GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

Nombre de la IPS ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Código de habilitación de la IPS 1100109224
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva
Nombre del Gerente EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS
Indicador de producto

# Estrategia	PROCESO	PESO PORCENTUAL	% PRORRATEO POR PROCESO	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base Valor	Línea base Año 2020	Valor esperado año 3	Trimestre I Numerador	Trimestre I Denominador	Ejecutado I Trimestre	% Avance meta	II Trimestre Numerador	II Trimestre Denominador	Ejecutado II Trimestre	% Avance meta	III Trimestre Numerador	III Trimestre Denominador	Ejecutado III Trimestre	% Avance meta	Descripción de estrategias y actividades	IV Trimestre Numerador	IV Trimestre Denominador	Ejecutado IV Trimestre	% Avance meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA IV	RESPONSABLE	E mail Responsable
1.1			1,33%	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Porcentaje de cumplimiento del Plan Mantenimiento de las condiciones de habilitación	Número de actividades del plan de mantenimiento de condiciones de habilitación realizadas / Total de actividades del plan de mantenimiento de condiciones de habilitación	porcentaje	100%	2021	95%	21	21	100%	100%	21	21	100%	100%	21	21	100%	1,33%	Capacitación a lideres de proceso resolución 3100 de 2019 y por estandar de habilitación. Autoevaluación de habilitación en el REPS Desarrollo de modulo de habilitación en ALMERA	21	21	100%	1,33%	25%	25%	25%	25%	Implementacion del modulo de habilitacion en almera para el carge de soportes autoevaluacion, soportes de socializacion y medicion de adherencias.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
2			1,33%	Mantener la certificación de Acreditación en Salud para HUS Bogotá	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a Entidades Acreditadas	Indicador Nominal	Unidad	1,0	2021	1,0	1,0	1,0	1,00%	100%	1,0	1,0	1,00%	100%	1,0	1,0	100%	1,33%	Implementación de la ruta crítica del PAMEC.	1,0	1,0	100%	1,33%	NA	100%	NA	100%	Implementación de la ruta crítica de PAMEC.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
3			1,33%	Aumentar en la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior en el HUS	Promedio de calificación de autoevaluación de los Estándares de Acreditación	Autoevaluación en la vigencia evaluada >3.5	Unidad	3,6	2021	3,7	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1,33%	Autoevaluación del PAMEC.	29,58	8	100%	1,33%	NA	NA	NA	100%	Autoevaluación del Sistema único de acreditación.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
4.1			1,33%	Mantener por encima del 90%el el cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Bogotá	% de Cumplimiento del PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas*100	porcentaje	91%	2021	≥90%	22	43	51%	24%	25	60	42%	23%	81	142	57%	0,76%	Se continua reforzando los seguimientos permanentes a los lideres para la ejecución del PAMEC por parte de la oficina de calidad.	137	147	93,2%	1,24%	25%	25%	25%	100%	Con base en el cierre del informe del PAMEC se ejecutaron las actividades	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
5.1			1,33%	Implementar en 90% el Plan de Mejoramiento de la Calidad - MOCA, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad en el HUS Bogotá	Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad MOCA	# actividades ejecutadas / # actividades programadas *100	porcentaje	90%	2021	≥90%	26	28	100%	100%	31	35	89%	89%	22	24	92%	1,22%	Monitorear y analisis los indicadores definidos en el sistema de información para la calidad a través de la herramienta ALMERA.	30	30	100%	1,33%	25%	25%	25%	90%	Informe consolidado Res 256 de 2016.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
6			1,33%	Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) HUS Bogotá	Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del Sistema de Información para la Calidad	Número de reportes del SIC enviados de manera oportuna / Total de reportes del SIC	porcentaje	100%	2021	100%	1	1	100%	100%	1	1	100%	100%	1	1	100%	1,33%	Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos (HUS)	1	1	100%	1,33%	25%	25%	25	25%	Copia de los pantallazos de cargue de los archivos de Bogotá y Zipaquirá a la plataforma PISIS DEL Ministerio de Protección Social y copia de los correos generados de la plataforma del Minsiterio con la confirmación del cargue exitoso de los archivos.	Dirección de Atención al Usuario Líder de Proyecto de Estadística	atencionu.dirección@hus.org.co
7			1,33%	Mantener los servicios Certificados en Gestión de la Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015 Bogotá	Certificado de Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015	NA	Unidad	6	2021	6,0	6	6	100%	100%	6	6	100	100%	6	6	100%	1,33%	Implementación del Desarrollo de los procesos definidos en el Mapa de Procesos. Compromiso de la alta dirección. Realizando medición, análisis y mejora de los procesos.	6	6	100%	1,33%			100%		Implementación del Desarrollo de los procesos definidos en el Mapa de Procesos. Compromiso de la alta dirección. Realizando medición, análisis y mejora de los procesos.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
8			1,33%	Implementar el portafolio de servicios de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	Porcentaje de implementación	# actividades ejecutadas / # actividades programadas *100	porcentaje	15%	2021	50%	2	30	7%	4%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1,33%	Plan de Trabajo para la Red	N/A	N/A	N/A	1,33%	5%	NA	30%	50%	Actualización del cronograma de implementación red Cundinamarca.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
10.1			1,33%	Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorias internas y externas.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	No. Actividades ejecutadas /No. Actividades programadas en los planes de mejoramiento*100.	Porcentaje	91%	2021	86%	35	35	100%	100%	51	64	80%	87,5%	260	596	43,6%	0,6%	Asesorar los procesos para el cumplimiento de los planes de mejoramiento.	35	40	88%	1,2%	25%	25%	25%	25%	Se tienen realizadas las revisiones documentales que permiten armonizar el sistema e integración de los planes de mejoramiento en la plataforma Almera y seguimiento a las recomendaciones realizadas a través de laauditoria interna institucional realizada.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Planeacion.lider@hus.org.co
11			1,33%	Obtener la Certificación del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 en la Sede Bogotá	Certificación del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015	Indicador Nominal	Unidad	100%	2021	70%	23	89	26%	25%	19	89	21%	25%	17	89	19%	0,25%	Se tienen realizadas las revisiones documentales que permiten armonizar el sistema e integración de los planes de mejoramiento en la plataforma Almera y seguimiento a las recomendaciones realizadas a través de laauditoria interna institucional realizada.	30	89	34%	0,45%	25%	50%	75%	100%	Se tienen realizadas las revisiones documentales que permiten armonizar el sistema e integración de los planes de mejoramiento en la plataforma Almera y seguimiento a las recomendaciones realizadas a través de laauditoria interna institucional realizada.	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad Gestión Ambiental	planeacion.lider@hus.org.co planeacion.ambiental@hus.org.co
12	DIRECCIONAMIENTO	20%	1,33%	Implementar el plan de acción del Programa Hospital Verde para el HUS Bogotá	Ejecución del plan de acción del Programa Hospital Verde para el HUS Bogotá	N°. Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del plan de acción del Programa Hospital Verde *100	Unidad	94%	2021	90%	19	19	100%	25%	34	36	94%	25%	22	22	100%	1,33%	Plan de Acción Cumplimiento de los objetivos del Milenio.	42	49	86%	1,14%	25%	50%	75%	100%	Cronograma de Ejecución del Sistema de Gestion Ambiental y Hospitales Verdes.	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad Gestión Ambiental	planeacion.lider@hus.org.co planeacion.ambiental@hus.org.co
13			1,33%	Garantizar el cumplimiento de las lineas del Programa Institucional en Seguridad del Paciente	Porcentaje de cumplimiento de lineas del Programa de Seguridad del Paciente	Número de actividades desarrolladas / Total de actividades propuestas * 100	Porcentaje	85%	2021	90%	35	36	97,2	100%	42	46	91%	91%	46	49	94%	1,25%	Programa de Seguridad del Paciente Comité de Seguridad del Paciente.	45	47	96%	1,27%	25%	50%	75%	96%	Para el IV trimestre se planearon 47 actividades de las cuales se ejecutaron 45 con un nivel de cumplimiento de 96%, la meta esta establecida en 90%, a lo que se evidencia cumplimiento, las actividades que no se lograron completar a pesar del cumplimiento de la meta, se proyectan para fortalecer la ejecucion del cronograma para la vigencia 2023. Ahora para el total global del cumplimiento en la ejecucion del cronograma del programa de seguridad del paciente se proyectaron 178 actividades de las cuales se ejecutaron 168, de igual forma estas 10 actividades que no se lograron cumplir en las fechas indicadas se ejecutaron a los meses siguientes. Para el año 2023 se va a fortalecer la ejecucion de estas actividades que no se lograron realizar en las fechas estipuladas, se da un cumplimiento total de 94,4% para la vigencia 2022	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
