

INFORME DE GESTIÓN

PRIMER SEMESTRE 2017

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

BOGOTÁ D.C. JUNIO DE 2017

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. DIRECCIÓN CIENTÍFICA

1. ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO
2. ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO
 - 2.1 GESTIÓN DEL PROCESO
 - 2.1.1 PRODUCTIVIDAD
3. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
 - 3.1 GESTIÓN DEL PROCESO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
 - 3.2 PRODUCTIVIDAD
4. APOYO DIAGNÓSTICO
 - 4.1 GESTIÓN DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO
 - 4.1.1 Productividad general del Laboratorio Clínico
 - 4.1.2 Informe de Valores Críticos en el Laboratorio Clínico
 - 4.1.3 Oportunidad del Laboratorio Clínico
5. BANCO DE SANGRE
 - 5.1 GESTIÓN DEL PROCESO DE BANCO DE SANGRE
6. GESTIÓN FARMACÉUTICA
7. ATENCIÓN DEL PACIENTE EN FISIOTERAPIA
 - 7.1 GESTIÓN DEL PROCESO
8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
 - 8.1 GESTIÓN DEL PROCESO
9. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
 - 9.1 GESTIÓN DEL PROCESO
 - 9.2 DESARROLLO DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO
 - 9.2.1 CONVENIOS
10. UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ
 - 10.1 CONSULTA EXTERNA
 - 10.2 URGENCIAS
 - 10.3 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
 - 10.4 APOYO DIAGNÓSTICO
 - 10.5 SALAS DE CIRUGÍA Y SALAS DE PARTO
 - 10.6 HOSPITALIZACIÓN

CAPÍTULO II. DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

1. PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN URGENCIAS
2. PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA
 - 2.1 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA
 - 2.2 PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
 - 2.3 CENTRAL DE CITAS
3. ATENCIÓN AL USUARIO
4. GESTIÓN DE TRABAJO SOCIAL
5. GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA
6. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
7. GESTIÓN DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA
8. ATENCIÓN AL USUARIO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

CAPÍTULO III DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
 - 1.1. PROGRAMAS
 - 1.2. SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
 - 1.3. PLANTA DE EMPLEOS PÚBLICOS
 - 1.4. CONTRATACIÓN
2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
 - 2.1 GESTIÓN DEL PROCESO
 - 2.2 ÁREA DE COMUNICACIONES
3. GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA
 - 3.1 GESTIÓN DEL PROCESO
4. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
 - 4.1 PROGRAMA DE TECNOSURVEILLANCIA
5. GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

CAPÍTULO IV. DIRECCIÓN FINANCIERA

1. FACTURACIÓN Y RECAUDO
 - 1.1. MERCADEO Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 - 1.2. FACTURACIÓN
 - 1.3. OBJECIONES Y GLOSAS
 - 1.4. CARTERA Y RECAUDO
2. GESTIÓN FINANCIERA
 - 2.1. PRESUPUESTO
3. CONTABILIDAD
 - 3.1. ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA, SOCIAL Y AMBIENTAL
 - 3.2. INDICADORES FINANCIEROS
 - 3.3. PROCESO DE CONVERGENCIA NIIF
 - 3.4. ESTADO DE TESORERÍA
 - 3.5. CUENTAS POR PAGAR
 - 3.6. ACTIVOS FIJOS

CAPÍTULO V. OFICINA ASESORA JURÍDICA

1. PROCESOS JUDICIALES
2. ACCIONES DE TUTELA
3. INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS
4. DERECHOS DE PETICIÓN
5. APOYO ASISTENCIAL
6. CONTRATACIÓN
7. COBRO DE CARTERA DEL HOSPITAL
8. PLANES Y PROGRAMAS

CAPÍTULO VI. OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

1. INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
 - 1.1 INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
 - 1.2 COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO
 - 1.3 FORTALECIMIENTO DEL MECI

2. INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE
3. AUDITORIA PARA RENDIR INFORME SOBRE DERECHOS DE AUTOR
4. AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
5. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS
6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL – CONTRALORÍA
7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
8. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DEL PUMP
9. SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES
10. CUMPLIMIENTO DEL PAS
11. SEGUIMIENTO A ENTREGAS DE TURNO
12. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
13. SEGUIMIENTO A SIA OBSERVA
14. ACUERDOS DE GESTIÓN
15. COMITÉ DE CONCILIACIONES

CAPÍTULO VII. OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

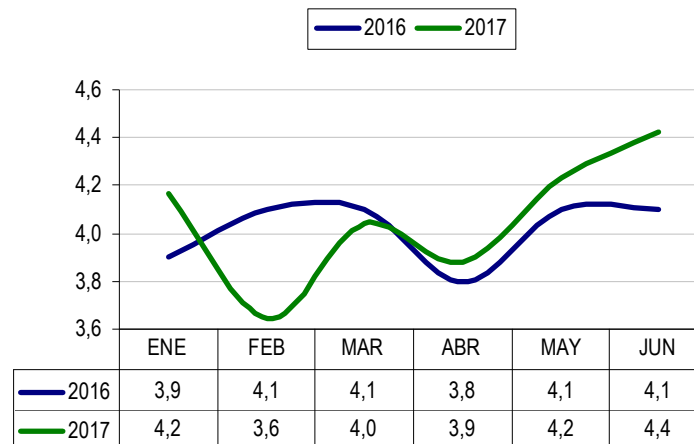
1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD
 - 1.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN
 - 1.2 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
 - 1.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD
 - 1.4 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
2. REFERENCIACIÓN COMPARATIVA
3. SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES
4. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
5. GESTIÓN AMBIENTAL
6. PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO
7. PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESOS

CAPÍTULO I. DIRECCIÓN CIENTÍFICA

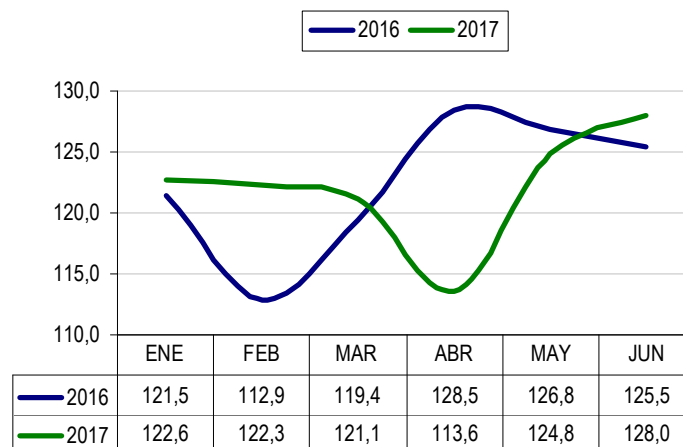
1. ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

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

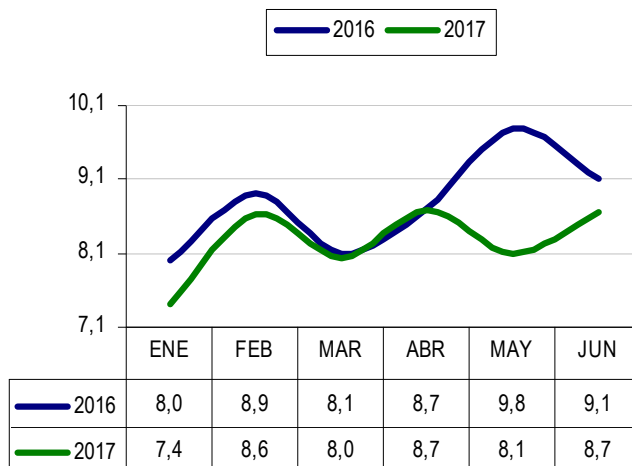
GIRO CAMA



PORCENTAJE OCUPACIONAL



PROMEDIO DIA ESTANCIA



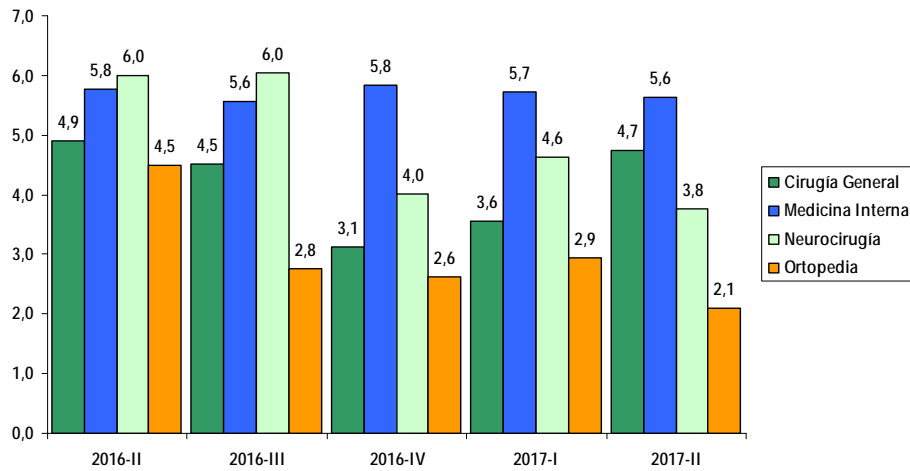
○ Se explican los datos presentados por los siguientes elementos causales:

- En la unidad de cuidados intermedios adultos persiste el ingreso de pacientes con escalas de severidad altas, incluso con criterios de UCI, pero por procesos de remisión extra-institucionales inoportunos, se decidieron trasladar al servicio, así mismo alta necesidad de remisiones a unidades de cuidados crónicos, en donde la oferta de la red es limitada.
- Para los servicios clínicos como medicina interna, la criticidad y situación social de los pacientes, además de las demoras administrativas de las aseguradoras que cada vez son más frecuentes, contribuyen en alto porcentaje en la estancia.
- Continúa en aumento el factor común de la mayoría de servicios hospitalarios dado por el ingreso de pacientes afiliados a EAPB con las que el HUS no tiene convenios vigentes, pero por necesidad de los

pacientes (valor social), se hospitalizan y completan tratamientos, contribuyendo a tiempos de hospitalización ineficientes (proceso de remisión administrativa, no autorización oportuna de procedimientos incluso alto costo), en espera de definiciones extra-institucionales para la atención del paciente ya hospitalizado.

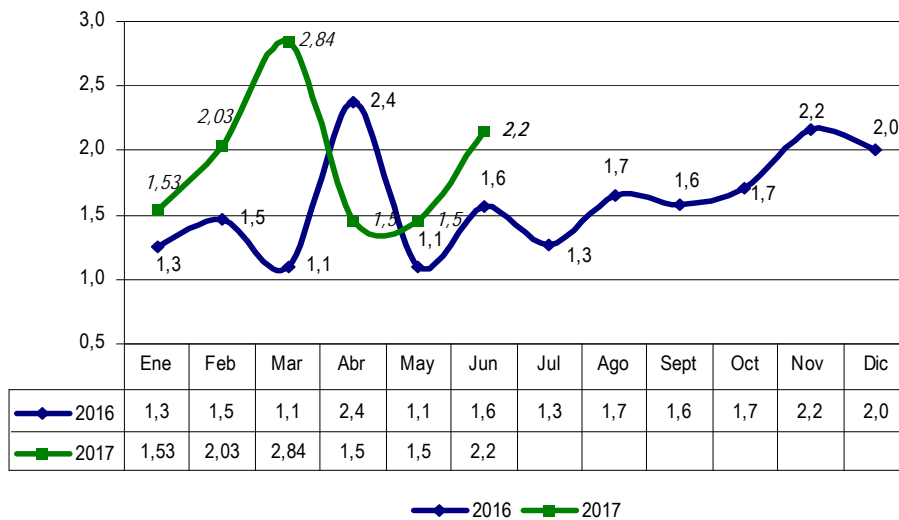
- Continua alta presencia de prematuridad extrema y/o malformaciones congénitas en la unidad de cuidado neonatal, como factor determinante en la estancia prolongada no modificable.
- Continuamos con la oportunidad para la respuesta de interconsulta inferior a las 6 horas en promedio, con servicios como ortopedia que está por debajo de las 3 horas, persiste la limitación institucional por disponibilidad insuficiente de funcionarios en algunos periodos de tiempo (noches y fines de semana), lo que genera amplios valores extremos en los tiempos registrados.

OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA EN HORAS 2016-2017



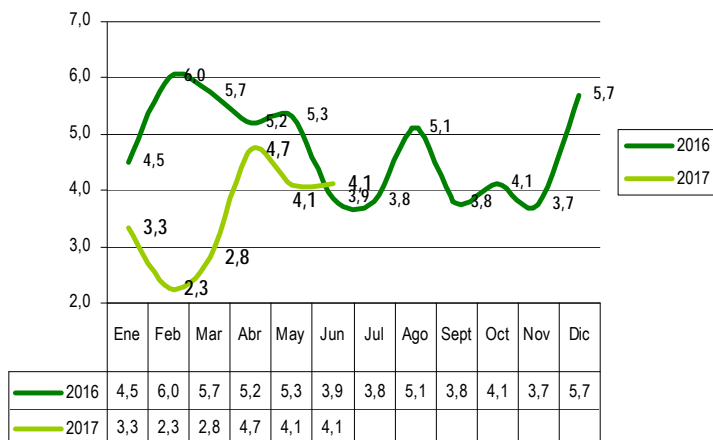
- Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

TASA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD 2016 - 2017



○ En relación a la tasa global de infecciones, para el segundo trimestre se notó la disminución gradual, luego de superar limitaciones relacionadas a disponibilidad de insumos, entre tanto normalizando valores históricos de flebitis, sin embargo para el mes de junio, se notó un aumento significativo de las infecciones asociadas a dispositivo urinario, el cual fue llevado al comité de infecciones, se esperan resultados luego de intervenciones posteriores. De igual manera se mantienen valores por debajo de estándares nacionales (<5).

**PORCENTAJE MORTALIDAD HOSPITALARIA DESPUES DE
48 HORAS DEL INGRESO 2016 - 2017**



- Frente a los datos presentados de mortalidad >48 horas durante el periodo, se evidenció un aumento en el mes de abril, explicada por la unidad de cuidados intermedios adultos, por el ingreso de pacientes con soporte ventilatorio, estados sépticos por tanto en la elevación de escalas de severidad, impactando directamente en la mortalidad del proceso.
- Se observa nuevamente tasa de mortalidad esperada en la unidad de cuidados intensivos adultos, que se relaciona con la complejidad de la misma, retomando indicadores de periodos anteriores, explicado por paciente con desenlace fatal (no cronificación)
- Por otro lado se resalta que no se presentaron mortalidades maternas en el periodo.

❖ **PQRS**

Para el segundo trimestre se pasó de 51 a 31 PQRS relacionadas a queja y reclamo, entre tanto de acuerdo al plan de mejoramiento, se plantearon capacitaciones por parte de enfermería frente a trato amable, por lo que se realizaron jornadas durante el trimestre, esperando resultados en los siguientes periodos, sin embargo persisten como primeras 3 causas

1. Falta de calidez y trato amable.
2. Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención
3. Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS

Por lo que para el segundo semestre del año se incluyeron nuevas oportunidades de mejora en el PUMP del proceso con el objeto de continuar con el proceso de mejoramiento continuo para mitigar las principales causas de PQRS manifestadas por los usuarios.

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOSPITALIZACION			
		ABR	MAY	JUN	TOTAL
AJ	Falta de calidez y trato amable.	1	4	3	8
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.	0	0	1	1
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	2	0	0	2
AM	Prácticas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	1	0	1
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	1	0	1
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	1	0	4	5
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	0	0	1	1
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	0	0	2	2
T	Falta de comunicación y/o información médica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0	1	1
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	1	0	5	6
V	Falta de insumos y /o elementos médicos y /o quirúrgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	1	0	0	1
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	1	1	2
TOTAL		6	7	18	31

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

- Se continúa con la estrategia de seguimiento/comunicación a los servicios priorizados en cuanto a oportunidad de respuesta de interconsulta, lo cual se explicó previamente en indicadores de eficiencia técnica.
- Se documentó el 02PH10-V1 PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA, cuyo proceso de implementación incluye socializaciones al personal de enfermería, medición de adherencia incluso se ha venido trabajando en conjunto con grupos médicos priorizados para la alineación respectiva
- Para el segundo semestre del año se incluyeron en el PUMP de hospitalización las siguientes oportunidades de mejora.

PROBLEMA	FUENTE	FECHA	SEGUIMIENTO DE LA SITUACION (INDICADOR DE CUMPLIMIENTO)	IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA	OBJETIVO DE LA ACCION	MEJORA DE LA ACCION	INDICADOR DE LA ACCION	RESPONSABLE DE LA ACCION	FECHA DE INICIO DE LA ACCION	FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR DE LA ACCION	RESPONSABLE DE LA ACCION	FECHA DE INICIO DE LA ACCION	FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR DE LA ACCION	RESPONSABLE DE LA ACCION
HOSPITALIZACION 1	ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE	30/03/2017	1. El paciente no tiene conocimiento de los servicios que ofrece el Hospital. 2. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 3. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	OPORTUNIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 2	OTRAS	21/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	SEGURIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 3	AUTODIAGNOSTICO DE AUTODIAGNOSTICO	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	SEGURIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 4	SEGUIMIENTO DEL PACIENTE	01/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	SEGURIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 5	ACREDITACION	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	COORDINACION	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 6	ACREDITACION	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	COORDINACION	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 7	ACREDITACION	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	COORDINACION	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 8	ACREDITACION	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	ACONSEJAMIENTO	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 9	AUTODIAGNOSTICO DE AUTODIAGNOSTICO	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	COORDINACION	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 10	PODS	01/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	EFFECTIVIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 11	PODS	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	EFFECTIVIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 12	PODS	01/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	EFFECTIVIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 13	PODS	01/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	EFFECTIVIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 14	PODS	01/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	EFFECTIVIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 15	AUTODIAGNOSTICO DE AUTODIAGNOSTICO	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	EFFECTIVIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPITALIZACION 16	AUTODIAGNOSTICO DE AUTODIAGNOSTICO	16/02/2017	1. El paciente no sabe cómo solicitar una cita. 2. El paciente no sabe cómo solicitar un turno.	EFFECTIVIDAD	Se ha mejorado el acceso al servicio de atención al paciente.	OP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5



- Está pendiente la implementación de la auditoria concurrente, como actividad de mejora relacionada a la optimización de calidad de historia clínica (<80% en promedio para el periodo), la cual se implementará en el tercer trimestre del año 2017.

❖ GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para el segundo trimestre de la vigencia se presentaron un total de 370 novedades de seguridad del paciente reportadas para el proceso de hospitalización, de las cuales se distribuyeron en 172 incidentes, 158 eventos adversos y 40 complicaciones, clasificadas de la siguiente manera:

SEGUNDO TRIMESTRE 2017	
POR TIPO DE ATENCION INSEGURA (Incluye los eventos, incidentes, complicaciones)	
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	7
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	170
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	8
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	44
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	62
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	10
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	3
Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales	0
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	32
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	3
Tipo 11: Caídas de pacientes	7
Tipo 12: Accidentes de Pacientes	2
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	1
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	7
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	14
TOTAL NOVEDADES DE SEGURIDAD HOSPITALIZACION	370

Frente a las atenciones en el proceso de hospitalización representada en egresos hospitalarios del trimestre, las novedades de seguridad representan un 14.2%, lo que indica que se sigue construyendo progresivamente la cultura del reporte, así mismo se explica la variación por el aumento de alrededor de un 7% en el número de egresos hospitalarios del trimestre frente al primer periodo evaluado del año

NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADAS A EGRESOS HOSPITALARIOS		
INCIDENTES	172	6,6%
EVENTOS ADVERSOS	158	6,1%
COMPLICACIÓN	40	1,5%
EGRESOS TRIMESTRE II - 2017	2601	

Sin embargo en el periodo se notó un leve incremento en los eventos adversos relacionados a incidentes, explicado por la mitigación de la situación coyuntural de insumos y medicamentos (mayor reporte de incidentes) de periodos anteriores.

❖ SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN

- Se realizaron acuerdos de servicios para la oportunidad y mecanismos de atención entre:
 - UCI – Radiología
 - UCI – Cardiología

UCI – Laboratorio Clínico

- Cirugía General – Medicina Interna – Gastroenterología
- Cirugía General – Medicina Interna – Radiología
- Cirugía Vascul Periférica (Compromisos de atención)
- Medicina Interna – Unidad de Cuidados Intermedios Adultos
- Fisioterapia con múltiples servicios

– Se socializó por parte de enfermería el PAE (Plan de atención de enfermería) con los servicios de unidad de cuidados intermedios, medicina interna, cirugía general, como mecanismo de gestión del riesgo clínico y comunicación asertiva entre el equipo de salud.

– Fortalecimiento de los equipos primarios, se realizó el seguimiento a la periodicidad de los mismos, donde se resaltan las unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos.

– Se dio cumplimiento a las actividades relacionadas a reportes críticos, para el mes de junio se obtuvo una oportunidad promedio de 4:29 horas, de los pacientes revisados (13), del total de reportes mes informados por el laboratorio clínico 157 (8%). Continua en proceso de mejoramiento para la consolidación de indicadores y seguimiento.

FECHA		HORA		NOMBRE DEL PACIENTE	Nº ORDEN	HC	CAMA/ SERVICIO	RESULTADO CRÍTICO INFORMADO	HORA DE VALIDACIÓN	OPORTUNIDAD	
D	M	A	H								M
2	6	17	6	45	JORGE ABRIL	601018	4253748	237	HEMO	13:43	6:58
4	6	17	5	35	MARIA BENAVIDES	604044	20490633	535	PLAQ	10:50	5:15
6	6	17	5	12	JULIO MORA	606045	123013	439	K	10:34	5:22
6	6	17	6	35	EPINEMIA ORJUELA	606085	20741303	201	K	6:58	0:23
7	6	17	22	0	CESAR RODRIGUEZ	607380	1016019629	408	PLAQ		
9	6	17	18	0	LEIDY CORREA GAMBO	609146	32002004	202	HEMO	21:30	3:30
10	6	17	6	5	MARIELA CASAS	610084	28805401	217	K	15:24	9:19
14	6	17	6	0	WILLIAM LUNA	613335	80352368	200	HEMO	7:10	1:10
18	6	17	5	35	LUIS BERMUDEZ	618777	17195830	235	K	8:54	3:19
20	6	17	6	0	EDMA PRIETO	620741	1069726910	347	PLAQ	7:35	1:35
21	6	17	7	0	HECTOR JOSE AGRAY	621706	17044120	236	BK	13:04	6:04
24	6	17	3	45	BLANCA CASTELLAN	624018	20219418	249	CA	5:36	1:51
29	6	17	23	20	LUIS MONTES	629182	6667086	234	CREA	8:29	9:09
									OPORTUNIDAD PROMEDIO	4:29	

– Se levantó el perfil de morbilidad relacionado a las unidades de cuidados intensivos e intermedios independiente a la no generación de egresos por parte de la oficina de estadística, el cual fue enviado a los servicios interesados para el seguimiento e implementación.

– Se incluyó el dolor como 5to signo vital en las historias clínicas médicas institucionales, así mismo se le dio alcance a los servicios ambulatorios en conjunto con consulta externa e imágenes diagnósticas y se actualizó el documento 02PH07-V2 ATENCION HUMANIZADA DEL DOLOR, dándole alcance a los servicios ambulatorios como oportunidad de mejora cuya fuente es acreditación.

– Se continúa con el seguimiento a los tiempos de oportunidad establecidos por fisioterapia y los servicios hospitalarios.

2. ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

2.1 INFORME QUIRÚRGICO AÑO 2107 PRIMER SEMESTRE



2.2 ANALISIS DEL INFORME SEMESTRAL SALAS DE CIRUGIA COMPARATIVO 2016/2017

Número de quirófanos: Se dio cobertura a la demanda Quirúrgica con siete Quirófanos en la mañana y seis en la tarde para Cirugía electiva y urgencias día		
Número horas quirófano programadas en cirugía electiva: Comparativo primer semestre respecto al año 2017		
2017/2015	2017/2016	2017
Comparado con 2015 de disminuyo en el 2017 en 300 horas, 3%.	En el 2017 Se disminuye las horas Quirófano programadas en un 5%, 522 horas menos, dado que en marzo como disminuyo la demanda de procedimientos, no se reemplazó en el momento algunos Anestesiólogos por licencia, por incapacidad y por renuncia.	Aumento en un 3% El número de horas, en relación a que se dio cobertura a todas las sedaciones de procedimientos como gastro, neumología, Radiología etc.
Número horas quirófano utilizadas en cirugía electiva sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas:		
2017/2015	2017/2016	2017
Comparado con el 2015 la disminución corresponde a un 42%, en este año se contaba con un quirófano más y uno en sala de Partos, la demanda quirúrgica fue mayor.	Se ha disminuido proporcionalmente la horas Quirófano utilizadas en un 7%, (507) horas relacionada con la disminución de la demanda debido a la no autorización por convida. Como nuestro mayor proveedor de terapéutica Quirúrgico.	Durante el primer semestre se castiga la demanda Quirúrgico por la contratación y la disminución de autorizaciones de convida, derivación de procedimientos a Hospitales regionales. El mes que más se vio afectado fue febrero. La disminución correspondió a un 7%
Horas disponibles de quirófano para urgencias		
2017/2015	2017/2016	2017
Comparado con el año 2015 la disminución de horas ofertadas para atención de Urgencias. Correspondió a un 2%.	Durante el primer semestre se castiga la demanda Quirúrgico por la contratación y la disminución de autorizaciones de convida, derivación de procedimientos a Hospitales regionales. El mes que más se vio afectado fue febrero. La disminución correspondió a un 7% (338) horas, también en Cirugía derivada por urgencias.	Se disminuyó de acuerdo a la demanda las horas ofertadas para Urgencias el primer semestre. Básicamente no se reemplazó en el momento las novedades presentadas con tres Anestesiólogos.
Horas utilizada de quirófano en urgencias sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugía de urgencias:		
2017/2015	2017/2016	2017
Comparado con el año 2015 las horas utilizadas disminuyeron en un 11%.	Las Horas utilizadas para atención de Urgencias en el 2017 disminuyo en 6% (204) horas menos que el 2016.	En lo que va del semestre las horas utilizadas para atención de urgencias, constituyen el 67% de horas utilizadas para esta atención.

Número total intervenciones quirúrgicas realizadas:		
2017/2015	2017/2016	2017
Respecto al año 2015 las intervenciones Quirúrgicas disminuyeron en un 12%	La Disminución de las intervenciones relacionadas con el 2016 fue de un 12% (387) intervenciones menos durante el periodo, de acuerdo a disminución en la demanda de programación, pero se dio paso al seguimiento y auditoría día a día de las Radicaciones y programación y se ha consolidado una programación constante en el tiempo.	Las intervenciones Quirúrgicas realizadas durante el semestre han venido en descenso, con mayor impacto en marzo, en abril se recupera la productividad y hasta la fecha se mantiene, El servicio más afectado con una disminución del 50% de las intervenciones corresponde a Cirugía General. También se puede observar un aumento en las Urgencias diferidas por demanda espontánea de los usuarios.
Electiva con estancia		
2017/2015	2017/2016	2017
Comparado con el 2015 la cirugía electiva ha tenido un descenso del 10%	El primer semestre la cirugía electiva 2017, se mantuvo constante frente al primer semestre del 2016, una ligera disminución del 1% (13 casos), lo que se logra desde el mes de abril con la gestión y seguimiento por parte de Auditoría a la programación quirúrgica a las especialidades, esto a pesar de disminución de la demanda. Y que servicios como Cirugía General ha disminuido alrededor de un 50% LA PRODUCTIVIDAD quirúrgica en Cirugía electiva. Hospitalizada.	La Cirugía electiva mantiene la proporción de casos constante, se impactó por una disminución significativa en marzo del presente.
Ambulatorias		
2017/2015	2017/2016	2017
Respecto al año 2015 la disminución de Cirugía ambulatoria por demanda corresponde a un 50%.	La disminución de Cirugía Ambulatoria respecto al primer semestre de 2016 correspondió a un 60%, Disminución drástica de la demanda y re direccionamiento de Pacientes a la red Hospitalaria regional.	La Cirugía Ambulatoria se impactó severamente durante el primer semestre con una drástica disminución del 60% (338) casos, relacionado con la disminución en procedimientos Quirúrgicos de menor complejidad. Que se derivan a segundo y primer nivel.
Urgentes		
2017/2015	2017/2016	2017
Relacionado 2015, la disminución solo se dio en un 2%, respecto al 2017.	Las urgencias Quirúrgicas se mantienen proporcionalmente en igualdad respecto a la productividad durante el primer semestre. 2016/2017.	Las Urgencias diferidas y por demanda espontánea incremento la productividad quirúrgica en un 2% con treinta casos más.
Intervenciones con Anestesia		
2017/2015	2017/2016	2017
Proporcionalmente se disminuye de acuerdo a la disminución en la demanda quirúrgica en un 12%	Proporcionalmente es constante al número de procedimientos intervenidos. Disminuyo en 12% de acuerdo a la disminución de la Cirugía.	La proporción de Paciente intervenidos con Anestesia, proporcionalmente esta direccionada a la demanda de procedimientos, se dio cobertura a todos los procedimientos que requieren sedación en Quirófanos y fuera de ellos.
General		
2017/2015	2017/2016	2017
Se incrementó en un 7% el uso de anestesia general obedeciendo a la disminución de procedimientos Ambulatorios.	Se incrementó la Anestesia general en una proporción del 7%, de acuerdo a la complejidad de los procedimientos, pero la proporción de general respecto a regional es equivalente a un 60% y 40% respectivamente.	El uso de Anestesia se ha mantenido constante respecto a 2015 y 2016 en una proporción menor de acuerdo a los requerimientos de Paciente, aunque se ha incrementado la anestesia regional y bloqueos.

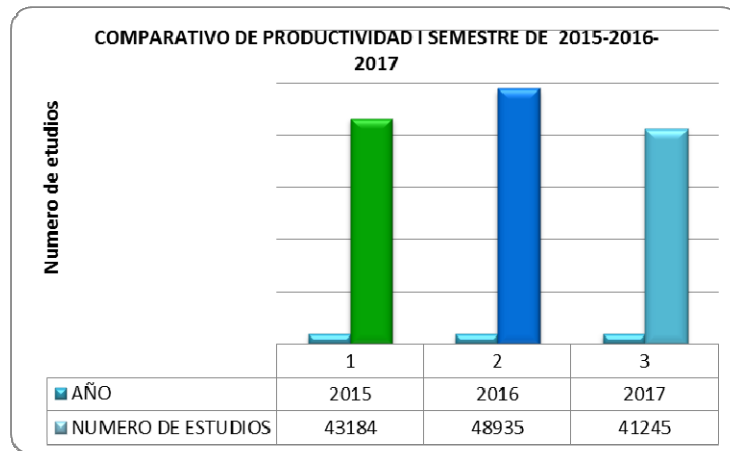
Promedio de cirugías por hora quirófano cirugía electiva		
2017/2015	2017/2016	2017
El promedio de cirugías por hora Quirófano comparado 2017/2015 disminuyo en un 0.051.	El promedio de cirugías por hora quirófano durante el primer 2016 y 2017 es equivalente.	El promedio de cirugía por hora Quirófano en el primer semestre se mantuvo en un 0.193, disminuyo por disminución en la demanda de procedimientos.
Promedio de cirugías por hora quirófano cirugía urgencias		
2017/2015	2017/2016	2017
0.244	0.224	El promedio de cirugías por hora Quirófano de Cirugías de Urgencias se mantiene constante ya que no ha disminuido la demanda se ha mantenido constante. 0.244
CIRUGIA CANCELADA		
Cirugías con estancia canceladas		
2017/2015	2017/2016	2017
La proporción de Cirugía cancelada 2017 relacionada 2015, disminuyo en un 33%.	La proporción de Cirugía cancelada 2017 relacionada 2016, disminuyo en un 23%.	La cancelación de Cirugía programada disminuyo en un 30%, atribuible el 60% de la cancelación a factores asociados a comorbilidad del paciente, cambio de Diagnóstico y Causa institucional falta de UCI.
Cirugías ambulatorias canceladas		
2017/2015	2017/2016	2017
Disminuyo en 70%	Disminuyo en 30%	La cancelación de Cirugía ambulatoria representa el 23% del total de la cancelación con una disminución del 63% que correspondiente a (10) casos y como causa atribuible mayor la Pertinencia Medica.
Días espera cirugía electiva		
2017/2015	2017/2016	2017
32 días	Disminuyo en 17 días	Actualmente la oportunidad Quirúrgica está en 11 días, las especialidades con mayor tiempo de espera corresponde a Oftalmología y Urología.
Total de procedimientos quirúrgicos		
2017/2015	2017/2016	2017
El número de procedimientos disminuyo en un 18%.	Disminuyo 2017 comparado con 2016 en un 12%	El número de procedimientos Quirúrgicos disminuyo respecto al primer semestre del 2016 relacionado con la demanda en un 12%.

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

3. IMÁGENES DIAGNOSTICAS

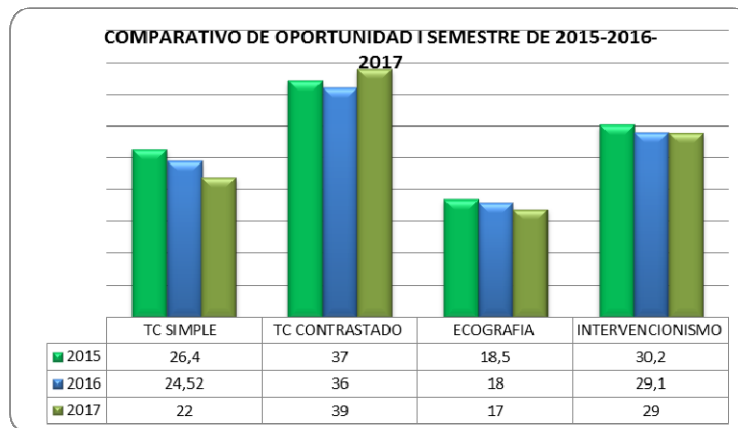
3.1 GESTIÓN DEL PROCESO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

PRODUCTIVIDAD



En la productividad de imágenes diagnósticas se observa una disminución de 19% con respecto a la productividad del año anterior para el mismo periodo, debido a la disminución en la atención tanto de pacientes ambulatorios como hospitalizados y de urgencias esto relacionado a temas contractuales principalmente, para lo cual la institución está avanzando en actividades relacionadas con el fortalecimiento del área de mercadeo.

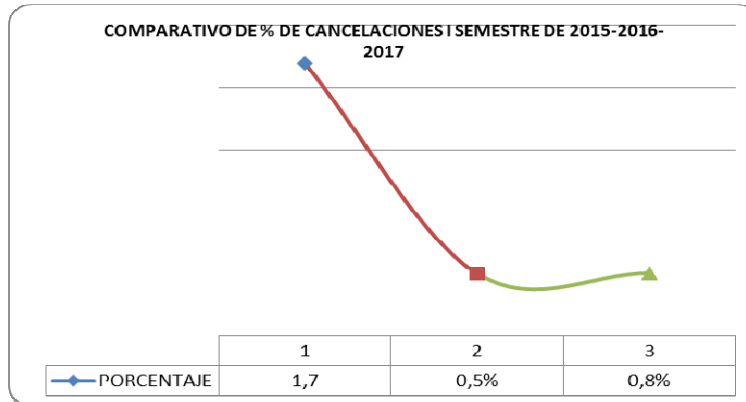
❖ OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:



En el comparativo de oportunidad se refleja una mejora en todas las modalidades exceptuando la modalidad de TAC contrastado el cual aumento en 3 horas promedio debido a dos picos en el mes de Enero y Marzo de 2017 esto está relacionado con falla técnica del equipo y un faltante de medio de contraste durante el I Trimestre los cuales están normalizados; en la modalidad de Intervencionismo se refleja una mejora en el comparativo del trimestre del mismo año y se mantiene con respecto a los años anteriores. La mejora frente al I Trimestre de 2017 está relacionada con la actualización del procedimiento de programación y recepción de pacientes, esta mejora fue de 11 horas en el promedio trimestral del mismo año; para esta modalidad.

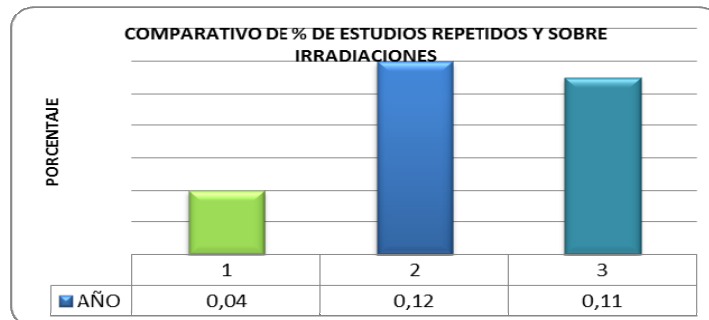
Como siguiente acción de mejora se contemplará la posibilidad de identificar de alguna forma los pacientes que no están en condiciones clínicas para la realización de los procedimientos ya que esto aumenta los tiempos en general de las diferentes modalidades; y se contemplará incluir franjas de atención los fines de semana para la realización de estudios de TAC contrastado.

❖ **PORCENTAJE DE CANCELACIONES:**



Se ha realizado la implementación de varias actividades de mejora encaminadas a mejorar la tendencia del indicador, las cuales consisten en tener una programación de pacientes, una actualización en el procedimiento de programación, y divulgación de estas a las diferentes áreas, actualmente el servicio de Imágenes Diagnósticas se encuentra en mediciones de impacto de estas actividades las cuales se verán reflejadas en el análisis del tercer trimestre

❖ **ESTUDIOS REPETIDOS**



En el aumento en el comparativo de los años 2016 y 2017 está dado por las mejoras en la herramienta de captura a la fecha la variable en la retomas más repetitiva es por motivo de factores técnicos, que aunque el volumen no es muy alto es necesario implementar actividades de prevención, por lo cual se buscará con el grupo de radiólogos estrategias para fortalecer el procedimiento de toma de imágenes Diagnósticas. Con respecto al informe anterior donde la causa era atribuible a la mala identificación se realizaron seguimientos puntuales y para este trimestre solo se registraron 2 casos por lo cual se continúa con la misma intervención que es la capacitación del personal por medio del curso virtual de seguridad del paciente.

❖ **P.Q.R.:**

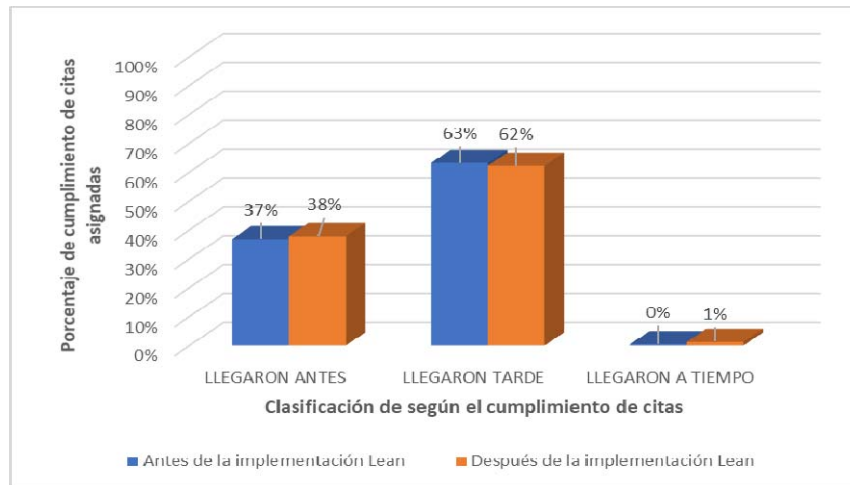
Se recibieron 18 PQR Relacionados con temas de inoportunidad en programación y respuesta telefónica, se tiene ya planteado revisar con el área de sistemas y el área de consulta externa la posibilidad de vincular Imágenes Diagnósticas al Call-Center; con el fin de contar con estadísticos que lleven al planteamiento de oportunidades de mejora ya que en la actualidad no se cuenta con la herramienta para captura de volumen de llamadas ó número de llamadas abandonadas.

El nivel de satisfacción del usuario para el I trimestre de 2017 fue satisfecho 100%, con algunas sugerencias que ya se contemplaron el PUM 2017 como la respuesta telefónica de forma oportuna.

❖ PLANES UNICOS DE MEJORA PUM

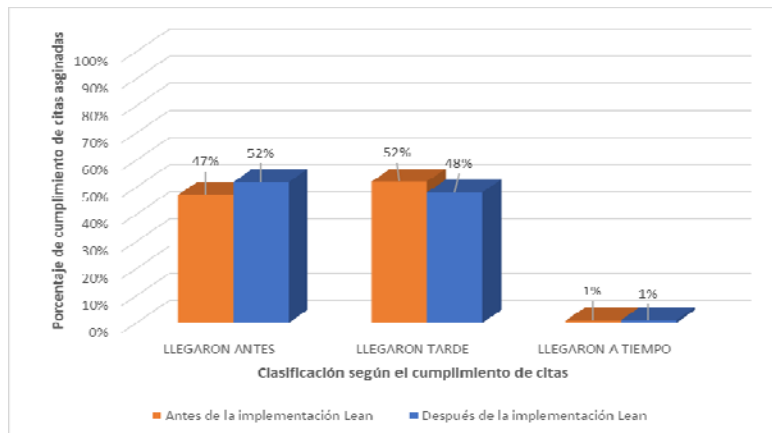
Medición de impacto a actividades implementadas con respecto a retraso en cita

❖ COMPARATIVO INTERVENCIONISMO



Se puede establecer para la modalidad de Intervencionismo, el porcentaje de pacientes que llegaron tarde a su cita pasó del 63% al 62%, lo que sugiere que en los dos meses de implementación de mejoras *Lean* todavía existen oportunidades de mejora con respecto al traslado de pacientes hacia el área de imágenes diagnósticas.

❖ COMPARATIVO TAC



Se puede observar que el porcentaje disminuyó del 52% al 48%, dejando evidencia que las acciones implementadas lograron mejorar los factores externos identificados que inciden en el proceso de atención de pacientes.

Estas actividades corresponden a la identificación de variables de retraso en cita, implementación de aplicativo de captura de datos, y entrega de cita formal a las diferentes áreas.

❖ PLAN DE ACCIÓN EN SALUD:

Se Tomaron acciones correctivas en Las PQR mas repetitiva y se incluyeron dentro del PUM, La cual corresponde a la inoportunidad en la asignación de citas para procedimientos de Imágenes Diagnosticas en paciones intrahospitaario, para lo cual ya se realizaron las actividades propuestas en el PUM y en este momento estamos en la medición del impacto, de realizola formalización de asignación de citas a los pacientes hospitalizados y de Urgencias, se actualizó el procedimiento de Recepción y Prograamción de pacientes 02ID02, se incluyo el instructivo de programación , formato de asignación de cita a pacinte Hospitalizado y de Urgencias 05ID30 y se diseñó un documento llamado pautas de preparación el cual contiene un resumen especifico de las preparaciones por modalidad. Estas actividaes ya estan en medición del impacto posterior a su implementación .

❖ GESTION DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Prevención de caídas Imágenes diagnosticas:

Se implementaron actividades de Mejora que consisten centralizar la programación de los pacientes de imágenes diagnosticas en la recepción , con el fin de realizar una sola programación en los casos que el paciente tiene más de una solicitud de toma de examen generada, posterior a la toma se implementó que el auxiliar de enfermería o tecnólogo debe verificar si el paciente ya termino sus atenciones en el servicio , de ser así , debe identificarse con un punto azul sobre la bata que indica que el paciente está listo para ser trasladado a su servicio de origen , lo anterior con el fin de evitar tiempos prolongados de pacientes en Imágenes diagnósticas .

❖ SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN:

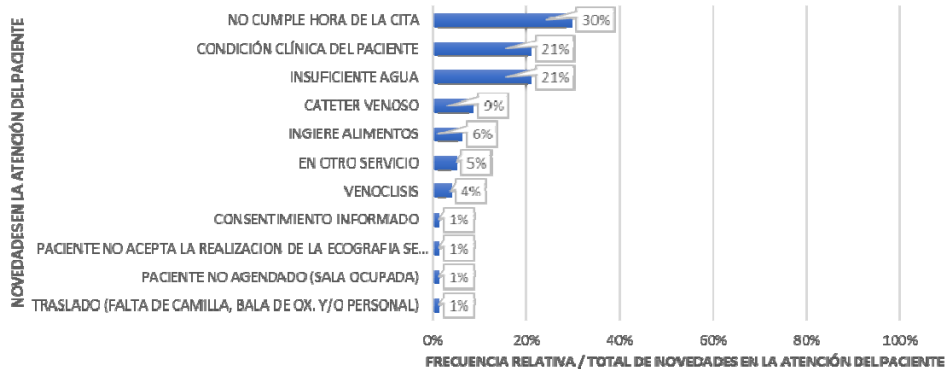
Se realizo seguimeinto al PUMP de acreditación por medio de la ofician Asesora para la garantia y la calidad donde se evidención el cimplimento de actividaes enmarcadas a mejorar continuamente el proceso de atención en Imágenes diagnosticas ; algunas de estas actividades ya se encuentran en medición de impactoo posterior a su implementación ; entre esta se encontrar la implementación de actividades orientadas a disminuir el retraso en cita el cual se enuncia en el numeral 5.3 y adicional a esto se muestran resultados frente a la medición en la captura y actividades implementadas frente a las novedades de preparación encontradas en el ultimo periodo:

Reporte de novedades de preparación de pacientes.

Para la recolección de datos relacionados con este factor, en la etapa del diagnóstico se evidenció la necesidad de estructurar una herramienta que facilite la organización, análisis y compilación de las novedades de atención de los pacientes. Debido a esto, mediante Microsoft Excel 2016 se diseñó una macro denominada “Novedades de preparación y causas de retraso en la atención de pacientes de Imágenes Diagnósticas 05ID28” para atender a esta necesidad del área”.

Se puede evidenciar que la novedad “ingerir alimentos” disminuyó en un 22% con respecto al análisis realizado antes de la implementación de las acciones de mejora. A pesar de esto, las novedades de “condición clínica del paciente” se mantuvo con un 21% y la novedad de “insuficiente agua” aumentó en un 3%, al pasar de 18% (antes de implementar las mejoras) a 21% (luego de la implementar las mejoras).

La novedad con mayor porcentaje de participación es “no cumple hora de la cita”, sin embargo, es importante aclarar que anteriormente esta novedad no quedaba registrada en la herramienta. Vale la pena aclarar que estamos en fase inicial de medición de resultados, se debe continuar implementando las mejoras, midiendo su impacto y sensibilizando el personal con el fin de obtener una tendencia a través del tiempo.



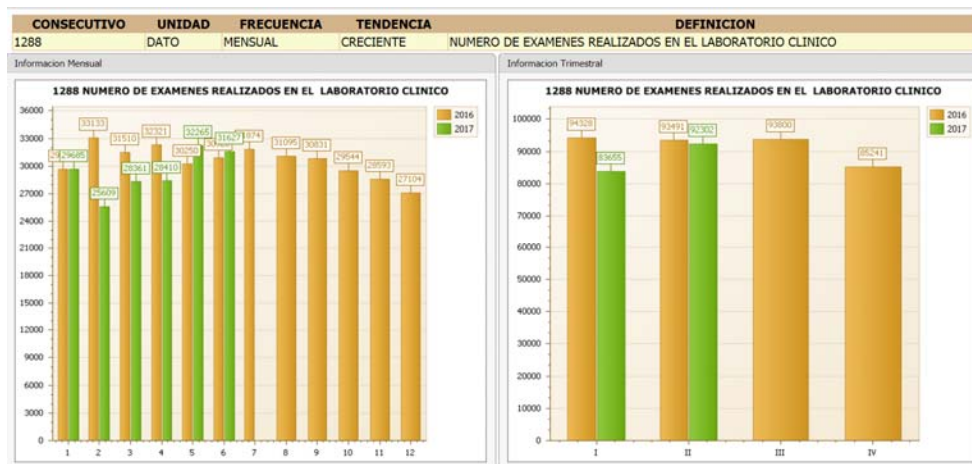
Se implementaron otra serie de actividades como la Auto evaluación de Pares a estudios en estado Aprobado; Se realizó la Sistematización para la medición de la oportunidad de entrega de resultados a los servicios Hospitalarios, esto permite realizar la medición del tiempo que transcurre desde que el estudio es aprobado en el sistema de información de radiología y su disponibilidad en la Historia clínica Digital. Esta medición se realiza a través del sistema de información de Radiología Ris.

4 APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLINICO

4.1 GESTION DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO.

4.1.1 PRODUCTIVIDAD GENERAL DEL LABORATORIO CLÍNICO

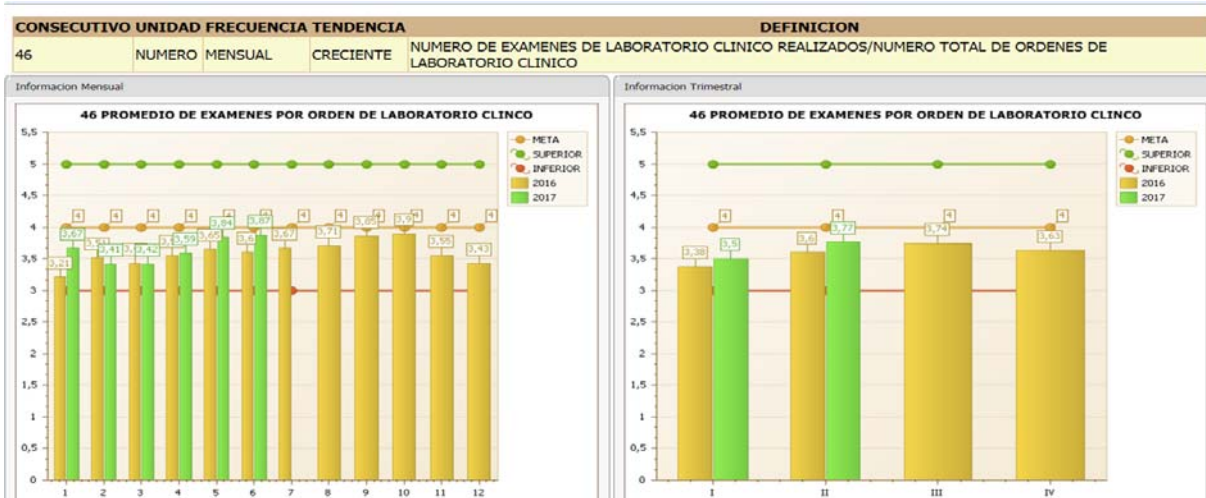
Durante primer semestre de 2017 se observa una disminución del 8% en el volumen total de exámenes con respecto al 2016. Esta diferencia obedece a una disminución generada en los meses de febrero, marzo, abril. Pero en los siguientes meses se observa un ligero incremento del volumen de exámenes. (Gráfica No. 1)



Gráfica No. 1 (FUENTE TUCI)

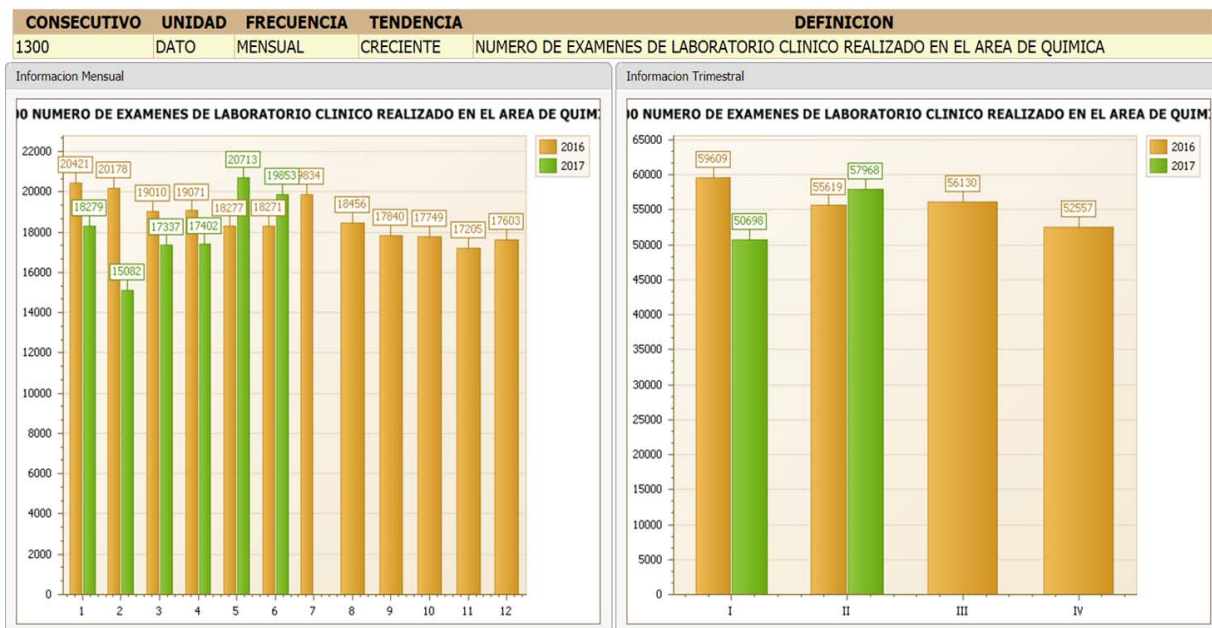
El servicio con mayor utilización del Laboratorio Clínico es el Servicio de Hospitalización, seguido por urgencias y con una menor participación Ambulatorio.

La mayor participación en el Laboratorio Clínico es del Servicio de Hospitalización, con un 54% en el 2016 y un 58 % en el 2017 del total de exámenes de laboratorio, siendo la Unidad de Cuidados intensivos el servicio con mayor número de exámenes



Gráfica No. 2 (FUENTE TUCI)

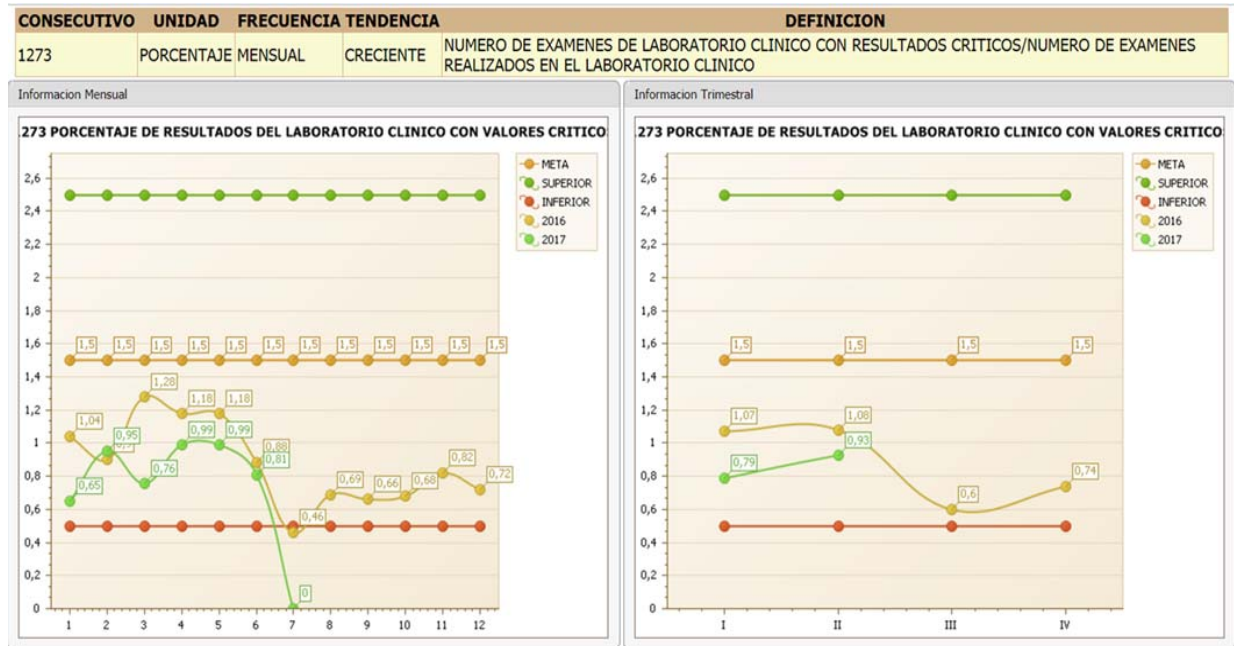
En la gráfica 2 se observa en el I semestre de 2017 un ligero incremento (4%) en la relación exámenes por orden con respecto al año 2016, se evidencia una relación de 3.5 en el 2016 y en el 2017 de 3.7



Gráfica No. 3 (FUENTE TUCI)

En la gráfica se observa que el área de Laboratorio con mayor número de exámenes es el ÁREA DE QUIÍMICA, este comportamiento es constante corresponde a un 62% del total de exámenes realizados. Seguido del área de hematología con una participación del 12% y de igual manera el área de coagulación con un 12%.

4.1.2 INFORME DE VALORES CRITICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO



Gráfica No. 4 (FUENTE TUCI)

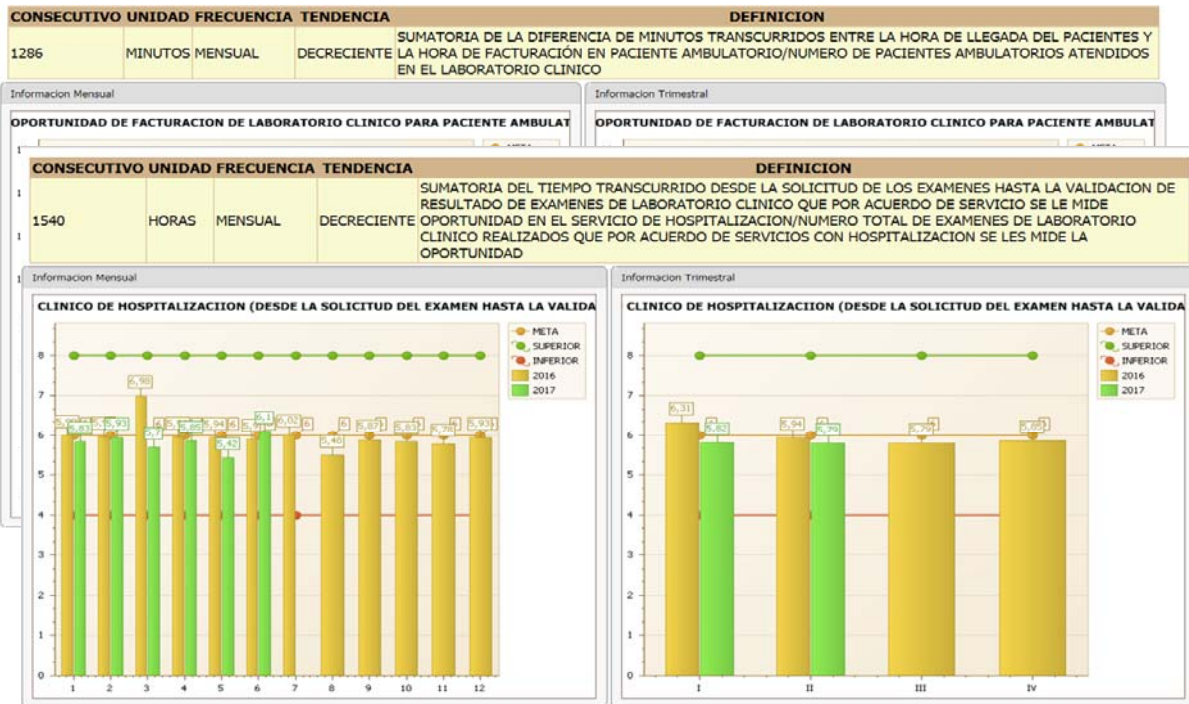
Dando continuidad a los planes de mejora el Laboratorio Clínico reporta a los diferentes servicios los exámenes con resultados críticos. Se evidencia una disminución del 14% en el 2016 con respecto al 2017 debido a que se realizaron los acuerdos entre servicios y se determinó realizar una disminución de los exámenes considerados críticos y adicionalmente se reajustaron los valores a informar. (Grafico No. 4)

Desde LABCORE, se inició con el reporte digital de alarmas de valores críticos y generación de informe sistemático, se implementa una aplicación en la que el profesional del Laboratorio debe revisar las alarmas de valores críticos y atenderlas para de esta manera a partir del mes de abril iniciar con el seguimiento sistemático del tiempo de llamado dentro de los 15 minutos una vez se valide el resultado. Aunque se continúan presentando algunos inconvenientes como la no ubicación de los médicos para reportar el valor crítico.

4.1.3 OPORTUNIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO

El laboratorio Clínico realiza las mediciones de oportunidad de:

❖ OPORTUNIDAD DE FACTURACION DEL PACIENTE AMBULATORIO



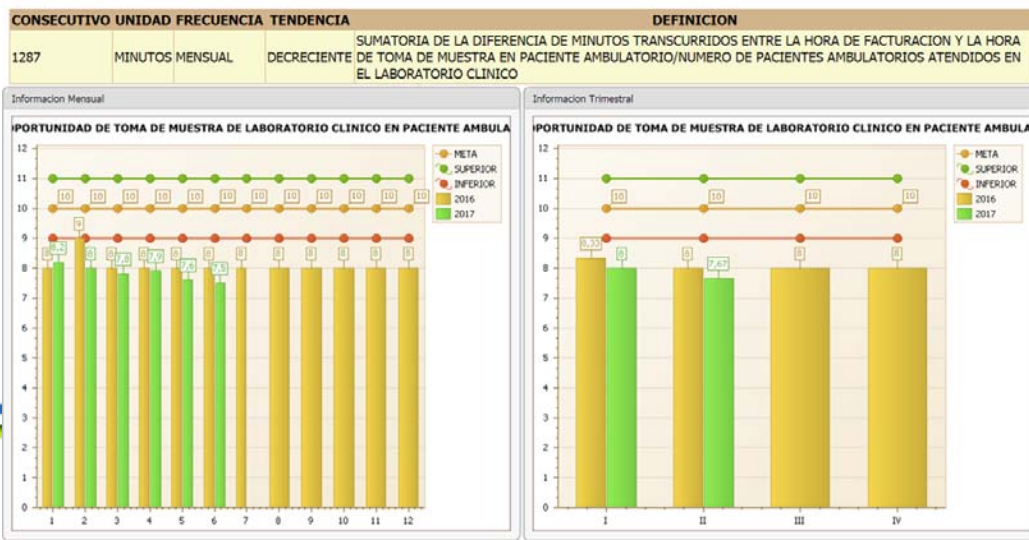
Se observa una disminución debido al bajo volumen de atención de pacientes ambulatorios, por otra parte a partir de enero de 2017 la medición se está realizando por digiturno, anteriormente se realizaba de manera manual. En el 2016 se mantenía un tiempo de 13 minutos en la actualidad se encuentra en 7.3 minutos.

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

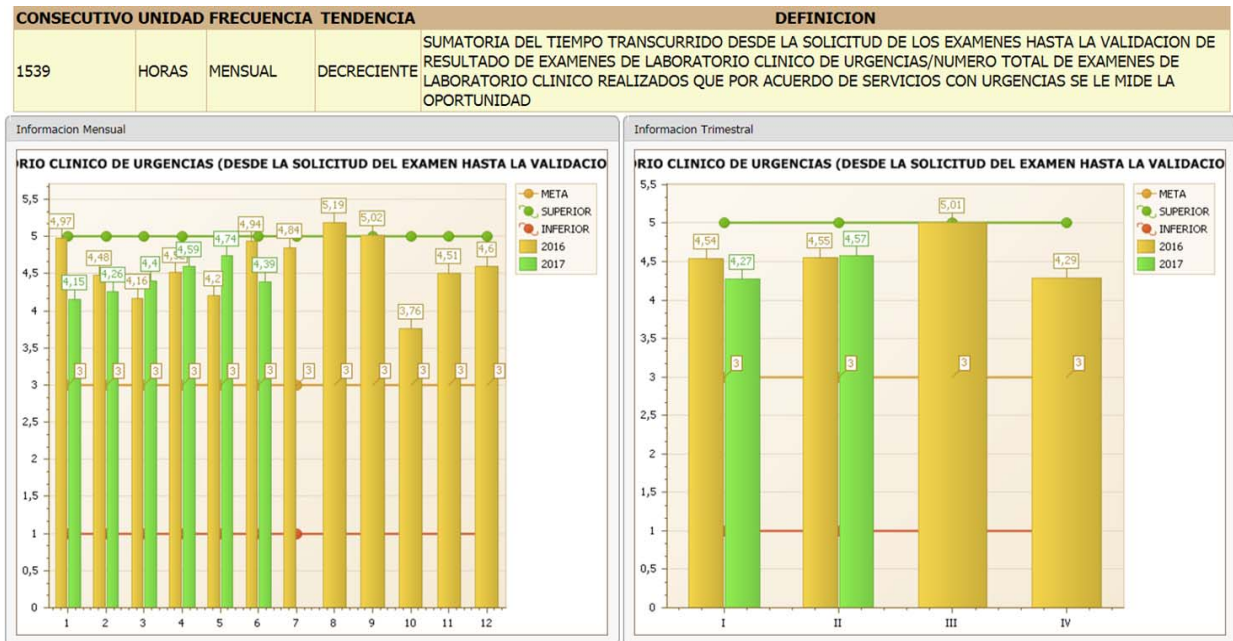
Este tiempo ha sido constante, es el tiempo mínimo en la toma de muestras.

Gráfica No. 6 (FUENTE TUCI)

Este tiempo ha sido constante, es el tiempo mínimo en la toma de muestras. En el primer trimestre de 2017 se encontró en 7.4 minutos en promedio.



❖ OPORTUNIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS



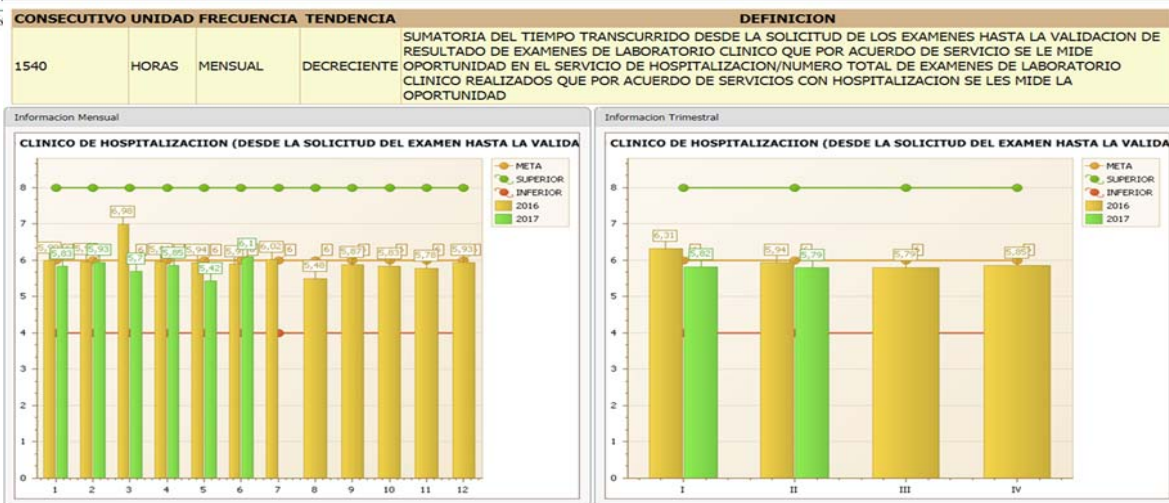
Gráfica No. 7 (FUENTE TUCI)

Este tiempo se ha mantenido constante entre 4 y 4.5 horas. Se han venido realizando seguimiento y ajustes tales como:

Se dispone de una de las auxiliares de Laboratorio Clínico con ingreso a las 6 a.m. con el fin de tomar las muestras a los pacientes que tienen solicitados otros exámenes de apoyo diagnóstico tales como ecografías, imagenología y tomar las muestras antes de ser llevados los pacientes a los otros servicios. Apoyo del personal auxiliar del L.C en la recolección y transporte de muestras del servicio de urgencias al L.C en horas críticas especialmente en los turnos nocturnos y se inicia con la selección de las prioridades de urgente y rutina con el fin de obtener unos tiempos de oportunidad de acuerdo a la modalidad de la prioridad y poderlos diferenciar, para ello se requiere que los médicos se adhieran al proceso.

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

❖ OPORTUNIDAD EN EL LABORATORIO CLINICO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION



Gráfica No. 8 (FUENTE TUCI)

Este tiempo se considera adecuado de acuerdo a lo pactado en los acuerdos de servicios, esta oportunidad se debe a que en la mayoría de los casos los médicos realizan las órdenes con anterioridad con el fin de realizar controles y rutinas a los pacientes. El tiempo desde que llega la muestra al laboratorio hasta la validación se encuentra en 43 minutos. Sin embargo en caso de requerir el examen de manera urgente el médico debe seleccionar la prioridad urgente con el fin de tomar las muestras dentro del tiempo acordado.

❖ PQRS:

En el primer semestre de 2016 y 2017 no se presentan PQRS en el servicio de Laboratorio Clínico.

❖ PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA					DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA		
PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
APOYO DIAGNÓSTICO	1	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	11/04/2016	No se cumple con la planificación definida en la caracterización del proceso para la realización del producto incumpliendo el requisito 7.1 de la Norma ISO 9001:2008. Evidencia: Se evidencia que algunos de los procedimientos planificados y definidos en la caracterización del proceso 00AD01-V1 no están documentados de acuerdo a la reingeniería del proceso.	Actualizar y publicar toda la documentación necesaria del proceso de Apoyo diagnóstico, actualizar caracterización y socializar a los colaboradores	1. Todos los procedimientos publicados 2. Caracterización Publicada en la intranet 3. Socialización a colaboradores del proceso	100% procedimientos publicados 100% Personal laboratorio Clínico Socializado
	2	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	11/04/2016	No se cumple con la disponibilidad de instrucciones de trabajo para la prestación del servicio en condiciones controladas incumpliendo el requisito 7.5.1 de la Norma ISO 9001:2008. Evidencia: No se evidencia el mapa de riesgos que incluya la identificación de los riesgos y los controles establecidos para prevenir su ocurrencia vigencia 2016.	Hacer seguimiento a encuesta de cultura de Riesgo, la cual debe ser realizada por planeación	1. Acta de reunión entre el proceso de Apoyo Diagnóstico y Planeación en la cual se estipulen los tiempos de realización de encuestas 2. Soportes de encuestas realizadas 3. Resultado evidenciado en el indicador de promoción de cultura del riesgo	Cultura de Riesgo
	3	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	11/04/2016	No se cumple con métodos apropiados para el seguimiento y medición de del proceso incumpliendo el requisito 8.2.3 de la Norma ISO 9001:2008 Evidencia : No se encuentran definidos los indicadores de impacto (resultado) del proceso que permitan mediar y analizar la gestión del mismo que facilite la toma de decisiones.	Definir los indicadores de Proceso e ingresar los datos en la herramienta TUCI	1. Actas de Reunión con líder de estadística que evidencie el ingreso de datos a la herramienta TUCI 2. Indicadores Publicados y Analizados en la Herramienta TUCI	Cantidad de indicadores de proceso ingresados y analizados en TUCI
	4	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	11/04/2016	No cumple con la identificación del producto no conforme. Incumpliendo el requisito 8.3 de la Norma ISO 9001:2008. Evidencia: No se evidencia la identificación de productos no conformes del proceso.	Implementar el indicador con la meta respectiva en el TUCI	1. Indicador publicado en la herramienta TUCI 2. Evidencia de Meta en TUCI	Indicador publicado en TUCI

TABLA 1

En el Laboratorio Clínico se describieron 4 hallazgos a considerar en el PUMP los cuales ya se cumplieron. Son los descritos en el cuadro anterior.

❖ GESTION DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

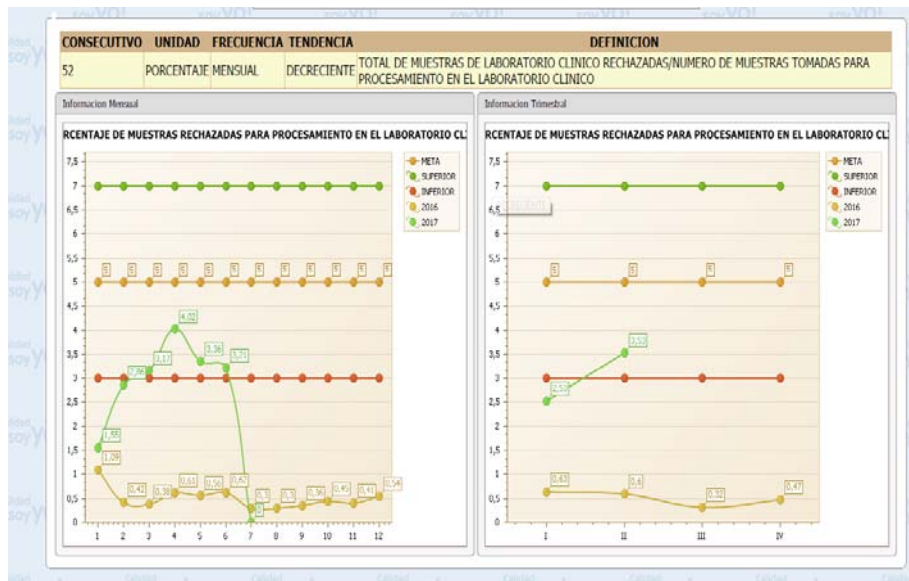
PROCESO	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	TIPO DE CONTROL	PONDERACIÓN DEL CONTROL	Indicador
APOYO DIAGNÓSTICO	Generar resultados de apoyo diagnóstico de manera oportuna y segura, que permita la toma de decisiones	Generar resultados incorrectos e inoportunos	Quién: Auxiliar de recepción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

TABLA No. 2

Se determinó la descripción del riesgo en el servicio de Apoyo Diagnóstico: “GENERAR RESULTADOS INCORRECTOS E INOPORTUNOS”

En la actualidad se está midiendo realizando seguimiento al rechazo de muestras y se tienen definidos los productos no conformes.

Con respecto al Rechazo de muestras se tiene el siguiente indicador:



Gráfica No. 9 (FUENTE TUCI)

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

❖ ACREDITACION

Verificación del cumplimiento de acciones:

En el PAMEC hay 4 hallazgos a saber:

30. “La correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones clínicas las realiza el médico tratante y el equipo asistencial; en los casos pertinentes se analizan en las juntas médicas; sin embargo no se monitorea la entrega de los resultados críticos, desde los diferentes servicios de hospitalización, para su correlación oportuna”

59 “Aún no se han establecido los tiempos de la atención oportuna y retraso de la atención por lo que debe establecerse la línea base, definición de indicadores y fuente de la información, además se requiere mejorar la trazabilidad completa implementando la medición desde la solicitud médica”

60. “Los acuerdos inter-servicios no son claros y no se evidencian en los indicadores, que permitan desde criterios de seguridad de la atención definir en los procesos de atención para la toma de muestra después de la prescripción, el traslado al laboratorio, el procesamiento, validación y entrega de resultado”.

68. “Cumplimiento de tiempos para la entrega de exámenes

No se tiene definido seguimiento específico a los tiempos establecidos (meta 24 horas) y resultados no entregados”

En primera instancia en el numeral 30 se definieron las siguientes oportunidades:

1. Sistematizar y fortalecer el monitoreo a la entrega de los resultados críticos, desde los diferentes servicios de hospitalización, para su correlación oportuna.

2. Establecer mecanismos de reporte con alertas para resultados críticos de laboratorio, patología e imagenología en la atención ambulatoria.

Fortalecer el sistema de reporte y generación de alertas según resultados de laboratorio y patología, evitando retrasos en el proceso de atención.

3. Desarrollar en la gestión de la HCL la inclusión de alertas, diligenciamiento obligatorio y completitud de los espacios establecidos, favoreciendo el resultado de calidad de esta.

No dispone de un sistema de reportes y alertas sobre resultados críticos de exámenes de laboratorio clínico en los servicios que tienen como responsable de la ejecución la líder del Proceso de apoyo Diagnóstico en los estándares de PACAS. Se verifican 6 de Gestión de la calidad en el seguimiento, líderes de proceso, a continuación se relacionan el número de acciones:

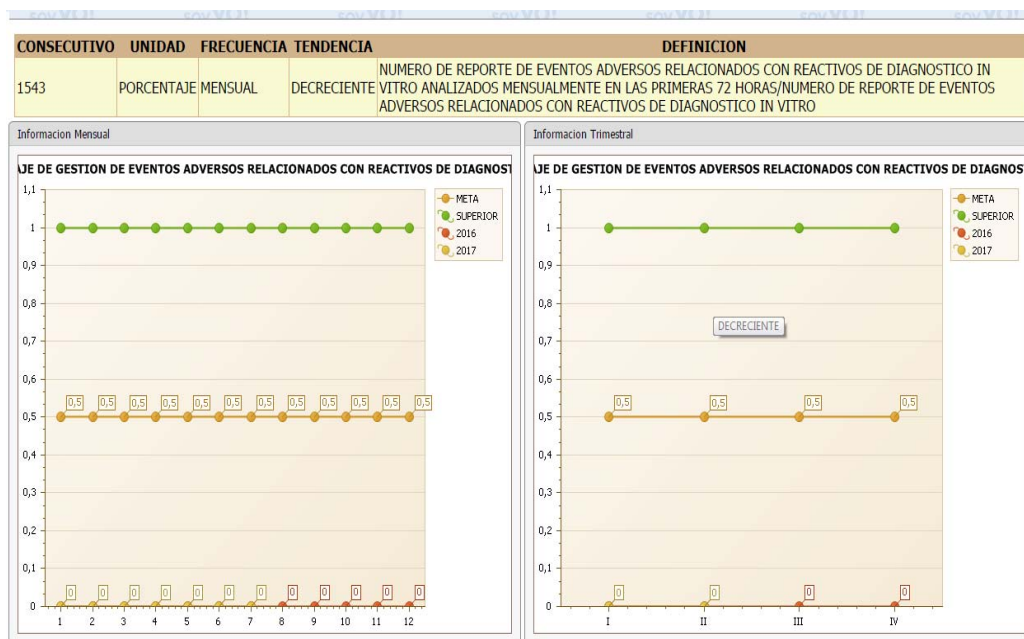
Estándar	Número de acciones
PACAS	4

RELACIÓN DE LA VERIFICACIÓN Y AVANCE:

A continuación se describe los hallazgos y medición del avance según el seguimiento realizado

# HALLAZGO	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/año)	PORCENTAJE DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO
30	Realizar seguimiento periodico de la oportunidad de entrega de reportes criticos a los servicios hospitalarios y ambulatorios, de acuerdo al reporte generado por Laboratorio Clínico.	17/04/2017	15%	Se elaboró formato 05AD19 , se creó una alarma en el software indicadores alarmas criticas en desarrollo para sistematizar formato, Promedio 10 criticos al día. van a quedar en el TUCI. El de patología aun esta pendiente	ATRASADA
	Medir cantidad de reportes criticos reportados y oportunidad de reporte de los mismos	10/04/2016	15%	Desde mayo de 2017 se evidencia reporte. Se hizo el diagnostico de cuales son los exámenes criticos Hemoglobina plaquetas PT PTT INR glicemia BUN creatinina Mg troponina y microbiología positivo. Valores criticos 15 minutos una vez confirmado, Se elaboró formato 05AD19 , se creó una alarma en el software indicadores alarmas criticas en desarrollo para sistematizar formato, Promedio 10 criticos al día. van a quedar en el TUCI. El de patología aun esta pendiente	ATRASADA
59	Documentar o actualizar las definiciones de oportunidad y retrasos en la atención, manejo, seguimiento y medición de los mismos. En el contexto de laboratorio clínico se documentará como parte del procedimiento de control de calidad; para banco de sangre actualización.	30/01/2017	15%	Se realizaron los acuerdos de servicio con los tiempos de oportunidad y los medios de comunicación según actas, apartir de este se realiza el procedimiento, pendiente publicar	ATRASADA
	Socializar los documentos a los colaboradores de las áreas interesadas.	28/02/2017	15%	Pendiente la socialización una vez se publique la actualización del documento	ATRASADA
	Medición y análisis de indicadores de oportunidad y retraso	20/04/2017	33%	Se realizo la medición y los resultados estan incluidos en el informe de gestión del Banco de sangre.	COMPLETA
60	Realizar los acuerdos de servicios propiamente dichos mediante reuniones progresivas y en éstas definir los tiempos de atención.	31/12/2016	33.4%	Se realizaron los acuerdos de servicio con los tiempos de oportunidad y los medios de comunicación, soportado según acta de consulta externa fechada de 11 de agosto, urgencias 15 de diciembre de 2016 y 25 de enero de 2017 y Unidad de cuidados intensivos 01 de febrero , Medicina interna 17 de febrero y cirugía General 22 de febrero de 2017.	COMPLETA
	Socializar a los colaboradores interesados los tiempos de atención posterior a los acuerdos interservicios.	30/01/2017	0%	Pendiente medir el % de socialización a los servicios de hospitalización, Consulta externa, cirugía, urgencias y colaboradores	ATRASADA
	Medir los tiempos establecidos para el trimestre, analizar y realizar acciones de mejora si es necesario	10/04/2017	33.3%	Se envia matriz de seguimiento de oportunidad desde la solicitud hasta la obtención del resultado	COMPLETA
68	Identificar los resultados no entregados en los servicios de apoyo diagnostico	30/04/2017	25%	Se realizaron tres referenciaciones, una con la Sociedad de Cirugía de Bogotá-Hospital San José, otra con el Hospital San Ignacio y la tercera mediante referenciación interna con el Banco de Sangre del HUS. Ver informes de referenciación y actas	COMPLETA
	Sistematizar la medición de resultados no entregados desde los sistemas de	30/06/2017	25%	Se envia matriz de medición de entrega de resultados ambulatorios	COMPLETA

❖ PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA



Gráfica No. 10 (FUENTE TUCI)

Durante el I Semestre de 2017 no se presentaron Eventos Adversos por reactivo-vigilancia. Los indicadores considerados en el MANUAL DE REACTIVO VIGILANCIA se encuentran disponibles en el TUCI, observado en la gráfica 10

5 BANCO DE SANGRE

5.1 GESTIÓN DEL PROCESO BANCO DE SANGRE

Durante el primer semestre del 2017 en comparación con el año anterior se observa una disminución de unidades producidas en un 11%, esto se debe a dificultades en las jornadas de donación con la captación de donantes de sangre, debido a la apropiación de la institución sobre los municipios y la oportunidad que se le dio a los Bancos de Sangre Privados a ingresar a Cundinamarca a captar sangre, dificultando permisos, ingresos sobre los otros. Así mismo, si el municipios nos permite el ingreso pese las autorizaciones por parte del LSPC no podemos realizar las jornadas extramurales, con llevando a la perdida de donantes ya fidelizados y un trabajo de más de 20 años con el banco de sangre del HUS. De igual forma, es importante mencionar que se han tenido dificultades con las profesionales que estaban realizando las jornadas de donación, como la jefe de enfermería, la rural de bacteriología, que impacta las metas de captación de donantes; Por otro lado, es importante mencionar que en el mes de marzo y junio se aumentó la captación en espera que se sigan cumpliendo las metas.

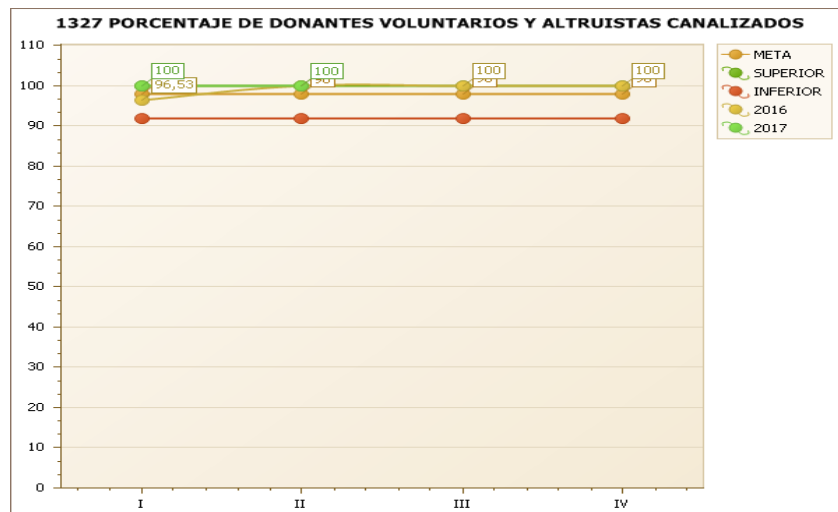
Por otro lado, a pesar de tener una disminución en las unidades producidas, se mantiene estable el servicio dando abastecimiento al Hospital y sus convenios. De igual forma, se decide hacer recuperación de la cartera de las unidades que debían los diferentes bancos de sangre (intercambio de componentes) para cumplimiento con los convenios.

De igual forma, el no contar con la unidad móvil y buenos implementos de campaña (carpas) que genere una mejor imagen institucional en la cual el donante se quiera acercar a donar con nosotros influye demasiado en el proceso; en espera de lograr adquisición de nueva carpa para el segundo trimestre del 2017. Sin embargo, pese a las dificultades con los municipios y la falta de empoderamiento de la red de Cundinamarca hacia nosotros, se ha generado otras estrategias de promoción como la búsqueda activa de empresas, que el día de mañana se verá reflejado con la fidelización de donantes voluntarios y altruistas.

Así mismo, se observa que se aumentan las de las jornadas de donación de sangre en un 30%, evidenciando los esfuerzos por parte del banco para lograr tener unidades de sangre para los convenios; se logra estrategias con varios municipios (Cajicá, Tocancipá, Ubaté y la Mesa) logrando que perciban que somos la cabeza de red y que apoyamos a todo el departamento para que nos permitan el ingreso y predilección en el municipio. A su vez se ha logrado aumentar fidelización de empresas para obtener donantes voluntarios y altruistas, ejemplos claro son Universidades de Cundinamarca con Sede en Cajicá, Zipaquirá, Ubaté así mismo el Sena con esas mismas sedes logrando que sigan apoyándonos en esta labor.

Gracias a todos estos esfuerzos por mantener la sensibilización y la promoción de nuestros donantes fidelizados no se ve afectado; (ver gráfica 1) indicador de porcentaje de donantes voluntarios y altruista canalizados demostrando que tanto en I semestre del 2017 se mantiene el indicador en un 100% comparado con el 2016 que en el I semestre se contaba con voluntariedad 96.53%

Gráfica 1. % de Donantes Voluntarios

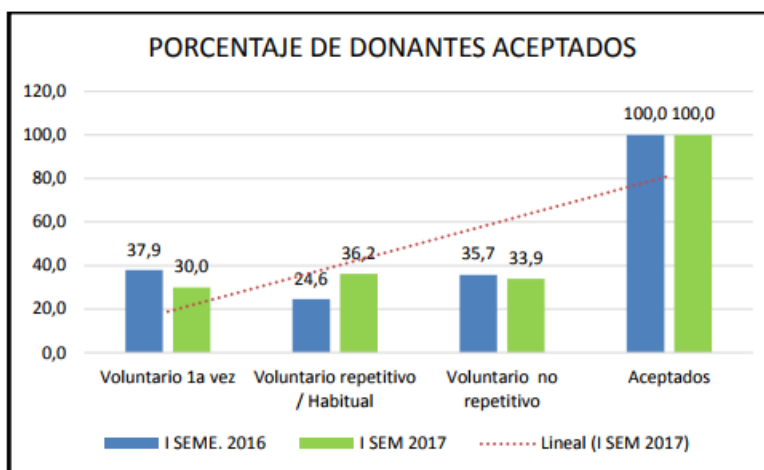


Fuente: TUCI (Tablero Único de control de Indicadores). Comparación 2016 vs 2017

En cuanto al indicador de donantes habituales y altruistas, se evidencia que es del 100% de voluntariedad; en el banco de sangre con constante apoyo y concientización de nuestras colaboradoras se trabajan constantemente estrategias de disminuir los donantes en reposición evidenciando que durante este I semestre 2017 no se cuentan con este tipo de donantes; evidenciando un aumento de donantes voluntarios primera vez en un 31%, debido al ingreso de nuevas empresas como: Colegio Pablo VI del municipio de Sopo, empresa Gloria de álamos y Cogua, en cuanto a donantes voluntarios no repetitivos en un 33,4% disminuyendo con el trimestre anterior y en espera que durante el III trimestre se logre aumentar el Donante repetitivo/ habitual y así demostrar que nuestra fidelización y sensibilización está teniendo éxitos. Así mismo, se espera que para esta vigencia logremos mantener este indicador de donantes voluntarios habituales en aumento y cumplir la meta de aumento en un 3%. (Gráfica 2).

Todo esto se logró debido al fortalecimiento de las actividades de una bacterióloga dedicada a la promoción y el ingreso de nuestra rural de Bacteriología que nos apoya en estas actividades; así mismo, se espera un mayor apoyo por parte de la red departamental para que durante esta vigencia se logre afianzar y fortalecer la prestación de servicios de salud.

Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados



Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados

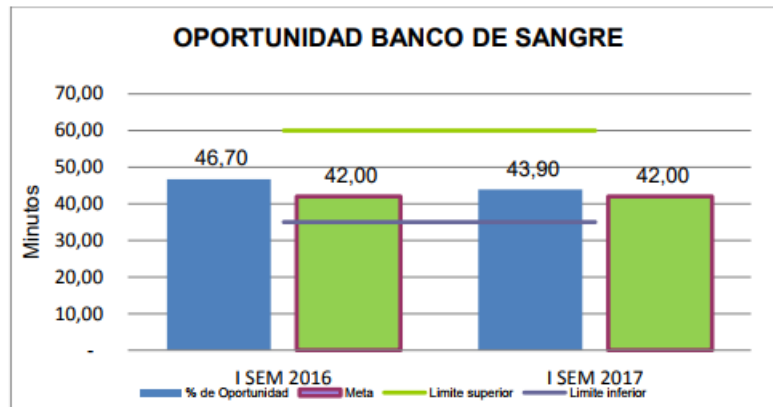
Fuente: Clase de donantes aceptados. Comparación I semestre 2016 vs 2017

Por otro lado, en comparación con el I semestre del 2016 se observa una disminución del 19% en las unidades transfundidas, evidenciando una reducción de las transfusiones de glóbulos rojos en un 16%, plasma fresco congelado en un 24% y plaquetas en 27% y un aumento del 25% en crioprecipitados. Justificado por una disminución de transfusión en los siguientes servicios como: urgencias en un 50%, UCI adultos en un 28%, urología en un 53% y en el nuevo servicio de cirugía vascular que ha aumentado al 100% al igual que ginecología en un 4%, cirugía plástica en un 30% y neurocirugía en un 53% consumido en gran cantidad glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitados.

Por otro lado, se tiene una oportunidad de despacho de hemocomponentes en este I semestre 2017 de 43.9 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, logrando estar en la meta establecida actual de 42 minutos, en espera de lograr mejor comportamiento en el II semestre del 2017, ya que en el II trm se logró la meta de 41.9 min en el despacho de hemocomponentes debido a que se adquirió el aprendizaje en el proceso, en espera de mantener durante este próximo semestre para lograr cumplimiento de meta (Grafica 3).

De igual forma, se dio respuesta oportuna las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el II trimestre del 2017 en 1 minutos de oportunidad (Grafica 4); es importante aclarar que no se tienen comparativo con el 2016 debido a que no se llevaba la oportunidad del mismo. Se observa un aumento en urgencias vitales en comparación con el I semestre del 2016, donde se atiende un 0.63% pacientes en urgencias vitales y un 0.16% de códigos rojos (Grafica 5), que no se contemplan dentro de la oportunidad en general ya que el tiempo de respuesta es de 1 minutos. Así mismo, se evidencia una disminución del 9% comparado con el 2016 en el número de pacientes transfundidos. Impactando las disminuciones de las unidades facturadas en un 19% comparado con el I semestre del 2016.

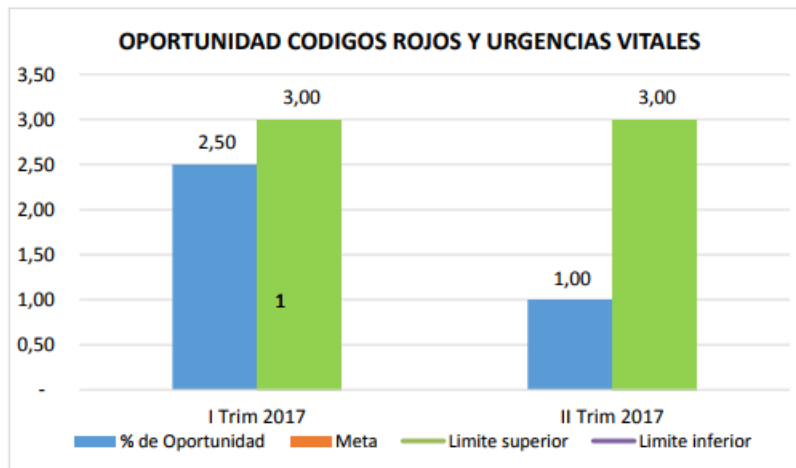
Gráfica 3. Oportunidad de despacho de hemocomponentes



Gráfica 3. Oportunidad de despacho de hemocomponentes

Fuente: Oportunidad del STS. Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

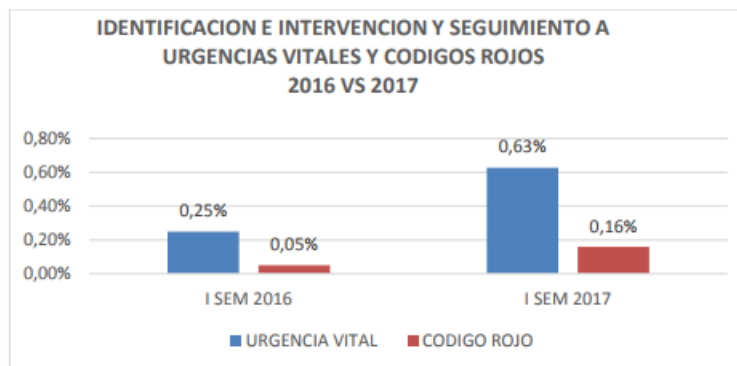
Gráfica 4. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos



Gráfica 4. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos

Fuente: Oportunidad del STS códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación I Trim vs II Trim 2017

Gráfica 5. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos



Gráfica 5. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos

Fuente: STS en códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

En este I semestre del 2017 comparado con el mismo periodo del año anterior, se evidencia que hay un aumento de las unidades entregadas a Zipaquirá en un 16%, teniendo un aumento en Glóbulos Rojos en un 16%, al igual que el PFC en un 100%. Demostrando, que hay una mayor demanda de servicios de cirugía general, ginecología y medicina interna.; sin que se vea afectado el uso racional de la sangre. Sin embargo, se va a realizar seguimiento al proceso por un aumento de unidades descartadas por vencimiento en el puesto fijo de recolección en un 78%, ya que está solicitando más que lo que consume.

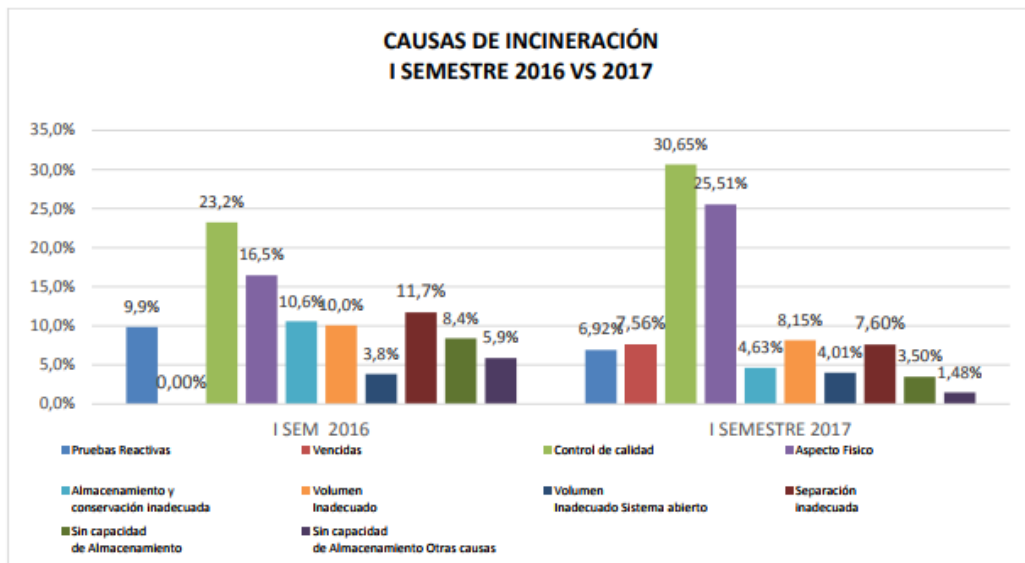
Para este informe del I semestre del proceso de banco de sangre se observa que el promedio de unidades transfundidas por paciente es de 5.0 con una disminución del 9% comparado con el semestre del año anterior, evidenciando que el trabajo realizado desde el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre y mayor adherencia a toso los médico ha logrado impactar el proceso, de igual forma, en espera de mayor adherencia a los procesos.

En este primer semestre, también se evidencia mayor aprovechamiento de las unidades recolectadas ya que se cuenta con los ultracongeladores en buen estado lo que impacta en el uso de todas las unidades; por parte del banco de sangre.

En cuanto a las causas de incineración, se evidencia que la causa de mayor descarte es por control de calidad en un 30.6%, seguido de unidades por aspecto físico 25.5%; que es inherente al proceso interno del banco de sangre ya que es sujeto a cada donante y a disponibilidad de Grupos de nuestros convenios (Gráfica 6).

Relacionado con lo anterior, en la Grafica 7 se evidencian que el mayor componentes descartado es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 89%, seguido de las plaquetas con un 57% por control de calidad ya que pierden el Swiling acercándose al día de vencimiento Y se presentaron cambios de proveedor (bolsas) hasta no lograr la estandarización del proceso no se puede liberar componente y si no cumple con los criterios de calidad deben ser incinerados.

