradores y la elaboración de rotafolio para tal fin.
- El grupo de Whatsapp denominado “GRUPO PACIENTE FALLECIDO” a través del cual nos permite mejorar la comunicación del equipo para el apoyo y acompañamiento ante el fallecimiento.
- La remodelación de la Sala de Paz por solicitud del Comité de Humanización y disposición de la Gerencia y Dirección Administrativa.
- La Identificación de la Sala de Paz y la señalización hasta este lugar en el HUS.
- Entrega de tarjeta de Condolencias diseñada y ofrecida por el HUS a través la Trabajadora Social que realiza el acompañamiento.
- Los protectores de pantalla y Rompe tráfico empleados para el reconocimiento de la línea en el HUS.
- El acompañamiento y apoyo en el duelo a familiares de pacientes de la UCI por la Trabajadora Social Nohora Chaparro.
- El acompañamiento de Sacerdote, Damas Rosadas y Pastoral de la salud a pacientes de la UCI “Programa de estimulación sensorial-auditiva” propuesto y desarrollado por la Trabajadora Social Nohora Chaparro.
- Ampliación de Horario de los UCI para ingreso de familiares a visita de pacientes.
- Ingreso de familiares de pacientes fallecidos o en proceso de fallecimiento sin restricción
- Apoyo a familiares de pacientes en proceso de fallecimiento y privados de la libertad a quienes se apoya para el ingreso de familiares con permiso del INPEC.

Las Acciones desarrolladas durante el I trimestre de 2019 fueron:

- Socialización procedimiento duelo y paciente fallecido a 106 nuevos profesionales.
- Se empezó la búsqueda de material teórico para el desarrollo de intervención de Duelo por situaciones diferentes al fallecimiento a paciente y/o familia.
- Se dio inicio a intervenciones en duelo con pacientes por temas diferentes a fallecimiento ya registradas en estudio social.
- Se continúa aplicando mensualmente encuesta telefónica a familiares de Ptes fallecidos. 62 encuestas aplicadas en el trimestre.
- Se consolida datos de acompañamiento de Sacerdote y Pastoral como apoyo espiritual

LOGROS

- ✚ El reconocimiento que ha tenido la línea y el Programa de Humanización por el trabajo realizado en años anteriores en la Institución que ha permitido trascender en un cambio de cultura organizacional.
- ✚ Contar con un equipo más fortalecido y comprometido y dispuesto a apoyar a las familias de nuestros pacientes fallecidos en el HUS.



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

- ✚ Contar para este nuevo trimestre con la participación de la Jefe Sandy Martínez jefe de enfermería al equipo de la línea estratégica.

LIMITACIONES

- No contar con tanatólogo en horario nocturno en el HUS.

ACCIONES PROPUESTAS

- Resocialización procedimiento Manejo de duelo y paciente fallecido (02AUF07-V1) al personal de enfermería apoyado por la Jefe Sandy Martínez.
- Dar ejecución al cronograma de actividades propuesto para el año 2019.
- Dar visto bueno al desarrollo del video que se viene construyendo para fortalecimiento del equipo de la línea de manejo del duelo y la muerte con el paciente fallecido, a fin de que se empiece a publicar.
- Brindar capacitación a equipos de mantenimiento que apoyan el traslado de pacientes fallecidos en la noche.
- Realizar adecuaciones en Sala de Paz que brinden mayor confort.

Ejecutar el Plan de acción de la Política de Participación Social según lo programado para la vigencia.

De acuerdo al Plan de Acción de la Política Pública de Participación Social consolidado por la Dirección de Atención al Usuario para el año 2019 en el HUS, Trabajo Social y la Dirección de Atención al Usuario apoyó el desarrollo de las siguientes acciones por la Asociación de Usuarios de la Salud del HUS durante el trimestre

✚ **SOLICITAR A LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS CON DESTINO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Para el 2019 La Asociación de Usuarios de la Salud del HUS proyecta y envía oficio de fecha Enero 31 de 2019 al señor Gobernador pidiendo información sobre los avances frente al rubro solicitado ya que a la fecha no se tiene información oficial sobre el mismo.

✚ **CONTINUAR CON EL APOYO INTEGRAL A LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS PARA SUS REUNIONES PERIÓDICAS**

De acuerdo al cronograma anual establecido por la Asociación de Usuarios del HUS se llevó a cabo las reuniones mensuales los días 16 de Enero y Marzo 20 de 2019; para el mes de Febrero se realiza reunión convocada en la Secretaría de Salud de Cundinamarca salón Gobernadores sobre Control Social, el día 20 de Febrero de 2019 con la participación de 5 de los miembros de la Asociación de Usuarios del HUS.

Para las reuniones anteriormente mencionadas es importante señalar que siempre se contó con el acompañamiento de la Líder de Trabajo Social y auxiliar, Directora de Atención al Usuario, se brinda apoyo en la identificación y organización del espacio físico para el desarrollo de las reuniones, se toma registro en audio de las reuniones, se coordina bebida caliente (tinto-aromática) en horas de la mañana y almuerzo

para ofrecer a los asistentes; así mismo se apoya la transcripción de oficios e informes de gestión y organización de archivo de la Asociación.

✚ INVITAR A LOS INTEGRANTES DE LA ASOCIACION DE USUARIOS DE LOS HOSPITALES DE II NIVEL DE LA RED DE CUNDINAMARCA QUE ENVÍEN SU REPRESENTANTE A LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL HUS.

Para el primer trimestre del año 2019 (mes de Marzo) la Asociación de proyectó y envió oficio a los Gerentes de los diferentes Hospitales de la Red de Cundinamarca a que corresponde con el fin de sensibilizarlos frente a la necesidad de apoyar a las Asociaciones de Usuarios frente a la elección y participación del representante a la Asociación de Usuarios en el Hospital La Samaritana. A través de auxiliar de Trabajo Social se apoyó el envío del oficio por correo certificado a 29 Hospitales de Cundinamarca.

Para el mes de Enero se presenta como nuevo integrante de la Asociación el delegado de Tenjo el señor Gonzalo Avellaneda.

✚ CONTINUAR APOYANDO LA PARTICIPACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LA ASOCIACION DE USUARIOS DEL HUS A LA JUNTA DIRECTIVA, COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA.

Durante toda la trayectoria de los miembros de la Asociación siempre se han destacado por el cumplimiento en los diferentes espacios de participación como: Comité de Ética Hospitalaria: el señor Hernando Gómez y la señora Ana Florisa Moreno, a la Junta Directiva la señora Ana Florisa Moreno quienes se encuentra actualmente en este periodo. Espacios en los cuales no solo asisten sino que participan activamente presentando sus sugerencias e inquietudes y las de la comunidad buscando siempre mejorar la atención y servicios en salud.

✚ ELABORAR INFORME DE GESTIÓN DE LA ASOCIACION DE USUARIOS

La Asociación de Usuarios de la Salud del HUS realiza a través del apoyo de auxiliar de Trabajo Social la elaboración de las actas respectivas de cada reunión, informes trimestrales y el Informe de Gestión Semestral del cual se envía copia por correo certificado a la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Gestión del Riesgo

Trabajo Social cuenta con identificación de los riesgos actualizada en el año 2019, tales como: falla en la detección de casos para la intervención social, diagnóstico social erróneo, gestión Inoportuna e incorrecta del trámite (oxígenos, ambulancia, medicamento, remisiones y contra-remisiones y citas para toma de exámenes). Estos riesgos luego del análisis de los controles no requieren ser intervenidos y por ende no se incluyen en el PUMP 2019.

Programas

En Trabajo Social no se tiene ningún programa del cual se deba realizar reporte o brindar información al respecto.

LOGROS

- La Identificación de un nuevo albergue en la Zona de la Cruces para ofrecer como alternativa a nuestros usuarios que carecen de recursos para el pago de un albergue o no cuentan con rd de apoyo en Bogotá. Para ello se realizó visita a los albergues y se establecieron los canales para iniciar el envío de pacientes.
- El inicio del desarrollo de práctica para estudiantes de Trabajo Social coordinado por Educación médica y la Fundación Universitaria Minuto de Dios.
- El avance en el fortalecimiento en la gestión social con poblaciones vulnerables que se viene realizando año tras año de acuerdo a las dinámicas sociales.
- El apoyo brindado a nuestros pacientes y/o familia gracias a la gestión interinstitucional con entidades como Alcaldías, ICBF, Fiscalía, Ente territorial en general.
- Contar con reporte de acciones realizadas por el equipo desde DINÁMICA lo cual evita los reprocesos en la parte administrativa y de entrega informes para el equipo de Trabajo Social.
- Se logró conseguir un computador portátil para el trabajo a realizar por la Trabajadora Social asignada transversalmente para atención a población vulnerable.
- La Trabajadora Social del 2 piso logró conseguir teléfono con altavoz que facilita comunicación con las Epss.

NOVEDADES IDENTIFICADAS

- Dificultades con la salida de pacientes renales debido a la ausencia de contratos de las EPSS con las unidades, baja oferta de cupos para estos pacientes y/o ubicación de las unidades en sitios diferentes a ciudad de origen del paciente.
- Dificultades en proceso de remisión de pacientes oncológicos debido a la ausencia de contratos de las diferentes Epss con estas instituciones.
- La ausencia de contrato con la Epss Convinda Vs. El gran volumen de pacientes hospitalizados de ésta Epss lo que generó un desgaste administrativo del equipo de Trabajo Social para el trámite de remisión de estos pacientes que finalmente no lograron ser ubicados en muchos de los casos.

ATENCION AL USUARIO – SEDE ZIPAQUIRÁ

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



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Porcentaje de Satisfacción Global HUS

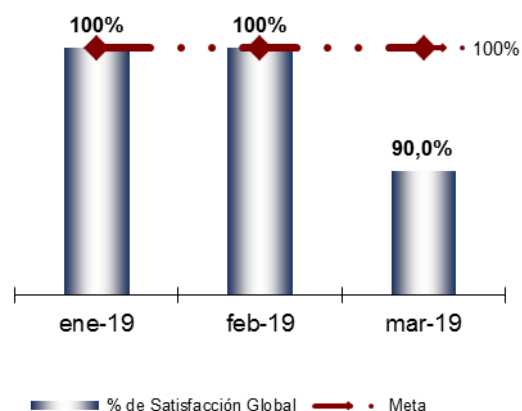
FORMULA	Vigencia 2017	Vigencia 2018	Vigencia 2019
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	819/917 89%	862/902 96%	208/215 97%

FORMULA	Enero 2019	febrero 2019	Marzo 2019	%TOTAL I Trimestre
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	72/72 100%	72/72 100%	64/71 90%	208/215 97%

Fuente: Base de datos PQR 2017 – 2019 SIAU

Porcentaje de Satisfacción Global HUS

PRIMER TRIMESTRE DE 2019



Referente al porcentaje de satisfacción global en la Unidad Funcional se observa en la gráfica arriba presentada que en el primer trimestre de 2019 la percepción de los usuarios fue positiva donde ellos califican con un 97% satisfactoria la atención recibida, como se puede también observar el trimestre estuvo sobre el 100% de satisfacción de la misma forma coincide el mismo porcentaje en el comparativo de las vigencias anteriores.

Esto es el resultado de un mayor compromiso por parte de los colaboradores de la UFZ y de la adherencia a los procesos de calidad y una atención enfocada en la Humanización de los servicios.

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

Clasificación de Peticiones de Usuarios radicadas en la SIAU:



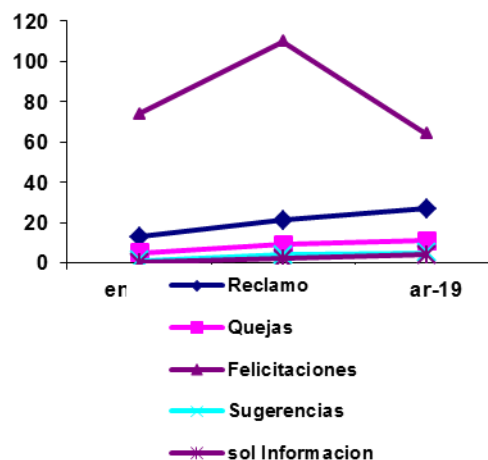
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Vigencia 2017	Vigencia 2018	Vigencia 2019
Reclamo	34(30%)	22(31%)	61(17%)
Felicitaciones	17(15%)	34(48%)	248(71%)
Quejas	57(50%)	12(17%)	25(7%)
Sol. Información	6(0.5%)	1(1%)	6(2%)
Sugerencias	0	2(3%)	10(3%)
TOTAL	114 (100%)	71(100%)	350 (100%)

Número de Peticiones radicadas
PRIMER TRIMESTRE 2019



Fuente: Base de datos PQR 2017 – 2019 SIAU

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019
Reclamo	13(14%)	21(14%)	27(24%)
Felicitaciones	74(79%)	110(0.7%)	64(58%)
Quejas	5(5%)	9(6%)	11(10%)
Sol. Información	0	2(1%)	4(3%)
sugerencias	1(1%)	4(3%)	5(4%)
TOTAL	93(100%)	146 (100%)	111(100%)

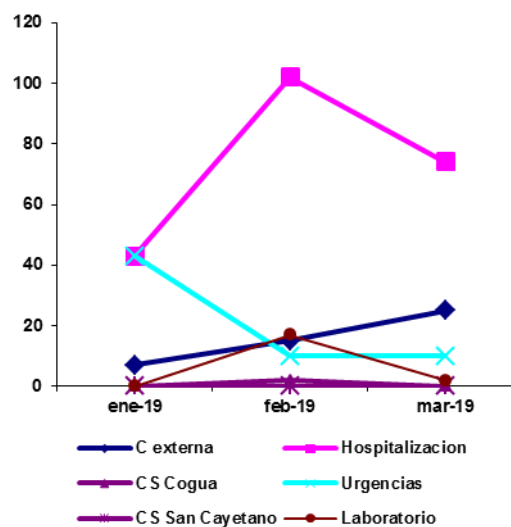
Con respecto al comportamiento de las PQRS durante el primer trimestre del 2019, el servicio de Información y Atención al Usuario de la Unidad Funcional recepción, clasificó y tramitó 350 PQRS de las cuales el % correspondió a felicitaciones, el % a reclamos y un % de quejas, es importante resaltar el compromiso de los funcionarios frente a la política de humanización y el impacto de la estrategia del “PACTO POR EL TRATO AMABLE” que se viene desarrollando desde el año pasado y del cual se están viendo los resultados en este primer trimestre, esto y el acompañamiento de las auxiliares SIAU sensibilizando tanto al cliente externo como interno, para disminuir quejas especialmente de fallo en el trato amable y digno. En el comparativo de la vigencia se evidencia un aumento significativo en el número de PQRS en virtud a que las felicitaciones de triplicaron frente a los años anteriores.

Clasificación de Peticiones de Usuarios por Servicio:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO

Número de Peticiones por Servicio
PRIMER TRIMESTRE 2019

SERVICIO	Vigencia 2017	Vigencia 2018	Vigencia 2019
C. Externa	38(33%)	24(34%)	47(13%)
Hospitalización	55(48%)	27(38%)	219(62%)
Centro Salud Cogua	0	6(8%)	2(0.5%)
Urgencias	21(18%)	12(17%)	63(18%)
Centro Salud San Cayetano	0	1(1.4%)	0
Laboratorio Clínico	0	1(1.4%)	19(5%)
TOTAL	114 (100%)	71 (100%)	350(100%)



NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERIODO				
SERVICIO	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019	Total I Trimest
C. Externa	7(7%)	15(10%)	25(22%)	47
Hospitalización	43(46%)	102(70%)	74(67%)	219
Centro Salud Cogua	0	2(1.3%)	0	2
Urgencias	43(46%)	10(7%)	10(9%)	63
Centro Salud San Cayetano	0	0	0	0
Laboratorio Clínico	0	17(12%)	2(1.8%)	19(%)
TOTAL	93 (100%)	146 (100%)	111 (100%)	350

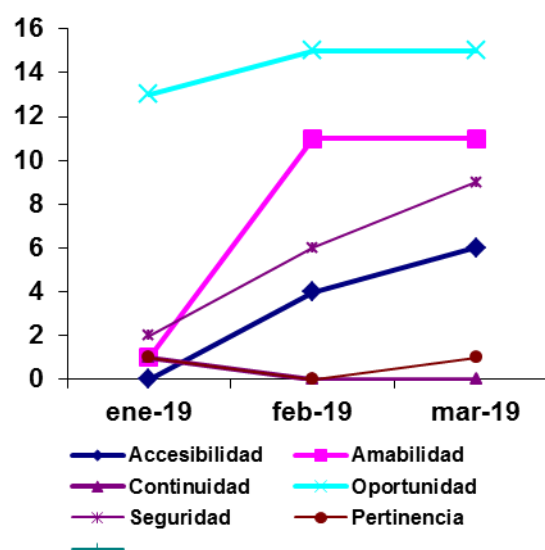
Clasificación de Peticiones primer Trimestre 2019

Fuente: Base de datos PQR 2017 – 2019 SIAU

En la gráfica presentada se puede observar que el número de peticiones y porcentaje en relación con el total del primer trimestre de 2019 coloca al servicio de hospitalización en primer lugar con un % en virtud al número de felicitaciones recibidas, es importante resaltar que en esta vigencia diferentes servicios han recibido felicitaciones de los usuarios por la atención recibida sin embargo encabeza el listado el servicio de medicina interna seguido de urgencias, pediatría, neonatos y ginecología. En segundo lugar el servicio de urgencias después de enero recibió un número representativo de quejas y reclamos y se presenta con un %. También tiene un porcentaje representativo pero menor el servicio de consulta externa con % donde también los reclamos y quejas tuvieron importancia especialmente por la falta de agilidad en la atención y la puntualidad de las citas.

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 2017	Vigencia 2018	Vigencia 2019
Accesibilidad	6(11%)	1(2%)	10(10%)
Amabilidad	22(40%)	10(28%)	23(24%)
Continuidad	5(9%)	0	1(1%)
Oportunidad	20(36%)	16(46%)	43(45%)
Seguridad	2(3%)	6(17%)	17(18%)
Pertinencia	0	2(6%)	2(2%)
TOTAL QYR	55(100%)	35(100%)	96 (100%)

Atributo de Calidad afectado según el total de Quejas Y Reclamos
PRIMER TRIMESTRE 2019


ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS				
ATRIBUTO CALIDAD	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019	Total I Trimes
Accesibilidad	0	4(11%)	6(14%)	10
Amabilidad	1(5%)	11(30%)	11(26%)	23
Continuidad	1(5%)	0	0	1
Oportunidad	13(72%)	15(42%)	15(36%)	43

Fuente: Base de Datos PQR 2017 - 2019 SIAU

Seguridad	2(11%)	6(17%)	9(21%)	17
Pertinencia	1(5%)	0	1(2%)	2
TOTAL QYR	18 (100%)	36 (100%)	42 (100%)	96

Con respecto al atributo de calidad afectado en número y porcentaje en la Unidad Funcional durante el primer trimestre de 2019 la oportunidad en la atención se afectó con un % en razón a las demoras en la atención especialmente en la facturación de citas, la atención en el servicio de urgencias para valoración médica, seguido de la amabilidad con un % si bien es cierto que el trato humanizado ha mejorado notoriamente, también es real que falta empoderar un poco más a algunos colaboradores y generar y fortalecer la cultura organizacional.

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 2017	Vigenci 2018	Vigenci 2019
Recibir atención humanizada y trato amable	22(42%)	9(13%)	22(22%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	2(4%)		3(3%)
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	5(10%)	2(3%)	7(7%)
Recibir atención preferencial	0	2(3%)	2(2%)
Recibir atención oportuna, segura y continua	23(44%)	22(31%)	65(66%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	35(50%)	0
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS	52	70	99

DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
DERECHO DEL USUARIO	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019
Recibir atención humanizada y trato amable	1(5%)	10(28%)	11(24%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	0	0	3(6%)
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	3(17%)	2(5%)	2(4%)
Recibir atención preferencial	1(5%)	0	1(2%)
Recibir atención oportuna, segura y continua	13(72%)	24(67%)	28(62%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS	18(%)	36(%)	45(%)

Fuente: Base de Datos PQR 2017 - 2019 SIAU

En cuanto al derecho en salud afectado en número y porcentaje en la Unidad Funcional durante el primer trimestre de 2019 se observa en la gráfica que Recibir Atención Oportuna, segura y continua fue el ítem más calificado según la percepción de los usuarios pacientes y sus familias. Le sigue con un % recibir Atención Humanizada. En el comparativo de la vigencia frente al total de QyR el año 2019 es el más activo.

INDICADOR. 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 2017	Vigencia 2018	Vigencia 2019

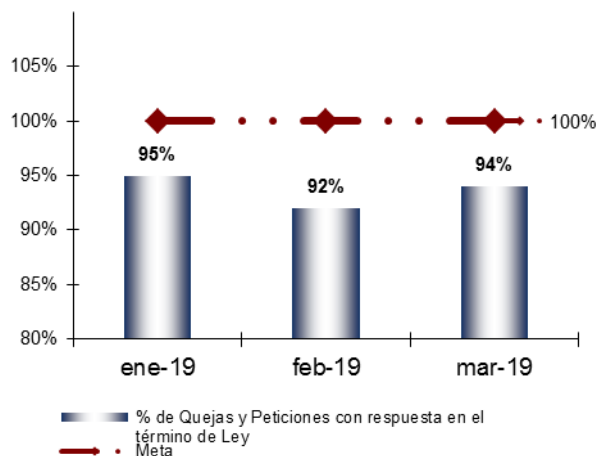
% de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus (*)				
	Enero 2019	febre	Marz 2019	Total I

# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	55	32	95
# de Peticiones recibidas en el período	57	37	102
% Cumplimiento	96%	86%	93%

		2019		Trim
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	18	33	44	95
# de Peticiones recibidas en el período	19	36	47	102
% Cumplimiento	95%	92%	94%	93%

Fuente: Base de Datos PQR 2017 - 2019. 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



Con respecto al porcentaje de QyR con respuesta en el término de ley durante el primer trimestre de 2019 la Unidad Funcional ha desarrollado el proceso con un 100% de cumplimiento en donde el 93% corresponde a la entrega de respuestas a los usuarios en los términos de ley y el 7% restante, pertenece a peticiones que se encuentran en trámite porque aún no se vencen los términos.

Es importante resaltar que se han recibido 350 PQRSFD durante los meses enero, febrero y marzo de 2019. De las cuales 248 corresponden a FELICITACIONES. Y los 102 restantes son (Q,R,S,SI) que se han respondido en términos de ley.

Dentro del proceso es importante también destacar que la oficina de Atención al usuario realiza la proyección de las respuestas y el profesional de apoyo a la gestión científica revisa, corrige y/o complementa y firma la respuesta.

Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de Encuestas de Satisfacción y Rondas de Servicios y PQR'S, en el trimestre



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

a). ENCUESTAS DE SATISFACCION: Enero, Febrero, Marzo de 2019

SERVICIO	Numero de encuestas aplicadas I trimestre 2019	NUMERO DE USUARIOS SATISFECHOS I trimestre 2019	% DE SATISFACCION (pregunta trazadora)
HOSPITALIZACION	24	24	100%
CONSULTA EXTERNA	24	23	96%
COGUA	24	24	100%
C S SAN CAYETANO	24	24	100%
URGENCIAS	24	20	83%
CIRUGIA AMBULATORIA	24	23	100%
SALA DE PARTOS	23	23	100%
IMAGENOLOGIA	24	24	100%
LABORATORIO	24	23	96%

VOZ DEL USUARIO ENCUESTADO

- **URGENCIAS:** Aseo deficiente, unificar criterios entre los médicos especialmente en los cambios de turno, agilizar la atención, más ética al dar los diagnósticos, trato más amable.
- **LABORATORIO:** Mas personal en toma de muestras, ampliar las instalaciones, entregar resultados en horario más flexible a los usuarios, agilizar el servicio y trato más amable.
- **CONSULTA EXTERNA:** Agilizar la atención y Call Center que funcione
- **GINECOLOGIA:** Mas información de los médicos a los pacientes y familiares

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

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

ACTIVIDAD	Enero	febrero	Marzo	TOTAL
❖ Divulgación Derechos y Deberes	301	319	266	886

❖ Aplicación de encuestas de satisfacción	72	72	71	215
❖ Ronda a paciente hospitalizado	866	866	549	2281
❖ Talleres de Cuidadores	1	1	1	3
❖ Talleres de Pacto por el Trato Amable	1	2	2	5
❖ Informadoras de la guía de acompañamiento para la familia del paciente hospitalizado	64	64	64	192
❖ Celebración de cumpleaños de pacientes	0	1	0	1
❖ Censo de fallecimientos para celebración eucarística	1	1	1	3

SOLICITUD DE LOS USUARIOS PARA INTERVENCION DE APOYO SIAU EN RONDA HOSPITALARIA	TOTAL USUARIOS Y/O ACCIONES REALIZADAS	OBSERVACIONES Y RESULTADOS
Cambio de habitación.	4	Se logró cambio de habitaciones
Pintura y limpieza de todos los buzones PQRS.	10	Se realizó el mantenimiento
Aviso a mantenimiento y coordinación general sobre daño en calentador de agua de pediatría.	1	se realiza arreglo

Cartelera institucional en Programación de cirugías.	1	Se realizo
Inconformidad en información de facturación.	2	se aclaran dudas a familiares
Acompañamiento a pacientes para toma de Rx.	4	se realiza acompañamiento
Cambio de habitación y cama pediatría.	2	se logró cambio de cama y habitación
Mantenimiento de puerta de parque ginecología.	1	se logró mantenimiento de puerta.
Acompañamiento de familiares de paciente en hospitalización a salas de cirugía.	3	se da acompañamiento y orientación sobre ubicación
		de áreas en el HUS UF
Inconformidad con el servicio de enfermería.	2	se realiza socialización de pacto por el trato amable
Inconformidad con cliente externo.	2	se realiza socialización de formato de petición del
		Cliente interno.
Apoyo a trabajo social	3	se realiza socialización de copagos a paciente
		hospitalizado
Apoyo a laboratorio clínico.		se realiza orientación, verificación de documentación
		para garantizar atención preferencial.
Acompañamiento para ubicación de servicio de ecografías a pacientes con citas.	3	se realiza orientación, verificación de documentación
Revisión y organización de carteleras informativas.	9	se realiza actualización
Organización y revisión de documentos para pacientes de consulta externa.		Se aclaran dudas y se da orientación
Verificación de información interna del servicio de consulta externa.		Se da información a oficina SIAU
Observación de limpieza, organización y verificación de formatos en buzones de PQRS.	10	Se realizo
Acompañamiento de duelo a familiares.	12	se logra acompañamiento

ACCIONES REALIZADAS CON SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA APLICATIVO B SALUD

ACTIVIDAD	Enero	Febrero	Marzo	TOTAL
Autorizaciones	153	210	236	599
B- salud				
Portabilidades	6	59	40	105
Autorizaciones ARL	72	64	60	196
Póliza Estudiantil	3	8	15	26
Citas reprogramadas	0	20	55	75
Digiturno	4.285	8.447	12.562	25.294

OTRAS ACTIVIDADES DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2019

ENERO

Se realizan diariamente rondas por los diferentes servicios del hospital

Se realizaron las aperturas de buzones semanales dando cumplimiento a cronograma.

Se participó en el Comité de Ética (videoconferencia)

Se participó en comité administrativo de gestión y se presentó a los líderes de proceso el informe mensual de los indicadores PQRS y SIAU

Se participó en las diferentes entregas de turno del mes

Participo en reunión de la UFZ con Migración Colombia (temas venezolanos)

Se apoyó el evento de reunión de Gerentes del Departamento de Cundinamarca en el auditorio HUS UFZ

Se realizó semanalmente curso virtual de seguridad del Paciente

FEBRERO

Se realiza orientación, información y acompañamiento permanente respecto al portafolio de servicios institucionales a los usuarios que llegan a la oficina SIAU diariamente.

Se continúa con la divulgación y socialización de los derechos y deberes en salud a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales.

Se realizan diariamente rondas por los diferentes servicios del hospital

Se continúan aplicando las encuestas de satisfacción a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano con el fin de conocer la percepción y necesidades de los usuarios.

Se realizaron las aperturas de buzones semanales dando cumplimiento a cronograma.

Se participó en el Comité de Ética (videoconferencia)

Se participó en comité administrativo de gestión y se presentó a los líderes de proceso el informe mensual de los indicadores PQRS y SIAU

Se participó en las diferentes entregas de turno del mes

Se realizó capacitación de Humanización y Derechos y Deberes a todo el personal médico de la Institución. En dos jornadas

Se envió Matriz de Satisfacción a la Secretaria de salud de Cundinamarca

Se participó en la construcción del Plan de Acción de la PPPS

Se participó en reunión IAMI

Asistí a reunión de Farmacia de Convida.

Participo en reunión del Sena

Participo en reunión de COPACO municipal

MARZO

Se realiza orientación, información y acompañamiento permanente respecto al portafolio de servicios institucionales a los usuarios que llegan a la oficina SIAU diariamente. (Informadoras SIAU)

Se continúa con la divulgación y socialización de los derechos y deberes en salud a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales. (Informadoras SIAU)

Se realizan diariamente rondas por los diferentes servicios del hospital (informadoras SIAU)

Se continúan aplicando las encuestas de satisfacción según directriz de Samaritana Bogotá (muestra y tamaño) a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano con el fin de conocer la percepción y necesidades de los usuarios.

Se realizaron las aperturas de buzones semanales dando cumplimiento a cronograma respectivo.

Se participó en el Comité de Ética (videoconferencia)

Se participó en comité administrativo de gestión y se presentó a los líderes de proceso el informe mensual de los indicadores PQRS y SIAU.

Se participó en las diferentes entregas de turno del mes



Se realizó capacitación de Humanización y Derechos y Deberes a todo el personal médico de la Institución. En dos jornadas

Se envió Matriz de Satisfacción a la Secretaria de salud de Cundinamarca

Se participó en reunión IAMII

Asistí a reunión de Farmacia de Convida.

Participo en reunión del Sena

Asistí en las diferentes reuniones de Habilitación del centro de salud de Cogua y también en el día de la visita de Habilitación

Asistí a la jornada de Capacitación en el Ministerio de Salud en “discapacidad”

Asistí a reunión de Plan Anticorrupción.

Realice capacitación al personal del Centro de Salud de Cogua

Realice capacitación de humanización de estudiantes universidad Militar de Atención Prehospitalaria.

Asistí a reunión de auditoria del Municipio de Cogua.

ACCIONES IMPLEMENTADAS EN VIRTUD A LAS PQRS

- Se reforzaron las capacitaciones en Humanización y dio como resultado la disminución de PQRS por falta de trato amable
- Se mejoró la atención en el servicio de Urgencias específicamente en el Triage
- Mejoro el aseo y se dejó una persona permanente en Urgencias
- Se reforzaron capacitaciones al personal de enfermería para sensibilizarlas sobre procesos institucionales (humanización, seguridad del paciente, otros)
- Se realizó capacitación de sensibilización al personal de facturación sobre causas de PQRS
- Mejoras en laboratorio para brindar una atención más organizada.
- Se colocaron más sillas para los usuarios
- Arreglos de Infraestructura (centro de salud Cogua)
- Campañas de aseo y Limpieza.

ACCIONES DE MEJORA PARA EL SIAU

- ❖ Mayor y mejor fluidez en la comunicación con los otros servicios.
- ❖ Implementar por el HUS Bogotá Call Center
- ❖ La oficina SIAU requiere un escáner, computador para la oficina y dos (2) sillas de oficina adicionales.

CAPÍTULO III



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

DIRECCION FINANCIERA

3.1 GESTIÓN FINANCIERA

GESTIÓN DEL PRICEO



3.3.1 Mercadeo y Contratación de servicios de Salud

El objeto del presente informe está encaminado a presentar la gestión realizada en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, con relación a la contratación de servicios de salud y el cumplimiento de las metas propuestas para la vigencia a evaluar. En el informe se presenta la contratación realizada en sus diferentes modalidades (Capitación y Evento), con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios tanto en régimen contributivo, subsidiado, especial y otros servicios de salud contratados.

Para el año 2019 se continuó con la oferta y contratación de la red de operación con la una Unidad Funcional de Bogotá (III nivel), y con la Unidad Funcional en el municipio de Zipaquirá (I – II Nivel) con los centros de atención de Cogua (I Nivel) y San Cayetano (I Nivel) lo que permite la integralidad en la atención de acuerdo a niveles de complejidad y referenciación de pacientes, sobretodo en la contratación con el régimen subsidiado y el ente territorial y municipal.

Para la elaboración del informe, se tuvo en cuenta la contratación legalizada en el primer trimestre de 2019, y se presentará un análisis comparativo del mismo periodo para los años 2018 y 2017, para lo cual se toman los valores contratados y se prorratan en el número de meses de vigencia de los mismos y para el caso de los contratos que tienen la condición de valores indeterminados, se registran los valores facturados para este periodo.

TABLA 1. VALORES CONTRATADOS 2017 – 2018 Y 2019 I TRIMESTRE

RÉGIMEN	2017	%	2018	%	2019	%
Régimen Contributivo	1.080.000.000	2,0%	1.460.000.000	4,3%	8.862.398.160	40,8%
Régimen Subsidiado	52.158.785.480	97,7%	31.378.182.016	91,7%	11.146.580.966	51,3%
Vinculados	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
PIC (antes PAB)	-	0,0%	21.120.000	0,1%	15.546.238	0,1%
Otras contratos de Servicios de Salud	148.558.854	0,3%	1.362.000.000	4,0%	1.719.236.485	7,9%
TOTAL	53.387.344.334	100,0%	34.221.302.016	100,0%	21.743.761.849	100,0%

Fuente: Informes de Gestión años 2017 y 2018 – Matriz de contratación año 2019 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2019

De acuerdo a la tabla anterior se puede evidenciar que para el primer trimestre de 2019, en el régimen contributivo, se contrata el 40,8% del total de la contratación, se traen contratos con este régimen de vigencias anteriores y otros son indeterminados. Comparado con los años 2018 y 2017 se observa un incremento significativo para el año 2019 del 507%, producto de la gestión realizada para captar usuario de este régimen, el cual ha sido difícil puesto que las EPS de este régimen solicitan propuestas económicas con manual tarifario ISS 2001, y la ESE no puede contratar por ser una tarifa muy desactualizada y podría tener riesgo en cuanto al costo beneficio que generaría aceptarlas.

Para el régimen Subsidiado se vienen realizando los contratos con las diferentes EPS, aunque con algunas de ellas se inició contratación en años anteriores, sin embargo, este régimen alcanza el 51.3% de toda la contratación; con la EPS de mayor representación en el Departamento como es CONVIDA se realiza la contratación desde el 2 de Enero de 2019, pero haciendo la salvedad que el contrato para Bogotá, con respecto a monto es muy bajo, con respecto a

la ejecución realizada el año inmediatamente anterior, donde sólo CONVIDA contrató en el 2017 \$31.000.000.000 y en el 2018 \$12.000.000.000, por lo tanto se debe seguir con la gestión para aumentar el monto de la contratación de este régimen en Bogotá y con otras EPS como Nueva EPS y Salud total.

Se evidencia entonces, que el comportamiento de la contratación con el régimen subsidiado no es el más óptimo, teniendo en cuenta que esta población es nuestro mayor cliente. Por esta razón se viene contratando otros servicios con los regímenes de excepción, régimen especial, tele consulta, ARL y pólizas, como son magisterio, Inpec, las Eses de Cundinamarca y Aseguradoras, que son contratos pequeños pero que tienen una remisión de pacientes constante. La contratación de otros servicios ocupa el 7.9% de toda la contratación para este trimestre.

Actualmente no hay contrato suscritos por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca para atender población vinculada, se suscribe contratos con las alcaldías de Cogua y San Cayetano, para el Plan de Intervenciones Colectivas, y se está tramitando con la alcaldía de Zipaquirá otro contrato con el mismo objeto. La contratación del PIC solo ocupa el 0.1% de la contratación total para este trimestre.

TABLA 2. VALORES CONTRATADOS 2017 – 2018 Y 2019 I TRIMESTRE SEDE BOGOTÁ

RÉGIMEN	2017	%	2018	%	2019	%
Régimen Contributivo	655.000.000	1,6%	920.000.000	5,3%	6.407.615.553	43,7%
Régimen Subsidiado	39.258.758.480	98,2%	15.190.000.000	87,1%	6.710.485.229	45,8%
Vinculados	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
PIC (antes PAB)	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Otras contratos de Servicios de Salud	71.106.854	0,2%	1.339.000.000	7,7%	1.542.273.931	10,5%
TOTAL	39.984.865.334	100,0%	17.449.000.000	100,0%	14.660.374.713	100,0%

Fuente: Informes de Gestión años 2017 y 2018 – Matriz de contratación año 2019 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2019

La contratación para la sede Bogotá en el primer trimestre del año 2019, se muestra en porcentaje descendente con respecto al mismo periodo del año 2018, lo cual obedece básicamente a los montos contratados con la EPS Convinda que vienen en disminución desde el año 2017, sin embargo, podemos evidenciar que tanto el Régimen Contributivo, como otros servicios, se comportan de manera ascendente.

El régimen contributivo presenta un aumento en la contratación de más del 300% comparado con el año anterior, siendo Medimas y Famisanar las EPS que manejan el mayor porcentaje de contratación para este régimen, seguido de Comparta, Sanitas y Compensar. El Objetivo es continuar con este comportamiento ascendente para la población contributiva, toda vez que la población subsidiada y en sí las EPS-S al tener cifras elevadas en cartera, están optando por contratar con otras IPS que ofertan tarifas más bajas.

En otros servicios contratados, la ESE inicia en el mes de marzo a incluir en su prestación la tele consulta con las diferentes ESE del departamento de Cundinamarca.

TABLA 3. VALORES CONTRATADOS 2017 – 2018 Y 2019 I TRIMESTRE SEDE ZIPAQUIRÁ

RÉGIMEN	2017	%	2018	%	2019	%
Régimen Contributivo	425.000.000	2,7%	540.000.000	3,2%	2.454.782.607	34,7%
Régimen Subsidiado	15.410.785.480	96,8%	16.188.182.016	96,5%	4.436.095.737	62,6%
Vinculados	-	0,0%	-	0,0%	15.546.238	0,2%
PIC (antes PAB)	-	0,0%	21.120.000	0,1%	-	0,0%
Otras contratos de Servicios de Salud	77.452.000	0,5%	23.000.000	0,1%	176.962.554	2,5%
TOTAL	15.913.237.480	100,0%	16.772.302.016	100,0%	7.083.387.136	100,0%

Fuente: Informes de Gestión años 2017 y 2018 – Matriz de contratación año 2019 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2019

La sede de Zipaquirá en el primer trimestre del año 2019 tiene un comportamiento similar a Bogotá. Para el régimen subsidiado se muestra en porcentaje descendente con respecto al mismo periodo del año 2018, lo cual obedece básicamente a los montos contratados con la EPS Convida que vienen en disminución desde el año 2017, sin embargo, podemos evidenciar que tanto el Régimen Contributivo, como otros servicios, se comportan de manera ascendente.

El régimen contributivo presenta un aumento en la contratación de más del 200% comparado con el año anterior, siendo Famisanar y Medimas, las EPS que manejan el mayor porcentaje de contratación para este régimen, seguido de Salud total, Sura y Compensar. El fin es continuar con este comportamiento ascendente para la población contributiva.

Para el mes de marzo se firma contrato con los municipios de Cogua y San Cayetano para el manejo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y está en proceso el contrato con el municipio de Zipaquirá.

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS DESDE EL ÁREA

- Se continua con la actualización de CUPS, conforme a nueva normatividad resolución 5851 de 2018.
- Se retoma la socialización general con las áreas del HUS, en el evento en que se suscriben nuevos contratos, del mismo modo que se retomó la actualización de la matriz de contratación y la depuración de los planes de beneficio en el sistema de información.
- Se retoma el reporte de la ejecución de los contratos y el seguimiento para evitar sobre ejecuciones.
- Se retoman minutas que se encontraban en proceso de legalización con EPS como: Convida, Salud Total, Asmet Salud, Comparta, Mallamas, con las ESE para suministro de hemocomponentes y tele consulta.

3.3.2 Facturación



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

El proceso de facturación se encuentra conformado por 4 procedimientos que 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.

TABLA 4. INGRESOS ABIERTOS POR SEDE I TRIMESTRE DE 2019

VIGENCIA	BOGOTA		ZIQUAIRA		SAN CAYETANO		TOTAL	
	CANT	VALOR	CANT	VALOR	CANT	VALOR	CANT	VALOR
2013			46	10.771.530			46	10.771.530
2014			21	12.796.468			21	12.796.468
2015	1	2.422.727	19	1.747.061			20	4.169.788
2016	11	1.528.100	29	4.835.741			40	6.363.841
2017	10	6.945.509	15	5.612.300			25	12.557.809
2018	111	1.574.794.002	54	1.317.200	1	0	166	1.576.111.202
2019	872	4.190.126.736	112	55.868.494	3	0	987	4.245.995.230
Total general	1005	5.775.817.074	296	92.948.794	4	0	1305	5.868.765.868

Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Se presenta Ingresos Abiertos de Vigencias Anteriores sin cerrar, Ingresos Abiertos Funcionales donde refiere a los que están activos por estancias.

Para este primer trimestre 2019 se ha realizado la evaluación y seguimiento de los ingresos abiertos a través de visitas a punto y 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. Se hace mucho énfasis en la prefactura, ningún facturador debe tener un ingreso abierto no mayor a las 24 horas. Y se desarrollará evaluación individual de productividad y oportunidad de cierre de ingresos.

Se planea durante el mes de marzo, estrategia para el cierre de ingresos abiertos, donde se pone en marcha plan de contingencia para cerrar estos ingresos anteriores al 16 de marzo del 2019, con el recurso humano con que cuenta el proceso, y personal de objeciones, dejando como meta cierre en el mes de mayo.

El proceso de Facturación y Recaudo es transversal al hospital, y depende también para el cierre efectivo de ingresos influyendo áreas como Osteosíntesis, Enfermería, Patología, Medicina Especializada y Farmacia, por lo

cual se deben intensificar por Auditoría Concurrente socializaciones buscando la participación y el compromiso de las áreas para procurar la facturación oportuna.

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. En 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.

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.

Con la persona gestora de Autorizaciones, una de sus actividades principales es la de estar desarrollando permanente control de gestión del área en Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización. Así mismo el estar haciendo visitas a las EPS en la búsqueda de las autorizaciones, se amplía el apoyo de ésta persona para que desarrolle rotación quincenal los fines de semana para fortalecer la gestión del área. A través de Sistemas se proyectará un desarrollo para determinar la trazabilidad de la autorización y control de ésta.

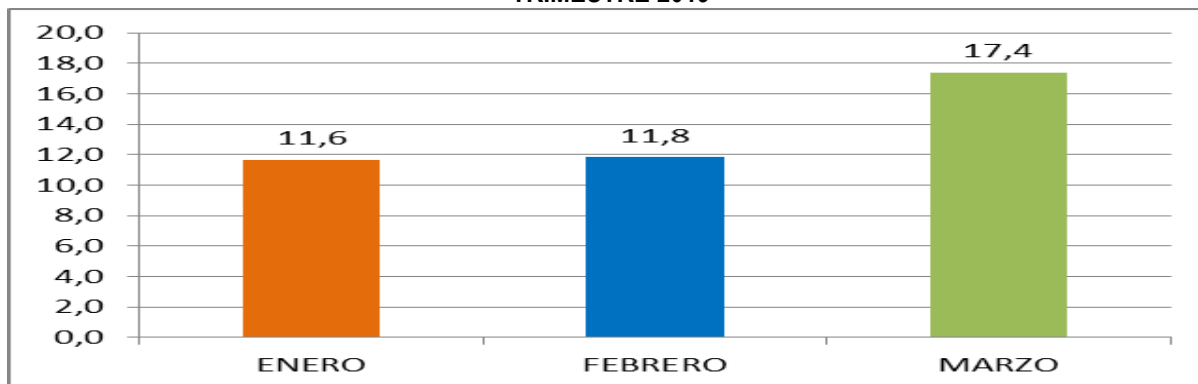
Anulaciones

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.

Ésta variable se da por el proceso implementado de auditoria 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, así como también en Consulta Externa.

RÁFICA 1. PROMEDIO TIEMPO DE ESPERA PARA FACTURAR EN CONSULTA EXTERNA (EN MINUTOS) I TRIMESTRE 2019



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

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 13.4 minutos, lo cual se encuentra dentro de la meta del servicio que esta de 15 a 30 minutos. Así mismo se ha estado contando intermitentemente de un orientador, que es un facturador de la cual lo está asumiendo el mismo proceso de Facturación. 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 anticipación. Este valor ha disminuido de 45 minutos a 35 minutos para esta vigencia.

Conciliaciones con el área contable:

El área de facturación en conjunto con el área contable realiza conciliaciones por centros de costo de la cuenta 43 de manera mensual lo que permite identificar de manera oportuna las acciones a mejorar y la realización de las aclaraciones y ajustes pertinentes.

FACTURACIÓN BOGOTÁ

Las ventas de servicios se han venido disminuyendo en un 2% con respecto al primer trimestre de la vigencia anterior, los centros de costos donde se ve reflejado la disminución es en Hospitalización y Urgencias, debido a que la EPS Convida era nuestro principal pagador, que actualmente está derivando a otras IPS.

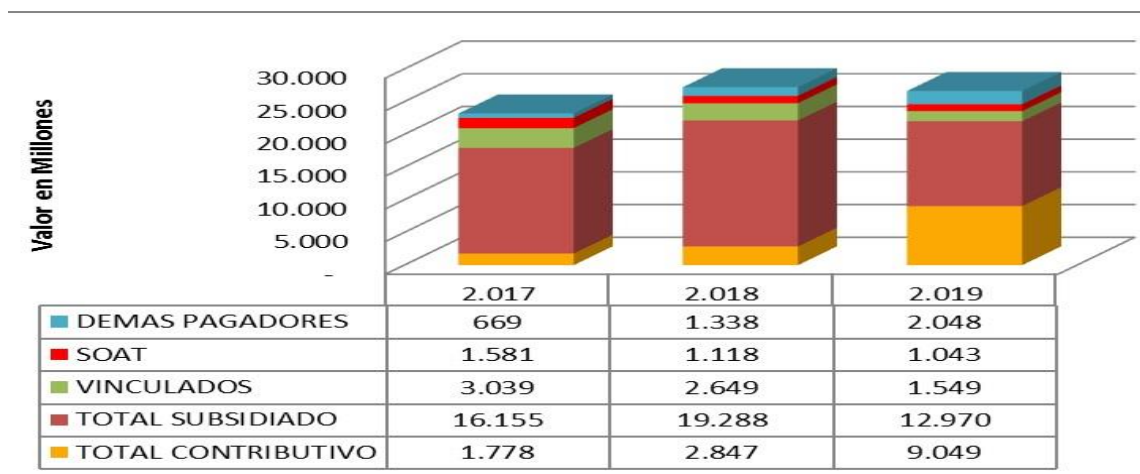
TABLA 5. FACTURACIÓN POR SERVICIOS SEDE BOGOTÁ I TRIMESTRE - COMPARATIVO AÑOS 2019, 2018 Y 2017

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2017		2018		2019	
	TOTAL 2017	% Par 2017	TOTAL 2018	% Part 2018	TOTAL 2019	% Part 2019
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	\$147.588.124	0,60%	\$198.031.106	0,70%	\$234.252.789	0,90%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	\$831.326.443	3,60%	\$1.464.782.671	5,40%	\$1.211.955.014	4,50%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	\$47.190.975	0,20%	\$76.600	0,00%	\$24.800	0,00%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	\$1.748.036.291	7,50%	\$1.765.574.699	6,50%	\$1.783.871.452	6,70%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	\$3.254.646.209	14,00%	\$4.385.385.959	16,10%	\$2.812.430.228	10,50%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	\$744.891.767	3,20%	\$1.303.221.126	4,80%	\$604.876.284	2,30%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	\$481.144.931	2,10%	\$786.928.688	2,90%	\$375.376.719	1,40%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	\$683.971.997	2,90%	\$870.331.401	3,20%	\$884.230.148	3,30%
QUIROFANOS (11)	\$3.195.501.188	13,80%	\$2.818.564.924	10,30%	\$3.180.876.505	11,90%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	\$1.691.623.204	7,30%	\$2.082.438.498	7,60%	\$2.067.643.308	7,80%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	\$2.448.549.164	10,50%	\$3.159.762.887	11,60%	\$3.960.239.600	14,90%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	\$177.446.340	0,80%	\$179.662.055	0,70%	\$213.304.568	0,80%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	\$1.087.437.042	4,70%	\$1.251.724.813	4,60%	\$1.148.568.694	4,30%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	\$414.249.609	1,80%	\$527.087.276	1,90%	\$567.116.387	2,10%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	\$436.692.862	1,90%	\$673.787.009	2,50%	\$765.567.292	2,90%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	\$84.749.714	0,40%	\$103.363.428	0,40%	\$112.829.753	0,40%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	\$5.285.979.037	22,80%	\$5.620.343.552	20,60%	\$6.396.575.350	24,00%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	\$38.597.970	0,20%	\$49.735.484	0,20%	\$80.251.371	0,30%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	\$ -	0,00%	\$31.600	0,00%	\$ -	0,00%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	\$721.600	0,00%	\$107.000	0,00%	\$515.500	0,00%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	\$386.853.756	1,70%	\$ -	0,00%	\$258.805.749	1,00%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	\$35.776.453	0,20%	\$ -	0,00%	\$ -	0,00%
DEVO. REBAJAS Y DESTO EN VENTAS S. (DB)	\$ -	0,00%	\$ -	0,00%	\$ -	0,00%
TOTAL FACTURACION MODULO (CTA 43)	\$23.222.974.675	100,00%	\$27.240.940.778	100,00%	\$26.659.311.512	100,00%
PROMEDIO MENSUAL	\$7.740.991.558		\$9.080.313.593		\$8.886.437.171	

Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

El porcentaje ocupacional no es directamente proporcional a la facturación de venta de servicios, debemos tener en cuenta las estancias prolongadas, la espera de las EPS por ofrecer las autorizaciones o pacientes que tienen una condición de manejo extra-hospitalario, demora de las respuestas de la interconsulta, entre otras.

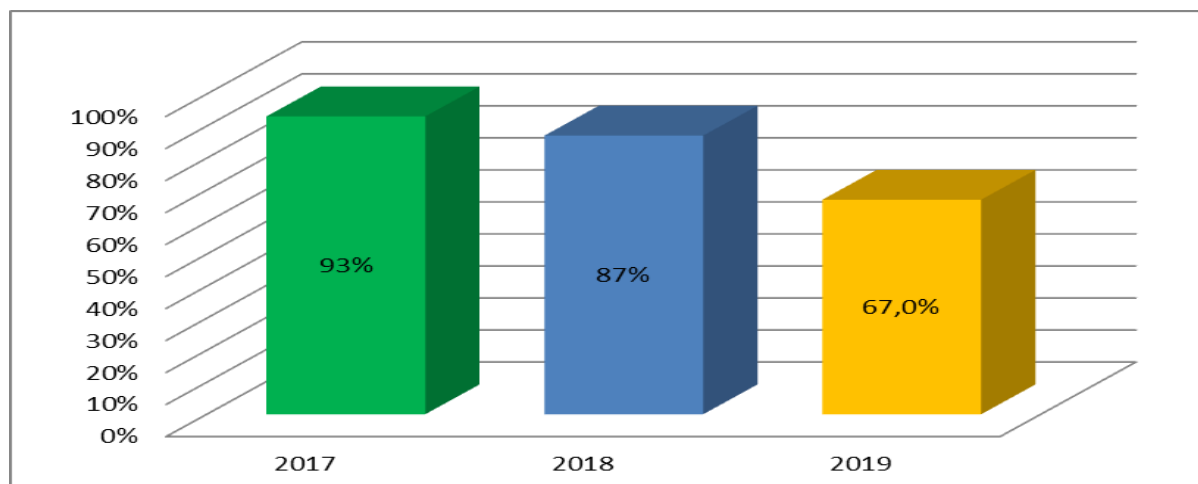
GRÁFICA 2. FACTURACIÓN POR RÉGIMEN SEDE BOGOTÁ I TRIMESTRE COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

El régimen contributivo se incrementó en un 218% con respecto a la vigencia anterior, las EPS representativas son Famisanar, Nueva EPS, Sanitas y en régimen subsidiado disminuyó en un 33%, donde la EPS Convida dejó de ser la más representativa y Medimas, Ecoopsos y Comparta son las más relevantes.

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Para la vigencia 2019 se cambió la metodología de construcción del indicador, es decir que ya no se toma la radicación con retroactividad, sino la radicación efectiva del mes vencido, de lo cual desde finales del año 2018, se ha venido trabajando en la modificación tradicional el proceso y de concientizar el equipo de facturadores y

armadores de cuentas para implementar el debido proceso de radicación generando cierre de ingresos oportunos dentro del mismo mes, y así mismo entregar un porcentaje relevante para radicar en los 15 primeros días del mes siguiente, estamos aún en proceso de ajuste gradual. La radicación de la sede Bogotá para este primer trimestre se encontró en un 67%.

TABLA 6. VALORES RADICADOS FRENTE A LA FACTURACIÓN SEDE BOGOTÁ I TRIMESTRE 2019

TOTAL FACTURADO (Facturación Niff)	26.659.311.512
Menos	
MES MARZO (Radicación Abril 19)	9.650.133.622
Total	17.009.177.890
TOTAL RADICADO	11.405.770.938
% Radicación	67,06%

Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

TABLA 7. FACTURACIÓN POR SERVICIOS SEDE ZIPAQUIRÁ I TRIMESTRE - COMPARATIVO AÑOS 2019, 2018 Y 2017

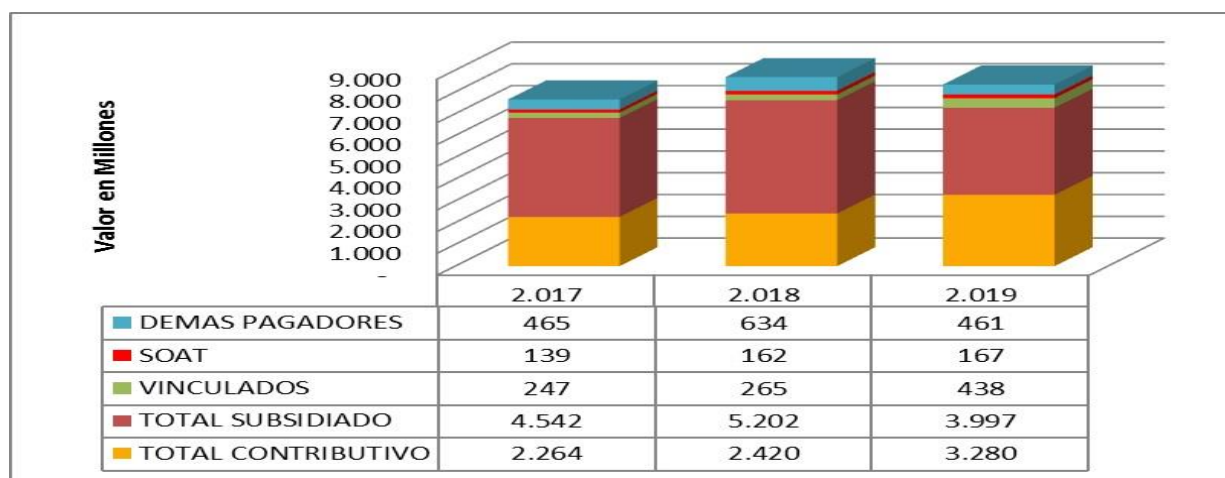
FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2017		2018		2019	
	TOTAL 2017	% Par 2017	TOTAL 2018	% Part 2018	TOTAL 2019	% Part 2019
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	\$ 549.984.336	7,2%	\$ 655.423.142	7,5%	\$ 637.431.763	7,6%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	\$ 283.559.783	3,7%	\$ 290.669.114	3,3%	\$ 214.673.651	2,6%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	\$ 370.442.903	4,8%	\$ 486.580.980	5,6%	\$ 561.172.604	6,7%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	\$ 984.989.135	12,9%	\$ 1.121.514.806	12,9%	\$ 935.570.654	11,2%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	\$ 149.961.554	2,0%	\$ 163.892.100	1,9%	\$ 166.804.954	2,0%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	\$ 913.310.189	11,9%	\$ 963.090.448	11,1%	\$ 1.028.485.245	12,3%
HOSPITALIZACION -RECIENTE NACIDOS (10)	\$ 86.607.923	1,1%	\$ 79.104.921	0,9%	\$ 88.604.609	1,1%
QUIROFANOS (11)	\$ 1.158.914.911	15,1%	\$ 1.250.096.553	14,4%	\$ 1.144.299.412	13,7%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	\$ 973.746.866	12,7%	\$ 1.348.412.840	15,5%	\$ 1.272.129.261	15,2%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	\$ 488.480.311	6,4%	\$ 672.455.071	7,7%	\$ 588.577.113	7,1%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	\$ 61.618.100	0,8%	\$ 80.613.900	0,9%	\$ 67.563.403	0,8%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	\$ 437.171.944	5,7%	\$ 498.104.336	5,7%	\$ 363.350.512	4,4%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	\$ 110.949.766	1,4%	\$ 125.804.501	1,4%	\$ 139.531.076	1,7%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	\$ 62.547.200	0,8%	\$ 76.638.200	0,9%	\$ 75.929.601	0,9%

APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	\$ 188.366	0,0%	\$ -	0,0%	\$ 4.089.510	0,0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	\$ 376.357.505	4,9%	\$ 236.672.071	2,7%	\$ 578.022.632	6,9%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	\$ 12.310.978	0,2%	\$ 22.038.100	0,3%	\$ 23.078.518	0,3%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	\$ 345.575.596	4,5%	\$ 415.202.878	4,8%	\$ 298.265.200	3,6%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	\$ 91.299.732	1,2%	\$ 82.325.927	0,9%	\$ 75.793.854	0,9%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	\$ 71.979.900	0,9%	\$ 87.922.500	1,0%	\$ 80.288.000	1,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	-\$ 193.426.878	-2,5%	\$ -	0,0%	\$ -	0,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	\$ 320.618.364	4,2%	\$ 26.491.836	0,3%	\$ -	0,0%
Total Facturación Modulo (43)	\$ 7.657.188.483	100,0%	\$ 8.683.054.225	100,0%	\$ 8.343.661.571	100,0%
Promedio mensual	\$ 2.552.396.161		\$ 2.894.351.408		\$ 2.781.220.524	

Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Se evidencia una disminución de Ventas de servicios en un 4% con respecto a la vigencia anterior, donde varios centros de costos se han impactado tales como Urgencias, Consulta de Medicina Especializada, Imagenología, Ambulatoria Promoción y Prevención.

GRÁFICA 4. FACTURACIÓN POR RÉGIMEN SEDE ZIPAQUIRÁ I TRIMESTRE COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017

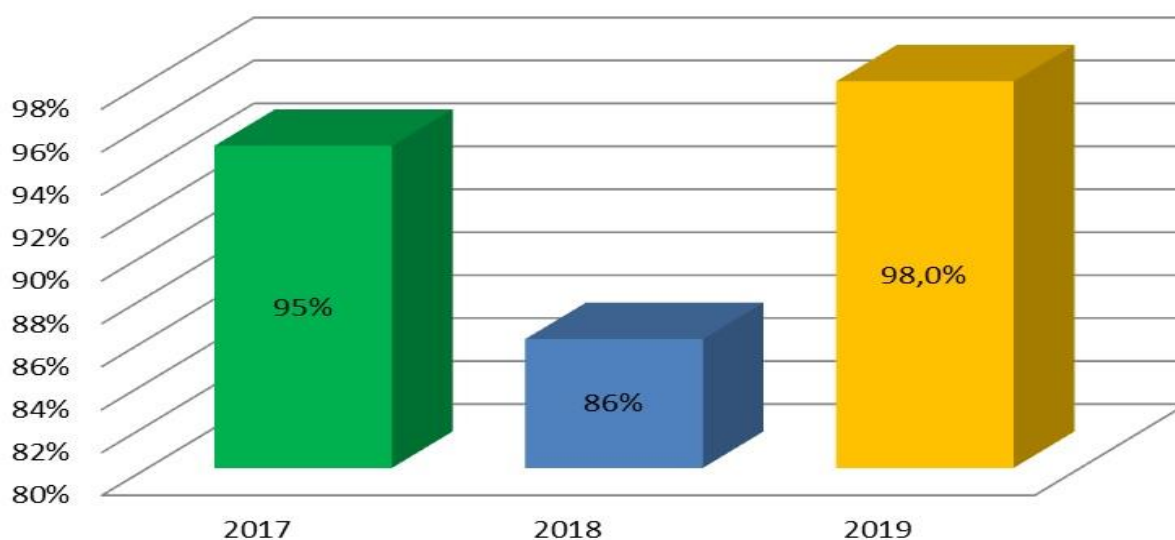


Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

En el régimen contributivo representa un incremento del 36.4% con respecto a la vigencia anterior del primer trimestre y en el Régimen Subsidiado un 23% de la cual disminuyó, sobre el total de ventas en el régimen

contributivo las principales EPS son: Famisanar, Medimás, Nueva EPS, En el régimen Subsidiado la principal, Ecoopsos, Comparta y la disminución significativa de la EPS Convida del 40% que era nuestro principal pagador.

GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE RADICACIÓN SEDE ZIPAQUIRÁ I TRIMESTRE COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

La radicación del primer trimestre de la sede Zipaquirá se encontró en un 98.0%.

TABLA 8. VALORES RADICADOS FRENTE A LA FACTURACIÓN SEDE ZIPAQUIRÁ I TRIMESTRE 2019

TOTAL FACTURADO (Facturación Niff)	8.343.661.571
Menos	
MES MARZO (Radicación Abril 19)	3.192.766.016
Total	5.150.895.555
TOTAL RADICADO	5.040.282.005
% Radicación	97,85%

Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

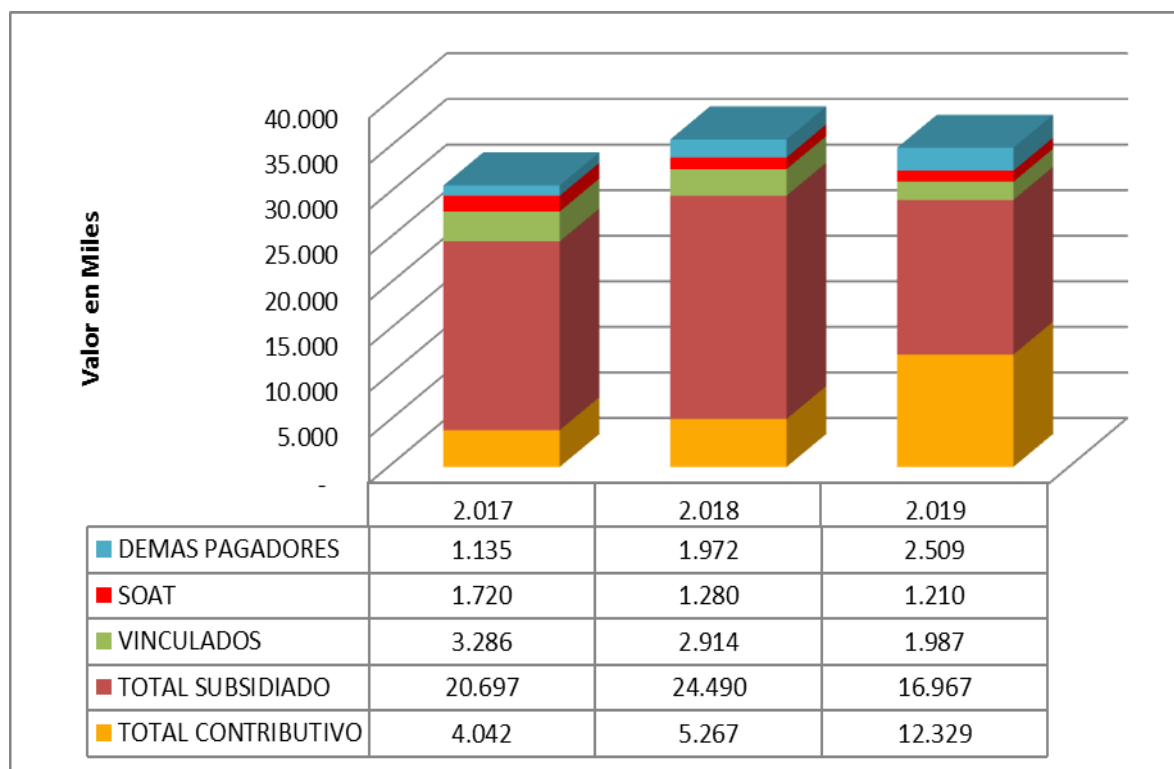
TABLA 9. FACTURACIÓN POR SERVICIOS CONSOLIDADO I TRIMESTRE - COMPARATIVO AÑOS 2019, 2018 Y 2017

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2017		2018		2019	
	TOTAL 2017	% Par 2017	TOTAL 2018	% Part 2018	TOTAL 2019	% Part 2019
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	\$697.572.460	2,30%	\$853.454.249	2,40%	\$871.684.552	2,50%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	\$1.114.886.226	3,60%	\$1.755.451.785	4,90%	\$1.426.628.665	4,10%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	\$417.633.878	1,40%	\$486.657.580	1,40%	\$561.197.404	1,60%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	\$2.733.025.426	8,90%	\$2.887.089.505	8,00%	\$2.719.442.106	7,80%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	\$149.961.554	0,50%	\$163.892.100	0,50%	\$166.804.954	0,50%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	\$4.167.956.397	13,50%	\$5.348.476.407	14,90%	\$3.840.915.473	11,00%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	\$744.891.767	2,40%	\$1.303.221.126	3,60%	\$604.876.284	1,70%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	\$481.144.931	1,60%	\$786.928.688	2,20%	\$375.376.719	1,10%
HOSPITALIZACION -RECEN NACIDOS (10)	\$770.579.920	2,50%	\$949.436.322	2,60%	\$972.834.757	2,80%
QUIROFANOS (11)	\$4.354.416.099	14,10%	\$4.068.661.477	11,30%	\$4.325.175.917	12,40%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	\$2.665.370.070	8,60%	\$3.430.851.338	9,60%	\$3.339.772.569	9,50%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	\$2.937.029.475	9,50%	\$3.832.217.958	10,70%	\$4.548.816.713	13,00%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	\$239.064.440	0,80%	\$260.275.955	0,70%	\$280.867.971	0,80%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	\$1.524.608.986	4,90%	\$1.749.829.149	4,90%	\$1.511.919.206	4,30%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	\$525.199.375	1,70%	\$652.891.777	1,80%	\$706.647.463	2,00%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	\$499.240.062	1,60%	\$750.425.209	2,10%	\$841.496.893	2,40%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	\$84.938.080	0,30%	\$103.363.428	0,30%	\$116.919.263	0,30%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	\$5.662.336.542	18,30%	\$5.857.015.623	16,30%	\$6.974.597.982	19,90%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	\$50.908.948	0,20%	\$71.773.584	0,20%	\$103.329.889	0,30%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	\$345.575.596	1,10%	\$415.234.478	1,20%	\$298.265.200	0,90%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	\$72.701.500	0,20%	\$88.029.500	0,20%	\$80.803.500	0,20%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	\$91.299.732	0,30%	\$82.325.927	0,20%	\$75.793.854	0,20%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	\$193.426.878	0,60%	\$ -	0,00%	\$258.805.749	0,70%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	\$356.394.817	1,20%	\$26.491.836	0,10%	\$ -	0,00%
DEVO. REBAJAS Y DESTO EN VENTAS S. (DB)		0,00%	\$ -	0,00%	\$ -	0,00%
TOTAL (cuenta 43)	\$30.880.163.159	100,00%	\$35.923.995.002	100,00%	\$35.002.973.083	100,00%
PROMEDIO MENSUAL	\$10.293.387.720		\$11.974.665.001		\$11.667.657.694	

Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

El promedio de ventas se redujo en un 3%, con respecto a la vigencia anterior del primer trimestre, los servicios que impactaron ésta disminución fueron Hospitalización, UCI, Consulta de Medicina Especializada y promoción y Prevención.

GRÁFICA 6. FACTURACIÓN POR RÉGIMEN SEDE CONSOLIDADO I TRIMESTRE COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017



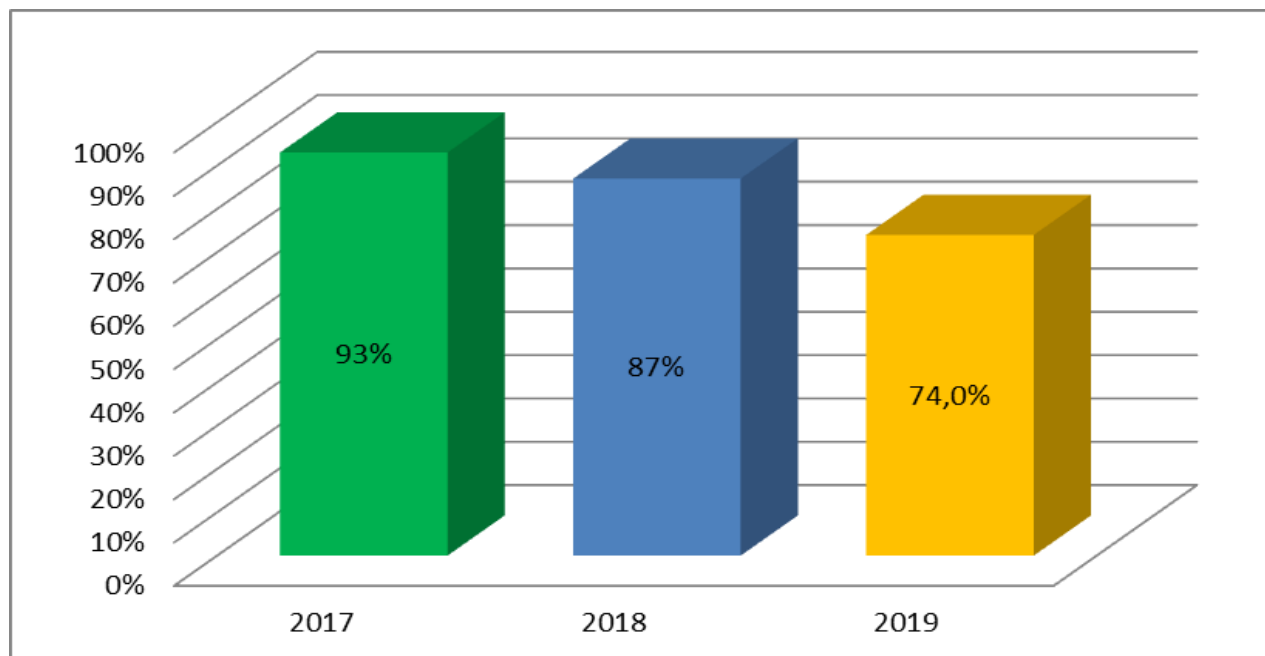
Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

En el Régimen Contributivo representa el 134% evidencia un aumento con respecto a la vigencia anterior, donde las EPS más representativas son Famisanar, Medimás, Nueva EPS, Salud Total.

En el Régimen Subsidiado representa una disminución total del 31% con respecto a la vigencia anterior, las principales EPS es Ecoopsos y Comparta con aumento considerable, Con Convida que era nuestro principal pagador se redujo en un 55%.

La Secretaria de Salud de Cundinamarca se redujo en un 31%, el pagador de población vinculada más representativo es el Fondo Financiero Distrital, En accidentes de tránsito la principal aseguradora Seguros del Estado.

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

El proceso de radicación para el tercer trimestre de la vigencia 2019, se cierra con un total de 74,0% este valor se calcula de la siguiente manera:

TABLA 10. VALORES RADICADOS FRENTE A LA FACTURACIÓN CONSOLIDADO I TRIMESTRE 2019

TOTAL FACTURADO NIF 2018	35.002.973.083
Menos:	
MES MARZO (Radicación Abril 19)	12.842.899.637
Total	22.160.073.446
TOTAL RADICADO	16.446.052.943
% Radicación	74,21%

Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

La radicación consolidada se encuentra en un 74.21%. La nueva metodología de radicación es exigible para normalizar la radicación oportuna con el cierre de ingresos al 100%, para que las cuentas se pasen para su

radicación antes de los 15 primeros días del mes siguiente. Actualmente se desarrolla el ajuste gradual para lograr el cumplimiento del PAS.

3.3.3 Objeciones y glosas

Al cierre del I trimestre de 2019 las cifras muestran claramente que los planes de mejoramiento en ejecución, conllevaron a estándares de mayor oportunidad, disminución marcada en saldos, gestión de glosa y devoluciones con tendencia al incremento en las conciliaciones y glosa tramitada, menor valor en glosa pendiente por ingresar, son referentes de una gestión más óptima y un resultado positivo dentro del área.

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

- Socialización de los motivos de glosa y devolución, el cual se ha desarrollado con éxito y ha sido ampliado nuestro campo de acción a área claves como Facturación, Autorizaciones, Farmacia, Auditoria Concurrente y Cirugía.
- Ingreso de la glosa y las devoluciones de manera más oportuna y se cuenta con inventario actualizado de la glosa recepcionadas a través de medios magnéticos y páginas WEB, permitiendo acciones e intervenciones de efectividad y oportunidad, se cuenta con archivo digital actualizado a la fecha.
- Se inició pruebas con SYAC, para lograr la migración masiva –archivos planos en el ingreso de la glosa y las conciliaciones, buscando impactar tiempos, operación y talento humano; que dificultaba la oportuna entrega de actas a cartera y al interior del área tiempos más prolongados en la acción.
- Desarrollo de capacitaciones y talleres con participación del personal del área; dando cumplimiento al 100% del cronograma que busca aporte a formación y activación de competencias mejorando el impacto en la respuesta a glosa, el correcto alistamiento de las conciliaciones y calidad en respuestas e integridad.
- Dimos continuidad a los ciclos de conciliación y acuerdos contractuales con ERP claves, manteniendo al día o buscando no tener atraso, sin embargo nuestro impacto será oportunidad y calidad en la primera respuesta con garantía de reconocimiento en primeras estancias.

Dentro del saneamiento responsable y conciliación de la glosa y devoluciones, incrementamos y avanzamos en el ciclo conciliatorio, de respuesta y cierre de vigencias anteriores con las diferentes ERP, al finalizar Febrero de 2019 registramos un acumulado desde Octubre de 2018 conciliado por una cifra de \$ 25.194.642.027 que disminuye la glosa en trámite o en gestión y se mantiene el rango de aceptación al final del proceso inclusive con decrecimiento respecto al último trimestre, con impacto importante en la operatividad.

Se realizó un cruce de la información de los módulos, encontrando que las facturas en estado Cobro Jurídico y Ratificaciones presentaban estados diferentes al real en Objeciones y por esto se procedió la depuración y actualización en el módulo DGH-Cartera- Objeciones.

Es importante monitorear y hacer seguimiento a las ratificaciones, con el fin de analizar y aplicar las acciones correctivas, con socialización individualizada a cada técnico de Objeciones, todo en un marco de disminución de este estado por la connotación del mismo; se tendrá en cuenta los casos analizados imputables a la respuesta inicial que no sustento o no subsano la devolución o glosa inicial formulada por la ERP.

✓ 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 continuo con el ciclo de saneamiento de las devoluciones con NUEVA EPS y ya en dos reuniones logramos conciliar y definir una cifra cercana a los \$ 450 Millones de \$ 1.500 acumulados, que pasan a reconocimiento; mencionando que son facturas de vigencias 2013 a 2017.
- ✓ Se ajustó y se puso en marcha y funcionabilidad del modelo de pre auditoría técnica y administrativa con base en la pre factura y actualización de cuentas, buscando detectar posibles glosas, sub sanarlas e impactar el saldo en pacientes acostados con incremento al cierre del valor, aportando oportunidad en la facturación, disminuyendo las anulaciones y gestionando conjuntamente actividades con los facturadores.
- ✓ Se dio continuidad a la socialización de motivos de glosa y devoluciones al Líder del proceso de Facturación con la finalidad, que pueda proponer y adoptar las medidas de mejoramiento en temas imputables al proceso (Autorizaciones, Requisitos factura, Soportes, Aplicación Decreto 2423 etc.)
- ✓ Se continuo con la entrega oportuna y dinámica de las devoluciones por no radicación al área de Facturación, para que en el menor tiempo posible se controle, gestione y no se registre como glosa ya que se consideran conceptos no inherentes a objeciones, al contrario definidos como imputables a la operación de Facturación.
- ✓ Se desarrollaron tres reuniones de seguimiento al proceso de NO POS con el área de Farmacia y autorizaciones, para dar continuidad a la entrega de las actas y cumplimiento al inicio obligatorio de MIPRES – modelo integrado en los dos regímenes a partir del 1 de Marzo de 2019, de no ejecutarse existirá alta probabilidad de glosa por tecnologías NO POS e incumplimiento en el envío de información y cierre de eventos.

Adicional a lo anterior, es importante mencionar:

Se implementó para este trimestre la notificación y seguimiento a las devoluciones reportadas pero que no cuentan con entrega al HUS del físico por parte de las diferentes ERP y se ejecutará circularización formal con correo o derechos de petición, para que se realice el envío, evitando la reconstrucción de facturas periódica innecesaria, exigiendo a las EPS especialmente la aplicación normativa, con la entrega del físico de la devolución.

Objeciones y Glosas Bogotá:

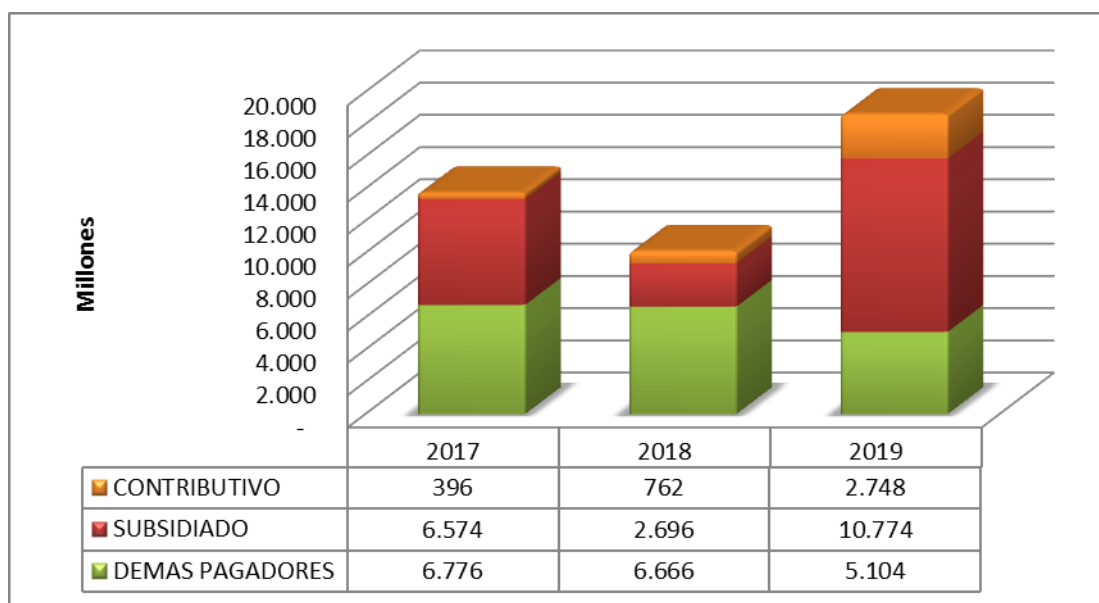
GRÁFICA 8. VALOR GLOSA RADICADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Los conceptos de glosa y devoluciones radicadas ante el HUS en la Sede Bogotá al cierre del I trimestre presentan un crecimiento frente a la vigencia anterior; principalmente por el ingreso de las conciliaciones y nueva glosa presentada por las diferentes ERP, dentro de las causas y conceptos analizados se presenta así:

Otros Pagadores presentan disminución en glosa y devoluciones para el trimestre, como causal principal es ausencia de devoluciones de la ADRES, no inicio de auditoria y glosa con Secretaria de Salud de Cundinamarca; como principales y de mayor participación ordinaria mes, los conceptos hacen referencia a la falta de actas NO POS, soportes y pertinencia; con Aseguradoras y ADRES por atención a víctimas de Accidentes de Tránsito el concepto continua siendo estructural por el incorrecto diligenciamiento y transcripción de datos en FURIPS, la línea de pago asignada y la aplicación incorrecta del Decreto 2423.

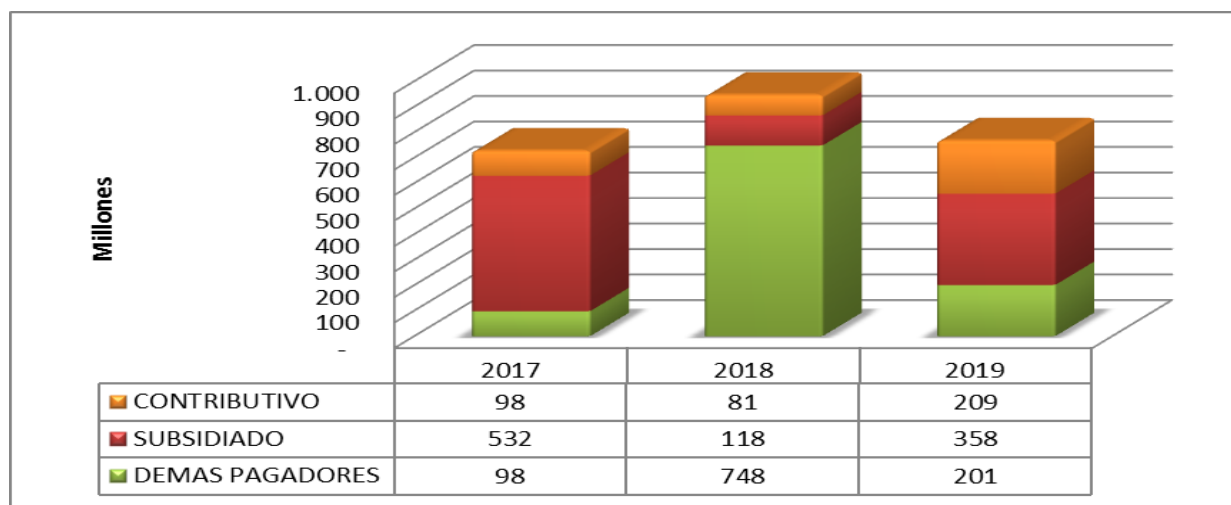
En régimen Subsidiado, Convida EPS, Capresoca EPS, Mallamas EPS y Comparta EPS, generan un entorno importante de glosa y devolución por cierre de ciclos de conciliación a 31 de Diciembre de 2018, importante anotar que Convida EPS reporto auditoria retrospectiva y nos castigó con elevados montos (\$3.900 Millones) de glosa por los periodos en atraso y que debieron ser ingresados y gestionados en el mes de Febrero especialmente, los conceptos de glosa dentro de este mercado se enfocan en; ausencia total o parcial de la Autorización, ausencia de actas NO POS, tarifa, soportes y pertinencia respectivamente.

Con régimen contributivo se desarrolló avances importantes y acercamientos para conciliación especialmente con Famisanar EPS y NUEVA EPS, SURA EPS y Salud Total EPS dentro de las priorizadas, esto permitió el ingreso de la glosa y respuesta producto de la misma, impactando el ingreso pero con beneficios paralelos en la glosa gestionada.

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

Otro factor importante para el crecimiento de la glosa recibida se da; por los avances realizados para ser más oportunos en la recepción e ingreso incluyendo plataformas y correo electrónico más la inoportunidad de las diferentes ERP en la presentación de glosa al HUS, aun así se logró disminuir de manera marcada lo pendiente y mantener el inventario actualizado con la re definición de nuevas estrategias según condiciones y volúmenes.

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

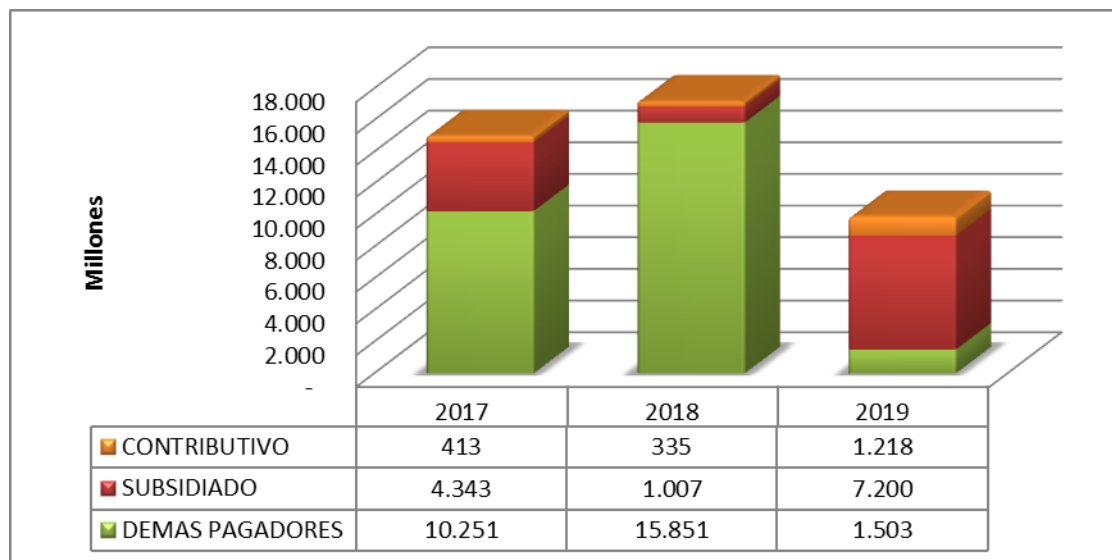
La aceptación presentada decrece frente a la vigencia anterior con homogenización por mercado ya que la estrategia de conciliación y respuesta se da por ERP, por monto y por vigencia, es importante resaltar que a mayor glosa recibida, mayor gestión en la respuesta y disminución de glosa pendiente o en trámite, manteniendo los estándares de aceptación dentro del indicador Institucional; sin embargo el Régimen Subsidiado reporto mayor índice de aceptación por mayor notificación de glosa en el periodo aun así se mantuvo un frente a gestión ante Capresoca EPS, Mallamas EPS, Unicajas EPS, Ecoopsos EPS y Salud Vida EPS entre otras, dejando base documental con las respectivas actas de cierre.

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

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

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

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Con el análisis previo en el consolidado de la glosa en trámite, la sede Bogotá presenta un comportamiento claro de gestión ya mencionada, la estabilización y disminución final de la cifra de glosa en proceso para este trimestre, demuestra con decrecimiento claro frente a otras vigencias que el proceso de gestión por el área ha sido mayormente efectivo.

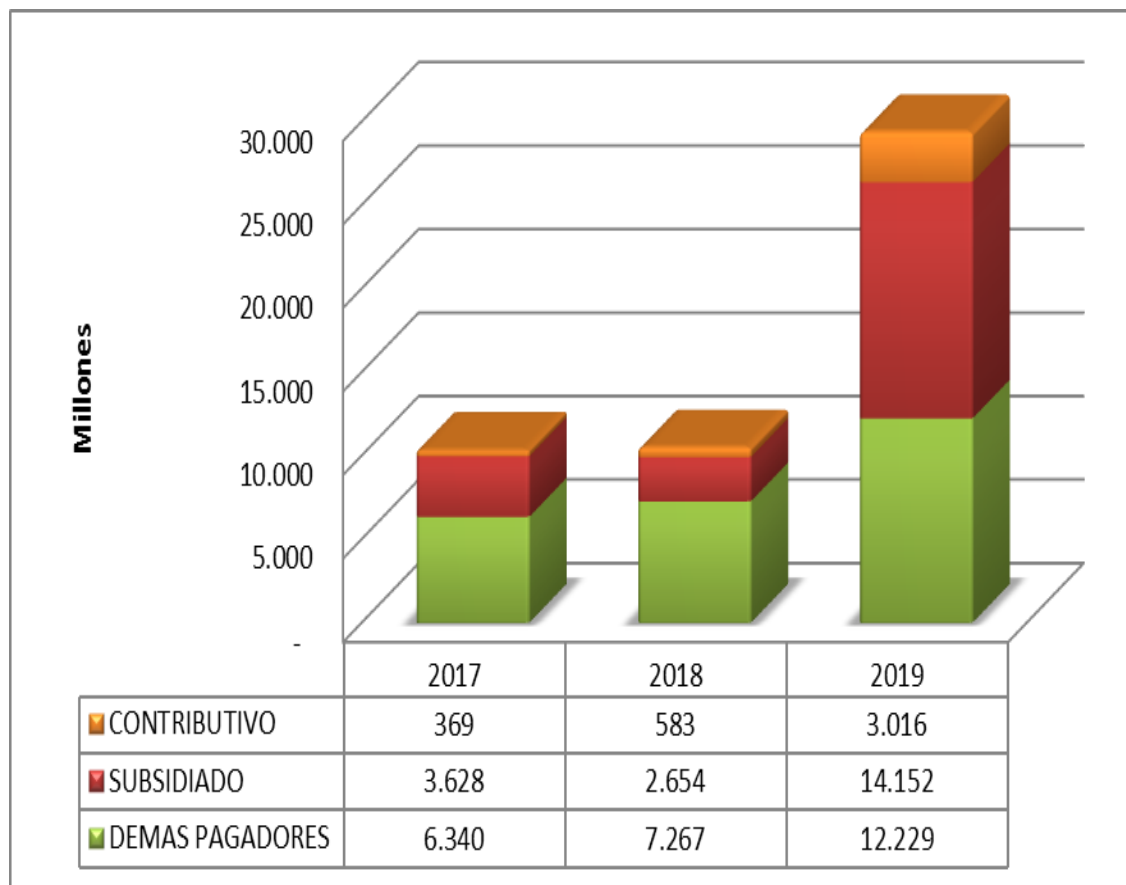
A pesar de lograr estos avances claros, la oportunidad en el ingreso, las respuestas y las conciliaciones se ha convertido en un ejercicio que demanda tiempo y trabajo operativo, disminuyendo la oportunidad de entrega inmediata al área de cartera para la confirmación de las facturas.