14.1			1,33%	Ejecutar el Programa de Gestión Integral del Riesgo institucional en lo aplicable al HUS Bogotá	Porcentaje de cumplimiento Programa de Gestión Integral del Riesgo	Número de actividades desarrolladas / Total actividades propuestas * 100	Porcentaje	100%	2021	≥ 90%	30	87	34%	13%	48	384	13%	20%	38	56	68%	0,90%	Matrices de riesgos. Socialización de matrices de riesgos. Comité de Riesgos. Informe de Gestión de Riesgos.	88	88	100%	1,33%	37%	25%	15%	23%	Se realizaron la totalidad de las actividades previstas y se realizaron las actividades que se encontraban atrasadas del tercer trimestre, entre las mas importantes estan: 1. Realización del informe trimestral y anual de riesgos 2. Cierre de los riesgos de corrupción y de proceso 3.evaluación de los posibles riesgos para gestionar en el 2023	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
15			1,33%	Mantener Certificación de Hospital Universitario	Certificación Hospital Universitario	NA	Unidad	1	2021	1%	1	NA	1	25%	1	NA	1	50%	1	NA	1%	1,33%	Dar cumplimiento a las actividades programadas en el cronograma para mantener la Certificación de Hospital universitario	1	N/A	100%	1,33%	25%	25%	25%	25%	SE cumplio con las actividades programadas para el cuarto trimestre para mantener la acreditacion de Hospital Universitario *Plan de bienestar estudiantil *Informe del Análisis de costos de docencia *Propuesta del laboratorio de simulación (se presento comité codigo azul) *Botín digital investigación de Diciembre *Informe jornada de investigación * Registro de apoyos educativos	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica	direccion.cientifica@hus.org.co emedica.lider@hus.org.co
16.1			1,33%	Implementar el Plan de Acción de Humanización en el HUS Bogotá(programa Hospital sin Dolor)	% de cumplimiento de Líneas Estratégicas implementadas	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2021	80%	1	9	11	13%	2	9	22%	27%	3	9	33%	0,44%	Ejecutar cronograma de actividades relacionadas al Programa"Cuidado integral del dolor"	9	9	100%	1,33%		50%		50%	El cronograma cuenta con 9 actividades de las cuales se programaron para terminar en el cuarto trimestre 4. *Se actualizo el procedimiento ATENCION HUMANIZADA DEL DOLOR codigo 02PH07-V4 *Se actualiza el Manual de CUIDADO INTEGRAL DEL DOLOR Y SOPORTE AL PACIENTE CRÓNICO codigo 01GSH13-V2 *Se socializo el Manual de CUIDADO INTEGRAL DEL DOLOR Y SOPORTE AL PACIENTE CRÓNICO codigo 01GSH13-V2 *Se realizo encuesta de percepcion del dolor en pacientes hospitalizados y ambulatorios, se aplico a 20 pacientes se soporta con informe *Se realizan dos simposio del dia mundial del dolor en paciente paliativo y cuidado critico , de forma hibrida participantes 370 peronas, Soportado con lista de asistencia y fotos.	Dirección de Atención al Usuario	atencionu.dirección@hus.org.co
			20,00%																			16%					19%							
17			2,35%	MANTENER LA CERTIFICACIÓN estrategia IAMI	Porcentaje de implementación de estrategia IAMI	Numero de actividades realizadas / numero de actividades planeadas*100	Porcentual	75%	2021	95%	2	11	18	25%	7	11	64	50%	9	11	82%	1,92%	Ejecutar y realizar seguimiento al plan de accion relacionado a la estrategia IAMII	11	11	100%	2,35%	25%	25%	25%	25%	Se da continuidad al cumplimiento del paln a ejecutar de la estartegia IAMI, en miras a mantener la certificación de la misma, para el cuarto trimestre se planificaron 2 actividades las cuales se cumplieron: * Actualizacion del programal; 01GES03-V3INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA - IAMI 01PA04-V1PROGRAMA, se ajunta pantallazo *Actualizacion PROGRAMA CANGURO INTRAHOSPITALARIO codigo 02GSP02-V3, se ajunta pantallazo.	Director Científico Lider de proceso de Hospitalización	direccion.cientifica@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co
18			2,35%	Incrementar la adherencia del proceso de conciliacion medicamentosa en hospitalización	Porcentaje de adherencia a la conciliación medicamentosa	Numero de pacientes con conciliación medicamentosa en hospitalización (Medicina Interna - Ortopedia - Cirugía General) / numero de pacientes hospitalizados nuevos en el periodo (Medicina Interna - Ortopedia - Cirugía General) *100	Porcentaje	45%	2021	70%	1521	1851	82	25%	1491	1795	83,06	50%	1569	1843	85%	2,0%	1. Revision y/o actualizacion de ficaha tecnica del indicador	56	70	80%	1,9%	100%				NA (Programada I Trimestre)	Director Científico Lider del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co
																							2. Realizar revisión diaria de las formulaciones de los pacientes que requieren conciliación (pacientes nuevos, cambio de servicio o cambio de especialidad)					25%	25%	25%	25%	2. Base de datos de los pacientes con conciliacion IV Trimestre (56/70= 80%) (III trimestre 1569 /1843=85%) (II trimestre 1491 /1795=83,06%) (I trimestre 1521/1851=82%)		
																							3. Capacitar a los medicos residentes que ingresan a rotacion en los servicios priorizados					25%	25%	25%	25%	El curso virtual de uso seguro de medicamentos en el cuarto trimestre conto con 126 inscritos de los cuales terminaron 51 (el curso es permanente)		
																							4. Realizar referenciación comparativa en el proceso de conciliación medicamentosa					100%				NA (Programada I Trimestre)		
																							5. Realizar cotización y viabilidad de la obligatoriedad del campo de antecedentes farmacologicosen Dinamica Gerencial					100%				NA (Programada I Trimestre)		
19			2,35%	Gestionar, analizar los eventos adversos del proceso de imágenes diagnosticas	Porcentaje de eventos adversos relacionados a imágenes diagnosticas	Numero total de eventos adversos (imágenes diagnosticas) gestionados /numero total de eventos adversos presentados (imágenes diagnosticas)*100	Porcentaje	100%	2021	100%	3	3	100	25%	1	1	100%	50%	0	0	0%	2,35%	Participación en el análisis de los eventos adversos y en la definición y ejecución de acciones de mejora cuando corresponda	0	0	100%	2%	100%	100%	100%	100%	Para el periodo relacionado de octubre a Diciembre de 2022 no se presentaron novedades de seguridad del paciente clasificadas como eventos adversos para el proceso de Imágenes Diagnosticas; por lo tanto no se anexa soporte de gstion de eventos . IV trim 0/0=100(NO Indicador en ALMERA) III trm 0/0 =100% (NO Indicador en ALMERA). II trm 1/1 =100% (NO Indicador en ALMERA). I trm 3/3=100% (NO Indicador en ALMERA).	Director Científico Coordinadora de imágenes diagnosticas Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	direccion.cientifica@hus.org.co radiologia.lider@hus.org.co
20,1			2,35%	Gestionar y analizar NOVEDADES DE SEGURIDAD del proceso de laboratorio clínico	Porcentaje denovedades de seguridad relacionadas al proceso de laboratorio clínico	Numero total de novedades de seguridad (laboratorio clínico) gestionados /numero total de eventos adversos presentados (laboratorio clinico)*100	Porcentaje	100%	2021	100%	15	0	100	25%	20	0	100	50%	17	0	100%	2,35%	1. Notificación de hallazgos, productos no conformes o reportes en novedades de seguridad	27	0	100%	2%	100%	100%	100%	100%	1. Se realizo el reporte de las 27 en novedades de seguridad identificadas en el Laboratorio clínico, se adjunta bases de datos de reporte realizado a seguridad del paciente.	Director Científico Coordinadora de laboratorio Clínico	direccion.cientifica@hus.org.co laboratorio.lider@hus.org.co
20,2																							2. Análisis y clasificación de la Novedad de seguridad de laboratorio clínico reportada					100%	100%	100%	100%	2,Consolidado de la clasificación de las novedades reportadas en el IV trimestre del 2022		
20,3																							3. Registrar en Almera la gestión de las novedades de seguridad identificadas en laboratorio (Productos no conforme)					100%	100%	100%	100%	3. Se realizo el análisis en el sistema de información Almera del indicador Total de productos no conformes en el laboratorio clínico Cod. 1281 y % de novedades de seguridad generadas en el laboratorio clínico Cod 2225, se soporta con las imágenes ALMERA (IV trim 27/0 resultado 100%) (IIIT trim 17/0 resultado 100%) (IIT trim 20/0 resultado 100%) (I trim 15/0 resultado 100%)		
21,1			2,35%	Implementar la medición del ciclo total de transfusión de hemocomponentes desde la solicitud hasta la devolución de los desechos (urgencia vital, código rojo)	Oportunidad de cumplimiento en el ciclo total de administración de hemocomponentes en Codigo rojo	Sumatoria de los minutos transcurridos desde la solicitud de hemocomponentes código rojo hasta la devolución de los desechos / total de transfusiones de código rojo	MINUTOS	36	2021	49	0	0	0		22	1	22	100%	20	3	6,7	1,18%	1. Seguimiento de los tiempos del ciclo de atención en la trasfusión relacionada a código rojo	130	3	43,3	2%	100%	100%	100%	100%	En el cuarto trimestre de 2022 se presentaron 3 códigos rojos, teniendo en cuenta que en el mes de octubre no se presentaron casos. indicador de Almera cod:1384. Se adjunta soporte de seguimiento indicador IV trimestre: 130/3= 43,3 III trimestre 175/5=35 II trimestre 22/1=22 I trimestre 0/0	Direccion Científica Coordinadora Banco de Sangre	direccion.cientifica@hus.org.co banco.lider@hus.org.co
21,2																							2. Mejora de desviaciones encontradas					100%	100%	100%	100%	No se requiere generar acciones de mejoramiento.		