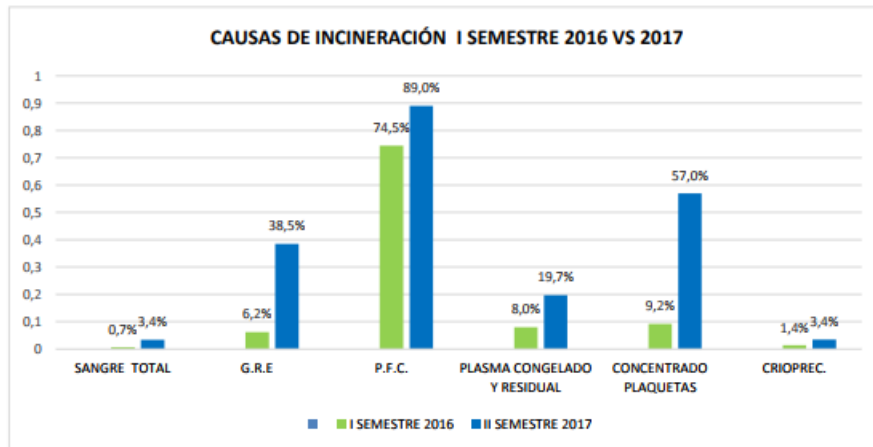
Gráfica 6.Causas de Incineración de Componentes



Gráfica 6.Causas de Incineración de Componentes

Fuente: Incineración de componentes. Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

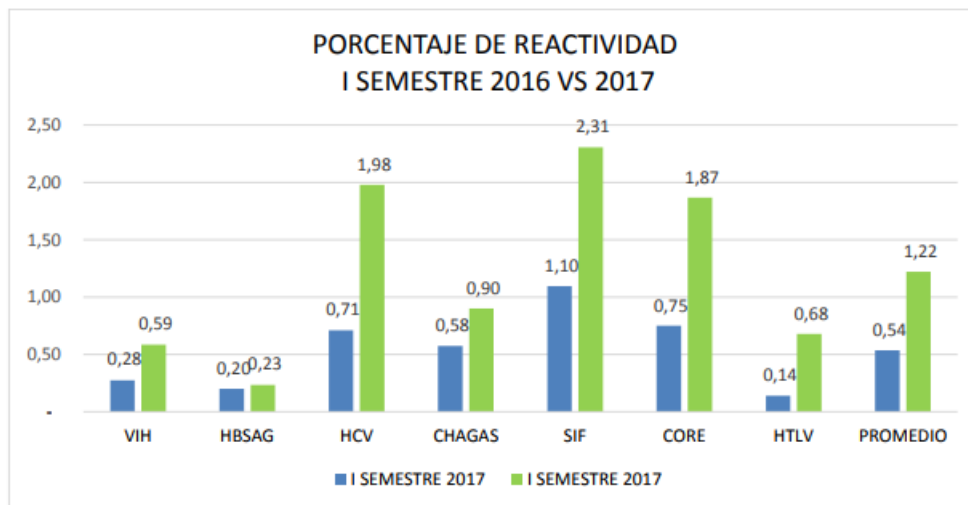
Gráfica 7.Componentes Incinerados 2017



Gráfica 7. Componentes Incinerados 2017
 Fuente: Componentes Incinerados. Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

Adicionalmente, en cuanto al porcentaje de reactividad para el I semestre del 2017, es importante mencionar se presentó una reactividad mayor en el marcador de SIFILIS en 2.31%, seguido de HCV en un 1.98% comparado con el I semestre del año anterior; cabe recalcar que nuestra reactividad se encuentra en un 1.22% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 8). Es importante mencionar que no se ha realizado cierre del trimestre en porcentaje de reactividad ya que se cuenta con 3 meses para lograr la ubicación efectiva de los donantes reactivos.

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

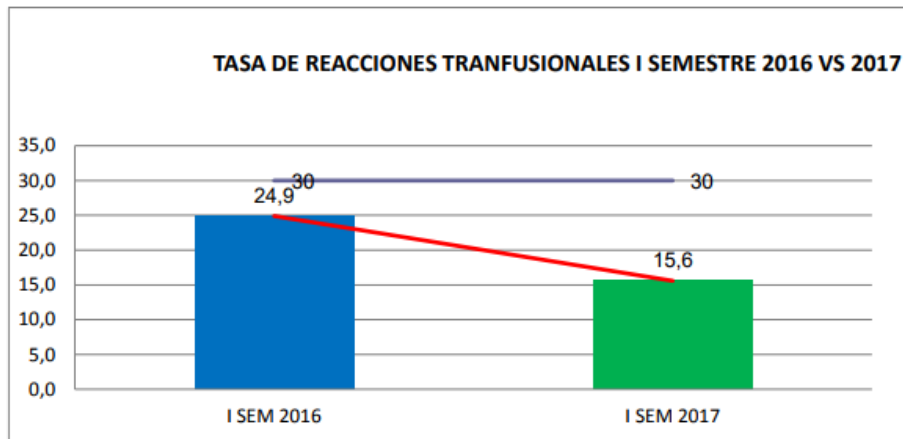


Gráfica 8. % de Reactividad
 Fuente: % de Reactividad. Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

Gráfica 8. % de Reactividad

Es necesario recalcar que para este I semestre del 2017 el porcentaje de despacho externo de glóbulos se aumentó en el 46% comparado con el semestre del año anterior, al igual que el componente plaquetario, debido a los convenios institucionales como mayor cliente Hospital San Rafael de Facatativá y el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa de igual forma se siguen con convenios con la ESE Hospital el Salvador de Ubaté, la ESE San Francisco de Gacheta, ESE Hospital San Rafael de Pacho, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital san Martin de Porres de Chocontá, Hospital San Rafael de Caqueza, ESE Hospital san Vicente de Paul Nemocón, y Fundación Renal Colombia. En espera de este semestre lograr aumentar convenios y aumentar con más STS de Cundinamarca con guaduas, Subachoque entre otros.

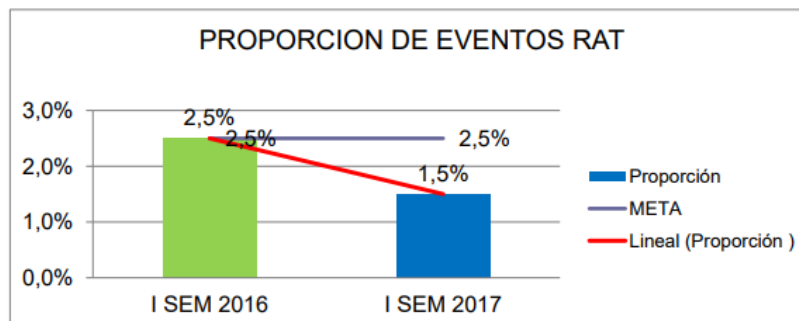
Así mismo; en el semestre se logró Fortalecer los Servicios del Banco de sangre a nivel de Cundinamarca, evidenciando que varios STS no conocían nuestros servicios, para así aumentar contratos y ventas de hemocomponentes a muchos STS tanto de Cundinamarca como Bogotá, todo con el fin de que se vea reflejado financieramente y se logre mayor rentabilidad en el proceso. En espera de lograr que se pueda gestionar el envío de las unidades por parte del banco de sangre ya que se cuenta con precios competitivos, pero el envío a los STS dificulta la contratación. Sin embargo, es importante mencionar que se han mejorado con los procesos administrativos por el área de contratos y mercadeo, pero sigue generando retrasos la revisión de los contratos por parte de los abogados lo cual dificulta y retrasa el proceso.



Gráfica 9. Tasa de Complicaciones Transfusionales

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

Gráfica 9. Tasa de Complicaciones Transfusionales



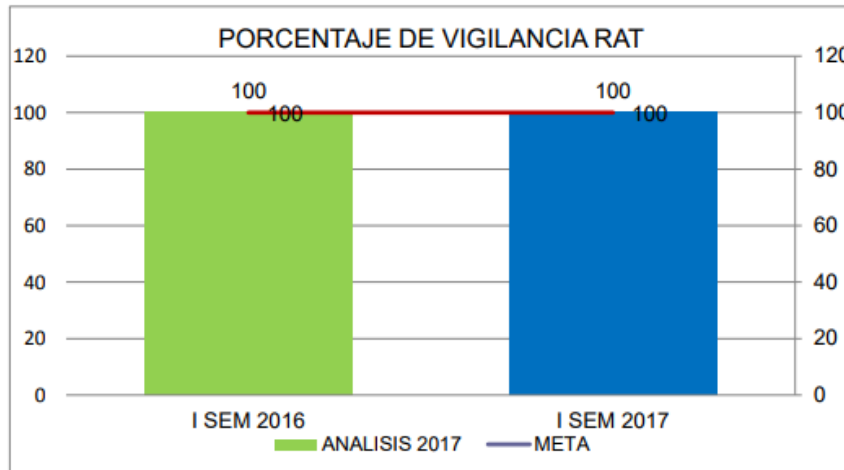
Gráfica 10. Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales

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

Gráfica 10. Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales

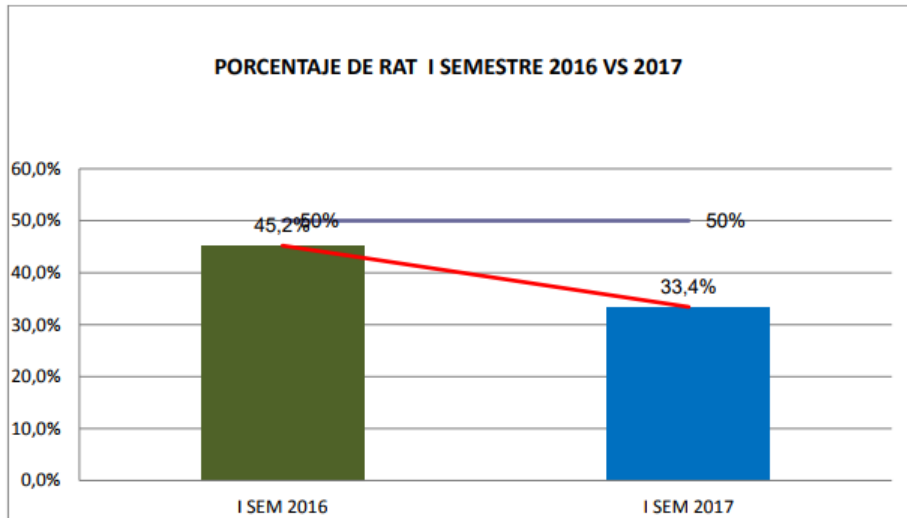
En el I semestre del 2017 en cuanto a Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 15.6 y 1.5% por debajo de la meta establecida de 30 y 0.30% del indicador respectivamente (Gráfica 9 y 10), comparado con el semestre del año anterior, se evidencia que se ha disminuido en las adherencias a los procesos en la cadena transfusional, ya que por tantos cambios del personal se ve afectado el indicador, se espera en este semestre fortalecer el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre, en el reporte y tener mayor adherencia a todos los procesos por parte de los médicos y del área de enfermería; impactando el proceso, sin embargo, se espera continuar capacitaciones y reinducciones para lograr mayor adherencia a los procesos.

Se analizaron por el comité de transfusiones del Hospital un total de 12 RAT en este I semestre del 2017 generando un cumplimiento del 100% (Gráfica 11) de las RAT notificadas sin embargo, se generó un aumento en el comportamiento de las RAT, ya que en los meses de Abril a junio se generaron al menos 2 RAT, evidenciando que de 763 pacientes transfundidos durante lo que lleva la vigencia 2017 se ha presenta un porcentaje de RAT del 33.4% en la institución (Gráfica 12). En espera de lograr un mayor aumento durante el II Semestre del 2017 ya que se tienen programadas capacitación y mayor seguimiento a toda la cadena transfusional para generar impacto el indicador de tasa de reacciones adversas y así garantizar un sistema integral de gestión de la calidad y manejo de nuestros eventos asociados a la Transfusión.



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

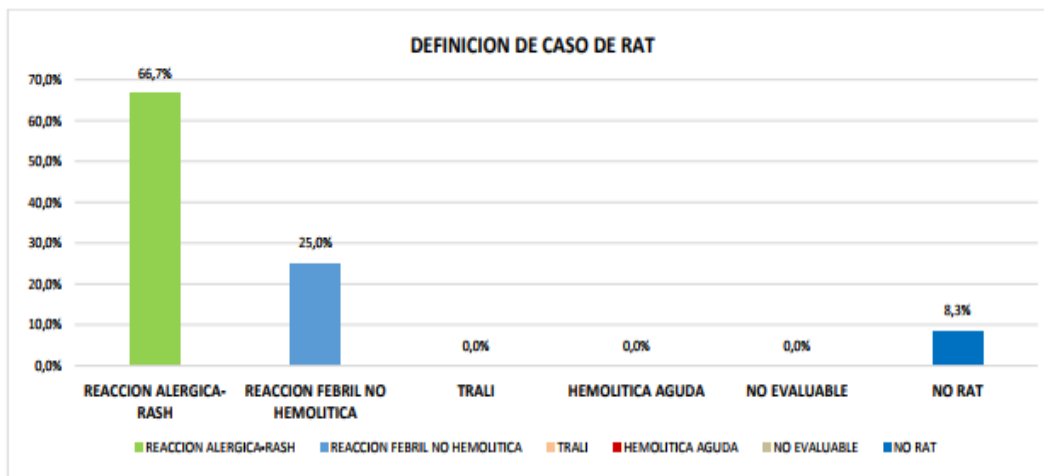
Gráfica 11. % de vigilancia de Reacciones adversas a la Transfusión



Grafica 12. % de Reacciones adversas a la Transfusión 2016
 Fuente: Porcentaje de Reacciones Adversa. Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

Grafica 12. % de Reacciones adversas a la Transfusión 2017

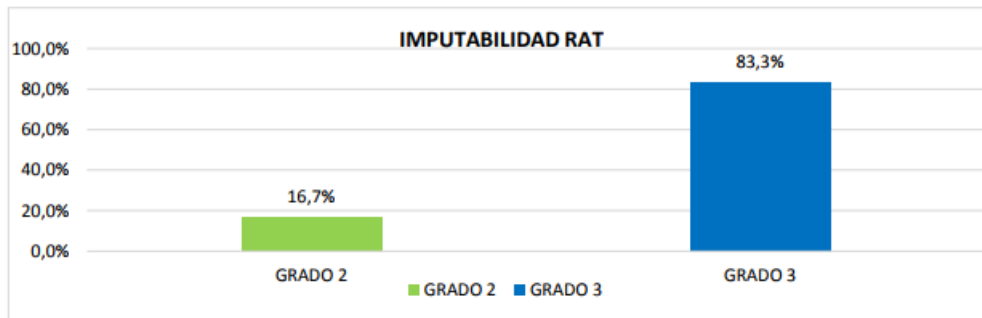
Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS, no se llevaba discriminado en el 2016, se evidencia que en el 2017 el mayor porcentaje de RAT es por reacción alérgica en un 66.7 % seguidas de Reacciones Febriles No Hemolíticas en un 25% (gráfica 13) de nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia más al grado tres(3) en un 83.3% (gráfica 14); así mismo, en severidad el grado leve en un 83.3% (Gráfica 15), en cuanto al componente involucrado es el Glóbulo Rojo en un 50% (gráfica 16) y el servicio donde se genera mayor RAT es Medicina Interna en un 58.3% debido al tipo de paciente que se ubica en este servicio (Grafica 17)



Grafica 13. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión

Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. I y II trimestre 2017.

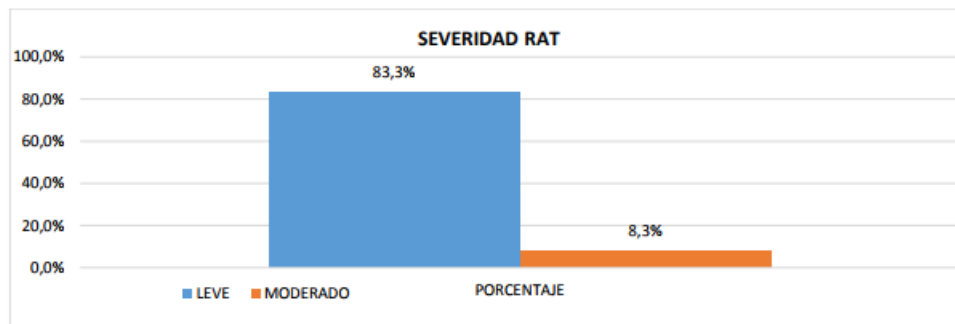
Grafica 13. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión



Grafica 14. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión

Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. I y II trimestre 2017.

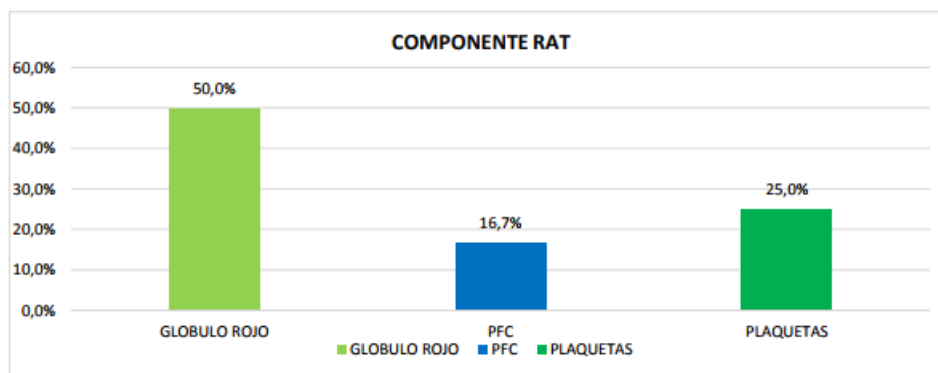
Grafica 14. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión



Grafica 15. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión

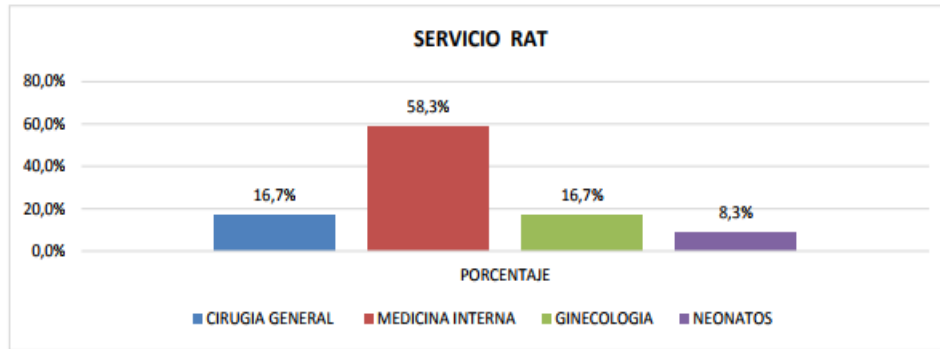
Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. I y II trimestre 2017.

Grafica 15. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión



Fuente: Componente de Reacciones Adversa. I y II trimestre 2017.

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



Gráfica 17. % de la Reacciones adversas a la Transfusión por Servicio

Fuente: Comparación por Servicio donde se presenta Reacciones Adversa. I y II trimestre 2017.

❖ PQRS

Durante el I semestre del 2017 no se generó ninguna PQRS para el proceso del banco de sangre ni en Bogotá ni en la UF-Zipacquirá.

❖ Planes Únicos de Mejora PUMP

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 7 hallazgos, estos corresponden a: 6 acciones específicas de la vigencia del 2016 donde no se lograron el cierre, en espera de que esta vigencia se logren cerrar.

De las acciones en desarrollo se encuentran:

- 1) Pendiente la entrega de la unidad móvil.
- 2) Pendiente que el programa de reactivo y Tecnovigilancia alineada con el programa de seguridad se especifiquen las funciones y se aumente las capacitaciones para que el grado de implementación del programa quede en cumplimiento alto.
- 3) Cambios en manuales de talento humano en cuanto a plan de contingencia en renunciadas, retroalimentación de capacitaciones externas por parte del personal.
- 4) Contar con elementos de campaña en buenas condiciones para lograr mejor imagen institucional con las carpas y cambio de las encuestas.
- 5) Adquirir una carpa de donación ya que con la que se tiene actualmente por el uso y desgaste ya que no cumple con los requerimientos y es prioridad para las próximas visitas.
- 6) Uso de internet portátil para la verificación de los donantes reactivos ante la red distrital y departamental, ya que es de obligatorio cumplimiento.
- 7) Seguimiento y supervisión de las temperaturas de las neveras para garantizar desempeño y cadena de frío.

❖ Gestión del Riesgo

En cuanto al seguimiento de la gestión de riesgo para el I semestre del 2017 para el banco de sangre se espera lograr una nueva reorganización de la gestión del riesgo por las nuevas directrices de Planeación. De igual forma se seguirán priorizando dos (2) riesgos los cuales son: 1) En atención de donantes se priorizo unidades no optimas y 2) En análisis de unidades se priorizo confusión de muestras; los cuales se está trabajando y gestionando para que el riesgo no se materialice a pesar de que se cuentan con los controles establecidos como son el re entrenamiento al personal y fortalecer las barrera de seguridad del sistema informático.

Sin embargo se evidencia que en el 2016 en el riesgo de Atención de Donantes / unidades no optimas, se describe que la evidencia presentada no corresponde a la vigencia anterior, se reenvía información y en espera que durante es II semestre del 2017, ese hallazgo quede completo.

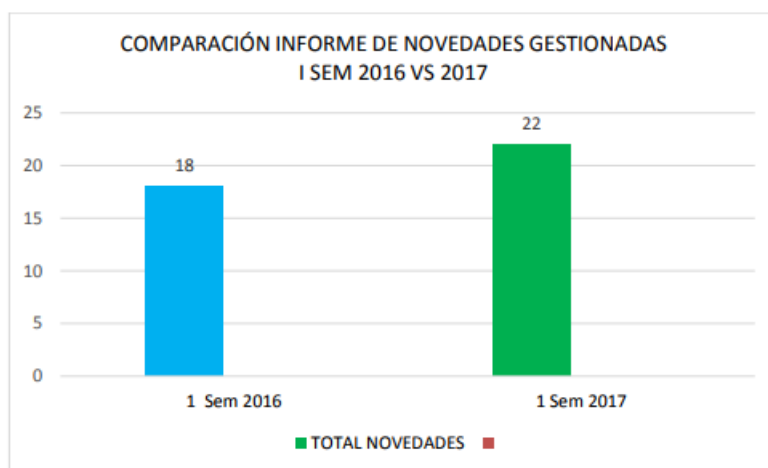
❖ Sistema Único de Acreditación

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

Según los hallazgos se definieron las siguientes oportunidades u acción de mejora 1. Establecer las diferencias entre atención oportuna y retraso de la atención, que permitan gestionar adecuadamente la intencionalidad de los estándares de acreditación basado en claridad de conceptos, definición de indicadores y fuente de la información y 2. Organizar y ajustar registro correspondiente a los resultados de los indicadores del programa, de tal forma que la información demuestre la confiabilidad y validez necesaria, en el cual se describen 6 actividades específicas de mejoramiento para dar respuesta a los mismos y que tienen como responsable de la ejecución a la líder del Banco de Sangre. De las dos oportunidades de mejora planteadas en el PAMEC de 2017 se encuentran ya en 100% completadas.

❖ Programa Hemovigilancia

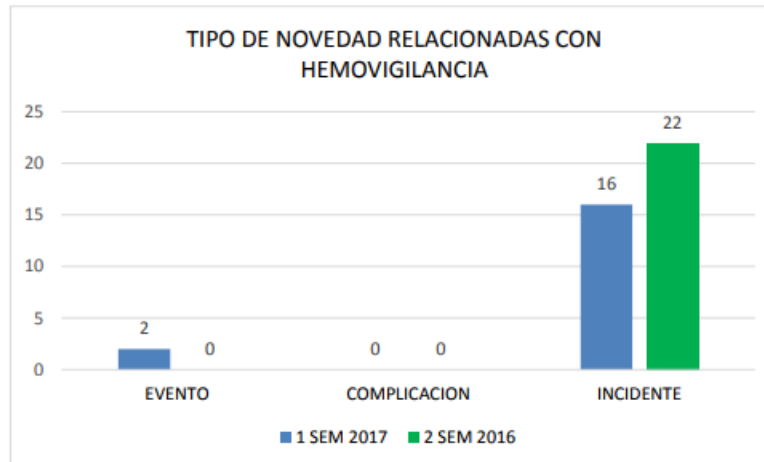
En este primer semestre del 2017 se obtiene un cumplimiento del 85% de las actividades del programa de Hemovigilancia, cumpliendo con las actividades planificadas, realizando reportes de las novedades y haciendo los análisis pertinentes frente al comité de seguridad. Durante este I semestre se gestionaron y se analizaron un total de 22 incidentes (Gráfica 18), por metodología ANCLA estipulada por el HUS. Logrando un análisis de los casos pudiendo esclarecer los el tipo de novedad relacionada en este I semestre del 2017 evidenciando que todos fueron incidentes relacionados con sangre. Se tomaron medidas en cuanto a los triples chequeos cruzados, disponibilidad y pérdida de hemocomponentes para evitar reprocesos y nuevos incidentes con el personal de enfermería y médico (Gráfica 19).



Gráfica 18. Comparación informe de novedades gestionadas

Fuente: Informe de novedades gestionadas Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

Gráfica 18. Comparación informe de novedades gestionadas



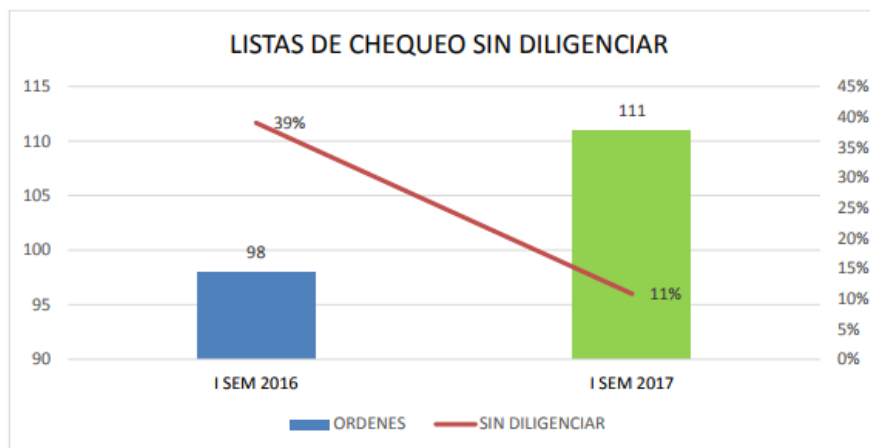
Gráfica 19. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia

Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia. Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

Gráfica 19. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia

Así mismo, es importante mencionar que gracias al apoyo de la profesional en las actividades de hemovigilancia, se lograron aumentar capacitaciones a médicos de todos los servicios logrando un 30% de cobertura, solo falta por definir servicios de Radiología y Urgencias; debido a diferentes actividades se han tenido que reubicar las misma. A la fecha Aunque no se logra la totalidad de la cobertura se logró gran adherencia por parte del personal médico en las actividades de registro transfusionales, RAT, seguimiento, trazabilidad, en oportunidad de hemocomponentes y retraso en la oportunidad de los hemocomponentes para tomar medidas sobre el paciente

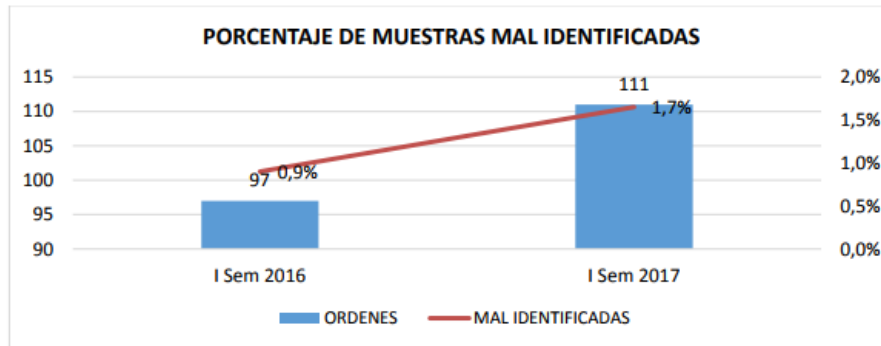
Por otro lado, se incluyeron seguimientos a listas de Chequeo de enfermería evidenciando que se logró una disminución del 28% de ordenes sin diligencias comparado en comparación con el semestre del año anterior, generado por las capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos, marcaje de muestras, etc y todos los procesos que tienen que ver con la cadena transfusional (Gráfica 20).



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

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

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



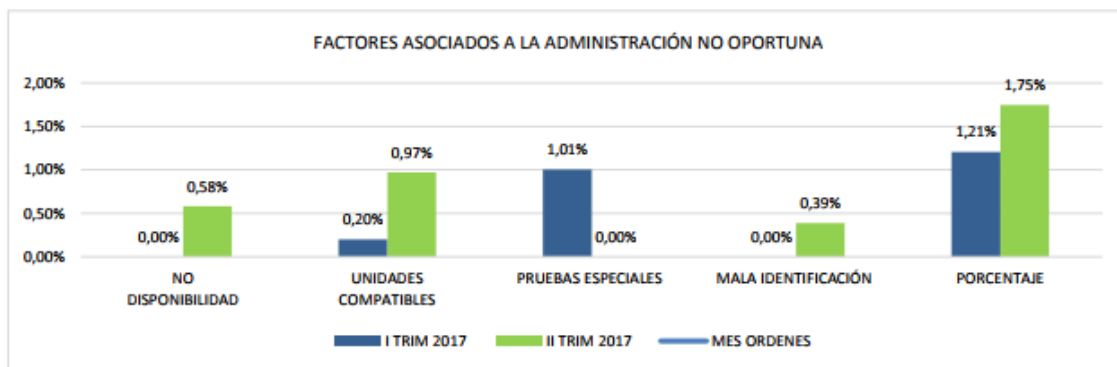
Gráfica 21. Muestras mal identificadas proceso transfusional.
 Fuente: muestras mal identificadas en el proceso transfusión. Comparación I semestre 2016 vs I semestre 2017

Gráfica 21. Muestras mal identificadas proceso transfusional.

Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas desde el I semestre del 2016 impactando el proceso llegando a un 1.7% de muestras mal identificadas en 111 órdenes analizadas (Grafica 21). Así mismo se observa que los servicios que más impactan son el tercero sur y el quinto sur, por otro lado se evidencio el trabajo de los servicios de urgencias y segundo norte. En espera de que este segundo semestre los servicios que aumentaron se logre una disminución (Grafica 22).

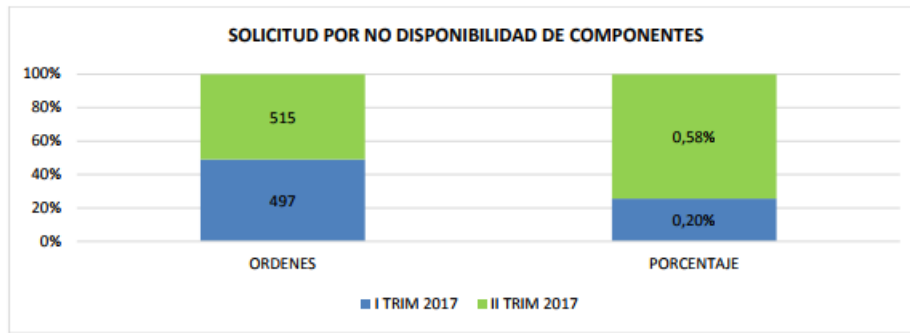
En espera de lograr estrategias para disminuir ese porcentaje y lleguemos a menos del 1%, es de aclarar que ninguna de estas muestras ha llegado algún evento asociado a la transfusión solo han sido incidentes, gracias a las barreras de control en cada uno de los procesos del STS.

Por otro lado, los siguientes indicadores se llevan a partir del IV trimestre del 2016, después de la visita de Acreditación por eso no se puede comparar sin embargo se traen a colación las mediciones en comparación I y II trimestre del 2017 se revisó todo los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 1.75% en este segundo trimestre, teniendo mayor impacto la búsqueda de unidades compatibles para los pacientes en un 0.97%, lo cual es un proceso que es inherente a cada uno de las patologías y eventos asociados al paciente para la búsqueda de los mismos (Gráfica 23). Así mismo se ve reflejado el indicador por no disponibilidad de hemocomponentes en un 0.58% debido a que en el mes de abril se tuvo deficiencias de componentes plaquetario demorando el despacho de este componente a nuestros pacientes, sin exceder un máximo de 1 hora (Grafica 24)



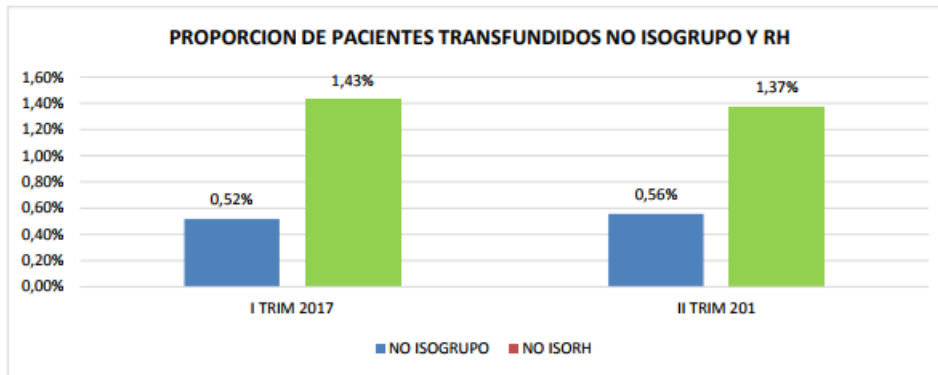
Gráfica 23. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2017
 Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación I Trim vs II Trim 2017.

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



Gráfica 24. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2017
 Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación I Trim vs II Trim 2017.

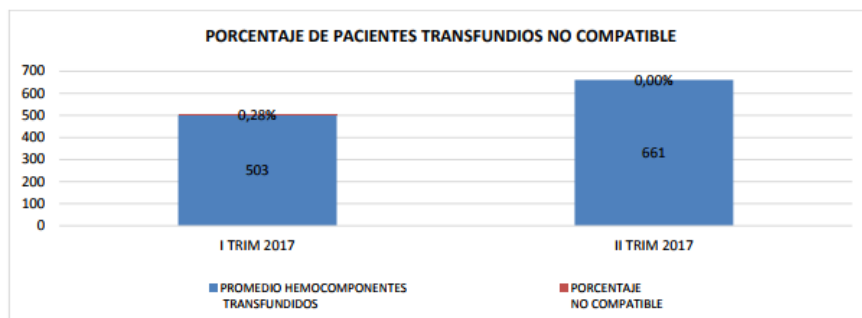
Gráfica 24. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2017



Gráfica 25. Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH.
 Fuente: Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo. Comparación I Trim vs II Trim 2017.

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

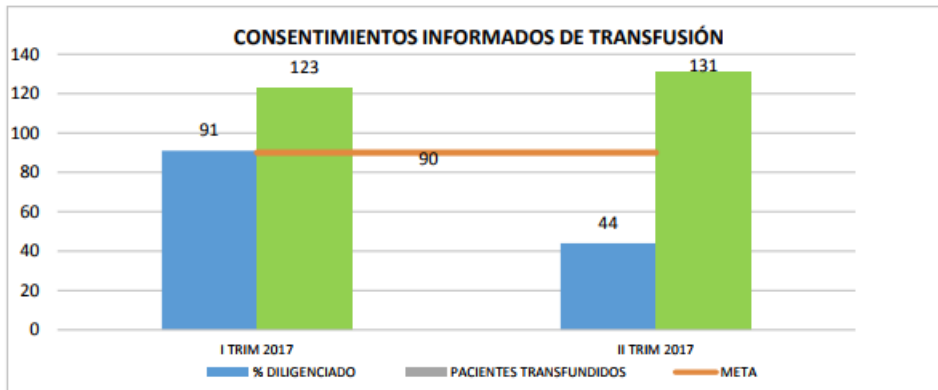
Así mismo, en este II trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH en un total promedio de 661 hemocomponentes transfundidos, lo que evidencia que a nivel del STS Lo que más se transfunde sin compatibilidad es el de RH en un 1.37% por evitar vencimiento de unidades negativas o por fenotipos del paciente, a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde el GRUPO ABO o transfundiéndolo la segunda opción transfusional como lo es "O", sin presentar ningún daño o evento al paciente.(Grafica 25)



Gráfica 26. Proporción de pacientes transfundidos no compatible
 Fuente: Proporción de fallas en la identificación hemocomponentes. Comparación I Trim vs II Trim 2017.

Gráfica 26. Proporción de pacientes transfundidos no compatible

Por otro lado, durante II trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible, evidenciando que en este trimestre no se presentó ningún evento en un total promedio de 661 hemocomponentes transfundidos, teniendo el indicador en 0.0%.



Gráfica 27. Consentimientos informados de Transfusión

Fuente: Porcentaje de consentimientos informados para la transfusión

Para finalizar, durante I semestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados logrando disminuir en comparación con el trimestre anterior en un 44%% de diligenciados sobre el total de los pacientes transfundidos; debido a que se cambió el esquema de revisión donde se analiza el total de los 4 requisitos de diligenciamiento que debe contener el consentimiento informado; debido a esto durante esta vigencia del 2017 se ha trabajado en nuevas estrategias para aumentar el indicador en el HUS como son:

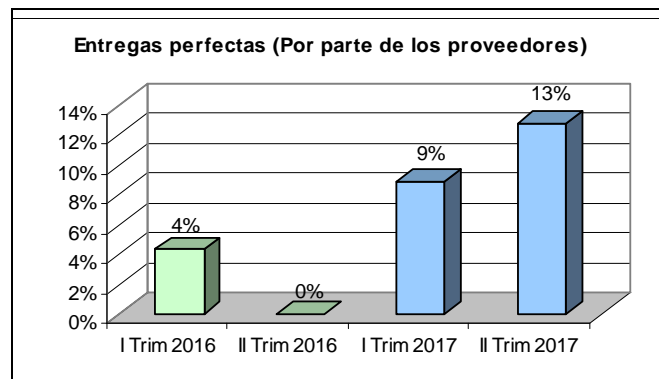
1. Instructivo para médicos del consentimiento informado
2. Cartilla para pacientes sobre el acto transfusional.

Logrando su implementación y medición en el segundo semestre del 2017 y evidenciar impacto en el indicador.

6 PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

6.1 Gestión del Proceso

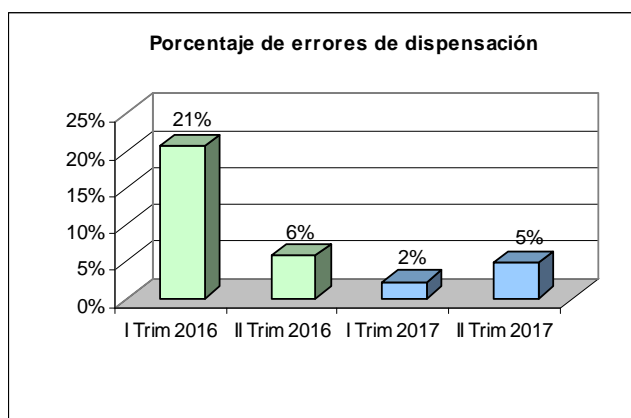
- ❖ Indicador Entregas Perfectas por parte de los proveedores:



El indicador, para el primer y segundo trimestre de 2016 se ubicó en el 4% y 0% respectivamente, mientras que para los mismos periodos de 2017 fue de 9% y 13% como se observa en la gráfica, lo cual refleja una mejora del indicador, sin embargo está todavía muy por debajo de la meta planteada a la que se quiere llegar, la cual es que sea mayor al 80%. Este indicador mide el cumplimiento de los requerimientos que se le exigen a los proveedores para que realicen una entrega adecuada de productos farmacéuticos solicitados, los requerimientos exigidos son: que producto llegue en buen estado (cumple con estándares de calidad), que el proveedor llegue a la hora y fecha programada, que cumpla con los requerimientos de facturación, allegue los certificados de calidad, la cantidad de producto solicitada llegue completa, y asista un representante del proveedor en la entrega.

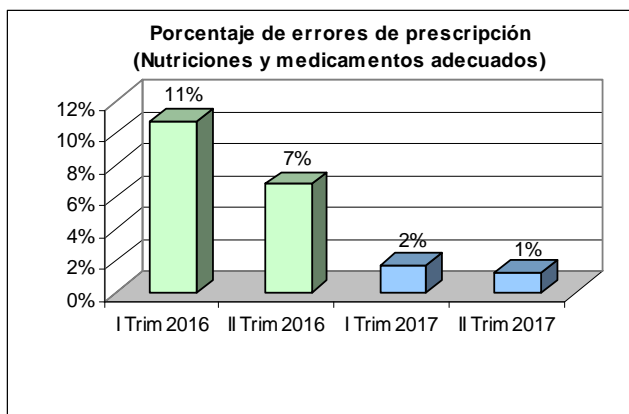
El aumento favorable en el indicador se debe principalmente a la mejora realizada, la cual fue incluir nuevamente dentro de los contratos con los proveedores la Cláusula 5 Condiciones de Entrega en el numeral 4 lo siguiente: 'La entregas deberán realizarse de acuerdo al cronograma de entrega en la fecha y hora pactada con el proveedor. Es necesaria la presencia de un funcionario del proveedor en la entrega, dando cumplimiento a la Resolución 1403 de 2007. Si la entrega es fuera de cronograma, se recibirá los días hábiles entre las 7 am y las 3 de la tarde, y entre las 7 am y 10 am los días no hábiles.'

❖ *Indicador de Porcentajes de errores dispensación:*



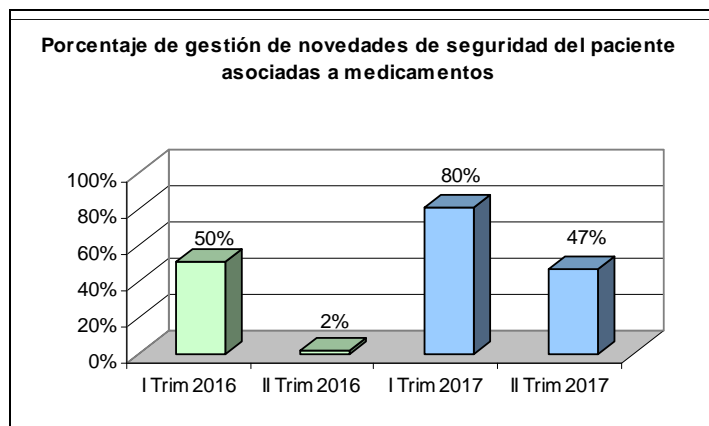
Este indicador se ubicó en el 21% y 6% para el primer y segundo trimestre de 2016, y 2% y 5% para los mismos periodos del año 2017 como se puede observar en la gráfica, una disminución significativa, dando cumplimiento de la meta planteada del indicador de ser menor o igual al 10%. Se aclara que este indicador depende del número de fórmulas médicas alistadas en el carro de medicamentos auditadas, y que se realiza de forma aleatoria por la Regente de Farmacia. La disminución favorable del indicador del año anterior comparada con el del 2017 denota que hay mejora en el adecuado alistamiento de productos farmacéuticos en los carros de medicamentos, mayor adherencia a protocolos y aumento de experiencia de los técnicos auxiliares en servicios farmacéuticos.

❖ *Indicador Porcentaje de errores de prescripción (Nutriciones Parenterales y medicamentos adecuados):*



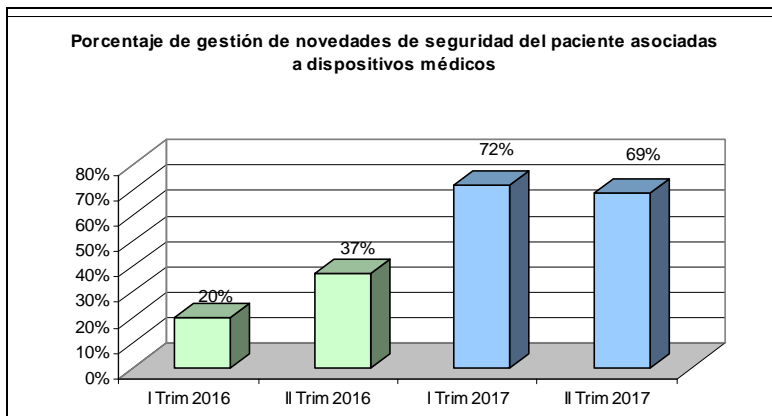
Este indicador paso del 9% en promedio para el primer semestre del año 2016, a ubicarse en un 1.5% en promedio para el primer semestre de 2017. Se aclara que este indicador se mide específicamente en las prescripciones de mayor impacto las cuales son las de Nutriciones Parenterales Neonatales y de Adulto así como los magistrales y medicamentos que se envían al tercero contratado para su adecuación y/o ajuste de concentración. Se observa una mejora significativa que se infiere una mejora en la calidad de la prescripción en el 2017 de Nutriciones Parenterales tanto Adulto como neonatales, y prescripciones de medicamentos que se envían al tercero contratado para su adecuación.

❖ **Porcentaje de gestión de novedades de seguridad del paciente asociadas a medicamentos**



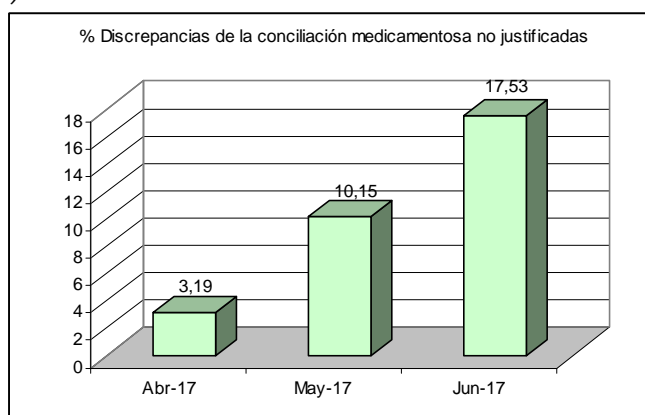
Este indicador pasó del 26% en promedio para el primer semestre de 2016, y se ubicó en 64% para el primer semestre de 2017, un aumento significativo que se debe a la asignación exclusiva de las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia a un Químico Farmacéutico quien tiene al cien por ciento de su disponibilidad laboral para a estas funciones. No obstante no se ha alcanza la meta dada la robustez de los dos programas Farmacovigilancia y Tecnovigilancia por lo que se requiere un Farmacéutico para cada programa.

❖ **Porcentaje de gestión de novedades de seguridad del paciente asociadas a dispositivos médicos**



Este indicador se ubicó en 29% promedio en el primer semestre de 2016, y en un 70% en promedio el mismo periodo del año 2017, lo que representa un aumento significativo el cual es debido a la misma razón del numeral anterior, la cual es la asignación exclusiva de las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia a un Químico Farmacéutico.

- ❖ % Discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas (*Errores de conciliación medicamentosa*)



INDICADORES	Abril	Mayo	Junio
Discrepancias de la conciliación medicamentosa = (Total número de discrepancias / (Total de pacientes verificados)	81,38	166,50	87,01
% Discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas = (Total número de discrepancias no justificadas / Total de pacientes verificados)	3,19	10,15	17,53
% Interacciones mayores en urgencias = (Número de interacciones de tipo mayor) / (Número de pacientes verificados)	18,62	31,98	27,92

La implementación del proceso de verificación de la conciliación medicamentosa se ha ido desarrollando paulatinamente desde el mes de abril con el seguimiento farmacoterapéutico, reestructurando estos dos procesos para tener más cobertura y un mayor impacto del papel del químico farmacéutico a nivel hospitalario.

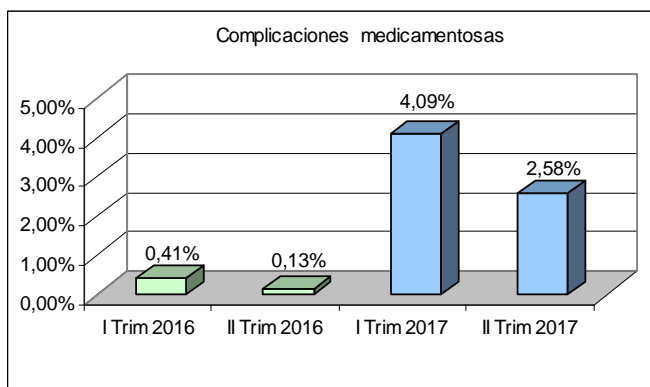
Los indicadores de conciliación se basaron en los hallazgos durante la verificación de la conciliación medicamentosa en los pacientes de urgencias donde el número de discrepancias puede variar según los hallazgos que se hagan en la verificación por ejemplo aquellas discrepancias justificadas como los inicios de medicación por la situación clínica, sustitución terapéutica según la guía farmacoterapéutica del hospital o por otro lado aquellas discrepancias no justificadas como decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar, omisión de medicamento, aquel paciente que tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin justificación explícita o clínica, una prescripción incompleta que requiere aclaración.

Para el primer mes las discrepancias no justificadas que pueden generar mayor riesgo al paciente fueron del 3,10 %, para el mes de mayo 10,15 % junio 17,53 % estas variaciones pueden ser debido a que a partir del mes de junio se empezó a verificar la historia clínica más a fondo y tener en cuenta las patologías cubiertas, además de estas discrepancias dan paso a acciones correctivas como la socialización de hallazgos para que los médicos tomen una decisión al respecto. Adicionalmente los porcentajes de discrepancias pueden corresponder a porcentajes mayores al 100 % debido a que por cada paciente puede haber más una discrepancia.

En cuanto a las interacciones medicamentosas si el paciente presenta una interacción clínicamente importante de tipo mayor que haya más probabilidad de ocurrencia, ésta interacción es consignada y de igual manera a aquellos pacientes que están en urgencias y pasan a piso se le monitoriza el signo clínico de la interacción medicamentosa por ejemplo pacientes cuyo interacción medicamentosa produzcan hipercalemia se les monitoriza el potasio así pues para el mes de abril de los pacientes verificados se encontraron 18,62 %, para el mes de mayo el 31,98 % y para el mes de junio 27,92 %.

En los siguientes meses los procesos de conciliación y seguimiento farmacoterapéutico irán reestructurando su metodología para que se abarque de una manera más integral a los pacientes.

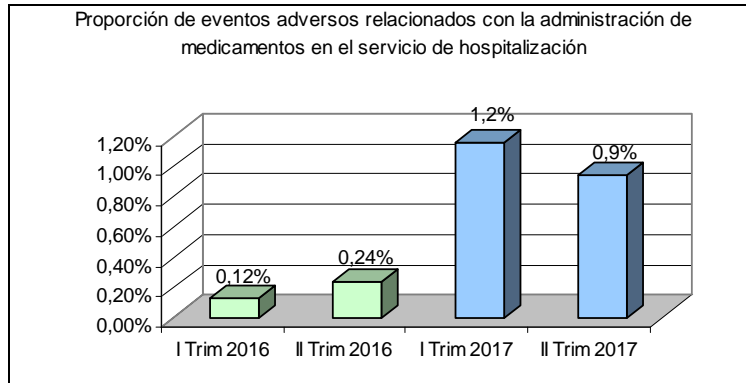
❖ *Complicaciones medicamentosas:*



Este indicador incluye la suma de las complicaciones y eventos adversos relacionados con medicamentos que se clasifican desde Farmacovigilancia y el área de Seguridad del Paciente y se divide en el total de egresos hospitalarios. Se evidencia un aumento significativo en el indicador comparando el primer semestre de 2016 cuyo valor fue de 0.27% en promedio a ubicarse en un 3.33% en promedio en el mismo periodo del año 2017, el indicador no se estaba midiendo adecuadamente en el primer semestre del 2016 dado que el numerador no tenía en cuenta el número total de complicaciones medicamentosas (Eventos adversos no prevenibles 'complicaciones' mas (+) eventos adversos prevenibles 'eventos adversos'); un segundo factor contributivo en el aumento de las complicaciones en el 2017 fueron los productos farmacéuticos faltantes por

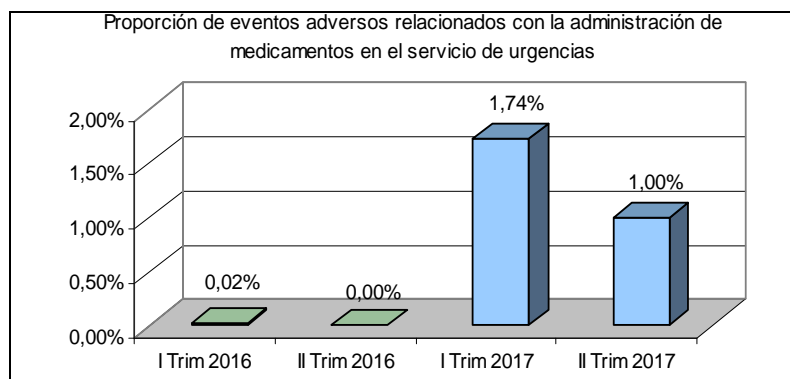
el retraso en las convocatorias y contratación de los productos, esto dado que la prolongación de la estancia de un paciente por la falta de un insumo se considera un evento adverso.

- ❖ *Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización:*



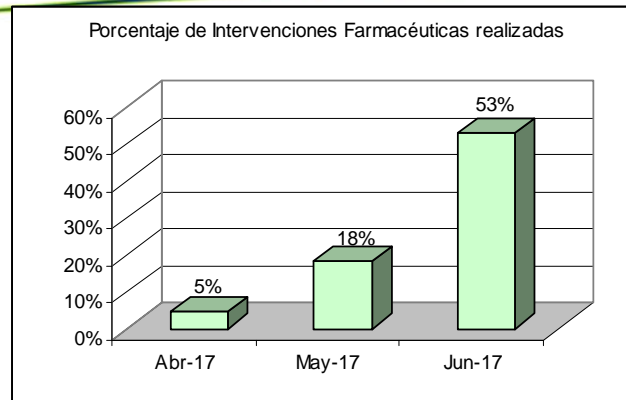
El indicador paso del 0,18% en promedio para el primer semestre de 2016, y paso a un 1,00% en 2017, este aumento se debió a los faltantes de productos farmacéuticos, ya que estos causan prolongación de la estancia hospitalaria, lo que se traduce como un evento adverso prevenible.

- ❖ *Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias:*



El indicador paso del 0,01% en promedio para el primer semestre de 2016, y paso a un 1,37% en 2017, este aumento se generó como consecuencia del mismo factor contributivo del numeral anterior el cual es que en el primer semestre de 2017 se generaron faltantes de productos farmacéuticos por el retraso en las convocatorias y contratación de los productos, como ya se expuso el faltante de un producto farmacéutico que requiere un paciente conlleva al aumento de su estancia hospitalaria y esto se denomina un evento adverso prevenible.

- ❖ *Porcentaje de Intervenciones Farmacéuticas realizadas - SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO*



La instauración del proceso práctico de seguimiento farmacoterapéutico se ha venido desarrollando desde mediados del mes de abril, esto dado que inicialmente las tareas fueron enfocadas en un primer borrador del protocolo de seguimiento farmacoterapéutico con base en el proceso inicial que se estaba llevando a cabo en la institución.

El reporte de los indicadores para los meses de abril, mayo y junio se diseccionaron de la siguiente manera:

- Diligenciamiento y revisión de perfiles farmacoterapéuticos (PF).
- Identificación de focos de intervención farmacéutica en los profesionales de la salud con base en la revisión previa realizada (en su mayor parte interacciones medicamentosas).

La implementación del proceso de seguimiento farmacoterapéutico se inició con el diseño de la entrega de los perfiles en busca de la cobertura de todos los pisos. De esta forma, se realizó una prueba piloto para los segundos y tercer pisos de forma que se establecieran tiempos que requerían los auxiliares de farmacia para diligenciarlos con base a la dispensación que realizaban.

Una vez diligenciados los perfiles, se procedía a revisar las interacciones medicamentosas de las terapias (únicamente las interacciones serias fueron notificadas a los médicos).

Las intervenciones se cuentan como aceptadas una vez la interacción es socializada con el médico y se recibe la respectiva firma de recibido. Dada la nueva estructuración y los nuevos criterios de inclusión para llevar a cabo el seguimiento a los pacientes, los indicadores cambiarán conforme se apruebe el nuevo proceso. Con esto se está buscando la articulación de los procesos de conciliación y seguimiento.

Para el segundo trimestre de 2017 se tienen los siguientes resultados: Se diligenciaron y revisaron un total de 665 perfiles farmacoterapéuticos y se hicieron un total de 169 intervenciones farmacéuticas al personal médico, en su mayoría medicina interna.

❖ PQRS

Se recibieron tres (3) peticiones por parte de los usuarios:

La primera petición No. 255 radicada por el familiar de la señora Marily Calderón Osorio, se informó que el dispositivo fue solicitado a la farmacia el día 14 de Marzo, se inició la búsqueda del insumo debido a que es nuevo para la institución. Se solicita el día 24 de abril al proveedor y el proveedor realiza la entrega de la férula el día 25 de Abril al servicio farmacéutico, se comunicó al servicio de Otorrino el cual informa que se realizara el procedimiento el día 27 de abril.

En una segunda solicitud No. 265 del paciente Jesús Ernesto Pabón, identificado con numero de cedula 11405690, se informa que el insumo que se requiere es Set Cateter Drenaje Multiproposito 8F-10F-12F Tipo Malecot, código CT1080756, este insumo quedo desierto en la convocatoria, sin embargo ya se había gestionado su adquisición y el dispositivo medico llego al servicio el 28 de Abril 2017.

Una tercera petición No. 308 radicada por la usuaria Sailyd Geraldine Ramos Ramírez con número de identificación 1071143926, se informa que se realizó la solicitud FB20160182 el 09/11/2016, se legaliza la orden de compra, en el momento de la solicitud de los insumos, el proveedor Andrec refiere que estaban en espera del instrumental lo tenían (dañado), por lo que no fue posible solicitar en ese momento, el 26/12/2016 la empresa cierra sus instalaciones y abren luego el 15/01/2017. De igual manera se solicita la prorroga el día 31/01/2017 mientras se espera convocatoria pública que se realizó el 14/02/2017 y queda adjudicada el 31/03/2017, se solicitaron el 22/03/2017 según FB00002017017063, sin embargo el proveedor Andrec, confirmo que la referencia solicitada no existe, por lo que se valida la información con el servicio de Oftalmología el 24/05/2017 los cuales indicaron que la referencia estaba incorrecta, es decir la formula indicada (250/120) y que lo correcto es (120/250), a fecha Mayo 25 de 2017 la orden no se había confirmado por el área de compras pero se solicitaron en remisión los cuales llegaron el 26/05/2017.

La principal queja por parte del cliente interno para el primer semestre del 2017 ha sido la no disponibilidad de productos farmacéuticos, esto se evidencia en los reportes de novedades de seguridad del paciente, los cuales en su mayoría son del personal sanitario informando la falta de medicamentos o de dispositivos médicos, necesarios para la prestación adecuada del servicio, el personal sanitario en los reportes manifiesta su preocupación por la situación y las consecuencias de la misma, dado que se presenta aumento de estancia, complicaciones en los pacientes, mala imagen para la institución, posibles futuras glosas, cancelación de procedimientos, entre otros.

❖ Planes Únicos de Mejora por Proceso PUMP

En el 2017 se tiene un total de cincuenta y dos (52) acciones de mejora, de las cuales cinco (5) corresponden a planes de mejora de hallazgos realizados por la revisoría fiscal, ocho (8) a acciones de mejora de auditoria interna de gases medicinales, veintidós (22) a las que se trasladaron del PUMP vigencia 2016 y diecisiete (17) a las acciones de mejora de la auditoría realizada por el INVIMA al sistema de producción de aire medicinal. Se tiene de las 52 acciones de mejora a la fecha un avance del sesenta (60%) por ciento.

Las principales barreras de mejoramiento del PUM son las referentes a las acciones de mejora que dependen de la contratación, es así como al no tener contratos de suministro de medicamentos y dispositivos médicos afecta la prestación normal y adecuada, afectando la oportunidad, continuidad y por tanto perjudicando a los pacientes, haciendo un servicio menos humano.

❖ PAS Plan de Atención en Salud

El porcentaje de cumplimiento de las acciones del Plan de Atención en Salud PAS es de un 98% dado para el proceso de Atención Farmacéutica quedaron meta de producto anual

- Meta de producto anual: Mantener la Certificación en Gases Medicinales (Producción de Aire) en Bogotá.

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

Segunda Actividad: Realizar autoinspección en Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales (50%): Esta auto-inspección se realizó en el mes de Abril 2017 dando cumplimiento a esta actividad en el 100%.

❖ Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente

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

❖ Sistema Único de Acreditación

- Seguridad de medicamentos de alto riesgo: a partir del 2017 los indicadores (Porcentaje de Gestión de Novedades de Seguridad del paciente asociadas a Medicamentos y a Dispositivos Médicos) cambian para medir el impacto de las acciones tomadas, desde el programa de farmacovigilancia se empieza a medir la tasa de eventos adversos asociados a medicamentos, y dentro de los objetivos de medición se incluyó la tasa de eventos adversos asociados a dispensación, administración, oportunidad, formulación, calidad, entendiendo estas líneas como las principales de gestión al momento de medir la seguridad del paciente en lo referente a medicamentos.
- Gestión de medicamentos y farmacovigilancia: desde el programa de farmacovigilancia se empieza a medir la tasa de eventos adversos asociados a medicamentos, y dentro de los objetivos de medición se incluyó la tasa de eventos adversos asociados a dispensación, administración, oportunidad, formulación, calidad, entendiendo estas líneas como las principales de gestión al momento de medir la seguridad del paciente en lo referente a medicamentos.
- Perfil farmacoterapéutico: se contrató un químico farmacéutico que está encargado de documentar e implementar el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hospitalizados, dentro de los avances obtenidos a la fecha se logró implementar y llevar a cabo los perfiles fármaco terapéuticos para los pacientes hospitalizados, estos han permitido la identificación de interacciones medicamentosas las cuales son reportadas al personal de salud tratante, se tiene trazabilidad desde abril de 2017.
- Sistema de unidosis: Además de la adecuación de dosis unitaria, se realiza reempaque de orales, de tal forma que el 100% de la tabletearía se entrega cumpliendo con la identificación en cuanto a

principio activo, concentración, fecha de vencimiento, lote, forma farmacéutica, laboratorio, Q.F. responsable del reempaque, vía de administración y registro sanitario.

- Reconciliación medicamentosa: Actualmente se implementó auditoría farmacéutica para el proceso de reconciliación medicamentosa, la cual se documentó y se lleva trazabilidad, en este proceso se realiza verificación de la conciliación a los pacientes que son hospitalizados desde el área de urgencias y se valida las discrepancias que puedan presentarse. Para este proceso el HUS cuenta con un químico farmacéutico que realiza estas actividades.
- Alertas sobre alergias a medicamentos y medicamentos con empaque y nombres parecidos: El grupo de enfermería del HUS cuenta con el manual de administración de terapia farmacológica el cual se actualizo y socializo en el 2017, el cual indica que se debe identificar al paciente con riesgo de alergia por historia clínica y colocando una manilla de color rojo en la mano izquierda; además, en la tarjeta de medicamentos, en el kárdex y en la placa de identificación del paciente se debe colocar en color rojo el riesgo de alergia a medicamentos que presenta el paciente y colocar un Etiqueta del mismo color en la carpeta de historia clínica. En cuanto al tema de medicamentos con empaque y nombres parecidos, el HUS cuenta con el “Manual de medicamentos de alto riesgo y LASA”, el cual se encuentra socializado al personal asistencial (850 funcionarios), dentro del manual se incluye el listado de medicamentos LASA (Denominación y presentación similares). En este listado se encuentran los medicamentos, el laboratorio y la descripción o similitud. Es importante mencionar que estos medicamentos se encuentran identificados en las farmacias con etiqueta naranja, para que tanto auxiliares de farmacia como el personal de enfermería estén alertas en el momento de dispensar, o administrar estos medicamentos.
- Otros del SERVICIO FARMACEUTICO

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

INFRAESTRUCTURA:

Demarcación del área donde se estacionan los carros de medicamentos de farmacia central y urgencias. Mantenimiento al piso de farmacia de salas de cirugía. Ventilación en las áreas de almacenamiento, en el área de medicamentos de control especial y farmacia urgencias. Falta de extintores en la farmacia de urgencias, bodegas de productos farmacéuticos, señalización.

El servicio farmacéutico tiene problemas de espacio para dar cumplimiento con todas las áreas que requiere la norma, generando riesgos de incumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento, pérdida, vencimientos, falta de oportunidad; por la fragmentación de las áreas de almacenamiento, es importante que se genere un proyecto de expansión de servicios que se tenga en cuenta la farmacia ya que el aumento de camas o servicios genera aumento de insumos, de personal e infraestructura del servicio farmacéutico. Un ejemplo es el servicio de cirugía cardiovascular que demanda mayor espacio de la Farmacia de salas de cirugía, donde la capacidad de almacenamiento ya está desbordada.

CENTRAL DE MEZCLAS (Certificado de Buenas Prácticas de Elaboración)

El proyecto se presentó en el 20 de Enero a Gerencia, estamos a la espera de aprobación del mismo.

SEGURIDAD

Es necesario dar mayor seguridad al servicio farmacéutico por tanto es importante que el área de arquitectura realice un diagnóstico de las puertas del servicio (Ej: Bodega de Medicamentos) y de un concepto referente a la seguridad; en pasadas ocasiones se ha solicitado la instalación de chapas de seguridad y mejoramiento de las puertas. Se están almacenando líquidos en la bodega donde se encuentra también el archivo, también está pendiente la instalación de cámaras de seguridad del área de almacenamiento de líquidos. Los encargados de las cámaras de seguridad realizaron visita a cada una de las farmacias con el fin de realizar diagnóstico de necesidad de las cámaras de seguridad, sin embargo a la fecha no han instalado ninguna.

7. ATENCION DEL PACIENTE EN FISIOTERAPIAS

7.1 GESTION DEL PROCESO

FACTURACION FISIOTERAPIA

ANO / TRIMESTRE	PROCEDIMIENTOS	OXIGENO	TOTAL
2015 II	\$ 578.332.700	\$ 203.098.200	\$ 781.430.900
2016 II	\$ 590.855.900	\$ 169.979.400	\$ 760.835.300
2017 II	\$ 787.843.500	\$ 463.364.500	\$ 1.251.208.000

El servicio de Terapias continúa generando mayores ingresos, tanto por procedimientos como por cobros de oxígenos en Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedios, a diferencia de los años anteriores para ese periodo, en 2017 II realizamos Terapia de Fonoaudiología y Rehabilitación Cardíaca fase I, es necesario contemplar la realización de Rehabilitación Cardíaca Fase II y III, para lo cual se debe adecuar el servicio de Consulta Externa

❖ PQRS

En 2017 II no se recibieron PQRS dirigidas al servicio

❖ PLANES UNICOS DE MEJORA DEL PROCESO

ESTRATEGIA DE VERIFICACIÓN DE ATENCIÓN DE PACIENTES POR FISIOTERAPIA HOSPITALIZADOS 05PH82-V1

Se entrevistó a un paciente por mes y se revisó DGH, manifestaron reconocer a sus Terapeutas, consideran que fueron respetados sus derechos, que en las intervenciones se les respetó su privacidad y que el profesional realizó higienización de manos.

Se evidenció que en la evoluciones hay adherencia al protocolo institucional de Cambio de Inmovilizador por parte de los Fisioterapeutas.

Se retroalimentó a los fisioterapeutas de la importancia de registrar los signos vitales iniciales y finales como parte de la evaluación integral del paciente y de la importancia que la evolución registrada en DGH permita ver la evolución del tratamiento y se invitó a todos los colegas a esmerarse en la evaluación inicial para de este modo tener un tratamiento de impacto positivo para los pacientes.

Se acordó revisar nuevamente el Manual de Fisioterapia 01PH03-V2 (capitulo EVALUACION FISIOTERPEUTICA)

❖ PLAN DE ACCION EN SALUD

❖ PROCEDIMIENTOS HOSPITALIZADOS 2015, 2016, 2017:

HOSPITALIZADOS	2015 II	2016 II	2017 II
TERAPIA FISICA	5713	6254	6233
TERAPIA RESPIRATORIA	15337	13959	14007
MICRONEBULIZACION	608	753	935
GASES ARTERIALES	3110	3136	3170
GASES VENOSOS	579	537	608
GASES ARTERIOVENOSOS	376	480	433
ACIDO LACTICO	1035	1408	1334
OXIMETRIAS	11043	11291	12298
ACTIVIDAD ACADEMICA	203	221	269
REALIZACION DE INVENTARIO	749	948	1075
PROGRAMACION DE PACIENTES	90	162	256
FACTURACION	804	1401	1602
INDUCCION ESTUDIANTES	0	0	11
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	68	24	18
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	3	0	2
CAMBIO DE SONDA Y FILTRO	365	374	607
CAMBIO INMOVILIZADOR	1131	1280	1604
CUIDADOS TQT	2415	2362	3296
RECUPERA ATS	32	31	20
VMNI	49	113	150
ASISTENCIA HEMODINAMIA	7	3	6
INTUBACION	120	94	164
EXTUBACION	74	47	77
REANIMACION	38	40	39
MONITOREO VENTILATORIO	4460	5211	6154
TEST APNEA	3	6	2
ASISTENCIA PROCEDIMIENTOS OTROS	1	2	0
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	267	149	158
ASISTENCIA FBC	1	10	2
ASISTENCIA A PARTOS	59	95	78
ASISTENCIA A CESAREAS	79	131	172
ASISTENCIA TQT PERCUTANEA	7	16	14
ENTREGA DE TURNO	1194	1489	1599
INGRESO	509	1055	1084
EGRESO	603	783	667
PEDIDO	203	120	125
AUDITORIA	0	31	85
REUNION HOSPITALIZADOS URGENCIAS	0	1	2
REUNION OTROS SERVICIOS	0	0	0
COMITE MORBIMORTALIDAD	0	3	0
COMITE ACADEMICO	0	1	0
COMITE INVESTIGACION	1	1	0
OTROS COMITE	15	31	33
TRASLADO TAC	54	55	44
TRASLADO CX	32	57	12
TRASLADO ECOGRAFIA	2	2	1
TRASLADO HEMODINAMIA	2	1	2
TRASLADOS OTROS	48	76	71
TRASLADO INTERNO	4	10	13
DISTENSIBILIDADES	2900	2822	3365
RESISTENCIA VIA AEREA	2873	2830	3422
CULTIVO DE SECRECION	31	37	25
ADMIN SURFACTANTE	32	18	42
PASO TUBO DE TORAX	1	0	0
MONITOREO Y SEGUIMIENTO O2	671	672	1002
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOGICO	1	1	109
EMPEORAMIENTO O AUSENCIA DE MEJORA	0	0	0
AUTO LESION O LESION A OTROS POR FALLO	0	0	0
COMPLICACIONES	0	0	0
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0	0	0
LESIONES EN PIEL ASOCIADAS A ADHESIVOS		0	0
SESIONES REHABILITACION CARDIACA			113

Como en informes anteriores, es importante tener en cuenta que se está realizando Rehabilitación Cardíaca desde el mes de Mayo 2016 y aun no disponemos de poltronas para poder trabajar con los pacientes en posición sedente. No contamos con dispositivos como la PPI indispensables en Fase I.

Estos insumos se solicitaron desde el mes de Febrero de 2016, es necesario el apoyo de la Dirección Científica para la adquisición de estos elementos básicos para la prestación de ese servicio.

COMPORTAMIENTO DE URGENCIAS				
AÑO	TR	TF	TOTAL	No de Procedimientos por FT por 6 Horas
2015 II	1814	208	2022	5,56281362
2016 II	1757	152	1909	5,191935484
2017 II	1899	239	2138	5,747311828

Los pacientes atendidos por Fisioterapia en el servicio de Urgencias en su mayoría están conectados a VM esto hace necesario disponer de personal especializado permanente en al área para monitorización y prescripción de la misma, en el momento funcionamos por disponibilidad, lo cual es un riesgo para el usuario.

PROCEDIMIENTOS CONSULTA EXTERNA 2015, 2016, 2017

- Canguro
- Consulta Externa

PROCEDIMIENTOS FISIOTERAPIA CONSULTA EXTERNA	2015 II	2016 II	2017 II
TERAPIA FISICA	2334	2171	2028
TERAPIA RESPIRATORIA	13	84	6
MICRONEBULIZACION	2	196	2
GASES ARTERIALES	3	4	5
MONITORIZACION O2	54	30	235
OXIMETRIAS	463	479	634
HIGIENE NASAL	32	12	25
TERAPIA FISICA SEGUIMIENTO	0	0	601
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA	68	53	79
TALLERES EDUCATIVOS	69	64	600
ELABORACION ESTADISTICA	127	126	117
ACTIVIDAD ACADEMICA	25	27	95
INDUCCION Y CONTROL DE CPAP	3	7	4
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1903	1799	1428
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	1903	1799	1428
REALIZACION DE INVENTARIO	40	62	58
SOCIALIZACION DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES	215	132	103
PROGRAMACION DE PACIENTES	273	132	102
PLANES CASEROS	147	120	72
FACTURACION	185	123	76
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	115	116	113
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	2	7	0
REUNION ADMINISTRATIVA	10	7	6
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOGICO	0	0	0
EMPEORAMIENTO O AUSENCIA DE MEJORA	0	0	0
AUTO LESION O LESION A OTROS POR FALLO	0	0	0
COMPLICACIONES	0	0	0
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0	0	0

Es necesario realizar renovación tecnológica seguimos usando equipos que cuentan con más de 20 años de uso y no garantizan la calidad y seguridad de la intervención (barras paralelas, equipo de electroterapia combinado, rampa – escalera).

PROCEDIMIENTOS FONOAUDIOLÓGIA	2016 II	2017 II
TERAPIA FONOAUDIOLÓGIA	496	1874
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	471	1642
ACTIVIDADES DE RASTREO DE PACIENTES Y PROMOCION DEL SERVICIO	15	522
REVISIÓN HISTORIAS	495	1160
INTERCONSULTAS	47	624
ASESORIA A FAMILIARES Y PACIENTES	26	335
SOLICITUD DE DIETAS	8	268
ACTIVIDAD DE ASESORÍA A CLIENTE INTERNO	69	183
ESTADÍSTICA	32	118
REVISION DE TEMA - ESTUDIANTES	24	87
ACOMPANAMIENTO A ESTUDIANTES	2	68
PROGRAMACION DE PACIENTES	35	69
FACTURACION	49	1150
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	13	492
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	0	19
ENTREGA DE TURNO	4	46
RECIBIDO DE TURNO	4	6
PEDIDO	12	3
AUDITORIA PAR	15	7
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	86	1136
REUNION ADMINISTRATIVA	10	482
COMPLICACIONES	0	0
CAIDAS	0	0
QUEMADURAS	0	0
MICROASPIRACION	0	0

En el mes de Mayo el servicio de Fonoaudiología cumplió un año en el HUS, sigue pendiente la compra de un otoscopio, espejos e instrumental básico para su trabajo, el igual que se les asigne dos computadores necesarios para el registro de su intervención.

El número de procedimientos realizados por Fonoaudiología se ha incrementado y cada vez su presencia en servicios críticos es primordial, se debe considerar para 2018 la contratación de un tercer fonoaudiólogo.

❖ **GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

INDICADORES DE OPORTUNIDAD Y COMPLICACIONES 2015, 2016, 2017

Indicador	Meta	Ejes de acreditación	Modelo de atención	TRIMESTRE 2 2015	TRIMESTRE 2 2016	TRIMESTRE 3 2016	TRIMESTRE 4 2016	TRIMESTRE 2 2017
OPORTUNIDAD URGENCIAS	60 min	Atencion centrada en el usuario	u usuario	53	46	51	48,7	51
OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA	3 días			1	0,58	0	0	0
OPORTUNIDAD TR EN HOSPITALIZADOS	3 horas 2016			1,7	1,1	1,4	1,6	1,35333333
OPORTUNIDAD TERAPIA FISICA	6 horas 2016			1,46	1,18	1,17	1,11	1,33666667
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0%			0	0	0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0%			0	0	0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0%			0	0	0	0	0

Se continúa manteniendo la atención oportuna en los diferentes servicios, no se han presentado complicaciones. Se está haciendo seguimiento por parte de las fisioterapeutas de Consulta Externa para que la orden de Fisioterapia Consulta Externa contenga la información clínica relevante por parte del especialista,

por recomendación de Acreditación, cuando no lo registran se ubica al especialista o líder del servicio para recordar el cumplimiento de acuerdos de servicio.

❖ INDICADOR ICONTEC TRATAMIENTOS TERMINADOS 2016, 2017 TRIMESTRE II

INDICADOR TUCI	2016 II	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	2017 II	% CUMPLIMIENTO INDICADOR
	TRATAMIENTO TERMINADOS OBJETIVOS ALCANZADOS TERAPIA FISICA	46	100	31
TERMINADOS	46		31	
TRATAMIENTO TERMINADOS OBJETIVOS ALCANZADOS TERAPIA RESPIRATORIA	7	100	1	100
TERMINADOS	7		1	
TRATAMIENTO TERMINADOS OBJETIVOS ALCANZADOS REHABILITACION CARDIACA	6	100	3	100
TERMINADOS	6		3	

En el segundo trimestre de los dos años, los pacientes alcanzaron los objetivos del tratamiento.

Ya se recibió la aprobación de *EuroQol Research Foundation* desde Rotterdam para poder usar la escala "EuroQol" como herramienta para medir objetivamente este indicador en Terapia Respiratoria y Terapia Física en nuestra población del HUS, seguimos con el trabajo de investigación.

SEGUIMIENTO DESERCIÓN CONSULTA EXTERNA FISIOTERAPIA

INDICE DE DESERCIÓN DE PACIENTES DE LAS TERAPIAS EN CONSULTA					
AÑO		PACIENTES QUE DESERTARON	PORCENTAJE DESERCIÓN	NUMERO DE LLAMADAS REALIZADAS	CAUSAS
2015	TRIMESTRE II	7,18421053	13,9194139	3	DESPLAZAMIENTO
2016	TRIMESTRE II	3	2,27272727	3	DESPLAZAMIENTO
2017	TRIMESTRE II	4	3,92156863	3	HOSPITALIZACION CIRUGIA RECURSOS

La deserción fue casi del 4%, se hizo seguimiento telefónico a los pacientes, quienes refirieron causas ajenas a su voluntad, uno por hospitalización, otro por cirugía y por falta de recursos, en este último caso se sugirió tratar de acceder a este servicio cerca de su vivienda y continuar con las recomendaciones dadas por el fisioterapeuta durante el tiempo que asistió a sus Terapias.

PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION FISIOTERAPIA

1. ATENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CON REEMPLAZO TOTAL DE CADERA Y POP DE FRACTURAS DE FÉMUR

Como se mencionó en el informe anterior, esta línea se actualizo a partir de 2017 para logra mayor inclusión de pacientes no solo con diagnóstico de reemplazo total de cadera sino también POP de fracturas de Fémur

Resumen:

Los pacientes que hacen parte de este programa son los pacientes programados por ortopedia para Reemplazo Total de Cadera y en POP de fractura de fémur, que cumplan la cita de capacitación prequirúrgica (solo en pacientes programados por ortopedia para RTC), hemodinámicamente estables (FC menor a 110 lpm, Saturación igual o mayor 85% con o sin soporte de oxígeno adicional), frecuencia respiratoria normal para su ciclo vital.

El Ortopedista y el Fisioterapeuta programan un día a la semana para educar a los pacientes y familiares, les explican en que consiste la cirugía que se les va a realizar, cómo y por qué se realiza, cuales son las recomendaciones y cuidados necesarios para evitar complicaciones como luxación y/o trombosis venosa.

A los pacientes en POP de Reemplazo Total de Cadera y en POP de fractura de fémur, el Fisioterapeuta les realizará la evaluación Fisioterapéutica para plantear una intervención temprana, acorde con las necesidades individuales, favoreciendo fuerza muscular (estabilizadores dinámicos), rango de movimiento, estimulación propioceptiva, coordinación, equilibrio, mejorando el retorno venoso disminuyendo la aparición de edema y complicaciones asociadas (trombosis venosa), promoviendo los cambios de posición (sedestación) y finalizar reeducando el patrón de marcha.

La educación del paciente, de su cuidador y/o familiar sobre cuidados postoperatorios y recomendaciones de alarma hacen parte del programa.

Para los pacientes en POP de Reemplazo Total de Cadera, seis (6) meses después del paciente ser dado de alta, el fisioterapeuta hará contacto vía telefónica preguntando al paciente o cuidador si tuvo que ser hospitalizado en su postoperatorio por complicaciones relacionadas con la cirugía como luxación o diagnóstico de trombosis venosa, si la respuesta es que no tuvo complicaciones es un buen indicador de efectividad del intervención, en caso contrario se debe considerar realizar ajustes.

Para los pacientes en POP de fractura de fémur, tres (3) meses después del paciente ser dado de alta, el fisioterapeuta hará contacto vía telefónica preguntando al paciente o cuidador si ya es independiente para realizar la marcha con ayuda externa (bastón) o sin ayuda externa que será evaluada en términos de funcionalidad e independencia, si la respuesta es que si realiza marcha independiente es un buen indicador de efectividad de la intervención, en caso contrario se debe considerar realizar ajustes.

Indicadores:

ATENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CON REEMPLAZO TOTAL DE CADERA

PREVENCIÓN Terciaria	INDICADOR	META	PERIODICIDAD	2016 II	ANÁLISIS	2017 II	ANÁLISIS
Asistencia a capacitación prequirúrgica	(Total de Pacientes que asisten a la capacitación prequirúrgica / Total de pacientes programados para RTC) 100	60%	Trimestral	100%		100%	
Adopción de posición sedente corto a las 24 Horas	(Pacientes que adoptan la posición sedente Corto a las 24 Horas / Total de pacientes que cumplen criterios de inclusión) x 100	60%	Trimestral	100 %		100%	
Adopta posición bípedo y realiza marcha con ayuda externa con asistencia del fisioterapeuta a las 48 Horas	(Pacientes adoptan la posición bípedo y marcha con asistencia del Fisioterapeuta / Total de pacientes que adoptaron la posición sedente) x 100	60%	Trimestral	100%		100%	
Realizar marcha independiente con Caminador a las 72 horas	(Pacientes que realizan marcha independiente con Caminador / Total de pacientes que adoptaron posición bípedo y marcha con asistencia del Fisioterapeuta) x 100	60%	Trimestral	100%		67%	
Seguimiento en vía telefónica en 6 meses	(Total de Pacientes que presentaron complicaciones asociadas al RTC / Total de Pacientes en posoperatorio de RTC) x 100	60%	Trimestral		Aun no se han realizado llamadas a los pacientes porque el programa inicio en Mayo 2016	0%	Ningun paciente presento complicaciones asociadas al POP de RTC en trimestre I, pendiente llamadas del trimestre II (la llamada se realiza cada 6 meses)

Los seguimientos se hacen vía telefónica cada 6 meses, por esto el segundo trimestre de 2017, se informa lo que paso los trimestres anteriores, de acuerdo al ingreso de pacientes al programa.

ATENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES EN POP DE FRACTURAS DE FÉMUR

PREVENCIÓN Terciaria	INDICADOR	META	PERIODICIDAD	2017 I	ANÁLISIS	2017 I	ANÁLISIS
Adopción de posición sedente corto a las 48 Horas	(Pacientes que adoptan la posición sedente corto a las 48 Horas / Total de pacientes que cumplen criterios de inclusión) x 100	60%	Trimestral	100	100%	54%	No se cumplió con la meta, ya que los pacientes eran adultos mayores entre los 75 - 90 años de edad y presentaban comorbilidades que dificultaban lograr la sedestación.
Realizar marcha con ayuda externa (caminador) con apoyo parcial a los 8 días	(Pacientes que realizan marcha con ayuda externa - caminador con apoyo parcial a las 8 días/ posición sedente corto a las 48 Horas) x 100	60%	Trimestral	21,0526316	No se alcanzó la meta, ya que los pacientes tuvieron periodos de hospitalización menores a 8 días. Es necesario considerar reajustar la meta	60%	Se cumplió la meta
Seguimiento vía telefónica para verificar evolución e independencia	(Total de Pacientes que realizan marcha independiente con ayuda externa (bastón) o sin ayuda externa a los 3 meses / Total de Pacientes en postoperatorio de fractura de fémur interconsultados a Fisioterapia) x 100	60%	Trimestral		En este trimestre no se realizaron llamadas a pacientes pues no han cumplido tres meses de postoperatorio	0%	Del segundo trimestre se realizan las llamadas en el trimestre III (Se hace seguimiento a los tres meses de egreso del HUS) Del primer trimestre se tenía que hacer seguimiento a 19 pacientes, de los cuales: el paciente de Enero incluido en el programa fa

Los seguimientos se hacen vía telefónica cada 3 meses, por esto el segundo trimestre de 2017, se informa lo que paso los trimestres anteriores, de acuerdo al ingreso de pacientes al programa.

2. EDUCACIÓN PARA CUIDADORES Y/O PACIENTES CON SECUELAS SECUNDARIAS A DIAGNOSTICO NEUROLÓGICO

Esta línea se actualizó para 2017 para lograr mayor cobertura de población, no solo a cuidadores y/o pacientes con hemiplejía o hemiparesia, sino a cuidadores y/o pacientes con secuelas secundarias a diagnóstico neurológico.

Resumen:

Los paciente que se incluirán inicialmente dentro del programa deben estar hospitalizados, con Glasgow 15/15, de ser menor el Glasgow debe contar con un acompañante permanente, deben presentar secuelas permanentes o transitorias secundarias a Diagnostico Neurológico y deben ser interconsultados al servicio de Fisioterapia para garantizar oportunidad y cobertura.

Dentro de las actividades a realizar, en el momento de la primera intervención y si se encuentra el cuidador, se le aplicará una encuesta que permitirá identificar el nivel de conocimiento de su nuevo rol como cuidador. Al paciente en la valoración inicial se le aplicara la Escala de Independencia Funcional FIM y así determinar su compromiso motor - sensitivo y de autonomía. Durante la hospitalización y hasta el día de su egreso, el paciente y/o cuidador contarán con intervención de terapia física diaria que incluirá estrategias terapéuticas y educativas sobre el manejo de su condición actual y actividades de autocuidado para ambos promoviendo siempre su independencia. Se reinterrogara al cuidador y/o familiar durante la intervención intrahospitalaria sobre su adherencia a los planes de educación del riesgo osteomucular. Se entregará y explicará un plan casero para facilitar el entendimiento de las tareas a realizar.

Los datos de pacientes y/o cuidadores reposan en una base de datos, donde al mes de su egreso el Fisioterapeuta hará seguimiento telefónico y mediante aplicación de La Escala de Independencia Funcional (FIM) determinara la autonomía alcanzada. En el seguimiento también se indagara adherencia al tratamiento y continuidad de terapia física ambulatoria.

Indicadores:

PREVENCIÓN TERCIARIA	INDICADOR	META	PERIODICIDAD	2016 II %	ANALISIS	2017 II	ANALISIS
Aplicación del Programa de Educación a pacientes y/o cuidadores	(Pacientes incluidos en el programa / Total de Pacientes interconsultados con secuelas secundarias a diagnóstico neurológico) x 100	60%	Trimestral	20	No se cumplió con la meta porque los pacientes interconsultados no cumplían criterios de inclusión. Para el siguiente trimestre se socializará nuevamente el programa con los especialistas de Neurología, neurocirugía y Medicina Interna.	100%	Se cumplió la meta
Seguimiento en vía telefónica	(Total de seguimientos realizados / Total de Pacientes incluidos en el programa) x 100	60%	Trimestral	100	Se realizó seguimiento telefónico a todos los pacientes incluidos en el programa	77%	No se alcanzó a cumplir el 100% porque 4 pacientes cumplen un mes de egreso del HUS en el mes de Julio.
Aplicación escala FIM vía telefónica	Total de Pacientes que no mostraron mejor puntuación en la escala FIM según la evaluación de egreso/ Total de Pacientes que mostraron mejor puntuación en la escala FIM según la evaluación de egreso) 100	≤ 20%	Trimestral	0	Realizado el seguimiento telefónico, todos los pacientes refirieron mejoría en su funcionalidad al aplicar escala FIM, por esto el resultado fue 0%	16%	Los dos pacientes que no muestran mejoría al aplicar la FIM, mantienen la misma calificación que se obtuvo al egreso del HUS. Se les sugirió acercarse al HUS a Fisioterapia para mirar como podemos lograr avanzar en autonomía

❖ SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

A partir de 2017 II se cambió la periodicidad de las reuniones de Equipo Primario Mejoramiento que se hacía trimestral, se hacen quincenales, los temas tratados:

- Paquetes Instruccionales
- Principios y Valores Institucionales
- Protocolo Entrega de Turno

❖ OTROS

CONVENIOS DOCENCIA ASISTENCIAL 2017 II

- Universidad Nacional (Pregrado Fisioterapia y Fonoaudiología)
- Universidad Iberoamericana (Pregrado Fisioterapia y Fonoaudiología)
- Universidad de la Sabana (Pregrado Fisioterapia)
- Escuela Colombiana de Rehabilitación (Pregrado Fisioterapia)

8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

8.1 GESTION DEL PROCESO

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	2015	2016	2017
No. De Remisiones solicitadas por IPS	3646	3942	3553
1. Soacha	151	152	197
2 Zipaquirá	275	379	333
3 Fusagasugá	237	218	186
4 Ubate	167	227	174
5 Pacho	144	145	113
6 La Mesa	79	113	86
7 Caqueza	109	132	137
8 Choconta	91	199	138
9 Facatativa	75	85	93
10 Fomeque	40	69	103
11 Chía	12	15	48
12 Villeta	72	33	87
** Girardot	60	37	27
OTROS	2134	2138	1831

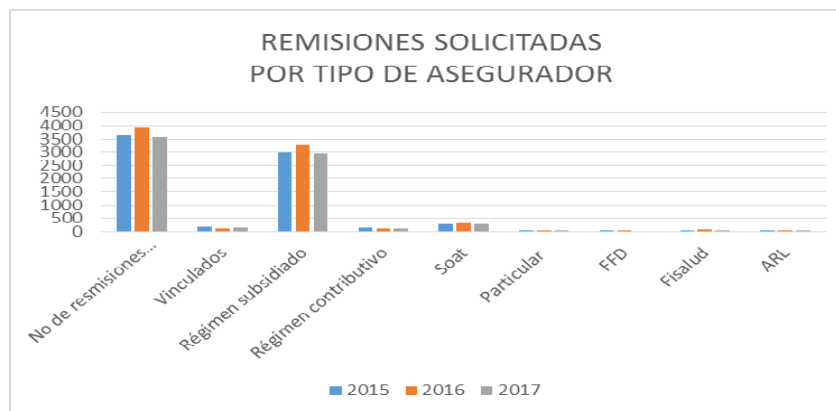
A continuación se desglosa en las gráficas y se realiza el análisis.



Para el año 2017 disminuye el número de pacientes comentados al HUS en 389 para el primer semestre, con respecto al año 2016.

La ESE hospital Mario Gaitán Yanguas aumenta el número de remisiones solicitadas al igual que Fómeque, Cáqueza, Chía y Villeta, el resto de hospitales disminuye el número de remisiones solicitadas sobre todo en los hospitales de segundos nivel.

No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	3646	3942	3553
Vinculados	172	127	154
Régimen subsidiado	2974	3281	2939
Régimen contributivo	158	120	109
Soat	289	316	299
Particular	6	9	3
FFD	7	4	0
Fisalud	33	82	45
ARL	5	3	4



El número de remisiones solicitadas por tipo de asegurador aumenta para los vinculados en 27 respecto al año 2016, para el régimen subsidiado disminuyen 342 remisiones solicitadas, el régimen contributivo disminuye en 11 solicitudes comentadas, el Soat también disminuye en 17 pacientes, Fisalud en 37. Esto se

debe a que diariamente se pasa carta de sobrecupo a los centros reguladores de Bogotá, Cundinamarca y IPS del departamento, como tienen el conocimiento de la sobre ocupación en el servicio de urgencias se abstienen de comentar las remisiones esperando que las entidades responsables ubiquen los pacientes en sus propias redes de con la cuales tienen su contratación.

No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	3646	3942	3552
Cirugía	529	691	514
Cirugía vascular	0	0	60
Cirugía plástica	75	89	104
Gastroenterología	41	37	2
Ginecología	98	122	116
Ginecología y URN	761	533	663
Medicina Interna	693	1042	883
Neurocirugía	284	324	254
Oftalmología	64	63	54
Otorrinolaringología	25	37	32
Ortopedia	456	556	540
UCI adultos	105	98	112
URN	103	56	39
Patología	1	0	0
Psiquiatría	1	0	0
Maxilo	12	19	5
Intermedios	329	183	75
Urología	69	92	99



El número de remisiones solicitadas por especialidades disminuye excepto Ginecología, Unidad de recién nacidos, Uci adultos, Urología, Cirugía plástica.

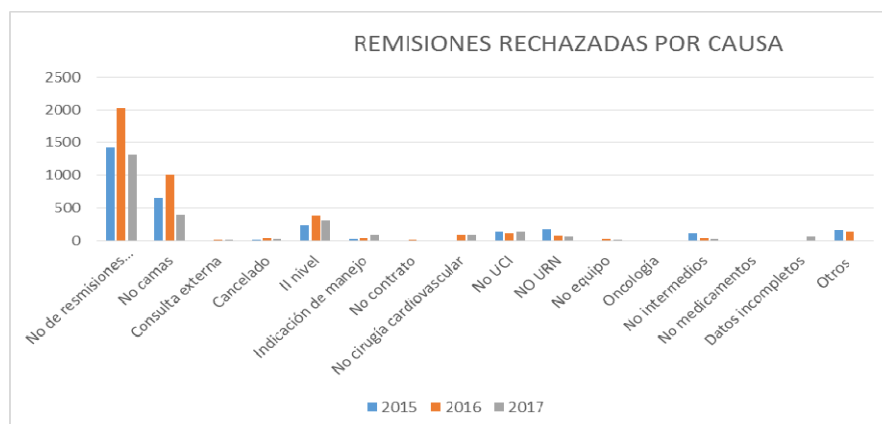
Para las especialidades quirúrgicas la EPS con más usuarios que es convida no comenta los pacientes al HUS sino que se comentan a otras instituciones del departamento esto ha contribuido a la disminución de remisiones solicitadas al HUS para el manejo de estas especialidades.

% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	56%	49%	63%
Cirugía	29%	21%	28%
Cirugía Vascular	0	0	67%
Cirugía plástica	22%	29%	78%
Gastroenterología	86%	45%	37%
Ginecología	67%	39%	77%
Ginecología y URN	60%	52%	62%
Medicina Interna	46%	33%	56%
Neurocirugía	48%	47%	67%
Oftalmología	77%	72%	88%
Otorrinolaringología	71%	66%	81%
Ortopedia	75%	58%	84%
UCI adultos	49%	46%	45%
URN	14%	28%	40%
Patología	31%	37%	34%
Psiquiatría	0%	0%	0%
Maxilo	40%	39%	34%
Intermedios	36%	45%	16%
Urología	29%	34%	35%



El porcentaje de aceptación aumenta en todas las especialidades excepto Unidad de Cuidados intermedios ya que por política institucional no se reciben pacientes con ventilación asistida e infectados.

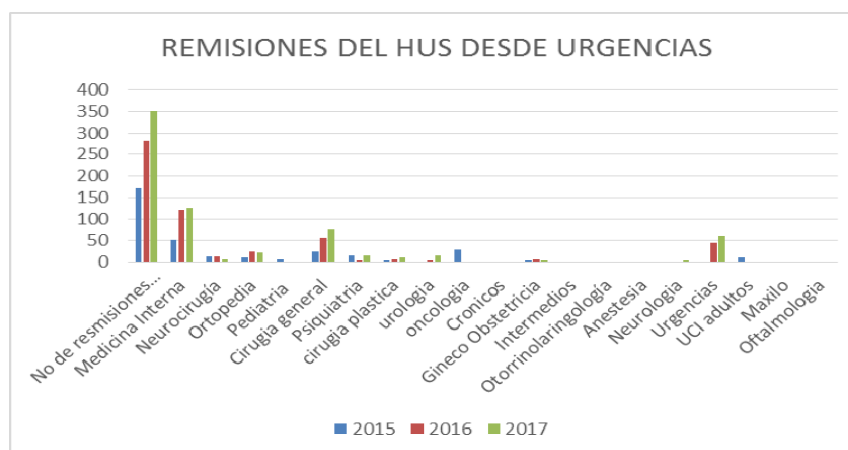
No de remisiones rechazadas por causa	1419	2031	1318
No camas	647	1010	392
Consulta externa	6	21	26
Cancelado	21	42	28
II nivel	238	380	312
Indicación de manejo	38	52	104
No contrato	7	23	6
No cirugía cardiovascular	3	93	96
No UCI	137	108	139
NO URN	181	83	73
No equipo	15	29	26
Oncología	9	0	0
No intermedios	106	50	35
No medicamentos			3
Datos incompletos	0	0	73
Otros	167	140	5



Disminuye el número de rechazo de los pacientes comentados, continúa siendo la falta de camas la causa más frecuente de remisiones rechazadas por el sobrecupo en el servicio de urgencias, nos cancelaron 24

pacientes siendo la mayoría víctimas de accidentes de tránsito con línea de pago Soat ya que se direccionan a las empresas privadas como Medical Proinfo, clínica San Nicolás, y otras, otra causa muy importante son las patologías de segundo nivel por falta de especialistas en medicina interna en los segundos niveles esta demanda se incrementa los fines de semana, la falta de camas en la Unidad de Cuidado Intensivo también es un punto importante ya que no da respuesta a los usuarios que se encuentran en el servicio de urgencias.