Por lo anterior, se logró avanzar en pruebas de cargue masivo en el sistema DGH DEMO con excelentes resultados, se continuará en los simulacros previos hasta lograrlo en un % y así impactar en oportunidad que a pesar de estar o tener las actas al cierre de trimestre, se quedan facturas en esta transición de confirmación (Ejem: Ecoopsos EPS que cierra con conciliación completa mediante acta y a corte del trimestre tiene un saldo en glosa de \$ 4.300 Millones aproximadamente que no han sido posible confirmar en el área de Cartera por la volumetría).

A lo anterior, complementamos que la validación juiciosa de las cifras y módulos nos ha permitido programar y hacer ajustes responsables dentro del módulo, especialmente al aclarar los valores y ERP que estaban en proceso o cobros jurídicos y las ratificaciones ya gestionadas sin descargar del módulo, llevando la operación cada vez más a la exactitud.

Debemos continuar con seguimiento de ERP como; Coomeva EPS, Medimas EPS y Famisanar EPS dentro de las más representativas en contributivo, Comparta EPS, Capresoca EPS, Ecoopsos EPS y Convida EPS en el Régimen Subsidiado; ADRES y Entes Territoriales en otros pagadores para priorizar la gestión y llevarlas y/o mantenerlas al día.

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



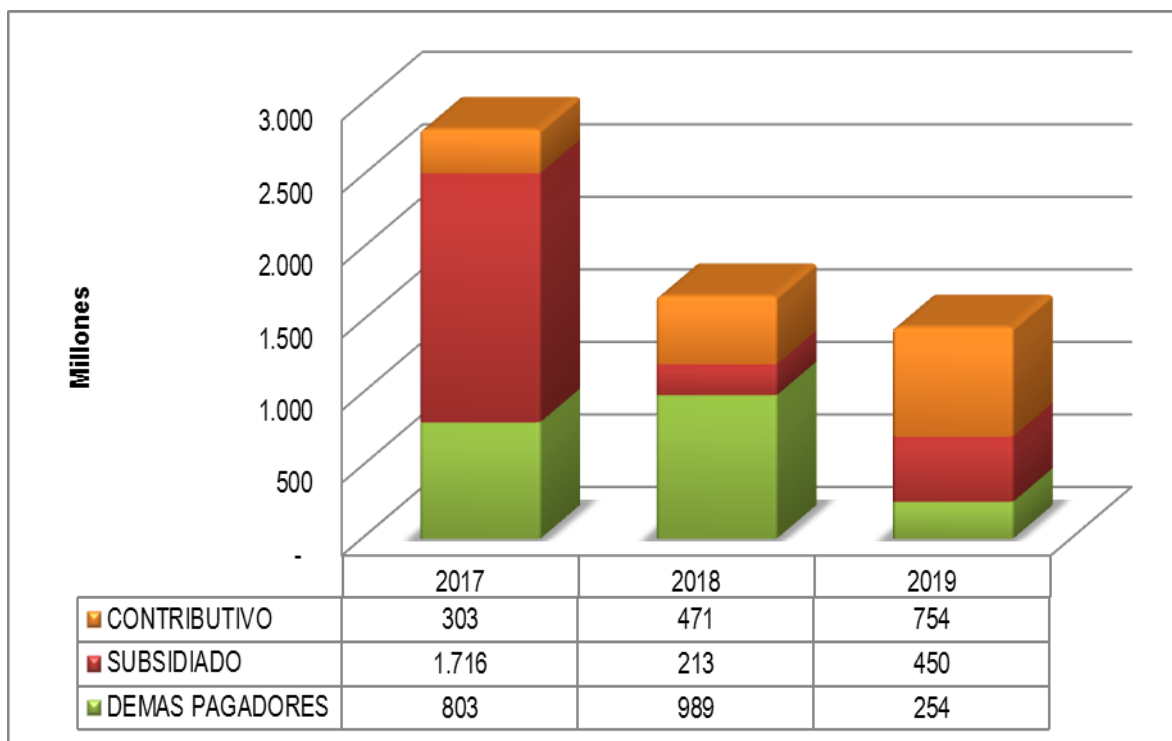
Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

El aumento marcado en la glosa tramitada o gestionada por el grupo de Objeciones, corresponde a un resultado efectivo, coherente y de proceso para el I trimestre del 2019 con incremento de la respuesta en primera estancia y la conciliación posterior de ser necesaria; la propuesta de estar al día con diferentes ERP ya mencionadas, impactando en la gestión de la glosa tramitada.

Con intervención efectiva hacia otros pagadores como ADRES, se logró tramitar respuesta y presentación de reclamaciones devueltas por una cifra cercana a los \$3.000 mil millones, con Famisanar EPS una resolución de \$ 1.100 Millones en glosa y \$1.300 Millones de devoluciones en proceso, Capresoca registró glosa conciliada por \$ 869 millones, con NUEVA EPS tuvimos avances importantes en gestión de devoluciones acumuladas por \$ 1.500 Millones y glosa conciliada por \$ 650 Millones, MEDIMAS EPS se concilio \$515 Millones, Ecoopsos EPS \$546 Millones, entre otras; se programó en conjunto un cierre de la operación con corte a 31 de Diciembre de 2018, se continuara con todos los esfuerzos grupales para mantener un escenario resolutivo y reforzar la oportunidad y calidad en la primera respuesta, alistamiento óptimo de conciliaciones y saneamiento responsable de vigencias anteriores (2004 -2015).

Objeciones y Glosas Zipaquirá

GRÁFICA 12. VALOR GLOSA RADICADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF ZIPAQUIRÁ



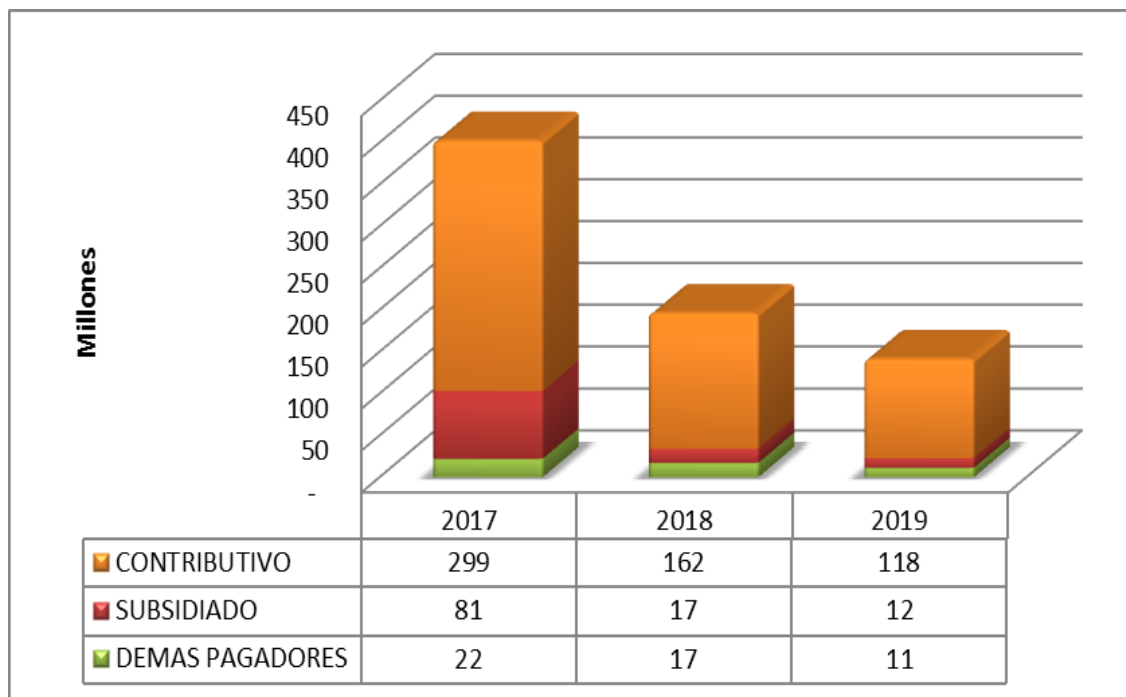
Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

En la UF de Zipaquirá decrece en términos de radicación de glosa por las deferentes ERP al HUS, mostrando tendencias equilibradas en los diferentes regímenes, con mayor atención hacia el Régimen Contributivo y monitoreando el comportamiento de notificación oportuna de las diferentes ERP; ya que al cierre podemos indicar que no se ha procesado toda la auditoria externa de cuentas para este I trimestre de vigencia, importante el decrecimiento en glosa recibida por otros pagadores y la depuración previa de asignar cada E.R.P/Régimen a su tipo de mercado exacto.

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

En Régimen Subsidiado, el incremento se da por Convida EPS que nos radico glosa en el mes de Febrero y otros pagadores como Secretaria de Salud de Cundinamarca y ADRES especialmente que no han presentado glosa o devoluciones regulares para este periodo.

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

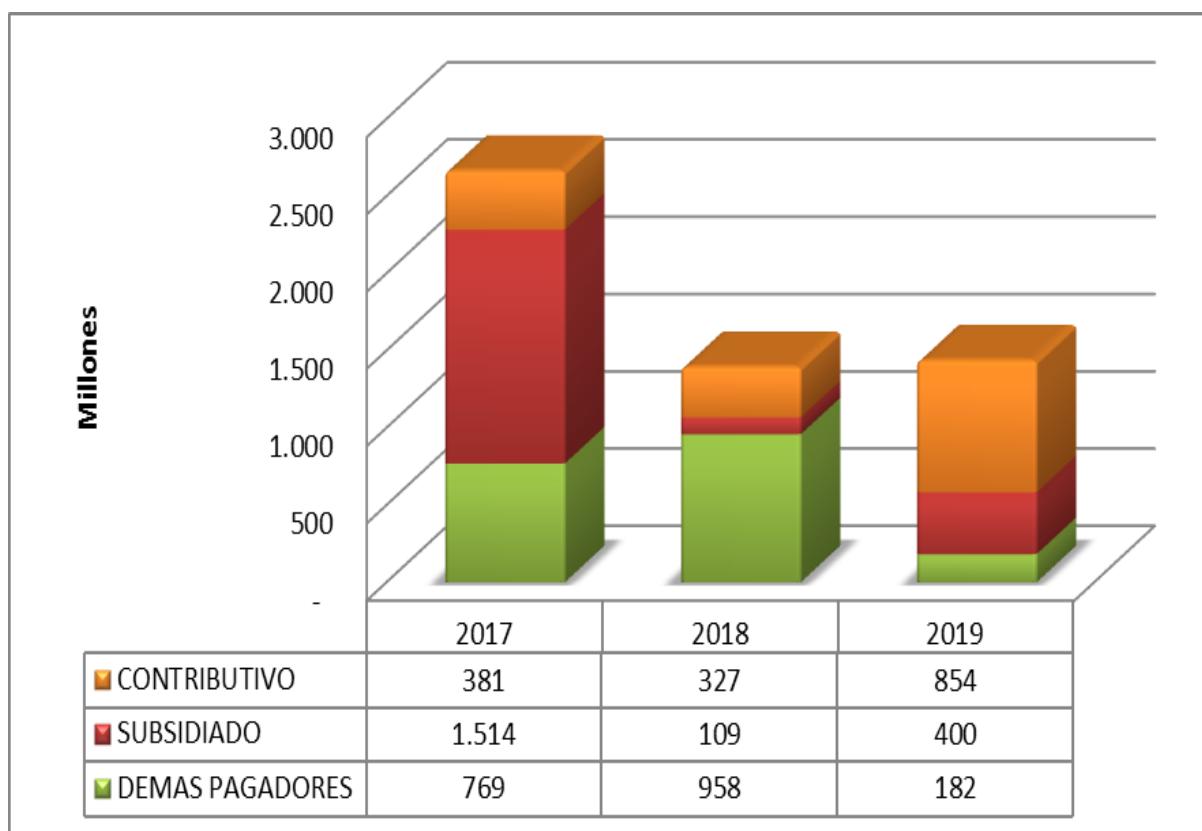
La tendencia de aceptación de glosa disminuye marcadamente respecto a las vigencias anteriores, a pesar de los avances en la conciliación que incluyo facturación representativa de la UF de Zipaquirá, nos mantenemos en los rangos Institucionales con decrecimiento y tendencia de regularización de la operación, escenario muy positivo en términos de resultado.

Mencionamos a Famisanar EPS, Salud Total EPS, Sanitas y Sura EPS en régimen contributivo como las EPS que más acceso nos has brindado a las conciliaciones; y propuestas de cierre como mínimo a vigencia 2018.

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 solo hasta el mes de Febrero recibimos glosa retrospectiva de parte de esta ERP.

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

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

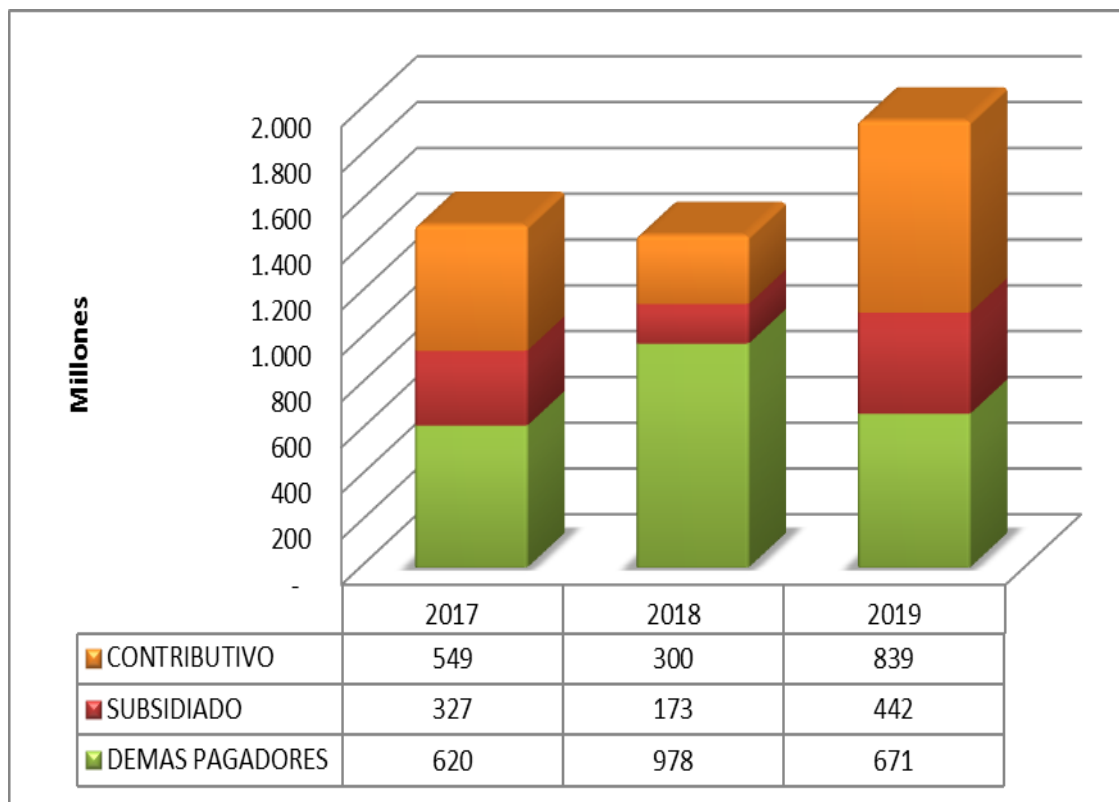


Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Con el análisis previo de la glosa en trámite la UF Zipaquirá para este trimestre, presenta un comportamiento de incremento leve frente a la vigencia anterior especialmente en el régimen contributivo y Subsidiado y disminución de otros pagadores, es vital, continuar con planes de respuesta y conciliación oportuna con: Nueva EPS y Coomeva EPS, Famisanar EPS y SURA EPS en contributivo, Ecoopsos EPS y Convida EPS en régimen subsidiado y mayor gestión a Aseguradoras y ADRES con integración de la UF en los planes de puesta al día por ERP y cierres de periodo.

Dentro de los planes estructurados en campo, las acciones preventivas que se desarrollaron en esta UF y las medidas en atención oportuna a nuestros requerimientos con el envío de la base documental solicitada para las conciliaciones y radicación de respuesta a glosa, permitieron mayor impacto en la disminución de los saldos en trámite, entendiendo que nuestro histórico refiere problemas operativos con las autorizaciones, las actas NO POS o MIPRES y el inadecuado manejo en las reclamaciones por atención a víctimas de accidente de tránsito-SOAT, efectos que nos dan irregularidad en el cumplimiento de la respuesta y menor capacidad para subsanar las Objeciones en primer ciclo de respuesta.

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

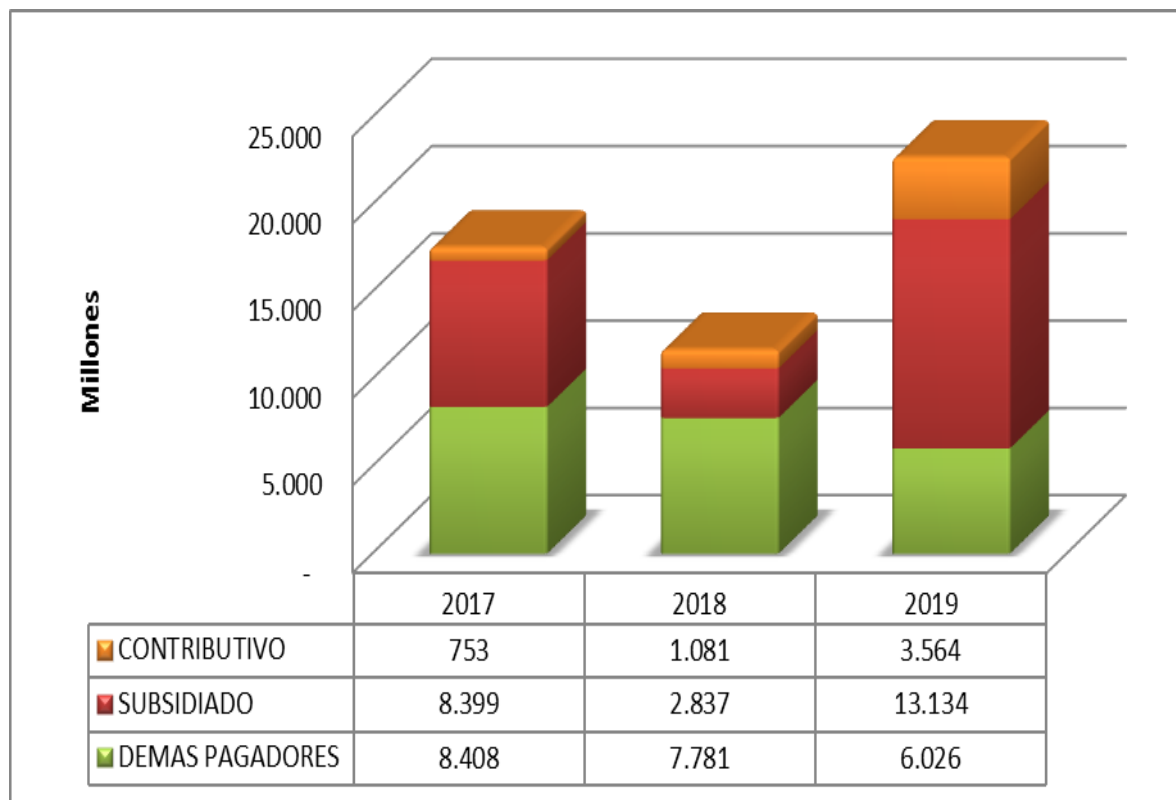
Para el régimen contributivo de acuerdo a tendencias ya explicadas en el ingreso se presentó un incremento importante en glosa tramitada con respecto al mismo periodo de la vigencia 2018, ejercicio esperado como efectividad en lo planeado y mejores resultados al cierre.

Resaltamos los avances con NUEVA EPS y Famisanar EPS y SURA EPS especialmente en contributivo y Subsidiado Ecoopsos EPS, Convida EPS Unicajas EPS y Capresoca EPS.

En otros pagadores, la gestión con Aseguradoras y ADRES impactaron positivamente el resultado, aun con las dificultades de proceso con la UF.

Por lo anterior, a pesar de ser un excelente resultado por la gestión a glosa en respuesta y conciliación incluidas las devoluciones, debemos continuar con planteamientos de cierre de vigencias y montos, con acciones preventivas en la UF Zipaquirá importantes para ir cerrando el ciclo con disminución en el ingreso de glosa y logrando la estabilización con menor valor de la glosa en proceso o gestión e incremento en la tramitada; un cierre del I Trimestre mayormente efectivo.

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

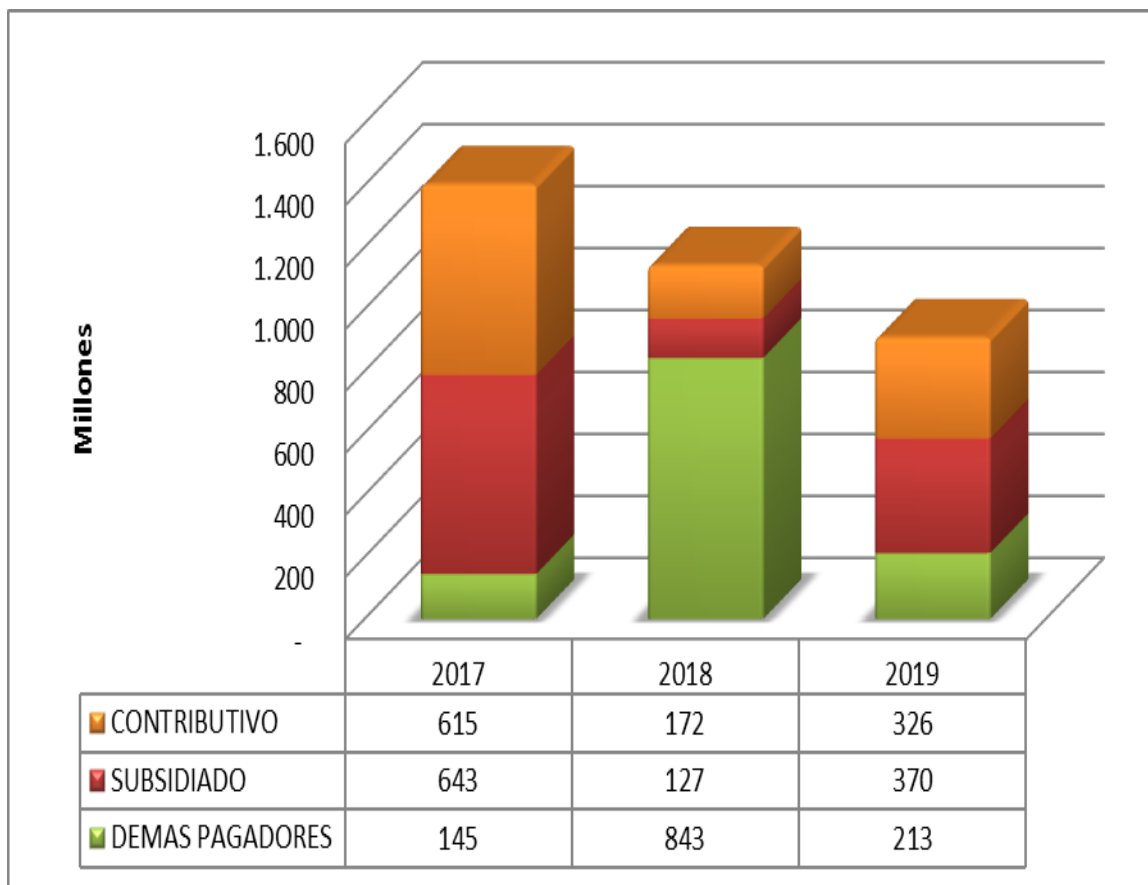
Para el I trimestre del 2019 como ya se explicó al detalle frente al resultado en sede Bogotá y UF Zipaquirá, el incremento en la recepción de glosa y devoluciones al HUS se fundamentó principalmente por el resultado técnico de ingreso de las conciliaciones, depuración del correo Institucional, acceso permanente a páginas WEB y disminuir el tiempo del ingreso más el inventario en herramienta electrónica con última actualización al 30 de Marzo de 2019.

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

Otro factor importante externo, es la inoportunidad en la presentación de las Objeciones por parte de las diferentes ERP no cumpliendo con los tiempos normativos y acumulando auditorías externas a cuentas, impactando el resultado.

Lo importante es continuar con el modelo preventivo en áreas claves como Facturación, Autorizaciones, Auditoría Concurrente y Farmacia; que de manera directa generan las glosas y/o devoluciones, de igual manera re ajustar los lineamientos de auditoría desde cuentas médicas y enfocar todos los esfuerzos de la auditoría técnica y administrativa en hallazgos preventivos con gestión e intervención.

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



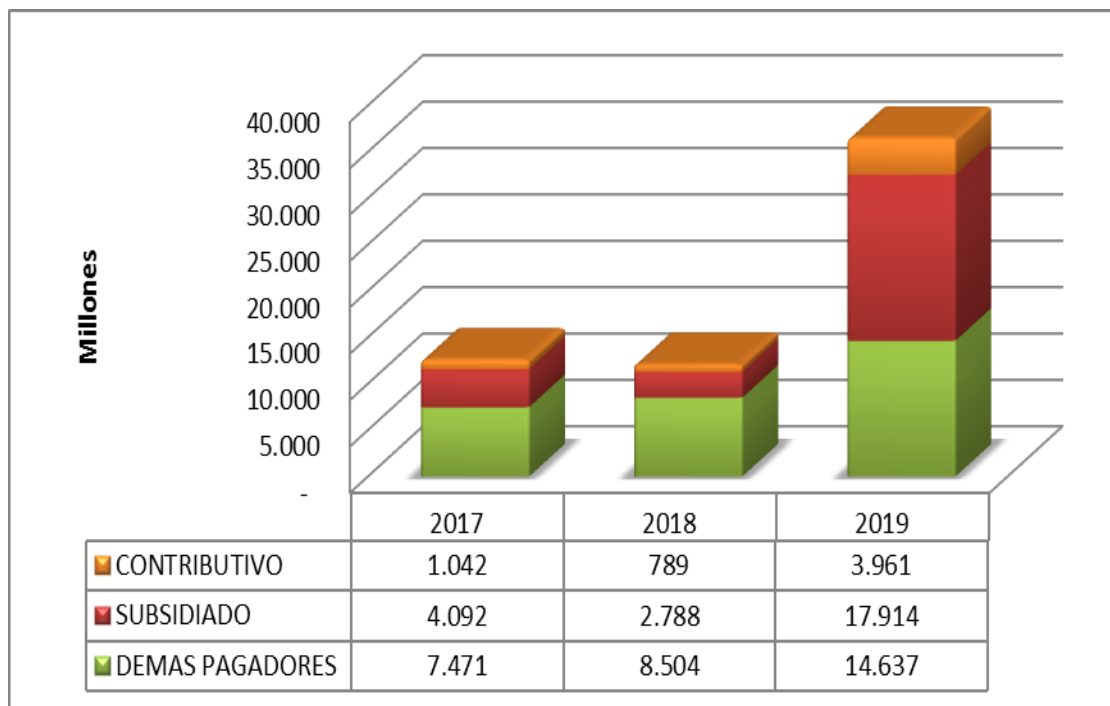
Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Al cierre del trimestre se realizó un trabajo programado de persistencia en cuanto al fortalecimiento de las conciliaciones, mejorar el ingreso de la glosa y generar un escenario de respuesta inicial a Objeciones, siendo óptimo el resultado ya que al tener una operación más al día, con mayor índice de gestión, se logra mantener el estándar Institucional de aceptación en el **3.4%** y la tendencia se vuelve homogénea por tipo de mercado, previo ajuste por ERP-Régimen y Mercado más exacto ya explicado en informes anteriores.

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

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

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

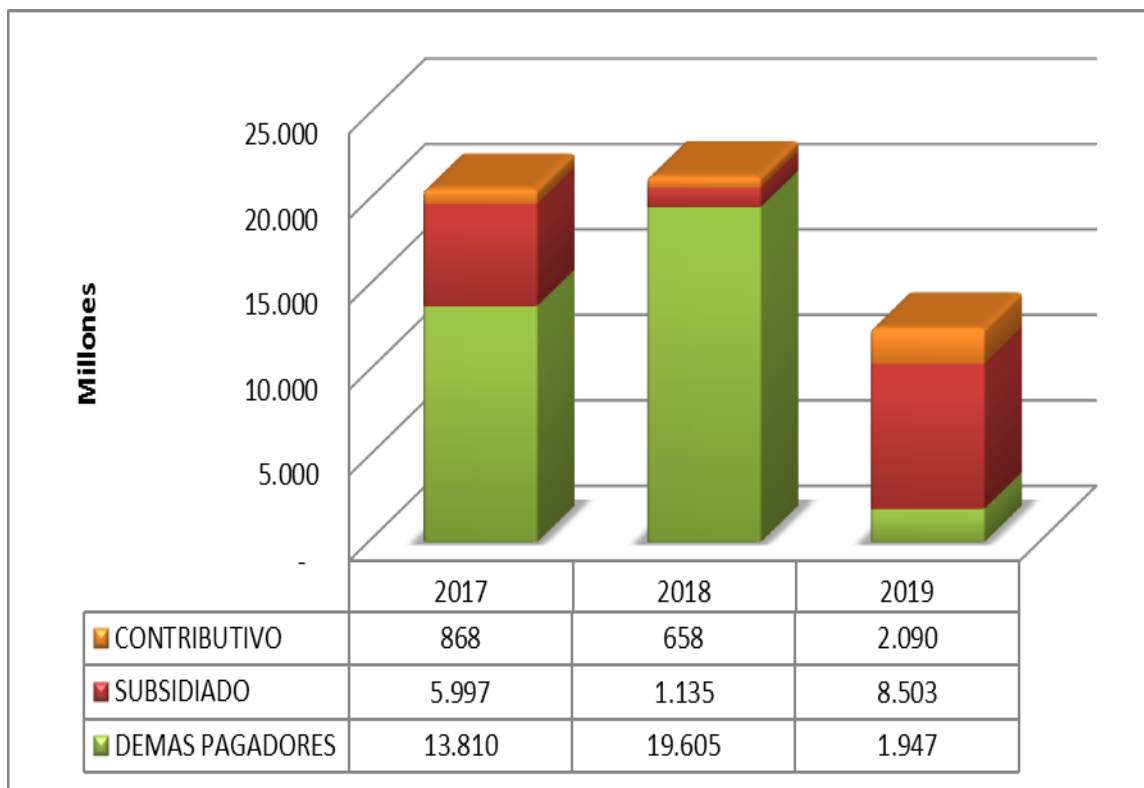
El crecimiento en la glosa tramitada para el I trimestre 2019 frente a las vigencias anteriores mismo periodo, se complementa a lo explicado en las gráficas anteriores, mayor ingreso de glosa, menor porcentaje en aceptación e incremento en la glosa tramitada. Esto hace un entorno más seguro, de mayor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

Estructuramos desde el cierre de la vigencia 2018 dos frentes de trabajo para impactar la conciliación de las vigencias anteriores - 2016 atrás y otro grupo de reacción para respuesta más oportuna - 2017 adelante y mantener la interacción directa con ERP claves y de impacto; esto nos permitió llegar a un punto de equilibrado y una estructura más organizada.

Se logró incluir la mayor parte de las conciliaciones en el módulo DGH a pesar de la volumetría y la operación pesada que por tiempo se hizo más complejo, se asignó una persona dentro de la estructura del área para la radicación de la glosa y las devoluciones ante las diferentes ERP, impactando positivamente los tiempos transcurridos para presentar nuevamente la sustentación de Objeciones.

También mencionamos, la gestión desarrollada con ADRES a quien se le presento reclamaciones por medida excepcional-glosa transversal, buscando reconocimiento y liberación de la prescripción y extemporaneidad cuando el Ministerio así lo permite, esta es una medida alternativa para subsanar algunas reclamaciones objeto de la misma.

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



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

La disminución importante de los saldos de la glosa en proceso o gestión al cierre del I trimestre, complementa la integración de los buenos resultados al decrecer en este estado por tramitar, este resultado automáticamente aumenta la glosa gestionada y mejora el proceso final en el área de cartera, más aun cuando aumento el ingreso de la glosa reportada para el mismo periodo.

Complementando lo anterior dentro de un modelo efectivo, también se refiere la disminución al cruce y gestión de saldos en el módulo operativo frente a lo reportado por el área de contabilidad, saneando las facturas y cuentas contables con estados de cobro jurídico y ratificaciones, dejando un módulo cada vez más ajustado para la conciliación final programada internamente entre áreas.

El factor que determino la disminución en otros pagadores, fue descrito en informes pre liminares al realizar una nueva depuración por mercado y llevando las facturas al aseguramiento que efectivamente le correspondía, esto permitió también homogenizar la participación, disminuir otros pagadores y estructurar una realidad para avanzar en la resolución directa de los saldos finales pendientes según el régimen final.

Notas

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 correo y/o derecho de petición a las diferentes ERP, sin aceptación ni ingreso hasta la obtención del físico; esto nos ahorra tiempo evitando reconstrucciones innecesarias.

Se logró desarrollar la primera conciliación entre módulos con el área de Contabilidad y firma de acta, se programa cruce con el área de cartera ante la frecuencia de encontrar facturas en saldo 0 y de este saldrá la información para promover un plan de trabajo estructurado entre las partes.

Se ha cumplido estrictamente con los ciclos de socialización de glosa y devoluciones tanto en la Sede Bogotá como en UF Zipaquirá, con acompañamiento y estructura de planes concretos de mejoramiento e impacto en la disminución de la glosa y causales de devolución, esto involucra las áreas generadoras de Objeciones.

Continúa en marcha la pre auditoría técnica y administrativa del área de cuentas médicas con enfoque de validación de pre factura vs censo, esperando impactar la anulación y dar más calidad a la factura final; adicional a aportar actualización de los saldos de los acostados al cierre de mes, esto propone reforzar el grupo de pre auditoría y disminuir el de respuesta a glosa.

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 y nueva actualización CUPS
- ✓ Laboratorio Clínico – Procesamiento de ayudas diagnósticas NO POS especialmente PROCALCITONINAS
- ✓ Farmacia – Gestión y aseguramiento de NO POS, inicio de integralidad MIPRES -1 de Marzo de 2019
- ✓ Hemodinamia – Nueva actualización de CUPS e inclusión de procedimientos nuevos reportados por el servicio.
- ✓ Cirugía Plástica – Definición nombre para la técnica micro vascular, en proceso
- ✓ Oftalmología, nuevo ajuste en CUPS para Zipaquirá y Sede Bogotá
- ✓ Urología, definición con área comercial cobro del equipo Laser o disminución valor paquete Ureterolitotomía Laser, en proceso

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 como AXA, Mundial de Seguros y QBE Seguros para buscar reconocimiento a las reclamaciones en estado prescrito o extemporáneo, aquí es importante definir con lineamiento Institucional frente a la posibilidad de no reconocimiento de estos recursos por el tiempo transcurrido, refiriéndonos normativamente a reclamaciones anteriores al primer semestre de 2016 hacia atrás (aplica para Aseguradoras), aún está pendiente Seguros del Estado SA como una de las más representativas.

Queda en proceso, reforzar el grupo logístico asignado a la gestión de reclamaciones de ADRES-FOSYGA, ya que entramos en una etapa de volumetría importante y menor monto, esto conlleva a una operatividad mayor y menor

monto a radicar, proponiendo ajustar en dos funcionarios más el grupo, sin nueva contratación; solo re acomodando el personal actual.

Por último, estamos en proceso de depuración de saldos en el MDG-Objeciones, evitando se nos quede base documental de facturas sin entregar a cartera, sin cierre de trámite, a nombre de otro usuario o sin respuesta como medida de control, hemos tenido resultados muy positivos al disminuir los saldos pendientes inclusive de vigencias anteriores (2005–2010) esperando mayor gestión ante cartera y optimización del módulo.

3.3.4 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 correspondientes de acuerdo a las conciliaciones realizadas 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 Solicitud de Agenda de Cruces de Cartera a todas las entidades, Durante el trimestre se radicaron 189 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.

Dado que se ha dificultado la comunicación para cruces de cartera con cada uno de los clientes y para dar un mejor seguimiento a la depuración de los estados de cartera se diseñó otro documento donde se solicita específicamente a cada uno de los clientes agenden citas de cruce de cartera, para cierre de este trimestre se radicaron 275 oficios de los cuales dieron respuesta 35 clientes y partiendo de estas respuestas se va a generar este documento mensualmente hasta que se pueda cruzar el 100% de los clientes a los cuales les prestamos servicios de salud.

Igualmente como parte de la gestión de cartera mediante Resolución No.416 de 2018 se crea el Comité de Cartera con análisis de Facturación, glosas y devoluciones. El cual tiene por objetivo el de estudiar y analizar casos concretos relacionados con las áreas mencionadas, recomendando la generación de actuaciones administrativas cuando hay imposibilidad de recaudo y deba depurarse la cartera con unas causales específicas que se relacionan en la mencionada Resolución.

La Secretaria de Salud de Cundinamarca y la Secretaria de Salud Distrital convocaron a mesas de trabajo de Circular 0030 de 2013 con corte de trabajo a 31 de Diciembre de 2018 con presencia de la Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría de Cundinamarca y contraloría General de la Nación, esta última como veedora.

Se hace entrega a la oficina Asesora Jurídica de documentación para inicio de procesos jurídicos por valor de \$9.801.918.698 del primer trimestre de 2019 de los clientes Conviva, Salud Vida. Emcosalud y Emdisalud por concepto de cartera corriente y de Acuerdos de pago incumplidos.

TABLA 11. CARTERA EXIGIBLE CORTE MARZO 2019

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	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	76.797.401.831	5.557.138.639	71.240.263.192	4.886.299.778	4.754.000.000	0	42.150.426.744	19.449.536.670
2	899999114	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA GENERAL	8.429.641.436	946.044.635	7.483.596.801	4.689.927.455	0	0		2.793.669.346
3	832000760	ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPSOS ESS-S EPS	6.370.768.060	68.250	6.370.699.810	196.280.166	5.188.420.328	0		985.999.316
4	901097473	MEDIMAS EPS S.A.S.	14.822.610.191	3.855.021.666	10.967.588.525	170.265.203	2.427.321.082	0		8.370.002.241
5	891856000	CAPRESOCA E.P.S.	8.240.792.882	889.689.667	7.351.103.215	151.883.379	1.161.452.531	0		6.037.767.304
6	830003564	E.P.S. FAMISANAR S.A.S.	11.348.603.786	2.113.046.946	9.235.556.840	854.999.524	1.396.018.641	0		6.984.538.675
7	800140949	CAFESALUD E.P.S.	7.064.021.402	0	7.064.021.402	28.077.642	1.601.764	0		7.034.341.996
8	830074184	SALUD VIDA E.P.S. S.A.	6.396.606.790	66.047.966	6.330.558.824	18.484.305	919.506.834	0		5.392.567.685
9	900156264	NUEVA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS	6.968.637.401	356.009.437	6.612.627.964	3.426.078.621	2.068.638.357	0		1.117.910.987
10	805000427	COOMEVA E.P.S. S.A.	3.177.969.471	55.337.240	3.122.632.231	54.470.302	201.063.889	0		2.867.098.040
11	837000084	MALLAMAS E.P.S. INDIGENA	2.228.540.285	232.112.348	1.996.427.937	260.593.699	466.201.114	0		1.269.633.124
12	860045904	EPS-S UNICAJAS - COMFACUNDI, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA	2.466.881.073	778.072.185	1.688.808.888	408.632.065	75.711.417	0		1.204.465.407
13	811004055	EMDISALUD E.S.S.	1.162.551.637	1.963.219	1.160.588.418	734.000	16.246.087	0		1.143.608.331
14	800154879	FUNDACION INT.PARA LA SALUD Y LA EDUC.COMUNITARIA FINSEMA	915.537.746	0	915.537.746	0	0	0		915.537.746
15	900298372	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S	2.555.651.100	265.373.187	2.290.277.913	443.979.210	662.040.768	0		1.184.257.935

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
16	804002105	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD COMPARTA SALUD LTDA. ESS COMPARTA	4.168.890.662	867.952.938	3.300.937.724	1.191.523.116	525.000.000	0		1.584.414.609
17	830053105	FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	2.289.087.229	692.810.547	1.596.276.682	237.521.199	96.169.620	0		1.262.585.863
18	830009783	CRUZ BLANCA EPS S.A.	1.184.362.510	101.080.645	1.083.281.865	80.664.960	228.627.929	0		773.988.976
19	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	727.205.193	135.440.480	591.764.713	0	88.684.737	0		503.079.976
20	800113672	GOBERNACION DEL TOLIMA - SECRETARIA DE SALUD	551.405.268	2.911.227	548.494.041	0	141.067.781	0		407.426.260
21	860037013	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	937.096.889	107.875.788	829.221.101	2.999.669	738.308.058	380.562.661		87.913.374
22	890102044	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOP ATLANTICO	573.771.403	32.168.132	541.603.271	92.342.298	20.961.769	0		428.299.204
23	860009578	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	4.177.448.787	272.136.372	3.905.312.415	72.438.318	1.934.412.462	1.934.412.462		1.898.461.635
24	806008394	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	829.321.475	324.104.553	505.216.922	35.417.752	1.156.050	0		468.643.120
25	900253272	DIRECCION DE SANIDAD DE CUNDINAMARCA - POLICIA NACIONAL	302.188.409	5.319.619	296.868.790	37.317.731	6.020.653	0		253.530.406
26	901093846	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS S.A.S.	1.255.294.461	709.111.416	546.183.045	0	99.859.762	0		446.323.283
27	890201235	GOBERNACION DE SANTANDER	219.202.074	1.619.629	217.582.445	0	2.205.385	0		215.377.060
28	899999061	DIRECCION DISTRITAL DE	161.513.770	0	161.513.770	0	0	0		161.513.770

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
		TESORERIA								
29	900034608	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA	186.518.075	8.370.161	178.147.914	0	101.408	0		178.046.506
30	860066191	MEDICOS ASOCIADOS S.A.	197.278.475	0	197.278.475	0	5.832.793	0		191.445.682
31	891180008	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE HUILA COMFAMILIAR HUILA	464.931.905	107.988.738	356.943.167	59.719.537	137.563.285	0		159.660.345
32	860002183	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.	286.926.505	7.466.860	279.459.645	94.868.074	79.264.409	79.264.409		105.327.162
33	813005431	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.	394.338.867	27.648.285	366.690.582	38.363.441	65.721.226	0		262.605.915
34	860066942	COMPENSAR E.P.S	430.221.941	111.944.616	318.277.325	25.257.978	166.016.705	0		127.002.642
35	860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO S.A.	236.168.219	31.263.464	204.904.755	18.383.769	90.158.993	0		96.361.993
36	830028288	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	192.589.974	0	192.589.974	0	6.771.375	0		185.818.599
37	838000100	SECRETARIA DE SALUD DEL AMAZONAS	156.728.181	603.443	156.124.738	0	0	0		156.124.738
38	800006150	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD EMCOSALUD	326.909.448	6.123.050	320.786.398	0	763.200	0		320.023.198
39	800176413	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	409.119.208	41.501.230	367.617.978	6.408	265.839.911	0		101.771.659
40	900306426	SERVICIOS EN SALUD ANDINA LTDA.	105.428.000	0	105.428.000	0	0	0		105.428.000
41	830039670	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	177.431.769	12.387.684	165.044.085	0	7.553.597	0		157.490.488
42	900604350	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	339.068.258	43.302.123	295.766.135	0	933.975	0		294.832.160

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
43	817000248	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	480.681.590	14.158.812	466.522.778	498.221	120.870.273	0		345.154.284
44	800103935	GOBERNACION DE CORDOBA SECRETARIA DEL DESARROLLO DE LA SALUD	96.518.927	171.215	96.347.712	0	32.549	0		96.315.163
45	800249241	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. "COOSALUD E.S.S	347.507.330	9.830.811	337.676.519	11.361.411	13.429.787	0		312.885.321
46	900336524	POLICIA NACIONAL SECCIONAL SANIDAD BOGOTA – CUNDINAMARCA	104.409.722	1.075.595	103.334.127	0	3.591.684	0		99.742.443
47	900226715	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	148.542.445	12.938.788	135.603.657	28.603.689	97.900	0		106.902.068
48	800246953	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	2.014.038.557	69.623.042	1.944.415.515	292.742.337	84.073.794	0		1.567.599.383
49	800103196	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL GUAVIARE	104.806.646	291.500	104.515.146	29.452	20.904.102	0		83.581.592
50	800162035	SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DE SALUD SERVIMEDICOS SAS	147.352.697	8.102.919	139.249.778	21.451.151	11.015.238	0		106.783.389
51	818000140	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	413.997.809	85.656.411	328.341.398	2.753.525	1.732.797	0		323.855.076
52	860002184	AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	1.278.039.334	29.904.956	1.248.134.378	385.600.308	862.534.070	965.039.865		0
53	800088702	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	324.440.113	132.534.972	191.905.141	5.180.946	24.845.672	0		161.878.523

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
54	892000148	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL META	174.268.178	10.175.834	164.092.344	30.907.242	28.645.306	0		104.539.796
55	899999156	HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA	59.990.100	1.986.600	58.003.500	7.768.864	0	0		50.234.636
56	890680025	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	44.545.900	0	44.545.900	0	0	0		44.545.900
57	800130907	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	700.894.950	136.405.206	564.489.744	10.403.279	160.688.611	0		393.397.854
58	832001411	HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA DE CAQUEZA ESE	55.579.500	0	55.579.500	0	0	0		55.579.500
59	817001773	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA A.I.C.	229.929.582	884.690	229.044.892	175.441.709	1.856.470	0		51.746.713
60	901127521	UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	96.974.133	11.892.388	85.081.745	0	0	0		85.081.745
61	901153500	UNION TEMPORAL MEDISALUD UT	39.339.219	3.546.820	35.792.399	0	3.277.427	0		32.514.972
62	830123731	FUNDACION RENAL DE COLOMBIA	30.021.000	0	30.021.000	1.867	0	0		30.019.133
63	890500675	COMFAORIENTE EPS-S EN LIQUIDACION	31.782.553	0	31.782.553	0	0	0		31.782.553
64	830008686	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO	52.836.052	6.435.794	46.400.258	893.099	22.614.552	22.614.552		22.892.607
65	891680010	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CHOCO	79.877.897	2.409.681	77.468.216	3.797.703	1.370.355	0		72.300.158
66	890399029	SECRETARIA DEPARTAMENTAL	100.190.600	4.768.945	95.421.655	0	1.148.391	0		94.273.264

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
		DE SALUD DEL VALLE								
67	800103927	GOBERNACION DE NORTE DE SANTANDER	26.443.471	4.596.167	21.847.304	0	60.817	0		21.786.487
68	890480126	SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DE BOLIVAR	49.252.248	26.270.893	22.981.355	0	2.405.722	0		20.575.633
69	860002400	LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	895.069.788	44.484.657	850.585.131	302.732.525	434.002.392	434.002.392		113.850.214
70	860009174	SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.	79.060.351	7.601.899	71.458.452	41.951.739	7.244.752	7.244.752		22.261.961
71	809008362	PIJAOS SALUD E.P.S. INDIGENA	223.678.267	11.012.897	212.665.370	3.300	17.190.378	0		195.471.692
72	900085102	FAMIMEDICA S.A.	18.192.139	808.400	17.383.739	0	0	0		17.383.739
73	805001157	E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	46.871.158	82.392	46.788.766	8.591.278	0	0		38.197.488
74	891280001	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO	24.794.370	145.529	24.648.841	0	7.177.000	0		17.471.841
75	892099152	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL GUAINIA	15.312.532	0	15.312.532	0	0	0		15.312.532
76	891700037	MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	121.890.416	8.749.482	113.140.934	56.563.054	35.595.137	2.383.589		20.982.743
77	892099149	GOBERNACION DEL GUAINIA	14.906.418	0	14.906.418	0	0	0		14.906.418
78	860008645	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.	42.576.943	1.077.799	41.499.144	19.543.178	21.955.966	6.323.943		0
79	800114312	DIRECCION SECCIONAL DE SALUD CALDAS	20.311.896	742.447	19.569.449	0	0	0		19.569.449
80	891855502	SECRETARIA DE SALUD DEL CASANARE	50.268.990	18.642.088	31.626.902	0	0	0		31.626.902
81	834000731	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE	13.568.349	0	13.568.349	0	0	0		13.568.349

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
		ARAUCA								
82	890680014	SANATORIO DE AGUA DE DIOS	14.166.290	0	14.166.290	500	30.200	0		14.135.590
83	892300211	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR	34.266.251	0	34.266.251	840.978	1.856.170	0		31.569.103
84	800256161	SEGUROS RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	108.064.673	53.542.695	54.521.978	955.970	38.933.507	12.415.481		14.632.501
85	830070768	CREAR MAS VIDA S.A.	20.500.890	2.955.400	17.545.490	2.340.325	63.150	0		15.142.015
86	800112806	FONDO DE PASIVO DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	25.137.867	2.764.189	22.373.678	0	0	0		22.373.678
87	892200015	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE	9.813.247	1.678.586	8.134.661	0	0	0		8.134.661
88	890001639	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL QUINDIO	17.846.802	56.202	17.790.600	783.406	578.302	0		16.428.892
89	892280016	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SUCRE - DASALUD	7.542.301	4.374	7.537.927	0	0	0		7.537.927
90	891080005	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	87.193.736	44.104.066	43.089.670	20.690.078	3.002.212	0		19.397.380
91	800099860	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	6.327.500	0	6.327.500	0	0	0		6.327.500
92	812002376	MANEXKA EPS INDIGENA	25.335.372	0	25.335.372	0	158.333	0		25.177.039
93	800103920	GOBERNACION DEL MAGDALENA - SECRETARIA DE SALUD.	13.152.344	505.849	12.646.495	0	18.365	0		12.628.130

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
94	891480085	GOBERNACION DE RISARALDA - SECRETARIA DE SALUD	6.036.724	0	6.036.724	0	4.713.271	0		1.323.453
95	800210375	PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES LTDA.	8.699.238	0	8.699.238	0	0	0		8.699.238
96	800094164	SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO	13.990.452	200.924	13.789.528	0	3.242.069	0		10.547.459
97	860002503	COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	25.090.881	1.494.981	23.595.900	17.318.458	6.277.442	10.695.393		0
98	860024766	ESE HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA MARTIN DE PORRES	15.298.700	1.420.500	13.878.200	0	0	0		13.878.200
99	892115006	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	8.574.536	589.330	7.985.206	0	0	0		7.985.206
100	890303093	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	9.447.252	22.700	9.424.552	2.200.592	0	0		7.223.960
101	899999173	MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO	4.058.867	0	4.058.867	0	0	0		4.058.867
102	899999151	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	17.440.200	0	17.440.200	0	0	0		17.440.200
103	890900286	GOBERNACION DE ANTIOQUIA - DIRECCION SECC. DE SALUD	3.565.809	210.716	3.355.093	17.958	0	0		3.337.135
104	890500890	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER	6.656.834	3.419.484	3.237.350	0	41.025	0		3.196.325
105	891703045	MUNICIPIO DE PUEBLOVIEJO –	2.891.985	0	2.891.985	0	0	0		2.891.985

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
		MAGDALENA								
106	800113949	FONDO ASISTENCIAL DEL MAGISTERIO DEL CAQUETA - FAMAC LTDA	2.696.356	0	2.696.356	0	0	0		2.696.356
107	800174375	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	2.648.400	0	2.648.400	0	0	0		2.648.400
108	800226175	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A CIA. DE SEGUROS DE VIDA	21.615.215	3.266.976	18.348.240	12.692.876	2.809.553	1.111.931		2.845.811
109	800143672	SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA	2.258.515	0	2.258.515	0	0	0		2.258.515
110	900600019	WORLD TRAVEL ASSIST LATAM S.A.S	1.931.754	1.800	1.929.954	0	0	0		1.929.954
111	900048962	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE	1.431.202	0	1.431.202	182	0	0		1.431.020
112	860024026	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON	496.751	0	496.751	0	0	0		496.751
114	800091594	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETA	91.809.789	0	91.809.789	4.160	20.711.206	0		71.094.423
115	830054904	MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.	2.837.602	0	2.837.602	53.580	1.611.963	1.611.963		1.172.059
116	830041314	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	1.645.519	0	1.645.519	0	39.654	0		1.605.865
117	890680031	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	1.575.000	0	1.575.000	0	0	0		1.575.000
118	892115015	GOBERNACION DE LA GUAJIRA- SECRETARIA DE	1.835.400	1.540	1.833.860	0	281.208	0		1.552.652

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
		SALUD DEPARTAMENTAL								
119	890102006	GOBERNACION DEL ATLANTICO SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	4.670.916	710.962	3.959.954	0	174.869	0		3.785.085
120	900471504	CLINICA LAS VICTORIAS FRACTURAS S.A.S.	1.292.900	0	1.292.900	0	0	0		1.292.900
121	890701933	MUNICIPIO DE MELGAR	1.041.117	0	1.041.117	0	0	0		1.041.117
122	830113831	ALIANSA SALUD EPS	8.961.963	2.998.236	5.963.727	2.689.968	0	0		3.273.759
123	900685768	OPERACION MEDICA ESPECIALIZADA IPS SAS	756.300	0	756.300	0	0	0		756.300
124	890905211	SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLIN	5.557.761	0	5.557.761	0	2.144.000	0		3.413.761
125	891800498	GOBERNACION DE BOYACA - SECRETARIA DE SALUD	66.508.719	13.354.929	53.153.790	0	2.696.642	0		50.457.148
126	892099154	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VICHADA	18.710.289	0	18.710.289	0	0	0		18.710.289
127	800103913	GOBERNACION DEL HUILA	24.214.283	16.264.938	7.949.345	257.538	1.002.950	0		6.688.857
128	891600091	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO COMFACHOCO	2.629.631	2.187.170	442.461	0	0	0		442.461
129	900031119	MEJOR SALUD UT	401.320	0	401.320	0	0	0		401.320
130	900106251	IKE ASISTENCIA COLOMBIA S.A.	381.334	0	381.334	0	381.334	381.334		0
131	891280008	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO	27.824.352	5.030.573	22.793.779	0	0	0		22.793.779

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
132	824001398	ASOC.CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA DUSAKAWI EPS-S	10.073.804	1.424.639	8.649.165	7.816.116	0	0		833.049
133	901126913	UNION TEMPORAL SALUDSUR2	1.002.345	707.138	295.207	0	0	0		295.207
134	900696618	MAGENTA SEGUROS LTDA.	1.837.201	104.700	1.732.501	0	0	0		1.732.501
135	890205361	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER	98.080	0	98.080	0	0	0		98.080
136	891580016	GOBERNACION DEL CAUCA - SECRETARIA DPTAL. DE SALUD	2.090.764	94.316	1.996.448	0	94.979	0		1.901.469
137	860026182	ALLIANZ SEGUROS S.A.	2.558.795	0	2.558.795	2.391.409	167.386	287.986		0
138	800200789	CLINICA CHIA S. A.	69.000	9.600	59.400	0	0	0		59.400
139	845000021	GOBERNACION DEL VAUPES	1.843.165	888.948	954.217	0	0	0		954.217
140	839000495	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDIGENA ANAS WAYUU EPSI.	1.425.691	99.500	1.326.191	886.976	0	0		439.215
141	800141101	POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD - TOLIMA	9.588	0	9.588	0	0	0		9.588
142	860010170	GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6.744	0	6.744	0	0	0		6.744
143	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES	1.779.966.277	402.442.040	1.377.524.237	220.766.023	1.156.758.214	0		0
144	860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	90.255.916	4.917.036	85.338.880	17.465.005	63.029.931	63.029.931		4.843.944
145	860002180	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.	202.009.080	48.367.170	153.641.910	74.091.138	53.425.157	28.661.130		26.125.615

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
146	800050068	FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A.	183.900	0	183.900	0	0	0		183.900
147	800100055	MUNICIPIO DE FLANDES	2.590.071	0	2.590.071	0	254.400	0		2.335.671
148	817001057	DIRECCION DPTAL. DE SALUD DEL CAUCA-UNIDAD REGIONAL CENTRO	22.815.774	0	22.815.774	11.892	0	0		22.803.882
149	860078828	COMPANIA MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.	2.138.128	2.138.128	0	0	0	0		0
150	860503617	SEGUROS DE VIDA ALFA S.A	666.731	0	666.731	0	0	0		666.731
151	890102018	ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA - SECRETARIA DE SALUD	1.126.186	0	1.126.186	0	1.126.186	0		0
152	890480184	ALCALDIA CARTAGENA DE INDIAS DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL	74.101	0	74.101	0	53.061	0		21.040
153	891780009	SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SANTA MARTA. ALCALDIA	514.486	0	514.486	0	0	0		514.486
154	900012038	MEDICOS Y AUDITORES S.A.S.	127.265	127.265	0	0	0	0		0
155	900015278	COLOMBIANA DE ASISTENCIA LTDA. COLASISTENCIA	1.113.913	0	1.113.913	0	0	0		1.113.913
156	900178724	MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A	939.951	0	939.951	0	0	0		939.951
157	900247433	U.T. AVANZAR MEDICO REGION 1	4.922.131	4.922.131	0	0	0	0		0
158	900919777	CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL 2015	151.754	0	151.754	200	0	0		151.554
159	860027404	ALLIANZ SEGUROS	556.874	0	556.874	556.874	0	0		0

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
		DE VIDA S.A.								
160	890480110	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR	9.055.289	0	9.055.289	20.493.841	0	0		-11.438.552
161	814000337	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS.	128.335.023	2.867.104	125.467.919	53.500.333	10.296.169	0		61.671.418
162	900200435	CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.	2.282.375	540.179	1.742.196	333.983	0	0		1.408.213
163	830079672	CONSORCIO FISALUD - FOSYGA	3.520.171.204	21.400	3.520.149.804	829.813	3.519.319.991	3.519.434.916		0
164	800163827	ANDIASISTENCIA COMPAÑIA DE ASISTENCIA DE LOS ANDES SAS	1.555.466	0	1.555.466	0	0	0		1.555.466
165	900407224	SECCIONAL DE SANIDAD META POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA	6.476.962	0	6.476.962	0	0	0		6.476.962
166	860039988	LIBERTY SEGUROS S.A.	199.741.043	2.566.849	197.174.194	69.381.291	127.792.903	176.600.668		0
167	860524654	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	66.859.150	3.491.259	63.367.891	41.051.067	22.316.824	12.944.761		0
168	890903407	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	668.174.657	123.452.001	544.722.656	47.099.860	283.374.316	283.374.316		214.248.480
169	860002534	QBE SEGUROS S.A.	809.150.086	11.567.642	797.582.444	126.318.688	671.263.756	641.362.443		0
170	900520316	UNION TEMPORAL MEDICOL SALUD 2012	11.809.571	10.196.645	1.612.926	211.226.101	0	0		-209.613.175
171	800250119	SALUDCOOP E.P.S.	76.600	76.600	0	0	0	0		0
172	900462447	CONSORCIO SAYP - 2011	7.133.914.295	62.842.466	7.071.071.829	247.635.886	6.823.435.943	4.662.208.101		0
173	800251440	E.P.S SANITAS S.A.	712.882.161	147.063.329	565.818.832	618.305.261		0		-52.486.429
174	892099216	GOBERNACIÓN DE CASANARE -	831.720	831.720	0	0	0	0		

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE MARZO DE 2019	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA	PARTIDAS POR IDENTIFICAR A 31 DE MARZO DE 2019	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS (Columna Informativa)	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
		SECRETARÍA DE SALUD.								
Total general			205.214.738.671	20.422.612.938	184.792.125.733	20.805.357.801	38.759.055.677	13.245.968.978	42.150.426.744	83.077.285.510
						11%	21%	34%	23%	45%

Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Realizado un análisis de las Cuentas por Cobrar a Marzo 31 de 2019 por valor de \$205.214.738.671 (Radicada y Sin Radicar) se evidencia que del total RADICADO, es decir, \$184.792.125.733 a la fecha mencionada, solamente existe un valor susceptible para cobro de \$83.077.285.510 que representa el 45% 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 se radico para proceso jurídico 4 (Cuatro) clientes: lo anterior debido a lo informado por la Oficina Asesora en cuanto a cambio en la normatividad, ya que esta oficina 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 se hace entrega del original de la factura y de los soportes de prestación de servicio, por tal motivo el área de Cartera elaboro un Derecho de Petición solicitando los documentos antes mencionados los cuales se radicarón a los diferentes clientes que se demandaran; en respuesta a estos Derechos de Petición algunos clientes Informaron 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 Auditoría 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 la situación que se ha presentado.

En cuanto a la entrega de facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales acumulado a Marzo 31 de 2019 se han entregado un valor total de **\$60.561.866.203.00**, 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 Acuerdo de Pago no cumplidos y se relaciona a continuación:

TABLA 12. INFORME ACUMULADO ENTREGAS A JURÍDICA CORTE MARZO 2019

Cliente en Proceso Pre jurídico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera
Emcosalud	800006150	211.143.355	30-ene-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas
Capital Salud	900298372	41.310.900	24-jun-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas
Fondo Financiero Distrital	800246953	105.620.546	11-ago-2014	Mayor a 360 días - Contrato liquidado unilateralmente
Secretaria de Salud de Boyacá	800176413	16.942.597	19-sep-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas.
EPS Suramericana Medicina Prepagada	800088702	53.399.361	19-sep-2014	Mayor a 360 días
Salud Total	800130907	32.354.335	28-oct-2014	Mayor a 360 días - Por objeciones no resueltas
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	890102044	70.063.413	26-nov-2014	Mayor a 360 días.
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2014	530.834.507			
Convida	899999107	33.679.507	10-ene-2015	Mayor a 360 días. Eventos adversos
E.P.S. Famisanar Ltda.	830003564	12.780.667	20-mar-2015	Mayor a 360 días. Por objeciones no resueltas
E.P.S. Famisanar Ltda.	830003564	23.332.142	3-ago-2015	Por objeciones no resueltas
Alcaldía Cartagena de Indias	890480184	7.310.980	27-oct-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas
Alcaldía Cartagena de Indias	890480184	421.824	27-oct-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato
Secretaria de Salud del Valle	890399029	2.556.909	1-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato - Objeciones no resueltas
Secretaria de Salud del Valle	890399029	4.307.210	1-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato
Gobernación de la Guajira - Secretaria Departamental	892115015	664.116	1-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato
Secretaria Seccional del Cauca	891580016	2.283.007	1-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato
Emdisalud	811004055	746.184.124	20-dic-2015	Mayor a 360 días. Sin Contrato
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2015	833.520.486			
Secretaria de Salud de Choco	891680010	71.375.469	10-jun-2016	Mayor a 360 días.

Cliente en Proceso Pre jurídico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera
Comfacundi	860045904	412.710.789	1-ago-2016	Cartera corriente.
Comfacundi	860045904	385.465.390	1-ago-2016	Mayor a 360 días Objeciones no resueltas
Caja de Compensación Familiar de Cartagena Comfamiliar	890480110	4.620.913	29-ago-2016	Mayor a 360 días
Alianza Medellín Antioquia	900604350	15.605.363	2-sep-2016	Mayor a 360 días
Emcosalud	800006150	99.449.273	2-sep-2016	Mayor a 360 días
Asociación Barrios Unidos de Quibdó	818000140	44.373.039	21-sep-2016	Mayor a 360 días
ESE Hospital San Antonio de Arbeláez	890680031	1.575.000	21-sep-2016	Mayor a 360 días
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá	890680025	44.545.900	21-sep-2016	Mayor a 360 días
Convida	899999107	4.464.465.566		Mayor a 360 días - Sin Contrato
Cafesalud – Subsidiado	800140949	247.311.237	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot
Cafesalud – Contributivo	800140949	76.114.160	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot
Cafesalud – Subsidiado	800140949	21.164.665	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot
Cafesalud – Contributivo	800140949	264.914.138	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot
Salud Total	830130907	12.669.450	4-nov-2016	Mayor a 360 días - Objeción no resuelta
Coomewa EPS	805000427	1.599.997.067	4-nov-2016	Mayor a 360 días
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	890102044	94.619.441	27-dic-2016	Mayor a 360 días - Devolución no resuelta
Capresoca	861856000	675.319.672	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato
Capresoca	861856000	57.278.765	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato
Capresoca	861856000	359.085.946	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato
Capresoca	861856000	56.166.781	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato
Capresoca	861856000	411.249.669	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato
Capresoca	861856000	2.301.698.570	30-dic-2016	Mayor a 180 días – Contrato
Capresoca	861856000	117.788.375	30-dic-2016	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Capresoca	861856000	416.604.228	30-dic-2016	Mayor a 360 días - Objeción no resuelta

Cliente en Proceso Pre jurídico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2016	12.256.168.866			
Convida	899999107	679.274.920	2-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999107	434.639.101	2-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999107	8.450.290.742	15-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999107	140.211.610	1-mar-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999107	233.825.990	28-mar-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Gobernación del Tolima	800113672	475.380.236	28-abr-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Médicos Asociados	860066191	6.724.442	23-jun-2017	Mayor a 360 días – Urgencias
Médicos Asociados	860066191	8.447.180	23-jun-2017	Mayor a 360 días – Urgencias
Médicos Asociados	860066191	47.018.803	23-jun-2017	Mayor a 360 días – Urgencias
Médicos Asociados	860066191	32.410	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato
Médicos Asociados	860066191	112.360	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato
Médicos Asociados	860066191	1.444.812	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato
Médicos Asociados	860066191	1.661.896	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato
Médicos Asociados	860066191	3.633.682	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato
Médicos Asociados	860066191	12.218.106	23-jun-2017	Mayor a 360 días – Urgencias
Médicos Asociados	860066191	72.634.444	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato
Médicos Asociados	860066191	592.324	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato
Manexca EPS Indígena	812002376	5.823.670	23-jun-2017	Mayor a 360 días – Urgencias
Médicos Asociados	860066191	211.303	28-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato
Manexca EPS Indígena	812002376	19.550.502	15-ago-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato y Glosa
Convida	899999026	215.541.019	1-oct-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999026	6.100.000.285	1-oct-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Emdisalud	811004055	964.266.291	13-dic-2017	Acuerdo de pago incumplido
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2017	10.593.728.533			
Convida	899999026	11.510.047.339	20-jun-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999026	7.104.761.088	30-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato

Cliente en Proceso Pre jurídico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera
Convida	899999026	7.297.599.277	30-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999026	633.287.409	9-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2018	26.545.695.113			
Emdisalud	811004055	335.014.070	6-feb-2019	Cartera corriente - Sin Contrato
Convida	899999026	6.095.162.952	11-feb-2019	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Emdisalud	811004055	964.266.291	15-feb-2019	Acuerdo de pago incumplido
Emcosalud	800006150	278.939.089	22-mar-2019	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999026	2.128.536.296	26-mar-2019	Mayor a 360 días - Sin Contrato
TOTAL ENVIADO 1er. TRIMESTRE 2019	9.801.918.698			
TOTAL ENVIADO JURIDICA	60.561.866.203			

Fuente: Bases de datos información de trabajada en el área de cartera Corte 31 Marzo 2019

La Secretaria de Salud de Cundinamarca programo Mesas de trabajo por Circular 0030 en las instalaciones de Contraloría Departamental de Cundinamarca con fecha de corte a 31 de diciembre de 2018, las cuales fueron realizadas en el primer trimestre con delegados de La Contraloría Departamental y de la Superintendencia Nacional de Salud. Cartera presentada de 15 ERPs por valor de \$125.493.823.926 de las cuales se realizó unos compromisos de pago por valor de \$13.101.217.099 y a la fecha ha sido cancelado el valor de \$2.590.799.490.

ABLA 13. MESAS DE TRABAJO CIRCULAR 30 - 4° Trimestre 2018

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPRO MISO	FECHA PAGO COMPRO MISO	VALOR PAGAD O COMPRO MISO	OBSERVACIONES
1	Secretaria de Salud de Cundinamarca	900298372	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	8.729.613.034	-		-	No asistió
2	Capital Salud	900298372	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	2.290.685.795	-		-	El Hospital solicita soportes de pago por factura por valor de \$645 Millones, los cuales la EPS entregara el 28 de marzo. El hospital descargara

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	VALOR PAGADO O COMPROMISO	OBSERVACIONES
									los pagos y enviara estado de cartera antes del cruce, el cual quedo agendado para el 01 de abril de 2019 , después de analizadas las cifras las partes se reunirán para realizar acuerdo de pago de los valores reconocidos.
3	Convida	899999107	Marzo 18, 19 y 20	Febrero de 2019	56.747.798.346	-		-	El valor registrado como deuda corresponde a corte febrero de 2019. El hospital informa que en el último cruce de cartera quedo reconocido un valor sin respaldo presupuestal por \$42,150,426,744, los cuales la EPS manifiesta que para ser cancelados se deben radicar conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, el Hospital manifiesta que el Gerente de convida se comprometió ante el Gobernador y el Gerente del Hospital de pagar antes de finalizar marzo la suma de \$20,000 Millones previa solicitud de conciliación ante la Superintendencia, hecho que a la fecha ha sido incumplido por la EPS. Se programa conciliación de glosas para los días 20, 21 y 22 de Marzo y resultado final entre las partes de cruces de cartera se dará para finales del mes de junio de 2019.

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPRO MISO	FECHA PAGO COMPRO MISO	VALOR PAGAD O COMPRO MISO	OBSERVACIONES
									Se programa cita gerencial para el 26 de marzo para retomar los temas de Conciliaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud y pagos de cartera.
4	Famisanar	830003564	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	8.969.297.900	-		-	La EPS envía por correo electrónico comprobantes de pago detallado por factura para ser descargados por el Hospital. La EPS presenta el valor de \$2,728 Millones libres para pago los cuales los informa al área de contable de la EPS para que se programe el pago. Próximo Cruce de cartera el 16 de mayo de 2019.
5	Nueva EPS	900156264	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	6.452.309.493	-		-	Se revisara entre las partes revisión de aplicación de pagos el 3 de abril de 2019 y se agenda Cruce de cartera para el 5 de mayo de 2019.
6	Ecoopsos	832000760	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	12.573.207.387	8.291.516.652	Desde Julio de 2018 hasta junio de 2021	2.020.830.950	Se realizó 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, por un valor de \$2, 020, 830,950, Cruce de cartera para el 17 de Abril de 2019.
7		901093846	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	486.752.281	-		-	

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	VALOR PAGADO O COMPROMISO	OBSERVACIONES
8	Coomeva	805000427	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	3.285.247.573	-		-	El Hospital manifiesta que desde las mesas de trabajo del pasado marzo de 2018 acepto acuerdo de pago por valor de \$2,119 Millones, sin que a la fecha de su legalización por observaciones jurídicas. El hospital manifiesta que la EPS durante el último año ha realizado pagos por valor de \$361 Millones. El Hospital ha radicado a la EPS devoluciones por \$1,400 Millones las cuales las EPS manifiesta tenerlas en liquidación para pago. A la fecha la EPS reconoce una deuda de \$1, 931, 382,746 para realizar nuevo acuerdo en 48 cuotas a lo cual el hospital solicita reducción de cuotas. Se programa cita para el 26 de marzo con la Abogada de la EPS para concretar firma de Acuerdo. Se agenda Cruce de carter para el 15 de abril de 2019.
9	Medimás	901097473	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	10.961.190.806	-		-	La EPS propone acuerdo de pago de \$4,000 Millones a pagar en 8 cuotas, a lo cual el hospital NO acepta ya que estos vienen realizando pagos mensuales de promedio en el año 2019 de \$600 millones adicionalmente

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	VALOR PAGADO O COMPROMISO	OBSERVACIONES
									no se comprometen a pagar la cartera corriente como valor adicional a la cuota. La EPS manifiesta que existe un valor de \$1,159 Millones de glosas y \$1,184 Millones en devoluciones sin responder. El hospital solicita el soporte de pago por factura por valor de \$1,642 Millones. Se agenda Cruce de cartera para el 11 de abril , previo envío estado cartera por parte del hospital a corte febrero de 2019 para ser enviado el 29 de marzo.
10	Cruz Blanca	830009783	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	1.223.187.072	388.190.697	A partir de abril de 2018 hasta diciembre de 2019	236.187.771	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 que inicio en abril de 2018. La EPS reconoce una deuda de \$758 Millones la cual el hospital manifiesta que no se está cancelando la cartera corriente ni la reconocida. Se agenda Cruce de Cartera para el 29 de Marzo de 2019 a partir de la 8 de la mañana.
11	Unicajas – Comfacundi	860045904	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	2.410.020.299	20.000.000	Abril de 2019	-	El hospital solicita el pago de 2 conciliaciones de glosa que se realizaron en noviembre de 2018 por valor de

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	VALOR PAGADO O COMPROMISO	OBSERVACIONES
									\$780 Millones, manifiesta la EPS que aún se encuentran en trámite por el área de conciliaciones de la EPS. Se agenda cita de Cruce de cartera para el 15 de abril de 2019 a corte febrero de 2019.
12	Salud Total	800130907	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	760.867.517	81.875.310	30/04/2019 31/05/2019	-	La EPS informa que no se agenda cruce ya que el último fue realizado el 21 de febrero a corte Diciembre de 2018, el hospital hizo entrega de CD soportando radicación de 30 facturas las cuales en el cruce la EPS manifestó no tenerlas radicadas. Se hace compromiso de pago por valor de \$81,875,310 a pagar en dos meses; Abril y mayo de 2019.
13	Compensar	860066942	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	303.933.614	-		-	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 \$172, 103,380. Se encuentra en trámite y programación de pago en marzo \$36 Millones de cartera corriente, el hospital soporta glosas y devoluciones por valor de \$166 Millones las cuales quedan en proceso de conciliación, En febrero 20 se depuro cartera a corte Diciembre de 2018, no

	CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	VALOR PAGADO O COMPROMISO	OBSERVACIONES
									se agenda cruce de cartera.
14	Sanitas	800251440	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	585.891.419	-		-	La EPS agenda Cruce de cartera para el 28 de marzo de 2019 e igualmente informa que no tiene cartera vencida al corte revisado.
15	Comparta	804002105	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	3.406.124.876	-		-	El hospital nuevamente solicita dar cierre total a la vigencia 2014, igualmente solicita soporte de pago por factura y la EPS dará respuesta a la solicitud el 28 de Marzo. Se agenda Cruce de cartera para el próximo 29 de Marzo.
16	Salud Vida	830074184	Marzo 18, 19 y 20	Diciembre de 2018	6.307.696.514	4.319.634.440	A partir de Julio de 2018 hasta Junio de 2022	333.780.769	Se Firmó Acuerdo de Pago por valor de \$4,319,634,440 a 48 cuotas, para ser canceladas a partir de Julio de 2018; a la fecha ha cancelado \$333,780,769, El Hospital informa que la EPS NO cumplió con el compromiso de ponerse al día en el acuerdo pagando doble cuota en los meses de enero, febrero y marzo de 2019, de seguir con el incumplimiento el Hospital actuará jurídicamente. Igualmente el hospital manifiesta que no se ha recibido pagos de la cartera corriente como quedo estipulado en el

CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	VALOR PAGADO O COMPROMISO	OBSERVACIONES
								acuerdo. Se agenda Cruce de cartera para el 7 de mayo de 2019 con la Dra. María Isabel Martínez.
				125.493.823.926	13.101.217.099		2.590.799.490	

10%

Fuente: Bases de datos información de trabajada en el área de cartera Corte 31 Marzo 2019

TABLA 14. COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A MARZO 31 DE 2019 (RADICADA Y SIN RADICAR)

BOGOTA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	Ordenes de Servicio
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2019	138.087.468.136	1.265.042.559	6.084.196.931	5.144.928.530	21.676.505.867	25.194.991.668	78.663.641.804	58.160.777
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2019	23.289.869.725	9.064.109.717	4.765.246.886	1.130.769.301	541.912.424	194.917.593	763.271.533	6.829.642.273
TOTAL GENERAL	161.377.337.862	10.329.152.276	10.849.443.816	6.275.697.831	22.218.418.291	25.389.909.260	79.426.913.337	6.887.803.050
Radicada	86%	1%	4%	3%	13%	16%	49%	0%
Pendiente por Radicar	14%	6%	3%	1%	0%	0%	0%	4%

Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

TABLA 15. COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A MARZO 31 DE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)

BOGOTA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	Ordenes de Servicio
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2018	128.089.182.628	1.291.016.248	8.704.551.454	12.872.213.193	21.089.202.891	20.348.241.737	63.774.416.078	9.541.028
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2018	17.837.071.100	8.099.648.504	1.502.476.626	670.634.643	1.912.906.983	904.291.682	284.334.701	4.462.777.962
TOTAL GENERAL	145.926.253.728	9.390.664.751	10.207.028.080	13.542.847.835	23.002.109.873	21.252.533.419	64.058.750.778	4.472.318.990
Rad.	88%	6%	7%	9%	16%	15%	44%	3%
Pte X Rad	12%	45%	8%	4%	11%	5%	2%	25%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

TABLA 16. COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A MARZO 31 DE 2017 (Radicada y Sin Radicar)

BOGOTA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2017	103.840.945.375	1.340.945.818	5.747.406.744	5.663.496.446	19.957.711.834	29.777.588.564	41.353.795.970
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2017	10.079.915.885	7.039.726.030	2.448.018.427	285.519.370	128.596.118	127.332.354	50.723.586
TOTAL GENERAL	113.920.861.260	8.380.671.848	8.195.425.171	5.949.015.816	20.086.307.952	29.904.920.918	41.404.519.555
Rad.	91%	7%	7%	5%	18%	26%	36%
Pte X Rad	9%	70%	24%	3%	1%	1%	1%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

El primer trimestre del año 2019 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, reflejando un aumento de las Cuentas por Cobrar en un 10% con respecto al año inmediatamente anterior, es decir año 2018.

TABLA 17. COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A MARZO 31 DE 2019 (RADICADA Y SIN RADICAR)

ZIPAQUIRA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	Ordenes de Servicio
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2019	32.098.596.084	64.547.507	1.985.071.934	2.077.617.757	5.849.295.483	6.437.936.839	15.677.024.529	7.102.034
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2019	4.681.658.252	3.316.412.581	275.249.226	32.945.271	34.547.379	127.232.568	173.156.663	722.114.563
TOTAL GENERAL	36.780.254.336	3.380.960.089	2.260.321.160	2.110.563.028	5.883.842.862	6.565.169.407	15.850.181.192	729.216.597
Rad.	87%	0%	5%	6%	16%	18%	43%	0%
Pte X Rad	13%	9%	1%	0%	0%	0%	0%	2%

Fuente de información: Modulo de Contabilidad – Dinámica Gerencial DGH

TABLA 18. COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A MARZO DE 2018 (Radicada y Sin Radicar)

ZIPAQUIRA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	Ordenes de Servicio
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2018	28.875.372.822	839.589.123	2.726.286.317	3.283.668.147	4.501.919.078	6.058.783.582	11.458.856.228	6.270.347
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2018	3.704.242.845	2.673.712.452	112.030.146	75.361.581	55.720.391	27.211.983	145.936.196	614.270.097
TOTAL GENERAL	32.579.615.667	3.513.301.574	2.838.316.463	3.359.029.728	4.557.639.469	6.085.995.565	11.604.792.424	620.540.444
Rad.	89%	11%	9%	10%	14%	19%	36%	2%
Pte X Rad	11%	72%	3%	2%	2%	1%	4%	17%

TABLA 19. COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A MARZO DE 2017 (Radicada y Sin Radicar)

ZIPAQUIRA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2017	23.020.511.381	3.344.143.451	1.064.060.761	1.650.366.870	5.368.857.305	5.719.150.904	5.873.932.089
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2017	3.691.870.583	1.255.958.081	677.930.898	110.475.703	36.918.466	55.744.659	1.554.842.777
TOTAL GENERAL	26.712.381.964	4.600.101.531	1.741.991.659	1.760.842.573	5.405.775.771	5.774.895.563	7.428.774.866
Rad.	86%	17%	7%	7%	20%	22%	28%
Pte X Rad	14%	34%	18%	3%	1%	2%	42%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

Del tercer trimestre del año 2019 de la sede de Zipaquirá, el 13% se encuentra pendiente por radicar y el 87% se encuentra radicado de la cual el 61% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de la cartera de un 11% con respecto al año inmediatamente anterior, es decir año 2018

TABLA 20. COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A MARZO 31 DE 2019 (RADICADA Y SIN RADICAR)

GIRARDOT	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	Ordenes de Servicio
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2019	9.650.311.038	0	0	0	0	0	9.650.311.038	0
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2019	201.934.461	0	0	0	0	0	201.934.461	0
TOTAL GENERAL	9.852.245.500	0	0	0	0	0	9.852.245.500	0
Rad.	98%	0%	0%	0%	0%	0%	98%	0%
Pte X Rad	2%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%

Fuente de información: Modulo de Contabilidad - Dinámica Gerencial DGH

TABLA 21. COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A MARZO DE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)

GIRARDOT	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2018	15.403.245.172	0	0	0	0	0	15.403.245.172
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2018	200.915.558	0	0	0	0	0	200.915.558
TOTAL GENERAL	15.604.160.730	0	0	0	0	0	15.604.160.730

Rad.	99%	0%	0%	0%	0%	0%	64%
Pte X Rad	1%						
-8.830.978.778							
-36%							

Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

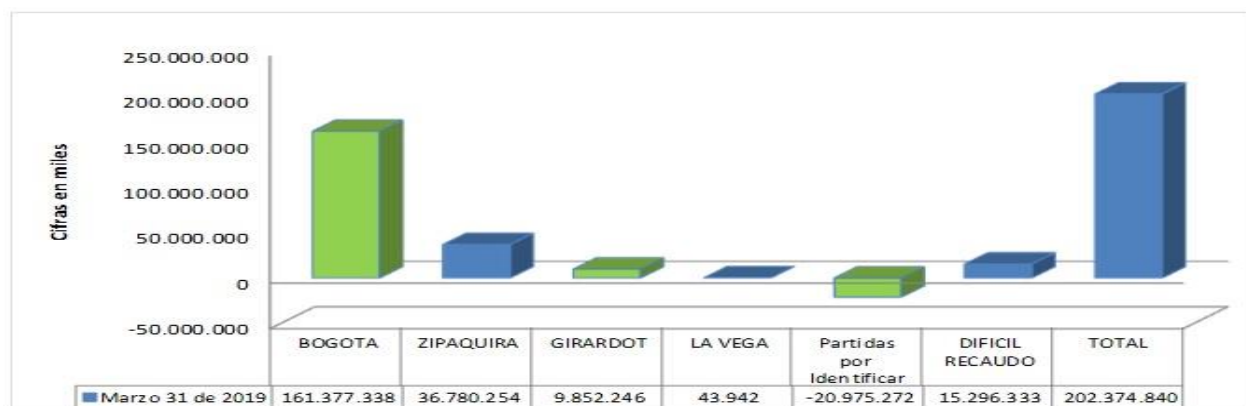
TABLA 22. COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A MARZO DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)

GIRARDOT	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A MARZO 31 DE 2017	23.456.652.941	0	0	0	0	814.076.261	22.642.576.680
CARTERA SIN RADICAR A MARZO 31 DE 2017	978.486.567	0	0	0	74.017	741.565.525	236.847.025
TOTAL GENERAL	24.435.139.508	0	0	0	74.017	1.555.641.786	22.879.423.705
Rad.	96%	0%	0%	0%	0%	6%	94%
Pte X Rad	4%						

Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Del primer trimestre del año 2019 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 37% con respecto al año inmediatamente anterior, es decir año 2018, 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.

GRÁFICA 20. CARTERA POR UNIDAD FUNCIONAL A MARZO 2019 (miles de pesos)



Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

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 80%, seguida de la Unidad Funcional de Zipaquirá con un 18% y luego es la Unidad Funcional de Girardot 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 respuesta a Glosas formuladas por cada uno de los clientes, ya que a la fecha aún se encuentran facturas en este proceso.

TABLA 23. CARTERA RADICADA MARZO DE 2019

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 MAS DE 360	Suma de ORD SERVICIO
BOGOTA	138.087.468.136,35	1.265.042.559,37	6.084.196.930,61	5.144.928.530,00	21.676.505.867,36	25.194.991.667,71	78.663.641.804,10	58.160.777,20
GIRARDOT	9.650.311.038,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9.650.311.038,40	0,00
VEGA	43.807.111,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43.807.111,33	0,00
ZIPAQUIRA	32.098.596.083,86	64.547.507,42	1.985.071.934,22	2.077.617.757,00	5.849.295.483,03	6.437.936.839,13	15.677.024.529,22	7.102.033,84
Total general	179.880.182.369,94	1.329.590.066,79	8.069.268.864,83	7.222.546.287,00	27.525.801.350,39	31.632.928.506,84	104.034.784.483,05	65.262.811,04

TABLA 24. CARTERA RADICADA MARZO 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 MAYOR A 360	Suma de ORD. SERV
BOGOTA	128.089.182.627,89	1.291.016.247,55	8.704.551.454,00	7.199.884.742,52	25.839.202.890,67	21.270.570.187,39	63.774.416.077,71	9.541.028,05
GIRARDOT	15.403.245.172,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15.403.245.172,38	0,00
VEGA	160.237.283,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	160.237.283,33	0,00
ZIPAQUIRA	28.875.372.821,78	839.589.122,92	2.726.286.317,10	2.033.668.146,68	5.251.919.077,54	6.558.783.582,37	11.458.856.227,76	6.270.347,41
Total general	172.528.037.905,38	2.130.605.370,47	11.430.837.771,10	9.233.552.889,20	31.091.121.968,21	27.829.353.769,76	90.796.754.761,18	15.811.375,46

Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

TABLA 25. CARTERA RADICADA MARZO 2017

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	103.840.945.374,71	1.340.945.818	5.747.406.744	5.663.496.446	19.957.711.834	29.777.588.564	41.353.795.970
GIRARDOT	23.456.652.941,10	0	0	0	0	814.076.261	22.642.576.680
VEGA	253.749.809,21	0	0	0	0	0	253.749.809
ZIPAQUIRA	23.020.511.380,74	3.344.143.451	1.064.060.761	1.650.366.870	5.368.857.305	5.719.150.904	5.873.932.089
Total general	150.571.859.506	4.685.089.268	6.811.467.505	7.313.863.315	25.326.569.140	36.310.815.729	70.124.054.548
	91%	3%	5%	5%	17%	24%	47%

71%



051



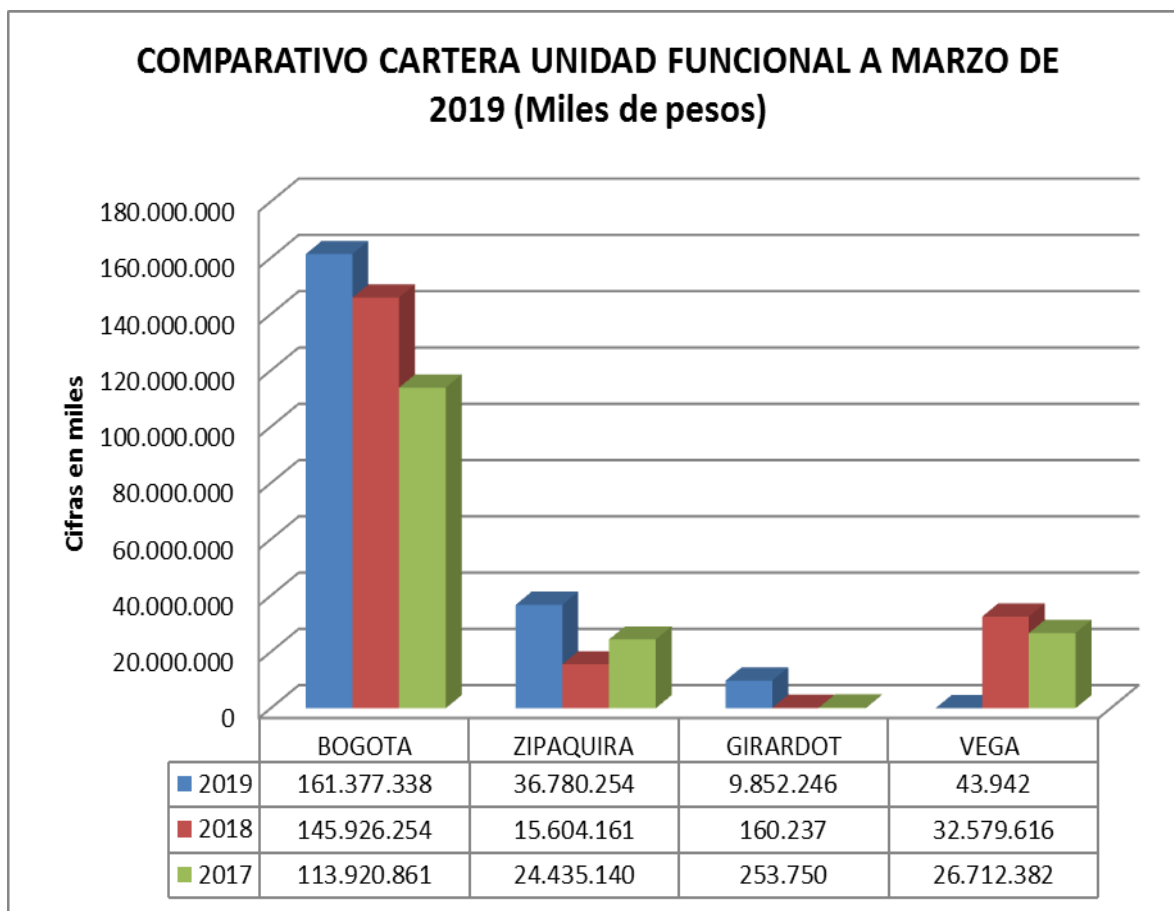
SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Realizado el comparativo de Cartera consolidada por unidades Funcionales a Marzo de 2019 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 10% y un 11% respectivamente, mientras que en las Unidades Funcionales de Girardot hay una disminución del 37% y 73% respectivamente debido a que estas unidades el hospital dejó de administrarlas, en términos generales el aumento de la cartera se encuentra en un xx% con respecto al total de cartera del año inmediatamente anterior, es decir, año 2018.