21,3					Oportunidad de cumplimiento en el ciclo total de administración de hemocomponentes para urgencia vital.	Sumatoria de los minutos transcurridos desde la solicitud de hemocomponentes de urgencia vital hasta la devolución de los desechos / total de transfusiones para urgencia vital	MINUTOS	98	2021	100	1219	13	94	100%	409	7	58	100%	474	16	29,6	1,18%	1. Seguimiento de los tiempos del ciclo de atención en la trasfusión relacionada a urgencia vital	453	7	64,7		100%	100%	100%	100%	En el trimestre se presentaron 26 urgencias vitales con un promedio de 19 minutos. en el ciclo de la transfusión se tiene en cuenta los siguientes tiempos, que se han mantenido: 1. Tiempo activación y la entrega de hemocomponentes: está en promedio de 3 minutos. 2. Desde el Tiempo de activación y el inicio de la Transfusión: está en promedio de 7 minutos 3. Tiempo de entrega del hemocomponentes hasta que inicie la transfusión: está en promedio de 17 minutos. Se observa una adherencia adecuada y mejora al iniciar la transfusión; donde efectivamente se puede evaluar la pertinencia de la urgencia vital y el compromiso de los servicios. IV 463/7= 64,7 minutos III 474/16=29,6 minutos II trime 409/7=58 munitos I trimestre 1219/13=94 munitos indicador de Almera cod:1383	Direccion Científica Coordinadora Banco de Sangre	direccion.cientifica@hus.org.co banco.lider@hus.org.co
21,4																							2. Mejora de desviaciones encontradas					100%	100%	100%	100%	No se requiere generar acciones de mejoramiento.		
21,5			2,35%	Implementar la medición del ciclo total de atención de apoyo diagnostico en imagenologia desde la solicitud hasta la definición de conducta en internación y urgencias	Oportunidad de atención en el ciclo total de imágenes diagnosticas TAC	Sumatoria de los dias transcurridos desde la entrega de la orden de TAC a imágenes diagnosticas hasta la entrega del resultado al servicio solicitante / total de TAC solicitados en el mismo periodo (Urgencias)	Dias	1,0	2021	≤ 1 dias	37	35	1	25%	172	280	0,61	50%	135	143	0,94	0,5875%	Medición mensual, análisis trimestral de resultado de indicador y acciones de mejora (TAC Urgencias)	NA no se contó con la oferta de servicios de tomografía		100%		25%	50%	75%	100%	Para el IV trimestre no se contó con la oferta de servicios de tomografía debido al cambio de tecnologia , se adjunta soporte de contingencia extramural y licencia de funcionamiento del equipo nuevo la cual fue generada desde la secretaria de salid el pasado 30 de Diciembre del 2022.	Direccion Científica Lidder imágenes diagnosticas	direccion.cientifica@hus.org.co radiologia.coordinacion@hus.org.co
					Oportunidad de atención en el ciclo total de imágenes diagnosticas TAC	Sumatoria de los dias transcurridos desde la entrega de la orden de TAC a imágenes diagnosticas hasta la entrega del resultado al servicio solicitante / total de TAC solicitados en el mismo periodo (Hospitalizacion)	Dias	1,24	2021	≤ 1,5 dias	936	609	1,5	25%	325	309	1,05	50%	1180	1026	1,15	0,5875%	Medición mensual, análisis trimestral de resultado de indicador y acciones de mejora (RM Urgencias)	NA no se contó con la oferta de servicios de tomografía		100%		25%	50%	75%	100%	Para el IV trimestre no se contó con la oferta de servicios de tomografía debido al cambio de tecnologia , se adjunta soporte de contingencia extramural y licencia de funcionamiento del equipo nuevo la cual fue generada desde la secretaria de salid el pasado 30 de Diciembre del 2022.	Direccion Científica Lidder imágenes diagnosticas	direccion.cientifica@hus.org.co radiologia.coordinacion@hus.org.co
					Oportunidad dede atención en el ciclo total de imágenes diagnosticas Resonancia Magnetica	Sumatoria de los dias transcurridos desde la entrega de la orden de RM a imágenes diagnosticas hasta la entrega del resultado al servicio solicitante / total de RM solicitados en el mismo periodo (Urgencias)	Dias	1,37	2021	≤ 1,5 dias	139	96	1,4	25%	117	108	1,08	50%	37	27	1,37	0,5875%	Medición mensual, análisis trimestral de resultado de indicador y acciones de mejora (RM Urgencias)	23	16	1,44	2%	25%	50%	75%	100%	La oportunidad en ciclo completo del servicios de Resonancia Magnética para el proceso de Urgencias para el IV Trimestres del 2022 fue de 1,44 dias, cumpliendo con la meta propuesta dutante la vigencia Se adjunta base de Excel de tiempos de oportunidad genrada desde auditoria concurrente, reporte de indicador consolidado y expresado en Horas en el sistema de información Almera cod :2175. (IV trim 23/16=1,44) (IIItrim 37/27=1,37 dias) (II trim 117/108 =1,08 dia) (I trim 139/96 =1,4 dia)	Direccion Científica Lidder imágenes diagnosticas	direccion.cientifica@hus.org.co radiologia.coordinacion@hus.org.co
21,6					Oportunidad dede atención en el ciclo total de imágenes diagnosticas Resonancia Magnetica	Sumatoria de los dias transcurridos desde la entrega de la orden de RM a imágenes diagnosticas hasta la entrega del resultado al servicio solicitante / total de RM solicitados en el mismo periodo (Hospitalizacion)	Dias	1,73	2021	≤ 2 dias	609	333	1,8	25%	158	115	1,37	50%	293	187	1,57	0,5875%	Medición mensual, análisis trimestral de resultado de indicador y acciones de mejora (RM Hospitalizacion)	447	241	1,85		25%	25%	25%	100%	La oportunidad en ciclo completo para los servicios de Resonancia Magnetica para el proceso de Hospitalización para el IVTrimestres del 2022 fue de 1,8 dias, cumpliendo con la meta propuesta. Se adjunta base de Excel de tiempos de oportunidad, reporte de indicador consolidado y expresado en Horas en el sistema de información Almera cod :2175. (IV Trim 447/241=1,85 dias) (III trim 293/187=1,57dias) (II trim 158/115 =1,37 dia) (I trim 609/333 =1,8 dia)	Direccion Científica Lidder imágenes diagnosticas	direccion.cientifica@hus.org.co radiologia.coordinacion@hus.org.co
22,1			2,35%	Implementar la medición del ciclo total de exámenes de laboratorio clínico priorizados desde la solicitud hasta la interpretación de los mismos (internación)	Oportunidad en la entrega de exámenes de laboratorio clínico priorizados, en internación.	Total de horas transcurridas desde la entrega de la orden medica de examen priorizado al laboratorio clínico hasta la entrega del resultado de laboratorio al servicio o profesional solicitante/Numero de exámenes priorizados en el mismo (internacion)	horas	24	2021	≤ 15	321779	23267	13,8	25%	137349	10030	13,7	50%	1282169	122980	10,43	2,35%	1. Medicion del indicador, análisis	137843	11578	11,9	2%	25%	25%	25%	25%	Se realizo medición y análisis del indicador en el Sistema de información Almera Cod 2141 (indicador IV trim 137843/11578 resultado 11,9 horas) (Indicador III trim 282169/22980 resultado 12,3 horas) (Indicador II trim 137349/10030 resultado 13.7 horas) (Indicador I trim 321779/23267 resultado 13.8 horas)	Direccion Científica Coordinador de Laboratorio Clínico	direccion.cientifica@hus.org.co laboratorio.lider@hus.org.co
22,2																							2. Socializacion y mejora de desviaciones encontradas					25%	25%	25%	25%	Se realizo reunión con la Lider de hospitalización y la Coordinadora de Auditoria medica para definir acciones según se requiere. Soporte acta		
23,1			2,35%	Implementar la medición del ciclo total de exámenes de laboratorio clínico priorizados desde la solicitud hasta la interpretación de los mismos (urgencias)	Oportunidad en la entrega de exámenes de laboratorio clínico priorizados,urgencias,	Total de horas transcurridas desde la entrega de la orden medica de examen priorizado al laboratorio clínico hasta la entrega del resultado de laboratorio al servicio o profesional solicitante/Numero de exámenes priorizados en el mismo periodo (urgencias)	horas	15	2021	≤ 10	15492	1579	9,8	25%	17147	1774	9,67	50%	20542	2353	8,7	2,35%	1. Medicion del indicador, análisis	9656	1145	8,4	2%	25%	25%	25%	25%	Se realizo medición y análisis del indicador en el Sistema de información Almera Cod 2142 (Indicador IV trim 9656/1145 resltado 8,4 horas) (Indicador III trim 20542/2353 resultado 8,7 horas) (Indicador II trim 171147/1774 resultado 9.7 horas) (Indicador I trim 15492/1579 resultado 9.8 horas)	Direccion Científica Coordinador de Laboratorio Clínico	direccion.cientifica@hus.org.co laboratorio.lider@hus.org.co
23,2																							2. Mejora de desviaciones encontradas					25%	25%	25%	25%	Se realizo reunion con el subdirector de Urgencias y la Coordinadora de Auditoria medica para realizar seguimiento y definir acciones según se requiere. Se soporte mediante el acta		direccion.cientifica@hus.org.co laboratorio.lider@hus.org.co
24.1			2,35%	Implementar la medición del ciclo total de estudios anatomopatologicos priorizados desde la solicitud hasta la interpretación de los mismos	Porcentaje cumplimiento de oportunidad en ciclo total de estudios anatomopatologicos	Total de dias hábiles transcurridos entre la solicitud medica de estudios anatomopatologicos y la interpretación de paraclinicos	Dias	4,4	2021	≤ 5	67	12	5,6		59,02	10	5,9	0%	72	12	6	0%	1. Medición mensual, análisis trimestral de resultado de indicador	86,24	18	4,79	2%	25%	25%	25%	25%	Se realizo medición de oportunidad de Ciclo completo para las muestras priorizadas en el ámbito hospitalario . Para el IV trimestre se recibieron 18 muestras priorizadas. Se tuvieron en cuenta dos tiempos a evaluar desde que ingresa la muestra al servicio de patología hasta que interpretan el resultado con un resultado de 4,79 días. Se trabajo de manera conjunta con todo el equipo identificando las muestras desde el ingreso a patologia hasta que el resultado es firmado por el patólogo.	Direccion Cientifica Coordinador de Patologia	direccion.cientifica@hus.org.co patologia.lider@hus.org.co