No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	172	281	351
Medicina Interna	53	120	126
Neurocirugía	12	13	7
Ortopedia	11	24	23
Pediatría	5	0	1
Cirugía general	24	57	77
Psiquiatría	16	4	16
cirugía plástica	3	5	11
urología	1	3	15
oncología	28	0	0
Crónicos	1	0	0
Gineco Obstetricia	3	5	4
Intermedios	0	0	0
Otorrinolaringología	2	1	1
Anestesia	0	0	0
Neurología	1	0	3
Urgencias	0	44	61
UCI adultos	11	2	2
Maxilo	0	1	1
Oftalmología	1	1	0



El número de remisiones desde el servicio de Urgencias ha aumentado en 158 pacientes frente al 2016 ya que los usuarios ven en este servicio la única forma de ingresar a la atención de salud, a esto se le suma que

muchos de los pacientes que ingresan no tienen convenio con el HUS como Capital Salud, Ecoopsos, Salud vida, Comfacundi, cafesalud, Coosalud, Endisalud, en el régimen subsidiado y contributivos como Nueva EPS. Sanitas, Compensar, cuyos pacientes apenas ingresan se debe iniciar el trámite de remisión así tengamos la capacidad de atenderlos no autorizan al HUS su atención sobre todo en procedimientos quirúrgicos los remiten a otras IPS de sus redes de atención.

❖ PQRS.

Petición compartida con el servicio de urgencias

PETICION	MOTIVO DE LAPETICION	ATRIBUTO
Yo Yulieth Paola Quiñones ingrese el día martes 6 de junio del 2017 con un dolor abdominal el cual nunca me dijeron que era los doctores de cirugía me examinaron y cerraron el caso, me enviaron para Ginecología y no encontraron nada y cerraron el caso el	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	OPORTUNIDAD

❖ PLANES UNICOS DE MEJORA

Se han realizado dos reuniones de referencia y contrarreferencia durante el año para mejorar y optimizar la red de prestadores de servicios de salud en conjunto con la secretaria de salud, se conoció el diagnostico que realizo la secretaria de salud.

❖ PAS

Se presentó el proyecto de referencia y contrarreferencia en cuanto a comunicaciones en conjunto con el área de sistemas quedando aprobado por parte de la oficina de sistemas de la secretaria de salud para implementarlo en los hospitales del departamento queda pendiente la financiación del proyecto.

❖ SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

Se actualizo el documento que se envió a ICONTEC ESTANDAR 23 La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.

Se incrementaron los brigadistas a un número de 72 durante el trimestre.

❖ OTROS

Se elaboró el índice de seguridad hospitalaria 2017 disminuyendo la vulnerabilidad y fortaleciendo la seguridad del hospital.

Se actualizó la resolución de conformación del comité hospitalario para emergencias y desastres.

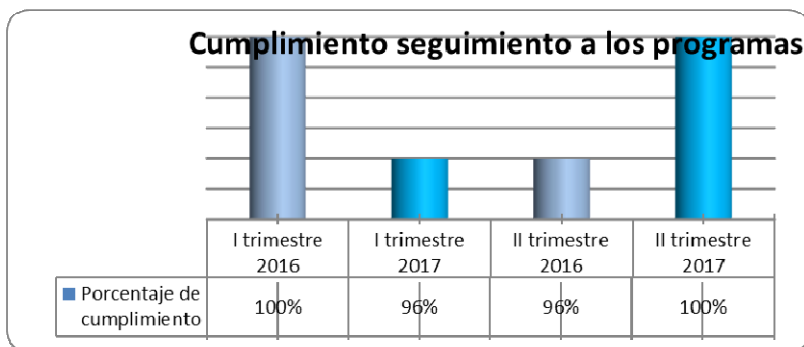
Se realiza la resolución de conformación de las brigadas de emergencia.

Se realiza la compra de los radio teléfonos para el hospital Seguro frente a desastres, se amplió a cuatro meses en tiempo el convenio 062 con la secretaria de salud.

9. GESTIÓN DEL PROCESO DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

9.1 GESTIÓN DEL PROCESO

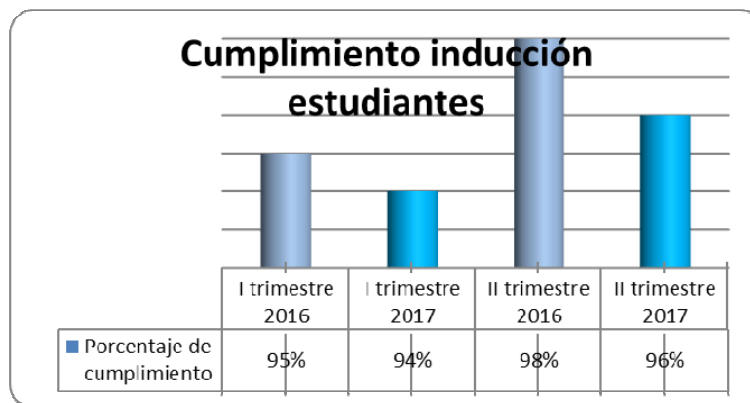
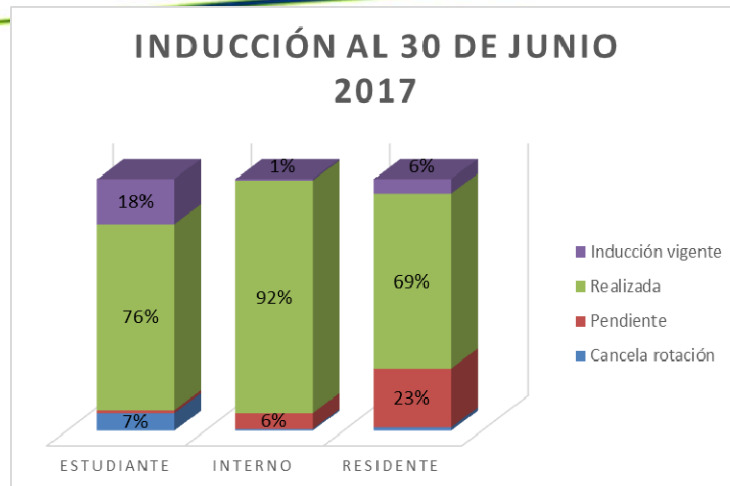
A. Seguimiento a los programas desarrollados en el HUS



Análisis

Se mantiene un cumplimiento adecuado a los programas desarrollados en el HUS, a través de los comités de Docencia Servicio, que se realizan trimestralmente con cada Universidad. Los porcentajes que no son del 100%, corresponden a cancelaciones de las Universidades, por diferentes motivos. Pero estos se llevan a cabo a pesar de no corresponder al trimestre de seguimiento.

B. % DE INDUCCION A PERSONAL EN FORMACION



Análisis

Se mantiene la meta planteada en el indicador la cual es el 90%, aunque comparativamente para este semestre se encuentra un ligera disminución, esto corresponde a que aun un mayor número de estudiantes que ingresan tienen aún vigente la inducción virtual. Por otra parte el seguimiento al indicador ha permitido seguir que estudiantes presentan el incumplimiento a la inducción, identificando que los estudiantes con menor adherencia son los residentes, teniendo como causa común, la presentación directa en los servicios, en donde inician las actividades asistenciales programadas por los docentes o residentes mayores, sin la verificación del cumplimiento del carné y demás requisitos de ingresos solicitados por Educación médica. Adicional se ha encontrado que los residentes base no actualizan la inducción, dado que consideran que la presencial y la primera inducción les equivale para toda su rotación. Actualmente se viene trabajando con mayor articulación con los docentes, las Universidades y el equipo de trabajo de la subdirección.

INDICADORES DE INVESTIGACIÓN

El Centro de Investigación CIHUS cuenta con los siguientes indicadores de gestión.

1. Proporción de asesorías realizadas en el 2017.

ASESORIAS REALIZADAS 2017

Clasificación	1er trimestre	%	2do trimestre	%
1. Inducción proyectos	33	34%	19	34%
2. Revisión de Protocolos	31	32%	21	38%
3. Revisión de Artículos	0	0%	3	5%
4. Revisión de Póster	3	3%	0	0%
5. Realización de Base de Datos	3	3%	0	0%
6. Seguimiento a proyectos	21	22%	8	14%
7. GrupLAC - CvLAC	6	6%	5	9%
8. Inducción a publicación	0	0%	0	0%
9. Asesorías por Web (correo, skype)	0	0%	0	0%
TOTAL	97	100%	56	100%

Se lograron realizar el 100% de las asesorías solicitadas para ambos trimestres, respondiendo a las necesidades de los investigadores, con mayor prevalencia se observa la orientación en inducción a proyectos nuevos, seguido de la revisión de los protocolos de investigación y en un tercer lugar el seguimiento a proyectos. Para el segundo trimestre del 2017 se fortaleció el proceso de creación y validación de CvLAC y GrupLAC lo que indica el aumento en el interés de los investigadores por la construcción y actualización de los currículos vitae ante Colciencias.

2. Aval y categorización Colciencias

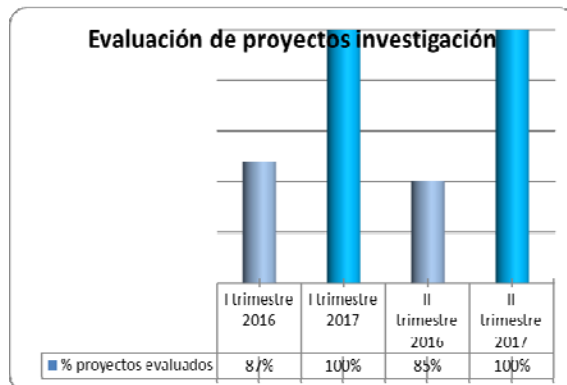
	1er Trimestre 2017	%	2do Trimestre 2017	%
Total de Grupos Investigación Institucional	18	100%	19	100%
Total grupos avalados por HUS	17	89%	19	100%
Numero Grupos nuevos	0	0	1	100%
Total categorizados por Colciencias convocatoria 741/2015	8	47%	8	42%

El proceso de Aval institucional se constituye un proceso fundamental para los Grupos de investigación institucional, permitiendo consolidar el grupo como parte de los procesos de investigación del HUS; se lograron avalar dos grupos (UROHUS y NUTRI-HUS) para su respectivo reconocimiento ante Colciencias, El grupo de nutrición es un grupo que se vincula como nuevo en el 2017, se espera que para el tercer trimestre del 2017 se logre vincular a un grupo más (Oftalmología-HUS) quienes serían un aporte significativo en la producción investigativa del HUS.

Actualmente el Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con 8 grupos categorizados por Colciencias en las categorías C y D bajo la convocatoria 737/2015 vigente hasta mayo del 2018; en el mes de julio del presente año se inscribieron 10 grupos de investigación para categorización bajo la convocatoria 781/2017 que les permitirá contar con vigencia hasta el 2019; los resultados preliminares se obtiene finales de septiembre y definitivos diciembre del 2017.

3. Proyectos Evaluados Por Comité De Ética En Investigación

Proyectos	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Evaluados	4	4	2	3	4	4
Aprobado	3	4	2	3	4	4
%	75%	100%	100%	100%	100%	100%



Se han presentado veintiún (21) proyectos de investigación para evaluación por comité de ética en investigación del HUS, se aprobaron en el primer trimestre 75% de estos y el segundo trimestre 100%. La consolidación del CIHUS en sus procesos, han permitido mejorar el indicador de cumplimiento de la evaluación de los proyectos.

Los reglamentos institucionales del comité de ética se encuentran en actualización, esta permitirá mejorar la descripción del perfil de los integrantes, actualizar de acuerdo a los lineamientos nacionales en ética médica e investigación y fortalecer los procesos de evaluación y aprobación de los proyectos de investigación.

❖ MISIÓN SALUD

Fortalecer plan de acción de docencia

- Avances
 - a. Fortalecimiento de Investigación la cual pasó de tener 1 Grupo categorizado en Colciencias a tener 8 Grupos categorizados, de los cuales 5 son Categoría C, se presentaron para la convocatoria 2017, (tres) 3 grupos nuevos
 - b. Se tiene actualizada la base de datos de docentes
 - c. Se realizó Diplomado de Docencia (virtual) diseñado por el HUS para los docentes (Especialistas y otras profesiones)
 - d. Se realizaron las convocatorias para la II cohorte de la Especialización de Docencia Universitaria (U. del Bosque)
 - e. Ejecución del Plan de desarrollo profesoral
 - f. Fortalecimiento del Proceso de Docencia - Servicio (carnetización de estudiantes, inducción virtual, seguimiento y supervisión de estudiantes)

Definir plan de convenios con universidades internacionales

- Se tiene convenio con la Universidad Salerno de Italia
- Se firmó un convenio de colaboración de prácticas administrativas para las áreas de Salud del HUS, con la Universidad Internacional de la Rioja - UNIR de España

- Se revisó y envió minuta de convenio con el Hospital LUIS VERNAZA, de la Junta de Beneficiencia de Guayaquil - Ecuador, el Hospital del Estado más grande y Universitario de Ecuador

9.2 DESARROLLO DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO

9.2.1 CONVENIOS

CONVENIOS	ACTUAL	NUEVOS	INACTIVOS
Docencia servicio	23	2 internacionales (Universidad Salerno Italia, y Universidad de la Rioja)	3
Interinstitucionales	1	2 Con Instituciones para el Trabajo y Educación continua (Fundación Politécnica – Corpo y Fundación San Juan de Dios), para auxiliares de enfermería – Unidad Funcional de Ziapaquira	

Convenios vigentes pero no activos los siguientes:

- Universidad del Quindío
- Uninavarra

❖ PQRS

DOCENCIA

Petición	Peticionario Paciente	Clasificación Inicial	Contenido
201730000 06522	Anónima	Reclamo	Filas largas en el comedor

Gestión

Se dio respuesta a la solicitud y de igual forma todos los requerimientos informados a los servicios en los que se encuentre algún estudiante involucrado se le realizó el seguimiento pertinente desde las Subdirección.

INVESTIGACIÓN

No se presentaron casos

❖ PUMP

Entre las actividades pendientes del PUM 2017 nos encontramos actualizando todo la gestión documental del centro de Investigación actualmente estamos en un 50% de avance.

❖ PAS

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

Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	1	2	Avance
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base						
				Valor	Año					
Completar y dar cumplimiento a los documentos solicitados en la Resolución 3409 de 2012	Presentación de los documentos solicitados en la Resolución 3409 de 2012, ante la Comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud.	Documentos completos radicados ante la Comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud	porcentaje	90%	2016	98%	Realizar las Autoevaluaciones con los equipos administrativos (directivos y junta) Servicio (40%)	0	1	Se realiza autoevaluación con los servicios
							Radicación final de los documentos ante la Comisión, una vez se tengan todos los documentos solicitados por la Resolución 3409 de 2012 (30%)	0		Hasta obtener la acreditación
Cumplimiento del desarrollo del Modelo de Docencia e Investigación del HUS (II fase)	Plan de acción de docencia ejecutado del modelo propio de Docencia e Investigación del HUS	Número de actividades propuestas en el plan de acción realizadas/ Total de actividades propuestas en el plan de acción*100	Porcentaje	0%	2016	80%	Propuesta del plan de acción del modelo Docencia Servicio II fase (30%)	1	1	En desarrollo
							Cumplimiento del plan de acción avalado (70%)	0	1	En desarrollo, se presento avance a la Junta directiva
Establecer Relación Docencia Servicio con Universidades Internacionales	Convenios internacionales realizados	Convenios realizados	Unidad	1	2016	3	Propuesta del plan de convenios internacionales presentado al comité directivo (50%)	1		

								Reuniones ejecutadas con Universidades internacionales (50%)	0	1	Universidad de Salerno
Aumentar y mantener el número de grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Reconocimiento de nuevos grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Número de nuevos grupos de investigación avalados por Colciencias	Unidad	8	2016	12		Presentación ante Colciencias de los nuevos grupos de investigación avalados por el HUS	0		Se presentaron para la convocatoria nuevamente los 8 grupos y 3 grupos nuevos

❖ ACREDITACIÓN

ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	AVANCES
1. Fortalecer la ejecución de convenios que aporten a la formación científica del personal asistencial del HUS con estudiantes a cargo	1. Gestionar con al menos 2 instituciones internacionales convenios de Docencia internacional 2. Realización de un convenio internacional 3. Formalizar con al menos 3 convenios nacionales, formación científica para el personal asistencial del HUS con estudiantes a cargo	Se tienen 2 convenios firmados Se han realizado dos reuniones con IES y Hospitales internacionales Se han realizado más de 4 cursos
2. Realizar seguimiento al Plan de Acción, propuesto en el Plan de Desarrollo profesoral propuesto por del modelo de Docencia e Investigación (Función de Junta Directiva según Decreto 1876 de 1994 Artículo 11 Numeral 13 Diseñar la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los Contratos de Integración Docente asistencial por el Gerente de la Empresa Social)	1. Avance del cumplimiento del plan de acción, del plan de desarrollo profesoral en un 85%	Se tiene un avance del 1 sem del 70%, se han cumplido las actividades planeadas (Base de datos, Especialización, educación continua)

ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	AVANCES
1. Formular un plan de acción, con indicadores de gestión e impacto para el desarrollo del modelo de docencia servicio	1. Plan de acción y formulación de indicadores del modelo de docencia e investigación aprobados por la gerencia	Cumplimiento de los indicadores de Gestión trimestral 70% Cumplimiento de indicadores de impacto 66%

2. Realizar seguimiento a los indicadores de gestión e impacto propuesto para el desarrollo del modelo	2. Cumplimiento de superior al 80% de los indicadores de gestión trimestral y del 95% de los indicadores de impacto anual	Plan de acción del modelo de DI (anual) Avance del 70% para el I y II trimestre
--	---	--

10. UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

10.1 CONSULTA EXTERNA.

El área de consulta externa de la sede hospitalaria cuenta con 54 consultorios, sin embargo, la oferta de servicios de salud no ocupa permanentemente los consultorios construidos; por ejemplo, el consultorio destinado exclusivamente a cardiología sólo es utilizado cuatro horas al día tres veces a la semana, esto ocurre por los equipos propios del servicio que no permiten que este consultorio sea compartido con otras especialidades.

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

En la tabla 1 se encuentra el comparativo de la producción de servicios en lo referente a actividades de promoción y prevención incluidas la sede hospitalaria 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 primer semestre durante las vigencias de 2011 al 2017

Concepto	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Dosis de Biologicos Aplicados	14.737	31.294	17.328	23.538	10.723	12.883	17.036
Controles de Enfermeria	1.389	974	1.010	1.545	2.161	2.618	2.612
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1.569	1.762	1.941	2.053	7.067	11.407	16.642
Citologias Cervicovaginales	1.901	1.745	2.652	2.588	1.620	1.898	1.758

Fuente: Oficina de Salud Pública, oficina de patología

Se observa en el tema de los biológicos aplicados un comportamiento ascendente al final del periodo evaluado que se explica básicamente porque para la vigencia del año 2017 el Departamento de Cundinamarca y el Municipio de Zipaquirá han intensificado las actividades de vacunación PAI a través de diferentes contratos interadministrativos de concurrencia y PIC lo que impactó positivamente en un incremento del 32% en la cantidad de biológicos aplicados. Las actividades de enfermería muestran una marcada tendencia al incremento explicado por el fuerte impacto de programas de promoción y prevención como lo es la estrategia SAMIIS. La tendencia observada en las citologías vaginales es el resultado del esfuerzo de los funcionarios de salud pública por captar efectivamente la población objeto a pesar de la poca aceptación de las mujeres con aseguramiento subsidiado para la realización de la prueba.

En 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 primer semestre vigencias 2011 al 2017.

CONSULTA MEDICINA GENERAL	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
horas medico programadas consulta	11.462	11.483	11.800	12.016	12.186	13.389	12.607
capacidad de oferta	34.961	32.184	32.737	34.138	35.097	37.768	35.436
No de consultas agendadas	34.961	32.184	32.737	34.138	35.097	37.768	35.436
No de consultas asignadas	33.497	32.439	30.151	33.822	34.415	34.623	33.914
No de consultas realizadas	32.182	30.757	28.164	31.437	31.240	31.695	31.262
Consulta no realizadas por inasistencia del	1.315	1.682	1.987	2.385	2.216	2.928	2.652
% Uso capacidad de oferta	92,1%	95,6%	86,0%	92,1%	89,0%	83,9%	88,2%
% de inasistencia	3,9%	5,2%	6,6%	7,1%	6,4%	8,5%	7,8%
rendimiento hora medico consulta	2,8	2,7	2,4	2,6	2,6	2,4	2,5
rendimiento hora medico consulta esperado	3,1	2,80	2,77	2,84	2,88	2,82	2,81

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

Se evidencia una muy leve disminución en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, dado por la estabilidad en la contratación, y por consiguiente hay una disminución de la capacidad de oferta (-6.2%); pero hay un mejor desempeño en el rendimiento expresado en el indicador de rendimiento hora médico (4.8% mayor); también hay un incremento en el porcentaje de uso de capacidad de oferta del 5.1%; vale la pena resaltar que hay una disminución del 7.5% en la inasistencia de pacientes a la consulta médica general.

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, primer semestre durante las vigencias 2011 al 2017

CONSULTA ESPECIALIZADA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Horas medico programadas en consulta	6.509	6.527	5.949	5.969	6.587	6.624	7.553
Capacidad de oferta	19.527	19.580	17.848	17.907	19.761	19.872	22.659
No de consultas agendadas	19.527	19.580	17.848	17.907	19.761	19.872	22.659
No de consultas asignadas	18.010	17.497	15.253	19.773	20.941	22.805	23.266
No de consultas realizadas	16.138	16.461	14.723	17.857	18.355	20.717	20.724
Consulta no realizadas por inasistencia del pte	1.872	1.036	530	1.305	1.619	2.088	2.542
% Uso capacidad de oferta	82,6%	84,1%	82,5%	99,7%	92,9%	104,3%	91,5%
% de inasistencia	10,4%	5,9%	3,5%	6,6%	7,7%	9,2%	10,9%
Rendimiento hora medico consulta	2,5	2,5	2,5	3,0	2,8	3,1	2,7
Horas programadas procedimientos	331	315	335	414	360	592	516
No procedimiento programados	992	944	1.004	1.242	1.080	2.272	2.064
No procedimientos realizados	1.452	1.369	1.062	1.568	1.309	2.637	2.459
Procedimientos no realizados por inasistencia de pte	0	0	42	0	0	0	0
% de realización de procedimientos	146%	145%	106%	126%	121%	116%	119%
% de inasistencia	0,0%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rendimiento hora medico procedimiento	4,4	4,4	3,2	3,8	3,6	4,5	4,8
Días espera asignación cita medicina general	7	12	4	5	2	2	1
Días espera asignación cita medicina interna	8	21	8	32	7	15	7
Días espera asignación cita pediatría	5	5	4	5	2	11	4
Días espera asignación cita cirugía	6	6	6	3	3	3	4

CONSULTA ESPECIALIZADA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Días espera asignación cita ortopedia	5	18	19	25	8	11	11
Días espera asignación cita ginecología	7	11	7	11	12	16	8
Días espera asignación cita obstetricia	5	5	5	7	5	3	6
Días espera asignación demás especialidades	6	9	8	15	10	11	8
días espera asignación cita anestesiología				1	2	0	0
días espera asignación cita cardiología				33	25	22	13
días espera asignación cita cirugía plástica				6	5	8	6
días espera asignación cita cirugía vascular periférica				33	7	21	5
días espera asignación cita dermatología				5	3	6	5
días espera asignación cita endocrinología				13	NA	NA	NA
días espera asignación cita gastroenterología				33	27	9	8
días espera asignación cita neurología				14	3	15	5
días espera asignación cita neumología				NA	3	6	13
días espera asignación cita oftalmología				15	6	15	5
días espera asignación cita otorrinolaringología				11	15	17	28
días espera asignación cita psiquiatría				11	9	11	4
días espera asignación cita urología				7	10	6	5

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Con el incremento del 14% en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, dado por la estabilidad en la contratación y el aumento de la oferta de especialidades como, neurología, dermatología y ortopedia, se evidencian incrementos en las consultas agendadas (14%) y asignadas (2%); sin embargo no hay incremento en las consultas realizadas, lo que se incrementa es el porcentaje de inasistencias (19.3%); el rendimiento expresado tanto en las consultas realmente realizadas como en el indicador de rendimiento hora médico no es el esperado y se explica por la dificultad en la consecución de autorizaciones para la prestación de servicios médicos especializados con las EPS con las cuales tenemos contratación vigente; nuestra medida de prevención de sobreagendamiento que permitía que la consulta realizada no fuera menor a la esperada, fue inefectiva por lo ya mencionado; sin embargo, hay que realizar ajustes importantes en diferentes especialidades.

10.2 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 7 camas adultos y 4 pediátricas. En la tabla cuatro se evidencia el comportamiento de urgencias.

TABLA 4. Comparativo de la producción de servicios en urgencias, Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre vigencias 2011 al 2017

URGENCIAS	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
horas médico general programadas	18.972	18.972	20.622	18.156	17.280	17.280	22.080
URGENCIAS							
No pacientes clasificados como Triage 1	682	492	749	3.138	605	202	14
No pacientes clasificados como Triage 2	16.370	11.798	17.978	14.482	12.296	11.476	641

No pacientes clasificados como Triage 3	7.161	9.166	6.569	10.061	9.412	10.198	16.640
No pacientes clasificados como Triage 4	0	0	0	0	3.090	5.040	9.068
No pacientes clasificados como Triage 5	0	0	0	0	0	0	1.496
Total pacientes con triage	24.213	21.456	25.296	27.681	25.403	26.916	27.859
TOTAL CONSULTAS	17.052	12.290	18.727	17.620	22.067	21.506	23.103
tiempo promedio de espera en minutos para consulta	8	10	24	24	34	38	31
tiempo de espera en minutos atención triage II	9	10	25	28	30	34	30
No PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS	2.441	2.202	2.119	3.090	3.955	3.823	2.737
PTES CON CODIGO AZUL en urgencias	54	63	81	53	88	109	112
No transfusiones en urgencias	91	47	10	16	11	0	0
No de reingresos entre 24 y 72 horas después del egreso	0	0	0	0	81	225	645
Pacientes con soporte vital por más de 1 hora en el servicio	54	63	81	53	88	109	112

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Desde el año 2010 se implementó formalmente la actividad de clasificación de prioridades de atención en urgencias (TRIAGE). La cantidad de personas que se presentaron al servicio de urgencias ha mantenido una tendencia oscilante pero hacia el final del periodo de observación el incremento es sostenido en el último semestre fue de 3.5%; las variaciones observadas principalmente en la clasificación del año 2015 obedecen a la unificación de los criterios de clasificación con Bogotá. Durante las vigencias comparadas la cantidad de horas médico ofertadas se han ajustado hasta lograr un equilibrio desde el 2015, sin embargo desde el mes de febrero de 2017 se realizó un ajuste que se manifiesta en un incremento del 27.8%. Por otro lado la cantidad de consultas realizadas en el servicio muestra una tendencia al incremento del 7.4% en la vigencia actual.

El tiempo de espera para recibir atención se encuentra comparativamente disminuido en un 16.9% para la totalidad de los pacientes y en un 12.6% para aquellos clasificados como triage II. Los pacientes complicados que requieren intervenciones importantes en el servicio de urgencias se observan con tendencia al aumento progresivo en el tiempo (2.9% en la última vigencia), 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., presentaron una disminución del 28.4%.

10.3 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, primer semestre de las vigencias 2011 al 2017.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
No de remisiones solicitadas al HUS por IPS de origen de mayor a menor	1112	1018	472	479	562	524	616
CHÍA	188	77	48	57	45	26	44
CHOCONTÁ	37	30	41	32	38	79	87
TABIO	59	72	39	22	26	20	23
SESQUILÉ	31	37	34	44	35	30	52
CAJICÁ	176	135	33	67	80	81	115
TENJO	117	69	29	29	22	21	28
SOPÓ	91	82	22	43	33	37	43
TOCANCIPÁ	43	29	22	13	14	10	10
NEMOCON	57	28	21	18	31	22	41
PACHO	42	48	20	11	8	8	0
SUESCA	39	14	20	23	46	34	26
GUATAVITA	61	42	17	26	27	17	40
BOGOTA	26	56	13	22	18	19	9
GUASCA	36	11	8	7	5	15	10
GACHETÁ	12	16	8	7	7	9	10
OTROS	97	272	97	58	127	96	78
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	1112	1018	472	479	562	524	616
PPNA - EVENTOS NO POS	169	36	30	22	16	22	45
Régimen subsidiado	827	920	400	412	459	445	502
Régimen contributivo	99	39	31	38	58	51	58
soat ecat	12	13	3	4	24	4	9
Otros	5	10	8	3	5	2	2
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	1112	1018	472	479	562	524	616
MED. INTERNA	287	395	126	81	126	91	121
CIRUGÍA	249	247	174	165	139	126	156
OBSTETRICIA	296	178	113	188	174	191	208
PEDIATRÍA	117	74	20	32	58	69	103
ORTOPEDIA	90	52	11	2	40	24	13
PSIQUIATRIA	29	48	25	9	9	6	2
CIRUGÍA PLASTICA	12	3	0	0	1	0	0
UROLOGÍA	10	4	2	1	2	2	1
GASTROENTEROLOGÍA	4	4	0	0	1	1	1
OFTALMOLOGÍA	6	3	1	1	0	5	1
OTROS	12	10	0	0	12	9	10
No de remisiones aceptadas por IPS de origen de mayor a menor	643	440	276	293	330	290	379

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
CHÍA	96	33	24	29	26	14	22
CHOCONTÁ	18	7	26	24	20	46	43
TABIO	38	38	19	10	16	8	17
SESQUILÉ	19	17	24	30	24	16	31
CAJICÁ	105	66	19	46	58	55	81
TENJO	65	49	20	14	15	11	16
SOPÓ	60	31	12	27	20	19	29
TOCANCIPÁ	30	16	18	12	9	6	7
NEMOCON	39	15	13	16	23	15	30
PACHO	25	19	11	5	4	4	0
SUESCA	24	7	15	17	20	15	20
OTROS	124	142	75	63	95	81	83
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	643	440	276	293	330	290	379
PPNA - EVENTOS NO POS	88	12	16	12	12	17	35
Régimen subsidiado	490	404	225	254	260	238	297
Régimen contributivo	56	18	26	24	37	31	41
soat ecat	5	4	1	1	16	3	3
Otros	4	2	8	2	5	1	3
No de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	643	440	276	293	330	290	379
OBSTETRICIA	199	109	77	126	93	109	122
CIRUGIA	175	149	125	115	108	84	110
MEDICINA INTERNA	122	106	47	38	49	31	59
PEDIATRIA	55	21	5	11	39	36	68
ORTOPEDIA	48	27	7	0	27	16	9
PSIQUIATRIA	20	20	13	2	6	3	1
CIRUGIA PLASTICA	9	0	0	0	0	0	0
UROLOGÍA	5	0	1	0	0	1	1
GASTROENTEROLOGÍA	4	3	0	0	0	5	1
OFTALMOLOGÍA	4	1	1	1	0	1	1
Otras	2	4	0	0	8	4	7
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	57,8%	43,2%	58,5%	61,2%	58,7%	55,3%	61,5%
OBSTETRICIA	67,2%	61,2%	68,1%	67,0%	53,4%	57,1%	58,7%
CIRUGIA	70,3%	60,3%	71,8%	69,7%	77,7%	66,7%	70,5%
MEDICINA INTERNA	42,5%	26,8%	37,3%	46,9%	38,9%	34,1%	48,8%
PEDIATRIA	47,0%	28,4%	25,0%	34,4%	67,2%	52,2%	66,0%
ORTOPEDIA	53,3%	51,9%	63,6%		67,5%	66,7%	69,2%
PSIQUIATRIA	69,0%	41,7%	52,0%	22,2%	66,7%	50,0%	50,0%
CIRUGIA PLASTICA	75,0%	0,0%			0,0%		

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
UROLOGÍA	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%		
GASTROENTEROLOGÍA	100%	75,0%				500%	100%
OFTALMOLOGÍA	66,7%	33,3%	100%			20,0%	100%
Otras	16,7%	40,0%				44,4%	70,0%
No de remisiones rechazadas por causa	469	578	188	186	232	234	237
NO PERTINENCIA DE LA REMISIÓN	417	537	102	27	17	77	10
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	0	0	0	119	131	112	135
FALTA DE CAMAS	25	25	51	2	4	9	34
FALTA DE ESPECIALISTA	20	4	14	14	46	17	19
NO HAY CONTRATO	5	9	1	0	0	0	1
REQUIERE U. SALUD MENTAL	0	0	0	0	0	1	1
FALTA DE PROCEDIMIENTO (TAC)	2	3	20	24	34	18	37
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	497	509	601	648	671	747	861
HOSPITAL DE LA SAMARITANA	129	118	115	108	152	190	178
CLINICA EUSALUD	40	40	67	46	42	24	36
CLINICA CANDELARIA DIOSALUD	21	12	32	16	0	0	0
CLINICA LA MAGDALENA	13	20	20	23	13	22	17
HOSPITAL CARDIOVASCULAR	9	18	28	27	20	46	25
HOSPITAL SAN RAFAEL	7	19	13	25	13	11	1
HOSPITAL SANTA CLARA	5	16	10	22	13	5	0
CLINICA FUNDADORES	15	11	13	10	25	12	2
HOSPITAL MEREDIC	14	9	10	13	9	7	3
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR	15	12	7	6	18	21	29
CLINICA ZIPAQUIRÁ	7	12	3	0	0	0	38
OTROS	222	222	283	352	366	409	532
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	0	0	601	648	671	747	861
PPNA - EVENTOS NO POS	0	0	6	2	8	7	12
Régimen subsidiado	0	0	269	283	261	301	344
Régimen contributivo	0	0	289	292	339	347	427
soat ecat	0	0	35	67	59	50	77
Otros	0	0	2	4	4	42	1
No de remisiones realizadas por causa	0	0	0	0	671	747	861
FALTA DE ESPECILISTAS					41	96	153
FALTA APOYO DIAGNOSTICO					4	95	90
CONTRAREMISION					3	0	1
REQUIERE UNIDAD DE SALUD MENTAL					0	21	36
REQUIERE INTERMEDIOS					0	7	29
REQUIERE UCI					0	130	159
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD					581	334	290

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NO HAY CONTRATO					31	15	55
TRASLADO PRIMARIO					11	49	48

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 decreciente observada del 2011 hasta el 2015 en cuanto a la solicitud de referencias presentando para el año 2017 un incremento del 17.6%. En esta tabla se observa una recuperación para el 2017 en la cantidad de solicitudes de pacientes de todos los regímenes vinculado (104.5%), subsidiado (12.8%) y contributivo (13.7%).

Las especialidades básicas son las más solicitadas en las referencias, sin embargo es evidente una disminución en las solicitudes de ortopedia, oftalmología y psiquiatría; especialidades con las cuales no contamos todo la jornada ni todos los días de la semana, mientras que se han incrementado en medicina interna (33%), cirugía general (23.8%), obstetricia (8.9%) y pediatría (49.3%); sin embargo, el porcentaje de aceptación es del 61.5% durante todo el periodo de observación, explicado según los médicos especialistas porque los pacientes comentados requieren un nivel mayor de complejidad que el ofertado en nuestras instalaciones.

En números absolutos se incrementó en un 15.3% la necesidad de remitir pacientes desde la Unidad funcional, el nivel de complejidad que requiere el paciente sigue siendo la primera causa de remisión, luego está la falta de especialidades tales como neurocirugía, hematología, oncología e incluso algunas de las especialidades que se ofertan en la Unidad Funcional pero no de manera permanente como es el caso de neurología, cardiología, ortopedia; luego se ubican la necesidad de UCI para el manejo de los pacientes. El sitio de remisión está determinado principalmente por el asegurador quien a través de su red de prestación de servicios debe garantizar la continuidad y oportunidad de la atención en salud de sus afiliados. Así las cosas y dado que en la Unidad Funcional el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al régimen de aseguramiento subsidiado la institución receptora más frecuentemente utilizada es la sede Bogotá del Hospital Universitario de la Samaritana.

10.4 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, primer semestre de las vigencias 2011 al 2017

LABORATORIO CLINICO	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NRO EXAMENES DE LABORATORIO HOSPITALIZADOS	14.476	13.964	13.249	15.506	16.719	16.948	18.231
NRO ORDENES	4.296	3.076	4.007	5.932	5.650	6.446	6.199
NRO EXAMENES DE LABORATORIO EXTERNOS	29.541	29.949	34.603	46.406	43.986	51.064	48.710
NRO ORDENES	8.686	8.170	9.229	10.637	11.215	11.860	11.537
NRO EXAMENES DE LABORATORIO URGENCIAS	19.276	25.523	26.991	26.703	37.011	37.235	39.950
NRO ORDENES	6.163	6.770	8.946	9.943	9.469	13.754	12.921

LABORATORIO CLINICO	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NRO EXAMENES DE LABORATORIO TOTALES	63.293	69.436	74.843	88.615	97.716	105.247	106.891
NRO ORDENES TOTALES	19.145	18.016	22.182	26.512	26.334	32.060	30.657
EXAMENES REALIZADOS	63.293	69.436	74.843	88.615	97.716	105.247	106.891
COAGULACION	ND	1.946	1.560	1.654	2.203	2.906	3.011
HEMATOLOGIA	ND	12.228	14.818	16.410	17.729	16.891	15.583
INMUNOHEMATOLOGIA	ND	1.837	1.860	1.793	1.593	1.624	1.532
INMUNOLOGIA	ND	2.022	2.220	2.541	2.422	2.153	2.386
MICROBIOLOGIA	ND	2.964	3.160	3.398	5.819	6.828	7.826
PARASITOLOGIA	ND	1.348	1.612	1.778	2.146	1.900	1.661
QUIMICA	ND	34.880	37.066	45.759	49.863	51.606	51.092
ESPECIALES	ND	0	385	3.233	3.461	6.708	7.492
REMISIONES ESPECIALES	ND	4.939	3.006	2.713	2.731	5.508	7.242
UROANALISIS	ND	7.272	9.156	9.336	9.749	9.123	9.060
EXAMENES FACTURADOS	ND	69.436	74.843	88.615	97.716	105.247	106.891
EXAMENES REPETIDOS	0	0	1.076	904	1.207	1.356	917
COAGULACION	ND	ND	309	205	220	215	91
HEMATOLOGIA	ND	ND	264	225	404	417	244
INMUNOHEMATOLOGIA	ND	ND	20	15	16	15	21
INMUNOLOGIA	ND	ND	27	17	19	35	50
MICROBIOLOGIA	ND	ND	36	25	49	77	56
PARASITOLOGIA	ND	ND	10	3	12	12	15
QUIMICA	ND	ND	363	368	395	452	352
ESPECIALES	ND	ND	17	22	34	93	59
REMISIONES ESPECIALES	ND	ND	0	0	0	0	0
UROANALISIS	ND	ND	30	24	58	40	29
EXAMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACION	14.476	13.964	13.249	15.506	16.719	16.948	18.231
Medicina Interna	ND	6.615	5.215	5.962	6.496	4.882	7.102
Cirugía	ND	2.125	2.011	2.466	2.687	3.796	2.246
Go	ND	3.442	4.246	4.760	5.075	4.920	6.408
Ortopedia	ND	60	14	16	10	148	0
Pediatría	ND	772	727	952	987	1.237	1.066
Recién Nacidos	ND	950	1.036	1.350	1.464	1.878	1.253
Otras	ND	0	0	0	0	87	156
HORAS BACTERIOLOGA	5.788	5.906	5.841	5.765	5.798	5.778	5.778
EXAM. NO REALIZADOS POR	ND	ND	0	0	48	89	115
FALTA DE REACTIVOS	ND	ND	0	0	15	0	0
DAÑOS EN LOS EQUIPOS	ND	ND	0	0	0	0	0
NO SE REALIZAN EN LA INSTITUCION	ND	ND	0	0	0	89	115
OTROS	ND	ND	0	0	33	0	0
REPORTE DE LABORATORIOS NO REVISADOS O EVALUADOS EN EL SERVICIO	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
HOSPITALIZACION	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CONSULTA EXTERNA	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
URGENCIAS	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

LABORATORIO CLINICO	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
USO HOSPITALARIO DE LABORATORIO No ORDENES POR EGRESO	1,7	1,1	1,2	1,7	1,7	2,1	1,9
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN EN HOSPITALIZACION	3,9	4,8	3,9	2,6	2,9	2,7	2,9
RELACION LABORATORIOS/EGRESO	5,1	5,1	4,5	4,5	5,0	5,5	5,5
USO AMBULATORIO DE LABORATORIO No ORDENES POR CONSULTA	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN CONSULTA EXT	3,4	3,7	3,4	4,4	4,0	4,2	4,1
RELACION LABORATORIOS / CONSULTAS EXTERNAS	1,9	1,9	2,1	2,6	2,6	2,4	2,1
USO EN URGENCIAS DELABORATORIOS No ORDENES POR ATENCIÓN DE URGENCIAS	0,3	0,6	0,5	0,6	0,5	0,7	0,5
PROMEDIO EXAMENES POR ORDEN URGENCIAS	3,3	3,9	3,2	2,7	3,1	2,7	3,0
RELACION LABORATORIOS / CONSULTAS DE URGENCIA	0,9	2,3	1,6	1,6	1,6	1,9	1,6
PROMEDIO GENERAL DE EXAMENES POR ORDEN	3,3	4,0	3,4	3,4	3,5	3,3	3,4
PRODUCTIVIDA LABORATORIO	10,9	11,8	12,8	15,4	16,9	18,2	18,5
% DE EXAMENS REPETIDOS	ND	ND	1,4%	1,0%	1,2%	1,3%	0,9%
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO HOSPITALIZACION	ND	ND	ND	55	53	51	50
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO URGENCIAS	ND	ND	ND	48	48	47	48

FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

De manera global se observa una disminución del 4.4% en las ordenes de laboratorio solicitadas y un leve incremento del 1.6% en el número de exámenes realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá. En cuanto a los servicios de hospitalización los que más solicitan laboratorios son ginecobstetricia y medicina interna explicada por el volumen, la complejidad y comorbilidades de dichos pacientes. 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, primer semestre de las vigencias 2011 al 2017

IMÁGENES DIAGNOSTICAS	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Ecografías realizadas consulta externa	1.718	1.947	1.326	1.204	1.414	2.046	2.217
Ecografías realizadas hospitalización	863	811	850	1.040	768	492	856
Ecografías realizadas urgencias	919	576	1.093	1.404	1.676	1.773	2.219
Total ecografías realizadas	3.500	3.334	3.269	3.648	3.858	4.311	5.292
Oportunidad ecografía en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	3	3	3	3	3	6	3
Radiografías realizadas consulta externa	1.946	1.957	1.660	2.016	2.853	2.760	2.377
Radiografías realizadas hospitalizados	563	611	435	401	606	578	560
Radiografías realizadas urgencias	4.505	5.463	6.560	6.532	8.004	7.509	7.610

Total radiografías realizadas	7.014	8.031	8.655	8.949	11.463	10.847	10.547
Oportunidad radiografías en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	1	1	1	1,5	1	1	1

FUENTE: Servicio de radiología, software Dinámica Gerencial

Se observan incrementos en la totalidad de ecografías (22.8%) y un leve descenso en las radiografías realizadas (-2.8%) durante el 2017. En ecografías el servicio que mayormente se incrementó fue el de hospitalización (74%), urgencias (25.2%) y el de consulta externa (8.4%) por el aumento en la demanda que obligó a un incremento en la oferta de horas especialista, mientras que en radiología lo que se observa es disminución excepto por un leve incremento en las de urgencias (1.3%). 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, primer semestre de las vigencias 2011 al 2017

BANCO DE SANGRE	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	7	7	12	13	17	12	18
UNIDADES RECOLECTADAS	470	424	679	718	888	599	500
UNIDADES PROCESADAS	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES PRODUCIDAS	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES ENTREGADAS ZIPAQUIRA	677	556	434	411	328	370	393
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	519	450	375	346	301	334	350
UNIDADES DE PLAQUETAS	45	60	33	4	12	6	19
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	113	46	26	61	38	30	24
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS ZIPAQUIRA	475	323	322	300	235	220	265
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	329	275	275	257	187	196	239
UNIDADES DE PLAQUETAS	48	58	28	1	12	0	19
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	98	17	19	42	36	24	7
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS POR SERVICIO	475	350	322	300	235	220	265
URGENCIAS	91	47	10	16	11	0	0
CIRUGIA	88	145	106	114	96	139	103
PEDIATRIA	1	19	28	10	5	8	15
MEDICINA INTERNA	238	108	93	90	73	33	103
GINECOLOGIA	57	31	76	70	50	40	44
SALAS DE CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0
No UNIDADES CRUZADAS	725	633	583	541	468	379	393
No UNIDADES RETORNADAS NO USADAS	0	0	0	0	0	0	0
No TRANSFUCIONES AUTOLOGAS	0	0	0	0	0	0	0
No PACIENTES TRASFUNDIDOS	132	110	81	98	82	80	110

BANCO DE SANGRE	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
UNIDADES DISTRIBUIDAS VENDIDAS	182	179	92	71	76	82	49
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	177	168	92	71	76	69	49
UNIDADES DE PLAQUETAS	3	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	2	11	0	0	0	0	0
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	657	529	414	371	311	302	314
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	506	443	367	328	263	282	288
UNIDADES DE PLAQUETAS	51	58	28	1	12	0	19
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	100	28	19	42	36	20	7
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	657	529	414	371	300	302	314
UNIDADES DESECHADAS ZIPAQUIRA POR	11	21	11	47	12	22	37
VENCIMIENTO	11	12	11	25	7	16	30
REACTIVIDAD	0	0	0	0	0	0	0
ALMACENAMIENTO INADECUADO	0	9	0	22	0	0	0
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE (PLASMA FRESCO SIN PROCESAR)	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0	5	6	7
HORAS Bacterióloga PROGRAMADAS	1.152	1.152	1.152	1.152	1.152	1.152	1.152
% DE CONSUMO INTERNO	71,8%	61,9%	76,7%	84,4%	75,3%	65,4%	76,8%
% DE DESPACHO EXTERNO	26,9%	32,2%	21,2%	17,3%	23,2%	22,2%	12,5%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	70,2%	58,1%	74,2%	73,0%	71,6%	59,5%	67,4%
UNIDADES TRASFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	65,5%	51,0%	55,2%	55,5%	50,2%	58,0%	67,4%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	3,6	2,9	4,0	3,1	2,9	2,8	2,4
PROPORCION DE UNIDADES DESECHADAS	1,6%	3,8%	2,5%	11,4%	3,7%	5,9%	9,4%
% UNIDADES DESECHADAS POR VENCIMIENTO	100,0%	57,1%	100,0%	53,2%	58,3%	72,7%	81,1%
% UNIDADES DESECHADAS POR REACTIVIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% UNIDADES DESECHADAS POR OTROS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	41,7%	27,3%	18,9%

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 ese incremento fue del 50%, sin embargo, la cantidad de unidades recolectadas fue menor en un 16.5%. Hay un incremento del 20.5% en las unidades transfundidas, especialmente lo concerniente a glóbulos rojos; además hay una fuerte disminución del 40.2% en las unidades vendidas debido a contratación con otras instituciones de salud. Hay una proporción de unidades desechadas del 9.4% básicamente por vencimiento de las mismas.

10.5 SALAS DE CIRUGIA Y SALAS DE PARTO

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

TABLA 9. Comparativo de la producción de servicios en el área quirúrgica por número de procedimientos realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre vigencias 2011 al 2017

CIRUGIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NUMERO DE QUIROFANOS	2	2	2	2	2	2	2
NUMERO HORAS QUIROFANO PROGRAMADAS EN CIRUGIA ELECTIVA	1.476	1.464	1.440	1.200	1.190	1.220	1.220
NUMERO HORAS QUIROFANO UTILIZADAS EN CIRUGIA ELECTIVA Sumatoria en minutos (hora terminacion - hora de inicio) cirugias electivas	ND	1.278	953	1.271	1.209	836	829
HORAS DISPONIBLES DE QUIROFANO PARA URGENCIAS	4.344	4.368	4.344	4.344	4.344	4.368	4.344
HORAS UTILIZADA DE QUIROFANO EN URGENCIAS Sumatoria en minutos (hora terminacion - hora de inicio) cirugia de urgencias	ND	1.395	1.495	1.590	1.706	2.779	1.251
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	1.476	1.464	1.440	1.200	1.190	1.220	1.220
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	4.344	4.368	4.344	4.344	4.344	4.368	4.344
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	1.476	1.464	1.440	1.200	1.190	1.220	1.220
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	4.344	4.368	4.344	4.344	4.344	4.368	4.344
NRO TOTAL INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS	1.956	1.904	1.832	2.030	2.061	2.107	1.912
ELECTIVA CON ESTANCIA	112	144	96	60	63	49	28
AMBULATORIAS	907	853	698	962	931	1.002	759
URGENTES	937	907	1.038	1.008	1.067	1.056	1.125
NRO DE PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS REALIZADAS	1.956	1.904	1.832	2.030	2.061	2.107	1.912
GENERAL	668	735	643	736	789	804	756
REGIONAL	684	663	664	681	643	684	541
LOCAL	604	506	525	613	629	619	612
Otro	0	0	0	0	0	0	3
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX PROGRMADA	0,6	0,6	0,5	0,9	0,7	0,8	0,6
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA QUIROFANO CX URGENCIAS	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA CIRUJANO CX PROGRMADA	0,6	0,6	0,5	0,9	0,7	0,8	0,6
PROMEDIO DE CIRUGIAS POR HORA ANESTESIOLOGO CX PROGRMADA	0,6	0,6	0,5	0,9	0,7	0,8	0,6
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EN SALAS DE CIRUGIA POR GRUPO QX	0	0	0	3467	3489	4289	3565
2	0	0	0	39	56	57	172

CIRUGIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
3	0	0	0	238	209	356	375
4	0	0	0	239	363	309	265
5	0	0	0	295	215	314	278
6	0	0	0	323	248	288	251
7	0	0	0	455	574	523	471
8	0	0	0	572	471	546	493
9	0	0	0	395	455	441	384
10	0	0	0	694	681	1193	689
11	0	0	0	26	27	46	18
12	0	0	0	84	64	48	24
13	0	0	0	48	40	52	32
20	0	0	0	59	79	114	105
21	0	0	0	0	6	2	8
22	0	0	0	0	1	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0
Sin dato	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EQUIVALENTES	0	0	0	2060	2071	2652	2017
No PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR CIRUGIA	8	8	8	10	10	12	11
NRO CIRUGIAS PROGRAMADAS	1245	1036	838	1102	1021	1158	818
CIRUGIAS CON ESTANCIA CANCELADAS	0	0	0	0	0	0	0
CIRUGIAS AMBULATORIAS CANCELADAS	63	47	43	80	40	107	31
NRO CIRUGIAS CANCELADAS POR	63	47	43	80	40	107	31
CRITERIO MEDICO DE ANESTESIA	21	15	12	40	18	58	9
CRITERIO MEDICO DE CIRUJANO	8	11	0	2	1	1	1
ROPA	0	0	0	0	0	0	0
MATERIAL QUIRURGICO	2	2	5	4	0	9	6
AUSENCIA DE PROFESIONAL	2	2	9	3	0	12	4
AUSENCIA DE PACIENTE	20	9	14	27	17	17	9
OTROS	10	8	3	4	4	10	2
% DE CANCELACION DE CIRUGIAS PROGRAMADA	5,1%	4,5%	5,1%	7,3%	3,9%	9,2%	3,8%
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA CON ESTANCIA	ND	ND	0	0	0	0	0
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA AMBULATORIA	ND	ND	60	64	61	42	38
No DE PACIENTES OPERADOS EN EL QUE EL DX PREVIO NO SE CORRELACIONA CON EL DX POSQUIRURGICO	ND	ND	4	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS TRANSOPERATORIOS	0	0	0	1	0	0	3
QUIRURGICOS	ND	ND	0	1	0	0	0
ANESTESICOS	ND	ND	0	0	0	0	3
OTROS	ND	ND	0	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS POSOPERATORIO IDENTIFICADOS	0	0	0	1	0	0	0
QUIRURGICOS	ND	ND	0	1	0	0	0
ANESTESICOS	ND	ND	0	0	0	0	0
OTROS	ND	ND	0	0	0	0	0
No DE REINTERVENCIONES	ND	ND	10	5	5	1	0

CIRUGIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
CLASIFICACION DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS							
LIMPIAS	724	636	483	621	791	885	601
LIMPIAS CONTAMINADAS	1.107	1.136	1.146	1.273	1.141	1.100	1.212
SUCIAS	82	85	109	111	122	115	94
INFECTADAS	40	47	37	25	7	7	5
INFECCIONES IDENTIFICADAS EN HERIDAS QX							
LIMPIAS	ND	1	2	0	0	0	1
LIMPIAS CONTAMINADAS	ND	7	5	4	7	11	0
SUCIAS	ND	0	2	0	1	1	0
INFECTADAS	ND	0	0	0	0	0	0
INFORMES QUIRURGICOS INCOMPLETOS	ND	ND	ND	0	0	0	0
REGISTROS ANESTESICOS INCOMPLETOS	ND	ND	ND	0	0	0	0
DIAS ESPERA CIRUGIA ELECTIVA	5,5	7,5	6,1	7,7	6,1	5,8	5,2
Cirugia Gral	4	5	5	5	5	5	5
Ortopedia	7	5	5	4	4	4	4
Gineco	5	8	5	4	4	7	5
OTORRINOLARINGOLOGIA	8	10	6	14	7	5	5
UROLGIA	4	4	4	6	6	9	6
NEUROCIROGIA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
DERMATOLOGIA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
MAXILOFACIAL	6	8	6	4	4	4	4
OFTALMOLOGIA	4	5	5	5	5	8	5
CIRUGIA PLASTICA	4	6	6	5	7	4	6
CIRUGIA VASCULAR	5	14	6	21	9	8	8
ODONTOLOGIA INTEGRAL	9	11	13	8	11	7	5
Otros procedimientos anestésicos en salas	0	0	0	0	0	0	0
LEGRADOS	191	227	179	160	170	161	134
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	989	876	816	947	1.063	1.324	1.341
...Cirugías grupos 7-10	1.302	1.322	1.573	2.355	2.209	2.703	2.037
...Cirugías grupos 11-13	113	346	93	118	131	146	74
...Cirugías grupos 20-23	59	37	9	50	86	116	113
TOTAL	2.463	2.581	2.491	3.470	3.489	4.289	3.565

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

Se evidencia una tendencia a la disminución en el total de personas a quienes se les realizó una intervención quirúrgica durante el periodo de observación del 9.3% en el 2017. De manera recíproca los procedimientos quirúrgicos también mantienen una tendencia a la disminución (16.9% menos), al comparar por procedimientos equivalentes en el año 2017 se disminuyeron en un 24%. El tipo de anestesia mayormente utilizado es la anestesia general, luego la regional, y finalmente la local. La tendencia del indicador de porcentaje de cirugías canceladas era creciente finalizando el 2016 pero en el 2017 se presenta una curva descendente del 59%, aunque valga la aclaración que todos fueron reprogramados y realizados. El tiempo de oportunidad para cirugía programada disminuyó a 5,2 días en el 2017 lo que representa un 10.6% menos que en el año 2016.

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

10.6 HOSPITALIZACION

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

TABLA 10. Comparativo de la producción de servicios en el área de hospitalización en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer semestre de las vigencias 2011 al 2017

HOSPITALIZACION	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NRO CAMAS	104	102	96	95	93	94	93
DIA CAMA DISPONIBLE	18.757	18.509	17.300	17.051	16.830	17.185	16.890
DIAS CAMAS TEMPORALES (EXPANSIÓN)	0	0	0	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0	0	0	14	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	0	0	0	28	307	105	303
No DE EGRESOS POR ESPECIALIDAD	3.025	2.888	3.133	3.402	3.390	3.266	3.321
NO QUIRURUGICOS	1.012	1.619	2.045	1.793	1.982	1.875	1.725
OBSTETRICOS	1.382	788	656	951	929	1.009	1.075
QUIRURGICOS	631	481	432	658	479	382	521
NRO DIAS CAMA OCUPADA	11.372	10.880	11.926	11.929	11.142	11.750	12.428
NRO DIAS ESTANCIA EGRESOS	11.916	10.681	11.192	11.920	11.534	12.048	12.622
NRO DE REINGRESOS	0	13	15	24	14	8	11
% OCUPACIONAL	60,6%	58,8%	68,9%	70,0%	66,2%	68,4%	73,6%
PROMEDIO DIA ESTANCIA	3,9	3,7	3,6	3,5	3,4	3,7	3,8
GIRO CAMA	3,2	3,2	3,6	4,0	4,1	3,9	4,0
% DIAS CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
% DIAS CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	1,8%	0,6%	1,8%
% DE REINGRESOS	0,0%	0,5%	0,5%	0,7%	0,4%	0,2%	0,3%
PARTOS POR CESAREA	208	210	236	217	179	183	206
PARTOS VAGINALES	411	383	331	463	423	462	467
% DE CESAREAS	33,6%	35,4%	41,6%	31,9%	29,7%	28,4%	30,6%
TOTAL PARTOS	619	593	567	680	602	645	673

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

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

Aunque hay una tendencia global durante el periodo de observación al aumento de los egresos hospitalarios en el 2017 se observa un muy leve incremento del 1.7%, a expensas del aumento de los egresos quirúrgicos.

El porcentaje ocupacional también tiene una tendencia global al aumento siendo el año 2017 el mejor registro de ocupación (73.6%) en todo el periodo observado, el promedio día estancia con una tendencia al aumento (3% más), el giro cama permanece con una tendencia al aumento (2.6%).

CAPITULO II. DIRECCION DE ATENCIÓN AL USUARIO

1. PROCESO DE ATENCION DE URGENCIAS

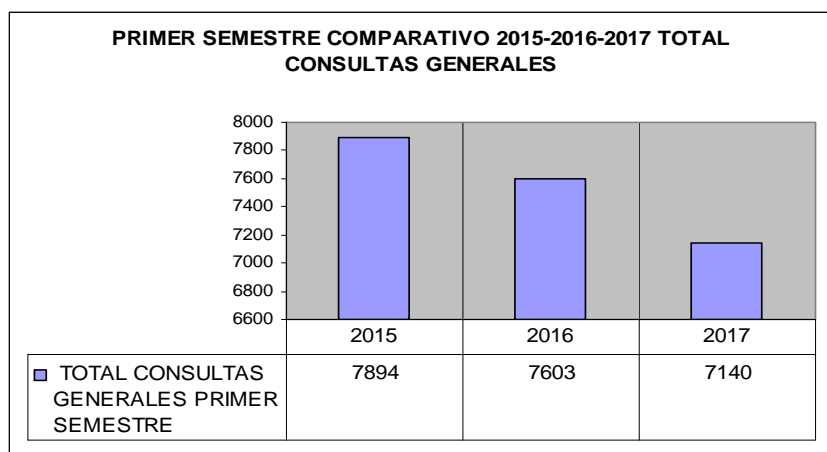
1.1. GESTIÓN DEL PROCESO

PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 – EMERGENCIA	191	165	63
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	6666	6817	182
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 – URGENCIAS	787	715	6609
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 – PRIORITARIO	765	1052	814
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	132	256	1554
TOTAL PTES CON TRIAGES	8541	9005	9222
TOTAL CONSULTAS	9002	8610	8406
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	198	489	51
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	7894	7603	7140
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	1108	1007	1266
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	75	58,50	55,34
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	52	38,49	35,07
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	80	85	69
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	13	5	
TOTAL PTES ATEND. POR DEMANDA ESPONTANEA	6913	5448	4324

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

- CONSULTA MEDICINA GENERAL

PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	7894	7603	7140



Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANALISIS: Se observa una disminución del 6% del total de la consulta por Medico general en el año 2017 con respecto al año 2016, y un 10% en relación al año 2015. Esto debido a la falta de contratación con las EPS, situación que se viene presentando desde el año 2016, impacta también que durante los meses de Enero a Junio no se contó con la Medico de SSO que apoya con las consultas prioritarias de los pacientes clasificados como triage IV y V.

Sin embargo en la tabla arriba referenciada se muestra que las consultas por Medicina Especializada que corresponde a Ginecobstetrica aumentaron 259 consultas comparativamente entre el 2016 y el 2017, debido al gran despliegue que el Hospital de la Samaritana realizo con la Ruta Materna en todo el Departamento.

- **NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE:**

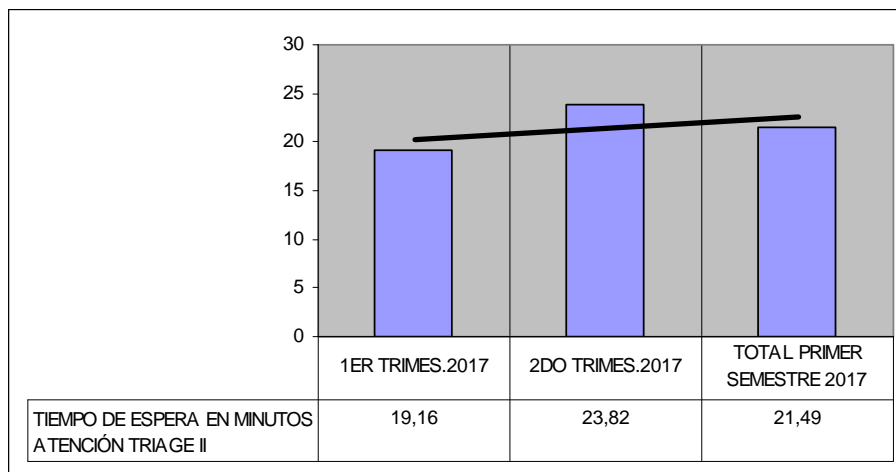
PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 – EMERGENCIA	191	165	63
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	6666	6817	182
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 – URGENCIAS	787	715	6609
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 – PRIORITARIO	765	1052	814
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	132	256	1554
TOTAL PTES CON TRIAGES	8541	9005	9222

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANALISIS. El número total de triages aumentan a expensas del triage V, que son las consultas sin evidencias de deterioro y no comprometen la vida del paciente, estas consultas son redireccionadas a su EPS cuando el paciente vive en Bogotá o municipio cercano, en caso contrarios se atienden por la consulta prioritaria por la Medico SSO. Siempre se solicita autorización de la EPS, pero esto no es impedimento para la atención de paciente en caso de ser necesario.

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

PRIMER SEMESTRE	2017
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	21.49

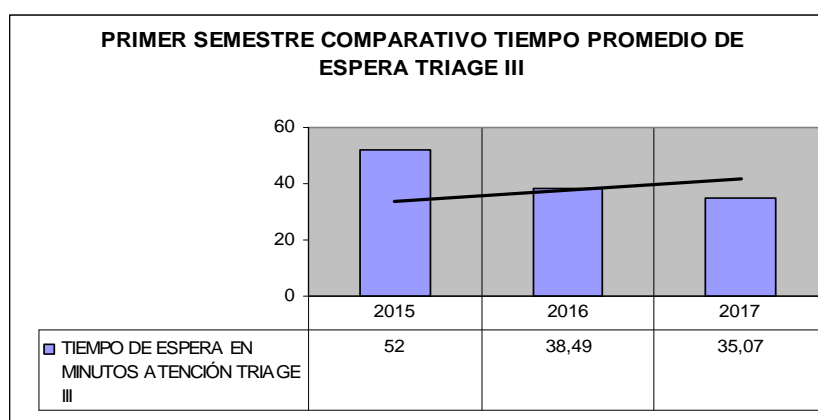


Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANALISIS : Los tiempos de atención para los pacientes clasificados como triage II que según la normatividad vigente es hasta 30 minutos, se encuentran dentro de los estándares aceptados, esto se debe; 1.- al trabajo en equipo de todo el personal que labora en el Servicio de Urgencias. 2.- El contar con mas consultorios disponibles para la atención. Y 3.- la adherencia de los médicos del Servicio a mantener los criterios de selección de acuerdo a la criticidad de los pacientes.

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

PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	52	38,49	35,07

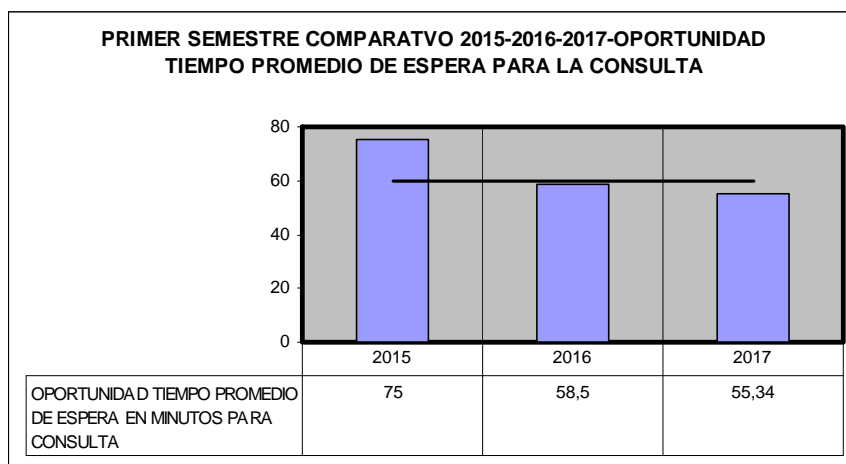


Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANALISIS: Este indicador es parte de la mejora adoptada por el Servicio que si bien no esta normado su tiempo de oportunidad, es parte de la mejora establecida por la Subdirección, al buscar igualar los tiempos de atención al Triage II, que como se observa se viene logrando, con un tendencia a la mejora mes a mes.

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

PRIMER SEMESTRE	2015	2016	2017
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	75	58,50	55,34

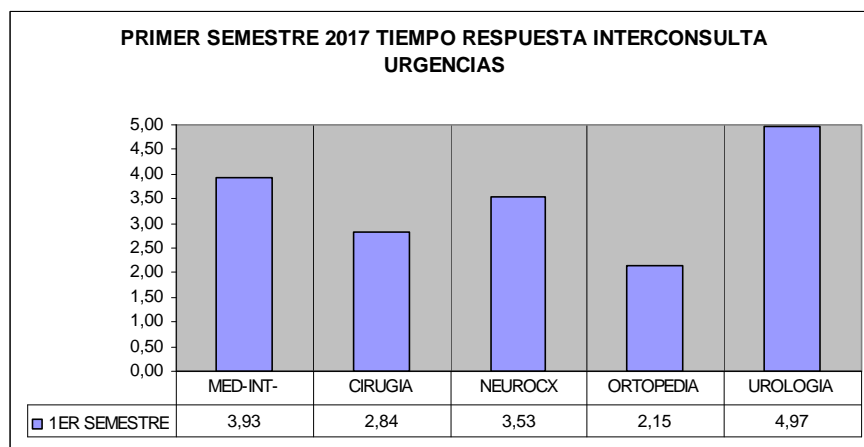


Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANALISIS: Este indicador mide la oportunidad desde el momento que el paciente ingresa al Servicio y solicita ser atendido hasta la definición de conducta, estos tiempos involucra al área de admisiones, Clasificación de triage, atención de la consulta por parte del Médico de Urgencias y la definición de conducta. La oportunidad se mantiene dentro de los estándares normados que son 60 minutos, su logro se atribuye al trabajo en equipo entre los médicos de Urgencias y los Médicos especialistas de Medicina Interna que valoran en conjunto desde el inicio a los pacientes direccionandoles el Plan de Manejo. Esto ha redundando en beneficio del paciente y mitigando algunos riesgos de Oportunidad y Calidad.

- **TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS:**

PRIMER SEMESTRE 2017	MED-INT-	CIRUGIA	NEUROCX	ORTOPEDIA	UROLOGIA
	3,93	2,84	3,53	2,15	4,97



Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANALISIS: Según el procedimiento de Interconsulta del Proceso de Atención al paciente de Urgencias 02PU03 – V3 se estableció que el tiempo de respuesta a las interconsultas para el Servicio de Urgencias es de 2 horas para las Especialidades 24/7, y para las Especialidades no presenciales 2 horas posterior a la primera hora laboral del día hábil. (en esta medición no se contempla noche ni festivos para las especialidades no presenciales). Por ser el cumplimiento de este indicador una acción de fortalecimiento y mejora de la Gestión clínica de nuestra Institución, y se ha consignado en el PAS Institucional, su seguimiento se realiza mensualmente con la Dirección Científica y los Subdirectores Asistenciales de las áreas involucradas, quienes dan respuesta a la Dirección Científica.

❖ PQR

CODIGO	CAUSA QUEJA O RECLAMO	1ER SEMESTRE 2016	1ER SEMESTRE 2017
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos ,etc.	12	1
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC		6
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	5	1
Z	Perdida de elementos personales del usuario.		1
A	Trato amable	2	
	TOTAL	19	9

Se observa una disminución con el total de PQR del Servicio de Urgencias; en cuanto al ítem con el Código N que corresponde a demora en los pacientes hospitalizados en el servicio de Urgencias, realmente corresponde a las diferentes especialidades que tienen hospitalizados pacientes en Urgencias por no disponibilidad de camas en piso, sin embargo de igual manera se realiza la gestión desde el equipo de Urgencias para agilizar los procedimientos y los exámenes de apoyo. Al ítem Z Perdida de elementos personales del usuario a pesar de ser solo un caso se priorizo su análisis y se tomaron correctivos al respecto como fue definir la persona encargada, y la custodia de la llave del cuarto de Custodia. En cuanto al Ítem U o falta de información se viene trabajando con la Jefe de calidad sobre brindar la información general del servicio al paciente y su familia y sobre la información Medica se ha reiterado mucho desde la Subdirección de Urgencias para que los Médicos generales y las Especialidades presentes en Urgencias entreguen información permanente al usuario y su familia.

❖ PLANES ÚNICOS DE MEJORA DEL PROCESO

Se actualizo la matriz del PUMP según lo establecido y se dio cierre a las actividades cumplidas del 2016 como fueron: 1.- La oportunidad en la consulta de Urgencias que según lo normado es de 60 min. 2.- La implementación del curso virtual de Violencia Sexual. Y se establecieron para el año 2017 4 acciones de mejora las cuales se están desarrollando. Este se encuentra publicado en la Intranet en caso de consulta

Dentro de las actividades que continúan para el año 2017 están:

- 1.- Oportunidad de atención de triage III.
- 2.- Tiempos de Interconsulta, el planteamiento de esta acción de mejora está relacionada con las PQR de inoportunidad en la atención en el Servicio de Urgencias.

❖ PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

COMPROMISOS MISIÓN SALUD	COMPROMISOS PLAN INDICATIVO Y PLAN DE ACCIÓN EN SALUD	RESPONSABLE	ESTADO DE AVANCE
Mejorar la gestión clínica en la atención de urgencias mejorando los tiempos de respuesta a las Interconsultas en el Servicio	<p>4. Coordinación con las subdirecciones asistenciales para la Priorización pacientes en urgencias (50%)</p> <p>5. Asignación de médico para respuesta a interconsulta en el servicio de urgencias (50%)</p>	<p>1. Dirección Científica</p> <p>2. Subdirectores asistenciales (Ortopedia, Neurocirugía, Urología)</p> <p>3. Subdirección Urgencias</p> <p>4. Dirección Atención al Usuario</p>	<p>Se establecieron los tiempos de respuesta de interconsulta del año 2016 mes X mes de las especialidades de Neurocirugía, ortopedia y Urología como línea base para la mejora</p> <p>Desde la Dirección Científica se notificó a cada uno de los Subdirectores Asistenciales de las especialidades auditadas, sobre el No cumplimiento de los estándares.</p> <p>Se encuentra pendiente con la Dirección Científica que las Subdirecciones Asistenciales auditadas especifiquen las acciones que conlleven a mejorar los tiempos.</p>

❖ GESTION DEL RIESGO

COVE

INDICADOR FLEBITIS URGENCIAS ENERO A JUNIO 2017							
SERVICIO	CATETER PERIFERICO						
	Nº PACIENTES	NO. VENOPUNCIONES	DIAS EXPOSICION	FLEBITIS BACTERIANA	TASA	FLEBITIS QUIMICA	TASA
ENERO	634	412	936	2	2,1	25	26,7
FEBRERO	620	849	930	2	2,2	22	78,9
MARZO	680	540	998	3	3,0	7	11,6
ABRIL	730	507	1050	3	2,9	4	7,1
MAYO	750	215	1015	0	0,0	11	92,6
JUNIO	670	377	950	2	2,1	9	92,6
TOTAL	4084	2900	5879	12	2,0	78	13,3

Los indicadores del cove para el mes de Junio mejoraron en relación al lavado de mano del Urgencias en 96%, esto se debe al permanente control que se realiza entre el personal de Enfermería y los Médicos que rotan por el servicio, por parte del Infecciones y la Jefe de Calidad de Urgencias. La tasa de Infección del Hospital se encuentra dentro de los rangos más bajos comparativamente con otros Hospitales de igual complejidad y es de 2.15 con un Índice global de 1.86

NOVEDADES EN SALUD.

De acuerdo con el informe de las novedades de seguridad de urgencias del I semestre 2017:

- Caídas: se ha trabajado en la educación del paciente y su familia, entregando los folletos de tips de seguridad con apoyo de las estudiantes de enfermería desde abril 17/2017. Pendiente que el departamento nos entregue el folleto nuevo que es más completo.
- Flebitis mecánicas: aumento en el mes de febrero ya que hubo cambio de los catéteres venosos que no cumplía con los requisitos de seguridad en el HUS. en el mes de marzo se inició con la asignación de una auxiliar por turno para venopunciones en el servicio de urgencias.
- Cambio del protocolo de venopunción donde se especifica las clases de flebitis.
- Flebitis químicas: pendiente que farmacia termine el manual de administración de medicamentos, revisar el kit de violencia sexual, y hacer el kit de quemados. Insistir en el acompañamiento de farmacia

❖ SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN

Se dio cumplimiento a la Autoevaluación y se realizó el envío de los soportes de las oportunidades de mejora en el documento a INCONTEC. La matriz se encuentra publicada en la Intranet.

❖ OTROS

GESTION DE LA CALIDAD MATRIZ DE RIESGO:

Se implementó la nueva Matriz de Riesgos con 2 riesgos identificados; que fueron la inoportunidad de Exámenes de apoyo y la Demora en la respuesta de las Interconsultas solicitadas en el Servicio de Urgencias, priorizándose 5 (Medicina Interna, Cirugía General, Neurocirugía, Ortopedia y Urología

2. PROCESO DE ATENCION AMBULATORIA

2.1 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

A continuación se presenta un informe comparativo de la gestión del servicio de Consulta Externa del I Semestre de 2017 comparado con cada año desde 2014.

VARIABLE	2014	2015	2016	2017
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
Horas programadas consulta especializada	13.190	13.077	11.642	9.595
No de consultas ofertadas (disponibles)	38.318	37.517	32.982	26.502
No de consultas realizadas	32.501	36.162	30.089	24.797
% Inasistencia	13%	13%	11%	12%
% Cancelación Consulta (no atención)	ND	0,9%	0,7%	0,6%
% Cancelación - Institucional	ND	0,2%	0,2%	0,1%
% Cancelación por paciente	ND	0,7%	0,5%	0,5%
% Cancelación por causa externa	ND	0,0%	0,0%	0,0%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizadas/oferta)	85%	96%	91%	94%
Rendimiento hora medico consulta	2,5	2,8	2,6	2,6
% Demanda insatisfecha Total en Consulta	ND	4%	3%	1%
% Demanda Insatisfecha-represamiento	ND	3,5%	2,1%	0,39%
% Demanda Insatisfecha- Físico	ND	0,0%	0,0%	0,01%
% Demanda Insatisfecha- Humano	ND	0,0%	0,0%	0,01%
% Demanda Insatisfecha- Financiero	ND	0,4%	1,1%	1%
% Ptes de consulta con conducta Qx	ND	3,9%	2,7%	2,8%

Es preocupante la baja demanda que nos llevó a realizar una reducción del 18% en horas programadas en el I semestre de 2017, comparado con el año inmediatamente anterior y con los otros años, reducción promedio de 27%, impacto del retiro de EPSs Cafam, Colsubsidio y Caprecom del Régimen Subsidiado en 2014. Con la reducción en horas, así mismo se comportaron la oferta y las consultas realizadas, esta última bajó 18% frente al año 2016 y 31% por debajo comparado con el 2015, año que para el I semestre tuvo la mejor productividad de los 4 años. Una vez retiradas las EPS mencionadas que eran nuestros mayores demandantes en Consulta Externa, Convida recibió la mayoría de los pacientes que se encontraron en esas EPSs, pero sin reflejarse en la solicitud de atenciones para el HUS. Convida pasó a representar un 70% cuando representaba el 13% de la demanda de las EPS Subsidiadas en el año 2014.

Gracias a la confirmación de citas que se inició en el 2015 por parte de la Central de Citas, se observa una reducción de la inasistencia del 5% frente al 2014 y 2015, pero comparado con el 2016 aumentó en un 11%, a expensas de la inasistencia del INPEC, que no cancela previamente las citas programadas, haciendo perder al HUS varios cupos, por lo que se hace necesario gestionar desde mercadeo unos acuerdos con el INPEC. En la llamada de confirmación se recordó todos los datos y requisitos para el cumplimiento, la importancia de informar la cancelación de la misma para asignar cupo a otro paciente, en caso no poder asistir y renovar la autorización cuando así se requiriera. Las agendas que mayor inasistencia presentaron fueron: maxilofacial, dermatología, psicología, ginecoobstetricia (piso pélvico, ginecoendocrino y junta maternofetal), neonatología, optometría, laringología, gastroenterología, cirugía de tórax, nutrición y neurología. Por cada colaborador que apoya la consulta, se logró aumentar el seguimiento telefónico a la inasistencia a cita programada en un 36% frente al año anterior. En el 22% de llamadas de seguimiento a inasistencia, no se logró establecer comunicación (número errado, no contestan o sin servicio), por lo cual se continúa insistiendo en la actualización de datos de contacto, cada vez que se asigna una cita. Los motivos de inasistencia para el I semestre de 2017 fueron:

I TRIM	II TRIM	Causa de Inasistencia	Motivo y gestión
19%	18%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante),
13%	13%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
13%	14%		INPEC u hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir
4%	4%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)

4%	3%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
3%	7%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
4%	4%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas cuando por algún motivo no puede asistir, con el fin de brindar la oportunidad a otro paciente de acceder a la cita)
1%	1%		Fallecimiento del paciente
8%	7%	Prevenible	Relacionado con información de la 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, con lo cual se ha bajado este motivo)
3%	5%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos, este motivo bajo 2 puntos frente al año anterior)
0,3%	0,3%		Cita mal asignada (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)

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: $\text{No. de consultas Canceladas} / \text{No. de consultas realizadas} * 100$. Bajó un 37% frente al 2015 y un 11% comparado con el 2016, gracias a la gestión oportuna ante los inconvenientes presentados. De la cancelación más alta que correspondió a, "por paciente", el 0.08% fue por no contar con resultados de paraclínicos necesarios en consulta para definir conducta, otro 0.06% a cita mal solicitada y 0.04% relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS), de las no prevenibles el 0.12% correspondió a llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC), 0.07% condición del paciente (enfermo u hospitalizado en el HUS y no cancelaron cita), 0.01% otros motivos, 0.004% Sin acompañante, y sin referencia o justificación de la atención; Para minimizar la cancelación institucional, como se refleja en un 34% frente al 2016, se gestionaron las causas prevenibles.

I TRIM	II TRIM	Cancelación Institucional	Motivo y gestión
0.06%	0.06%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0.01%	0.01%		Sin paraclínicos que se generan en el HUS (reporte de exámenes especiales o patología), se asigna cita de control a más días teniendo certeza de contar con resultados
0.01%	0.01%		Cambio de agenda por parte del especialista, Se recuerda los tiempos de cambio de agendas establecidos en el Procedimiento.
0.03%	0.02%	No prevenible	Calamidad o enfermedad del especialista
0.001%	0.004%		Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita).

A partir de la segunda semana de junio, se suspendió la oferta de la consulta de Cardiovascular, por falta de equipo biomédico.

Solo se presentó un caso de cancelación por causa externa, por códigos errados que la EPS no cambió oportunamente, los pacientes accedieron a consultas de manera particular, cuando la EPS no contó con contrato.

Con el seguimiento en programación de agendas con cada una de las especialidades, en ampliación o recorte de acuerdo al comportamiento de la demanda; con el seguimiento a inasistencia, confirmación de citas y sobreagenda se mejora el uso de la capacidad de oferta, mejorando un 3% frente al año anterior, en razón a la reducción de oferta por baja demanda.

El rendimiento, no tuvo cambio frente al 2016, mientras que bajó un 7% comparado con el 2015, a expensas de la inasistencia y cancelación. Es de recordar que la mayoría de consultas son de 20 minutos, otras como psicología 40 minutos, ginecoobstetricia y reumatología 30 minutos, lo que también incide en la obtención de este resultado, que es óptimo.

El indicador de Demanda insatisfecha, que es aquella solicitud de un servicio por parte del paciente, que el hospital no puede programar por algún motivo (represamiento, físico, financiero o humano), mejoró en un 69% frente al año anterior, a expensas de la comunicación con endocrinólogos para ajustes en ampliación de oferta de acuerdo a la necesidad y por otro lado a baja demanda. Las agendas de Cirugía de cabeza y cuello, Neurología, Endocrinología, Infectología y Oftalmo- retina, que presentaban alta demanda en el país superando la oferta, en el momento solo corresponden a un 0.4% de Represamiento. El mayor motivo de Demanda Insatisfecha corresponde a causa financiera (1%) por no contrato, en donde los pacientes que más solicitaron fueron afiliados a Capital salud. El 0.01% corresponde a demanda Insatisfecha por motivo humano por solicitud hacia nutrición y cabeza y cuello, que se encontraron temporalmente suspendidas; y el 0.01% por motivo físico, atribuido a falta de anestésico en oftalmología, necesario para la consulta.

El consultador crónico, es aquel paciente que demanda el servicio de una especialidad más de siete veces en el año sin requerirlo. En el HUS no se presenta en razón a que media remisión de otro nivel y autorización del servicio. Para el 2016 se retomó el indicador con monitoreo trimestral por sistema.

La orden de conducta quirúrgica, aumentó 4% frente al 2016 pero bajo en 29% con el 2015, siendo las especialidades que más ordenan, ginecología, ortopedia y cirugía general. En especialidades como oftalmología, urología, plástica, otorrino, vascular, tórax y maxilofacial, se observa un marcado descenso.

Oportunidad en asignación de citas Este indicador se reporta bajo la Resolución 1552 de 2013, teniendo en cuenta la sumatoria de días entre la fecha para la cual el usuario solicitó le fuera asignada la cita y la fecha para la cual se asignó / número total de consultas asignadas en el periodo.

La oportunidad varía de acuerdo a la demanda y el I semestre de 2017 contó con oportunidad a menos de 5 días para consulta especializada, debido a novedades de la demanda ya mencionada. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas. Para las especialidades que se realiza seguimiento por las diferentes normas, podemos observar que se encuentran dentro del máximo aceptable, gracias a que las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda.

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

En Medicina Interna la oportunidad se ha mantenido por debajo del máximo aceptable que son 15 días, por reducción en demanda, en razón a que la EPS Convida remite a los II niveles de Cundinamarca, sin garantizar la oportunidad. Se mejoró en 45% frente a 2016, a pesar de reducción en oferta desde marzo de 2017 en casi 40 horas mensuales, las cuales que se habían aumentado en 2015, en donde estuvo alcanzando los 15 días en oportunidad.

Para Cirugía General la oportunidad mejoró 62% frente al resultado del año anterior, encontrándose por debajo del máximo aceptable que son 20 días. Esta mejora se presentó a expensas del comportamiento de la demanda.

La oportunidad en Ginecología se ha mantenido muy por debajo del máximo aceptable que son 15 días. Mejoró el indicador, frente al año inmediatamente anterior en 32%. Este resultado se obtuvo por un lado, por la oferta de lunes a viernes que permite la atención al día en los casos prioritarios y por otro al comportamiento de la demanda, ya mencionado, en donde Convida remite a los II niveles.

En Obstetricia, la oportunidad mejoró en promedio 13% frente a 2016. El HUS solo atiende el Alto Riesgo Obstétrico y esta demanda no se ha visto afectada. Este resultado se obtuvo con ampliación de agendas, desde el último trimestre del 2015 las cuales se monitorizaron en conjunto y mensualmente la Subdirección de Consulta Externa con el Coordinador del servicio de ginecología; y por otro lado, a partir del IV trimestre de 2016, se implementó agendas de Alto Riesgo de lunes a viernes, las cuales hasta el III trimestre contaban con disponibilidad de tres días en la semana. Se continúa igualmente con la directriz desde finales de 2013, de “Cuando por algún motivo no se cuenta con agenda algún día de la semana y una materna se acerca al HUS a programar cita de alto riesgo de primera vez, se canaliza por urgencias”, optimizando su atención. Se prioriza la atención de las maternas en todas las consultas, optimizando en un traslado al HUS todas las posibles citas especializadas o de apoyo diagnóstico que se requieran.

Para la consulta de Preanestesia en el HUS se estableció un máximo aceptable de 10 días en asignación de cita desde inicios del 2015, lo anterior en conjunto con el jefe del servicio con el fin de mejorar la oportunidad en programación de cirugía, por lo cual esta agenda periódicamente se revisa y ajusta de acuerdo a la necesidad, obteniendo el resultado presentado, que fue de una mejora de 79% comparado con el año anterior.

Para todas las agendas periódicamente se monitorizaron las oportunidades y así mismo se ajustaron las agendas con los coordinadores y jefes de los servicios, con el fin de satisfacer la demanda hasta donde fue posible. Para el I semestre solo se amplió oferta de endocrinología, para la mayoría de especialidades, al contrario, se redujo oferta por baja de pacientes.

OPORTUNIDAD EN ASIGNACIÓN DE CITAS	2014	2015	2016	2017
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
CARDIOLOGIA	2,3	7,4	0,8	1,2
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	N/A	N/A	1,1	15,0
CIRUGIA BARIATRICA	8,3	17,5	3,5	1,4
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	9,6	15,8	1,6	3,6
CIRUGIA DE LA MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	3,9	6,5	3,5	0,7
CIRUGIA DE TORAX	6,0	1,7	4,1	1,3
CIRUGIA PLASTICA DE LA MANO	6,0	3,8	2,2	1,5
CIRUGIA PLASTICA ESTETICA	3,2	1,9	2,8	1,2
CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA	5,9	4,5	3,9	1,4
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	8,4	13,6	2,2	2,7
DERMATOLOGIA	5,7	9,0	2,8	1,3
ENDOCRINOLOGIA	17,1	14,8	10,1	6,3
GASTROENTEROLOGIA	6,6	5,7	2,1	0,7
HEMATOLOGIA	4,0	2,9	2,3	1,2
INFECTOLOGIA	8,5	13,9	13,3	4,4
MAXILOFACIAL CIRUGIA PLASTICA	3,0	1,3	1,7	2,1
NEFROLOGIA	4,7	5,0	1,9	0,7
NEONATOLOGIA	1,2	0,2	0,2	0,1
NEUMOLOGIA	2,8	10,6	0,9	3,4
NEUROCIRUGIA	4,6	4,6	3,6	1,1
NEUROLOGIA	13,6	18,3	9,6	3,6
OFTALMO RETINA	12,9	15,4	6,1	5,6
OFTALMOLOGIA	17,6	10,6	2,2	1,8
ORTOPEDIA CADERA	6,5	8,7	3,3	1,6
ORTOPEDIA HOMBRO	6,2	3,2	3,1	1,8
ORTOPEDIA RODILLA	6,7	13,1	3,0	2,0
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	5,3	5,1	3,6	1,9
OTORRINOLARINGOLOGIA	3,9	2,5	2,0	1,8

Procedimientos mínimos y menores. Vemos un aumento en horas programadas, coherente con la apertura de agendas en sistema y presentó baja en procedimientos tanto programados como realizados, por novedades de EPS y tarifas que requieren ser ajustadas para ser competitivos. Se ajustaron las tarifas de gastroenterología con la Especialidad, la Subdirección de Consulta Externa y la de Mercadeo, sin reflejar incremento. Pendiente continuar ajuste de tarifas y mercadeo de los servicios.

PROCEDIMIENTOS C.EXTERNA	2014	2015	2016	2017
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
Horas programadas procedimientos	6.322	7.448	7.674	7.727
No. Procedimientos programados	7.945	15.050	10.793	8.773
No. Procedimientos realizados	7.226	13.132	9.991	8.082
% Inasistencia en procedimientos	9%	12%	7%	7%
% Cancelación en Procedimientos (no atención)	0,3%	1,0%	0,7%	0,6%

La inasistencia a procedimientos se mantuvo gracias a confirmación de citas por cada especialidad y seguimiento a inasistencia, igual que en consulta y con las causas similares. La cancelación total o causas de no atención en procedimientos bajó 5% frente al 2016. El 0,4% fue cancelación por paciente, 0,8% por mala preparación y 0,1% por condición del paciente. La cancelación institucional fue del 0,2%, el 0,07% por falla en equipo de neurología y otorrino, el 0,05% debido a calamidad de especialista y 0,02% mala asignación de cita lo cual mejoró notablemente.

La cancelación por otro o externo fue del 0.04%, que correspondió un 0.02% atribuida a autorizaciones con códigos errados, no corregido por EPS, a pesar del trámite desde autorizaciones y el 0.01% por cortes de energía que afectó el equipo de pruebas de función pulmonar.

❖ PQRS

Las felicitaciones en el Proceso de Atención Ambulatoria aumentaron un 300% frente al año anterior y comparado con el HUS, bajaron un 20%, aunque las manifestaciones verbales de felicitaciones de los pacientes hacia los diferentes colaboradores, se manifiestan a diario.

PQRS	2015	2016	2017
	I SEM	I SEM	I SEM
FELICITACIÓN HUS	68	23	139
FELICITACIÓN Atención Proceso Ambulat	16	5	24
% FELICITACIONES APA	23,5%	21,7%	17,3%
SI - Solicitud Información	-	1	-
SU - Sugerencia/ mejora calidad atención personal médico	-	2	2
Queja - OP Demora atención	5	6	5
Queja - OP Falta de información u orientación	-	2	2
Queja - OP Falla en diligenciamiento de ordenes completas para trámites ante EPS	-	-	2
Queja - OP No atención consulta programada	1	-	3
Reclamo - OP No atención por especialista	-	1	1
Queja - OP En asignación cita	1	1	2
Queja - OP Falta calidez y trato amable	3	5	8
Queja- OP Falta de insumo o de mala calidad	-	-	1
Queja - AC Mala asignación cita	5	-	-
Queja - Comodidad	1	-	-
TOTAL PQR	16	15	24

En cuanto a las PQR, representaron tan solo un 0.07% de los pacientes atendidos en el Proceso Ambulatorio y para el 2016 fue 0.04%. La queja más frecuente fue la demora en la atención, para la cual se realiza seguimiento a través del Plan Anticorrupción, con el fin de mejorar en el inicio oportuno por parte del especialista en la atención en consulta programada y por otro lado, mantener informados a los pacientes, cuando por algún motivo se encuentra retrasada la consulta. Se viene realizando seguimiento puntual a la consulta de Cirugía Vasculor con el especialista, por demora en entrega de documentos de la consulta y también incluido en el PUM Ambulatorio, con el fin de mejorar en oportunidad. En segundo lugar se encuentra

la PQR por falta calidez y trato amable, se incluyó la sensibilización en el PUM y también se interviene desde la Dirección de Atención al Usuario. El tercer lugar lo ocupó la No atención, a expensas de causa no prevenible como fue, calamidad del especialista y no contamos con otro especialista para la atención, para lo cual se reprogramaron las citas.

❖ PLAN ÚNICO DE MEJORA (PUMP)

En las actividades contempladas en el PUM 2016 por cierre realizado por Control Interno, se logró el cumplimiento del 100%.

En el PUM 2017 se vienen ejecutando actividades similares a las del 2016, para dar continuidad y seguimiento, y se incluyeron las relacionadas con PQRS. Tuvo un desarrollo de un 60%, pendiente seguimiento por áreas respectivas para validar porcentaje de avances.

❖ PLAN ANUAL DE SALUD (PAS)

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

- Mantener por debajo de 5 días, la oportunidad en asignación de citas de ginecología. La cual en el análisis de oportunidad se evidencia que estamos a 0.8 días. Cumplimiento 100%
- Mejorar la oportunidad en asignación de citas para Obstetricia, a menos de 5 días. La cual en el análisis de oportunidad se evidencia que estamos a 1.2 días. Cumplimiento 100%
- Mantener Capacidad Ofertada igual o mayor a 90%. En el análisis del uso de capacidad ofertada se observa que se encuentra en el 94%. Gracias a los permanentes ajustes de agendas que se realiza con especialistas, de acuerdo a la demanda. Cumplimiento 100%.

❖ GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Bajó el reporte de novedades en un 9% comparado con el 2016 y con el 2015 aumentó a más del 200%, gracias a la sensibilización continua mediante socializaciones en el equipo primario de mejoramiento del Proceso de Atención Ambulatoria, del reporte de novedades de seguridad, incluyendo las novedades que menciona el estudio AMBEAS. Se realizaron acciones oportunamente frente a cada una de las novedades presentadas, como se evidencia en cuanto a los fallos en dispositivos médicos, en donde para el 2016 se presentaron por mala calidad y para el 2017 no se ha presentado. Del 100% de las novedades reportadas, el 70% se clasificaron como incidentes, EL 20% a complicaciones y 10% se materializó en evento adverso, que correspondió a sobre medicación, para lo cual se realizó seguimiento por Farmacovigilancia junto con Dermatología.

PQRS	2015	2016	2017
	I SEM	I SEM	I SEM
Fallas con medicamentos	1	1	3
Fallas con dispositivos médicos	-	8	-
Fallas procesos o procedimientos	-	1	-
Falla en identificación del paciente	-	1	-
Caída de pte	-	-	-
Fallas en registros clínicos	-	-	2
Trámites administrativos	-	-	1
Falla en asignación de cita	-	-	1
Cancelación institucional no atención especialistas	-	-	2
Complicaciones	-	-	1
TOTAL NOVEDADES DE SEGURIDAD	1	11	10
TOTAL COMPLICACIONES	1	-	2
TOTAL EVENTO ADVERSO	-	-	1
% eventos	0,0%	0,0%	10,0%
TOTAL INCIDENTES	-	11	7
TOTAL NOVEDADES DESCARTADAS	-	-	-

❖ SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Se llevaron a cabo reuniones de PACAS Ambulatorio, en donde se realizó seguimiento a las actividades de mejora planteadas.

Por recomendación de ICONTEC, se retomó el indicador de Consultador Crónico con reporte por DGH y seguimiento trimestral.

Se diseñó un rotafolio de información general del HUS, en coordinación con Seguridad del Paciente, líderes de paquetes intruccionales y Comunicaciones, y se gestionaron los materiales para su producción y entrega en todas las áreas ambulatorias.

Lo anterior para dar alcance a las actividades de prevención y autocuidado, en Seguridad del Paciente y se incluyeron otros temas como segregación, tips de emergencia, donación de sangre y derecho y deber de la semana, este último es una estrategia implementada años atrás en Consulta Externa y acogida transversalmente por el comité de humanización. La actividad puntual de medición de tiempos del ciclo de atención, que es en conjunto con sistemas y facturación, se encuentra en implementación de la segunda fase, en donde a través del sistema de turnos electrónicos, se realizará el llamado del paciente al consultorio por parte del especialista.

Se encuentra pendiente asignar un informador u orientador en Consulta Externa para suministro de información al paciente y acompañante en salas de espera, acompañamiento al momento de solicitar turno electrónico, direccionamiento adecuado sobre todo cuando se requiere de atención preferencial, al egreso de la consulta aplicar listas de chequeo de información suministrada al paciente por el equipo de salud y realizar retroalimentación a los mismos.

Pendiente nombrar el técnico de Consulta Externa (cargo que hace un par de años existió como Administrados de Consulta), con el fin de fortalecer la planeación de la atención y el seguimiento a cumplimiento a estándares de Acreditación.

2.2 PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Actualmente se desarrollan los siguientes programas orientados a los riesgos individuales identificados:

1. El Programa **Habilitación y/o rehabilitación física**: provee de manera lúdica y mediante acciones educativas y de capacitación en las áreas de consulta, diversas temáticas de interés orientada en brindar educación para pacientes con secuelas secundarias a diagnóstico neurológico a la atención temprana en pacientes con remplazo total de cadera y POP de fractura de fémur, con una total de 1.177 pacientes capacitados entre pacientes, familiares para el trimestre en relación.

2. En el Programa **IAMI**: encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMI con enfoque integral, se capacitaron en el periodo un total de 108 maternas, sobre los diferentes temas contemplados en el programa (lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido); así mismo se ha realizado seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, abordando un total de 362 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 119 gestantes y maternas que asisten a citas de control pre y pos obstétrico en el periodo, permitiendo dar un abordaje mayor a este grupo poblacional.

3. En el Programa **Madre-Padre Canguro** se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos. Para bajar la inasistencia se realizó al igual que en consulta, el seguimiento telefónico, identificando la barrera de tipo económico como la causal de inasistencia al seguimiento en la Institución. En cuanto al canguro fallido intrainstitucional, se presentó por falta de red de apoyo y los fallidos extrainstitucionales por falta de adherencia que se debe brindar desde la consulta de alto riesgo obstétrico, atención del parto y atención en la UCIN en los casos requeridos y que al ser extrainstitucionales no se logra ese seguimiento. Fallido: son aquellos pacientes que asistiendo al programa de plan canguro deben reingresar a la unidad neonatal, por su condición clínica (no ganancia de peso).

4. Para el Programa **Ampliado de Inmunizaciones - PAI**, se obtuvo cobertura del 100% de vacunados, en relación de los recién nacidos vivos institucionales.

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 97 colaboradores de las áreas críticas asistenciales. La prevalencia de pacientes que presentaron UPP dentro la atención fue de 14%, del total de atenciones en el periodo, con tendencia estable durante el periodo, logrado a través de la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas.

Actualmente como oportunidad de mejora del Programa de Promoción y Prevención, se están documentando adicionalmente desde finales del periodo, los programas orientados al riesgo identificado en la población desde el área de urgencias, hospitalización y consulta externa, que permite abordar al usuario mediante acciones de prevención secundaria y terciaria. Se adelantan los programas de Clínica de Anticoagulación, Programa Manejo de Paciente Crónico y Programa Educación en Salud, que permitirán brindar herramientas de educación, acompañamiento y seguimiento institucional a los pacientes objetos de estos, de manera transversal en la prestación del servicio de salud.