Recaudo Bogotá

TABLA 26. RECAUDO BOGOTÁ

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ A MARZO 2019			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2019	TOTAL
CONTRIBUTIVO	845.358.505	175.535.969	1.020.894.474
SUBSIDIADO	16.995.954.958	875.305.512	17.871.260.470
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.897.842.377	0	1.897.842.377
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	2.460.730	0	2.460.730
ASEGURADORAS-SOAT	1.055.224.709	177.997.630	1.233.222.339
FOSYGA	56.179.599	0	56.179.599
OTRAS ENTIDADES	1.412.185.813	400.624.877	1.812.810.690
TOTAL	22.265.206.691	1.629.463.988	23.894.670.679
	93%	7%	

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ A MARZO 2018			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	824.822.524	112.536.834	937.359.358
FOSYGA	795.917.550	29.466.568	825.384.118
SUBSIDIADO	9.357.263.244	7.506.831.280	16.864.094.524
CONTRIBUTIVO	847.972.205	145.654.096	993.626.301
CAPITADO			0
IPS PUBLICAS	14.884.300	60.169.600	75.053.900



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

05DE07 – V3

Informe de Gestión

IPS PRIVADAS	5.218.066	10.736.448	15.954.514
ARL	34.714.140	4.196.808	38.910.948
VIDA	2.405.924	1.675.049	4.080.973
MEDICINA PREPAGADA			0
ENTIDADES ESPECIALES	235.920.366	249.751.767	485.672.133
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.794.575.653		1.794.575.653
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	6.163.947		6.163.947
TOTAL	13.919.857.919	8.121.018.450	22.040.876.369
	63%	37%	

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A MARZO 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	417.953.126	255.363.431	673.316.557
FOSYGA	1.025.150		1.025.150
SUBSIDIADO	16.219.379.454	3.337.651.419	19.557.030.873
CONTRIBUTIVO	2.043.105.819	91.709.383	2.134.815.202
CAPITADO			0
IPS PUBLICAS	800.800	1.208.900	2.009.700
IPS PRIVADAS	7.591.420		7.591.420
ARL	1.564.888	74.737.262	76.302.150
VIDA			0
MEDICINA PREPAGADA	1.678.432		1.678.432
ENTIDADES ESPECIALES	112.653.243	27.698.008	140.351.251



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	94.515.972		94.515.972
TOTAL	18.900.268.304	3.788.368.403	22.688.636.707
	83%	17%	

Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

El Recaudo por régimen para el Primer trimestre de 2019 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Bogotá fue: Régimen Subsidiado con un 75%, seguido del Mercado Vinculado (Secretaria de Salud de Cundinamarca) con un 8%, representando estos dos un 83% sobre el total recaudado.

Del total Recaudado durante el Primer trimestre de 2019, las vigencias anteriores tienen una participación del 93% y la presente vigencia una participación del 7%

TABLA 27. RECAUDO ZIPAQUIRÁ

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A MARZO 2019			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2019	TOTAL
CONTRIBUTIVO	1.586.436.009	12.924.871	1.599.360.880
SUBSIDIADO	5.825.536.803	317.947.870	6.143.484.673
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	181.900	0	181.900
ASEGURADORAS-SOAT	57.067.092	21.317.268	78.384.360
ECAT-FOSYGA	0	0	0
OTRAS ENTIDADES	119.063.474	8.320.863	127.384.337
TOTAL	7.588.285.278	360.510.872	7.948.796.150
	95%	5%	



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Informe de Gestión

05DE07 – V3

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A MARZO 2018			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	100.995.046	49.980.645	150.975.691
FOSYGA			0
SUBSIDIADO	2.499.880.868	1.366.020.060	3.865.900.928
CONTRIBUTIVO	54.988.705	29.440.509	84.429.214
CAPITADO	0	292.167.069	292.167.069
IPS PUBLICAS	9.788.450		9.788.450
IPS PRIVADAS	13.403.800		13.403.800
ARL	2.649.922		2.649.922
VIDA	3.507.350	1.096.485	4.603.835
MEDICINA PREPAGADA			0
ENTIDADES ESPECIALES			0
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	202.781.670	343.434.868	546.216.538
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	2.181.870		2.181.870
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA 2018	2.890.177.681	2.082.139.636	4.972.317.317
	58%	42%	

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A MARZO 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	61.806.919	17.481.569	79.288.488
FOSYGA			0



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Informe de Gestión

05DE07 – V3

SUBSIDIADO	1.879.064.557	785.242.928	2.664.307.485
CONTRIBUTIVO	588.811.389	19.904.213	608.715.602
CAPITADO		836.632.160	836.632.160
IPS PUBLICAS	5.136.965		5.136.965
IPS PRIVADAS	11.106.562		11.106.562
ARL	3.180.217	507.923	3.688.140
VIDA	1.798.804	930.622	2.729.426
MEDICINA PREPAGADA			0
ENTIDADES ESPECIALES	335.543.988	128.410.682	463.954.670
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	91.966		91.966
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA 2017	2.886.541.367	1.789.110.097	4.675.651.464
	62%	38%	

Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

El Recaudo por régimen para el Primer trimestre de 2019 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Zipaquirá fue: Régimen Subsidiado con un 77% y Contributivo con un 20%, representando estos dos un 97% sobre el total recaudado por Régimen.

Del total Recaudado durante el Primer trimestre de 2019, las vigencias anteriores tienen una participación del 95% y la presente vigencia una participación del 5%



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Informe de Gestión

05DE07 – V3

TABLA 28. RECAUDO CONSOLIDADO

CONSOLIDADO DE RECAUDOS A MARZO DE 2019			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2019	TOTAL
CONTRIBUTIVO	2.431.794.514	188.460.840	2.620.255.354
SUBSIDIADO	22.821.491.761	1.193.253.382	24.014.745.143
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.897.842.377	0	1.897.842.377
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	2.642.630	0	2.642.630
ASEGURADORAS-SOAT	1.112.291.801	199.314.898	1.311.606.699
ECAT-FOSYGA	56.179.599	0	56.179.599
OTRAS ENTIDADES	1.531.249.287	408.945.740	1.940.195.027
OTROS CONCEPTOS (Se registró como otros ingresos pago RTS)	0	0	0
TOTAL	29.853.491.969	1.989.974.860	31.843.466.829
	94%	6%	

CONSOLIDADO DE RECAUDOS A MARZO DE 2018			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	929.048.250	162.517.479	1.091.565.729
FOSYGA	795.917.550	29.466.568	825.384.118
SUBSIDIADO	11.892.563.627	8.872.851.340	20.765.414.967
CONTRIBUTIVO	905.532.916	175.094.605	1.080.627.521
CAPITADO	0	292.167.069	292.167.069
IPS PUBLICAS	24.672.750	60.169.600	84.842.350
IPS PRIVADAS	18.621.866	10.736.448	29.358.314



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Informe de Gestión

05DE07 – V3

ARP	37.364.062	4.196.808	41.560.870
VIDA	5.913.274	2.771.534	8.684.808
MEDICINA PREPAGADA	0	0	0
ENTIDADES ESPECIALES	235.920.366	249.751.767	485.672.133
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.997.357.323	343.434.868	2.340.792.191
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	8.377.913	0	8.377.913
TOTAL CONTABILIZADO A MARZO DE 2018	16.851.289.897	10.203.158.086	27.054.447.983
	62%	38%	

CONSOLIDADO DE RECAUDOS A MARZO DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	482.405.328	272.845.000	755.250.328
FOSYGA	1.025.150	0	1.025.150
SUBSIDIADO	18.126.926.248	4.122.894.347	22.249.820.595
CONTRIBUTIVO	2.715.505.246	111.613.596	2.827.118.842
CAPITADO	26.736.731	836.632.160	863.368.891
IPS PUBLICAS	5.937.765	1.208.900	7.146.665
IPS PRIVADAS	18.697.982	0	18.697.982
ARP	4.792.106	75.292.186	80.084.292
VIDA	1.798.804	930.622	2.729.426
MEDICINA PREPAGADA	1.678.432	0	1.678.432
ENTIDADES ESPECIALES	448.197.231	156.108.690	604.305.921
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0



051



SC5520-1



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

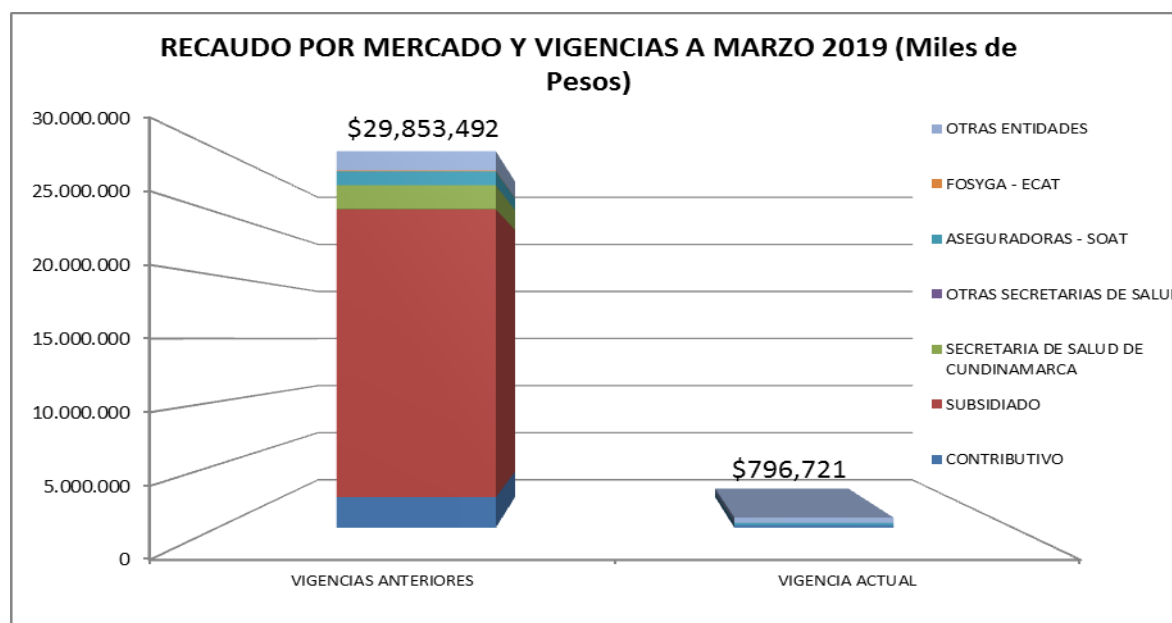
www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

	94.607.938	0	94.607.938
TOTAL CONTABILIZADO A MARZO DE 2017	21.928.308.961	5.577.525.501	27.505.834.462
	80%	20%	

Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

El Recaudo Consolidado por régimen para el Primer Trimestre de 2019 con mayor representatividad fue: Régimen Subsidiado con un 75%, Contributivo con un 8% y Vinculados con un 6% representando estos regimenes un 89% sobre el total recaudado por Régimen.



Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

Una vez consolidado el Recaudo de las Unidades Funcionales a Marzo de 2019, el 94% corresponde a vigencias anteriores y el 6% 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 mínimo el 50% del valor radicado sin importar la ubicación geográfica.



Fuente: Sistema de información – Módulo de Cartera – Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

La recuperación de cartera del año 2019 comparada con el año 2018 tuvo un incremento del 5%, donde las vigencias anteriores ha tenido un aumentado de un 43% mientras que el recaudo de vigencia actual disminuyo en un 80%, situación que se debe a la crisis que viene presentando el Sector Salud ya que las ERPs realizan giros significativos a la cartera radicada de las vigencias anteriores dejando un porcentaje de pago a la vigencia actual, adicionalmente se están presentando glosas y devoluciones injustificadas provocando un bajo flujo de recursos para el Hospital.

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 todos los clientes para dar aplicación a la norma en los plazos establecidos.

Igualmente se realizó circularización durante el primer trimestre comprendido del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2019 de acuerdo a la Normatividad vigente, se enviaron un total de 189 Notificaciones de Saldo, 13 Derechos de Petición, 275 solicitudes de agendas para cruce de cartera y 2 oficios solicitando identificación de pagos por factura.

Se participó a Mesas de Trabajo de acuerdo a la Circular 030 de 2013 a corte Diciembre de 2018, convocadas por el Fondo Financiero Distrital y por la Secretaría de Salud de Cundinamarca con delegados de la Contraloría General de la Nación, Contraloría de Cundinamarca y de la Superintendencia Nacional de Salud, igualmente se ha dado cumplimiento a los cruces de Cartera de acuerdo a la asignación de citas agendadas en dichas mesas.

Realizado el comparativo de Recaudo 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, 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

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, FELICITACIONES, SUGERENCIAS, SOLICITUDES DE INFORMACION Y DENUNCIAS PROCESO DE FACTURACION AÑO 2019						
CLASIFICACION	ENE	FEB	MAR	TOTAL	I TRIM	%
PETICIONES	0	0	0	0	0	0%
RECLAMO	3	6	8	17	17	40%
FELICITACIONES	2	1	1	4	4	10%
SUGERENCIAS	0	0	0	0	0	0%
SOL. INFORMAC	6	5	4	15	15	36%
QUEJA	0	3	3	6	6	14%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0%
TOTAL	11	15	16	42	42	100%

Durante el primer trimestre del año 2019 el área de facturación recibió 0 peticiones, 17 reclamos, 6 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.

La mayoría de las peticiones hacen referencia a solicitud de información relacionadas con la presentación de servicios, solicitud de costo de cirugías y exámenes de apoyo diagnóstico y valor de copagos.

Los reclamos estuvieron dados a temas como inoportunidad en la atención, falta de humanización en la atención, inconvenientes con el digiturno de consulta externa, actualización de códigos y tarifas e inadecuada información sobre la ubicación de diferentes servicios de salud.

Hubo 4 felicitaciones en el trimestre por atención amable y oportuna.

3.3.6 Plan único de mejora por procesos PUMP

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Empresa Social del Estado

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				

Empresa Social del Estado

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			

Empresa Social del Estado

	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
6.	Revisar el manejo del aplicativo del digiurno 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	OTRAS	100%	Incremento anual de venta de servicios

Empresa Social del Estado

	factura a factura, lo que dispondría la información de los estados de la factura para los módulos de cartera y facturación.			
Justificación: Se realiza proceso la parametrización. Se evidencia en la matriz de Contratos y Mercadeo y en el Informe de Cartera por Edades – Modulo de Cartera. Dinámica Gerencial.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
9.	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 %
10.	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 %
11.	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 %
12.	1. Gestionar con control las áreas de facturación y glosas desde el área de cartera	OTRAS	66%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación:			
	Dar cumplimiento normativo, Circular 014 de 2013, reporte mensual de radicación de servicios de salud; Se genera informe con el cual se complementa con los estados de cartera, de los cuales se circulariza mensualmente a los diferentes clientes que se les presta servicios de Salud.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
13.	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:			
	Se realizan informes mensuales y se socializa al Área de Facturación para que realice el trámite pertinente de radicación o ajuste, si es el caso.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %

Empresa Social del Estado

14.	Gestionar ajuste contable en comité de Sostenibilidad y seguimiento a pagos de clientes liquidados	OTRAS	93%	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 %
15.	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 %
16.	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.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	Ejecutar un plan de oferta y presentación del portafolio de servicios a las diferentes empresas responsables de pago que se consideren nuevos clientes estratégicos. (60%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%
	Justificación Se anexa presentación de ofertas de servicio a potenciales clientes nuevos			
	Barrera de mejoramiento N/A			
2.	Mantener la contratación con las diferentes Eps que representen el 80% de la Facturación del Hospital (Régimen Subsidiado 60%, Régimen Contributivo 20% y otros pagadores 20%) (40%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%
	Justificación se anexa contratos realizados con las diferentes e.p.s mas representativas tanto en regimen contributivo como en subsidiado			
	Barrera de mejoramiento			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	Fortalecer el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de facturación (80%).	% cumplimiento aumento en la facturación	50%	10%

Empresa Social del Estado

	Justificación
	Se estructuro un plan de choque de cerrar ingresos de la vigencia 2018 y hasta el 15 de marzo de la vigencia 2019
	Barrera de mejoramiento
	N/A

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4.	Desarrollar reuniones con el equipo operativo de facturación para determinar las oportunidades de mejora involucrando las áreas que afecten este proceso, las cuales se realizaran de manera trimestral (20%)	% cumplimiento aumento en la facturación	100%	5%
	Justificación			
	Reuniones de manera semanal para evaluar la productividad de cada funcionario y realización de actas con compromisos			
	Barrera de mejoramiento			
	N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
5.	Acordar y realizar cortes de facturación mensual, según se establezca con cada EPS. (100%)	% de facturación radicada dentro del término de ley.	74%	74%
	Justificación			
	Barrera de mejoramiento			
	N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

Empresa Social del Estado

6.	Realizar socialización de los motivos de glosa y devoluciones a los procesos responsables de las mismas y/o servicios más representativos de manera trimestral. (30%)	% Disminución aceptación glosa	100%	7.5%
	Justificación Se realizó socialización a las áreas de facturación, autorizaciones, farmacia, cirugía y directivos unidad funcional de Zipaquirá			
	Barrera de mejoramiento N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
7.	Ejecutar acciones de pre auditoria técnica y administrativa a las facturas entregadas a cuentas medicas dentro del periodo, a una muestra igual al 40% sobre lo facturado, de manera trimestral (50%)	% Disminución aceptación glosa	100%	10%
	Justificación Se realiza auditoria permanente a la pre-factura y factura generada cumpliendo con el 41% del total de la facturación del periodo y se realiza la retroalimentación de los hallazgos encontrados al líder de facturación.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
8.	Desarrollar reunión trimestral sobre los hallazgos y motivos de glosa socializados con facturación y farmacia (NO POS), que evidencie las	% Disminución	100%	5%

Empresa Social del Estado

	acciones correctivas y preventivas en curso (20%)	aceptación glosa		
Justificación Se desarrolla reuniones de seguimiento especialmente con el área de farmacia para seguimiento y planes de mejora en el trámite NO POS; y con auditoría concurrente quienes entregan un plan de avance para la disminución de la glosa en hallazgos relacionados a la pertinencia.				
Barrera de mejoramiento N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
9.	Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas por servicios prestados en vigencias anteriores. (40%)	% de recaudo vigencias anteriores	16%	40%
Justificación Se gestiona recaudo de cartera mediante circularización, cruces de cartera, llamadas telefónicas y correos electrónicos (Clientes fuera de Bogotá) como también Mesas de trabajo que se convocan a través de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y el fondo Financiero Distrital.				
Barrera de mejoramiento Crisis de flujo de efectivo en el Sector Salud, aumento indiscriminado de glosas y devoluciones injustificadas que vienen realizando las ERPs, como también a la no entrega oportuna de soportes de pago para ser identificados por factura lo cual genera que dichos pagos no se estén descargando de la cartera.				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
10.	Realizar envíos de la cartera y los soportes definidos a la Oficina Asesora Jurídica de	% de entrega cartera más 360 días.	10%	20%

Empresa Social del Estado

	la Cartera mayor a 360 días para inicio de cobro jurídico, según saldo a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior con seguimiento trimestral (20%)			
	Justificación Se ha radicado para gestión jurídica de los clientes; Emdisalud por valor de \$1.299.280.361, Convida por valor de \$8.223.699.248 y Emcosalud por valor de \$278.939.089, para un valor total entregado en el primer trimestre de 2019 por \$9.801.918.698, teniendo en cuenta la documentación que solicitan para iniciar los Cobros Jurídicos a las Entidades Responsables de Pago con los requisitos necesarios para ser llevados ante la Superintendencia Nacional de Salud.			
	Barrera de mejoramiento			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	Alcanzar el 65% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas servicios prestados en la vigencia actual. (40%)	% de Recaudo de la vigencia actual	12%	40%
11.	Justificación Se gestiona recaudo de cartera mediante circularización, cruces de cartera, llamadas telefónicas y correos electrónicos (Clientes fuera de Bogotá) como también Mesas de trabajo que se convocan a través de la Secretaria de Salud de Cundinamarca y el fondo Financiero Distrital.			
	Barrera de mejoramiento Crisis de flujo de efectivo en el Sector Salud, aumento indiscriminado de glosas y devoluciones injustificadas que vienen realizando las ERPs, como también a la no entrega oportuna de soportes de pago para ser identificados por factura lo cual genera que dichos pagos no se estén descargando de la cartera.			

3.3.8 Gestión del riesgo

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Financiero	Sobre ejecución de los contratos con las entidades responsables de pago que se tenga contrato	5	4

Empresa Social del Estado

	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.	Financiero	No realizar gestión del reporte y obtención de autorización generada por las entidades responsables de pago	5	3
	Justificación Se requiere realizar la solicitud de las autorizaciones requeridas a las EPS de acuerdo a lo establecido a la Resolución 3047 de 2008 y realizar llamada telefónica reiterando la solicitud realizada hasta obtener la autorización.			
	Barrera de mejoramiento Algunas EPS no responden a las solicitudes realizadas y otras responden de manera inoportuna.			

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
4.		No realizar una adecuada revisión de la historia clínica y la factura del paciente y por ende no se cobran todos los servicios	5	4

Empresa Social del Estado

Financiero	prestados y/o se cobran a las EPS no correspondientes.		
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	DESCRIPCION 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 mediación que agenden citas para cruce de cartera en las cuales van relacionadas todas las facturas que tengan 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

	AÑO 2017		AÑO 2018		2018/ 2017	2018/2017	AÑO 2019			2019/ 2018	2019/2018
CONCEPTO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	39.724.825.215	39.724.825.215	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%	46.250.177.768	46.250.177.768	46.250.177.768	-3,46%	-3,46%
INGRESOS CORRIENTES	23.441.662.507	4.338.670.966	26.979.788.789	9.372.731.990	15,09%	116,03%	63.157.564.374	27.916.117.955	4.077.956.507	3,47%	-56,49%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	23.221.800.654	4.118.809.113	26.882.917.541	9.275.860.742	15,77%	125,21%	55.967.422.178	26.659.311.511	2.821.150.063	-0,83%	-69,59%
....REGIMEN SUBSIDIADO	16.142.289.965	3.337.651.419	18.970.646.755	7.506.831.280	17,52%	124,91%	41.226.545.444	12.904.535.632	875.305.512	-31,98%	-88,34%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	1.778.099.698	91.709.383	2.807.796.574	145.654.096	57,91%	58,82%	3.130.589.805	9.115.853.011	175.535.969	224,66%	20,52%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	2.651.210.213	23.830.311	2.649.301.935	781.654.576	-0,07%	3180,09%	5.639.146.994	1.549.999.571	781.654.576	-41,49%	0,00%
....OTRAS ENTIDADES	2.650.200.778	665.618.000	2.455.172.277	841.720.790	-7,36%	26,46%	5.971.139.935	3.088.923.297	988.654.006	25,81%	17,46%
...OTROS INGRESOS	168.695.787	168.695.787	96.871.248	96.871.248	-42,58%	-42,58%	500.000.000	84.103.248	84.103.248	-13,18%	-13,18%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	51.166.066	51.166.066	-	-	-100,00%	-100,00%	6.690.142.196	1.172.703.196	1.172.703.196	#DIV/0!	#DIV/0!
INGRESOS DE CAPITAL	390.282.477	390.282.477	434.494.102	434.494.102	11,33%	11,33%	1.200.000.000	308.557.086	308.557.086	-28,98%	-28,98%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	19.197.762.291	19.197.762.291	14.115.141.456	14.115.141.456	-26,48%	-26,48%	47.926.044.274	22.624.484.726	22.624.484.726	60,29%	60,29%
TOTAL INGRESOS	82.754.532.490	63.651.540.949	89.437.311.165	71.830.254.366	8,08%	12,85%	158.533.786.416	97.099.337.535	73.261.176.087	8,57%	1,99%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	43.029.707.275	23.926.715.734	41.529.424.347	23.922.367.548	-3,49%	-0,02%	112.283.608.648	50.849.159.767	27.010.998.319	22,44%	12,91%

El hospital en su presupuesto aprobado para la vigencia 2019 ya está aprobado por el confiscun el ajuste al presupuesto correspondiente al cierre de la vigencia 2018 en lo relacionado con la disponibilidad inicial y las cuentas por cobrar. El valor de los reconocimientos aumenta por el mayor valor reconocido por la recuperación de cuentas por cobrar (otras vigencias). Los recaudos aumentan especialmente por los ingresos por transferencias valor del convenio celebrado con la secretaria de salud de Cundinamarca para la obra de adecuación de la UCI.

Para la vigencia 2019 del total ejecutado por reconocimientos con respecto al total aprobado es del 61% y por recaudos en un 46%. En los ingresos el valor de la disponibilidad inicial disminuyo por menor valor en bancos al cierre de la vigencia 2018.

Presupuesto de gastos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2017			AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019				2019/ 2018	2019/ 2018
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	42.303.872.798	14.900.627.747	12.075.963.753	47.815.088.560	16.902.599.943	12.282.670.709	13,03%	13,44%	90.059.885.735	48.606.615.225	16.956.345.057	12.068.900.561	2%	0%
...GASTOS DE PERSONAL	37.098.528.094	12.767.660.195	10.738.763.776	42.600.477.644	15.007.716.207	10.784.282.950	14,83%	17,54%	70.078.398.229	42.359.671.752	14.741.889.151	10.483.104.887	-1%	-2%
...SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	2.829.770.767	2.829.770.767	2.829.770.767	3.955.498.330	3.955.498.330	3.955.498.330	39,78%	39,78%	22.883.810.000	3.383.548.466	3.383.548.466	3.370.557.891	-14%	-14%
...SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	34.268.757.327	9.937.889.428	7.908.993.009	38.644.979.314	11.052.217.877	6.828.784.620	12,77%	11,21%	47.194.588.229	38.976.123.286	11.358.340.685	7.112.546.996	1%	3%
...GASTOS GENERALES	5.056.549.904	1.984.172.752	1.189.795.777	4.851.311.326	1.531.584.146	1.201.971.038	-4,06%	-22,81%	18.977.698.506	6.056.501.226	2.024.013.659	1.398.797.287	25%	32%
...ADQUISICION DE BIENES	225.721.710	154.265.764	1.694.000	42.432.208	5.059.126	5.059.126	-81,20%	-96,72%	2.646.304.923	549.499.528	164.303.410	1.762.000	1195%	3148%
...ADQUISICION DE SERVICIOS	4.830.828.194	1.829.906.988	1.188.101.777	4.808.879.118	1.526.525.020	1.196.911.912	-0,45%	-16,58%	16.331.393.583	5.507.001.698	1.859.710.249	1.397.035.287	15%	22%
...IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	133.655.600	133.655.600	132.265.000	154.017.200	154.017.200	152.496.000	15,23%	15,23%	225.000.000	170.005.410	170.005.410	170.005.410	10%	10%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	15.139.200	15.139.200	15.139.200	209.282.390	209.282.390	143.920.721	#####	#####	778.789.000	20.436.837	20.436.837	16.992.977	-90%	-90%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTSS	3.046.342.462	1.315.594.491	41.241.078	4.904.830.927	2.026.850.791	404.951.213	61,01%	54,06%	25.303.547.536	9.426.051.240	3.272.446.044	179.930.495	92%	61%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	3.036.342.462	1.307.266.391	41.241.078	4.452.294.927	1.972.200.999	404.951.213	46,63%	50,86%	24.603.700.536	8.764.987.240	3.153.549.285	177.250.495	97%	60%
...MEDICAMENTOS	421.769.643	133.356.087	28.186.796	732.213.652	202.260.817	34.534.301	73,61%	51,67%	6.572.368.536	1.107.323.032	1.038.650.722	20.203.586	51%	414%
...OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.614.572.819	1.173.910.304	13.054.282	3.720.081.275	1.769.940.182	370.416.912	42,28%	50,77%	18.031.332.000	7.657.664.208	2.114.898.563	157.046.909	106%	19%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	10.000.000	8.328.100	-	452.536.000	54.649.792	-	#####	#####	699.847.000	661.064.000	118.896.759	2.680.000	46%	118%
INVERSION	-	-	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!	22.217.710.628	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	16.445.921.442	11.241.133.527	3.908.202.508	17.486.925.624	13.078.191.822	3.994.324.105	6,33%	16,34%	20.952.642.517	20.146.098.951	13.281.459.867	5.694.950.843	15%	2%
TOTAL GASTOS	61.796.136.702	27.457.355.765	16.025.407.339	70.206.845.111	32.007.642.556	16.681.946.027	13,61%	16,57%	158.533.786.416	78.178.765.416	33.510.250.968	17.943.781.899	11%	5%

El presupuesto de gastos se ha ejecutado por compromisos con respecto al presupuesto aprobado en un 49% y en el 2018 del 43%, el valor aprobado en los gastos de inversión son recursos que se tienen para el proyecto de la ampliación de la UCI y los recursos recibidos por estampillas pro hospitales al cierre de la vigencia para ejecutar y los que el departamento proyecto que iban a recibir en esta vigencia. El aumento del total ejecutado de la vigencia 2019 con el 2018 está dado que a este corte se han registrado presupuestalmente más gastos en esta vigencia, los cuales cubren hasta mediados de octubre como son los contratos de servicios médicos y servicios de mano de obra contratada por empresa temporal hasta Julio.

El aumento representativo en gastos de operación comercial está dado que a este corte se registró presupuestalmente contratos de convocatorias y en el año anterior se empezó a registrar a mediados del mes de Abril.

Del total de las obligaciones de la vigencia 2018 a 2019 aumenta por mayor valor de servicios recibidos y facturados por los proveedores, y los pagos de una vigencia a otra aumentaron.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas Bogotá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2016	DE LA VIGENCIA 2017	DE LA VIGENCIA 2018	inc o dis \$ 2017-2016	inc o dis \$ 2018-2017	inc o dis % 17/16	inc o dis % 18/17
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	8.848.617.065	11.638.446.743	14.436.977.526	2.789.829.678	2.798.530.783	32%	24%
OBLIGACIONES - PAGOS	7.984.335.673	5.946.756.590	6.515.664.991	-2.037.579.083	568.908.401	-26%	10%
TOTAL	16.832.952.738	17.585.203.333	20.952.642.517	752.250.595	3.367.439.184	4%	19%

Como observamos en las cuentas por pagar constituidas del ejercicio de la vigencia 2018 por saldos de contratos (compromisos-obligaciones) aumenta comparado con los de la vigencia 2017, situación dada por contratos firmados en la vigencia 2018 cuya ejecución se proyecta algunos los dos primeros meses para la vigencia 2019 y en cuentas por pagar causadas (obligaciones – pagos) los saldos aumentan de un año a otro, por el menor valor pagado, quedando estos valores de la facturas (periodo a 90 fecha de la factura).

Balance presupuestal Bogotá-gastos comprometidos

Indicador	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	23.221.800.654	26.882.917.541	26.659.311.511
Gastos de funcionamiento comprometidos	24.922.324.798	47.815.088.560	48.606.615.225
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	20.427.890.462	4.904.830.927	9.426.051.240
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	51	51	46
Ingresos por venta de salud recaudados	4.118.809.113	9.275.860.742	2.821.150.063
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	9	18	5
Ingreso reconocido total	82.754.532.490	89.437.311.165	97.099.337.535
Ingreso recaudado total	63.651.540.949	71.830.254.366	73.261.176.087

Empresa Social del Estado

Gasto comprometido total	61.796.136.702	70.206.845.111	78.178.765.416
Relación reconocimiento total/ compromiso total	134	127	124
Relación recaudo total/ compromiso total	103	102	94
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	39	34	35

El porcentaje de cubrimiento de los gastos totales habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos es menor su cubrimiento para la vigencia 2019 comparado con la vigencia 2018 teniendo en cuenta que presupuestalmente se ejecutó más gastos a este corte (no sin dejar de obviar que estos gastos van hasta mediados de octubre) donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$46 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2019 de \$5 pesos, siendo menor al de la vigencia 2018; teniendo en cuenta que se recibieron menos recursos por la venta de servicios de salud de la vigencia y en el 2018 fueron mayores.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si el ejercicio se hace con el total de reconocimientos y compromisos teniendo en cuenta en ingresos la disponibilidad inicial, aportes recibidos y las cuentas por cobrar y en los gastos las cuentas por pagar (vigencias anteriores) para la vigencia 2019 llega a \$124 pesos siendo menor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$94 en la vigencia 2019 donde es menor al de la vigencia anterior que fue mayor.

Balance presupuestal Bogotá - gastos obligados

INDICADOR	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	23.221.800.654	26.882.917.541	26.659.311.511
Gastos de funcionamiento obligados	10.062.705.635	16.902.599.943	16.956.345.057
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	6.153.516.603	2.026.850.791	3.272.446.044
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	143	142	132

<i>Empresa Social del Estado</i>			
Ingresos por venta de salud recaudados	4.118.809.113	9.275.860.742	2.821.150.063
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	25	49	14
Ingreso reconocido total	82.754.532.490	89.437.311.165	97.099.337.535
Ingreso recaudado total	63.651.540.949	71.830.254.366	73.261.176.087
Gasto obligado total	27.457.355.765	32.007.642.556	33.510.250.968
Relación reconocimiento total/ obligado total	301	279	290
Relación recaudo total/ obligado total	232	224	219
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	87	75	81

Al observar el anterior análisis varia en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogotá

		<i>Compromisos</i>	<i>Compromisos con Deflactor</i>	<i>Obligaciones</i>	<i>Obligaciones con Deflactor</i>
		<i>31/03/2019</i>	<i>31/03/2018</i>	<i>31/03/2019</i>	<i>31/03/2018</i>
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	58.032.666.465	54.396.412.927	20.228.791.101	19.531.407.267
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	3.447.848,00	3.038.505,50	3.447.848,00	3.038.505,50
Resultado (a/b)		16.832	17.902	5.867	6.428
Resultado Indicador		0,94		0,91	
Estandar indicador		<0,90		<0,90	

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Bogotá

		Compromisos	Obligaciones
		31/03/2019	31/03/2019
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	73.261.176.087	73.261.176.087
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	78.178.765.416	33.510.250.968
Resultado Indicador (a/b)		0,94	2,19
Estandar indicador		>1,00	>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-27.001.450.956
Superávit o déficit operacional no corriente	57.755.168.725
Superávit o déficit total	30.753.717.769
Sin Riesgo	0.99
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	18.920.572.119

Presupuesto de ingresos aprobado Zipaquirá

	AÑO 2017		AÑO 2018		2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019			2019/ 2018	2019/ 2018
CONCEPTO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
INGRESOS CORRIENTES	7.458.975.903	2.014.469.097	8.667.001.224	1.974.985.576	16,20%	-1,96%	24.648.921.263	8.427.775.252	592.888.029	-2,76%	-69,98%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	7.457.275.443	2.012.768.637	8.665.604.572	1.973.588.924	16,20%	-1,95%	24.648.921.263	8.424.086.896	589.199.673	-2,79%	-70,15%
.....REGIMEN SUBSIDIADO	4.342.768.842	1.621.875.088	5.189.984.285	1.658.187.129	19,51%	2,24%	18.895.881.758	4.081.966.493	317.947.870	-21,35%	-80,83%
.....REGIMEN CONTRIBUTIVO	2.264.486.252	19.904.213	2.415.184.632	29.440.509	6,65%	47,91%	3.563.141.913	3.275.148.979	12.924.871	35,61%	-56,10%
.....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	247.387.459	-	265.658.259	-	7,39%	#¡DIV/0!	202.813.340	438.588.580	-	65,10%	#¡DIV/0!
.....OTRAS ENTIDADES	602.632.890	370.989.336	794.777.396	285.961.286	31,88%	-22,92%	1.987.084.252	628.382.844	258.326.932	-20,94%	-9,66%
...OTROS INGRESOS	1.700.460	1.700.460	1.396.652	1.396.652	-17,87%	-17,87%	-	3.688.356	3.688.356	164,09%	164,09%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	-	-	-	-	0,00%	0,00%	-	-	-	0,00%	0,00%
INGRESOS DE CAPITAL	-	-	-	-	0,00%	0,00%	-	-	-	0,00%	0,00%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	2.886.541.367	2.886.541.367	3.222.084.052	3.222.084.052	11,62%	11,62%	9.342.153.659	7.588.285.278	7.588.285.278	135,51%	135,51%
TOTAL INGRESOS	10.345.517.270	4.901.010.464	11.889.085.276	5.197.069.628	14,92%	6,04%	33.991.074.922	16.016.060.530	8.181.173.307	34,71%	57,42%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	10.345.517.270	4.901.010.464	11.889.085.276	5.197.069.628	14,92%	6,04%	33.991.074.922	16.016.060.530	8.181.173.307	34,71%	57,42%

Del presupuesto total de ingresos aprobado se ha ejecutado por reconocimientos en un 47% y por recaudos en 24%, dentro de la variación por reconomio esta dado por la recuperación de cuentas por cobrar (otras vigencias) y así mismo por mayor recuperación de recaudos en el mismo rubro.

También en el presupuesto aprobado a este corte ya se encuentra aprobado el ajuste al presupuesto correspondiente al cierre de la vigencia 2018, en lo correspondiente a las cuentas por cobrar (otras vigencias).

Presupuesto de gastos Zipaquirá

	AÑO 2017			AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019				2019/ 2018	2019/ 2018
CONCEPTO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	17.143.385.016	4.847.887.900	2.839.992.518	19.927.536.109	5.454.994.745	3.370.539.870	16,24%	12,52%	28.409.503.056	11.926.721.093	5.479.658.966	3.319.776.418	-40%	0%
...GASTOS DE PERSONAL	15.463.740.000	4.207.982.443	2.437.943.613	18.449.606.400	4.903.691.582	2.964.189.756	19,31%	16,53%	22.789.292.056	10.957.602.400	4.812.594.359	2.850.905.121	-41%	-2%
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	15.463.740.000	4.207.982.443	2.437.943.613	18.449.606.400	4.903.691.582	2.964.189.756	19,31%	16,53%	22.789.292.056	10.957.602.400	4.812.594.359	2.850.905.121	-41%	-2%
...GASTOS GENERALES	1.582.499.316	542.759.757	304.903.205	1.339.243.309	412.616.763	306.290.114	-15,37%	-23,98%	5.432.715.000	862.389.793	560.335.707	365.809.397	-36%	36%
.....ADQUISICION DE BIENES	85.712.185	6.462.685	968.000	4.036.989	1.816.435	1.816.435	-95,29%	-71,89%	720.553.000	29.470.861	29.470.861	1.007.000	630%	1522%
.....ADQUISICION DE SERVICIOS	1.496.787.131	536.297.072	303.935.205	1.335.206.320	410.800.328	304.473.679	-10,80%	-23,40%	4.712.162.000	832.918.932	530.864.846	364.802.397	-38%	29%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	97.145.700	97.145.700	97.145.700	103.686.400	103.686.400	100.060.000	6,73%	6,73%	142.496.000	106.728.900	106.728.900	103.061.900	3%	3%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	-	-	-	35.000.000	35.000.000	-	#DIV/0!	#DIV/0!	45.000.000	-	-	-	-100%	-100%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	635.717.162	118.277.705	1.593.740	897.520.901	289.924.463	164.328.659	41,18%	145,12%	2.917.589.000	483.410.168	275.330.358	129.567.859	-46%	-5%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	633.217.162	118.277.705	1.593.740	862.728.901	289.000.207	164.328.659	36,25%	144,34%	2.837.419.000	480.962.168	275.330.358	129.567.859	-44%	-5%
.....MEDICAMENTOS	90.994.587	24.760.199	1.593.740	78.511.387	13.599.066	1.853.779	-13,72%	-45,08%	561.744.000	55.476.407	46.821.176	-	-29%	244%
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	542.222.575	93.517.506	-	784.217.514	275.401.141	162.474.880	44,63%	194,49%	2.275.675.000	425.485.761	228.509.182	129.567.859	-46%	-17%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	2.500.000	-	-	34.792.000	924.256	-	1291,68%	#DIV/0!	80.170.000	2.448.000	-	-	-93%	-100%
INVERSION	-	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	2.251.287.611	1.643.251.783	1.121.480.140	2.721.805.781	2.006.535.992	758.289.182	20,90%	22,11%	2.663.982.866	2.290.601.195	1.714.734.715	1.090.039.414	-16%	-15%
TOTAL GASTOS	20.030.389.789	6.609.417.388	3.963.066.398	23.546.862.791	7.751.455.200	4.293.157.711	17,56%	17,28%	33.991.074.922	14.700.732.456	7.469.724.039	4.539.383.691	-38%	-4%

El Total ejecutado por Compromisos con respecto al presupuesto total aprobado es del 43% pero presentándose un menor en compromisos de la vigencia 2018 a 2019. Al interior de los rubros de la vigencia se presenta menor variación en los rubros de servicios personales indirectos, gastos de operación comercial y prestación de servicios y en cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el menor valor de las cuentas por pagar presupuestales de la vigencia 2018, esta variación de un año a otro esta dado que el hospital no ejecuto en gran porcentaje el presupuesto para la Unidad Funcional hasta que no se definiera la suscripción del nuevo convenio de operación para esta administrar este nueva sede por ampliar en los servicios por la nueva infraestructura.

Los pagos totales en el presupuesto de gastos con respecto al periodo de 2018 a 2019 aumento en un 6%, esta situación se puede ver en mayor representación por el mayor valor pagado en las cuentas por pagar (vigencias anteriores).

Cuentas por pagar presupuestales constituidas – U.F. Zipaquirá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	DE LA VIGENCIA 2018	% Par 2018	inc o dis \$ 2017-2016	inc o dis \$ 2018-2017	inc o dis \$ 2017-2016	inc o dis \$ 2018-2017
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	1.370.296.504	58%	1.937.421.240	71%	2.177.458.256	82%	567.124.736	240.037.016	41%	12%
OBLIGACIONES - PAGOS	989.313.996	42%	805.809.825	29%	486.524.610	18%	-183.504.171	-319.285.215	-19%	-40%
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	2.359.610.500	100%	2.743.231.065	100%	2.663.982.866	100%	383.620.565	-79.248.199	16%	-3%

Se puede observar al constituir las cuentas por pagar presupuestales, de la vigencia 2018 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 2018.

Balance presupuestal Zipaquirá-gastos comprometidos

Indicador	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	7.457.275.443	8.665.604.572	8.424.086.896
Gastos de funcionamiento comprometidos	13.929.965.016	19.927.536.109	11.926.721.093
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	3.849.137.162	897.520.901	483.410.168
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	42	42	68
Ingresos por venta de salud recaudados	2.012.768.637	1.973.588.924	589.199.673
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	11	9	5

Empresa Social del Estado

Ingreso reconocido total	10.345.517.270	11.889.085.276	16.016.060.530
Ingreso recaudado total	4.901.010.464	5.197.069.628	8.181.173.307
Gasto comprometido total	20.030.389.789	23.546.862.791	14.700.732.456
Relación reconocimiento total/ compromiso total	52	50	109
Relación recaudo total/ compromiso total	24	22	56
Relación recaudo total- disponib.inicial/ compromiso total	24	22	56

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos mejoro su cubrimiento para la vigencia 2019 comparado con el de la vigencia 2018 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$42 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos disminuye en la vigencia 2019, por el menor valor recaudado en esta vigencia.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si miramos con los totales tanto de reconocimientos como de recaudos en comparación con el total de compromisos podemos ver que la primera relación cubre \$109 pesos superior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$56 pesos de cubrimiento.

Balance presupuestal Zipaquirá - gastos obligados

INDICADOR	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	7.457.275.443	8.665.604.572	8.424.086.896
Gastos de funcionamiento obligados	3.890.202.902	5.454.994.745	5.479.658.966
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	1.075.962.703	289.924.463	275.330.358
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de	150	151	146

Empresa Social del Estado

servicios de salud			
Ingresos por venta de salud recaudados	2.012.768.637	1.973.588.924	589.199.673
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	41	34	10
Ingreso reconocido total	10.345.517.270	11.889.085.276	16.016.060.530
Ingreso recaudado total	4.901.010.464	5.197.069.628	8.181.173.307
Gasto obligado total	6.609.417.388	7.751.455.200	7.469.724.039
Relación reconocimiento total/ obligado total	157	153	214
Relación recaudo total/ obligado total	74	67	110
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	74	67	110

Al observar el anterior análisis varia en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018
"Indicador No. 5"

evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - UF Zipaquirá

	Compromisos	Compromisos con Deflactor	Obligaciones	Obligaciones con Deflactor
	31/03/2019	31/03/2018	31/03/2019	31/03/2018
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a 12.410.131.261	21.487.293.823	5.754.989.324	5.927.607.639

Empresa Social del Estado
(/) Numero de UVR producidas en la
vigencia

b 1.465.802,00 1.472.165,70 1.465.802,00 1.472.165,70

Resultado
(a/b)

8.466 14.596 3.926 4.026

Resultado
Indicador

0,58

0,98

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-3.817.218.546
Superávit o déficit operacional no corriente	12.674.827.879
Superávit o déficit total	8.857.609.333
Sin Riesgo	1.03
Superávit o déficit presupuestal (Con Riesgo)	1.315.328.074

Consolidado

Presupuesto de ingresos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2017		AÑO 2018		2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019			2019/ 2018	2019/ 2018
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	39.724.825.215	39.724.825.215	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%	46.250.177.768	46.250.177.768	46.250.177.768	-3,46%	-3,46%
INGRESOS CORRIENTES	30.900.638.410	6.353.140.063	35.646.790.013	11.347.717.566	15,36%	78,62%	87.806.485.637	36.343.893.207	4.670.844.536	1,96%	-58,84%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	30.679.076.097	6.131.577.750	35.548.522.113	11.249.449.666	15,87%	83,47%	80.616.343.441	35.083.398.407	3.410.349.736	-1,31%	-69,68%
....REGIMEN SUBSIDIADO	20.485.058.807	4.959.526.507	24.160.631.040	9.165.018.409	17,94%	84,80%	60.122.427.202	16.986.502.125	1.193.253.382	-29,69%	-86,98%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	4.042.585.950	111.613.596	5.222.981.206	175.094.605	29,20%	56,88%	6.693.731.718	12.391.001.990	188.460.840	137,24%	7,63%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	2.898.597.672	23.830.311	2.914.960.194	781.654.576	0,56%	3180,09%	5.841.960.334	1.988.588.151	781.654.576	-31,78%	0,00%
....OTRAS ENTIDADES	3.252.833.668	1.036.607.336	3.249.949.673	1.127.682.076	-0,09%	8,79%	7.958.224.187	3.717.306.141	1.246.980.938	14,38%	10,58%
...OTROS INGRESOS	170.396.247	170.396.247	98.267.900	98.267.900	-42,33%	-42,33%	500.000.000	87.791.604	87.791.604	-10,66%	-10,66%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	51.166.066	51.166.066	-	-	-100,00%	-100,00%	6.690.142.196	1.172.703.196	1.172.703.196	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
INGRESOS DE CAPITAL	390.282.477	390.282.477	434.494.102	434.494.102	11,33%	11,33%	1.200.000.000	308.557.086	308.557.086	-28,98%	-28,98%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	22.084.303.658	22.084.303.658	17.337.225.508	17.337.225.508	-21,50%	-21,50%	57.268.197.933	30.212.770.004	30.212.770.004	74,27%	74,27%
TOTAL INGRESOS	93.100.049.760	68.552.551.413	101.326.396.441	77.027.323.994	8,84%	12,36%	192.524.861.338	113.115.398.065	81.442.349.394	11,63%	5,73%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	53.375.224.545	28.827.726.198	53.418.509.623	29.119.437.176	0,08%	1,01%	146.274.683.570	66.865.220.297	35.192.171.626	25,17%	20,85%

Del presupuesto total aprobado se ha ejecutado por reconocimientos totales en un 59% y por recaudos totales en 42%. El total de reconocimientos aumento en la presente vigencia comparado con la vigencia anterior por el mayor valor reconocido en las cuentas por cobrar (otras vigencias).

El Presupuesto de Ingresos Aprobado de 2019 por valor de \$192.524 millones, se discrimina así: Bogotá por valor de \$158.533 millones con una participación del 82% y la UF Zipaquirá por valor de \$33.991 con una participación del 18%.

En la Disponibilidad Inicial para la vigencia 2019 del resultado ejercicio cierre de la vigencia 2018, presenta un total de recursos con destinación específica comprometidos y no comprometidos por la suma de \$25.019 millones donde hay recursos para comprometer en proyecto remodelación y ampliación de la UCI, recursos de estampillas pro hospitales, recursos de aportes patronales (cuentas maestras) y por recursos propios del Hospital el valor de \$21.230 millones de pesos m/cte para funcionamiento.

Presupuesto de gastos consolidado

	AÑO 2017			AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	AÑO 2019				2019/ 2018	2019/ 2018
CONCEPTO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	59.447.257.814	19.748.515.647	14.915.956.271	67.742.624.669	22.357.594.688	15.653.210.579	13,95%	13,21%	118.469.388.791	60.533.336.318	22.436.004.023	15.388.676.979	-11%	0%
...GASTOS DE PERSONAL	52.562.268.094	16.975.642.638	13.176.707.389	61.050.084.044	19.911.407.789	13.748.472.706	16,15%	17,29%	92.867.690.285	53.317.274.152	19.554.483.510	13.334.010.008	-13%	-2%
....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	2.829.770.767	2.829.770.767	2.829.770.767	3.955.498.330	3.955.498.330	3.955.498.330	39,78%	39,78%	22.883.810.000	3.383.548.466	3.383.548.466	3.370.557.891	-14%	-14%
....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	49.732.497.327	14.145.871.871	10.346.936.622	57.094.585.714	15.955.909.459	9.792.974.376	14,80%	12,80%	69.983.880.285	49.933.725.686	16.170.935.044	9.963.452.117	-13%	1%
...GASTOS GENERALES	6.639.049.220	2.526.932.509	1.494.698.982	6.190.554.635	1.944.200.909	1.508.261.152	-6,76%	-23,06%	24.410.413.506	6.918.891.019	2.584.349.366	1.764.606.684	12%	33%
....ADQUISICION DE BIENES	311.433.895	160.728.449	2.662.000	46.469.197	6.875.561	6.875.561	-85,08%	-95,72%	3.366.857.923	578.970.389	193.774.271	2.769.000	1146%	2718%
....ADQUISICION DE SERVICIOS	6.327.615.325	2.366.204.060	1.492.036.982	6.144.085.438	1.937.325.348	1.501.385.591	-2,90%	-18,13%	21.043.555.583	6.339.920.630	2.390.575.095	1.761.837.684	3%	23%
...IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	230.801.300	230.801.300	229.410.700	257.703.600	257.703.600	252.556.000	11,66%	11,66%	367.496.000	276.734.310	276.734.310	273.067.310	7%	7%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	15.139.200	15.139.200	15.139.200	244.282.390	244.282.390	143.920.721	1513,58%	1513,58%	823.789.000	20.436.837	20.436.837	16.992.977	-92%	-92%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	3.682.059.624	1.433.872.196	42.834.818	5.802.351.828	2.316.775.254	569.279.872	57,58%	61,57%	28.221.136.536	9.909.461.408	3.547.776.402	309.498.354	71%	53%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	3.669.559.624	1.425.544.096	42.834.818	5.315.023.828	2.261.201.206	569.279.872	44,84%	58,62%	27.441.119.536	9.245.949.408	3.428.879.643	306.818.354	74%	52%
....MEDICAMENTOS	512.764.230	158.116.286	29.780.536	810.725.039	215.859.883	36.388.080	58,11%	36,52%	7.134.112.536	1.162.799.439	1.085.471.898	20.203.586	43%	403%
....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	3.156.795.394	1.267.427.810	13.054.282	4.504.298.789	2.045.341.323	532.891.792	42,69%	61,38%	20.307.007.000	8.083.149.969	2.343.407.745	286.614.768	79%	15%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	12.500.000	8.328.100	-	487.328.000	55.574.048	-	3798,62%	567,31%	780.017.000	663.512.000	118.896.759	2.680.000	36%	114%
INVERSION	-	-	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!	22.217.710.628	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	18.697.209.053	12.884.385.310	5.029.682.648	20.208.731.405	15.084.727.814	4.752.613.287	8,08%	17,08%	23.616.625.383	22.436.700.146	14.996.194.582	6.784.990.257	11%	-1%
TOTAL GASTOS	81.826.526.491	34.066.773.153	19.988.473.737	93.753.707.902	39.759.097.756	20.975.103.738	14,58%	16,71%	192.524.861.338	92.879.497.872	40.979.975.007	22.483.165.590	-1%	3%

El total de compromisos con respecto al presupuesto total aprobado se ejecutó en un 48% teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede Bogotá y la uf Zipaquirá.

Los compromisos totales han tenido una variación del -1% para el 2019, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos en el presupuesto para la sede de Bogotá cubren algunos hasta mediados de Octubre y para la UF Zipaquirá cubren hasta Junio en algunos rubros teniendo que no se había definido hasta que se firmara el convenio para administración del nuevo hospital para esta sede.

El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2019 por valor de \$92.879 millones, se discrimina así: Bogotá por valor de \$78.178 millones con una participación del 84% y U.F. Zipaquirá por valor de \$14.700 millones con una participación del 16%.

Se presenta un aumento de la vigencia 2017 a 2018 del 16% del total de los gastos obligados, estando en gran representación los gastos de funcionamiento por los servicios personales indirectos, esto por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores y para la vigencia 2019 se aumentó el total de las obligaciones por mayor valor facturado.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas – consolidado

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	DE LA VIGENCIA 2018	% Par 2018	inc o dis % 17/16	inc o dis % 18/17
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	10.218.913.569	53%	13.575.867.983	67%	16.614.435.782	70%	33%	22%
OBLIGACIONES - PAGOS	8.973.649.669	47%	6.752.566.415	33%	7.002.189.601	30%	-25%	4%
TOTAL	19.192.563.238	100%	20.328.434.398	100%	23.616.625.383	100%	6%	16%

Se observa en el anterior comparativo para la vigencia 2018 fueron mayores los saldos de contratos por ejecutar (compromisos-obligaciones) mayor que el 2017. En lo aplicado a las cuentas por pagar (obligaciones-pagos) aumenta, quedando un mayor 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	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	30.679.076.097	35.548.522.113	35.083.398.407
Gastos de funcionamiento comprometidos	38.852.289.814	67.742.624.669	60.533.336.318
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	24.277.027.624	5.802.351.828	9.909.461.408

Empresa Social del Estado

Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	49	48	50
Ingresos por venta de salud recaudados	6.131.577.750	11.249.449.666	3.410.349.736
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	10	15	5
Ingreso reconocido total	93.100.049.760	101.326.396.441	113.115.398.065
Ingreso recaudado total	68.552.551.413	77.027.323.994	81.442.349.394
Gasto comprometido total	81.826.526.491	93.753.707.902	92.879.497.872
Relación reconocimiento total/ compromiso total	114	108	122
Relación recaudo total/ compromiso total	84	82	88
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	35	31	38

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos aumenta en la vigencia 2019 por el menor valor en los gastos comprometidos en funcionamiento y operación y prestación de servicios, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos están hasta mediados de octubre los servicios médicos y servicios tercerizado. Donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$50 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos disminuye su participación llegando a \$5 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 \$122 pesos siendo mayor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$88 pesos.

Balance presupuestal consolidado – Gastos obligados

INDICADOR	2017	2018	2019
Ingresos por venta de salud reconocidos	30.679.076.097	35.548.522.113	35.083.398.407
Gastos de funcionamiento obligados	13.952.908.537	22.357.594.688	22.436.004.023
Gastos de operación y prestación	7.229.479.306	2.316.775.254	3.547.776.402

Empresa Social del Estado

de servicios obligados			
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	145	144	135
Ingresos por venta de salud recaudados	6.131.577.750	11.249.449.666	3.410.349.736
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	29	46	13
Ingreso reconocido total	93.100.049.760	101.326.396.441	113.115.398.065
Ingreso recaudado total	68.552.551.413	77.027.323.994	81.442.349.394
Gasto obligado total	34.066.773.153	39.759.097.756	40.979.975.007
Relación reconocimiento total/ obligado total	273	255	276
Relación recaudo total/ obligado total	201	194	199
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	85	73	86

En este análisis se puede observar que existe una mejor relación en el sentido que los gastos son lo realmente facturados o recibidos el servicio.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

Evolucion del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) – Consolidado

<i>Compromisos</i>	<i>Compromisos con Deflactor</i>	<i>Obligaciones</i>	<i>Obligaciones con Deflactor</i>
31/03/2019	31/03/2018	31/03/2019	31/03/2018

<i>Finanzas Social del Estado</i>				
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	70.442.797.726	75.883.706.750	25.983.780.425
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	4.913.650,00	4.510.671,20	4.913.650,00

Resultado (a/b)		14.336	16.823	5.288	5.644

Resultado Indicador		0,85		0,94	

Estandar indicador		<0,90		<0,90	

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado

		Compromisos	Obligaciones
		31/03/2019	31/03/2019
Ejecucion de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	81.442.349.394	81.442.349.394
Ejecucion de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	92.879.497.872	40.979.975.007
Resultado Indicador (a/b)		0,88	1,99
Estandar indicador		>1,00	>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-30.818.669.501
Superávit o déficit operacional no corriente	75.277.917.746

Empresa Social del Estado

Superávit o déficit total	44.459.248.245
Sin Riesgo	1.12
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	20.235.900.193

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	0.99	1.03	1.12
	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 presenta SIN riesgo fiscal y financiero, todo esto unido que se ha venido trabajando para mejorar los ingresos donde se ha fortalecido con la gestión de cobro en el área de cartera por el Hospital llegando a procesos de cobro por vía judicial, también se ha aumentado el valor en la productividad del hospital. En efecto a estos esfuerzos el recaudo de la vigencia actual y el de la facturación de vigencias anteriores aumenta comparado con el de la vigencia anterior.

También hay que tener en cuenta a pesar que el hospital busca la reducción de gastos pero hay unos que van de acuerdo a la productividad y teniendo en cuenta que de un año a otro aumenta el Gasto por el incremento en el IPC en los gastos de funcionamiento y operación comercial. La información de la contratación se registra en el presupuesto por compromisos, de acuerdo a los contratos legalizados en la Oficina de Presupuesto y algunos cubren gastos hasta mediados de octubre.

Empresa Social del Estado

Se viene realizando la radicación de la facturación generada en la vigencia de manera oportuna y según lo indica la norma.

Logros

*El aumento de la productividad que inciden directamente en los servicios prestados para la sede de Bogotá y la UF Zipa.

*La gestión realizada en la radicación de la facturación que genera recuperación de cartera con gestiones como: demandas, circularización y conciliación de saldos con los clientes y las gestiones de acuerdo a la normatividad vigente, el aumento del recaudo de vigencias anteriores

Dificultades

Aunque la facturación se mantiene y el valor de recaudo se aumentó, pero no dejando de existir las dificultades en el flujo de recursos por el actual sistema de salud, siendo en gran porcentaje la facturación de nuestros servicios en las EPs del Régimen Subsidiado, seguido el mercado contributivo y la PPNA (Secretaría de Salud de Cundinamarca SSC y otras secretarías), de un total de ventas por reconocimientos por \$35.083 millones y un recaudo de \$3.410 millones llegando a un 9.71% 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	-30.818.669.501
Superávit o déficit operacional no corriente	75.277.917.746
Superávit o déficit total	44.459.248.245
Sin Riesgo	1.12
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	20.235.900.193

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA
ESTÁNDAR: <0.90
RESULTADO: 0.85
CALIFICACIÓN: 5

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	0.94	0.58	0.85

Actividades y Estrategias ejecutadas

El Hospital los ingresos facturados se mantienen, pero el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para la Bogotá aumentan en un 13% y UF Zipaquirá se mantienen, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud.

Los gastos aumentan para la sede Bogotá teniendo en cuenta que van hasta mediados de octubre y para la UF Zipaquirá disminuyen porque solo se proyectaron teniendo en cuenta que van hasta mediados de Junio en espera de firmar el nuevo convenio de operación para esta sede.

Logros

Al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2018 con la de 2019 en pesos constantes, hay un aumento del 85%, dando como resultado global Gasto de funcionamiento más los gastos de operación comercial y prestación de servicios por UVR en el 2019 un número de 14.336 y en el 2018 un número de 16.823.



Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 0.94 comparado con el año anterior al pasar de 17.902 pesos por UVR en el 2018, a 16.832 pesos esto dado principalmente por el mayor valor registrado en gastos a la vigencia 2019 y un menor valor en UVR Producidas porque bajan de una vigencia a otra en el 2018 fue de 3.038.505 y en el 2019 de 3.447.848.
- Sede U.F. Zipaquirá se tiene un gasto por UVR de 0.58 comparado con el año anterior al pasar de 14.596 pesos por UVR en el 2018, a 8.466 pesos esto dado principalmente por el menor valor en gastos comprometidos y en UVR Producidas en el 2018 es de 1.472.165 y en el 2019 de 1.465.802.

Hay que resaltar que en la sede Bogotá se tiene centralizado gran parte de los procesos administrativos, financieros y de apoyo logístico y presupuestalmente se cargan en el gasto de la Sede Principal Bogotá logrando así se presente un menor gasto en la sede de Zipaquirá, gastos que se evidencian en los gastos totales del hospital consolidado.

Dificultades

En los gastos de funcionamiento y operación comercial se dio aumento en Bogotá y la Uf Zipaquirá disminuye, debido a:

Que los gastos que se reflejan son los contratados para toda la vigencia y los no realmente facturados o causados, pero a pesar de todo se generó más gastos comprometidos ya que muchos contratos quedan para garantizar gastos a mediados de octubre en especial para la sede Bogotá y para la sede de Zipaquirá

Disminuye debido que los contratos se proyectaron hasta mediados de Junio donde no había claridad por la firma del nuevo convenio de operación de esta sede, y las UVR son solo del trimestre.

Otro aspecto es la baja oferta de profesional especializado, médicos generales y personal de enfermería que por leyes del mercado condicionan una mayor exigencia remunerativa por parte de estos, a los cuales el hospital tiene que nivelarse para no quedarse sin el recurso humano y en la búsqueda de nuevo mercadeo en servicios que el hospital ha ido implementando y en fortalecer los servicios creados actuales, situación que implica aumentos en el costo superiores a lo contratado en varias especialidades.



Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado

		Compromisos	Compromisos con Deflactor
		31/03/2019	31/03/2018
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	A	70.442.797.726	75.883.706.750
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	4.913.650,00	4.510.671,20
Resultado (a/b)		14.336	16.823
Resultado Indicador			0,85
Estándar indicador			<0,90

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
ESTÁNDAR: >1.00
RESULTADO: 0.88
CALIFICACIÓN: 0

Actividades y estrategias ejecutadas

Teniendo en cuenta la recuperación de cartera de servicios de la vigencia actual y de vigencias anteriores donde el Hospital ha realizado con la circularización mensual de la cartera, el cobro directo a través de derechos de petición y la solicitud de intervención de entidades de control como la Supersalud y Contraloría. Igualmente se adelantan los procesos de cobro jurídico y conciliaciones prejudiciales y fallos judiciales ordenando el pago al hospital, siendo favorable para obtener más ingresos efectivos en el 2019.

Los gastos a este corte superan los recaudos teniendo en cuenta que en su gran mayoría los gastos están proyectados a Octubre pero el recaudo total es del primer trimestre 2019, por lo tanto no se logra el estándar del indicador

Logros

Al mirar este comportamiento por sede vemos que sin tener en cuenta el valor del saldo de caja y bancos a Diciembre 31 de 2018 (Disponibilidad inicial), aumento el recaudo comparado con el de la vigencia anterior (marzo de 2018) para la sede Bogotá y UF Zipaquirá, por el mayor valor recuperado por venta de servicios de salud de la vigencia y vigencias anteriores aumentando en \$6.073 millones

Dificultades

Los contratos están suscritos hasta mediados de octubre y el total de recaudo hasta el mes de marzo de 2019, algunos gastos comprometidos en la vigencia 2018 quedaron para garantizar gastos en la siguiente vigencia 2019 quedando como cuentas por pagar presupuestales. Proceso que hace que los compromisos se deben registrar presupuestalmente o toda la nueva contratación arrancara a partir del 1 de enero siendo imposible porque todo tiene efecto de convocatorias, invitaciones públicas, etc.

Al observar este comparativo los gastos de la vigencia siempre no dejan de ser superiores a los ingresos recaudados de solo la vigencia, porque la recuperación de cartera de servicios de solo la vigencia llega a un 9.7% a este corte, apalancándose con ingresos recaudados por recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Por lo anterior el flujo de recursos del sistema de salud, conocido por todos las EPS no están pagando de manera oportuna los servicios prestados y la rotación de cartera por venta de servicios de salud sigue creciendo, llegando a un promedio de 180 días.

Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolucion No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado

		Compromisos 31/03/2019
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	81.442.349.394
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	92.879.497.872
Resultado Indicador (a/b)		0,88
Estandar indicador		>1,00



3.3.10.2 Contabilidad

Balance Contable

Estado de Situación Financiera Comparativo

Primer Trimestre 2018-2019 (Cifras en miles)

El Estado de Situación Financiera se elabora en forma mensual en la Entidad, y se presenta a los Entes de Control y vigilancia de forma trimestral, en este Estado se presenta la información de todas las actividades financieras, económicas de la Entidad.

Los Estados Financieros se presentan según lo establecido en la Resolución 414 y el Instructivo 002 de Marzo de 2014 - Marco Normativo de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). A continuación se describe la situación presentada a Marzo de los periodos comparativos 2018 y 2019.

	mar-18	mar-19	Análisis horizontal		Análisis vertical	
			Variación	inc o dis % (18-19)	2018	2019
ACTIVO						
CORRIENTE	146.359.455	156.383.914	10.024.459	6,4	55	59
EFFECTIVO Y EQUIVALENTES A EFEC	56.060.136	59.185.191	3.125.055	5,3	21	22
CUENTAS POR COBRAR	79.373.763	84.917.893	5.544.130	6,5	33	31
INVENTARIOS	3.576.948	3.825.379	248.431	6,5	1	1
OTROS ACTIVOS	7.348.608	8.455.451	1.106.843	13,0	0	0
NO CORRIENTE	118.114.421	110.802.670	-7.311.751	-6,6	45	41
INVERSIONES E INSTRU. DERIVADOS	178.511	183.381	4.870	2,7	0	0
CUENTAS POR COBRAR	60.558.831	52.427.813	-8.131.018	-15,5	23	20
INVENTARIOS	0	0	0	0,0	0	0
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	56.450.741	58.179.266	1.728.525	3,0	21	22
OTROS ACTIVOS NO CTES	926.338	12.210	-914.128	-99,9	0	0

TOTAL ACTIVO	264.473.876	267.186.584	2.712.708	1,0	100	100
PASIVO						
CORRIENTE	27.234.347	27.394.978	160.631	0,6	88	91
CUENTAS POR PAGAR	10.929.558	11.873.389	943.831	7,9	35	39
OTRAS CUENTAS POR PAGAR	3.139.844	2.627.714	-512.130	-19,5	10	9
BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	11.568.991	9.771.388	-1.797.603	-18,4	37	32
PASIVOS ESTIMADOS	0	1.154.955	1.154.955	100,0	0	4
PROVISIONES	701.377	1.172.703	471.326	40,2	2	4
OTROS PASIVOS	894.577	794.829	-99.748	-12,5	3	3
NO CORRIENTE	3.839.755	2.719.954	-1.119.801	-41,2	12	9
CUENTAS POR PAGAR	0	0	0	0,0	0	0
PROVISIONES	3.839.755	2.719.954	-1.119.801	-41,2	12	9
TOTAL PASIVO	31.074.102	30.114.932	-959.170	-3,2	100	100
PATRIMONIO						
PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS	233.399.774	237.071.652	3.671.878	1,5	100	100
TOTAL PATRIMONIO	233.399.774	237.071.652	3.671.878	1,5	100	100
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	264.473.876	267.186.584	2.712.708	1,0	100	100

El Activo: Presenta un aumento del 1% al pasar de \$264 mil millones de pesos, a \$267 mil millones de pesos de Marzo de 2018 a Marzo de 2019. Las cifras más representativas de este incremento, están dadas por la Cartera en \$5,5 millones, y el efectivo en \$3.1 millones.

La cuenta más representativa del Activo se concentra en la Cartera con un porcentaje de participación del 51%, de los cuales la cartera corriente representa un 31% y la cartera No corriente representa un 20%. De la Cartera se tiene contabilizado por concepto de deterioro en Norma Internacional \$68.041 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 \$46.015 millones de pesos a \$15.296 millones de pesos en \$30.719 millones de pesos que equivalen a un 67%, 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 aumentó a corte a Marzo de 2019 en un 5,3% con relación a la vigencia anterior, al pasar de \$56.060 millones en el 2018 a \$59.185 mil millones en 2019, por la gestión de pagos realizada al final del periodo. Existe Efectivo de uso restringido destinado para proyectos del Hospital por valor de \$ 27 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.

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 \$3.576 millones a \$3.825 millones.

Las inversiones en la Clínica el Country aumentaron de un periodo a otro en un 2.7% valor que corresponde a los intereses causados en el periodo.

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta un aumento del 3% equivalente a \$1.728 millones de pesos representados principalmente en la adquisición de Equipo médico y científico por \$2.430, Muebles y enseres por \$683 y Equipos de Cómputo por \$1.388. La depreciación acumulada aplicada en el periodo asciende a \$5.565

Con respecto al Pasivo total: Se evidencia en el presente ejercicio, una disminución del 3,2% representada en \$959 millones de pesos, al pasar de \$31.074 millones de pesos a \$30.115 millones de pesos. Esto dado por la buena gestión de pagos realizada al cierre del periodo.

Del Pasivo total la cuenta más representativa se concentra en las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios con una participación del 39% representada en \$11.873 millones de pesos. Los pagos se realizan según los términos contractuales, dentro de los 90 días siguientes a su radicación.

Dentro del pasivo se encuentra registrado unos recursos por transferencias de la SSC según convenio de desempeño 668 de 2018 como apoyo al proyecto de la UCI.

E El Patrimonio se mantiene con un incremento del 1.5% al pasar de \$233.399 millones de pesos, a \$237.071 millones de pesos, con un incremento cercano a los \$3.671 millones de pesos, correspondientes a las utilidades del ejercicio 2018 incorporadas en la vigencia por un valor de \$765 millones de pesos y por el registro de la valorización de activos fijos realizada por la lonja en las altas encontradas por un valor que asciende a \$2.400 millones.

Estado de Resultados

CONSOLIDADO Comparativo Primer Trimestre 2018-2019 (Cifras en miles)

El Estado de Resultados representa las operaciones ordinarias y extraordinarias con el fin de calcular el resultado o déficit operacional del ejercicio.

Cuentas	mar-19	mar-18	inc o dis \$ (18-19)	inc o dis % (18-19)
INGRESOS PRESTACION DE SERVICIOS	35.002.973	35.923.995	-921.022	-2,6
COSTO POR PRESTACION DE SERVICIOS	31.907.816	32.078.009	-170.193	-0,5

UTILIDAD BRUTA	3.095.157	3.845.986	-750.829	-19,5
GASTOS DE ADMON Y OPERACIÓN	2.691.082	2.749.542	-58.460	-2,1
DE ADMINISTRACIÓN	2.435.409	2.569.355	-133.946	-5,2
DETERIORO, DEPRECIACIONES Y AMORT.	255.673	180.187	75.486	41,9
Deterioro	-	7.082	-7.082	-100
Depreciación	255.673	173.105	82.568	47,7
RESULTADO OPERACIONAL	404.075	1.096.444	-692.369	-63,1
Subvenciones ***	-	140.671	-140.671	-100
OTROS INGRESOS	1.349.047	881.674	467.373	53,0
Financieros	771.758	543.581	228.177	42,0
Ingresos Diversos	13.754	258.413	-244.659	-94,7
Ingresos Diversos - Margen Contratos Ss.	80.425	-	80.425	100,0
Reversión de las pérdidas por deterior de valor	250.591	69.784	180.807	259,1
Ingresos de ejercicios anteriores	232.519	9.896	222.623	2249,6
OTROS GASTOS	1.204.746	1.823.315	-618.569	-33,9
Financieros	1.851	284.423	-282.572	-99,3
Gtos - Diversos - Margen en la contratación Ss.	-	375.473	-375.473	-100
Gtos de ejercicios anteriores (Inc. Glosas. V.a)	1.202.895	1.163.419	39.476	3,4
RESULTADO DEL PERIODO	548.376	295.474	252.902	85,6

Los ingresos operacionales de Marzo de 2018 a Marzo de 2019 disminuyeron en \$921 millones, lo que equivale a una disminución del 2,6%. Sin embargo en el análisis de facturación se encontró que hay \$1.800 millones de estancias no registradas por inconvenientes técnicos de SYAC, ya que éstas no originan órdenes de servicio.

Los Costos de Marzo de 2018 a Marzo 2019 disminuyeron en \$170 millones, lo que equivale a una disminución del 0,5% dado principalmente por la contención de los costos realizados en el primer trimestre de 2019 en nueva la contratación principalmente médicos.

Los Ingresos acumulados por ventas de servicios de salud con corte a Marzo disminuyen en un 3% al pasar de \$35.923 millones de pesos a \$35.003 millones de pesos, situación que se ve afectada por el cargue en el sistema de la Estancia Hospitalaria, los ingresos por ventas de servicios diarios están alrededor de \$389 millones de pesos.

Dentro de los Gastos Operacionales se contempla el deterioro éste período por políticas contables no se ha contabilizado porque se genera cada 6 meses. Esta cuenta incluye también las provisiones de demandas par el trimestre no se registró ningún valor.

Los Otros Gastos disminuyeron a Marzo de 2019 en \$618 millones de pesos equivalente a un 33%, dado principalmente por la disminución de la Glosa de vigencias anteriores. El margen de contratación de contratos captados produjo una utilidad de \$80 millones.

Por los motivos expuestos anteriormente se presenta un resultado del ejercicio a Marzo de 2019 de \$548 millones de pesos.

Indicadores financieros

1. LIQUIDEZ	mar-18	mar-19
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	119.125.108	128.988.936
1.2 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	28.066.124	39.256.306
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	5,37	5,71
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	5,23	5,56
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	2,03	2,43
2. ENDEUDAMIENTO	mar-18	mar-19
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,13	0,13
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,12	0,11
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	8,51	8,87
3. RENTABILIDAD	mar-18	mar-19
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	0,01	0,016
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	0,001	0,002
3.3 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	0,0011	0,002
4. ACTIVIDAD	mar-18	mar-19
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/días)	399.156	388.922
4.2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	0,22	0,21
4.3 ROTACION DE CARTERA DIAS	228	231

4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	0,25	0,22
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,14	0,13
4.6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	8	8
4.7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Dias (Inv*360/Costo de Vtas)	11	12
5. EBITDA	mar-18	mar-19
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	1.276.631	659.748
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	4%	2%
EBITDA MENSUAL	106.386	54.979

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 \$128.988 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 \$39.256 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 \$5.71 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 \$5.56 por cada pesos que adeudamos, lo cual se considera aceptable en nuestra posición financiera.

Corriente disponible: Activo Cte-Cartera/Pasivo corriente. En este indicador excluimos la cartera, para sopesar la situación de la entidad, en caso de que no podamos realizar la cartera. Estamos en promedio de \$2.43 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 0.13, 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 0.11, lo que indica que la entidad, si sigue con esta tendencia, solo dependerá de su Patrimonio o inversiones propias.

Solidez: Total activo/Pasivo total. Por cada peso que adeudamos, poseemos 8.87 en el 2019, lo que indica que vamos con tendencia a la estabilidad año tras año en solidez, teniendo en cuenta que se deben realizar todos los activos para el pago total de los pasivos de la entidad.

Margen rentable en ventas: Utilidad/Ventas Indicador de rentabilidad, que nos muestra el porcentaje de la utilidad con respecto al total de ventas o facturación por servicios. En el último año el HUS ha tenido una caída en este margen lo que ha generado también incremento en los costos generales y distribuciones entre las 2 sedes (Bogotá, Zipaquirá). Para el presente periodo \$0.016

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 0.002 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 \$0.002

Ventas promedio diarias: Ventas / días - De un periodo a otro las ventas diarias han disminuido al pasar de \$399.156 en Marzo de 2018 a \$388.922 en Marzo de 2019, para una disminución del 2,6% que equivale a 10 millones de pesos, en parte por la disminución en la contratación.

Rotación de cartera en días. Este indicador muestra los días que se toman las entidades en cancelar sus obligaciones de cartera. Notamos que con corte a Marzo de las dos últimas vigencias el comportamiento levemente ha subido al pasar de 228 a 231 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, en esta ocasión se ha sostenido entre 0,25 y 0,22 en el último año.

Rotación activo total. Ventas/activo total Al igual que el indicador de Rotación del Activo Corriente, la rotación del Activo Total se ha sostenido entre 0.13 a 0.14

Rotación de inventarios. Costos ventas/inventario. La rotación de Inventarios es el indicador que nos permite saber el número de veces en que el inventario es realizado en un periodo determinado. Permite identificar cuantas veces el inventario se convierte en dinero o en cuentas por cobrar, nos ayuda a determinar un plan de compras y proyectar las ventas futuras. La rotación de inventarios entre ambos periodos se ha mantenido en 8 veces.

Ebitda. es un indicador financiero, acrónimo que significa (beneficio antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), es decir, el beneficio bruto de explotación calculado antes de la deducibilidad de los gastos financieros. Sin tener en cuenta estos rubros (intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), para los tres últimos años se presenta un resultado positivo, presentado un valor al cierre del periodo 2019 de \$659 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 Marzo de 2019 cierra con un 2%.

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 Marzo de 2019 el resultado es \$54 millones de pesos mensuales.

3.3.10.3 Estado de tesorería

Entre el primer trimestre de 2018 y 2019 el total del efectivo y equivalentes de efectivo de que dispone la TESORERIA del Hospital aumento \$3.125 millones equivalentes al 5%, lo anterior producto de los siguientes factores representativos:

- Se recibieron transferencias por (\$3.122 millones) producto de Convenios Interadministrativos celebrados entre el Departamento de Cundinamarca -Secretaria de Salud y El Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E así:
Convenio 668 de 2018, para la adecuación y mejoramiento de la infraestructura física existente de la unidad de cuidado intensivo de la ESE, por (\$1.172 millones), Convenio 651 de 2018, para apalancar financieramente al Hospital con el fin de garantizar recursos para atender gastos de funcionamiento, de operación y pago de pasivos, por (\$1.950 millones)
- El recaudo en bancos en el primer trimestre de 2019 aumento \$4.304 millones equivalentes al 13%, así mismo, el saldo de efectivo por caja aumento (\$7 millones) equivalentes al 17%, debido a que el recaudo de los últimos días del mes, por fecha de corte queda para el siguiente día hábil del mes.
- Adicionalmente el efectivo de uso restringido disminuyo 10% (\$2.634 millones) debido a que se realizaron pagos de la cuenta maestra correspondientes a aportes patronales del primer trimestre de 2019.
- De otra parte se realizaron negociaciones de tasas especiales con los bancos para optimizar ingresos por rendimientos financieros, es así que las cuentas de ahorro presentan un incremento de \$390 millones equivalentes al 2%.

A Marzo de 2019 del total de efectivo y equivalentes al efectivo (\$59.185.191 millones), luego de atender las cuentas por pagar e impuestos que suman \$14.501.103 millones y de descontar el valor total del efectivo de uso restringido \$27.545.718 distribuido así: Estampilla \$17.868.409, Recursos propios destinados para proyectos \$3.862.349 cuenta maestra recaudadora \$4.080.801, pagadora \$ 106.391, Convenio 651 de 2018 \$455.055, Convenio 668 de 2018 \$1.172.714 millones, queda una disposición total de recursos de \$ 17.138.370 millones.

ESTADO DE TESORERIA COMPARATIVO 1ER TRIMESTRE DE 2017 A 2019 SEGÚN CONTABILIDAD NIIF (Cifras en Miles de Pesos)							
	2.017	2.018	2.019	Incr o dism (\$) 2019-2018	Incr o dism (%) 2019-2018	Incr o dism (\$) 2018-2017	Incr o dism (%) 2018-2017
CAJA GENERAL	30.356	38.581	46.302	7.721	17%	8.225	21%
CUENTAS CORRIENTES	5.160.027	10.424.829	15.785.785	5.360.956	34%	5.264.803	51%
CUENTAS DE AHORROS	30.467.994	15.417.009	15.807.386	390.377	2%	-15.050.985	-98%
TOTAL EFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	12.911.888	30.179.718	27.545.718	- 2.633.999	-10%	17.267.830	57%
TOTAL EFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFECTIVO	48.570.264	56.060.136	59.185.191	3.125.055	5%	7.489.872	13%
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	28.011.622	14.069.402	14.501.103	431.701	3%	-13.942.220	-99%
(-) Menos Cuentas Por Pagar	27.750.737	13.738.262	14.060.072	321.810	2%	-14.012.475	-102%
(-) Menos Cuentas por Pagar Impuestos	260.885	331.140	441.032	109.892	25%	70.255	21%
(-) Menos Efectivo de uso restringido	12.911.888	30.179.718	27.545.718	- 2.633.999	-10%	17.267.830	57%
TOTAL RECURSOS DISPONIBLES:	7.646.754	11.811.016	17.138.370	5.327.353	31%	4.164.262	35%

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo Información Financiera NIIF años 2017-2018-2019

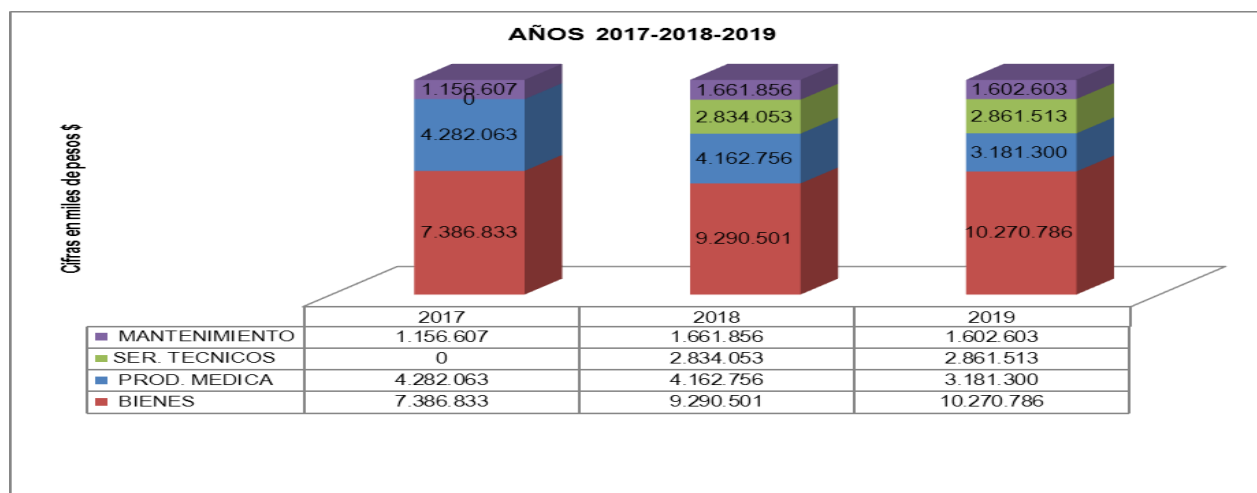
A continuación se relaciona detalladamente el total del recaudo en bancos mes a mes comparado frente a 2018 el cual presenta un incremento de \$4.304 millones equivalentes al 13%.

RECAUDO MENSUAL COMPARATIVO 1 TRIM 2018-2019 CIFRAS EN MILES DE PESOS			
	2019	2018	Incremento o Disminución
Enero	15.427.087	4.587.986	10.839.102
Febrero	8.097.220	8.836.859	-739.638
Marzo	9.249.170	15.044.507	-5.795.336
Total General	32.773.478	28.469.351	4.304.127

3.3.10.4 Cuentas por pagar

Comparativo cuentas por pagar años 2017 – 2018 – 2019

	2017	2018	2019
BIENES	7.386.833	9.290.501	10.270.786
PROD. MEDICA	4.282.063	4.162.756	3.181.300
SER. TECNICOS	0	2.834.053	2.861.513
MANTENIMIENTO	1.156.607	1.661.856	1.602.603
TOTAL	12.825.503	17.949.166	17.916.201



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: -0,245729808
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 con los requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo

Logros

Los salarios y prestaciones de personal de planta se cancelaron oportunamente.

Dificultades

En el mes de marzo del 2019 quedo pendiente el pago de las obligaciones con la temporal Coltempora ya que no cumplieron con algunos requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo.

Se presentan deudas superiores a 30 días las cuales resultan del incumplimiento de la totalidad de los requisitos para el pago de las mismas, estipulados contractualmente; específicamente, la ausencia de radicación oportuna de las certificaciones de Interventoría y/o Actas de liquidación a la oficina de cuentas por pagar por parte de los supervisores de los respectivos contratos

Evidencias y soportes

Anexo N° 7

- Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo marzo de 2018 y 2019

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A MARZO 2019

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	2.721.659.828	2.495.447.539	68.551.214	151.043.990	0	6.617.085	0
SERV. TECNICOS BTA CTA 25111801	2.861.512.627	2.861.512.627	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 25111322	459.639.831	433.273.246	26.366.585	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	6.042.812.286	5.790.233.412	94.917.799	151.043.990	0	6.617.085	0

252.578.874

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A MARZO 2018

CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360
SERV. M. BTA CUENTA 24010102	3.176.309.728	2.268.439.530	325.397.544	540.793.273	36.476.849	0	5.202.532
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	2.071.341.430	2.071.341.430	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	986.445.915	613.864.896	244.631.120	74.126.881	20.903.745	32.919.273	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	762.711.664	762.711.664	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6.996.808.737	5.716.357.520	570.028.664	614.920.154	57.380.594	32.919.273	5.202.532

1.280.451.217

La sumatoria de lo mayor a 30 días

-0,245729808

Por lo que arroja una disminución en las cuentas pendientes por pagar equivalente a **\$1.027.872.343**

3.3.10.5 Activos Fijos

Detalle	2019	2018	Variación	%
Terrenos	13.250.916	13.250.916	0	0
Edificaciones	22.554.429	20.781.769	1.772.660	8,53
Repuestos	0	97.111	-97.111	-100
Planta, ductos y túneles	746.149	877.895	-131.746	-15,01
Redes, líneas y cables	630.768	397.949	232.819	58,5
Maquinaria y equipo	933.476	719.957	213.519	29,66
Equipo médico y científico	33.865.342	31.435.056	2.430.286	7,73
Muebles y enseres y equipo de oficina	1.067.570	384.503	683.067	177,65
Equipo comunicación computación	4.611.400	3.223.936	1.387.464	43,04
Equipo de transporte	620.709	444.655	176.054	39,59
Equipo de comedor cocina despensa y hotelería	2.283.395	1.656.878	626.517	37,81
Total	80.564.154	73.270.625	7.293.529	9,95
(-) Depreciación Acumulada	-22.384.887	-16.819.883	-5.565.004	33,09
Valor Neto de la Propiedad Planta y Eq.	58.179.267	56.450.742	1.728.525	3,06

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

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta un aumento del 3,06% equivalente a \$1.728 millones de pesos.