24.2																							2. Acciones de mejora frente a desviaciónes encontradas.					25%	25%	25%	25%			
24.3																							3. Socialización de la medición del indicador a las áreas o servicios interesados					25%	25%	25%	25%			
25,1			2,35%	Mantener en cero el índice de neumonía bronco aspirativas de origen intrahospitalario	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.	Numero	0	2021	0%	0		0	100%	0		0	100%	0		0	2,35%	1. Se realizo la búsqueda de casos por Dinamica Gerencial Hospitalaria de Neumonia Bronco aspirativa	0		100%	2%	25%	25%	25%	25%	Se realizo la búsqueda de casos por Dinamica Gerencial Hospitalaria de Neumonia Bronco aspirativa sin evidenciar casos (cero).	Director científico Subdirectora de Enfermeria Coordinador de Neonatologia Auditoria medica	direccion.cientifica@hus.org.co enfermeria.subdirec@hus.org.co neonatos.lider@hus.org.co
25,2																							2. Socialización de la medición del indicador al Coordinador de la unidad Neonatal					25%	25%	25%	25%	Se adjunta el soporte (correo) socialización del resultado del indicador del cuarto trimestre 2022 al coordinador de la unidad Neonatal ; con cero casos en el cuarto trimestre		
26,1	MISIONAL	40%	2,35%	Intervenir los pacientes con diagnóstico de apendicetomía en un tiempo de término no mayor a 6 horas	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	Numero	0,96	2021	≥0,9	18	18	1	25%	18	18	1	50%	16	16	100%	2,35%	1.Medicion mensual, análisis de resultado de indicador y acciones de mejora	15	15	100%	2%	25%	25%	25%	25%	Base de datos de la verificación realizada del cuarto trimestre 2022 de los pacientes con diagnostico de egreso apendicitis; con resultado 1 (15/15). Indicador Analizado en el sistema de información Almera cod.2168 IV trimestre 2022 (15/15=1) III trimestre 2022 (16/16=1) II trimestre 2022 (18/18=1) I trimestre 2022 (18/18=1)	Director Científico Subdirector Cirugía General Subdirector de Urgencias Auditoria medica	direccion.cientifica@hus.org.co cirugiageneral.lider@hus.org.co urgencias.subdirec@hus.org.co
26,2																							2. Socialización de la medición del indicador a las áreas o servicios interesados					25%	25%	25%	25%	Se realizo la socialización del resultado del indicador mediante correo; al Subdirector de Cirugía General, se ajunta soporte de socialización		
27,1			2,35%	Atender oportunamente los pacientes con diagnostico de Infarto Agudo de Miocardio	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia.	Razón	0,96	2021	≥0,9	11	12	0,92	25%	14	14	1	50%	19	19	100%	2,35%	1. Medicion mensual, análisis de resultado de indicador y acciones de mejora	18	18	100%	2%	25%	25%	25%	25%	Base de datos de verificación realizada en el cuarto trimestre 2022 de los pacientes con diagnostico de egreso IAM con resultado 1 (18/18). Analizado en el sistema de información Almera cod.217 IV trimestre (18/18) III trimestre (19/19=1) II trimestre (14/14= 1) I trimestre (11/12=0,92	Director Científico Subdirector de Urgencias Auditoria medica	direccion.cientifica@hus.org.co urgencias.subdirec@hus.org.co minterna.lider@hus.org.co cirugiageneral.lider@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co
27,2																							2. Socialización de la medición del indicador a las áreas o servicios interesados					25%	25%	25%	25%	Se realizo la socialización del resultado del indicador por correo electrónico al Subdirector del Subdirector de Urgencias		
28,1			2,35%	Mejorar la gestión clínica de los Pacientes de Urgencias	Cumplimiento del Plan de Mejoramiento definido para la mejora de la Gestión Clínica de los Pacientes de Urgencias	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas Plan de Mejoramiento definido para la mejora de la Gestión Clínica de los Pacientes de Urgencias * 100	Porcentaje	ND	2021	90%	3	3	100,00	25%	2	4	50%	13%	4	4	100%	2,35%	Elaborar y Ejecutar Planes de Mejora según pertinencia como producto del análisis de los resultados de las auditorias internas (médicas concurrente a realizadas a las Historias Clínicas, Novedades de seguridad, PQRSD, Gestión del Riesgo y demás relacionadas) y Auditorias externnas de los pacientes de urgencias de la Vigencia 2022	4	4	100%	2,12%	25%	25%	25%	25%	En el IV trimestre se ejecutaron los siguientes planes de mejoramiento: ID 2537-PUMP 2022 Incumplimiento de la meta de los indicadores 275 Oportunidad en la consulta de urgencias de demanda espontanea - 276 tiempo promedio de espera para la atención en urgencias del paciente clasificado como triage II y 1127 Tiempo promedio de espera para la atención en urgencias del paciente clasificado como triage III. ID 2478 PAMEC 2022 AUTOEVALUACION ACREDITACION 2021 Dar alcance a la medición del proceso de egreso a los demás servicios misionales (urgencias, ambulatorio, unidad quirúrgica) tomando como referencia la implementada en hospitalización. ID 2376 PAMEC 2022 AUTOEVALUACION ACREDITACION 2021 Fortalecer las herramientas para la medición e identificación del consultador crónico a partir de la reciente implementación del procedimiento, en el proceso de urgencias. ID 2377 - AUTOEVALUACION ACREDITACION 2021 Revisar y actualizar el procedimiento de Atención ATENCION EN SALUD PARA VICTIMAS DE V. SEXUAL 02PU01-V3 . ID 2492 PUMP 2022 Se evidencia para el 2021 causa PQRS (N) en el servicio de ORL y necesidad de ajustar acuerdos de servicio entre Urgencias y ORL . ID 2498 -PUMP 2022 Para el año 2021, como tercera causa del reporte de novedades de seguridad atribuidas al cuidado de enfermería se encontraron reportadas 61 casos de caídas en los servicios de hospitalización y urgencias. ID 2539 -PUMP 2022 -AUDITORIA EXTERNA EPS Oportunidad de Mejora generada por visita de auditoria externa CONVIDA los días 10 y 11 de Agosto de 2022. Actividad 3. Realizar los siguientes cambios en el servicio de urgencias. 1. Verificar el funcionamiento de todos los equipos de órganos en el servicio. 2. Dotar de escalerilla para las habitaciones y las zonas de expansión. 3. Rotular las soluciones antisépticas en el servicio, especialmente en sala de procedimientos. 4. Revisar fechas de vencimiento en el material esterilizado y tubos de recolección de muestras. En el IV trimestre se formuló el siguiente plan de mejoramiento: ID 2615-PUMP 2023 AUDITORIA EXTERNA SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL En móvil de placas OHK820 código SDS 5557 transporte asistencial básico se observan dispositivos médicos almacenados en muebles de la móvil cuya fecha de vencimiento declarada en rotulo se encuentra expirada incumpliendo lo reglamentado en la Resolución 3100 del 2019 y que genera riesgo en su uso para la prestación del servicio declarado. Soporte: Planes ID Almera	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Urgencias	subdirector.urgencias@hus.org.co/ atencionu.direccion@hus.org.co
28,2																							Monitorear y analizar la mortalidad menor a 24 horas en Pacientes de urgencias y con base a los resultados formular las acciones de mejora a que haya lugar					25%	25%	25%	25%	La mortalidad <24 horas durante el IV trimestre del 2022 representó el 0.23 % de las atenciones del servicio de urgencias (8 fallecidos en menos de 24 horas de 3381 consultas medicas de urgencias); de lo anterior el 50% correspondieron a atenciones iniciales de urgencias (4 fallecidos) , el 25% correspondieron a la atención de la especialidad de medicina interna y un 25 % requirió judicialización (2 levantamientos por no identificación al ingreso) teniendo las siguiente causas específicas de mortalidad,2 muertes atribuidas a enfermedades cardiovascular (Paro cardiaco, choque cardiogénico), 1 muerte atribuida a patología neurológica (Enfecalopatia), 1 muerte atribuida a patologías renales (Insuficiencia renal crónica) , 1 muerte atribuida a patología hematológica (Leucemia Linfoblastica aguda) y 1 muerte atribuida a patología oncológica (Carcinoma pulmonar metástasico); todo la anterior explica desenlaces esperados y no controlados para las mortalidades <24 horas del servicio de urgencias ,por lo anterior en el momento no amerita la elaboración y ejecución de planes de mejoramiento según datos presentados (soporte: Base de datos de mortalidad < 24 horas del IV trimestre 2022 , fichas de mortalidad,analisis indicador almera ID (278)		
28,3																							Socializar el procedimiento de "Revista medica administrativa y de gestión Clinica" en el servicio de Urgencias a los profesionales involucrados					25%	25%	25%	25%	Durante el mes de Octubre se realizo socialización de procedimiento de revista administrativa y gestión clínica 02PU15 a jefes de enfermería del servicio de urgencias , trabajadoras sociales de urgencias , administrador de urgencias , admisiones , autorizaciones urgencias , coordinadora de auditoria concurrente , quimico farmaceutico de urgencias, regente de farmacia urgencias, coordinadora de laboratori clinico y coordinadora de imagenes diagnósticas . Soportes: Acta socialización procedimiento de revista administrativa y gestión clínica 02PU15 jefes de enfermería del servicio de urgencias , trabajadoras sociales de urgencias , administrador de urgencias , admisiones , autorizaciones urgencias , coordinadora de auditoria concurrente , quimico farmaceutico de urgencias, regente de farmacia urgencias, coordinadora de laboratori clinico y coordinadora de imagenes diagnósticas .		