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
		I SEM	I SEM
Habilitacion y Rehabilitacion Fisica	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	1177
IAMII	# gestantes y/o maternas a quien se realizo seguimiento del programa IAMII	ND	362
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	ND	108
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	ND	119
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0,0%	0,0%
	Cobertura RN vacunados contra HepB	100,0%	100,0%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0,0%	0,0%
	% Canguro fallidos nacidos extrainstitucional	0,0%	0,0%
	%inasistencia al programa madre y padre canguro	19,2%	16,4%
	%Informacion y educacion brindada a padres y madres en plan canguro	100,0%	100,0%
Clinica Cuidado de las heridas y de la Piel	Prevalencia de UPP en el periodo	12,3%	12,9%
	# de personas asistenciales de unidades capacitadas en el periodo sobre prevención de UPP	ND	97

2.3 CENTRAL DE CITAS

CENTRAL CITAS	2014	2015	2016	2017
	I SEM	I SEM	I SEM	I SEM
LLAMADAS RECIBIDAS	52.575	56.029	42.770	41.162
LLAMADAS ATENDIDAS	43.594	47.423	36.363	33.030
% LLAMADAS ABANDONADAS	16%	15%	13%	19%
% LLAMADAS DE INFORMACIÓN	22%	22%	28%	26%
% LLAMADAS DE CONFIRMACIÓN	ND	4%	5%	7%
% CITAS POR CORREO SOLICITUD	#¡DIV/0!	2,42%	0,6%	3,3%
% CITAS POR WEB SOLICITUD	0,00%	0,00%	0,32%	0,56%

Las llamadas recibidas y atendidas bajaron 6% comparado con el 2015 y con en 2016 bajamos un 28%, debido a las novedades de las EPS mencionadas, adicionalmente los pacientes desde el III trimestre de 2016 manifestaron que la EPS Convida les autorizó atención en IPS Procardio y Soacha.

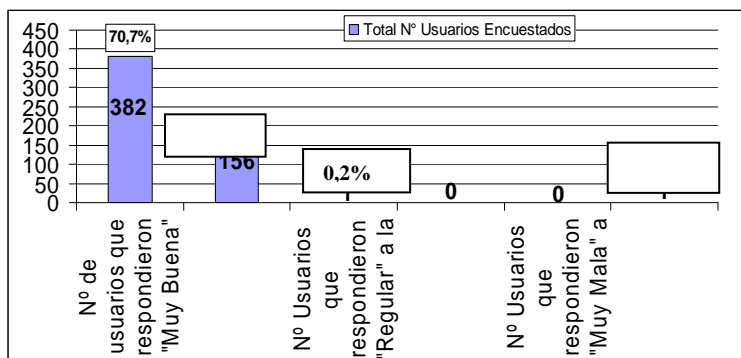
El porcentaje de abandono se aumentó en un 46%, ya que en el I semestre de 2017 se tuvo novedades de operadores como calamidades, vacaciones y retiros, que hicieron que se presentara este resultado. Se optimizaron los tiempos de bajo volumen, en realización de llamadas de confirmación a las citas no solo que se encontraron a más de 20 días, sino a las agendas que presentaron mayor inasistencia, lo que contribuyó a mejorar el indicador. En cuanto a las citas por correo, se observa un aumento significativo, a expensas del INPEC, quienes son los que mayor demanda de este medio realizan. Desde el II trimestre de 2016, se dio inicio a la asignación de citas por página web, aumentando un 70% frente las solicitudes del 2016, pero no se ha logrado el aprovechamiento en la utilización de este medio. La inasistencia se espera mejorar a través de mecanismos tecnológicos de recordación de citas, que se están revisando, para su implementación.

2.4 ATENCION AL USUARIO – HUS SEDE BOGOTÁ

INDICADORES I SEM 2017.

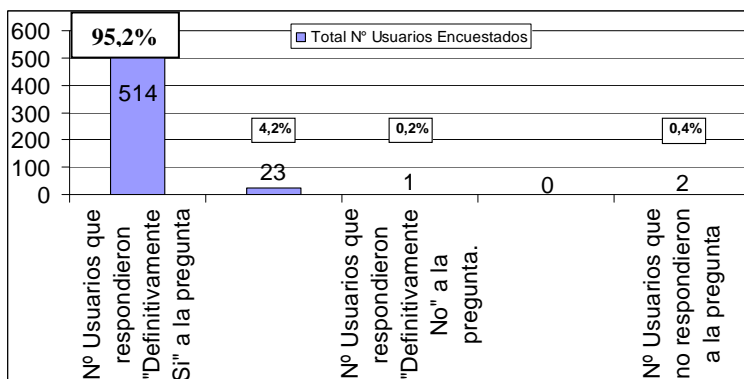
❖ PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL. RESOLUCION 0256 DE 2016.

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



❖ PROPORCION DE FIDELIZACION hacia la IPS. RESOLUCION 0256 DE 2016.

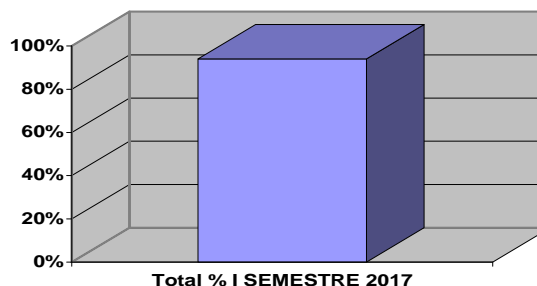
¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?



❖ Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global General HUS I SEMESTRE de 2017 (incluye HUS Bogota más U.F. Zipaquirá).

FORMULA	RESULTADOS I SEMESTRE 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	890 / 946
Total % satisfacción Global HUS 2017	94%

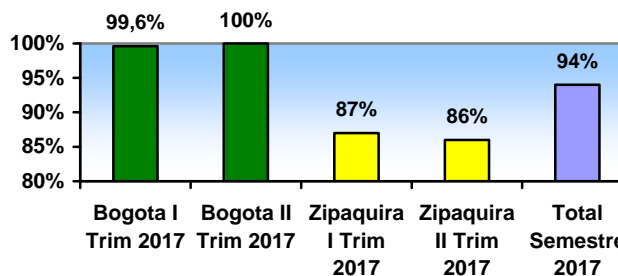
% Satisfacción Global HUS : Bogota más U.F. Zipaquirá I Semestre 2017
94%



❖ Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS por cada sede del HUS I Semestre 2017:

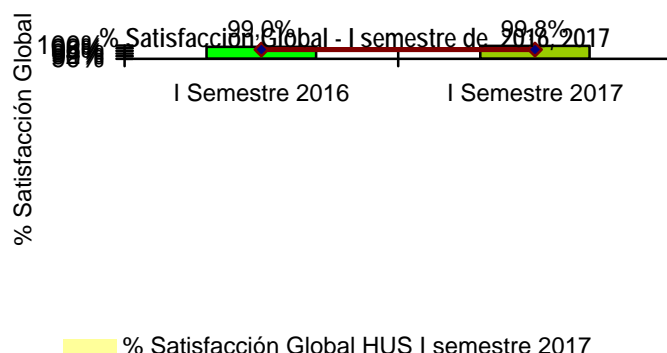
FORMULA					
FORMULA	Bogota 2017		U.F. Zipa 2017		Total Semestre 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	I Tri m	II Tri m	I Tri m	II Tri m	(94%)
	270/271	269/269	164/189	187/217	
	99.6%	100%	87%	86%	

% Satisfacción Global HUS I Semestre de cada una de las sedes: Bogota, U.F. Zipaquirá, 2017



❖ Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS I Semestre 2017:

Trazabilidad Semestral el Indicador 2016 - 2017, HUS Bogotá.



FORMULA	ENERO A JUNIO 2017						I SEMESTRE 16	I SEMESTRE 17
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN		
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	92/92 (100%)	90/91 (99%)	88/88 (100%)	92/92 (100%)	89/89 (100%)	88/88 (100%)	458/463 (99%)	539/540 (99.8%)

El resultado de los indicadores del I semestre de 2017 muestran una alta satisfacción del usuario paciente y /o familiar frente a los servicios recibidos en el HUS, lo que es producto de la transformación cultural del colaborador frente a la prestación del servicio y a las acciones realizadas por todas las dependencias del HUS a través de los diferentes planes de mejora implementados (acciones correctivas, preventivas o de mejora) o correcciones de acuerdo al enfoque de la gestión por procesos, lo cual no se exige la interposición y presentación de quejas y reclamos por parte de los usuarios durante el ciclo del servicio, que constituyen un momento de verdad en la atención y representan una oportunidad de mejora. En comparación con el I Semestre de 2016 se observa un leve aumento y en ambos periodos continúa alta la satisfacción percibida.

Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de Encuestas de Satisfacción durante el I Semestre del 2017

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS -(PRIMER SEMESTRE 2017)
UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO	En el área administrativa hay mucha negligencia. algunas enfermeras del turno de la noche son groseras
HOSPITALIZACION	Ortopedia: Los baños y las duchas no sirven, el agua sale fría. El desayuno llega muy tarde. Ginecología: Las enfermeras del turno noche son groseras. El desayuno lo suben muy tarde.. Neurocirugía: En la tarde no desocupan las canecas. En algunas ocasiones las enfermeras no acuden al llamado. Cirugía general: Los médicos en ocasiones no dan el reporte medico y las enfermeras de la noche son displicentes. Quinto piso: Los vigilantes de la entrada son groseros

URGENCIAS	En general hacen mucho ruido. Las enfermeras son desatentas. El tramite para hospitalizar es demorado
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO	Los vigilantes de la entrada son groseros.

UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO	Que el fin de semana dieran mas información medica Que las visitas fueran mas largas Una sala de espera más cerca a la unidad de cuidado intermedio La auxiliar de enfermería del turno de la tarde es grosera
HOSPITALIZACION	Ortopedia: Que le asignaran al familiar una silla o sillón cuando es de acompañante permanente para poder descansar de noche Ginecología: Que hubiera un parqueadero mas económico para los familiares por que el del frente es muy costoso
CONSULTA EXTERNA	Que haya puntualidad en la hora de la consulta Muchos estudiantes Que los médicos sean puntuales Mejorar el servicio, ser mas eficientes Un televisor en la sala de espera Atención por facturación un poco mas rápida
URGENCIAS	Las enfermeras de los turnos de la mañana y de la tarde no están pendientes del paciente La enferma jefe del turno de la tarde jueves 05 de mayo 2017 fue muy irrespetuosa Sillas mas cómodas para el acompañante Una buena cafetería que funcione las 24 horas Que la asignación de camas en piso fuera mas rápido
CIRUGIA AMBULATORIA	Que asignaran la cita POP cuando los familiares van a solicitarla asi el paciente esta hospitalizado
SALA DE PARTOS	Que los médicos pasen revista dos veces al día
RADIOLOGIA	Que hubiera una oficina de CONVIDA dentro del HUS para autorizar Que el Call Center de citas la contestación fuera mas rápida
BANCO DE SANGRE	Que hubiera un informador en portería y recepción para que guié al usuario Socializar a los usuarios trato adecuado a los funcionarios, porque a veces son muy groseros
UNIDAD RENAL	Que siempre hubiera refrigerio en la unidad por que los pacientes salen muy débiles

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

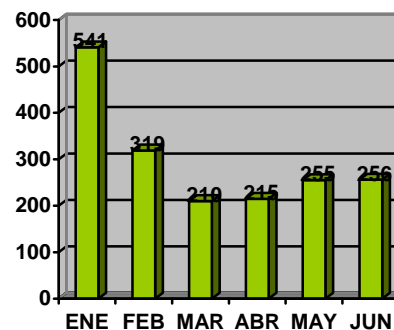
ASPECTO	PACIENTE	CAMA	SUGERENCAS/EXPECTATIVAS – PACIENTE VISITADO
Hotelería Arquitectura	311,417		Baños y duchas dañados, el agua sale fría. En la tarde no desocupan las canecas
Medico	203		Los médicos no dan el reporte medico.
Enfermería	Ginecología, 233, 444, unidad	cuidado intermedio	Las enfermeras del turno de la noche son groseras, las auxiliares de enfermería no acuden al llamado..
Seguridad	UCI,512		Los vigilantes de la entrada son groseros..

Nutrición	311, ginecología	El desayuno llega tarde.
	209,305,340	Los alimentos los traen fríos.

ASPECTO	CAMA	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS - PACIENTE VISITADO
Mantenimiento	513	Timbre dañado
Hotelería	241	El personal de Servicios Generales debe hacer el aseo a diario así el cuarto este limpio
Enfermería	519	Las enfermeras del servicio de urgencias son inhumanas
Seguridad	241	Se presentan inconvenientes para entrar
Nutrición	519	Que den mas fruta

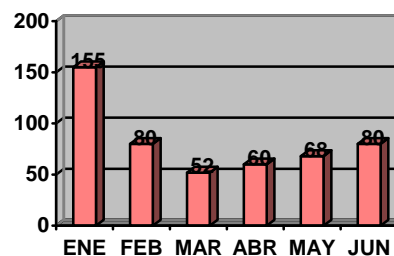
ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DAU: RONDAS, VISITAS Y DYD DE SERVICIOS I SEMESTRE 2017 HUS BOGOTA

RESPONSABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
RONDAS DE SERVICIOS REALIZADAS POR INFORMADORAS	541	319	210	215	255	256	1796



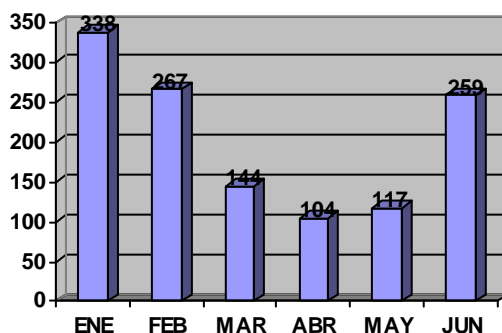
Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente las 2 informadoras de la Dirección de Atención al Usuario realizan RONDAS DE SERVICIO que son visitas cortas de máximo 10 minutos a nuestros pacientes hospitalizados.

RESPONSABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
VISITAS DE SERVICIOS REALIZADAS POR INFORMADORAS	155	80	52	60	68	80	495

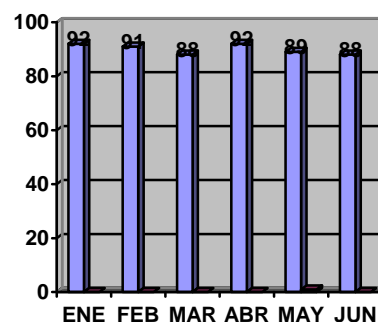


Por otra parte como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, las Informadoras diariamente realizan VISITAS a los pacientes de los diferentes servicios después de 3 días de su hospitalización y aplican una matriz que contiene varios parámetros de calificación de la percepción que tienen nuestros pacientes frente a la atención recibida, que son momentos de verdad en la atención brindada hasta el momento por parte del equipo de salud asistencial y administrativo del HUS con el objetivo de identificar oportunamente sus necesidades y satisfacerlas mediante intervenciones inmediatas o mediatas al igual que prevenir quejas y reclamos por inconformidades en la atención.

RESPONSABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
SOCIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES A USUARIOS AMBULATORIOS	338	267	144	104	117	259	1229



RESPONSABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
ENCUESTAS REALIZADAS POR INFORMADORAS	92	91	88	92	89	88	540
USUARIO INSATISFECHO	0	1	0	0	0	0	1



Las Encuestas de Satisfacción a los usuarios son aplicadas trimestralmente y de manera manual por las informadoras y de acuerdo a la muestra establecida, se cuenta con 12 formatos con modelo específico para Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Sala de Partos, UCI, Unidad QX, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Neonatología, Laboratorio Clínico, imagenología, Banco de sangre y Unidad Renal,

TALLERES DEL PACTO POR EL TRATO AMABLE

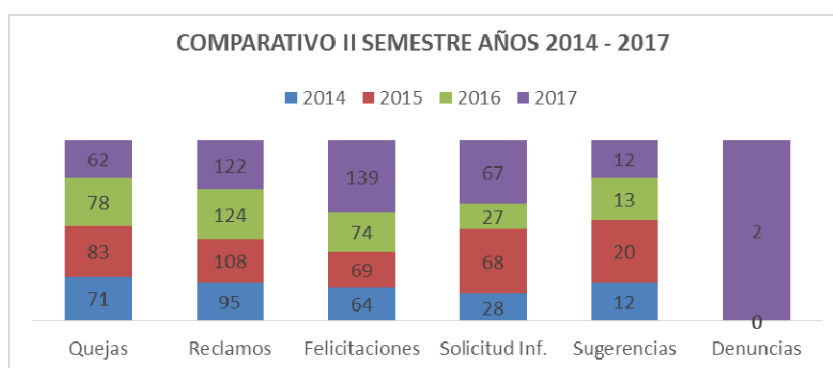
Todo colaborador o cliente interno involucrado en alguna queja o reclamo por posible falta de trato amable se cita y se realiza un taller de sensibilización buscando fortalecer la cultura de la atención humanizada en el HUS como parte del Programa de Humanización, taller que se realiza desde hace más de 5 años por la Dirección de Atención al Usuario

GESTION DE PQRS

Total peticiones I semestre año 2017

COMPARATIVO PQRS I SEM AÑO 2014 - 2017								
CLASIFICACIÓN	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Quejas	71	26%	83	24%	78	25%	62	15%
Reclamos	95	35%	108	31%	124	39%	122	30%
Felicitaciones	64	24%	69	20%	74	23%	139	34%
Solicitud Inf.	28	10%	68	20%	27	9%	67	17%
Sugerencias	12	4%	20	6%	13	4%	12	3%
Denuncias	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%
TOTAL	270	100%	348	100%	316	100%	404	100%

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

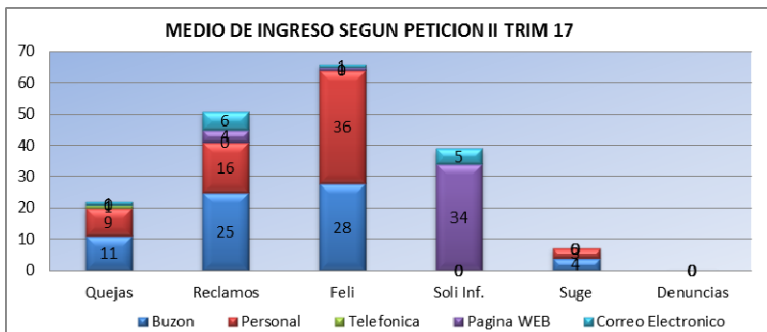


El promedio de recepción de PQRS es de 311 peticiones durante los años del 2014 al 2016 y se observa un aumento de casi un 23% para el año 2017 esto se debe a que se ampliaron los mecanismos y los medios de recepción de PQRS y la promoción que se ha venido realizando para la presentación de las mismas.

Clasificación de PQRS por canal de ingreso I trimestre 2017

CANAL DE INGRESO PQRS II TRIM 2017					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefonica	Pagina WEB	Correo Electronico
Quejas	11	9	1	0	1
Reclamos	25	16	0	4	6
Felicitaciones	28	36	0	1	1
Solicitud Inf.	0	0	0	34	5
Sugerencias	4	3	0	0	0
Denuncias	0	0	0	0	0
TOTAL	68	64	1	39	13

Fuente: Matriz PQRS 2017



De los canales oficiales para la recepción de PQRSD se puede observar que el 72% se encuentra el buzón de sugerencias y la radicación personal y le sigue la página web con un 21%, de igual forma la proporción de la utilización de los medios disponibles las solicitudes de información son el mayor porcentaje de utilización por medio de la página web y se analiza que aumentaron en comparación al anterior trimestre. Se analiza que del total de felicitaciones recepcionadas 36 de ellas se recibieron personalmente en las oficinas de atención al usuario y defensoría del usuario, se espera que para los próximos periodos se vea un aumento tanto en página web y vía telefónica.

Quejas y Reclamos recepcionadas

CLASIFICACIÓN	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Quejas	71	43%	83	43%	78	39%	62	34%
Reclamos	95	57%	108	57%	124	61%	122	66%
TOTAL	166	100%	191	100%	202	100%	184	100%

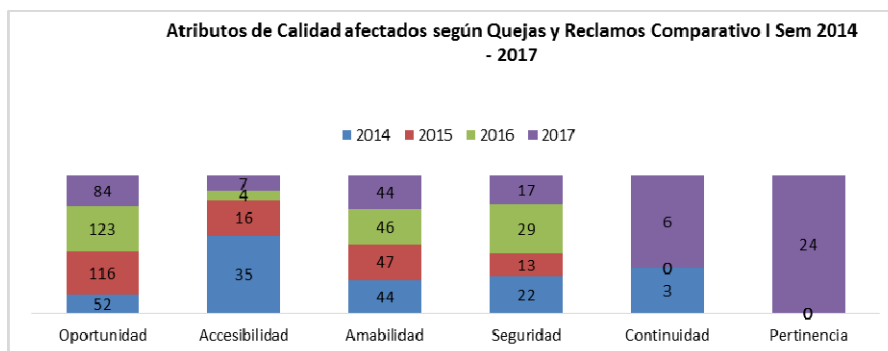
El comportamiento de las quejas y reclamos durante el I semestre de los años 2014 al 2017 se observa un comportamiento similar para estos años donde los reclamos siguen siendo la mayor causa de insatisfacción con un promedio del 60% y las quejas para el año 2017 disminuyen en 7% del promedio.

Clasificación de Quejas y Reclamos por proceso

PROCESOS INVOLUCRADO	I SEMESTRE AÑO 2017							COMPARATIVO I TRIM 2017 - II TRIM 2017			
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	I Trim 17	%	II Trim 17	%
Atención al paciente Hospitalizado	16	21	14	6	7	17	81	51	46%	30	42%
Atención al paciente Ambulatorio	6	10	13	5	3	5	42	29	26%	13	18%
Atención al paciente de Urgencias	5	3	4	1	3	1	17	12	11%	5	7%
Hotelería Hospitalaria	1	1	2	4	1	2	11	4	4%	7	10%
Facturación y Recaudo	1	3	3	1	2	1	11	7	6%	4	6%
Gestión de la Infraestructura	1	0	0	0	0	0	1	1	1%	0	0%
Atención al Paciente Extramural	3	0	0	0	0	0	3	3	3%	0	0%
Imágenes Diagnosticas	0	1	1	3	0	0	5	2	2%	3	4%
Apoyo Diagnostico	0	0	1	0	1	0	2	1	1%	1	1%
Atención al Usuario	0	0	0	3	0	0	3	0	0%	3	4%
Atención Farmacéutica	0	0	0	1	1	0	2	0	0%	2	3%
Atención al Paciente Quirúrgico	0	0	0	1	3	0	4	0	0%	4	6%
TOTAL	33	39	38	25	21	26	182	110	100%	72	100%

Fuente: Matriz PQRSD 2017

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

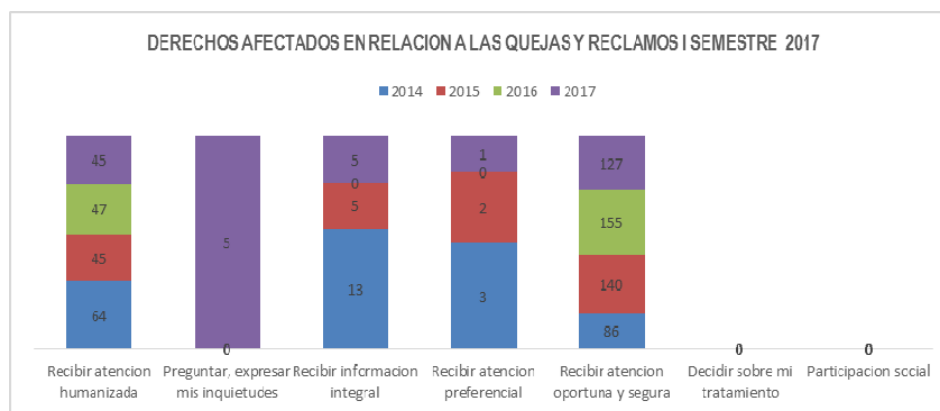


El comportamiento de los atributos de calidad de los I semestres se observa que accesibilidad que era uno de los más altos ha disminuido considerablemente y se observa el de pertinencia en el año 2017 ya que en años anteriores no se había contemplado.

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

DERCHO DEL USUARIO	DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS I SEMESTRE 2017							COMPARATIVO I SEM 2014 - 2017							
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Recibir atención humanizada	13	7	10	3	7	5	45	64	39%	45	23%	47	23%	45	25%
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0	0	5	0	0	5	0	0%	0	0%	0	0%	5	3%
Recibir información integral	0	0	0	2	1	1	4	13	8%	5	3%	0	0%	5	3%
Recibir atención preferencial	0	0	0	0	1	0	1	3	2%	2	1%	0	0%	1	1%
Recibir atención oportuna y segura	20	32	28	15	12	20	127	86	52%	140	73%	155	77%	127	69%
Decidir sobre mi tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	33	39	38	25	21	26	182	166	100%	192	100%	202	100%	183	100%

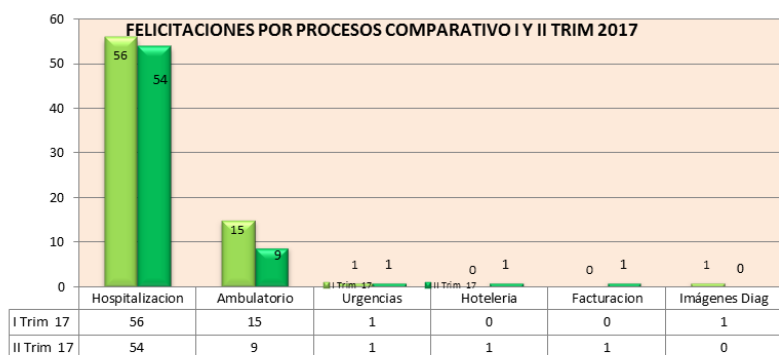
Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario



Se observa que el derecho mayor vulnerado en el semestre 2014 a 2017 continúa siendo el de recibir una atención oportuna, segura y continua, seguido por “recibir atención humanizada y trato amable”.

Felicitaciones por Procesos

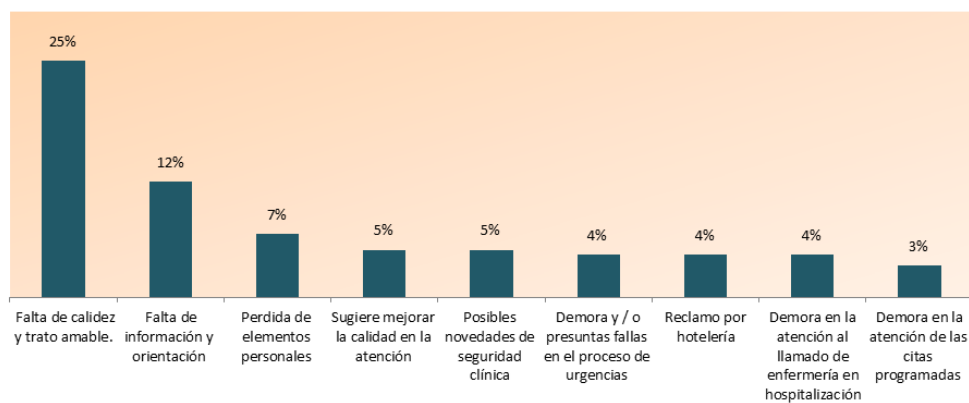
FELICITACIONES I SEMESTRE AÑO 2017								COMPARATIVO I TRIM 2017 - II TRIM 2017			
PROCESOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	I Trim 17	%	II Trim 17	%
Hospitalización	19	12	25	11	20	23	110	56	77%	54	82%
Ambulatorio	4	5	6	3	0	6	24	15	21%	9	14%
Urgencias	0	1	0	0	0	1	2	1	1%	1	2%
Hotelería	0	0	0	0	1	0	1	0	0%	1	2%
Facturación	0	0	0	1	0	0	1	0	0%	1	2%
Imágenes Diag	0	0	1	0	0	0	1	1	1%	0	0%
TOTAL	23	18	32	15	21	30	139	73	100%	66	100%



Es importante resaltar el aumento progresivo que se viene presentando de felicitaciones donde son las principales manifestaciones presentadas durante el año 2017 esto se debe a las estrategias implementadas por el trato amable y el programa de humanización.

- Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el I semestre evaluado:

10 PRINCIPALES CAUSAS I SEM 2017



De acuerdo a las primeras causas se definieron planes únicos de mejoramiento por procesos para analizar las causas de trato amable, pérdida de pertenencias, oportunidad en la atención, que fueron identificadas en el I trimestre pero que continuaron para el II trimestre pero se observa una disminución considerable gracias a la implementación de los planes de mejoramiento por parte de los líderes de procesos.

Acciones definidas y/o realizadas producto de las peticiones

- Retroalimentar al equipo de trabajo de enfermería del servicio de hospitalización en referencia a los aspectos actitudinales, fortalecimiento de la atención humanizada, protocolo de riesgo de caída establecido por la institución, protocolo de cuidados de piel establecido por la institución.
- Retroalimentación al servicio de enfermería sobre el procedimiento establecido en el que se garantiza el acompañamiento del personal de salud al egreso del paciente y se realiza retroalimentación sobre fortalecer la comunicación asertiva tanto al paciente como al familiar.
- Se realizara una verificación técnica del timbre y se estudiara una ubicación de este sistema.
- Solicitud de capacitación en servicio al cliente
- Estrategia de felicitaciones
- Evaluar la implementación de asignar las citas de procedimientos ambulatorios del servicio de radiología a través del callcenter.
- Seguimiento a bitácoras llegada especialista y retroalimentación o ajuste de agenda
- Bajar el número de PQR a través de la sensibilización al personal de la ventanilla No. 10 en la política de Humanización y proceso de Atención al Paciente Ambulatorio y demás colaboradores que incurrieron en posibles faltas de trato amable.
- Desplegar a los Usuarios y su familia por parte del servicio de vigilancia los temas de interés general al ingreso de la entrada principal de los usuarios.
- Definir los criterios y mecanismos para brindar información y orientación al usuario y su familia en el proceso de atención al paciente hospitalizado.

Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley

PQRSD II TRIM 2017					Respuesta en termino de la ley		
CLASIFICACIÓN	ABR	MAY	JUN	TOTAL	Formula	total de peticiones con respuestas al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias, informacion y denuncias)	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Quejas	8	10	4	22	# total de peticiones con respuestas al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias, informacion y denuncias) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias, informacion y denuncias) recibidas en el periodo	22	100%
Reclamos	17	11	22	50		50	100%
Solicitud Inf.	16	10	13	39		39	100%
Sugerencias	2	3	2	7		7	100%
Denuncias	0	0	0	0		0	100%
TOTAL	43	34	41	118		118	100%

Fuente: Matriz PQRSD 2017

Para el II trimestre del 2017, se observa que se radicaron 118 peticiones que requieren de respuesta al peticionario entre reclamos, quejas, solicitudes de información, sugerencias y denuncias de las cuales se dio respuesta oportuna dentro de términos de ley al 100%, aclarando que la información fue evaluada a finales de Julio del 2017.

PAMEC DE ACREDITACIÓN ASIGNADO A LA SUBDIRECCIÓN DE LA DEFENSORÍA DEL USUARIO

De las 5 oportunidades de mejora de acreditación se tienen a cargo 8 acciones específicas de mejoramiento de las cuales se han venido desarrollando y se tiene un cumplimiento aproximado de 81%.

FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
ACREDITACIÓN	Fortalecer el procedimiento relacionado con las quejas y los reclamos de los usuarios donde el enfoque del ciclo PHVA se evidencie completamente	Formular acciones correctivas de las Quejas y reclamos priorizando las más críticas y/o que se repiten por la misma causa	Trimestral	Elaboración de informes trimestrales	Subdirectora de Defensoría del usuario	Para el I y II trimestre se consolidó la información por procesos de las causas de las quejas y reclamos identificando las más críticas y las que se repiten por la misma causa, información que es socializada a los diferentes líderes de procesos donde se le informa las causas las cuales deben ser analizadas y llevadas al Plan único de mejoramiento según análisis realizado. Se envía informe por cada uno de los procesos que presentaron quejas y reclamos para su análisis de cada una de las peticiones y adicionalmente en el informe de gestión de la defensoría del usuario se presentan las causas por procesos. Cumplimiento 100%	COMPLETO	Ninguna
ACREDITACIÓN	Fortalecer el seguimiento, análisis y seguimiento a la efectividad de las acciones que aseguren la eliminación de las causas relacionadas con las quejas.	Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso	Trimestral	Auditorías de seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento documentados	Subdirectora de Defensoría del Usuario	Se realiza seguimiento y control al cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso por parte de la defensoría del usuario, a través de la gestión de las PQRS del siguiente periodo evaluado según la tendencia de las causas identificadas por proceso evaluando el comportamiento de las quejas y reclamos identificadas por cada uno o según informe enviado. Cumplimiento 50%	EN DESARROLLO	Falta de coordinar los seguimientos de los planes de mejoramiento con los líderes por parte de la SDU
ACREDITACIÓN	Fortalecer los mecanismos de comunicación a los pacientes y familiares que brinde información de cómo presentar quejas, reclamos y felicitaciones, monitorearlo y establecer las acciones que correspondan.	Continuar promocionando a los Usuarios los diferentes mecanismos Institucionales de como presentar PQRS: 1) charlas a pacientes en salas de espera 2) durante las rondas a pacientes hospitalizados 3) mensajes en las Carteleros Rodantes de la Dirección de Atención al usuario 4) Página WEB y nuevos mecanismos definidos	Mensual	Reportes mensuales de las actividades realizadas por las Informadoras	1. Directora de Atención al Usuario 2. Subdirectora de la defensoría del Usuario	Desde la oficina de defensoría al usuario cada vez que se presentan usuarios y/o sus familiares a solicitar información general una vez se brinda la información solicitada por los usuarios y se les recuerdan los diferentes mecanismos que tenemos definidos para la y presentación de PQRS, invitando a utilizar los diferentes medios para que manifiesten sus necesidades y comentarios frente a la atención brindada por nuestra Institución. Cumplimiento 100%	COMPLETO	Falta de personal
ACREDITACIÓN	Revisar los deberes y derechos Institucionales a la luz de la ley estatutaria 1751 de 2015 y actualizar según revisión y tomar acciones a que haya lugar.		30/01/2017	Informe de Revisión y/o Justificación de la Ley antitrámite Vs la Declaración Institucional de Derechos y Deberes en salud	Subdirectora de Defensoría del Usuario	Se realiza la revisión de la Ley estatutaria 1751 de 2015, verificando la resolución interna 367 de 2014 de la declaración de los derechos y deberes donde se identifican los cambios de las normas y se contempla diferentes beneficios para los usuarios. El cual se concluye que los derechos y deberes definidos por la Ley se encuentran contemplados en la resolución interna de la declaración de los derechos junto con los artículos citados por la Ley estatutaria, por tal motivo no se ve la necesidad de realizar modificación de la resolución interna 367 definidos en el año 2014. Cumplimiento 100%	COMPLETO	Ninguna
ACREDITACIÓN	Actualizar los derechos y deberes teniendo en cuenta lo establecido en la ley estatutaria (1751 del 2015), divulgar la versión, evaluar el conocimiento y realizar los ajustes pertinentes.	Caracterizar la población desde enfoque sociocultural para identificar los grupos de población específica en los que no se cuenta los Derechos y Deberes en su idioma y lenguas y demás relacionados	30/01/2017	Documento con la Traducción de los Derechos y Deberes otros idiomas y lenguas según necesidades identificadas	Subdirectora de la Defensoría del Usuario	Se realizó una identificación sociocultural de nuestros usuarios con el fin de captar los grupos de población específica que es atendida por nuestra Institución donde se realizó a través del análisis de nuestros clientes (entidades responsables de pago) al cual se solicitó nos informaran que tipo de poblaciones tenían afiliada con dialectos o lenguas madre cuyo resultado se logró realizar la traducción de los derechos y deberes institucionales en la lengua TIKUNA la cual es la lengua madre de Amazonas. Adicionalmente se realiza la traducción de nuestros Derechos y Deberes en el segundo idioma universal que es el Inglés en aras de llegar a los diferentes usuarios extranjeros que posiblemente visiten nuestra Institución. Cumplimiento 100%	COMPLETO	Dificultad para caracterizar la población
ACREDITACIÓN	Realizar la revisión e inclusión de los deberes y derechos para grupos específicos en condición de discapacidad, niños, adultos mayores y en otros idiomas, evaluar su despliegue y entendimiento y establecer las acciones que correspondan.	Definir y elaborar herramientas de divulgación de D y D según necesidad de los Usuarios de acuerdo al Dx realizado	28/04/2017	Documento que define las herramientas de divulgación	1. Subdirectora de la Defensoría del Usuario 2. Comunicadora Social en Misión	Se definen herramientas de divulgación de derechos y deberes de acuerdo al análisis de la población con discapacidad donde se define la realización de video de derechos y deberes donde incluye lenguaje de señas, voz y subtítulos con el fin de proyectar en las pantallas touch, circuito cerrado y página web. Cumplimiento 100%	COMPLETO	La realización del video
ACREDITACIÓN	Realizar actividades de despliegue y evaluación del entendimiento de los D y D a grupos específicos		30/06/2017	Informe de actividades ejecutadas, Fotos, videos...	1. Subdirectora de la Defensoría del Usuario 2. Comunicadora Social en Misión	Una vez se implemente el video se iniciara la medición del entendimiento de los D y D. Cumplimiento 0%	NO INICIADO	La realización del video
ACREDITACIÓN	Evaluar de manera periódica los indicadores que permitan monitorear la gestión del código de ética y el código de buen gobierno en la administración pública, de forma eficiente, íntegra y transparente	Medir la adherencia y gestión del código de ética, a través de la voz del usuario pte y/o flia (PQRS y/o encuestas de satisfacción)	Trimestralmente se realizará la medición	1. Informe de PQRS y/o encuestas de satisfacción 2. Acta comité de Ética y plan de mejora	1. Subdirectora de la Defensoría del Usuario 2. Integrantes del Comité de Humanización	Durante el I trimestre del año 2017 se presentó ante el comité de ética el resultado de las PQRS del cierre del año 2016 donde se socializó los resultados de las quejas y reclamos de los derechos vulnerados en el periodo. Se encuentra pendiente citación por parte del comité de ética para presentar los resultados del I semestre del año 2017. Cumplimiento 100%	COMPLETO	Ninguna

De las acciones de mejoramiento de otras fuentes como autocontrol y auditoría de HSEQ se encuentra en implementación ya que son formuladas en el mes de julio.

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS)

Se dio cumplimiento al cronograma establecido frente a la ejecución del Programa de Humanización:

Se realizaron las actividades programadas del sostenimiento de las 4 Líneas estratégicas (L.E. de Comunicación Asertiva, Manejo de la Privacidad y Confidencialidad, Manejo del duelo y la muerte y apoyando al cuidador) para lo cual durante los meses de marzo y abril aproximadamente a 965 colaboradores se sensibilizaron en la atención humanizada y se resocializó el Programa de Humanización, la Declaración de Derechos y Deberes Institucionales y el Código de Ética, actividad realizada por los integrantes del comité de humanización. Durante el II trimestre se diseñó e implementó los formatos de Ronda de Humanización y se adelantaron 2 Rondas en los servicios de hospitalización, excepto en Urgencias y las Unidades.

Con respecto a la L.E de “Manejo del dolor físico”, se actualizó el procedimiento del “manejo humanizado del dolor, dando alcance a los procedimientos ambulatorios” y a su vez se actualizaron los diferentes procedimientos ambulatorios adicionando el ítem de búsqueda activa del dolor y aplicación de la escala visual análoga para su manejo oportuno, se incluyó en la Historia clínica la variable de dolor como el 5to signo vital y se inició la socialización entre los diferentes médicos especialistas, adicional al control y registro del mismo que ya viene realizando el personal de enfermería. Se debe continuar fortaleciendo la sensibilización y manejo por parte del equipo médico e interdisciplinario.

En relación con la L.E Manejo del Paciente Crónico, se actualizaron los folletos y se elaboro Rotafolio para la educación del paciente y/o su cuidador antes de su salida y de acuerdo al plan de egreso hospitalario. No se realizó la visita de referenciación comparativa a la Clínica Country de Bogotá por limitaciones inherentes a la misma no disponibilidad de tiempo para recibirla.

En cuanto a la L.E de Ambiente y Tecnología amigable se realizaron 2 impulsos de la campaña de manejo del silencio, resocialización de la línea estratégica a grupos prioritarios y la Subdirección de enfermería aplicó la lista de chequeo de adherencia a informar, explicar y pedir consentimiento al paciente cuando se utilicen dispositivo médico o equipos biomédicos para su atención.

La Subdirección de la Defensoría del Usuario para la disminución progresiva de PQRSD por falla en calidez y trato digno definió la estrategia de resaltar las felicitaciones junto con la Subdirección de Desarrollo Humano para incentivar y motivar a los colaboradores promoviendo el reconocimiento y generando expectativas en el mismo con el fin de disminuir progresivamente las quejas y reclamos.

Se identificaron los procesos, servicios y colaboradores que durante el I y II trimestre presentaron nuestros pacientes y su familias manifestaciones de felicitaciones con el fin de publicarlas en nuestros medios de comunicación donde se coordinó junto con desarrollo humano y comunicaciones el resaltar a los colaboradores involucrados con la toma de una foto grupal o individual con el fin de reconocer públicamente esa gran labor realizada durante el proceso de atención, adicionalmente se pudo observar una gran expectativa entre los colaboradores al momento de publicar y a su vez la Subdirección de Desarrollo Humano a través del programa de incentivos realizo una actividad a los colaboradores felicitados donde fueron 80 de ellos a pasar un día en piscilago con el transporte y alimentación incluida.

En cuanto al resultado obtenido entre periodos se puede observar que disminuyeron en un las quejas y reclamos entre el I trimestre y el II trimestre en un 6% es decir que para el I trimestre se recibieron 30 peticiones asociadas a falta por trato amable y para el II trimestre 15 peticiones.

Se ha realizado el análisis causal junto con los líderes de proceso y subdirectores identificando las causas que posiblemente generan quejas y reclamos por fallas por trato amable del cual se ha realizado análisis causas y definido acciones de mejoramiento los cuales se tienen definidas en el PUMP.

Plan Único de Mejoramiento (PUMP) 2017 del Proceso de Atención al Paciente y su Familia.

Se elaboró en el nuevo formato, el PUMP del “Proceso de Atención al paciente y su familia”, el cual incluye lo relacionado con la gestión de Trabajo Social y la Subdirección de la Defensoría del Usuario frente a las PQRSD. En lo concerniente a los aspectos relacionados con la gestión de las peticiones desde la Dirección se realizaron las modificaciones pertinentes que se sustentaron para su aprobación final y publicación en la intranet en el sistema de gestión documental.

Se actualizó la caracterización del proceso al igual que los procedimientos y todos los formatos de acuerdo a esta nueva caracterización, se socializaron e implementaron en los grupos prioritarios. Se encuentra en actualización el faltante, que corresponde al procedimiento de “ Observaciones del cliente interno” al cual se debe dar alcance en la gestión y acompañamiento al cliente interno por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano cuando el colaborador llegue a ser amenazado o agredido físicamente por el paciente, su familiar o acompañante. Se continúa con la socialización y entrega del Manual de Información y Orientación al Usuario y su familia por parte de las Trabajadoras Sociales y las informadoras y orientadoras de la Dirección de atención al Usuario.

Desde la DAU y Subdirección de la Defensoría del Usuario (SDU) se solicitó la inclusión en el Tablero Único de Control de Indicadores TUCI la variable de Denuncias, desde la SDU se llevan los datos y se reporta mensualmente en la matriz respectiva al área de Estadística y se incluyó en el informe trimestral de gestión de las PQRSD las peticiones clasificadas como denuncias, se continuó informando mensualmente a la referente de Seguridad del paciente las peticiones identificadas con posible novedad del paciente y se realiza comunicado a los Líderes de Proceso, Subdirectores y líderes de Proyecto de las necesidades identificadas de como realizar las respuesta a las peticiones a través del modulo de Orfeo.

Se recomienda a la SDU la traducción de los derechos y deberes en el idioma inglés teniendo en cuenta que es una de las lenguas universales al igual que contar con el video en señas para nuestros posibles usuarios que presenten discapacidad auditiva.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (PAMEC)

Se dio cumplimiento a las oportunidades de mejora del Pamec de Acreditación asignadas a la Dirección de Atención al Usuario las cuales se documentaron y aportaron las evidencias respectivas a la oficina de Planeación, al igual que la información relacionada con los avances del “Programa de Humanización”, “Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)” y gestión de la Asociación de Usuarios HUS. Se realizaron observaciones al informe de autoevaluación de las actividades de mejora de los estándares de PACAS asignadas a la Subdirección de Enfermería, Subdirección de la Defensoría del Usuario y Urgencias.

Se realiza revisión de la Ley Estatutaria Vs Declaración institucional de los derechos y deberes en salud y se realizan ajustes al análisis realizado por la Subdirección de la defensoría del usuario, concluyendo y avalando que No se requiere actualización de nuestra Declaración ya que los mismos están articulados con la Ley.

GESTIÓN DEL RIESGO

Se elaboró y aprobó por la Dirección de Atención al Usuario el “Mapa de Riesgos del Proceso de Atención al Usuario y su familia en la nueva matriz de riesgos suministrada por la Oficina de Planeación, identificando inicialmente 7 incluyendo los relacionados con la gestión de Trabajo Social, y PQRSD, este último debe ser ampliado. Se inició la gestión de los mismos de acuerdo a su priorización.

Para el año 2017 se realizó nuevamente la identificación de los riesgos en el área de Trabajo Social, tales como: falla en la detección de casos para la intervención social, diagnóstico social erróneo, fallas en el reporte a entidades de control, gestión Inoportuna e incorrecta del trámite (oxígenos, ambulancia, medicamento,

remisiones y contra-remisiones y citas para toma de exámenes). Estos riesgos luego del análisis de los controles no requieren ser intervenidos y por ende no se incluyen en el PUMP.

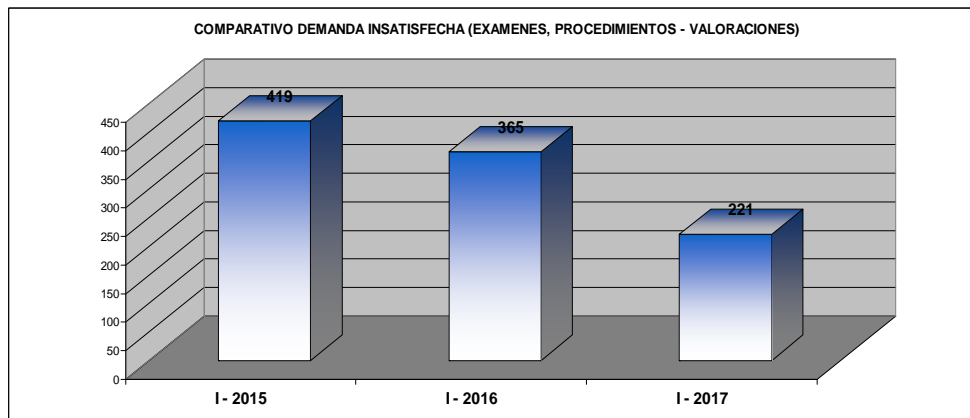
PLAN ANTICORRUPCION

Se documentó y diligenció la matriz del Normograma del Proceso de Atención al Usuario según matriz remitida por la Oficina Jurídica, se revisó, ajustó el procedimiento de PQRSD remitido por la Subdirección de la Defensoría del Usuario incluyendo lo relacionado con radicación de las Peticiones a través del nuevo módulo de ORFEO, se presentó a la Oficina de control Interno el informe del seguimiento al cumplimiento de horarios de Información médica a familiares de los pacientes por parte de los diferentes servicios y se realizó informe de las observaciones de campo realizadas al proceso de ingreso de pacientes, usuarios por la recepción del hospital y observaciones de Infraestructura, de muebles y equipos del área, el cual se remitió a la Dirección Administrativa, Arquitectura y mantenimiento, Subdirección de Hotelería y Coordinador de Vigilancia para fines pertinentes.

2.5 GESTION DE TRABAJO SOCIAL

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

Demanda Insatisfecha



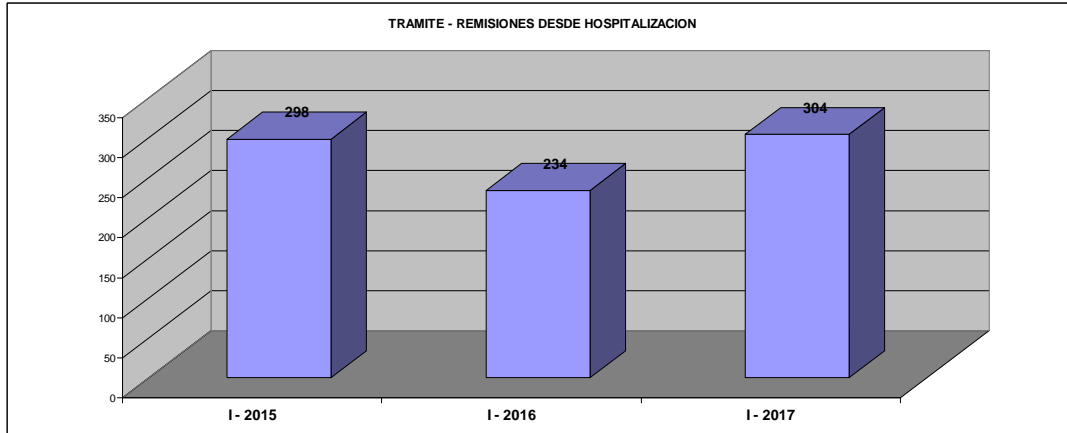
El total de exámenes y/o valoraciones no ofertados por el HUS tramitados por el equipo de Trabajo Social durante el primer semestre de 2017 fue de 221 (de los cuales fueron cancelados 42 y efectuados 179). En comparación con años anteriores ha disminuido este valor debido a que el HUS inicia operación del resonador para el segundo trimestre del año 2016.

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

La oportunidad en el trámite de exámenes y procedimientos se encuentra a 4,8 días debido a las dificultades que presentan las entidades frente a los contratos o capacidad para atención de los pacientes.

Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta ubicación de los pacientes.

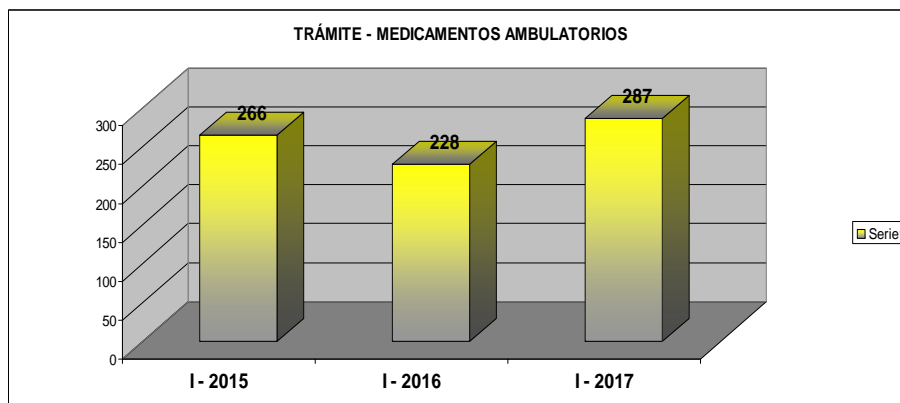
Reporte mensual trámite de referencia de pacientes



De Enero a Junio de 2017 se realizó trámite de 304 remisiones, de las cuales un porcentaje alto va direccionado hacia Instituciones Oncológicas, pacientes crónicos, cirugía cardiovascular y pediátrica, plan domiciliario, segundo nivel, entre otros. El promedio semestral por año es de 278 remisiones.

La oportunidad frente a este indicador se encuentra en 4,1 días. Y se ha visto favorecido en comparación con años anteriores (6 a 8 días) gracias al seguimiento diario por parte del equipo de Trabajo Social y el contacto directo con las IPS, además del apoyo de la parte administrativa con base en la contratación.

Trámite de medicamentos ambulatorios

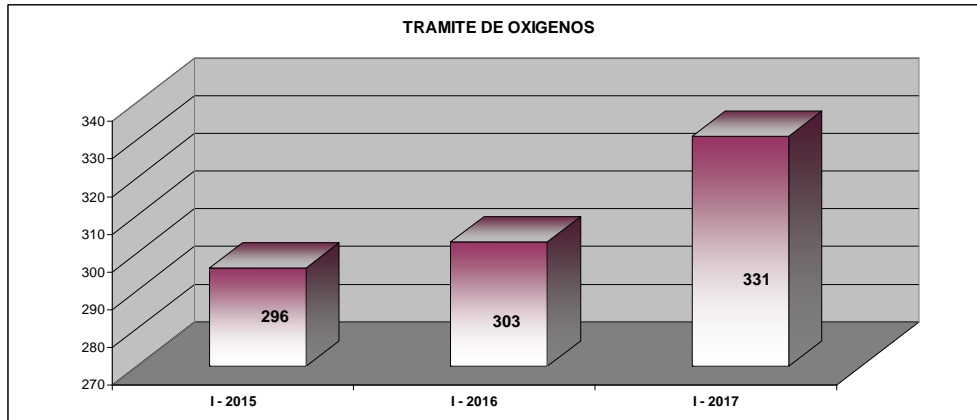


De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que el equipo de Trabajadoras Sociales realizó un total de 287 trámites de medicamentos ambulatorios en lo que va corrido del primer semestre de 2017, siendo la Enoxaparina el medicamento mas requerido por el cuerpo médico. El promedio de trámites de los últimos tres años es de 260 medicamentos para el primer semestre.

Los tiempos de oportunidad en la entrega promedio para el semestre son de 2,6 días. Sin embargo Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta entrega.



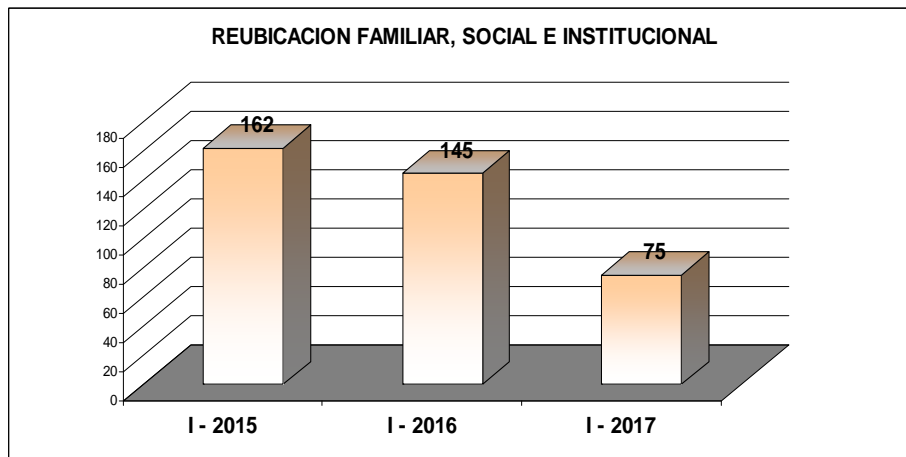
Trámite de oxígeno domiciliario



Frente a la Gestión de Oxígeno Domiciliario se ha realizado un total de 331 trámites en lo que va corrido del año 2017, por el equipo de Trabajo Social. El promedio de trámites de los últimos tres años es de 310 oxígenos para el primer semestre.

Frente a la oportunidad de las EPS para la entrega de éste medicamento es en promedio de 3,2 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.

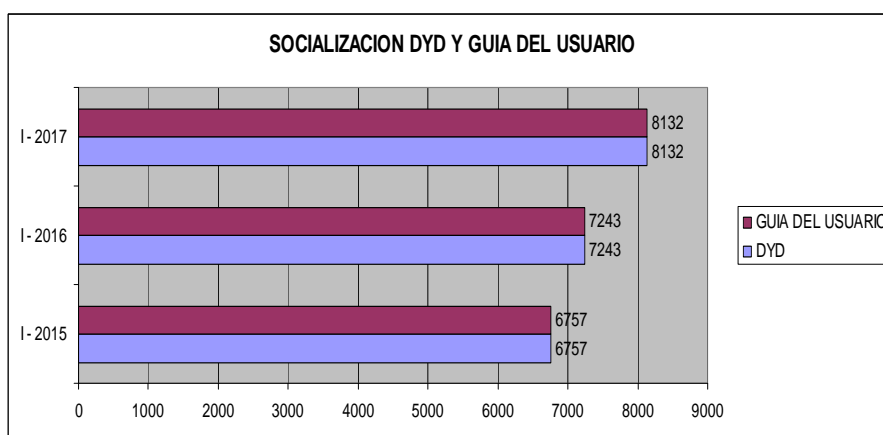
Ubicación y reubicación familiar social e institucional de pacientes



Del total de pacientes reportados en Trabajo Social durante el primer semestre de 2017, se logra la reubicación de 4 menores al ICBF como centro de protección y en proceso de ubicación 71 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.

Para el año 2017 el HUS NO cuenta con recursos financieros institucionales para apoyar a nuestros usuarios (paciente –familia) que tienen dificultades económicas y no cuentan con red de apoyo familiar en Bogotá., pero se están remitiendo a Albergues de la zona del HUS que tienen tarifas económicas y son 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)

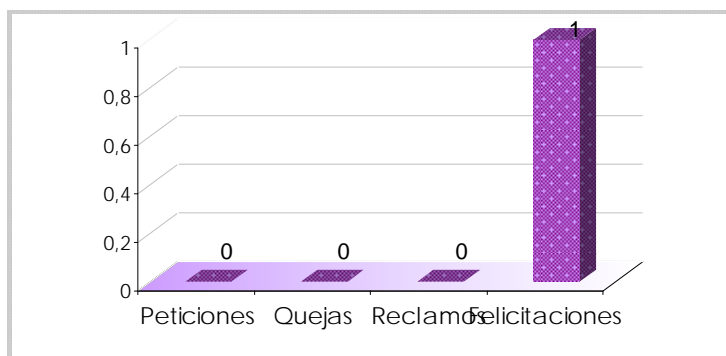
Usuarios socializados en Derechos y Deberes y Manual de Información y Orientación del usuario



El equipo de profesionales de Trabajo Social socializó en Deberes y Derechos y Guía del Usuario un total de 8132 pacientes y/o familiares durante el primer semestre de 2017. Es pertinente señalar que la meta establecida para el equipo es de 1200 socializaciones mensuales, lo que significa que la actividad se cumplió en un 113%, con un promedio mensual de 1355 socializaciones. 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.

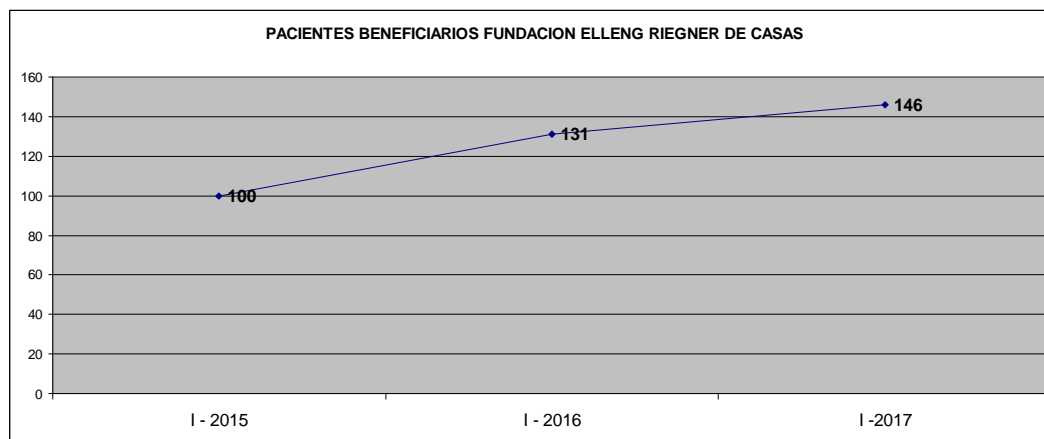
Se resalta que dentro de los derechos que generalmente se hace énfasis a acciones como trato Humanizado información integral, atención oportuna, segura y continua, debido a que son los que presentan un mayor porcentaje de vulneración. En cuanto a Deberes el trato amable y el deber de pagar son los que más se fortalece en el mes con los usuarios.

PQR y Felicitaciones



En el primer semestre de 2017 Trabajo Social no recibió PQRS para dar respuesta. Se recepcionó 1 felicitación por parte de nuestros usuarios, sin embargo la labor desarrollada de acompañamiento familiar permite que diariamente se evidencie agradecimiento de parte de nuestros usuarios para el equipo de Trabajo Social.

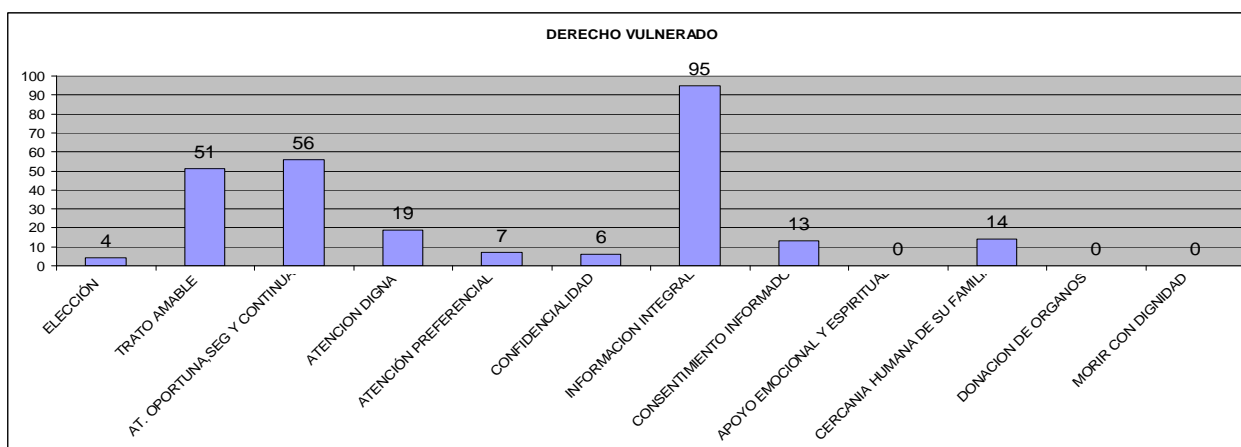
Gestión de la Fundación Elleng Riegner de Casas



Para el primer semestre de 2017 la Fundación Elleng Riegner de Casas apoyó económicamente a 146 usuarios del Hospital Universitario de la Samaritana diagnosticados con cáncer (confirmado o presuntivo), a través de la gestión realizada por algunas especialidades especialmente Ginecología y el equipo de Trabajadoras Sociales cuya finalidad es agilizar los procedimientos requeridos por los pacientes, teniendo en cuenta la demora de las EPS para autorizarlos.

De acuerdo al recurso dispuesto por la Fundación se daba cobertura al 100% de la población identificada con estas características, sin embargo a la fecha y por situación económica la Fundación Elleng Riegner de Casas informa que no podrá favorecer esta acción hasta nueva directriz.

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



Del total de observaciones (265) registradas en el primer semestre de 2017, se observa que el Derecho con mayor número de vulneraciones es la Información Integral (95), seguido de Atención oportuna, segura y continua (56) y Trato amable con 51 observaciones. El Personal asociado a la Vulneración se evidencia que un porcentaje representante corresponde al personal Médico – Especialista - General y personal auxiliar de enfermería.

El equipo de Trabajo Social realiza la identificación en cada uno de los servicios y busca la forma de dar solución a la problemática manifiesta, siendo un intermediario entre el paciente y el personal involucrado en dicha situación de vulneración.

GESTION SOCIAL

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS
RESPUESTA INTERCONSULTAS	804
ORIENTACIÓN Y GESTIÓN DE ALBERGUE	71
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	11
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	12
GESTION HABITANTES DE CALLE	32
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	16
REUBICACIONES A ICBF	4

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 interconsultas, brindando orientación a los familiares que no cuentan con red familiar en Bogotá para que se ubiquen el albergues cerca al hospital, realiza reporte y seguimiento a los casos que se presentan de paciente victima de algún tipo de violencia, se comunica con las diferentes entidades del estado para lograr la ubicación de los pacientes que están en abandono.

GESTION POBLACIONES DIFERENCIALES

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	42
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	4
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	10
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	10
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	38
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	8

Tabla tomada de informe Trabajo Social I semestre 2017.

La tabla anterior señala el total de pacientes o usuarios (población diferencial) atendidas por el equipo de Trabajadoras Sociales, a las cuales el equipo ha logrado dar respuesta a través del apoyo interinstitucional y el cual queda registrado en el anexo de la Historia Clínica (Estudio Social).

Teniendo como base las particularidades de las poblaciones se favorece los procesos de inclusión, restitución de derechos y otros respetando siempre sus conocimientos, cultura, creencias o situación por la que afrontan, las cuales están directamente relacionadas con su proceso salud-enfermedad.

INDICADOR: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

FORMULA	I - 2014	I - 2015	I - 2016	I - 2017
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	56/56	164/164	146/146	75/75
Total % Reubicación	100%	100%	100%	100%

Como se puede evidenciar en la tabla anterior la necesidad manifiesta por nuestros usuarios frente a la reubicación social e institucional de pacientes es del 100%. Sin embargo es pertinente señalar que Trabajo Social ha tenido que dejar de realizar búsqueda activa de estos pacientes con necesidad de ubicación en albergue, teniendo en cuenta que ya no se cuenta con el recurso para apoyar esta gestión desde el HUS y los usuarios o pacientes que se han ubicado se ha dado por el apoyo económico de algunas fundaciones u organizaciones como damas rosadas. Motivo por el cual en lo que va corrido de este año ha disminuido el número de pacientes favorecidos frente a la necesidad de albergue.

PQRS

Durante el primer semestre de 2017 Trabajo Social no recibió ninguna PQRS. Gracias a las felicitaciones que colocaron algunos de los familiares de los pacientes un grupo de trabajo social recibió por parte del Hospital una salida pedagógica.

Logros

- Apoyo al paciente y familia a través de la gestión interinstitucional con entidades como Alcaldías, ICBF, Fiscalía, Ente territorial en general.
- Apoyo a los pacientes con diagnóstico o alta sospecha de cáncer para la realización de procedimientos en el HUS a través del aporte económico de la fundación ELLEN RIGER DE CASAS.
- Trabajo Social cuenta con seguimiento registrado en los estudios sociales de la población Víctima de violencia sexual, maltrato doméstico o intrafamiliar, algunos casos especiales y de las remisiones tramitadas desde Hospitalización.
- Consolidación de una base de datos de los equipos de Trabajo Social y Atención al Usuario de los Hospitales de Cundinamarca que facilitan la interacción y trabajo conjunto en beneficio de la población.
- Se incluyen 32 acciones por Trabajo Social discriminadas en estudio social a fin de facilitar la medición de indicadores del área.

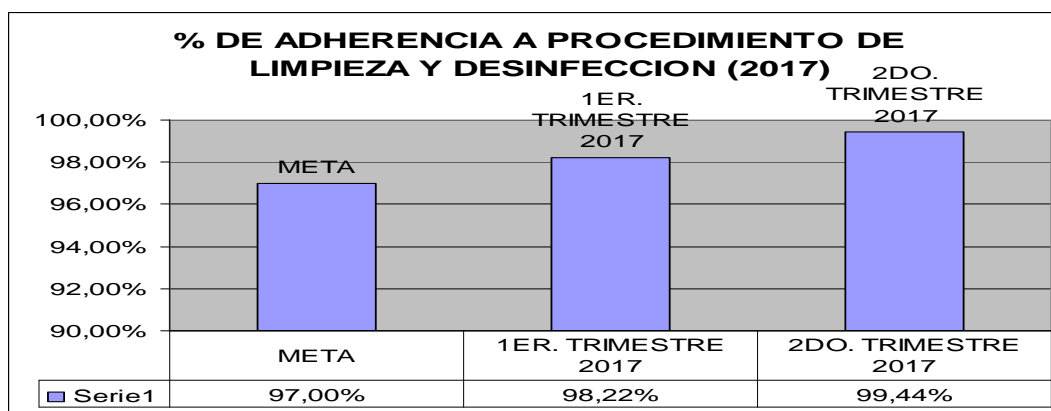
Novedades identificadas

- Para el año 2017 el HUS NO cuenta con recursos financieros institucionales para apoyar a nuestros usuarios (paciente –familia) que tienen dificultades económicas y no cuentan con red de apoyo familiar en Bogotá., pero se están remitiendo a Albergues de la zona del HUS que tienen tarifas económicas y son

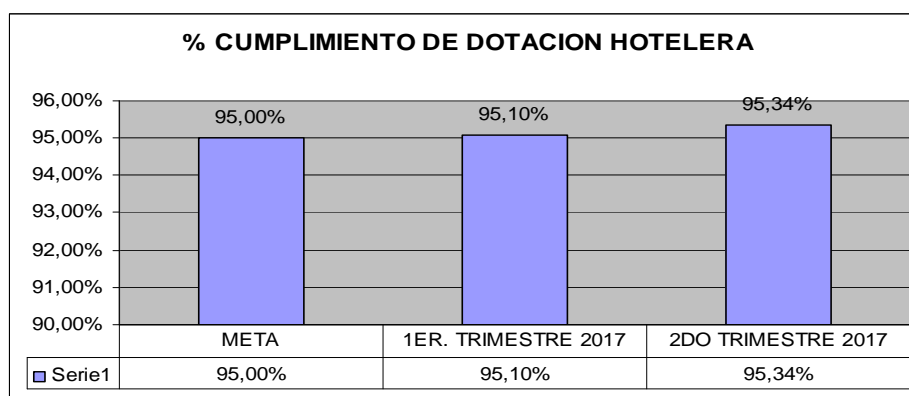
financiadas por las Damas Rosadas, o cupos que otorgan de manera gratuita el Albergue del Centro Camiliano u otras organizaciones (Incluye la red de las EPS).

2.6 GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

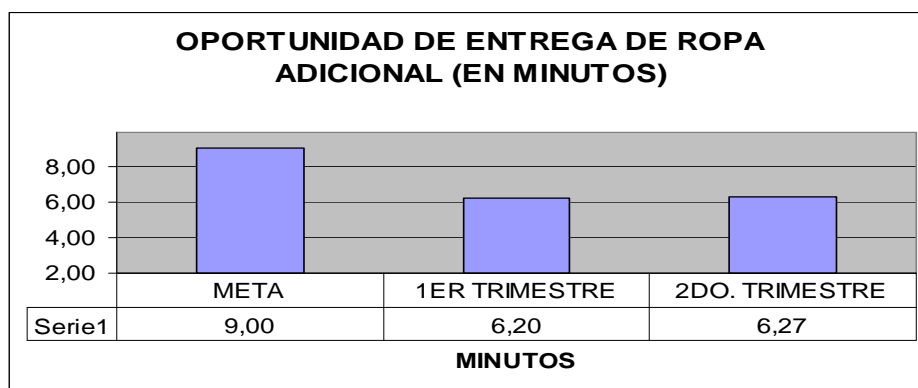
INDICADORES DE CALIDAD A 1ER. TRIMESTRE DE 2017



Para el actual periodo, de acuerdo a las 63 listas de chequeo aplicadas en áreas críticas, semicríticas y no críticas, se sigue observando que el indicador cumple con la meta y hay una mejora en el proceso; sin embargo se evidencia que se deben fortalecer algunos temas puntuales como manejo de residuos hospitalarios en las áreas, cultura de orden y aseo por parte de los colaboradores y uso de elementos de protección personal, con lo cual ya se programaron capacitaciones del personal, re socializaciones de temas relacionados con limpieza y desinfección que se brindan al personal de la empresa de aseo. Así mismo se continúa cíclicamente con el seguimiento a las acciones y mediciones permanentes de los procedimientos ya referidos, teniendo en cuenta que son actividades dinámicas, con cambios de necesidades de acuerdo a cada área.



Para el actual periodo se observa que el indicador alcanza la meta y se mantiene; sin embargo se evidencia que se han deteriorado algunos elementos para lo cual se adelanta en el tercer trimestre la adquisición de bienes de Dotación de Hotelería Hospitalaria y para lo cual se realizará seguimiento para fines pertinentes, en cuanto ala instalación en los servicios de los mismos.



Para el actual periodo el indicador continúa cumpliendo la meta (indicador decreciente), se evidencia que el desempeño del indicador es positivo, es decir hay agilidad y oportunidad en la entrega de la ropa, gracias a las acciones implementadas y verificadas, entre ellas la sensibilización del personal de lavandería en cuanto a los procedimientos y el beneficio para el paciente en la entrega de ropa en los servicios. Igualmente se continuará con el seguimiento permanente de las actividades y mantener así el porcentaje de cumplimiento de indicador

PQRS

En el consolidado de quejas y reclamos del usuario, se reportan las siguientes causas frente a temas relacionados con Hotelería Hospitalaria, de los cuales se dio traslado para gestión: 2 al área de Nutrición (alimentación y cafetería); 5 a la Dirección Administrativa (vigilancia); 1 a la Subdirección de Hotelería (presencia de vectores), dando respuesta y planteando acciones de mejora.

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOTELERIA			
		ABR	MAY	JUN	TOTAL
AJ	Falta de calidez y trato amable.	0	0	1	1
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	1	0	0	1
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.	0	1	1	2
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarías, vigilantes.	2	0	0	2
B	Aclaración de valores presuntamente mal cobrados.	1	0	0	1
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	1	0	0	1
TOTAL		5	1	2	8

En cuanto a la gestión propia de la Hotelería, integrando adicionalmente las PQR de cliente interno y sugerencias de cliente interno y usuarios, se plantearon acciones de mejoramiento, que se describen a continuación:

Motivo	Accione de mejora
PACIENTES QUE AL PASAR A CONSULTORIOS DE OFTALMOLOGIA, ORTOPEDIA Y UROLOGIA QUE SE MOJAN POR LA LLUVIA.	SE SOLICITA AL AREA DE ARQUITECTURA Y MANTENIMIENTO SI HAY VIABILIDAD DE DOMO EN PASO A CONSULTORIOS
SOLICITUD DE SILLAS DE ACOMPAÑANTE EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	SE ADELANTAN LOS PORCESO DE COMPRAS E INSTALACION DE LAS SILLAS EN HABITACIONES Y SALAS DE ESPERA
APARICION DE MOSCOS EN AREAS DE HUS	SE INTERVINO CON EMPRESA DE FUMIGACION Y ADICIONALMENTE SE TRASLADAN ASPECTOS PARA MEJORA DESDE EL AREA AMBIENTAL Y DE INFRAESTRUCTURA PARA ERRADOCACION DE PALOMAS Y GATOS.
MEJORAR LA LIMPIEZA DE VIDRIOS EN LA UCI INTERMEDIOS 5 PISO	SE RETRALIMENTÓ AL PERSONAL DE LA EMPRESA DE ASEO EN LO PERTINENTE Y EN EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS HOSPITALARIAS.

De igual forma las activadse especificas desde el PUM fueron encaminadas a tener estrategias transversales para fortalecer y sensibilizar al personal de la institución en Trato Amable, donde las quejas por éste motivo, se redujeron en un 60% para el segundo trimestre de 2017 en el personal de vigilancia

PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA

AVANCES A SEGUNDO TRIMESTRE:

Para el segundo trimestre, se cumplieron con cinco de seis actividades planteadas y en las fechas establecidas; así mismo la actividad que está pendiente por aprobar, implementar y socializar es el Plan de Saneamiento, y la barrera para su cumplimiento ha sido la demora en la definición del formato y ajustes, por ser un documento muy especifico con unas características por la normativa en servicios de Alimentación, ara o cual se espera cerrar el ciclo.

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA		DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA				RESULTADOS	SEGUIMIENTO 1. FECHA:
DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACION (de/m/año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
En auditoría interna no se cumple en la totalidad de adherencia al procedimiento de Funcionamiento de Servicio de Alimentación: elementos de aseo y compresas en locker; falta de toallas desechables en puestos de trabajo; cajas de cartón mal ubicadas; tablas de madera en el servicio; no se evidencia registro de temperatura y humedad en las tardes y fines de semana; algunos alimentos no están rotulados en neveras y congeladores	1. FALTA DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO 2. FALTA DE INTERES DE LOS COLABORADORES 3. FALTA RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO Y SEGUIMIENTO	1. RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO 02H-H03 FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTACION 2. APLICAR LISTAS DE VERIFICACION A LA ADHERENCIA 3. TOMA DE DECISIONES	31/12/2016 31/01/2017 15/02/2017	REGISTRO DE SOCIALIZACION LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS Y ANALIZADAS CON TOMA DE DECISIONES	INFORME CONSOLIDADO	100%	
El plan de saneamiento del servicio de alimentación no se encuentra en el formato estandarizado por la institución dentro del sistema de gestión documental	1. Reingeniería del Sistema de Gestión Documental 2. Demora en los procesos de gestión documental 3. No se ha realizado el documento en el formato institucional.	AJUSTAR Y APROBAR EL PLAN DE SANEAMIENTO EN EL FORMATO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	31/01/2017	PLAN DE SANEAMIENTO AJUSTADO EN EL FORMATO INSTITUCIONAL DE CALIDAD	DOCUMENTO APROBADO, IMPLEMENTADO Y MEDIDO	25%	Demora en ajustes por definiciones
Se debe ajustar el documento de control de plagas, que incluya el servicio de alimentos; sus anexos que visualicen los anexos en la pirámide documental	1. No está específico el servicio de alimentación en el protocolo 2. No se ha ajustado 3. Se desconoce que debía tener específico el servicio de alimentación	Ajustar, implementar y medir protocolo de fumigación y control de plagas 03H-H06, que incluye específicamente el servicio de alimentación con anexos	02/04/2017	Documento ajustado, implementado, medido y analizado	DOCUMENTO APROBADO, IMPLEMENTADO Y MEDIDO	100%	
SE EVIDENCIA EN EL INFORME CONSOLIDADO DE ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON RIESGO DE FUGA 02H-H09, QUE HAY DEBILIDADES EN LA ADHERENCIA EN EL PERSONAL DE VIGILANCIA	1. No hay buena adherencia al procedimiento de identificación de usuarios con riesgo de fuga 02h-h09 2. Hay rotación de colaboradores y no tienen claro el procedimiento 3. Se debe resocializar el procedimiento y medir de nuevo su adherencia en el personal de vigilancia	1. RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO 02H-H09 EN EL PERSONAL DE VIGILANCIA 2. APLICAR LISTAS DE VERIFICACION A LA ADHERENCIA 3. TOMA DE DECISIONES	31/05/2016	Documento resocializado, medido y analizado con el personal de vigilancia	DOCUMENTO SOCIALIZADO, MEDIDO Y ANALIZADO	100%	
Se evidencia en sala de partos y patología deficiencia en el procedimiento de limpieza y desinfección	1. No están en uso las áreas 2. Falta de socialización de la información 3. Falta de adherencia al procedimiento de Limpieza y desinfección en sala de partos	Resocializar y medir la adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección al personal de aseo de sala de partos y patología.	31/03/2017	Documento medido y analizado	DOCUMENTO SOCIALIZADO, MEDIDO Y ANALIZADO	100%	
Durante el IV trimestre del 2016 y entre enero y febrero del 2017 se han presentado 9 quejas y reclamos por falta de trato amable frente a los usuarios y sus familias por parte del servicio de vigilancia y servicios generales	1. Por agresividad de los usuarios 2. Falta de capacitación servicio cliente 3. Índice de Rotación 3. Desarrollo de las competencia	1. Solicitar al proceso de Talento humano capacitar a los colaboradores de servicios generales y vigilancia en temas relacionados con servicio al cliente 2. Definir los temas a desplegar a los UySF por parte del servicio de vigilancia por acceso principal 2.1. Coordinar con la empresa de vigilancia los temas y espacios de tiempo para realizar el despliegue de la información definida 2.2. Realizar despliegue de la información	1. 25/03/2017 2. 31/03/2017 3. 03/04/2017 4. 10/04/2017	1. Solicitud a proceso de TH de capacitación 2. Descripción de los temas articulado con el Programa de humanización: línea de ambiente y tecnología amigable 2.1 Acta de reunión con la empresa de vigilancia y la oficina de apoyo admon 2.2 planilla de control de asistencia	REDUCCION DE PQR EN EL PERSONAL DE VIGILANCIA POR TRATO AMABLE	100%	

PLAN DE MEJORA ACREDITACION (HOTELERIA HOSPITALARIA): se presentan avances al segundo trimestre, donde se cumplen las fechas establecidas.

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	AVANCE I TRIMESTRE 2017	% de Avance
PACAS	Implementar estrategias y ajustes a los procesos de ingreso a urgencias que permitan ofrecer a los pacientes y familias, mejores condiciones físicas y de confort durante la espera y llamado para la atención.	Implementar estrategias desde el enfoque de hotelería hospitalaria para el mejoramiento de la nutrición, comodidad y seguridad del paciente en los baños, entre otros.	Plan de acción con cronograma de la estrategia definida.	Subdirección de Hotelería	1. Se ajustó, socializó y midió el procedimiento de Distribución de Alimentos a fin de mejorar las condiciones del servicio de Urgencias 2. se asignó un punto de aseo mas en Urgencias para mejorar las condiciones de seguridad y aseo en los baños de urgencias 3. Se esta realizando la compra e instalación de sillas de acompañante	66%
HOTELERIA HOSPITALARIA	Fortalecer la cultura de uso de mecanismos para identificación de visitantes y otros dientes, en áreas de urgencias y consulta externa	1. Resocializar el procedimiento de H-Hos ingreso y egreso de visitantes y pacientes a de guardas de seguridad, personal de enfermería de urgencias, consulta externa, facturación y admisiones	1. Soportes de socialización	Subdirección de Hotelería	Sesocializó ozh-Hos ingreso y egreso de visitantes y pacientes a de guardas de seguridad, personal de enfermería de urgencias, consulta externa, facturación y admisiones y se estan aplicando listas de chequeo	100%
		2. Medir la adherencia por medio de listas de chequeo	2. Listas de chequeo aplicadas		Se aplicaron listas de chequeo	100%
HOTELERIA HOSPITALARIA	Desarrollar un programa de orden y aseo en los diferentes servicios de la institución a fin de fortalecer la cultura de seguridad en el ambiente físico del hospital	1. Definir un programa ó estrategia que garantice el orden y aseo en todas las áreas del hospital	1. Acta de Reunión con definición de programa ó estrategia	Subdirección de Hotelería Hospitalaria	Se aprobaron estrategias de Orden y Aseo en el HUS y se estan aplicando listas de chequeo con apoyo del área de Salud Laboral	70%
HOTELERIA HOSPITALARIA	Desarrollar iniciativas que garanticen mejores condiciones de silencio en servicios ambulatorios y hospitalarios	1. Definir el cronograma de campañas por ayudas audiovisuales y lúdicas que promuevan la cultura del silencio en dos impulsos. 2. Verificar y medir por medio de entrevistas a usuarios en servicios de consulta externa y hospitalización donde manifiesten el ruido ha interrumpido su tranquilidad	1. Cronograma de campañas para mejora condiciones de silencio en toda la institución 2. Entrevistas registradas y analizadas	Subdirección de Hotelería Hospitalaria	El área de Comunicaciones ha apoyado campañas por medios audiovisuales.	100%

Plan de Acción en Salud (PAS)

La actividad que apoya en el PAS el proceso de Hotelería Hospitalaria esta inmersa en el despliegue de las Líneas Estratégicas del Plan de Humanización y en continuar con la Línea Estratégica de Ambiente y Tecnología Amigable.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS	AVANCES II TRIMESTRE DE 2017
CAMPAÑA DE AMBIENTE Y TECNOLOGIAS AMIGABLES: CULTURA DE SILENCIO, CUIDADO DEL AMBIENTE FISICO (RESIDUOS, INSTALACIONES)	EL AREA DE COMUNICACIONES HA APOYADO LOS TEMAS EN CARTELERAS, PANTALLAS, PROTECTORES DE PANTALLAS
SENSIBILIZACION CON USUARIOS EN EL ACCESO PRINCIPAL CON CHARLAS IMPARTIDAS POR PERSONAL DE VIGILANCIA	CAMPAÑA DE SILENCIO, ESPACIOS LIBRES DE HUMO, CUIDADO DE PERTENENCIAS, CUIDADO DE LAS INTALACIONES, IDENTIFICACION DE PACIENTE, DERECHOS Y DEBERES, MANEJO DE RESIDUOS, PLAN DE EMERGENCIAS, HORARIOS DE VISITAS A PACIENTES,
ENCUESTA DE PÉRCEPCION DE TEMAS DE L.E. AMBIENTE Y TECCOLOGIA AMIGABLE	SE APLICÓ ENCUESTA DE PÉRCEPCION DE TEMAS DE L.E. AMBIENTE Y TECCOLOGIA AMIGABLE EN PACIENTE Y VISITANTES DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS: RUIDO, EXPLICACION DE USO DE DISPOSISTIVOS, CUIDADO DE INSTALACIONES, AGUA CALIENTE EN LOS SERVICIOS

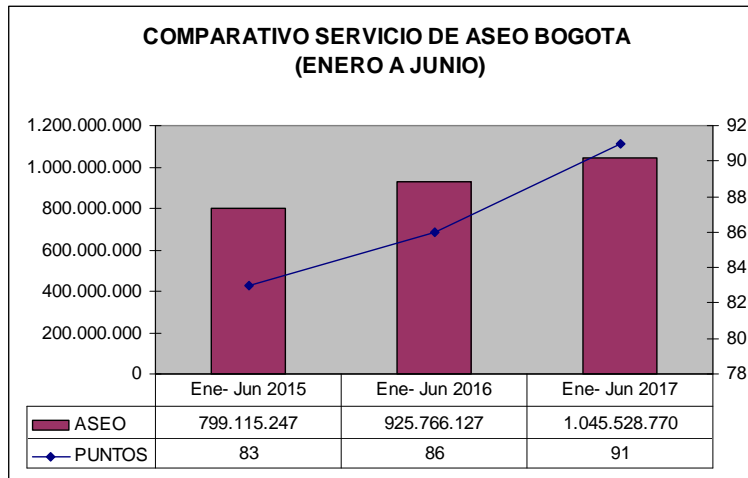
GESTION DEL RIESGO

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

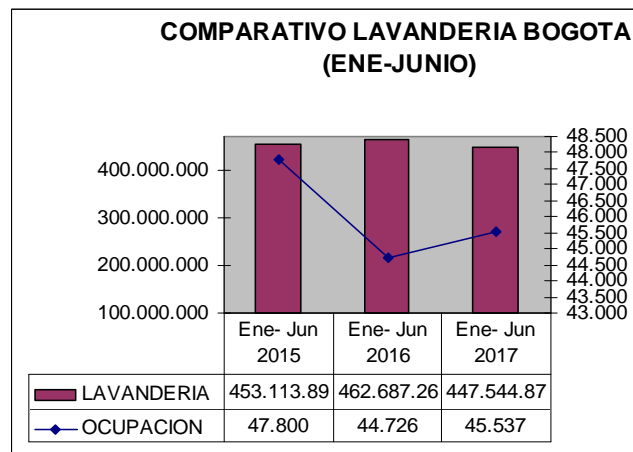
RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACION DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES REALIZADAS	IMPACTO
			ZONA DE RIESGO			
Ingreso de elementos no autorizados	Elementos que ingresan al hospital para causar daño o lesión ha alguno de los funcionarios o usuarios ingreso de alimentos y bebidas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

INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

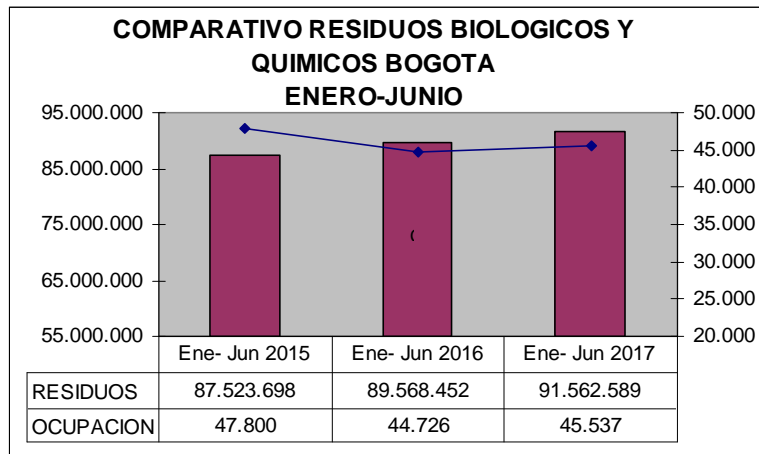
COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2015, 2016 Y 2017 SEGUNDO TRIMESTRE SEDE BOGOTA



El costo del servicio es aumentó realmente en un 5.4% con respecto a la vigencia anterior, comparando el precio versus el aumento de 5 puntos (se pasó de 86 a 91 puntos), definidos por necesidad en reemplazos de personal pensionado y aumento de un punto en Urgencias, y re distribución de personal en cocinetas, definido por alta ocupación para mejora de condiciones de aseo y comodidad.

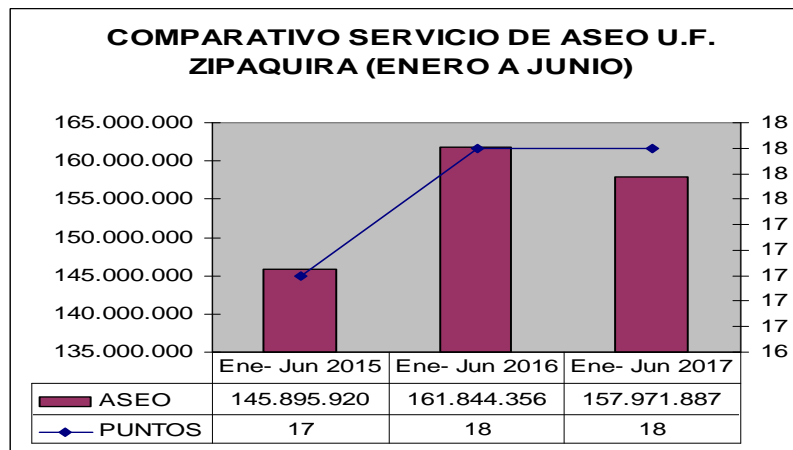


Existe un comportamiento similar en volumen de ropa hospitalaria, y ocupación para los años 2016 y 2017, con respecto al servicio de Lavandería.

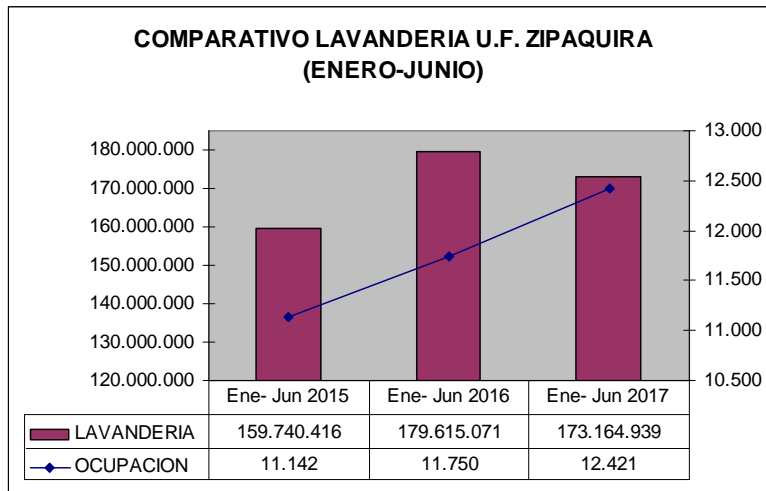


El costo para vigencia 2017 aumentó en un 2%, por el precio de contratación que aumentó en la misma proporción, con una ocupación mayor del 2.0%

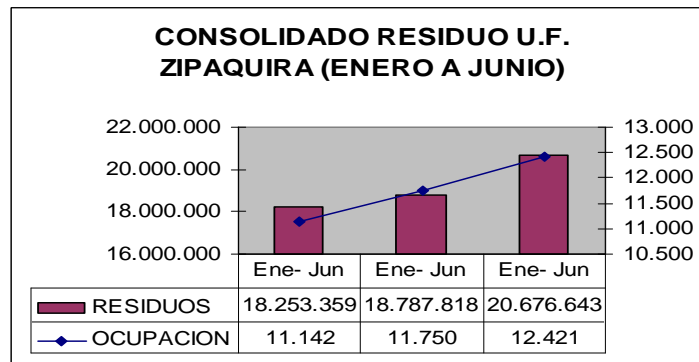
COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2015, 2016 Y 2017 SEGUNDO TRIMESTRE UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA



Se evidencia el costo del servicio menor para la actual vigencia del 2.3%, derivada de menor precio en la contratación.



Existe una disminución en el valor del servicio comparado con la vigencia 2017 en el servicio Lavandería



El volumen en la generación de residuos, se aumentó en el último trimestre por generación de material de citotecnología y descarte de residuos químicos líquidos de procesamiento de patología.

Proceso de adquisición (llevado a cabo en la actualidad).

Muebles de Dotación de Hotelería Hospitalaria para Bogotá y U.F. Zipaquirá:

- Camillas de transporte
- Camilla Ginecológica
- Dotación de Hotelería: Atril, escalerilla, mesa de noche, mesa puente.
- Silla de acompañante
- Tándem para sala de espera
- Camillas

2.7 ATENCION DE ENFERMERIA

Gestión y participación de personal de Enfermería en los diferentes procesos asistenciales y administrativos

Información Referente a distribución de la conformación recursos humano subdirección de Enfermería.

En la conformación actual el porcentaje de personal tercerizado es cada vez mayor en la actualidad comprende el 76% y el personal de planta el 24%, situación que desfavorece aspectos tales como estabilidad laboral, aumento en la rotación, compromiso institucional y sentido de pertenencia con la institución.

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

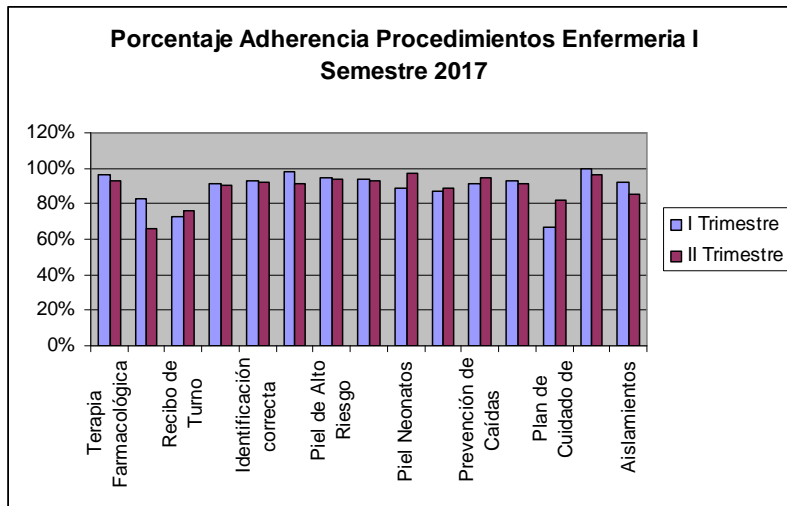
Con respecto a las ausencias no justificadas se continúa el seguimiento con el apoyo de la empresa Coltempora con el apoyo del coordinador asistencial de la misma.

Otro aspecto a considerar son las renunciaciones y términos de misión que corresponden aproximadamente al 20% de las causas de rotación y por ende de ausentismo del personal, variable difícil de controlar, ante estas novedades se hace solicitud prioritaria de contratación por parte de la empresa Coltempora para cubrimiento de estas necesidades.

Por lo anterior la rotación del personal es un factor multicausal no fácil de controlar y que influye en la continuidad, seguridad, calidad en la atención de enfermería brindada a nuestros pacientes, para lo cual la institución adelanta el proceso de concurso de carrera administrativa que permitirá en un futuro mejorar el índice de personal de planta y estabilidad en el recurso humano que favorezca la calidad y seguridad de la atención de enfermería.

Consolidado medición a la adherencia de procedimientos, protocolos prioritarios.