Análisis comparativo de los periodos Marzo 2018-2019 (NIIF)

Variación absoluta- Análisis horizontal:

Terrenos

Tanto la variación absoluta como relativa de esta cuenta no cambió, (0-0) presenta valores iguales en los dos periodos analizados 2018 y 2019, de hecho la variación relativa tampoco varía, cabe mencionar que en junio de 2018 se incorporó en el módulo de activos fijos el valor del terreno del bien inmueble edificio principal con el valor que previamente se había incorporado contablemente en el balance de apertura NIIF, como se menciona en el informe de gestión anterior (terceros trimestres 2016-17 y 18).

Edificaciones

La variación absoluta del primer trimestre 2018-2019 de \$1.772 millones corresponde a que durante el último año se han realizado adecuaciones y remodelaciones en las áreas de esterilización, uci, intermedio, residuos hospitalarios 4 piso, cardiología, observación de urgencias y mejoramientos hidrosanitarios en las distintas locaciones de la entidad.

Cabe mencionar que en el mes de septiembre de 2018 se vendió un activo clasificado como propiedad de inversión con uso indeterminado (Código 19510401) correspondiente a la casa de la avenida 32; pero el mismo no estaba clasificado dentro de los bienes que componen la cuenta 16.

Repuestos

La variación absoluta para el comparativo 2018-2019 disminuyó por el valor total de \$97.1 millones, teniendo en cuenta que los elementos pertenecientes a esta clasificación, fueron reclasificados de acuerdo con el tipo de bien en el que iban a utilizarse durante el proceso de conciliación junto con la empresa contratada para dicho proceso, es decir, si el repuesto correspondía a un equipo médico y científico, se clasificó como un activo fijo de la misma clasificación.

Plantas ductos y túneles

Para el periodo 2018-2019 la disminución en \$131.7 millones corresponde a la reclasificación realizada por la empresa contratada para el proceso de activos fijos, ya que ciertos elementos fueron considerados en esta clasificación y en realidad pertenecen a la clase Maquinaria y Equipo.

Redes líneas y cables.

Respecto a la variación del primer trimestre del 2018 en comparativo con el del 2019 se presenta un aumento de \$232 millones con una variación relativa del 36.9%. Esto debido a que en el mes de diciembre del 2018 se realizó la renovación y la instalación de los nuevos puntos de red Wi-Fi y se realizó una acometida desde la subestación eléctrica hasta la UPS del segundo piso con 240 metros lineales de cableado por valor de \$128 millones.

Maquinaria y equipo

Este grupo está compuesto por los rubros de equipo de música, herramientas y accesorios y maquinaria y equipo como tal.

Comparativo 2018-2019. La variación es de \$213 millones que se presenta por ingresos que se han realizado entre los dos últimos trimestres analizados, desde abril de 2018 hasta marzo de 2019, ingresos de compresores, serpentines para calentadores de agua y selladores. Asimismo, durante la reclasificación de los elementos realizada por la empresa externa, ciertos equipos que en su ingreso fueron considerados en la clasificación 1645 (Plantas, ductos y túneles), se han reclasificado dentro de ésta categoría debido a su funcionalidad.

Equipo médico y científico

La variación absoluta que presenta en los primeros trimestres de las vigencias 2018-2019 (\$2.430.286) obedece en parte a los ingresos realizados por cerca de \$830 millones durante éste periodo, principalmente por la adquisición de un equipo instrumental de cirugía cardiovascular por valor de \$263 millones, piezas de mano, pinzas de biopsia, micromotores, transductores, entre otros.

De igual manera, durante el proceso de levantamiento de inventario realizado por la empresa externa, se ingresaron gran cantidad de equipos que en su comienzo fueron ingresados al gasto y no como activos fijos, entre los que se destacan fluxómetros, fonendoscopios, tensiómetros, vacuómetros, humidificadores e infusores. La variación relativa para estas dos vigencias fue del 7%.

Muebles y enseres y equipo de oficina

La variación absoluta del primer trimestre del 2018 comparado con el primer trimestre del 2019, presenta un aumento de \$683 millones a consecuencias de las adquisiciones realizadas durante este periodo de toda clase de mobiliario para uso de la institución en cada una de las distintas áreas. Se destaca la compra de sillas ergonómicas, tándem, puestos de trabajo, escritorios, gabinetes aéreos y divisiones de oficina.

Al igual que en las demás clases, el proceso de levantamiento de inventario realizado en la vigencia comparada ha impactado de manera positiva a esta clase, ya que dentro de dicho proceso se han encontrado gran cantidad de muebles y equipos de oficina que no estaban reflejados en el módulo de activos fijos y por lo tanto, no estaban afectando la cuenta contable de éste rubro. Una vez realizada la conciliación de los elementos, los muebles y enseres fueron ingresados como un alta y el valor razonable impacta considerablemente el aumento de tal clasificación. Entonces la variación relativa es positiva y del 64% para esta clase de activos.

Equipo de comunicación y computación.

Analizando el primer trimestre del 2018 comparado con su homólogo de la vigencia 2019, nos hallamos ante una variación absoluta positiva (aumento) en \$1.387 millones cuyas principales causas son las siguientes:

En el mes de diciembre del 2018, se adquirieron las controladoras y los equipos Access point para la renovación del sistema Wi-Fi del hospital por valor de \$348 millones.

Durante esta vigencia se hicieron adquisiciones por \$217 millones entre los que se destacan 2 UPS de 30 KVA por valor de \$112 millones, equipos de computación, monitores industriales y video beams.

Finalmente, el proceso previamente mencionado del levantamiento de inventarios afectó poderosamente esta clasificación, debido a que los computadores que inicialmente fueron ingresados como una unidad, es decir, un sólo activo fijo para todos los componentes del equipo, fueron disgregados en CPU y Monitor y fueron valorados de manera separada, siendo los monitores considerados como altas dentro del inventario de activos fijos. De igual manera, ciertos computadores, especialmente en la unidad funcional de Zipaquirá, fueron encontrados físicamente pero no se encontraban reflejados en el módulo de inventarios y debieron ser

La variación relativa entonces es del 30%. Este aumento también lo arrastra las adquisiciones entre los dos últimos trimestres analizados, y que en cada informe de gestión presentado se mencionan que tipo de activos entraron y/o bajas y otras novedades que hayan habido.

Equipo de transporte

Para los primeros trimestres 2018-2019 en este rubro se presentó una variación por valor de \$176 millones a consecuencia del reingreso en diciembre de 2018 de la unidad móvil del banco de sangre debido a que se le realizarán los mantenimientos a los que haya lugar para su puesta en funcionamiento nuevamente. De igual manera, se reclasificaron 10 equipos de GPS que fueron incluidos dentro de este rubro y se consideraron como equipos de comunicación. El valor de adquisición de dichos equipos fue de \$6,6 millones. La variación relativa para este mismo periodo es de 28,4%.

Equipo de cocina despensa y hotelería.

Tanto la variación absoluta (\$626,51) millones como su relativa 27,4%, para el comparativo del primer trimestre del 2018 con el tercer trimestre del 2019, se ve afectada por el ingreso de 50.7 millones el día 26 de septiembre de 2018, por la adquisición de atriles portabomba, escalerillas, sillas pato, biombos, mesas puente y mesas puente, sillas de ruedas, mesas de mayo y mesas de noche. De igual manera, entre los meses de abril y julio del 2018, se adquirieron nuevos equipos de hotelería para las áreas del descanso médico, comedor y el balcón de la estancia del cuarto piso. Asimismo, se registraron altas por parte de la empresa externa que realizó el mencionado proceso de levantamiento de activos fijos.

3.3.10.6 Costos

INFORME RENTABILIDAD UNIDADES DE NEGOCIO

ENERO A MARZO DE 2019

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

UNIDAD DE NEGOCIOS	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL
LABORATORIO CLINICO	1.598.036.296	3.338.551.769	1.740.515.473
LABORATORIO INMUNOLOGIA	799.984	1.220.800	420.816
PATOLOGIA	350.004.611	280.867.971	-69.136.640
A.DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	156.219.540	89.118.572	-67.100.968
GASTROENTEROLOGIA	543.783.248	471.682.304	-72.100.944
A.DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	683.681.878	720.254.735	36.572.857
A.DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	344.934.221	217.410.295	-127.523.926
A.DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	11.824.804	13.453.300	1.628.496
UNIDAD RENAL	482.268.619	116.919.263	-365.349.356
SOPORTE NUTRICIONAL	37.241.556	0	-37.241.556
CLINICA DEL DOLOR	3.123.052	300.379	-2.822.673
SC- ESTRAMURALES	0	0	0
Total APOYO DIAGNOSTICO	4.211.917.808	5.249.779.388	1.037.861.580
CONSULTA MEDICINA GENERAL	1.242.741.388	561.172.604	-681.568.784
CON. ALERGIAS Y REUMATO	30.041.073	5.556.500	-24.484.573
CONSULTA ANESTESIA	117.562.682	80.548.800	-37.013.882
CONSULTA CARDIOLOGIA	36.473.741	2.840.900	-33.632.841
CONSULTA CIRUGIA GENERAL	281.936.021	838.128.415	556.192.394
CONSULTA QX PLASTICA	119.361.193	16.403.800	-102.957.393
CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	18.599.046	0	-18.599.046
CONSULTA CURACIONES	172.662.474	50.104.979	-122.557.495
CONSULTA DERMATOLOGIA	159.377.714	113.594.065	-45.783.649

CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	38.331.998	13.373.700	-24.958.298
CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	273.138.988	274.292.450	1.153.462
CONSULTA HEMATOLOGIA	53.611.787	45.781.841	-7.829.946
CONSULTA INFECTOLOGIA	45.759.105	27.317.200	-18.441.905
CONSULTA INMUNOLOGIA	0	0	0
CONSULTA MEDICINA INTERNA	318.597.431	138.051.062	-180.546.369
CONSULTA NEFROLOGIA	47.635.308	20.797.130	-26.838.178
CONSULTA NEONATOLOGIA	128.043.132	261.957.700	133.914.568
CONSULTA NEUMOLOGIA	0	0	0
CONSULTA NEUROCIRUGIA	101.538.915	30.305.902	-71.233.013
CONSULTA NEUROLOGIA	290.052.491	277.315.801	-12.736.690
CONSULTA DE NUTRICION	135.953.320	52.924.531	-83.028.789
CONSULTA OFTALMO.	245.195.186	166.702.900	-78.492.286
CONSULTA ORTOPEDIA	211.770.492	117.348.700	-94.421.792
CONSULTA OTORRINO	133.541.874	87.029.002	-46.512.872
CONSULTA DE PSICOLOGIA	30.129.985	8.480.500	-21.649.485
CONSULTA DE UROLOGIA	162.820.553	136.347.338	-26.473.215
CONSULTA DE PSIQUIATRIA	152.857.125	40.994.300	-111.862.825
CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	259.148.700	0	-259.148.700
CONSULTA DE PEDIATRIA	91.571.285	22.336.400	-69.234.885
FISIOTERAPIA	770.555.759	700.538.359	-70.017.400
TERAPIA DEL LENGUAJE	25.719.602	6.109.104	-19.610.498
SC- OTROS SALUD PUBLICA	128.149.423	0	-128.149.423
PTO COGUA	78.398.430	3.550.100	-74.848.330
PTO SAN CAYETANO	134.579.259	72.243.754	-62.335.505
CONSULTA ODONTOLOGIA	234.234.687	166.804.954	-67.429.733
AMBULATORIOS PROMOCION Y PREVENCIÓN	177.156.701	298.265.200	121.108.499
Total ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	6.447.246.868	4.637.217.991	-1.810.028.876

CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	1.346.939.556	871.684.552	-475.255.004
OBSERVACION-UNIT URGENCIAS	839.240.908	1.426.628.665	587.387.757
Total ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	2.186.180.464	2.298.313.217	112.132.753
HOSPITALIZACION QX GRAL.	720.165.333	1.158.040.277	437.874.944
HOSPITALIZACION QX.PLASTICA	95.790.813	117.304.377	21.513.564
HOSPITALIZACION GINECO	465.718.219	401.006.640	-64.711.579
HOSPITALIZACION MEDICINA INT.	1.597.820.550	1.012.351.946	-585.468.604
HOSPITALIZACION NEUROQX	412.411.754	294.286.712	-118.125.042
HOSPITALIZACION ORTOPEDIA	446.116.966	399.575.020	-46.541.947
HOSPITALIZACION OTORRINO	42.398.865	1.063.100	-41.335.765
HOSPITALIZACION UROLOGIA	178.978.515	245.921.222	66.942.708
HOSPITALIZACION U.C.I.	1.158.012.868	604.876.284	-553.136.584
HOSPITALIZACION CUIDADOS INTERMEDIOS	508.639.171	375.376.719	-133.262.452
HOSPITALIZACION NEONATO.	1.262.447.170	972.834.757	-289.612.413
HOSPITALIZACION PEDIATRIA	322.371.766	205.906.180	-116.465.586
Total ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	7.210.871.990	5.788.543.234	-1.422.328.756
ANESTESIA	242.502.831	11.818.689	-230.684.142
QX CIRUGIA GENERAL	802.757.113	988.517.408	185.760.295
QX CIRUGIA PLASTICA	486.685.344	808.360.510	321.675.166
QX GINECOLOGIA	1.264.968.826	599.579.770	-665.389.056
QX NEUROCIRUGIA	288.204.396	289.183.875	979.479
QX OFTALMOLOGIA	351.882.704	359.106.700	7.223.996
QX ORTOPEDIA	548.025.319	923.727.249	375.701.930
QX OTORRINOLARINGOLOGIA	80.714.870	110.393.900	29.679.030
QX UROLOGIA	184.593.514	233.817.316	49.223.802
QX ORAL MAXILOFACIAL	0	0	0

QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	153.084.404	93.000	-152.991.404
SALAS DE PARTOS	0	0	0
Total ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	4.403.419.321	4.324.598.417	-78.820.904
OTROS SERVICIOS CONEXOS	38	0	-38
Total ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	38	0	-38
FARMACIA	6.876.326.571	6.974.597.981	98.271.411
Total ATENCION FARMACEUTICA	6.876.326.571	6.974.597.981	98.271.411
BANCO DE SANGRE	413.897.421	841.496.893	427.599.472
Total BANCO DE SANGRE	413.897.421	841.496.893	427.599.472
SC- DOCENCIA	145.391.562	258.805.749	113.414.187
Total DOCENCIA	145.391.562	258.805.749	113.414.187
IMAGENOLOGIA	2.542.755.540	4.548.816.713	2.006.061.173
Total IMÁGENES DIAGNOSTICAS	2.542.755.540	4.548.816.713	2.006.061.173
INVESTIGACION CIENTIFICA	21.778.971	0	-21.778.971
Total INVESTIGACION	21.778.971	0	-21.778.971
AMBULANCIAS URGENCIAS	139.113.081	80.803.500	-58.309.581
Total REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	139.113.081	80.803.500	-58.309.581
TOTAL GENERAL	34.598.899.634	35.002.973.083	404.073.449

RENTABILIDAD POR PROCESOS

U.F. BOGOTA, Se observa nuevamente una eficiente rentabilidad en los procesos de Imágenes Diagnosticas, Banco de Sangre Y Apoyo Diagnostico. Por el contrario se presenta una baja sensible en el proceso de Hospitalización, en Atención al paciente Ambulatorio y en el proceso de atención al paciente Quirúrgico, esta pérdida operacional se evidencia en una baja de las ventas de las unidades de negocio de Quirúrgicos Ginecología, Quirúrgicos Cirugía Cardiovascular, Estancia Medicina Interna, Consulta Urgencias, Consulta Cardiovascular, Estancia Intermedios, Consulta Curaciones, Apoyo DX Angiografía.

En estas áreas se iniciara una revisión de todo lo referente a cargas y asignaciones de costos, parametrizaciones de ventas, con cada uno de los líderes de las respectivas áreas. Capítulo aparte merecen las Unidades de Negocio de Angiografía, cardiovascular y cardiología, ya que según lo evidenciado existen errores con los registros de estas áreas y es posible que sus ventas se difuminen en otras áreas o entre ellas mismas sin la corresponsabilidad de equilibrio con los registros de los costos, por lo tanto es necesario establecer controles en los registros de la información financiera en cada módulo y en las parametrizaciones del sistema.

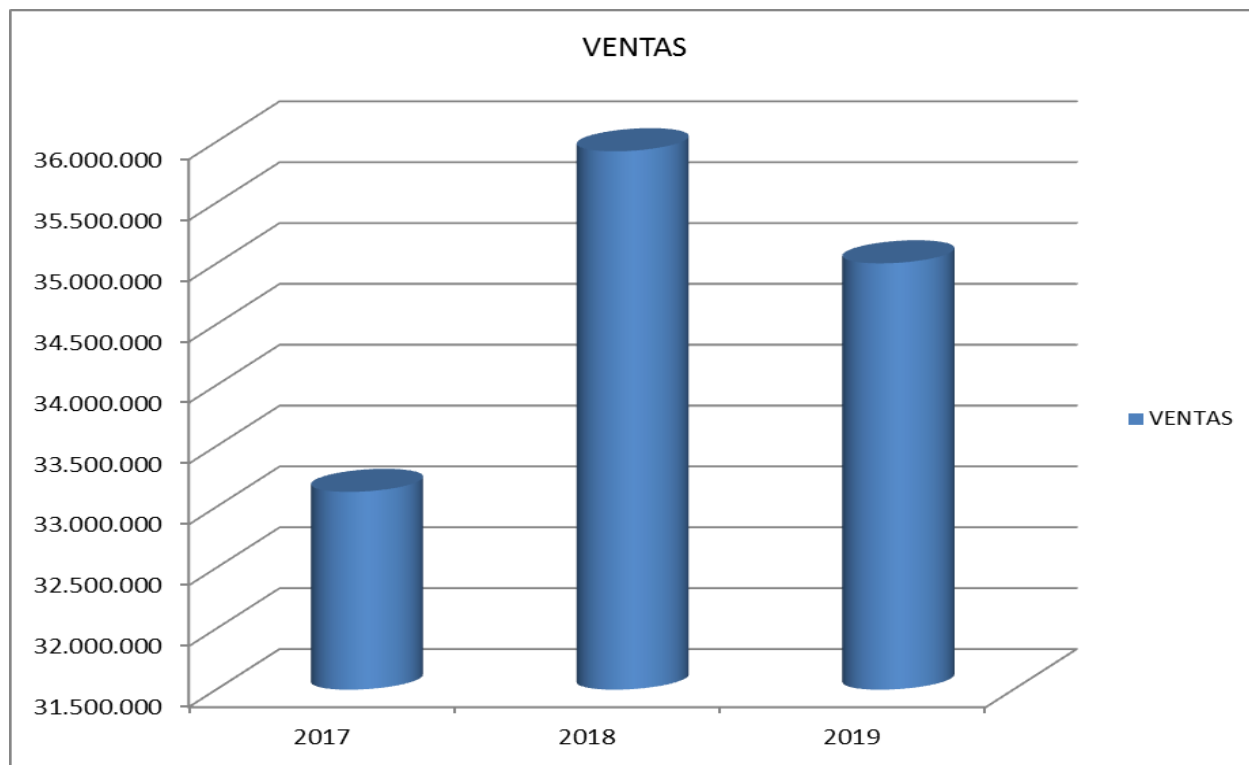
U.F. ZIPAQUIRA, Presenta indicadores de Rentabilidad muy buenos en los procesos de Apoyo Diagnostico, Atención Quirúrgica, Atención de Urgencias, Atención Hospitalizado. Por el contrario la Atención al Paciente Ambulatorio, Atención farmacéutica y el servicio de ambulancias presentan resultados negativos en cuanto a la operación financiera, se pide plan de mejora y revisión de registros de una posible subfacturación en ambulancias y registros de ventas de medicamentos cargados a otras áreas por parametrizaciones del sistema en el caso de la Atención Farmacéutica.

El análisis a nivel de rentabilidad por Unidades de negocio y /o áreas de servicios nos muestran que en aras como Laboratorio Clínico, Estancia Cirugía General, Consulta de Neonatología, Quirúrgicos Cirugía General, Promoción y Prevención y Observación de Urgencias, se presentan como las áreas más rentables durante el trimestre, mientras las no rentables de este trimestre que merecen una revisión del proceso y sus registros son Consulta Medicina General, Quirúrgicos Anestesia (ajuste proceso de ventas), Salud Publica (ventas en cero), Estancia Pediatría, Farmacia, Pto. de salud Cogua, Consulta Pediatría, que inciden en indicadores negativos de los procesos, se pide la revisión de la facturación de estas áreas, y le asocio del sistema con cada uno de sus productos, para verificar posibles problemas de Subfacturación y/o registro a otras áreas de la Unidad.

COMPORTAMIENTO COMPARATIVOS VENTAS ASISTENCIALES

CIFRAS EN MILES DE PESOS

	2017	2018	2019
VENTAS	33.125.338	35.923.995	35.002.973



En el comportamiento global de las ventas la situación por unidades funcionales presenta el siguiente comportamiento:

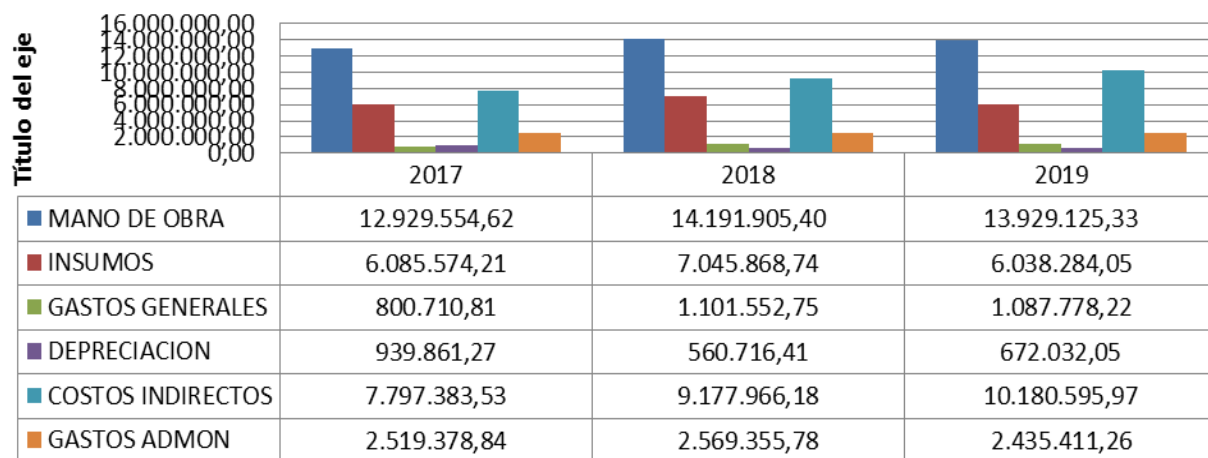
U.F. Bogotá, se evidencia una disminución de los ingresos del 2%, equivalentes a \$ 581.629 millones de pesos, en comparación con el mismo periodo de 2018.

U.F. Zipaquirá, la disminución de ventas se registró comparativamente en un 4%, equivalente a \$339.393 millones de pesos.

En general la E.S.E. H.U.S., presenta un descenso en sus ventas del 3%, a corte del 31 de marzo en comparación con el mismo corte del periodo anterior, esto en comparación con el tema de costos que presenta una disminución de \$ 48.467 millones, que es muy poco para la reducción presentada de las ventas. Pero según información revisada y certificada por parte del líder de farmacia a corte marzo 2019 se encontraron ingresos abiertos por un valor aproximado de \$1.800 millones, esto corresponde a pacientes que se encuentran en habitación que no se pueden facturar los días de estancia, hasta que no se genere la salida final del ingreso por temas de autorización de las EPS que no permiten dos ingresos a una misma autorización.

COMPORTAMIENTO RUBROS COSTOS UNIDADES NEGOCIO

CIFRAS EN MILES DE PESOS



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

ANALISIS RUBROS TOTALES

ENERO A MARZO DE 2017 - 18 - 19

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA					
	2017	2018	%	2019	%
MANO DE OBRA	12.929.554.618,62	14.191.905.403,51	10%	13.929.125.331,33	-2%
INSUMOS	6.085.574.210,15	7.045.868.735,44	16%	6.038.284.045,79	-
GASTOS GENERALES	800.710.813,61	1.101.552.747,34	38%	1.087.778.223,69	-1%
DEPRECIACION	939.861.270,78	560.716.405,00	-	672.032.053,00	20%
COSTOS INDIRECTOS	7.797.383.527,83	9.177.966.180,62	18%	10.180.595.966,68	11%
GASTOS ADMON	2.519.378.844,29	2.569.355.779,11	2%	2.435.411.263,62	-5%
TOTALES	31.072.463.285,28	34.647.367.269,02	12%	34.343.226.884,11	-1%
VENTAS	33.125.338.151,33	35.923.995.002,08	8%	35.002.973.082,91	-3%

En el comportamiento comparativo de los dos cortes año 2017 vs 2018 Se evidencia una disminución en costos del -1%. Esta disminución se registró de la siguiente manera. En Bogotá una disminución total del -2% (\$461.395 millones) y en Zipaquirá un aumento del +6%, (\$ 412.929 millones).estas cifras se relacionaron de la siguiente manera por ítems.

Disminuciones en **mano de obra** (-1%) Bogotá, (-4%) Zipaquirá, **insumos** (-16%) Bogotá , **gastos generales** (-9%) Bogotá, **gastos de Administración** (-8%) Bogotá. Incrementos en Depreciaciones del (12%) Bogotá (100%) Zipaquirá, (adquisición de nuevas tecnologías y ajuste registro contable) y Costos Indirectos (12%) Bogotá (8%) Zipaquirá, y Gastos de Administración (50%) Zipaquirá.

Todo esto producto de la continuidad de lo contratado en el año inmediatamente anterior, que ha principio del 2018 aun no estaban formalizados y ya en 2019 se continuo con estos ajustes que generan incremento comparativos y que seguramente al finalizar el año corriente presentaran una formalización e incluso disminuciones en este rubro comparativo con el periodo inmediatamente anterior, efecto de políticas institucionales ya definidas que generaran contención de costos.

3.3.10.7 PQRS

En el Proceso de Gestión Financiera durante el Primer trimestre de 2019 no se presentaron peticiones a través del SIAU (Sistema de Información de Atención al Usuario).

3.3.10.8 Planes Únicos De Mejora PUMP

A la fecha ya elaborado PUMP de Gestión Financiera de la vigencia 2019, se encuentra en proceso de validación y publicación por parte de la Oficina Asesora de Planeación. (Se anexa evaluación PUMP vigencia 2018)

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %*
1.	Entidades en Liquidación: Al cierre de diciembre de 2017 presentaban saldos pendientes por \$34.185. Sobre todas las entidades se presentaron oportunamente las reclamaciones y esta contabilizado el deterioro al 100% excepto CAFAM EPS que acumula cartera por \$988.670 y no está provisionada. (Informe No. 54 Oct - Dic de 2017 Revisoría Fiscal).	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)	OTRAS	100%	100%
Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.					

	Soporte: Para el cierre de esta actividad se anexa ficha técnica de depuración contable cápita CAFAM
	Barrera de mejoramiento: N/A

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
2.	En el informe de Auditoría de derechos de Autor elaborado en el 2018 informa lo siguiente: La subdirección operativa de sistemas y los responsables del módulo de activos fijos del aplicativo DGH han realizado, cada uno, los inventarios de los equipos de comunicación y computación, cuenta 1670 del Manual de procedimientos de la CGN, en ellos se observa que hay duplicidad de información, información que no concuerda entre lo registrado entre el módulo de activos fijos y la subdirección de sistemas, esto se evidencia en la Auditoría de verificación del software y hardware 2017. (Informe Control Interno Contable)	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. (Implementado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.				
	Soporte: 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				
	Barrera de mejoramiento: N/A				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
3.	7. Se continua sin identificar la totalidad de los hechos económicos, financieros, sociales y ambientales en el proceso contable; el mapa de riesgos no se acerca a la realidad del proceso contable y no se observa los riesgos en el reconocimiento, medición, revelación y presentación; la	3. Identificar, Analizar y Valorar los riesgos del proceso de gestión financiera que se deriven de cada uno de las	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%

efectividad de los controles en el proceso contable; la publicación oportuna y de fácil lectura y análisis para los ciudadanos y usuarios de los servicios de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. (Informe Control Interno Contable) 32. Es imprescindible que el líder del proceso de gestión financiera, optimice la herramienta, identifique el contexto de la gestión del riesgo en el proceso Contable, desde su identificación, hasta su valoración, políticas y controles que conduzcan a una gestión del riesgo efectiva en lo relacionado con el proceso Contable, lo que optimizara y mejorará la aplicabilidad del Régimen de Contabilidad Pública, el Manual de Procedimientos, el Plan General de Contabilidad Pública, La doctrina Contable Pública y la las etapas del proceso Contable. (Informe Control Interno Contable)	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. (Medido)			
Identificar los riesgos inherentes al proceso de gestión financiera para responder con medidas efectivas para su manejo.				
Soporte: Se actualiza la matriz de riesgos y se publicó en la INTRANET el 10 de agosto_Gestión financiera_N° 8. Anexo soporte publicación.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
4.	El proceso contable insertado parcialmente en el proceso de gestión financiera de la E.S.E. se sostiene además, con procedimientos de los procesos de Facturación y Recaudo, Gestión de Bienes y Servicios, Atención Farmacéutica. En ninguno de los procedimientos aquí vinculados al proceso contable se evidencian interfaces, enlaces, conexiones y vínculos para las transacciones, operaciones y transformación de los	4. 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	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%

hechos económicos, conforme a los criterios de reconocimiento, medición y revelación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. (Informe Control Interno Contable).	uno la inclusión de enlaces en los procedimientos con los que se identifique que dicha información es la base de los informes contables. (Documentado)activos de intangibles incluyendo la conciliación entre sistemas y contabilidad.			
Actualizar los procedimientos del proceso de gestión financiera revisando los existentes y adicionando los que se requieren para tener con un mayor nivel de detalle las actividades que se desarrollan en el proceso.				
Soporte: Fueron proyectados, actualizados en los aspectos requeridos y publicados los procedimientos en el sistema de gestión documental.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
5.	No se evidencian registros en las cuentas de orden (bienes entregados en custodia, bienes entregados en garantía) 83069001, 8110901, 91109001) (Informe Control Interno Contable).	5. Revisar los registros de la cuenta de orden deudora y acreedora 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%
Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.					
Soporte: Se cuenta con información de siniestros, demandas, comodatos, pendiente faltantes y sobrantes 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

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
6.	PROCESOS. El procedimiento 'Generación de estados Financieros y presentación de informes' código de documento 02GF03-V1 elaborado y aprobado en diciembre de 2015 del proceso de gestión financiera, define los estados financieros como un registro formal de las actividades financieras de una empresa, persona o entidad, sin embargo, no se ajusta a los cambios en normatividad y la expedición de la política contable de presentación de estados financiero, resolución 500 de 2017. No de observan controles y verificación de carácter contable, que cumpla con los criterios de reconocimiento, medición y revelación en los procedimientos vinculados al proceso contable. (Informe Control Interno Contable)	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%
Actualizar los procedimientos del proceso de gestión financiera revisando los existentes y adicionando los que se requieren para tener con un mayor nivel de detalle las actividades que se desarrollan en el proceso. Soporte: 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 públicos en caja" rediseño del procedimiento "Estado financiero y presentación de informe" Barrera de mejoramiento: N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
7.	20. Adicionalmente Cuando se trate de ajustes contables originados en depuración y análisis de datos deben sustentarse adecuadamente, referenciado el registro de origen y adjuntando todos los documentos soportes pertinentes. (Informe Control Interno Contable)	7. Elaborar un protocolo para orientar la adecuada identificación de los soportes con los que se deben contar según el tipo de	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%

		registro contable que se vaya a efectuar. (Implementado)			
Actualizar los procedimientos del proceso de gestión financiera revisando los existentes y adicionando los que se requieren para tener con un mayor nivel de detalle las actividades que se desarrollan en el proceso.					
Soporte: Fueron revisados, actualizados y publicados los procedimientos en el sistema de gestión documental, se creó un protocolo "Identificación adecuada de soportes para registros contables".					
Barrera de mejoramiento: N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
8.	31. El proceso de gestión financiera como proceso integrador de la información financiera de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en el desarrollo los hechos económicos, sociales, ambientales, deberá garantizar la trazabilidad de la información para que cumpla con todas las características de reconocimiento, medición y revelación. (Informe Control Interno Contable) 34. Promover y generar el conocimiento necesario de los hechos, sucesos económicos y del proceso contable para que sean reportados oportunamente y obtenidos de manera instantánea, una vez ocurran los hechos, en procura de obtener la información financiera completa en los estados financieros presentados periódicamente. 36. Control Interno recomienda los responsables del proceso contable, tomar las medidas tendientes a subsanar las observaciones, definir los controles para evitar que generen impacto, subsanen y mejoren las disposiciones adoptadas mediante resoluciones Nos. 372 y 385 de 2016. (Informe Control Interno Contable) Se cumple parcialmente Se generó conocimiento a los servidores	8. Divulgar a los servidores públicos que generan los hechos económicos en los procesos de la E.S.E. la 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%

públicos de la Dirección Financiera, no se evidencia la socialización y/o capacitación y/o transferencia de conocimiento a los servidores públicos que generan los hechos económicos en los procesos de la E.S.E. (Informe Control Interno Contable).				
Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.				
Soporte: 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 Pendiente seguimiento de implementación por esta razón queda abierto				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
9.	24. La entidad no tiene un sistema de costos que permita identificar el costo real de cada uno de sus servicios. 33. El establecimiento de un sistema de costos efectivo y consecuente con la prestación de los servicios en la E.S.E. es obligatorio y necesario ya que puede ayudar a la gerencia a tomar decisiones apropiadas para la fijación de precios de los servicios, evaluar las alternativas, también puede medir la ejecución del trabajo, es decir, comparar el costo real de un servicio o los costos estimados que hoy se han establecido para algunos servicios en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. Establecer los centros de costos e iniciar el desarrollo de un sistema de costos optimo acuerdo a las necesidades. Solicitar y fortalecimiento del proceso de gestión documental. (Informe Control Interno Contable)	9. Continuar con el mejoramiento en la estimación de costos por producto (Medir)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%

Desarrollar e implementar el sistema de costos hospitalarios.(Evaluación por Dependencias)				
Dar continuidad al mejoramiento en la estimación de costos por producto institucional.				
Soporte: Para la vigencia 2018 se efectuó parametrización módulo de costos alineado resol 338 de 2018, implementación módulo NIIF, 04 Capacitaciones con casa de programación y levantamiento tiempos y movimientos 20 unidades de negocio				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
10.	Se recomienda que el TUCI, como herramienta de gestión, medición y análisis de las directivas de la E.S.E., contenga los índices e indicadores de la caracterización del proceso de gestión financiera para los estados financieros de propósito general, los de propósito específico y control social e indicadores mínimos de carácter contable y financieros que visualicen y representen la gestión de la E.S.E. Se recomienda que en cada proceso se deben tener publicados los indicadores de rentabilidad publicados en el TUCI. (Informe Control Interno Contable)	10. Realizar las gestiones que se requieran para la publicación de los indicadores financieros en la herramienta TUCI. (Mejorado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100% No cerrada
* Resultado de autoevaluación.					
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
Soporte: Información Disponible en el TUCI de los indicadores financieros.					
Pendiente verificar el cargue de los datos y análisis de todos los indicadores					
Barrera de mejoramiento: N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
11.	• Verificar y depurar los registros del sistema, tanto del módulo contable como el de activos fijos. • Corregir las inconsistencias en la valorización de los activos (valor razonable). • Es fundamental asegurar mediante revisiones de control, que la información que llegue al módulo de activos fijos sea consistente con el inventario físico y esté conciliada con los registros contables bajo el nuevo marco normativo. ((Informe No. Abril - Junio 2018 Revisoría Fiscal)	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)	REVISORIA FISCAL	100%	100%
Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.					
Soporte: 1. Se entrega soporte de Un (1) listado de la conciliación de activos fijos con saldos iniciales, novedades NIFF. se entregará cierre definitivo con saldos iniciales para el 11 de enero de 2019 bases de datos conciliadas del activos fijos y contabilidad Pendiente realizar la conciliación					
Barrera de mejoramiento: N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
12.	• Corregir las inconsistencias que presenta el módulo en sus diferentes variables, para asegurar o garantizar el correcto cálculo de la depreciación mensual y la depreciación acumulada. Debido a que el sistema está tomando bases inadecuadas, el valor base reportado para el cálculo de la depreciación, el registro contable y el consecuente cargo 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)	REVISORIA FISCAL	100%	100%

resultados, se estaría realizando por un menor valor y su impacto sobre dicho estado solo lo podemos conocer al momento que se corrijan los cerca de 10.000 registros de igual número de activos y se realice el inventario físico al 100%.				
(Informe No. Abril - Junio 2018 Revisoría Fiscal)				
Mantener un flujo de información adecuado de las áreas hacia el proceso de gestión financiera a fin de tener un registro real y completo de los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales que se presentan en la institución.				
Soporte: 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.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
13.	Existe un centro de costos y rubros presupuestales en los escenarios de práctica destinados en forma exclusiva al adecuado funcionamiento de la relación docencia-servicio. Condición 23. Existe evidencia de la ejecución presupuestal, de los rubros programados para el funcionamiento de la relación docencia-servicio (Proceso autoevaluación Hospital Universitario)	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%	50%

* Resultado de autoevaluación.
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.
Soporte: 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

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
14.	Revisar los procedimientos existentes y construir procedimientos del actuar por cada una de los servidores públicos que reciban, manejen y custodien los dineros públicos. (Auditorías Arqueos 2017).	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%	60%
Hacer seguimiento permanente al manejo adecuado de los recursos públicos que ingresan a la Institución.					
Soporte: Se elaboró protocolo "Recepción manejo y custodia de dineros públicos.					
Barrera de mejoramiento: N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
15.	Generar herramientas para el manejo, custodia y seguridad de los dineros públicos recibidos de los usuarios en consulta externa de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. (Auditorías Arqueos 2017)decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos y teniendo en cuenta que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana mediante actos administrativos adopta las políticas contables y que dentro del sistema de gestión documental registra las políticas de la entidad, todas	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%

	ellas con la misma metodología; no se evidencio la política y/o las políticas del proceso de gestión financiera y la política del proceso contable, POLÍTICA MEDIANTE LA CUAL LAS TRANSACCIONES, HECHOS Y OPERACIONES REALIZADOS EN CUALQUIER DEPENDENCIA DEL ENTE PÚBLICO, SON DEBIDAMENTE INFORMADOS AL ÁREA CONTABLE A TRAVÉS DE LOS DOCUMENTOS FUENTE O SOPORTE.	reportadas en el proceso contable incluirle la adopción de la directriz para el reporte de todos los hechos y transacciones generados en cualquier dependencia.			
Hacer seguimiento permanente al manejo adecuado de los recursos públicos que ingresan a la Institución..					
Saporte: 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					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
16.	Optimizar el uso de una de las cajas fuertes que se encuentran en la caja de urgencias. (Auditorías Arqueos 2017)	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%
Hacer seguimiento permanente al manejo adecuado de los recursos públicos que ingresan a la Institución.					
Saporte: 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 de acción en salud PAS

Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor ejecutado meta producto I trimestre	% de avance meta I trimestre	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	Ejecutado I trimestre	TOTAL Ejecutado Primer Trim	DESCRIPCIÓN
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
			Valor	Año									
Continuar con la Implementación de costos por producto	% de avance según actividades y estrategias.	Actividades realizadas de las estrategias / Total de actividades programadas de las estrategia. * 100	50%	2018	100%	0%	0%	Consecución de información actividades tiempos y movimientos de 30 Unidades de Negocio DE LAS 60 UNIDADES DE NEGOCIO	100%	25%	0%	0%	No se recibe soportes de la actividad

3.3.10.10 Gestión del Riesgo

Mapa de riesgos

Evaluación mapa de riesgos (A la fecha en proceso construcción matriz riesgos 2019, se anexan datos con corte a diciembre de 2018)

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.

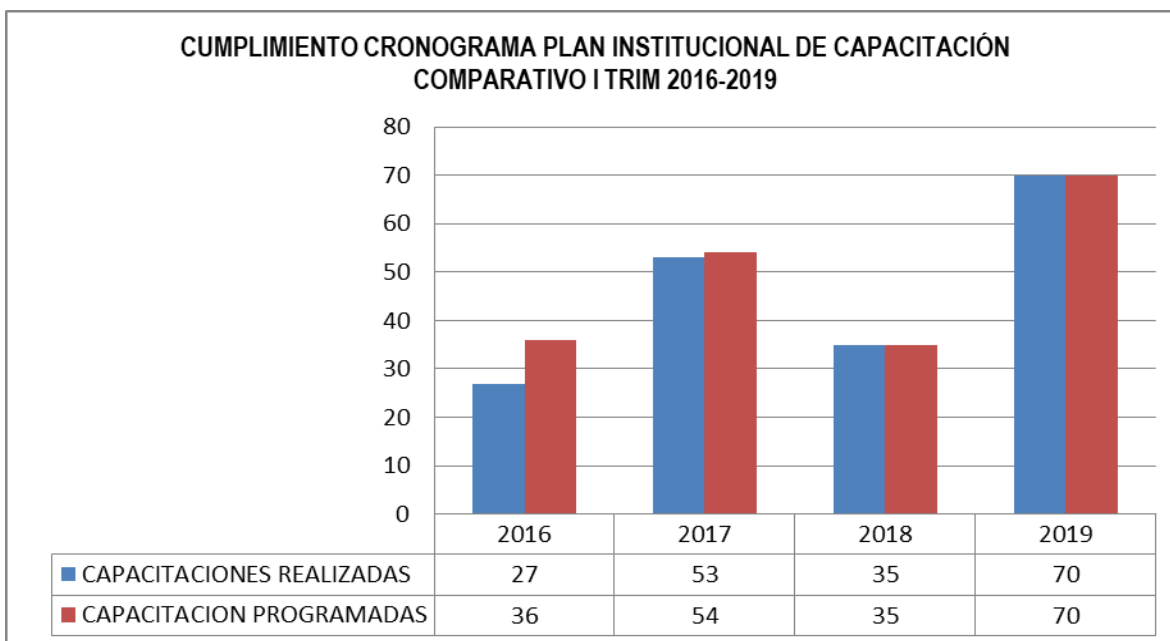
CAPÍTULO IV

DIRECCION ADMINISTRATIVA

4.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

GESTIÓN DEL PROCESO

1.1.CAPACITACIONES Y EDUCACIÓN CONTINUADA

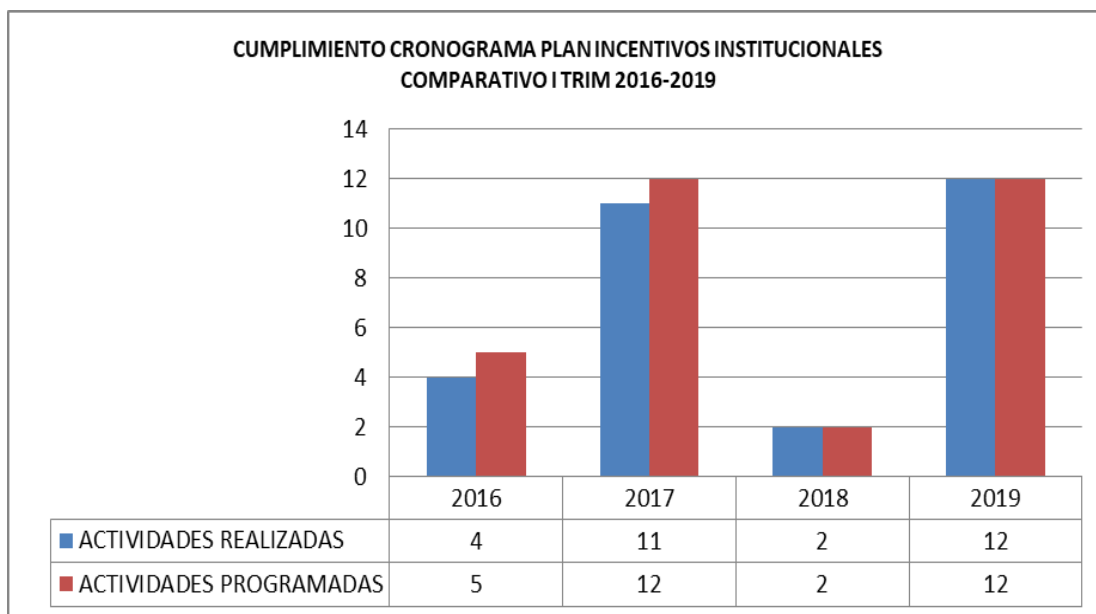


En el marco del proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, consagrado en el Título 22 del Decreto 1083 de 2015, el Departamento Administrativo de la Función Pública evidenció que las entidades deben elaborar y publicar múltiples planes relacionados con las políticas de gestión y desempeño institucional en diferentes fechas sin que estén articulados entre sí. Por tal motivo el Programa de capacitación y Educación continuada, fue trasladado al Plan Institucional de Capacitación – PIC; donde para la vigencia 2019 se proyectaron un total de 378 capacitaciones, de los procesos que remitieron su matriz de Necesidades de Capacitación 05TH05-V2.

Se inicia entonces el I Trimestre de 2019, con un cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el Cronograma de Ejecución del PIC 2019, 70 capacitaciones programadas y ejecutadas para la totalidad de las sedes. La proyección del Cronograma, muestra que para el total de la vigencia, se da cumplimiento al 19% de la ejecución. El impacto esta medido por los indicadores que cada proceso reporto se afectarían con la formación recibida.

Se toma en cuenta que los primeros meses de la vigencia se dedican a la Formulación del Plan y a la integración de los procesos del Hospital.

1.2. BIENESTAR SOCIAL LABORAL E INCENTIVOS

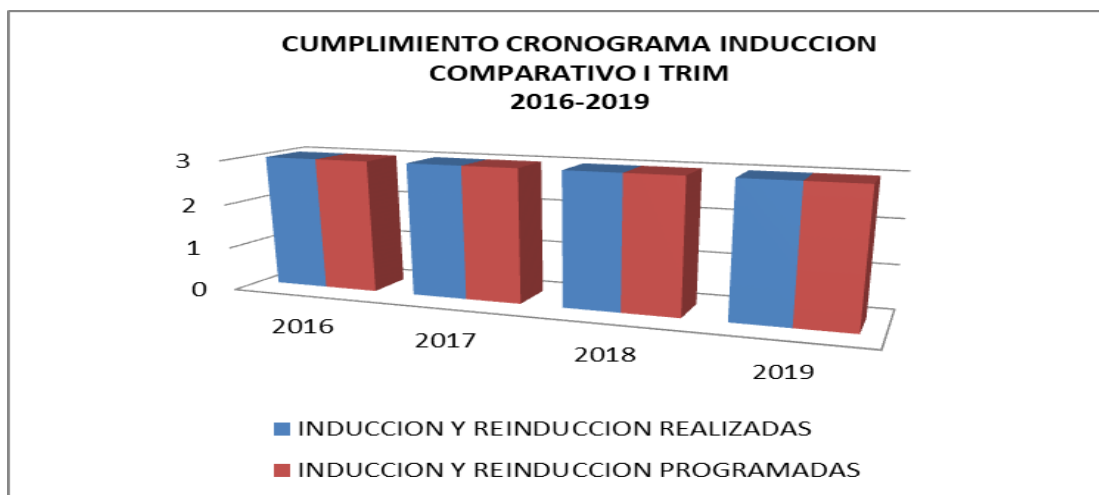


El Programa de Bienestar Social Laboral e incentivos Código 01TH02 acogíendose a la actualización de la norma, se transformó en el Plan de Incentivos Institucionales Código 05GC28. El cual a diferencia del Plan institucional de Capacitación en el que se determinaron actividades para cada una de las sedes por separado, ha consolidado realizar cada una de la acciones proyectadas en el Cronograma de Ejecucion del Plan de Incentivos institucionales de manera simultánea en la sede Bogotá y Zipaquirá; todo esto con miras a lograr la inclusión de todo el personal de la E.S.E, en estos beneficios e incentivos.

Esta decisión fue resultado del diagnóstico de necesidades de Bienestar social laboral e incentivos, aplicada al inicio de esta vigencia, para la formulación del Cronograma vigencia 2019, con el fin de hacer partícipes a todos los empleados y conocer así sus preferencias para el mejoramiento de la oferta del Plan de Incentivos y cumplir con el proposito motivador del mismo.

Así entonces, se proyectaron 114 actividades para el 2019, de las cuales para el I Trimestre se ejecutaron 12, cumpliendo con el 100% de lo proyectado para los primeros tres meses, y con el 10% del total del año.

1.3. INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN



El programa de inducción está orientado a dar a conocer y contextualizar al cliente interno en las generalidades institucionales enmarcadas en los sistemas de gestión de garantía de la calidad, sus compromisos y derechos, y entrenarlo en las labores propias de su empleo, cargo o actividad. Es un programa que durante los últimos 4 años ha mostrado cambios significativos en cuanto a la forma, y el método para llegar a los nuevos colaboradores; tanto así, que se ha logrado que el indicador de cumplimiento de ese sea del 100% para cada una de dichas vigencias, y permitiendo que en el desarrollo de este se incluyan las socializaciones de Talento Humano, Planeación Y Calidad, SARLAFT - Gestión Del Riesgo, Gestión De La Información, Sistema, SSGSST, MECI Y Control Interno, Bioseguridad, Seguridad Del Paciente, Nutrición, Gestión Ambiental, IAMII, PQRSD, Humanización, Hospital Universitario, Emergencias y Desastres, y Cuidado De La Piel.

Para el I Trimestre de 2019, se proyectaron 3 actividades que fueron ejecutadas en su totalidad, con un total de 86 asistentes.

2. 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 a la Oficina Asesora de Planeación 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 la última versión; 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 ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR
Gestión del Talento Humano	GESTIÓN DEL RIESGO	Violar procesos de selección en beneficio de terceros	Verificar el cumplimiento de los perfiles en las nuevas vinculaciones	AP	1. Adjuntar el perfil a la requisición del talento humano 2. Aplicar el formato de verificación de competencias	Permanente	Requisición de talento humano con perfil adjunto Formato diligenciado de verificación de competencias	Subdirector Desarrollo Humano Subdirector Personal	# verificación de cumplimiento de perfiles / # personas vinculadas *100
	GESTIÓN DEL RIESGO	Realizar pagos en nómina no justificados o valores a los cuales no se tiene derecho	Realizar auditoría a las novedades de nómina y a la pre-nómina	AP	1. Realizar cronograma de auditorías de nómina 2. Registrar los fallos de nómina para control.	Mensualmente	Informe de auditoría de nómina Informe de reporte de fallos de nómina	Subdirector Personal	# de actividades ejecutadas del cronograma de auditorías de nómina / # actividades programadas cronograma de auditorías de nómina*100

3. Planes Decreto 612

PLAN PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	ACTIVIDADES CRONOGRAMA 1ER TRIMESTRE 2019	ACTIVIDADES EJECUTADAS 1 ER TRIMESTRE 2019	% DE CUMPLIMIENTO	SOPORTES / EVIDENCIAS
Plan Anual de Vacantes	General: Realizar periódicamente monitoreo y seguimiento a las vacantes Específica: Trimestralmente monitorear y realizar seguimiento a las vacantes que se generen durante el periodo	Se monitorea y realiza seguimiento a las vacantes	100%	Planta de personal correspondiente al mes de marzo de 2019 Cuadro caracterización planta de personal consolidado e incluido en el Informe de gestión 1er trimestre 2019
Plan de Previsión de Recursos Humanos	A DICIEMBRE 2019 General: Diligenciamiento Matriz de Necesidades de Talento Humano 05TH23-V1 Específica: 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	Al finalizar el mes de marzo del año 2019 se encuentra diligenciadas las matrices necesarias para la realización del estudio, meta que se encontraba programada al 100% al cierre de 2018.	98%	Matrices Necesidades de Talento Humano diligenciadas por áreas.
	A MARZO 2019 General: Determinar disponibilidad y oferta interna de personal Específica: Caracterizar al personal, diagnosticando el estado actual del Talento Humano activo de la Institución.	Se vinculó al Proceso de Gestión de Talento Humano a un profesional quien continuará con las actividades programadas en el cronograma del mencionado plan y específicamente para continuar con las actividades de 1er Trimestre 2019, dado que por la ejecución de estas se requirió a un colaborador adicional destinado para tal fin.	En ejecución	En ejecución

Plan Institucional de Capacitación	A MARZO 2019 General: Mejorar las habilidades y competencias de los colaboradores que permita un mejor desempeño en las labores habituales de los colaboradores enmarcadas en el direccionamiento estratégico Específico: Contribuir al mejoramiento institucional, fortalecer la competencias laborales, promover la cultura de cambio y desarrollar acuerdos de integración al Plan con las empresas contratistas	Cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el Cronograma de Ejecución del PIC 2019, 70 capacitaciones programadas y ejecutadas para la totalidad de las sedes. La proyección del Cronograma. El impacto esta medido por los indicadores que cada proceso reporto se afectarían con la formación recibida.	19%	Cronograma PIC Vigencia 2019PIC Planillas asistencias a las capacitaciones Evidencia Fotografica
Plan Incentivos Institucionales	A MARZO 2019 General: Mejorar las condiciones y ambientes laborales que logren aumentar la satisfaccion de los colaoradores e incentivar el mejor desempeño Específicos: Desarrollo de acrividades para la creatividad y el crecimiento personal, Establecer convenios con aliados corporativos, Desarrollar acuerdos de integración con empresas contratistas, Implementar actividades de reconocimiento al buen desempeño y reconocer o premiar los resultados de la gestion	Se proyectaron 114 actividades para el 2019, de las cuales para el I Trimestre se ejecutaron 12, cumpliendo con el 100% de lo proyectado para los primeros tres meses. Este Plan a diferencia del Plan institucional de Capacitación en el que se determinaron actividades para cada una de las sedes por separado, ha consolidado realizar cada una de la acciones proyectadas en el Cronograma de Ejecucion del Plan de Incentivos institucionales de manera simultánea en la sede Bogotá y Zipaquirá; todo esto con miras a lograr la inclusión de todo el	10%	Cronograma Plan Institucional de Incentivos Vigencia 2019PIC Planillas asistencias a las actividades Evidencia Fotografica Encuesta Diagnostico de Necesidades

		personal de la E.S.E, en estos beneficios e incentivos.		
Plan Estratégico de Talento Humano	A MARZO 2019 General: Servir de medio para que los colaboradores puedan alcanzar los objetivos individuales y los institucionales, realizar sistemáticamente las actividades necesarias para mejorar las habilidades y competencias de los colaboradores. Específicos: contribuir al mejoramiento institucional desde los planes que lo articulan	Resultados según cada uno de los planes que lo componen	2	En ejecución
Plan de Trabajo anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	A MARZO 2019 General: Sensibilizar en el cuidado de la salud y promover estilos de vida saludable en los sitios de trabajo	En el primer trimestre del año 2019 se realizaron exámenes médicos ocupacionales de ingreso al personal nuevo de planta. Durante el primer trimestre de 2019 se realizó una inspección en la unidad funcional de Zipaquirá. Con el apoyo de Colsubsidio se inició en programa de pausas activas dirigidas en el área asistencial y se delegó un funcionario encargado por área. Se elaboró el manual de alcoholimetría. Se elaboró el manual de prevención de alcohol, tabaco y sustancia psicoactivas. Se elaboró el protocolo de agresión a trabajadores de la	24%	Soportes de las actividades plasmadas en el plan de trabajo (planillas, fotografías, programas, etc)

		salud por pacientes, familiares y externos. Se inició la actualización del código de integridad de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. Se elaboró la actualización de todos los perfiles de cargo de acuerdo con el nuevo formato de perfil.		

4. Programas

4.1. Capacitación y Educación Continuada

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Plan Institucional de Capacitación código 05GC28-V2 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.

De esta manera, el diagnóstico de necesidades de capacitación se realizó para la vigencia 2019, a través de la matriz de necesidades de capacitación 05TH05-V2. Se recibieron 10 matrices en total, donde se identificaron temas transversales enfocados a construir el Saber, Saber Hacer y el Ser en los colaboradores. Así entonces, también se logró relacionar todos los aspectos fundamentales de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana como: Modelo de Atención, Ejes Evaluativos de Acreditación, Principios, Valores, Competencias, Cumplimiento de objetivos corporativos y los indicadores de proceso. Todo esto liderado por la Subdirección de Desarrollo Humano a través del proceso de recolección de matrices, las cuales fueron solicitadas a cada uno de los Directores, Jefes, Líderes y coordinadores de procesos del Hospital al inicio de la vigencia, dando como resultado el Cronograma de Ejecución del Plan Institucional de Capacitación para la Vigencia 2019.

Respecto a las anteriores vigencias si comparamos 2016 – 2019, vale destacar el crecimiento para esta última vigencia en la cantidad de Capacitaciones a Ejecutar, pues se ha incluido programación para la Unidad Funcional de Zipaquirá, Centro de Salud de Cogua y Centro de Salud de San Cayetano, en temas transversales de Seguridad del Paciente, Gestión del Riesgo, entre otros; ayudando a que el Plan

proyectado tenga su fase de inicio e implementación, en la totalidad de las Sedes del Hospital Universitario de la Samaritana.

Se inicia entonces el I Trimestre de 2019, con un cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el Cronograma de Ejecución del PIC 2019, 70 capacitaciones programadas y ejecutadas para la totalidad de las sedes.

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:

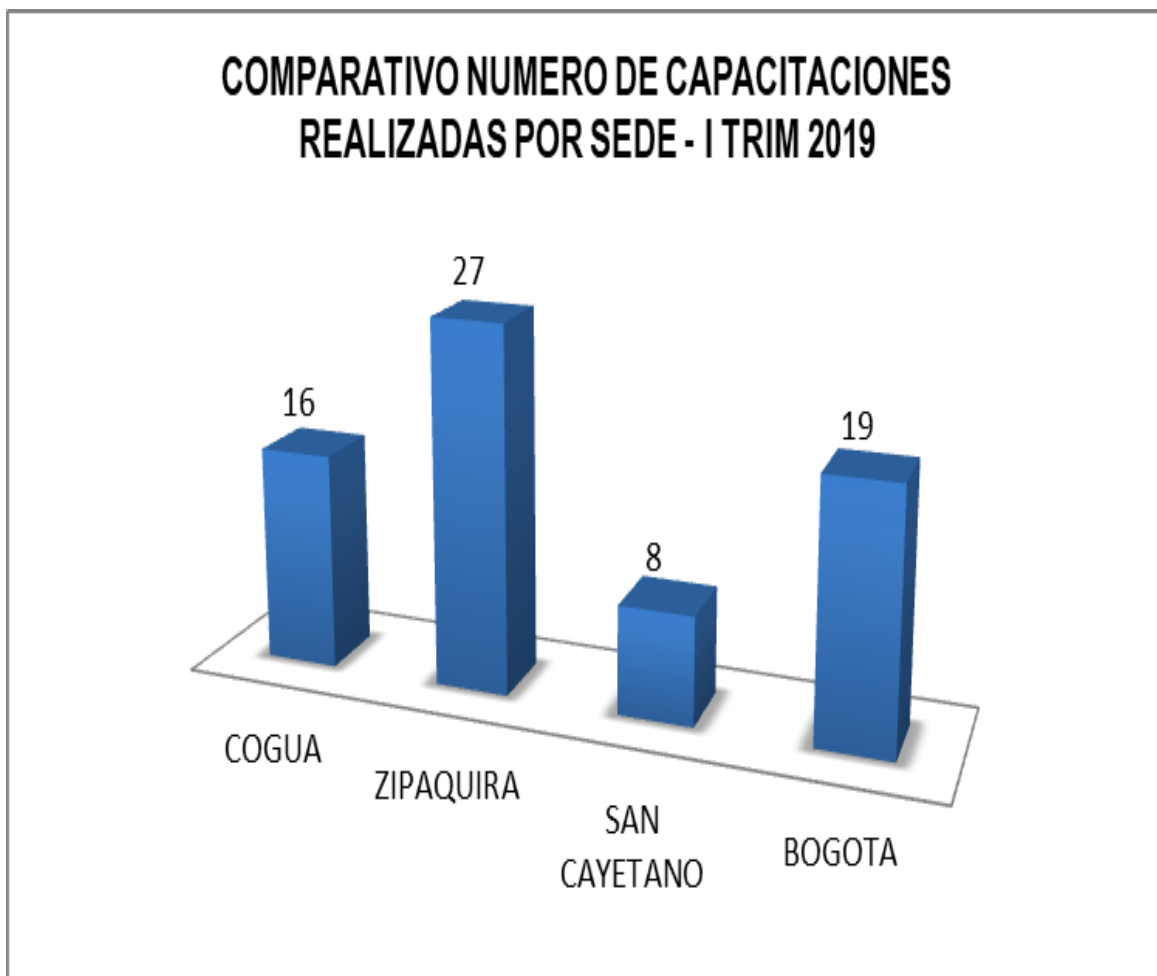
	REALIZADAS	PROGRAMADAS PARA I TRIMESTRE	% CUMPLIMIENTO POR EJE
SEGURIDAD DEL PACIENTE	25	25	100
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	10	10	100
ENFOQUE DE RIESGOS	11	11	100
GESTION DE LA TECNOLOGIA	20	20	100
HUMANIZACION EN LA ATENCION	2	2	100
MEJORAMIENTO CONTINUO	1	1	100
TRANSFORMACION CULTURAL	1	1	100

	TOTAL REALIZADAS	TOTAL PROGRAMADAS I TRIM	% CUMPLIMIENTO PARA EL TRIMESTRE
TOTAL	70	70	100

Como se puede evidenciar, a la fecha 30 de Marzo se ha cumplido con el 19% de las capacitaciones del año, haciendo salvedad que el Cronograma de Ejecución del PIC 2019, está sujeto a aumentar o a disminuir su número inicialmente proyectado dado que las necesidades surgen durante el desarrollo de actividades y de las visitas de ICONTEC y acreditación para la Vigencia.

Así mismo, dada la necesidad de seguir implementando programas de capacitación y no sesiones aisladas de las temáticas propuestas, varias de ellas podrían ser fusionadas en una sola programación. De esta manera, para el 2019, se hace una búsqueda ardua para lograr mayores aliados estratégicos y convenios que permitan el desarrollo y ejecución sin contratiempos de la totalidad del cronograma y para el enriquecimiento del Plan.

De igual manera es posible mostrar para este primer trimestre 2019 el porcentaje de capacitación por Sede, donde la mayoría de dichas formaciones son resultados de procesos de auto capacitación, de la siguiente manera:



De esta manera, se busca contribuir al mejoramiento institucional fortaleciendo la capacidad del Hospital, por medio de la complementación, la actualización, el refuerzo de conocimientos de los colaboradores que conduzcan a cumplir con los requisitos mínimos exigidos de habilitación para los colaboradores del Hospital; fortalecer las competencias laborales en ejes evaluativos de acreditación para mejorar el desempeño de los colaboradores en sus puestos de trabajo. Promover la cultura de cambio en todos los niveles de la institución y desarrollar acuerdos de integración al programa con los contratistas.

4.2. Bienestar Social Laboral e Incentivos**➤ Bienestar**

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Plan de Incentivos Institucionales cuyo objetivo es Mejorar las condiciones y ambientes laborales que logren aumentar la satisfacción de los colaboradores e incentivar el mejor desempeño.

Para esta vigencia se determinaron las etapas y actividades necesarias para la correcta proyección del plan de Incentivos Institucionales; iniciando con la elaboración del Diagnóstico de Necesidades, la posterior formulación del Plan y su Construcción, y finalmente la Socialización, implementación, seguimiento y evaluación.

Por medio de la aplicación de la Encuesta de Diagnóstico de Necesidades se logró la recopilación de información, la delimitación de las líneas estratégicas para la atención de necesidades de la población beneficiaria y la formulación de alternativas y propuestas de mejora al Plan actual.

Los resultados fueron:

PREGUNTA	TENDENCIA DE RESPUESTA
¿En qué área se encuentra prestando sus servicios?	El 49% de la totalidad de los procesos del Hospital participo en la encuesta
Género	Proporcional a la población femenina que hace parte de la totalidad de la fuerza de trabajo del Hospital; el 69% de personas participantes de esta encuesta son mujeres.
¿Participa Usted en las actividades de Bienestar y/o Incentivos que realiza la entidad?	El 71% de encuestados participa de las actividades del Plan Institucional de Incentivos. Esto indica que lo conocen, están interesados en lo que allí se propone para el personal, y participan al menos en una de las actividades del Cronograma de la Vigencia.

Si su respuesta fue negativa indique: ¿Por qué NO participa de las actividades de Bienestar y/o Incentivos que realiza la entidad?	La población que no participa en las Actividades del Plan que corresponde al 29%; manifiesta no hacerlo en su mayoría porque: -No les es posible retirarse de sus servicios para asistir a las actividades -Falta de promoción, no se conocen en su totalidad las actividades -Disponibilidad de tiempo y horarios -En la UFZ no se cuenta con actividades de bienestar ni incentivos
¿Las actividades realizadas permiten la integración entre usted y la organización?	el 95% de la población ha sentido durante las actividades realizadas que se genera un tema de identidad corporativa entre los clientes internos y el Hospital. Reforzando la cultura organizacional
¿Las actividades contribuyen a su bienestar personal, familiar y/o laboral?	El propósito del Plan Institucional de incentivos se enfoca en la generación de espacios que contribuyan a la calidad de vida de los servidores públicos, a su mejoramiento social y cultural y la de sus familias. Se encuentra una percepción positiva del 76%, lo cual indica que se han tomado decisiones correctas que permiten el mejoramiento continuo del anterior programa y ahora Plan.
¿Ha recibido información suficiente sobre las actividades de Bienestar social laboral e incentivos?	el 65% de la población encuestada no ha recibido la información de los eventos y/o actividades realizadas
Considera usted, que: ¿Las actividades recreacionales y/o de integración mejoran el clima organizacional?	De los encuestados, el 92% considera que las actividades realizadas han mejorado las dinámicas de trabajo, haciendo que el clima laboral se vea positivamente afectado a través de estas estrategias

Si su respuesta fue negativa indique: ¿Porque las actividades recreacionales y/o de integración NO mejoran el clima organizacional?	El porcentaje que manifiesta no considerar que las actividades mejoren el clima organizacional, indican que estas actividad no cubren el 100% de los colaboradores del Hospital
Dentro de las siguientes actividades de Bienestar, por favor indique los que son de su predilección: -ACTIVIDADES DEPORTIVAS -RECREATIVOS Y FAMILIARES -PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD -ARTÍSTICOS Y CULTURALES -ARTES Y MANUALIDADES -PREPARACIÓN PRE-PENSIONADOS	Un porcentaje correspondiente al 54% revela la predilección de la población Samaritana por actividades relacionadas con actividades recreativas y Familiares. Mostrando la necesidad del Talento Humano de vincular y/o compartir tiempo con sus seres queridos como estímulo para el óptimo desarrollo de sus actividades
¿Qué actividad propondría usted, para lograr la integración, motivación, reducción de niveles de stress, identidad con la organización y mayor productividad, de todo el personal que labora en el Hospital?	Adicional al refuerzo de las propuestas recreativas, familiares y deportivas; el personal manifiesta la necesidad de tener vacaciones o descanso remunerado sin importar su tipo de vinculación. Así mismo, también días libres por cumpleaños o fechas especiales. Entendido como la demanda de un descanso.
¿Cuál considera que podría ser el mejor incentivo que le brindara el Hospital?	Sigue siendo el descanso remunerado la propuesta más nombrada por la población encuestada

Basado en dicho diagnostico se delimito que el Plan se ejecutaría con 3 Líneas estratégicas: 1. PROTECCIÓN Y SERVICIOS SOCIALES, 2. CALIDAD DE VIDA LABORAL, 3. INCENTIVOS. Las cuales tienen definidas sus propias estrategias así:

LÍNEA ESTRATÉGICA	Estrategia
PROTECCIÓN Y SERVICIOS SOCIALES	DEPORTIVA
	RECREATIVA Y FAMILIAR
	ARTISTICA Y CULTURAL
	PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD
	ARTE Y MANUALIDADES
CALIDAD DE VIDA LABORAL	MEJORAMIENTO CLIMA LABORAL
INCENTIVOS	INCENTIVOS AL DESEMPEÑO

Se celebraron entonces las siguientes actividades por línea estratégica para el I Trimestre de la vigencia 2019,

1. PROTECCION Y SERVICIOS SOCIALES
a. Masivas

2019	BOGOTA		% COBERTURA	ZIQUAIRA		% COBERTURA
JORNADA	POBLACION	ASISTENTES		POBLACION	ASISTENTES	
Celebración día del contador	11	11	100	2	2	100
Día internacional de la Mujer	790	339	43	330	330	100
Total	801	350		332	332	

CITADOS	1133
ASISTENTES	682

INDICADOR	
60	% Participación

Se aplicó la encuesta de satisfacción a los colaboradores del Hospital respecto a la actividad masiva CONMEMORACION DIA INTERNACIONAL DE LA MUJER, arrojando en una escala de 1 a 5 una calificación de :

- Actividad en General: 4- 5
- Organización y planificación: 5
- Atención brindada por el personal a cargo : 5
- Calidad de los obsequios : 4-5
- Pertenecía de las actividades: 5

Muestra de sugerencias y/o Comentarios:

SUGERENCIAS Y/O COMENTARIOS	
Ninguna (o)	
considero que desde las areas deben generar cronogramas para que el personal dentro de su jornada laboral asista a las actividades. Porque fue muy poca genta la que pudo asistir por las actividades propias del servicio.	
NINGUNO	
FUE MUY BONITO PERO HACE FALTA MAS PARTICIPACION	
La participación no fue completa por parte del personal femenino, debido a que los diferentes líderes de área no sabían como cubrir para que todas disfrutaran de dicha actividad, pero en general muy buena, gracias.	
BIEN	
Falto información sobre el sitio y la hora de la Sagrada Eucaristía- Muchos no pudimos asistir porque pensábamos que era en el patio de banderas.	
ninguna	
SE QUE SIEMPRE TIENEN EXCELENTES PROGRAMAS Y ORGANIZACIÓN LO MALO ES QUE CASI NUNCA SE TIENE EN CUENTA A EL PERSONAL QUE MANEJA PUBLICO Y PUES NO PODEMOS IR A DICHAS ACTIVIDADES Y PODEMOS TENER ACCESO A LOS DETALLES. SIN EMBARGO GRACIAS POR SIEMPRE ESTAR PENDIENTES DE LAS FECHAS IMPORTANTES	
Felicitaciones por el esfuerzo realizado en la subdirección de talento humano, al que se deberían unir las Directivas y los jefes de las diferentes áreas del hospital.	
no	
Fue una actividad bien realizada y se noto nuevas actividades, sugiero poder replantear el tema de la Zumba por otro tipo de actividades como: capacitaciones (manejo de office, presentación personal, servicio al cliente, etc)	
no se tienen a todos en cuenta, las mujeres de mi área no fueron informadas y no las hicieron partícipes de ninguna actividad como tampoco de los obsequios, ni siquiera pasaron por la oficina	
Excelentes talleres de cáncer por parte de las profesionales, excelentes actividades. considero que falta compromiso de los jefes para garantizar que los esfuerzos que se hacen realmente llegan al personal que se ha planeado. la cultura de que si no hay regalos físicos el personal no acude a las actividades no se puede seguir alimentando en el HUS	

b. Grupales

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	
Número de actividades programadas	9
Número de actividades realizadas	9
Se realizó 21% del total de las clases del año	
Se ha realizado un 100% del total de las actividades planeadas para I Trimestre	
Han asistido en las 9 jornadas 137 colaboradores	

c. Promoción y prevención


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

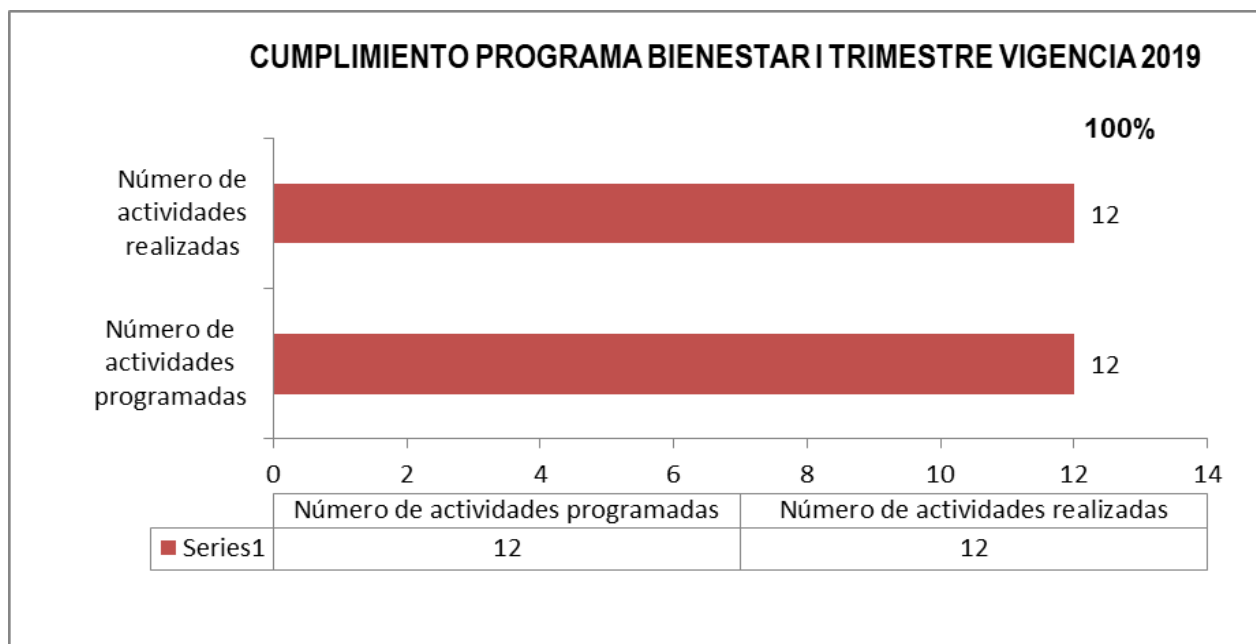
www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

Se llevó a cabo la actividad de Programa Vigilancia epidemiológica del riesgo cardiovascular, con 27 asistentes donde se inicia este ciclo de acompañamientos con el propósito de planear las acciones de capacitación, las evaluaciones periódicas ocupacionales, conocer el número de trabajadores a incluir en los SVEO y estimar las necesidades presupuestales para dar cumplimiento.

Para esta línea estratégica se tiene prevista la organización y/o consolidación de varios Sistemas de Vigilancia Epidemiológica para riesgos específicos, a través de los cuales se podrá ir completando el perfil de morbilidad.

Todo lo anterior será debidamente registrado en las historias ocupacionales las cuales mantendrán debidamente archivadas y custodiadas para consulta las historias clínicas ocupacionales del personal de planta activo de E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana, por parte del médico especialista en Salud Laboral dando cumplimiento a la norma.

Para la presente vigencia, contempló realizar 12 actividades en el Cronograma de Ejecución del Plan de Incentivos Institucionales, su cumplimiento para ese periodo fue del 100%.



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.

4.3. Inducción y Reinducción

Este proceso inició la vigencia con la necesidad de implementar la modalidad de inducción virtual, para el cual se realizó la fase de programación de temáticas, el cual iniciara su fase de implementación para el cierre del primer semestre del 2019.

Además se determinó el desarrollo de los módulos, según las funciones de los colaboradores de la siguiente manera:

			MODULOS INDUCCION		
			ESTUDIANTIL	COLABORADORES	ESPECIALISTAS
ADMINISTRATIVO Y DE APOYO	1	GESTION DE LA CALIDAD	X	X	X
	2	GESTION DEL RIESGO	X	X	X
	3	SARLAFT		X	X
	4	INVESTIGACION Y DOCENCIA	X	X	X
	5	ESTADISTICA	X	X	X
	6	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X	X	X
	7	TALENTO HUMANO	X	X	X
	8	COMUNICACIONES	X	X	X
	9	SISTEMAS		X	
	10	PLAN DE EMERGENCIAS	X	X	X
	11	GESTION AMBIENTAL	X	X	X
	12	CONTROL INTERNO		X	X
	13	PQRSDF	X	X	X
	14	CUIDADO DE LAS HERIDAS Y PIEL	X	X	X
	15	NUTRICION	X	X	X

			MODULOS INDUCCION		
			ESTUDIANTIL	COLABORADORES	ESPECIALISTAS
ASISTENCIAL	1	PACAS	X	X	X
	2	COVE - BIOSEGURIDAD	X	X	X
	3	FARMACIA	X		X
	4	CONSULTA EXTERNA	X		X
	5	UFZ	X	X	X
	6	IAMII	X	X	X
	7	LABORATORIO CLINICO	X		X
	8	ATENCION AL USUARIO	X	X	X
	9	SEGURIDAD DEL PACIENTE	X	X	X

Se realizaron todas las jornadas de inducción programadas, de un total de 3 sesiones, para un cumplimiento 100%.

Para las jornadas de inducción para el primer Trimestre se contó la una participación de 86 colaboradores.

Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los interventores de los contratos solicitando la respectiva intervención.

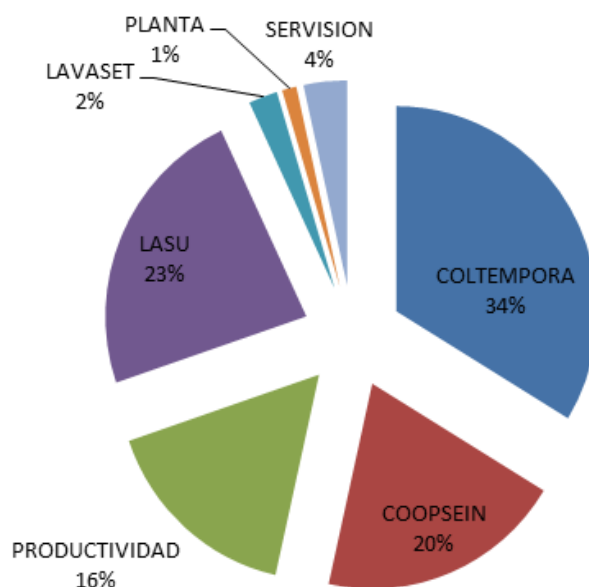
El impacto de este programa, en cuanto el nivel de adherencia al conocimiento se ha presentado de la siguiente manera:

	28/01/2019	18/02/2019	18/03/2019
EVALUACION PRE	3,9	3,8	3,9
EVALUACION POST	4,3	4,5	4,3
CALIFICACION PROMEDIO DE CONOCIMIENTOS POR SESION	4,1	4,2	4,1

Mostrando el aumento de 1 a 3 puntos porcentuales entre los conocimientos con los que llega el colaborador y el conocimiento con el que termina la sesión de inducción.

I TRIMESTRE	
COLTEMPORA	29
COOPSEIN	17
PRODUCTIVIDAD	14
LASU	20
LAVASET	2
PLANTA	1
SERVISION	3
TOTAL	86

PARTICIPACION POR EMPRESA I TRIMESTRE 2019

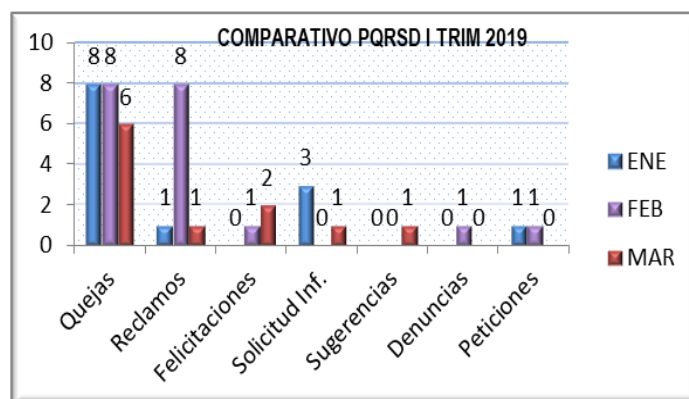


4.4. PQRSDF

Total del PQRSDF I Trimestre año 2019

PQRSDF 2018					
CLASIFICACIÓN	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
Quejas	8	8	6	22	51%
Reclamos	1	8	1	10	23%
Felicitaciones	0	1	2	3	7%
Solicitud Inf.	3	0	1	4	9%
Sugerencias	0	0	1	1	2%
Denuncias	0	1	0	1	2%
Peticiones	1	1	0	2	5%
TOTAL	13	19	11	43	100%

Fuente: Base de Datos PQRSDF Cliente Interno 2019

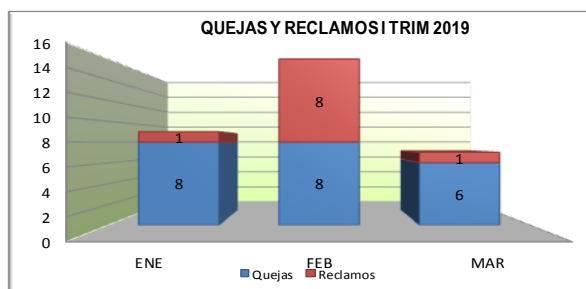


Durante el I Trimestre del 2019 se recibieron un total de 43 peticiones de las cuales se observa en la tabla de datos del total de PQRSDF en cuanto a la distribución total del 100% de manifestaciones recibidas el 51% corresponde a quejas debido a la inconformidad que tienen los colaboradores con algunos ambientes

laborales, el 23% representan reclamos el cual revelan un mayor volumen de radicaciones durante este periodo evaluado una de las causas asociadas es por ambiente físico en cuanto a las solicitudes de información evaluadas en este trimestre corresponden al 9% relacionadas a los diferentes cursos que ofrece el hospital; en cuanto a Peticiones el porcentaje corresponde al 5%, para sugerencias corresponde el 2% y para finalizar las Denuncias corresponden al 2% del total de PQRSD del trimestre.

Quejas y Reclamos Recibidas

QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018					
Quejas y Reclamos	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
Quejas	8	8	6	22	69%
Reclamos	1	8	1	10	31%
TOTAL	9	16	7	32	100%

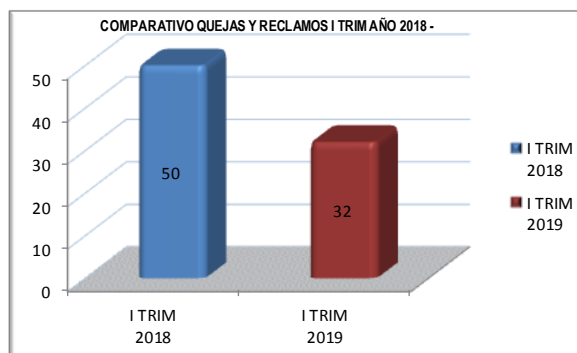


Fuente: Base de Datos PQRSD
Cliente Interno 2019

Se presentaron 32 quejas y reclamos durante el trimestre de las cuales corresponden al 74% del total de manifestaciones recibidas en el periodo evaluado, siendo las quejas el mayor número de inconformismos presentados por los trabajadores que equivalen al 69% y los reclamos el 31% del total entre quejas y reclamos, una de las principales quejas y reclamos están asociadas a dificultades presentadas con la temporal lo cual se da traslado de las mismas a la entidad competente, también se relacionan por inconvenientes entre colaboradores y aspectos de ambiente físico.

Comparativo I TRIM Años 2018-2019

COMPARATIVO I TRIM AÑO 2018 - 2019				
CLASIFICACIÓN	I TRIM 2018	%	I TRIM 2019	%
Quejas	11	22%	22	69%
Reclamos	39	78%	10	31%
TOTAL	50	100%	32	100%



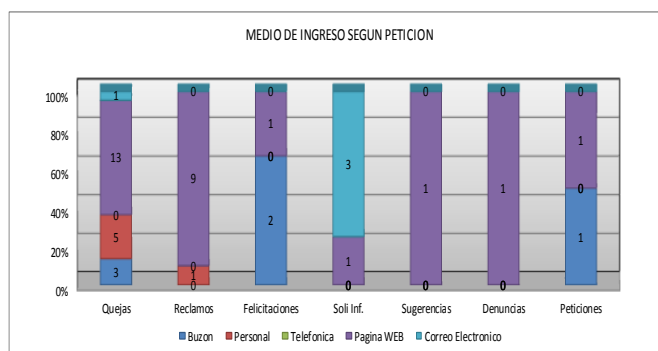
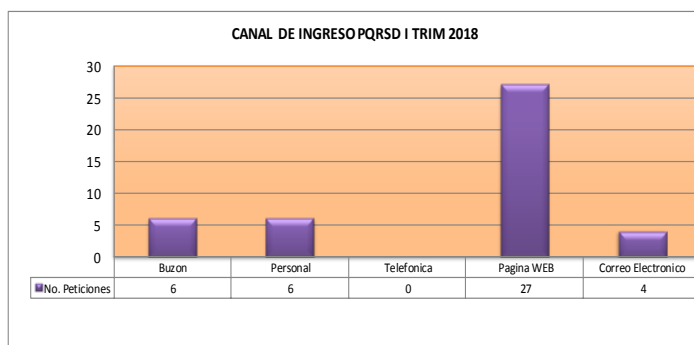
Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2019

Se puede observar en el comparativo de los últimos dos años del I trimestre las quejas y reclamos tuvieron una disminución de 18 peticiones pero se siguen presentando debido a las causas ya mencionadas en este informe.

Clasificación de PQRSD por canal de ingreso III trimestre 2018

CANAL DE INGRESO PQRSD I TRIM 2018					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefonica	Pagina WEB	Correo Electronico
Quejas	3	5	0	13	1
Reclamos	0	1	0	9	0
Felicitaciones	2	0	0	1	0
Soli Inf.	0	0	0	1	3
Sugerencias	0	0	0	1	0
Denuncias	0	0	0	1	0
Peticiones	1	0	0	1	0
TOTAL	6	6	0	27	4

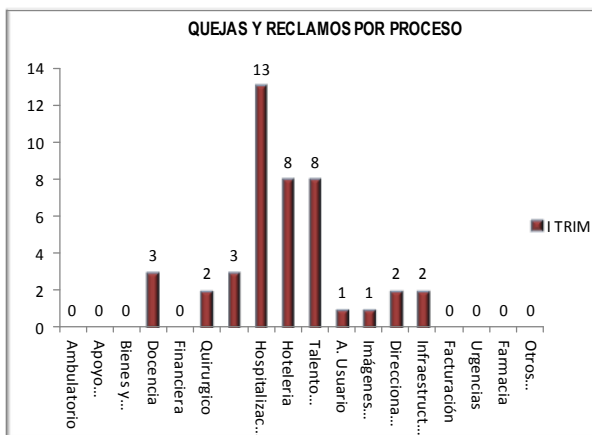
Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2019



De acuerdo a los canales oficiales dispuestos para la recepción de PQRSD se puede concluir que en el I trimestre del 2019 el medio más utilizado es la página Web con un total de 27 (63%) manifestaciones, el buzón de sugerencias y de forma personal o verbal con 6 (14%), el correo electrónico con 4 (9%), donde se evidencian las peticiones de los colaboradores.