28,4																							Realizar la implementación de procedimiento de Revista medica administrativa en el servicio de Urgencais						25%	25%	25%	Durante los meses de octubre y noviembre se realizó la implementación de la revista administrativa y de gestión clínica servicio de urgencias con médicos generales de urgencias, admisiones y autorizaciones donde la información suministrada se registró en libro de excel en drive en correo del servicio de urgencias en carpeta que se llama revista administrativa donde se realizó día a día registro de los pacientes con estancia mayor a 24 horas en el servicio de urgencias en el cual se especifica estado de paciente tal como observación urgencias, pendiente interconsulta, orden de hospitalización por especialidades o salida y adicionalmente al área de autorizaciones se le hizo entrega de hoja donde se evidencian pacientes en el servicio de urgencias con orden de hospitalización para así gestionar asignación de cama, en el mes de diciembre se realizo revista adminsitrativa con todos los participantes según procedimiento de revista administrativa y gestión clínica 02PU15 se registro información de revista administrativa y gestión clínica de urgencias en formato prueba el cual se debe ser revisado por Dirección atención al usuario para validar información y así solicitar codificación al área de planeación. Soportes:Se anexan Formatos en excel de revista administrativa del 01 octubre al 30 noviembre - Se anexan formatos prueba se revista administrativa y gestión clínica de urgencias apartir del 06 de diciembre 2022.		
29,1			2,35%	Optimizar el uso de los quirófanos asegurando la atención integral en la prestación del servicio	Porcentaje ocupacional de salas en cirugía programada	Sumatoria de horas entre el inicio y terminación de la cirugía electiva / Número de horas quirófano programadas en cirugía electiva *100	Porcentaje	70	2021	80%	1648	1928	85,5	25%	1944	2402	80,9	50%	1862	2188	85%	2,00%	1, Medición del indicador mensual y análisis en el Sistema de información Almera trimestral.	1102	1294	85%	2%	25%	25%	25%	25%	Se realizo medición del indicador con el registro en Sistema de información Almera Cod 4974 con 85,2 Cumpliendo con la meta planteada de 80% (IV trimestre 1102/1294=85,2%) (III trimestre 1862/2188=85%) (II trimestre 1944/2402 = 80,9%) (I trimestre 1648/9528 = 85%)	Direccion Científica Profesional Especializada-Programacion de Cirugia	direccion.cientifica@hus.org.co quirurgica.lider@hus.org.co
29,2																							2, Socialización del resultado del indicador en la Reunión de Gestión Quirúrgica					25%	25%	25%	25%	Medición y análisis del indicador		
30,1			2,35%	Fortalecer el proceso de alta hospitalaria optimizando los tiempos asistenciales - administrativos involucrados en el mismo.	Oportunidad de el egreso hospitalario	Tiempo transcurrido entre la orden médica de egreso hospitalario y el momento en el cual el paciente egresa efectivamente.	Horas	2,6	2021	≤3	5117	2402	2,13	25%	5478	3256	1,7	50%	3521	1398	2,5	2,35%	1. Construir la ficha del indicador en el sistema de informacion Almera y realizar el analisis de resultados de indicador	3236	1249	2,59	2%	25%	25%	25	25	Base de datos/ informe generado de Aplicativo de Egresos. Se realiza seguimiento a las horas en las que se inicia el proceso de salida, la hora en la que es emitida la orden de Salida de los pacientes, teniendo en cuenta que la meta es que se realicen antes de las 2pm para mejorar los tiempos y optimizar los tiempos administrativos del equipo que interviene en el proceso, adicional que esto será una mejora para los pacientes en la hora de salida del hospital, y adicional mejorara la asignación de camas con mayor oportunidad. Adicional se establece reporte a las especialidades donde se les informa el tiempo promedio de salidas mes y porcentaje de salidas después de las 14:00hr. Sistema de información Almera cód.. 2371. se adjunta imagen como soporte (IV trim 3236/1249=2.6 horas) (III trim 3521/1398=2.5 horas) (II trim 5978/3256=1.7 horas) (I trim 5117/2402=2,13 horas)	Director Científico Lider de proceso de Hospitalización	direccion.cientifica@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co
30,2																							2.Acciones de mejora frente a desviaciónes encontradas.					25%	25%	25%	25%	se establece reporte a las especialidades donde se les informa el tiempo promedio de salidas mes y porcentaje de salidas después de las 14:00hr. Sistema de información Almera cód.. 2371. se adjunta imagen como soporte		
31,1			2,35%	Maximizar el uso de la capacidad instalada de imágenes diagnosticas (TAC y RM)	% ocupacional Imágenes Diagnósticas	Número Total de estudios de Imágenes diagnosticas realizadas / Número total de cupos de Imágenes diagnósticas disponibles *100	Porcentaje	89%	2021	90%	3845	3960	97,1	25%	3785	3888	97%	50%	3543	3732	95%	2%	1. Analizar mensualmente el porcentaje ocupacional	590	650	91%	2%	25%	25%	25%	25%	Para el IV Trimestres se ofertaron un total de 650 cupos para resonancia magnética, de los cuales se ocuparon 590 lo que represento una ocupación del 91 % para el IV trimestre, teniendo en cuenta las paradas que se presentaron del equipo por mantenimiento por fallas en el reconstructor las cuales se intervinieron y en la actualidad están resultas. Para este periodo no se contó con oferta de tomografía simple ni contrastada ya que en este periodo se llevó acabo la renovación de la tecnologia y el trámite de licencia de funcionamiento del mismo esta última expedida el 30 de Diciembre de 2022. El indicador No esta en Almera (IV Trim 590/650=91%) (III trim 3543/3732=95) (II tri 3785/388=97%) (I trim 3845/3960 =97.1 %)	Direccion Científica Lider de proceso Imágenes Diagnosticas	
31,2																							2.Acciones de mejora frente a desviaciónes encontradas.					25%	25%	25%	25%	No requirio realizar acciones de mejoramiento	Direccion Científica Lider de proceso Imágenes Diagnosticas Lider de Mercadeo Lider de Facturación	

32			2,35%	Implementar el Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades (Teleconsulta y telediagnostico)	porcentaje de cumplimiento del plan de acción	Numero de acciones ejecutadas / Número de acciones programadas para el periodo * 100	Porcentaje	30%	2021	40%	2	11	18	25%		11	50%	100%	7	11	64%	1,50%	Desarrollo de las actividades del cronograma del pan de acción para prestación de servicio de telemedicina. Actividad 1: Para este periodo, se capacitaron 7 médicos especialistas, inscritos actualmente en la plataforma de Telemedicina del HUS. Soportes listado asistencia a capacitaciones. Actividad 2. Se capacitaron seis profesionales de dos centros remisores (centro de salud Nimaima yCentro carcelario y penitenciario de acacias). Soportes listado asistencia a capacitaciones. Actividad 4. Se genero el Informe trimestral de telemedicina con la producción del trimestre por meses, especialidades y modalidad; incluyendo la relación de cancelaciones por periodo , especialidad, número, causa y porcentajes; finalmente, se presenta un análisis de los resultados. Soporte plataforma de Telemedicina. Actividad 7. El área de Mercadeo realizo envío de ofertas de servicios a l responsables de pago, se adjunta soportes de correos.	11	11	100%	2%	25%	25%	25%	25%	El plan de acción de Telemedicina para el 2022 consta de 11 actividades en total; de las cuales 3 estaban en desarrollo para el cuarto trimestre; que se encuentran programadas para terminar en este periodo, ya que son actividades que se realizan periódicamente durante todo el año, cumpliendo con lo programado Actividad 1: Para este periodo, se capacitaron 5 médicos especialistas, inscritos actualmente en la plataforma de Telemedicina del HUS. Soportes listado asistencia a capacitaciones. Actividad 4. Se capacitaron e inscribieron como usuarios de la plataforma de Telemedicina a veintiseis (26) profesionales perfil médico general y 23 profesionales de enfermeria con perfil administrador remisor de 19 centros remisores de la entidad Premier salud. Soportes acta de reunión de capacitación. Actividad 8. Se genero el Informe trimestral de telemedicina con la producción del trimestre por meses, especialidades y modalidad; incluyendo la relación de cancelaciones por periodo , especialidad, número, causa y porcentajes; finalmente, se presenta un análisis de los resultados. Soporte plataforma de Telemedicina y documento Excel. Actividad 11. El área de Mercadeo realizo envío de ofertas de servicios a l responsables de pago, se adjunta soportes de correos, (IV trim 11/11 resultado 100%) (III trim 7/11 resultado 63%) (II trim 6/11 resultado 45%) (I trim 2/11 resultado 18%)	Director Científico	direccion.cientifica@hus.org.co
			[illegible]																			[illegible]					[illegible]							
9.1			0,90%	Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional	% cumplimiento del plan de acción MIPG	Número actividades ejecutadas / Número actividades programadas *100	Porcentaje	72,8	2021	90%	10	9	90%	100	18	18	100%	100%	3	3	100%	0,90%	Matriz de seguimiento de la publicacion de la declarcion de bienes y rentas y conflicto de intereses en pagina y sus correo s de solicitud- soporte en almera. Informe de indicadores por cada una de las sedes HUS-Bogota, HRZ y UFZ. Capacitacion de procesos archivisticos , conservacion de la documentacion , capacitaciocen en el sistema Orfeo, avance en programa de prevencion de emergencias con la instalacion de extintores en los depositos documentales como historias clinicas, historias laborales, cartera y archivo central. Mantenimiento en instalaciones fisicas como es la parte electrica.	28	28	100%	0,90%	25%	25%	25%	25%	Soportes de cumplimiento al plan de accion de MIPG	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