Listas de Chequeo/Meses	I Semestre 2017	
	I Trimestre	II Trimestre
Terapia Farmacológica	96%	93%
Entrega de Turno	83%	66%
Recibo de Turno	73%	76%
Identificación correcta (Adulto)	91%	90%
Identificación correcta (Neonatos)	93%	92%
Cateterización Venosa Periférica	98%	91%
Piel de Alto Riesgo	95%	94%
Piel de Bajo Riesgo	94%	93%
Piel Neonatos	89%	97%
Registro de Enfermería	87%	89%
Prevención de Caídas	91%	95%
Higiene de Manos	93%	91%
Plan de Cuidado de Enfermería	67%	82%
Administración de nutrición enteral (Neonatos)	100%	96%
Aislamientos	92%	85%

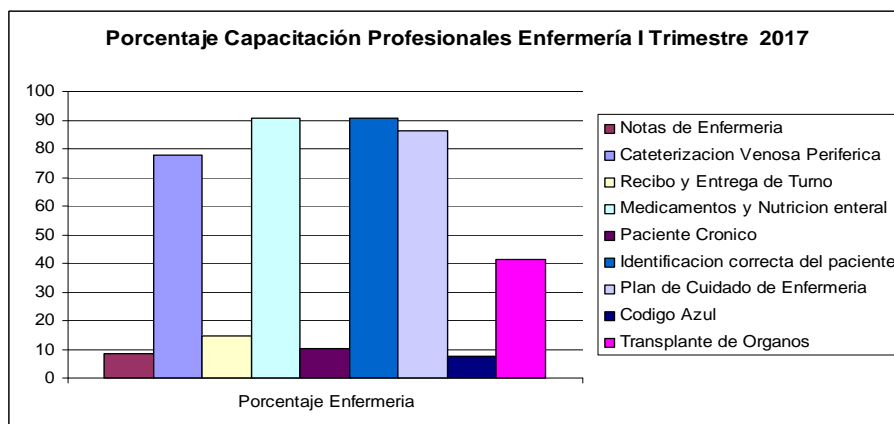


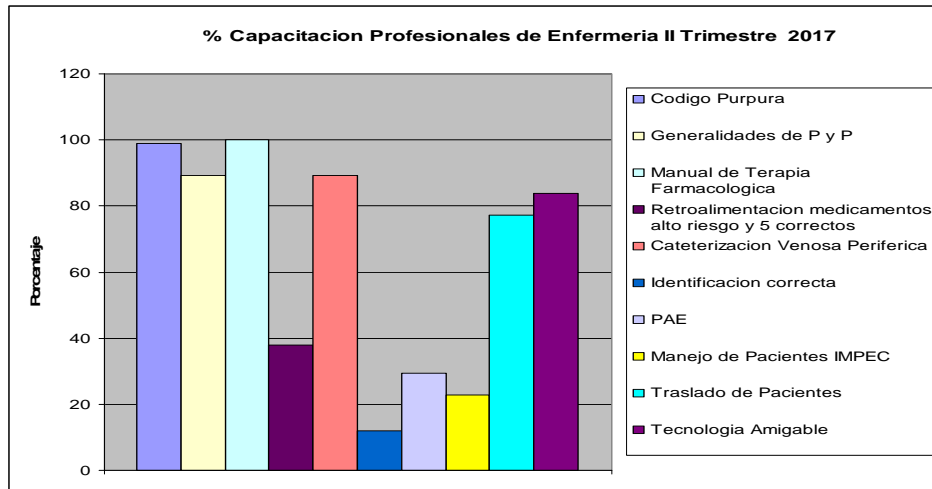
Como se evidencia hay una adecuada adherencia a los protocolos institucionales mayores a 90% para Terapia Farmacológica, Identificación correcta (Adulto), Identificación correcta (Neonatos), Cateterización Venosa Periférica, Piel de Alto Riesgo, Piel de Bajo Riesgo, Piel Neonatos, Registro de Enfermería, Prevención de Caídas, Higiene de Manos, Administración de nutrición enteral (Neonatos), Aislamientos para el procedimiento de recibo y entrega de turno Entrega de Turno se encuentra con un porcentaje de adherencia del 76% para el segundo trimestre lo cual muestra una mejora con relación al primer trimestre por lo que por parte de los supervisores de enfermería y Enfermeros del grupo de calidad se continúa haciendo retroalimentación a los equipos de trabajo de acuerdo con las no conformidades encontradas en este procedimiento.

Se ha venido en avance en adherencia en relación con el plan de cuidado de enfermería lográndose un 82% de cumplimiento y se sigue haciendo acompañamiento en este proceso por parte del equipo de mejoramiento de enfermería.

Información Referente a Capacitación

A continuación, se presenta el consolidado de los temas priorizados en los dos trimestres de 2017.





Para el logro de esta capacitación se realizaron estrategias participativas, lúdicas y de carácter masivo en las cuales se logro convocar un numero importante de asistencia superior 380 personas , con el fin de continuar reforzando temas prioritarios para la calidad en la atención de enfermería y dando cubrimiento a las 4 jornadas, siendo esta una experiencia exitosa.

Temas abordados:

- Control de Infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Identificación correcta del paciente
- Prevención de Ulceras por presión
- Administración segura de medicamentos
- Manejo de pacientes con riesgo de fuga – código púrpura
- Humanización: se tocaron aspectos como Política de humanización, código de ética, derechos y deberes de los pacientes.
- Comunicación asertiva con enfoque a equipo de salud y pacientes., esta con apoyo de la Universidad de la sabana
- Sensibilización el proceso de acreditación

Grupos de apoyo asistencial y administrativo liderados por enfermería

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

Gestión de Paquetes instruccionales de Seguridad del paciente.

Se viene liderando la implementación de los siguientes paquetes instruccionales:

- Prevención de caídas: Doris Helena Torres A.
- Prevención de Ulceras por presión: Leyla Bautista P
- Identificación Correcta del paciente. Deicy Perez Ospino
- Prevención Infecciones asociadas al cuidado de la salud: Myriam Vergara
- Autocuidado: Sandra P Pulido

Distinciones de Enfermería - Investigación – Formación

En la actualidad se tiene conformado el grupo de investigación de enfermería el cual fue reconocido por Colciencias en categoría C. El grupo lleva una trayectoria de 10 años.

Se ha venido avanzando en el tema de formación de los profesionales contando con tres profesionales que terminaron la especialización en Docencia de la universidad del bosque y tres profesionales que cursan programa de maestría en la Universidad de la Sabana.

La profesional del grupo de soporte nutricional, curso diplomado en Gestión administrativa institucional en nutrición.

También se cuenta con la formación de 4 profesionales en Diplomado en docencia en la Universidad de los Andes

Convenios docencia servicio.

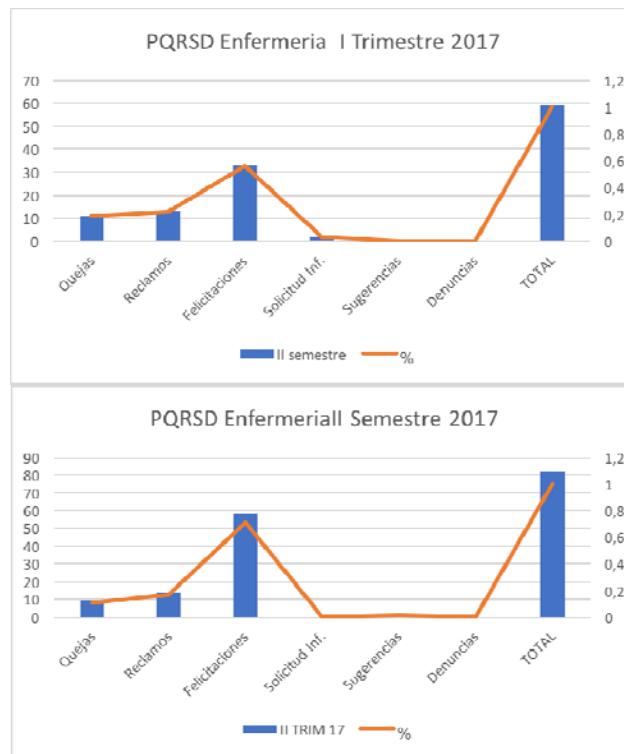
En la actualidad para el área de enfermería se cuenta rotaciones de programa de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, de Universidad de Cundinamarca, Universidad ECCI, Universidad del área andina.

Para Auxiliares de enfermería rotaciones con la Cruz Roja Colombiana

Escuela de logística se encuentra rotación de los soldados en urgencias para adiestramiento de procedimientos básicas asistenciales.

Gestión de PQR

A continuación, se relaciona la clasificación de las PQRSD:



Como producto de las peticiones, quejas y reclamos, la subdirección de enfermería viene realizando retroalimentación en trato amable lo cual se fortaleció además con la jornada de capacitación de mes de marzo además de taller de comunicación asertiva en el cual se logró cobertura de 400 colaboradores (enfermeras, auxiliares de enfermería) dado que la principal queja manifestada por los usuarios fue relacionada con trato amable cuyo factor esencial es la comunicación.

Para las que se consideraron fallas en la adherencia a procedimientos establecidos por la institución se iniciaron procesos administrativos y / o disciplinarios con la empresa Coltempora.

Con respecto a las felicitaciones, se refleja un incremento de estas para el segundo semestre, estas se vienen comunicando de forma escrita a los servicios que corresponda.

La Subdirección de Enfermería junto con líder de Hospitalización y Subdirectora de defensora del usuario adelantamos análisis causal de acuerdo a reportes a quejas y reclamos y se realizara inclusión en el PUM Hospitalización para 2017 en relación con trato amable

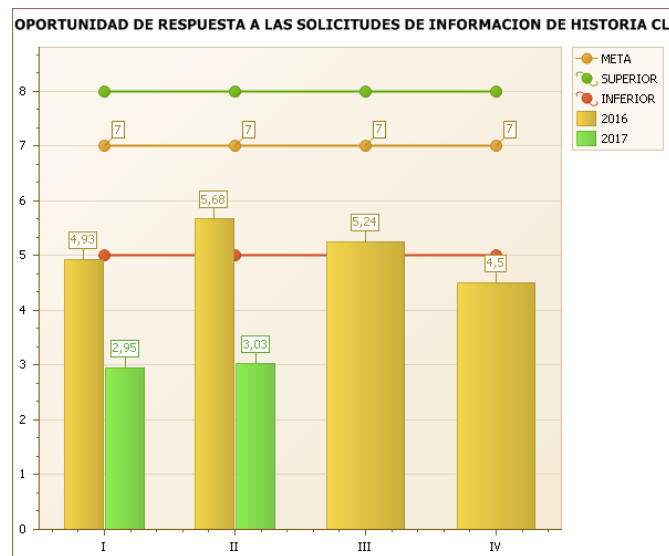
Gestión de la calidad

Se viene participando en forma activa en los estándares de PACAS, Gerencia del talento humano, Gestión de la tecnología, Mejoramiento continua, Direccionamiento, Ambiente físico y se logró una desatada participación en los procesos de enfermería que contribuyeron en la recertificación de los servicios con la norma NTC 9001.

Se han actualizado protocolo de Cateterización venosa periférica, Plan de cuidado de Enfermería, Manual de terapias farmacológica, procedimiento toma de glucometrias, se unifico el procedimiento de traslado de pacientes.

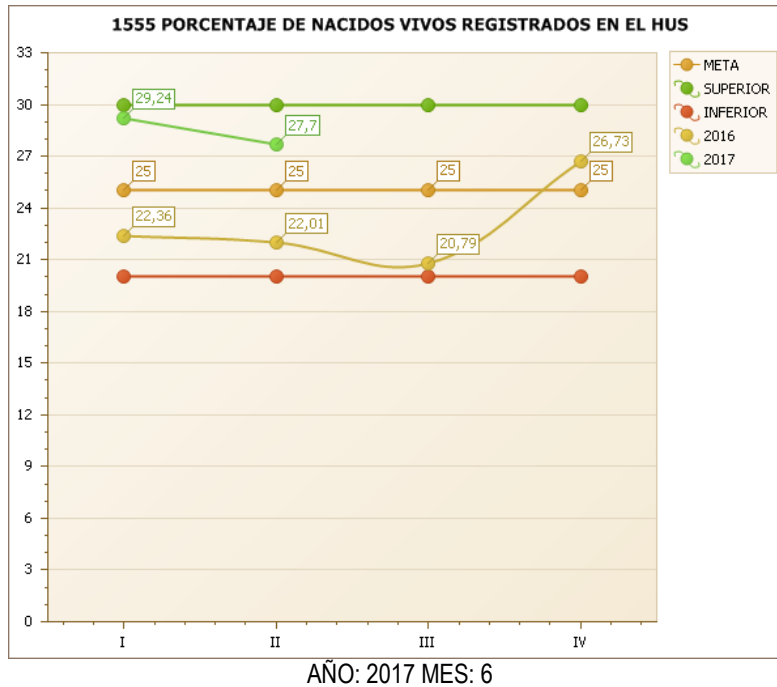
2.8 GESTION AREA DE ESTADISTICA

Indicadores



año: 2017 mes: 6

El resultado del indicador del primer y segundo trimestre de 2017 ha estado por debajo de la meta establecida de 7 días calendario, comparando el resultado con los trimestres del año inmediatamente anterior, hemos reducido la oportunidad en la entrega en 2 días, esto básicamente esta dado por que hemos ido aumentando paulatinamente la entrega en cd lo que genera menos tiempo en el trámite de la respuesta, adicionalmente se canalizan solicitudes, y dan respuestas vía correo electrónico lo que ayuda a disminuir los tiempos de respuesta.



El resultado del indicador del primer y segundo trimestre de 2017 se mantiene por encima de la meta fijada del 25%. el comportamiento de este indicador es fluctuante en los últimos 5 años de medición ya que esta actividad depende de la decisión de los padres del recién nacido, y adicionalmente son pacientes remitidas de los diferentes municipios de cundinamarca para atención del parto en el hus, y al registrar a sus bebés deben retornar posteriormente a la registraduría para la consecución del registro original firmado por el registrador. Se mide este indicador ya que es de impacto social para nuestros usuarios.

PQRS

En el primer semestre de 2017 se ha dado respuesta a 16 PQRS derivadas por la Plataforma de ORFEO por la Subdirección de Defensoría del usuario, todas solicitando información de historia clínica o los trámites para acceder a ella; Se dio respuesta oportuna a la Oficina de defensoría describiendo la normatividad y los requisitos para acceder a información de historia clínica, bien sea solicitud del paciente vivo o de paciente fallecido. En dos de las solicitudes que adjuntaron la documentación requerida, por cumplimiento de la confidencialidad de la historia clínica, se dio respuesta directa desde la oficina de Estadística, informando a la oficina de Defensoría del usuario del trámite realizado.

Planes Únicos de Mejora PUMP

En atención que la oficina de Estadística es parte integrante del proceso de Gestión de la Información, la actividad del TUCI se consolida desde el PUM de la oficina de Sistemas, desde donde se realiza el seguimiento y presentación del avance ya que esta combinado con actividades propias de esta oficina.



Se encuentran parametrizados en el Tablero único de Control de Indicadores TUCI los indicadores de los procesos asistenciales, los cuales generan datos e indicadores a las diferentes áreas y especialidades de la Institución



Dentro del aplicativo se encuentra un reporte con el resumen de los indicadores por proceso donde se visualiza cuantos indicadores aportan a cada componente de los objetivos Institucionales, Criterios de calidad, ejes de acreditación y modelo de atención, indicando el resultado de los mismos por cada criterio.

RESUMEN DE INDICADORES					
	CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	ROJO	VERDE
Detalle	1	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	68		
Detalle	2	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	40		
Detalle	10	APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO	77	20	33
Detalle	16	ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	43	12	15
Detalle	17	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADOS	231	47	64
Detalle	19	BANCO DE SANGRE	133	6	36
Detalle	21	REFERENCIS Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	24		
Detalle	24	GESTION DE LA INFORMACION	1		

APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO							
CALIDAD	CANTIDAD	ROJO	VERDE	OBJETIVOS	CANTIDAD	ROJO	VERDE
PERTENENCIA	1		1	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	1		1
ACCESIBILIDAD	10	6	4	TALENTO HUMANO COMPETENTE	1	1	
OPORTUNIDAD	9			SISTEMA INTEGRADO DE LA CALIDAD	31	5	2
SEGURIDAD	21	5	1	PRESTACION DE SERVICIOS	44	14	30
COMPETENCIA	1	1					
EFICACIA	35	8	27				

EJES	CANTIDAD	ROJO	VERDE	MODELO	CANTIDAD	ROJO	VERDE
ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO	54	17	31	INTEGRAL (EL MANEJO)	12	7	5
GESTION CLINICA EXELENTE Y SEGURA	10		1	MEJORA CONTINUA	39	7	26
HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD	10	2		OPORTUNO	3		
GESTION DEL RIESGO	3	1	1	SEGURO	23	6	2

Plan de Atención en Salud PAS

Referente a la actividad del SIC dentro de los términos establecidos. A la fecha se va en un porcentaje de cumplimiento del 50% dado que el reporte es semestral; el primer semestre se reportó el 31 de julio de 2017, el segundo

Plan de Acción Súper Salud

De acuerdo al informe final de la auditoría de la Súper Salud, donde no se pudieron levantar los supuestos incumplimientos en cuanto al reporte de norma de los indicadores de calidad, por no poder abrir el CD con los soportes de los reportes presentados, se presentó a la Oficina de Control Interno la actividad a plasmarse en el Plan de mejoramiento así:

PLAN DE MEJORAMIENTO						
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Responsable(s) de la acción Nombre / Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
La ESE Hospital de la Samaritana, presuntamente no presento oportunamente el reporte Circular Unica De la Super Intendencia Nacional de Salud al primer semestre de 2016, el cual debería ser enviado a más tardar el 31 de julio y este fue cargado el 30 de agosto, incumpliendo el cronograma establecido por esta entidad de vigilancia inspección y control. INDICADORES DE CALIDAD	Realizar el reporte oportuno de la Resolución 256 de 2016 mediante la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad... y en el artículo 15 "transitorio." se establece que el último reporte que se presentará ante la Super Intendencia de Salud es al segundo semestre de 2015 y a partir del 2016 se realizará según lo dispuesto en la resolución (plataforma PISIS) del Ministerio de la Protección Social.	Realizar el cargue de los archivos de la resolución 256 en la plataforma PISIS del Ministerio de la Protección Social	Porcentaje de cumplimiento de los reportes oportunos de la resolución 256 de 2016	Gloria Stella Bernal - Líder Proyecto de Estadística	Julio de 2017	Enero de 2018
De acuerdo a lo revisado durante el proceso de auditoria, se evidencia un presunto incumplimiento por parte de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana, dado que no presenta el reporte de manera trimestral de los indicadores de alerta temprana, como lo establece la circular 056 de 2009 de la Super Intendencia Nacional de Salud.	La circular 012 de 2016 deroga la circular externa 056 de 2009. Los indicadores para el monitoreo de la calidad se reglamentaron en la resolución 256 de 2016. Por tanto la acción de mejora se relaciona con el cumplimiento del reporte de la Resolución 256 de 2016.	Realizar el cargue de los archivos de la resolución 256 en la plataforma PISIS del Ministerio de la Protección Social	Porcentaje de cumplimiento de los reportes oportunos de la resolución 256 de 2016	Gloria Stella Bernal - Líder Proyecto de Estadística	Julio de 2017	Enero de 2018

Otros

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. OFICINA DE ESTADÍSTICA			
BITÁCORA DE REPORTE DE NORMA DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA			
AÑO 2017			
RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN RESOLUCIÓN	PERIODICIDAD	NUMERO DE REPORTE REALIZADOS A PRIMER SEMESTRE DE 2017
RES 4505 DE 2012	PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	MENSUAL	6 reportes a las diferentes aseguradoras

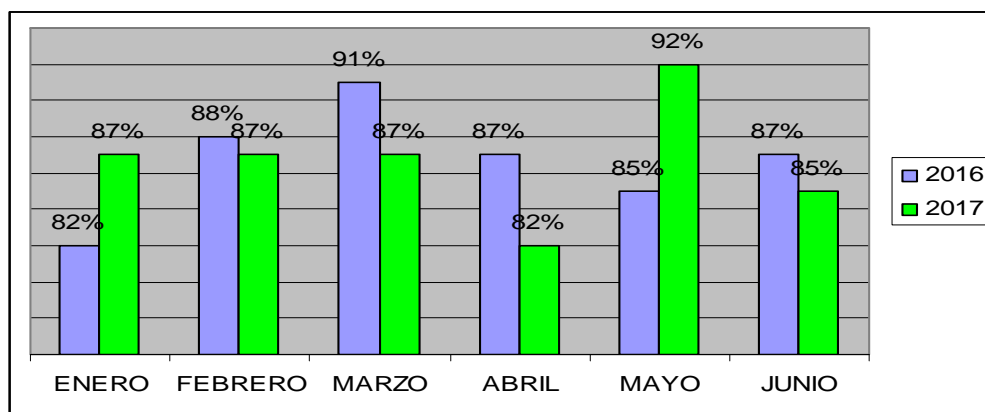
RES 0247 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 0123 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMOFILIA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 2463 DE 2014	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 1393 DE 2015	ARTRITIS REUMATOIDEA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 4725 DE 2011 RES 783 DE 2012 (MODIFICACIONES EN LA RESOLUCIÓN 4725 DE 2011)	VIH SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	SEMESTRAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 3681 DE 2013	PACIENTES CON ENFERMEDADES HUERFANAS	ANUAL	Fecha de reporte noviembre
RESOLUCIÓN 1552	AGENDAS ABIERTAS PARA ASIGNACIÓN DE CITAS	MENSUAL	6 reportes a las diferentes aseguradoras Realizado desde la Subdirección de Consulta Externa
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CALIDAD	SEMESTRAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	2 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CAPACIDAD INSTALADA	ANUAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO
MATRIZ DE GESTIÓN	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	2 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca
RESOLUCIÓN 256 DE 2016	CALIDAD	SEMESTRAL	1 reporte subido al aplicativo PISIS del Ministerio de Protección Social
OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS	CAPACIDAD INSTALADA HORAS MÉDICOS	ANUAL	1 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca

Se mantiene el archivo de historias clínicas debidamente organizado.

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

2.9 ATENCIÓN AL USUARIO U. FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

PORCENTAJE DE SATISFACCION GLOBAL PRIMER SEMESTRE Enero –Junio VIGENCIAS 2016 -2017



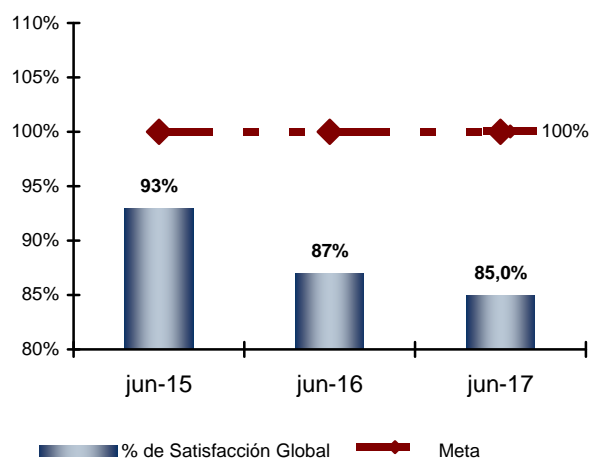
El porcentaje de satisfacción global en el HUS UFZ entre las vigencias 2016 y 2017 analizando de enero a junio se encuentra que la percepción de los usuarios es variada en mes y año manteniéndose entre el 82% al 87%, por lo tanto los usuarios del hospital califican positivamente la atención brindada sin embargo se identifican aspectos para continuar fortaleciendo en la atención como la amabilidad del personal, el trato Humanizado y la agilidad en cualquiera de los servicios especialmente Urgencias y Consulta externa.

Porcentaje de Satisfacción Global HUS

FORMULA	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	1135/1303 87%	1291/1503 86%	405/469 86%

FORMULA	Junio 2015	Junio 2016	Junio 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	225/240 93%	211/240 87%	77/91 85%

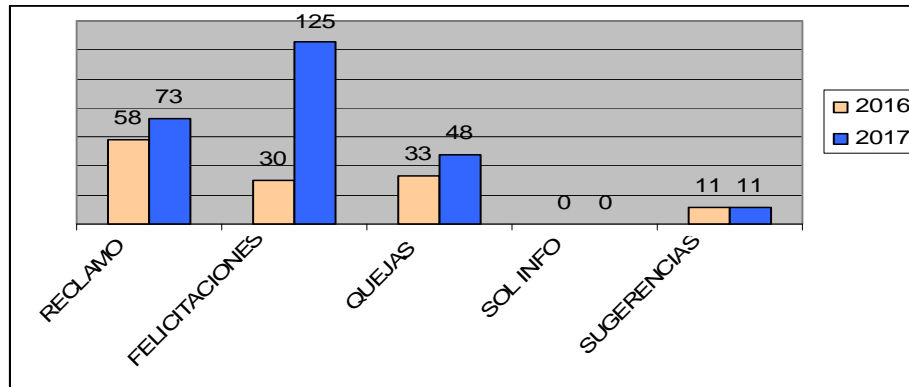
Porcentaje de Satisfacción Global HUS PRIMER SEMESTRE DE 2017



Fuente: Base de datos PQR 2014 – 2016 SIAU

Referente al comparativo del primer semestre 2017 se observa que de enero a junio 405 usuarios manifestaron estar satisfechos con los servicios frente a 469 encuestados por la IPS esto equivale al 96% la razón de la satisfacción varía en los servicios pero resalta el servicio de hospitalización

Peticiones radicadas I Semestre vigencias 2016 -2017



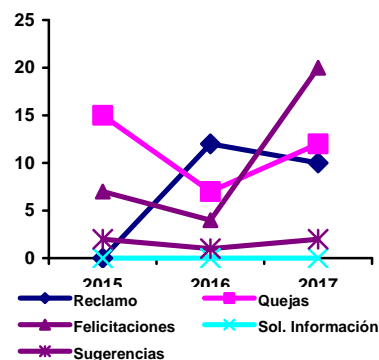
La clasificación de PQRS de usuarios recepcionadas de enero a junio en el comparativo 2016 /2017 muestra que los reclamos aumentaron en el 2017 de 58 a 73 esto en virtud a peticiones de mejoramiento de la atención mientras que el año anterior el reclamo mayor era la oportunidad de las agendas, este año actual los reclamos se enfocan hacia la agilidad en la atención, todo esto para el caso de consulta externa.

Paralelamente podemos analizar las felicitaciones las cuales aumentaron notablemente en el 2017 con 125 reportadas por los usuarios en los buzones de la institución.

Es relevante informar que las quejas han disminuido de forma relevante durante las dos vigencias tanto en el 2016 como el 2017 frente a vigencias anteriores, no obstante en este año se incremento en 15 peticiones nuevas durante el primer semestre, pero siendo muy inferior el dato frente a los reclamos. Y las sugerencias que mantuvieron similitud en número y que se referían a mejoras en la infraestructura del hospital.

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
Reclamo	2 (0.9 %)	58(44%)	73(28%)
Felicitaciones	91(43 %)	30(23%)	125(49%)
Quejas	103(49%)	33(25%)	48(19%)
Sol. Información	0	0	0
Sugerencias	13(6%)	11(8%)	11(4%)
TOTAL	209 (100%)	132(100%)	257 (100%)
NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Junio 2015	Junio 2016	Junio 2017
Reclamo	0	12 (50%)	10 (23%)
Quejas	15 (6%2)	7 (29%)	12(27 %)
Felicitaciones	7(29%)	4 (17 %)	20 (45%)
Sugerencias	2 (8%)	1 (4%)	2(4%)
Sol Información	0	0	0
TOTAL	24(100%)	24(100%)	44 (100%)

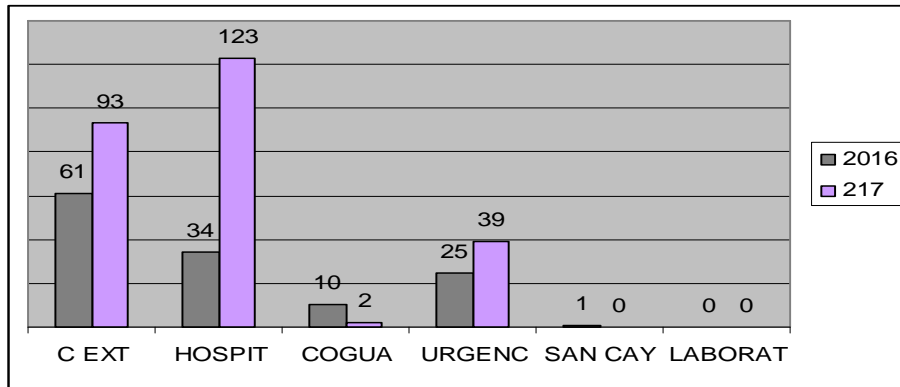
Número de Peticiones radicadas PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Base de datos PQR 2015 - 2017 SIAU

Con respecto al comportamiento de las peticiones en el primer semestre de 2017 encontramos que hubo un total de 257 PQRSD recepcionadas en la oficina de Atención al Usuario resaltando las felicitaciones con un porcentaje de 49% seguido de reclamos y quejas en menor número.

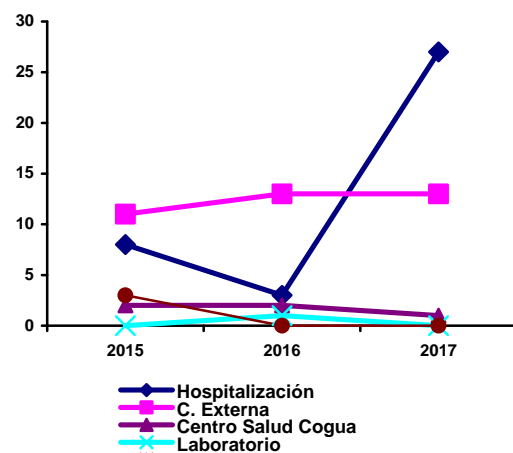
3.2.7.3. Clasificación de Peticiones por Servicio involucrado



La clasificación de peticiones de usuarios por servicio se puede observar que el servicio de Consulta Externa durante el año 2016 fue el de mayor volumen con 61 peticiones, seguido de hospitalización con 34 y por último urgencias con tan solo 25 peticiones; mientras que en el año actual 2017 el servicio que más resalta por número de peticiones es hospitalización, es importante mencionar que esto se debe al gran número de felicitaciones que ha generado ese servicio específicamente Medicina Interna quien es para la evaluación cualitativa de los usuarios es el mejor servicio de la institución en virtud al trato amable y humanizado que allí reciben los usuarios y sus familias, a la atención de los médicos, enfermeras y demás personal, lo que genera igualmente un sentido de pertenencia institucional al personal asignado para este servicio y brinda una imagen positiva ante la comunidad Zipaquireña.

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
SERVICIO	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
C. Externa	47(22%)	61(46%)	93(36%)
Hospitalización	105(50%)	34(26%)	123(48%)
Centro Salud Cogua	26(12%)	10(7%)	2(0.7%)
Urgencias	0	25(19%)	39(15%)
Centro Salud San Cayetano	29(14%)	1(0.7%)	0
Laboratorio Clínico	2(0.9%)	1(0.7%)	0
TOTAL	209(100%)	132 (100%)	257 (100%)

Número de Peticiones por Servicio PRIMER SEMESTRE 2017



NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
SERVICIO	Junio 2015	Junio 2016	Junio 2017
C. Externa	11 (46%)	13 (54)	13(29)
Hospitalización	8 (33)	3 (12)	27 (61)

Fuente: Base de datos PQR 2015 - 2017 SIAU

Cogua			
Urgencias	0	5(20)	3(6)
Centro Salud San Cayetano	3(12)	0	0
Laboratorio Clínico	0	1(4)	0
TOTAL	24(100%)	24(100%)	44(100%)

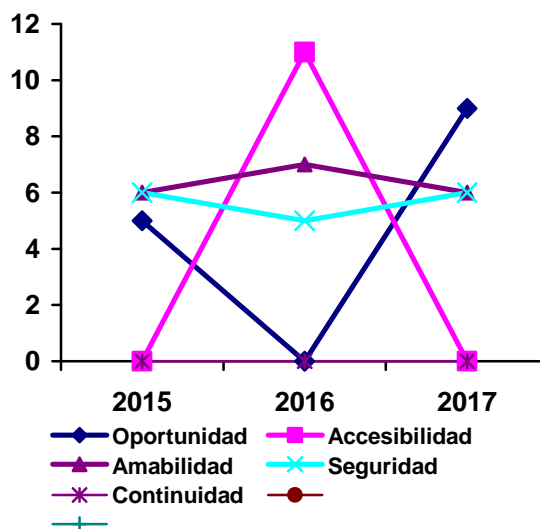
El número de peticiones por servicio analizadas durante el primer semestre de 2017 muestra que el servicio de hospitalización fue el más requerido por los usuarios 123 y con un porcentaje de 48 frente a 257 usuarios que usaron todos los servicios. De igual manera consulta externa es el siguiente servicio mas representativo para los usuarios que en numero fueron 93 con un porcentaje de 36% y en numero menor 39 usuarios que manifestaron alguna petición de urgencias y con un porcentaje de 15%.

Clasificación de Peticiones por Servicio Atributo de calidad afectado

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
ATRIBUTO CALIDAD	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
Accesibilidad	15 (13%)	46(45%)	10(8%)
Amabilidad	37(33%)	39(38%)	39(31%)
Continuidad	0	0	11(9%)
Oportunidad	43(38%)	3(3%)	52(41%)
Seguridad	17(15%)	14(14%)	14(11%)
TOTAL QYR	112(100%)	102(100%)	126(100%)

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
ATRIBUTO CALIDAD	Junio 2015	Junio 2016	Junio 2017
Accesibilidad	0	11(50)	0
Amabilidad	6(25)	7(32)	6(28)
Continuidad	0	0	0
Oportunidad	5(21)	0	9(43)
Seguridad	6(25)	5(23)	6(28)
TOTAL QYR	24(100%)	22(100%)	21(100%)

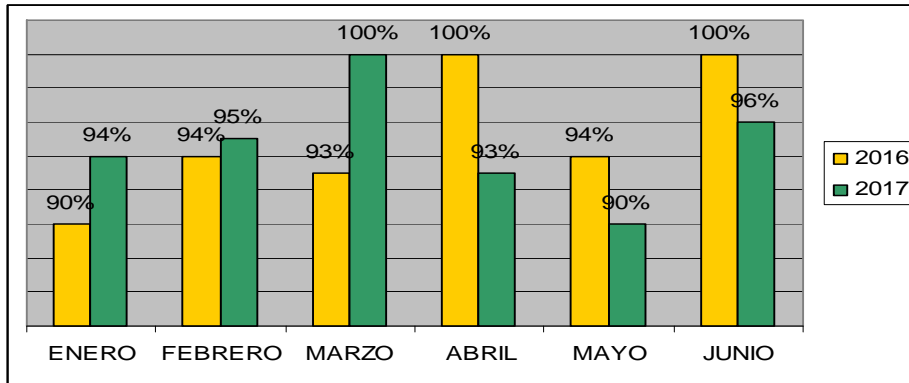
Atributo de Calidad afectado según el total de Quejas Y Reclamos PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Base de Datos PQR 2015 - 2017. SIAU

Con respecto al comparativo primer semestre de 2017 se observa que fueron clasificados 126 peticiones las cuales afectaron directamente el atributo de calidad de los servicios según concepto de los mismos usuarios quienes así lo manifiestan, por lo tanto se observa que de enero a junio 52 usuarios refieren que la oportunidad no fue buena con un 41%; mientras que el 31% piensa que la amabilidad fue deficiente. Respecto a esto es importante resaltar que la oportunidad se vio afectada según el usuario por el digiturno, el cual no ha sido bien recibido por los usuarios, la atención en ventanilla no es satisfactoria por la demora y algunas veces lentitud del sistema, esto propicia las filas y esperas absurdas de los pacientes. Por otra parte la falta de cordialidad en algunos funcionarios n es una falencia en la institución

Indicador Porcentaje de Peticiones con respuesta en términos de ley . I semestre 2016- 2017

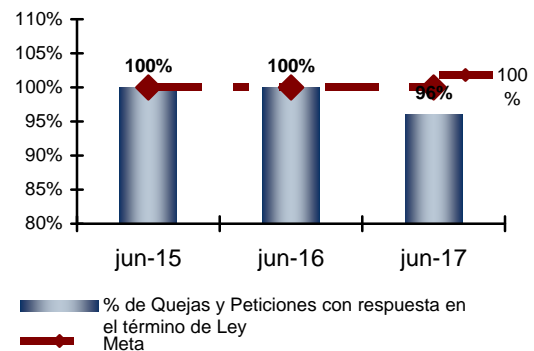


Las respuestas en términos de ley durante el 2016 y 2017 fueron similares en porcentajes en la tabla que arriba se muestra siendo en el 2017 el mas alto el porcentaje de cumplimiento obedeciendo, sin embargo a una falta mas conciencia frente a ello.

	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	158	106	125
# de Peticiones recibidas en el período	158	111	132
% Cumplimiento	100%	95%	95%

Fuente: Base de Datos PQR 2015 - 2017. SIAU

	Junio 2015	Junio 2016	Junio 2017
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	24	20	23
# de Peticiones recibidas en el período	24	20	24
% Cumplimiento	100%	100%	96%



(*) # 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

En la grafica arriba presentada se observa que durante el primer semestre de 2017 se obtuvo un 95% de cumplimiento en la respuesta oportuna a las pqr frente a las peticiones recibidas mensualmente durante ese semestre.

Principales Causas de Peticiones de los Usuarios.

Causas de QR en Urgencias

- Trato mas amable en línea de frente
- Deficiente información respecto a las recomendaciones en salud
- Espacios muy reducidos para tantos usuarios en ellos
- Aseo mas frecuente
- Faltan sillas
- Poca privacidad en área de procedimientos

HOSPITALIZACION

- Agilizar autorizaciones y remisiones
- Mas y mejores equipos
- Medicamentos mas efectivos

LABORATORIO CLINICO

- Mas personal en toma de muestras
- Mas agilidad en la atención
- Mas privacidad en el cubículo

CONSULTA EXTERNA

- Micrófono en ventanilla para llamado de usuarios
- Médicos mas amables
- Ventanilla exclusiva para facturar citas del día
- Agilidad para facturar
- Atención amable personal ventanillas
- Mas atención al adulto mayor
- Mas seguridad (muchos robos)
- Puntualidad (médicos y especialistas)

Centro de Salud de COGUA

- Mejor servicio en urgencias Zipa
- Mejorar valoración medica

Centro de Salud de SAN CAYETANO

- Ninguna
- (excelente Telemedicina)

GINECOLOGIA E IMAGENOLOGIA

- Agilidad en la facturación de citas

CX AMBULATORIA

- Vestier para los pacientes
- Locker para pertenencias de los pacientes
- Claridad en la información
- Mas puntualidad

Gestión de las PQRS y de los resultados Encuestas de Satisfacción

En relación al consolidado de observaciones de los usuarios capturadas mediante las encuestas de satisfacción y las sugerencias encontradas en las PQRS, del año 2017 en la vigencia enero – junio se realizaron las siguientes intervenciones y acciones correctivas:

- Mejoramiento de la infraestructura de la UFZ reparaciones, pintura, adecuaciones en los diferentes servicios en virtud a solicitudes
- En el servicio de urgencias se realizo adaptación contratación de más médicos.
- Tecnología mas moderna para agilización en la atención
- Se cambiaron las sillas, camillas, camas, colchonetas y frazadas, sabanas que se encontraran en mal estado se dio de baja a elementos en mal estado
- Se realizaron modificaciones al digiturno para agilizar la atención en consulta externa
- Se implementaron estrategias para acompañamiento integral de los usuarios en el digiturno
- Se implementaron varias estrategias para agilizar la atención en línea de frente de consulta externa determinadas por las coordinaciones y los servicios de facturación y siau.
- Se realizo convenio con la alcaldía Municipal para utilización Unidad Móvil de Salud (realización de Brigadas) ESPECIALMENTE PARA USUARIOS DE Convida Llegando con salud a mas usuarios
- Se tomaron medidas de seguridad y se modifico esquema para disminuir los porcentajes de robos en todo el hospital especialmente consulta externa (horarios de ingreso y salida de los usuarios, revisión de pertenencias, y como ultimo detalle la instalación de mas cámaras de seguridad en mas áreas del hospital)
- Se contrato por más horas los especialistas que mayor demanda tienen para ampliar agendas lo que ha generado mayor oportunidad para los usuarios.
- Se reforzaron las actividades del programa de Humanización y se busco la participación activa de los servicios para lograr mayor sensibilización frente a la atención digna y humanizada (jornada de SALUDATON y CONCURSO DE TALENTOS) Desarrollando las 7 líneas estratégicas del programa de Humanización de forma lúdica pedagógica.
- Se han realizado las tareas asignadas en el PAS institucional conforme a lo dispuesto
- Se priorizo atención de urgencias para gestantes y niños
- Se aumento el numero de facturadoras de consulta externa
- Se hizo énfasis en las acciones de seguridad del paciente capacitando a todo el personal lo cual permite un servicio con seguridad para la salud de los usuarios
- Se socializo a grupos prioritarios (urgencias, hospitalización y consulta externa) Guías de Privacidad, confidencialidad y manejo del duelo.)
- Se elaboro y se hace seguimiento mensual al PUM para fortalecer procesos
- Se realizo acompañamiento al Comité de Apoyo a los Usuarios mes a mes donde se hace énfasis en las necesidades de los usuarios y sus familias socializando permanentemente derechos y deberes y velando por el mejoramiento de los servicios.
- Se realiza acompañamiento mensual a la Veeduría en salud, y seguimiento a los compromisos adquiridos del hospital para mejorar la calidad en la prestación de los servicios
- Se participa bimensualmente en el Copaco municipal presentando el informe de Pqrs y presentando las peticiones de los usuarios y las acciones desarrolladas para la satisfacción del paciente, usuario, familia y comunidad en general.
- Se realizo acompañamiento a los niños/as hospitalizados en el servicio de pediatría mediante talleres artísticos y actividades lúdicas que realizan los voluntarios del servicio social (taller de lectura y dibujo) para satisfacción de los usuarios.
- Se organizo el manejo de estudiantes de los colegios y se creo una base de datos, se carnetizaron y se elaboro el reglamento de servicio social Hus Ufz para mayor organización y facilitar a los usuarios su reconocimiento.
- Se implemento otro taller a padres de los niños y a estos frente a Hábitos de Higiene en virtud a solicitud del servicio.
- Se participo en capacitación y reuniones de la estrategia IAMII
- Se reforzaron todos los programas desarrollados por el servicio de salud Publica especialmente vacunación, P y P, y programas para adolescentes se mejoro menú para alimentación y temperatura en virtud a peticiones de lo usuarios identificadas por la encuestas de satisfacción y quejas.

- Se participo activamente en los escenarios de participación social del municipio capacitaciones y reuniones
- Se apoyo la atención oportuna y continua de los usuarios mediante las solicitudes de B- Salud de la Gobernación de Cundinamarca
- Se socializo permanentemente todos los pacientes, usuarios y sus familias los Derechos y Deberes en Salud
- Se apoyo según cronograma turnos de Trabajo Social para cubrir la demanda de casos de los usuarios, las solicitudes de ínter consultas de los servicios, resolución de línea de pago, solicitud oxigenos, y población vulnerable
- Se dio inicio al desarrollo del programa Canguro de forma exitosa y reconocida por la comunidad Zipaquireña donde el equipo multidisciplinario satisface a muchas familias propias y extrañas que tienen un bebe canguro.
- Por medio de los comités administrativos mensuales se identifican debilidades y fortalezas tanto en el servicio liderado como también se observan las de los servicios y esto permite tomar medidas y elaborar planes y acciones de mejora.
- Se realizo medición del código de ética institucional

PAS. Avances del Programa de Humanización en relación a cronograma establecido

En el mes de febrero se elaboro plan de acción y plan indicativo donde se encuentra la directriz para la ejecución del programa de humanización. También en este mes se continuo desarrollando los talleres lúdicos pedagógicos en el servicio de pediatría.

En el mes de Marzo se realizo una jornada espiritual con charla de sensibilización dirigida a todo el personal del HUS UFZ en el marco de la Semana Santa; además de realizar el rito de imposición de la ceniza se complemento con la charla magistral. Esta acción se realizo el día 1 de marzo en el Auditorio Santo Domingo en dos jornadas.

También se hizo la resocialización a grupos prioritarios el enfoque de las tres (3) primeras líneas estratégicas del programa de humanización (Comunicación Asertiva entre el paciente y su familia; Respeto por la Privacidad y Confidencialidad y Manejo del Dolor.

Se realizo evaluación de conocimientos por medio de la aplicación de un formato de cronograma VER ANEXO

CONVOCADOS	ASISTENTES	PORCENTAJE
106	106	100%

En este mes de marzo también se reunió el comité de humanización HUS UFZ donde se trataron los siguientes:

- Presentación informe Humanización 2016
- Socialización Plan Indicativo
- Elaboración Borrador cronograma I semestre de 2017
- Fijación de la fecha de la Próxima reunión

Dentro de las actividades a realizar durante este mes de marzo se envió vía correo para socializar a los integrantes del comité las Guías de Duelo y privacidad dado que no las conocían.

Igualmente se realizó en el mes de marzo como implementación de la primera línea estratégica del programa de humanización una CAMPAÑA DEL SALUDATON SAMARITANO.

Se presentó la estrategia SSAMITO (Samaritana Saluda Amable y Tolerante) y se envió video de sensibilización frente a la importancia de la sonrisa como elemento clave en el salud.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE
5	5	100%

Respecto al avance del desarrollo en el programa de humanización se han realizado las actividades planteadas en el PAS y se llevaron a cabo actividades adicionales como la segunda gran Jornada de Humanización donde se buscaba sensibilizar al personal administrativo y asistencial sobre la importancia de la Dignidad Humana en la atención a nuestros pacientes.

Socialización guía de privacidad y confidencialidad a 77 Colaboradores distribuidos así: Servicio urgencias 9, Servicio hospitalización segundo piso 9, Líderes de servicios priorizados 7, Servicio de medicina interna 14, Laboratorio clínico 13, Pediatría 16, Cogua 9, Consulta Externa y de Salud Pública

Socialización del Procedimiento del Manejo del Duelo y la Muerte a 55 colaboradores de: Consulta Externa 13, Hospitalización 24 y Urgencias 18

Segunda Jornada de Humanización participaron a 146 colaboradores.

Se han realizado capacitaciones y sensibilización al personal del hospital en el tema de derechos y deberes de forma pedagógica mediante sopa de letras con el fin de lograr mayor adherencia y respeto por los mismos.

Se realizaron actividades plasmadas en el plan de acción dando cumplimiento a metas fijadas y porcentajes respectivos en materia de acciones de humanización tal y como arriba se menciona, y respecto a pqrs ha disminuido notablemente las quejas por trato amable como se puede observar en las graficas estadísticas arriba expuestas. (Porcentaje de satisfacción y atributo de calidad)

CAPÍTULO III DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

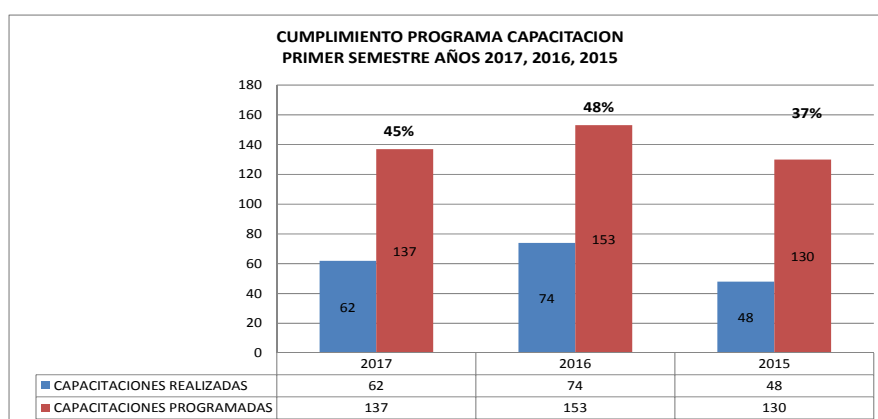
1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

GESTION DEL PROCESO: INDICADORES

❖ PORCENTAJE DE VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Durante el segundo semestre del año 2017, se presentaron 44 accidentes de trabajo, en los referentes al personal de planta (8 accidentes) se les realizó el reporte e investigación dando un porcentaje del 100% de vigilancia.

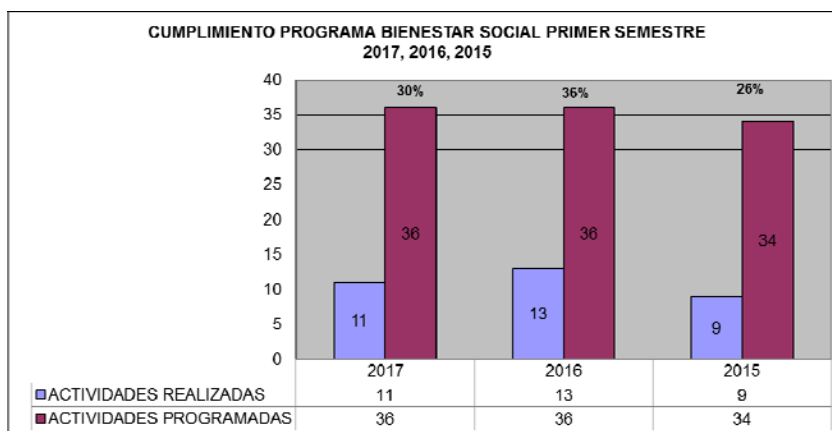
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACIONES



Fuente: Cronograma de Capacitaciones vigencia 2017

Como se puede observar el cumplimiento del programa de capacitación para los años 2016 y 2017 ha mejorado en comparación con el año 2015, esto debido a que se han adelantado diferentes capacitaciones con aliados como son SENA, ESAP, Fondos de Pensiones y Cesantías, Convenios docencia servicio; con un cumplimiento del 50% con corte al I semestre de la vigencia actual.

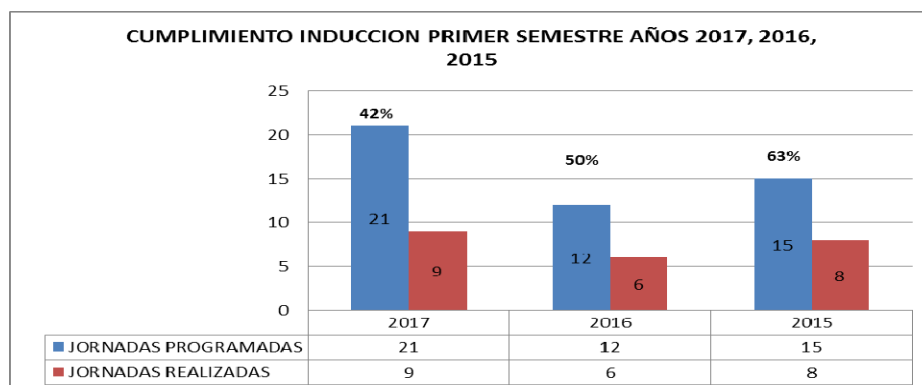
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE BIENESTAR



Fuente: Cronograma de Bienestar Vigencia 2017

Durante las vigencias 2016 y 2017 se ha mantenido el cumplimiento del indicador del programa de bienestar social. En el I Semestre 2017 se dio prioridad a las actividades que impactaran de manera positiva la preparación para la visita de recertificación NormaTécnica de Calidad ISO 9001 versión 2008 aplazando la celebración de cumpleaños (programada en el mes de Julio) y los campeonatos deportivos internos (que iniciarán en Agosto).

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA DE INDUCCION Y REINDUCCION



Fuente: Cronograma de Inducción vigencia 2017

Como se puede observar en la gráfica el cumplimiento del programa de inducción se ha mantenido constante, para la presente vigencia se tiene contemplado realizar más jornadas que en los años anteriores (dos mensuales desde Abril) con el objetivo de contar con una mayor participación en las jornadas y que el personal que ingrese al Hospital asista dentro del mes correspondiente.

PQRS

La Subdirección de Desarrollo Humano tiene a su cargo los buzones de voz de cliente interno, se cuenta con 8 buzones distribuidos 4 en la parte asistencial y 4 en la parte administrativa.

La apertura de estos buzones por cronograma se realiza el último viernes de cada mes, cumpliendo con las aperturas para el primer semestre de 2017

A partir del mes de Febrero se implementó el módulo de PQRS para cliente Interno a través de Orfeo, recibiendo durante el este primer semestre 90 PQRS, lo que evidencia una gran aceptación por parte de los clientes internos.

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
3002	Información sobre ofertas laborales	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3162	Falta elementos para protección de personal de salud	Compras	40	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
3342	Vacantes de empleo	Personal	2	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3352	Vacantes de empleo	Personal	2	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3362	Felicitaciones por seguridad al personal calle 1	Dirección Administrativa	0	No amerita respuesta. Es informativa
3372	Queja temporal no pago eps mes febrero	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
3382	Queja temporal	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3392	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3402	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3412	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3422	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3432	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3442	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3452	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3462	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3472	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3482	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3502	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Solicitud repetida. Se hace respuesta en el radicado 3512
3512	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3522	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3532	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3542	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3552	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3622	Ruido pantallas y televisores	Hotelería	3	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3632	Falta de insumos para recién nacidos	Compras	29	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
3652	Uniformes para personal de coltempora	Personal	4	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
3812	Afiliación Caja de compensación -Coltempora	Personal	2	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3842	Queja trato Camillero Hernán Dario	Enfermería	8	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3852	Derecho de Petición - Información Laboral Sonia Ibeth Pirateque	Personal	13	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3942	Sugerencia para quirofanos	Dirección Administrativa	10	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
3952	Sugerencia colocación de lavamanos para el comedor	Arquitectura	22	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
4002	Liquidación incapacidad por enfermedad laboral	Personal	0	Se dio repuesta por personal y fue entregada a la funcionaria se evidencia recibido en oficio adjunto
4082	Felicitación servicio de vigilancia	Dirección Administrativa	0	No amerita respuesta. Es informativa
4092	Felicitación servicio de vigilancia	Dirección Administrativa	0	Felicitación que no amerita respuesta. En coordinación con comunicaciones se publicará
4102	Correo para personal enfermería del HUS	Sistemas		Pendiente respuesta. Se envia correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
4112	Solicitud seguimiento a entregas de turno	Dirección Administrativa	17	Se envia a comunicaciones para publicar en carteleras
4122	Solicitud informe de gestión	Gerencia	48	Respuesta se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4202	Certificación Laboral		35	Se envía respuesta parcial a correo electrónico el 18 de abril, solicitando aclaración solicitud. Se cierra solicitud debido que el peticionario no amplió información. 19 de mayo de 2017
4232	Puesto de Trabajo	Arquitectura	3	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
4372	Negligencia por parte técnico radiología	Imágenes Diagnósticas	27	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4622	Queja - LASU	Hotelería	3	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4672	Solicitud cambio de jornada	Enfermería	11	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
4682	Comportamiento funcionaria de Planta	Enfermería	1	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4702	Petición información	Desarrollo Humano	3	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
4732	Mal funcionamiento del registro	Sistemas	22	Se envía a comunicaciones para publicación en cartelera

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
	funcionarios			
4742	Cumplimiento de funciones	Personal	27	Se envía a comunicaciones para publicación en cartelera
4752	Solicitud información - postulación hojas de vida hospital la vega	Personal	22	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
4942	Respuesta incidencia sistemas	Dirección Administrativa	3	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
4952	Organización y aseo	Hotelería	1	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4992	Trato descortés	Dirección científica	8	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
5002	Solicitud apertura puerta ingreso comedor	Nutrición	10	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
5182	No conformidad con la respuesta de dotaciones coltempora	Personal	16	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
5212	Ausencia de batas antifluido unidad renal	Salud Laboral		concepto dado por salud laboral. Se deriva a compras para respuesta oficial
5222	Solicitud de camisas para toma de laboratorios	Laboratorio clínico	25	Se envía respuesta a comunicaciones para publicar en carteleras
5242	Revisión de uniformes del personal de salas de cirugía y partos	Hotelería	3	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
5252	Queja frente conductor de servicio de lavandería	Hotelería	5	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
5312	Dotaciones año 2016 y 2017	Personal	18	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
5332	Dotaciones año 2016 y 2017	Personal	18	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
5392	Sugerencia baño servicio de urgencias	Arquitectura	24	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
5432	Traslado de pacientes a consultorios de oftalmología, ortopedia y urología en casos de lluvia	Arquitectura, Enfermería y Hotelería	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
5472	PETICION No. 259-2017 Peticionario Informa	Enfermería y Personal	10	Se envía respuesta a comunicaciones para publicar en carteleras debido que el peticionario no allega dirección ni email
5762	Me gustaría saber cuál es la inconformidad de la señora edit	Desarrollo Humano	8	Se envía respuesta parcial para publicar en cartelera, solicitando ampliar información
5802	Queja contra señora Liliana Ofelia Velásquez	Desarrollo Humano	3	Se envía respuesta parcial para publicar en cartelera, solicitando ampliar información
5382	No hay internet en el computador de servicio de ecografías	Sistemas	12	Se envía respuesta por correo electrónico al peticionario
5902	Queja frente a personal de enfermería turno noche	Enfermería	9	Se envía respuesta a comunicaciones para publicar en carteleras
5972	Solicitud certificaciones laborales con funciones	Personal		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
6122	Programación de limpieza ingreso al hospital	Hotelería	4	Se envía respuesta por correo electrónico al peticionario
6192	Cambio de auxiliar que toma laboratorios	Enfermería	22	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6292	Prohibición de órdenes por whatsapp	Dirección Administrativa	18	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6342	Falta de vigilancia por parte de los guardias del INPEC a paciente	Gerencia y Dirección Administrativa	26	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6352	Queja cliente interno	Salud Laboral		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
6522	Filas muy largas para la hora del almuerzo	Nutrición	34	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6532	Mal trato a personal de enfermería	Enfermería	28	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
6562	Sugerencia - Buzon cliente interno	Desarrollo Humano	34	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6572	Felicitación Unidad renal	Unidad renal	0	No amerita respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar
6582	Felicitación Unidad renal	Unidad renal	0	No amerita respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar
6592	Reclamo	Hotelería	11	Se envía respuesta a comunicaciones para publicar en carteleras
6632	Queja por incumplimiento de subsidio de alimentos trabajador temporal	Personal		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
6642	Incumplimiento pago de liquidación e incapacidad	Personal		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
6752	Queja contra trabajador en misión	Estadística	6	Se envía al correo electrónico del peticionario
6782	Queja	Personal		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
6892	Control a conductor de ambulancia centro salud cogua	Zipaquirá	5	Se envía al correo electrónico del peticionario
7052	Queja por maltrato verbal por parte de una jefe de enfermería	Enfermería - Hotelería		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
7062	No intervención en conductas de maltrato laboral	Dirección Administrativa - Personal		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
7092	Queja descuento de coltempora	Personal		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
7102	Que paso con las dotaciones?	Personal		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico informando vencimiento y solicitud de respuesta
7122	Felicitación Oficina Talento Humano	Desarrollo Humano	0	No amerita respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar
7182	Atención oportuna servicio de lavandería	Hotelería	12	Respuesta enviada al correo electrónico del peticionario
7192	Felicitación Dr. Interno Jhon Mauricio Martinez	Educación Médica	0	No amerita respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar
7202	Queja contra trabajador de LASU	Hotelería	1	Respuesta entregada al peticionario

PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

Frente al Plan Único de mejora a la fecha se encuentra actualizado con los hallazgos del informe de Acreditación realizada por ICONTEC con 21 oportunidades de mejora las cuales se han venido adelantando. También se registran las 6 oportunidades de mejora del Informe de MECI vigencia 2016. De este PUMP se vienen adelantando las actividades correspondientes y se viene realizando reuniones del equipo primario de autoevaluación para seguimiento de cumplimiento: A continuación se relacionan los avances en cada hallazgo del PUMP de la vigencia 2017:

- Contamos con el modelo de Declaración de Derechos y Deberes de cliente Interno y se está elaborando el respectivo acto administrativo para la adopción de los mismos.
- Medición de la cultura de seguridad por parte de la Oficina de Seguridad del paciente.
- Revisión de la caracterización del proceso para realizar los ajustes sugeridos por ICONTEC para proceso de aprobación
- Implementación de el Módulo de PQRDS de ORFEO para las solicitudes de talento humano a las cuales se les realiza el respectivo trámite
- Revisión del procedimiento para realizar los ajustes sugeridos por ICONTEC para proceso de aprobación.
- Contamos con la matriz de capacidad instalada a la cual se le realizarán algunos ajustes por solicitud de miembros de PACAS con el fin de iniciar su implementación.

- Actualización del procedimiento de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo. Se implementó formato para entrenamiento el cual consta de la evaluación de la jornada
- Avances para la implementación de la inducción virtual la cual se espera inicie en el mes de agosto, teniendo en cuenta las sugerencias durante la auditoría de ICONTEC.
- Inclusión de la presentación dentro de la jornada de inducción en lo referente a Seguridad del Paciente, la cual es realizada por la Referente del mismo
- Se viene adelantando la inducción virtual la cual se espera inicie en el mes de agosto REPETIDO eliminar
- Revisión del procedimiento para realizar los ajustes sugeridos por ICONTEC para proceso de aprobación repetido eliminar
- Dentro de la matriz de necesidades de capacitación enviada a cada uno de los líderes de procesos, se tiene incluido aspectos relevantes como modelo de atención, principios, valores y los ejes de acreditación
- Evaluación de portafolios de servicios a diferentes empresas con el fin de realizar el estudio de Clima organizacional
- Concertación con la Caja de Compensación familiar para adelantar un programa específico para el personal Prepensionado y pensionado del HUS
- Ejecución de un plan de capacitaciones con diferentes aliados estratégicos donde se incluyen temas como: liderazgo, comunicación asertiva, trabajo en equipo el cual inicia con el nivel directivo y de ahí el despliegue correspondiente por los demás niveles
- Se solicitaron portafolios de servicios a diferentes empresas con el fin de solicitar la realización de estudio de Clima organizacionalrepetido eliminar
- Actualización del procedimiento de inducción y reinducción el cual se encuentra en revisión por Planeación.
- Instrucción a los líderes de proceso que lleven el acta respectiva de entrenamiento en puesto de trabajo y sea allegada a la Subdirección de Desarrollo Humano
- Se viene adelantando en conjunto con la caja de compensación actividades encaminadas en estos temas específicos eliminar no dice nada
- Se está realizando el proyecto de incentivos con la realización de los premios SAMYS
- La evaluación correspondiente al primer semestre se tendría hasta los primeros días de agosto
- Revisión de el manual de funciones y competencias al cual se le están realizando los correspondientes ajustes para ser revisado por Junta Directiva

PLAN DE ACCION

Para la presente vigencia, se encuentran las siguientes actividades definidas en el PAS. Se presenta el avance a segundo trimestre de 2017.

- Elaborar y ejecutar cronograma de Capacitación que incluya talleres, etc, de manera sistemática en temas relacionados incluidos en el Plan Institucional de Capacitación (PIC): De acuerdo con la revisión adelantada por la oficina de Control Interno, esta actividad se solicitará concepto a la Oficina de Planeación con el fin de ajustar la meta conforme a la evidencia.
- Establecer el plan de trabajo de la vigencia para la Implementación a partir de la evaluación del cumplimiento de la norma (1072/2015) en coordinación con ARL: Se entregó la lista de chequeo junto con el plan de trabajo anual.
- Identificar a través de los documentos transversales los derechos del cliente interno, formalizar y divulgar El acto administrativo se encuentra en revisión.
- Implementar Procedimientos de planeacion, selección y evaluación del desempeño del talento humano: Los procedimientos fueron actualizados y entregados a Planeación para trámite de aprobación. A la fecha se encuentran aprobados los procedimientos de Evaluación de Desempeño y selección del talento humano.

- Ejecutar el programa de capacitación enmarcado en los estándares de acreditación y sus ejes evaluativos y tendencia hacia estándares: Para el primer trimestre se tuvo un cumplimiento del 45%, con 62 capacitaciones realizadas de 137.
- Ejecutar el programa de bienestar social laboral e incentivos hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los colaboradores y sus familias fomentando los valores y principios Institucionales: El programa de bienestar durante el primer trimestre tuvo un cumplimiento del 31%. Con 11 actividades desarrolladas de las 35 contempladas para el año.
- Ejecutar el cronograma de compensaciones y elementos relacionados en todos los sistemas de vinculación (seg. social, prestaciones, pagos a contratistas, costos relacionados: Se viene ejecutando el cronograma de compensaciones el cual para el primer trimestre tuvo un porcentaje de cumplimiento del 50%.
- Fortalecer proceso de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo, y reinducción: Se viene ejecutando el cronograma de inducción el cual tiene un porcentaje de cumplimiento del 43%, con nueve jornadas realizadas de 21 programadas para la vigencia.

1.1 PROGRAMAS

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUADA

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Capacitación y Educación continuada código 01TH01-V1 el cual tiene como objetivo general mejorar habilidades y competencias a los colaboradores que permitan un mejor desempeño en las labores habituales de los colaboradores enmarcado en el direccionamiento estratégico.

Es así que se definió la matriz de necesidades de capacitación para la construcción del programa de capacitación de la presente vigencia, relacionando todos los aspectos fundamentales de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana como Modelo de Atención, Ejes Evaluativos de Acreditación, Principios, Valores, Competencias.

A la fecha solo se ha recibido 22 matrices de necesidades de Capacitación de un total de 51 para un cumplimiento en la entrega del 43%, teniendo en cuenta lo anterior se realizó el cronograma de capacitación para la presente vigencia con la información reportada. Durante el primer semestre se han realizado 62 capacitaciones con una asistencia de 3500 colaboradores, en gran parte personal de enfermería

Para el desarrollo de estas necesidades de capacitación algunas se han realizado a través de autocapitaciones, y otras con apoyo del SENA y ESAP

PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Bienestar Social Laboral e Incentivos código 01TH02-V1

Para la presente vigencia se tiene contempladas realizar 36 actividades dentro de nuestro cronograma de las cuales a primer semestre se han realizado 11. Sin embargo para el seguimiento de Control Interno se agruparon en 10 actividades de acuerdo a la celebración:

1. Acompañamiento momentos de luto
2. Acompañamiento momentos familiares especiales

3. Celebración cumpleaños
4. Celebración días (profesiones)
5. Campeonatos deportivos
6. Despedida médicos internos
7. Semana Samaritana
8. Celebración fin de año trabajadores
9. Celebración fin de año hijos trabajadores
10. Programación y concurso de novenas

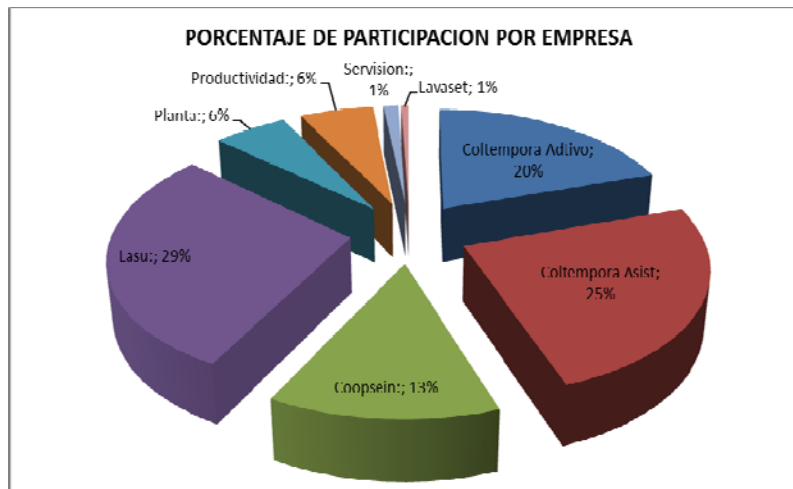
De este seguimiento se tiene un cumplimiento del 31%, con 11 actividades de las 36 programadas.

PROGRAMA DE INDUCCION Y REINDUCCION

A la fecha se han realizado las jornadas de inducción programadas (9 jornadas correspondientes a los meses de Enero a Junio) de un total de 21 jornadas programadas para un cumplimiento 43%.

Para las jornadas de inducción se contó la una participación de 170 colaboradores de 216 citados para un porcentaje de asistencia del 78%. Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los interventores de los contratos solicitando la respectiva intervención.

% DE PARTICIPACIÓN POR EMPRESA I SEMESTRE 2015, 2016, 2017

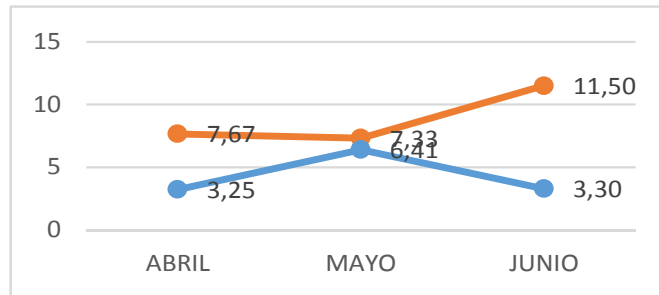


Fuente: Registros de Asistencia Subdirección Desarrollo Humano

1.2 SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SGSST)

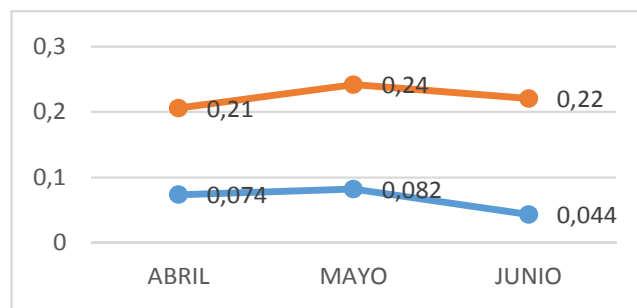
ÍNDICES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO HUS SEGUNDO TRIMESTRE AÑOS 2016 Y 2017

IFAT: INDICE DE FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO



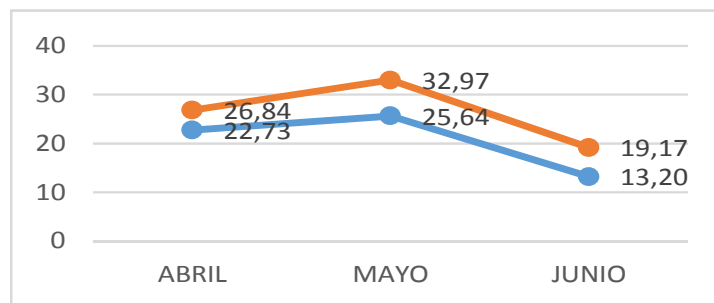
—●— AÑO 2016
 —●— AÑO 2017 Fuente: Estadísticas SGSST HUS

ILIAT: INDICE DE LESIONES INCAPACITANTES POR ACCIDENTE DE TRABAJO



—●— AÑO 2016
 —●— AÑO 2017 Fuente: Estadísticas SGSST HUS

ISAT: INDICE DE SERVERIDAD DE ACCIDENTES DE TRABAJO



—●— AÑO 2016
 —●— AÑO 2017 Fuente: Estadísticas SGSST HUS

TA: TASA DE ACCIDENTALIDAD



ISA: INDICE DE SEVERIDAD DEL AUSENTIMOS



—●— AÑO 2016
 —●— AÑO 2017

Fuente: Estadísticas SGSST HUS

IFA: INDICE DE FRECUENCIA DEL AUSENTISMO



—●— AÑO 2016
 —●— AÑO 2017

Fuente: Estadísticas SGSST HUS

Los índices de accidentalidad han disminuido del año 2016 al 2017 gracias a la capacitación y sensibilización, lo que indica que la cantidad de accidentes se redujo en severidad.

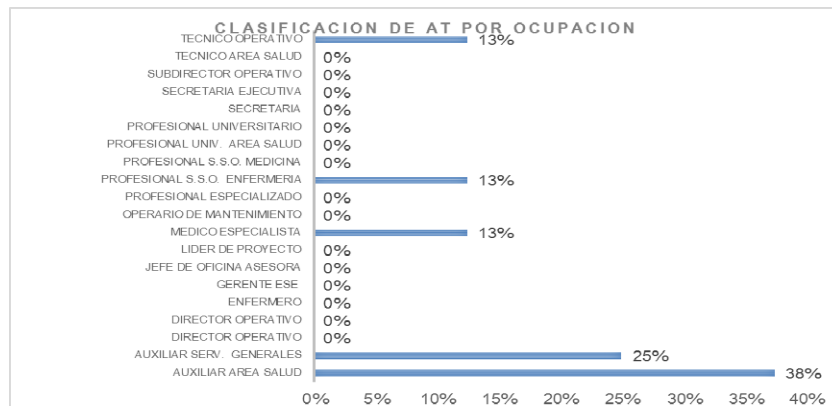
ACCIDENTALIDAD EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (Personal del Planta)



Fuente: Estadísticas SGSST HUS

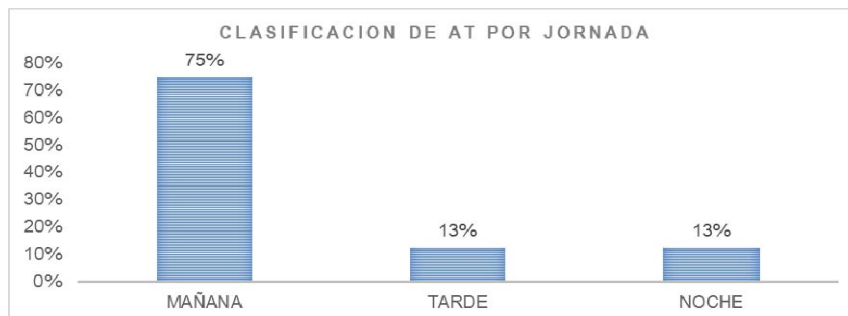
Durante el mes de junio se presentó un accidente de trabajo, trabajadora del área administrativa y genero 4 días de incapacidad.

Los cargos que más presentan accidentes con los auxiliares área salud, representando el 38% de la accidentalidad, seguido por auxiliares servicios generales que representan 25% de la accidentalidad.



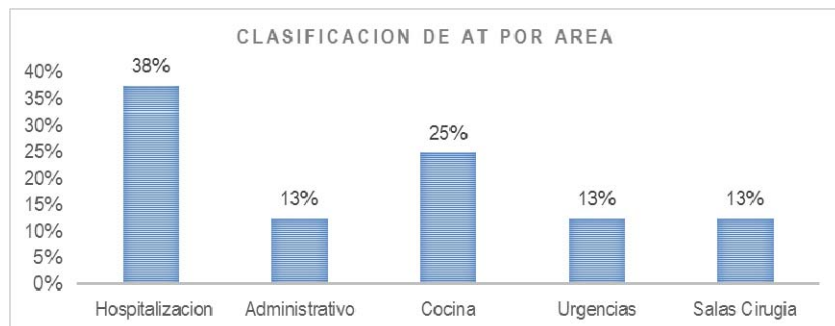
Fuente: Estadísticas SGSST HUS

Los accidentes de trabajo se presentan en su mayoría en el turno de la mañana



Fuente: Estadísticas SGSST HUS

La accidentalidad más alta se presenta en el área de hospitalización, seguida por el área de alimentos (cocina)



Fuente: Estadísticas SGSST HUS

Según la naturaleza de la lesión, se han presentado por riesgo biológico 3 accidentes/incidentes (2 accidentes por salpicadura y uno por pinchazo).

NATURALEZA DE LESION	No. AT	%
Contusión	2	25%
Cortada	2	25%
Salpicadura(biológico)	3	38%
Politraumatismo	1	13%
TOTAL	8	100%

Fuente: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

NATURALEZA DE LESION	No. AT	%
Agentes infecciosos	3	38%
Artículos de metal	1	13%
Artículos de vidrio	1	13%
Cajas, barriles, bultos	1	13%
Mobiliario	1	13%
Superficie de trabajo	1	13%
TOTAL	8	100%

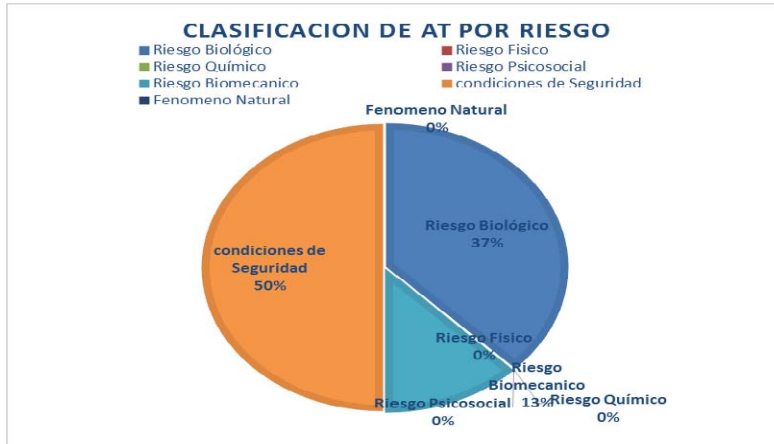
Fuente: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

TIPO DE ACCIDENTE	No. AT	%
Caída de personas	1	13%
Cogido En, Debajo, Entre	1	13%
Golpeado Por	3	38%
Reacción Corporal	3	38%
TOTAL	8	100%

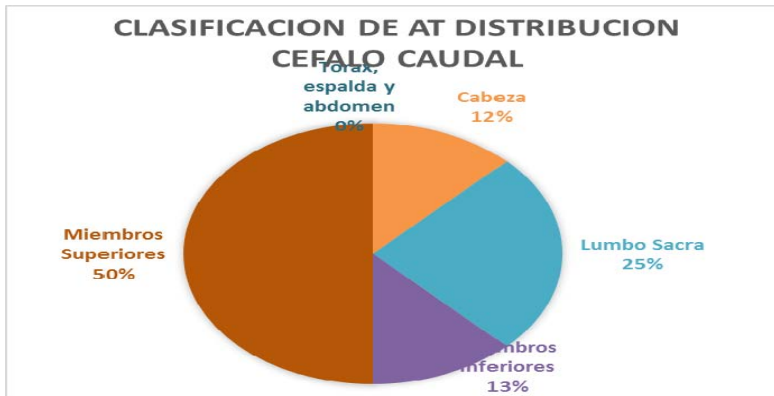
Fuente: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

El tipo de accidente que más se presenta es el golpeado porque representa el 38%, seguido de las reacciones corporales.

La mayor accidentalidad se ha presentado por condiciones de seguridad, la cual representa el 50% de los riesgos, seguido por el riesgo biológico que representa el 37%.



Fuente: Estadísticas SGSST HUS



Fuente: Estadísticas SGSST HUS

Según la clasificación del cuerpo afectado, se identifica con el 50% las lesiones que afectan los miembros superiores, seguidos por lesiones lumbo sacras que representan 25%.

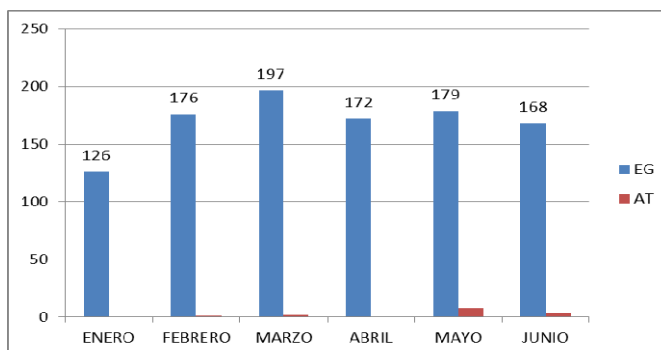
ACCIDENTALIDAD EMPRESAS CONTRATISTAS

MES DE JUNIO/2017			
	# TRAB	A/T	DIAS INCAP.
BOGOTA			
SAMARITANA	306	1	4
COOPSEIN	125	0	0
LASU	95	3	0
COLTEMPORA	621	2	1
SERVISION	24	0	0
LAVASET	6	0	0
ZIPAQUIRA			
LASU	20	0	0
COLTEMPORA	304	0	0
SERVISION	20	0	0

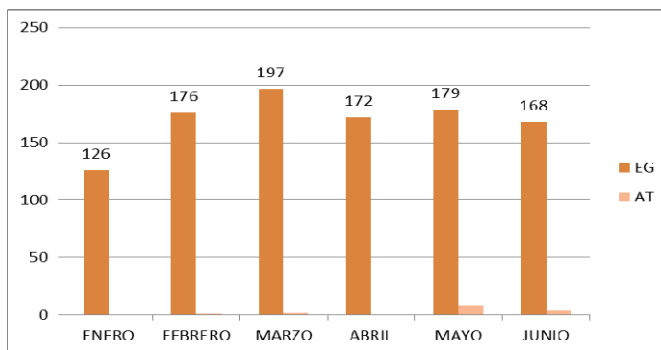
LAVASET	4	0	0
TOTAL	1525	6	5

AUSENTISMO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

El ausentismo durante el mes de JUNIO correspondió a 168 días por enfermedad general y 4 días por AT



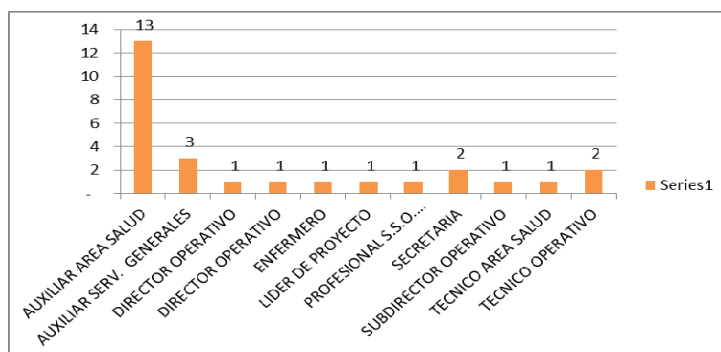
AUSENTISMO	NUMERO DIAS
EG	168
AT	4



Fuente: Estadísticas SGSST HUS

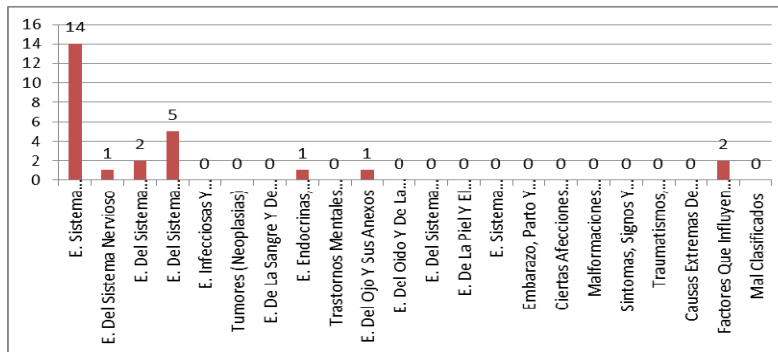
El ausentismo durante el semestre ha representado un promedio de 169,6 días por mes.

Los cargos que mas ausentismo presentaron fueron auxiliarea area de salud (13 eventos de ausentismos por enfermedad general, seguidos por auxiliares de servicios generales con 3 eventos).



Fuente: Estadísticas SGSST HUS

De acuerdo al CIE-10 el mayor ausentismo se presenta por enfermedades osteomusculares con 14 eventos, seguidas por enfermedades del sistema respiratorio con 5 eventos.



Fuente: Estadísticas SGSST HUS

De acuerdo al ausentismo presentado, se perdieron por enfermedad laboral un total de 1184 horas de trabajo.

cargos	eventos	horas perdidas	horas trabajadas	días laborados	total HHT (MENSUAL)	numero días de incapacidad
ADMINISTRATIVO	9	608	8	20	160	76
ASISTENCIAL	17	576	6	26	156	96
TOTAL		1184				

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENICION

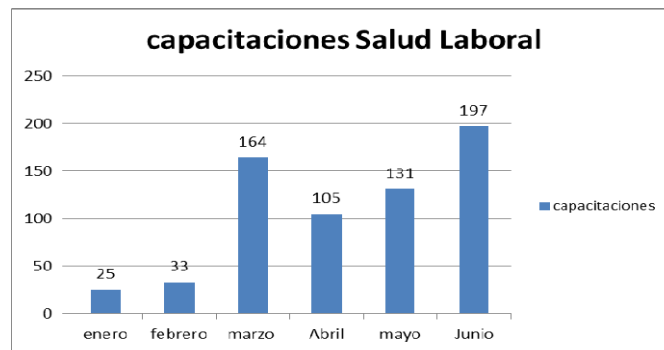
CAPACITACIONES.

- ✓ En el marco del Sistema Vigilancia Epidemiológica (SVE) Riesgo osteomuscular, se realizaron capacitaciones al personal de alto y mediano riesgo detectados en las evaluaciones medicas ocupacionales y evaluaciones por parte de la EPS de cada trabajador, la convocatoria se realizó por medio de carteleras y enviando a correos electrónicos del personal que lo tiene, tema: prevención (Higiene postural, manejo cargas). El día 10 de junio se realizó capacitación para instrumentadoras.
- ✓ Se continúa con las pausas activas en diferentes áreas del hospital las cuales se monitorean mensualmente. Las mismas se realizan a las 3 p.m y cuentan con un líder por área, aunque se reforzó en todas las áreas administrativas actualmente están siendo realizadas en:

Área	Personas objeto de la actividad
Sistemas	10
F.Consulta Externa	15
Financiera	22
Cuentas medicas	15
Cartera Y OBJECIONES	30
Estadística	10
Serv. alimentos	30
Gestión Documental	6
Call center	6

- ✓ En el marco del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) Riesgo biológico, se adelantó reunión con el medico epidemiólogo de la ARL POSITIVA (CARLOS EFRAIN CORTES), COVE y SIVIGILA del HUS (07/06/2017) en el cual se adelantará estudio acertado a los resultados de TBC del personal de planta en la cual 20 estudios de 70 resultaron positivos, durante el mes de agosto, se revisara la pertinencia del SVE que está vigente en el HUS

*Se resalta la participación de la ARL SURA de la cooperativa COOPSEIN quien participo en dos actividades programadas para los días lunes de la salud. Las cuales se desarrollaron en el comedor en horario de 7 a 8 am. No se logra la participación del personal de planta y el personal contratista no responde de manera adecuada a las convocatorias. Participaron 29 personas en los dos talleres.



Fuente: Estadísticas SGSST HUS

ACTIVIDADES LÚDICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: Con acompañamiento de la CAJA DE COMPENSACION COLSUBSIDIO los días viernes se adelantaron actividades lúdicas de pausas manuales, visuales y corporales con los recreadores de la caja de compensación. Se hizo énfasis en el edificio administrativo y todas las áreas administrativas del edificio asistencial.

SEGUIMIENTO HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL:

Inspección de áreas:

Se continúa actualmente la campaña de Orden y limpieza para ello se han realizado visitas de diferentes áreas, las áreas críticas elegidas para intervención están en proceso de implementación de las capacitaciones y metodología de las 3 S.

1. Mantenimiento
2. Equipo médico
3. Calderas
4. Gestión documental
5. Farmacia

Así mismo, se inspeccionó área ingreso del hospital, equipo médico y mantenimiento. Se continúa visita al proceso de los contratistas de obras civiles a los cuales se les hicieron hallazgos de incumplimientos importantes los cuales fueron reportados a el área de Arquitectura y Mantenimiento y que tienen que ver con el incumplimiento de normas de Seguridad y Salud en el trabajo (trabajos en alturas) y afiliación al Sistema de riesgos laborales.

Se realizaron las mediciones ambientales en el área de gases medicinales (para dar cumplimiento a las normas de INVIMA) mediciones de ruido e iluminación las cuales reportaron condiciones normales.

SEGUIMIENTO A CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Evaluaciones medicas ocupacionales: se continúan las citaciones para exámenes médicos ocupacionales las cuales se realizan con la IPS GERIZIM Salud y Seguridad en el Trabajo Calle 40 # 19 -16 La Soledad. A la fecha se ha avanzado en un 53% (80 funcionarios han asistido), teniendo en cuenta la inasistencia sistemática de algunos trabajadores a la convocatoria, se le notificará personalmente, dejando evidencia del incumplimiento al SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) y la dificultad para ingresarlos a los diferentes Sistema de Vigilancia Epidemiologica (SVE).

Las recomendaciones y restricciones médicas entregadas por la IPS así como los médicos tratantes de las EPS, son reportadas de manera inmediatas a los jefes de área para tener en cuenta en la asignación de actividades de los funcionarios. En total se han enviado 16 recomendaciones y/o restricciones al mes de junio.

COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

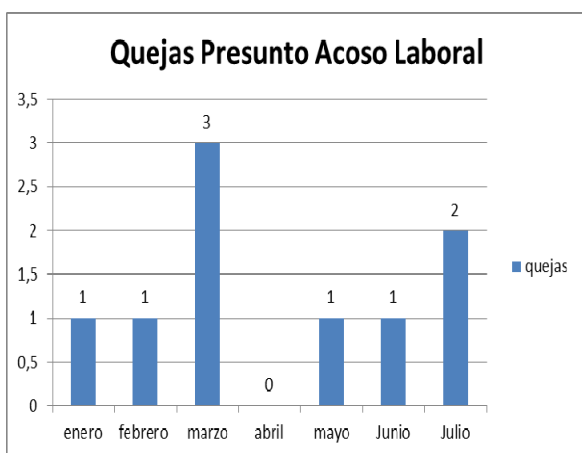
Se continúan reuniones para atención de los casos relacionados con la Ley 1010 de 2006, se reciben y se da trámite correspondiente. Se presentará informe del 2 trimestre del año al Gerente, pendiente nueva cita para su socialización.

COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

TIPO REUNION	REALIZADAS
REUNIONES ORDINARIAS	3
EXTRAORDINARIA	9
TOTAL	12

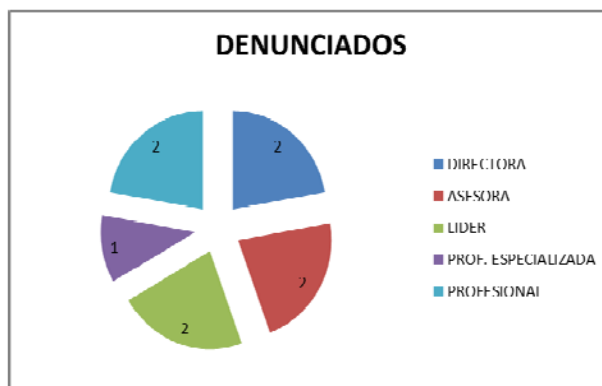
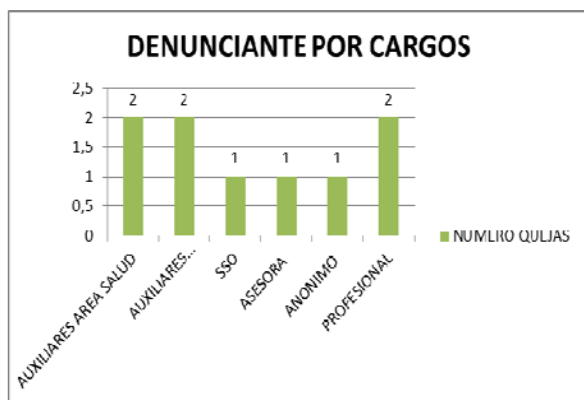
Fuente: Registros Comité Convivencia Laboral

En total se han atendido 9 quejas las cuales involucran la alta dirección del HUS.



Fuente: Resgistros Comité Convivencia Laboral





Fuente: Registros Comité Convivencia Laboral

Para el mes de julio, se tiene programada intervención psicolaboral con el acompañamiento de la ARL con talleres de comunicación asertiva, resolución de conflictos trabajo en equipo y liderazgo, estos serán dirigidos a todo el personal del hospital especialmente a quienes han estado involucrados en acoso laboral (denunciantes y denunciados) los cuales se convocarán a través de invitación personal.

COMITÉ COPASST

Se realizan reuniones de acuerdo a la norma, se continúan reuniones con contratistas a los cuales no asistió COLTEMPORA durante el primer semestre, así mismo se informó a la supervisora del contrato Dra. Luz Dary Ruiz que no se recibió ninguna información de los trabajadores de Zipaquirá por este mismo lapso de tiempo. Pendiente la elección de COPASST periodo 2017-2019.

Los miembros del COPASST solicitaron cita con el gerente para entregar informe pero esta fue cancelada (22/06/2017). Se está a la espera de nueva agenda de reunión.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) RESOLUCION 1111 DE MARZO 2017 (Estándares Mínimos Seguridad y Salud en el Trabajo)

Se realizó medición del cumplimiento de los estándares mínimos en el HUS, se registra un avance de acuerdo a este parámetro de un 58%. Pendiente coordinar e iniciar todo el proceso de auditoría interna como factor determinante en este proceso de calificación.

1.3 PLANTA DE EMPLEOS PUBLICOS

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.1 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

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
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
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. 2 PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS 2016 - TRABAJADORES OFICIALES

No.	DENOMINACIÓN DEL CARGO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
3	TECNICO OPERATIVO	TO	8
6	OPERARIO	TO	8
8	AUXILIAR AREA SALUD	TO	8
30	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	TO	8
49	TOTAL		

Fuente: Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016 – Subdirección de Personal HUS

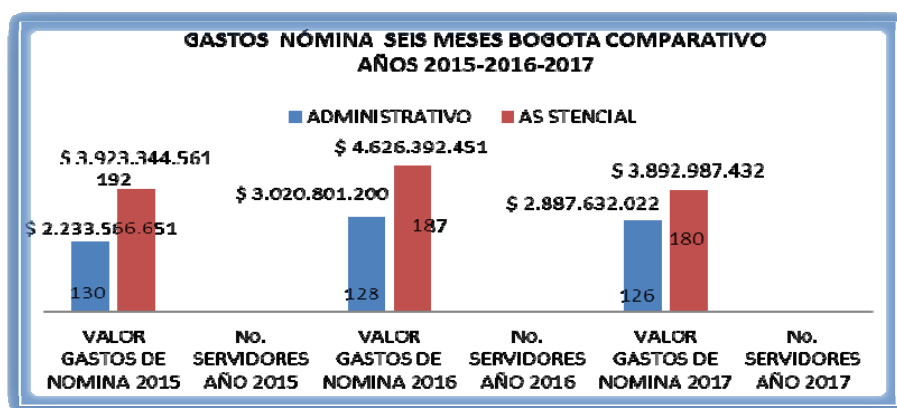
NOMINA DE PLANTA

TABLA No. 3 GASTOS NÓMINA PRIMER SEMESTRE BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015-2016-2017

GASTOS NÓMINA I SEMESTRE COMPARATIVO AÑOS 2015-2016 - 2017						
AÑOS	VALOR GASTOS DE NOMINA 2015	No. SERVIDORES AÑO 2015	VALOR GASTOS DE NOMINA 2016	No. SERVIDORES AÑO 2016	VALOR GASTOS DE NOMINA 2017	No. SERVIDORES AÑO 2017
ADMINISTRATIVO	\$ 2.233.566.651	130	\$ 3.020.801.200	128	\$ 2.887.632.022	126
ASISTENCIAL	\$ 3.923.344.561	192	\$ 4.626.392.451	187	\$ 3.892.987.432	180
TOTALES	\$ 6.156.911.212	322	\$ 7.647.193.651	315	\$ 6.780.619.454	306

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

GRAFICA No.1 GASTOS NÓMINA PRIMER SEMESTRE BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015-2016-2017



Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

Los resultados obtenidos por esta gráfica indican que los servidores Asistenciales superan en personas un 18% el número de servidores Administrativos, en cuanto a los gastos de nómina los servidores Asistenciales generan un gasto del 57% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 43% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para el mes de junio de 2017 en un 14%.

TABLA No. 4 DISCRIMINADO PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE JUNIO DE 2017

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA SUBDIRECCION DE PERSONAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE JUNIO DE 2017			
TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
PERIODO FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO	38	3	41
CARRERA ADMINISTRATIVA			
INSCRITOS	119		119
PENDIENTES INSCRIPCION	0		0
EN PROCESO DE INSCRIPCION	0		0
EN PERIODO DE PRUEBA	0		0
ENCARGOS	3		3
PROVISIONALES	98		98
VACANTES		114	114
SUBTOTAL EMPLEADOS PUBLICOS DE PLANTA	258		
SUBTOTAL TRABAJADORES OFICIALES	48	1	49
TOTAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL	306	118	424
REGIMEN DE CESANTIAS			
REGIMEN DE CESANTIAS RETROACTIVAS	126		126
REGIMEN DE CESANTIAS ANUALIZADAS	180		180
TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS	306		306
ADMINISTRATIVO O ASISTENCIAL			
ADMINISTRATIVOS	126		126
ASISTENCIALES	180		180
TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS	306		306

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

TABLA No. 5 RESUMEN GENERAL GASTOS ACUMULADOS NOMINA DE JUNIO 2017

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2017	COMPROMISO TOTAL (2017)	SALDO POR EJECUTAR (2017)
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 14.260.962.000	\$ 5.306.967.210	\$ 8.953.994.790
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 10.225.616.000	\$ 3.900.069.449	\$ 6.325.546.551
11002	GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$ 39.640.000	\$ -	\$ 39.640.000
11003	PRIMA TECNICA	\$ 168.364.000	\$ 77.501.880	\$ 90.862.120
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 199.018.000	\$ 42.261.318	\$ 156.756.682
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 1.323.405.000	\$ 556.884.714	\$ 766.520.286
	PRIMAS EXTRALEGALES Y EXTRAORD.	\$ 2.304.919.000	\$ 730.249.849	\$ 1.574.669.151
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 288.674.000	\$ 112.406.996	\$ 176.267.004
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	\$ 103.748.000	\$ 45.474.249	\$ 58.273.751
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 441.740.000	\$ 358.865.046	\$ 82.874.954
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 487.031.000	\$ 186.623.553	\$ 300.407.447
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 935.051.000	\$ 10.123.611	\$ 924.927.389
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 48.675.000	\$ 16.756.394	\$ 31.918.606
14101	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.119.143.000	\$ 397.292.655	\$ 721.850.345
14102	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.580.425.000	\$ 563.757.052	\$ 1.016.667.948
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 315.813.000	\$ 82.638.080	\$ 233.174.920
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 534.691.000	\$ 207.427.300	\$ 327.263.700

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2017	COMPROMISO TOTAL (2017)	SALDO POR EJECUTAR (2017)
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 267.346.000	\$ 103.847.623	\$ 163.498.377
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 387.766.000	\$ 155.736.000	\$ 232.030.000
		\$ 1.189.803.000	\$ 467.010.923	\$ 722.792.077

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

TABLA No. 6 AVANCES SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES A JUNIO 2017

ENTIDAD	AVANCE	VIGENCIAS	VALOR	TOTAL ENTIDAD
	EXCEDENTES 1994 -2011	1994 - 2011	\$ 16.462.137	
ALIANSA LUD EPS	REALIZARON TRANSFERENCIA	2012	\$ 737.538	\$ 126.689.736
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013- 2014 - 2015	\$ 73.354.389	
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2016	\$ 52.597.809	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 2.508.391	
CAFESALUD EPS	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES		\$ 7.435.629	\$ 54.653.937
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2014	\$ 9.857.248	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 12.830.345	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 22.022.324	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 22.022.324	
COMFACUNDI	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 4.951.892	\$ 4.951.892
COMPENSAR EPS	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 67.708.765	\$ 92.700.670
	SE REMITIERON ACTA DE LEGALIZACION 2016	2016	\$ 24.991.905	
CONSORCIO SAYP	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012, 2013, 2014,	\$ 432.950	\$ 4.684.914
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 2.059.936	
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 2.192.028	
COOMEVA EPS	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$ 44.668.708	\$ 44.668.708
CRUZ BLANCA EPS	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2014	\$ 5.038.557	\$ 22.922.235
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 7.274.992	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 10.608.686	
FAMISANAR	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 5.661.915	\$ 57.715.569
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013	\$ 5.801.815	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2014	\$ 19.897.219	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 14.467.795	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 11.886.825	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2008	\$ 17.766.675	
NUEVA EPS	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2009	\$ 635.585	\$ 71.400.841
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2010	-\$ 9.716.550	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2011	\$ 5.458.077	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	-\$ 8.191.908	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013	-\$ 4.719.184	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2014	\$ 18.410.584	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 22.864.800	
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2016	\$ 28.892.762	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 9.624.855	
SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013 - 2014 - 2015	\$ 26.419.845		
SALUD COOP	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013	\$ 4.532.764	\$ 22.770.993
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2014	\$ 3.793.418	

	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 6.984.703	
	EN PROCESO ACTA DE LEGALIZACION 2016	2016	\$ 7.460.108	
SANITAS	SALDO A FAVOR	ANTERIOR	\$ 958.356	\$ 172.360.099
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 21.497.243	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013	\$ 24.337.532	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2014	\$ 27.787.776	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 44.661.795	
	EN PROCESO DE LEGALIZACION DE ACTA	2016	\$ 53.117.397	
SURAMERICANA S.A.	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 15.645.588	\$ 25.172.380
	EN PROCESO DE LEGALIZACION DE ACTA	2016	\$ 9.526.792	
COLFONDOS PENSIONES	CONCILIACIONES EN CURSO EL 27 DE DICIEMBRE DE 2013 SE TRASLADARON \$14.000.000 DE PORVENIR A COLFONDOS	2012	-\$ 2.265.440	-\$ 9.026.293
		2013	-\$ 13.662.903	
		2014	\$ 855.628	
		2015	\$ 2.375.916	
		2016	\$ 3.670.506	
PORVENIR PENSIONES Y CESANTIAS	ACEPTACION SALDOS	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 178.200.890	\$ 248.780.253
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 70.579.363	
PROTECCION PENSIONES	EN PROCESO DE CONCILIACION	2012 2013 2014 2015 2016		
OLD MUTUAL	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION ENVIE DE NUEVO CORREO EL 30/05/2017 KATERINE BERNAL	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 28.100.085	\$ 50.765.086
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION ENVIE DE NUEVO CORREO EL 30/05/2017 KATERINE BERNAL	2016	\$ 22.665.001	
COLFONDOS CESANTIAS	REALICE VISITA DE CONCILIACION EL 17 DE MAYO DE 2017	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$ 124.659.654	\$ 124.659.654
FNA	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$ 53.307.920	\$ 53.307.920
HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS S.A.	REGIMEN ANUALIZADO	2012 - 2013 - 2014	\$ 1.412.137.610	\$ 4.693.239.108
	REGIMEN RETROACTIVO	2012 - 2013 - 2014	\$ 3.281.101.498	
PORVENIR PENSIONES Y CESANTIAS	REGIMEN ANUALIZADO	2012-2014	\$ 1.042.416.662	\$ 6.063.835.056
	REGIMEN RETROACTIVO	2012-2014	\$ 1.683.219.327	
	REGIMEN ANUALIZADO	2015	\$ 267.487.631	
	REGIMEN RETROACTIVO	2016	\$ 3.070.711.436	
PROTECCION CESANTIAS	EN PROCESO DE CONCILIACION	2012 2013 2014 2015 2016		
OLD MUTUAL	ENVIE CORREO ESTADO DE CUENTA JESICA MUÑOZ 30/05/2017	2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$ 5.788.628	\$ 5.788.628
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	ACEPTACION SALDOS	2015	92062433	\$ 225.677.096
	ACEPTACION SALDOS	2016	133614663	
ARL COLPATRIA	ENVIADO ESTADO DE CUENTA POR CORREO	2013	44626147,5	\$ 176.166.975
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA POR CORREO	2014	111432044	
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA POR CORREO	2015	64734931	

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

1.4 CONTRATACIÓN

BOGOTA

En Bogotá D C., se tiene contratado para los servicios de apoyo logístico administrativo y financiero con empresa de servicios temporales el suministro de personal en misión y para el cubrimiento de procesos y subprocesos asistenciales con Cooperativa de Trabajo Asociado. Estos son la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A. y la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA. La especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para Bogotá.