Clasificación de Quejas y Reclamos por proceso

PQRSD POR PROCESO AÑO 2019					
PROCESOS INVOLUCRADO	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
Ambulatorio	0	0	0	0	0%
Apoyo Diagnostico	0	0	0	0	0%
Bienes y Suministros	0	0	0	0	0%
Docencia	3	0	0	3	7%
Financiera	0	0	0	0	0%
Quirurgico	1	1	0	2	5%
G. Información	0	1	2	3	7%
Hospitalización	4	6	3	13	30%
Hotelería	2	4	2	8	19%
Talento Humano	2	5	1	8	19%
A. Usuario	0	0	1	1	2%
Imágenes Diagnosticas	0	1	0	1	2%
Direccionamiento	1	1	0	2	5%
Infraestructura	0	0	2	2	5%
Facturación	0	0	0	0	0%
Urgencias	0	0	0	0	0%
Farmacia	0	0	0	0	0%
Otros Procesos	0	0	0	0	0%
TOTAL	13	19	11	43	100%



Fuente Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2019

Del total de PQRSD se observa que de los procesos que más se asocian a este tipo de manifestación es el de Hospitalización con un porcentaje del 30% debido a los inconformismos presentados por los colaboradores en el periodo evaluado, el proceso de Hotelería y Talento Humano son los siguientes en ser más manifestados debido a inconvenientes con la temporal y aspectos de ambiente físico del hospital, por ultimo podemos ver que el proceso de Docencia tiene un 7% debido a las solicitudes de información por parte de los colaboradores referente a los diferentes cursos que ofrece el hospital a sus trabajadores.

Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley I Trimestre 2019

I Trimestre año 2019						Respuesta en el termino de la Ley 15		
Peticiones según clasificación	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta dentro de los terminos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Quejas	8	8	6	22	61%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 dias habiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) / # total de peticiones (quejas, reclamos,	16	73%
Reclamos	1	8	1	10	28%		9	90%
Sugerencias	0	0	1	1	3%		0	0%
Denuncias	0	1	0	1	3%		1	100%
Peticiones	1	1	0	2	6%		2	100%
TOTAL	10	18	8	36	100%		28	78%

Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2019

Para el I trimestre del 2019 se observa que se radicaron 36 manifestaciones como son peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de las cuales se dieron respuesta al cliente interno oportunamente dentro de los primeros 15 días hábiles al 78% ya que el 22% corresponde a 6 quejas, 1 reclamos y 1 sugerencia, aclarando que su respuesta es posterior al 1 abril del 2019 y el corte del informe es al 31 de Marzo por tal motivo y haciendo la aclaración por fechas de corte se da cumplimiento al 100% de las respuesta oportunas de todas las PQRSD en términos de ley de los 15 días hábiles recibidas en el I trimestre del 2019.

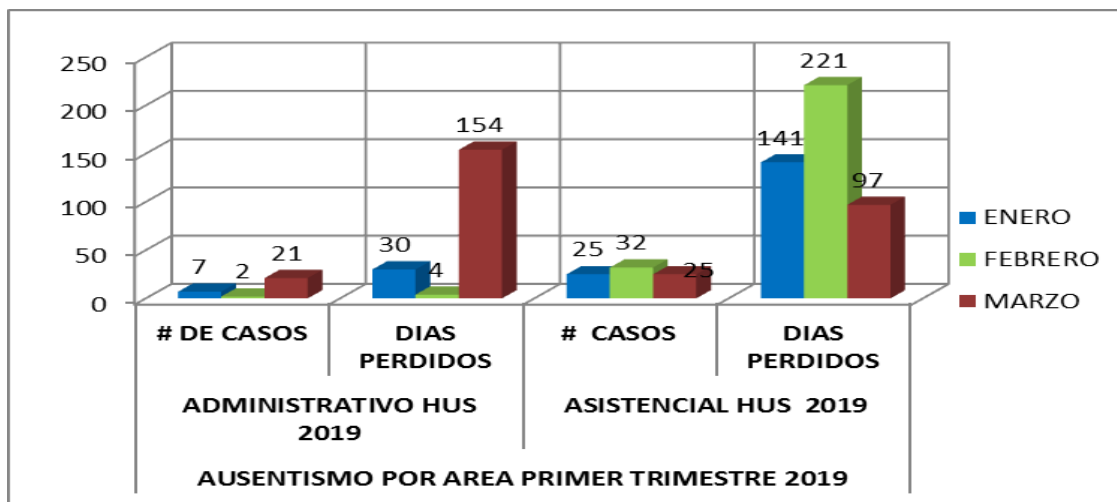
I Trimestre año 2019						Respuesta en el termino de la Ley (10		
Peticiones según clasificación	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%	Formula	total de solicitudes con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Solicitud Inf.	3	0	1	4	100%	# total de solicitudes de inf. con respuesta al usuario dentro de	3	75%
TOTAL	3	0	1	4	100%		3	75%

Fuente: Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2019

Referente a las solicitudes de información se radicaron un total de 4 en el I trimestre del 2019 de las cuales se dieron respuesta al petionario oportunamente dentro de los primeros 10 días hábiles al 75% ya que el 25% su respuesta es posterior al 1 abril del 2019 y el corte del informe es al 31 de Marzo por tal motivo y haciendo la aclaración por fechas de corte se da cumplimiento al 100% de las respuesta oportunas de todas las PQRSD en términos de ley.

3.5 SGSST

NÚMERO DE CASOS DE AUSENTISMO POR ÁREAS - PRIMER TRIMESTRE 2019.



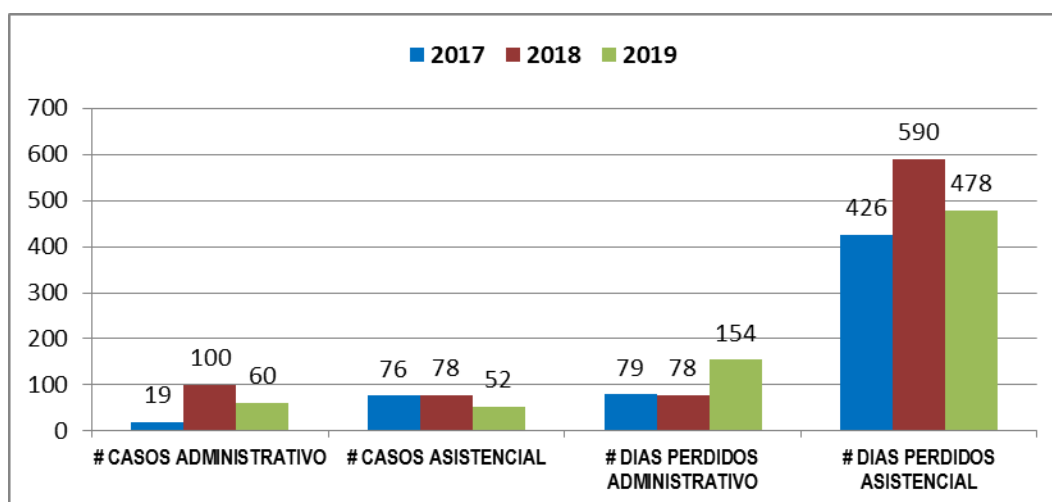
Descripción y análisis

Durante el primer trimestre del año 2019 se evidenció que el área con mayor ausentismo laboral por todas las causas (enfermedad común, accidentalidad laboral y enfermedad laboral) fue asistencial

De otro lado, en el personal administrativo se evidenció mayor incidencia de ausentismo en el mes de marzo con un total de **21** casos en el mes de marzo

De alguna manera, el primer hallazgo se soporta en el hecho de que el área asistencial es la que cuenta con mayor número de trabajadores y dicha ventaja numérica aumentó en el primer trimestre de 2019 con la contratación de nuevo personal principalmente de esta área.

DÍAS PERDIDOS – PRIMER TRIMESTRE 2019



Descripción y análisis

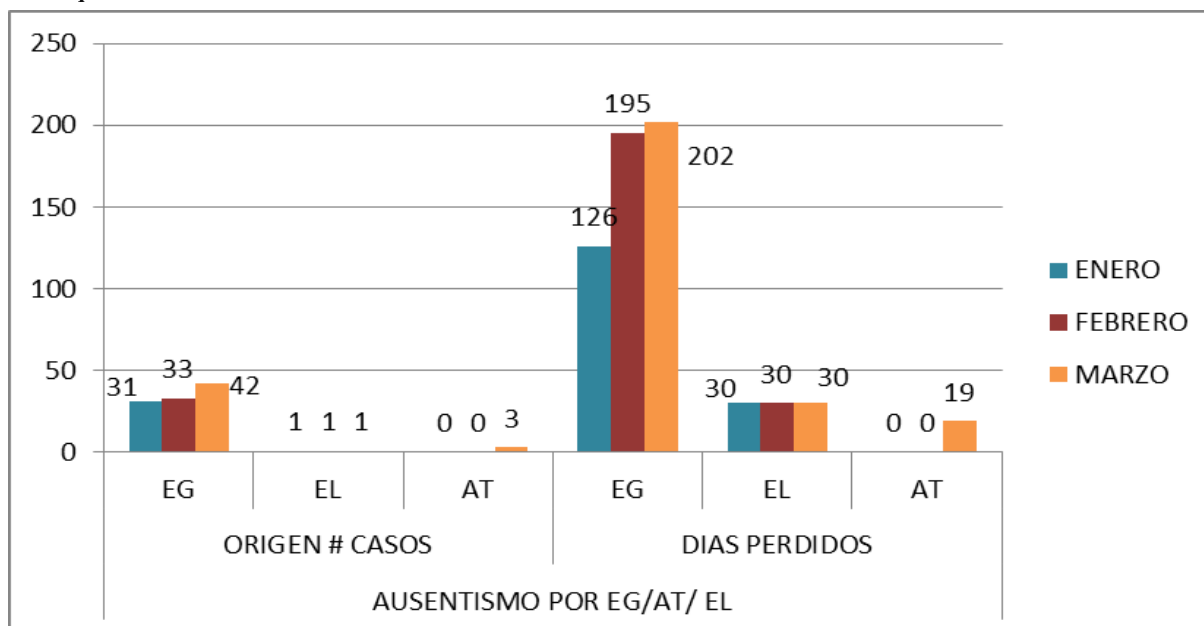
En el primer trimestre del año 2019, el total de días perdidos fue **632** por todas las causas: enfermedad general, accidente de trabajo y enfermedad laboral.

Se observó un aumento del número de días perdidos en el personal del área administrativa con un total de **154** días comparado con el año 2018 (78 días) y 2017 (79 días).

De otro lado, el personal asistencial en el primer trimestre de 2019 presentó **478** días con disminución en comparación con 2018 (590 días) y aumento respecto a 2017 (426 días).

Este hallazgo se correlaciona con el expuesto en el ítem anterior en el cual se dejaba por sentado que el personal asistencial es el predominante en la institución.

CAUSA EXTERNA – PRIMER TRIMESTRE 2019



Descripción y análisis

En el primer trimestre del año 2019, el total de casos de ausentismo por enfermedad general fue **106** con mayor incidencia en el mes de marzo. Así mismo, la mayor representatividad de días perdidos se ubica en este tipo de enfermedad: **523** días perdidos en total.

De otro lado, el total de casos de ausentismo por enfermedad laboral fue **3** con una distribución de un evento por mes en el primer trimestre de 2019. Esto representó en total **90** días perdidos por esta causa.

Finalmente, el total de casos de ausentismo por accidente de trabajo fue **3** con ocurrencia en el mes de marzo 2019 y un total de **19** días.

El notorio predominio de enfermedad general obedece a que la gran mayoría de casos corresponden a diagnósticos de enfermedad no crónica, auto limitada y, por ende, de origen común. La enfermedad laboral necesariamente implica cronicidad y en este sentido se evidencia que es la que menos ausentismo está generando. En gran medida, esto obedece a que el grupo de trabajadores con enfermedad laboral en manejo se encuentra completamente identificado e intervenido desde el Programa de Readaptación Laboral. Adicionalmente, la incidencia de Enfermedad Laboral ha tenido un comportamiento no ascendente (favorable) de acuerdo con el informe de Enfermedad Laboral 2018: No hubo casos nuevos de Enfermedad laboral 2018, incidencia de cero.

SISTEMAS PRINCIPALMENTE COMPROMETIDOS



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Se determinó que el sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo presentan la mayoría de los casos de ausentismo (**409**) casos en comparación con **58** diagnósticos del sistema visual y en igual cuantía para sistema genitourinario.

De otro lado, al sistema circulatorio se le atribuyeron **37** casos y finalmente, al sistema digestivo **21**.

Retrospectivamente, el sistema osteomuscular ha mostrado aumento en la incidencia de casos comparativamente con 2018 y 2017. Esto, en parte, soporta el hecho de que la identificación de probables casos, el seguimiento de condiciones de salud y el Programa de Vigilancia Epidemiológica en Riesgo Osteomuscular, entre otras intervenciones, han permitido aterrizar en cifras muchos casos que venían alimentando el subregistro de condiciones de salud. Igualmente, tal y como se mencionó líneas atrás, el tener claramente identificados e intervenidos los casos crónicos de enfermedad laboral (Programa de Readaptación Laboral) en los cuales predomina la etiología osteomuscular, ha resultado en un menor ausentismo por dicha causa. Igualmente, la mayor prevalencia de los casos nuevos o probables con compromiso del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, tiene predominio en miembros superiores, siendo éste el segmento más frecuentemente afectado en el área asistencial y de servicios generales.

Este hallazgo concuerda con el comportamiento estadístico que a la fecha se ha identificado en relación con riesgo biomecánico y tareas que demandan movimientos repetitivos y carga estática principalmente.

De otro lado, llama poderosamente la atención el hecho de que el sistema visual sea uno de los más destacados. Esto, en gran medida, obedece al hecho de que gracias al perfil sociodemográfico de la población trabajadora se tiene claridad de que la edad promedio de los colaboradores está entre la cuarta, quinta y sexta décadas de la vida lo cual supone necesariamente compromiso de dicho sistema. En este sentido, se considera propicio analizar los casos en profundidad para singularizar cada trabajador, pues tomando en cuenta la referencia al grupo etario, es más frecuente el número de cirugías para corrección de defectos adquiridos como terigios, cataratas o alteraciones visuales asociadas o derivadas de otras situaciones de salud como patologías crónicas a nivel cardiovascular, metabólico, degenerativo, etc.

En el caso de los diagnósticos de origen cardiovascular hubo una cierta disminución en comparación con años anteriores (2017 y 2018). No obstante, las patologías asociadas a este sistema igualmente tienen estrecha relación con el grupo etario predominante en la institución y se vienen detectando e interviniendo desde las actividades de Promoción y Prevención en Salud, así como Programa de Vigilancia Epidemiológica en Riesgo Cardiovascular y actividades de Bienestar Laboral como lo son las sesiones de zumba, de baile, etc.

Dando continuidad a la línea basal expuesta en la gráfica, el sistema genitourinario sigue teniendo presencia en las estadísticas de ausentismo (2017, 2018 y 2019) lo cual se considera llamativo y, en consecuencia, demandaría un análisis más acucioso en el que se tomen en consideración los diagnósticos y el género.

Por último, el sistema digestivo ha tenido una cierta representatividad en los últimos dos años y en el primer trimestre de 2019 ha permanecido; no obstante, desde el Programa de Vigilancia Epidemiológica en Riesgo Cardiovascular, en el módulo de nutrición, se considera intervenir este tipo de ítems desde la

preparación y conservación de alimentos, hasta recomendaciones para tener hábitos de alimentos mucho más saludables.

AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA

INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA
Ausentismo por causa médica	Es la no asistencia al trabajo con incapacidad médica.	# de días de ausencia por incapacidad laboral o general en el mes / # días de trabajo programados en el mes x 100
Enero 2019	$126 + 25 / 292 * 100 = 51,7$ En el mes se perdió 51,7 % de días de trabajo programados por incapacidad médica.	
Febrero 2019	$193 + 25 / 350 * 100 = 62,2$ En el mes se perdió 62,2 % de días de trabajo programados por incapacidad médica.	
Marzo 2019	$202 + 25 / 350 * 100 = 64,8$ En el mes se perdió 64,8 % de días de trabajo programados por incapacidad médica.	

Descripción y análisis

De acuerdo con lo evidenciado en el indicador, el porcentaje de días perdidos en el mes es considerable y en aumento. Igualmente, aplica la implementación del seguimiento y la intervención tanto a nivel específico como global en la población trabajadora.

ACCIDENTALIDAD PRIMER TRIMESTRE 2019.

A continuación, se presenta el cálculo de los indicadores de ausentismo del primer trimestre de 2019 de acuerdo con lo establecido por la Resolución 0312 de 2019

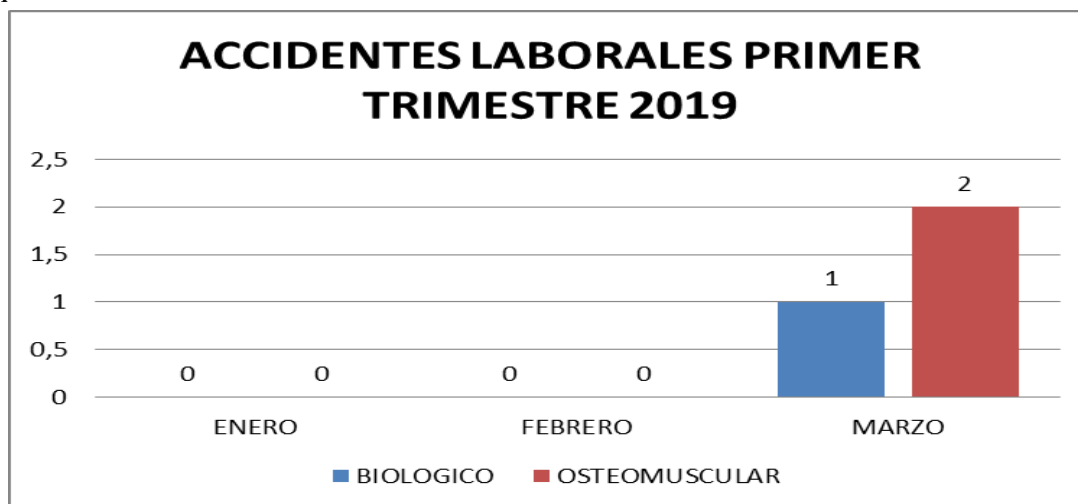
Frecuencia de accidentalidad



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA
Frecuencia de accidentalidad	# de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	# AT en el mes / # trabajadores en el mes x 100
Enero 2019	0 AT / 292 x 100 = 0 Por cada 100 trabajadores se presentaron cero accidentes de trabajo.	
Febrero 2019	1 AT / 350 x 100 = 0,2 Por cada 100 trabajadores se presentaron 0,2 accidentes de trabajo.	
Marzo 2019	2 AT / 350 x 100 = 0,5 Por cada 100 trabajadores se presentaron 0,5 accidentes de trabajo.	

De acuerdo con lo arrojado por el indicador, la frecuencia de accidentalidad de AT en la institución es menor a 1 lo cual se interpreta como favorable.

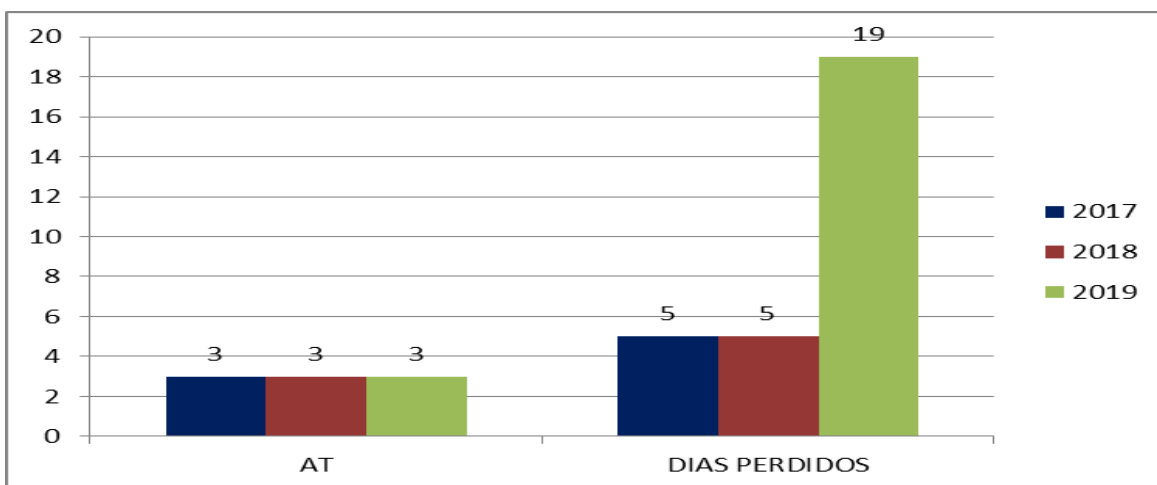
Se observa que en el primer trimestre de 2019 la accidentalidad fue de 3 eventos en total con incidencia en los riesgos biológicos y biomecánico. Según se revisó en el acápite de días perdidos, se puso en evidencia que los días perdidos por Accidente de Trabajo son los de menor representatividad. Igualmente, al predominar el personal asistencial en la institución, resulta congruente que haya eventos que involucren el riesgo biológico.

En articulación con el sistema más involucrado (osteomuscular) en el ausentismo, se plantea correspondencia con el riesgo biomecánico. No obstante, se observa que la incidencia es baja.

Teniendo en cuenta que, dos de los colaboradores accidentados durante el primer trimestre de 2019, corresponden a dos (2) funcionarios nuevos de planta, se ha considerado necesario retroalimentar por medio de lecciones aprendidas al personal, así como recapitular la importancia del uso de elementos de protección personal (EPP), reporte de condiciones inseguras, trabajo en equipo, higiene postural y actualización de procedimiento de investigación y reporte de accidentes de trabajo.

Adicionalmente, se actualizó el procedimiento de investigación de accidentes e incidentes de trabajo.

Severidad de accidentalidad



INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por AT en el mes.	# de días de incapacidad por AT en el mes + # de días cargados en el mes / # trabajadores al mes x100
Enero 2019	$0 + 25 / 292 \times 100$	
Febrero 2019	$0 + 25 / 350 \times 100$	
Marzo 2019	$3 + 25 / 350 \times 100 = 8$ Por cada 100 trabajadores que trabajaron en el mes, se perdieron 8 días por accidente de trabajo.	

De acuerdo con lo arrojado por el indicador, el número de días perdidos por AT en el mes de marzo no es del todo despreciable. Habría que analizar en profundizar los casos concretos para determinar presencia de secuelas a raíz del AT.

Porcentaje de accidentalidad

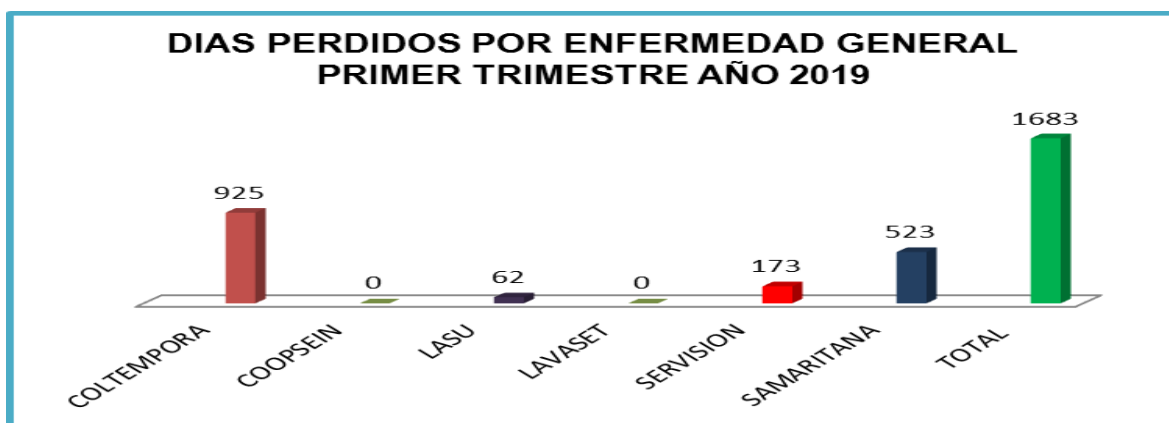
Durante el trimestre del año 2019 el porcentaje de accidentalidad sobre la población actual es de 0,8% en comparación a los años anteriores presentábamos un porcentaje de accidentalidad en nuestra población de planta de 1,6% lo cual a la fecha ha ido de forma decreciente, siendo totalmente positivo para nuestro Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Proporción de accidentes de trabajo.

Este indicador se calcula con una frecuencia anual. Por tanto, se llevará a cabo en diciembre 2019.

AUSENTISMO ALIADOS ESTRATEGICOS PRIMER TRIMESTRE 2019.

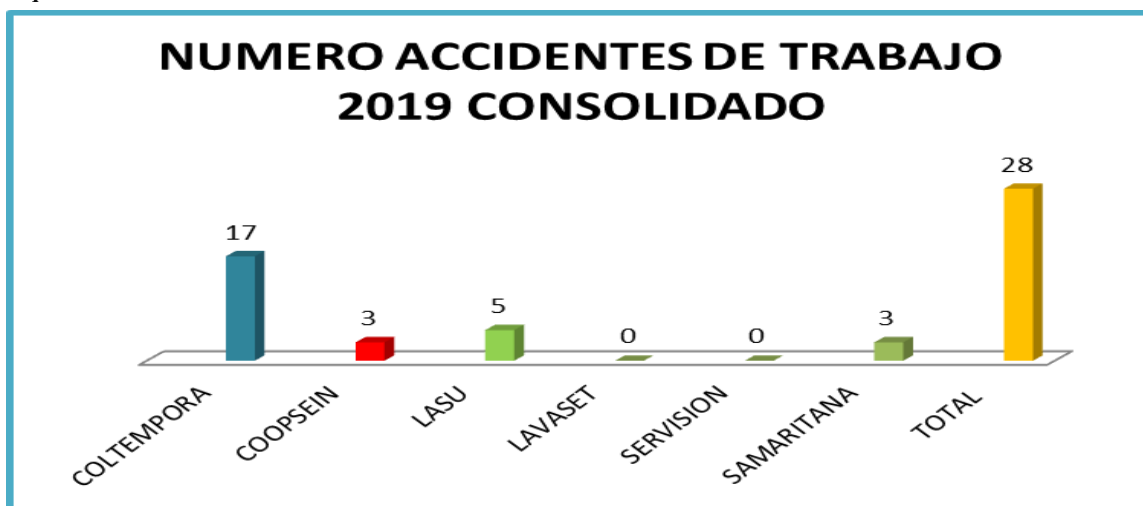
Días perdidos



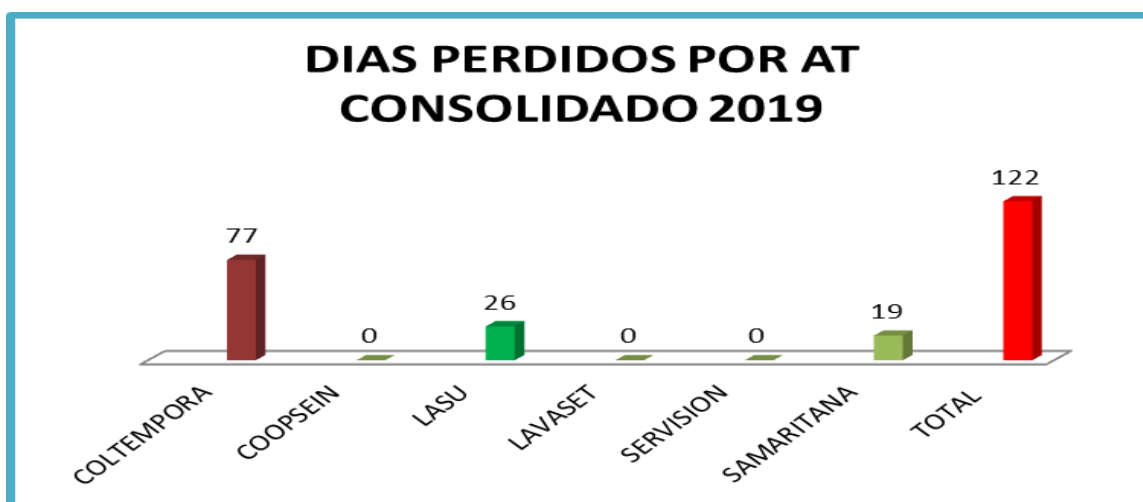
De acuerdo con lo evidenciado, el total de días perdidos por enfermedad general entre todos los aliados estratégicos y la institución es de 1.683 días. Adicionalmente, COLTEMPORA posee el mayor número de días perdidos, uno de las causas podría deberse al número de colaboradores que posee, sin embargo la cifra no es 100% confiable debido a que existe sub registro por parte de todas las empresas contratistas, adicional a esto se desconoce las causa de ausentismo según CIE-10 por parte de nuestras empresas contratistas.

Con el fin de subsanar esta situación y obtener la información necesaria para fortalecer nuestro sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, se ha diseñado una matriz, la cual deberá ser diligenciada por nuestros contratistas con el fin de que nuestros análisis de ausentismo y accidentalidad global sean confiables y objetivos.

Accidentalidad



Días perdidos por accidentalidad



Durante el primer trimestre del año 2019 el porcentaje de accidentalidad global del HUS corresponde al 2.5%, sin embargo como es mencionado anteriormente no es una cifra real debido al sub registro por parte de las empresas contratistas lo cual nos hace imposible llegar a obtener un análisis global sobre temas de ausentismo y causa se accidentalidad laboral proveniente de nuestros aliados estratégicos.

INTERVENCIONES

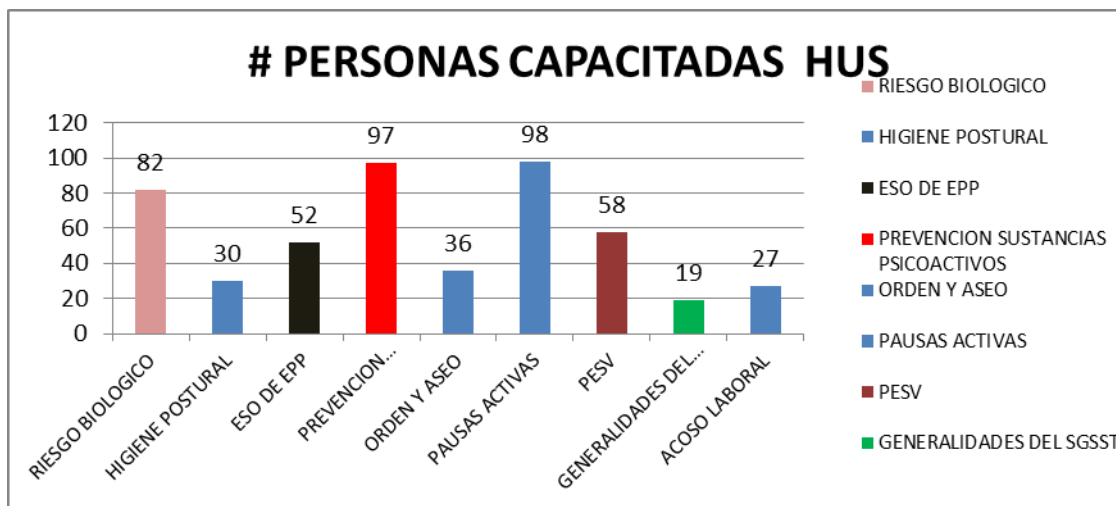


Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Capacitaciones



PORCENTAJE GLOBAL DE COBERTURA EN CAPACITACIONES PRIMER TRIMESTRE AÑO 2019.

TEMA	PERSONAL CAPACITADO	% DE COBERTURA	PERSONAL CITADO
RIESGO BIOLOGICO	82	73%	90
HIGIENE POSTURAL	30	100%	30
ESO DE EPP	52	86%	60
PREVENCION SUSTANCIAS PSICOACTIVOS	97	84%	115
ORDEN Y ASEO	36	32%	90
PAUSAS ACTIVAS	98	80%	121
PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL	58	64%	90
GENERALIDADES DEL SGSST	19	63%	30
ACOSO LABORAL	27	90	30

Las capacitaciones realizadas durante este trimestre del año 2019 están dirigidas a todo el personal colaborador del HUS sin discriminar forma de contratación

Durante el primer trimestre de 2019 se capacitaron 499 funcionarios en variadas áreas según se aprecia en la gráfica. Adicionalmente, se han ido socializando progresivamente los hallazgos del informe de condiciones de salud derivado de los exámenes médicos ocupacionales periódicos 2018.

Inspecciones

Durante el primer trimestre del año 2019 se realizaron nueve (9) inspecciones en diferentes áreas de trabajo, de las cuales cuatro (4) aún están vigentes. Al tener lugar el cierre trimestral se notifica de nuevo la incidencia por mesa de ayuda con el fin de hacer trazabilidad.

Otras actividades

- En el primer trimestre del año 2019 se realizaron exámenes medico ocupacionales de ingreso al personal nuevo de planta.
- Durante el primer trimestre de 2019 se realizó una inspección en la unidad funcional de Zipaquirá
- Con el apoyo de Colsubsidio se inició en programa de pausas activas dirigidas en el área asistencial y se delegó un funcionario encargado por área.
- Se elaboró el manual de alcalimetría.
- Se elaboró el manual de prevención de alcohol, tabaco y sustancia psicoactivas
- Se elaboró el protocolo de agresión a trabajadores de la salud por pacientes, familiares y externos
- Se inició la actualización del código de integridad de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
- Se elaboró la actualización de todos los perfiles de cargo de acuerdo con el nuevo formato de perfil
- Se realizó seguimiento, inspecciones y capacitación a los diferentes contratistas encargados de las obras de remodelación y construcción dentro del HUS.
- Se realizaron consultas psicológicas al personal de readaptación laboral.
- Se actualizó el documento del plan de emergencias hospitalario interno y externo de acuerdo a los lineamientos de la guía para la elaboración de planes de emergencia hospitalaria.
- Se han realizado dos cambios de puesto a personal de readaptación laboral por requerimiento en el área de banco de órganos.
- Se actualizó procedimiento de investigación de accidentes e incidentes de trabajo.
- Se inició actualización de Programas de Vigilancia Epidemiológica Osteomuscular y Cardiovascular.
- Se iniciaron actividades del Programa de Riesgo Cardiovascular.
- Se iniciaron actividades del Programa de Riesgo Cardiovascular.
- Se actualizó la presentación de inducción y reinducción en SST.
- Se diseñó el formato de seguimiento a condiciones de salud.
- Se inició el diseño del procedimiento y formato de investigación de enfermedad laboral.
- Surgió la estrategia de colaboración con el Departamento de Fisioterapia para llevar a cabo una revisión bibliográfica y el diseño de una guía de intervención preventiva para miembro superior de parte de estudiantes de fisioterapia (Universidad de La Sabana) lo cual permitirá replicar intervenciones de mayor impacto en los grupos de riesgo destacado.

RECOMENDACIONES.



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

PLANEACION	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO
1. Realizar capacitaciones que tengan como foco el personal asistencial (mayormente expuesto) con el fin de concientizar acerca de la importancia de mantener higiene postural correcta, hacer un adecuado levantamiento de cargas y fortalecer el programa de pausas activas en todas las áreas.	Equipo SST	Julio 2019
2. Continuar la intervención de hábitos de vida saludable tomando en cuenta los sistemas principalmente impactados con el ausentismo.	SST	Julio 2019
3. Incluir al nuevo personal de planta en los PVE según corresponda de acuerdo con el informe de condiciones de salud de dicha población.	Médico especialista en SST	Julio 2019
4. Realizar seguimiento de las recomendaciones médicas al personal con patología osteomuscular que ya está incluido en el Programa de Readaptación Laboral.	Médico especialista en SST	Julio 2019
5. Validar la actualización del procedimiento de investigación de incidentes y accidentes de trabajo para recapitular metodología para socializar lecciones aprendidas a la población trabajadora. Igualmente, retomar la importancia del uso de elementos de protección personal (EPP) y el reporte de condiciones inseguras,	Equipo SST	Julio 2019
6. Buscar estrategias que permitan articular la intervención de los PVE de riesgo osteomuscular y cardiovascular con el de Riesgo Psicosocial.	Equipo SST	Julio 2019
7. Hacer un análisis más específico de sistema visual, los diagnósticos para determinar su verdadero impacto en el ausentismo.	Equipo SST	Julio 2019
8. Establecer una guía o instructivo en torno a las pausas activas: técnica para realizarla, segmento intervenido, estrategias fuera de lo convencional, etc. Con el ánimo de dejar un precedente documentado en este tema en la institución.	Médico SST	Julio 2019
9. Solicitar a los aliados estratégicos que lleven un reporte de ausentismo ajustado a los requerimientos normativos vigentes.	Equipo SST	Julio 2019
10. Alinear todas las recomendaciones aquí expresadas con lo establecido en el Plan de Trabajo Anual SST	Equipo SST	Julio 2019

3.6 Nómina



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

PLANTA DE EMPLEOS PUBLICOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

A continuación se Relaciona la planta global de Empleos Públicos, para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, aprobada según Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016, así:

TABLA No.____ PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - EMPLEADOS PÚBLICOS

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
NIVEL DIRECTIVO					
1	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	085	04	P. F	8
4	DIRECTOR OPERATIVO	009	03	LNR	8
20	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	02	LNR	8
1	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	01	LNR	8
NIVEL ASESOR					
1	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	P. F	8
2	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	LNR	8
NIVEL PROFESIONAL					
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	LNR	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	CA	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	10	LNR	8
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

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
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

NÓMINA DE PLANTA

TABLA No. _____ CONSOLIDADO NÚMERO SERVIDORES PÚBLICOS EN LA PLANTA DE ENERO A MARZO COMPARATIVO AÑOS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019.

AÑOS	No. SERVIDORES AÑO 2015	%	No. SERVIDORES AÑO 2016	%	No. SERVIDORES AÑO 2017	%	No. SERVIDORES AÑO 2018	%	No. SERVIDORES AÑO 2019	%
ADMINISTRATIVO	134	26%	129	25%	127	30%	122	29%	118	28%
ASISTENCIAL	198	39%	187	37%	181	43%	171	40%	232	55%
VACANTES	178	16%	194	16%	116	27%	131	31%	74	17%
TOTALES	510	100%	510	100%	424	100%	424	100%	424	100%

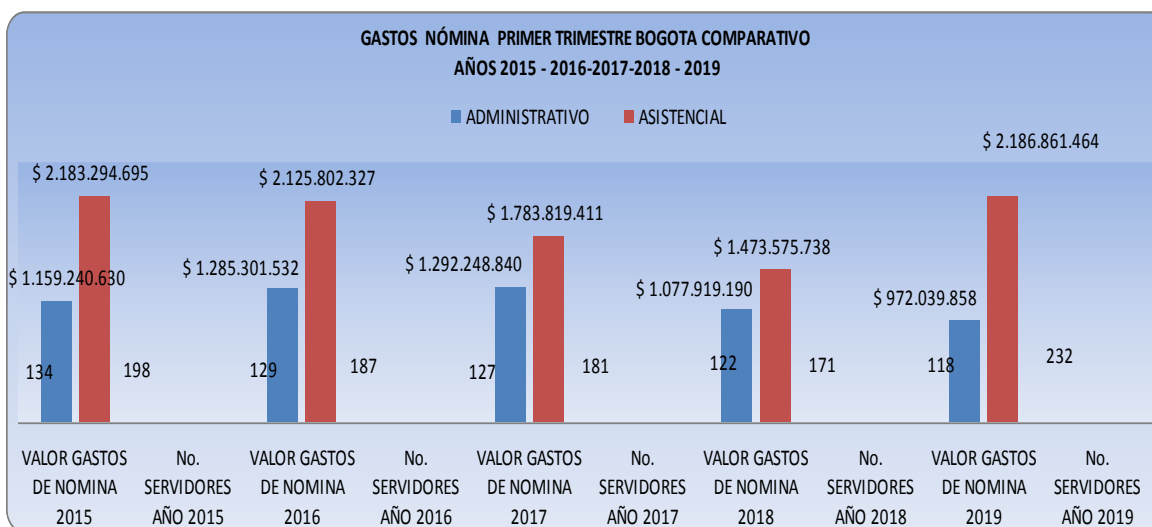
Fuente: Subdirección de Personal HUS - Nómina

TABLA No. _____ GASTOS NÓMINA PRIMER TRIMESTRE BOGOTÁ COMPARATIVO AÑOS 2015- 2016-2017-2018- 2019

AÑOS	VALOR GASTOS DE NOMINA 2015	No. SERV IDOR ES AÑO 2015	VALOR GASTOS DE NOMINA 2016	No. SERVI DORE S AÑO 2016	VALOR GASTOS DE NOMINA 2017	No. SERVI DORE S AÑO 2017	VALOR GASTOS DE NOMINA 2018	No. SER VIDO RES AÑO 2018	VALOR GASTOS DE NOMINA 2019	No. SER VIDO RES AÑO 2019
ADMINIST RATIVO	\$ 1.159.240.630	134	\$ 1.285.301.532	129	\$ 1.292.248.840	127	\$ 1.077.919.190	122	\$ 972.039.858	118
ASISTENC IAL	\$ 2.183.294.695	198	\$ 2.125.802.327	187	\$ 1.783.819.411	181	\$ 1.473.575.738	171	\$ 2.186.861.464	232
TOTALES	\$ 3.342.535.325	332	\$ 3.411.103.859	316	\$ 3.076.068.251	308	\$ 2.551.494.928	293	\$ 3.158.901.321	350

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

GASTOS NÓMINA PRIMER TRIMESTRE BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015- 2016-2017-2018-2019



Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

Los resultados obtenidos por esta gráfica indican que los servidores Asistenciales superan en personas un 16% el número de servidores Administrativos, en cuanto a los gastos de nómina los servidores Asistenciales generan un gasto del 69% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 31% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para el mes de marzo de 2019 en un 38%.

_ PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE MARZO DE 2019

TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS

TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
PERIODO FIJO DIRECTIVO	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION DIRECTIVO	23	2	25
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION ASESOR	2	0	2
PERIODO FIJO ASESOR (NORMATIVO)	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN	4	0	4
PERIODO FIJO PROFESIONAL SSO	3	5	8
INSCRITOS	105	0	105
EN PERIODO DE PRUEBA	107	0	107
ENCARGOS	2	0	2
PROVISIONALES	57	0	57
VACANTES	0	59	59
VACANCIAS TEMPORALES	0	4	4
TOTAL EMPLEADOS PUBLICOS DE PLANTA	305	70	375
TRABAJADORES OFICIALES	45	4	49
TOTAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL	350	74	424

Fuente: Subdirección de Personal HUS - Nómina

RESUMEN GENERAL GASTOS ACUMULADOS NÓMINA DE MARZO 2019

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2019	COMPROMISO TOTAL (2019)	SALDO POR EJECUTAR (2019)
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 16.082.960.000	\$ 2.850.240.741	\$ 13.232.719.259
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 10.749.509.000	\$ 2.262.894.079	\$ 8.486.614.921
11003	PRIMA TECNICA	\$ 162.160.000	\$ 37.524.114	\$ 124.635.886
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 79.890.000	\$ 23.914.652	\$ 55.975.348
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 2.252.709.000	\$ 264.810.090	\$ 1.987.898.910
	PRIMAS EXTRALEGALES Y EXTRAORD.	\$ 2.838.692.000	\$ 182.343.909	\$ 2.656.348.091
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 357.441.000	\$ 56.376.097	\$ 301.064.903
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	\$ 97.538.000	\$ 23.771.154	\$ 73.766.846

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2019	COMPROMISO TOTAL (2019)	SALDO POR EJECUTAR (2019)
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 527.565.000	\$ 13.545.686	\$ 514.019.314
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 696.694.000	\$ 77.217.222	\$ 619.476.778
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 1.103.457.000	\$ 4.284.841	\$ 1.099.172.159
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 55.997.000	\$ 7.148.909	\$ 48.848.091
13202	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.025.379.000	\$ 225.286.755	\$ 800.092.245
13203	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.453.405.000	\$ 319.355.291	\$ 1.134.049.709
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 221.846.000	\$ 47.247.400	\$ 174.598.600
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 536.847.000	\$ 109.091.900	\$ 427.755.100
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 274.019.000	\$ 54.576.200	\$ 219.442.800
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 405.433.000	\$ 81.838.000	\$ 323.595.000
13204	CESANTIAS	\$ 2.883.921.000	\$ 3.453.778	\$ 2.805.167.103
	INTERESES A LAS CESANTIAS		\$ 75.300.119	

Fuente: Subdirección de Personal HUS - Nómina

AVANCES SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES A MARZO 2019

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.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

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.

Para el caso de COLPENSIONES y de acuerdo a la resolución 2024 del 21 de mayo de 2018, se viene adelantando el proceso de depuración de cartera para las vigencias 2012 – 2016, sin embargo adicionalmente a estas vigencias se trabaja sobre los diferentes estados de cartera que presenta el Hospital desde el año 1995, ya que para COLPENSIONES se deben sanear las diferentes deudas e inconsistencias que presenta a la fecha el Hospital, a continuación se muestra el comparativo de las deudas que presenta el hospital con COLPENSIONES entre el 2018 y el 2019:

TABLA No._____ COMPARATIVO ESTADO DE CARTERA COLPENSIONES VIGENCIAS 2018 Y 2019

TIPO DE DEUDA	2018	2019
DEUDA REAL	\$ 50.017.025	\$ 41.158.767
DEUDA PRESUNTA	\$ 111.290.153	\$ 44.933.980
No. INCONCISTENCIAS	40	38

Adicionalmente y dando cumplimiento a la resolución No. 2024 de las vigencias 2012 a 2016, a continuación se presenta el estado de cartera que aun presenta a la fecha el hospital, cabe anotar que estas deudas tienen origen en vigencias anteriores de las que trata la resolución No. 2024.

ESTADO DE CARTERA PENDIENTE POR DEPURAR GESTIONADA A MARZO 2019

AÑO	DEUDA REAL	DEUDA PRESUNTA	No. INCONCISTENCIAS
2012	\$ 2.700	\$ 2.256.000	0
2013	\$ -	\$ 2.256.000	0
2014	\$ 1.262.040	\$ 2.256.000	0
2015	\$ -	\$ 2.256.000	1
2016	\$ 11.540	\$ 2.243.564	1
TOTAL	\$ 1.276.280	\$ 11.267.564	2

INFORME AVANCE REALIZADO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2012 – 2016

AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES -SALUD

SALUD						
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
1	COLMENA SALUD ALIANSA SALUD EPS (COLMEDICA EPS) NIT 830113831	2012	\$4.044.677	7002-02-03-00259-SGP	\$4.044.677	PAGO REALIZADO
		2013- 2014 - 2015	\$73.354.389	7002-02-03-00092-SGP	\$73.354.389	PAGO REALIZADO
		2016	\$42.597.629	7002-02-03-00097-SGP 08/03/2017	\$42.597.629	PAGO REALIZADO
2	CAFESALUD EPS NIT 800140949	2012	\$2.508.391	CNSF-2577-2014 VALOR REINTEGRADO	\$2.508.391	PAGO REALIZADO
		2013	\$7.435.629	CNSF-2908-2015 VALOR REINTEGRADO	\$7.435.629	PAGO REALIZADO
		2014	\$9.857.248	CNSF-CF3979-2016 VALOR REINTEGRADO	\$9.857.248	PAGO REALIZADO
		2015	\$12.830.345	CNSF-CF0012-2016 VALOR REINTEGRADO	\$12.830.345	PAGO REALIZADO
		2016	\$22.022.324	CNSF-CF4343-2017 17/02/2017 VALOR REINTEGRADO	\$22.022.324	PAGO REALIZADO
3	COMFACUNDI NIT 860045904	2016	\$4.951.892	ACTA LEGALIZADA	\$0	EL 13 DE NOVIEMBRE SE SOLICITO POR OFICIO 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	PAGO REALIZADO
		2016	\$24.991.905	CSGP-301/2017 10/05/2017	\$24.991.905	PAGO REALIZADO
5	FOSYGA, CONSORCIO SAYP, ADRES NIT 900462447	2012, 2013, 2014	\$432.950	CERTIFICACION DE CONCILIACION APORTES PATRONALES SGP CMP-	\$0	CONSORCIO SAYP, MEDIANTE OFICIO CMP 1518 -17 DE FECHA, INFORMA QUE PARA LA DEVOLUCION DE

SALUD						
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
				24600-15		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.
		2016	\$2.192.028		\$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

SALUD						
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
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
7	CRUZ BLANCA EPS NIT 830009783	2012	\$5.181.965	CNSF-2579-2014	\$0	EL 30 DE OCTUBRE DE 2018 SE RADICO LA SOLICITUD DE DEVOLUCION DE EXCEFENTES
		2013	\$3.008.036	CNSF-2579-2014	\$0	EL 30 DE OCTUBRE DE 2018 SE RADICO LA SOLICITUD DE DEVOLUCION DE EXCEFENTES
		2014	\$5.038.557	CNSF-CB-3829-2017	\$5.038.557	PAGO REALIZADO
		2015	\$7.274.992	CNSF-CB-3830-2017	\$7.274.992	PAGO REALIZADO
		2016	\$10.608.686	CNSF-CB-3831-2017	\$10.608.686	PAGO REALIZADO
8	FAMISANAR NIT 830003564	2012	\$5.661.915	Oficio 920 A 899999032	\$5.661.915	PAGO REALIZADO
		2013	\$5.801.815	Oficio 920 A 899999032	\$5.801.815	PAGO REALIZADO
		2014	\$19.897.219	Oficio 920 A 899999032	\$19.897.219	PAGO REALIZADO
		2015	\$14.467.795	Oficio 920 A 899999032	\$14.467.795	PAGO REALIZADO
		2016	\$11.886.825	Oficio 920 A 899999032 20/01/2017	\$11.886.825	PAGO REALIZADO
9	NUEVA EPS NIT 900156264	2012		1789-15	\$0	PAGO REALIZADO
		2013		1788-15	\$0	PAGO REALIZADO
		2014		1787-15	\$5.499.492	PAGO REALIZADO
		2015		3636-16	\$22.864.800	PAGO REALIZADO

SALUD						
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
		2016		4380-17 05/01/2017	\$28.529.740	PAGO REALIZADO
10	SALUDCOOP NIT 800250119	2012	\$9.624.855	CNSF-2581- 2014	\$9.624.855	PAGO REALIZADO
		2013 - 2014 -2015	\$26.419.845	CNSF-0393- 2016	\$26.419.845	PAGO REALIZADO
11	SALUD TOTAL EPS NIT 800130907	2012	\$3.123.272	2012-128-1	\$3.123.272	PAGO REALIZADO
		2013	\$4.533.091	2013-128-1	\$4.533.091	PAGO REALIZADO
		2014	\$3.793.332	2014-128-1	\$3.793.332	PAGO REALIZADO
		2015	\$6.984.703	2015-128-1	\$6.984.703	PAGO REALIZADO
		2016	\$7.460.108	2016-128-1 18/09/2017	\$7.460.108	PAGO REALIZADO
12	SANITAS NIT 800251440	2012	\$21.497.243	GRO-00013609- 2016	\$22.595.429	PAGO REALIZADO
		2013	\$24.337.532	GRO-00013609- 2016	\$24.337.532	PAGO REALIZADO
		2014	\$27.787.776	GRO-00013609- 2016	\$27.788.516	PAGO REALIZADO
		2015	\$44.661.795	GRO-00013609- 2016	\$44.521.225	PAGO REALIZADO
		2016	\$53.117.397	GRO-00005479- 2017 23/06/2017	\$53.117.397	PAGO REALIZADO
13	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURA S.A. NIT 800088702	2012 -2013 - 2014 - 2015	\$15.645.588	ACTA DE CONCILIACION S/N	\$15.645.594	PAGO REALIZADO
		2016	\$9.526.792	ACTA DE CONCILIACION S/N 22/06/2017	\$9.526.792	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.

SALUD						
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
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.

Fuente: Subdirección de Personal HUS - Nómina

TABLA No. ____ AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES -PENSIÓN

PENSIÓN						
No.	ENTIDAD	VIGEN S	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	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.

PENSIÓN						
No.	ENTIDAD	VIGEN	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
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 OFICIO No. 2018401011194-1 RADICADO DE PORVENIR No. 0100222093173700, EL 09 DE NOVIEMBRE SE COMPLETARON LOS DOCUMENTOS OFICIO No. 2018401013141-1
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, SE SOLICITO LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2016	\$79.923.610	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES PENSIONES AFP PORVENIR S/N 09/10/2017	\$0	ACTA LEGALIZADA 2016, SE SOLICITO DEVOLUCION DE 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

PENSIÓN						
No.	ENTIDAD	VIGEN S	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
5	OLD MUTUAL (SKANDIA)	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$25.901.921	ACTAS EN PROCESO DE LEGALIZACION EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 2024 ESPERAREMOS LAS MESAS DE SANEAMIENTO	\$0	ACTA LEGALIZADA EN TRAMITE DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2016	\$22.665.804	ACTAS EN PROCESO DE LEGALIZACION EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 2024 ESPERAREMOS LAS MESAS DE SANEAMIENTO	\$0	ACTA LEGALIZADA EN TRAMITE DEVOLUCION DE EXCEDENTES
6	COLPENSIONES	2012 - 2016	\$732.208.412	EN PROCESO DE SANEAMIENTO		ESTE SANEAMIENTO LO REALIZA GILBERTO USAQUEN QUIEN APORTO EL DETALLE DEL AVANCE

**TABLA No. ____ AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
CESANTIAS**

CESANTÍAS						
No.	ENTIDAD	VIGENCIA S	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

CESANTÍAS						
No.	ENTIDAD	VIGENCIA S	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
1	COLFONDOS CESANTIAS REGIMEN ANUALIZADO	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$117.956.395	CERTIFICAC ION SANEAMIE NTO APORTES PATRONALE S 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, SE SOLICITO LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES
2	FNA REGIMEN ANUEALIZAD O	2012 - 2013 - 2014 - 2015 -2016	\$53.307.920	ACTA LEGALIZAD A VALOR REINTEGRA DO	\$53.307.920	PAGO REALIZADO
3	HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS .A.	2012 - 2013 REGIMEN ANUALIZA DO	\$1.424.569.761	ACTA DE SANEAMIE NTO DE APORTES PATRONALE S S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRAD A EN 2014)	\$0	SE SOLICITO DEVOLUICON DE EXCEDENTES
		2012 - 2013 REGIMEN RETROAC TIVO	\$3.401.864.489	ACTA DE SANEAMIE NTO DE APORTES PATRONALE S S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRAD A EN 2014)	\$0	SE SOLICITO DEVOLUICON DE EXCEDENTES

CESANTÍAS						
No.	ENTIDAD	VIGENCIA S	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
4	PORVENIR PENSIONES Y CESANTIAS	2012-2014 REGIMEN ANUALIZA DO	\$1.097.635.856	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0	SE SOLICITO DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2015 REGIMEN ANUALIZA DO	\$267.487.631	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES PATRONALES S/N 17/06/2016		SE SOLICITO DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2016 REGIMEN ANUALIZA DO	\$675.516.824	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES PATRONALES S/N 12/07/2017 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2017)		SE SOLICITO 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	SE SOLICITO DEVOLUCION DE EXCEDENTES

CESANTÍAS						
No.	ENTIDAD	VIGENCIA S	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
		2015 REGIMEN RETROAC TIVO	\$3.070.711.436	ACTA DE SANEAMIE NTO DE APORTES PATRONALE S S/N 17/06/2016		SE SOLICITO DEVOLUICON DE EXCEDENTES
		2016 REGIMEN RETROAC TIVO	\$3.640.397.711	ACTA DE SANEAMIE NTO DE APORTES PATRONALE S S/N 12/07/2017	\$0	SE SOLICITO DEVOLUICON DE EXCEDENTES
5	PROTECCION CESANTIAS	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN ANUALIZA DO	\$477.584.872	CERTIFICAC ION DE SANEAMIE NTO APORTES PATRONALE S CESANTÍAS S/N 11/07/2017	\$0	SE SOLICITO DEVOLUICON DE EXCEDENTES
		2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN RETROAC TIVO	\$3.928.964.824	CERTIFICAC ION DE SANEAMIE NTO APORTES PATRONALE S CESANTÍAS S/N 11/07/2017		SE SOLICITO DEVOLUICON DE EXCEDENTES
6	OLD MUTUAL (SKANDYA)	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN ANUALIZA DO	\$4.596.744	CERTIFICAC ION DE SANEAMIE NTO APORTES PATRONALE S CESANTÍAS	\$0	SE SOLICITO DEVOLUICON DE EXCEDENTES

CESANTÍAS						
No.	ENTIDAD	VIGENCIA S	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
				S/N 25/09/2017		

Fuente: Subdirección de Personal HUS - Nómina

TABLA No. ____ AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
ARL

ARL						
No.	ENTIDAD	VIGENCIA S	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	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	PAGO REALIZADO
		2013	\$44.169.730	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES CRC - 13200 - C - 11009 26/08/2014	\$47.310.830	PAGO REALIZADO

ARL						
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
		2015	\$92.062.433	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES GRC - 13200 - C - 14348 08/06/2016	\$98.228.924	PAGO REALIZADO
		2016	\$133.614.703	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES GRC - 13200 - C - 16759 17/04/2017	\$133.614.703	PAGO REALIZADO
2	ARL COLPATRIA	2013 - 2014 - 2015	\$175.176.108	ACTA LEGALIZADA	\$202.226.925	PAGO REALIZADO

Fuente: Subdirección de Personal HUS - Nómina

CONTRATACIÓN TEMPORAL, COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO Y SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO:

BOGOTÁ

En Bogotá D C., se tiene contratado para los servicios de apoyo logístico administrativo y financiero con empresa de servicios temporales el suministro de personal en misión y para el cubrimiento de procesos y subprocesos asistenciales con Cooperativa de Trabajo Asociado. Estos son la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A. y la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA. Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para Bogotá

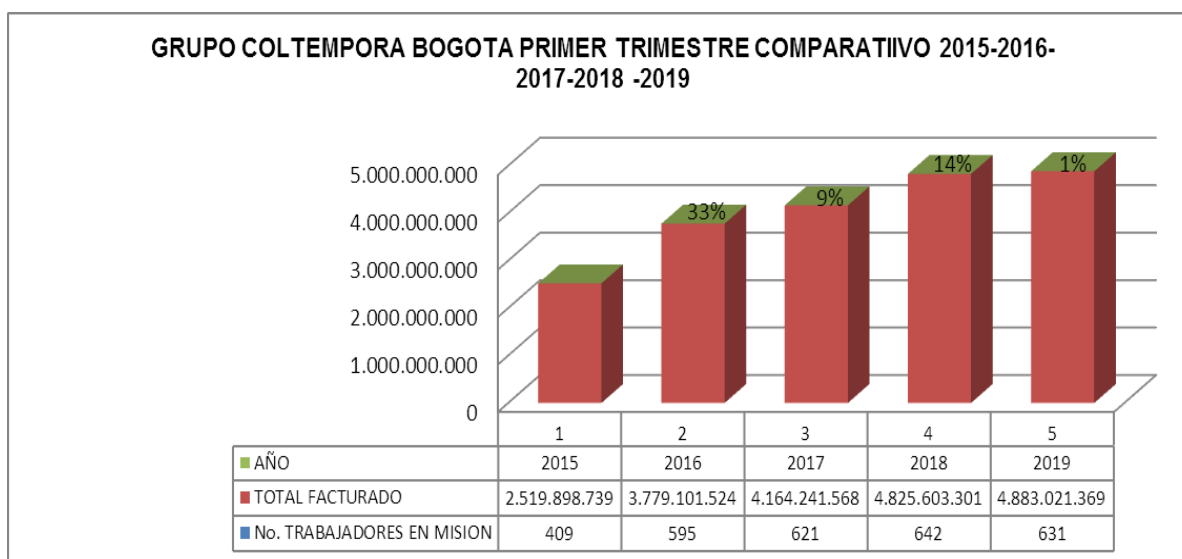
ZIAPAQUIRA

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. ____ GRUPO COLTEMPORA BOGOTA PRIMER TRIMESTRE COMPARATIVO 2015-2016 - 2017-2018 Y 2019

ASISTENCIAL-ADMINISTRATIVO



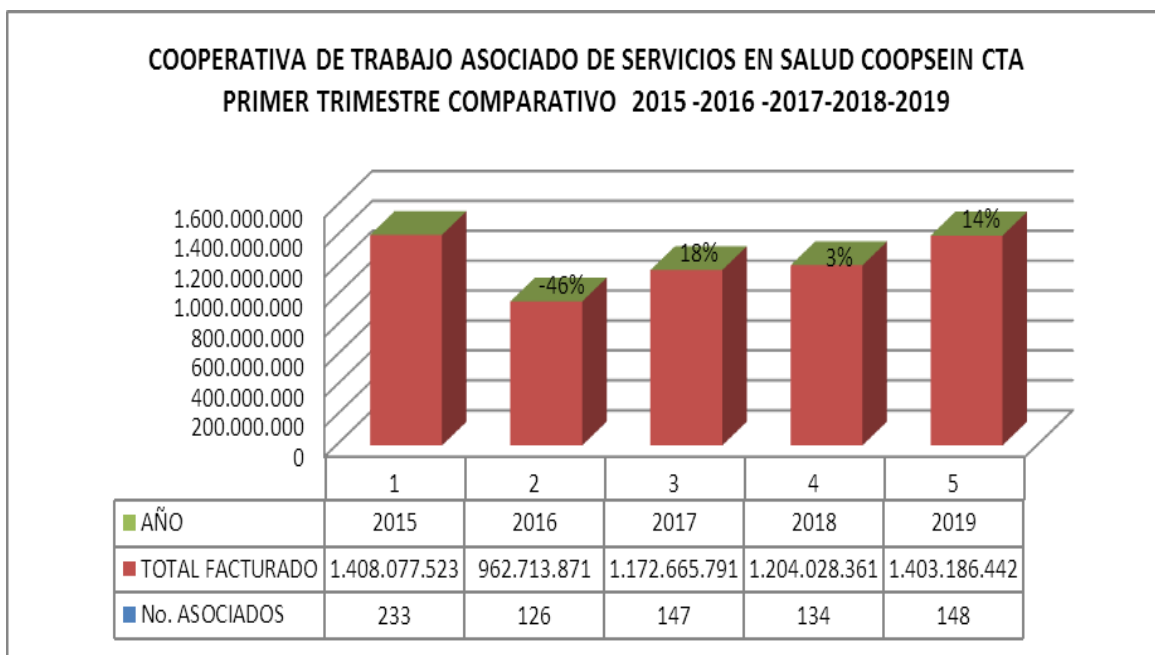
Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para el Primer Trimestre 2019 se observa un incremento del valor facturado del 1% con respecto a la mismo periodo 2018; se realizó un incremento anual del 3% adicional se fortaleció los centros de costo de Mejoramiento de la calidad planeación y Desarrollo Humano para dar cumplimiento a las necesidades de los servicios.

También se observa para el primer trimestre de 2019 una disminución en el número de trabajadores en misión de este porcentaje esto obedece al ingreso de trabajadores a la planta del Hospital a partir del mes de febrero de 2019.

Para el Primer Trimestre de 2017 se observa un incremento en el valor facturado del 14% en comparación al mismo periodo del año 2016, debido a 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

GRAFICA No. ____ COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA PRIMER TRIMESTRE COMPARATIVO 2015 - 2016 - 2017 -2018 Y 2019



Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

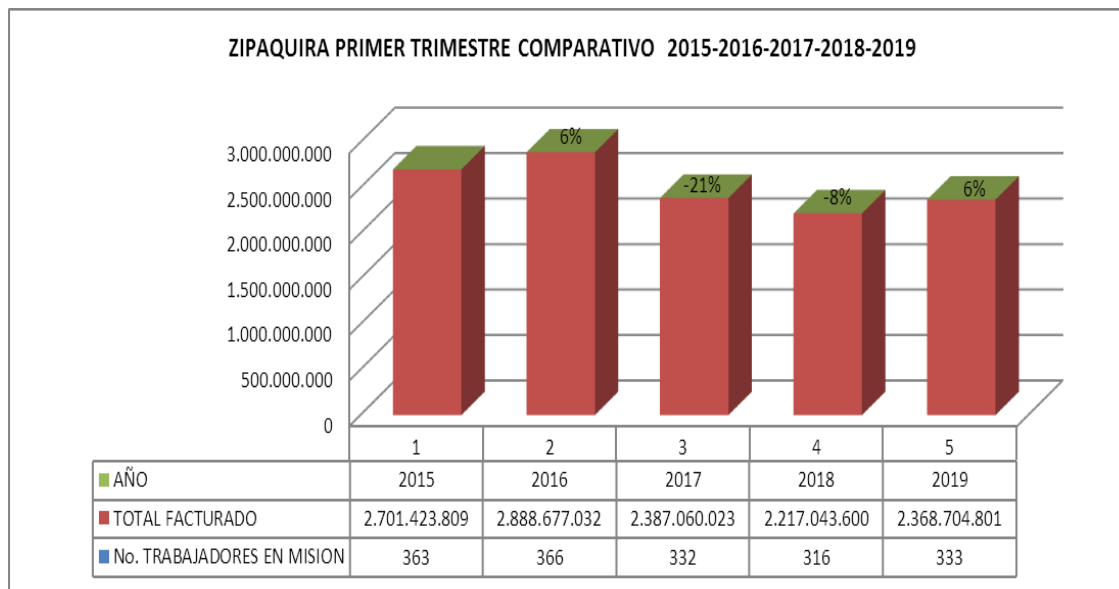
Para el Primer Trimestre de 2019 se observa un incremento en valor facturado del 14% comparado con el mismo periodo del 2018 debido al incremento anual del 3%, adicionalmente se realizó ampliación procesos Apoyo Imágenes Diagnosticas, Atención Paciente Quirúrgico - Instrumentación y cubrimiento plazas de rurales y pensionados de planta.

Para el Primer Trimestre de 2017, se observa un incremento en el valor facturado del 18% con respecto al mismo periodo 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 el Primer Trimestre 2016 se presenta una disminución del -46% del valor facturado en comparación al mismo periodo 2015, debido a que el proceso de enfermería estuvo hasta enero de 2015 con la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA.

GRAFICA No. ____ UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA PRIMER TRIMESTRE COMPARATIVO 2015- 2016 - 2017 - 2018 Y 2019

ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO



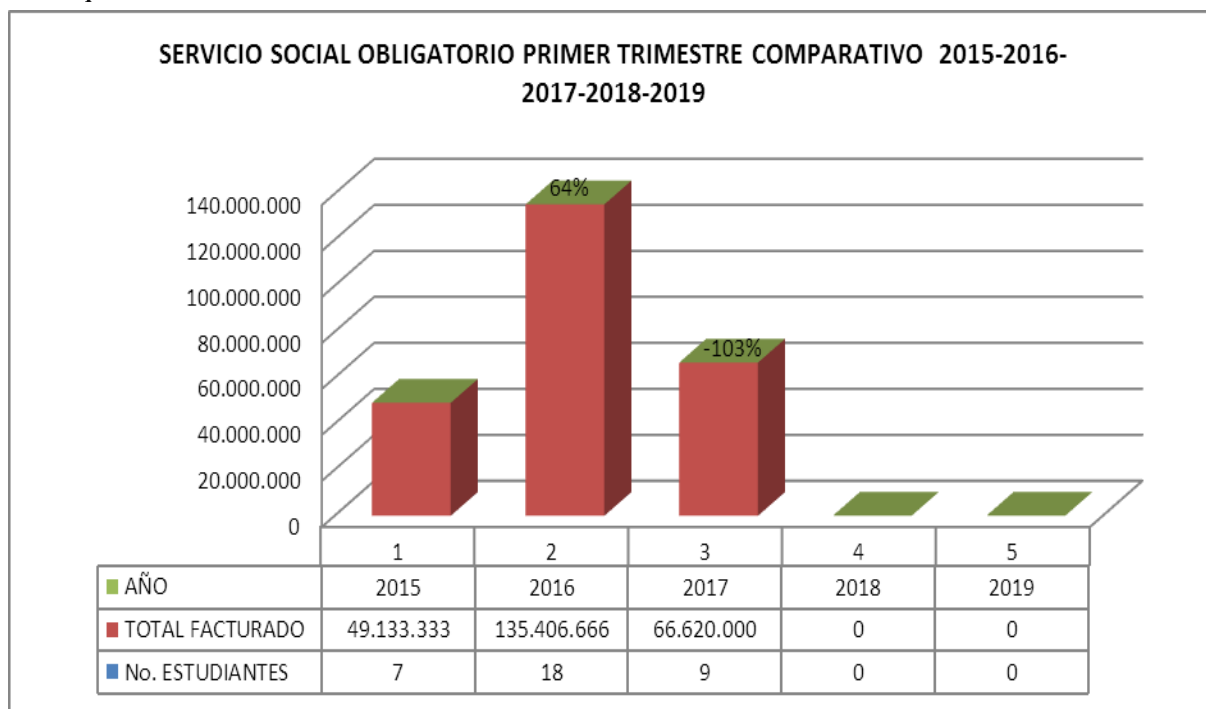
Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para el Primer Trimestre de 2019 se observa un incremento del 6% en valor facturado, esto se debe al incremento anual del 3% y fortalecimiento en el centro de costo de hospitalización para a partir de agosto de 2018, reflejándose el incremento en el primer trimestre de 2019

Para el Primer Trimestre 2018 se observa una disminución de -8% en el valor facturado con respecto al mismo periodo 2017, esto se debe a que en enero de 2017 se facturaba con la cooperativa Grupo laboral quienes facturaban un valor mayor.

Para el Primer Trimestre 2017 se observa una reducción del -21% del valor facturado con respecto al mismo periodo 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.

GRAFICA No. __ SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO ENERO PRIMER TRIMESTRE COMPARATIVO 2015-2016 - 2017 -2018 Y 2019



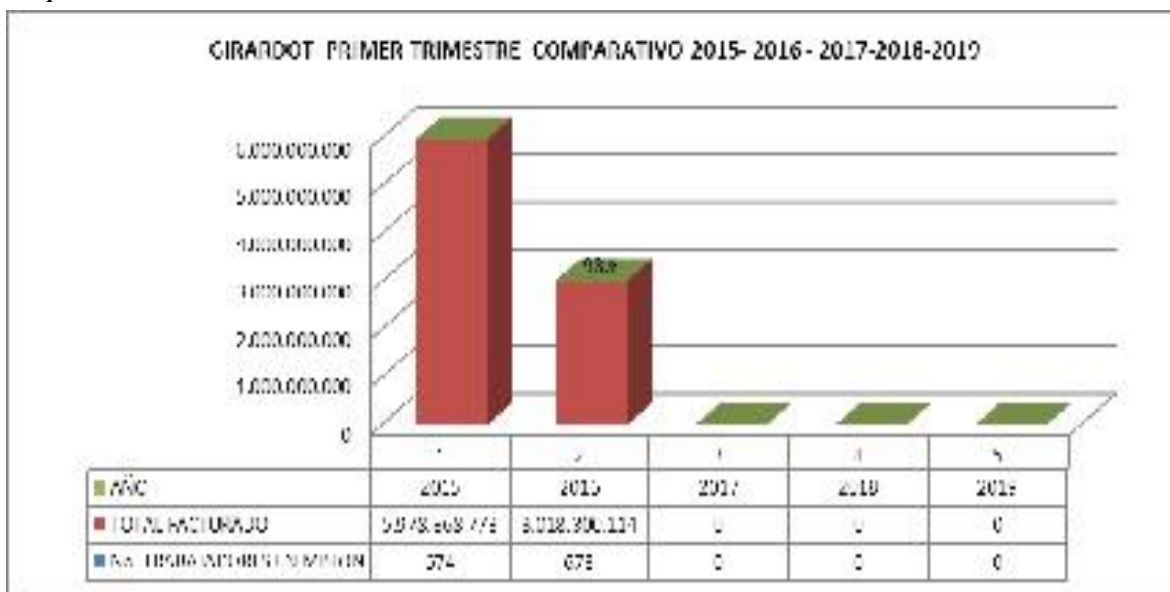
Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para el primer Trimestre 2018 y 2019, 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 el Primer Trimestre de 2017 se observa una disminución de -103% comparado con el mismo periodo del 2016, esto se debe a que los contratos de Servicio Social ya estaban terminando por tal motivo se observa la disminución en contratistas y en el valor facturado.

Para la vigencia 2016, se observa un incremento del valor facturado del 64% con respecto al mismo periodo 2015, esto se debe a que se celebraron nuevos contratos de servicio social Obligatorio.

GRAFICA No. ____ GIRARDOT PRIMER TRIMESTRE COMPARATIVO 2015- 2016 - 2017 -2018 Y 2019



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para las vigencias 2018, 2017; no se reporta valor facturado debido a que el un convenio interactivo con la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot termino en el mes de febrero del 2016.

Para el primer trimestre de 2016 se observa una disminución del -98% en el valor facturado relacionado al mismo periodo 2015; debido a la terminación del convenio interactivo con el Hospital de Girardot a partir del mes de marzo de 2016.

CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS Y FISIOTERAPIA PARA LA VIGENCIA 2019

BOGOTÁ

Existen 113 contratos vigentes 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.

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGÍA	1	\$1.307.920.000	\$403.989.333	31%	\$903.930.667	69%
SERVICIOS EN ESPECIALIDADES MEDICAS A TRAVES DE TELEMEDICINA BAJO LA MODALIDAD TELECONSULTA SINCRÓNICA Y ASINCRÓNICA	1	\$431.700.000	\$1.780.752	0,4%	\$429.919.248	99,6%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	21	\$2.315.700.000	\$648.177.600	28%	\$1.667.522.400	72%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA Y EN IMAGENOLÓGIA DE ALTA ESPECIALIDAD - HEMODINÁMIA	1	\$1.562.600.000	\$410.850.059	26%	\$1.151.749.941	74%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	1	\$234.000.000	\$161.973.333	69%	\$72.026.667	31%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	1	\$212.121.000	\$65.520.000	31%	\$146.601.000	69%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE TÓRAX	1	\$141.414.000	\$43.680.000	31%	\$97.734.000	69%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	10	\$770.950.000	\$191.274.000	25%	\$579.676.000	75%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN	1	\$43.200.000	\$14.500.170	34%	\$28.699.830	66%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
CIRUGÍA PEDIÁTRICA						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	1	\$483.500.000	\$122.541.684	25%	\$360.958.316	75%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$1.018.700.000	\$238.382.215	23%	\$780.317.785	77%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	1	\$310.800.000	\$37.493.343	12%	\$273.306.657	88%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	\$146.800.000	\$29.384.250	20%	\$117.415.750	80%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGÍA	2	\$60.400.000	\$14.947.200	25%	\$45.452.800	75%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	1	\$267.600.000	\$67.489.980	25%	\$200.110.020	75%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	18	\$1.493.320.000	\$420.420.000	28%	\$1.072.900.000	72%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGÍA	1	\$113.150.000	\$36.036.000	32%	\$77.114.000	68%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGÍA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	1	\$139.000.000	\$35.223.066	25%	\$103.776.934	75%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1	\$34.500.000	\$3.440.000	10%	\$31.060.000	90%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	13	\$1.631.920.000	\$475.398.000	29%	\$1.156.522.000	71%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGÍA	1	\$249.600.000	\$77.098.667	31%	\$172.501.333	69%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	2	\$188.560.000	\$58.240.000	31%	\$130.320.000	69%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGÍA	1	\$699.300.000	\$206.669.280	30%	\$492.630.720	70%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	1	\$707.900.000	\$127.426.823	18%	\$580.473.177	82%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGÍA	2	\$60.400.000	\$10.557.000	17%	\$49.843.000	83%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	1	\$423.000.000	\$110.069.850	26%	\$312.930.150	74%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	10	\$833.200.000	\$225.481.250	27%	\$607.718.750	73%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	\$189.900.000	\$30.054.150	16%	\$159.845.850	84%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	1	\$336.400.000	\$103.893.333	31%	\$232.506.667	69%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	2	\$186.700.000	\$59.983.666	32%	\$126.716.334	68%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$2.158.300.000	\$653.733.305	30%	\$1.504.566.695	70%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGÍA	1	\$17.000.000	\$2.541.000	15%	\$14.459.000	85%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	1	\$388.500.000	\$132.492.000	34%	\$256.008.000	66%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	1	\$543.900.000	\$165.713.400	30%	\$378.186.600	70%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	1	\$293.500.000	\$78.719.475	27%	\$214.780.525	73%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	7	\$858.150.000	\$240.022.500	28%	\$618.127.500	72%
TOTAL GENERAL	113	\$20.853.605.000	\$5.705.196.684	27%	\$15.148.408.316	73%

FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

ZIPAQUIRA

Existen 48 contratos vigentes para la prestación de servicios en la unidad funcional de Zipaquirá para la ejecución de 21 objetos contractuales de los cuales 38 fueron suscritos con personas naturales y 10 con personas jurídicas.



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

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

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	8	\$473.350.000	\$196.501.200	42%	\$276.848.800	58%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA	1	\$433.800.000	\$107.325.570	25%	\$326.474.430	75%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	6	\$277.300.000	\$123.473.000	45%	\$153.827.000	55%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	2	\$152.650.000	\$29.008.069	19%	\$123.641.931	81%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$287.300.000	\$59.139.275	21%	\$228.160.725	79%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	1	\$67.600.000	\$14.349.580	21%	\$53.250.420	79%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	1	\$394.300.000	\$84.437.575	21%	\$309.862.425	79%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	6	\$379.250.000	\$163.788.000	43%	\$215.462.000	57%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	1	\$411.250.000	\$190.635.250	46%	\$220.614.750	54%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	1	\$61.550.000	\$29.120.000	47%	\$32.430.000	53%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	1	\$121.100.000	\$66.797.310	55%	\$54.302.690	45%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	1	\$33.800.000	\$15.015.000	44%	\$18.785.000	56%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	1	\$563.350.000	\$83.999.540	15%	\$479.350.460	85%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	4	\$188.700.000	\$79.270.789	42%	\$109.429.211	58%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	\$59.200.000	\$1.814.450	3%	\$57.385.550	97%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	1	\$56.300.000	\$27.350.400	49%	\$28.949.600	51%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA	6	\$376.900.000	\$176.858.400	47%	\$200.041.600	53%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	1	\$42.300.000	\$17.094.000	40%	\$25.206.000	60%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$630.900.000	\$225.231.281	36%	\$405.668.719	64%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	2	\$120.600.000	\$24.198.300	20%	\$96.401.700	80%
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	1	\$1.825.200.000	\$896.011.370	49%	\$929.188.630	51%
TOTAL GENERAL	48	\$6.956.700.000	\$2.611.418.3	38%	\$4.345.281.641	62%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
			59			

FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

TABLA. _____ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016-2017-2018 Y 2019 PRIMER TRIMESTRE

CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD BOGOTA – U.F ZIPAQUIRA

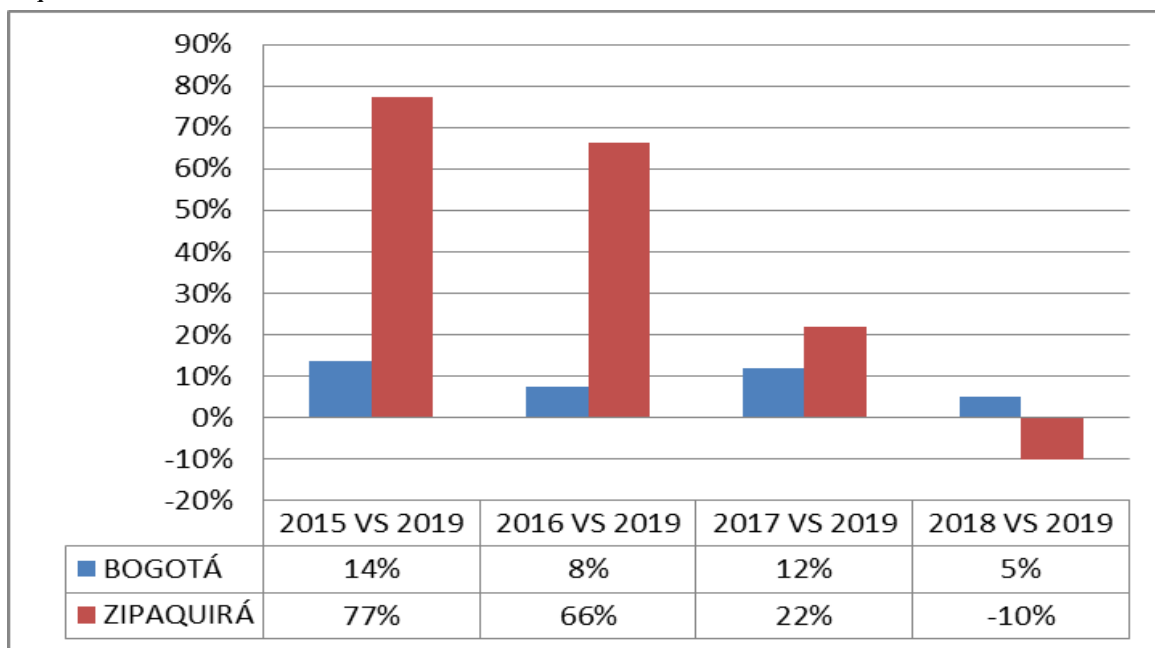
PRODUCTIVIDAD	2015	2016	2017	2018	2019
BOGOTÁ	\$4.929.746.535	\$5.275.474.800	\$5.032.553.827	\$5.412.595.721	\$5.705.196.684
ZIPAQUIRÁ	\$588.660.792	\$881.624.744	\$2.037.928.758	\$2.875.884.448	\$2.611.418.359
TOTALES	\$5.518.407.327	\$6.157.099.544	\$7.070.482.585	\$8.288.480.169	\$8.316.615.043

PRODUCTIVIDAD	2015 VS 2019	2016 VS 2019	2017 VS 2019	2018 VS 2019
BOGOTÁ	14%	8%	12%	5%
ZIPAQUIRÁ	77%	66%	22%	-10%

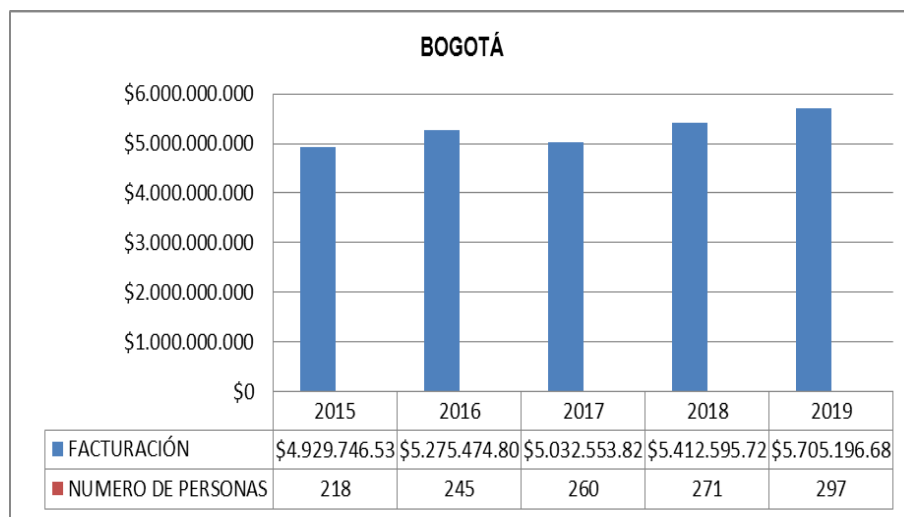
COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016-2017-2018-2019 PRIMER TRIMESTRE

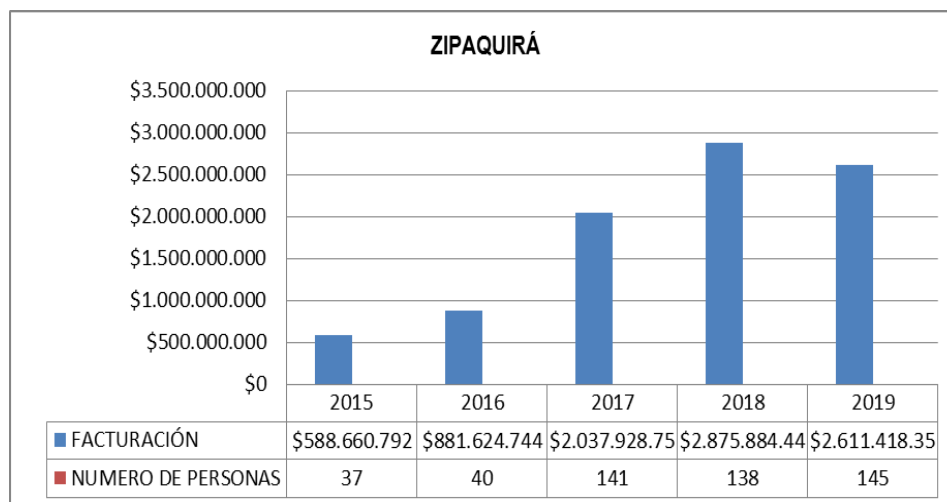
CONTRATACION

BOGOTA Y U.F ZIPAQUIRA – CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD



FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS





FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

RELACION DE PERSONAS BOGOTÁ – CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD

OBJETO CONTRACTUAL	2015	2016	2017	2018	2019
SERVICIOS EN ESPECIALIDADES MEDICAS A TRAVES DE TELEMEDICINA BAJO LA MODALIDAD TELECONSULTA SINCRÓNICA Y ASINCRÓNICA	0	0	0	0	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y DE IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD	11	11	14	14	14
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	23	22	22	22	23
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	0	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PEDIATRICA	0	0	0	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	9	13	12	12	15
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	1	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	5	5	7	9	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	6	7	6	6	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DOOPLER	3	6	4	3	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	2	2	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIOTERAPIA	29	33	33	38	38

OBJETO CONTRACTUAL	2015	2016	2017	2018	2019
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	9	9	10	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	17	17	16	18	18
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	1	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	0	0	0	2	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	13	15	16	15	19
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	4	4	4	3	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	1	2	1	1	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	3	3	5	5	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	11	10	12	12	12
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	2	2	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA	10	11	10	11	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	9	10	10	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	8	8	9	9	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	2	8	8	8	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	7	7	7	7	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	1	2	1	1	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	9	9	11	12	15
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	3	3	3	2	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	4	3	5	5	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	8	7	8	8	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	4	4	5	5	6
SERVICIOS Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	2	2	3	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	0	6	10	11	10
Total general	218	245	260	271	297

TABLA No. _____ RELACION DE PERSONAS UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ – CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD

OBJETO	2015	2016	2017	2018	2019
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA	4	4	3	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	0	0	8	7	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	0	0	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	2	2	1	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	0	1	8	5	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	1	1	1	4	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DOOPLER	4	4	3	3	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	0	0	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	4	4	9	8	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	0	0	7	6	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	0	0	7	7	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	1	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	0	2	4	4	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA	5	5	5	5	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	4	4	4	4	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	0	0	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA	0	0	6	6	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	0	0	2	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	9	9	10	11	11
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	2	2	2	2	2
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	0	0	56	55	56
Total general	37	40	141	138	145

FUENTE: Base de datos Recurso Humano. Área Contratos por Productividad HUS

PROPORCIÓN DE PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO
Bogotá y Unidad Funcional Zipaquirá

A continuación se relaciona la proporción asistencial - administrativo en el Hospital a marzo de 2019:

PERSONAL	Asistencial	Administrativo	Total
Planta	232	118	350
Temporal y Cooperativa	742	336	1.078
Contratos de Prestación de Servicios	400	11	411
Total	1.374	465	1.839
Proporción	75%	25%	100%

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

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 cubre la ley 50, las solicitudes se reciben en cualquier momento, estas deben ser radicadas en la Subdirección de Personal con la Auxiliar Administrativa para el visto bueno de la Subdirectora de Personal y se me entregan para el respectivo proceso.