33,1			0,90%	Ejecutar el plan de mejora > 90% de las 5 primeras causas de PQRS en el HUS	Porcentaje de ejecución del plan de mejora para las primeras 5 causas de PQRS en el HUS	N° de actividades ejecutadas / N° de actividades propuestas x 100	Porcentaje	80%	2021	16%	1	1	100%	100%	1	1	100%	100%	11	11	100%	0,90%	Realizar requerimiento, acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento (según necesidad o pertinencia)	22	22	100%	0,90%	25%	25%	25%	25%	Para el IV Trimestre del año 2022 se realizó seguimiento a los 9 planes de mejoramiento formulados con fuente PQRSDF, relacionados con las 5 primeras causas de PQRSDF. Evidenciando que se cumplieron las actividades programadas en un 100%. Sin embargo es importante informar que algunos planes de mejora no impactaron en la oportunidad de mejora o en la Causa de QR a intervenir lo que conlleva a formular para el año 2023 nuevamente un plan de mejora y realizar un análisis causas más objetivo y plantear otras actividades.	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario	atencionu.dirección@hus.org.co
33,2																							Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de correcciones o acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso evaluando su efectividad									En el IV Trimestre se presentaron 120 QUEJAS Y RECLAMOS, observando que las (5) primeras causas son: La primera causa falta de calidez y trato amable (28 %) sigue siendo la primera causa de las QR a pesar de estar desarrollando planes de mejora. La segunda causa Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la citas: call center, (12%), La tercera causa Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización (6%) esta causa se mantiene dentro de las cinco primeras causas pero disminuyeron las QR con respecto al anterior trimestre. Cuarta causa Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente (6%); esta causa se mantiene dentro de las cinco primeras causas y se observa un ligero aumento de las QR con respecto al anterior trimestre. La quinta causa Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro... (5%) esta es una causa nueva y la causa puede ser la liquidación de la EPS convida y la intervención de la EPS Ecoopsos, las cuales no están generando las autorizaciones para la prestación del servicio. Frente a las acciones implementadas se realizo seguimiento a los 9 planes de mejora Formulados producto de QR así: Para el IV Trimestre 2022 se realizó seguimiento de 9 Planes de Mejora Formulados durante los tres trimestres anteriores, se realizó seguimiento a su cumplimiento con corte al 30 de diciembre de 2022, encontrando como resultado un cumplimiento del 100% de las actividades proyectadas; se relacionan a continuación: 1) ID 2492: Cumplimiento al 100% 2) ID: 2496: Cumplimiento al 100% 3) ID: 2497: Cumplimiento del 100% 4) ID: 2498: Cumplimiento del 100% 5) ID: 2316: Cumplimiento del 100% 6) ID: 2422: Cumplimiento del 100%. 7) ID 2421: Cumplimiento al 100% 8) ID: 2389: Cumplimiento al 100% 9) ID: 2538: Cumplimiento al 100% Sin embargo, los planes de mejora que no cumplieron con el impacto esperado, se deben formular y trabajar en la vigencia 2023		
34,1			0,90%	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS Bogotá	Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS Bogotá	No de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de de su IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta.	Porcentaje	99.5%	2021	95%	407	410	99,3%	100%	387	388	100%	100%	394	394	100%	0,90%	Identificar y tratar de solucionar oportunamente las necesidades del Paciente hospitalizado a través de las Rondas y visitas diarias	411	412	99,8%	0,90%	25%	25%	25%	25%	Informe de Gestion DAU: Item Reporte de Ronda realizadas # 457 y Visitas # 103 a Pacientes Hospitalizados(todas documentadas en los formatos respectivos) y el y por Res 0256 la Proporción de Satisfacción fue de 100% y de Lealtad del 99,8%, ambos para el HUS Bogotá, actividades que se desarrollaron y permitieron solucionar oportunamente las necesidades del Usuario detectadas. Por Encuestas el Resultado de % de Satisfacción Global IIII Trim del 99,8%	Dirección de Atención al Usuario	atencionu.dirección@hus.org.co
34,2																							implementar las nuevas variables del anexo de "Estudio social" Historia clínica digital para mantener y mejorar la atención del Usuario						50%		50%	En el segundo semestre del año 2022 por parte de la Líder de Trabajo Social (E) Janeth Corredor se realizo seguimiento a la implementación del estudio social con la nuevas variables, para lo cual nuevamente se aplicaron las listas de chequeo durante este periodo a 250 estudios sociales registrados en Dinámica Gerencial (Anexo Estudio Social) de los cuales se aplicó la lista de chequeo a 50 estudios por mes, correspondientes a 5 estudios por c/u de las Trabajadoras Sociales en los (meses de febrero a junio 2022). Conclusión: Se evidencia que se realizo su implementación y para el 2023 se continuara con la fase de revisar la calidad del contenido de los estudios sociales con las nuevas variables y se tomaran acciones correctivas		
35,1			0,90%	Mantener la Certificación en Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales para Bogotá	Certificación INVIMA en Buenas Practicas de Manufactura de Gases Medicinales	NA	Unidad	1	2021	1	NA	NA	NA	NA	1	NA	50%		1	NA	100%	0,90%	1. Realizar auditoria interna de calidad al proceso de produccion de aire medicinal	NA (Cumplida II trimestre)			0,90%		100%				Director Científico Líder del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co
35,2																							2. Realizar auditoria interna por parte de Planeacion y Calidad	NA (Cumplida III trimestre)						100%			Director Científico Líder del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co
36			0,90%	Fortalecer el seguimiento farmacoterapeutico de pacientes en el servicio de hospitalización	Porcentaje de pacientes con intervención farmacoterapéutica	Numero de pacientes con seguimiento farmacoterapeutico / total de pacientes que requieren seguimiento farmacoterapeutico * 100	Porcentaje	50%	2021	70%	308	410	75	25%	311	397	78%	100%	310	317	97%	0,90%	1. Realizar referenciación comparativa seguimiento farmacoterapeutico	108	123	88%	0,79%	100%				El curso virtual de uso seguro de medicamentos en el cuarto trimestre conto con 126 inscritos de los cuales terminaron 51 (el curso es permanente) IV Trimestre 108/123 = 88% III trimestre 310/317=97% II Trimestre 311/397=78% I trimestre 308/410=75%	Director Científico Líder del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co
																							2. Capacitar a los médicos residentes que ingresan a rotación de los servicios de hospitalización					25%	25%	25%	25%		Director Científico Líder del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co
37			0,90%	Implementar los requisitos de la NTC 45001:2015	Implementación de los numerales del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 45001:2015 en la Sede Bogotá	Numerales Implementados / Total de Numerales de la Norma *100	Unidad	35%	2021	50%	16,00	40,00	33%	66%	NA	NA	NA	NA	19	40	48%	0,86%	Durante el III Trimestre se tuvo mesa de trabajo con supervisores de contratos de empresas como Sespem y Lasu, para definir el contexto de la Organización referenta a SST, se solicitaron para actualización de documentos del SGSST, todos los documentos presentes en el sistema Almera.	20	40	50%	0,45%	25%		25%	100%	Durante el IV Trimestre del año 2022, se actualizó la política de Seguridad y Salud en en Trabajo, dando cumplimiento normativo a lo estipulado en el Decreto Unico Reglamentario del Sector Trabajo y los estipulado en el númeral 5.2 de la Norma ISO 45001:2018	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	thumano.subdirector@hus.org.co
38			0,90%	Cumplimiento del Componente Funcional del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Número	88,38	2021	89	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,90%	NA	N/A	N/A	N/A	0,90%				100%	El indice de Seguridad Hospitalaria está a cargo del Líder de Infraestructura y Mantenimiento	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo	thumano.subdirector@hus.org.co
39,1			0,90%	Remodelación y renovación tecnologica en el HUS.	Porcentaje de equipos Renovados en la vigencia	(Numero de Equipos priorizados adquiridos / Numero. total de equipos priorizados para la vigencia) X 100	Porcentaje	80%	2021	80%	NA	NA	NA	NA	8	8	100%	80%	428	428	100%	0,30%	los equipos suministrados se encuentran en proceso de entrega e instalación por parte de los contratistas.	487	487	100%	0,90%	0%	80%			contratos firmados y legalizados 100%	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	equipom.coordinador@hus.org.co
39,2																																		
					Porcentaje de avance del Proyecto de Pavimentación de la circulación vial perimetral	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	14	2021	43%	1	7	14%	33%	2	7	29%	66%	2	7	26%	0,18%	Elaborar metodología MGA y obtener viabilidad técnica					0%	100%	100%			Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	
39,3																							Gestionar Convenio					0%	0%		100%		Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
39,4					Porcentaje de áreas físicas priorizadas e intervenidas del HUS Bogotá	(Numero de áreas físicas priorizadas intervenidas / Numero. total de áreas físicas priorizadas para la vigencia) X 100	Porcentaje	ND	2021	80%	0,19	3	6%	6%	1,69	3	56%	70%	2,70	3,00	90%	0,30%	Adecuación de zona de almacenamiento de residuos temporales						49,2%		100%		Director Administrativo Líder de Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Medico.	