ZIQAQUIRÁ

En Zipaquirá Cundinamarca, 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; a partir de febrero de 2017 toma la contratación de la Unidad Funcional de Zipaquirá. La Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

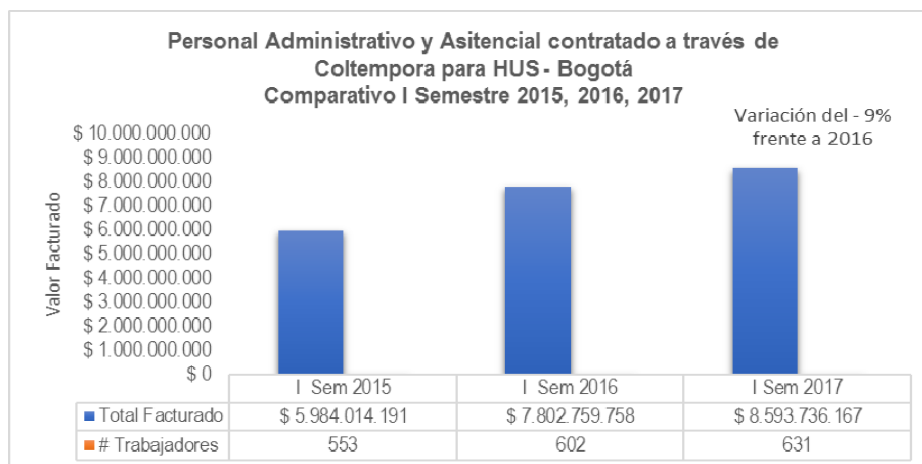
Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para la Unidad Funcional de Zipaquirá.

TABLA No. 7 COLTEMPORA BOGOTA PRIMER SEMESTRE COMPARATIVO 2015-2016-2017

AÑO	TOTAL FACTURADO	No. TRABAJADORES/ASOCIADOS
2017	8.593.736.167	631
2016	7.802.759.758	602
2015	5.984.014.191	553

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

**GRAFICA No. 2 COLTEMPORA BOGOTA
PRIMER SEMESTRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

El primer semestre de 2017, tuvo una variación negativa del 9% frente al mismo período de la vigencia anterior, debido al incremento legal del 5% de la asignación básica de los trabajadores, la vinculación de nuevos para el área administrativa y la promoción de otros que contribuyen al mejoramiento de los diferentes procesos del Hospital.

TABLA No. 7 COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA ASISTENCIAL I SEMESTRE COMPARATIVO 2015-2016-2017

AÑO	TOTAL FACTURADO	No. TRABAJADORES/ASOCIADOS
2017	2.289.690.897	151
2016	1.946.681.369	127
2015	2.299.707.452	120

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

En la anterior tabla se observa que el primer semestre de 2017 presenta un valor facturado con \$2.229.707.452 con 120 asociados, debido a que durante ese semestre COOPSEIN operaba el proceso de enfermería del Hospital. Durante el primer semestre 2017, se ampliaron los procesos como el programa de Ruta Materna y programa para el desarrollo de las acciones del plan de salud pública en el marco del Plan Decenal de Salud Pública municipio de Zipaquirá vigencia 2017.

TABLA No. 8 ZIQAUIRA I SEMESTRE COMPARATIVO 2015-2016-2017

AÑO	TOTAL FACTURADO	No. TRABAJADORES/ASOCIADOS
2017	4.450.963.059	306
2016	5.894.321.875	395
2015	5.317.810.638	363

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

En el primer semestre de 2017 se refleja una disminución en la facturación debido a que a partir del mes de febrero de 2017 los procesos pasaron a Coltempora con una disminución de trabajadores en misión.

PROFESIONALES SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

Esta subdirección tiene a cargo la supervisión administrativa de los contratistas, de SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, por lo tanto, se realizó todo el proceso de contratación hasta culminar con la liquidación de los contratos, así mismo se certificó mensualmente, para trámite de pago mensualmente.

En oficio con radicado No. 201625000210211 el Ministerio de Salud, informa que a partir del primero de (01) de Julio de 2016 “Sólo se aceptarán como válidas para cumplir el SSO aquella plazas que vinculen a los profesionales de la salud a través de contrato legal y reglamentario para entidades públicas o contrato laboral formal para entidades privadas si no se cumple con éste requisito serán retiradas las plazas autorizadas”, por lo tanto, a partir de esa fecha no se han suscrito contratos de prestación de servicios para este objeto. Una vez dada la explicación anterior se relacionan los contratos a saber y su respectivo estado:

TABLA No. 9 SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO A PRIMER SEMESTRE DE 2017

NOMBRE	CARGO SSO	No. CONTRATO	FECHA INICIO CONTRATO	FECHA TERMINACION CONTRATO	ESTADO
FAUSTO RICARDO CABEZAS BOLAÑOZ	MEDICO	4	12-ene-16	11-ene-17	LIQUIDADO
ERIKA PAOLA PAOLA USUMA RONCANCIO	ODONTOLOGA	49	20-ene-16	31-dic-16	LIQUIDADO
ANDREA CAROLINA RODRIGUEZ CERPA	ODONTOLOGA	52	3-feb-16	2-dic-16	LIQUIDADO

NOMBRE	CARGO SSO	No. CONTRATO	FECHA INICIO CONTRATO	FECHA TERMINACION CONTRATO	ESTADO
SEBASTIAN TAMAYO ESCOBAR	MEDICO	61	24-feb-16	23-feb-17	LIQUIDADO
LINA DEL MAR HERREROS ROSAS	MEDICO	64	1-mar-16	28-feb-17	LIQUIDADO
JULIAN ANDRES ANGEL PAEZ	MEDICO	70	2-mar-16	1-mar-17	LIQUIDADO
LADY NATALY CORTES RODRIGUEZ	MEDICO	62	4-mar-16	3-mar-17	LIQUIDADO
ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ JURADO	MEDICO	226	3-may-16	2-may-17	LIQUIDADO
DANIEL SANTIAGO ROZO GARCES	ENFERMERA	227	3-may-16	2-may-17	LIQUIDADO
LUZ MARY MARTINEZ ALCANTARA	ENFERMERA	228	3-may-16	2-may-17	LIQUIDADO
TATIANA MILENA BAHAMION CETINA	ENFERMERA	263	23-may-16	22-may-17	LIQUIDADO
MONICA PATRICIA FAGUA RODRIGUEZ	MEDICO	372	20-may-16	19-may-17	LIQUIDADO
ANA MARIA VILLEGAS WAGNER	BACTERIOLOGA	378	2-jun-16	1-jun-17	LIQUIDADO
JULIO CESAR ARIZA LIZCANO	MEDICO	377	2-jun-16	1-feb-17	LIQUIDADO
ADRIANA CECILIA SOPO RUIZ	ENFERMERA	407	9-jun-16	8-jun-17	LIQUIDADO
ALEXANDER IBAÑEZ CASTAÑO	ENFERMERA	406	23-jun-16	22-jun-17	SIN LIQUIDADAR

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para el 30 de Junio de 2017, los contratos de Servicio Social Obligatorio de la Unidad Funcional de Zipaquirá tienen una novedad el contrato 406-2016 del señor Alexander Ibañez Castaño está pendiente por liquidar debido a un proceso administrativo del contrato por parte del Hospital Universitario la Samaritana

TABLA No. 10 SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO COMPARATIVO 2015-2016-2017

AÑO	TOTAL FACTURADO	No. TRABAJADORES/ASOCIADOS
2017	98.566.667	3
2016	260.060.000	18
2015	176.306.666	19

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS Y FISIOTERAPIA PARA LA VIGENCIA 2017

BOGOTA

Existen 105 contratos vigentes para la prestación de servicios Bogotá para la ejecución de 33 objetos contractuales de los cuales 85 fueron suscritos con personas naturales y 20 con personas jurídicas.

TABLA No. 11 EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATO	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	22	2.041.468.000	1.522.022.600	75%	519.445.400	25%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD -HEMODINAMIA	1	1.596.000.000	1.182.324.179	74%	413.675.821	26%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1	294.000.000	170.000.000	58%	124.000.000	42%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1	126.000.000	104.475.000	83%	21.525.000	17%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	1	126.000.000	105.000.000	83%	21.000.000	17%

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATO	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
EN CIRUGIA DE TORAX						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	7	441.200.000	321.324.000	73%	119.876.000	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	1	470.400.000	287.950.440	61%	182.449.560	39%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	504.000.000	355.514.735	71%	148.485.265	29%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	1	252.000.000	181.880.270	72%	70.119.730	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	105.000.000	79.483.800	76%	25.516.200	24%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	2	58.800.000	49.440.000	84%	9.360.000	16%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	1	319.200.000	193.989.276	61%	125.210.724	39%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	16	1.239.000.000	901.296.000	73%	337.704.000	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	1	100.800.000	83.567.640	83%	17.232.360	17%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGIA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIOTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	1	112.560.000	91.924.000	82%	20.636.000	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	12	1.434.720.000	1.122.358.000	78%	312.362.000	22%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	1	222.600.000	185.333.333	83%	37.266.667	17%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	1	84.000.000	70.000.000	83%	14.000.000	17%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	1	632.000.000	488.105.400	77%	143.894.600	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	1	823.200.000	431.568.171	52%	391.631.829	48%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	2	59.640.000	49.038.000	82%	10.602.000	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA	1	588.000.000	275.139.032	47%	312.860.968	53%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	10	818.340.000	587.774.006	72%	230.565.994	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	168.000.000	97.206.460	58%	70.793.540	42%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	1	260.400.000	226.666.667	87%	33.733.333	13%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	1	83.160.000	69.646.500	84%	13.513.500	16%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	1.520.000.000	1.176.718.568	77%	343.281.432	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	3	130.200.000	74.592.000	57%	55.608.000	43%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS	1	264.000.000	248.994.000	94%	15.006.000	6%

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATO	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
INTENSIVOS						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	1	499.800.000	400.188.000	80%	99.612.000	20%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	1	235.200.000	140.891.599	60%	94.308.401	40%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	7	731.640.000	575.764.000	79%	155.876.000	21%
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA	1	864.000.000	720.000.000	83%	144.000.000	17%
TOTAL GENERAL	105	17.205.328.000	12.570.175.676		4.635.152.324	

Fuente: Contratos por Productividad HUS

ZIQAQUIRÁ

Existen 47 contratos vigentes para la prestación de servicios en la unidad funcional de Zipaquirá para la ejecución de 21 objetos contractuales de los cuales 36 fueron suscritos con personas naturales y 11 con personas jurídicas.

TABLA No. 12 EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD ZIQAQUIRÁ

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATO	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	6	667.000.000	420.927.000	63%	246.073.000	37%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA	1	420.000.000	350.974.860	84%	69.025.140	16%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	6	406.120.000	275.870.830	68%	130.249.170	32%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	2	137.800.000	86.514.049	63%	51.285.951	37%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	210.000.000	117.851.805	56%	92.148.195	44%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	1	100.800.000	50.451.031	50%	50.348.969	50%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	1	115.000.000	39.387.265	34%	75.612.735	66%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	7	476.000.000	333.326.700	70%	142.673.300	30%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA GENERAL	1	2.176.000.000	1.746.911.434	80%	429.088.566	20%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	1	528.200.000	433.647.400	82%	94.552.600	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	1	46.400.000	38.666.666	83%	7.733.334	17%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	1	93.400.000	92.552.810	99%	847.190	1%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGIA	1	44.000.000	32.812.500	75%	11.187.500	25%

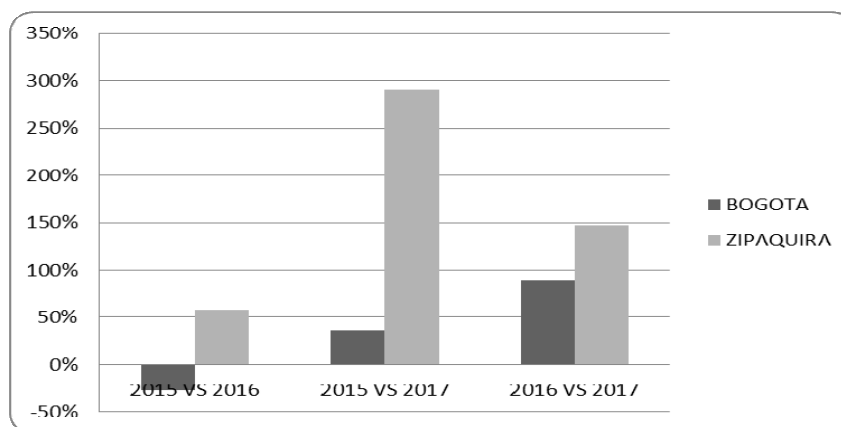
OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATO	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA	1	546.000.000	348.229.040	64%	197.770.960	36%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	4	264.600.000	152.195.215	58%	112.404.785	42%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	67.200.000	51.773.970	77%	15.426.030	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	1	77.000.000	55.377.600	72%	21.622.400	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA	6	519.000.000	344.838.800	66%	174.161.200	34%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	1	34.000.000	27.489.600	81%	6.510.400	19%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	686.400.000	554.208.563	81%	132.191.437	19%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	2	134.400.000	114.323.325	85%	20.076.675	15%
TOTAL GENERAL	47	7.749.320.000	5.668.330.463		2.080.989.537	

Fuente: Contratos por Productividad HUS

TABLA. 13 COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER SEMESTRE CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD BOGOTA – U.F ZIPAQUIRA

PRODUCTIVIDAD	2015	2016	2017
BOGOTA	\$9.214.981.138	\$6.663.533.990	\$12.570.175.676
ZIPAQUIRA	\$1.452.359.937	\$2.292.498.149	\$5.668.330.463
TOTALES	\$10.667.341.075	\$8.956.032.139	\$18.238.506.139

GRAFICA. 6 COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER SEMESTRE CONTRATACION BOGOTA Y U.F ZIPAQUIRA – CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD



Fuente: Contratos por Productividad HUS

Durante el I semestre de 2017 se realizó en el mes de Febrero la contratación por prestación de servicios de 6 Anestesiólogos, 5 Cirujanos Generales, 1 Cirujano Plástico, 7 Ginecólogos, 1 Estomatólogo, 1 Patólogo, 6 Peditras, 1 Psiquiatras, y 52 médicos generales para la unidad funcional de Zipaquirá los cuales se encontraban contratados por Cooperativa.

TABLA. 14 RELACION DE CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD 2015 -2016 Y 2017

OBJETO	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y DE IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD	11	13	14
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	23	21	22
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	0	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	9	13	12
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	4	5	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	7	7	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DOOPLER	4	6	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIOTERAPIA	29	33	33
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	8	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	17	17	16
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	14	13	16
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	3	4	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	2	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	3	5	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	11	14	12
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA	10	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	9	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	8	8	9
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	2	8	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	7	7	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	2	2	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	8	14	14
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	2	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UCI	4	4	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	6	8	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	4	4	5
SERVICIOS Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	3	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	0	9	10
Total general	217	260	262

Fuente: Contratos por Productividad HUS

CESANTIAS

La fecha para la radicación de documentos para el trámite de las cesantías retroactivas para arreglos locativos es el segundo miércoles de cada mes y las de estudio, deuda hipotecaria y ley 50 se reciben en cualquier momento, con la Auxiliar Administrativa de la Subdirección de Personal para el visto bueno de la Subdirectora de Personal y se adelanta el respectivo proceso.

Se liquidan Cesantías de Retroactivas y Anualizado Ley 50 parciales y definitivas conforme a la Ley y se realiza comparativo de los totales del primer semestre de los años 2015, 2016 y 2017.

TABLA 15. CESANTIAS LIQUIDADAS RETROACTIVAS Y LEY 50

CESANTIAS LIQUIDADAS RETROACTIVAS Y LEY 50 PRIMER SEMESTRE AÑOS 2015 - 2016 - 2017			
REGIMEN	2015	2016	2017
	PRIMER SEMESTRE	PRIMER SEMESTRE	PRIMER SEMESTRE
RETROACTIVAS	318604738	405.129.047	538.749.655
ANUALIZADO LEY 50	350.402.628	306.483.155	364.120.764
TOTALES	669.007.366	711.612.202	902.870.419

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRAFICA. 7 CESANTIAS LIQUIDADAS RETROACTIVAS Y LEY 50



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

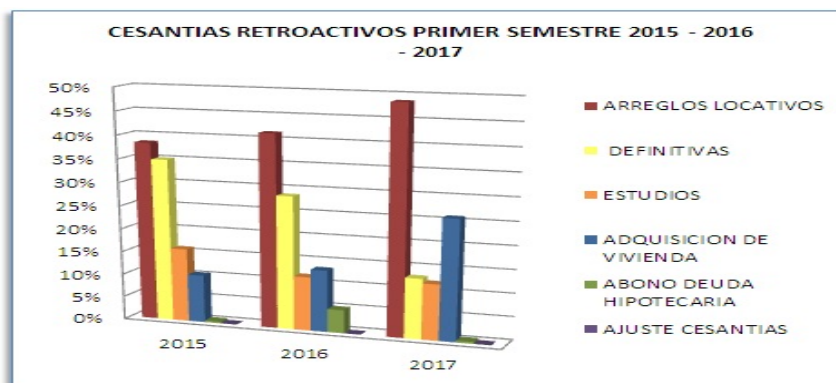
Se observa en el gráfico que en los años 2015, 2016 y 2017 el mayor porcentaje para el retiro de cesantías es el de Régimen anualizado Ley 50 ya que la mayoría de empleados públicos son de ese régimen. Se liquidan Cesantías Retroactivas primer semestre 2015, 2016 y 2017, de acuerdo a la destinación, valor y el total.

TABLA 16. CESANTIAS LIQUIDADAS RÉGIMEN RETROACTIVO

CESANTIAS LIQUIDADAS RETROACTIVO DE PRIMER SEMESTRE AÑOS 2015 - 2016 - 2017			
RETROACTIVAS	2015	2016	2017
	PRIMER SEMESTRE	PRIMER SEMESTRE	PRIMER SEMESTRE
ARREGLOS LOCATIVOS	122.367.800	167.697.500	261.960.300
DEFINITIVAS	111.425.872	115.959.192	70.057.071
ESTUDIOS	50.673.566	47.109.750	64.941.530
ADQUISICION DE VIVIENDA	32.990.000	54.000.000	139.592.500
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	1.147.500	20.362.605	2.198.254
AJUSTE CESANTIAS	0	0	0
TOTAL	318.604.738	405.129.047	538.749.655

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRAFICA. 8 CESANTIAS LIQUIDADAS REGIMEN RETROACTIVO



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

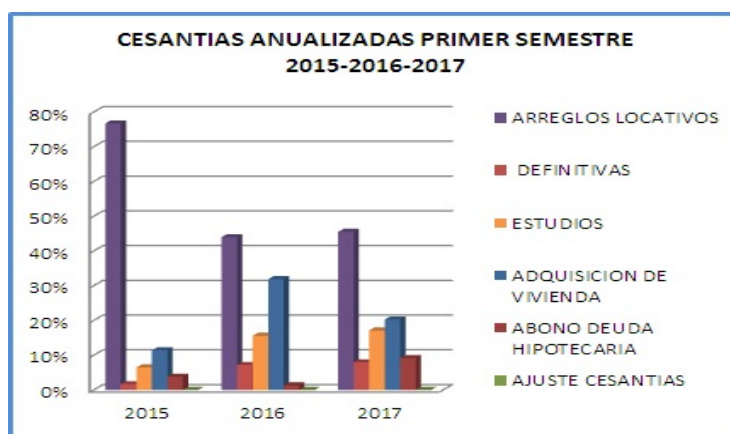
En el grafico se observa que el mayor porcentaje en la liquidación a las cesantías retroactivas con destinación arreglos locativos, se observa un incremento exponencial año a año. Se liquidan Cesantías Anualizado Ley 50 primer semestre años 2015, 2016 y 2017, de acuerdo destinación, valor y el total.

TABLA 17. CESANTIAS LIQUIDADAS REGIMEN ANUALIZADO

ANUALIZADAS	CESANTIAS LIQUIDADAS ANUALIZADO PRIMER SEMESTRE AÑOS 2015 - 2016 - 2017		
	2015	2016	2017
	PRIMER SEMESTRE	PRIMER SEMESTRE	PRIMER SEMESTRE
ARREGLOS LOCATIVOS	268.774.752	134.751.787	165.654.252
DEFINITIVAS	5.727.406	22.098.922	28.993.362
ESTUDIOS	22.660.670	47.890.523	62.342.441
ADQUISICION DE VIVIENDA	40.000.000	97.732.575	73.694.789
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	13.239.800	4.009.348	33.435.920
AJUSTE CESANTIAS	0	0	0
TOTAL	350.402.628	307.044.903	364.120.764

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRAFICA. 9 CESANTIAS LIQUIDADAS REGIMEN ANUALIZADO



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

En el gráfico se observa que la liquidación de las cesantías anualizadas ley 50 con destinación para arreglos locativos en los años 2015 – 2017 es mayor a comparaciones del año 2016 pero en menor medida que el año 2015, es de resaltar la variación en el rubro de adquisición de vivienda que a fluctuado en los años analizados y el menor es ajuste de cesantías ya que se espera el incremento del 2017 para liquidar el ajuste de las cesantías de los funcionarios retirados.

VACACIONES

La relación de vacaciones se vienen reconociendo y concediendo de acuerdo con la programación anual del 2017, 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 18. VACACIONES CONCEDIDAS A PRIMER SEMESTRE DE 2017

MES	OFICIALES	PUBLICOS
ENERO	8	43
FEBRERO	0	5
MARZO	0	2
ABRIL	1	17
MAYO	4	3
JUNIO	8	30
TOTALES	21	100

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRAFICA. 10 VACACIONES CONCEDIDAS A PRIMER SEMESTRE DE 2017



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

En el anterior gráfico se infiere que para tanto trabajadores oficiales y públicos en los meses de enero y junio es donde tiene más dinámica este rubro, pero en comparación son más los trabajadores públicos los que afectan la gráfica al ser mayor población en mayor proporción.

AUSENTISMO PLANTA

Se realiza el ausentismo del personal de planta del primer semestre de 2016 - 2017, por 8 horas con sus respectivos valores y totales.

**TABLA 19. AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA PRIMER SEMESTRE 2017 COMPARADO CON 2016
8 HORAS**

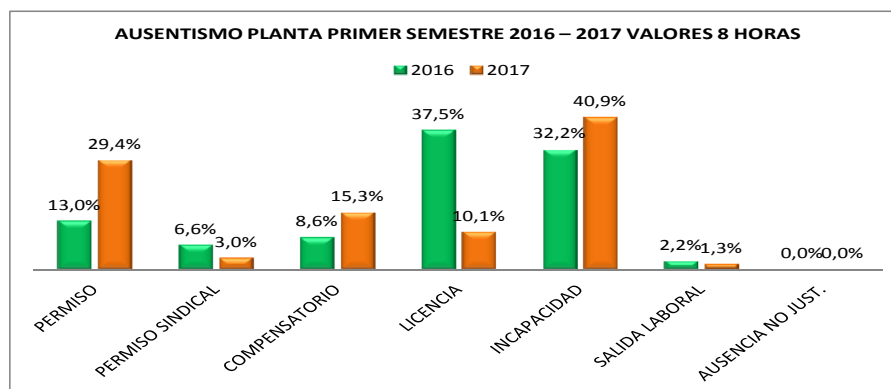
TIPO DE AUSENTISMO	2016 X 8 HORAS												TOTAL VALORES
	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		
	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	
PERMISO	192,5	\$ 1.815.995	115	\$ 1.009.949	150	\$ 2.350.568	84,5	\$ 669.477	157,5	\$ 2.378.170	210	\$ 2.187.652	\$ 10.411.812
PERMISO SINDICAL	112	\$ 593.447	168	\$ 816.034	184	\$ 902.441	144	\$ 709.234	241,5	\$ 1.234.553	208	\$ 1.009.242	\$ 5.264.951
COMPENSATORIO	176	\$ 2.140.875	56	\$ 690.090	112	\$ 1.455.486	72	\$ 1.130.930	40	\$ 439.948	64	\$ 978.941	\$ 6.836.271
LICENCIA	30	\$ 586.366	0	\$ -	784	\$ 17.402.776	112	\$ 2.486.111			624	\$ 9.472.850	\$ 29.948.103
INCAPACIDAD	808	\$ 3.876.405	534	\$ 4.010.140	680	\$ 4.029.287	624	\$ 4.873.922	944	\$ 5.083.621	666	\$ 3.853.926	\$ 25.727.301
SALIDA LABORAL	0	\$ -	19	\$ 189.990	49	\$ 584.187	37	\$ 415.358	38	\$ 405.569	14	\$ 157.163	\$ 1.752.267
AUSENCIA NO JUST.	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ -					\$ -
TOTAL	1318,5	\$ 9.013.088	892	\$ 6.716.203	1959	\$ 26.724.745	\$ 1.074	\$ 10.285.032	\$ 1.421	\$ 9.541.862	\$ 1.776	\$ 17.659.773	\$ 79.940.703

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

TIPO DE AUSENTISMO	2017 X 8 HORAS												TOTAL VALORES
	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		
	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	HORAS	VALORX8 HORAS	
PERMISO	194	\$ 2.827.695	244,5	\$ 3.977.791	275,5	\$ 4.336.719	228	\$ 2.910.547	245	\$ 3.920.301	160,5	\$ 2.644.663	\$ 20.617.716
PERMISO SINDICAL	48	\$ 205.613	104	\$ 445.496	96	\$ 411.227	80	\$ 342.689	56	\$ 246.976	93	\$ 460.429	\$ 2.112.430
COMPENSATORIO	240	\$ 2.609.832	280	\$ 2.983.247	72	\$ 1.182.704	85	\$ 1.548.274	147	\$ 1.563.095	59	\$ 832.578	\$ 10.719.729
LICENCIA	240	\$ 2.527.707	40	\$ 194.701	40	\$ 232.804	304	\$ 4.119.685					\$ 7.074.897
INCAPACIDAD	416	\$ 3.734.937	682	\$ 6.361.539	360	\$ 2.121.938	400	\$ 5.934.863	440	\$ 5.693.775	624	\$ 4.844.181	\$ 28.691.232
SALIDA LABORAL	6	\$ 72.589	30	\$ 362.945	17	\$ 205.669			8	\$ 96.785	15	\$ 196.665	\$ 934.653
AUSENCIA NO JUST.	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ -							\$ -
TOTAL	1144	\$ 11.978.373	1380,5	\$ 14.325.719	860,5	\$ 8.491.061	1097	\$ 14.856.058	896	\$ 11.520.931	951,5	\$ 8.978.515	\$ 70.150.657

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRAFICA. 11 AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA PRIMER SEMESTRE 2017 COMPARADO CON 2016 8 HORAS



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Se puede observar en el grafico que el motivo que más influye en el ausentismo en el año 2016 fue las licencias con una participación del 37.5% sumando en total \$ 29.948.103 a final del corte del presente informe, para el año 2017 la causal más representativa son las incapacidades con una participación del 40.9% y \$ 28.691.232 en su valor nominal siendo inversamente proporcional de un año al otro.

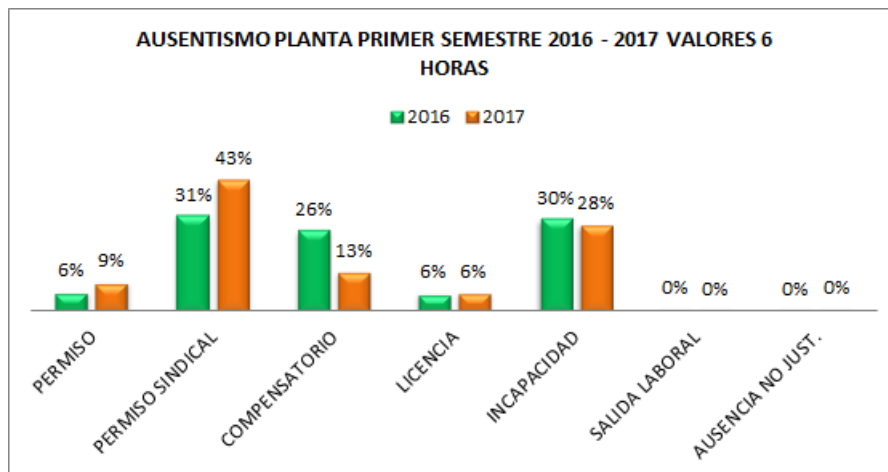
TABLA 20. AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA PRIMER SEMESTRE 2017 COMPARADO CON 2016 – VALORES 6 HORAS

TIPO DE AUSENTISMO	2016 X 6 HORAS												TOTAL VALORES
	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		
	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	
PERMISO	167	\$ 1.585.451	207	\$ 1.790.433	131	\$ 1.027.602	105	\$ 690.462	111,5	\$ 1.090.394	214	\$ 1.419.126	\$ 7.603.468
PERMISO SINDICAL	540	\$ 3.748.447	1002	\$ 6.860.922	870	\$ 5.871.357	1026	\$ 6.977.409	1215,5	\$ 8.188.545	1194	\$ 7.972.733	\$ 39.619.413
COMPENSATORIO	234	\$ 1.186.610	1150	\$ 8.320.322	768	\$ 5.748.727	1038	\$ 7.957.335	878	\$ 6.913.765	432	\$ 3.401.651	\$ 33.528.410
LICENCIA	126	\$ 2.038.884	0	\$ -	60	\$ 432.038	210	\$ 1.425.900	30	\$ 216.019	384	\$ 2.904.954	\$ 7.017.795
INCAPACIDAD	564	\$ 4.086.608	1308	\$ 9.033.979	1440	\$ 9.254.945	660	\$ 4.391.383	834	\$ 6.508.051	678	\$ 4.906.789	\$ 38.181.755
SALIDA LABORAL	0	\$ -	12	\$ 86.408	0	\$ -			30	\$ 355.829	6	\$ 43.204	\$ 485.441
AUSENCIA NO JUST.	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ -			24	\$ 168.225			\$ 168.225
TOTAL	1631	\$ 12.646.000	3679	\$ 26.092.064	3269	\$ 22.334.669	3039	\$ 21.442.490	3123	\$ 23.440.827	2908	\$ 20.648.457	\$ 126.604.507

TIPO DE AUSENTISMO	2017 X 6 HORAS												TOTAL VALORES
	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		
	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	HORAS	VALOR X 6 HORAS	
PERMISO	171	\$ 1.549.887	120	\$ 1.088.432	305	\$ 2.849.787	154	\$ 1.442.407	352,5	\$ 3.573.084	104	\$ 924.239	\$ 11.427.836
PERMISO SINDICAL	894	\$ 6.251.204	1188	\$ 8.635.766	1368	\$ 9.452.211	1194	\$ 8.300.646	1356	\$ 9.804.172	1536	\$ 10.409.117	\$ 52.853.115
COMPENSATORIO	1302	\$ 11.279.411	78	\$ 485.135	390	\$ 3.375.973	24	\$ 186.243	18	\$ 139.682	30	\$ 183.636	\$ 15.650.080
LICENCIA	162	\$ 1.709.493	30	\$ 232.804	270	\$ 2.055.608	234	\$ 2.872.408	60	\$ 289.462			\$ 7.159.775
INCAPACIDAD	654	\$ 4.589.551	582	\$ 3.825.498	936	\$ 6.896.914	888	\$ 6.680.724	1044	\$ 7.977.826	576	\$ 4.534.603	\$ 34.505.116
SALIDA LABORAL	0	\$ -	0	\$ -	12	\$ 143.346							\$ 143.346
AUSENCIA NO JUST.	0	\$ -	0	\$ -	24	\$ 186.243							\$ 186.243
TOTAL	3183	\$ 25.379.546	1998	\$ 14.267.635	3305	\$ 24.960.082	2494	\$ 19.482.427	2830,5	\$ 21.784.226	2246	\$ 16.051.596	\$ 121.925.512

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRAFICA. 11 AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA PRIMER SEMESTRE 2017 COMPARADO CON 2016 – VALORES 6 HORAS



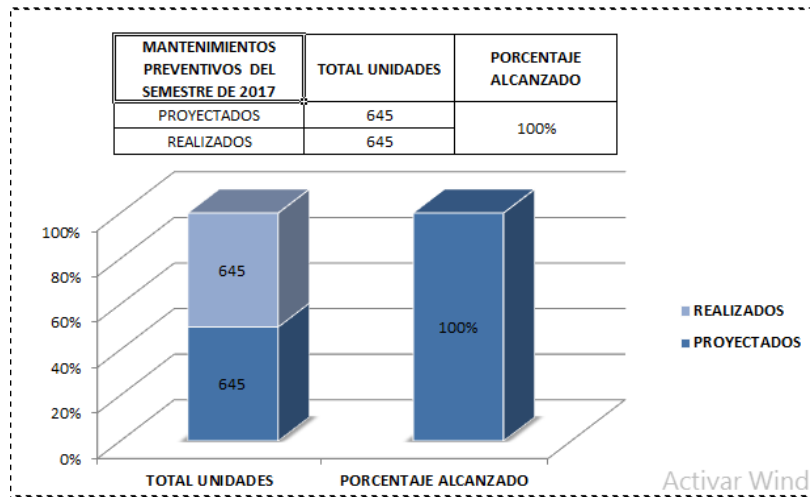
Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Se puede observar en el grafico que para el año 2016, la mayor variación de ausentismo esta en los permisos sindicales con el 31% y en el año 2017 es también la variación más importante con el 43% respecto al total de las variables de ausentismo del primer semestre.

2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

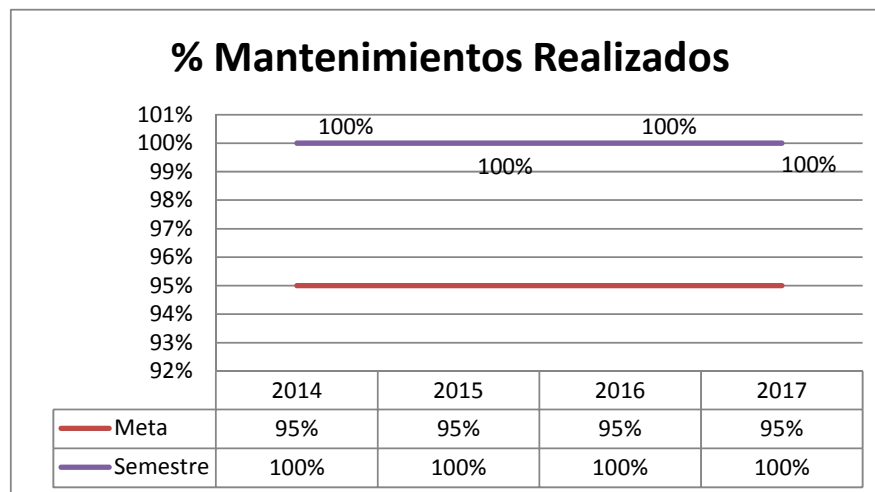
2.1 GESTIÓN DEL PROCESO: INDICADORES

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS BOGOTÁ



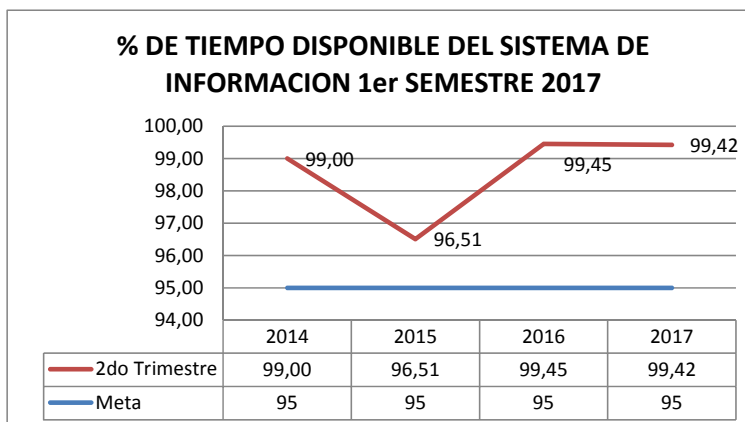
Se cumplió con el cronograma de mantenimientos preventivos definido para el primer semestre de 2017, estos mantenimientos se realizan con recurso propio y están programados para que sean realizados por el turno de la noche.

Comparativo del indicador en Años



Se ha logrado el cumplimiento del cronograma de los mantenimientos preventivos de los equipos de cómputo, minimizando el daño, la indisponibilidad o inconformidad por los usuarios.

PORCENTAJE DE TIEMPO DISPONIBLE DEL SISTEMA DE INFORMACION



En el primer semestre de 2017 se presentó indisponibilidad de 1620 minutos de un total de 260640 minutos del semestre las fallas fueron las siguientes:

FECHA	APLICATIVO	MINUTOS
		offline
17 de Febrero	Act. DGH	120
30 de Marzo	Data Center- Falla Electrica	1500
	TOTAL	1620

La indisponibilidad presentada por la falla eléctrica se informó al área de mantenimiento la cual está trabajando en minimizar la ocurrencia de esta falla.

De igual forma se tiene como proyecto para este año implementar alta disponibilidad para el Sistema Dinámica Gerencial Hospitalaria con el objetivo que si se presenta algún problema eléctrico en el Datacenter se pueda dar servicio de DGH minimizando el inconveniente de acceso a este sistema.

PORCENTAJE DE ATAQUES INFORMATICOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE INFORMACION

El indicador se comenzó a llevar a partir del 3er trimestre de 2016 donde a la fecha no se tiene reporte de ningún ataque efectivo que ha generado indisponibilidad de algún sistema, lo que indica que la solución de seguridad perimetral es efectiva. De acuerdo a la alerta mundial de un ataque cibernético, aunque el HUS no tuvo afectación de su red se tomaron medidas preventivas para minimizar el riesgo de virus informático en la red del HUS, como fueron:

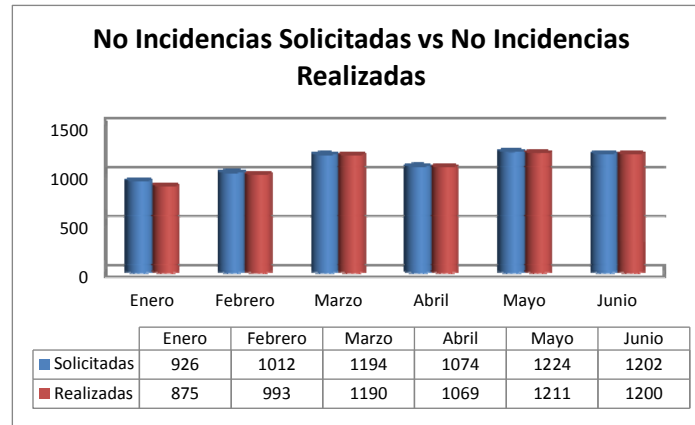
$$\frac{\text{Número de ataques efectivos (0)} * 100}{\text{Número de ataques recibidos}}$$

- Se ajustó política de actualización de sistemas operativos para que se aplique semanalmente en todos los equipos de cómputo del HUS.
- Se realizó el bloqueo de puertos USB de equipos de cómputo que no requieren el manejo de este dispositivo para la realización de las actividades de los usuarios.
- Se realizó el bloqueo de puertos telnet y ssh.

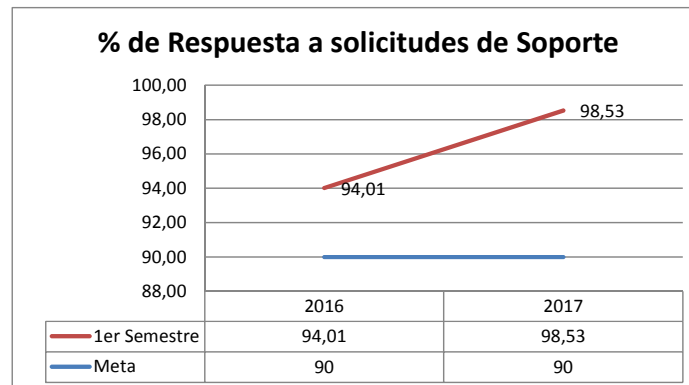
- Se realizó la restricción de acceso a correos personales desde la red del HUS ya que se identificó que es una de las entradas de virus informático a la red del HUS que no puede ser controlada ya que no es posible que el sistema de seguridad del HUS pueda controlar e identificar correos con virus informático.

Informe de Mesa de Ayuda

De acuerdo a nuestro sistema de información de Mesa de ayuda donde se evidencia la gestión de las solicitudes de soporte que son realizadas por cada una de las áreas, el promedio mensual de incidencias es de 1100 para el primer semestre de 2017, promedio que se mantiene comparado con los años anteriores.



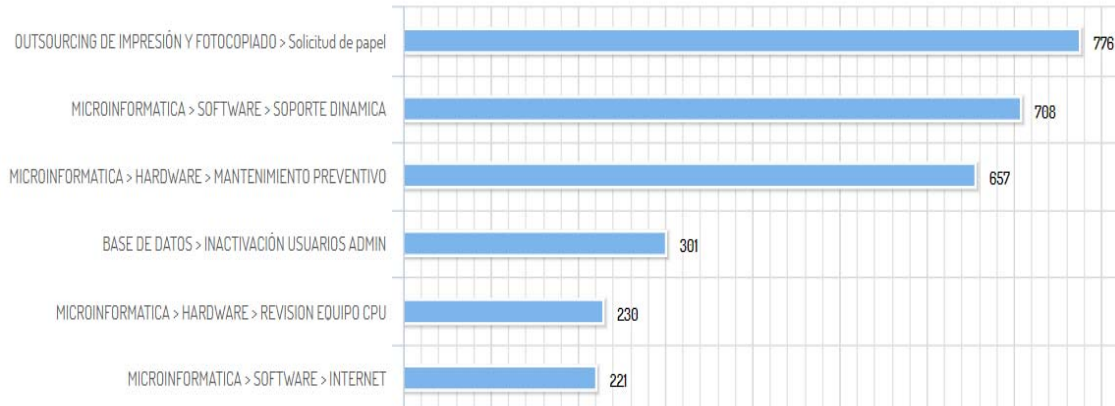
Se obtuvo un % de respuesta a las solicitudes de soporte del 98%, donde al 70% de las solicitudes tienen una oportunidad en un tiempo menor a un (1) día y el 18% en 2 días. El resultado de la calificación de la prestación del servicio y de la calidad de la solución fue del 90% de satisfacción.



Se logró mejorar la respuesta a las solicitudes ya que se estableció una reunión semanalmente de seguimiento a las solicitudes no resueltas en mesa de ayuda, con el fin de determinar las acciones a seguir y en equipo determinar las acciones a seguir para dar respuesta al usuario de manera oportuna.

Se aclara que las solicitudes compran como por ejemplo equipos de cómputo o licencias no se incluyen en las estadísticas ya que estas se catalogan como requerimientos no como soporte.

Solicitudes de Soporte por Categoría



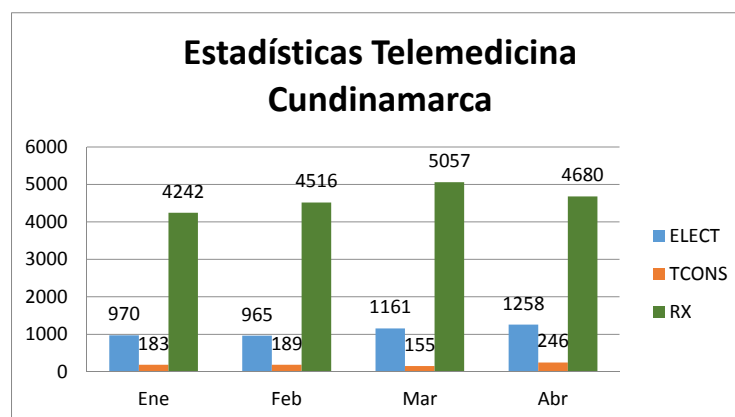
El tipo de soporte que más se genera es de impresión ya que por medio de la mesa de ayuda se registra las solicitudes de Papel y de problemas con las impresoras, este soporte se realiza por medio de un técnico de la empresa de Outsourcing.

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Se tuvo un avance en el PAS del 43%, A continuación se detalla el detalle de las actividades realizadas:

- 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.

Se realiza la formulación del proyecto en metodología MGA en la plataforma de proyectos de la Gobernación de cundinamarca donde se realizó el estudio de mercado a nivel Cundinamarca de la oferta actual de servicios de telemedicina en las modalidades de Teleconsulta, Teleradiología y Telecardiología.



Se realiza la presentación a la junta directiva aclarando el alcance y la estimación de valores de los servicios de teleconsulta y teleradiología.

Promedio Teleconsultas de 2017	
Institución	Teleconsulta
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	122
ESE HOS. MARIO GAITAN TANGUAS DE SOACHA	97
HOS. HILARIO LUGO SASAIMA	18
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO ANOLAIMA	8
ESE HOS. SAN JOSE DE GUACHETA	5
ESE HOS. SAN ANTONIO DE GUATAVITA	4
ESE HOS. SAN ANTONIO DE SPYJUI F	3
ESE HOS. SAN RAFAEL DE PACHO	2
ESE CENTRO DE SALUD DE TAUSA	2
ESE CAYETANO MARIA EL PENON	1

Se desarrolló plataforma Web prototipo para la realización de teleconsulta con las IPS con las cuales se contrata en esta plataforma se puede realizar toda la trazabilidad de la teleconsulta garantizando la seguridad y la encriptación de la información.

The image displays three screenshots of a web application for teleconsultations at the Hospital Universitario de la Samaritana. The top-left screenshot shows a 'SOLICITUD' (Request) form with fields for patient identification, contact information, and medical history. The top-right screenshot shows a 'TABLERO DE RESPUESTA' (Response Dashboard) with a table of consultation results. The bottom screenshot shows an 'ESTADO DE SOLICITUDES' (Request Status) page with a table listing the status of various requests.

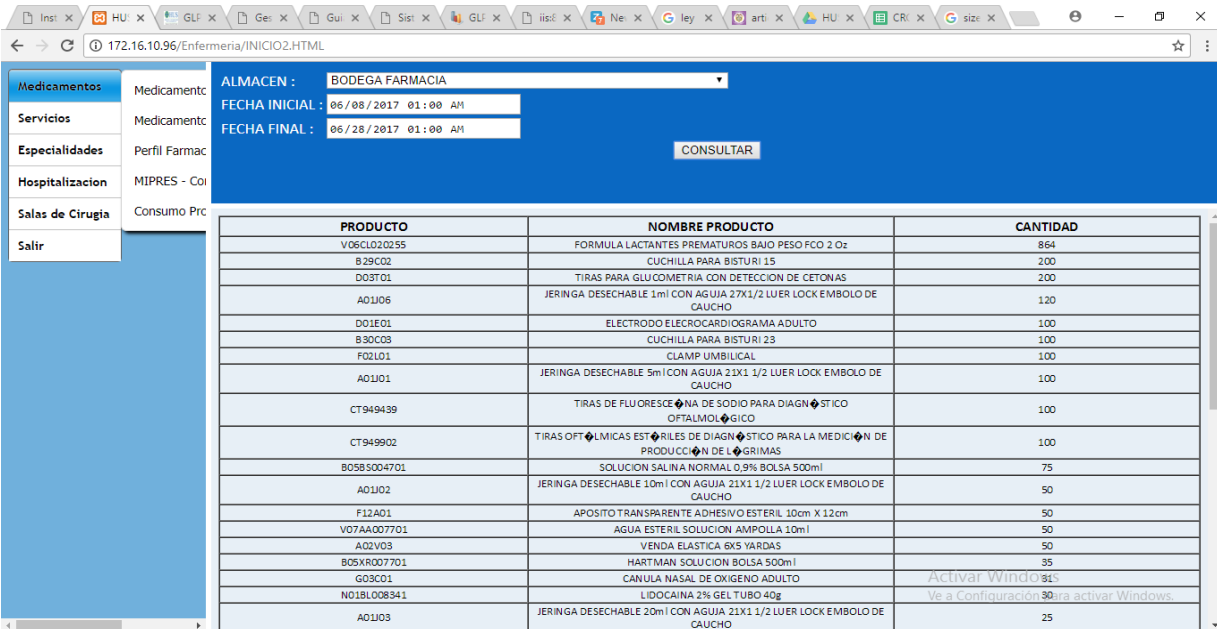
Está en proceso por el área de mercadeo la definición de las tarifas para las modalidades de teleconsulta y teleradiología y realizar los protocolos de teleconsulta con las especialidades con las cuales de comenzará a ofertar este servicio.

- Implementación del Proyecto de Ampliación y mejoramiento de la cobertura Wifi Pública y Privada en el HUS:

Se realizó el diseño de la infraestructura WIFI que el HUS requeriría como también el alcance y las características de seguridad a tener en cuenta para la implementación de este proyecto. Se estima presentar el proyecto con definición del presupuesto para el mes de septiembre.

Las actividades a realizar antes de implementar la arquitectura es la instalación de 6 discos en el Storage para generar respaldo de los datos, instalación de otro procesador y memoria a servidor Físico de respaldo.

- Implementación de la funcionalidad de Historia clínica de Docencia en el HUS. Se realizo la referenciación con el Hospital de Duitama para verificar la funcionalidad de la Historia Clinica de Docencia de Dinamica gerencial Hospitalaria, encontrando lo siguiente:
 - a. Huellers en la mayoría de equipos de computo para el acceso a la Historia clinica de DGH.
 - b. Confirmación de folios realizados por los residentes con Huella del especialista.
 - c. Los consecutivos de la Historia los guarda de acuerdo a la fecha de la realización mas no de la confirmación
 - d. Mejoramiento de procesos y seguridad en el registro clinico en DGH.
- Implementación de 3 Tableros de Control. Se realiza la definición de los tableros de control a implementar y se definen los siguientes:
 - a. Control Consumo promedio de los productos de farmacia
 - b. Interconsultas de Pacientes
 - c. Información a Pacientes de Salas de Cirugía
 - d. Se realiza el desarrollo implementación de cuadro de control para el control Consumo promedio de los productos de farmacia, donde se puede consultar por un rango de fechas los consumos por producto y por bodega.



PRODUCTO	NOMBRE PRODUCTO	CANTIDAD
V06GL020255	FORMULA LACTANTES PREMATUROS BAJO PESO FCO 2 Oz	864
B29C02	CUCHILLA PARA BISTURI 15	200
D03T01	TIRAS PARA GLUCOMETRIA CON DETECCION DE CETONAS	200
A01J06	JERINGA DESECHABLE 1ml CON AGUJA 27X1/2 LUER LOCK EMBOLO DE CAUCHO	120
D01E01	ELECTRODO ELECTROCARDIOGRAMA ADULTO	100
B30C03	CUCHILLA PARA BISTURI 23	100
F02L01	CLAMP UMBILICAL	100
A01J01	JERINGA DESECHABLE 5ml CON AGUJA 21X1 1/2 LUER LOCK EMBOLO DE CAUCHO	100
CT949439	TIRAS DE FLUORESCENCIA DE SODIO PARA DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO	100
CT949902	TIRAS OPTICAS ESTERILES DE DIAGNOSTICO PARA LA MEDICION DE PRODUCCION DE LAGRIMAS	100
B0585004701	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% BOLSA 500ml	75
A01J02	JERINGA DESECHABLE 10ml CON AGUJA 21X1 1/2 LUER LOCK EMBOLO DE CAUCHO	50
F12A01	APOSITO TRANSPARENTE ADHESIVO ESTERIL 10cm X 12cm	50
V07AA007701	AGUA ESTERIL SOLUCION AMPOLLA 10ml	50
A02V03	VENDA ELASTICA 6X5 YARDAS	50
B05XR007701	HARTMAN SOLUCION BOLSA 500ml	35
G03C01	CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO	30
N018L008341	LIDOCAINA 2% GEL TUBO 40g	30
A01J03	JERINGA DESECHABLE 20ml CON AGUJA 21X1 1/2 LUER LOCK EMBOLO DE CAUCHO	25

- Implementación de Aplicativo Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI). Se han realizado las siguientes Actividades:
 - a. Terminación de la primera fase de la herramienta del TUCI para cargue de variables y datos, Validación.
 - b. Capacitación y firma de actas con indicadores definidos y cargue de variables con el proceso de hospitalización,

- c. Parametrización y actualización de graficas de indicadores
- d. Diseño de la pantalla para análisis de indicadores
- e. Capacitación y firma de actas con indicadores definidos y cargue de variables con Banco de Sangre,
- f. Capacitación y firma de actas con indicadores definidos y cargue de variables con laboratorio clínico,
- g. Capacitación y firma de actas con indicadores definidos y cargue de variables con servicio ambulatorio,
- h. Diseño y generación de reporte de los indicadores por proceso y servicio
- i. Diseño y reporte de semaforización de los indicadores,
- j. Semaforización en página de gráficos,
- k. Opción para validación indicadores por Planeación,
- l. Reporte del resultado periódico de la semaforización,
- m. Diseño de reporte de control de cargue de datos y cargue de análisis de indicadores.

PLAN ANTICORRUPCIÓN

Se tiene un avance en el plan del 60%, A continuación se detalla el detalle de las actividades realizadas:

- Inclusión de un link en la página web del HUS que permita al ciudadano consultar los tramites y OPA, definidos por el HUS y avalados por el departamento administrativo de la función pública.
- Se realiza la publicación en la página WEB.



- Verificación del cumplimiento de la normatividad en la página web institucional y Publicación y Divulgación en información establecida en la estrategia de gobierno en línea

Avance	81,7
LA ENTIDAD	100,0
NORMATIVIDAD	0,00
CONTRATACIÓN	75
PLANEACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL	86,36363636
INFORMACIÓN CONTABLE Y FINANCIERA	100
EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN	100
ATENCIÓN AL CIUDADANO	92,10526316
SALA DE PRENSA	100

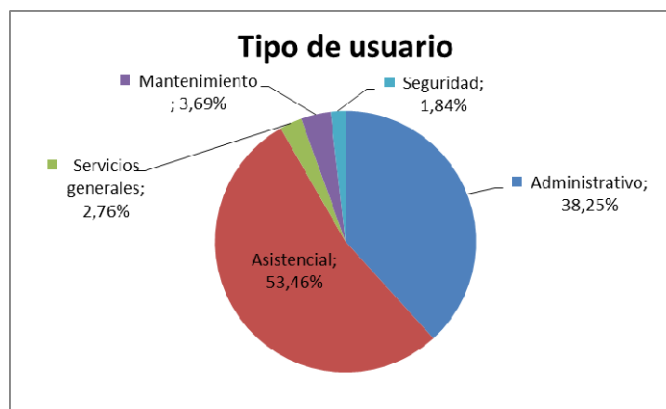
- Articulación de los instrumentos de gestión de información con los lineamientos del Programa de Gestión Documental (ORFEO).
- Se realizó el reforzamiento de capacitación a usuarios del Sistema ORFEO Correspondencia Interna, Se realizó los reportes del módulo de PQRD de acuerdo a la solicitud de los usuarios, Se realizó el reforzamiento en la capacitación del manejo de PQRD y se realiza los ajustes al módulo de PQRD.

2.2 ÁREA DE COMUNICACIONES

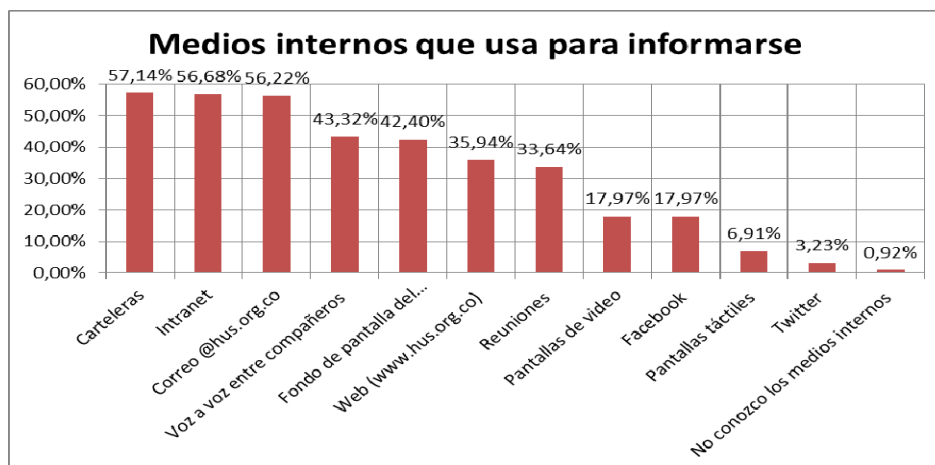
Encuesta al cliente interno

La medición por medio de encuestas dirigida a nuestro cliente interno determina cuáles de nuestros medios son los preferidos para informarse y saber si confían o no en la información publicada. Las encuestas se realizaron vía web y presencial y se tabularon usando la plataforma Lime Survey instalada en la Intranet Institucional.

El objetivo de la encuesta fue obtener información cuantitativa para conocer las preferencias con respecto al uso de los medios internos en el HUS y se realizó durante 30 días en las jornadas de la mañana, la tarde y la noche.



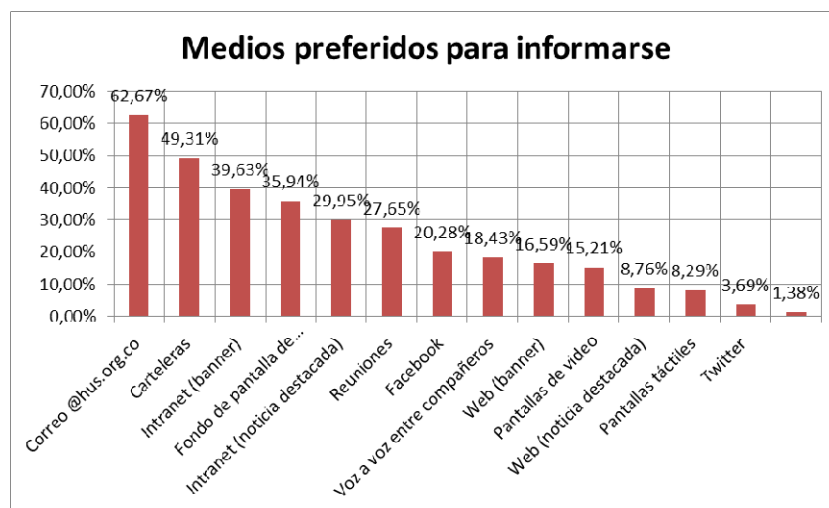
La encuesta se realizó a 217 personas entre funcionarios y colaboradores, de los cuales la mayor cantidad correspondió al área Asistencial por ser el grupo poblacional mayoritario en el hospital. La participación del área Asistencial en la encuesta es del 53,46 %, seguido del área Administrativa con el 38,25 %, Mantenimiento con 3,69 %, Servicios Generales con el 2,76 % y Seguridad con el 1,84 %.



Como resultado de la encuesta se determino que uno de lo medios de comunicación ms utilizado para informarse son las Carteleras con un 57,14 %, esto debido a que hay presencia de ellas en todos los pasillos principales de los edificios y que son paso obligado para acceder a los lugares de trabajo y el comedor, lo que permite tener una gran cobertura.

La Intranet con un resultado del 56,68 %, y el correo electrónico institucional 56,22 %, ocupan el segundo y tercer lugar con diferencias porcentuales mínimas entre ellos, la intranet se actualiza semanalmente con contenidos de interes general y es accesada por los usuarios que utilizan equipos de computo con respecto al correo se realiza el envío de correos masivos con información institucional de interes.

En el cuarto lugar está el Voz a voz entre compañeros (43,32 %), lo que se presenta como una oportunidad de mejora para fortalecer los medios institucionales como canales de comunicación más confiables.



Para complementar la pregunta anterior de la encuesta se le pidió a los usuarios que escogieran los medios que prefieren, siendo el Correo electrónico el más preferido con una participación de 62,67 %, seguido de las carteleras con una participación del 49,31 % medios de comunicación interna que se han fortalecido con la publicación de material de interes general y atractivo para los usuarios.

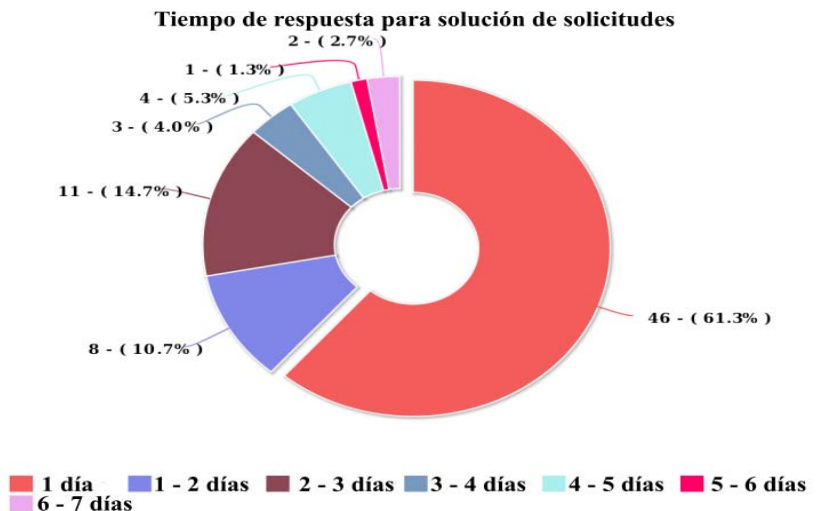
La medición de esta pregunta también nos permite ver las posibilidades de mejorar la adherencia a otros medios como las Pantallas de video y las Pantallas táctiles en las que se publicará contenido informativo.



El 96,77 % de los usuarios encuestados considera que la información que reciben por los medios internos es confiable, frente a un 3,23 % que considera que no lo es.

Mesa de ayuda de Comunicaciones

Se implementó la Mesa de ayuda de Comunicaciones para realizar el seguimiento a las solicitudes de las necesidades de comunicaciones y servicios de las distintas áreas a fin de llevar un control sistemático y medir los tiempos de respuesta. Durante los cuatro primeros meses (abril, mayo y junio), se registraron 141 solicitudes de servicios de las cuales se han resuelto 122 y se han cerrado 112.



Del total de servicios solicitados durante los primeros meses se resolvieron el 97,3 % de las solicitudes durante los primeros 7 días. Los servicios más solicitados son las impresiones (34) y los diseños de piezas de Comunicación (24), seguido de los apoyos operativos (18).

Redes Sociales

Se realizó un monitoreo a nuestra página de Facebook y se constató que de junio de 2016 a junio de 2017 se pasó de 3839 seguidores a 4466, lo que significa un aumento del 16.33 %.

Desde abril de 2017 se puede medir el alcance de los contenidos publicados y los resultados de abril a junio de este año mostraron que se alcanzó un total de 63864 personas. De enero a junio de 2017 se ha registrado 4493 *Me gusta* frente a los 4087 de 2016, lo que representa un aumento del 9 % en la mitad del tiempo con respecto al año anterior.

Otros Logros

Actualización de Dinámica Gerencial Hospitalaria

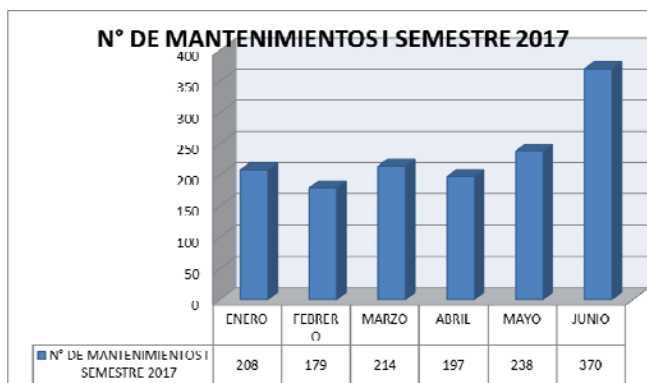
- Dentro de los procesos implementados se realizó la capacitación y puesta en producción de varios diseños de Historia Clínica, como consentimiento informado, Enfermería Plan Canguro, para el área de Oftalmología (Consulta Externa versión II, Post Procedimientos Quirúrgicos, Hospitalización y Optometría), Junta Medica Clínica Vulva, Análisis Farmacéutico y Evolución de Cuidados Intermedios.
- En el área de enfermería se realizó la implementación del registro de Escala de Braden y Riesgo de caída los cuales permiten el registro y control por parte del área de enfermería, a partir de esta información se parametrizo en las pantallas de censos la visualización de estas alertas.
- Se implementó el control de cambios de datos del pacientes, esto con el fin que solo los usuario autorizados puedan cambiar datos importantes y que estos cambios sean revisados y autorizados por las respectivas áreas líderes del proceso, generando un alto nivel de confiabilidad de los datos registrados.
- Con la actualización de la versión de DGH se implementó el manejo de alertas y notificaciones tanto para Médicos y Enfermeras, los cuales al ser registrados generan una alerta visual para los usuarios.
- Capacitación al personal asistencial en la consulta de la Historia Clínica Unificada en SIUS

3. INFORME DE GESTION PROCESO DE INFRAESTRUCTURA

3.1 GESTIÓN DEL PROCESO: INDICADORES

ANÁLISIS DE MANTENIMIENTOS

Sede Bogotá



Fuente: cuantificación de ordenes de trabajos mes a mes

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2017

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	PORCENTAJE
M.CORRECTIVOS	88	99	84	129	117	225	742	52,77%
M.PREVENTIVOS	120	80	130	68	121	145	664	47,23%
TOTAL	208	179	214	197	238	370	1406	100,00%

Fuente: clasificación de ordenes de trabajos mes a mes

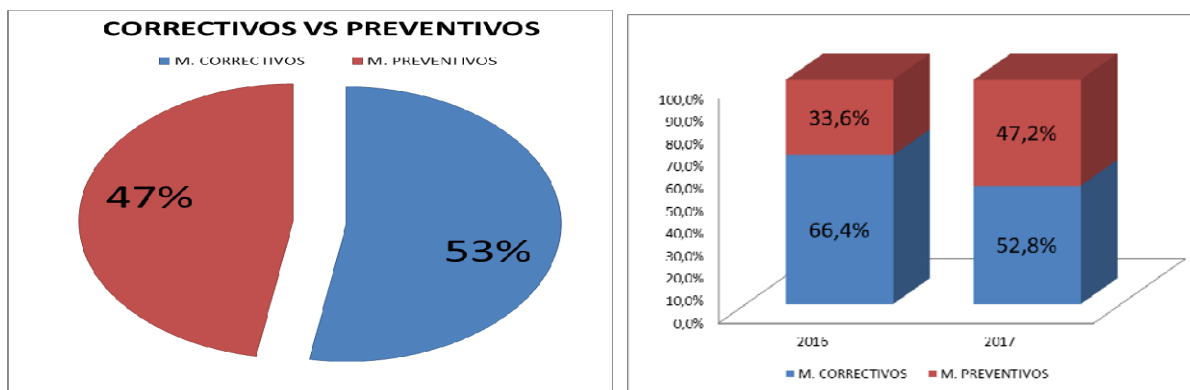
N° de mantenimientos 2016

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
M. CORRECTIVOS	43	62	123	52	42	105	427
M. PREVENTIVOS	56	28	31	33	18	50	216
TOTAL	99	90	154	85	60	155	643

Fuente: clasificación de ordenes de trabajos mes a mes

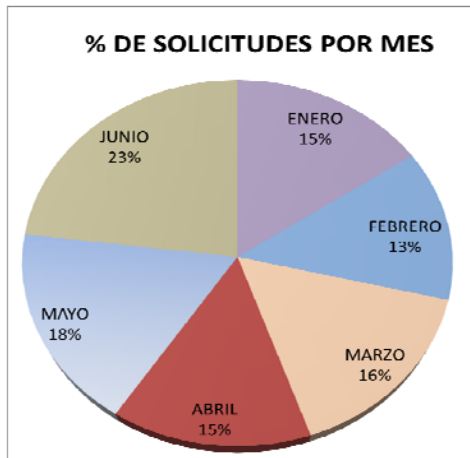
La gráfica representa el número de mantenimientos realizados en el Primer semestre del 2017 por mes, en la cual se puede destacar la gran cantidad de mantenimientos realizados en el mes de junio; y de la misma manera se obtuvo un aumento significativo de mantenimientos con respecto al primer semestre 2016.

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO



Fuente: Tabla de número de mantenimientos correctivos y preventivos 2016 - 2017

En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2016 el mantenimiento correctivo disminuyo en un 13.6% y el preventivo aumento en la misma proporción, siendo una variación baja pero significativa, ya que indica que se está incursionando de manera adecuada el proceso.



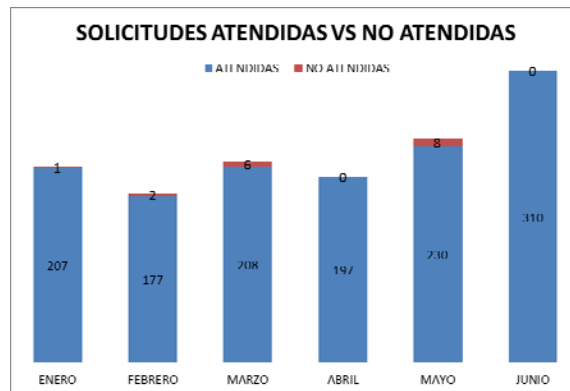
Fuente: Tabla de número de mantenimientos totales mes a mes 2017

En el mes de junio se presentó un mayor porcentaje de solicitudes tramitadas en el primer semestre 2017.

Los meses de abril y junio se constata una buena atención en solicitudes tramitadas, ya que todas fueron resueltas, lo anterior no aplica de la misma manera en el mes de mayo ya que se presentó mayor número de solicitudes no atendidas. De los meses restantes se puede concluir que la mayoría de solicitudes son atendidas.

SOLICITUDES ATENDIDAS Y NO ATENDIDAS			
MES	ATENDIDAS	NO ATENDIDAS	TOTAL
ENERO	207	1	208
FEBRERO	177	2	179
MARZO	208	6	214
ABRIL	197	0	197
MAYO	230	8	238
JUNIO	310	0	310
TOTAL	1329	17	

Fuente: Verificación de órdenes de trabajo

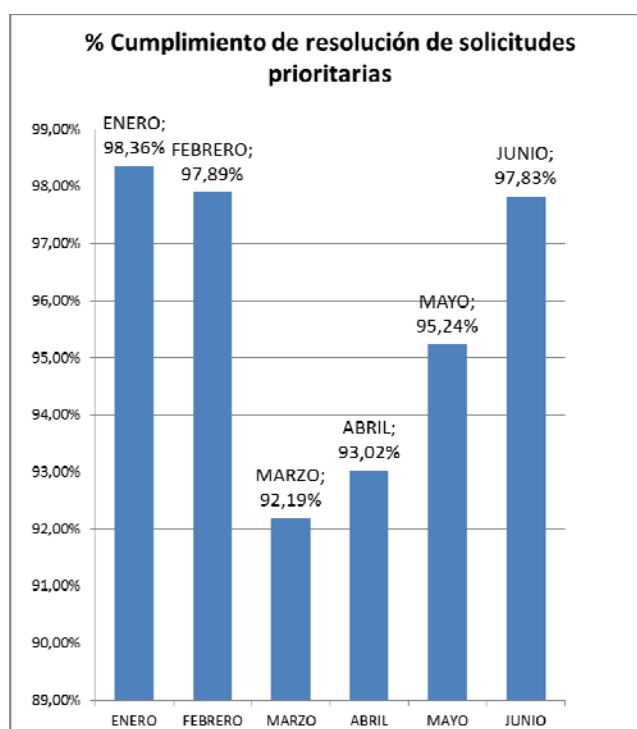


Fuente: Tabla de solicitudes atendidas y no atendidas

INDICADOR PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO

% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
ENERO	122	120	98,36%
FEBRERO	95	93	97,89%
MARZO	128	118	92,19%
ABRIL	43	40	93,02%
MAYO	105	100	95,24%
JUNIO	230	225	97,83%
TOTAL	723	696	96,27%

Fuente: Verificación tiempo de respuesta de órdenes de trabajo prioritarias



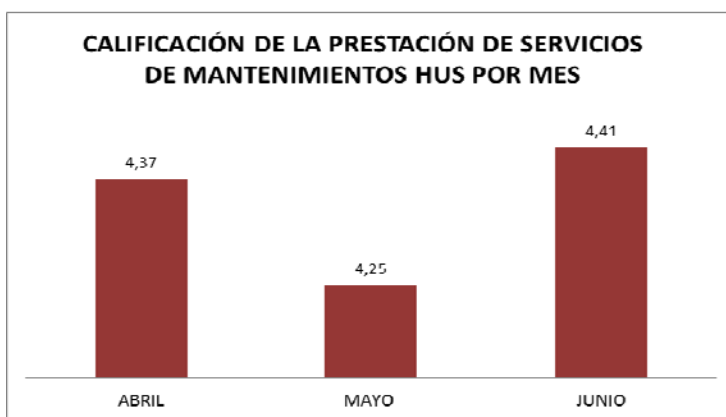
Fuente: Tabla de % Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias

El indicador muestra que en un promedio de 96.27% se cumple con la solución de solicitudes prioritarias en los tiempos apropiados dando un buen índice en la eficiencia y eficacia del servicio prioritario.

INDICADOR CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTOS HUS POR MES

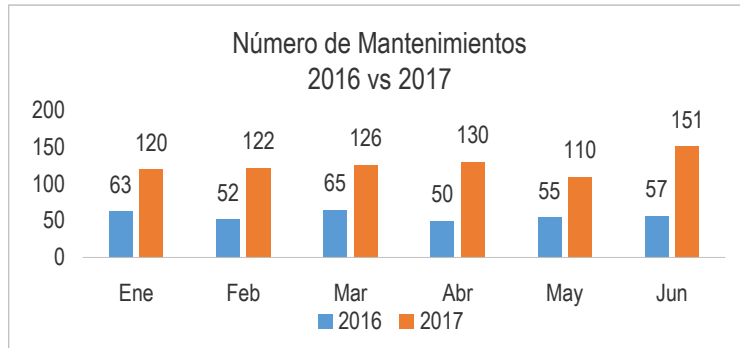
CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTOS HUS POR MES			
DÍA	MESES 2017		
	ABRIL	MAYO	JUNIO
1	4,75	5,00	3,85
2	3,85	3,45	4,00
3	5,00	4,00	3,85
4	3,85	5,00	5,00
5	4,00	4,00	4,00
6	3,85	4,00	5,00
7	5,00	4,75	3,45
8	4,00	3,85	4,00
9	5,00	5,00	3,45
10	5,00	3,45	4,75
11	4,00	4,00	5,00
12	4,00	5,00	5,00
13	4,75	4,75	5,00
14	3,85	4,75	4,00
15	4,00	5,00	5,00
16	4,75	3,45	3,45
17	3,85	4,00	4,00
18	4,00	3,85	3,85
19	4,75	4,00	4,00
20	3,85	4,00	5,00
21	4,00	5,00	5,00
22	5,00	3,85	4,00
23	4,00	4,00	4,00
24	4,00	5,00	5,00
25	5,00	4,00	5,00
26	5,00	3,00	4,75
27	5,00	5,00	5,00
28	5,00	3,45	4,00
29	4,00	4,00	4,75
30	4,00	5,00	5,00
31		4,00	
Promedio de calificación por mes	4,37	4,25	4,41

Fuente: Promedios de calificación por orden de trabajo

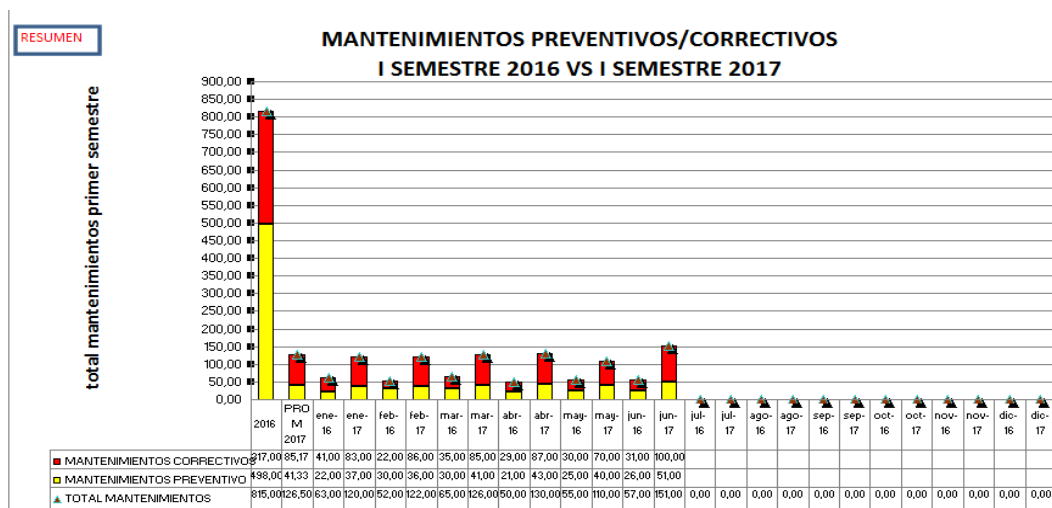


Fuente: Tabla calificación de la prestación de servicios de mantenimientos hus por mes

NÚMERO DE MANTENIMIENTOS 1ER SEMESTRE DE 2016 VS 1ER SEMESTRE DE 2017



Fuente: Ordenes de Trabajo – Área Arquitectura y Mantenimiento UFZ



Fuente: Ordenes de Trabajo – Área Arquitectura y Mantenimiento UFZ

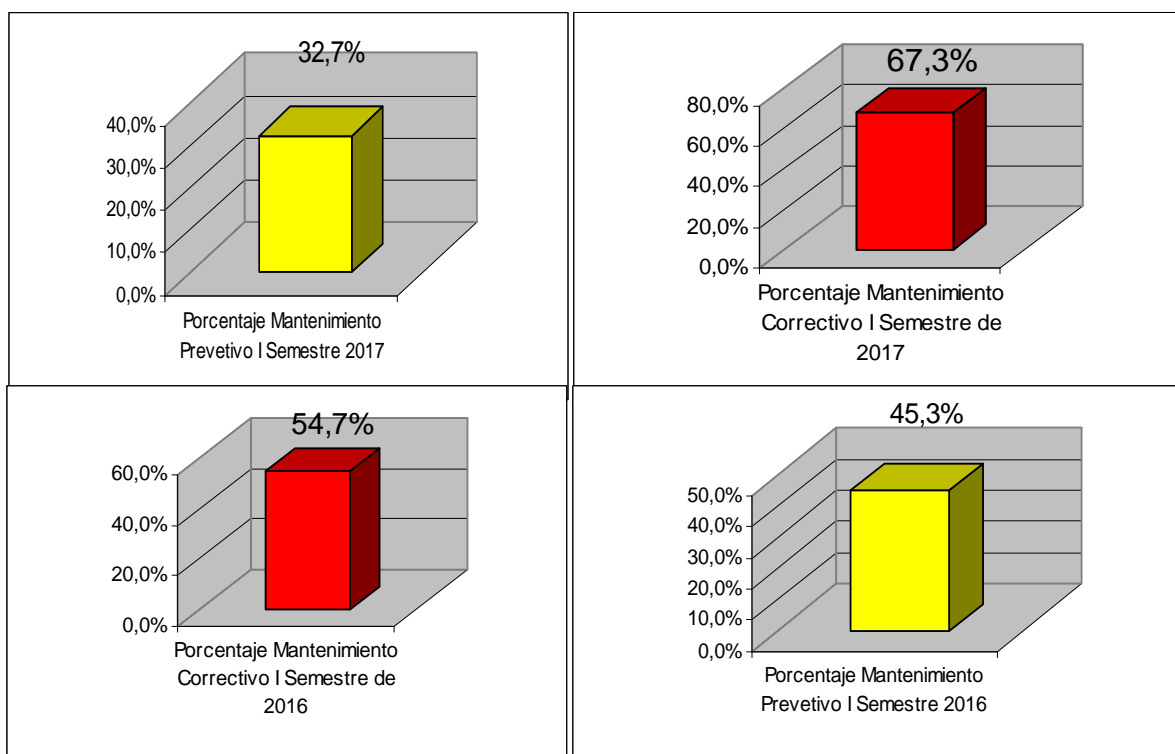
Trabajos Área de Mantenimiento primer semestre de 2016 VS 2017, Se Evidencia que en el 1ER semestre 2017 hay una notable diferencia con respecto al I semestre 2016 donde se reflejaron los aumentos de mantenimientos tanto preventivos como correctivos con respeto a la ejecución de los cronogramas y a la priorización de los mismos.

Matriz a la fecha

	ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	jun-16
Mantenimientos Correctivos	41	30	35	29	30	31
Mantenimientos Preventivos	22	22	30	21	25	26
Total Mantenimientos	63	52	65	50	55	57

	ene-17	feb-17	mar-17	abr-17	may-17	jun-17
Mantenimientos Correctivos	83	86	85	87	70	100
Mantenimientos Preventivos	37	36	41	43	40	51
Total Mantenimientos	120	122	126	130	110	151

INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO 2016 VS 2017

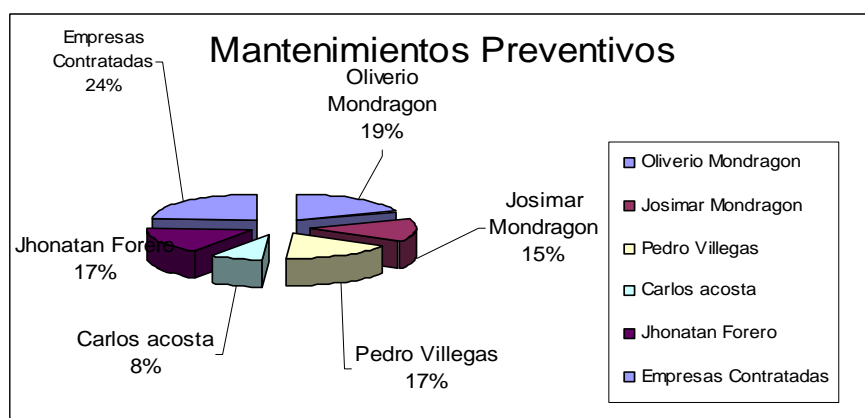
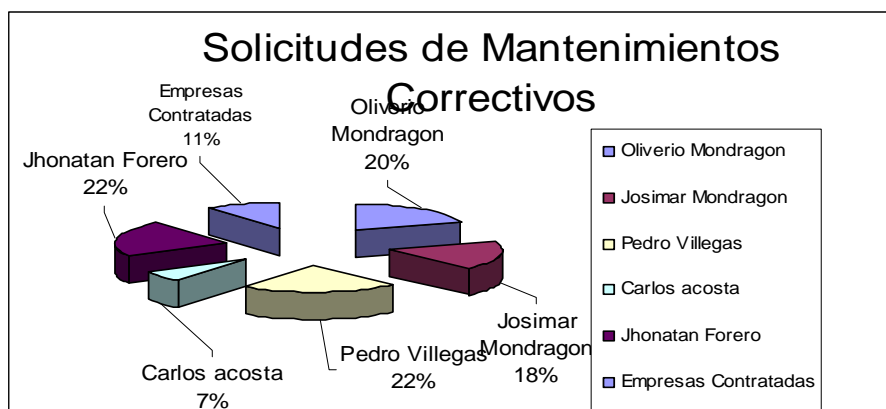


Fuente: Ordenes de Trabajo – Área Arquitectura y Mantenimiento UFZ

Los mantenimientos preventivos se encontraron en un 32.7 % en la totalidad de lo que va del primer semestre del año 2017, y se observa que los mantenimientos correctivos van en 67.3%, con respecto al año 2016 I semestre los preventivos en un 54.7% y los correctivos en un 45.3 %.

Productividad Funcionarios de Mantenimiento

Nombres	Solicitudes de Mantenimientos Correctivos	Mantenimientos Preventivos
Oliverio Mondragon	100	48
Josimar Mondragon	91	37
Pedro Villegas	117	42
Carlos acosta	34	20
Jhonatan Forero	113	41
Empresas Contratadas	56	60
Total	511	248



Fuente: Ordenes de Trabajo – Área Arquitectura y Mantenimiento UFZ

PQRS

Sede Bogotá. En este trimestre se atendieron 6 peticiones:

OBJETO DE PETICIÓN	RESPUESTA
REALIZAR EL MANTENIMIENTO LOCATIVO EN JORNADA CONTINUA A LA CONSULTA.	Se acogió la sugerencia para optimizar la programación del mantenimiento preventivo en jornadas que no perjudiquen la estancia de los usuarios.
MOLESTIA POR LEVANTAMIENTO DE POLVO Y OLOR A PINTURA, ARREGLO DE LA CAMA DE LA HABITACIÓN 509.	Se presentó disculpas por presentar el inconveniente, se realizó el seguimiento respectivo, se determinó el robustecimiento del aislamiento de las obras del hospital. En cuanto a la cama se hizo la revisión respectiva y no se encontró daño alguno.
ADECUACIÓN DE GANCHO EN LA PUERTA DE EVACUACIÓN DEL SOTANO.	Se realizara el análisis del sistema que sea conveniente dado a la robustez de las puertas, se piensa que podría ser unos brazos hidráulicos para lo cual se hará el respectivo proceso de compra e instalación
ADECUACIÓN DE UN PUESTO DE TRABAJO	Se envió el concepto técnico al subdirector de talento humano, una vez se tenga la respuesta de la adecuación se procederá a realizarla.
INSTALACIÓN DE LAVAMANOS EN EL ÁREA DEL COMEDOR.	Se hará la revisión de los planos, el mejor sitio para la instalación y después se procederá a la compra e instalación del mismo.

PLAN UNICO DE MEJORA

Sede Bogotá. Se identificaron 21 hallazgos de los cuales 2 fueron continuación del PUMP del año mediatamente anterior, ya que no se logró darles cierre. Los restantes son hallazgos de este año 2017, siendo el 76.2% con fuente de Auditoria Interna Habilitación y de fuente de Auditoria Interna HSEQ en un porcentaje de 23.8%; hasta la fecha se lleva un promedio del 55% de avance total, según un análisis y seguimiento interno del área.

1. PLAN OPERATIVO ANUAL

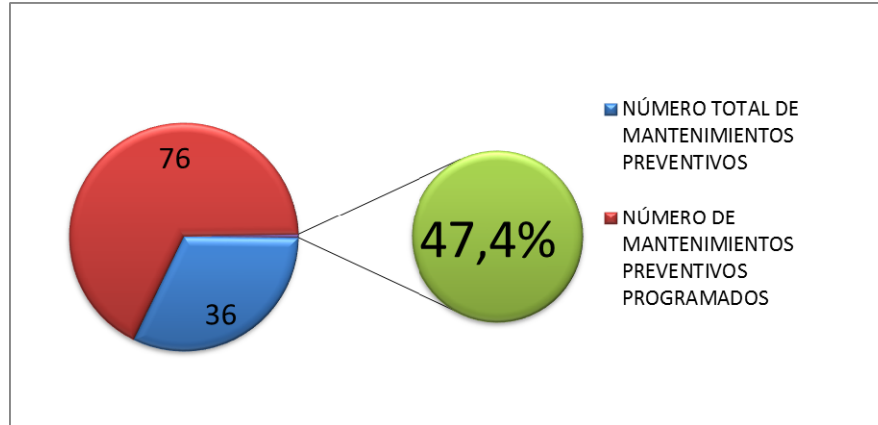
1.1. Sede Bogotá

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												
	GASES MEDICINALES												
1-ER PISO	BANCO DE SANGRE												
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS												
	LABORATORIO CLINICO												
	LABORATORIO PATOLOGIA												
	LABORATORIO INMUNOLOGIA												
	GASTRO												
2-DO PISO	SALAS DE CIRUGIA												
	UCI 2-PISO												
	ESTERILIZACION												
	HOSPITALIZACION 2-DO SUR												
	HOSPITALIZACION 2-DO NORTE												
3-ER PISO	SALA DE PARTOS												
	NEONATOS												
	HOSPITALIZACION 3-RO SUR												
	HOSPITALIZACION 3-RO NORTE												
4-TO PISO	CONSULTA EXTERNA (4-TO PISO)												
	HOSPITALIZACION 4-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 4-TO NORTE												
	HOSPITALIZACION 4-TO " B"												
5-TO PISO	HOSPITALIZACION 5-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 5-TO NORTE												
	CUIDADO INTEREMEDIO												
HALLES, ESCALERAS, PASILLOS													

MANTENIMIENTO PREVENTIVO
 MANTENIMIENTO CORRECTIVO

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

$$\frac{\# \text{ DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS}}{\# \text{ DE MANTENIMIENTOS PROGRAMADOS}} * 100$$



Fuente: Carpeta del plan de mantenimiento

En el semestre se obtuvo un 47,4% de cumplimiento del plan de mantenimiento anual, siendo el 50% la meta hasta el mes de junio, lo cual indica que se están aplicando mejoras y seguimiento para el cumplimiento de la meta programada.

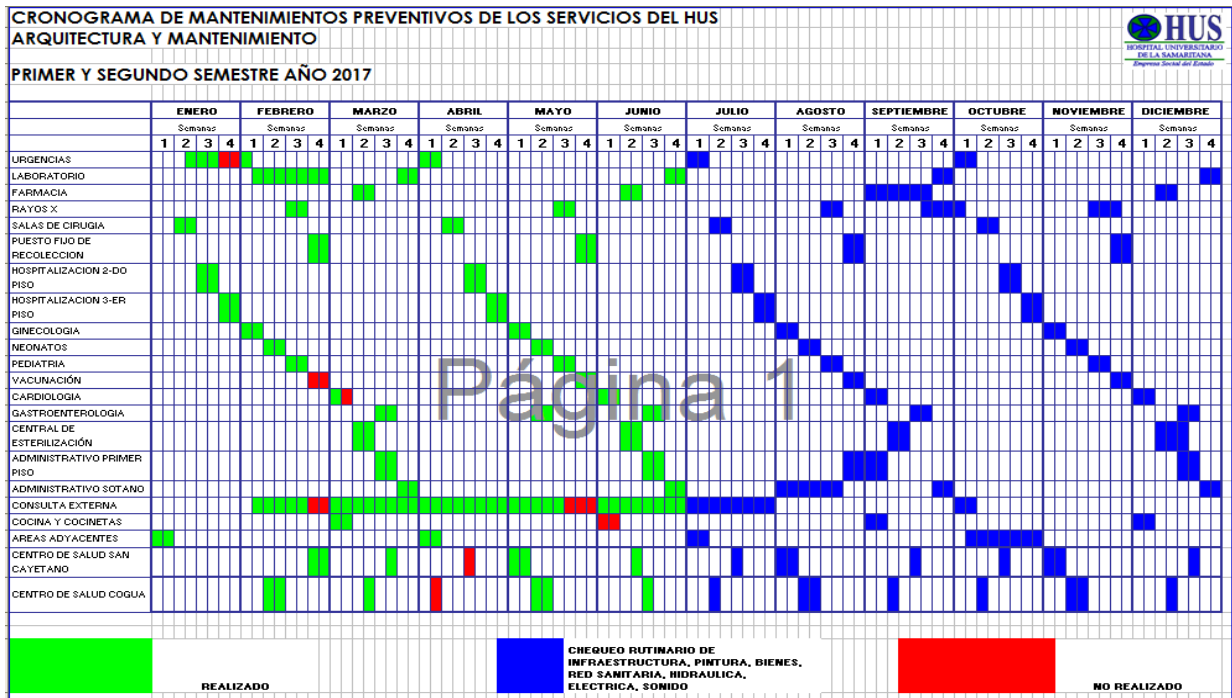
El PAS (Plan de acción en la salud) del área está enfocado al apoyar el objetivo estratégico número 1 con el que se busca **FORTALECER LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DE LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS EN EL MODELO DE RED DEPARTAMENTAL** en el cual se establecen tres objetivos operativos cada uno con sus actividades específicas, mencionadas a continuación:

OBJETIVO OPERATIVO PARA LA VIGENCIA	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1. Cumplimiento del Componente estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria	Aplicación de la herramienta índice de seguridad hospitalaria Actualizar los ítems del componente estructural (20%)	100% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 20% DEL OBJETIVO
	Ejecución del plan de mantenimiento hospitalario (60%)	50% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 30% DEL OBJETIVO
	Elaborar y radicar Proyecto para consecución de recursos para Completar el Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas aún no intervenidas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología) (20%)	0% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 0% DEL OBJETIVO
2. Cumplimiento del Componente No Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Aplicación de la herramienta índice de seguridad hospitalaria Actualizar los ítems del componente no estructural (20%)	100% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 20% DEL OBJETIVO
	Ejecución del plan mantenimiento hospitalario (60%)	50% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 30% DEL OBJETIVO
	Ejecución de plan de equipos médicos y laboratorio clínico utilizados para el diagnóstico y tratamiento (20%)	100% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 20% DEL OBJETIVO

En las mediciones realizadas y plasmadas en el PAS, el primer objetivo se encuentra establecido un cumplimiento de un 50% en el transcurso del primer y segundo trimestre. Para el segundo objetivo se mantuvo la aplicación del índice de seguridad pero el plan hasta la fecha va en el 50%; quedando el objetivo con un total del 70%.

Sede Zipaquirá

CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO –CORRECTIVO VIGENCIA 2017



El Cumplimiento del Cronograma de Mantenimiento Año 2017 para el I Semestre de 2017 en un 44.88 %. (RH-RF)

GESTION DEL RIESGO

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

PROGRAMA

El plan de mantenimiento por servicio lleva un cumplimiento del 96% haciendo el corte a 30 de junio ya que las que se habían estipulado realizar en el presente semestre (primer semestre del 2017) se ha realizado en su gran mayoría. Los principales limitantes que se han tenido y han hecho retrasar algunos mantenimientos es la disponibilidad de recurso financiero y tramites de radicaciones, entre otras.