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 MARZO VIGENCIAS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019

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	7,72%	468.824.104	7,28%	901.701.941	15,00%
2016	466.227.101	7,24%	709.022.951	11,01%	1.175.250.052	18,25%
2017	486.332.808	7,56%	877.112.994	13,63%	1.363.445.802	21,19%
2018	347.172.466	4,40%	979.490.299	15,22%	1.326.662.765	19,62%

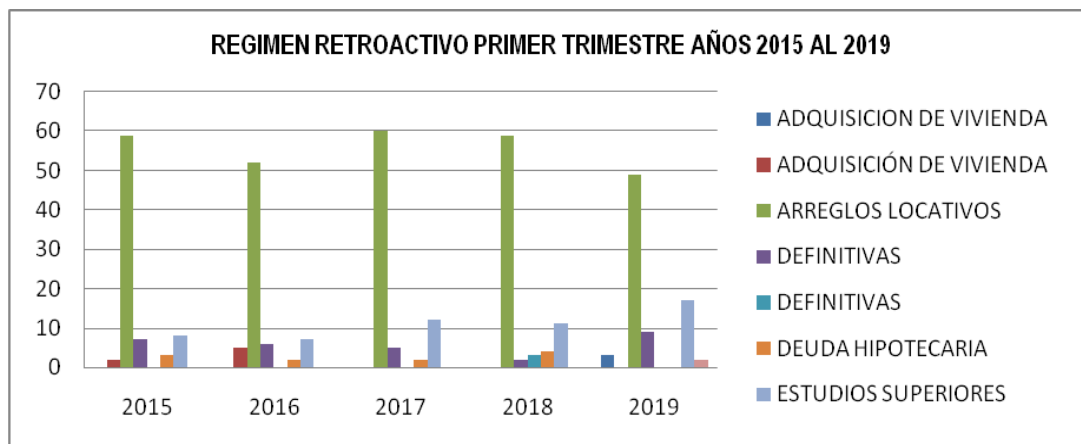
2019	206.060.422	4,27%	926.819.322	15,09%	1.132.879.744	19,36%
TOTAL						100%

Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

RETIRO CESANTÍAS RETROACTIVAS ENERO A MARZO VIGENCIAS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019

DESTINO	2015		2016		2017		2018		2019	
	No.	MONTO	No.	MONTO	No.	MONTO	No.	MONTO	No.	MONTO
ADQUISICIÓN DE VIVIENDA	2	32.990.000	5	97.732.575	0	0	0	0	3	176.676.912
ARREGLOS LOCATIVOS	59	258.778.319	52	172.715.442	60	257.358.452	59	252.174.783	49	238.606.556
DEFINITIVAS	7	18.396.994	6	107.615.714	5	11.671.955	4	114.272.446	9	474.516.709
DEUDA HIPOTECARIA	3	4.634.300	2	3.743.000	2	18.510.295	4	42.358.334	0	0
ESTUDIOS SUPERIORES	8	16.049.775	7	22.191.635	12	22.928.677	11	25.097.251	17	35.860.745
PAGO DE IMPUESTO PREDIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.158.400

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRÁFICA No.____ RETIRO CESANTÍAS RETROACTIVAS ENERO A MARZO VIGENCIAS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019


Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

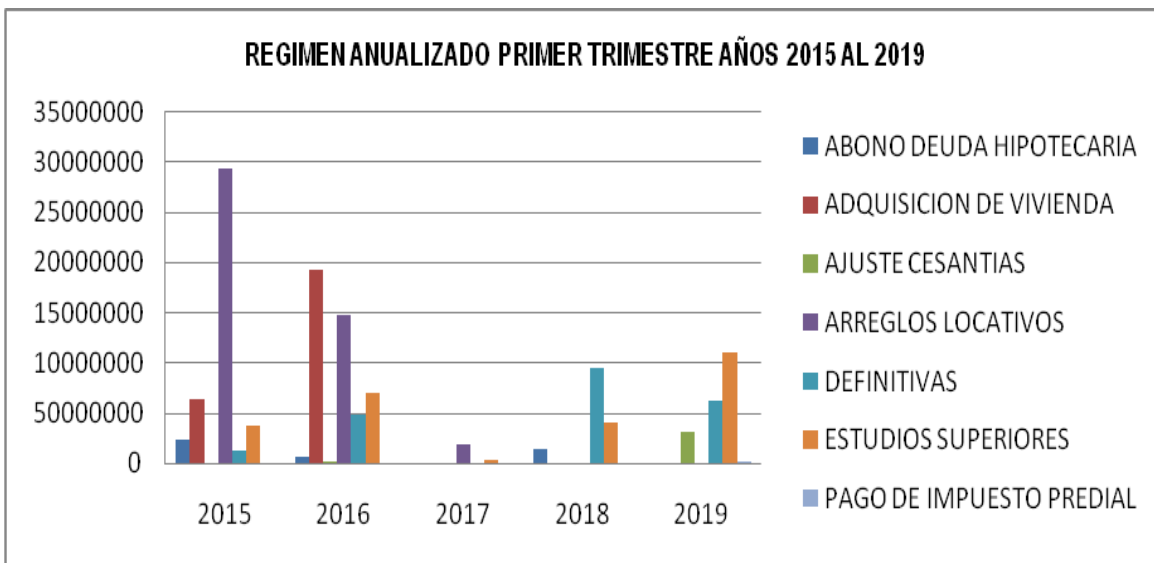
Se liquidan Cesantías **Retroactivas** I Trimestre vigencia 2019 comparado con el mismo periodo de las vigencias 2015, 2016 y 2017 y 2018 de acuerdo a los ítems, valores y número de funcionarios que hicieron la solicitud. Como se observa en el gráfico el mayor número de liquidación de las cesantías retroactivas están con destinación arreglos locativos y en el año 2019 se empiezan a liquidar cesantías para pago de impuesto predial.

TABLA No.____ RETIRO CESANTÍAS ANAUALIZADAS LEY 50 ENERO A MARZO VIGENCIAS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019.

DESTINO	2015		2016		2017		2018		2019	
	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.	Valor Total	No.
ADQUISICION DE VIVIENDA	64.460.000	5	193.232.575	9	-0	0	0	0	62.347.994	2
ARREGLOS LOCATIVOS	293.993.515	64	148.374.487	49	18.564.936	7	94.791.677	34	110.525.581	28
DEFINITIVAS	12.770.661	13	48.137.304	16	0	0	40.920.877	2	0	0
ESTUDIOS SUPERIORES	37.546.274	17	69.435.778	23	2.500.000	1	14.179.601	7	32.028.447	14
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	23.842.279	5	5.992.327	3	0	0	0	0	0	0
AJUSTE CESANTIAS	265.108	9	1.054.630	11	0	0	0	0	0	0
PAGO DE IMPUESTO PREDIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1.158.400	2
Total general	432.877.837	113	466.227.101	111	21.064.936	8	149.892.155	43	206.060.422	46

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantias

GRÁFICA No.____ RETIRO CESANTÍAS ANAUALIZADAS LEY 50 ENERO A MARZO VIGENCIAS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019.



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantias

Se generan solicitud de cesantías entre los trabajadores Empleados Públicos y Trabajadores Oficiales en mayor volumen para arreglos locativos, solicitados en mayor masa durante todo el año y estudios superiores solicitados principalmente durante el primer trimestre de cada año. Las cesantías definitivas son de igual forma notorias dentro de la gráfica y se han generado por trabajadores pensionados y aunque sean pocos los retiros de los mismos, al ser cesantías retroactivas manejan un valor de retiro significativo y superan en valor más no en volumen a las solicitudes de estudios superiores.

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.____ SOLICITUDES DE VACACIONES ENERO A MARZO VIGENCIAS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019.

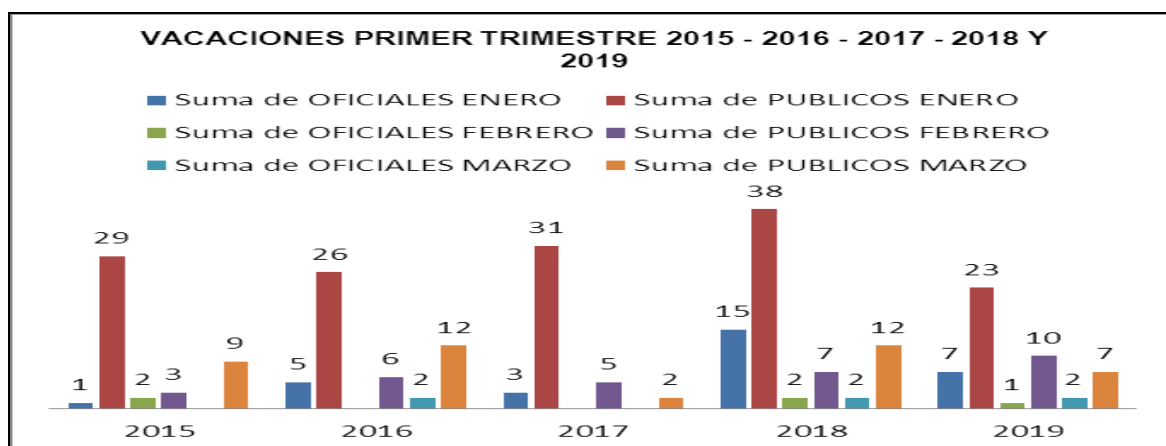
AÑO	ENERO		FEBRERO		MARZO	
	TRABAJADORES OFICIALES	EMPLEADOS PUBLICOS	TRABAJADORES OFICIALES	EMPLEADOS PUBLICOS	TRABAJADORES OFICIALES	EMPLEADOS PUBLICOS
2015	1	29	2	3		9
2016	5	26		6	2	12
2017	3	31		5		2
2018	15	38	2	7	2	12
2019	7	23	1	10	2	7
TOTAL	31	147	5	31	6	42

Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

TABLA No.____ PORCENTAJE DE TRABAJADORES OFICIALES Y EMPLEADOS PÚBLICOS EN VACACIONES PRIMER TRIMESTRE DEL 2015 AL 2019

AÑO	ENERO	%	FEBRERO	%	MARZO	%	TOTAL %
2015	30	11%	5	2%	9	3%	16%
2016	31	11%	6	2%	14	5%	18%
2017	34	12%	5	2%	2	1%	15%
2018	53	19%	9	3%	14	5%	27%
2019	30	9%	11	3%	9	3%	14%

Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

GRÁFICA No._ SOLICITUDES DE VACACIONES ENERO A MARZO VIGENCIAS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019


Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

De acuerdo a la información antes mencionada se infiere que tanto para trabajadores oficiales y Empleados Públicos en la vigencia 2019 en el primer trimestre del año tienen más dinámica de disfrute de las mismas, pero son los trabajadores públicos los que afectan la gráfica en todos los años al ser la población en mayor proporción y por lo tanto los que generan mayor solicitud para disfrute de su periodo vacacional.

AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA

Se realiza el ausentismo del personal de planta de enero a marzo del año 2019 comparado vigencias anteriores 2015, 2016, 2017 y 2018, por 8 y 6 horas con sus respectivos valores.

TABLA No.____ AUSENTISMO 6 HORAS PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2015 - 2016 - 2017 - 2018 y 2019

ANUALIZADAS	2015	2016	2017	2018	2019
COMPENSATORIO	5.890.832	6.935.337	186.243	616.460	874.027
INCAPACIDAD	10.370.647	22.375.532	15.140.519	6.947.475	_*
LICENCIAS	1.270.886	2.470.922	15.311.962	279.364	6.851.051
PERMISO	2.454.591	4.403.486	2.288.411	1.498.997	6.851.051
PERMISO SINDICAL	15.355.815	16.480.727	5.488.106	11.651.226	15.329.448
SALIDA LABORAL	0	86.408	24.339.381	286.698	392.298
TOTAL	35.342.772	52.752.412	62.754.623	21.280.220	30.297.874

Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

TABLA No.____ AUSENTISMOS 8 HORAS AÑOS 2015 - 2016 - 2017 - 2018 Y 2019

ANUALIZADAS	2015	2016	2017	2018	2019
COMPENSATORIO	2.211.154	4.286.450	6.775.784	2.872.527	1.044.199
INCAPACIDAD	4.740.094	11.915.832	12.218.413	1.670.624	_*
LICENCIAS		17.989.142	427.505	0	283.903
PERMISO	5.324.276	5.631.690	11.142.205	1.654.456	1.172.986
PERMISO SINDICAL	1.558.712	2.311.922	1.062.336	205.613	326.065
SALIDA LABORAL	997.188	774.177	641.202	955.382	46.402
TOTAL	14.831.424	42.909.213	32.267.444	7.358.603	2.873.554

Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

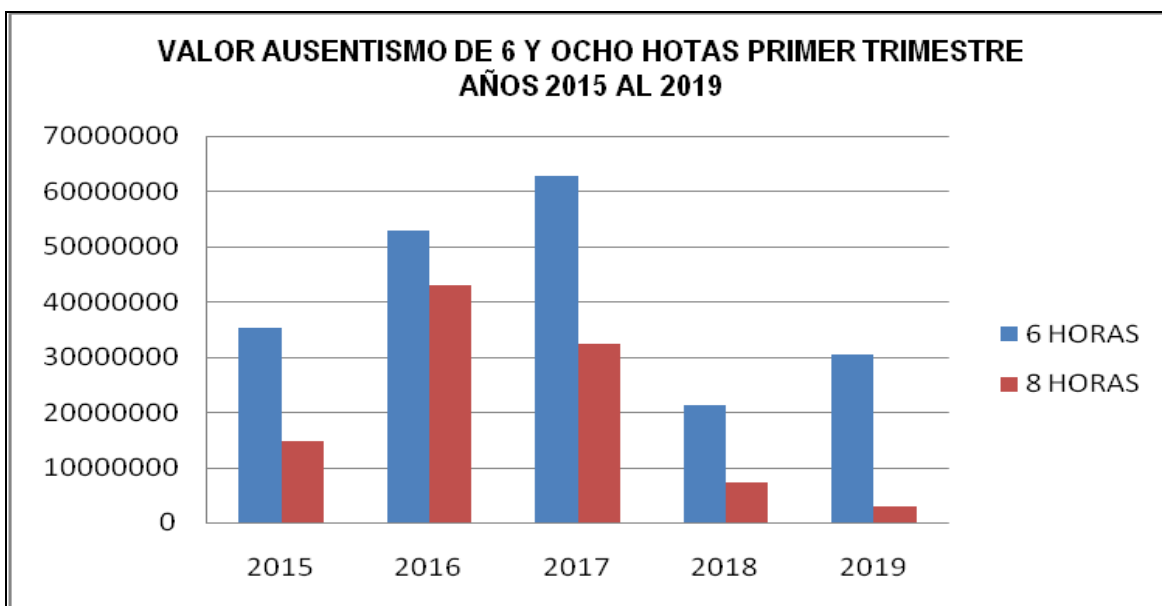
-*Nota: El manejo de ausentismo por incapacidad está relacionado en ítem de Seguridad y Salud en el Trabajo.

TABLA No. ___ CONSOLIDADO Y PORCENTAJE TOTAL HORAS AUSENTISMO

AÑO	VALOR	%
2015	50.174.196	16,58%
2016	95.661.625	31,61%
2017	95.022.067	31,39%
2018	28.638.823	9,46%
2019	33.171.428	10,96%

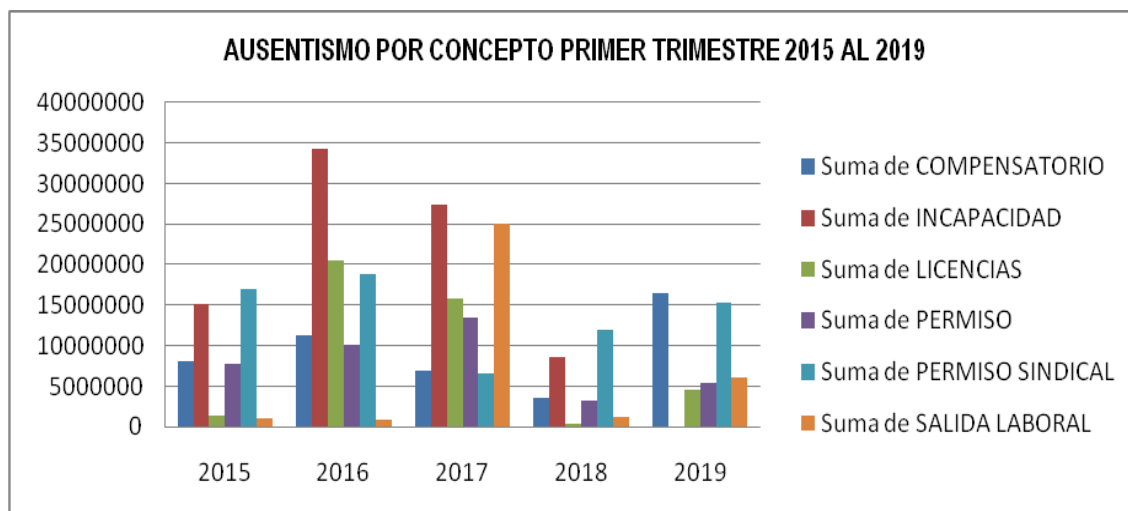
Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

GRÁFICA No. ___ VALOR AUSENTISMO DE 6 Y 8 HORAS ENERO A MARZO VIGENCIAS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019



Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

La mayor novedad en el ausentismo del personal de planta se presenta con quienes laboran 6 horas, correspondiente a los empleados asistenciales ya que hay un mayor volumen de personal en esta área. En la vigencia 2019 aumentan las ausencias en referencia al año anterior 2018 para el mismo periodo. 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 PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2015 - 2016 - 2017 - 2018 Y 2019


Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

Los ausentismos se presentan por diferentes novedades, siendo los permisos sindicales los de mayor numero, dentro del 2019. En relación a los años anteriores, son estos los que mas influyen y marcan tendencia en el ausentismo ya que mensualmente se presentan trabajadores con permiso sindical la mayoría de los días del mes. Los permisos tambien generan gran cantidad de solicitudes por motivos personales y calamidades de cada trabajador. En comparacion con años anteriores se ha generado una disminucion en el ausentismo desde el 2018 generando mas control sobre los mismos.

INCAPACIDADES

A continuación se presenta la relación de incapacidades radicadas en la subdirección de Personal mes a mes correspondiente al primer trimestre del año durante las vigencias de los años 2016 al 2019.

TABLA No. ____ CUADRO REPORTE MENSUAL DE INCAPACIDADES

MES	2015		2016				2017				2018			2019		
	AT	EG	AT	EG	LM	LP	AT	EG	EP	LM	AL	EG	EP	AL	EG	EP
ENERO	1	35	1	22	1	1	1	30			1	40	1	1	28	1
FEBRERO	1	22		47				39	1	1	1	26			33	1
MARZO	3	36	2	40	1		1	34		1		26	5	3	44	1
TOTAL	5	93	3	109	2	1	2	103	1	2	2	92	6	4	105	3

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.

TABLA No.____ INCAPACIDADES SUSEPTIBLES DE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO

MES	2015		2016				2017			2018			2019		
	AT	EG	AT	EG	LM	LP	EG	EP	LM	AL	EG	EP	AL	EG	EP
ENERO	1	22	1	15	1	1	21			1	22	1	1	15	1
FEBRERO	1	14		27			19	1	1	1	15			18	1
MARZO	2	14	2	20	1		20		1		14	4	2	20	1
TOTAL	4	50	3	62	2	1	60	1	2	2	51	5	3	53	3

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

AL: Accidente Laboral, EG: Enfermedad General; LM: Licencia de Maternidad; LP: Licencia de Paternidad y EP: Enfermedad Profesional

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 trimestre son susceptibles de ser reconocidas por las diferentes EPS.

En el siguiente cuadro se detalla el valor a ser reconocido por las diferentes EPS en el primer trimestre del año.

TABLA No.____ VALOR A SER RECONOCIDO POR LAS DIFERENTES EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019

ENTIDAD	2015		2016		2017		2018		2019	
	PAGO EPS	PAGO ARL	PAGO EPS	PAGO ARL	PAGO EPS	PAGO ARL	PAGO EPS	PAGO ARL	PAGO EPS	PAGO ARL
ALIANSA LUD	1.298.422	-	4.259.052	-	43.911	-	107.733	-	-	-
CAFESALUD	216.089	-	1.950.977	-	2.315.626	-	-	-	-	-
COLPATRI	47.711	2.038.01	-	-	-	-	-	-	-	-

ENTIDAD	2015		2016		2017		2018		2019	
	PAGO EPS	PAGO ARL	PAGO EPS	PAGO ARL	PAGO EPS	PAGO ARL	PAGO EPS	PAGO ARL	PAGO EPS	PAGO ARL
A ARL		2								
COMPENSAR	22.557.549	-	51.708.980	-	32.956.877	-	19.964.541	-	5.100.599	-
COOMEVA	4.371.104	-	3.396.528	-	1.044.230	-	4.264.555	-	-	-
CRUZ BLANCA	917.311	-	437.356	-	689.933	-	679.244	-	344.267	-
FAMISANAR	5.225.528	-	10.362.794	-	6.354.210	-	2.116.436	-	1.543.133	-
MEDIMAS	-	-	-	-	4.267.409	-	778.511	-	693.733	-
NUEVA EPS	5.466.936	-	11.208.773	-	10.521.020	-	9.956.948	-	2.659.666	-
POSITIVA	-	14.748.971	-	769.310	-	2.148.688	-	14.082.007	-	6.794.073
SALUD TOTAL	-	-	141.978	-	1.505.037	-	599.069	-	-	-
SALUDCOOP	1.524.202	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANITAS	5.571.311	-	3.381.261	-	4.946.311	-	8.490.099	-	7.457.066	-
SURA	-				6.947.794	-	4.252.577	-	22.356	-
TOTAL	47196163	16786983	86847697	769310	71592358	2148688	51209714	14082007	17820820	6794073

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

TABLA No.____ RECONOCIMIENTO ECONÓMICO DE INCAPACIDADES PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019

En cuanto a la responsabilidad que la E. S. E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene como empleador en el cuadro se reporta el valor reconocido mes a mes a los trabajadores por concepto de incapacidades en la nómina correspondiente.

NOMINA	2015	2016	2017	2018	2019
ENERO	\$ 6.647.964	\$ 10.163.289	\$ 6.223.460	\$ 9.535.036	\$ 7.747.514
FEBRERO	\$ 3.142.097	\$ 11.188.758	\$ 10.066.907	\$ 5.747.629	\$ 8.676.020
MARZO	\$ 6.079.481	\$ 28.324.090	\$ 12.033.923	\$ 7.557.534	\$ 19.564.466
TOTAL	\$ 15.869.542	\$ 49.676.137	\$ 28.324.290	\$ 22.840.199	\$ 35.988.001

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

Del total de los valores cancelados por concepto de incapacidad a continuación se desagregan los valores correspondientes entre Trabajadores Oficiales y Empleados Públicos.

TABLA No.____ DESAGREGADO RECONOCIMIENTO ECONÓMICO DE INCAPACIDADES POR EPS PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019

MES	2015		2016		2017		2018		2019	
	PÚBLICOS	OFICIALES	PÚBLICOS	OFICIALES	PÚBLICOS	OFICIALES	PÚBLICOS	OFICIALES	PÚBLICOS	OFICIALES
ENERO	6.054.864	593.100	8.646.132	1.517.157	5.496.124	727.336	8.927.414	607.622	6.521.773	1.225.742
FEBRERO	2.083.279	1.058.818	8.871.859	2.316.899	8.109.835	1.957.072	5.337.279	410.350	7.192.227	1.483.793
MARZO	5.806.661	272.820	25.684.110	2.639.980	11.316.657	717.265	6.193.249	1.364.285	18.028.580	1.535.886
TOTAL	13.944.804	1.924.738	43.202.102	6.474.035	24.922.616	3.401.674	20.457.942	2.382.257	31.742.580	4.245.421

Fuente: Subdirección de Personal – Incapacidades

El valor reconocido a los Empleados Públicos es mayor al de los Trabajadores Oficiales ya que en la planta de personal representan un más alto porcentaje, aunque el reconocimiento de incapacidades a los funcionarios oficiales se realiza en un cien por ciento de los días de incapacidad.

TABLA No.____ ESTADO DE CARTERA DE INCAPACIDADES PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2015, 2016, 2017, 2018 Y 2019

A continuación se relaciona el estado de cartera con fecha de corte a 31 de marzo de 2019 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 al 2015.

EPS	SALDO
ALIANSA SALUD	\$ 113.217
COMPENSAR	\$ 28.269.855
COOMEVA EPS	\$ 11.639.598
CRUZ BLANCA	\$ 535.975
FAMISANAR	\$ 18.784.675
MEDIMAS EPS	\$ 6.167.249
NUEVA EPS	\$ 38.667.702
POSITIVA	\$ 4.293.499
SALUD TOTAL	\$ 1.047.563
SALUDCOOP EN LIQUIDACION	\$ 4.283.639
SANITAS EPS	\$ 22.992.130
SURA	\$ 10.424.764
TOTAL	\$147.219.866

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

TOTAL	27	207

RESUMEN DE EMPLEOS POR ESTADO DE PROVISIÓN	
ESTADO DE PROVISIÓN	CANTIDAD DE VACANTES
No provisto	101
En Provisionalidad	106
TOTAL	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

Posteriormente, la CNSC emitió firmeza de Lista de Elegibles para los siguientes empleos:

- OPEC 31544 – Auxiliar Area Salud – Subdirección de Enfermería
- OPEC 7346 – Profesional Universitario – Trabajo Social

Por tanto, para el primer trimestre de la vigencia 2019 la Subdirección de Personal efectuó escalonadamente 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.

Es así como el Hospital cumple con el proceso previsto de vinculación de personal en la planta, información que puede ser verificada en los actos administrativos de nombramiento de Listas de Elegibles en periodo de prueba, así:

- Noventa y Un (91) ingresos nuevos en planta ocupando vacantes definitivas – No provistas
- Dieciséis (16) ingresos nuevos en planta ocupando vacantes temporales – En provisionalidad

Las demás vacantes reportadas fueron declaradas desiertas por la CNSC, en consecuencia, estos cargos siguen ocupados por los servidores que los ostentan en provisionalidad.

Por lo anterior, de esta manera se da cumplimiento al proceso de vinculación a planta de personal conforme a lo dispuesto por la Ley 909 de 2004

4. 2 GESTION DE INFORMACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO



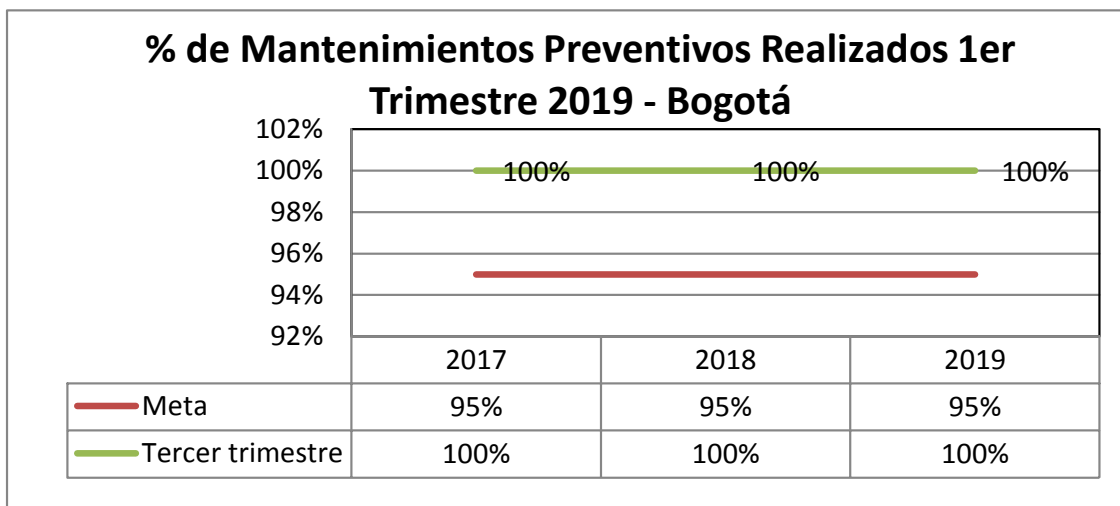
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

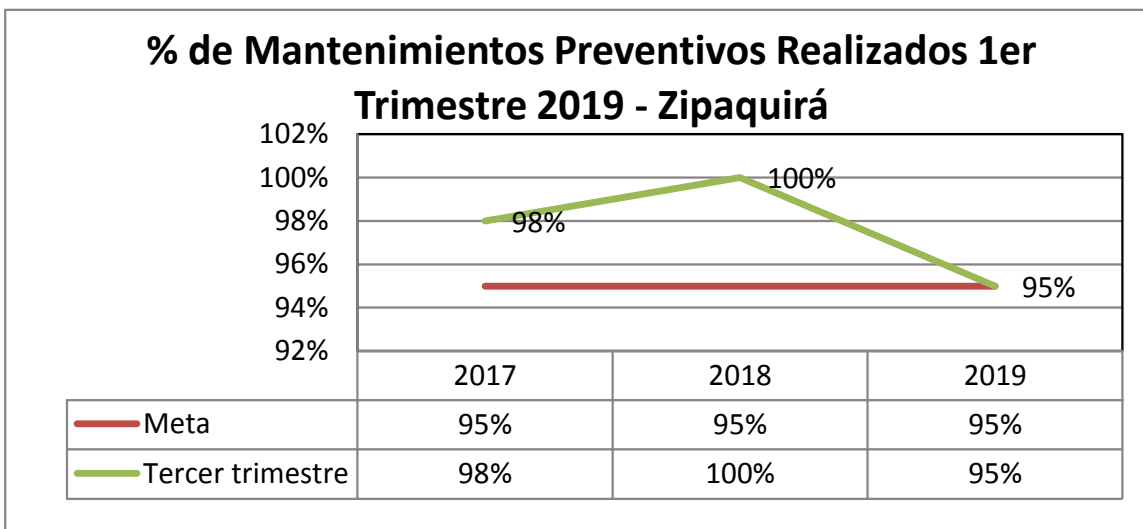
“Humanización con sensibilidad social”

1.1. INDICADORES

1.1.2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS DE COMPUTO

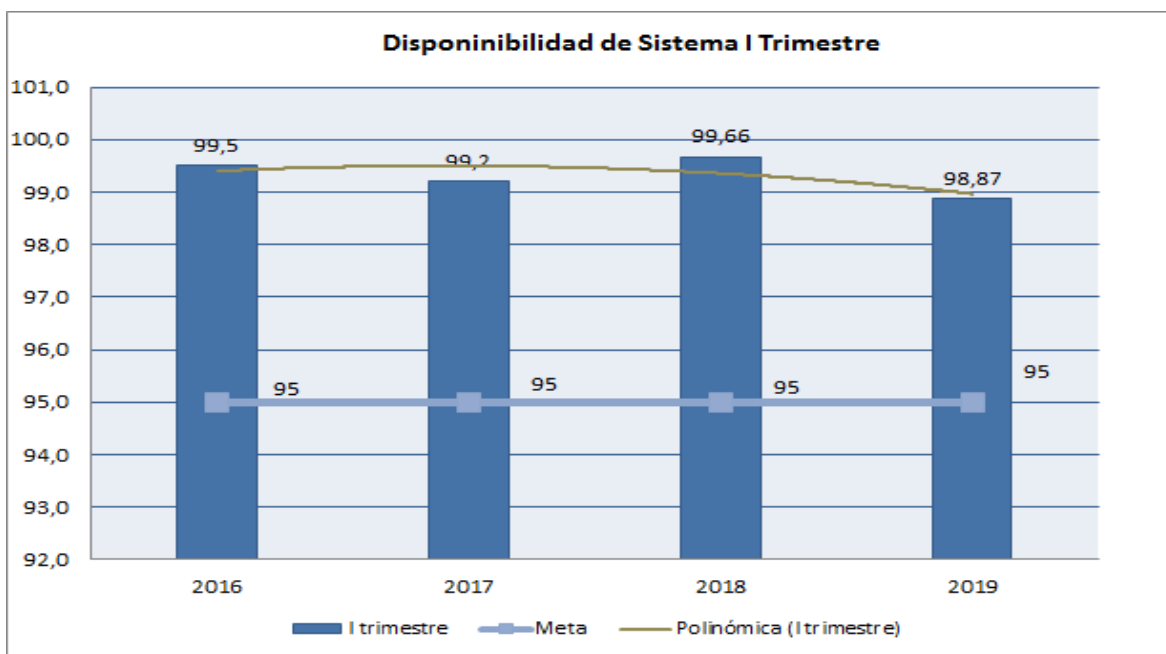


Se programaron 366 mantenimientos preventivos para el primer trimestre y se cumplió con la realización de acuerdo a lo programado. Estos mantenimientos se realizan con recurso propio.



Se programaron 82 mantenimientos preventivos para el primer trimestre y se realizaron 78, no se cumplió debido a la renuncia del técnico de sistemas. Se proyecta para el segundo trimestre realizar los mantenimientos de los equipos faltante y de los programados para el segundo trimestre para cumplir con el cronograma.

1.1.3 PORCENTAJE DE TIEMPO DISPONIBLE DEL SISTEMA DE INFORMACION



Detallado de Indisponibilidad de los SI

FECHA	UF	APLICATIVO	MINUTOS Off line
6 de enero	Bogotá	falla electrica Datacenter	60
15 de enero	Zipaquirá	Cogua/sin conexion fibra	510
26 de enero	Zipaquirá	Zipaquirá/Apagon elementos de red y servidores UFZ	150
31 de enero	Zipaquirá	Zipaquirá/Apagon elementos de red y servidores UFZ	20
3 de febrero	Zipaquirá	Zipaquirá/Apagon elementos de red y servidores UFZ	240
7 de febrero	Bogotá	falla electrica Datacenter	85
8 de febrero	Bogotá	falla electrica Datacenter	110
20 de febrero	Zipaquirá	Zipaquirá/Cambio UPS Sistemas Zipaquirá	60
26 de febrero	Zipaquirá	San Cayetano/Sin conexión corte de fibra.	180
27 de Marzo	Zipaquirá	Zipaquirá/Inconvenientes con Firewall bloqueaba acceso	25
Total Indisponibilidad			1440

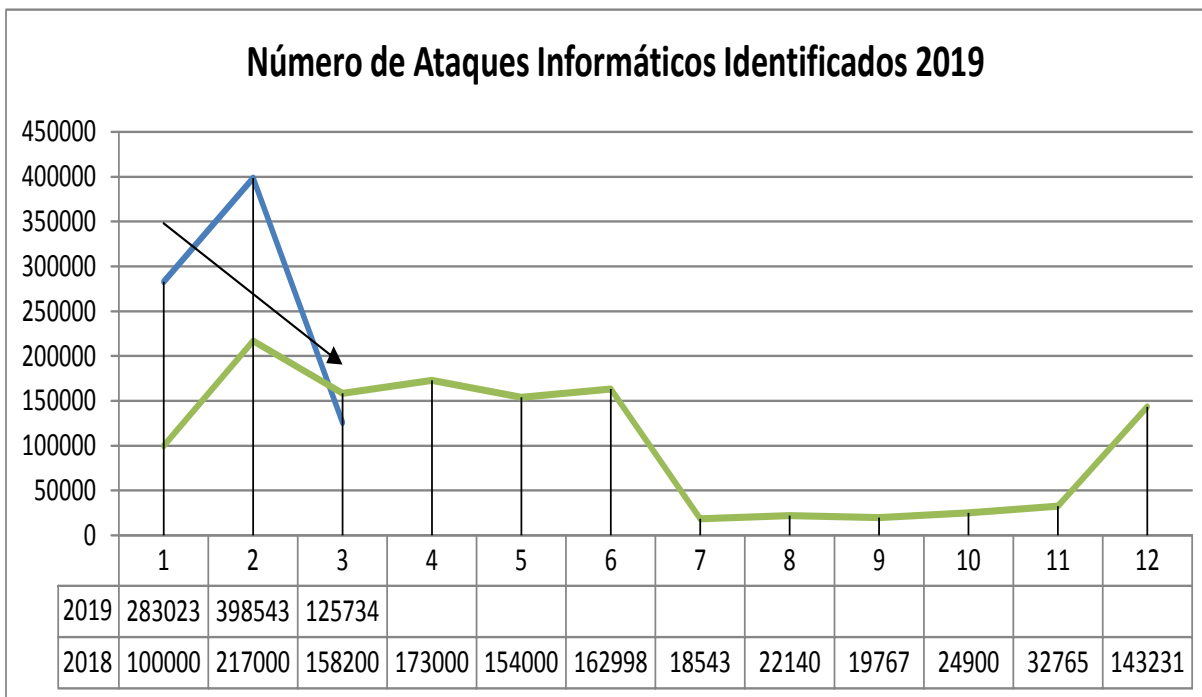
De acuerdo a los eventos ocurridos que generaron indisponibilidad de los Sistemas de Información se realizaron las siguientes acciones:

- Se realizó instalación y configuración de dos UPS de 30 KVA exclusivamente para el Datacenter Bogotá está pendiente realizar la conectividad de los Switches principales se proyecta realizar en el segundo trimestre.

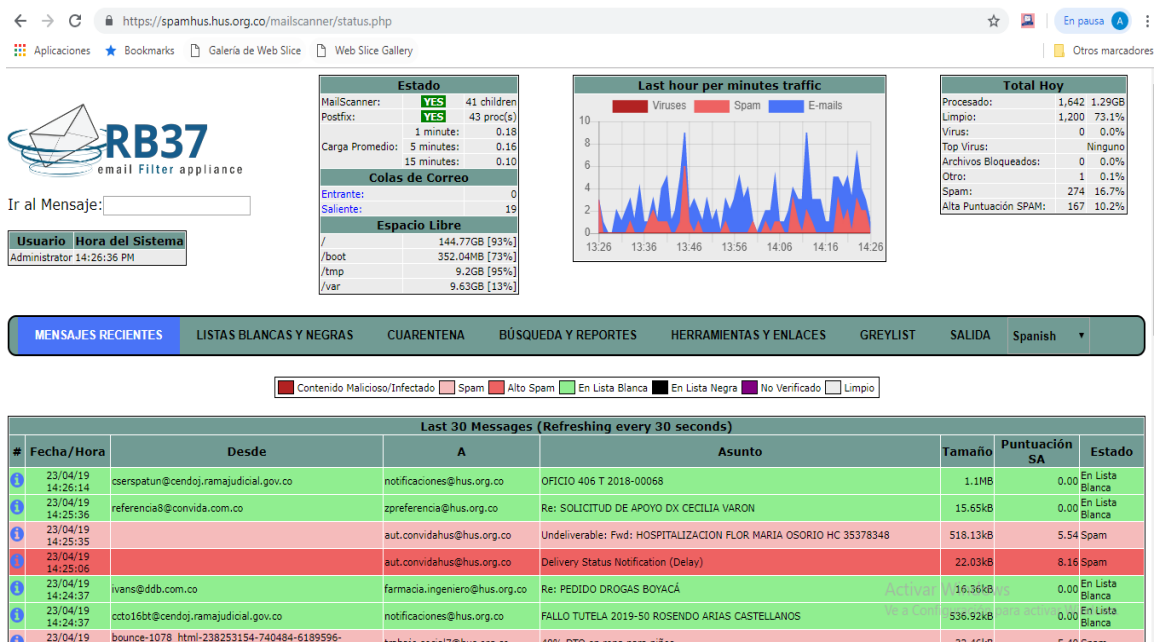
- Se realizó el cambio e instalación de UPS de 10 Kva a los servidores principales y sistema de comunicación de Zipaquirá.

Con las acciones anteriores se espera minimizar los inconvenientes eléctricos que están generando indisponibilidad de los Sistemas de Información del HUS.

1.1.4. PORCENTAJE DE ATAQUES INFORMATICOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE INFORMACION

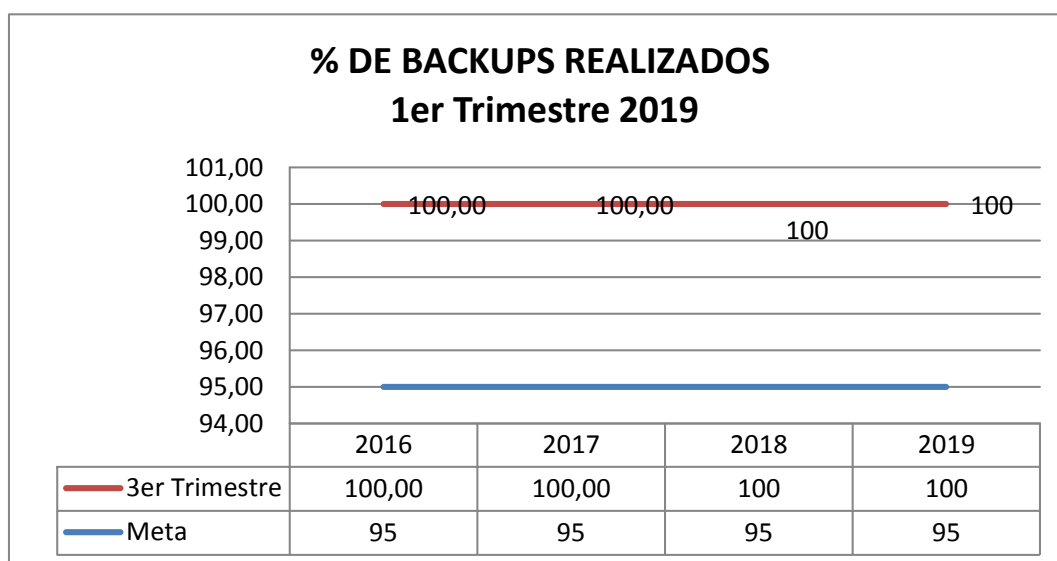


No se presentaron ataques efectivos a los sistemas informáticos del HUS, pero se identificaron vulnerabilidades del sistema de correo Zimbra ya que se evidencio la llegada de correo maliciosos denominado phishing que busca adquirir información sensible de los usuarios, para esto se implementó una herramienta antispam E.F.A. Project Herramienta de código abierto que permite fortalecer la seguridad y la protección ante ataques de phishing y correo no deseado.

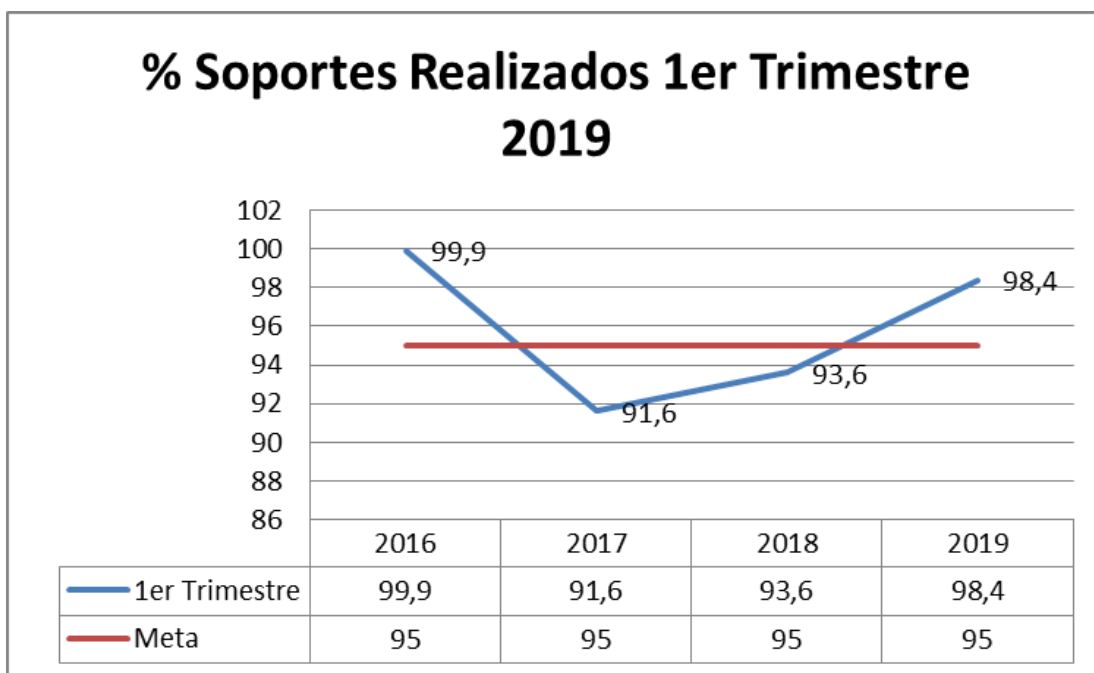


Esta herramienta permite monitorear y validar cuando un correo sea de dudosa procedencia y tenga archivos adjuntos con virus para ser analizado una vez se determine que no presenta riesgo de virus se puede marcar para que ingrese al buzón del destinatario. Con esto se está generando medidas preventivas para evitar ataques informáticos.

1.1.5. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE BACKUPS PROGRAMADOS



Se generan y entregan los Backups a la empresa de seguridad sin ninguna novedad.

1.1.6. PORCENTAJE DE SOPORTES REALIZADOS


Durante el primer trimestre de 2019 se solicitaron 2539 incidencias por mesa de ayuda y se le dio respuesta a 2580 con un porcentaje de respuesta 98,4% con un tiempo aproximado de respuesta de 1 día, para el cálculo de respuesta a las solicitudes se excluyeron los soportes del outsourcing de impresión y los soportes que se originan de los mantenimientos preventivos.

SOPORTE POR CATEGORÍA:

El soporte generado por categoría corresponde a la cantidad de incidencias y la categoría que el usuario selecciono al requerir el servicio. En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de incidencias por este ítem:

SOPORTE X CATEGORIA 1er Trimestre 2019	
Categoría	Cantidad
SOPORTE EQUIPOS DE COMPUTO	322
CREACIÓN E INACTIVACIÓN, CAMBIO PERFIL USUARIOS	252
DGH	196
REDES	97
SOPORTE CORREO	72

Para el año 2019 en el primer trimestre las categorías que más solicitaron soporte técnico fueron: Equipos de Cómputo: Esto debido a las fallas eléctricas que ocasionaron el daño a nivel de software los cuales fueron solucionados.

Creación e Inactivación de usuarios: debido al ingreso del personal de carrera el número de soporte de por esta categoría se incrementó del igual forma el retiro de personal.

DGH: Se presenta solicitudes de capacitación y de manejo de los módulos también debido al ingreso de personal nuevo.

Redes: Se incrementó el soporte debido al traslado de equipos por reorganización de espacios

Soporte de Correo: El soporte reiterativo por la no llegada de correos por la implementación de la herramienta E.F.A. Project que es normal en la implementación durante el afinamiento la cual a la fecha ya no se presenta inconvenientes con la llegada de correos. Es de aclarar que a medida que llegaban los correos y estos la herramienta los bloqueaba ya que estaban marcados en listas negras se realizó la exclusión y configuración para que ingresaran a los buzones sin excluir analizar el contenido.

SOPORTE POR AREA:

El soporte generado por área corresponde a la cantidad de incidencias que se han generado según la dependencia que seleccionaron los usuarios al requerir el servicio. En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de incidencias por este ítem:

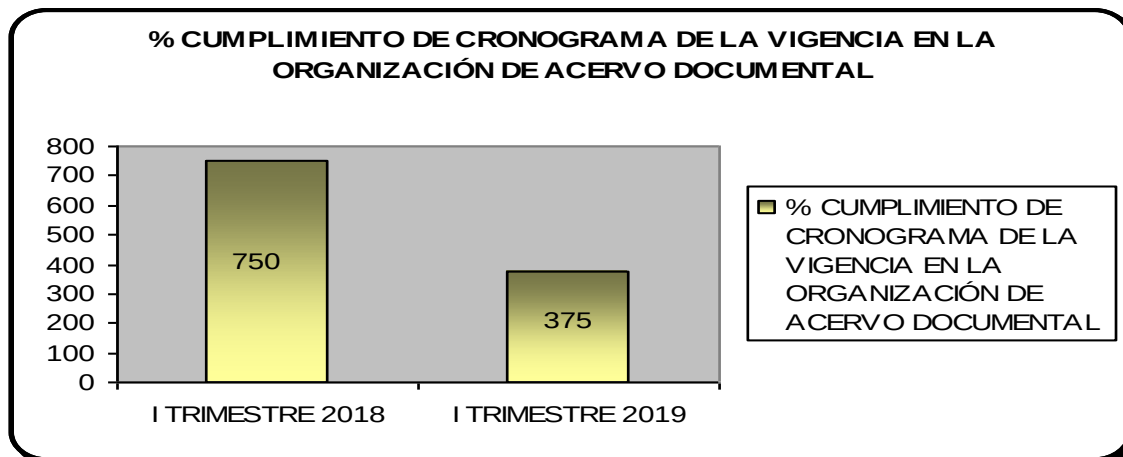
SOPORTE X ÁREA	
ÁREA	CANTIDAD
ENFERMERIA	139
FACTURACION	136
URGENCIAS	89
CONSULTA EXTERNA	82
FARMACIA	74
OBJECIONES	43

Para el año 2018 en el primer trimestre las áreas que más solicitaron soporte técnico fueron:

Enfermería con el 5,3%, seguido por Facturación con el 3,6%, Urgencias con el 3,4%, Consulta Externa con el 3,4%, farmacia con el 3,3 y Urgencias con el 3,2%.

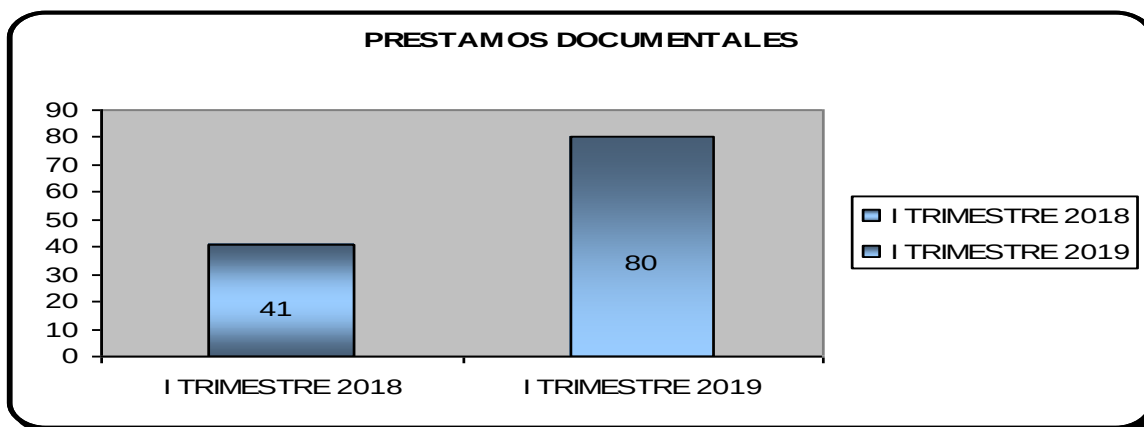
INDICADORES GESTIÓN DOCUMENTAL

1.1.7. % CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA DE LA VIGENCIA EN LA ORGANIZACIÓN DE ACERVO DOCUMENTAL



Se da cumplimiento de la meta establecida en un avance del 25% para el primer trimestre vigencia 2019 donde se proyectó realizar proceso completo (organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo documental) de la serie Instrumentos de Control, Programación Servicio de Referencia del área de Urgencias - Referencias y Contrarreferencia vigencias 2009 al 2013 del acervo documental de la entidad. Se han realizado 375 expedientes con proceso completo (organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo documental) de 1.500 expedientes con proceso propuestos a realizar. Por otra parte en relación a la vigencia 2018 se llevaba el 25% de lo propuesta a realizar en la vigencia con 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 realizaron 750 expedientes con proceso completo (organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo documental) de 3.000 expedientes con proceso propuestos a realizar. En la vigencia 2018 se propuso un mayor número de expedientes a organizar teniendo en cuenta que se contaba con más funcionarios en el área.

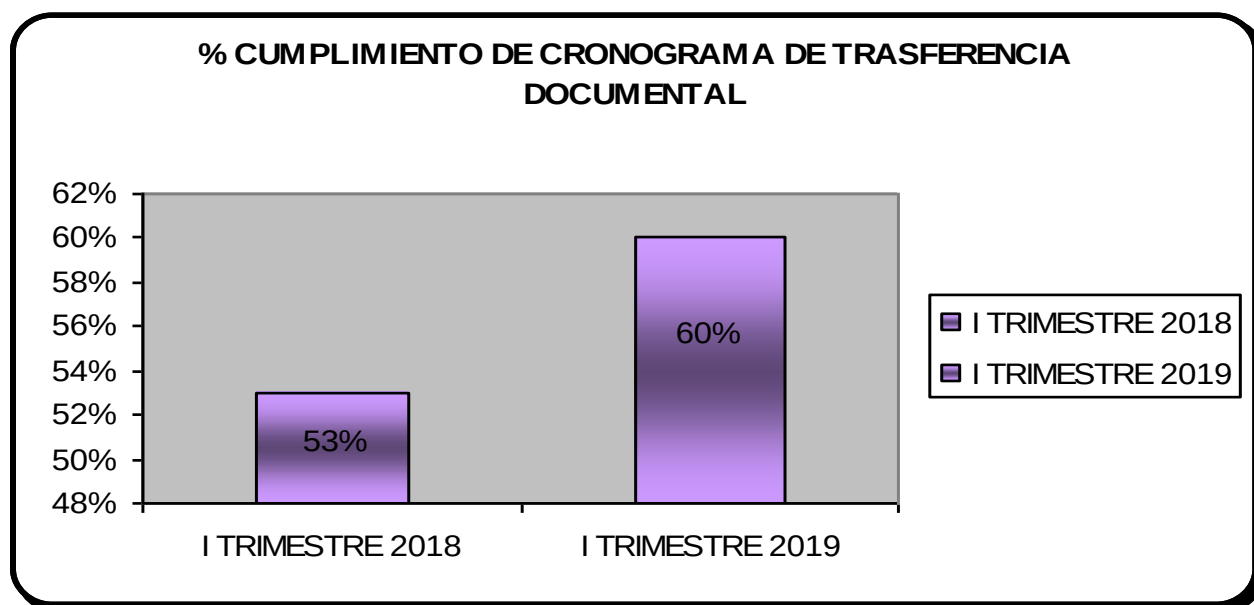
1.1.8. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DE PRESTAMOS DOCUMENTALES



Se da cumplimiento a los diferentes requerimientos de consulta y préstamo documental de Archivo Central, en un 100% de las solicitudes recibidas, para vigencia 2019 se han registrado 80 préstamos documentales en relación a la vigencia 2018 que realizó 41 préstamos donde se evidencia que se tiene tendencia al aumento en la consulta de los documentos del archivo central. Las áreas que más consultan la documentación son la oficina Asesora Jurídica, Subdirección de Personal y Estadística debido a la información que manejan.

1.1.9. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ANUAL DE CRONOGRAMA DE TRANSFERENCIA DOCUMENTAL

Número de dependencias que realizaron la transferencia / Número total de dependencias a transferir documentación



Dando cumplimiento al acuerdo 42 de 2002 (octubre 31) del Archivo General de La Nación, se establece cronograma de transferencias documentales vigencia 2019. El Hospital Universitario La Samaritana cuenta con 47 dependencias de las cuales 28 cumplieron el proceso de transferencias documental en un avance del 60% del total, el 40 % restante solicitó ampliar el plazo de entrega para dar cumplimiento al 100% establecido en la meta. En cuanto a la vigencia 2018 en el primer trimestre se dio cumplimiento en un avance del 53% de lo establecido en el cronograma de transferencias y el 47% restante solicitó ampliar el plazo de entrega para dar cumplimiento al 100% establecido en la meta.

1.1.10. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE GESTION DOCUMENTAL (PGD)

Se definió cronograma de actividades para la vigencia 2019 donde se establecieron 4 actividades, con 8 actividades específicas con un avance del 67%, así:

1. Realizar capacitaciones en procesos de Gestión Documental a los funcionarios que intervienen en la producción documental (Funcionarios Administrativos) de la ESE Hospital Universitario La Samaritana: Se tiene un avance del 95%, el 5% restante hace referencia a la Subdirección de Sistemas y el área de objeciones estas capacitaciones se tiene programadas para el segundo trimestre.
2. Realizar los procesos de Organización, clasificación, selección y expurgo del acervo documental de la entidad, aplicado Tablas de Retención Documental desde el año 1995 a la fecha ubicada en el depósito del Archivo Central, se les da tratamiento archivístico: Se realiza la ubicación en la estantería del Archivo Central y se incluyen en el Inventario Único Documental, Se propone realizar 1500 expedientes del área de (Urgencias - Referencias y Contrarreferencia, Subdirección Compras). Avance del 25% de la documentación propuesta a realizar.
3. Una vez identificado el Fondo Documental Acumulado se realizará levantamiento de inventario único documental natural de las áreas identificadas:
 - Gerencia
 - Talento Humano
 - Subdirección de Personal
 - Mantenimiento y Arquitectura
 - Patología
 - Atención al Usuario (Estadística historias Clínicas)

Dado lo anterior se lleva un avance del 83% de realización de inventario donde se cuenta con inventario completo de Gerencia, Talento Humano, Subdirección de Personal, Mantenimiento y Arquitectura y Patología.

Estadística es el área con más fondo documental acumulado con 140 cajas x-300 historias clínicas de Hospitalizados y 90 cajas x-300 de historias clínicas de Urgencias para un total de 230 cajas X-300. Se lleva un avance del 32% de la totalidad de la documentación a inventariar y el 68% restante se llevara a cabo durante las vigencias y según disponibilidad de personal para realizar la actividad.

4. Elaboración de formatos establecidos en el Manual Archivo General de la Nación PINAR: Se tiene un avance del 47% ver el detalle en el Item Planes Definidos En El Decreto 612 De 2018 Numeral 1.2.

INDICADORES COMUNICACIONES

1.1.11. OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN



Mes	Enero 2018	Febrero 2018	Marzo 2018	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019
Promedio	3,53	3,51	1,93	3,3	7,5	7,65
Servicios	69	70	62	70	181	153
Promedio trimestre	2,99			6,15		

Se tiene un resultado promedio de **6,15** días. Se presenta un aumento en el tiempo de dar respuesta debido a los siguientes aspectos:

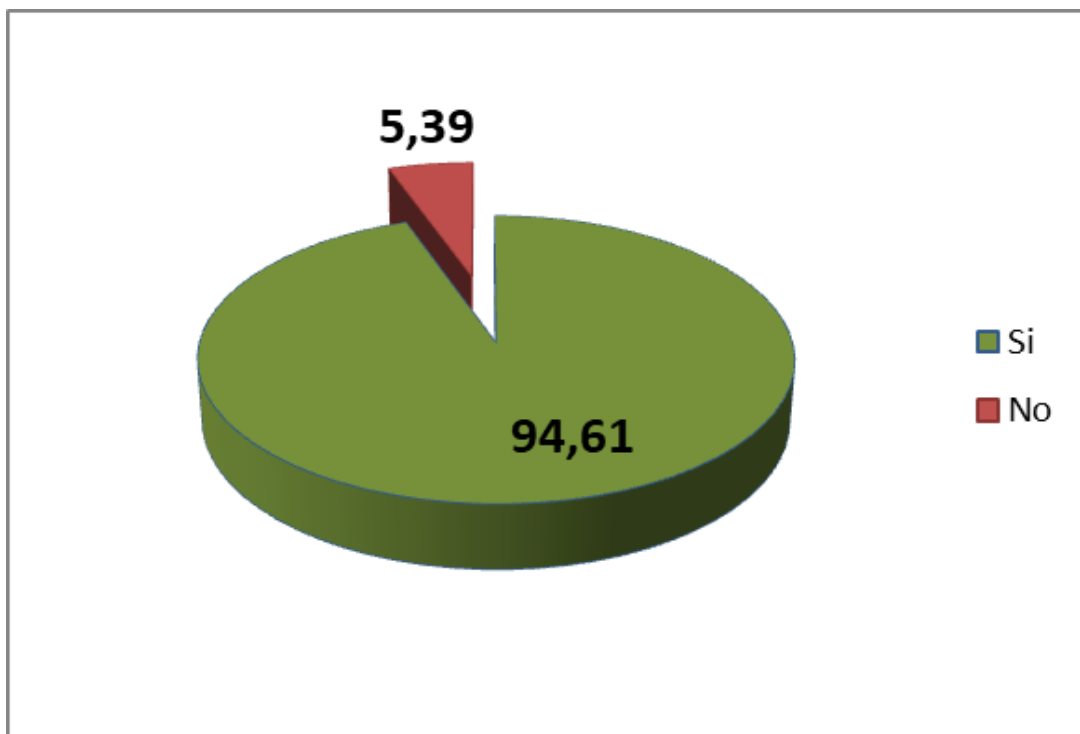
1. El Número de incidencias se duplicó
2. El grado de complejidad de los productos de duplicó
3. El equipo de comunicaciones se robusteció generando mayor número de incidencias pero a la vez se está velando por entregar productos con mayor calidad lo que demora su entrega.

1.1.12. PORCENTAJE DE PERCEPCION DE LOS CANALES DE COMUNICACION INTERNA

En el primer trimestre de 2019 se aplicó la encuesta “Percepción Canales de Comunicación Internos” con el fin de detectar la impresión del cliente interno con respecto al uso de los medios de comunicación en y conocer de viva voz si la información que están recibiendo es **CONFIABLE**. La encuesta se realizó a través de una muestra de 204 personas, dirigida a los usuarios y personal administrativo del Hospital. Entendiendo así: usuarios (paciente, familiar o acompañante que se encuentren en el hospital solicitando un servicio) y administrativos (personal de las áreas

administrativas, personal asistencial, de servicios generales y de seguridad). Como resultado de la aplicación de esta herramienta se logró detectar el **PORCENTAJE DE PERCEPCIÓN EN UN 94.61%**.

Porcentaje de Confiabilidad en medios de comunicación Internos del HUS



1.2. PAS

Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Indicador de producto					
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2017		Valor esperado Año 2019
					Valor	Año	
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Formulación e Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta, Tele radiología y tele cardiología para los Hospitales de Cundinamarca	% de Avance en la formulación e implementación de centro de referencia en el HUS	Numero de Actividades Realizadas / No de actividades programadas para la vigencia *100	Porcentaje	90,0%	2018	10%

Se realizó el estudio de mercado, la identificación de las necesidades y el alcance del desarrollo del módulo de telediagnóstico y se proyecta para el mes de abril realizar la contratación del desarrollo.

PLANES DEFINIDOS EN EL DECRETO 612 DE 2018

PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PETI: % Avance 8%

Proyecto Plataforma de Supervisión de Historias Clínicas Docencia.

Se definieron 3 actividades para el 2019

Seguimiento y ajustes al Aplicativo: De acuerdo al seguimiento se identificaron los siguientes ajustes requeridos para el uso del aplicativo:

Solicitaron incluir los estados Pendientes Aclarar estudiante, Pendientes Aclarar docente, Revisados

Cambiar los tiempos para de consulta de folios

Ajustar el informe de las notas del médico donde se incluyó información adicional

Calcular calificación individual y promedio.

Incluir en la evaluación la Historia Clínica de evolución y Diaria de Hospitalización.

Generación de informes estadísticos.

Capacitación: Una vez se realice los ajustes se realizará las capacitaciones a los especialistas Docentes

Puesta en Producción Aplicativo: El Aplicativo ya está publicado para su uso y se entregó a la subdirección médica para la creación de usuarios y realizar el seguimiento de su uso se determina que una vez se realicen los ajustes solicitados este seguirá en estado de pruebas.

Proyecto de Desarrollo de Aplicación Móvil: Avance 0%

Ajustes, Publicación y Puesta en Producción App móvil: No se realizó ningún avance se determinan realizar actividades para el segundo trimestre.

- PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN: Avance 0%

Identificación de Activos de información de todos los procesos del HUS: Se definieron 3 actividades Identificación de Activos de información de todos los procesos del HUS, Aprobación de Matriz de Activos de Información del HUS y Publicación de Matriz de Activos de Información en la página Web del HUS

Se realizó la planeación de las reuniones con los procesos para la identificación de los activos de información donde se definió comenzar las reuniones a partir del mes de mayo hasta el mes de agosto.

- PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN: Avance 0%

Se definieron 2 actividades para el 2019 las cuales están programadas para ejecutarse a partir del segundo trimestre de 2019.

Documento con la política de seguridad de la información aprobada y socializada a todos los procesos del HUS

Actualización del Manual de seguridad de la información y socializar a todos los procesos del HUS

- PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS – PINAR:

El plan se articula con el Programa de Gestión Documental y se tiene un avance del 47 % a continuación el detalle del avance:

1. Elaboración e Identificación de tipos de riesgos: formatos establecidos en el Manual de PINAR Archivo General de la Nación. Se realiza la elaboración de los formatos. Avance del 100%.
2. Elaboración de la Clasificación de riesgos: formato tabla de evaluación de acuerdo a los ejes articuladores establecidos en el Manual de PINAR Archivo General de la Nación. Se realiza la elaboración de la clasificación de los Riesgos. Avance del 100%.
3. La Calificación e Inclusión matriz de riesgos institucional y se tiene establecido dar cumplimiento para el segundo trimestre de la vigencia 2019 de acuerdo al cronograma.
4. Una vez identificado el Fondo Documental Acumulado se realizará levantamiento de inventario único documental natural de las áreas identificadas:
 - Gerencia
 - Talento Humano
 - Subdirección de Personal
 - Mantenimiento y Arquitectura
 - Patología
 - Atención al Usuario (Estadística historias Clínicas)

Dado lo anterior se lleva un avance del 83% de realización de inventario donde se cuenta con inventario completo de Gerencia, Talento Humano, Subdirección de Personal, Mantenimiento y Arquitectura y Patología. Estadística es el área con más fondo documental acumulado con 140 cajas x-300 historias clínicas de Hospitalizados y 90 cajas x-300 de historias clínicas de Urgencias para un total de 230 cajas X-300. Se lleva un avance del 32% de la totalidad de la documentación a inventariar y el 68% restante se llevara a cabo durante la vigencia y según disponibilidad de personal para realizar la actividad.

5. Tablas de Valoración Documental para aprobación, presentación documento y soportes para Convalidación Consejo Departamental de Archivo: Se realizará hasta que se cuente con los soportes para presentación (inventario único documental fondo documental acumulado).
6. Continuar con la implementación de la Directiva presidencial 04 de 2012 Cero Papel, estrategia uso racional de recursos: Se tiene establecido dar cumplimiento en el segundo trimestre de la vigencia 2019.

1.3. PUMP

Cierre PUMP 2018			
Total OM	Completadas	En Desarrollo	Cierre de Ciclos
8	6	2	75%

Las actividades que no se lograron completar fueron:

Seguimiento a la interfaz de PACS RIS – DGH: Se continuará realizando el seguimiento a la interfaz ya que se han reportado estudios que no han migrado entre los dos sistemas. Se continuará trabajando la OM en PUMP 2019. Realizar conciliación de la información del inventario de equipo informático de sistemas con el módulo de activos fijos: De acuerdo a la auditoría realizada por control interno del informe de Derechos de autor dentro de los hallazgos se presentaron observaciones con respecto a los activos intangibles y algunos observaciones con respecto a la descripción de los activos que se ajustaron en DGH. Se continuará trabajando la OM en PUMP 2019 en conjunto con el área financiera y el líder de Almacén.

Se envió PUMP 2019 al área de Planeación para su aprobación donde se incluyeron las anteriores OM.

1.4. PAMEC

CIERRE PAMEC VIGENCIA 2018							
GRUPO DE ESTÁNDARES	TOTAL OM	ACCIONES	COMPLETO	EN DESARROLLO	NO INICIADO	ATRASADO	% CUMPLIMIENTO
GERENCIA DE LA INFORMACION	11	26	23	1	0	2	88%

Las actividades que no se lograron completar fueron:

Programar y realizar una referenciación para identificar estrategias y/o metodologías de comparación de los indicadores y adopción de mejores prácticas: Responsable Área de planeación – no se logró realizar la referenciación se traslada esta Actividad para el PAMEC 2019.

Diseñar la metodología y desplegarla al interior de la entidad para su implementación: Responsable Área de planeación – Se definió la metodología pero faltó realizar el despliegue. Se traslada esta Actividad para el PAMEC 2019.

Implementación de los ajustes en los sistemas de información en la HC. Responsable Subdirección de Sistemas – Se realizó la definición de los ajustes por el comité de Historias clínicas pero no se logró realizar la parametrización del DGH. Se traslada esta Actividad para el PAMEC 2019.

Se envió PAMEC 2019 al área de Planeación para su aprobación donde se incluyeron las anteriores actividades.

1.5. PLAN ANTICORRUPCIÓN

Plan Anticorrupción 2019 - Subdirección de Sistemas					
Subcomponentes / Procesos		Actividades	Meta o Producto Anual	Fecha Programada	Avance
Política de Administración de Riesgos	1.1	Fortalecer la Socialización de la política de gestión del riesgo institucional	Política de Gestión del riesgo Socializada al 50% de los colaboradores del HUS y UFZ	31/10/2019	0%
Monitoreo y Revisión	1.5	Revisión y monitoreo al Mapa de Riesgos de corrupción Institucional	Revisión y monitoreo una vez en la vigencia y/o cuando se materialice un riesgo de corrupción	15/11/2019	0%
Lineamientos de transparencia activa	5.1	Publicación de informes en pagina Web de acuerdo a la ley 1712 de 2014	Lista de Chequero de informes a ser publicados	13/12/2019	100%
Elaboración los instrumentos de la gestión de la información	5.4	Implementación de los 3 instrumentos establecidos por la Ley para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades:	Matriz e activos de información del HUS por cada área de la institución diligenciada	30/09/2019	0%
			Matriz de información publicada en la pagina Web	13/12/2019	0%

Se realizó la verificación de la información publicada en la página web de acuerdo a la ley 1712 de 2014 y el HUS tiene un cumplimiento del 94% se realizará el seguimiento trimestral de la publicación de la información.

1.6. HALLAZGO NO. 2 CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA

LEY GENERAL DE ARCHIVOS: Con relación al archivo de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, se establece de acuerdo a la visita realizada por el grupo auditor, que se encuentra ubicado en un espacio no adecuado, de igual forma gran parte de la información se encuentra en cajas en el suelo, sin iniciar ningún proceso archivístico.

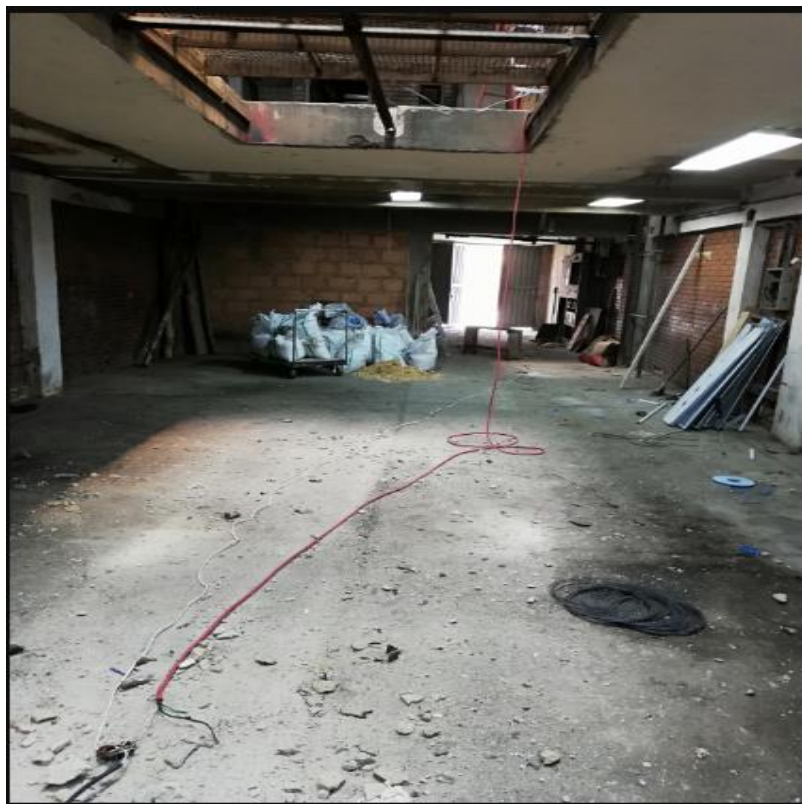
Se evidencio que la entidad auditada tiene a su cargo el archivo de gestión y archivo central, el cual se encuentra ubicado en un inmueble denominados casas viejas declarado bien de interés cultural que se tiene como bodega ubicado en la sede de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA con problemas de humedad, de igual forma se encuentra otra información en un container que lo tiene acondicionado como bodega, espacios que no reúnen los requisitos para almacenamiento y organización documental.

Por tal razón la administración debe continuar con la depuración, clasificación y organización de la información Ubicada en cajas según evidencia fotográfica, al igual que la ubicación de un espacio adecuado para la organización del archivo de gestión y el archivo central de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

Teniendo en cuenta observaciones realizadas por parte de la Contraloría de Cundinamarca se da cumplimiento y avance de **90%**, A continuación las acciones realizadas:

- Se realiza contrato de arrendamiento de bodega tres (3) pisos para uso y ubicación física de archivo central de la entidad, (\$ 2.800.000 pago de arriendo mensual).
- Adecuación de las instalaciones (acondicionamiento de la planta física pintura, instalación de electricidad, agua, desmontaje y montaje de estantería de la bodega antigua a la nueva bodega, desmontaje y montaje de estantería de la bodega caldera a la nueva bodega).
- Traslado de la documentación de archivo de las calderas, bodega de archivo centra a la nueva bodega para Archivo central de la entidad.

BODEGA ANTES DE ACONDICIONAMIENTO



BODEGA ACONDICIONADA



INSTALACIÓN ESTANTERIA



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



TRASLADO ESTANTES Y DOCUMENTACIÓN CALDERA ANTES



TRASLADO DOCUMENTACIÓN ARCHIVO CENTRAL



El 10% restante corresponde a la adquisición de nueva estantería, adecuación física de rampa para el ingreso, instalación de extintores y rutas de evacuación, instalación de tapas eléctricas, extracción de escombros, donde se tiene establecido dar cumplimiento en el segundo trimestre de la vigencia 2019.

1.7. GESTIÓN DEL RIESGO:

No se tiene evidencia de la materialización de ninguno de los riesgos identificados para el proceso de gestión de la información.

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Indicador
			ZONA DE RIESGO	
Posibilidad de Pérdida de información Crítica	Se presenta cuando hay una pérdida de información tanto física como digital, de las operaciones críticas (Historia Clínica, DGH, PACS, RIS , PATCORE, LABCORE, Contratos) del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Perida del patrimonio documental e Historico Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información	ALTA	Ataques Informáticos Que Afectan El Sistema De Información
Publicación de Información confidencial del HUS	Se presenta cuando se realiza la publicación de información confidencial del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Afectación de la imagen del Hospital de forma Negativa	ALTA	
Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS	Se presenta cuando los sistemas de información críticos del HUS presentan falla y generan inconvenientes en la atención de los usuarios	Demora en la atención Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información Cancelación de atenciones medicas Afectación en la atención de los pacientes por no acceso a la información	ALTA	Disponibilidad de sistemas de Información

1.8. PLAN ESTRATÉGICO DE COMUNICACIONES – PECOS

Se definieron 12 actividades de las cuales se tenía programado una (1) actividad de Para el primer trimestre que correspondía a llevar a cabo el Comité de Comunicaciones. Avance del PECOS 14.3%.

1.9. Otras Actividades Realizadas:

PROYECTO ALMERA:

Se realizó el proceso de contratación del Sistema de Información ALMERA donde se tiene un avance en la implementación del 47% a continuación se detalla el porcentaje de avance por cada uno de los módulos adquiridos:

Módulo	Avance
Módulo de Calidad - SGC DOCUMENTACIÓN	76%
Módulo De Auditorías Internas De Calidad	10%
Módulo de Acciones de Mejoramiento - SGC EVALUACIONES & PLANES DE MEJORAMIENTO	33%
Módulo de Administración De Riesgos	35%
Módulo Seguridad Del Paciente	80%
Módulo de Gestión de actas y Equipos Primarios	65%
Módulo de Planeación Estratégica	0%
Módulo de Indicadores	64%
Módulo de Gestión Humana	0%
Módulo de PQR	76%
Módulo de Encuestas	80%
Total Avance	47%

AFINAMIENTO DINÁMICA GERENCIA HOSPITALARIA

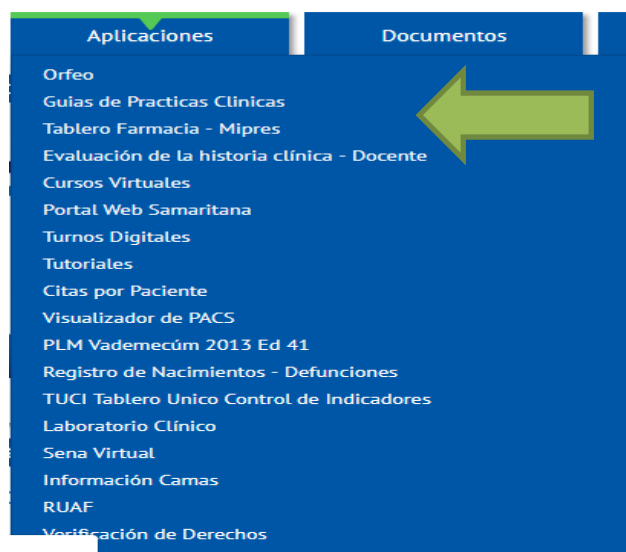
Se realizó las siguientes actividades

- Actualización DGH (Versión 41673):
- Proceso de ajuste y capacitación de módulo de Activos Fijos: Se realiza seguimiento al proceso planificado en el módulo de activos fijos, para el cual se realizó la actualización de DGH, con el fin de cargar saldos iniciales los cuales fueron cargados 22.000 del levantamiento de información realizado por el área de almacén.
- Proceso de Costos Hospitalarios: Se realiza seguimiento al proceso de implementación en el módulo de Costos Hospitalarios, en el cual se realizado acompañamiento a las actividades definidas en esta área.
- Cierre Presupuesto: Se realizó el procedimiento de cierre de presupuesto en el cual se cargan los rubros presupuestales para la nueva vigencia.
- Cierre contable NIIF 2018.
- Deterioro de Cartera: Se realiza verificación de la funcionalidad y se aprueba por financiera, pendiente realizar la actualización de DGH para liberar la funcionalidad.
- Carga de Masiva de Objeciones: Se realiza verificación de la funcionalidad y se aprueba por Líder de Cuentas médicas, pendiente realizar la actualización de DGH para liberar la funcionalidad.

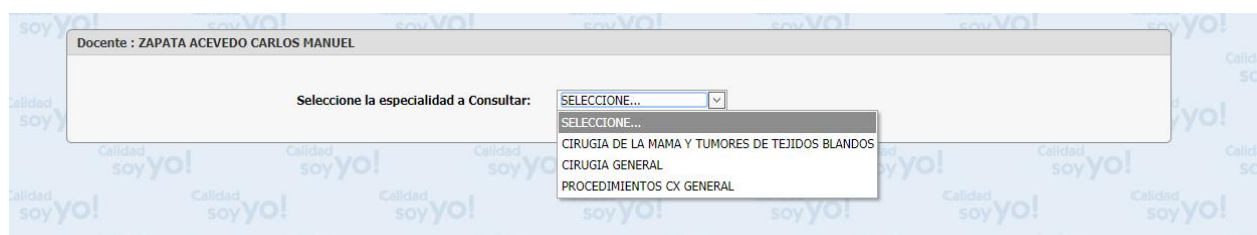
DESARROLLO DE APLICATIVO HISTORIA CLÍNICA DE DOCENCIA

Para el primer trimestre por solicitud del área de Educación Médica, se agregó un cambio sustancial en el método de calificación en donde se agregó 2 opciones de calificación que deben ser elegidas por el docente.

La aplicación se encuentra alojada en la intranet – aplicaciones



Permite consultar al médico su especialidad asociada y los estudiantes que pertenecen a dicha especialidad.



Al seleccionar la especialidad si existen estudiantes creados en el aplicativo y asociados en dinámica a la especialidad se mostrara un resumen con los datos del estudiante y la información de folios creados por el mismo.

Docente : ZAPATA ACEVEDO CARLOS MANUEL

Seleccione la especialidad a Consultar: CIRUGIA GENERAL

	IDENTIFICACION	NOMBRES	REALIZADOS	APROBADOS	REVISADOS	RECHAZADOS	P/ACLARAR
Seleccionar	1020744599	DURANGO HERAZO RAFAEL MAURICIO	152				
Seleccionar	1126864124	VINCK GEERMAN ERIC EDWARD	387	3	8	5	5

En esta pantalla también permite seleccionar el estudiante a calificar desplegando una ventana con los pacientes que el estudiante le ha creado folios.

Estudiante: VINCK GEERMAN ERIC EDWARD

Realizados: 387 Aprobados: 3 Revisados: 8 Rechazados: 5 P/Aclarar: 5

filtro por Paciente:

	IDENTIFICACION	PACIENTE
Seleccionar	00009029	DEOGRACIAS HERNANDEZ GONZALEZ
Seleccionar	1007248108	ISIS NAYIBER MENDEZ MORENO
Seleccionar	1010204326	MONYKA ALEXANDRA VARGAS GARCIA
Seleccionar	1012460692	EDNA VANESSA SILVA SANCHEZ
Seleccionar	1013649733	ANGIE VERONICA GARCIA PINEDA
Seleccionar	1023921028	LEONARDO ANDRES PUERTA LAMBRANO
Seleccionar	1030662600	CARLOS EDUARDO DIAZ REYES
Seleccionar	1033680836	HECTOR JAVIER CANTE TORRES
Seleccionar	1035426522	LUIS FERNEY JARAMILLO MARIN
Seleccionar	1037568	JESUS SILVA SALOMON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Al seleccionar el paciente este muestra los folios asociados al estudiante.

Estudiante: VINCK GEERMAN ERIC EDWARD

Realizados: 387 Aprobados: 3 Revisados: 8 Rechazados: 5 P/Aclarar: 5

filtro por Paciente: 1007248108

	IDENTIFICACION	PACIENTE	HCFECFOL	HCFNUMFOL	ESTADO	MEDICO	OBSERVACION	ACLARACION	OID
Seleccionar	1007248108	ISIS NAYIBER MENDEZ MORENO	07/04/2019 12:48:22 a.m.	2					
Seleccionar	1007248108	ISIS NAYIBER MENDEZ MORENO	07/04/2019 12:53:12 a.m.	3					8796927
Seleccionar	1007248108	ISIS NAYIBER MENDEZ MORENO	07/04/2019 05:37:21 a.m.	4					8797053

Tipo de Evaluacion

☐ Historia clinica de Ingreso ☐ Historia clinica de Evolucion

Tipo de Evaluacion

☐ Historia clinica de Ingreso ☐ Historia clinica de Evolucion

Si el medico docente selecciona un folio podrá calificar de dos formas Historia Clínica De Ingreso o Historia clínica de evolución.

Datos Paciente				
Identificación	Del paciente	Nombre completo, género, Origen y procedencia, Ocupación, estado civil, escolaridad, religión, lateralidad y discapacidad	5%	
	Del grupo Medico	Nombre completo (especialista, residente, interno(s) y estudiante(s))	5%	
Anamnesis	Motivo de consulta	Registro conciso, en palabras del paciente, del síntoma principal que lo hizo consultar	5%	
	Enfermedad actual	Registro en orden cronológico y detallado de los síntomas presentados por el paciente que tengan relación con el motivo de la consulta, hasta el momento actual de la valoración (incluir datos relevantes de lo sucedido en su atención extra o intra-institucional)	20%	
	Revisión por sistemas	Registro de síntomas positivos y negativos (de ser relevantes) diferentes a los ya expresados en la enfermedad actual.	5%	
	Antecedentes	Personales y familiares, con fecha de ocurrencia, duración, tiempo de exposición, reconciliación medicamentosa (dosificación de la medicación)	5%	
Ayudas diagnósticas	Reporte de Exámenes paraclínicos relevantes	Registro claro (valores completos), cronológico e interpretativo (con las unidades de medida que se requieran)	5%	
Examen Físico	Signos Vitales	completos, incluyendo peso y talla (de no ser posible considerar último registro fiable o un estimado y aclararlo en la historia clínica), y escala de dolor.	5%	
	Por sistemas	registro de lo normal y anormal (de forma detallada), profundizando con lo relacionado en la enfermedad actual	15%	
Diagnósticos		Utilizando el CIE-10, con las observaciones necesarias en cada uno, iniciando con el que justifica la hospitalización actual (marcado como diagnóstico principal).	15%	
Análisis		Teniendo en cuenta la información anterior (sin que se convierta en un simple resumen) se genera un concepto global, claro y concreto (tipo de paciente, antecedentes o factores de riesgo, contexto clínico de la situación actual), que genera hipótesis diagnósticas de la enfermedad actual del paciente, y las opciones diagnósticas para confirmar o descartar dichas presunciones.	5%	
Plan de manejo		Basado en el análisis se genera un plan de estudio y manejo terapéutico lógico y viable, soportado por las presunciones diagnósticas. Se incluye la constancia de suministrar esta información a paciente y/o familiares (detallando nombres y parentescos).	10%	
Requiere folio de aclaración en Dinámica Gerencial			☐ SI ☐ No	
CALIFICACION OBTENIDA				Grabar Borrar

VENTAJAS

- Se aloja la información en único sitio (base de datos), suministrando información rápida y de fácil consulta.
- Permite a los estudiantes consultar el estado de sus calificaciones.
- Permite al docente realizar un seguimiento por notas a los estudiantes, dándole herramientas para facilitar planes de acción en notas bajas.
- Permite generar un control de los estudiantes que se encuentran realizando actividades en el hospital.

AJUSTES EN SEGUNDO TRIMESTRE

- opción de reportes
 - Resumen de notas por estudiante
 - Cuadro comparativo por especialidad de promedio de notas



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

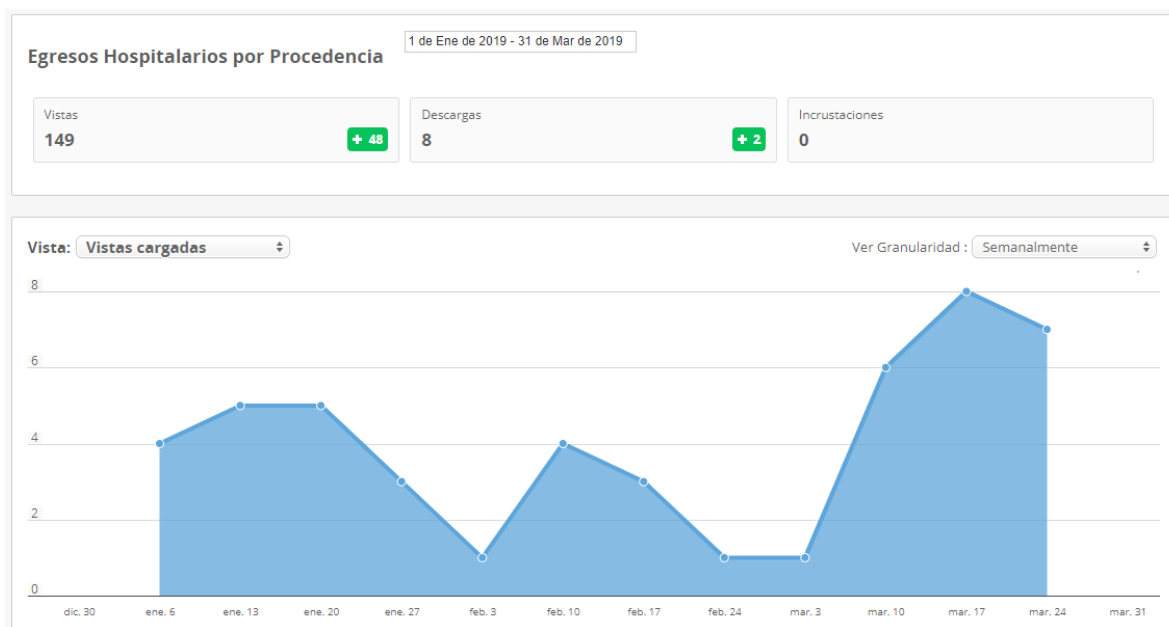
- Impresión de formato de notas para firma de docente
- Envío de mensajes al correo electrónico con estado de pendientes por revisar para el docente y estudiante.

REGISTRO NACIONAL DE BASES DE DATOS:

Se realizó el Registro Nacional de Bases de Datos: Se realizó el análisis y levantamiento de las Bases de datos que contienen datos personales y son manejadas en el HUS, de este levantamiento se registraron un total de 34 bases de datos (20 de Bogotá y 14 de Zipaquirá). Se publicaron sobre el portal <https://rnbd.sic.gov.co> de la superintendencia de industria y comercio.

REGISTRO DE DATOS ABIERTOS:

Se realizó el registro de información de datos abiertos en el portal <https://www.datos.gov.co>.



Para el indicador publicado por el HUS, se han realizado 149 visitas y 8 descargas de la información publicada.

ELABORACIÓN DE PERFIL 1 Y 2

Se realizó la elaboración del perfil 1 y perfil 2 del estándar de gestión de la Información al igual que el apoyo en el diligenciamiento de la matriz de indicadores de ICONTEC para visita de seguimiento de acreditación en salud.