39,5																							Adecuación y mantenimiento del servicio de patología, ubicada en el primer piso del edificio asistencial						40,6%		100%			
39,6																							Adecuación y mejoramiento del acceso principal al edificio asistencial en el primer piso						79,1%		100%			Mantenimiento.lider@hus.org.co
40,1			0,90%	Actualizar el sistema eléctrico según normatividad RETIE y NTC 2050 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá, primera etapa correspondiente a las adecuaciones de la subestación eléctrica que incluya el suministro, instalación y puesta en funcionamiento de una planta eléctrica de mínimo 600kva	Porcentaje de avance del ejecuciónProyecto de actualización del sistema eléctrico según normatividad RETIE y NTC 2050	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	66%	2021	87%	6,9	8	86,3%	99,1	6,9	8	86,3%	99,1%	6,90	8,00	86%	0,78%	Solicitud y Validación por CODENSA de la ejecución del contrato				0,90%	90%	90,0%	100%			Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
40,2																							Cierre del proyecto					0%	0,0%		100%		Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
43,1			0,90%	Implementar la segunda fase de reforzamiento estructural de HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de reforzamiento estructural de HUS Bogotá	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto ciclo de vida) definidas para la vigencia X 100	Porcentaje	57%	2021	62%	4%	7%	60%	96,77	4,2%	7%	60%	97%	4	7	61%	0,55%	Radicar estudios previos para contratar la obra				0,90%	80%	90,0%	100%			Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
43,2																							Gestionar convocatoria o invitacion a cotizar para contratar la obra					0%	0,0%		100%		Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Planeacion.lider@hus.org.co
43,3																							Elaborar minuta de contrato de contrato de obra					0%	0,0%		100%		Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Planeacion.lider@hus.org.co
	APOYO	20%																					Realizar acta de inicio de contrato de obra					0%	0,0%		100%		Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
			0,90%	Realizar estudios técnicos y diseño proyecto para docencia servicio e investigación del HRZ	Porcentaje de avance de los estudios técnicos y diseño Proyecto de infraestructura para docencia e investigación del HRZ	(Etapas cumplidas del estudio / Numero total de etapas del estudio definidas para la vigencia)X 100	Porcentaje	25%	2021	50%	1	4	25%	50	1	4	25%	50%	NA	NA	NA	0,90%	Elaborar y radicar estudios previos para contratar los diseños				0,90%	0%			100%		Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
																							Gestionar convocatoria o invitacion a cotizar					0%			100%			
46																							Elaborar minuta de contrato de contrato de obra					0%			100%			
47,1			0,90%	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un tomógrafo computarizado con el objeto de modernizar la tecnología existente en el HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de tomógrafo computarizado	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto ciclo de vida) definidas para la vigencia X 100	Porcentaje	25%	2021	SD	NA	NA	NA	NA	1%	5%	20%	80%	4	5	80%	0,72%	gestionar convocatoria o invitacion a cotizar	4	5	80%	0,72%						Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Planeacion.lider@hus.org.co
																							elaboracion y perfeccionamiento del contrato						100%				Elaborar y radicar estudios previos para contratar la obra	Elaborar y radicar estudios previos para contratar la obra
																							Realizar acta de inicio						100%				Gestionar convocatoria o invitacion a cotizar para contratar la obra	Gestionar convocatoria o invitacion a cotizar para contratar la obra
																							Equipos biomedicos instalados y funcionando						100%				Adecuación de zona de almacenamiento de residuos temporales	Adecuación de zona de almacenamiento de residuos temporales
																							Cierre de proyecto							50%	50%		Adecuación y mantenimiento del servicio de patología, ubicada en el primer piso del edificio asistencial	Adecuación y mantenimiento del servicio de patología, ubicada en el primer piso del edificio asistencial
50,1			0,90%	Implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de sistema de protección contra incendios	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto ciclo de vida) definidas para la vigencia X 100	%	0	2021	50%	4,60	12,00	38%	76,67	5	12	38%	77%	5,00	12,00	42%	0,375%	Elaboracion de diseños y estudios tecnicos (producto de contrato)				0,90%	0%		100%			Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
50,2																							Elaborar metodologia MGA y obtener viabilidad tecnica					0%			100%		Dirección Administrativa subdireccion de compras	compras.subdirector@hus.org.co
51,1			0,90%	Fortalecer la Infraestructura tecnológica de Servidores del HUS	Porcentaje de avance del Proyecto de Fortalecer la Infraestructura de Servidores HUS Bogotá	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	%	17%	2021	**25%**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	N.A	NA	NA	0,90%		2	7	29%	0,26%	100%			29%	* Se realizó la elaboración del proyecto en MGA con numero de identificador 353392. Se anexa Archivo de MGA * Se realizó la Gestión de la viabilidad del proyecto por parte de la SSC. Se anexa documento de aprobación de viabilidad del proyecto. * Se realizó la inscripción del Proyecto en Plan Bienal. Se anexa Ficha de inscripción. * Se anexa adición al contrato SS-646-2022 donde se encuentra incluido los equipos que van a ser entregados al HUS.	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Subdirector.sistemas@hus.org.co
52,1			0,90%	Fortalecer la Infraestructura de conectividad LAN de HUS Bogotá y UFZ	Porcentaje de avance del Proyecto de Fortalecimiento de la Infraestructura de equipos de comunicaciones HUS Bogotá y UFZ	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	%	17%	2021	25%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,90%		2	7	29%	0,26%	100%				* Se realizó la elaboración del proyecto en MGA con numero de identificador 353392. Se anexa Archivo de MGA * Se realizó la Gestión de la viabilidad del proyecto por parte de la SSC. Se anexa documento de aprobación de viabilidad del proyecto. * Se realizó la inscripción del Proyecto en Plan Bienal. Se anexa Ficha de inscripción. * Se anexa adición al contrato SS-646-2022 donde se encuentra incluido los equipos que van a ser entregados al HUS.	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Subdirector.sistemas@hus.org.co
53			0,90%	Fortalecer el Plan de Mercadeo Institucional a Nivel Nacional en los servicios de alta complejidad	Entidades Contactadas en el periodo	# de Entidades contactadas en el periodo / Total de Entidades a contactar el periodo *100	Porcentaje	0	2021	25%	24	96	25%	100%	13	96	14%	56%	20	96	21%	0,188%	Durante este trimestre se hace el envío de oferta de Servicos del portafolio de la Res Samaritana	22	96	23%	0,83%	100%		100%	100%	Ofertas de Servicios	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	mercadeo.lider@hus.org.co
			0,90%	Incrementar en 6% las ventas de servicios de salud con las ERP	Ventas por prestación de servicios de salud	Total de las ventas por prestación de servicios en el periodo / Total de las ventas del periodo anterior *100	Porcentaje	5%	2021	6%	############	############	7,5%	100%	##########	##########	10%	10%	17.451.484.890	155.641.533.199	11%	0,101%	Verificar las ventas que se generan en el periodo	$ 17.946.167.976	$ 229.795.711.792	8%	0,90%	100%				Certificacion del Incremento de Ventas	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	mercadeo.lider@hus.org.co
54,1			0,90%	Continuar proceso distribucion Módulo de costos en el HUS que permita hacer parametrización de costo por producto	Total procesos modulo de costos (7)	N° de procesos de Distribucion Efectuados / Total de procesos de Distribucion modulo Costos(7)* 100	Porcentaje	71%	2021	80%	NA	NA	NA	NA	6	9	67%	67/%	7	9	78%	0,35%	Realizar un informe de los modulos de costos	9	9	100%	0,90%	100%		100%	100%	*Certificacion de la implementacion de costo por producto *Informe de productos priorizados	Director Financiero Referente de Costos	financiera.costos1@hus.org.co
54,2					Productos Priorizados parametrizados en el modulo costos. (Resolucion 186 productos Institucionales)473	N° de productos priorizados parametrizados en el periodo / (472) Total de productos priorizados para parametrizar en el HUS en el periodo* 100	Porcentaje	72%	2021	80%	NA	NA	NA	NA	350	472	74%	92%	361	472	76%	0,35%	Identificar los productos priorizados	344	472	80%		25%		50%	100%	*Acta de reunion de costos Certificacion de productos priorizados	Director Financiero Referente de Costos	financiera.costos1@hus.org.co