OTROS

PRINCIPALES LOGROS EN EL AREA DE MANTENIMIENTO I SEMESTRE 2017

Sede Bogotá

Formulación de proyectos Arquitectónicos donde se trate de inversión pública con valor superior a los mil (1.000) salarios mínimos:

- Remodelación del Servicio de Gineco-Obstetricia y la implementación de la Unidad de Cuidado Especial de Gineco-Obstetricia de 10 camas del Hospital Universitario de la Samaritana incluyendo los siguientes componentes: (Programa médico arquitectónico, diseño arquitectónico, Memoria Descriptiva del Proyecto, Presupuesto de obra, especificaciones técnicas de materiales constructivos, trámite del Proyecto ante Secretaria de Salud de Cundinamarca)
- Remodelación del Servicio de Consulta Externa primer y segundo nivel de la Unidad Funcional de Zipaquirá del Hospital Universitario de la Samaritana, incluyendo los siguientes componentes: (Programa médico arquitectónico, diseño arquitectónico, Memoria Descriptiva del Proyecto, Presupuesto de obra, especificaciones técnicas de materiales constructivos, trámite del Proyecto ante Secretaria de Salud de Cundinamarca y el Ministerio de Salud y Protección Social)

Diagnóstico y análisis de cumplimiento de habilitación de infraestructura física de:

- Nuevo hospital de La Vega
- Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional de Zipaquirá.
- Hospital Universitario de la Samaritana
- Diagnóstico y análisis de necesidades, tiempos y costos para mejoras en accesibilidad cumpliendo con la Resolución 14861 del 04-10-1985 para la infraestructura del Hospital Universitario de la Samaritana.
- Actualización del levantamiento arquitectónico y de la zonificación por servicios de la Infraestructura Física del Hospital

Diseño arquitectónico, Presupuesto de obra, especificaciones técnicas de materiales constructivos de remodelaciones menores de infraestructura hospitalaria:

- Ampliación del servicio de Urgencias Bogotá
- Remodelación UCI 4-to piso Bogotá
- Remodelación Mantenimiento Bogotá
- Remodelación para implementación de equipo PX en Centro Medico San Cayetano
- Remodelación de Urgencias Unidad Funcional de Zipaquirá
- Remodelación de Gastroenterología Unidad Funcional de Zipaquirá
- Remodelación de Toma de muestras de laboratorio Clínico Unidad Funcional de Zipaquirá
- Remodelación de Área de donación de sangre Unidad Funcional de Zipaquirá
- Remodelación para ampliación área Call Center
- Remodelación para implementación de filtro vestier Servicio de Esterilización

Elaboración documentaron para estudios previos, radicados hasta la fecha, para:

Ampliación del servicio de Urgencias Bogotá:

- Remodelación UCI 4-to piso Bogotá
- Remodelación Mantenimiento Bogotá
- Remodelación para ampliación área Call Center
- Remodelación para implementación de equipo PX en Centro Medico San Cayetano

- Adecuación de la planta productora de gases medicinales para cumplimiento de la resolución no 4410 de 2009
- Remodelación para implementación de filtro vestier Servicio de Esterilización
- Adecuación área de facturación primer piso edificio asistencial sede Bogotá HUS:
- Reforzamiento de muro de cerramiento en mampostería del lote kr 8 0-22 sur sede Bogotá HUS:
- Adquisición con instalación de carpintería en acero inoxidable y/o aluminio del área de consulta externa, apoyo diagnóstico y nutrición de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para cumplimiento de criterios de habilitación:
- Remodelación de sala de partos, incluyendo lactario para cumplimiento de la resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud

Tramites con la Secretaria de Salud Departamental:

- Seguimiento de Plan Bienal 2016-20117
- Diligenciamiento Anual de formatos de infraestructura física correspondientes al Decreto 2193 para sede Bogotá y Sede Zipaquirá

Ajustes en el Sistema de Gestión de Calidad:

- Documentación del proceso y procedimientos faltantes con códigos actuales y formatos correspondientes.

Mantenimiento del Sistema de Gases Medicinales:

- Se realizan inspecciones y estructuramiento del sistema de gases medicinales para la conservación de las buenas prácticas de manufactura (BPM) según resolución 4410 del 2009.

Ajustes

- Arreglo de 2 habitaciones del 4to norte en el interior de los baños de lo cual se adjunta reporte fotográfico.

Sede Zipaquirá

- Desinstalar lámparas ginecología cambio de tubos y balastos debido a que estaban por caerse.
- Destapar baños con sonda sala de parto Ginecología.
- Mantenimiento preventivo y correctivo toma corrientes UFZ
- Fijar balas de oxígeno diferentes servicios.
- Instalación de dispensadores UFZ.
- Mantenimiento correctivo tele-duchas 2 piso.
- Instalación de cachapas unidad 212, 211, 201, 203, 205
- Instalación grifería lavaplatos Área sucia segundo piso
- Instalación de interruptor eléctrico cocina
- Mantenimiento de paño a silla farmacia, ecografías,
- Instalación de luminarias UFZ
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Ajustar puerta central de esterilización
- Revisión de toma corrientes en todo el servicio de medicina interna
- Reparar fugas Área de Neonatos, resane y pintura
- Instalación de chapas de seguridad UFZ

- Mantenimiento escalerillas P&P
- Mantenimiento lavamanos baños urgencias
- Instalación de extensión eléctrica urgencias
- Mantenimiento preventivo y correctivo redes de comunicación (líneas externas, fax)
- Mantenimiento tomas eléctricas ubicadas en sala de espera consultorios 12-15
- Mantenimiento correctivo calentador eléctrico
- Desinstalar digiturnos grupo laboral
- Instalación cantonera eléctrica Neonatos con pulsadores eléctricos.
- Mantenimiento carro transportador de aseo.
- Mantenimiento correctivos cajones escritorios
- Mantenimiento Thermo de cocina
- Ajustar acrílicos en Área de producción.
- Mantenimiento llave agua cocineta tercer piso
- Mantenimiento llave de manos cocina
- Mantenimiento correctivo sillas ergonómicas estar de enfermería 2 piso
- Desinstalar televisor riesgo de caída 2 piso
- Reparación de fugas 2 piso baterías de baños
- Mantenimiento preventivo y correctivo a lavamanos – sanitarios UFZ
- Instalación de barandas y rampas en consulta externa
- Instalación de chapas que comunican neonatos con pediatría, sala de cirugías, ginecología
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ
- Pintura carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas.
- Fijar balas de oxígeno plan canguro – Neurofisiología
- Arreglo de sillas facturación.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento correctivo sillas UFZ – Cons Externa.
- Ajustar lámparas en servicio de ginecología.
- Mantenimiento correctivo Portería parqueadero principal, pintura ventanas, puertas, muros y techo.
- Mantenimiento correctivo a teladuchas segundo piso.
- Mantenimiento preventivo y correctivo redes de comunicación (líneas externas, fax).
- Mantenimiento correctivo filtración baño star medico.
- Ajustar lavamanos.
- Instalar llave lavamanos cons externa – medicina interna
- Mantenimiento correctivo baño enfermería- recién nacido filtración de agua.
- Mantenimiento correctivo escalerillas, vacunación, neurofisiología,UFZ.
- Mantenimiento correctivo carro termos del servicio de alimentación.
- Instalación de enchape cocineta 2piso.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Mantenimiento correctivo filtración 2 piso daño tubería hidráulica
- Mantenimiento puerta banco de Leche
- Mantenimiento lavamanos pediatría, puerta de emergencias y de procedimientos.
- Instalación de ducha sala 7 pediatría
- Mantenimiento sanitarios 2 y 3 piso (205,308-309)
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ
- Instalación de guardas bloque 1 c externa
- Instalación de vidrio martillado con película de protector solar
- Instalación de cielo raso pasillo entrada Área de alimentación
- Pintura carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas.

- Mantenimiento de sillas facturación, archivo historias clínicas, consultorio # 36,17
- Mantenimiento oficinas coordinaciones General- Científica
- Mantenimiento preventivo y correctivo redes de comunicación (líneas externas, fax).
- Instalar llave lavamanos cons externa – medicina interna
- Reparación de filtración cubierta consultorio #43 salud publica con sicaflex.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento carpintería de madera muebles oficina cons 9 odontología.
- Reparación lavamanos cuarto de enfermería de urgencias
- Instalación de pintura consultorio 36 consulta externa.
- Mantenimiento y resanes cubierta patología.
- Mantenimiento mesas de rodachines – fijar canasta a la mesa de monitor de signos vitales(2 piso)
- Instalación de ruedas sillas consultorio 4
- Mantenimiento sanitarios UFZ – referencia.
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ.
- Mantenimiento muebles - plan canguro (consultorio; adaptación) facturación
- Instalación de vidrio martillado -Fisioterapia
- Instalación de bisagras puerta de unidad 313
- Mantenimiento carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas, fijar estantes (consultorio 37, 47, vacunación).
- Mantenimiento de si facturación.
- Mantenimiento e instalación de chapas UFZ(medicina interna-urgencias, consultorio.
- Mantenimiento estabilizador vacunación
- Reparación de filtración cubierta consultorio #43 salud publica con sicaflex
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento carpintería de madera muebles oficina cons 9 odontología.
- Reparación lavamanos UFZ (vacunación)
- Adecuaciones servicio de vacunación.
- Mantenimiento auditorio consulta externa.

DISTRIBUCIÓN AUXILIARES DE MANTENIMIENTO A CARGO

Nombres	Cargo	Funciones	Áreas de mantenimiento en las que más se desempeña
Oliverio Mondragón	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS – UFZ.	Soldadura, Estabilidad Estructural y Tapicería
Josimar Mondragón	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS – UFZ.	Redes Eléctricas y Redes Telefónicas
Jhonatan Forero	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS – UFZ.	Plomería y Carpintería
Pedro Villegas-Carlos Acosta	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS – UFZ.	Enchape y Pintura

PROVEEDORES RELACIONADOS CON EL AREA DE MANTENIMIENTO

Descripción de Mantenimiento de Equipos	EMPRESA
SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE ASCENSOR MARCA ESTYLO INCLUYE REPUESTOS Y UNA VISITA PREVENTIVA MENSUAL	JULIO CESAR CARDOZO GALEANO
Mantenimiento preventivo y correctivo 3 UPS incluido repuestos mínimos.	ABCONTROL INGENIERÍA SAS
Mantenimiento preventivo y correctivo Planta eléctrica	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Compresores UFZ, Centro de Salud Cogua y San Cayetano	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Equipos de ventilación mecánica	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Caldera	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Bombas de agua	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Sonido y Perifoneo	MUSICAR
Mantenimiento preventivo y correctivo Lavado de tanques	INGEALIMENTOS
Mantenimiento preventivo y correctivo de las básculas (pesa mercado, ropa, basura, etc.)	BASCULAS Y BALANZAS M.R.
Carga y mantenimiento preventivo y correctivo de extintores	INDUEXT INDUSTRIAL DE EXTINTORES LTDA

REGISTRO FOTOGRÁFICO

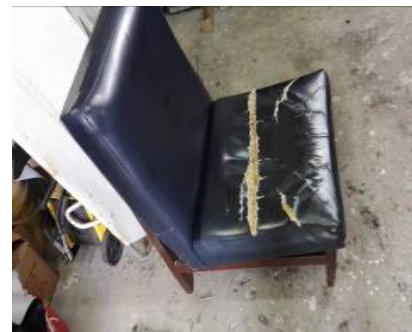
Instalación de barandas Consulta Externa en UFZ



Mantenimiento correctivo consulta externa



Mantenimiento carpintería de madera





Mantenimiento Cogua



Mantenimiento san Cayetano



Mantenimiento cielo raso 2 piso



Mantenimiento portería consulta externa



Mantenimiento correctivo red hidráulica ufz



Mantenimiento coordinaciones y pasillos administrativos



Mantenimiento cielo raso urgencias



Mantenimiento cielo raso pasillo cocina



Hechura de puerta principal consulta externa



Mantenimiento equipos industriales



Fuente: Suministrada por operarios de mantenimiento

Obras Locativas – Telemedicina



Fuente: Suministrada por operarios de mantenimiento

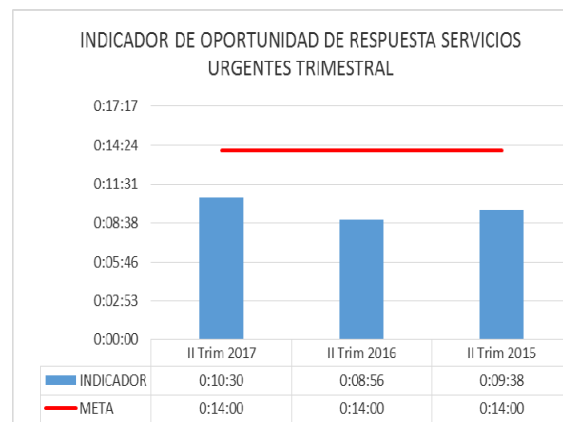
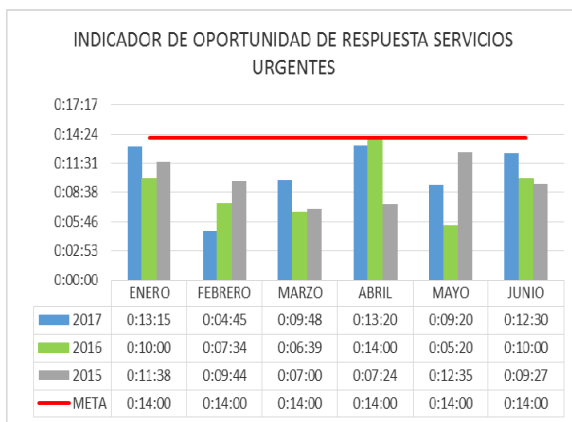
4. GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMÉDICA

4.1 GESTION DEL PROCESO: INDICADORES

INDICADOR OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS

Áreas Urgentes (Urgencias, UCI Adulto, Unidad Quirúrgica, UCI Neonatal, Neonatos).

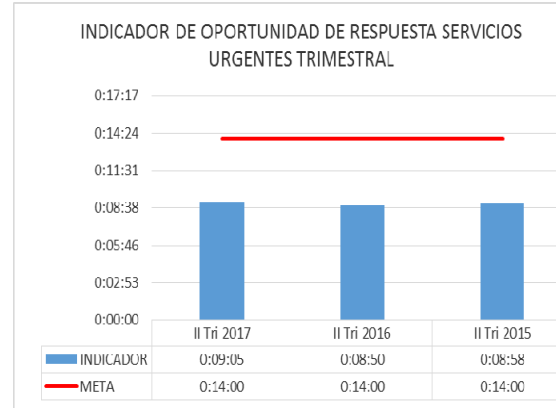
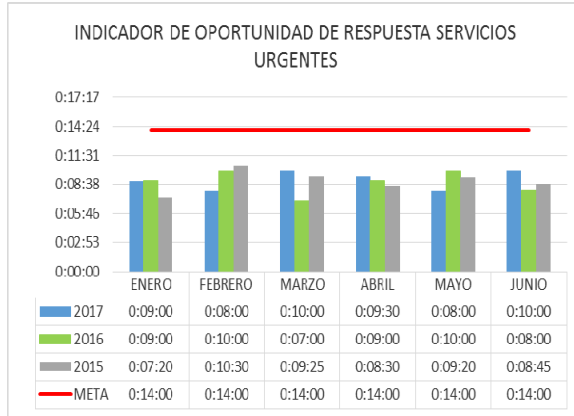
Sede Bogotá



Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se está cumpliendo la meta, esto debido a que se ha implementado la estrategia de las rutinas diarias de inspección en los 5 servicios categorizados como urgentes, estas inspecciones nos ayudan a detectar posibles fallas de equipos antes de su ocurrencia y que puedan afectar la prestación de servicios de salud.

Unidad Funcional Zipaquirá

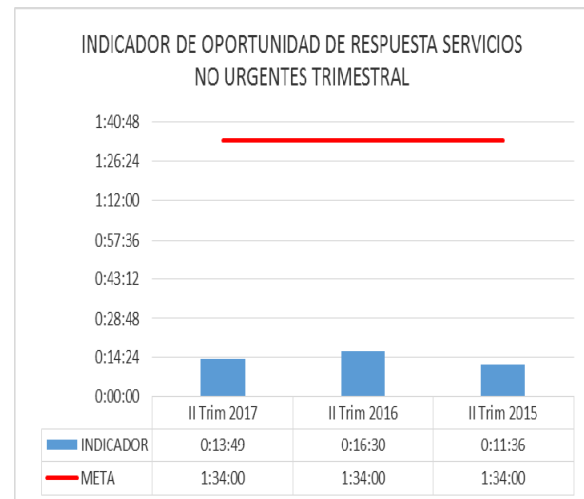
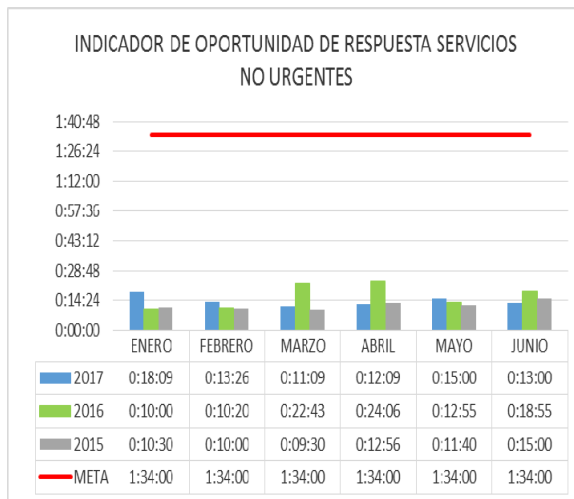


Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se observa que la meta se está cumpliendo y que se mantiene entre 8 y 10 minutos el tiempo de respuesta, es importante recalcar que las tecnologías adquiridas en los años 2014, 2015 y 2016, están saliendo de garantía lo cual deberán empezar a ser atendidos por los dos ingenieros con que cuenta la unidad funcional y esto puede repercutir en este indicador de manera negativa.

Áreas No Urgentes (Hospitalización, Consulta Externa y otros).

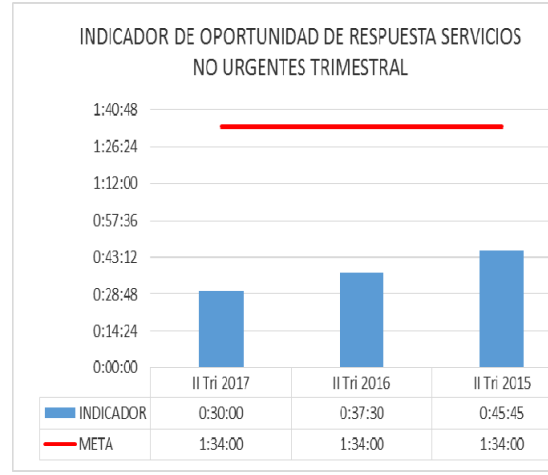
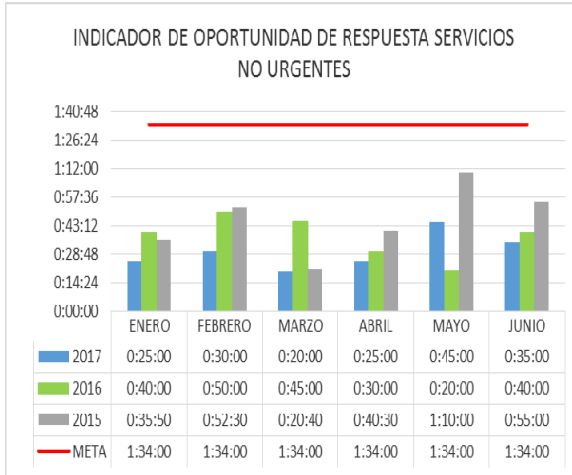
Sede Bogotá



Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se cumplió esta meta a satisfacción la cual se mantiene entre 10 minutos y 16 minutos, esto es gracias a que se cuenta con un estudiante de técnico en electromedicina, el cual hace labores administrativas y operativas, las cuales sirven como complemento para el cumplimiento del indicador.

Unidad Funcional Zipaquirá

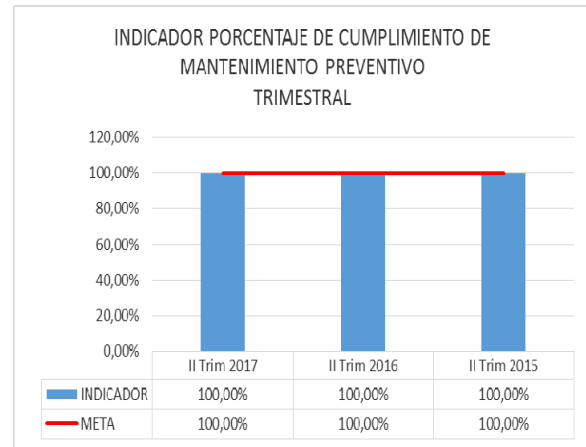
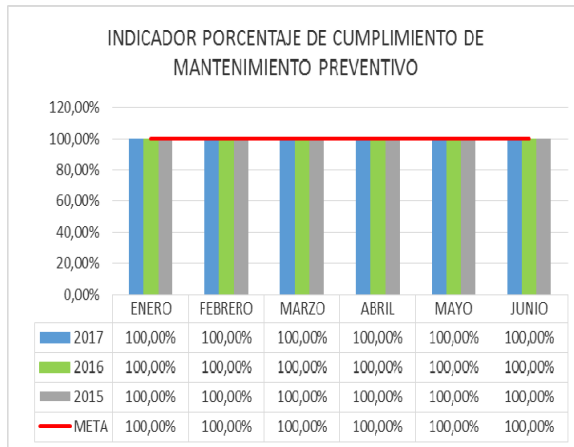


Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se cumplió la meta estipulada y se puede observar que en el 2016 tuvo un aumento y en el 2017 este aumento ya fue controlado, gracias que se cuenta con una distribución uniforme para la atención de los servicios estipulados como no urgentes.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (EQUIPOS MÉDICOS)

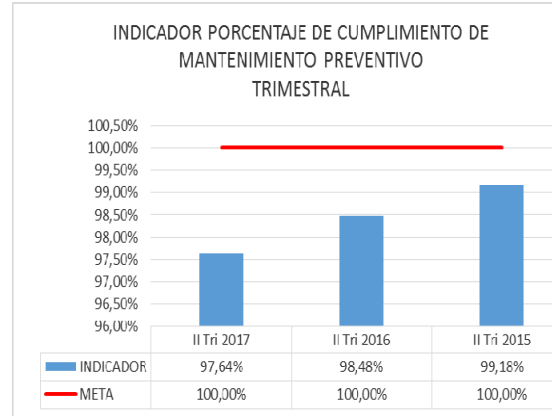
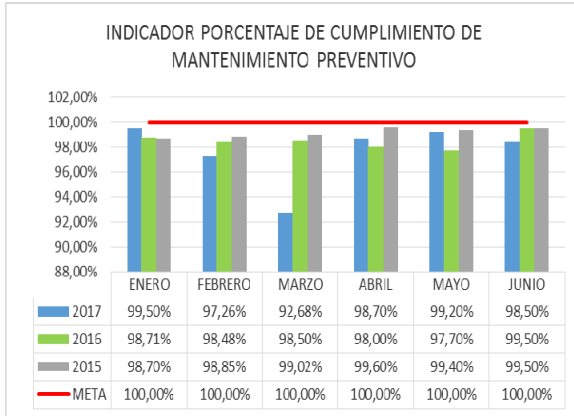
Sede Bogotá



Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se han implementado seguimientos más rigurosos al mantenimiento preventivo por parte de los servicios utilizadores de la Tecnología Biomédica, gracias a que se implementó la instalación de los stickers y que se les está entregando copia de los cronogramas de mantenimiento, adicional desde el área de Tecnología se realiza auto-seguimiento mensual a estos cronogramas.

Unidad Funcional Zipaquirá

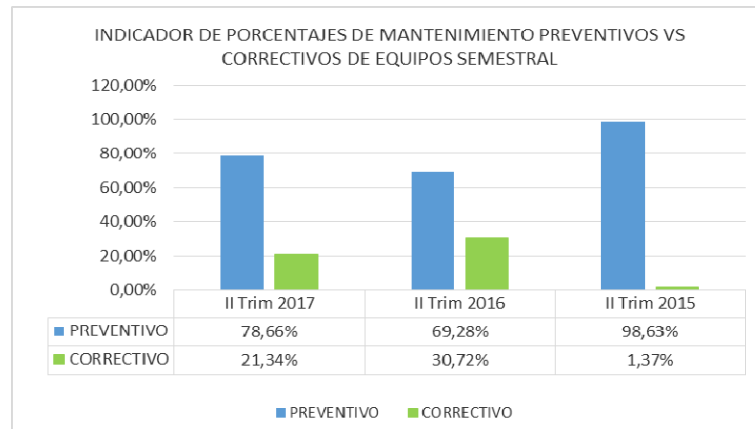


Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se observa como resultado para para todos los años que se está ejecutando el cronograma de mantenimiento en un promedio de 95%, aun con dificultades para el cumplimiento del 100% debido a la disponibilidad de los equipos y falta de personal, pero año tras se mantiene un cumplimiento cerca al 100%.

INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS VS MANTENIMIENTO CORRECTIVO

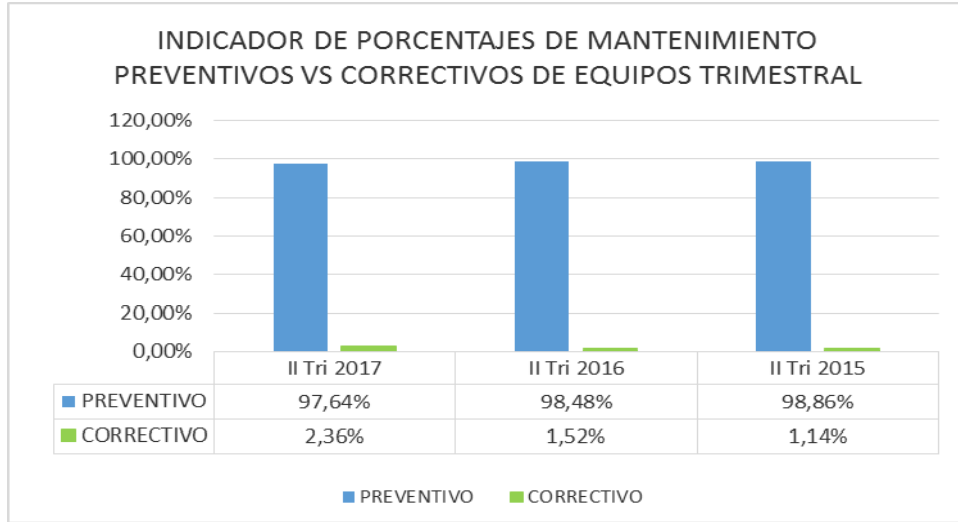
Sede Bogotá



Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Este indicador nos muestra que la estrategia de las inspecciones diarias ha funcionado ya que todos los años el mantenimiento preventivo fue mayor al correctivo en una proporción superior al 50%, esto quiere decir que los mantenimientos preventivos son más efectivos, desde el 2016 se determinó que para el mes de enero de los años siguientes no se programaran mantenimientos preventivos, esto debido a que es el mes en que se deben realizar informes del año anterior e iniciar planeación y ejecución del año vigente.

Unidad Funcional Zipaquirá

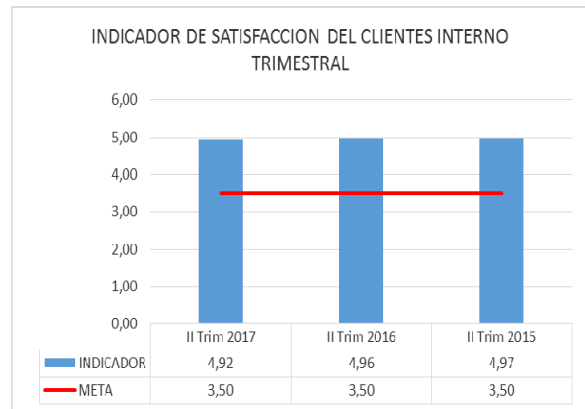
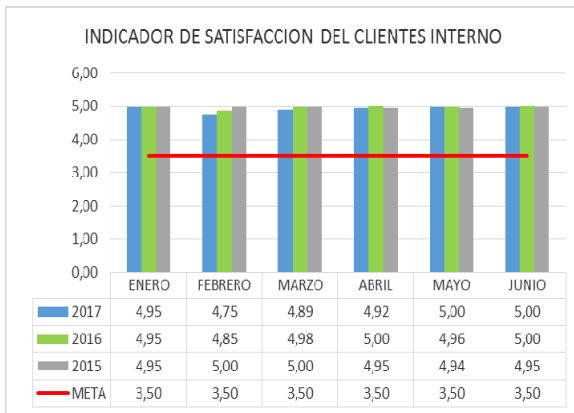


Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se observa que para todos los años se ha venido presentando que el mantenimiento preventivo tiene un mayor porcentaje, esto quiere decir que se están implementando mantenimientos preventivos más rigurosos en los equipos de baja, mediana y alta complejidad y la implementación de rutinas diarias de inspección las cuales disminuyen los impactos de los correctivos en los equipos.

INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO

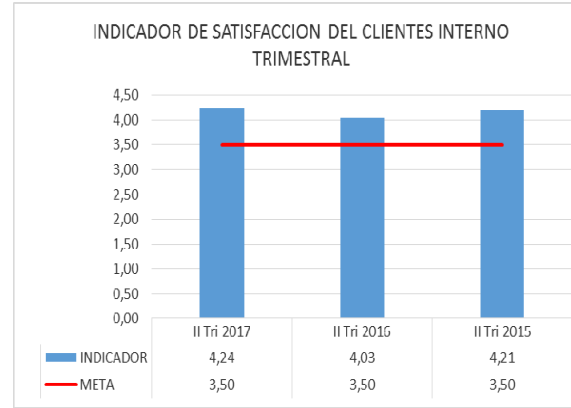
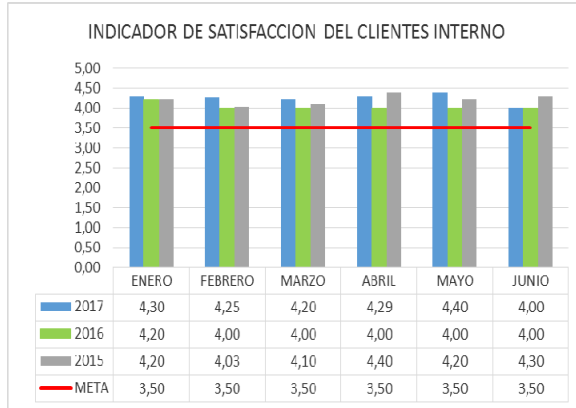
Sede Bogotá



Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se puede observar que la meta se está cumpliendo, que entre el año 2015 y 2017 se mantiene el indicador, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento y una atención oportuna.

Unidad Funcional Zipaquirá



Fuente: Estadística Área Equipos Médicos

Se puede observar que la meta se cumplió para el año 2015, 2016 y 2017 y que el indicador se mantiene sobre 4, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento y una atención oportuna.

PQRS

A la fecha no existe PQRS relacionadas al proceso de Tecnología Biomédica

PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

En el segundo trimestre tuvimos un hallazgo referente a un reporte de calibración vencido de un equipo patrón, para este hallazgo ya se realizó el análisis para determinar el plan de mejora y las acciones de mejora ya se encuentran en proceso de implementación, no se ha realizado medición de cumplimiento y cierre para este periodo por parte de planeación.

PAS

FORTALECER LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DE LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS EN EL MODELO DE RED DEPARTAMENTAL

Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario

Avance: 100%

Evidencia: A la fecha se ha cumplido con el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos médicos, el cual se puede verificar por medio de las hojas de vidas de los 1600 equipos aproximadamente con que cuenta el Hospital Universitario de la Samaritana y del cronograma de mantenimiento preventivo.

Ejecución del plan de equipos médicos y laboratorio clínico utilizados para el diagnóstico y tratamiento

Avance: equipos comprados / Equipos Planeados comprar: $1/314 = 0.31\%$.

Evidencia: Se encuentra radicado el estudio de necesidades para la compra de los equipos de la UCI del 4 piso, de este proyecto aún no se puede iniciar ejecución debido a que está en proceso de aprobación en el plan bienal por parte del ministerio de salud y protección social, adicionalmente la secretaría salud solicitó realizar estudio de oferta y demanda y formulación del proyecto en metodología MGA la cual se encuentra en proceso de ejecución.

GESTIÓN DEL RIESGO

La matriz de riesgos del proceso de Tecnología Biomédica se priorizaron 9 riesgos de 14 identificados, de los cuales no se ha materializado ninguno a la fecha, a continuación se muestra la matriz de materialización:

Item	Riesgos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1	Incumplimiento del proveedor	0	0	0	0	0	0
2	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología nueva	0	0	0	0	0	0
3	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología existente	0	0	0	0	0	0
4	Repuestos, insumos, herramientas o equipo patrón necesarios insuficientes	0	0	0	0	0	0
5	Mantenimiento preventivo inadecuado o sin realizar	0	0	0	0	0	0
6	Realización del mantenimiento inoportunamente	0	0	0	0	0	0
7	Inoportunidad en la calibración de los equipos biomedicos	0	0	0	0	0	0
8	Ingreso inadecuado de Tecnología en Transito Rapido	0	0	0	0	0	0
9	Dar de baja un equipo que no lo requería	0	0	0	0	0	0

Con este seguimiento podemos hacer la medición del Indicador

% de Materialización de Riesgos Priorizados: 0 Riesgo Materializado / 9 Riesgos Priorizados: 0%.

Esto quiere decir que las acciones planteadas de mitigación para los 9 riesgos priorizados han sido efectivas.

PROGRAMAS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

- 3 Líneas Estratégicas
- 5 Metas
- 5 Indicadores
- 1 Cronograma

Identificar, Priorizar y Adquirir las necesidades presentes en el HUS entorno a las tecnologías en Salud requeridas en las los servicios asistenciales y administrativos, dando cumplimiento a la normatividad de Habilitación vigente y al portafolio de servicios de la entidad.

Meta: Dar cumplimiento al 90% del cronograma del Programa de Gestión de la Tecnología

Indicador: Porcentaje de cumplimiento al programa de Gestión de la Tecnología

$$\frac{\# \text{ Total de actividades realizadas del Programa de Gestión de la Tecnología}}{\# \text{ Total de Actividades planeadas del Programa de Gestión de la Tecnología}} \times 100\%$$



En el Semestre I del año 2017 se realizaron 23 actividades de las 24 programadas para este semestre, las cuales nos equivalen al 95.8% de cumplimiento.

Meta: Garantizar la adquisición y puesta en funcionamiento de manera oportuna de por lo menos el 90% de las tecnologías en Salud priorizadas para el año vigente

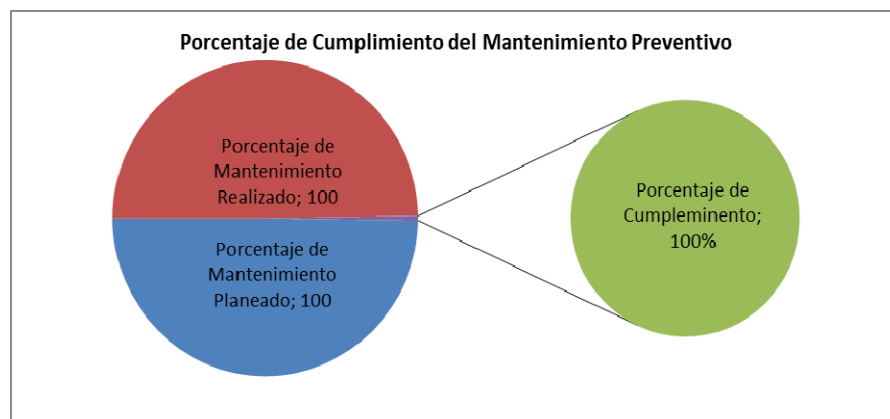
Indicador: Porcentaje de adquisición y puesta en funcionamiento de manera oportuna de las tecnologías en Salud priorizadas para el año vigente

Garantizar que la tecnología con que cuenta la entidad y la que sea adquirida cuente con procesos de adquisición, Instalación, puesta en funcionamiento, evaluación, post-implantación y disposición final.

Meta: Cumplir con el 100% del Cronograma de Mantenimiento Preventivo

Indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Mantenimiento Preventivo

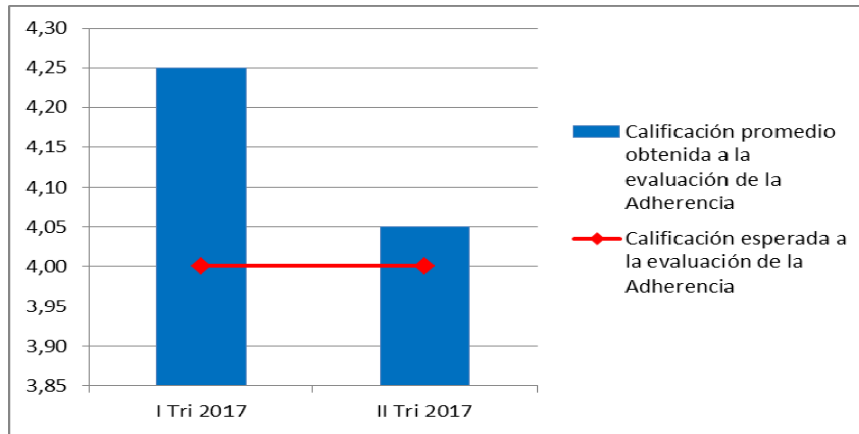
$$\frac{\text{\# Total de Mantenimientos Preventivos Realizados}}{\text{\# Total de Mantenimientos Preventivos Planeados}} \times 100\%$$



Se cumple con el 100% de los mantenimientos preventivos a la fecha, esto debido a que se hace un seguimiento mensual del cumplimiento del cronograma.

Meta: Obtener una calificación superior a 4 en la evaluación de la adherencia

Indicador: Porcentaje a la Adherencia al uso adecuado de las tecnologías

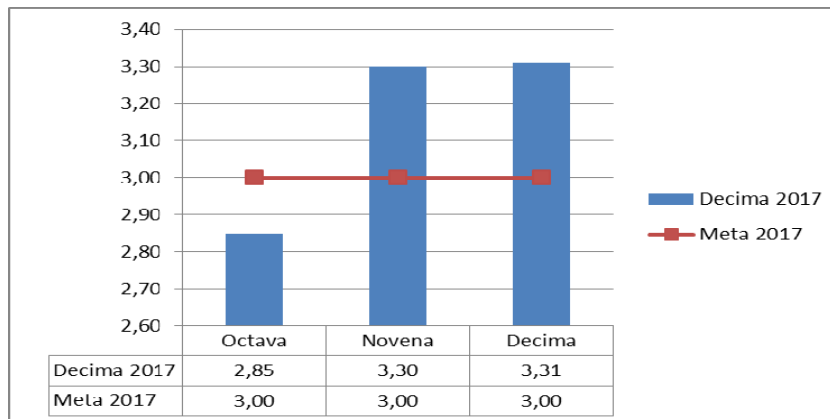


Se realizaron evaluaciones de adherencia a las capacitaciones dictadas en el primer semestre del 2017 de uso adecuado de tecnologías, las cuales arrojaron un promedio de calificación de 4.05, lo cual nos muestra que la adherencia a las capacitaciones está superando la meta establecida.

Dar cumplimiento al Proceso de Acreditación en salud desde el cumplimiento de los estándares de Gestión de la tecnología.

Meta: Obtener una calificación de 3 en la próxima de autoevaluación de los estándares de Gestión de la Tecnología

Indicador: Calificación de autoevaluación de estándares de Gestión de la Tecnología



Se realizó la décima autoevaluación, en la cual se obtuvo una calificación de 3.31, lo cual nos demuestra que seguimos manteniendo el buen desempeño del Programa de Gestión de Tecnología.

4.2 PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA

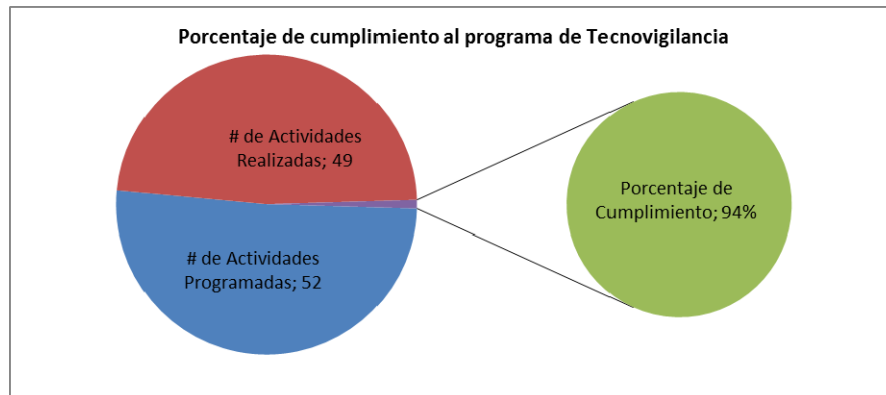
- 3 Líneas Estratégicas
- 6 Metas
- 6 Indicadores
- 1 Cronograma

Mantener integración del Programa de Tecnovigilancia con el Programa de Seguridad del Paciente en el Sistema de Información consistente en el reporte, clasificación, análisis y seguimiento de las Novedades de Seguridad que se presenten e identifiquen en la Institución.

Meta: Dar cumplimiento al 90% del cronograma del Programa de Tecnovigilancia trimestralmente

Indicador: Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de tecnovigilancia

$$\% \text{ cumplimiento} = \left(\frac{\text{actividades realizadas Trim}}{\text{actividades programadas Trim}} \right) * 100\%$$

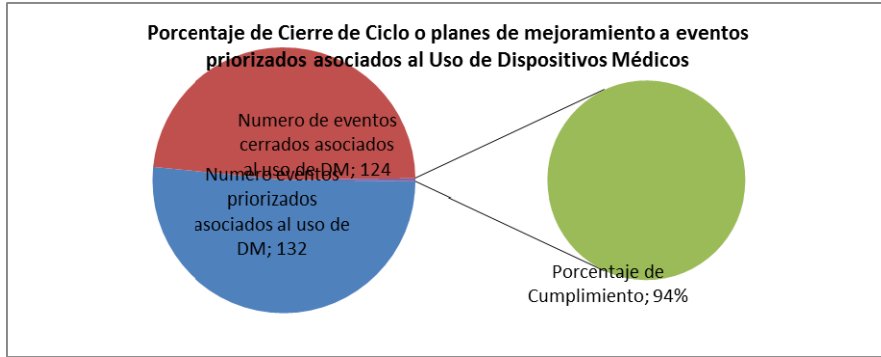


Se dio cumplimiento al 94% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 49 actividades realizadas en el primer semestre frente a 52 actividades programadas para el primer semestre del año 2017.

Meta: Cierre de Ciclo o planes de mejoramiento priorizados al 10% de la novedades de seguridad asociadas al uso de dispositivos médicos

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

$$\% \text{ cierre de ciclo} = \left(\frac{\text{\#novedades de seguridad priorizadas cerradas}}{\text{\#total novedades de seguridad priorizadas DM}} \right) * 100\%$$



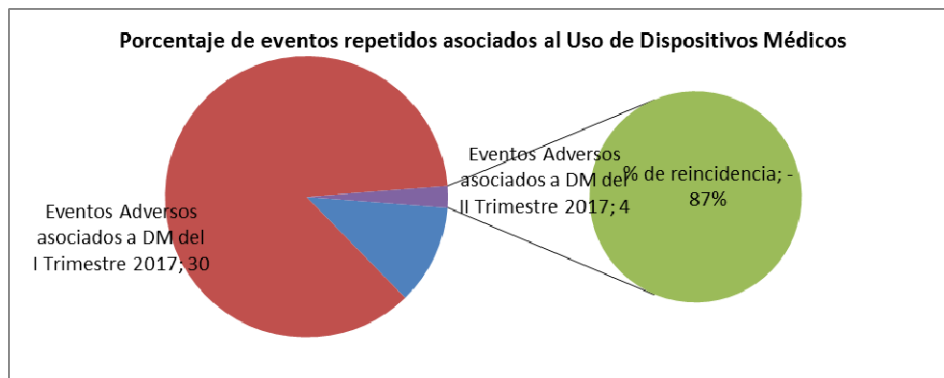
A la fecha se tiene 132 novedades de seguridad asociadas al uso de DM, de las cuales 124 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 94%.

Mantener procesos seguros en el ciclo de utilización de los Equipos Biomédicos y dispositivos médicos (Selección, adquisición (Con parámetros de calidad y humanización), almacenamiento, distribución y/o instalación, post-implantación y disposición final).

Meta: Disminuir en un 1% la reincidencia de Eventos Adversos al uso de dispositivos médicos

Indicador: Porcentaje de reincidencia de Eventos Adversos asociados al uso de Dispositivos Médicos

$$\% \text{Reincidencia EA} = \left(\frac{\# \text{reincidencias EA} - \# \text{reincidencias EA TRI anterior}}{\# \text{reincidencias EA TRI anterior}} \right) * 100\%$$

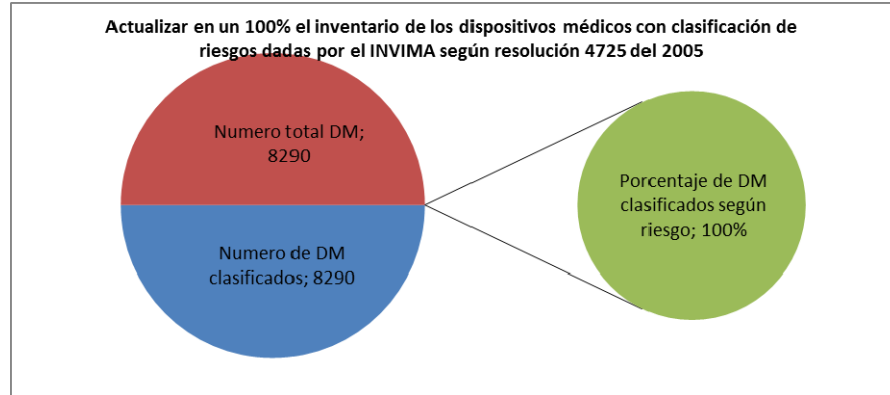


Para el año 2017 en el primer trimestre se registraron 116 eventos adversos de los cuales 30 eran repetidos, comparados con el segundo trimestre de 2017 que hubieron 39 eventos adversos de los cuales 4 se repitieron, esto quiere decir que tuvimos un porcentaje de -87% de reincidencia, lo cual demuestra que las acciones que se tomaron por la falta de capacitación en el uso de un catéter y en la falta de insumos fueron efectivas.

Meta: Actualizar en un 100% el inventario de los dispositivos médicos con clasificación de riesgos dadas por el INVIMA según resolución 4725 del 2005.

Indicador: Porcentaje de dispositivos médicos con clasificación de riesgos dadas por el INVIMA según resolución 4725 del 2005

$$\% \text{DM Clasificados} = \left(\frac{\# \text{de DM Clasificados}}{\# \text{total de DM}} \right) * 100\%$$



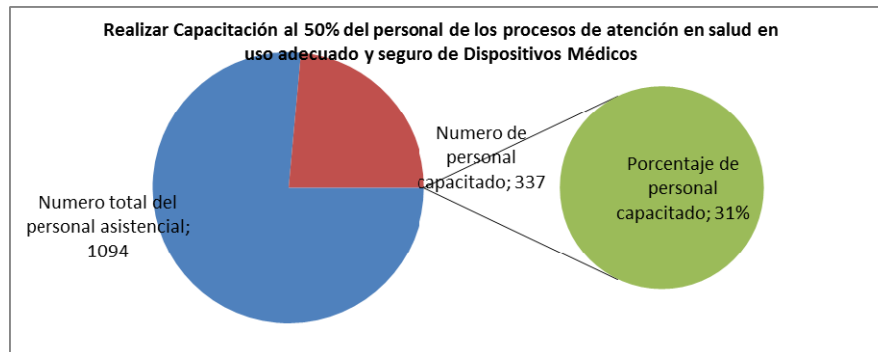
Se tiene la clasificación de riesgo en su totalidad para dispositivo médico, equipo médico e instrumental, esto con el fin de conocer la clasificación de riesgo y su ubicación de cada dispositivo médico que se encuentra en el HUS.

Promover la Cultura del uso seguro de la tecnología y los dispositivos médicos en todos los individuos inmersos en el proceso de atención en salud del HUS. (Cliente Interno y Externo).

Meta: Realizar Capacitación al 50% del personal de los procesos de atención en salud en uso adecuado y seguro de Dispositivos Médicos

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

$$\% \text{Personas capacitadas} = \left(\frac{\# \text{personas capacitadas}}{\# \text{total personal asistencial}} \right) * 100\%$$

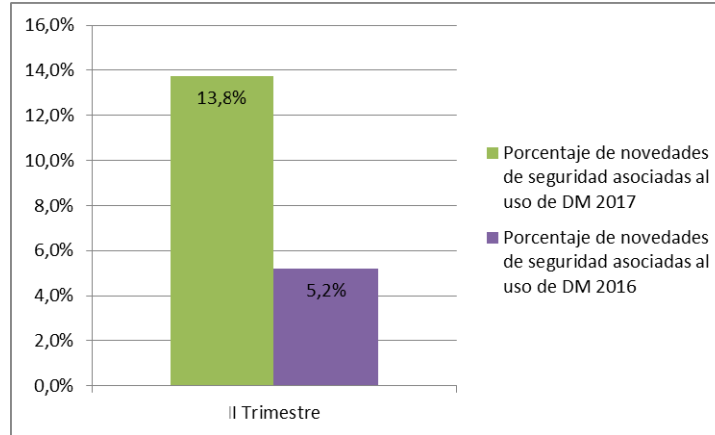


A la fecha se tiene el 31% del personal vinculado capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico.

Meta: Aumento de los Reportes de Novedades de Seguridad relacionadas asociados al uso de Dispositivos Médicos (Incidentes, Eventos Adversos y/o Complicaciones) en 1 punto porcentuales por encima del año anterior

Indicador: Proporción de novedades de seguridad asociados al Uso de Dispositivos Médicos

$$\% \text{novedades de seguridad} = \left(\frac{\# \text{novedades de Dispositivo Médicos}}{\# \text{total de novedades reportadas}} \right) * 100\%$$



Para el primer semestre del 2016 se tuvo la porción de un 5.2% de novedades de seguridad asociadas a DM del total en ese semestre, en el 2017 la porción del reporte fue del 13.8%, esto quiere decir que tuvo un aumento de más del 8%, lo cual nos muestra que los colaboradores del HUS cada vez son más conscientes de la importancia del reporte de las novedades de seguridad asociadas a DM.

OTROS

LOGROS DE EQUIPOS MEDICOS. Sede Bogotá

PROYECTOS DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA INSCRITOS EN EL PLAN BIENAL 2016 – 2017

PROYECTOS	PRESUPUESTO PROYECTADO	FUENTE DE FINANCIACIÓN	ESTADO
Adquisición, Instalación y puesta en funcionamiento de los equipos biomédicos priorizados para renovación en la vigencia 2017	\$ 5.000.000.000	RECURSOS PROPIOS	UNA VEZ SEA PROBADO POR LA GERENCIA SE INICIARA EJECUCIÓN
Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un Neuronavegador y un equipo O-ARM	\$ 6.000.000.000	RECURSOS PROPIOS Y FINANCIACIÓN POR PARTE DE LA SSC	SE ENCUENTRA EN PROCESO DE FORMULACIÓN
Adquisición, Instalación y puesta en funcionamiento de los equipos biomédicos necesarios para iniciar la operación de la UCI adultos 4 piso	\$ 3.500.000.000	RECURSOS PROPIOS	SE ENCUENTRA EN PROCESO DE APROBACIÓN POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de dos Sala de Cirugía Integrada para el proceso de Unidad Quirúrgica	\$ 8.000.000.000	RECURSOS PROPIOS	SE ENCUENTRA EN PROCESO DE FORMULACIÓN

5. GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

5.1 GESTIÓN DEL PROCESO: INDICADORES

Durante el periodo de Enero a Junio del año 2017 el área de Bienes Compras y Suministros adelantó y ejecutó procesos de convocatorias públicas, compras por contratación directa con el fin de atender las necesidades tanto de Bienes, Suministros y Servicios necesarios en cada área del Hospital, con el fin de contribuir con el mejoramiento en la calidad de los servicios que la institución presta a la comunidad del departamento de Cundinamarca

Los procesos que se adelantaron durante el periodo involucraron las áreas de Farmacia, Hotelería, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Osteosíntesis y Arquitectura y mantenimiento los cuales radicaron en la subdirección de Bienes Compras y Suministros sus necesidades, teniendo en cuenta los consumos promedios históricos, los precios de adquisición del año anterior, así como tendencias de crecimiento para el año 2017. Estos estudios sirvieron para llevar a cabo las convocatorias y compras directas las cuales pretendían primero que todo atender los requerimientos del hospital y finalmente satisfacer todas las necesidades de la institución en cada uno de sus áreas por medio de los procesos con plenas formalidades de contratación con el fin de garantizar la pluralidad de oferentes así como la transparencia en los procesos de adjudicación. En estos procesos se atendieron las solicitudes tanto del Hospital Universitario de la Samaritana y su unidad funcional de Zipaquirá.

PROCESOS FORMALES ADELANTADOS DE ENERO A JUNIO DE 2017

Durante el periodo de Enero a Junio del año 2017 se llevaron a cabo procesos de convocatoria Publicas y contrataciones directas las cuales estaban dirigidas a la totalidad de áreas del Hospital, de estas convocatoria se exceptuaron, los productos o medicamentos y servicios que eran exclusivos de una casa comercial, así como como los medicamentos de alto costo cuya rotación o pedido se realiza por paciente o por evento, lo demás se adelantaron a través de Convocatorias Públicas o Compra Directa de acuerdo con sus características

CUADRO N° 1: PROCESOS CON FORMALIDADES PLENAS ADELANTADOS DURANTE EL PERIODO
(En número)



Fuente: Subdirección Compras y Suministros

Del resultado de las 18 convocatorias realizadas para el I semestre de 2017, se adjudicaron un promedio del 75% de los ítem, los demás se declararon desiertos debido a que en algunos casos los precios unitarios sobrepasaban el precio de la institución en más de un 6%, además hubo ítem en los cuales no se presentó oferente alguno, razón por la cual se declararon desiertos algunos ítem que se excluyeron en las diferentes convocatorias, los cuales se iniciaron procesos para adjudicación a través de procesos de compra directa, con el fin de garantizar el suministro y la pluralidad de oferentes para obtener los mejores ofertas económicas que beneficiaran al Hospital y con la calidad requerida por el mismo.

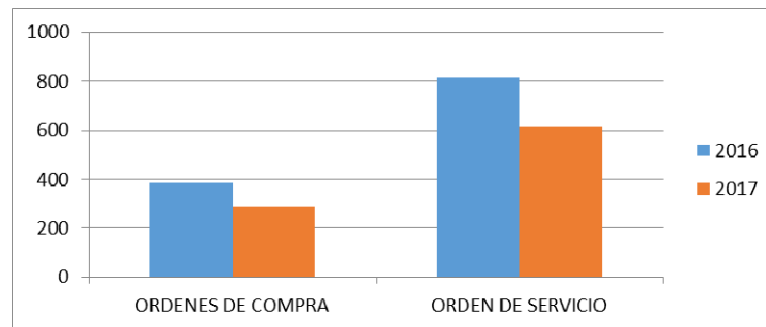
Como gestión para el II trimestre de 2017 se puede resaltar que para la convocatoria N.17 de Ferretería “ADQUISICION DE INSUMOS DE ELECTRICOS, FERRETERIA, CONSTRUCCION Y HERRAMIENTA PARA LA UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA Y ZIPAQUIRA” dentro del presupuesto aprobado para dicha convocatoria era de \$551.142.487, terminada la convocatoria se adjudicó \$220.130.301 y desiertos \$86.898.017; para un total de \$307.028.318, adjudicándose el 80% de los Ítems proyectados. En términos generales se deduce que el HUS se ahorró en dicha convocatoria el 44%, es decir \$244.114.169.

Analizando el porcentaje de Ítems adjudicados entre el II trimestre de 2016 con un 75% y el II trimestre de 2017 en el 80%, lo que indica que este indicador ha mejorado en un 5% para el total de los Ítems proyectados a adjudicar.

SOLICITUDES RADICADAS Y TRAMITADAS

Ordenes de Compras y Servicios: Durante el II trimestre de 2017 se dio el respectivo tramite a todas las solicitudes realizadas por las diferentes áreas teniendo en cuenta que algunos procesos cubrían las necesidades en el periodo en que se realizan las convocatorias públicas programadas para las compras anuales.

Cuadro N°3 ÓRDENES TRAMITADAS DURANTE EL PERIODO

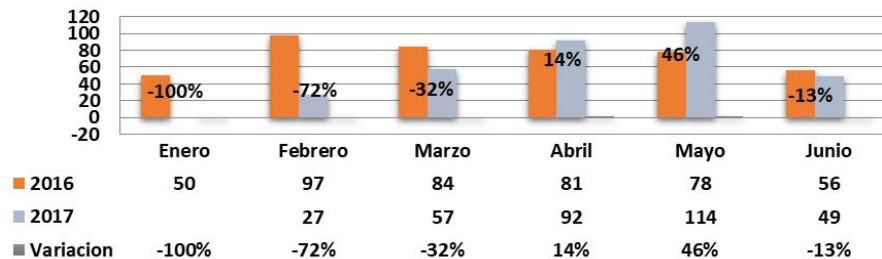


AÑO	ORDENES DE COMPRA	ORDEN DE SERVICIO
2016	383	813
2017	290	612

Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

La relación del comportamiento entre órdenes de compras y órdenes de servicio se mantiene para los dos semestres de 2016 y 2017 en el orden del 100%; es decir dobla en cantidad.

VARIACION ORDENES DE COMPRA

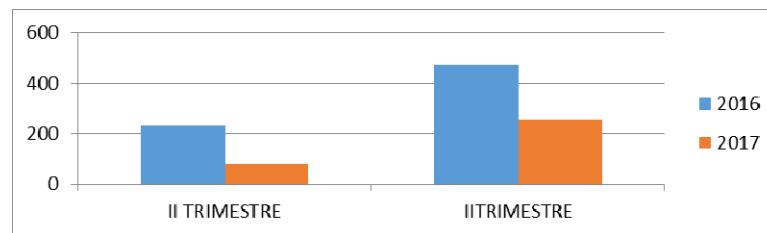


Se observa en el cuadro que la variación mensual para el I semestre de 2016 frente al I semestre de 2017, se ha venido incrementando el número de las órdenes de compra en el orden promedio del 25%, en razón a los desiertos a las invitaciones por cuanto los oferentes no se presentan a dichas invitaciones y que dentro de las evaluaciones que hacen las diferentes áreas son declarados inadmisibles; quedando desiertos y estos toca que iniciar nuevamente el proceso de compra directa.

AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL SEMESTRE
2016	50	97	84	81	78	56	446
2017		27	57	92	114	49	339
TOTAL MES	50	124	141	173	192	105	785
TOTAL TRIMESTRE 2016			231			470	
TOTAL TRIMESTRE 2017			84			255	

Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

ORDENES DE COMPRA I SEMESTRE 2016 FRENTE I SEMESTRE DE 2017



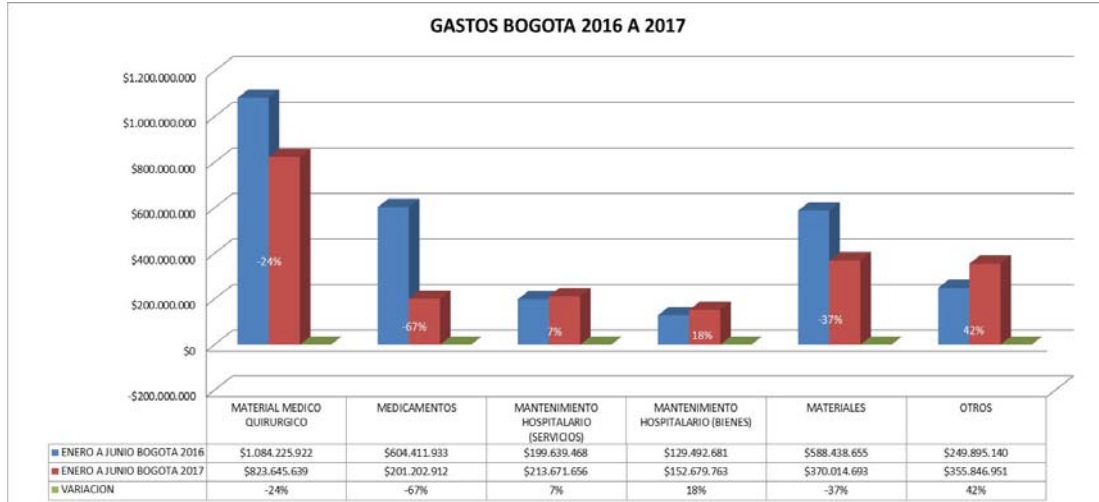
AÑO	I SEMESTRE	I SEMESTRE
2016	231	470
2017	84	255

Analizando este cuadro se observa que si existe una disminución sustancial entre el I semestre de 2016 frente al I semestre de 2017, lo anterior en virtud a la gestión que la Subdirección de compras viene realizando durante el II trimestre de 2017, dando celeridad por la vía telefónica y por correos a los proveedores para recordarles que se presenten por la vía de invitación y que envíen sus respectivas ofertas, de igual manera la planeación que el HUS está realizando al proceso de compras directas y a la racionalización del mismo que al interior de cada una de las áreas solicitantes vienen realizando.

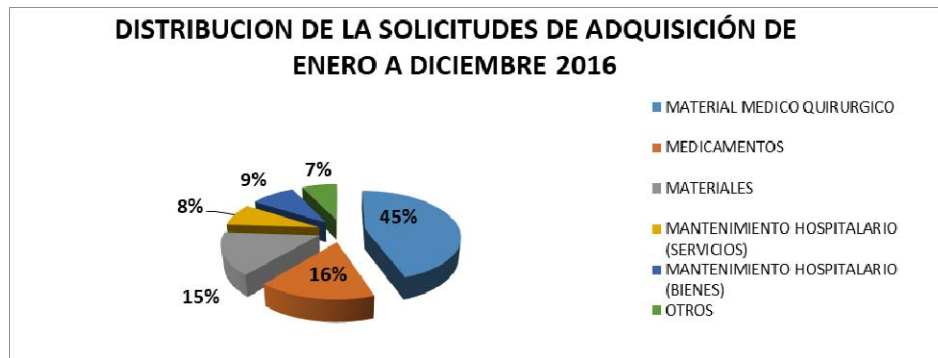
Este porcentaje del más del 100% de disminución obedece a que por la vía de las convocatorias públicas en el II trimestre de 2017 se ha hecho efectivo más del 80% promedio de los ítems ofertados se han adjudicado.

Respecto a la oportunidad para el proceso de compra directa se ha mejorado para el II trimestre de 2017 frente al II Trimestre de 2016 pasando de 60 días a 30 días. Lo anterior se debe a la gestión que esta Subdirección efectúa dentro del proceso de compras directa en la invitación que se hace a los oferentes para que traigan sus ofertas y al interior del HUS para que reduzca los tiempos en las evaluaciones (Jurídica, Técnica y Económica) con mayor celeridad.

PARTICIPACION DE LAS SOLICITUDES DE SEGUN EL RUBRO MÁS PARTICIPATIVO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016 Y 2017 – SEDE BOGOTA Y UFZ



El comportamiento en la participación de las solicitudes según el rubro más participativo para el primer semestre del año 2017 frente al 2016 viene disminuyendo para el HUS y en la UFZ, en razón a que del total de los ítems ofertados en las convocatorias públicas se han adjudicado en promedio más del 80% de los mismos; permitiendo mayor efectividad en el proceso de compras y menores costos en reprocesos.



Por otro lado podemos decir que las áreas que mayor participación tienen en las solicitudes e impactan al presupuesto estas se mantiene tanto para el I semestre de 2016, como para I semestre de 2017; es decir Farmacia para medicamentos con el 45%, Dispositivos médicos con el 16% y Arquitectura y mantenimiento con el 17%.

CAPÍTULO IV DIRECCIÓN FINANCIERA

1. FACTURACIÓN Y RECAUDO

1.1 MERCADEO Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El objeto del presente informe está encaminado a presentar la gestión realizada en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, con relación a la contratación de servicios de salud y el cumplimiento de las metas propuestas para la vigencia a evaluar. En el informe se presenta la contratación realizada en sus diferentes modalidades (Capitación y Evento), con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios tanto en régimen contributivo, subsidiado, especial y otros servicios de salud contratados.

Para el año 2017 al HUS se le aprobó un presupuesto de ingresos de 84.723.091.317 y de meta mes de 7.060.257.609,75 para todos los pagadores, al hacer el seguimiento del comportamiento de la facturación en el primer semestre se evidencia un aumento del 81% en la facturación mensual que esta promedio mes en \$ 8.753.000.000 millones, siendo dentro de estos el de mayor representatividad el Régimen Subsidiado con una meta anual de 58.227.470.000, seguida de, Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos) con una meta anual de 11.393.628.000 y para el Régimen Contributivo con meta anual de \$6.227.174.000; y a la fecha se lleva un acumulado del régimen contributivo Bogotá. \$4.079.741.427, lo que evidencia un cumplimiento para el primer semestre de 2017, de un 66%, igualmente se continua con las acciones de acercamiento con las EPS para la oferta del portafolio de servicios y ampliación de la contratación con las vigentes y ampliar con la incursión en otras que aún no tiene contrato con el HUS

Igualmente se realizó el análisis de la Unidad funcional de Zipaquirá del primer semestre de 2016 versus 2017 encontrando tendencia creciente en un 9% para el 2017, representado en 1.313.306.157 de aumento en la facturación principalmente del régimen contributivo, dado que se realizó seguimiento a ejecuciones de contratos vigentes para fortalecer la fidelización de los usuarios con esta unidad.

Las actividades que se proyectaron y se han desarrollado de forma prioritaria para el cumplimiento de metas trazadas como prioridad esta la actualización del portafolio de servicios con nuevas tecnologías, homologación y actualización de los códigos CUPS y revisión y renegociación de tarifas para la vigencia 2017.

Para el año 2017 se continuó con la oferta y contratación de la red de operación con la una Unidad Funcional de Bogotá (III nivel), y con la Unidad Funcional en el municipio de Zipaquirá (I – II Nivel) con los centros de atención de Cogua (I Nivel) y San Cayetano (I Nivel) lo que permite la integralidad en la atención de acuerdo a niveles de complejidad y referenciación de pacientes, sobretodo en la contratación con el régimen subsidiado y el ente territorial y municipal

Para la elaboración del informe, se tuvo en cuenta la contratación legalizada y ejecutada en el primer trimestre de 2017, así como aquella contratación legalizada en vigencias anteriores que para 2017 continúan vigentes y en ejecución para lo cual se ha realizado en el primer semestre seguimiento de forma conjunta con las EPS y el HUS en aras de fortalecer la remisión y uso de los servicios.

Teniendo en cuenta que los datos de las vigencias 2015 y 2016 corresponden a la totalidad del año contratado, es importante resaltar que para la vigencia 2017 los datos corresponden únicamente al primer semestre, razón por la cual no se puede hacer una comparación real de los indicadores de contratación dado que no se están comparando periodos iguales.

Se presenta cuadro comparativo de contratación de las s vigencias (2015 – 2016 como consolidado para que al finalizar el segundo semestre de 2017, se pueda realizar la comparación de año con periodos iguales.

INDICADOR: Contratación Servicios de Salud vigencia años 2015 y 2016

CONCEPTO CONTRATACIÓN	VALOR CONTRATADO POR VIGENCIAS			
	2015	%	2016	%
Régimen Contributivo	7.896.596.521	5,74%	9.503.132.973	15,83%
Régimen Subsidiado	117.394.398.512	85,39%	42.679.491.168	71,09%
Vinculados	9.706.637.771	7,06%	5.700.000.000	9,49%
PIC (antes PAB)	28.055.000	0,02%	417.807.540	0,70%
Otras contratos de Servicios de Salud	2.459.956.200	1,79%	1.733.776.608	2,89%
TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS	137.485.644.004	100,00%	60.034.208.289	100,00%

Como se puede evidenciar en la tabla para la vigencia 2015 a 2016 se cumplió con la meta de aumentar las ventas a diferentes clientes tales como en el régimen contributivo, pues hubo un aumento del 10,09% con relación a la vigencia anterior, en cuanto a Planes de Intervenciones Colectivas, se evidencia un aumento del 0,68%. Así mismo se evidencia un indicador decreciente en las ventas del 2016, respecto del 2015; debido a que la unidad funcional de Girardot con sus puestos y centros de salud se retiró del Hospital Universitario de la Samaritana en el primer cuatrimestre de 2016, lo que afectó de forma notoria la contratación y las ventas.

Por otra parte se presentó disminución en la contratación y en las ventas de los pacientes vinculados y en el No POS esto debido al comportamiento del aseguramiento en salud que presenta el país y la región

Si bien en el valor general de ventas de servicios de salud en el año 2016 hubo una disminución del 37%, se debió a que hubo una disminución en las ventas al régimen subsidiado y a los pacientes vinculados y aseguramiento NO POS, con una disminución del 51% y del 14% respectivamente, en relación con la vigencia anterior,

INDICADOR: Contratación Servicios de Salud Por Régimen vigencia Primer Semestre de 2017

CONCEPTO CONTRATACION	VALOR CONTRATADO VIGENCIA I SEMESTRE 2017	
	2017/ 1ER SEMESTRE	%
Régimen Contributivo	1.182.800.000	2,00%
Régimen Subsidiado	53.733.985.400	96,04%
Vinculados	0	0,00%
PIC	433.903.058	0,78%

Otros contratos de Servicios de Salud (hemocomponentes)	600.914.000	1,07%
TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS	55.951.602.458	100%

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2015-2016 y primer trimestre de 2017

Análisis Contratación primer trimestre de 2017

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que para el primer semestre de 2017, en el régimen contributivo, de acuerdo a lo proyectado, se evidencia un porcentaje del 2,0%, se proyectó dentro de las metas que se incremente el porcentaje de contratación con este régimen para el segundo semestre de 2017. Para el régimen subsidiado se evidencia un aumento considerable en el valor de la contratación cumpliéndose con el 96,17% de lo proyectado para la vigencia 2017, representado en la contratación de enero a diciembre del año en curso, con las diferentes EPS del Subsidiado

La contratación de las acciones de Planes de Intervenciones Colectivas y de pacientes vinculados y aseguramiento NO POS se inicia a partir del segundo trimestre de 2107, pero igualmente presenta tendencia decreciente dado que la población pobre no afiliada ha disminuido de forma considerable y el POS fue ampliado.

Realizando un análisis comparativo de los valores contratados en los últimos dos 2) años, se evidencia una tendencia decreciente en la contratación del régimen Contributivo el cual presento la misma tendencia para el primer semestre del año 2017. Es indudable que se refleja la crisis del sector en la contratación de este régimen puesto que las EPS prefieren no realizar contratación para que la demanda sea atendida por los servicios de urgencias y una vez estabilizados los pacientes sean remitidos a sus IPS. Dentro de la proyección que se hace del portafolio y la oferta de servicios se trazó la meta de ampliar la contratación del contributivo ampliando la oferta, para las EPS que tiene aseguramiento en Bogotá y en otros territorios nacionales para la referenciación de pacientes que requieran servicios de mayor nivel de complejidad sin embargo de acuerdo al indicador reflejado del primer semestre de 2017, no se alcanzaría la meta proyectada, máxime con la entrada de la nueva EPS MEDIMAS, teniendo en cuenta que son aseguradores y prestadores con una amplia red de clínicas de alta complejidad

Teniendo en cuenta la actualidad en relación a la venta de servicios de salud en La E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana, se presenta a continuación una tabla comparativa con el análisis en valores del comportamiento de las ventas años 2015, 2016 y primer semestre de 2017.

Por otra parte se revisaron las ventas de los periodos 2015, 2016 y primer semestre de 2017 por cada unidad funcional; evidenciando la misma tendencia en cuanto a que las ventas superan la contratación, principalmente por los servicios de urgencias por demanda directa y autorización de servicios para hospitalización y otros derivados de estas urgencias.

VENTAS HUS BOGOTA			
	2015	2016	2017
contributivo	3.988.975.456	6.378.486.662	4.079.741.427
subsidiado	81.043.250.517	79.453.850.253	37.370.940.863
vinculados	8.858.535.229	10.247.550.027	5.834.750.447
otros	6.978.559.227	11.432.910.148	5.236.812.462
TOTAL	100.869.320.429	107.512.797.090	52.522.245.199

VENTAS ZIPAQUIRA			
	2015	2016	2017

contributivo	7.444.782.145	8.403.596.362	5.045.302.161
subsidiado	15.478.053.504	18.916.867.153	9.797.957.768
vinculados	551.684.758	797.025.740	455.981.660
otros	2.630.158.404	2.571.128.410	1.207.085.319
TOTAL	26.104.678.811	30.688.617.665	16.506.326.908

Es importante señalar que para la vigencia 2015 y primer cuatrimestre de 2016, se tenía dentro de la oferta y venta de servicios la unidad Funcional de Girardot con sus centros y puestos de salud, lo que permitió un aumento en la venta y contratación de servicios que para el año 2017, afecta el indicador dado que no se cuenta con dicha unidad.

CONTRATACION BOGOTA.	AÑO 2015	AÑO 2016
<i>SUBSIDIADO</i>	\$37.465.782.000	\$35.729.937.942
<i>CONTRIBUTIVO</i>	\$4.864.736.240	\$5.703.708.129
<i>VINCULADOS</i>	\$6.543.054.200	\$5.700.000.000
<i>OTROS SERVICIOS</i>	\$ 865 404 000	\$1.254.441.715
<i>PIC</i>	\$0	0
TOTAL CONTRATADO	\$48.873.572.440	\$48.388.087.786

La contratación para el HUS Bogotá se mantiene en cuanto al valor total, sin embargo podemos evidenciar que tanto el Régimen Subsidiado como los Vinculados para el año 2016 presentan una leve disminución en la contratación, el régimen contributivo presenta un aumento en la contratación; el PIC no tiene contratación en ambos periodos puestos que no se contrata para ejecutar en Bogotá si no en las unidades funcionales de Girardot y Zipaquirá.

CONTRATACION BOGOTA.	PRIMER SEMESTRE 2017
SUBSIDIADO	\$39.858.758.480
CONTRIBUTIVO	\$655.000.000
VINCULADOS	\$0

OTROS SERVICIOS	\$107.452.000
PIC	\$0
TOTAL CONTRATADO	\$40.621.210.480

En este orden de ideas se concluye que en el primer semestre de 2017, se ha mantenido la tendencia de contratación mayoritaria en el HUS Bogotá, debido al nivel y a la habilitación de especialidades de mayor complejidad que permite que se realice un manejo integral en la atención a los pacientes, de acuerdo al análisis de la tabla en la que se registra el valor total contratado en el año 2016 y al cruzarlo con el primer semestre de 2017, se evidencia que acorte junio se ha alcanzado el 83.9%

CONTRATACION ZIPAQUIRA	AÑO 2015	AÑO 2016
SUBSIDIADO	\$4.325.450.000	\$6.949.553.226
CONTRIBUTIVO	\$3.652.000.000	\$3.799.424.844
VINCULADOS	\$480.000.000	\$564.968.199
OTROS SERVICIOS	\$532.600.000	\$479.334.893
PIC	\$ 390 654.000	\$417.807.540
TOTAL CONTRATADO	\$9.380.704.000	\$11.731.753.809

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2015-2016 y primer trimestre 2017

La contratación para la unidad funcional de Zipaquirá con sus puestos y centros de salud presento un aumento del 80 % para el 2016 frente al 2015, principalmente en el subsidiado con un porcentaje de incremento del 62%, seguido de vinculados con un aumento del 85% y el PIC presento un incremento del 94%, el contributivo para los dos periodos analizados se mantuvo.

CONTRATACION ZIPAQUIRA.	PRIMER SEMESTRE 2017
SUBSIDIADO	\$15.410.785.480
CONTRIBUTIVO	\$425.000.000
VINCULADOS	\$0
OTROS SERVICIOS	\$50.000.000

PIC	354.840.000
TOTAL CONTRATADO	\$16.240.625.480

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2015-2016 y primer trimestre 2017

Para el primer semestre de 2017 en la Unidad Funcional de Zipaquirá se refleja un aumento del 45% en la contratación del régimen subsidiado; el régimen contributivo presenta una disminución en la contratación la cual está afectada por las variables externas de aseguramiento debido a que la EPS aliensalud con la cual se tenía contrato en el 2016, para la vigencia 2017 cedió los usuarios a otras EPS, otra EPS como Sanitas que se tenía contrato no contrato para vigencia 2017 Por red de servicios. Por otra parte se realizó la contratación del PIC de Zipaquirá y Cagua el PIC departamental

Para el año 2017, se proyectó un portafolio que permita mejorar la contratación y la venta de servicios con el régimen Subsidiado, encontrando que en el primer semestre de esta vigencia, se evidencia un porcentaje de crecimiento en la contratación que permitirá cumplir la meta proyectada. Así mismo teniendo en cuenta la entrada de la nueva EPS MEDIMAS, se proyecta hacer oferta del portafolio y contratación de servicios de alto nivel de complejidad y fortalecer la contratación de mediana complejidad con la unidad funcional de Zipaquirá y sus puestos de salud.

1.2 FACTURACIÓN

El proceso de facturación está compuesto por 4 procedimientos los cuales son: Admisiones, Autorizaciones, Facturación y Radicación, dentro de los anteriormente mencionados se evidencian oportunidades de mejora, los cuales se han implementado con el fin de disminuir los riesgos como subfacturación, dentro del seguimiento se han identificados las siguientes oportunidades.

Ingresos abiertos: el riesgo la subfacturación, el cual como da consecuencia, la información no puntual y confiable en los informes de gestión y el cobro tardío de servicios prestados por el hospital.

Plan de mejora: se organizó al equipo de facturación de tal manera que cada uno de los facturadores tuviera responsabilidades puntuales que permitieran realizar un seguimiento puntual, esta gestión se realizó entregando a cada uno la responsabilidad por camas, esto permite realizar el seguimiento a través del sistema de información del hospital DGH, donde se identifica los ingresos pendientes por cerrar. Con esta información extraída del sistema DGH se reporta vía correo electrónico donde se le informa a cada uno de los responsables sobre los pendientes, además de lo anterior se han creado actas de compromisos con los responsables del proceso.

Urgencias: el riesgo error en la identificación del paciente, situación donde al momento de la admisión había un registro erróneo en el sistema con la información del paciente, por lo cual se debió realizar reuniones con las áreas implicadas como estadística, donde se realizaron conciliaciones a través de reportes y determinar la fuente del error, una vez realizado esto, se realizaron capacitaciones relacionadas con el autocontrol y autogestión, con el fin de disminuir la probabilidad de error en el registro de la información.

Autorizaciones: El riesgo está relacionado con la necesidad de realizar un reporte y seguimiento pertinente a la solicitud de autorización de procedimientos a las diferentes ERP.

Plan de mejora: Se realizaron reuniones involucrando a las áreas responsables, para este caso autorizaciones y trabajo social, donde se establecieron compromisos y se asignaron tareas, esto con el fin de determinar el factor que incidía en la demora de la identificación del asegurador del paciente, se mejoraron aspectos relacionados con la comunicación entre áreas y la asignación de tareas para la obtención de la autorización.

Radicación: el área de radicación ha presentado problemas especialmente con las EPS, para el caso con la mayoría de las que se presentan problemas, estos están relacionados con la validación y soporte de los archivos RIPS según Res 3374/00, para este caso la más relevante es la EPS Convida, de lo cual se obtiene como consecuencia la no radicación, para la situación anterior se han realizado reuniones de visita con las EPS involucradas, esto con el fin de identificar las oportunidades de mejora y mejorar procesos, estableciendo compromisos relacionados con la validación y fechas de radicación oportunas, ajustando fechas con mutuo acuerdo para lograr el cumplimiento de este indicador.

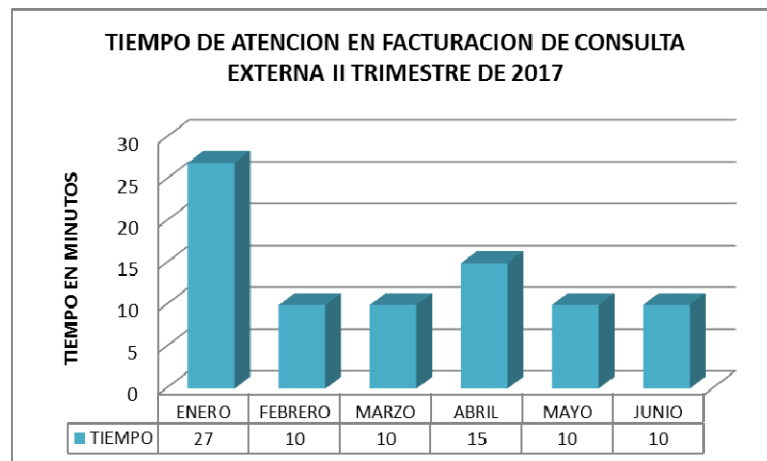
Además de lo anterior, se evidencia que las autorizaciones generadas por la EPS Convida se están falsificando por parte de los usuarios, lo que generó que, al momento de radicar ante la EPS, se produjera un error en el sistema y no se lograra la recepción de la facturación por esta circunstancia.

Con el pagador FOSYGA, existe ausencia de personal capacitado para la validación de los archivos FURIPS, por lo cual, la radicación de la cuenta ha presentado retrasos ante la entidad responsable, basado en lo anterior, se da la capacitación a los funcionarios de RIPS de las sedes de Bogotá y Zipaquirá en la normatividad resolución 1915/08, el anexo técnico para validación.

Para el seguimiento de los procesos se implementó un reporte en el sistema de información del hospital, el cual se utiliza para el cruce con el área de cartera y contabilidad y así garantizar la calidad de la información y aplicar la gestión pertinente ante el proceso que se evidencie alguna oportunidad de mejora.

Anulaciones: con el fin de llevar el control, registro oportuno y pertinente de la información, se implementó un correo de anulaciones donde se registra la información de los causales. Para la autorización y ejecución de la anulación se designa el líder de facturación.

INDICADOR: Tiempo de Facturación Consulta Externa



El seguimiento de este indicador se realiza desde el momento en que el paciente solicita la el turno, este es entregado de manera digital, una vez el turno es solicitado el sistema lo asigna por orden de llegada a el área de facturación, donde al momento que el paciente se acerque se da inicio de la atención en el sistema.

Basado en el procedimiento anteriormente mencionado se procede a través de reporte generado a extraer la información, la cual se realiza a través de DGH, los resultados de esta información se reflejan en la gráfica anterior.

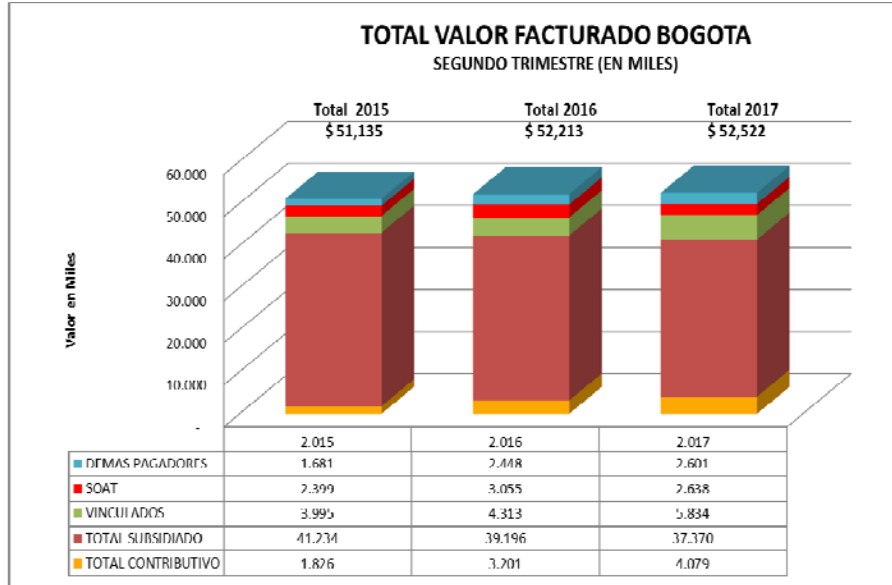
De lo cual se evidencia que el promedio de atención a pacientes esta en 13 minutos, lo cual se considera como positivo, ya que los rangos establecidos están entre 15 y 30 minutos.

Facturación Bogotá

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2015		2016		2017	
	TOTAL 2015	PART %	TOTAL 2016	% PART	TOTAL 2017	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	291.742.506	0,6%	330.778.239	0,6%	313.727.088	0,6%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	1.430.477.658	2,8%	1.361.582.525	2,6%	2.239.964.866	4,3%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	3.929.647.257	7,7%	3.890.637.104	7,5%	3.662.787.481	7,0%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	5.924.764.896	11,6%	7.080.236.268	13,6%	7.302.238.296	13,9%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	1.657.650.545	3,2%	1.651.728.018	3,2%	2.756.223.022	5,2%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	891.368.350	1,7%	1.036.793.980	2,0%	1.370.610.615	2,6%
HOSPITALIZACION -RECIE NACIDOS (10)	1.633.244.400	3,2%	1.847.297.594	3,5%	1.681.271.641	3,2%
QUIROFANOS	6.567.754.177	12,8%	6.885.809.701	13,2%	6.900.829.382	13,1%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	4.285.851.302	8,4%	4.431.134.257	8,5%	3.823.611.324	7,3%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	4.047.274.193	7,9%	4.805.779.039	9,2%	5.209.249.435	9,9%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	306.942.309	0,6%	298.803.327	0,6%	390.667.145	0,7%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	2.627.167.610	5,1%	2.385.762.586	4,6%	2.272.839.496	4,3%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	844.779.524	1,7%	970.535.630	1,9%	977.016.498	1,9%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	877.520.124	1,7%	1.165.842.593	2,2%	1.177.362.666	2,2%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	100.300.024	0,2%	132.168.219	0,3%	173.338.957	0,3%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	14.671.948.979	28,7%	13.053.951.421	25,0%	11.313.758.798	21,5%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	58.602.740	0,1%	84.425.152	0,2%	92.714.712	0,2%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	537.433.406	1,1%	108.758.789	0,2%	734.665.283	1,4%
FACTURACION MODULO (CTA 43)	50.707.605.400	99,2%	51.782.746.571	99,2%	52.522.245.200	100,0%

Para la sede de Bogotá en la vigencia 2017 durante el segundo trimestre se evidencia un aumento del 1.4% con respecto al año anterior el cual está representado en \$ 739 millones, de esto se evidencia un aumento en centros de costo como: Hospitalización Cuidados Intensivos \$ 1.104 millones, Apoyo Diagnostico e imagenología \$ 403 millones, Urgencias Observación \$ 878 millones, Servicio por Docencia \$ 625 millones. Los servicios que tendieron a la baja fueron Farmacia – Insumos \$ - 1.740 millones, Laboratorio \$ - 607 millones.

Las ventas totales para el segundo trimestre de la vigencia 2017 fueron \$ 52.522 millones, y el promedio mensual quedo en \$ 8.753 millones.



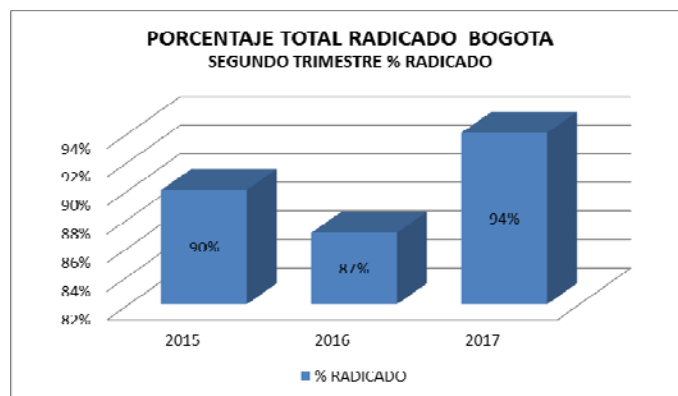
Al realizar un análisis por régimen se evidencia que en el régimen contributivo se presentó un aumento en las ventas por \$ 878 millones, este régimen la EPS más representativa es Famisanar EPS con la que se tiene contrato, seguida de Sanitas y Nueva EPS, dentro de otras contributivas encontramos EPS como Compensar, Cafesalud, Convida, Comparta para esta vigencia aparecen algunas EPS del régimen subsidiado debido a la movilidad del decreto 3047.

En el régimen subsidiado la facturación tiende a disminuir, a pesar de presentarse un aumento en las tarifas por el salario mínimo, en el periodo anterior aun refleja ventas a la EPS liquidada Caprecom.

En el régimen subsidiado las EPS que representaron aumento en las ventas fueron Comparta EPS con la cual se evidencia un aumento de \$ 1.208 millones con respecto a la vigencia anterior. Sin embargo, con la EPS Convida, principal cliente, las ventas tendieron a la baja, ya que se están restringiendo la referencia de pacientes para la IPS, debido a políticas de contratación que tiene la EPS.

Para vinculados se presenta un aumento significativo con respecto a la vigencia anterior, secretaria de Cundinamarca \$ 955 millones, otros entes territoriales \$ 566 millones esto debido a que la población no está siendo asegurada o por servicios correspondientes a No POS.

Radicación



La radicación para la sede Bogotá se encuentra en 94%, para esta vigencia se encuentran problemas de radicación con la EPS Convida, con la cual debido a situaciones de la página de prevalidación, ya que en ocasiones no está disponible o en mantenimiento, lo cual demora el proceso de validación de RIPS, al momento de dirigirse a la EPS el sistema donde se validan los archivos prevalidados se demora, tiempo que en ocasiones puede tardar hasta una semana el funcionario radicando.

Además de los fraudes realizados en las autorizaciones, retrasan el proceso de validación en la EPS. Para el caso de Fosyga faltaba la capacitación con la malla validadora, lo cual generó que se retrasara la radicación, para la fecha ya se realizaron las capacitaciones relacionadas con esta necesidad.

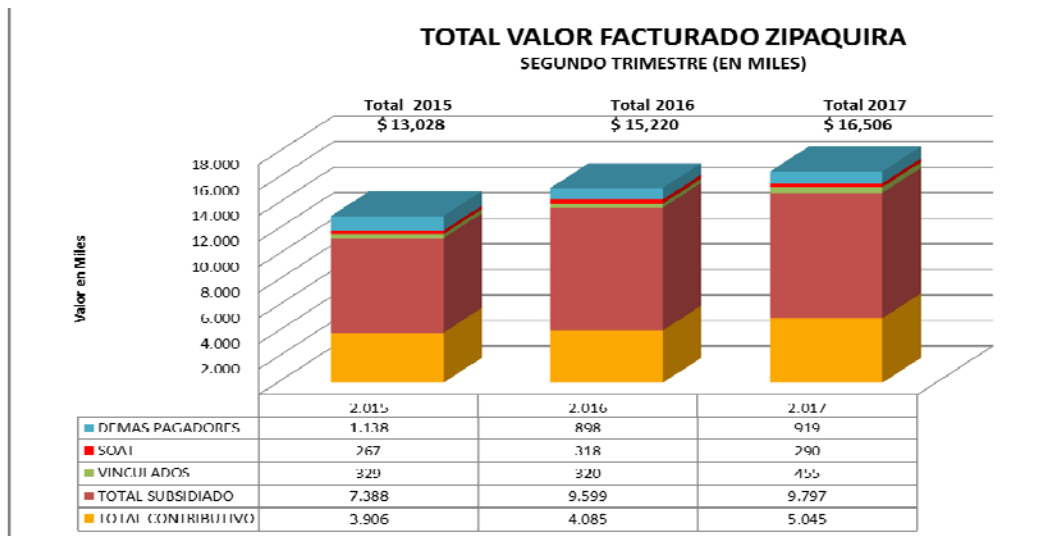
Zipaquirá

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS DETALLE	2015		2016		2017	
	TOTAL	% PART	TOTAL	% PART	TOTAL	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	1.010.661.730	8%	956.516.543	6,3%	1.184.753.276	7,2%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	697.729.710	5%	675.958.174	4,4%	530.097.295	3,2%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	597.396.410	5%	954.378.819	6,3%	694.546.018	4,2%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	1.174.146.209	9%	1.545.659.780	10,2%	2.201.052.195	13,3%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	263.642.800	2%	317.852.500	2,1%	284.344.454	1,7%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	1.793.850.928	14%	1.765.845.301	11,6%	2.266.035.994	13,7%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	113.547.100	1%	137.456.500	0,9%	200.723.560	1,2%
QUIROFANOS	2.261.239.402	17%	2.638.369.699	17,3%	2.401.251.286	14,5%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	1.592.369.565	12%	1.916.250.341	12,6%	2.215.849.549	13,4%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	891.997.593	7%	1.025.479.994	6,7%	1.125.319.806	6,8%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	100.683.802	1%	170.052.500	1,1%	137.543.870	0,8%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	416.582.610	3%	881.619.135	5,8%	904.385.584	5,5%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	195.378.670	1%	215.540.660	1,4%	242.375.191	1,5%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	79.256.500	1%	98.528.842	0,6%	122.173.064	0,7%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	2.844.977	0%	672.519	0,0%	794.270	0,0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	1.205.580.378	9%	914.647.810	6,0%	754.056.788	4,6%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	21.723.122	0%	10.921.700	0,1%	26.754.878	0,2%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVEN (6)	313.306.600	2%	418.104.600	2,7%	607.009.288	3,7%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	82.379.771	1%	170.806.359	1,1%	207.038.615	1,3%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	139.144.720	1%	150.577.200	1,0%	147.500.100	0,9%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	75.300.921	1%	227.781.775	1,5%	446.148.706	2,7%
Facturación Modulo (43)	13.028.763.519	100%	15.193.020.752	99,8%	16.506.326.909	100,0%

En la sede de Zipaquirá se evidencia un aumento de la facturación con respecto a la vigencia del año anterior en un 9% el cual está representado en \$ 1.313 millones, los cuales al momento de evidenciar por centros de costo se encuentra que hubo servicios que son significativos en este aumento de ventas, para el caso, se puede observar que el servicio de urgencias y procedimientos aumento en \$ 228 millones, en el área ambulatoria por consulta especializada se dio un aumento de \$ 655 millones, los servicios de P y P registran un aumento de \$ 188 millones,

de los cuales se deriva la contratación con la EPS Convida, que se contrató un valor superior por la UPC en esta vigencia.

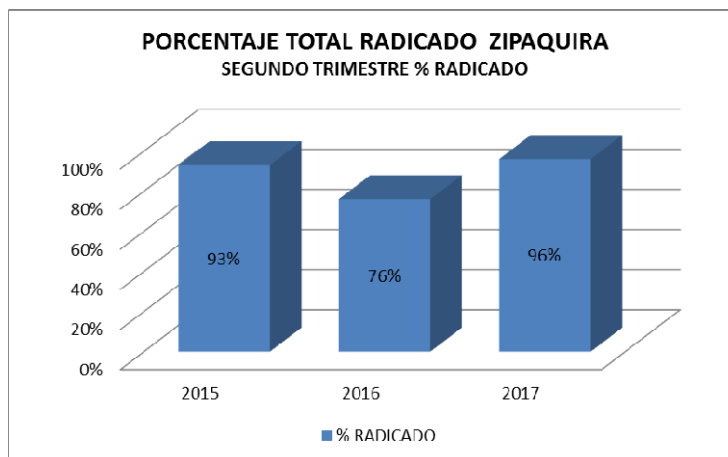
Las ventas en la sede de Zipaquirá para el primer trimestre se cierran en \$ 7.657 millones, dando un promedio de ventas de 2.552 millones, en el último mes de ventas se facturaron un total de \$ 2.669 millones, este aumento se presentó debido a la capacidad instalada consistente en horas de recurso humano de especialistas de: Cardiología, Neurología en consulta externa y procedimientos, Dermatología – Procedimiento, Ortopedia, Pediatría, Medicina interna, Oftalmología, Gastroenterología – procedimientos, Cirugía Vascular – procedimientos, Adicionalmente se inició el programa Madre canguro del cual se llevan facturados al mes de Junio 59 paquetes por valor de \$ 2.100.000.



Al hacer un análisis por régimen se evidencia las siguientes situaciones:

- 1- En el régimen contributivo no se presentan disminución en las ventas, por el contrario, empresas como Famisanar con quien se tiene contrato aumentan sus ventas, a esta EPS se le facturaron \$ 1.655 millones, entre EPS contributivas cabe resaltar las ventas con Nueva EPS, Coomeva y demás contributivas ya que el aumento total se da en un 23%, por el cual se facturaron en este régimen \$ 959 millones más que en la vigencia anterior.
- 2- En el régimen subsidiado, La EPS con mayor representación es Convida evento ya que tiene una participación del 44,9 % sobre el total de las ventas, igualmente se presenta en otras EPS subsidiadas como Cafesalud, Comparta.
- 3- En los vinculados se da un aumento de \$ 119 millones en la secretaria de salud de Cundinamarca, en demás pagadores como IPS privadas, ARL y demás, las ventas dan un aumento de \$ 241 millones. Para el caso de aseguradoras SOAT y Fosyga – ECAT, se evidencia una disminución en las ventas de -50% con respecto al año pasado.

Radicación



Con respecto a la radicación oportuna, el indicador se extrae de la sumatoria entre lo radicado de la facturación de enero a mayo, sobre las ventas de estos mismos meses, ya que el mes de junio se radica en el mes de julio y por consiguiente no hace parte de la gestión del segundo trimestre.

Para esta vigencia se evidencia un aumento de dos puntos porcentuales con respecto a la vigencia anterior, a pesar del aumento en la radicación, se evidencia situaciones derivadas en dificultades en la radicación, principalmente en pagadores como Convida, EPS con la que se han presentado dificultades de tipo técnico y operativo ya que el sistema a través del cual se valida presenta fallas en la página, lo que demora la pre validación y al momento de entregar las cuentas en la EPS el sistema presenta demoras, dando como resultado que un funcionario del hospital llegue a estar hasta una semana completa y no logre el total de la radicación, la cual debe esperar para el mes siguiente.