SEGUIMIENTO A REDES SOCIALES DEL HUS

- **RED SOCIAL FACEBOOK**

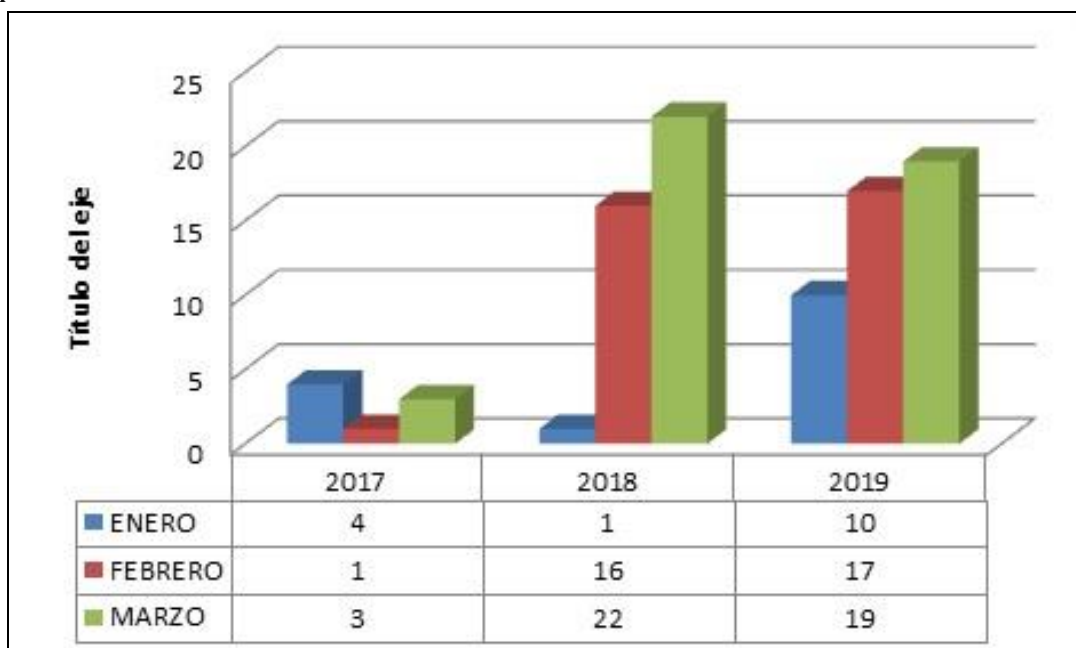
Se tiene proyectado Aumentar el NUMERO DE SEGUIDORES SUPERIOR A LOS 6.000. Dentro de la gestión del área de comunicación esta realizar de manera constante y oportuna la publicación de información impactante y noticiosa dirigida al público interno y externo del hospital. Conllevando de esta manera al 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.



Actualmente se tiene un total de 7.823 seguidores, el aumento en las publicaciones relacionadas con las actividades y necesidades de difusión de la institución como promoción de campañas (orden y aseo), información institucional (noticia adquisición Hospital Regional de Zipaquirá), transmisión charlas magistrales, etc. han facilitado el incremento de seguidores que han optado por visualizar los contenidos que semanalmente se difunden en esta red social, lo cual también significa un aumento en la favorabilidad o imagen positiva del HUS.

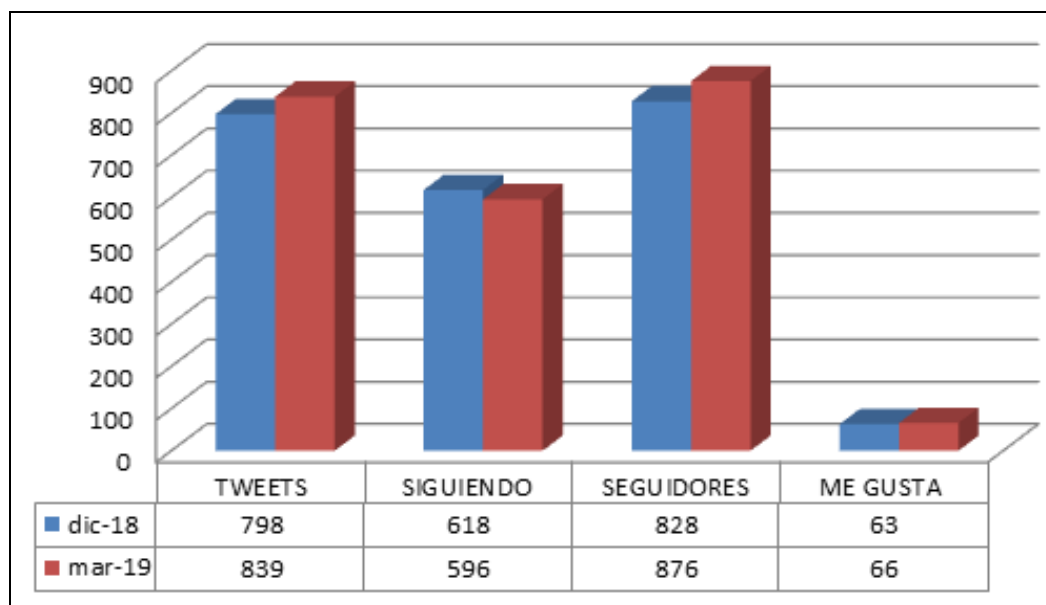
CANAL DE YOUTUBE

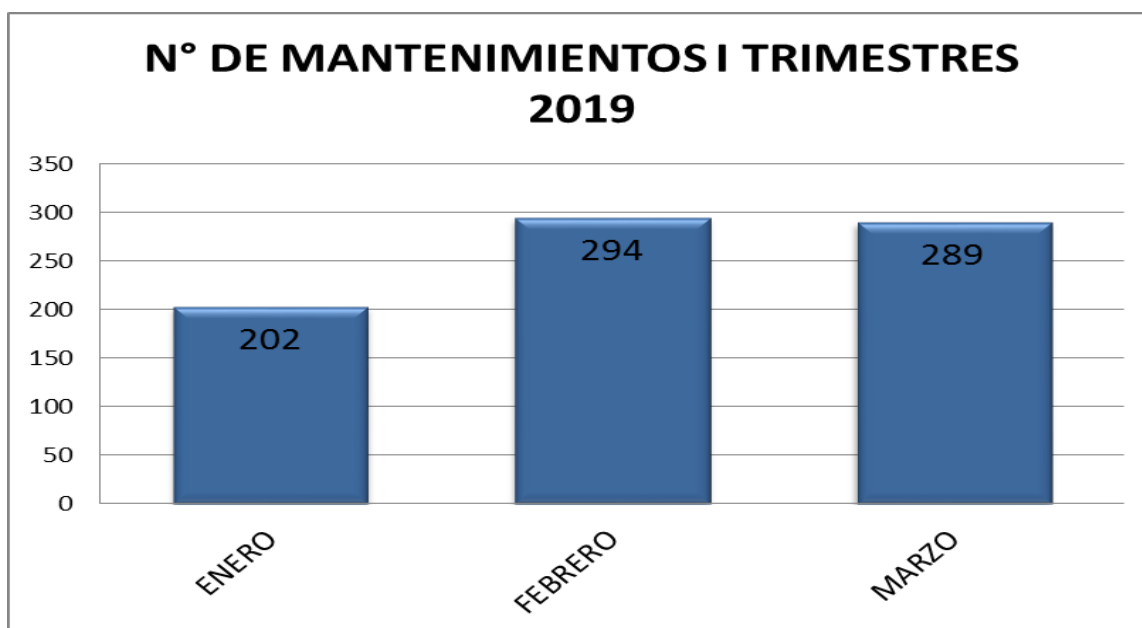
Actualmente se tiene un TOTAL de 46 suscriptores en el canal de YouTube. Se percibe un aumento significativo que corresponde con la mayor publicación de contenidos en el canal como las charlas magistrales las cuales, además de los internos, son vistas por el personal asistencial de la Red Departamental de Salud, publicación de videos institucionales lo que significa también un aumento en las visualizaciones. Se estableció para el 2019 aumentar el número de suscriptores a 100.



RED SOCIAL TWITTER

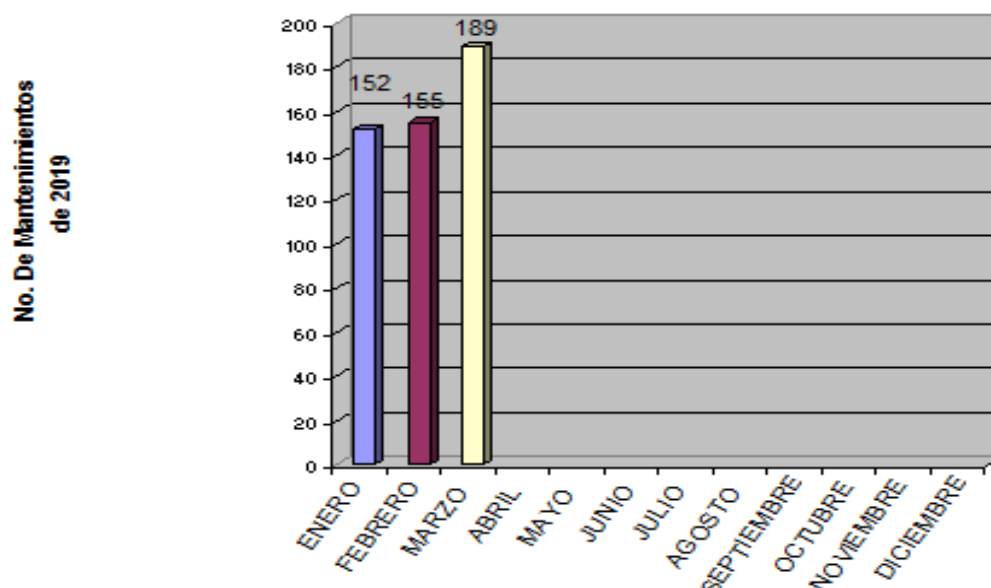
Actualmente se tiene 129 seguidores demostrando así como esta red social se ha posicionado en los seguidores del Twitter del Hospital Secretaria de Salud de la Gobernación de Cundinamarca @SecSaludCun, de la Gobernación @CundinamarcaGov, y diferentes aliados del sector de la salud.



4.3 GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO**GESTIÓN DEL PROCESO****1.1. ANÁLISIS DE MANTENIMIENTOS****a) SEDE BOGOTÁ**

La gráfica representa el número de mantenimientos realizados en el primer trimestre por mes evidenciándose que en el mes de enero se registra una baja cantidad de mantenimientos comparado con los meses de febrero y marzo debido a un sub-registro de datos por un tiempo de inactividad que tuvo la plataforma “Mesa de ayuda”, lo que generó que algunas solicitudes no tuvieran soportes y como back up un registro manual de las solicitudes atendidas. Para los meses siguientes meses se tuvo un buen registro de actividades aplicando las estrategias Plan Padrino y 4 P (Pintura Preventiva Programada Permanente) las cuales fueron un éxito.

b) SEDE ZIPAKUIRA 2018



1.2. INDICADORES

a) SEDE BOGOTÁ

I. PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

N° de mantenimientos 2019

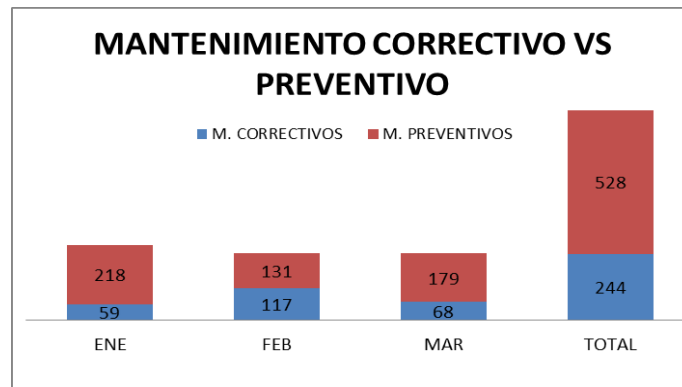
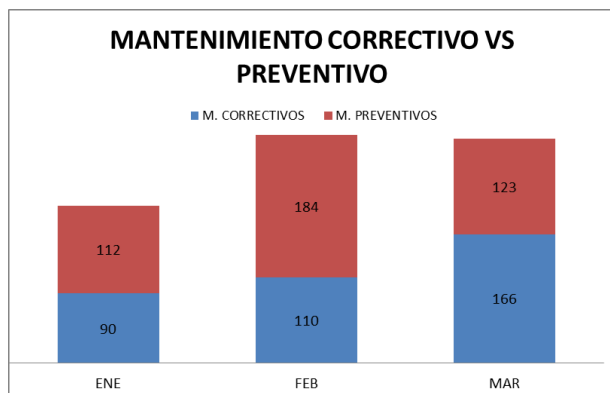
MATRIZ DE MANTENIMIENTOS					
	ENE	FEB	MAR	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	90	110	166	366	46,62%
M. PREVENTIVOS	112	184	123	419	53,38%
TOTAL	202	294	289	785	100,00%

N° de mantenimientos 2018

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS					
	ENE	FEB	MAR	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	59	117	68	244	31,61%
M. PREVENTIVOS	218	131	179	528	68,39%
TOTAL	277	248	247	772	100,00%

NUMERO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS VS PREVENTIVOS 2019

NUMERO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS VS PREVENTIVOS 2018



En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2018 el mantenimiento correctivo aumento en un 15% lo anterior debido a que el uso obligatorio de la plataforma para solicitar todo tipo de mantenimientos género que las actividades correctivas se logran cuantificar en su totalidad.

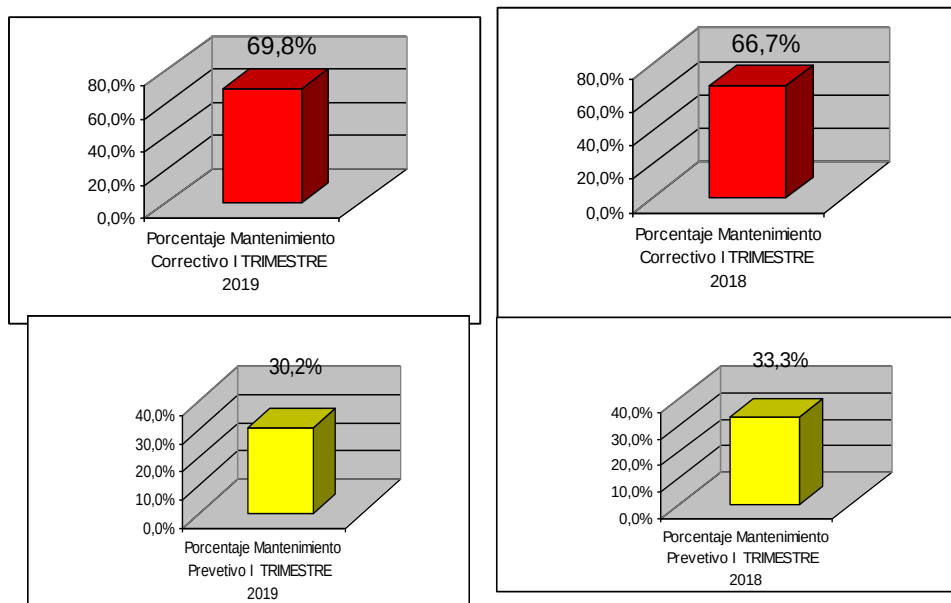
b) Sede Zipaquirá

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2019					
	ENERO	FEBRE	MARZO	TOTAL	PORCENTAJE
M. PREVENTIVOS	49	60	41	150	30.2%
M. CORRECTIVOS	103	95	148	346	69.8%
TOTAL	152	155	189	496	100,00%

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2018					
	ENERO	FEBRE	MARZO	TOTAL	PORCENTAJE
M. PREVENTIVOS	43	34	37	114	33.3%
M. CORRECTIVOS	72	64	92	228	66.7%
TOTAL	115	98	129	335	100,00%

En la matriz se puede identificar que aumentaron los mantenimientos correctivos en 3.1 % con respecto al año anterior.

**INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO I TRIMESTRE DE 2018
VS I TRIMESTRE 2019**



Los mantenimientos preventivos se encontraron en un 30.2 % en la totalidad del I trimestre de 2019, se observa que en los mantenimientos correctivos estuvieron un 69.8 %. En el caso del aumento de los correctivos se presentaron algunas órdenes de mantenimiento relacionadas con las adecuaciones del Centro de Salud de Cogua.

II. INDICADOR PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO

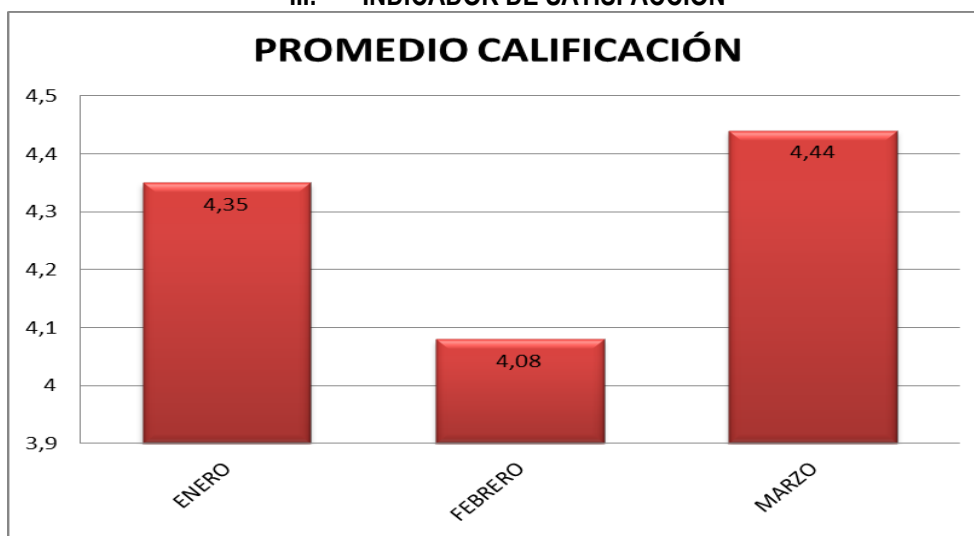
% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
ENERO	2	0	0,00%
FEBRERO	34	14	41,18%
MARZO	23	6	26,09%
TOTAL	59	20	33,90%

- El indicador muestra que en un promedio de 33.90% se cumple a cabalidad con las solicitudes prioritarias.

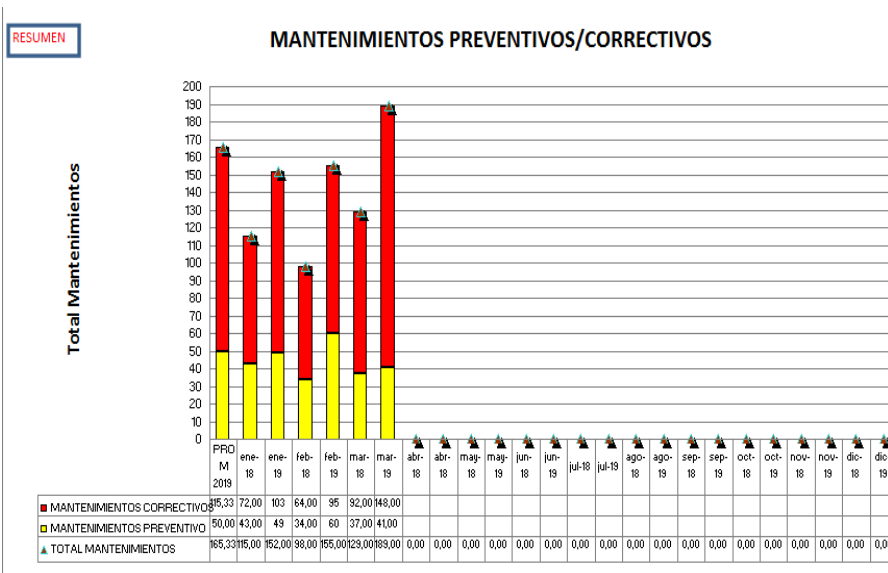
- Dado que los indicadores están fuera de la meta establecida en los procedimientos, se realizara una reunión con el equipo para analizar la causas de dicho resultado y así identificar las acciones de mejora más apropiadas para mejorar la ejecución y así mismo impactar de manera positiva el indicador
- Las solicitudes faltantes igualmente se solucionaron pero en un tiempo después de un (1) día.

III. INDICADOR DE SATISFACCIÓN

PROMEDIO CALIFICACIÓN



c) Sede Zipaquirá



Los Mantenimientos Preventivos / correctivos para el I Trimestre 2019 se evidencia un aumento significativo debido a que se ha realizado en las instalaciones de la Unidad Funcional Zipaquirá y en sus puestos de Salud un programa de revisión y reparación el cual ha garantizado el buen funcionamiento de los equipos industriales, áreas y su fiabilidad, todo ajustado al cronograma de mantenimientos preventivos del año y al plan de mantenimiento Hospitalario, el promedio de los mantenimientos de lo que va corrido del año está en 165.3 órdenes de mantenimiento atendidas durante la vigencia, además de las adecuaciones al Centro de Salud de Cogua.

1. PQRS

1.1. SEDE BOGOTÁ

En este trimestre se atendieron siete Peticiones, quejas y reclamos

NUMERO DE PQR	FECHA	ASUNTO	ESTADO
20193000000022	2019-01-08 14:50 PM	MEJORA DE ENTRADA A URGENCIAS - CUBIERTA	CONTESTADO
201930000000372	2019-01-14 11:53 AM	INCONFORMISMO CON RUIDO POR OBRA CONSULTA EXTERNA	CONTESTADO
201930000000502	2019-01-17 15:51 PM	CAIDA DE OBJETOS - FILTRACION DE POLVO	CONTESTADO
201930000000722	2019-01-17 14:55 PM	INCONFORMISMO - POLVO, RUIDO POR OBRA	CONTESTADO
201930000003082	2019-02-20 11:26 AM	LLAMADO DE ENFERMERIA NO FUNCIONA	CONTESTADO
201930000005002	2019-03-06 10:22 AM	MALTRATO POR COMPAÑERO DE MANTENIMIENTO	CONTESTADO
201930000007432	2019-03-22 11:37 AM	MANEJO DE AGUAS NEGRAS Y FILTRACION DE MAL OLOR	CONTESTADO

2. PLAN OPERATIVO ANUAL

2.1. Sede Bogotá

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												
1-ER PISO	GASES MEDICINALES												
	BANCO DE SANGRE												
	IMAGENES DIAGNOSTICAS												
	LABORATORIO CLINICO												
	LABORATORIO PATOLOGIA												
	LABORATORIO INMUNOLOGIA												
	GASTRO												
2-DO PISO	SALAS DE CIRUGIA												
	UCI 2-PISO												
	ESTERILIZACION												
	HOSPITALIZACION 2-DO SUR												
3-ER PISO	HOSPITALIZACION 2-DO NORTE												
	SALA DE PARTOS												
	NEONATOS												
	HOSPITALIZACION 3-RO SUR												
4-TO PISO	HOSPITALIZACION 3-RO NORTE												
	CONSULTA EXTERNA (4-TO PISO)												
	HOSPITALIZACION 4-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 4-TO NORTE												
5-TO PISO	HOSPITALIZACION 4-TO " B"												
	HOSPITALIZACION 5-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 5-TO NORTE												
	CUIDADO INTEREMEDIO												
	HALLES, ESCALERAS, PASILLOS												

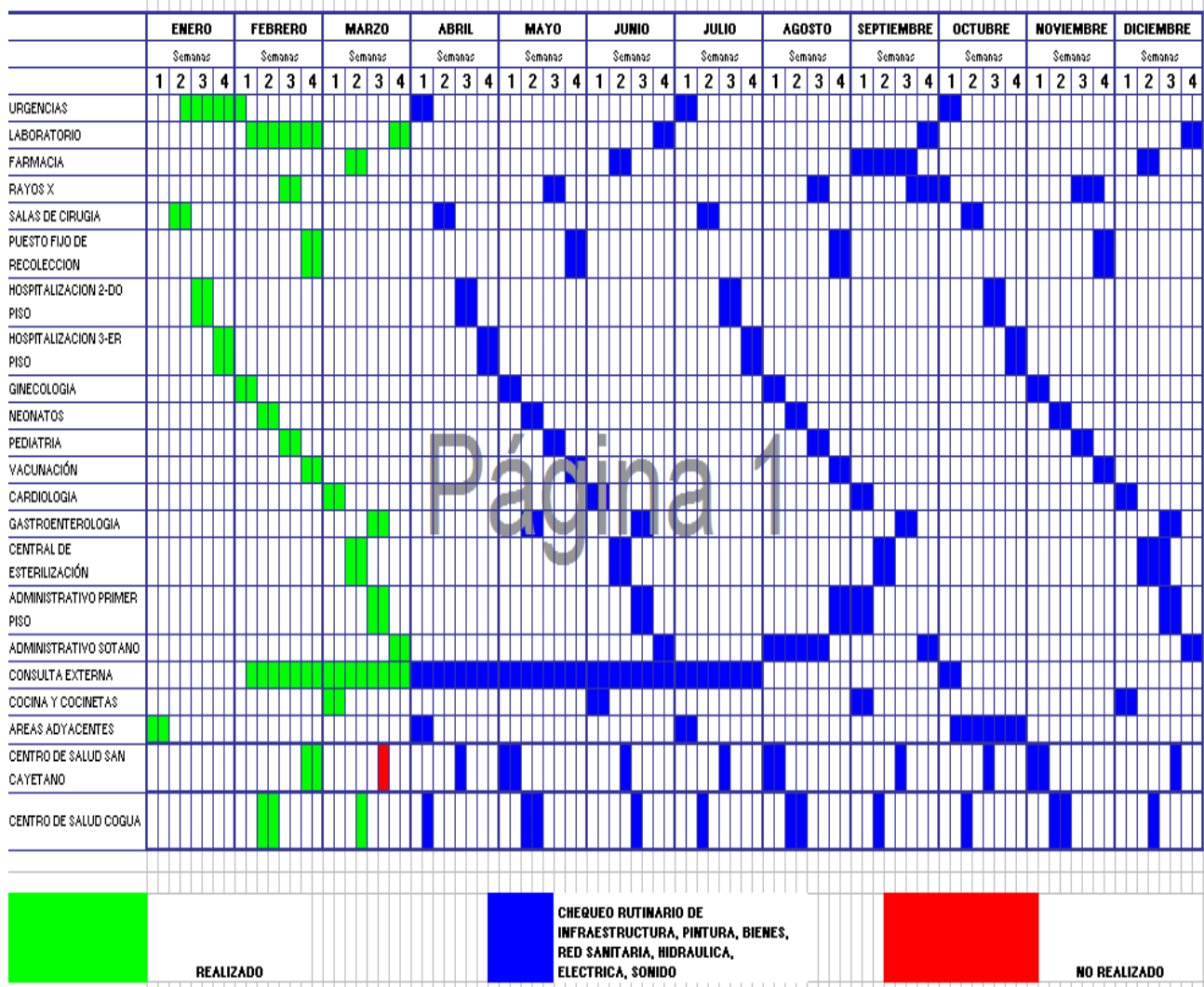


MANTENIMIENTO PREVENTIVO
MANTENIMIENTO CORRECTIVO

2.2. Sede Zipaquirá

CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS SERVICIOS DEL HUS ARQUITECTURA Y MANTENIMIENTO

PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2019



El Cumplimiento del Cronograma de Mantenimiento para El I TRIMESTRE – 24.67% de acuerdo a la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario 2019

3. PAS

3.1. SEDE BOGOTÁ.

El PAS (Plan de acción en la salud) del área está enfocado al apoyar el objetivo estratégico número 1 con el que se busca **FORTALECER LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DE LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS EN EL MODELO DE RED DEPARTAMENTAL** en el cual se establecen dos objetivos operativos cada uno con sus actividades específicas, mencionadas a continuación:

Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim
Actualizar la documentación y el presupuesto de obra para la segunda etapa del Proyecto de Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología)	50%	100%
Radicar y hacer ajustes solicitados por el Ministerio de Salud	30%	0%
Elaborar los estudios previos una vez se cuente con la aprobación del Ministerio de Salud	20%	0%
Ejecución del plan mantenimiento hospitalario	25%	25%
Radicar prorroga ante CODENSA y obtener aprobación para continuar con la ejecución de la obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	15%	100,00%
Obtener permisos para aprobación de proyecto de ejecución de la obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	15%	20,00%
Estudios previos para contratar la ejecución de la obra correspondiente a la implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	10%	0,00%
Contratar para la ejecución de la obra e interventoría	15%	0,00%
Asegurar o anclar todos los lockers.(cuantificar los lockers y realizar anclaje)	5%	48%

4. GESTIÓN DEL RIESGO

4.1. SEDE BOGOTÁ.

Se realizó una reformulación de los riesgos ya que en la anterior matriz se encontraban identificados por cada procedimiento lo cual nos resultaba 11 riesgos de los cuales no se ha llegado a materializar ninguno; en la actualización se analizan de una manera general por proceso y destacando los riesgos más representativos los cuales son:

- Priorización inadecuada de las necesidades de mantenimiento de la infraestructura.
- Incumplimiento del plan de mantenimiento preventivo
- Tiempos de respuesta oportunos a mantenimiento correctivo

5. PROGRAMA

5.1. SEDE BOGOTÁ.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

NÚMERO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS PROGRAMADOS		
	PROGRAMADAS	REALIZADAS
ENERO	53	53
FEBRERO	52	52
MARZO	50	50
ABRIL	36	
MAYO	38	
JUNIO	29	
JULIO	51	
AGOSTO	52	
SEPTIEMBRE	50	
OCTUBRE	43	
NOVIEMBRE	46	
DICIEMBRE	36	
TOTAL	536	155
% CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO		
PRIMER TRIMESTRE	100%	

Para el corte de primer trimestre se obtiene un cumplimiento del 100% de ejecución del plan de mantenimiento preventivo, y con un cumplimiento de 29% para todo el año 2018.

6. OTROS

a. SEDE DE BOGOTÁ

PRINCIPALES LOGROS

- Avance de obra de SALA DE PARTOS con un 50% de ejecución



- Remodelación baños públicos







- Reubicación puestos de facturación



- Obra en Esterilización con un 100% de ejecución





- Adecuación casa en arrendamiento de archivo

Antes



Después



- Pintura fachada final 100% de ejecución



DISTRIBUCIÓN AUXILIARES DE MANTENIMIENTO A CARGO “PLAN PADRINO”

Nombres	Cargo	Funciones
Reyes Daniel	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos eléctricos correctivos y/o preventivos de cualquier área del HUS BOGOTA
Gaitán Enrique	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos eléctricos correctivos y/o preventivos de cualquier área del HUS BOGOTA
Cáceres Jonathan	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Tercero Norte.</u>
Anzola Robinson	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Quinto Piso.</u>
Bermúdez Juan	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Sótano Norte</u>
Moreno José	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Tercero Sur</u>
Pérez Jorge	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Segundo Norte</u>
Anzola Wilmer	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Sótano Sur</u>
Hermes José	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Primer Piso</u>
Méndez Jeison	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Segundo Sur</u>
Prieto José	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Cuarto Norte</u>

6.1. Sede Zipaquirá

PRODUCTIVIDAD DE FUNCIONARIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO I TRIMESTRE 2019

Nombres	Solicitudes de Mantenimientos Correctivos	Mantenimientos Preventivos
TRIANA CARLOS	55	20
ACOSTA CARLOS	61	15
JIMENEZ MILLER	39	16
VILLEGAS PEDRO	41	22
MONDRAGON OLIVERIO	44	17
MONDRAGON JOSIMAR	37	23
FORERO JHONATAN	51	19
Empresas Contratadas	18	18
	346	150
	TOTAL	496

PRINCIPALES LOGROS EN EL AREA DE MANTENIMIENTO I TRIMESTRE 2019

- Adecuaciones Cardiología.
- Pintura interior Ginecología, Hospitalización segundo y tercer piso
- Adecuaciones Centro de Salud de Cogua
- Instalación de cubierta 350 mt2 primera fase
- Mantenimiento eléctrico tableros de distribución primera fase
- Adecuaciones del auditorio consulta externa

REGISTRO FOTOGRAFICO MANTENIMIENTO PREVENTIVO/ CORRECTIVO LO MAS SIGNIFICATIVO

ADECUACIONES PUESTO DE SALUD DE COGUA: Habilitación centro de salud Cogua







4.4 PROCESO DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA



051



SC5520-1

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



4.5 GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

CAPÍTULO V

OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

5.1 OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

GESTIÓN DEL PROCESO

Objetivo del proceso de evaluación y seguimiento: Evaluar de manera independiente Objetiva y Oportuna el sistema de control interno, a través de seguimientos y auditorias generando alertas tempranas que contribuyan con

el mejoramiento continuo en la gestión del Hospital Universitario de la Samaritana que sirva como apoyo a la toma de decisiones del nivel directivo

En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina de control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana.

1. INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO.

NO HAN SALIDO LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL 2018 (LOS EMITE EL DAFP)

COMPONENTES	RESULTADOS DAFP-2017	QUINTIL	FACTOR	RESULTADOS DAFP-2016	RESULTADOS DAFP-2015	RESULTADOS DAFP-2014	RESULTADOS DAFP-2013
AMBIENTE DE CONTROL	66.5	2	ENTORNO DE CONTROL	1,23	1,91	2,28	2,19
				INICIAL	BASICO		
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	71.8	4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,43	3,71	2,93	3,16
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
Nota: Direccionamiento estratégico ahora está inmerso en: ACTIVIDADES DE CONTROL	74.4	4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2,98	3,45	2,47	2,44
				INTERMEDIO	INTERMEDIO		
GESTIÓN DE RIESGO	70	3	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,64	4,11	2,45	2,47
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
ACTIVIDADES DE MONITOREO	72.5	4	SEGUIMIENTO	3,26	3,7	3,09	2,86
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
CALIFICACIÓN TOTAL	72.7	4	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	42,75%	59,40%	41,01	40,60%
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	ALTO		RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
CONVENCIONES QUINTIL 1,2,3 BASICO 4 Y 5 ALTO			CONVENCIONES INICIAL : 0-10 BASICO: 11-35 INTERMEDIO: 36 -65 SATISFACTORIO: 66-90 AVANZADO: 91 - 100				

1.1 INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO

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

Noviembre de 2018 – febrero 2019

Pendiente:

Marzo 2018 – junio 2018

Julio 2018 – Octubre 2018

1.2 COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO. CUMPLIMIENTO DEL 100%

Se programaron las 3 reuniones obligatorias del comité, la primera se realizará en mayo de 2019.

1.3 FORTALECIMIENTO DEL MECI

Se ha buscado llegar a funcionarios que por sus actividades no tienen acceso al computador para consultar el correo, a través de la creación del grupo en WhatsApp MECI-HU de la Samaritana que en la actualidad se aumentó de 81 a 138. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

SOCIALIZACIÓN MEDIANTE VIDEOS

2019

1. las 3 líneas de defensa 219 visitas
2. Inducción sobre control interno 33 visitas

2018

1. Se produjo video en el mes de abril sobre la implementación de MIPG el hoy ya cuenta con 1701 visitas.
2. Se emitió video sobre el pensamiento basado en riesgos que cuenta con 141 visitas
3. Se produjo video sobre inducción y reinducción (control interno MECI) que cuenta con 138 visitas.
4. Se produjo video sobre control interno subiendo el nivel de conciencia que cuenta con 110 visitas
5. Se emitió video sobre austeridad del gasto que cuenta con 144 visitas.
6. Seguimiento a riesgos y controles con 335 visitas.
7. MECI – plan de mejoramiento en entidades públicas. 509 visitas
8. Autocontrol MECI. 410 visitas.
9. Gestión del riesgo primera parte. 260 visitas
10. Gestión del riesgo segunda parte. 122 visitas
11. Gestión del Riesgo tercera parte 156 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 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015 15 recomendaciones del año 2016.	
2017	4.27	EFICIENTE	Cuatro recomendaciones vigentes del 2014 12 recomendaciones pendientes del 2015 18 recomendaciones pendientes del 2016 16 recomendaciones de la vigencia 2017	
2018	4.31	EFICIENTE	Cuatro recomendaciones vigentes del 2014 12 recomendaciones pendientes del 2015 18 recomendaciones pendientes del 2016 16 recomendaciones de la vigencia 2017	

3 AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME SOBRE DERECHOS DE AUTOR

VIGENCIA	HALLAZGOS	CUMPLIMIENTO DE LAS

		RECOMENDACIONES
2013	6 HALLAZGOS	Se atendió uno de seis hallazgos. 16%
2014	9 HALLAZGOS	Se atendieron 3 de 9 recomendaciones. 33.33%
2015	Se reiteran 6 y dos nuevas. Total 8	Se atendieron 3 de 8 recomendaciones 37.5%
2016	19 HALLAZGOS Y 5 RECOMENDACIONES	Se realizaron actividades para atender las recomendaciones pero las 5 recomendaciones siguen vigentes 0%
2017	12 y 12 recomendaciones	Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.
2018	2016 5 recomendaciones 2017 7 recomendaciones 2018 6 recomendaciones Total 18 recomendaciones	Pendiente entrega del plan de mejoramiento

4. AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.

Se radicó el correspondiente informe el 7 de febrero de 2019, correspondiente a la vigencia 2018.

Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2018.

5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2019	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2018	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2017	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS
21	17	20	17	13	12	5	5	14	7	8	6
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	

1.AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.1	1	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	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		3.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE.1	1	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR- CUMPLIDA	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1
4.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1	1	4.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1	1	AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS— CUMPLIDA	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1
5.AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS. 1	1	5.AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS. 1	1	AUDITORÍA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS- CUMPLIDA	1			AUDITORÍA DE PQRSD, LEY ANTITRÁMITES, CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL A CONTRATOS	1
6.AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS-1	1	6.AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS-1	1	CUMPLIMIENTO-PUNTO FUENTE GESTIÓN	1			REPORTES Y VERIFICACIÓN DEL SIA CONTRALORÍA	1	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	1

				DEL RIESGO- CONTROL INTERNO- CONTRALORÍA- CUMPLIDA				-VIGENCIA 2014			
7.AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1	1	7.AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS- CUMPLIDA	1			AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATI VO	1		
8. AUDITORÍA A RIESGOS Y CONTROLES DE LOS PROCESOS. 1		8. AUDITORÍA A RIESGOS Y CONTROLES DE LOS PROCESOS. 1	1	AUDITORÍA VERIFICACIÓ N AL SIA OBSERVA- CUMPLIDA	2	AUDITORÍA DE PQRSD	1				
9. CUMPLIMIENTO DEL PUMP FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO. 1		9. CUMPLIMIENTO DEL PUMP FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO. 1	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIA S	1				
10. SEGUIMIENTOS POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN (OFICIOS ENVIADOS A LOS LÍDERES DE LOS PROCESOS SOLICITANDO INFORMARAN SOBRE POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN)	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 AUSTERIDAD EN EL GASTO DECRETO 1068 DE 2015. 1		11. AUDITORÍA DE AUSTERIDAD EN EL GASTO DECRETO 1068 DE 2015. 1	1	AMBIENTAL PGIRS							
12. AUDITORÍA DE PGIRHS. 1		12. AUDITORÍA DE PGIRHS. 1	1	CAJAS MENORES	1						
13. AUDITORÍA PROCESOS DISCIPLINARIOS.		13. AUDITORÍA PROCESOS DISCIPLINARIOS.	1	INVENTARIO S ACTIVOS FIJOS	INCLUIDA EN LA AUDITOR						

1		1			IA DE CONTROL INTERNO CONTABLE						
14. AUDITORÍA PQRS. 1		14. AUDITORÍA PQRS. 1	1	DISCIPLINARIOS	1						
15. AUDITORÍA MIPG. 1	1	15. AUDITORÍA MIPG. 1	1								
16. AUDITORÍA CAJAS MENORES. 1		16. AUDITORÍA CAJAS MENORES. 1	1								
17. AUDITORÍA RECOMENDACIONES ELABORACIÓN PAS Y PI. 1		17. AUDITORÍA RECOMENDACIONES ELABORACIÓN PAS Y PI. 1	1								
18. GESTIÓN DOCUMENTAL,		GESTIÓN DOCUMENTAL,									
19. SARLAF,		SARLAF,									
20. ACTIVOS FIJOS		ACTIVOS FIJOS									
21. AUDITORÍA SUIT	1										
	38.09		85%	PORCENTAJE DE AVANCE	92.3%	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	PORCENTAJE DE AVANCE	50%	PORCENTAJE DE AVANCE	75%
AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2018		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2018	1	AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2017		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2016		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2015		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2014	
		AUDITORÍA DE TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN AL CIUDADANO.		AUDITORÍA AL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL- PUMP DE ACREDITACIÓN	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	6		

								sobre: la revisión del envío del informe mensual del SIA			
						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 ADMINISTRATI VO-18 DE ENERO 2016- OCI-HUS.001- 16	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATI VO	1		
								EVALUACIÓN POR DEPENDENCIA S	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
TOTAL	9	TOTAL	18	TOTAL	13	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7

Se han realizado 15 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. Acuerdos de gestión 2019
10. Auditoría concurrente – Dirección científica
11. Rendición de informes a entes externos

12. Facturación
13. Condiciones de habilitación sistemas de gestión.
14. RUAF
15. Inventario Propiedad planta y equipo

En el segundo trimestre se le realizará seguimiento a:

2. Rentabilidad y/o pérdida operacional y sistema de costos
3. Implementación de MIPG
4. Actualización del Manual de funciones

De los seguimientos realizados llama la atención la respuesta emitida por el funcionario Álvaro Guevara Posada Profesional Especializado III del área de facturación, quien de manera clara narra varios inconvenientes que ameritan que se atiendan y resuelvan de manera inmediata a través de plan de mejoramiento avalado por sus superiores.

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CONTRALORIA

AUDITORIA ESPECIAL FINSEMA 2015 - 2018	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2017	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2016	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2015	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2014	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2013	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2012
SIN HALLAZGOS	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:
	Concepto sobre La gestión	NA	Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
	Opinión sobre los Estados contables	NA	Opinión sobre los Estados contables	Con salvedades	Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades
	Fenecimiento	No se fenece de forma	Fenecimiento	Se fenece	Fenecimiento	No fenece	Se fenece	fenece	fenece
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO									
	Primer trimestre		primer trimestre	27.5	primer trimestre	34.43%	16,60%	26,38%	
	Segundo trimestre	El seguimiento ahora se radica en el segundo trimestre.	Segundo trimestre	51.00%	Segundo trimestre	37.35	45,50%	54,93%	44,26%
	Tercer trimestre		Tercer trimestre	67.15	Tercer trimestre	76.12	70.00%	73,73%	50,95%
	Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL		Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	91.92%	Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	89.25%	93,40%	95.20%	90,03%.
	Nivel de cumplimiento		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%. Con oficio del 4 de abril de 2019 se envió a la Supersalud el avance correspondiente a uno de los tres hallazgos que se encuentran pendientes. Se encuentra pendiente por cumplir: Acuerdos de gestión, hoja testigo de historias laborales inactivas, actualización caracterizaciones de los procesos de: Atención al paciente extramural, atención al paciente quirúrgico, atención farmacéutica.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2015.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015.

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

Pendiente el tema del integrante de la Junta Directiva por el sector científico externo

Acuerdos de gestión

8. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO PUMP – FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO.

El mapa institucional de riesgos 2018 no fue publicado.

El mapa de institucional de riesgos 2019 no ha sido publicado.

9. SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES

Se realizará el segundo semestre

10. SEGUIMIENTO ENTREGAS DE TURNO

Porcentaje de asistencia.

MES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ENERO	71,94%	63,80%	48,71%	54,67%	51,37%	52.02%	56.98%	62.33%
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8%	55.27%	63.36%	65.50%
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51.50%	50.17%	63.27%	49.36
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51.59%	50,6%	65.17	
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 asistió al turno administrativo programado y se rindió el correspondiente informe.

11. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

VIGENCIA	ACTIVIDADES A EJECUTAR	ACTIVIDADES EJECUTADAS AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO
2014	19	7	37%
2015	16	6	37,5%
2016	33	12	36.36% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 65,9%
2017	41	28	68.29% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 90%
2018	35	24	68% Avance 86%
2019	35		Pendiente seguimiento en Mayo No está publicado el mapa de riesgos de corrupción

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 SIA Contraloría, correspondiente a la vigencia 2018

13. ACUERDOS DE GESTIÓN

Se encuentra pendiente la suscripción de la totalidad de los acuerdos de gestión 2019.

14. COMITÉ DE CONCILIACIONES.

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

Se recomienda se tenga en cuenta para el comité de conciliaciones lo siguiente:

Se 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.

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.

De los seguimientos realizados llama la atención la respuesta emitida por el funcionario Álvaro Guevara Posada Profesional Especializado III del área de facturación, quien de manera clara narra varios inconvenientes que ameritan que se atiendan y resuelvan de manera inmediata a través de plan de mejoramiento avalado por sus superiores.

16. ACREDITACIÓN

Se ha ejercido las funciones de secretaria del estándar de Direccionamiento y Gerencia.

Reuniones realizadas:

26 de febrero

1 de marzo

4 de marzo

5 de marzo

Se ha solicitado 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.

17. CUMPLIMIENTO DEL PAS 2019.

CUMPLIMIENTO DEL PAS 2019. Cumplimiento para el trimestre 100%

Avance general de las 4 actividades 50%

ACTIVIDAD

Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución (NA Se realiza en el 4 trimestre).

ACTIVIDAD

Aplicación de la encuesta a los funcionarios para medir el grado de implementación del MECI. 50% (primer trimestre). **Cumplimiento del 100%**

Evidencia: Con oficio del 17 de enero de 2019 se enviaron a los líderes de los procesos y procedimientos de la entidad las encuestas de implementación del MECI contestaron 21 funcionarios de 44 encuestas enviadas a funcionarios.

ACTIVIDAD

Elaborar y socializar el informe de auditoría anual del MECI vigencia 2018. 50%. (primer trimestre) **Cumplimiento del 100%.**

Evidencia: El 12 de marzo de 2019, se radicó informe de auditoría anual del MECI 2018, a todo el Comité Directivo, informe que esta publicado.

El 8 de marzo de 2019, se envió informe cuatrimestral al comité directivo en donde se evidencias fortalezas y recomendaciones a las 7 dimensiones de MIPG, entre ellas la de control interno y se les manifiesta que ese informe debe tenerse en cuenta para la elaboración del plan de acción del MECI

El 15 de marzo de 2019 se radicó al comité directivo el informe de auditoría de implementación de MIPG, en el cual también se audita el MECI.

ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la evaluación emitida por el DAFP según la encuesta diligenciada en el aplicativo dispuesto por el DAFP. (Segundo Trimestre) . El DAFP no ha emitido los resultados.

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



051



SC5520-1

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



GESTIÓN DEL PROCESO

Estructura funcional de la Oficina Asesora Jurídica

Tiene como líder al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica (1) y un (1) secretario en misión.

Actualmente cuenta con ocho (8) abogados en misión que están contratados a través de empresa temporal, de estos uno (1) es 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:**

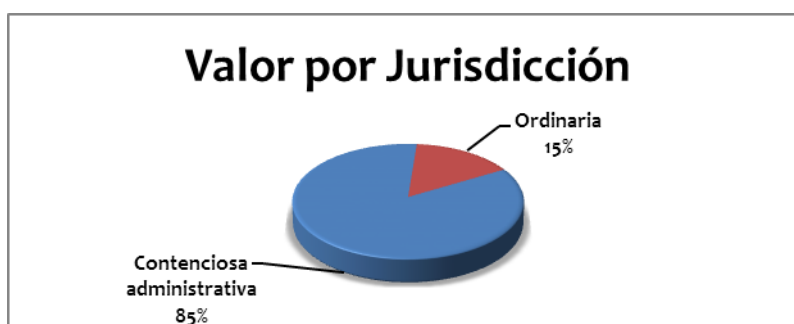
- Soporte jurídico en asuntos requeridos por las diferentes autoridades y decisiones administrativas.

6.2. 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 76% y los encontrados en la jurisdicción ordinaria el 24%.



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 2019	
	No. Procesos	Cuántía
Contencioso Administrativa	119	\$49.296.378.926
Ordinaria	37	\$10.729.771.093
TOTAL	156	\$60.026.150.019

En la jurisdicción administrativa, durante el primer trimestre se interpusieron 21 demandas contra de la entidad, 18 procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho en los que se solicita la existencia de contrato realidad por valor de \$384.644.177 y 3 procesos de Reparación Directa por valor de \$1.383.295.879.

En la jurisdicción ordinaria, durante el primer trimestre se interpusieron 3 demandas Ordinarias Laborales contra de la entidad por valor de \$192.087.078.

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS				
Jurisdicción	A 1er trimestre 2018		A 1er trimestre 2019	
	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Contencioso Administrativa	95	\$45.917.685.180	119	\$49.296.378.926
Ordinaria	16	\$1.267.057.884	37	\$10.729.771.093
TOTAL	111	\$47.184.743.064	156	\$60.026.150.019

Comparando con la vigencia anterior, en la jurisdicción Contencioso Administrativa se incrementó en veinticuatro (24) procesos (20%) y en la jurisdicción Ordinaria se incrementó en veintiún (21) procesos (70%).

Se aclara que el Hospital se encuentra vinculado como víctima en 16 procesos de Hurto por medios informáticos.

De igual forma se deja de presente que la información de los procesos judiciales de la entidad contenida en este informe, corresponde al total de los procesos y no al número de procesos reportados en SIHO 2193, esto en razón a que en el informe de SIHO 2193 se reportan los procesos con contestación de demanda, mientras que en la base general de procesos del HUS existen procesos que se encuentran para contestación de demanda, como quiera que el término para contestar demanda es de 55 días hábiles.

Por último, se informa que la Gestión de Cartera Judicial del Hospital se maneja en una base de datos por separado, sin embargo, para el segundo trimestre del presente año se consolidará en una sola matriz de procesos judiciales para facilitar su manejo y control.

A continuación se relacionan los procesos de cartera judicial que próximamente serán incluidos en la matriz de procesos judiciales de la entidad:

Cliente	Jurisdicción	Capital	Intereses	Valor deuda (intereses mas capital)
Alianza Medellín Antioquia EPS	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$15.605.363	\$6.552.485	\$22.157.848
Caja de Compensación Familiar de Cartagena-Comfamiliar	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$4.620.913	\$1.734.509	\$6.355.422

Caja de Compensación familiar de Cundinamarca- Comfacundi	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$412.710.789	\$221.258.294	\$633.969.083
Emdisalud	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$746.184.124	\$582.944.295	\$1.329.128.419
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$99.449.273	\$67.713.198	\$167.162.471
EPS Cafesalud MEDIMÁS EPS	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$76.114.160	\$24.420.706	\$100.534.866
EPS Cafesalud MEDIMÁS EPS	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$264.914.138	\$62.104.432	\$327.018.570
EPS Cafesalud MEDIMÁS EPS	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$21.164.665	\$4.961.673	\$26.126.338
EPS Cafesalud MEDIMÁS EPS	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$247.311.237	\$75.554.318	\$322.865.555
EPS Coomeva	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$1.599.997.067	\$384.251.439	\$1.984.248.506
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$1.575.000	\$2.300.919	\$3.875.919
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$44.545.900	\$15.308.033	\$59.853.933
Secretaría Seccional del Cauca	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$2.283.007	\$1.350.894	\$3.633.901
EPS Cafesalud MEDIMÁS EPS	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$9.632.431	\$7.342.802	\$16.975.233
EPS Cafesalud MEDIMÁS EPS	JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$11.532.234	\$8.791.022	\$20.323.256
TOTAL		\$3.557.640.301	\$1.466.589.019	\$5.024.229.320

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>)	78	70%	\$44.307.288.359

Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	1	1%	\$51.754.560
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	6	5%	\$68.972.305
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	5	4%	\$69.529.387
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	1%	\$2.466.666
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	20	18%	\$437.300.528
Controversia Contractual	1	1%	\$1.021.232.310
Total parcial	112	100%	\$45.958.544.115

A primer trimestre (31 de marzo) se encuentran 112 procesos en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa.

Durante el trimestre se retiraron de la base de datos de procesos judiciales 4 procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho, fallados a favor de la entidad y cuyas pretensiones ascendían a la suma de \$47.963.935; los respectivos juzgados ordenaron el archivo definitivo de los mismos. Así mismo, durante el primer trimestre incrementó en 3 procesos de Reparación Directa por valor de \$1.383.295.879.

De las demandas contra la entidad el 85% se encuentran en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, la mayor participación en procesos en esta jurisdicción es por causa de Reparación Directa (96.4%).

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 para la celebración 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.

El proceso se encuentra en el Tribunal Administrativo de Cundinamarca a espera de que se resuelva recurso de apelación interpuesto por el apoderado del HUS.

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 comento.

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).

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

(...)

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 públicos del orden nacional** (no son destinatarios los trabajadores oficiales), lo que indica *per se* 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. El apoderado del HUS interpone dentro del término recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia. Se envía expediente al Tribunal.

Durante el primer trimestre de 2019 se notificaron a la entidad 18 demandas de Nulidad y restablecimiento del Derecho en el que se solicita por parte de los demandantes la existencia de contrato realidad. Las pretensiones de las demandas ascienden a la suma de \$384.644.177.

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. Mediante auto de fecha 13 de febrero de 2019 se ordena la terminación del proceso por desistimiento. A la espera de auto que ordene archivo definitivo del proceso.

En sesión 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, aunado a 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	%	Cuántía
Laboral sobresueldo 20%	3	9%	\$30.190.140
Laboral contrato realidad	26	76%	\$1.237.782.490
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	3	9%	\$45.133.520
Ejecutivo contractual	1	3%	\$86.949.384
Incumplimiento Contractual	1	3%	\$6.734.956.000
Total parcial	34	100%	\$8.135.011.534

A primer trimestre se encuentran 34 procesos en la jurisdicción ordinaria. Para éste trimestre incrementaron 3 procesos ordinarios laborales solicitando se declare la existencia de contrato realidad entre los demandantes y la cooperativa Grupo Laboral. Las pretensiones de las demandas ascienden a la suma de \$192.087.078.

En la Jurisdicción Ordinaria la mayor participación se encuentra en incumplimiento contrato (82.7%), 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.

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

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 (25) 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 Janine Mendoza Acuña que también estuvo vinculada por la cooperativa COOPSEIN, la pretensión es por valor de \$6.506.274. A la fecha éste proceso se encuentra en etapa probatoria.

De los veinticinco (25) 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 3º 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 perteneciente 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 adquiera 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 encontraba en el Tribunal Superior de Bogotá Sala Laboral, para resolver recurso de apelación en el que se confirmó auto que declaró probada la excepción previa de falta de jurisdicción y competencia. A la fecha el expediente se encuentra al Despacho en el juzgado de origen.

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.

Dentro del proceso se contestó la demanda, se hizo llamamiento en garantía y se interpuso demanda de reconvencción.

El día 11 de febrero del año en curso, el Tribunal de Arbitramento profirió el Acta No. 10 por medio de la cual declaró, a causa del no pago de los honorarios por parte de Finsema, concluidas las funciones, extinguidos los efectos de la cláusula compromisoria para el caso en concreto, ordenar a las partes la devolución de los documentos radicados y de los recursos cancelados.

A la fecha de presentación de este informe no se han devuelto los documentos radicados por parte del HUS, razón por la que el proceso aún se encuentra en la base de datos del Hospital.

Comparativo con el trimestre de la vigencia anterior

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD				
Contencioso Administrativo	A 1er TRIMESTRE 2018	A 1er TRIMESTRE 2019	Diferencia	Incremento-Disminución
	No. Procesos	No. Procesos		
Reparación directa (falla médica)	71	78	7	9.86%
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	0	1	1	100%
Nulidad y Restablecimiento (sobresueldo 20%)	10	6	-4	-40%
Nulidad y Restablecimiento (bonificación por servicios)	7	5	-2	-40%
Nulidad y Restablecimiento (proceso disciplinario)	1	1	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (contrato realidad)	1	20	19	1900%
Controversia contractual	1	1	0	0%
Total parcial	91	112	21	23.08%

Ordinario	No. Procesos	No. Procesos	Diferencia	Incremento-Disminución
Laboral sobresueldo 20%	2	3	1	50%
Laboral contrato realidad	8	26	18	225%
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	0	3	3	300%
Ejecutivo contractual	1	1	0	0%
Reconocimiento y pago de prestaciones sociales	2	0	-2	-200%
Incumplimiento Contractual	0	1	1	100%
Total parcial	13	34	21	161.54%
TOTAL	104	146	42	40.38%

Comparando con el 1er trimestre del año 2018 se incrementaron las demandas contra la entidad en un 40.38%.

En la jurisdicción contenciosa se incrementaron 7 procesos de reparación directa por falla del servicio médico respecto del 1er trimestre de 2018.

En la jurisdicción ordinaria la diferencia entre el 1er trimestre de 2018 y el 1er trimestre de 2019 se debe a 18 procesos por contrato realidad de las cooperativas MEGACOOPI y GRUPO LABORAL.

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 1er trimestre 2018		A 1er trimestre 2019	
		No. Procesos	Cuántía	No. Procesos	Cuántía
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	Cuántía	No. Procesos	Cuántía
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	\$1.923.980.029
Total parcial		2	\$670.779.530	3	\$2.594.759.559
TOTAL		8	\$2.924.063.940	10	\$5.932.594.370

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 al

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.

A la fecha de presentación del informe, se está a la espera de auto que fije fecha para para celebración de audiencia inicial.

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, a la fecha el expediente se encuentra 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, 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).

El juzgado de origen se declara incompetente para para conocer de la acción en referencia y se ordena remitir el el expediente al Juzgado 33 Administrativo del Circuito de Bogotá.

La **acción de Lesividad** incoada el 10 de junio de 2016 contra 25 funcionarios del HUS fue admitida y a la fecha se encuentra el expediente pendiente de fijación de fecha para celebrar 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 la fecha el Juzgado ordena liquidar gastos y costas del proceso y se está a la espera del auto que ordena el archivo definitivo del proceso.

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.

A la fecha de presentación del informe, el proceso no ha tenido movimiento procesal pues se encuentra al Despacho desde octubre de 2018.

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.

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 fue remitido al Ministerio de Trabajo y 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.

El 18 de febrero de 2019 se profiere auto que niega mandamiento de pago y el 22 de febrero el apoderado del HUS presentó recurso de apelación. Para la fecha de presentación de éste informe, el proceso se encuentra al Despacho para conceder el recurso de apelación.

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.

El día 11 de febrero de 2019 el Tribunal de Arbitramento profirió el Acta No. 10 por medio de la cual declaró, a causa del no pago de los honorarios por parte de Finsema, concluidas las funciones, extinguidos los efectos de la cláusula compromisoria para el caso en concreto, ordenar a las partes la devolución de los documentos radicados y de los recursos cancelados.

A la fecha de presentación de este informe no se han devuelto los documentos radicados por parte del HUS, razón por la que el proceso aún se encuentra en la base de datos del Hospital.

CONTESTACIONES DE DEMANDA 2018: (indicador de proceso)

En el 1er trimestre se contestaron dieciséis (16) demandas dentro del término establecido, seis (6) en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, dentro de las cuales una (1) fue por Reparación Directa y cinco (5) corresponden a Nulidad y Restablecimiento del Derecho de carácter laboral por reconocimiento de contrato realidad. Dentro de la Jurisdicción Ordinaria se dio contestación a diez (10) demandas por procesos ordinarios laborales por reconocimiento de contrato realidad.

NÚMERO TOTAL DE CONTESTACIONES DE DEMANDAS	
Jurisdicción	1er trimestre 2019
	No. contestaciones
Contencioso Administrativa	6
Ordinaria	10
TOTAL	16

A continuación se presenta el resumen de las demandas que fueron contestadas durante el primer trimestre del año en curso:

En el 1er trimestre:

Dentro de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, se dio contestación al proceso con radicado No. 2018-0082, proceso de Reparación Directa en el cual se pretende el pago de los perjuicios ocasionados por la falla en el servicio al señor Luis Ángel Amaya Villalba. La contestación de la demanda se radicó en término el día 11 de enero del año en curso.

Las 5 contestaciones restantes, se realizaron dentro de procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho, dentro de las demandas se solicita la declaratoria de existencia de contrato realidad entre los demandantes y la Cooperativa Megacoop. Las contestaciones se presentaron en término el día 26 de marzo del año en curso.

En la Jurisdicción Ordinaria, se dio contestación a 10 demandas Ordinarias Laborales en los que se solicita se declare la existencia de contrato realidad entre los demandantes y las cooperativas de trabajo Grupo Laboral (6) y Megacoop (4).

1.2. DEFENSA JUDICIAL - ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso)

MOTIVO ESPECÍFICO	1 ER TRIMESTRE	Participación
CITA ESPECIALISTA	25	20%
DERECHO DE PETICIÓN	8	7%
EXÁMENES	26	21%

MEDICAMENTOS	7	6%
REINTEGRO	3	2%
REMISIÓN	15	12%
SOLICITUD CIRUGÍA	27	22%
SOLICITUD INFORMACIÓN	9	7%
TRANSPORTE	1	1%
TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL	2	2%
Total general	123	100%

En el primer trimestre de 2019 se tramitaron 123 tutelas de las cuales la mayor participación se encuentra en solicitud de cirugía (22%), seguida por exámenes (21%) y cita especialista (21%).

A primer trimestre de 2019, van tramitadas 123 tutelas, que se discriminan en el siguiente cuadro:

MOTIVO ESPECÍFICO	1ER TRIMESTRE	Total
CITA ESPECIALISTA	25	25
DERECHO DE PETICIÓN	8	8
EXÁMENES	26	26
MEDICAMENTOS	7	7
REINTEGRO	3	3
REMISIÓN	15	15
SOLICITUD CIRUGÍA	27	27
SOLICITUD INFORMACIÓN	9	9
TRANSPORTE	1	1
TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL	2	2
Total general	123	123

A 1er trimestre 2019: se han tramitado **123 tutelas**: Bogotá 105 (85%), Zipaquirá 18 (15%).

A 1er trimestre 2018: se habían tramitado **68 tutelas**: Bogotá 56 (82%), Zipaquirá 12 (18%).

El siguiente es el comparativo con la vigencia anterior:

MOTIVO ESPECÍFICO	A 1ER TRIMESTRE 2018	A 1ER TRIMESTRE 2019	DIFERENCIA	INCREMENTO /DISMINUCIÓN
CITA ESPECIALISTA	14	25	11	78.57%
AFILIACIÓN	1	0	-1	-100%
ALIMENTACIÓN	1	0	-1	-100%
DERECHO DE PETICIÓN	0	8	8	800%
EXÁMENES	16	26	10	62.5%
MEDICAMENTOS	3	7	4	133.33%
REMISIÓN	6	15	9	150%
SOLICITUD CIRUGÍA	20	27	7	35%
REINTEGRO	1	3	2	200%
SOLICITUD INFORMACIÓN	1	9	8	800%
TRANSPORTE	3	1	-2	-66.67%
SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA	1	0	-1	-100%
EXONERACIÓN COPAGO	1	0	-1	-100%
TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL	0	2	2	200%
Total general	68	123	55	80.88%

Se observa que incrementaron las Tutelas en 80% respecto al mismo periodo en comparación con la vigencia 2018.

Los principales incrementos se observan en solicitud información, reintegro y remisión.

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ÓRDEN AL HUS	Total	Participación

DESVINCULA	25	20%
NIEGA	23	19%
NO EMITE ORDEN A HUS	38	31%
EL FALLO NO FUE NOTIFICADO	24	20%
ORDENA	6	4%
CONCEDE	7	7%
Total general	123	100%

Se precisa que a corte 1er trimestre existen veinticuatro (24) fallos que no fueron notificados al HUS, porque no se impuso obligación a cargo de la entidad, sin embargo se realizó solicitud formal ante los despachos judiciales para su entrega, los cuales su recolección se reportará en el informe del segundo trimestre.

En las cinco (5) que profirieron orden a la entidad, se dispuso

Expediente	Fallo	Orden	Cumplimiento
2019 – 010	ORDENA	Fallo ordena agendar y practicar cita con las especialidades de cirugía general y nutrición.	Fueron asignadas para los días 05 y 07 de Febrero respectivamente. Oficina Jurídica notifica a través de llamada telefónica a la Sra. Elisa Pelayo y esta cumple con las citas, el galeno decide dejarla hospitaliza.
2019 – 012	ORDENA	Fallo ordena que una vez INPEC emita autorizaciones se debe agendar y realizar en el examen consistente en espirometría y radiografía simple de tórax.	La Oficina Asesora Jurídica solicitó vía correo electrónico y de manera telefónica la emisión de las autorizaciones para poder programar los exámenes ordenados de acuerdo a fallo de tutela pero a la fecha no se ha recibido respuesta alguna. De esto se informó al despacho de conocimiento para que vislumbre el cumplimiento de esta Institución y el no cumplimiento del INPEC.
2019 – 008	ORDENA	Fallo ordena que una vez E.P.S. CONVIDA expida autorizaciones para citas y procedimientos del accionante el HUS debe agendarlas dentro de las 48 horas siguientes y en el menor tiempo posible ejecutarlas.	Se programó cita con la especialidad de Neurocirugía para el día 12 de Febrero de 2019, el accionante asistió por dolor lumbar para lo cual el especialista solicita múltiples exámenes e imágenes para diagnostico. No ha vuelto a control con resultados.

2019 – 215	ORDENA	Fallo ordena dejar sin efecto parcialmente la Resolución No. 019 del 02/01/2019 y se designe en provisionalidad al accionante a un empleo vacante igual o similar al que venía desempeñando por lo menos hasta que sea incluido en nómina de pensiones.	E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana Impugna a la espera de confirmación para cumplimiento o revocatoria del mismo.
2019 – 026	ORDENA	Fallo ordena realizar cirugía de herniografía inguinal derecha.	La E.P.S. Mutual Ser expidió autorizaciones sin dilación administrativa de inmediato y no hubo necesidad de la orden de jurídica para realizar procedimiento toda vez que estaba todo autorizado.
2019 – 023	ORDENA	De manera coordinada con la E.P.S. Convida otorgar cita de control o seguimiento por urología al accionante	Por parte de auditoria de la UFZ se solicita a E.P.S. CONVIDA autorización y emiten con ello programación cita con la especialidad de urología para el día 15 de Abril de 2019 se notifica al accionante para su cumplimiento por parte de auditoria de UFZ.

De acuerdo al motivo se puede observar lo siguiente:

- El HUS tan solo es accionado en el dos 2%, ya que la mayoría de tutelas nos vinculan como entidad prestadora.
- De las EAPBs el mayor porcentaje de tutelas está dirigido a Convida (56%), seguido por el Medimás (28%)

ACCIONADO	Total	Participación
ARL AXXA COLPATRIA	1	1%
ASMET SALUD E.P.S.	1	1%
ASOCIACIÓN MUTUAL SER E.P.S.	1	1%
ASYPO S.A.S.	1	1%
C.I. FILLCO FLOWERS S.A.S.	1	1%
CAPRESOCA E.P.S.	1	1%
COLPENSIONES	1	1%
COLSUBSIDIO E.P.S.	1	1%
COMFACUNDI E.P.S.	1	1%
COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL	1	1%

COMPARTA E.P.S.	3	2%
COMPENSAR E.P.S.	1	1%
CONVIDA E.P.S.	46	37%
DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	1	1%
EMCOSALUD E.P.S.	1	1%
EMDISALUD E.P.S.	2	2%
FAMIMEDICA S.A.	1	1%
FAMISANAR E.P.S.	8	7%
FONDO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	1	1%
HUS	3	2%
INPEC	12	10%
JOSÉ ROCHA	1	1%
MEDIMÁS E.P.S.	23	19%
NUEVA E.P.S.	1	1%
SALUDVIDA E.P.S.	1	1%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTO DEL META	1	1%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS E.P.S.	1	1%
SERVICIOS DE SALUD ANDINA LTDA	1	1%
SERVIMEDICOS S.A.S.	1	1%
SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD S.A.	1	1%
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA - SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B	1	1%
TRIBUNAL DE ETICA MEDICA	1	1%
UNICAJAS COMFACUNDI E.P.S.	1	1%
Total general	123	100%

1.3. DEFENSA JUDICIAL - INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS: (indicador de proceso)



051



SC5520-1

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



En el 1er trimestre del año 2019, se realizaron cuatro (4) actuaciones, durante el mismo periodo del año 2018 se realizaron tres (3) actuaciones, aumento en un setenta y cinco 75%.

ACTUACIÓN	1er TRIM 2018	1er TRIM 2019
DESCARGOS	1	1
ALEGATOS	2	3
RECURSOS	0	0
Total	3	4

MOTIVO DE QUEJA	Total	Participación
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	21	33%
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	43	67%
Total	64	100%

Al 1er trimestre del año 2019 se encuentran sesenta y cuatro (64) procesos vigentes, 21 (33%) incumplimientos normativos y 43 (67%) por irregularidades en la prestación del servicio médico, durante el mismo periodo de 2018 se encontraban sesenta y dos (62) procesos vigentes, diecisiete (17) por incumplimientos normativos y cuarenta y cinco (45) por irregularidades en la prestación del servicio médico, **disminuyó 3.2% (2 procesos)**.

MOTIVO DE QUEJA	A MARZO 2018	A MARZO 2019
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	17	21
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	45	43
Total	62	64

En el 1er trimestre de 2019, se archivaron seis (6) procesos e n total los cuales relaciono a continuación: 2015 Q 215, 2015 Q 208, 2015 Q 182, 2016 Q 075, 2016 33468 y 2017 Q 065.

Durante el 1er trimestre ingresaron dos (2) nuevos procesos todos por irregularidades en la prestación del servicio médico.

En el 1er trimestre de 2019 se presentaron tres (3) solicitudes de caducidad, dos (2) ante la Secretaría de Salud del Departamento y una (1) ante la Secretaria de Salud Distrital las cuales se encuentran en trámite.

Al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el 62% (40) de los procesos se encuentran en la Secretaría de Salud Departamental y el 31% (20) en la Secretaría de Salud Distrital seguido por la Superintendencia Nacional de Salud 3% (2), INVIMA con 1% (1) y CAR Cundinamarca con 1% (1).

ENTIDAD	Total	Participación
CAR – CUNDINAMARCA	1	2%
INVIMA	1	2%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	40	63%
SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	20	31%
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	2	3%
Total	64	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 1er trimestre de 2019, treinta y dos (32) (50%), se encuentran principalmente en la ciudad de Bogotá, diecinueve (19) (30%), en la Unidad Funcional Girardot y trece 13 (20%) en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

UNIDAD FUNCIONAL	Total	Participación
BOGOTÁ	32	50%
GIRARDOT	19	30%
ZIPAQUIRÁ	13	20%
Total general	64	100%

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, se realizó nuevamente requerimiento para que profirieran contestación el día 16 de Abril de 2019, a la fecha de presentación de este informe no se ha recibido respuesta a la petición.

MUNICIPIO	Total	Participación
BOGOTÁ	32	50%
COGUA	3	5%
GIRARDOT	10	16%
GUATAQUI	1	2%
NARIÑO	2	3%
NILO	6	9%
SAN CAYETANO	2	3%
ZIPAQUIRÁ	8	13%
Total general	64	100%

Al discriminar por municipio se evidencia que en Bogotá es donde más se presentan investigaciones administrativas 32 (50%) seguido por Girardot 10 (16%), Zipaquirá 8 (13%) y Nilo 6 (9%).

1.4. DEFENSA JUDICIAL - DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

TIPO	A MARZO 2019
CERTIFICACIÓN CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	289
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS	95
SOLICITUD COPIAS	0
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONÓMICAS	0
SOLICITUD APROBACIÓN PÓLIZAS	165
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONÓMICO	0
SOLICITUD MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN	1
SOLICITUD VERIFICACIÓN EVALUACIÓN TÉCNICA	0
SOLICITUD INFORMACIÓN	3
OTROS	0
SOLICITUD FACTURACIÓN Y/O PAGO	0
SOLICITUD INCUMPLIMIENTO	4
SOLICITUD CONCEPTO JURÍDICO	0
Total general	557

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
- ✓ Celebración audiencia 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 1er trimestre de 2019:

- ✓ Productividad 64 invitaciones a contratar
- ✓ 91 Evaluaciones Jurídicas
- ✓ 221 contratos (56 bienes y servicios y 165 de productividad)

- ✓ 78 adiciones (75 adiciones y prórrogas a contratos bienes y 3 productividad)
- ✓ 147 Liquidaciones vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019 (16 bienes y servicios y 131 productividad)
- ✓ Se precisa que productividad en el año 2018, tiene 188 liquidaciones de las cuales se han realizado 130.

Consolidado a 1er trimestre de 2019:

CONSOLIDADO A 31 DE MARZO DE 2019	
GESTIÓN	1ER TRIMESTRE
Productividad - invitaciones a contratar	64
Evaluaciones Jurídicas	91
Contratos suscritos	221
Adiciones y prórrogas	78
Liquidaciones vigencias 2016 y 2017	147
Total	601

Se observa un total de 1158 actuaciones realizadas al primer trimestre de 2019.

1.5. COBRO JURÍDICO DE CARTERA DEL HOSPITAL – (indicador de proceso)

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er trimestre 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 1er trim 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
CARTERA LIMPIA	45	\$ 40.963.068.568	22	\$35.795.916.001
GLOSAS	32	\$ 11.917.366.907	22	\$ 9.896.661.291
Total general	77	\$ 52.880.435.475	44	\$ 45.692.577.292

Se evidencia disminución de 33 procesos que fueron retirados o desistidos frente a lo presentado en el mismo periodo del año anterior.

Ahora, se aclara que en el 4to trimestre de 2018, había 44 procesos por valor de \$49.524.308.214, de los cuales en el 1er trimestre del 2019 se retiraron 4 procesos por valor de \$13.908.122.362 y que se relacionan a continuación:

Cliente	Capital	Intereses	Valor deuda (intereses más capital)	Tipo de cartera	Jurisdicción	Estado

Convida	\$374.037.600	\$534.277.619	\$908.315.219	Cartera limpia	Superintendencia Nacional de Salud	Terminado por pago de la obligación
Ecoopsos	\$12.492.533	\$20.019.086	\$32.511.619	Conflicto de Glosas	Superintendencia Nacional de Salud	El Tribunal Superior quien conoció del recurso interpuesto ante el fallo de primera instancia, acepto la terminación del proceso por acuerdo de pago entre las partes. Conforme se indicó por el área de Cartera los pagos acordados han sido cumplidos por la entidad.
Secretaria de Salud del Valle	\$4.307.210	\$2.055.074	\$6.362.284	Cartera limpia	Jurisdicción Ordinaria	Terminado, Presentación En Nuevo Proceso Monitorio, con actualización de intereses. A la fecha de presentación de este informe los procesos monitorios se encuentran al Despacho para calificar demanda
Convida	11.510.047.339	\$1.450.885.901	\$12.960.933.240	Cartera limpia	Superintendencia Nacional de Salud	Terminado, se realizó conciliación parcial por valor de \$3.314.888.843, dicha suma fue cancelada y se encuentra pendiente el alistamiento de la documentación por parte del área de Cartera para inicio de la acción por el valor no conciliado.

En cuanto a los procesos monitorios:

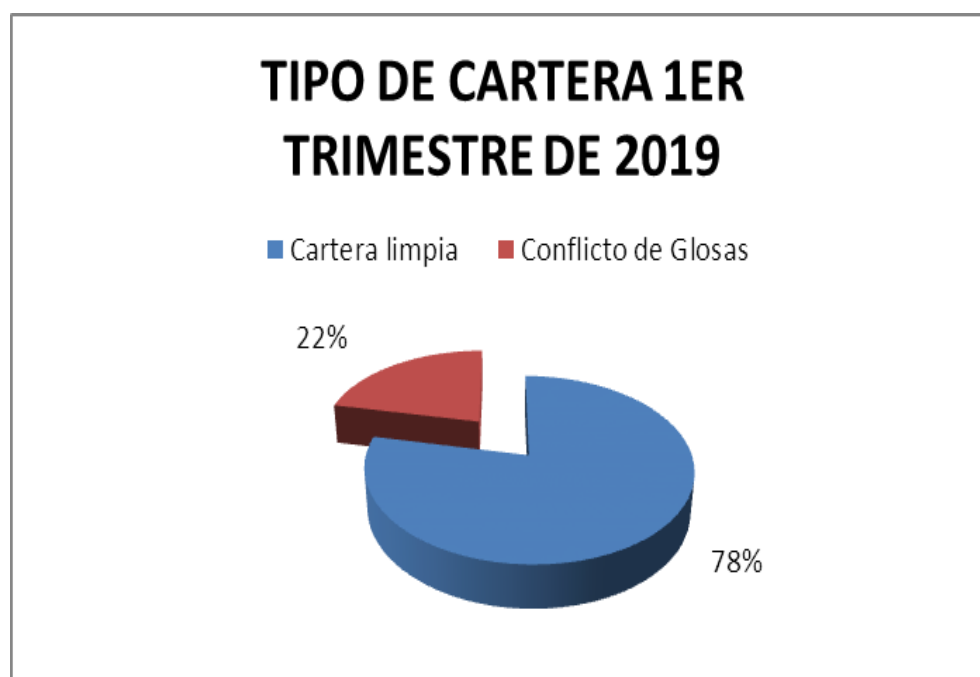
1. CAFESALUD - MEDIMAS, RAD. 2019-484 JUZGADO 47 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE: El proceso se encuentra al Despacho desde el pasado 12 de abril de 2019 para calificación de la demanda.
2. CAFESALUD - MEDIMAS, RAD. 2019-432 JUZGADO 17 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE: El proceso se encuentra al Despacho desde el pasado 22 de marzo de 2019 para calificación de la demanda.

3. SECRETARIA DE SALUD DEL VALLE RAD. 2019-0052 JUZGADO 43 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE: El pasado 03 de abril de 2019 se profirió Auto Admisorio de la demanda (adjunto providencia en 1 folio).

En cuanto al acuerdo de pago de Ecoopsos:

1. Conforme con la reunión que se realizó el 20 de marzo de 2019, el ejecutivo de cartera José Luis Rodríguez, indicó que a la fecha el acuerdo de pago con Ecoopsos se ha cumplido, incluso cancelando valores mayores a los acordados mensualmente, tal es así que en el mes de marzo se realizó el pago por valor de \$240.000.000. Para verificar el cumplimiento de la obligación y el saldo a favor de la entidad la Oficina Jurídica solicitará el informe respectivo al Área de Cartera mediante correo electrónico.

Quedando en el 1er trimestre de 2019, en principio 40 procesos por valor de \$35.616.185.852, sin embargo se adicionan 3 solicitudes de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud cuyo monto asciende a \$ 10.066.565.595 y 1 proceso monitorio por valor de \$9.825.845, para un total de **44** procesos activos en cuanto al cobro de cartera por valor de **\$ 45.692.577.292**.



Al discriminar por tipo de cartera encontramos que referente al valor la participación corresponde a 22% de conflicto de glosas y 78% de cartera limpia, presentándose variación frente al cuarto trimestre de 2019, donde conflicto de glosas representaba 20% y cartera limpia el 80%, modificación que obedece a la terminación e inclusión de los procesos que se relacionaron en líneas anteriores.

Tipo de cartera	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Suma de No. Procesos
Cartera limpia	\$35.795.916.001	22
Conflicto de Glosas	\$9.896.661.291	22
Total general	\$45.692.577.292	44

ESTADO	Suma de No. Procesos
EN PROCESO	42
PENDIENTE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN	2
Total general	44

Se indica que los dos (2) procesos de los cuales se encuentra pendiente el cumplimiento de la obligación corresponden a conciliaciones adelantadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, siendo la entidad convocada CONVIDA EPS.

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 CINCO MIL MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/Cte (\$45.692.577.292), correspondiente a la suma de capital más intereses, de los cuales:

- 16 se encuentran en la jurisdicción ordinaria por valor de CINCO MIL CIENTO SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS M/Cte (\$5.107.431.604), capital más intereses.

Procesos en curso	Suma de Capital	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Suma de No. Procesos
JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$3.610.539.424	\$5.107.431.604	16
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 - Secretaria Departamental.	\$664.116	\$1.372.380	1
Secretaria de Salud del Valle	\$4.307.210	\$9.825.845	1
Secretaria Departamental del Chocó	\$71.375.469	\$101.764.299	1

Es entonces que de los 16 procesos que son competencia de la jurisdicción ordinaria, 2 se encuentran al despacho para calificación de la demanda, 4 se encuentran al despacho para resolver recurso, 2 con auto admisorio de la demanda, 1 donde se libró mandamiento de pago, 1 pendiente de aceptación del desistimiento por pago de la obligación, 1 pendiente de entrega de documentación actualizada por parte del área de cartera para el inicio de proceso monitorio, 1 donde se encuentra programada audiencia de trámite y juzgamiento y 4 de los cuales se viabiliza la opción de iniciar procesos monitorios.

- 28 se encuentran ante la Superintendencia Nacional de Salud por valor de CUARENTA MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/Cte (\$40.585.145.688) capital más intereses.

Procesos en curso	Suma de Capital	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Suma de No. Procesos
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	\$31.259.896.108	\$40.585.145.688	28
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	\$23.918.032.589	\$28.928.355.139	5
Ecoopsos	\$5.256.188.559	\$8.874.096.878	13
Emdisalud	\$1.299.280.361	\$1.760.129.258	1
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

Al respecto se informa que de los 28 procesos competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, 13 se encuentran pendientes de auto que de por terminados los procesos en virtud de acuerdo de pago entre las partes, 5 en trámite de sentencia de primera instancia, 2 para resolución de recurso, 2 con sentencia de primera instancia, 2 con acuerdo conciliatorio pendiente de cumplimiento de la obligación, 2 en donde se encuentra programada audiencia de conciliación y 2 en proyección para la presentación de solicitud de conciliación.

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	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Suma de No. Procesos
JURISDICCIÓN ORDINARIA	\$3.610.539.424	\$5.107.431.604	16
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	\$31.259.896.108	\$40.585.145.688	28
Total general	\$34.870.435.532	\$45.692.577.292	44

EVALUACIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD:

Al discriminar la cartera en el Área Jurídica por deudor se observa que el mayor valor está en cabeza de Convida EPS (63.3%), seguida por Ecoopsos (19.4%).

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	Suma de No. Procesos	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	%
Alcaldía de Cartagena de Indias	1	\$11.365.119	0,025%
Alianza Medellín Antioquia EPS	1	\$22.157.848	0,048%

Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	1	\$96.621.762	0,211%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena-Comfamiliar	1	\$6.355.422	0,014%
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca-Comfacundi	2	\$1.143.946.469	2,504%
Convida	5	\$28.928.355.139	63,311%
Ecoopsos	13	\$8.874.096.878	19,421%
Emdisalud	2	\$3.089.257.677	6,761%
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	2	\$446.101.559	0,976%
EPS Cafesalud MEDIMÁS EPS	5	\$787.717.480	1,724%
EPS Coomeva	1	\$1.984.248.506	4,343%
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	1	\$3.875.919	0,008%
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	1	\$59.853.933	0,131%
Famisanar y Convida EPS	1	\$29.459.265	0,064%
Gobernación de la Guajira - Secretaria Departamental.	1	\$1.372.380	0,003%
Salud Total EPS SA	2	\$74.845.236	0,164%
Secretaria de Salud de Boyacá	1	\$16.942.597	0,037%
Secretaria de Salud del Valle	2	\$14.239.804	0,031%
Secretaria Departamental del Chocó	1	\$101.764.299	0,223%
TOTAL	44	\$45.692.577.292	100,00%

1.7. Indicadores propios del proceso

- Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%)**

En el primer trimestre se registraron 282 requerimientos judiciales (123 contestaciones de tutelas e incidentes de desacato y 159 trámites procesales y judiciales).

A los 282 requerimientos judiciales del trimestre se adicionan 4 actuaciones en investigaciones de entes de control y 557 derechos de petición, para un total de 839 respuestas dadas en el trimestre.

Todos contestados dentro de los términos.

- Porcentaje de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados. (100%)**

En el primer trimestre se radico 1 solicitud de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en donde la entidad convocada es Convida EPS por valor de \$ 6.095.162.952 y 1 proceso monitorio ante la Jurisdicción

Ordinaria, siendo la entidad demandada la Secretaria de Salud del Valle, por valor de \$ 4.307.210. En ese orden de ideas el indicador se cumplió en un 100% toda vez que los procesos radicados por el área de cartera fueron tramitados y gestionados.

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:

El PUMP del Proceso de Gestión Jurídica para el año 2019 se encuentra en etapa de diseño, sin embargo se presenta un borrador del mismo:

ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO (dd/mm/año)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/año)
1. Revisar y ajustar el Mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Jurídica incluyendo los riesgos del área de Contratación 2. Socializar el mapa de Riesgos a los colaboradores del Proceso	1. Mapa de riesgos de Gestión Jurídica y Contratación disponible en la Intranet del Hospital 2. Formatos de socialización de los riesgos identificados	01/04/2019	16/12/2019
Realizar los trámites judiciales y jurisdiccionales correspondientes	Soporte de radicación del trámite ante los despachos judiciales y la Superintendencia Nacional de Salud dependiendo el tipo de cartera	01/04/2019	16/12/2019
1. Continuar con el despliegue de la Política de Daño antijurídico, programa y cronograma 2. Revisión y actualización de la Circular Reglamentaria de Administración y Acceso a Historias Clínicas 3. Realizar la publicación del estado de los procesos judiciales y constitucionales en la página web de la entidad	1. Informe de despliegue de la Política de Daño Antijurídico . Planillas de evidencia de la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados- contratistas) . Planillas de evidencia de la capacitación de los abogados (internos - externos y colaboradores) 2. Circular actualizada y publicada en intranet 3. Base de datos publicada en página web de la entidad	01/06/2019	16/12/2019

Los avances a este plan se reportaran a partir del segundo trimestre

4. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS):

Específicamente las actividades son las siguientes:

Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA
Contratar para la ejecución de la obra e interventoría	15%				100%	Contrato proyecto Por Jurídica
Realizar los trámites judiciales y jurisdiccionales correspondientes, frente a la documentación radicada por el área de Cartera que cumpla con la totalidad de los requisitos normativos (60%)	60%				100%	Soporte de radicación del trámite ante los despachos judiciales y la Superintendencia Nacional de Salud
Ejecución de la Política de daño antijurídico (40%)					100%	Informe de seguimiento al programa
Actualización de los procedimientos de contratación de acuerdo al Nuevo Manual de Contratación del HUS (30%)	30%		100%			Procedimientos actualizados
Capacitación en Estatuto y Manual de Contratación y funciones de Supervisores e interventores (30%)	30%		100%			Planillas de capacitación
Liquidación de contratos en los que proceda de la vigencias 2018 (10%)	10%				70%	Informe de liquidación de contratos y requerimientos a los supervisores

Los avances a este plan se reportaran a partir del segundo trimestre

5. DECÁLOGO DEL GERENTE:

Se toman los mismos compromisos de la vigencia anterior ya que no se han pactados nuevos.

Ítem	Compromisos como servidor público con valor ciudadano	Compromisos institucionales	Resultados esperados	Indicadores	Primer seguimiento 31 de marzo de 2019 (Primer Trimestre)
16	Transparencia	Fortalecer en la ESE la contratación transparente usando herramientas de Colombia Compra Eficiente	Acceder a estrategias	Porcentaje de contratación con el uso de herramientas de CCE	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 <u>adecuar los manuales de Contratación</u> para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios.

					2. 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. 3. En razón de lo anterior, por Resoluciones No. 309, 530 de 2018 y 129 de 2019 inclusive, por medio de los cuales se modificó el manual de contratación de la Entidad.
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 2017y además por Resoluciones No. 309, 530 de 2018 y 129 de 2019 inclusive, por medio de los cuales se modificó el manual de contratación de la Entidad. 2. Se realizarán los respectivos ajustes a los procedimientos de contratación de la Entidad.
18	Transparencia	Realizar las acciones judiciales de reclamación pertinente a procesos condenatorio	Interponer de manera oportuna las reclamaciones o acciones judiciales frente a los procesos condenatorios	Proporción de acciones de reclamación judicial interpuesta	Una vez se presenten fallos condenatorios el comité de conciliación y defensa judicial de la entidad toma la decisión de instaurar la correspondiente Acción de repetición. Se informa que en el primer trimestre de 2019, no se han proferido fallos condenatorios que ameriten el estudio y procedencia de una acción de repetición por parte del HUS y a través del Comité de Conciliaciones de la entidad.
19	Transparencia	Implementar el comité de defensa jurídica para la ejecución de acciones de repetición	Contar con comité de defensa jurídica y evidenciar acciones de repetición	Proporción de acciones de repetición interpuestas	Se elaboró la resolución y el reglamento del comité, igualmente se actualizó el procedimiento. Existen actas de comité por cada reunión. Se informa que en el primer trimestre de 2019, no se han proferido fallos condenatorios que ameriten el estudio y procedencia de una acción de repetición por parte del HUS y a través del Comité de Conciliaciones de la entidad.
27	Equilibrio Financiero	Realizar la gestión mínima necesaria para incrementar el recaudo mediante la acción judicial de la cartera de las EAPB	Recuperación de cartera	Consolidado del cobro por acción judicial / Valor total de la cartera de la EAPB	Durante el primer trimestre del 2019 no se han remitido requerimientos por parte del Área de Cartera a Jurídica para adelantar la gestión de cobro vía judicial.