55.1			0,90%	Recuperar el 100% de la cartera presupuestada para la vigencia	Facturación radicada	valor total de facturación radicada oportunamente / facturación generada en el periodo anterior * 100	Porcentaje	95%	2021	95%	############	############	61,23%	64%	##########	##########	70%	73%	29.131.050.802,00	41.875.663.425,00	70%	0,21%	Se realizan informe de cronograma de radicacion, la radicacion oportuna, facturacion pendiente de periodos anteriores y la informacion de los ingresos abiertos	23.671.110.922,00	36.397.936.544,00	65%	0,80%	100%		100%	100%	*Informe de cumplimiento del cronograma de radicacion *Informe del cumplimiento de radicacion *Informe de facturacion pendiente de años anteriores *Informe de ingresos abiertos	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	facturacion.lider@hus.org.co
55,2																												100%		100%	100%			
55,3																												100%		100%	100%			
55,4																												100%		100%	100%			
55,5					% de aceptación glosa	Valor de glosas aceptadas en la vigencia + valor de glosas de la vigencia anterior / valor de la Facturación de la vigencia * 100	Porcentaje	2%	2021	≤ 5	############	############	**6,2**	0%	##########	##########	3,4%	100%	4.378.507.819	173.092.857.388	2,5%	0,30%	Para cumplir con las actividades y lograr meta se socializan los motivos de glosa, el cronograma de conciliacion, los mecanismos de las conciliaciones y realizar reuniones de manera trimestral	$ 4.676.229.003	$ 229.795.711.791	2%		100%		75%	100%	* Correos de notificacion de los motivos de glosa a las diferentes sedes del HUS *Cronograma de conciliaciones del IV Trimestre 2022 *Acta de reunion de los Mecanismos de conciliacion *Actas de reunion de manera trimestral con diferentes lideres de areas *Certificacion de glosas para IV Trimestre	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo	objeciones.lider@hus.org.co
55,6																												100%			100%			
55,7																												100%			100%			
55,8																												100%		75%	100%			
55,9					% de recuperación de cartera presupuestada para la vigencia	Valor del recaudo de cartera establecida en presupuesto / Total cuentas por cobrar proyectadas en el presupuesto	Porcentaje	99%	2021	100%	############	############	22%	22%	##########	##########	41%	41%	130.464.750.743	196.986.765.009	66%	0,198%	Realizar informe de Recaudo	$ 163.504.349.311	$ 196.986.765.009	83%				25%	25%	Informe de Recaudo Consolidado de Enero a diciembre del 2022 por mes, sede y vigencias	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	cartera.lider@hus.org.co
56,1			0,90%	Recuperar cartera de Vigencias Anteriores	% de recaudo vigencia anterior	Valor recaudado en cada vigencia / Total recaudo a realizar * 100	Porcentaje	47%	2021	50%	############	############	47%	25%	##########	##########	61%	25%	57.157.871.294	77.667.383.759	74%	0,3%	Realizar informe de Recaudo	$ 71.857.655.505	$ 77.667.383.759	93%	0,90%	25%		25%	100%	Informe de Recaudo Consolidado de Enero a diciembre del 2022 por mes, sede y vigencias	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	cartera.lider@hus.org.co
56,2					Porcentaje de procesos gestionados en la oficina jurídica con cumplimiento de requisitos para el cobro de cartera	Número de procesos de cartera con cumplimiento de requisitos gestionados por la oficina asesora jurídica / Número de procesos de cartera con cumplimiento de requisitos radicados en la oficina asesora por el área de cartera * 100				>90%	5	5	100%	25%	15	15	100%	25%	2	2	100%	0,3%	Realizar certificacion de procesos remitidos al area juridica para iniciar solicitud de conciliacion ante Supersalud o proceso ordinario El área de cartera remitió dos (2) trámites para inicio de cobro jurídico, los cuales fueron debidamente gestionados y radicados ante la Jurisdicción Ordinaria	4	4	100%		25%		25%	100%	Certificacion conjunta de procesos juridicos tramitados ante Jurisdiccion ordinaria	Direccion Financiera Líder de Cartera	juridica.asesor@hus.org.co financiera. lider@hus.org.co carteralider@org.co
56,3					% de Recaudo de la vigencia actual	Valor recaudado en cada vigencia / Total recaudo a realizar * 100				>90%	############	############	6%	25%	##########	##########	28%	25%	72.113.076.541	119.319.381.250	60%	0,18%	Evidencias del recaudo de la cartera	$ 91.646.693.807	$ 119.319.381.250	77%		25%		25%	100%	*Actas de reunion con las diferentes EPS y actas Mesas de trabajo circular 030 convocadas por la SSC *Derechos de peticion radicados en IV trimestre del 2022 *Notificacion de saldos pendientes de giro *Correos de Solicitud de pago de glosa *Actas mesas de trabajo convocadas por Secretaria de Salud de Cundinamarca circular 030 * Acuerdo de pago suscrito con Capresoca y Nueva Eps, esta ultima por conciliacion de glosa *Oficio radicado ante Superintendencia Nacional de Salud situacion actual de Ecoopsos	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	cartera.lider@hus.org.co
57,1			0,90%	Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2021	87%	5,00	5,00	100%	100%	4	4	100%	100%	3%	3%	100%	0,90%	1) Informe de auditorias mensuales de procesos judiciales 2) Certificación de publicación de los procesos judiciales y acciones constitucionales 3er trimestre de 2022. 3) Certificación del acatamiento de la política del daño antijurídico en los contratos médicos asistenciales y administrativos.	3	3	100%	0,90%				100%	1) Informe de auditorias mensuales de procesos judiciales 2) Certificación de publicación de los procesos judiciales y acciones constitucionales 4to trimestre de 2022. 3) Certificación del acatamiento de la política del daño antijurídico en los contratos médicos asistenciales y administrativos.	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co
			0,90%	Referenciacion comparativa con Hospitales de la misma tipologia del Hospital Universitario de la Samaritana.	Hospitales Referenciados con la misma tipologia al HUS.	Numero de Hospitales referenciados / Total de Hospitales planeados para referenciar.* 100%	Porcentaje	0%	2020	100%	NA	NA	NA	NA	2	2	1	100	1	1	100%	0,90%	Se realizó referenciación salarial de los cargos (auxiliar enfermeria y enfermera) en instituciones prestadoras de salud de la zona Sabana Centro de Cundinamarca	1	1	100%	0,90%		50%	50%		Se realizóreferenciacion con Institución prestadora de servicios de salud de caracteristicas similares al HUS (pública, universitaria, alto nivel de complejidad) la forma de contratación/vinculacion de personal administrativo y asistencial asi como su sistema de compensacion o escala salarial. - E.S.E Hospital Universitario Santander - Ver acta formato de referenciación comparativa	Subdirector de Personal	personal.lider@hus.org.co
				Elaborar estudio técnico de necesidades para la implementación de una escala salarial para el personal en misión (administrativo y asistencial) en HUS Bogotá, UFZ Y HRZ	Estudio técnico de necesidades para la implementación de una escala salarial.	Indicador Nominal	Unidad	0	2020															1	1	100%			50%		10%	Se realizaron ajustes a los salarios administrativos y asistenciales para el HUS, UFZ y HRZ, acorde a tarifas de mercado (referenciación) y presupuesto disponible, a partir de la nueva contratación 2023.		
			20,00%																			16,43%					17,60%							
58,1	EVALUACIÓN	20%	20%	Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	No. Actividades ejecutadas /No. Actividades programadas en los planes de mejoramiento*100.	Porcentaje	100%	2021	86,00%	2	3	67%	78%	NA	NA	NA	NA	N.A.	N.A.	N.A.	20%	Los planes de mejoramiento aprobados por la Contraloria de Cundinamarca y con seguimiento segun lo establece la norma son: El Plan de mejoramiento de la vigencia 2019 se radico con oficio 202211000072-1 de fecha 05 de enero de 2022 con un cumplimiento del 98.06 ; el Plan de mejoramiento de la vigencia 2020 se radico con oficio 2022110000952-1 de fecha 07 de febrero de 2022 el cumplimiento fue del 92.31	N.A	N.A.	#¡VALOR!	20%	100%		100%	100%	Los planes de mejoramiento aprobados por la Contraloria de Cundinamarca y con seguimiento segun lo establece la norma son: El Plan de mejoramiento de la vigencia 2019 se radico con oficio 202211000072-1 de fecha 05 de enero de 2022 con un cumplimiento del 98.06 ; el Plan de mejoramiento de la vigencia 2020 se radico con oficio 2022110000952-1 de fecha 07 de febrero de 2022 el cumplimiento fue del 92.31, con el fenecimiento de cuenta.	Jefe de oficina de control Interno	cinterno.lider@Hus.org.co
58,2																																		
58,3																																		
58,4																																		
			20%																			20%					20,00%							
	TOTAL		100%																			89%					86,06%							

EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS
Gerente