6. MISIÓN SALUD

Se toman los mismos compromisos del año anterior ya que no se han pactado nuevos.

COMPROMISOS MISIÓN SALUD	ACTIVIDADES
Revisar y ajustar los procedimientos de Contratación	1. Se realizarán los respectivos ajustes a los procedimientos de contratación de la Entidad.
Establecer plan de defensa jurídica.	2. Se actualizará la política de prevención del daño antijurídico y el cronograma de actividades. 3. Se continuará con la recolección física de los procesos de la entidad.
Procesos judiciales en Físicos completos	1. Se continuarán con las auditorias mensuales a los procesos de la entidad con forme a la matriz de procesos judiciales. 2. Incluir la 1ª, 2ª y 3ª víctima en cada proceso.

7. PLAN ANTICORRUPCIÓN

Dentro del Plan anticorrupción de la Entidad, la Oficina Jurídica desarrollará las siguientes actividades:

SUB.COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	DÓNDE	RESPONSABLE	SOPORTE	FECHA PROGRAMADA
Política Administración de Riesgos	1.1 Fortalecer la socialización de la Política de Gestión del Riesgo Institucional	Política de Gestión del Riesgo socializada al 50% Colaboradores del HUS y UFZ	Bogotá y UFZ	Directores Subdirectores Jefes de Oficina Asesora Líderes de Proceso Coordinador General UFZ	Informe de socialización por cada responsable anexando planillas de asistencia	31 de octubre de 2019
Construcción del Mapa de Riesgos de la Entidad	1.2 Revisar y actualizar los Riesgos de corrupción posibles por cada uno de los Procesos Institucionales e incluirlos en el Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional	Mapa de Riesgo de Corrupción donde se vinculen todos los procesos Institucionales para Bogotá y para la UFZ	Bogotá y UFZ	Directores (Científico, Administrativo, Financiero y de Atención al Usuario) Jefes de Oficina Asesora	Mapa de Riesgos de Corrupción revisado y actualizado	15 de marzo de 2019
Monitoreo y revisión	1.5 Revisión y monitoreo al Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional	Revisión y monitoreo una vez en la vigencia y/o cuando se materialice un	Bogotá y UFZ	Directores Subdirectores Jefes de Oficina Asesora Líderes de Proceso	Mapa de Riesgos de Corrupción actualizado según el resultado de la	15 de noviembre de 2019

			riesgo de Corrupción		Coordinador General UFZ	revisión y monitoreo enviado a la Oficina Asesora de Planeación	
Normativo y procedimental	4.8	Revisión y actualización de la Circular Reglamentaria de Administración y Acceso a Historias Clínicas	Circular elaborada y publicada en intranet	Bogotá y UFZ	Jefe de Oficina Asesora Jurídica	Circular elaborada y publicada en intranet	13 de diciembre de 2019
	5.12	Realizar la publicación del estado de los procesos judiciales de la entidad - Defensa Judicial	Publicación del estado de los procesos judiciales en la página Web de la entidad	Bogotá y UFZ	Jefe de Oficina Asesora Jurídica	Publicación del estado de los procesos judiciales en la página web de la entidad	Trimestral
	5.13	Realizar la publicación del estado de los procesos judiciales de la entidad - Defensa Constitucional	Publicación del estado de los procesos judiciales en la página Web de la entidad	Bogotá y UFZ	Jefe de Oficina Asesora Jurídica	Publicación del estado de los procesos judiciales en la página web de la entidad	Trimestral

Se dio cumplimiento al punto 1.2 remitiéndose el mapa de riesgos de corrupción a la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad el 15 de marzo de 2019, el cual quedará cargado en el siguiente trimestre.

Respecto de los puntos 5.12 y 5.13 se aclara que la publicación del estado de los procesos judiciales de la entidad se realiza dentro de los 10 primeros días del mes de abril, razón por la que se cargarán en el siguiente trimestre.

8. PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORÍA

Dentro de las actividades de mejora para el año 2019, se encuentran las siguientes y sus responsables:

ACTIVIDAD	Realizar procedimiento de registro, rendición y control de la cuenta SIA OBSERVA	Revisar mensualmente la información a reportar a la Contraloría de Cundinamarca en aplicativo SIA OBSERVA	Reportar a la Contraloría de Cundinamarca las diferencias que se encuentren en los aplicativos SIA CONTRALORÍA y/o SIA OBSERVA, cada que se presenten errores
TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	Marzo de 2019	Permanente	Permanente
INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	Procedimiento publicado	Número de contratos revisados / número de contratos suscritos	Número de oficios radicados a la Contraloría de Cundinamarca

RESPONSABLES	Dirección Administrativa	Oficina Asesora Jurídica Dirección Administrativa Subdirección de bienes Compras y Suministros Subdirección de personal	Dirección Administrativa

Los avances a este plan se reportaran a partir del segundo trimestre

9. PLAN INDICATIVO

Las actividades establecidas en el Plan Indicativo para la Oficina Asesora Jurídica en la vigencia 2019, son las siguientes:

Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado cuatrienio	Año 1 2017	Año 2 2018	Año 3 2019	Año 4 2020
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base						
				Valor	Año					
Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	ND	2016	90%	80%	83%	87%	90%
Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales	Número de Contratos que cumplen con las etapas contractuales / Total de contratos	Porcentaje	ND	2016	100%	100%	100%	100%	100%

10. INFORME DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Para el año 2019 la Oficina Jurídica tiene las siguientes actividades:

ACTIVIDAD DE MEJORA	AVANCE
Ejecutar la Política de Daño Antijurídico de la Entidad.	Esta actividad tiene como plazo para su cumplimiento, el cuarto trimestre de 2019.
De ser necesario modificar el Programa y el Cronograma de la Política de Daño Antijurídico para incluir o reemplazar los objetivos y las actividades para el año 2019.	Esta actividad tiene como plazo para su cumplimiento, el cuarto trimestre de 2019.
Incluir en la Base de Procesos Judiciales de la entidad la descripción de la 1ª, 2ª y 3ª víctima.	A 31 de marzo se incluyeron en la base de datos la 1ª y 3ª víctima.
Lograr el 100% del archivo de los procesos físicos de la Entidad reportados en 2193 con corte a 31 de octubre de 2019.	A corte 31 de marzo de 2019, se lleva un porcentaje del 66.02% de recolección de los procesos físicos de la entidad.

11. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Oficina Asesora Jurídica **NO** tiene plan de mejoramiento específicamente al área.

12. MIPG

A continuación se relacionan las acciones implementadas con corte a 31 de marzo de 2019.

PLAN DE ACCIÓN DEFENSA JURÍDICA						
ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	AVANCE A MARZO DE 2019	NORMATIVIDAD	DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
El Comité de Conciliación elabora documento con los perfiles de abogados externos, y tiene en cuenta los criterios de litigiosidad, complejidad de los casos y el impacto de los procesos y remite los perfiles de abogados externos a la oficina jurídica, a la dependencia encargada de la contratación y al representante legal.	70	100	Decreto 1069 de 2015, Artículo 2.2.4.3.1.2.5. Numeral 8	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 remitido del documento a las áreas correspondientes Responsable: Secretario técnico
El Comité de Conciliación efectúa un seguimiento permanente a la gestión del apoderado externo sobre los procesos que se le hayan asignado	70	100	Decreto 1069 de 2015, Artículo 2.2.4.3.1.2.5. Numeral 8	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 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	100	Decreto 1069 de 2015, Artículo 2.2.4.3.1.2.6. Numeral 3	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 medidas 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	100	Decreto 1069 de 2015, Artículo 2.2.4.3.1.2.5. Numeral 3	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
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	100		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 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	100	Decreto 2469 de 2015 Decreto 1342 de 2016	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

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”.

Para el año 2019, se debe realizar la actualización del programa y cronograma de la Política de Daño Antijurídico.

15. TABLERO ÚNICO DE CONTROL DE INDICADORES

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 primer trimestre de 2019 se gestionaron 2 procesos de recuperación de cartera, los cuales fueron reportados en el Tablero Único de Control de Indicadores. En conclusión el indicador trimestral es de 2/2 por lo cual se evidencia 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:

MES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1									100,00	
2									100,00	
3									100,00	
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

TRIMESTRE	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I									100,00	
II										
III										
IV										

Análisis: Se evidencia un total de 159 cumplimientos dentro de términos sobre 159 requerimientos judiciales y trámites procesales dentro del 3 trimestre de 2019, por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%.

16. INFORMES QUE PRESENTA LA OFICINA

NOMBRE DEL INFORME	ENTIDAD QUE LO REGULA	PERIODICIDAD	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE PRODUCTIVIDAD
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	En proceso para publicar el 12 de Abril de 2019	Contratos por productividad
Formato F20.1A Resolución 086 de 2011 Resolución 201 de 2012 SIA	Contraloría de Cundinamarca	Anual	Contratos suscritos en la vigencia	MAIL	07 de Febrero de 2019	Contratos por productividad Contratos de bienes y servicios
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	07 de Febrero de 2019	Contratos por productividad Contratos de bienes y servicios
Informe Bimensual Asamblea de Cundinamarca	Asamblea de Cundinamarca	Bimensual	Reporte bimensual de personal	MAIL	08 de Marzo de 2019	Contratos por productividad
Diligenciamiento Anexo Perfil 2. ICONTEC	ICONTEC	Anual	Registrar el número de personas según la forma de contratación	MAIL	13 de Marzo de 2019	Contratos por productividad
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.	MAIL	25 de Febrero de 2019	Contratos por productividad

CAPÍTULO VII

OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

7.1 GESTIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO AL PAMEC

GESTIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO:

Realizar entrega de las actividades del primer trimestre 2019 correspondiente al PAMEC y seguimiento a procesos asignados.

ALCANCE:

Para todos los procesos asistenciales correspondientes a Atención al paciente de Urgencias, Hospitalización, Esterilización Referencia y Contrareferencia, y Atención al Paciente Quirúrgico.

Formulación PAMEC 2019, cuya fuente corresponde al Sistema Único de Acreditación.

METODOLOGÍA:

Revisar con el líder del proceso las actividades correspondientes a PUMP de los procesos liderados, actualización de estructura documental y definición y formulación del PAMEC 2019, trabajados a través de los diferentes equipos de Mejoramiento institucional conformados en la ESE.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

1. PAMEC 2019:

PAMEC: Se realiza acompañamiento en la formulación de Oportunidades de Mejoramiento de los estándares de PACAS Asistencial, así mismo se realiza formulación del Plan del equipo de Mejora institucional y revisión de los Planes de Mejora del estándar de Gestión de la Tecnología y Ambiente físico.

Los resultados de los planes de mejoramiento muestran el siguiente consolidado de Oportunidades de Mejoramiento las cuales fueron consignadas en el Plan de Mejoramiento PAMEC 2019, para ejecutar durante la vigencia.

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i> CONSOLIDADO VIGENCIA 2019					
GRUPO DE ESTÁNDARES	HALLAZGOS	OPORTUNIDADES NUEVAS -AUTOEVALUACIÓN	CUMPLIMIENTO PARCIAL	TOTAL OM	ACCIONES
PACAS	11	11	7	18	34
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	8	3	5	8	9
TALENTO HUMANO	8	3	5	8	24
AMBIENTE FISICO	6	1	7	8	15
TECNOLOGIA	10	10	4	14	35
GERENCIA DE LA INFORMACION	3	0	3	3	6
MEJORAMIENTO	4	2	9	11	14
TOTAL	50	30	40	70	137

De igual manera se encuentra pendiente la revisión por la Jefe de la Oficina de Calidad para definir la pertinencia de las acciones y dar aprobación al documento final que será posteriormente publicado en la pirámide documental.

De igual manera se estructuró el documento en Word del PAMEC institucional, con la metodología y seguimiento a la ruta crítica.

	PROGRAMA		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GC01 – V5	
			05GC08-V2

2. FORMULACION DE PUMP 2019:

Se Realizó acompañamiento a los líderes de los procesos de Urgencias, hospitalización, esterilización, Atención Quirúrgica y Referencia y Contrareferencia para la formulación de los Planes de mejoramiento por proceso, teniendo en cuenta fuentes como: Auditorías, seguimiento a los estándares de Habilitación, PQRS, y sucesos de seguridad.

Los resultados muestran un consolidado de Oportunidades y acciones a ejecutar durante la vigencia como se muestra a continuación:

OPORTUNIDADES Y ACCIONES EN PUMP 2019



PROCESOS	TOTAL OM	ACCIONES
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	3	10
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	10	24
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	3	5
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	4	9
ESTERILIZACIÓN	3	6
TOTAL	23	54

3. REVISIÓN Y SEGUIMIENTO A LA ACTUALIZACIÓN DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL

Se realiza seguimiento a la estructura documental de los procesos de Atención al paciente de Urgencias, Atención al Paciente hospitalizado y Atención al paciente Quirúrgico, donde se han entregado los documentos revisados y pendientes los ajustes por líderes de procesos para dar continuidad con la normalización de los mismos.

Actualmente se encuentra en proceso de firmas, procedimiento de Misoprostol y Egreso de urgencias.

7.2 INFORME DE SEGUIMIENTO A PUMP

GESTIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO:

Verificar la formulación de las acciones de mejoramiento establecidas en el PUMP 2019, cuyas fuentes pueden ser entre otras, Autocontrol, Auditorías Internas de Calidad (Habilitación, Acreditación, Gestión de Calidad, Gestión Ambiental, Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo, Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente) Auditorías de Control Interno, Auditorías de Entes Externos, Revisión Gerencial y PQRS.

ALCANCE:

Desde la concertación con el líder del proceso para la formulación del PUMP, hasta la evaluación del grado de cumplimiento con las evidencias que soporten dichas acciones.

METODOLOGÍA:



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



Revisar con el líder del proceso la formulación del PUMP de la vigencia 2019, teniendo en cuenta que las acciones que no se cumplieron en la vigencia 2018, deberán trasladarse al PUMP de la vigencia 2019 y cumplir con lo descrito en el Procedimiento Formulación, Seguimiento y Cierre del Plan Único de Mejora por Proceso – PUM Código: 02GC03 –V4.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

Los resultados de la formulación y publicación de los PUMP para la vigencia 2019 a la fecha del 3 de mayo son los siguientes:

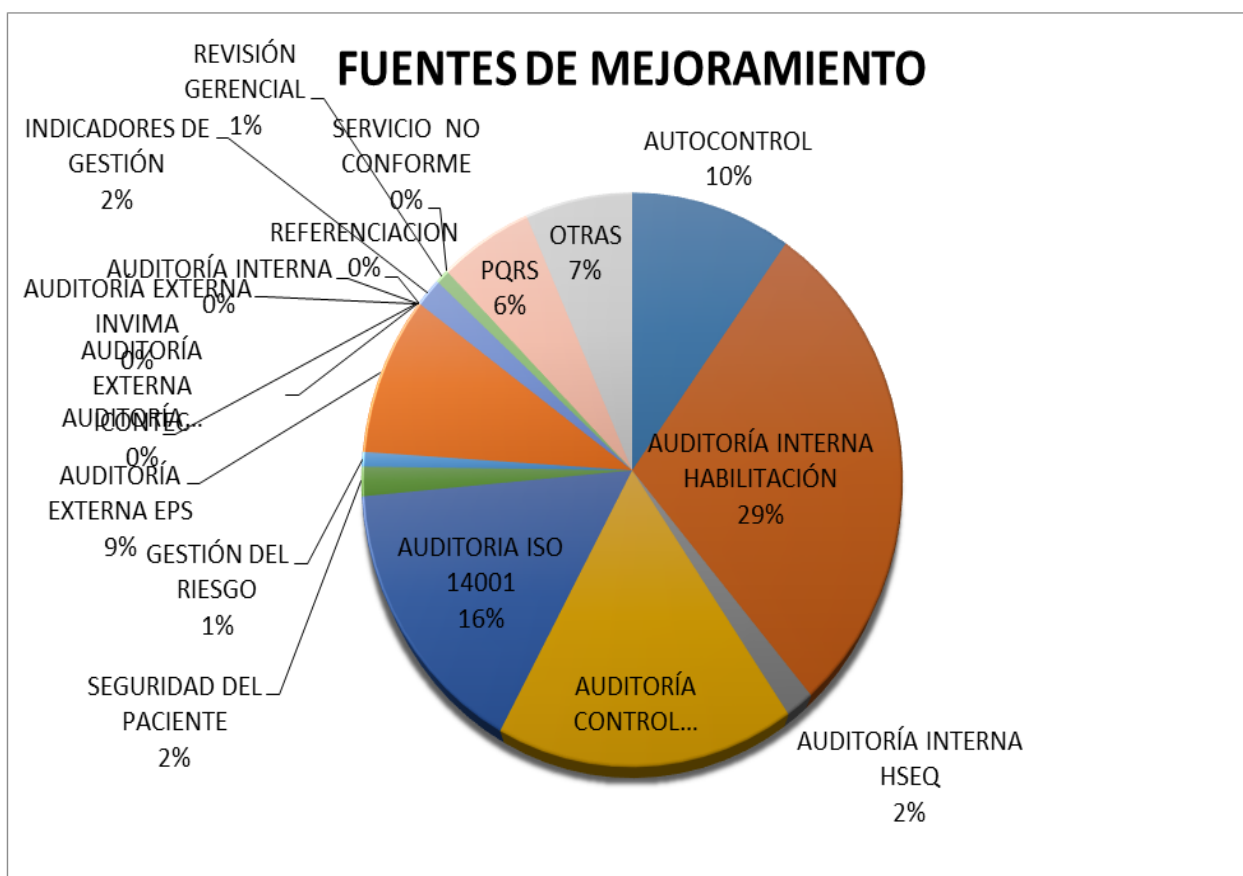
- Direccionamiento Estratégico
- Gestión de la Calidad
- Referencia y Contrareferencia
- Atención al Paciente Hospitalizado
- Atención al Paciente de Urgencias
- Atención Farmacéutica
- Gestión Jurídica
- Esterilización
- Gestión de Bienes y servicios
- Gestión de la Información
- Facturación y Recaudo
- Hotelería Hospitalaria
- Gestión de la Infraestructura
- Gestión Financiera
- Desarrollo de Servicios
- Atención al paciente Quirúrgico
- Apoyo Diagnostico

Para la vigencia 2019 se encuentran en proceso de formulación y ajustes los PUMP de: Gestión del Talento Humano, Banco de sangre, Imágenes Diagnosticas, Gestión de Equipo Biomédico, Docencia, Investigación, Atención al Usuario y su Familia, y Atención al Paciente Ambulatorio.

FUENTE	Número	Porcentaje
AUTOCONTROL	12	9,92%
AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	35	28,93%
AUDITORÍA INTERNA HSEQ	2	1,65%
AUDITORÍA CONTROL INTERNO	21	17,36%
AUDITORIA ISO 14001	19	15,70%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	2	1,65%
GESTIÓN DEL RIESGO	1	0,83%
AUDITORÍA EXTERNA EPS	11	9,09%
AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA SS CUNDINAMARCA	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA CONTRALORÍA	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA INVIMA	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA SUPERSALUD	0	0,00%
AUDITORÍA INTERNA	0	0,00%
REFERENCIACION	0	0,00%
INDICADORES DE GESTIÓN	2	1,65%
REVISIÓN GERENCIAL	1	0,83%
SERVICIO NO CONFORME	0	0,00%
PQRS	7	5,79%
OTRAS	8	6,61%
TOTAL	121	

Cuadro 1

Para la vigencia 2019, la fuente de mejoramiento más utilizada por los líderes de procesos es la de auditoria Interna Habilitación con un porcentaje del 28,9%, seguida por el Auditoria de Control Interno con un 17.36%

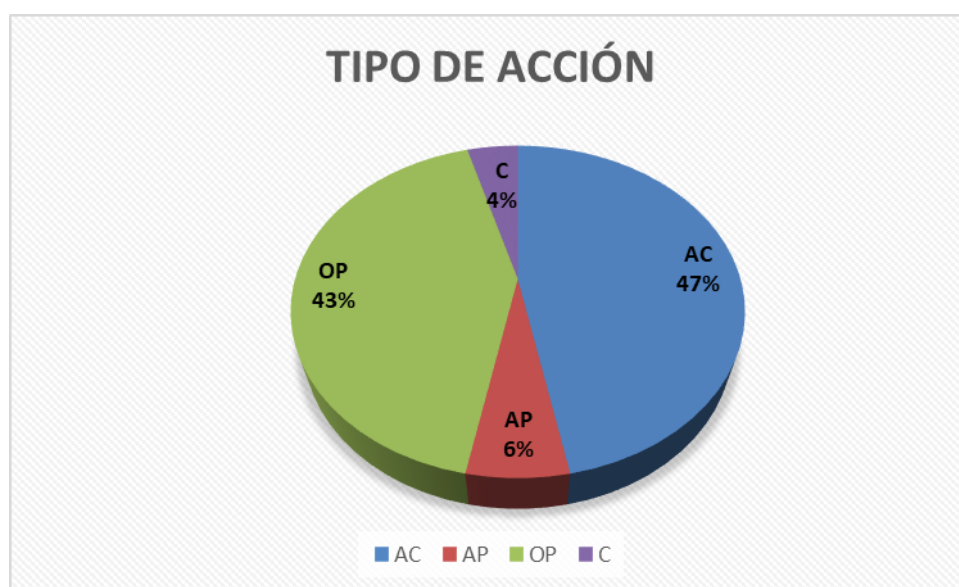


RESULTADO SEGUIMIENTO POR PROCESO			
PROCESO	HALLAZGOS	ACCIONES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS
Atención al Paciente Ambulatorio	0	0	0
Atención al Paciente Hospitalizado	10	10	26
Atención al Paciente de Urgencias	3	3	6
Atención al Paciente de Quirúrgico	4	4	9
Apoyo Diagnostico	9	9	20
Banco de Sangre	0	0	0
Imágenes Diagnosticas	0	0	0
Referencia y Contrareferencia de Pacientes	3	3	6
Atención Farmacéutica	5	5	7
Atención al Usuario y su Familia	0	0	0
Gestión de Bienes y Servicios	7	9	13

Gestión Financiera	5	6	13
Investigación	0	0	0
Docencia	0	0	0
Gestión de la Calidad	27	35	42
Direccionamiento Estratégico	1	3	3
Desarrollo de Servicios	2	2	2
Gestión del Talento Humano	0	0	0
Hotelería Hospitalaria	7	7	21
Gestión de la Tecnología Biomédica	0	0	0
Gestión de la Infraestructura	10	13	18
Esterilización	3	3	6
Gestión Jurídica	4	4	7
Gestión de la Información	10	10	16
Facturación y Recaudo	10	10	32
TOTAL	120	136	251

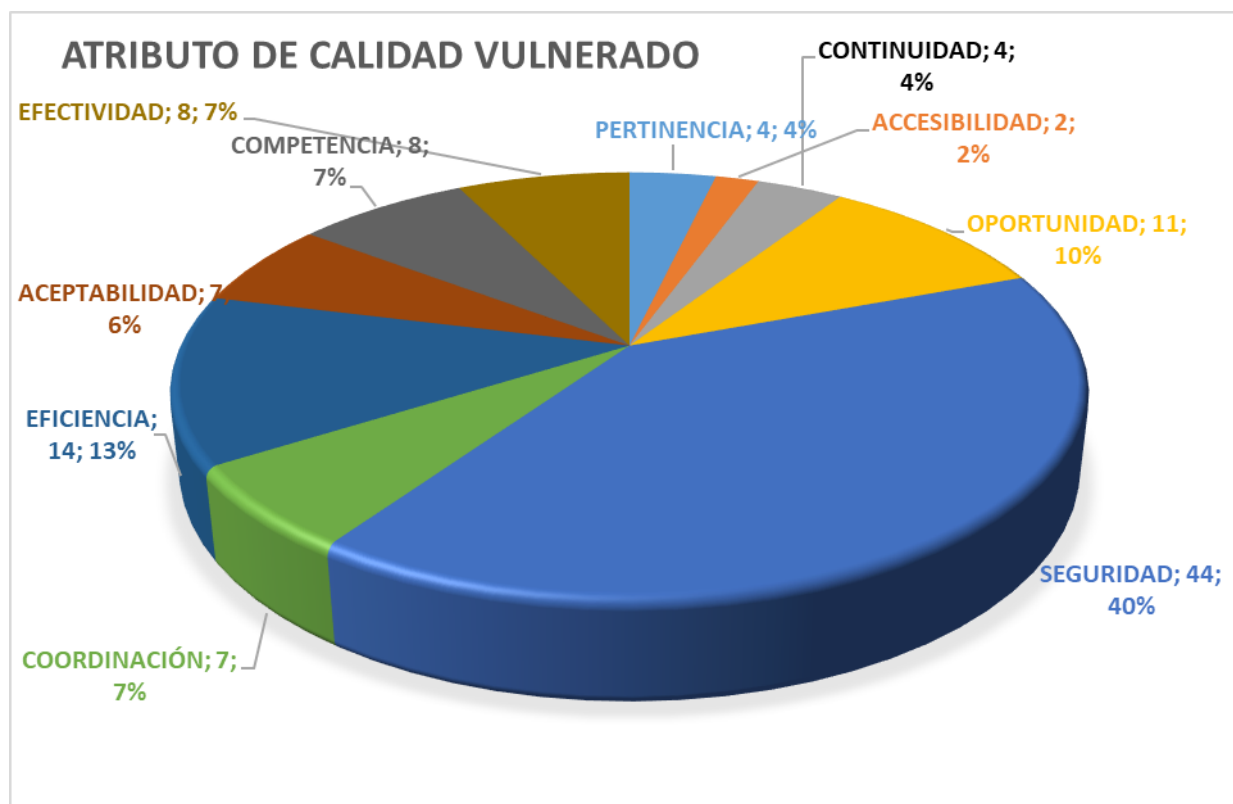
Cuadro 2

A la fecha se cuenta con 120 hallazgos de los cuales se formularon en total **136** acciones de mejora y **251** actividades específicas, la evaluación y el avance del cumplimiento se realizará a principios de julio.



El tipo de acción más utilizada por los líderes de procesos es la acción correctiva (AC) identificada 54 veces en los PUMP lo que equivale a un 47%, seguida de la Oportunidad de Mejora (OP) identificada 49 veces con un 42.6%.

TIPO DE ACCIÓN	Número	Porcentaje
AC	54	47.0%
AP	7	6.1%
OP	49	42.6%
C	5	4.3%



El atributo de calidad mas vulnerado es el de seguridad identificado 44 veces por los lideres de proceso lo que equivale a un 40.4%.

ATRIBUTO DE CALIDAD	Número	Porcentaje
PERTINENCIA	4	3.7%
ACCESIBILIDAD	2	1.8%
CONTINUIDAD	4	3.7%
OPORTUNIDAD	11	10.1%
SEGURIDAD	44	40.4%
COORDINACIÓN	7	6.4%
EFICIENCIA	14	12.8%

ACEPTABILIDAD	7	6.4%
COMPETENCIA	8	7.3%
EFFECTIVIDAD	8	7.3%
TOTAL	109	

BARRERAS DE CUMPLIMIENTO IDENTIFICADAS

-  No se incluye todas las mejoras que realizan los procesos en el plan único de mejora por proceso PUMP
-  La poca fortaleza de los líderes de proceso en metodología de análisis de causa y formulación de acciones que generen impacto en el proceso.
-  Poco seguimiento y acompañamiento por parte de los asesores de proceso para la formulación del PUMP según procedimiento Formulación, Seguimiento y Cierre del Plan Único de Mejora por Proceso –PUMP

Adicionalmente para este primer trimestre se realizó en compañía de la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación la actualización de la Matriz de Riesgos código 05GC31-V4, basados en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4, con esta nueva matriz se fortaleció la evaluación del diseño de controles, evaluación de la ejecución del control y la solidez individual de cada control, con el propósito que en el HUS se gestionaran de manera efectiva los riesgos que afectan el logro de los objetivos estratégicos y de proceso.

Realicé en compañía de los líderes de procesos que asesoro la formulación de los riesgos de los procesos de Atención al paciente Ambulatorio, Atención al Usuario y su Familia, Gestión de la Calidad y Direccionamiento, los cuales ya cuentan con los riesgos identificados en la nueva matriz y publicados en la pirámide documental.

De igual Manera durante este primer trimestre se realizó la asesoría a los procesos en cuanto a la actualización de la documentación, Procedimientos y formatos.

7.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN DEL PROCESO

I. CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2019

II.

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en la Vigencia 2019 se desarrolla a través de un Cronograma de Cumplimiento (Ver Anexo. 1) con actividades programadas para ser realizadas mes a mes consolidadas trimestralmente, las cuales permiten implementar los objetivos y líneas estratégicas del Programa y por ende de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de actividades al cierre del I Trimestre de 2019, se identifica que del total de actividades programadas que son 16, se lograron ejecutar 16 de ellas, de esta forma se da un cumplimiento del **100 %**. (Ver Tabla No.1); comparado con el resultado del cumplimiento del 94.7 % obtenido al finalizar el I Trimestre del 2018. Esto permite generar un reconocimiento al equipo de seguridad del paciente con el trabajo que ha venido desarrollando para el cumplimiento de las actividades, recordando que desde el 25 de enero solo se encuentra una profesional, personal auxiliar y la Referente de Seguridad del Paciente, lo que ha dificultado la entrega oportuna de varias tareas transversales y del programa.

Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente I Trimestre 2018

AÑO 2017		AÑO 2018	
Al I Trimestre	Total en la Vigencia 2018	Al I Trimestre	Total en la Vigencia 2018
94.7%	18 de 150 : 12.0 %	100%	16 de 182 : 9 %

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente con cierre a Diciembre del 2018 y I Trimestre de 2019

A continuación, se describirán los principales desarrollos y actividades pendientes por cada una de las 6 líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente, lo que soporta el porcentaje de cumplimiento anteriormente mencionado:

1. INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL

- Se programó 1 actividad en el I Trimestre de 2019 y se desarrolló en su totalidad.
- Se refiere al Seguimiento a la ejecución de Tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se llevó a cabo en cada comité realizado durante el I Trimestre.
- ***Actividades adicionales: el comité de Seguridad del Paciente se encuentra trabajando en el documento que plantea la versión 3.1 de acreditación que es la comunicación del evento adverso al paciente y su familia.
- ***Actividades Adicionales: por visita realizada por la Eps Medimás se generó un plan de mejora para el equipo de seguridad del Paciente, la cual fue llevada a la matriz del PUMP de calidad y será ejecutada a través del cronograma 2019.

***Asistencia a las reuniones de Referentes de Calidad y Seguridad del Paciente, programadas por Gobernación de Cundinamarca, con el cumplimiento del cargue de los diferentes compromisos al aula virtual de Gobernación

Soportes: 1 Actas del Comité de Seguridad del Paciente.

La Línea Estratégica No 1: Integración del Programa de Seguridad del Paciente con el Sistema de Gestión de La Calidad Institucional, tiene programado 12 actividades para la vigencia 2019, en el I Trimestre de 2019 tiene un cumplimiento del 100% por cuanto se ejecutó la actividad programada; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No 1 para la vigencia 2019, representa un 8.3% en su ejecución. Plataforma virtual de Gobernación de Cundinamarca

2. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FÁRMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

- No se programaron actividades en el I Trimestre de 2019.

3. FORTALECIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS INDIVIDUOS INMERSOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (CLIENTE INTERNO Y EXTERNO)

- Para este I Trimestre de 2018 se programaron 3 actividades ejecutándose 3 actividades a continuación se describe:

-Rondas de Seguridad: Se realizaron 3 rondas en los servicios de: Hospitalización Neonatos, radiología y Urgencias, con su respectivo informe escrito se plasman los compromisos que se adquieren en el cierre de las rondas y se hace seguimiento a su cumplimiento desde Seguridad del paciente, por último, en el cierre se contó con la participación del Director científico y Director administrativo

Soportes: 1. Informe de Rondas de Seguridad. 2. Cronograma de referente de guías de Práctica Clínica

***Actividades adicionales: para finales del mes de marzo se cuenta con la contratación de médica para desarrollar todas las actividades relacionadas con GUIAS DE PRACTICA CLINICA, que como bien sabido es una de las buenas prácticas en Seguridad del Paciente, Dra. Encargada informa al programa su cronograma de trabajo el cual es aprobado por Jefe de calidad e informa en qué estado encuentra este proceso.

El Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) tiene adoptadas 86 GPC mediante el acto administrativo Resolución 353 del 28 de agosto de 2018. Estas GPC se encuentran distribuidas de acuerdo a su fuente de la siguiente manera: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS): 31

Nacionales no MSPS: 29

Internacionales: 21

Otras fuentes: 5

Con motivo de la visita de seguimiento de acreditación del ICONTEC se decide priorizar 4 guías correspondientes a 3 servicios, de las cuales se reportan resultados de adherencia superiores al 90%:

- Guía del recién nacido prematuro: Neonatología
- Guía del recién nacido con trastorno respiratorio: Neonatología
- Guía de Tokio para el Manejo de la Colecistitis Aguda: Cirugía general.
- GPC Complicaciones del embarazo, parto o puerperio: Ginecobstetricia.

De esta última guía el servicio ha trabajado dos secciones: 1. *Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo*. 2. *Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupción de placenta y hemorragia posparto)*.

Por cada una de las fases de desarrollo de las GPC el estado en el que recibo el proceso es el siguiente:

Adopción:

- Los subdirectores conocen las guías que registran en el acto administrativo que les aplican a sus servicios y participaron en su selección.
- Las guías que son MSPS registran en el acto administrativo de adopción.
- La guía de Colecistitis, que es no MSPS, no tiene documentado el proceso de adopción.

Implementación:

- En los tres servicios priorizados están implementando las GPC adoptadas, pero no tienen documentado el proceso de acuerdo a la metodología del MSPS.
- No hay actas de socialización actualizadas, la mayoría son del año del 2015.
- De los tres servicios priorizados solo el de neonatología tiene exámenes de conocimiento en las guías.

Evaluación de Adherencia:

El Dr. Carlos Solano está realizando la evaluación de adherencia a las GPC. El día 4 de abril de 2019 nos reunimos la Jefe Vivian Castañeda, el Dr. Solano y yo para conocer el estado del proceso encontrando que se deben replantear los indicadores ya que los existentes son muy generales y no evalúan la adherencia a recomendaciones específicas de cada guía.

Le solicité al Dr. Solano envío de una muestra de los reportes de medición que realiza y hasta hoy 23 de abril no me los ha enviado. El día 15 de abril le insistí por correo sin obtener respuesta.

He mantenido reuniones con los servicios de Neonatología, Obstetricia y Cirugía general para desarrollar el plan de implementación de cada guía. A hoy 23 de abril se tienen completos los planes de implementación de dos guías de neonatología, y se está avanzando en el de una guía de cirugía general.

El servicio de ginecobstetricia se comprometió a entregar sus avances el 15 de mayo de 2019.

De la misma manera he sostenido reuniones con los servicios de Urgencias y Ortopedia, que si bien no son servicios priorizados con razón de la visita del ICONTEC están interesados en trabajar en las GPC. El día 12 de abril asistí a la Secretaría de Salud de Cundinamarca a un referenciación sobre GPC.

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 92 actividades para la vigencia 2019, en el I Trimestre de 2019 se ejecutaron 3 actividades de las 3 programadas con un cumplimiento del 100 %; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No.3 para la vigencia 2019, representa un 3.3% en su ejecución.

Cronograma de ejecución de Guías de Práctica Clínica

4. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CONSISTENTE EN LA IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN, ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN E IDENTIFIQUEN EN LA INSTITUCIÓN.

- Para el I Trimestre de 2019 se programaron 8 actividades, las cuales fueron completamente desarrolladas así:
-Documentar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se realizó seguimiento a todas las novedades reportadas, su revisión y clasificación fue remitida al Líder del área donde se presentó la novedad, con el objetivo que ellos conozcan que se presenta en su servicio y de considerarlo, generen planes de mejora que permitan evitar que se presenten de nuevo las novedades o reducir su ocurrencia. Para este trimestre el líder hospitalización lleva al PUMP manejo y reducción de Flebitis química y Mecánica a raíz de los diferentes informes que se han realizado en diferentes espacios producto de las novedades de Seguridad del Paciente.

-Retroalimentación de los resultados de las Novedades de Seguridad por diferentes mecanismos: de forma mensual en el Comité de Seguridad del Paciente; Remisión mensual y consolidado trimestral de Novedades a Líderes de Paquetes Instruccionales, Referentes de Programas de Vigilancia y Jefes de áreas; Socialización de las Novedades de Seguridad a colaboradores, actividad realizada de forma personalizada en los diferentes servicios por las profesionales de Seguridad del Paciente, en los servicios durante el cierre de la Ronda de Seguridad; por último se elaboró el Boletín trimestral Informativo, publicado en la Intranet y socializado en aquellas áreas donde no tienen acceso a Internet.

-Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad: Durante el I Trimestre de 2019 se reportaron e identificaron un total de 1616 Novedades de Seguridad, de las cuales 792 (49%) corresponden a la Unidad Funcional de Zipaquirá y las restantes 824 (51%) son de Bogotá. Teniendo en cuenta que compete a todo el Equipo de Seguridad del Paciente, se ha presentado dificultad con el apoyo de la segunda profesional ya que la se encontraba paso en el proceso de la comisión en el área asistencial del Hus, lo que nos ha llevado a tener ausencia en el puesto de trabajo desde el 25 de enero de 2019, se ha informado varias veces al área encargada de contratación y talento humano acerca de la deficiencia que tenemos con el personal y lo que conlleva a que no se gestione en su totalidad el 100% de la novedades recibidas a través del aplicativo.

-Comunicación a través de correo electrónico al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad: Luego de identificar que la Novedad es Extrahospitalaria, se procede a informar vía correo electrónico a la institución respectiva y retroalimentar la novedad; en todos los casos no es fácil comunicarse con las instituciones, más si son en otros departamentos y ubicar al referente de seguridad o Coordinador de Calidad de la institución respectiva, por lo que el proceso se vuelve un poco dispendioso de realizar; dado lo delicado de informar acerca de la ocurrencia de una posible novedad de seguridad, cuando no se logra contactar al Referente o al Líder, no se deja información con terceros.

Soportes: 1. Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35 con corte a 31 de marzo de 2019, Análisis Ancla y Actas de Reunión. 2. Actas de Comité, Boletín Trimestral, Listado de socialización en los diferentes servicios, correo electrónico dirigido a Líderes de Paquetes y Jefes de Área, Informes Rondas de Seguridad. 3. Comunicación al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad.

La Línea Estratégica No 4. Fortalecimiento del sistema de información para la seguridad del paciente consistente en la identificación, clasificación, análisis y seguimiento de las novedades de seguridad que se presenten e identifiquen en la institución, tiene programado la realización de 39 actividades para la vigencia 2019; en el I Trimestre de 2019 se ejecutaron 8 actividades de las 8 programadas con un cumplimiento del 100%; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No.4 para la vigencia 2019, representa un 20% en su ejecución.

5. FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN.

- En este I Trimestre de 2019 se programaron 4 actividades, todas desarrolladas de la siguiente manera:

-Actualizar y presentar el proceso inducción y reinducción institucional en lo referente a Seguridad del Paciente: se asiste y participa activamente a 3 Jornadas de Inducción en los meses de Enero, Febrero y Marzo organizadas por la Subdirección de desarrollo Humano, dirigidas al personal de planta y tercerizados, con un total de 86 asistentes.

-Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente: teniendo en cuenta que en sus actividades el equipo del Programa de Promoción y Prevención, liderado por el Jefe Julián Caballero, tienen inmerso brindar educación y con el ánimo de unir esfuerzos para evitar reprocesos, es este equipo, quienes ejecutan en su mayoría las actividades de educación y entrenamiento al paciente, familiares y cuidadores en temas relacionados con la Seguridad del Paciente, que unido a lo realizado por Seguridad del Paciente arrojan resultados favorables.

***Actividades adicionales: Durante la vigencia del año 2018, como se dejó consignado en los diferentes informes de gestión, la ausencia de personal para manejo de la plataforma (TICS) del Hus el curso Virtual de Buenas Practicas en Seguridad del Paciente solo tuvo tres cohortes, la cual se finalizó en febrero de 2019 la última cohorte con total de inscritos de 450 de los cuales finalizaron con éxito 216 que corresponde al 48%.

También para este I trimestre de 2019 se contó la participación desde Gobernación con las diferentes ESE de Cundinamarca para el desarrollo del Curso, con 104 participantes de los cuales 56 personas aprobaron el curso virtual, lo que corresponde al 53% del cumplimiento

Soportes: 1. Identificación de Necesidades de Capacitación 2. Listado de asistencia Inducción y re inducción. 3. Listado de Educación a paciente y familia en seguridad del paciente 4. Correos de seguimiento a los participantes del curso virtual.

La Línea Estratégica No 5. Fortalecimiento de la formación continua en seguridad del paciente alineado al plan institucional de capacitación, tiene programado la realización de 24 actividades para la vigencia 2019, en el I Trimestre se ejecutaron 4 actividades de las 5 programadas, con un cumplimiento del 100%; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No.5 para la vigencia 2018, representa un 16,7% en su ejecución.

6. INTEGRACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INVESTIGACIÓN QUE SE DESARROLLA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

-Acompañamiento a Grupos de Investigación desde el Programa de Seguridad del Paciente: actividad que es realizada según necesidad, es decir según lo requieran los grupos de investigación, durante el I Trimestre de 2019 no se presentaron solicitudes.

III. INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2019, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

1. Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

El I Trimestre de 2019 cierra con un cumplimiento en la ejecución del programa de Seguridad del Paciente del 100%

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 2019	16 / 16 = 100 %

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 I trimestre de 2019 de 280 eventos Adversos (Ver Tabla 2, Tabla 3)

Tabla 2. Clasificación global de Reportes de Novedades I Trimestre 2019 en el HUS		
CLASIFICACIÓN DE LA NOVEDAD	Total	%
COMPLICACIÓN	77	9,3
DESCARTADO	96	11,7
EVENTO ADVERSO	280	34,0
INCIDENTE	255	30,9
REPETIDO	103	12,5
RIESGOS LABORALES	9	1,09
SEGURIDAD ADMINISTRATIVA (SECURITY)	4	0,5
Total General	824	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

Tabla 3. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
I Trimestre 2019	280 / 280 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Hay un fortalecimiento en el aumento del reporte de los incidentes en los años 2016, 2017, 2018 y ahora en el I trimestre de 2019 lo que muestra el impacto de las gestiones institucionales realizadas en el fomento del Reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el Programa de IAAS, Seguimiento Farmacoterapéutico, Auditoria Concurrente, Lideres de Paquetes Instruccionales; Todos los incidentes se han gestionado según el procedimiento establecido según el tipo de reporte y si es de alta, media o baja prioridad (proporción de 1), cada uno con diferente grado de avance en el ciclo;(Ver Tabla 4)

Tabla 4. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados / Número total de incidentes detectados	
I Trimestre 2019	256 / 256 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Comparando cada Trimestre del 2017, 2018 y 2019 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

	Datos:	
Formula:	I Trimestre 2015: 232	
(No. Total de novedades reportadas en el trimestre actual – No. Total de novedades	I Trimestre 2016: 745	

reportadas en el trimestre anterior) / No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior		I Trimestre 2017: 779 I Trimestre 2018: 777 I Trimestre 2019: 824	
AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	
I TRIM	I TRIM	I TRIMESTRE	
(779-557) / 557 = 0.39 (39.8%)	(777-774) / 774 = 0.0038 (0.38%)	(824-785) / 785 = 0,049 (4%)	

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años. 2017-2018-2019

5. Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación

Durante el I trimestre 2019 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo Digital con 660 novedades que representa el 80,1% (Ver Tabla 6), lo que constituye una mejora, ya que al realizar los reportes a través del aplicativo, se hace casi de inmediato cuando la novedad se presenta y le garantiza a quien reporta total anonimato, esto ha permitido fortalecer la cultura del reporte; el restante fue identificado por Auditoría Concurrente con 134 reportes, que en comparación con el primer trimestre de 2018 se nota un aumento en el reporte de desde Concurrencia, siendo una mejora para el fortalecimiento de la cultura de seguridad; desde Atención al Usuario se identificaron 19 reportes, Auditoría Externa de EPS realizó 11 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

Formula: No. de novedades de seguridad identificadas por los diferentes medios (reporte, quejas, demandas, comités, etc.) / No. Total de novedades de seguridad identificadas en el periodo.		
Forma de identificación	I Trimestre 2019	%
Aplicativo	660	80,1
Auditoría Concurrente	134	16,3
Atención al Usuario	19	2,3
Auditoría Externa	11	1,3

Total General	824	100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

6. Proporción de novedades de seguridad por tipo de la novedad

Las Novedades de Seguridad más frecuentemente reportadas por Tipo de Atención en salud insegura durante el I Trimestre de 2019 se relacionan con: fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (47,5%), Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (24,1%); infecciones asociadas a la atención en salud (8.6%), Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (4,2%), Caídas de pacientes (4.2%); dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes; (Ver Tabla. 7).

Tabla 7: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2019

NOVEDADES POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA ENERO A MARZO DE 2019	COMPLICACIÓN	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	Total general	%
Tipo 2:Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	51	149	91	291	47,5
Tipo 5:Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	12	70	66	148	24,1
Tipo 4:Infección ocasionada por la atención en salud		53		53	8,6
Tipo 11:Caídas de pacientes	1	7	18	26	4,2
Tipo 9:Relacionados con los dispositivos y equipos médicos		1	25	26	4,2
Tipo 1:Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud			17	17	2,8
Tipo 6:Relacionados con la sangre o sus derivados	10		5	15	2,4
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos			13	13	2,1
Tipo 10:Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente			8	8	1,3
Tipo 15:Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	3		4	7	1,1
Tipo 13:Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico			5	5	0,8

Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional			4	4	0,7
Total general	77	280	256	613	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

7. Porcentaje de Eventos Adversos

Para el I Trimestre de 2019 el porcentaje de Eventos Adversos es del 1.1 % frente al total de atenciones que incluyen: los Egresos Hospitalarios (2670), las Consultas generadas en Consulta Externa (11222), Consultas de Urgencias (5750) y los Procedimientos Quirúrgicos (4309). (Ver Tabla 8)

Tabla 8: Porcentaje de Eventos Adversos I Trimestre de 2018

Formula: Número total de eventos adversos en el periodo / Número total de Atenciones en el periodo	
I Trimestre 2016	150 / 25603 = 0.6 %
I Trimestre 2017	228 / 24002 = 0.9 %
I Trimestre 2018	288 / 21758 = 1.3 %
I Trimestre 2019	280/23951= 1.1%

Fuente: Oficina de Estadística Archivos 2018/Indicadores / Indica General y Base de Datos Novedades de Seguridad 2019

IV. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma para la ejecución del programa de Seguridad del Paciente año 2019

7.4 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

Para el primer trimestre de 2019 se desarrollaron las siguientes actividades del Sistema Único de Habilitación:

- Se recibió la visita previa para la apertura del servicio de trasplante de piel y componentes de la piel realizada por la subdirección de Inspección, Vigilancia y control de la Secretaría Distrital de Salud.
- Se visitó la sede Centro de Salud de Cogua el 28 de marzo para realizar seguimiento y verificar las condiciones de habilitación para cumplimiento con la visita de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, la cual se realizaron el 02 de abril de 2019.
- Se realizaron las novedades de las sedes centro de salud de Cogua y el Puesto de Salud de San Cayetano relacionadas con los servicios en la modalidad de telemedicina.
- Se realizó el trámite correspondiente para realizar la apertura del servicio de transporte asistencial medicalizado y la inscripción de la ambulancia medicalizado, a la espera de la visita previa para la apertura.
- Se realizó el cronograma para el seguimiento de los planes de mejora derivados de la autoevaluación de habilitación por procesos.
- Se realizó recorrido con la arquitecta Karen del proceso de gestión de la infraestructura para revisar los espacios para el servicio cirugía vascular (procedimiento de Doppler).
- Se realizó y se radicó el plan de contingencia por obras de adecuaciones de infraestructura en sala de parto y proceso de esterilización, se encuentra publicado en la pirámide documental.
- Se elabora cronograma para el seguimiento de los planes de mejoramiento por proceso derivados de la autoevaluación de habilitación.

1.2. Referenciación Comparativa:

Para el primer trimestre de 2019 se elaboró el cronograma de referenciaciones comparativas; de las cuales se han realizado tres (3) en dicho periodo una de ellas interna. Se han recibido cuatro (4) de otras instituciones que se han referenciado con nuestros procesos, entre ellas la recibida por el Ministerio del Perú a nuestros servicios en modalidad de telemedicina, Neurocirugía y Radiología y la realizada al proceso de Banco de Sangre por el Hospital Internacional de Colombia de la ciudad de Bucaramanga, entre otras.

Se elaboró el cronograma y la programación para el segundo trimestre del año 2019 para recibir otras instituciones, la cual ha sido modificada en varias oportunidades debido a la presentación de otras actividades institucionales y a la organización de las agendas con los líderes de servicios.

Tabla N 1. Ejecución de la Referenciación Comparativa Programada en 2019.



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CRONOGRAMA DE DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS

2019



HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

05DS02-V1

PROCESO A RERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACIÓN	INSTITUCIÓN A REFERENCIAI	CIUDAD	FECHA	RESPONSABLE	ESTADO DE LA REFERENCIACIÓN	
1	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	FORTALECER EL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE TEJIDOS	FUNDACION SANTA FE	BOGOTA	OCTUBRE	ANDREA FORERO	SOLICITADA
2		PROGRAMA DE DONACION DE ORGANOS TEJIDOS Y TRASPLANTE	BANCO DE TEJIDOS IDCBIC	BOGOTA	01/03/2019	ANDREA FORERO	REALIZADA
3		MEJORAR EL PROCESO QUIRÚRGICO	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL O PABLO TOBON URIBE	MEDELLÍN	PRIMER SEMESTRE 2019	RUTH CHAPARRO	POR SOLICITAR
4	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	AUTOMATIZAR EL SERVICIO	HOSPITAL MEDERI	BOGOTA	ABRIL	LUIS ANGEL CARDENAS	SOLICITADO
5	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	MEJORAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	HOSPITAL MILITAR	BOGOTA	MARZO	FREDY RAMIREZ	SOLICITADA
6	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO - NEUROCIRUGÍA	CONOCER PROCESO DE CENTROS DE EXCELENCIA	FUNDACIÓN SANTA FÉ	BOGOTA	MAYO	MAURICIO RIVEROS	SOLICITADA
7	GESTIÓN DE LA CALIDAD	SEGUNDA VÍCTIMA, REACCIÓN INMEDIATA A EVENTOS ADVERSOS, IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETE INSTRUCCIONAL CARDIOVASCULAR Y PREVENCIÓN Y CANSANCIO, SEGURIDAD DEL PACIENTE:	FUNDACION SANTA FÉ	BOGOTA	POR DEFINIR	MIREYA SUÁREZ	SOLICITADA
8		COMUNICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS AL PACIENTE Y SU FAMILIA, INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PACIENTE TRAZADOR CULTURA DE	PABLO TOBON URIBE	MEDELLIN	PRIMER TRIMESTRE	LIDA ACOSTA	POR SOLICITAR
9		GESTION DEL RIESGO ADMINISTRATIVO	HOSPITAL DE MEDERI	BOGOTA	ABRIL	JULIETH ALEXANDRA TORRES	REALIZADA
10	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	MEJORAR LOS PROCESOS DE FISIOTERAPIA	FUNDACION SANTA FÉ	BOGOTA	JUNIO	NAIR DIAZ	SOLICITADA
11	HOTELERIA HOSPITALARIA	MEJORAR EL PROCESO DE HOTELERIA	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	POR DEFINIR	NELSY FLOREZ	SOLICITADA
12		ESTRATEGIAS DE ORDEN Y ASEO "5S" ESTRATEGIAS DE ESPACIOS LIBRES DE HUMO	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTA	MARZO DE 2019	NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ	POR SOLICITAR
13	APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLINICO	REALIZAR REFERENCIACION FRENTE ESTANDARES DE EXCELENCIA PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS DE	FUINDACION SANTA FE	BOGOTA	OCTUBRE	RUTH ROJAS	SOLICITADA
14		IMPLEMENTACION DE MIPRES	FARMACIA	HUS	MARZO	RUTH ROJAS	REALIZADA

21	ATENCIÓN A PACIENTE HOSPITALIZADO	CLINICA DE HERIDAS: CONOCER PROCESOS DEL AREA, FACTURACION	FUNDACION SANTA FE	BOGOTA	ABRIL	LEILA BAUTISTA PLAZAS	POR SOLICITAR
22		HOSPITALIZACION REHABILITACION DEL PISO PELVICO:INICIAR EL PROGRAMA EN EL HUS	HOSPITAL SAN JOSE CENTRO	BOGOTA	POR DEFINIR	FT NAIR YANNETH DIAZ PLANEACION	SOLICITADA
23		HOSPITALIZACION REHABILITACION CARDIACA FASE I FORTALECER LA INTERVENCION EN REHABILITACION CARDIACA	CLINICA COLOMBIA	BOGOTA	POR DEFINIR	FT NAIR YANNETH DIAZ PLANEACION	POR SOLICITAR
24	GESTION DE LA TECNOLOGIA	REALIZAR PROCESO COMPARATIVO EN LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD, GESTION DE MANTENIMIENTO DE EQUIPAMIENTO BIOMEDICO, PROGRAMA DE TECNOSIGILANCIA, ACREDITACION, PROCESO DE TECNOLOGIAS BIOMEDICAS	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	MEDELLIN	PRIMER SEMESTRE	xiomara alvarado janet gomez juan carlos molina	POR SOLICITAR
			HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	MEDELLIN	PRIMER SEMESTRE 2019	xiomara alvarado janet gomez juan carlos molina	POR SOLICITAR
			HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL	PASTO	SEGUNDO SEMESTRE 2019	xiomara alvarado janet gomez juan carlos molina	POR SOLICITAR
			FUNDACION VALLE DE LILI	CALI	SEGUNDO SEMESTRE 2019	xiomara alvarado janet gomez juan carlos molina	POR SOLICITAR
			FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	BUCARAMANGA	SEGUNDO SEMESTRE 2019	xiomara alvarado janet gomez juan carlos molina	POR SOLICITAR
25	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	FUNCIONAMIENTO JUNTA DIRECTIVAESTRATEGIAS PARA LOGRAR EL EMPODERAMIENTO DE LA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL	PASTO	PRIMER SEMESTRE 2019	DR. JAVIER FERNANDO MANCERA	POR SOLICITAR
15	APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO DE PATOLOGIA	PATOLOGIA: USO, DESCARTE DE REACTIVOS, REACTIVO VIGILANCIA.	INSTITUTO NACIOANL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	SEPTIEMBRE	SAMUEL MORALES	SOLICITADA
16		PATOLOGIA: DAR CUMPLIMIENTO A LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE ICONTEC	FUNDACION CARDIOINFANTIL	BOGOTA	JULIO	SAMUEL MORALES	SOLICITADA
17	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	IDENTIFICAR ACCIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTACION DE LOS PROCESOS DE ATENCION EN SALUD EN AREAS AMBULATORIAS	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTA	OCTUBRE	YAMILE UBAQUE	SOLICITADA
18	ESTANDAR DE MEJORAMIENTO	INDICADORES Y GESTION DEL RIESGO	FUNDACION VALLE DE LILI	CALI	OCTUBRE	VIVIAN CASTAÑEDA	SOLICITADA
19	GESTION DE LA INFORMACION	ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION, PLAN DE CONTINGENCIA, MINERIA DE DATOS	CLICA COUNTRY	BOGOTA	SEPTIEMBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA
20		ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	FUNDACION VALLE DE LILI	BOGOTA	SEPTIEMBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA
		ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	FUNCACION CARDIOINFANTIL	BOGOTA	OCTUBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA
		ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	BOGOTA	MARZO	ALFREDO TELLEZ	POR SOLICITAR
25	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	FUNCIONAMIENTO JUNTA DIRECTIVAESTRATEGIAS PARA LOGRAR EL EMPODERAMIENTO DE LA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL	PASTO	PRIMER SEMESTRE 2019	DR. JAVIER FERNANDO MANCERA	POR SOLICITAR
26	BANCO DE SANGRE	SEPARACION DE COMPONENTES- FILTRACION DE HEMOCOMPONENTES	CRUZ ROJA	BOGOTA	FEBRERO	ADRIANA CAROLINA GONZALEZ	REALIZADA

Nota: Fuente Planeación y Calidad.

Tabla 2. Referenciaciones comparativas recibidas en el HUS en el año 2019.

REFERENCIACIONES RECIBIDAS				
2019				
Nº	FECHA	INSTITUCION O ENTIDAD	CIUDAD DEPARTAMENTO	TEMA REFERENCIADO
1	01-feb-19	Hospital Universitario San Ignacio	bogota	Servicio Trasfusional
2	13 y 20 de febrero 2019	E.S.E Hospital San Rafael de Pacho	Cundinamarca	Financiera- Costos Talento humano, personal- Nomina.
3	19-mar-19	Ministerio de Salud del Peru	Peru	Telemedicina
4	28-mar-19	Hospital Internacional de Colombia	Bucaramanga	banco de sangre
5				

2. Planes Únicos de Mejora PUM

Se elaboró el PUMP del proceso de desarrollo de servicios el cual está publicado en la pirámide documental. En el acompañamiento que se le hace a los procesos, se realiza la revisión al Pump del proceso de atención farmacéutica, el cual se entra publicado.

Se realiza la revisión al Pump del proceso de Talento Humano, se devuelve para que se realicen las correspondientes modificaciones.

Tabla 3. Plan de Mejora del Proceso Desarrollo de Servicios.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA GESTION DE LA CALIDAD PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP VIGENCIA :																						
IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA									DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA													
PROCESO	Nº ACCIÓN	FUENTE	FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACION	MODELO DE ATENCION	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PRIORIZACION DE ACCIONES DE MEJORA	RIESGO DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE REPARACION	ESTIMACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO DE LA ACCION	FECHA DE TERMINACION DE LA ACCION	RESPONSABLE DE LA ACCION			
DESARROLLO DE SERVICIOS	1	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	Una vez realizada la verificación de la observación, hallazgo o no conformidad, se deriva la necesidad de hacer la apertura del servicio de Trasplante de Piel y por componente.	Reporte que se genera con el resultado de la verificación para la protección del servicio.	ACCESIBILIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Mejoramiento	1. Fortalecer la Protección de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Realizar la autoevaluación aplicando el instrumento para el servicio de trasplante de piel, realizar el trámite ante el ente territorial, solicitar la visita previa para habilitar el servicio y reducir el formulario con la necesidad de apertura y según el resultado se habilita el servicio.	5	5	0	75	Preparar el servicio para el habilitado	OP	ARTICULACION	Realizar el seguimiento al plan de mejoramiento derivado de los hallazgos de la visita previa para apertura del servicio de trasplante de Piel.	Acta de seguimiento	09/02/2019	09/02/2019	Loz Escor Plan y co
	2	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	#####	La secretaría de Salud de Cundinamarca entregó una subatención medicada a la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana para habilitar el servicio de traslado quirúrgico de Cundinamarca a la ciudad de Bogotá.	1. Por norma de la subatención medicada. 2. por que no se cuenta con subatención medicada. 3. por que la secretaría de Salud de Cundinamarca la entregó a la ciudad de Bogotá.	OPORTUNIDAD	Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud	Ciudadano en el espacio	1. Fortalecer la Protección de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Gestionar para la apertura del servicio de Traslado quirúrgico Básico en la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá.	5	0	5	75	Preparar el servicio para el habilitado	AC	GESTION DE RECURSOS Y ALIANZAS	1. Realizar el trámite correspondiente para habilitar el servicio de Traslado quirúrgico medicado.	1. Distintivo de Habilitación del Servicio Habilitado.	10/04/2019	10/04/2019	Loz Escor Plan y co

3. Plan Operativo Anual

Tabla 4. PAS 2019.

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS PLAN DE ACCIÓN EN SALUD													
Nombre de la IPS				ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA									
Código de habilitación de la IPS				1100109224									
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva				4 de Febrero de 2019									
Nombre del Gerente				JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA									
# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3						
					Valor	Año							
1.1	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Cumplimiento a la ejecución de planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de Habilitación	Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación	Porcentaje	100%	2018	100%	Seguimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación realizado en la vigencia 2018	30%	-	25%	50%	25%
1.2								Capacitación en los nuevos estándares del Sistema Único de Habilitación a Líderes de procesos y/o servicios (Borrador o Resolución aprobada)	70%		50%	50%	

Fuente: PAS 2019.

Para el primer trimestre de 2019 no se tiene programadas actividades dentro del PAS correspondientes al Sistema único de Habilitación, sin embargo se avanzó en la elaboración del cronograma de seguimiento de planes de mejoramiento derivados de la autoevaluación de habilitación.

4. Otros

4.1 Programa de Auditorías Internas.

Se elabora el cronograma de auditorías internas el cual fue enviado para revisión por algunos a líderes de servicio y para aprobación jefe de planeación y garantía de la calidad.

Tabla 5. Cronograma de Auditorías Internas 2019.



HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Empreses Social del Estado

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



05GC32-V1

PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 2019

Nº	NOMBRE DE LA AUDITORIA	TIPO	ASPECTOS Y/O CRITERIOS A EVALUAR	EQUIPO AUDITOR Y/O LÍDER	UNIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA	VIGENCIA 2018												TOTAL		
							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
1	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	SEGUIMIENTO	NTC ISO 9001:2015	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual					1	0							1	0	
2	CONDICIONES DE HABILITACIÓN	SEGUIMIENTO	RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Coordinador de Calidad Unidad Funcional	Zipaquirá	Anual						1	0						1	0	
3	AUTOEVALUACIÓN DE HABILITACIÓN	SEGUIMIENTO	RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual						1	0						1	0	
4	SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	SEGUIMIENTO	NTC ISO 14001	Ing. Ambiental/Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual									1	0			1	0	
5	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	AUDITORIA	DECRETO 1111 DE 2015	Referente seguridad y salud en el trabajo/Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual									1	0			1	0	
6	IMPLEMENTACIÓN DE LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	SEGUIMIENTO	RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Referente y profesionales de Seguridad del paciente	Bogotá	semestral						1	0		1	0		1	0	3	0
7	PROGRAMA DE TRASPLANTE	SEGUIMIENTO A DONACION	DECRETO 2433 DE 2004,	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual									1	0			1	0	
8		SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE	DECRETO 2433 DE 2004,	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Trimestral			1	0		1	0		1	0		1	0	4	0
9		AUDITORIA A PROCESOS	DECRETO 2433 DE 2004,	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual									1	0					



HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



05GC32-V1

PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 2019

Nº	NOMBRE DE LA AUDITORIA	TIPO	ASPECTOS Y/O CRITERIOS A EVALUAR	EQUIPO AUDITOR Y/O LÍDER	UNIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA	VIGENCIA 2018												TOTAL							
							ENE	FEB	MA	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	P	F						
							P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F						
10	PACIENTE TRAZADORA Y ADHERENCIA AL CICLO DE ATENCIÓN AL USUARIO.	SEGUIMIENTO	Criterios definidos en metodología paciente trazador y Evaluación de la ruta de atención del usuario desde su ingreso hasta su egreso.	Planeación y Garantía de la Calidad/Dirección científica.	Bogotá	Semestral									1						1	0			2	0
11	HISTORIAS CLÍNICAS MÉDICAS	AUDITORÍA	Criterios definidos por el Comité de Historias Clínicas	Auditor Médico (Dirección Clínica)	Bogotá	Trimestral			1						1			1	0			1	0	4	0	
12	HISTORIAS CLÍNICAS MÉDICAS	AUDITORÍA	Criterios definidos por el Comité de Historias Clínicas	Auditor Médico (Dirección Clínica)	Zipaquirá	Trimestral			1						1			1	0			1	0	4	0	
13	HISTORIAS CLÍNICAS TRASPLANTES	AUDITORÍA	Criterios definidos por el Comité de Historias Clínicas	Auditor Médico	Bogotá	Trimestral			1						1			1	0			1	0	4	0	
14	BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA DE GASES	AUDITORIA	Requisitos INVIMA - Guía de Inspección Resolución	Farmacia/Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual									1									1	0	
15	BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA BANCO DE SANGRE	AUDITORIA	REQUISITOS INVIMA BANCO DE SANGRE	Banco de Sangre/Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual												1	0					1	0	
16	VALORACION NUTRICIONAL	SEGUIMIENTO	Registro a dieta ordenada, análisis de gustos y preferencias	Planeación y Garantía de la calidad/Nutrición	Bogotá	Anual												1	0					1	0	
17	CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS SERVICIO DE	SEGUIMIENTO	Cumplimiento de condiciones Higiénico sanitaria a servicios de	Planeación y Garantía de la calidad	Bogotá	Anual									1									1	0	
18	INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO.	SEGUIMIENTO	Institución 100% libre de humo de tabaco (Ley 1335 de 2009).	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual							1		0									1	0	

			HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO										 05GC32-V1							
PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 2019																				
Nº	NOMBRE DE LA AUDITORIA	TIPO	ASPECTOS Y/O CRITERIOS A EVALUAR	EQUIPO AUDITOR Y/O LÍDER	UNIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA	VIGENCIA 2018												TOTAL	
							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		AL
16	VALORACION NUTRICIONAL	SEGUIMIENTO	Registro y dieta ordenada, análisis de gustos y preferencias	Planeación y Garantía de la calidad/Nutrición	Bogotá	Anual											1	0	1	0
17	CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS SERVICIO DE	SEGUIMIENTO	Cumplimiento de condiciones Higiénico sanitaria a servicios de	Planeación y Garantía de la calidad	Bogotá	Anual							1	0					1	0
18	INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO.	SEGUIMIENTO	Institución 100% libre de humo de tabaco (Ley 1335 de 2009).	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual													1	0
19	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC	SEGUIMIENTO	Criterios establecidos en la circular 012 de la Superintendencia de salud y Pautas de	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Semestral													1	0
20	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC	SEGUIMIENTO	Criterios establecidos en la circular 012 de la Superintendencia de salud y Pautas de	Planeación y Garantía de la Calidad	Zipaquirá	Semestral													1	0
21	COMITÉS INSTITUCIONALES	SEGUIMIENTO	Plan de acción, cronograma, periodicidad, cumplimiento de decisiones, archivo, inclusión Unidades funcionales y lecciones	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Trimestral			1						1	0			1	0
22	ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	AUDITORIA	Criterios establecidos de acuerdo a la estructura de la	Médico de GPC	Bogotá	Mensual	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
23	PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO	SEGUIMIENTO	Los definidos en el Procedimiento	Auditor de Planeación y Garantía de la	Bogotá	Semestral							1	0					1	0

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO										 05GC32-V										
PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 2019																						
Nº	NOMBRE DE LA AUDITORIA	TIPO	ASPECTOS Y/O CRITERIOS A EVALUAR	EQUIPO AUDITOR Y/O LÍDER	UNIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA	VIGENCIA 2018												TOTAL			
							ENE	FEB	MA	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
25	SISTEMA UNICO INTEGRAL DE TRÁMITES - SUIT	SEGUIMIENTO	Criterios establecidos por la institución.	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual									1	0				1		
26	REFERENCIACION COMPARATIVA	SEGUIMIENTO	Criterios establecidos por la institución.	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Anual									1	0				1		
27	EQUIPOS DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO	Cumplimiento a reuniones, ejecución de actos, revisión de compromisos	Equipo de calidad	Bogotá	Anual													1	0	2	
28	EVALUACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	AUDITORIA	Medición de la cultura de seguridad (clima de seguridad,	Referente y profesionales de seguridad del paciente	Bogotá	Anual							1	0						1		
29	MONITOREO A LOS INDICADORES CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS	SEGUIMIENTO	Evaluar tendencias, metas, etc.	Planeación y Garantía de la Calidad	Bogotá	Semestral									1	0			1	0	2	
30	ADHERENCIA AL CODIGO DE INTEGRIDAD DESDE MIPG	SEGUIMIENTO	Respeto por derechos y deberes, mecanismos para presentar conflictos	Talento Humano	Bogotá	Anual											1	0		1		
31	AUDITORIA DE GESTION AL CICLO DEL MEDICAMENTO (ALTO RIESGO)	AUDITORIA	Uso seguro de los medicamentos en el ciclo de utilización del mismo.	Farmacia	Bogotá	Anual							1	0						1		
32	MONITOREO A LA OPORTUNIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO E	SEGUIMIENTO	Evaluación a los momentos de atención, desde el ingreso- facturación y atención en el	Dirección científica	Bogotá	Semestral									1	0				1	0	2

		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO												 05GC32-V1									
PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 2019																							
Nº	NOMBRE DE LA AUDITORIA	TIPO	ASPECTOS Y/O CRITERIOS A EVALUAR	EQUIPO AUDITOR Y/O LÍDER	UNIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA	VIGENCIA 2018												TOTAL AL				
							ENE	FEB	MA	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC					
							P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		P			
31	AUDITORIA DE GESTION AL CICLO DEL MEDICAMENTO (ALTO RIESGO)	AUDITORIA	Uso seguro de los medicamentos en el ciclo de utilización del mismo.	Farmacia	Bogotá	Anual							1	0							1	0	
32	MONITOREO A LA OPORTUNIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO E	SEGUIMIEN TO	Evaluación a los momentos de atención, desde el ingreso- facturación y atención en el servicio	Dirección científica	Bogotá	Semestral						1	0							1	0	2	0
33	CONCILIACION MEDICAMENTOSA	AUDITORIA	Auditoria a la historia farmacoterapéutica	Farmacia	Bogotá	Anual								1	0						1	0	
34	FARMACOVIGILANCIA Y USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS	AUDITORIA	Todas las actividades relacionadas con la detección, evaluación y	Farmacia	Bogotá	Anual								1	0						1	0	
35	CADENA DE CUSTODIA	SEGUIMIEN TO	Evaluar la adherencia al procedimiento de cadena de custodia	Planeación y Garantía de la calidad	Bogotá	Anual								1	0						1	0	
36	SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO	SEGUIMIEN TO	Evaluar la efectividad al programa de control de calidad	Planeación y garantía de la calidad/Laboratorio Clínico	Bogotá	Anual								1	0						1	0	

4.2 Seguimiento a PAMEC.

Se realizó la socialización al proceso de Gestión del Talento Humano sobre los cambios de la Resolución 5095 del 2018, para que sean incluidos en el PAMEC 2019.

Se realiza el acompañamiento y revisión del Pamec del Estándar de Talento Humano.

Se apoya en la revisión del Documento Perfil uno y dos para visita del Icontec.

4.3 Revisión documental

Se realizó la revisión documental a los procedimientos del proceso de talento humano (del Sistema de gestión de Seguridad y salud en el trabajo) algunos formatos publicados otros documentos devueltos al proceso para modificaciones. Se revisan los del proceso de atención farmacéutica, los cuales son publicados y se encuentran en la pirámide documental.

Se apoyó y al proceso de talento humano y los programas de vigilancias (farmacovigilancia, reactivovigilancia, tecnovigilancia, biovigilancia, hemovigilancia) para el desarrollo de un video para la inducción y reinducción.

4.4 Recibir Auditoria externa.

- Se recibe la auditoria externa de la Subdirección de Inspección, Vigilancia y control de la Secretaría Distrital de Salud para la apertura del servicio de Trasplantes de piel.
- Se recibe auditoria de la Secretaria Distrital de Salud realizada al Programa de Trasplante, donación y promoción.
- Se recibe la visita de seguimiento al plan de acción enviado a la IPS Famisanar en el cual se obtuvo un cumplimiento efectivo del 94 %.

7.5 GESTIÓN AMBIENTAL

GESTIÓN DEL PROCESO

Realizar entrega de las actividades del primer trimestre 2019 correspondiente a la gestión ambiental del Hospital Universitario la Samaritana referente a la implementación de la ISO 14001:2015 según los hallazgos encontrados en la auditoria interna realizada en el mes de septiembre y octubre del 2018, y las actividades específicas establecidas en el Plan Único de mejora (PUMP) de gestión ambiental.

DOCUMENTACION

1. Actualización y aprobación de la política ambiental (Código 01DE8-V1)

Se elaboró y publicó en la intranet la política ambiental siguiendo los lineamientos establecidos en la ISO 14001:2015 en donde se establecen como principales líneas:

- Desarrollar las actividades con las mejores prácticas ambientales
- Implementar medidas de prevención, reducción y control de la contaminación por los impactos generados (residuos, vertimientos y emisiones)
- Dar cumplimiento a todos los requisitos legales y aquellos suscritos de forma voluntaria
- Fomentar una cultura basada en el mejoramiento continuo del desempeño ambiental
- Mejorar los procesos de comunicación asertiva entre el personal de la ESe Hospital Universitario de la Samaritana

Lo anterior da cumplimiento al hallazgo No. 2 y la meta establecida en el PUMP de gestión Ambiental.

2. Matriz de requisitos legales y otros requisitos acorde a la normatividad legal vigente

Se elaboró la matriz de requisitos legales (hallazgo No. 5) según el normograma presentado por gestión jurídica y relacionada con los aspectos ambientales de la institución. Allí se establecen los requisitos aplicables, el estado del requisito, y el registro o soporte de cumplimiento. De igual manera en el programa de gestión ambiental se estableció la metodología para la elaboración de la matriz, el seguimiento, la actualización, la divulgación y el control de cambios que se puedan presentar.

3. Matriz general de partes interesadas y sus requisitos necesidades y expectativas

Se realizó la matriz de necesidades y expectativas de las partes interesadas (Comunidad hospitalaria, usuarios, comunidad social y entes gubernamentales) en donde se especifican las estrategias y se priorizan las necesidades que se convierten en requisitos. La metodología de elaboración y el seguimiento se establecen en el programa de gestión ambiental, dando cumplimiento al hallazgo No 1 del PUMP de gestión ambiental.

4. Actualización de matriz de aspectos e impactos ambientales con su respectiva metodología

Se realizó una actualización de la matriz de aspectos ambientales donde se identificaron y evaluaron los diferentes aspectos e impactos ambientales, así como los riesgos y oportunidades que se presentan en cada uno de los

procesos dentro de las condiciones de operación contemplados en la norma (normales, anormales y de emergencia) para de esta manera sistematizar la información y dar cumplimiento al hallazgo No 4 del PUMP de gestión ambiental.

También se realizó un cambio en la metodología de evaluación para que los aspectos fueran evaluados dentro de tres perspectivas:

- Impacto ambiental
- Criterio legal
- Partes interesadas

5. Actualización del programa de gestión ambiental según los lineamientos establecidos en la ISO 14001: 2015

Se elaboraron ajustes al programa de gestión ambiental, con el fin de sistematizar y documentar la información del sistema de gestión ambiental. Allí se establecen las metodologías, los seguimientos y controles que se deben contemplar en cada uno de los documentos establecidos en la Norma ISO 14001:2015.

6. Integrar de manera sistemática los riesgos ambientales que se pueden presentar en cada uno de los procesos.

Se realizó reunión con la Ingeniera encargada de la gestión y administración del riesgo para poder articular el análisis de los riesgos ambientales en los procesos de la institución, logrando así la integración en la evaluación y la eficiencia en los sistemas de gestión.

IMPLEMENTACION

1. Se están realizando capacitaciones para el personal de la institución tanto asistencial como administrativo con el fin de que se conozcan y se sensibilicen en cuanto a la gestión ambiental en la institución, bajo los objetivos de la política ambiental establecida:

- Establecer un modelo de gestión ambiental basado en la Norma ISO 14001: 2015.
- Implementar el programa HOSPITAL VERDE
- Fomentar la cultura en buenas prácticas ambientales.

2. Se realiza el diseño y elaboración de rota folios, pre test y post test para realizar capacitaciones al personal sobre:

- Política ambiental y sus objetivos
- Alcance del sistema de gestión ambiental
- Aspectos e impactos ambientales
- Riesgos y oportunidades
- Programas y planes (Ahorro y uso eficiente de agua y energía, programa de reciclaje, estrategia cero papel y huella de carbono)

- Hospitales Verdes
- Gestión integral de residuos (correcto manejo y segregación de residuos)

OTROS

El Hospital Universitario de la Samaritana se vinculó al Programa Ambiental Empresarial GAE liderado por la Secretaría de Ambiente, que busca que las empresas o instituciones alcancen diferentes niveles para lograr pertenecer al Programa de Excelencia Ambiental Distrital, y a la red de empresas ambientalmente sostenibles. En este programa se brindan capacitaciones, visitas y tutorías de acompañamiento para poder implementar sistemas de gestión ambiental y el desarrollo de estrategias ambientales para lograr la producción sostenible

7.5 PAQUETE INSTRUCCIONAL Y PROGRAMAS

GESTIÓN DEL PROCESO

SEGURIDAD DE PACIENTE: PAQUETE INSTRUCCIONAL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el fin de apoyar la implementación del procedimiento de consentimiento informado y del formato en la Historia Clínica de DGH, se llevó a cabo en coordinación con la Dirección Científica en este primer trimestre:

1. Socializar procedimiento 02AUF08-V2 en reunión con nefrología
2. Solicitar inclusión de aspectos relacionados con riesgos de los dispositivos utilizados en los procedimientos; actividad incluida en el estándar de Infraestructura.
3. Actualizar plantillas de Anestesia y anexas consentimiento para paso de catéter venoso y arterial. Ver figura1

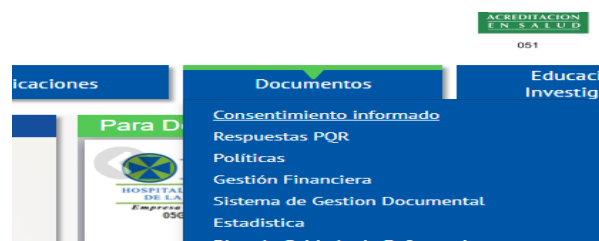


Figura 1

4. De igual forma se llevó a cabo reunión con la subdirectora de Anestesia, para ajuste del formato de consentimiento, debido a la nota obtenida en la auditoría concurrente porque los procedimientos descritos no corresponden a anestesia, sino al procedimiento quirúrgico. Se decide enviar la solicitud de ajuste del formato al comité de ética y comité de historia Clínica.

Paquete de comunicación adecuada entre las personas que atienden y cuidan a los

Pacientes.

Se realiza el acompañamiento a la Líder del Paquete, elaborando el cronograma e iniciando las actividades del trimestre.

1. Solicitud al área de sistemas de una herramienta de comunicación "TWIT" para novedades de entrega de turno médico y de enfermería.
2. Elaborar propuesta y guion del vídeo para el módulo de Comunicación que será incluido en el curso de seguridad de paciente.

Programa de Humanización

Para la línea estratégica asignada de *privacidad y confidencialidad*, se ejecutó el cronograma con las actividades del primer trimestre del año en curso, resultado de estas actividades se ven reflejados en el informe enviado a la Dirección de Atención al Usuario. En términos generales, correspondieron a continuar la socialización y evaluar la adherencia mediante rondas por los servicios. Se iniciaron las rondas en el mes

de marzo, realizando actividades de observación y entrevistas en 3 Sur ortopedia (6), urgencias (3) y urología (3).

II. Acompañamiento a procesos

Gestión jurídica: Se llevó a cabo el cierre del PUMP del año 2018, y la elaboración del PUMP 2019.

Gestión de la información: Se llevó a cabo el cierre del PUMP y PAMEC del año 2018, y revisión del PUMP y PAMEC 2019 enviado por el líder. Participación en el estándar de Información, las evidencias se encuentran en la Intranet y en Actas. Hubo acompañamiento para la elaboración de la matriz de riesgos en Gestión Documental.

Financiera: Se llevó a cabo el cierre del PUMP del año 2018 y la elaboración del PUMP 2019. Hubo acompañamiento para la elaboración de la matriz de riesgos. Las evidencias se encuentran en la Intranet y en Actas.

Facturación y recaudo: Se llevó a cabo el cierre del PUMP del año 2018 y la elaboración del PUMP 2019. Las evidencias se encuentran en la Intranet y en Actas.

Subdirección de Enfermería: Durante el transcurso del año 2018 se programaron 31 documentos de los cuales 16 fueron revisados por la Directora de atención al usuario y publicados en la intranet, que corresponde al 52%. Los 11 restantes se elaboraron el año anterior pero, por directriz de la Directora continúan en trámite este año y se han estado revisando nuevamente.

III. Participación en comités

1. Participación en el comité de Ética e investigación según cronograma, el tercer jueves del mes, como especialista en Bioética. Las evidencias reposan en la oficina del centro de Investigación.
2. Participación en el comité de Ética hospitalaria según cronograma, el segundo miércoles del mes como especialista en Bioética, además, este trimestre se presentaron dos comités extraordinarios, para análisis de caso, Las evidencias reposan en la oficina de Talento humano.
3. Participación en dos comités IAMMII de acuerdo al cronograma. Se ha brindado asesoría de acuerdo a lo solicitado, en los temas de calidad.

IV. Actividades generales

1. Iniciación en la participación del equipo MECI, soporte en actas.
2. Inicia la organización de la audiencia de rendición de cuentas del Gerente, se define y hace el cargue del archivo en la Superintendencia de Salud para la publicación de la fecha.
3. Tres reuniones con equipo de trabajo, para definir el convenio con la Red Sur oriente para la Interrupción voluntaria del Embarazo. Soporte en actas de Jurídica.
4. Participación como expositor en las inducciones y reinducciones, que cada quince días se llevan a cabo en la Institución.

7.5 GESTIÓN DE PROYECTOS

GESTIÓN DEL PROCESO

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:

Adicional a los proyectos que ya se encuentran relacionados en el plan bienal de inversiones durante el trimestre se incorporaron tres iniciativas para la institución en su sede principal, esto buscando suplir necesidades evidenciadas en pro del cumplimiento normativo.

proyectos 2018-2019 ajuste 3				
Implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del Hospital Universitario de la Samaritana Cundinamarca	\$ 2.000.000.000			registrado en el PBI se encuentra pendiente de aprobación por la junta y ministerio
Implementación de una planta de tratamiento de aguas residuales PTAR en el Hospital Universitario de la Samaritana Cundinamarca	\$ 743.105.000			registrado en el PBI se encuentra pendiente de aprobación por la junta y ministerio
adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de dotación y equipo médico por renovación de tecnología para el hospital universitario de la samaritana Bogotá	\$ 6.576.727.000			registrado en el PBI se encuentra pendiente de aprobación por la junta y ministerio

Estas tres iniciativas se encuentran pendientes de aprobación por parte del consejo territorial y del ministerio de salud en este orden. De igual forma a la fecha se encuentran ya aprobados 10 proyectos como se lista a continuación.

	nombre del proyecto	valor en plan bienal
	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	\$ 6.000.000.000
	Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	\$ 1.050.000.000

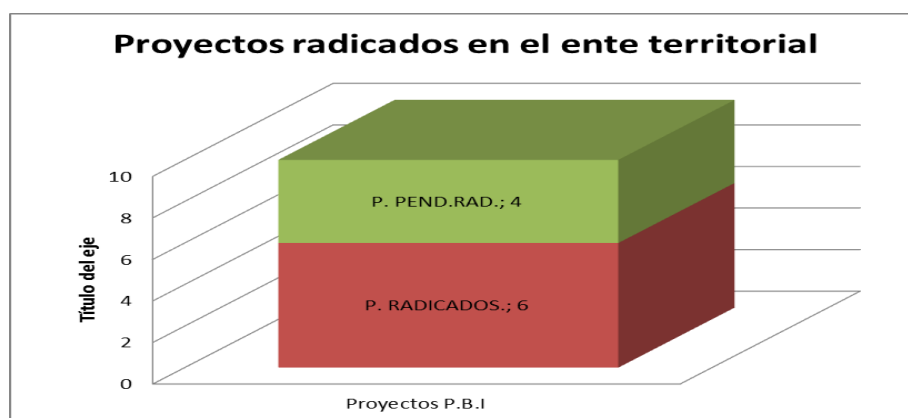
	Implementación de acciones por diagnóstico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 1.200.000.000
	Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS	\$ 3.209.600.000
	Dotación para unidad de 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

Durante el primer trimestre de la vigencia se han realizado diferentes actividades en pro de continuar con la gestión de los proyectos de la institución, subsanando así varias observaciones planteadas por el ente territorial en aquellos que se encuentran en proceso de revisión, sumado a esto se radica un proyecto adicional en búsqueda de viabilización, a continuación se documenta el listado de proyectos con su estado específico para el primer trimestre.

	nombre del proyecto	valor en plan bienal	radicados	observación
proyectos 2018-2019				
1	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	\$ 6.000.000.000		MGA en proceso de construcción en acompañamiento con el Doctor Jefferson Arango
2	reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	\$ 1.050.000.000		Pendiente estudio
3	Implementación de acciones por diagnóstico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 1.200.000.000	X	pendiente requisitos mínimos y cotizaciones de equipos eléctricos, se realizó la solicitud de actualización de

				viabilidad de carga y aprobación de diseños
4	modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS	\$ 3.209.600.000		
5	dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 2.912.830.000	X	pendiente corrección de observaciones encontradas por el ministerio
6	remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana	\$ 1.500.000.000	X	En revisión por parte del departamento, pendiente reunión el día martes 30 de Abril
proyectos 2018-2019 ajuste 1				
7	remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 1.187.253.000	X	
8	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	X	En revisión por parte del departamento
9	dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de zipaquirá del departamento de cundinamarca	\$ 11.272.110.000	X	Proyecto a cargo de la gobernación de Cundinamarca, se encuentra en correcciones de observaciones realizadas por el ministerio, se están adelantando los estudios previos por parte de la ingeniera biomédica
proyectos 2018-2019 ajuste 2				
10	Remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	\$ 780.000.000		se envió oficio a Cogua solicitando información de avances en estudios, hasta la fecha no se obtenido respuesta formal

Ahora, si tomamos como base que se plantea elaborar y radicar 10 proyectos, de los cuales se han radicado 6 de acuerdo a la gestión realizada a la fecha y teniendo en cuenta el que está a cargo de la gobernación de Cundinamarca (equipamiento hospital de Zipaquirá), por lo tanto podemos observar un avance del 20% en comparación con el trimestre anterior, obteniendo así un acumulado del 60%.



7. 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.

Grafico 1

- 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 17% esto tomando como base los 6 proyectos radicados ante el ente territorial.

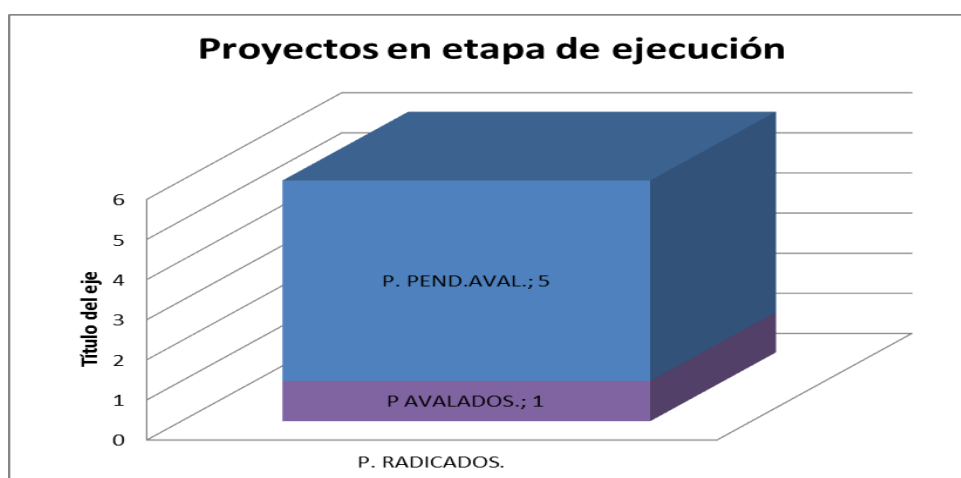


Grafico 2

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							Se ha comenzado a documentar el proyecto junto el doctor Marco Ariza.
reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial							
implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá							Se requirió actualización de viabilidad energética de codena y la aprobación de los diseños eléctricos, ya que en el proceso de consecución de las cotizaciones actualizadas según lo requerido en observaciones, estas se vencieron
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							La ingeniera biomédica se encuentra en el proceso de consecución de las cotizaciones actualizadas para subsanar observaciones del ministerio de salud.
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							Proyecto radicado el día 03 de abril, nos encontramos a la espera de observaciones, o en su defecto del concepto técnico de viabilidad

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						El ente territorial se encuentra realizando la gestión para subsanar observaciones generadas desde el ministerio de Salud y Protección Social, al mismo tiempo, desde el área de bioingeniería se adelantan estudios previos para el proceso de adquisición de los insumos
remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana						Ya se subsanaron las observaciones generadas por el ente territorial a la espera de una respuesta positiva y remisión al Ministerio de Salud y Protección Social.
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

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.