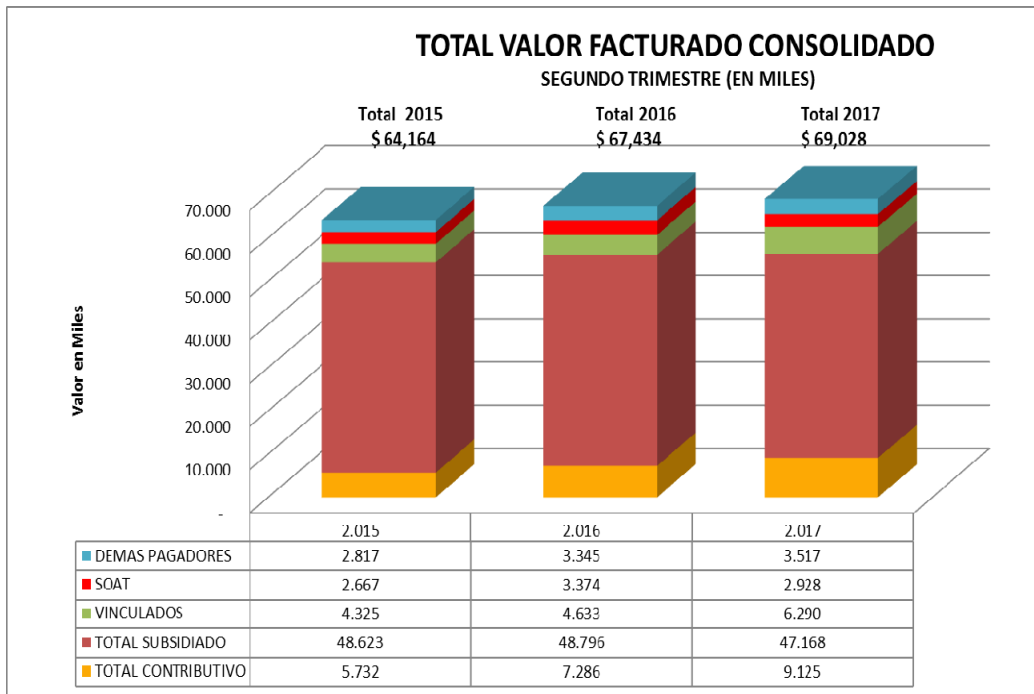
Consolidado

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2015		2016		2017	
	TOTAL 2015	% PART	TOTAL 2016	% PART	TOTAL 2017	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	1.302.404.236	2,0%	1.287.294.782	1,9%	1.498.480.364	2,2%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	2.128.207.368	3,3%	2.037.540.699	3,0%	2.770.062.161	4,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	609.649.610	1,0%	954.378.819	1,4%	787.064.361	1,1%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	5.103.793.466	8,0%	5.436.296.884	8,1%	5.863.839.676	8,5%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	263.642.800	0,4%	317.852.500	0,5%	284.344.454	0,4%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	7.718.615.824	12,0%	8.846.081.569	13,1%	9.568.274.290	13,9%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	1.657.650.545	2,6%	1.651.728.018	2,4%	2.756.223.022	4,0%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	891.368.350	1,4%	1.036.793.980	1,5%	1.370.610.615	2,0%
HOSPITALIZACION -RECIEEN NACIDOS (10)	1.746.791.500	2,7%	1.984.754.094	2,9%	1.881.995.200	2,7%
QUIROFANOS	8.828.993.579	13,8%	9.524.179.400	14,1%	9.302.080.668	13,5%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	5.878.220.867	9,2%	6.347.384.598	9,4%	6.039.460.873	8,7%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	4.939.271.786	7,7%	5.831.259.033	8,6%	6.334.569.241	9,2%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	407.626.111	0,6%	468.855.827	0,7%	528.211.015	0,8%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	3.043.750.220	4,7%	3.267.381.721	4,8%	3.177.225.080	4,6%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.040.158.194	1,6%	1.186.076.290	1,8%	1.219.391.689	1,8%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	956.776.624	1,5%	1.264.371.435	1,9%	1.299.535.730	1,9%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	103.145.001	0,2%	132.840.738	0,2%	174.133.227	0,3%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	15.877.529.357	24,7%	13.968.599.231	20,7%	12.067.815.585	17,5%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	80.325.862	0,1%	95.346.852	0,1%	119.469.590	0,2%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC	313.306.600	0,5%	418.104.600	0,6%	607.089.788	0,9%

(6)						
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	150.024.920	0,2%	153.479.600	0,2%	148.493.300	0,2%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	82.379.771	0,1%	170.806.359	0,3%	207.038.615	0,3%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	537.433.406	0,8%	108.758.789	0,2%	541.238.405	0,8%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	75.302.921	0,1%	485.601.505	0,7%	481.925.159	0,7%
TOTAL (cuenta 43)	63.736.368.919	99,3%	66.975.767.323	99,3%	69.028.572.108	100,0%

Para la vigencia 2017 el total de las ventas en el segundo trimestre fueron \$ 69.028 millones, dentro de las ventas los principales servicios que registran participación en las ventas son Farmacia e insumos \$ 12.067 millones, Quirófanos 9.302 millones, Estancia General 9.568 millones.

El promedio de ventas para el 2017 está en \$ 11.504 millones mensuales, siendo las ventas del último mes, en este caso junio \$ 12.507 millones. El aumento en las ventas con respecto a la vigencia anterior se da en \$ 2.052 millones, lo que equivale a un 3% más que la vigencia 2016.

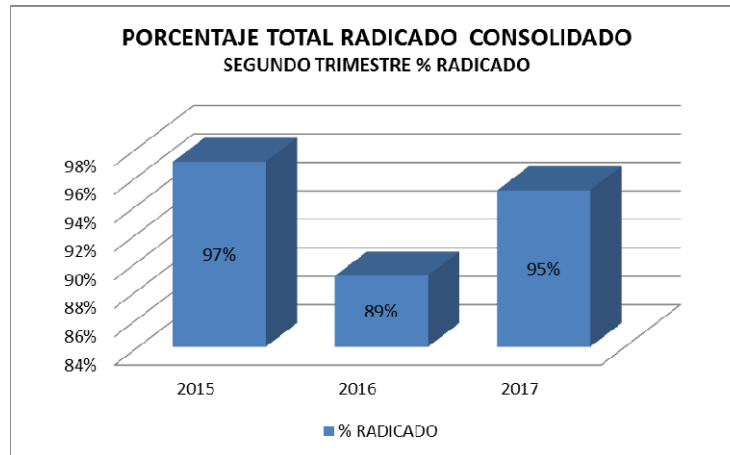


Al realizar la validación por régimen se mantiene que el principal pagador del contributivo es Famisanar EPS que a la fecha ha facturado \$ 2.772 millones, de otras contributivas como compensar, Nueva EPS, Cafesalud, Convida se ha facturado un total de \$ 6.352 millones.

Para el régimen subsidiado se evidencia que la EPS con mayor participación es Convida con un 44,5 % sobre el total de las ventas, seguido de Comparta 5,3% y otras del subsidiado con 14%. En el capitado se facturan un total de \$ 2,054 millones, los cuales no están en su totalidad certificados, ya que la población certificada esta inferior a la facturada.

En el régimen vinculado, se evidencia un aumento de \$ 1.657 millones con respecto a la vigencia anterior, se evidencia una disminución de \$ -543 millones en el pagador Fosyga - ECAT.

Radicación consolidada



El proceso de radicación para el segundo trimestre de la vigencia 2017, se cierra con un total de 95% este valor se calcula de la siguiente manera: se divide el total radicado de los meses de enero a mayo, sobre el total facturado de los meses de enero a mayo, para lo cual la fórmula sería así: \$ 53.561 millones / \$ 56.520 millones = 95%, en esta situación se excluye la facturación del mes de junio ya que esta facturación se radica en el mes julio, como ya se había expuesto en situaciones anteriores el valor porcentual de la radicación se ve afectado debido a fallas técnicas con la EPS Convida principal pagador del hospital y el Fosyga, por lo cual el valor quedó pendiente para el mes siguiente.

Matriz de Riesgos

Riesgo: Ausencia de autorización de los servicios prestados.

Descripción Del Control: El líder del proceso trimestralmente realizara reunión de seguimiento con los líderes del proceso donde se esté evidenciando la mayor cantidad de glosa reportada por las EAPBS, dichas reuniones se soportaran con las correspondientes actas según formato de planeación.

Dicho Riesgo no ha sido calificado por parte del área correspondiente.

Plan único de mejora por procesos

Descripción de la observación, hallazgo y/o no conformidad:

Identificación inadecuada del paciente.

Descripción de la acción de mejora:

Socialización de los errores encontrados en el ingreso del paciente.

Actividades Específicas de Mejoramiento:

Socialización y retroalimentación de las inconsistencias encontradas en el registro del ingreso del paciente.

**Dicho Hallazgo no ha sido evaluado por auditoria interna*

Descripción de la observación, hallazgo y/o no conformidad:

Que se genere subfacturación o sobrefacturación.

Descripción de la acción de mejora:

Socialización de los hallazgos encontrados en las auditorías internas en el área de cuentas médicas.

Actividades Específicas de Mejoramiento:

Auditorías a facturación y socialización de los hallazgos encontrados a los funcionarios de facturación.

-Documentar procedimiento de facturación en el cual se contemple que se debe realizar cuando se presente la subfacturación o sobrefacturación.

-Socializar procedimiento de facturación.

-Realizar seguimiento al indicador de errores de facturación.

**Dicho Hallazgo no ha sido evaluado por auditoria interna*

Descripción de la observación, hallazgo y/o no conformidad:

Literal d: No se asegura que los procedimientos que se encuentran documentados los conozcan todos los colaboradores del proceso.

Se realiza seguimiento al procedimiento 02AD03 - V1 "ADMISIÓN ADMINISTRATIVA DE PACIENTE" el cual no conocen los colaboradores que realizan esta actividad.

Descripción de la acción de mejora:

Documentar los procedimientos del área de facturación y recaudo.

Actividades Específicas de Mejoramiento:

Documentar, publicar y socializar los procedimientos correspondientes.

**Dicho Hallazgo no ha sido evaluado por auditoria interna (HSEQ)*

Descripción de la observación, hallazgo y/o no conformidad:

Inadecuado seguimiento a los Indicadores de Oportunidad en Consulta Ambulatoria, Urgencias y Hospitalización.

Descripción de la acción de mejora:

-Control indicador de oportunidad en servicios específicos.

-Socialización de tiempos de egreso desde facturación.

Actividades Específicas de Mejoramiento:

-Seguimiento a los indicadores de oportunidad en la facturación por cada servicio

-

Medir indicador de egreso desde que él se hace la evolución con orden de salida hasta que el paciente se va. Analizar el resultado del primer trimestre 2016, presentarlo en el comité directivo ampliado de mayo de 2016.

**Dicho Hallazgo corresponde a ACREDITACION*

1.3 OBJECIONES Y GLOSAS

El presente informe tiene como fin presentar las acciones realizadas por el área de Gestión de Objeciones en relación a la recepción, contestación, aceptación y conciliación de las glosas y devoluciones interpuestas por las diferentes ERP a las que se les prestan servicios de salud de los regímenes Subsidiado, Contributivo, Soat y demás pagadores del SGSSS a corte Junio de las vigencias 2015-2016 y 2017.

Desde la vigencia 2016 en el área de gestión de Objeciones se implementó el manejo de indicadores tendientes a tener detallada la gestión de cada uno de los funcionarios del área, la glosa reportada por cada una de las entidades y los motivos según la resolución 3047/08 lo cual permite lograr de manera más fácil y eficiente las metas propuestas tanto del PAS, PUMP y de los diversos controles de gestión financiera trabajando de forma articulada con cada una de las áreas involucradas en el proceso para de esta manera lograr la retroalimentación correspondiente que permita lograr facturación de alta calidad y prestación de servicios con una adecuada relación costo-efectividad, así mismo como un recaudo de cartera que permita la autosostenibilidad financiera el cual se convierte en el eje principal para la dirección financiera.

Algunos de los controles implementados son:

-Control de la aceptación de la glosa, lo que permitió mantener valores similares de aceptación de glosa con respecto al año anterior teniendo en cuenta que en la vigencia 2017 con respecto al 2016 se realizaron un mayor número de conciliaciones médico-administrativas con cada una de las entidades a las cuales se les prestan servicios de salud.

-Control de los motivos de glosa por unidad funcional y por cada uno de los motivos mencionados en la resolución 3047/2008 (informe detallado Bogotá- Zipaquirá)

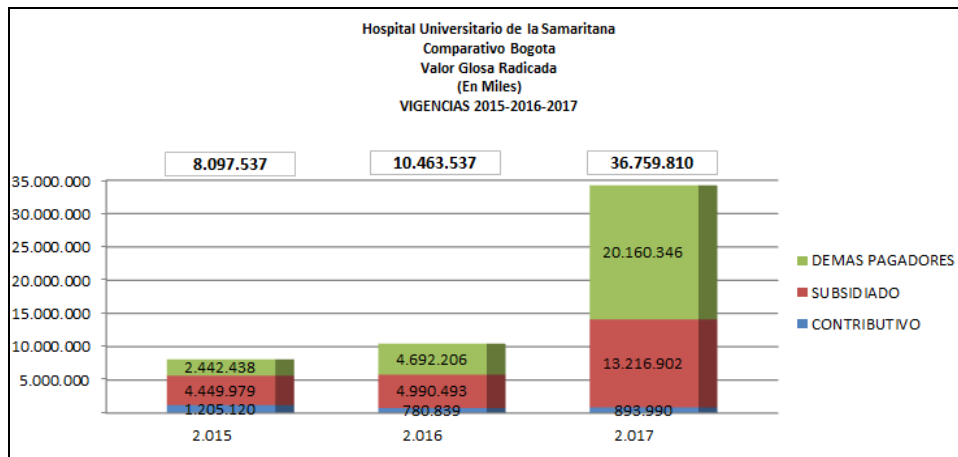
-Control de productividad de los funcionarios del área lo que permitió evidenciar puntos críticos y establecimiento de planes de mejora tendientes a lograr la mayor efectividad y eficiencia en el proceso.

Sumado a lo anterior se realizó la actualización correspondiente al procedimiento de recepción, contestación y cobro jurídico de Glosas y Devoluciones lo que garantiza que los documentos publicados en la Intranet de la institución están acorde al proceso actual.

En el presente informe se muestra un comparativo de las glosas Radicadas, Aceptadas y en trámite de los años 2015-2016-2017 lo que permite evaluar de manera clara la evolución del proceso y la efectividad de los controles implementados adicional al tener detallado de manera clara cada uno de los etapas en las que se encuentra la factura bien sea Glosa Inicial, Ratificación o Cobro jurídico, lo que conlleva a una trazabilidad acorde al nivel de la institución.

Objeciones y Glosas Bogotá

VALOR RADICADA	GLOSA	2.015	2.016	2.017 (II Semestre)		
	ACUMULADO		ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO		1.205.119.645	780.838.707	893.990.012	113.151.305	14%
TOTAL SUBSIDIADO		4.449.979.216	4.990.492.503	13.216.902.442	8.226.409.939	165%
DEMÁS PAGADORES		2.442.438.468	4.692.206.216	20.160.345.676	15.468.139.460	330%
GRAN TOTAL		8.097.537.329	10.463.537.426	36.759.810.074	26.296.272.648	251%

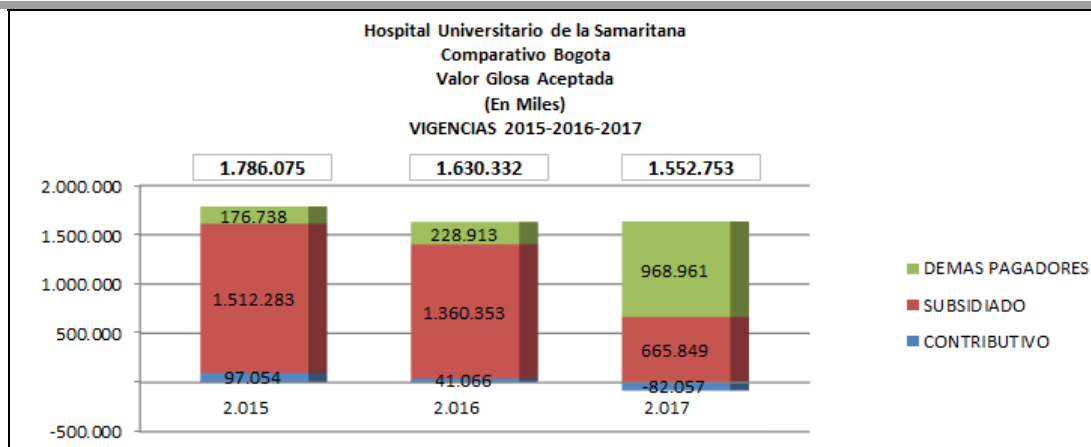


El valor de glosa radicada en la sede de Bogotá presentó un aumento del 14% en el régimen contributivo por entidades como Famisanar y Salud total las cuales radicaron mayor cantidad de glosa que el mismo periodo del año anterior, en el caso de Famisanar se debe a un mayor reporte con respecto al mismo periodo del año anterior, en cuanto a Salud Total se debe a que en el periodo del año anterior no se había reportado glosa y en periodo del 2017 reportaron \$47 millones lo que comparado con el periodo anterior y el reporte de Un Millón Cuatrocientos mil pesos da un aumento del % glosado en la vigencia actual.

En el régimen subsidiado el aumento del mismo en la glosa reportada se da en su mayoría por la entidad Convida ya que debido al cambio de outsourcing auditor se presentaba un atraso de la auditoría de los meses de Marzo a Diciembre del 2016 la cual se reportó al HUS en los meses de Enero, Febrero, Marzo y abril, igualmente Capresoca aumento su reporte de glosa con respecto al mismo periodo del año anterior (en el mes de abril se reportaron \$662 millones), así mismo la entidad Capital Salud reportó \$311 millones en el mes de Junio comparado con el periodo anterior, cabe aclarar que con la entidad Convida ya se realizaron los trámites de conciliación respectivos de la glosa notificada y con Capital se están realizando las correspondientes labores de conciliación para de esta forma recuperar el dinero por los servicios prestados.

En cuanto a los demás pagadores el valor reportado aumento teniendo en cuenta que el ingreso de las facturas correspondientes a las subcuentas contables de Ratificación, cobro Jurídico y Conciliaciones se realiza en el ítem de los demás pagadores y solo en el tema de las conciliaciones con respecto al mismo periodo del año pasado se presentó un aumento del valor de \$15 mil millones de glosa conciliada, adicionalmente a lo anterior en el cuadro detalle no se refleja el valor de glosa reportada por la SSC el cual asciende a \$ 2.448.571.944 comparado con el mismo periodo del año anterior periodo en el cual no se reportó glosa por dicha entidad, así mismo dicho valor ya se encuentra en proceso de conciliación entre el grupo de auditoria de la SSC y el equipo auditor del HUS.

VALOR ACEPTADA	GLOSA	2.015	2.016	2.017 (II Semestre)		
	ACUMULADO		ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO		97.054.309	41.066.217	-82.057.149	-123.123.366	-300%
TOTAL SUBSIDIADO		1.512.282.975	1.360.352.858	665.849.449	-694.503.409	-51%
DEMÁS PAGADORES		176.737.775	228.912.738	968.960.733	740.047.995	323%
GRAN TOTAL		1.786.075.059	1.630.331.813	1.552.753.033	-77.578.780	-5%



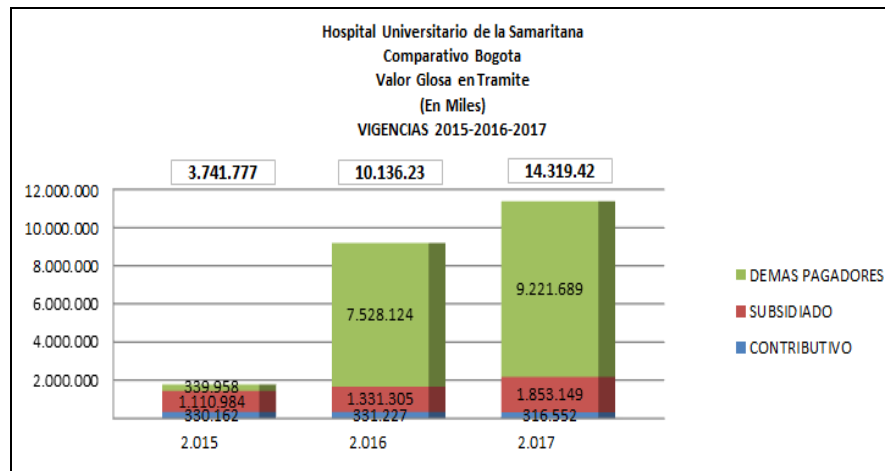
La disminución en la glosa aceptada del régimen contributivo en 300 % pasando de \$1 a -\$128 millones por conciliaciones con Nueva Eps debido a los valores enviados a cambio de línea de pago lo cual no corresponde a una pérdida para el HUS sino un cobro a un nuevo pagador, así mismo se presentó disminución en el valor aceptado en la entidad Famisanar la cual pasa de \$ 30 millones de aceptación a \$19 millones en el periodo actual.

En el régimen subsidiado se presentó una disminución de la glosa aceptada en 51% por entidades como Cafam ya que en el primer semestre del 2016 se realizaron cierres de varias conciliaciones por la salida de dicha empresa del mercado a comparación del primer semestre de 2017 en el cual no se realizaron conciliaciones con dicha entidad por el tema anteriormente mencionado, la entidad Ecoopsos presenta un aumento en el valor de glosa aceptada ya que en el primer semestre del 2017 se aceptaron \$53 millones a diferencia de los \$10 millones aceptados en el 2016.

En cuanto a la aceptación de los demás pagadores aumento por la conciliación realizada con la Secretaria Distrital de Salud con la que se conciliaron \$1.500 millones de los cuales se aceptaron \$453 millones los cuales son para cambio de línea de pago

En general aunque el valor de las conciliaciones aumento con respecto al 2016 el valor de la glosa aceptada disminuyo en 5% según los registros realizados en DGH aunque cabe aclarar que en el 3 trimestre del año se puede presentar un aumento con respecto al 2016 por el motivo inicialmente planteado.

GLOSA EN TRAMITE	2.015	2.016	2.017(II Semestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO	330.162.243	331.226.526	316.552.174	-14.674.352	-4%
TOTAL SUBSIDIADO	1.110.984.399	1.331.305.336	1.853.148.562	521.843.226	39%
DEMÁS PAGADORES	339.958.221	7.528.123.634	9.221.688.999	1.693.565.365	22%
GRAN TOTAL	3.741.776.779	10.136.234.495	14.319.426.439	4.183.191.944	41%



En cuanto al régimen contributivo el % de glosa en trámite disminuyo en 4% por entidades como Nueva EPS y Coomeva en las cuales el valor de glosa en trámite se redujo 32% y 73% respectivamente debido a la depuración de dichas cuentas junto con el área de cartera.

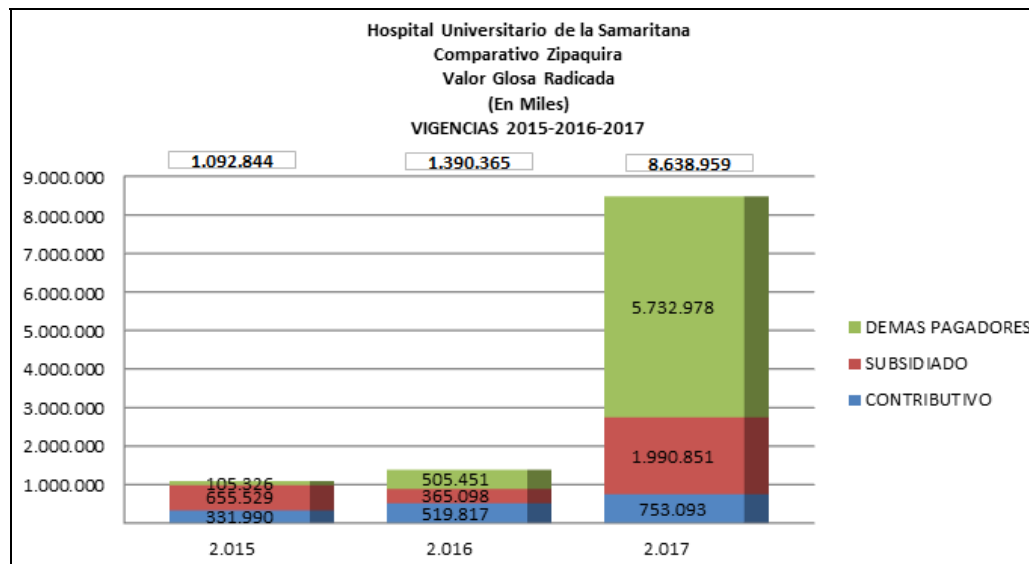
En el régimen Subsidiado se presenta un aumento en la glosa en trámite por entidades como Ecoopsos la cual paso de \$168 a \$226 millones teniendo en cuenta la curva de aprendizaje de la funcionaria designada para el trámite de esta y adicionalmente teniendo en cuenta que las labores principales se encaminaron a la reducción de glosa de Capital Salud, cabe aclarar que dichos datos son a corte 30 de junio y la glosa representativa de Ecoopsos se tramito los primeros días del mes de Julio, otra entidad representativa de la glosa en trámite es Capresoca la cual tienen en trámite \$334 millones teniendo en cuenta el aumento en la notificación de la glosa por parte de dicha entidad. .

En cuanto a los demás pagadores el valor aumenta con respecto al mismo periodo del año anterior por el ingreso de las cuentas para cobro jurídico lo cual queda reflejado en dicha cuenta para llevar adecuadamente el control de las glosas no pagadas por las EAPB'S y las cuales son enviadas al correspondiente tramite jurídico.

El valor no reflejado en los cuadros detalle pero que incide en el aumento del 41% de la glosa en trámite corresponde a la glosa en conciliación de la SSC la cual solo queda por definir los soportes de CTC (*La Secretaria argumenta que se le deben presentar los soportes de autorización por parte del comité de la Eps ante lo cual el HUS argumenta tener los envíos correspondientes de la solicitud de autorización de dichos servicios ante los cuales las EPS no dieron la respuesta correspondiente*) para cerrar dicha conciliación.

Objeciones y Glosas Zipaquirá

VALOR RADICADA	GLOSA	2.015	2.016	2.017(II Semestre)		
		ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO		331.989.684	519.816.761	753.092.646	233.275.885	45%
TOTAL SUBSIDIADO		655.528.783	365.097.528	1.990.850.710	1.625.753.182	445%
DEMÁS PAGADORES		105.326.002	505.451.109	5.732.978.495	5.227.527.386	1034%
GRAN TOTAL		1.092.844.469	1.390.365.398	8.638.959.075	7.248.593.677	521%



Para el régimen contributivo el aumento en 45% de la glosa radicada con respecto al mismo periodo de año anterior se debe al aumento del reporte de la glosa notificada por parte de Famisanar y Nueva Eps las cuales incrementaron en 78% y 47% respectivamente, lo anterior se debe en primera instancia al incremento de las ventas las cuales aumentaron en 17% y 43% respectivamente, el aumento en el reporte de glosas se debe también al reporte de glosa por medio de plataforma automática que tiene parametrizada la entidad lo cual aumenta la frecuencia de dicha notificación.

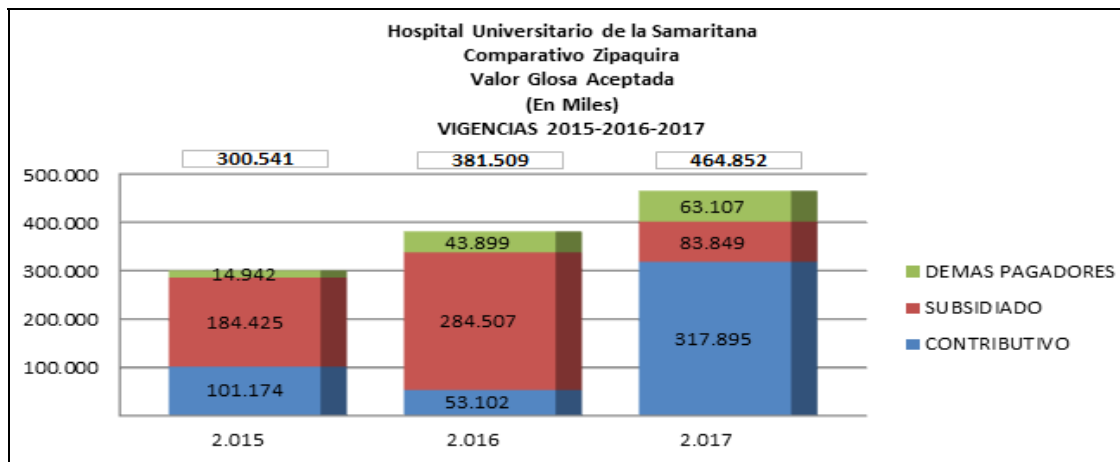
-El aumento del 699% en la glosa radicada por el régimen subsidiado con respecto al año anterior se debió a la entidad Convida la cual paso de Notificar \$230 millones en el 2016 a notificar \$1.845 millones en el mismo periodo del 2017 por el tema de la auditoria que tenían pendiente por el cambio de Outsourcing auditor, dicha glosa reportada

ya fue conciliada médica y administrativamente teniendo en cuenta la salida de la firma auditora y la licitación que se va a realizar para la escogencia de la firma que revise las cuentas para la EPS Convida.

-El aumento en la glosa radicada de los demás pagadores se debe al registro de las conciliaciones realizadas en la Subcuenta correspondiente (se ingresaron \$5.370 millones correspondiente a conciliaciones lo que registra el significativo aumento comparado con el año anterior) ya que en el mismo periodo del año anterior se había realizado menor número de conciliaciones (en relación al monto) en comparación con las conciliaciones en la vigencia 2017.

-La glosa inicial en la unidad Funcional de Zipaquirá en el primer semestre de 2016 fue de \$3.090 millones lo que comparado con la vigencia del 2016 presenta una diferencia mayor de \$1.700 millones los cuales corresponden a la notificación de glosa tardía realizada por la Eps Convida

VALOR GLOSA ACEPTADA	2.015	2.016	2.017(II Semestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO	101.173.955	53.101.927	317.895.387	264.793.460	499%
TOTAL SUBSIDIADO	184.425.043	284.507.307	83.849.211	-200.658.096	-71%
DEMÁS PAGADORES	14.941.795	43.899.445	63.107.434	19.207.989	44%
GRAN TOTAL	300.540.793	381.508.679	464.852.032	83.343.353	22%

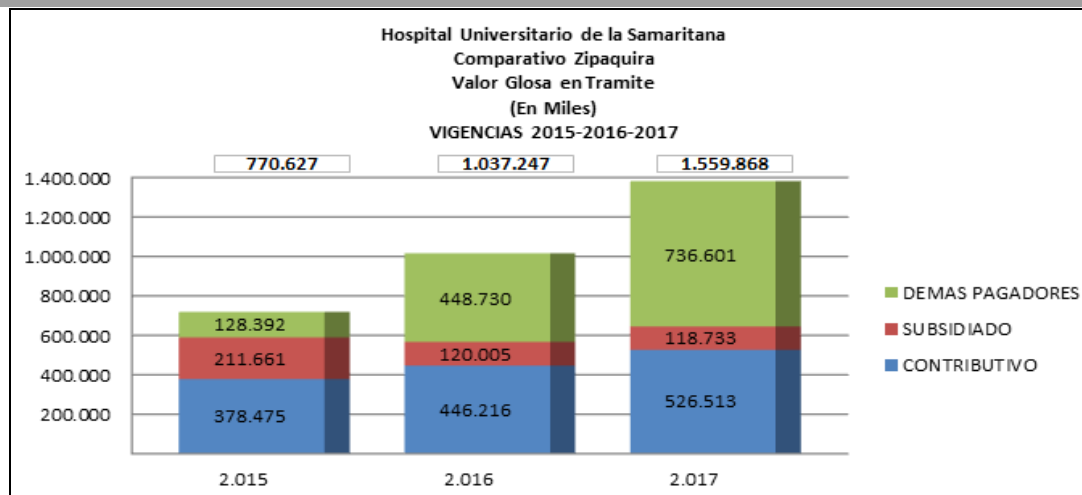


El aumento en la glosa aceptada del régimen contributivo es considerable pasando de \$53 a \$317 millones por conciliaciones con Nueva Eps ya que en el primer semestre de 2017 se concilió un valor considerable a comparación del mismo periodo del 2016 no se realizaron conciliaciones con dicha entidad, para reducir el valor de glosa aceptada en el régimen contributivo se estableció enviar a la unidad funcional de Zipaquirá los motivos de glosa detallados por las entidades y realizar los planes de mejora correspondientes con la jefe de facturación

En el régimen subsidiado se presentó una disminución del 71% en el valor de glosa aceptada ya que el valor representativo del 2016 correspondía a la Entidad Cafam con la cual se hicieron varias conciliaciones por su salida del régimen subsidiado y en el mismo periodo del 2017 no se realizaron conciliaciones por el motivo expuesto anteriormente.

En general se refleja un aumento en el valor aceptado del 22% con respecto al año anterior por el tema mencionado con Nueva Eps, ya se establecieron los planes de mejora correspondientes evidenciando los motivos de glosa más representativos de la sede Zipaquirá y así mismo se socializo a la UFZ para que se evalué la información dada y se establezcan los planes de acción tendientes a disminuir los posibles errores que se materialicen en glosa reportada por las entidades a las cuales se les prestan servicios de salud.

GLOSA EN TRAMITE	2.015	2.016	2.017(II Semestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO	378.474.729	446.215.515	526.512.992	80.297.477	18%
TOTAL SUBSIDIADO	211.661.063	120.004.805	118.732.599	-1.272.206	-1%
DEMÁS PAGADORES	128.391.972	448.729.888	736.601.296	287.871.408	64%
GRAN TOTAL	770.627.268	1.037.247.239	1.559.868.072	522.620.833	50%



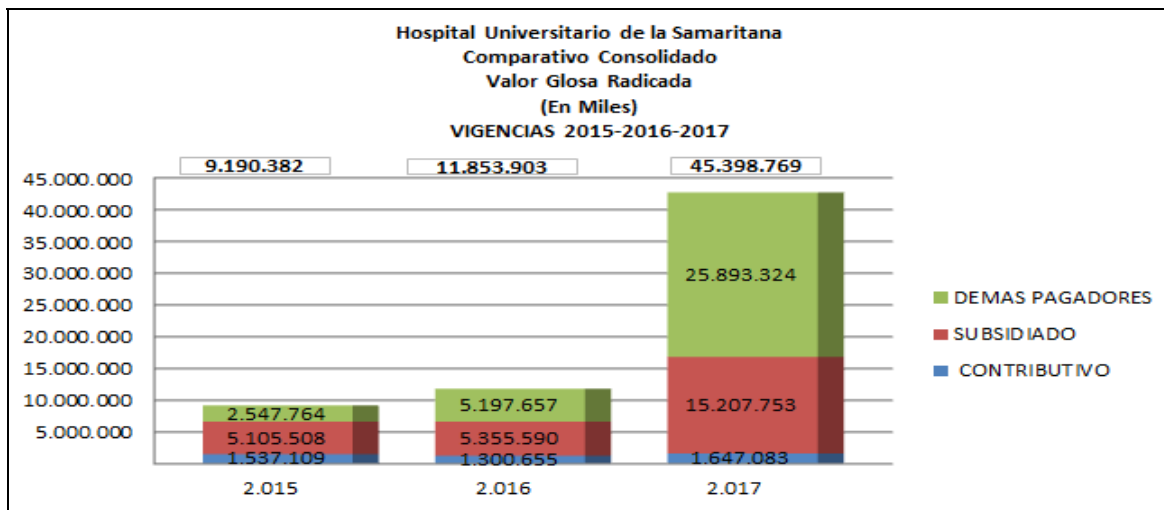
-El valor de glosa en trámite en el régimen Contributivo aumento en 18% por entidades como Nueva Eps al pasar de \$140 millones a \$245 millones por el aumento en la notificación de la glosa inicial, así mismo la entidad Famisanar la cual reportó mayor valor de glosa que el periodo anterior.

-El valor de glosa en el régimen subsidiado presenta una tendencia a la baja por entidades como Convida con la cual se realizó la respectiva contestación de las cuentas notificadas para posteriormente proceder a la conciliación y el reconocimiento de los servicios prestados a los afiliados de dicha entidad.

-En cuanto a los demás pagadores el valor de glosa en trámite aumento en 64% ya que en este ítem se registran las cuentas que van a ser enviadas a cobro jurídico el cual es un valor mayor que el relacionado en el mismo periodo del 2016, así mismo se relacionan las glosas reiteradas lo anterior para llevar el control del tipo de glosa reportada por las diferentes EAPB'S, el valor en general de la glosa en trámite también aumento en la unidad funcional de Zipaquirá por la glosa reportada por la Secretaria de Salud de Cundinamarca la cual se encuentra en proceso de conciliación.

Objeciones y Glosas Consolidado

VALOR GLOSA RADICADA	2.015	2.016	2.017		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO	1.537.109.329	1.300.655.468	1.647.082.658	346.427.190	26,63%
TOTAL SUBSIDIADO	5.105.507.999	5.355.590.031	15.207.753.152	9.852.163.121	183,96%
DEMÁS PAGADORES	2.547.764.470	5.197.657.325	25.893.324.171	20.695.666.846	398,17%
GRAN TOTAL	9.190.381.798	11.853.902.824	45.398.769.149	33.544.866.325	282,99%



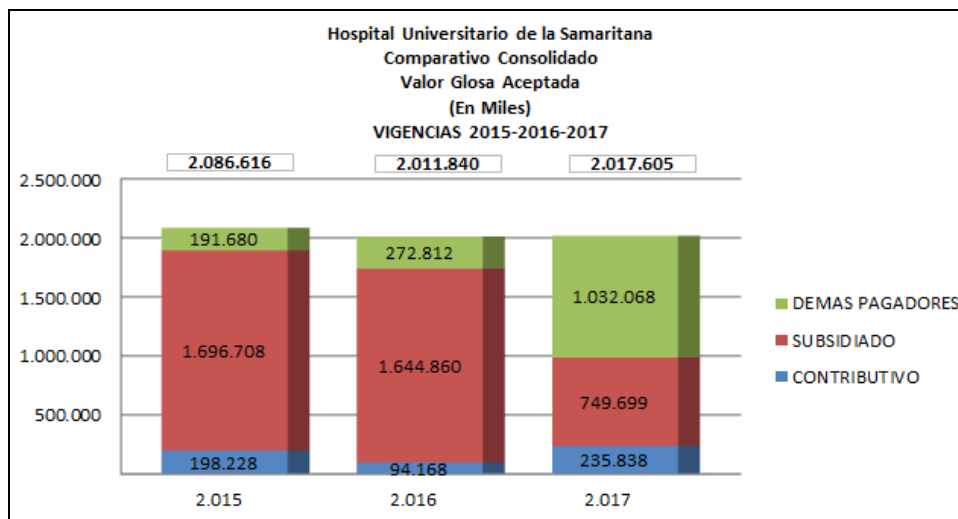
El valor de glosa radicada en el régimen Contributivo presenta aumento de 27% con respecto al mismo periodo del año anterior en su mayoría por entidades como Famisanar y Nueva EPS por el aumento de las ventas de la sede Bogotá y Zipaquirá y la notificación por medio de plataforma automática utilizada por dichas entidades.

El valor de glosa radicada del régimen Subsidiado presenta aumento de 183% con respecto al mismo periodo del año pasado por la entidad Convida la cual notifico las facturas que no habían sido reportadas en el 2016 por cambio de firma auditora, con respecto a esta entidad en el primer semestre de 2016 se reportaron \$1.980 millones de glosa en cambio en el 2017 en el mismo periodo se reportaron \$11.685 millones de glosa, en este mercado igualmente se presenta una disminución significativa en el valor de glosa reportada por la Eps Ecoopsos lo anterior se debe en gran medida a la disminución de las ventas hacia esta entidad las cuales se redujeron en un 44% con respecto al periodo del año anterior al pasar de \$1.050 millones a \$590 millones.

En cuanto a los demás pagadores el valor presenta un aumento significativo por la inclusión de facturas en las subcuentas de Ratificación, Cobro Jurídico y Conciliaciones lo que permite un adecuado control del trámite realizado en cada una de las etapas del proceso de la contestación de las glosas y/o Devoluciones, para dar claridad de

dichos montos en el 2016 se habían conciliado \$2.152 millones a diferencia de los \$19.100 millones conciliados en la vigencia actual.

VALOR GLOSA ACEPTADA	2.015	2.016	2.017(II Semestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO	198.228.264	94.168.144	235.838.238	141.670.094	150,44%
TOTAL SUBSIDIADO	1.696.708.018	1.644.860.165	749.698.660	-895.161.505	-54,42%
DEMÁS PAGADORES	191.679.570	272.812.183	1.032.068.167	759.255.984	278,31%
GRAN TOTAL	2.086.615.852	2.011.840.492	2.017.605.065	5.764.573	0,29%



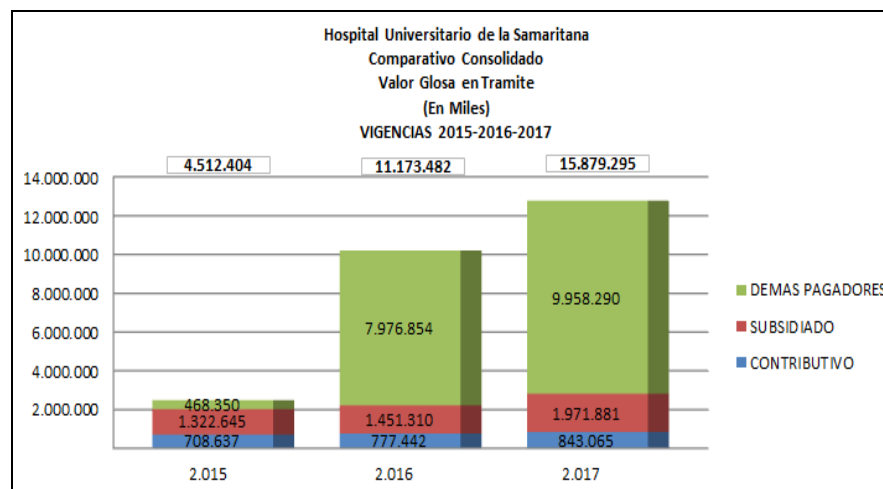
-En el régimen contributivo se presenta un aumento del valor aceptado con respecto al mismo periodo del año anterior por la realización de conciliaciones con Nueva Eps ya que por trámite del área se consiguió hacer un barrido de conciliaciones lo que no ocurrió el año pasado y permitió sacar por vía conciliatoria un monto de aproximadamente \$2.900 millones.

-En el régimen subsidiado se presenta una disminución del 55% con respecto al mismo periodo del año anterior teniendo en cuenta que en el 2016 se realizaron conciliación con la entidad Cafam pero en el año 2017 no se realizaron por la salida del mismo del Régimen Subsidiado, cabe aclarar que en el cuadro detalle la entidad Ecoopsos presenta un aumento en el valor aceptado teniendo en cuenta las conciliaciones que se empezaron a hacer con dicha entidad en el 2017 a diferencia del 2016 donde no se habían realizado conciliaciones médico-administrativas con dicha entidad

-En cuanto a los demás pagadores el valor de aceptación aumento por la conciliación realizada con la Secretaria Distrital de Salud en la cual se aceptaron aproximadamente \$700 millones de los cuales aproximadamente \$453 millones van para cambio de línea de pago lo que no representa una pérdida monetaria para la institución.

El valor en general se mantiene estable comparado con el mismo periodo del 2016 por los planes implementados en la sede Bogotá lo que permitió que esta tuviera una disminución del 5% del valor aceptado, ya se realizó la respectiva retroalimentación a la Jefe de Facturación de la sede Zipaquirá de los motivos de glosa encontrados en la glosa interpuesta por las entidades para que de esta forma se trabajen los correspondientes planes de mejora

GLOSA EN TRAMITE	2.015	2.016	2.017(II Semestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO	708.636.972	777.442.041	843.065.166	65.623.125	8,44%
TOTAL SUBSIDIADO	1.322.645.462	1.451.310.141	1.971.881.161	520.571.020	35,87%
DEMÁS PAGADORES	468.350.193	7.976.853.522	9.958.290.295	5.218.240.086	51,13%
GRAN TOTAL	4.512.404.047	11.173.481.734	15.879.294.511	4.705.812.777	42,12%



-En cuanto al régimen contributivo se presentó un aumento de 9% en la glosa en trámite por el aumento de la glosa notificada por parte de Famisanar y Nueva Eps en comparación con el periodo del año anterior.

-En cuanto al régimen subsidiado el aumento de la glosa en trámite se debió al gran volumen de cuentas reportadas por el Outsourcing Sac Consulting quien es el encargado de realizarle la auditoria a Convida y la cual no se realizaba desde junio del año 2016.

-El aumento de los demás pagadores corresponde al aumento de las cuentas enviadas a cobro jurídico con respecto al 2016 (dichas cuentas quedan registradas en la subcuenta Jurídica para el correspondiente control).

Notas:

- La entidad Convida realizó una notificación de cuentas en gran volumen en los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril teniendo en cuenta la salida de RGC en el mes de junio de 2016 y la entrada de Sac Consulting en el mes de Noviembre de 2016 la cual debió tomar las cuentas radicadas y realizarles la correspondiente auditoría a las mismas, estas cuentas notificadas ya fueron conciliadas médica y administrativamente en los meses de mayo y junio respectivamente.
- El Número de facturas glosadas por primera vez ingresadas por la subcuenta presentó una disminución lo anterior teniendo en cuenta que el ingreso se está realizando por el módulo correspondiente de DGH al contar con el personal completo para el proceso, para el mes de Junio el ingreso tanto de Glosa y Devoluciones se encuentra al día.
- Las conciliaciones con la Secretaría de Salud de Cundinamarca se iniciaron en el mes de Abril teniendo en cuenta el equipo auditor que designó por parte de la SSC y el HUS, solo queda por definir el tema de los soportes del CTC (detallado anteriormente) para cerrar las conciliaciones con dicha entidad.
- El valor registrado en los balances correspondiente a las conciliaciones del mes de Abril no es el correcto ya que por inconsistencias presentadas en el área de contabilidad se cargó un monto mayor al reportado por el área de Glosas \$3.600 millones (Lo anterior quedó soportado con correo enviado por el funcionario Ricardo Cadena).
- A corte Junio ya se cuenta con el personal completo del área de Gestión de objeciones lo que permitirá hacer frente a cada uno de los subprocesos del área y la aplicación de los planes de mejora tendientes a la retroalimentación a cada uno de los servicios del HUS lo que permita la disminución de la glosa presentada por cada una de las entidades a las cuales se les prestan servicios de salud, así mismo ya se encuentra en capacitaciones respectivas la auditora Médica que se encargará del tema de la concurrencia lo anterior para revisar las facturas antes de su radicación y garantizar de esta forma una cuenta con el menor % posible de ser susceptible de presentar glosa.
- El Único valor pendiente por conciliar con la firma SAC Consulting corresponde a \$600 millones en su mayoría de la vigencia 2017 con lo que se cerraría el trámite completo de las conciliaciones con dicha entidad que maneja las cuentas de la EPS Convida.
- Se estableció la realización de una prueba de conocimiento para los funcionarios de Facturación y Gestión de Objeciones con el fin de detectar posibles vacíos normativos y realizar cronograma de capacitaciones para de esta manera dar la formación adecuada a los funcionarios del proceso.
- A corte 30/6/2017 se efectuó reunión con el personal de SYAC en la cual se plantearon las diversas mejoras que podría tener el módulo de Recepción y contestación de Glosas así mismo como el módulo de Conciliaciones lo anterior con el fin de tener un proceso más eficiente y con el control de la información en tiempo real.
- A corte Junio de 2017 se realizó el correspondiente inventario de las cuentas pendientes de contestación del Fosyga lo que permitió tener evidencia de las vigencias y montos no contestados así mismo se estableció plan de trabajo para dar el trámite correspondiente a dichas cuentas con el fin de recuperar los valores invertidos en la prestación de servicios de salud.
- Se está realizando un trabajo conjunto con el área Jurídica para de esta manera presentar los correspondientes procesos a los entes respectivos con el fin de recuperar en el menor tiempo posible los valores no reconocidos aun por las diferentes EAPB'S.

- El presente informe no contiene los datos de la unidad funcional de Girardot del cual se sigue realizando la contestación y conciliación de cuentas con las diversas EAPB'S.

1.4 CARTERA Y RECAUDO

Informe de Cartera se basa en la elaboración, conciliación, contabilización y cobro de los estados de cuenta contable entregada a cada una de las entidades a las cuáles el hospital le ha venido prestando servicios de salud en las diferentes Unidades Funcionales, identificando los valores reales pendientes de cobro y realizando los ajustes pertinentes de acuerdo a la labor realizada por cada uno de los Ejecutivos del área de Cartera.

Cabe aclarar que al comparar el promedio de recaudo Contabilizado con respecto al año inmediatamente anterior ha venido disminuyendo debido a que el dinero que ingresa a las cuentas bancarias del Hus por giro directo de la Secretaria de Salud de Cundinamarca a corte de este periodo no han sido cancelados de manera oportuna debido a la no continuidad de los auditores del mencionado ente, hecho que esta repercutiendo en la gestión de recaudo, adicionalmente ha venido disminuyendo el Giro Directo que realiza el Ministerio de Salud a través del Consorcio Fosyga.

El cliente en Liquidación Caprecom realizo pago el 37% del valor reconocido, es decir en total \$12.300 millones a finalizar abril y comienzo del mes de mayo adicionalmente a las actividades propias de Gestión de Cobro se esta realizado circularización de saldo por medio de dos tipos de documentos como son; Notificación de Saldos, los cuales se realizan de manera mensual a todos los clientes que se les presta Servicios de salud y Derechos de Petición a los 15 clientes con deuda que representa más del 80% del total de la cartera que tiene el hospital, igualmente llamadas telefónicas a los clientes que están fuera de la ciudad, como también diversos comunicados a los entes de control manifestando los inconvenientes que se vienen presentando con la gestión de cobro de cartera a las ERPs.

En cuanto a facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales, durante el trimestre en cuestión se radica un valor de \$160.555.432 con unos interés liquidados por valor de \$124.673.858 para un total a demandar por valor de \$285.229.290, que corresponde a los clientes Médicos Asociados y Manexca, los cuales están pendientes de inicio de proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Recaudo Bogotá

RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2017				
UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA				
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	%
SOAT	553.787.441	698.152.927	1.251.940.368	3%
FOSYGA	1.064.950		1.064.950	0%
SUBSIDIADO	26.446.543.375	13.476.446.905	39.922.990.280	83%
CONTRIBUTIVO	3.297.917.358	2.198.368.171	5.496.285.529	11%
CAPITADO			0	0%
IPS PUBLICAS	800.800	6.746.900	7.547.700	0%
IPS PRIVADAS	7.591.420		7.591.420	0%
ARL	2.653.181	97.776.077	100.429.258	0%
VIDA		30.006.575	30.006.575	0%
MEDICINA PREPAGADA	1.678.432	18.309.446	19.987.878	0%
ENTIDADES ESPECIALES	402.361.690	405.968.862	808.330.552	2%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0	0%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	734.323.121		734.323.121	2%

TOTAL BOGOTA 2017	31.448.721.768	16.931.775.863	48.380.497.631	
	65%	35%		
RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2016				
UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SUBSIDIADO	11.522.835.596	9.636.781.331	21.159.616.927	
CONTRIBUTIVO	1.087.915.300	919.737.659	2.007.652.959	
SOAT	1.301.042.904	533.087.085	1.834.129.989	
ENTIDADES ESPECIALES	324.591.372	96.800.194	421.391.566	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	269.895.316	63.418.819	333.314.135	
ARP	32.562.680	80.758.797	113.321.477	
IPS PRIVADAS	93.174.795	4.516.142	97.690.937	
FOSYGA	47.205.541	46.412.116	93.617.657	
VIDA	5.034.394	65.790.135	70.824.529	
IPS PUBLICAS	45.160.200	19.253.300	64.413.500	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.689.497		1.689.497	
CAPITADO	0		0	
MEDICINA PREPAGADA	0		0	
TOTAL BOGOTA 2016	14.731.107.595	11.466.555.578	26.197.663.173	
RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2015				
UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SOAT	762.174.424	1.024.837.949	1.787.012.373	
FOSYGA	204.515.322		204.515.322	
SUBSIDIADO	15.766.099.010	8.494.662.886	24.260.761.896	
CONTRIBUTIVO	2.111.148.287	2.853.847.287	4.964.995.574	
CAPITADO	0	11.760.557	11.760.557	
IPS PUBLICAS	7.058.900		7.058.900	
IPS PRIVADAS	2.904.536		2.904.536	
ARL	58.999.702	12.168.057	71.167.759	
VIDA	5.925.822	2.787.966	8.713.788	
MEDICINA PREPAGADA	0			
ENTIDADES ESPECIALES	823.204.052	72.669.887	895.873.939	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	781.416.398	404.842.495	1.186.258.893	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	567.109.992	117.349.579	684.459.571	
TOTAL BOGOTA 2015	21.090.556.445	12.994.926.663	34.085.483.108	

Los

recaudos por mercados para el 2017 tienen mayor representatividad: Régimen Subsidiado con un 83%, seguido del Contributivo con un 11%, representando estos dos un 94% sobre el total recaudado por mercados.

Cabe resaltar que del total recaudado, las vigencias anteriores tienen una participación del 65% y la presente vigencia un participación del 35%. Debido al pago realizado por el cliente CAPRECOM en Liquidación quien cancelo el 37% del valor reconocido.

INDICADOR - TABLA COMPARATIVA PERIODOS, A MARZO GRAFICA TRES ULTIMAS VIGENCIAS

RECAUDOS VIGENCIAS ANTERIORES CONSOLIDADO	A JUNIO 30 2015	A JUNIO 30 2016	A JUNIO 30 2017
TOTAL CARTERA RADICADA	138.079.981	126.179.875	146.653.797

Vr. POR IDENTIFICAR CARTERA	-22.896.290	-15.173.004	-14.935.902
Cartera Neta	115.183.691	111.006.871	131.717.895
Recuperacion Cartera V/ Anteriores	43.889.462	30.087.628	38.036.763
% Recuperación Vigencias anteriores	38%	27%	29%

La recuperación de la cartera radicada comparada con el recaudo de vigencias anteriores en los dos últimos años se ha incrementado en un 2%, mientras comparada año 2017 con el año 2015, ha disminuido el recaudo en un 11%

Recaudo Girardot

RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2017				
UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT				
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	%
SOAT	9.358.160		9.358.160	3%
FOSYGA			0	0%
SUBSIDIADO	92.785.933		92.785.933	33%
CONTRIBUTIVO	133.170.703		133.170.703	48%
CAPITADO	26.736.731		26.736.731	10%
IPS PUBLICAS			0	0%
IPS PRIVADAS			0	0%
ARL	94.002	0	94.002	0%
VIDA			0	0%
MEDICINA PREPAGADA			0	0%
ENTIDADES ESPECIALES	172.084		172.084	0%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0	0%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	15.395.115		15.395.115	6%
TOTAL GIRARDOT 2017	277.712.728	0	277.712.728	
	100%	0%		
RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2016				
UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SUBSIDIADO	7.502.218.701	4.053.412.875	11.555.631.576	
CONTRIBUTIVO	1.119.780.970	486.967.168	1.606.748.138	
ENTIDADES ESPECIALES	946.149.819		946.149.819	
CAPITADO	59.486.901	348.822.616	408.309.517	
SOAT	287.971.946	113.719.923	401.691.869	
IPS PRIVADAS	58.524.829	97.178.836	155.703.665	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	146.704.057	794.423	147.498.480	
ARP	2.875.900	22.143.824	25.019.724	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	21.738.883		21.738.883	
VIDA	3.299.008	16.937.842	20.236.850	
FOSYGA	6.996.804		6.996.804	
IPS PUBLICAS		472.600	472.600	
MEDICINA PREPAGADA			0	
TOTAL GIRARDOT 2016	10.155.747.818	5.140.450.107	15.296.197.925	
RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2015				
UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT				

MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
CAPITADO		1.418.575.468	1.418.575.468	
ENTIDADES ESPECIALES	19.579.439	131.509.675	151.089.114	
SOAT	1.148.060.997	478.036.419	1.626.097.416	
CONTRIBUTIVO	2.083.246.138	1.204.987.505	3.288.233.643	
ARL	3.026.781		3.026.781	
VIDA	10.554.679		10.554.679	
IPS PUBLICAS	4.825.000		4.825.000	
IPS PRIVADAS		7.014.500	7.014.500	
PREPAGADA			0	
SUBSIDIADO	10.664.230.992	7.089.836.403	17.754.067.395	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	167.492.775		167.492.775	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		519.150.313	519.150.313	
TOTAL GIRARDOT 2015	14.101.016.801	10.849.110.283	24.950.127.084	

El recaudo tiene su mayor representación en el régimen Contributivo con un 48% y Subsidiado con un 43%, representando estos dos un 91% sobre el total recaudado por mercados.

Del total recaudado el 100% corresponde a vigencias anteriores ya que el Hospital dejó de administrar esta unidad desde el pasado febrero de 2016.

Recaudo Zipaquirá

RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2017 POR UNIDAD FUNCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA				
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	%
SOAT	126.673.410	245.074.249	371.747.659	3%
FOSYGA			0	0%
SUBSIDIADO	4.970.997.455	4.634.188.346	9.605.185.801	72%
CONTRIBUTIVO	814.325.938	93.012.544	907.338.482	7%
CAPITADO		1.965.416.459	1.965.416.459	15%
IPS PUBLICAS	5.136.965	730.200	5.867.165	0%
IPS PRIVADAS	28.203.662		28.203.662	0%
ARL	3.786.797	4.137.076	7.923.873	0%
VIDA	1.884.779	1.098.822	2.983.601	0%
MEDICINA PREPAGADA	439.771	7.045.868	7.485.639	0%
ENTIDADES ESPECIALES	354.961.458	157.144.855	512.106.313	4%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0	0%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	3.918.268		3.918.268	0%
TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA	6.310.328.503	7.107.848.419	13.418.176.922	
	47%	53%		
RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2016 POR UNIDAD FUNCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SUBSIDIADO	4.720.993.810	4.882.326.528	9.603.320.338	

CAPITADO		615.550.942	615.550.942	
CONTRIBUTIVO	327.898.769	40.138.593	368.037.362	
SOAT	115.960.909	44.500.376	160.461.285	
IPS PUBLICAS	4.969.400	19.598.500	24.567.900	
ARP	3.572.016	19.809.784	23.381.800	
VIDA	15.189.784	3.300.143	18.489.927	
IPS PRIVADAS	10.728.650	3.514.928	14.243.578	
ENTIDADES ESPECIALES		2.576.800	2.576.800	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.459.453		1.459.453	
FOSYGA			0	
MEDICINA PREPAGADA			0	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0	
SUBTOTAL	5.200.772.791	5.631.316.594	10.832.089.385	
RECAUDOS CONTABILIZADOS A JUNIO DE 2015 POR UNIDAD FUNCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SOAT	627.350.859	171.345.301	798.696.160	
FOSYGA			0	
CAPITADO		1.006.294.920	1.006.294.920	
IPS PRIVADAS	40.373.100	10.168.335	50.541.435	
IPS PUBLICAS	23.043.200	980.000	24.023.200	
CONTRIBUTIVO	1.346.909.042	1.040.620.479	2.387.529.521	
SUBSIDIADO	6.525.348.689	3.649.695.227	10.175.043.916	
VIDA	16.753.065	6.524.588	23.277.653	
ENTIDADES ESPECIALES	9.336.370	9.600.000	18.936.370	
MEDICINA PREPAGADA	15.946.330		15.946.330	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	16.035.508		16.035.508	
ARL	2.090.788		2.090.788	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	74.516.854		74.516.854	
SUBTOTAL	8.697.703.805	5.895.228.850	14.592.932.655	

El recaudo tiene su mayor representación en los regímenes son: Subsidiado con un 87% y Contributivo con un 7%, representando un 94% sobre el total recaudado por mercado.

Cabe resaltar que del total recaudado, las vigencias anteriores tienen una participación del 47% y la presente vigencia un participación del 53%.

Durante el periodo, los mejores pagadores de la sede Zipaquirá son: Convida y Comparta del Régimen Subsidiado y Famisanar del Régimen Contributivo.

Recaudo Consolidado

TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A JUNIO DE 2017				
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	%
SOAT	689.819.011	943.227.176	1.633.046.187	3%
FOSYGA	1.064.950	0	1.064.950	0%
SUBSIDIADO	31.510.326.763	18.110.635.251	49.620.962.014	80%
CONTRIBUTIVO	4.245.413.999	2.291.380.715	6.536.794.714	11%

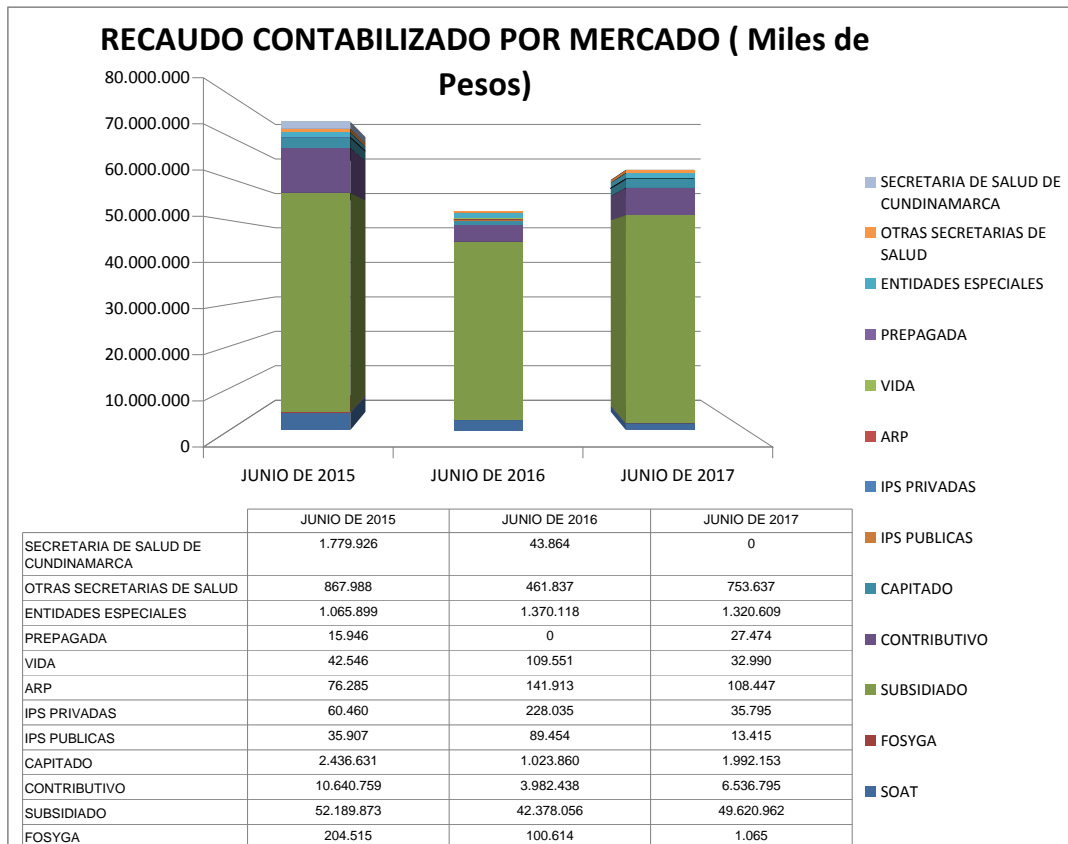
CAPITADO	26.736.731	1.965.416.459	1.992.153.190	3%
IPS PUBLICAS	5.937.765	7.477.100	13.414.865	0%
IPS PRIVADAS	35.795.082	0	35.795.082	0%
ARP	6.533.980	101.913.153	108.447.133	0%
VIDA	1.884.779	31.105.397	32.990.176	0%
MEDICINA PREPAGADA	2.118.203	25.355.314	27.473.517	0%
ENTIDADES ESPECIALES	757.495.232	563.113.717	1.320.608.949	2%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0	0%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	753.636.504	0	753.636.504	1%
TOTAL CONSOLIDADO MES DE JUNIO DE 2017	38.036.762.999	24.039.624.282	62.076.387.281	
	61%	39%		
TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A JUNIO DE 2016				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SUBSIDIADO	23.805.535.008	18.572.520.734	42.378.055.742	
CONTRIBUTIVO	2.535.595.039	1.446.843.420	3.982.438.459	
SOAT	1.704.901.359	691.307.384	2.396.208.743	
ENTIDADES ESPECIALES	1.270.741.191	99.376.994	1.370.118.185	
CAPITADO	59.486.901	964.373.558	1.023.860.459	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	397.623.479	64.213.242	461.836.721	
IPS PRIVADAS	103.015.773	125.019.720	228.035.493	
ARP	39.010.596	102.902.621	141.913.217	
VIDA	23.523.186	86.028.120	109.551.306	
FOSYGA	54.202.345	46.412.116	100.614.461	
IPS PUBLICAS	50.129.600	39.324.400	89.454.000	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	43.863.727	0	43.863.727	
MEDICINA PREPAGADA	0	0	0	
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	30.087.628.204	22.238.322.309	52.325.950.513	
	58%	42%		
TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A JUNIO DE 2015				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SOAT	2.537.771.055	1.674.219.669	4.211.990.724	
FOSYGA	204.515.322	0	204.515.322	
SUBSIDIADO	32.955.678.691	19.234.194.516	52.189.873.207	
CONTRIBUTIVO	5.541.303.467	5.099.455.271	10.640.758.738	
CAPITADO	0	2.436.630.945	2.436.630.945	
IPS PUBLICAS	34.927.100	980.000	35.907.100	
IPS PRIVADAS	43.277.636	17.182.835	60.460.471	
ARL	64.117.271	12.168.057	76.285.328	
VIDA	33.233.566	9.312.554	42.546.120	
PREPAGADA	15.946.330	0	15.946.330	
ENTIDADES ESPECIALES	852.119.861	213.779.562	1.065.899.423	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	750.638.275	117.349.579	867.987.854	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	855.933.252	923.992.808	1.779.926.060	
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	43.889.461.826	29.739.265.796	73.628.727.622	
	60%	40%		

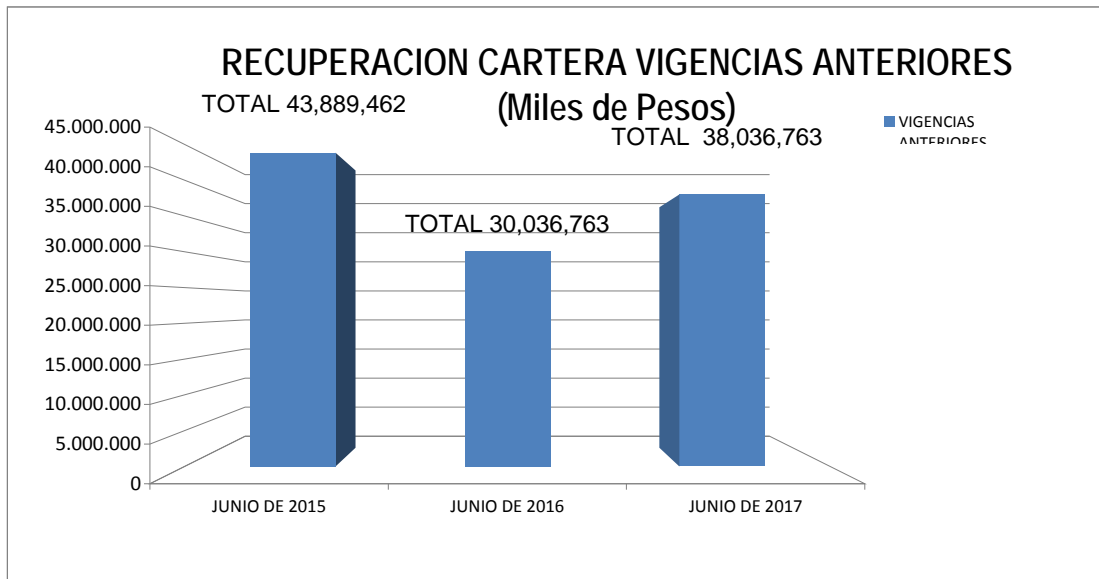
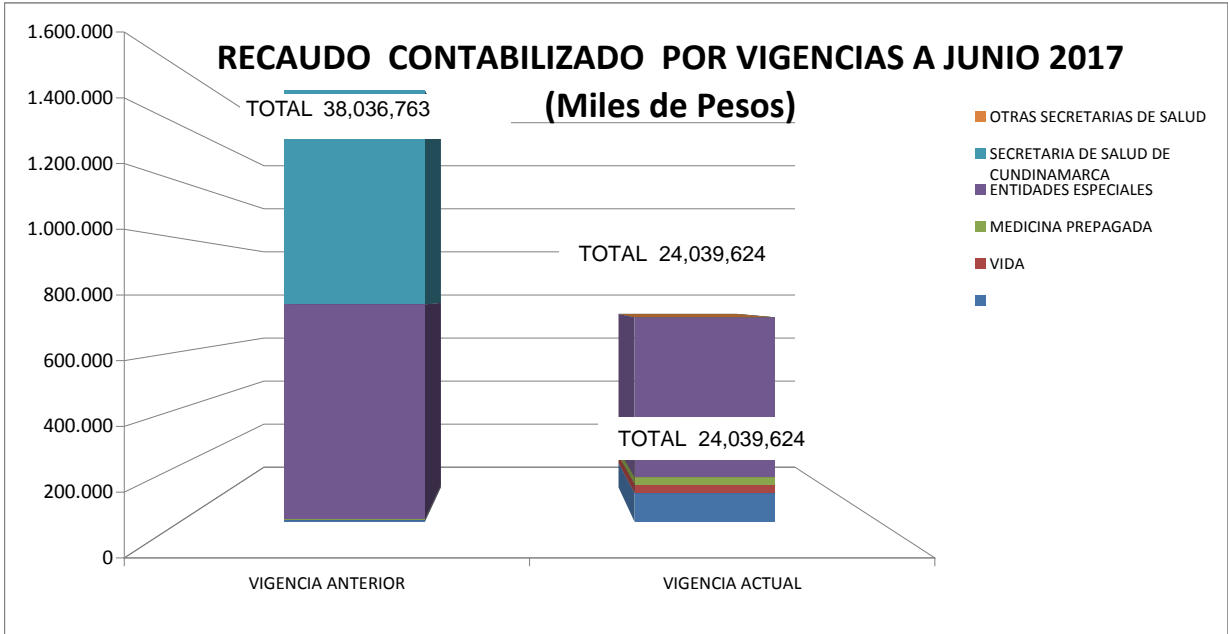
Se presenta un incremento del recaudo actual con respecto a las vigencias anteriores teniendo en cuenta el no Cumplimiento de la normatividad por partes de las Entidades Responsables de Pago e igualmente se intensifica el cobro a través de Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición, Cruces de Cartera y envío a Cobro Jurídico. Dando alcance a la gestión antes planteada y a la nueva normatividad dictada por el Gobierno Nacional, con el fin de fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento y flujo de recursos se dispuso circularizar a los clientes para dar aplicación a la norma en los plazos establecidos.

Se ha participado en Mesas de Trabajo de acuerdo a la Circular 030 de 2013, convocadas por la Secretaria de Salud de Cundinamarca, la Contraloría de Cundinamarca y la Superintendencia Nacional de Salud.

Se ha venido presentando un comportamiento en el recaudo total constante a la baja con respecto a años anteriores teniendo que durante el año 2017 los valores que realiza el Ministerio por Giro Directo han venido disminuyendo, situación que en repetidas oportunidades se ha comentado en las diferentes estancias a los entes de control y en mesas de trabajo que estos han convocado.

Se continúa ejerciendo presión a través de Cruces de Cartera, Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición y envío a Cobro Jurídico a las Entidades Responsables de Pago que presenten servicios mayores a 180 días que una vez realizada la gestión de cobro administrativa se niegan a realizar los pagos correspondientes a los cuales el hospital tiene derecho por haber prestado un servicio con oportunidad y calidad.





Cartera

Cartera Bogotá

COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TOTAL CARTERA BOGOTA JUNIO 2017							
BOGOTA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2016	101.328.130.543	1.415.969.335	6.004.117.757	4.932.722.261	11.478.390.575	29.422.398.804	48.074.531.811
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2016	15.368.264.413	11.400.064.029	2.376.893.907	385.815.851	1.050.929.929	101.230.163	53.330.534

TOTAL GENERAL	116.696.394.956	12.816.033.364	8.381.011.664	5.318.538.112	12.529.320.504	29.523.628.967	48.127.862.345	
Rad.	87%	14%	9%	6%	14%	33%	54%	88%
Pte X Rad	13%	85%	18%	3%	8%	1%	0%	
COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)								
TOTAL CARTERA BOGOTA JUNIO 2016								
BOGOTA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2016	75.209.838.556	1.198.215.231	7.422.095.097	7.225.000.309	9.691.606.728	17.718.802.965	31.954.118.227	
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2016	13.405.555.580	8.296.199.146	1.956.853.130	816.470.283	1.042.030.205	63.728.078	1.230.274.738	
TOTAL GENERAL	88.615.394.136	9.494.414.377	9.378.948.226	8.041.470.592	10.733.636.933	17.782.531.043	33.184.392.965	
Rad.	85%	11%	11%	9%	12%	20%	37%	58%
Pte X Rad	15%	62%	15%	6%	8%	0%	9%	
COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO DE 2015 (RADICADA Y SIN RADICAR)								
TOTAL CARTERA BOGOTA JUNIO 2015								
BOGOTA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2015	71.610.795.109	1.897.274.509	5.539.654.072	6.997.150.809	12.613.065.574	12.131.608.795	32.432.041.350	
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2015	13.173.221.399	7.658.867.961	2.715.811.947	1.098.023.166	1.078.474.237	622.044.088	0	
TOTAL GENERAL	84.784.016.508	9.556.142.470	8.255.466.019	8.095.173.975	13.691.539.811	12.753.652.883	32.432.041.350	
Rad.	84%	11%	10%	10%	16%	15%	38%	53%
Pte X Rad	16%	58%	21%	8%	8%	5%	0%	

Del 100% del periodo en lo corrido del año 2017 de la sede de Bogotá, el 13% se encuentra pendiente por radicar y el 87% se encuentra radicado de la cual el 88% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de un 30% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.

Cartera Zipaquirá

COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)								
TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA JUNIO 2017								
ZIPAQUIRA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2017	24.332.896.716	2.169.737.437,07	2.010.774.750,00	1.713.606.264,00	4.147.273.303,12	6.862.891.234,48	7.428.613.727,47	
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2017	4.063.752.759	2.981.446.372,23	734.518.618,00	50.593.910,00	27.871.037,00	51.915.588,00	217.407.233,80	
TOTAL GENERAL	28.396.649.475	5.151.183.809	2.745.293.368	1.764.200.174	4.175.144.340	6.914.806.822	7.646.020.961	
Rad.	86%	27%	14%	9%	22%	36%	40%	
Pte X Rad	14%	50%	12%	1%	0%	1%	4%	
COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)								
TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA JUNIO 2016								
ZIPAQUIRA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2016	13.311.923.599	176.430.486	1.872.282.265	1.102.591.052	2.391.942.493	2.426.382.819	5.342.294.484	
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2016	6.012.942.040	2.607.758.848	253.069.975	30.823.146	129.241.912	1.732.485.585	1.259.562.574	
TOTAL GENERAL	19.324.865.639	2.784.189.334	2.125.352.240	1.133.414.198	2.521.184.405	4.158.868.404	6.601.857.058	
Rad.	69%	14%	11%	6%	13%	22%	34%	
Pte X Rad	31%	43%	4%	1%	2%	29%	21%	
COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2015 (RADICADA Y SIN RADICAR)								
TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA JUNIO 2015								
ZIPAQUIRA	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	

CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2015	13.996.390.927	540.420.930	1.420.920.272	1.601.446.630	3.162.540.082	2.800.610.564	4.470.452.450
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2015	3.816.326.844	2.978.320.734	358.055.407	101.740.064	98.623.626	279.587.013	0
TOTAL GENERAL	17.812.717.771	3.518.741.664	1.778.975.679	1.703.186.694	3.261.163.708	3.080.197.577	4.470.452.450
Rad.	79%	20%	10%	10%	18%	17%	25%
Pte X Rad	21%	78%	9%	3%	3%	7%	0%

Del 100% del periodo en lo corrido del año 2017 de la sede de Zipaquirá, el 14% se encuentra pendiente por radicar y el 88% se encuentra radicado de la cual el 76% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de la cartera de un 20% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.

Cartera Girardot

COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TOTAL CARTERA GIRARDOT JUNIO 2017							
GIRARDOT	Total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2017	20.711.148.765	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.711.148.765,44
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2017	975.438.538	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	975.438.538,20
TOTAL GENERAL	21.686.587.304	0	0	0	0	0	21.686.587.304
Rad.	96%	0%	0%	0%	0%	0%	57%
Pte X Rad	4%						
COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TOTAL CARTERA GIRARDOT JUNIO 2016							
GIRARDOT	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2016	37.234.383.520	0	0	1.903.622	2.980.806.220	13.131.823.176	21.119.850.501
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2016	1.138.940.406			2.000.378	756.302.723	106.522.455	274.114.849
TOTAL GENERAL	38.373.323.925	0	0	3.904.000	3.737.108.943	13.238.345.632	21.393.965.350
Rad.	97%	0%	0%	0%	10%	34%	56%
Pte X Rad	3%						
COMPARATIVO DE CARTERA A JUNIO 30 DE 2015 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TOTAL CARTERA GIRARDOT JUNIO 2015							
GIRARDOT	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A JUNIO 30 DE 2015	51.995.620.320	1.224.535.835	4.801.187.490	4.692.467.359	8.937.192.171	10.821.661.656	21.518.575.809
CARTERA SIN RADICAR A JUNIO 30 DE 2015	6.837.325.953	5.786.100.725	261.205.811	312.896.555	93.035.480	384.087.382	0
TOTAL GENERAL	58.832.946.273	7.010.636.560	5.062.393.301	5.005.363.914	9.030.227.651	11.205.749.038	21.518.575.809
Rad.	88%	12%	9%	9%	15%	19%	37%
Pte X Rad	12%						

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

Del 100% del periodo en lo corrido del año 2017, el 4% se encuentra pendiente por radicar y el 96% se encuentra radicado de la cual el 100% es cartera a más de 180 días. Se refleja una disminución de la cartera de un 34% debido que la administración por parte del hospital hacia la sede de Girardot culmino el 12 de febrero de 2016, con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.

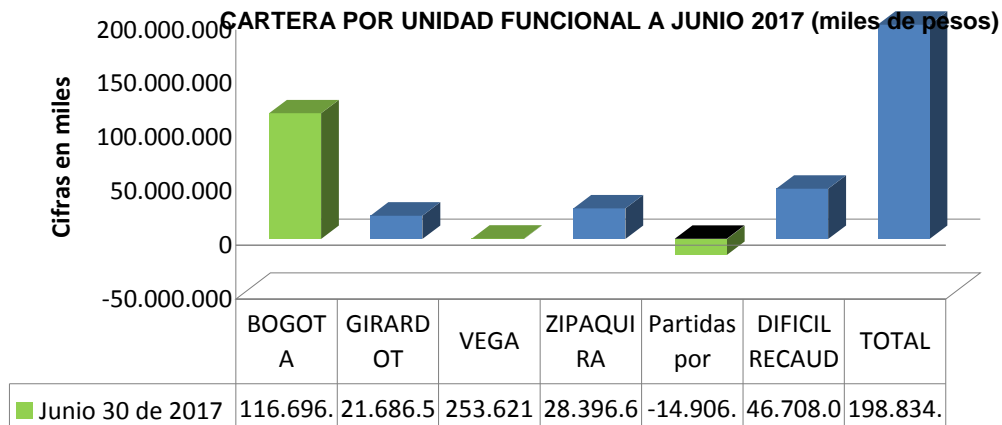
Cartera Consolidada

CARTERA RADICADA JUNIO 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	101.328.130.543	1.415.969.335	6.004.117.757	4.932.722.261	11.478.390.575	29.422.398.804	48.074.531.811
GIRARDOT	20.711.148.765	0	0	0	0	0	20.711.148.765
VEGA	253.620.792	0	0	0	0	0	253.620.792
ZIPAQUIRA	24.332.896.716	2.169.737.437	2.010.774.750	1.713.606.264	4.147.273.303	6.862.891.234	7.428.613.727
Total general	146.625.796.817	3.585.706.772	8.014.892.507	6.646.328.525	15.625.663.878	36.285.290.039	76.467.915.096
	88%	3%	6%	5%	12%	29%	61%
CARTERA SIN RADICAR JUNIO 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	15.368.264.413	11.400.064.029	2.376.893.907	385.815.851	1.050.929.929	101.230.163	53.330.534
GIRARDOT	975.438.538	0	0	0	0	0	975.438.538
ZIPAQUIRA	4.063.752.759	2.981.446.372	734.518.618	50.593.910	27.871.037	51.915.588	217.407.234
Total general	20.407.455.710	14.381.510.401	3.111.412.525	436.409.761	1.078.800.966	153.145.751	1.246.176.306
	12%	70%	15%	2%	5%	1%	6%
Total general	167.033.252.527	17.967.217.174	11.126.305.032	7.082.738.286	16.704.464.844	36.438.435.790	77.714.091.402
14%	100%						
20.295.939.885	+	17.967.217.174	9.821.344.411	7.824.562.119	16.704.464.844	51.151.014.631	44.282.939.720
Cg x Identificar	14.906.622.200						
Total Neto Cartera	152.126.630.328						
CARTERA RADICADA JUNIO 2016							
U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	75.209.838.556	1.198.215.231	7.422.095.097	7.225.000.309	9.691.606.728	17.718.802.965	31.954.118.227
GIRARDOT	37.234.383.520	0	0	1.903.622	2.980.806.220	13.131.823.176	21.119.850.501
VEGA	423.728.941	0	0	0	0	0	423.728.941
ZIPAQUIRA	13.311.923.599	176.430.486	1.872.282.265	1.102.591.052	2.391.942.493	2.426.382.819	5.342.294.484
Total general	126.179.874.617	1.374.645.717	9.294.377.362	8.329.494.983	15.064.355.441	33.277.008.960	58.839.992.154
	86%	1%	7%	7%	12%	26%	47%
CARTERA SIN RADICAR JUNIO 2016							
U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	13.405.555.580	8.296.199.146	1.956.853.130	816.470.283	1.042.030.205	63.728.078	1.230.274.738
GIRARDOT	1.138.940.406	0	0	2.000.378	756.302.723	106.522.455	274.114.849
VEGA	0						
ZIPAQUIRA	6.012.942.040	2.607.758.848	253.069.975	30.823.146	129.241.912	1.732.485.585	1.259.562.574
Total general	20.557.438.026	10.903.957.994	2.209.923.105	849.293.807	1.927.574.840	1.902.736.119	2.763.952.161
	14%	53%	11%	4%	9%	9%	13%
Total general	146.737.312.642	12.278.603.711	11.504.300.466	9.178.788.790	16.991.930.281	35.179.745.079	61.603.944.314
-9%	100%						
-15.169.542.207	+	12.278.603.711	9.821.344.411	7.824.562.119	16.991.930.281	51.151.014.631	44.282.939.720
Cg x Identificar	15.173.003.562						
Pte x Ident Bancos	0						
Total Neto Cartera	131.564.309.080						

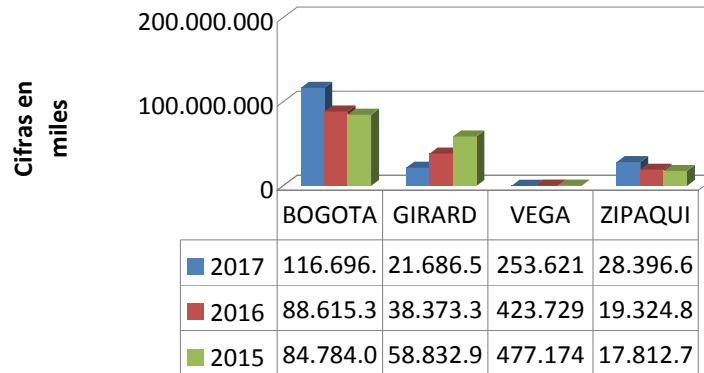
CARTERA RADICADA JUNIO 2015							
U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	71.610.795.109	1.897.274.509	5.539.654.072	6.997.150.809	12.613.065.574	12.131.608.795	32.432.041.350
GIRARDOT	51.995.620.320	1.224.535.835	4.801.187.490	4.692.467.359	8.937.192.171	10.821.661.656	21.518.575.809
VEGA	477.174.297	0	0	0	0	0	477.174.297
ZIPAQUIRA	13.996.390.927	540.420.930	1.420.920.272	1.601.446.630	3.162.540.082	2.800.610.564	4.470.452.450
Total general	138.079.980.653	3.662.231.274	11.761.761.834	13.291.064.797	24.712.797.827	25.753.881.015	58.898.243.906
	85%	3%	9%	10%	18%	19%	43%

CARTERA SIN RADICAR JUNIO 2015							
U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	13.173.221.399	7.658.867.961	2.715.811.947	1.098.023.166	1.078.474.237	622.044.088	0
GIRARDOT	6.837.325.953	5.786.100.725	261.205.811	312.896.555	93.035.480	384.087.382	0
VEGA	0	0	0	0	0	0	0
ZIPAQUIRA	3.816.326.844	2.978.320.734	358.055.407	101.740.064	98.623.626	279.587.013	0
Total general	23.826.874.195	16.423.289.420	3.335.073.165	1.512.659.785	1.270.133.343	1.285.718.483	0
	15%	69%	14%	6%	5%	5%	0%
Total general	161.906.854.849	20.085.520.694	15.096.834.999	14.803.724.582	25.982.931.170	27.039.599.498	58.898.243.906
4%	100%						
6.460.665.741	+	20.085.520.694	9.821.344.411	7.824.562.119	25.982.931.170	51.151.014.631	44.282.939.720
Cg x Identificar	22.896.289.962						
Total Neto Cartera	138.941.106.850						

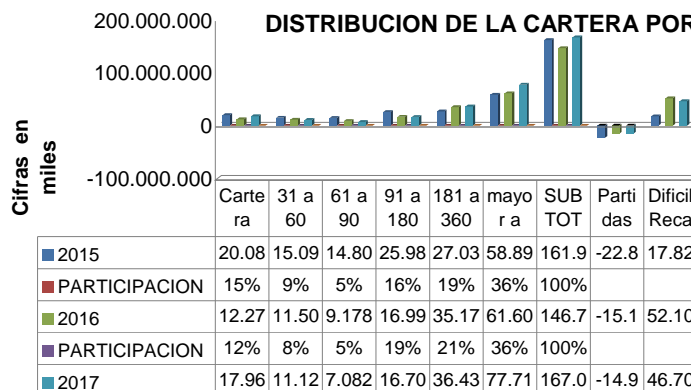
FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS



COMPARATIVO CARTERA UNIDAD FUNCIONAL A JUNIO (Miles de pesos)

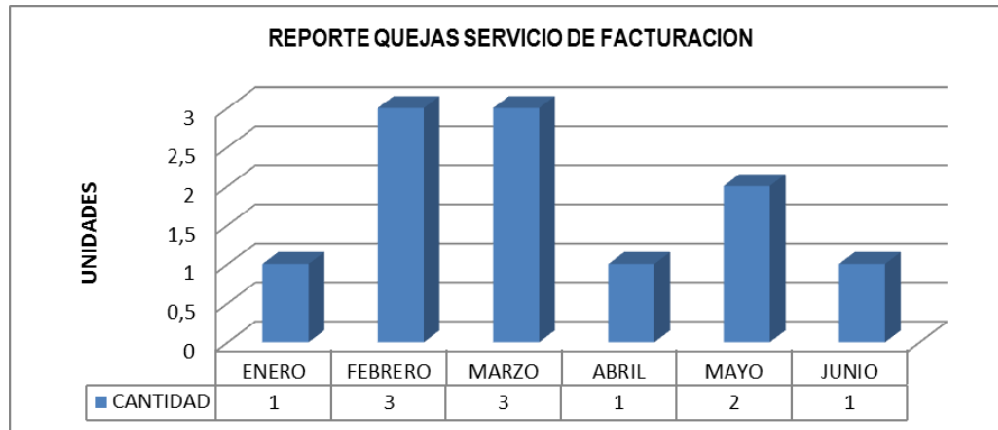


DISTRIBUCION DE LA CARTERA POR EDADES 2016- 2015



A la anterior situación de las tres sedes se resalta que existen valores en cuentas del pasivo que deben ser aplicados a la Cartera y que no se han podido descargar en los valores de cartera de cada una de las sedes por no tener el soporte para la identificación factura a factura debido a que se mantiene la tendencia a que las entidades no entreguen soportes oportunamente, el valor total de estas partidas con corte a Junio de 2017 asciende a la suma de \$14.906 millones; a este respecto también se debe referir, que el valor registrado en cuentas por identificar, está sobrevalorado debido a que los pagos que realizan los clientes corresponden a todas las sedes y al no poder ser identificados se registra el valor en Bogotá, una vez se hace la respectiva identificación por factura se registran los pagos en cada una de la Unidades respectivas.

PQRS



Para la vigencia 2017 se evidencia un total de 11 quejas dirigidas para el área administrativa: facturación, y admisiones, por falta de calidez y trato amable, falta de información y orientación, demora en procesos de atención y perdida de elementos, ante lo cual se realizan campañas de sensibilización para los funcionarios que tienen contacto con el paciente, así mismo se realizan capacitaciones formativas para dar la información correcta al paciente, se evalúan tiempos de atención en el proceso de facturación y se dan las recomendaciones de seguridad a los paciente para cuidado de sí mismos y sus bienes materiales.

Se evidencia por lo tanto una tendencia a la baja de PQRS lo que sustenta que los planes de mejora son efectivos y tienen la adherencia correspondiente por el personal.

Plan único de mejora por procesos PUMP

**Dicho Hallazgo no ha sido evaluado por auditoria interna*

NO.	META DEL PRODUCTO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	<p>1-Envío Derecho petición a la ERP con copia antes de control como (Ministerio de Salud, Supersalud; Contraloría, Procuraduría) solicitando el detallado del pago con numero de factura y valor cancelado trimestralmente.</p> <p>2- Realización de Tutelas cuando las ERP no suministren la información solicitada en los Derechos de Petición y Ratificación de los mismos cuando sea necesario.</p> <p>3- Contabilización de los recibos de pagos o abonos con los soportes entregados por las ERP para disminución de las cuentas.</p>	<p>1- Número de Derechos de petición enviados a las ERP que presentan saldos / No. Total de ERP que tienen saldos y se deben enviar.</p> <p>2-Número de Tutelas enviadas / Numero de Tutelas a enviar.</p> <p>3- Valores aplicados en soportes suministrados/Valores totales a aplicar en soportes entregados.</p>		
	<p>Justificación</p> <p>1, Se realiza cobro persuasivo durante el 1er. trimestre de 2017 con Derechos de petición a las 13 EPS más representativa de la Cartera a este corte a saber: Convida, Salud Vida, Comparta, Capital Salud, Nueva EPS, Capresoca, Cafesalud, Famisanar, Coomeva, Comfacundi,</p>			

	Ecoopsos, Fondo Financiero Distrital y Finsema			
	<p>2. Se Radico Tutela el 10 de Junio en Juzgado, el 22 de Agosto informa la Oficina Asesora Jurídica del Hospital que la última actuación fue el 22 de junto con notificación al representante legal de la EPS. Se realizó seguimiento consultando el proceso sin presentar cambio en la actuación.</p> <p>3. Se contabilizan los soportes respectivos mes a mes en la medida que el cliente los remite detallado por factura, pero es de aclarar que no todos los valores que ingresan en el mes son identificados al 100% , Que el saldo a 31 de Mayo de 2017 en partidas por identificar fue por valor de \$17,170,440,046 y a Junio 30 de 2017 fue por valor de \$14,935,901,815. De los valores no identificados en el mes, quedan en las cuentas de partidas por identificar hasta el mes siguiente, dado que el respectivo soporte detallado lo envían los clientes al Hospital posterior al cierre mensual contable; adicionalmente quedan valores que van ingresando del mes en curso. Para el cierre del 1er. Semestre de 2017 hay una reducción en las cuentas de partidas por identificar (140981 y 1409xx99) del 14% comparado con el mes inmediatamente anterior.</p>			
	Barrera de mejoramiento N/A			
NO.	META DEL PRODUCTO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	<p>1-Envío Derechos petición a la ERP con copia antes de control trimestralmente a saber: (Ministerio de Salud, Supersalud; Contraloría, Procuraduría) solicitando el detallado del pago con numero de factura y valor cancelado.</p> <p>2- envió Oficio de Notificación trimestralmente con copia a antes de control, indicando el detalle de las facturas más antiguas a las cuales que se van a aplicar los pagos en cumplimiento al artículo 2 del Decreto 1095 de 2013.</p> <p>3- Contabilización de los recibos de pagos o abonos con los soportes entregados por las ERP para disminución de las cuentas.</p>	<p>1- Número de Derechos de petición enviados a las ERP que presentan saldos / No. Total de ERP que tienen saldos y se deben enviar</p> <p>2-Número de oficios de notificación / Número total de oficios de notificación a enviar.</p> <p>3- Valores aplicados en soportes suministrados / Valores totales a aplicar en soportes entregados.</p>		
	Justificación			
	<p>1, Se realiza cobro persuasivo durante el 1er. trimestre de 2017 con Derechos de petición a las 13 EPS más representativa de la Cartera a este corte a saber: Convida, Salud Vida, Comparta, Capital Salud, Nueva EPS, Capresoca, Cafesalud, Famisanar, Coomeva, Comfacundi, Ecoopsos, Fondo Financiero Distrital y Finsema</p> <p>2. Dentro de las Notificaciones fueron radicados 325 oficios durante el 1er. Semestre de 2017.</p> <p>3, Se contabilizan los soportes respectivos mes a mes en la medida que el cliente los remite detallado por factura, pero es de aclarar que no todos los valores que ingresan en el mes son identificados al 100% , Que el saldo a 31 de Mayo de 2017 en partidas por identificar fue por valor de \$17,170,440,046 y a Junio 30 de 2017 fue por valor de \$14,935,901,815. De los valores no identificados en el mes, quedan en las cuentas de partidas por identificar hasta el mes siguiente, dado que el respectivo soporte detallado lo envían los clientes al Hospital posterior al cierre mensual contable; adicionalmente quedan valores que van ingresando del mes en curso. Para el cierre del 1er. Semestre de 2017 hay una reducción en las cuentas de partidas por identificar (140981 y 1409xx99) del 14% comparado con el mes inmediatamente anterior.</p>			
	Barrera de mejoramiento N/A			
NO.	META DEL PRODUCTO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	1- Análisis y elaboración de ficha técnica por cada entidad	1- Entidades liquidadas con		

<p>para ser presentado y aprobado por el comité de sostenibilidad.</p> <p>2- Imputación contable de lo aprobado en contabilidad.</p> <p>3- Conciliaciones de estados de cartera con las empresas deudoras.</p> <p>4- Conciliaciones ante Superintendencia Nacional de Salud o ante la Procuraduría.</p> <p>5- Cobro Judicial.</p>	<p>ficha presentada ante comité / Total entidades Liquidadas.</p> <p>2- Registro realizados / Total registros a realizar según decisión Comité de Sostenibilidad.</p> <p>3- Número de empresas conciliadas / Total de empresas deudoras.</p> <p>4- Numero de conciliaciones tramitadas / Total de empresas deudoras.</p> <p>5- Número de procesos iniciados / Total conciliaciones fallidas</p>		
<p>Justificación</p> <p>1, Ante comité se presentaron 9 entidades de las cuales fueron aprobadas cuatro para su respectivo castigo, dado que se encuentran en provisión al 100%, las otras entidades se dejaron los expedientes documentados teniendo en cuenta que se agotaron todos los recursos jurídicos y a la espera que se resuelva la venta de activos por parte de las entidades liquidadas para que estas paguen las acreencias presentadas por el Hus, se hace claridad que los servicios de salud están clasificados en categoría 5a. he decir si alcanza el dinero se pagarían las acreencias. Sigue sin aprobar las 5 entidades restantes.</p> <p>2. No se realizó la causación contable dado que aún no hay aprobación en comité de sostenibilidad de las cinco entidades restantes.</p> <p>3. Durante el 1er. Semestre de 2017 se realizó 60 actas de conciliaciones de cartera con 23 clientes, se aclara que dichas conciliación se realizan de acuerdo a la agenda de programación de cruces que maneja el cliente.</p> <p>4. Para este trimestre se radico ante la Oficina Asesora Jurídica diecinueve (19) comunicados por valor total de \$10,574,178,031 para que se inicie el trámite judicial correspondiente a los siguientes clientes: Convida, Gobernación del Tolima , Médicos Asociados y Manexca, a la fecha se han radicado 66 comunicados de los cuales 19 se encuentran pendientes de trámite por parte de la Oficina Asesora Jurídica por valor de \$1,231,977,755, 4 Comunicados años anteriores \$596,042,087 y 15 comunicados año 2017 \$635,935,668. Se radicaron 22 solicitudes ante el ente de control respectivo durante el 1er. Semestre por valor de \$16,673,556,669</p> <p>5, De los 17 clientes con proceso iniciado durante el trimestre ninguno se ha declarado fallido. Permanentemente se está trabajando con la Oficina Asesora Jurídica del Hospital con el envío de soportes de clientes con los cuales la gestión Administrativa de cobro ha sido agotado sin lograr la cancelación de deuda, en este orden de ideas aún se encuentran documentos pendientes de inicio de procesos para el año 2015 y anteriores por valor de \$386,467,114 y para el año 2016 el valor de \$7,202,403,705. El total pendiente entregado a la Oficina Asesora Jurídica por inicio de proceso es de \$7,588,870,819.</p>			
<p>Barrera de mejoramiento N/A</p>			

Plan estratégico Hospitalario (PAS –Plan de Acción de Salud)

NO.	META DEL PRODUCTO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Ampliar el mercadeo de servicios	Valor facturado con respaldo contractual / total facturado con respaldo contractual * 100	70%	70%
	<p>Justificación</p> <p>Se ha realizado levantamiento de equivalencias, cruce de productividad y Mano de obra. La parte técnica del Portafolio está actualizada, pero la parte de diseño del mismo está en trámite para ser trabajado con la Oficina de Comunicaciones.</p>			
	<p>Barrera de mejoramiento N/A</p>			

2.	Aumentar la Facturación	$\frac{\text{valor facturado periodo actual} - \text{valor facturado igual periodo del año anterior}}{\text{valor facturado del periodo anterior}} * 100$	85%	85%
	Justificación Para el primer Semestre del 2017 las sedes de Bogotá y Zipaquirá se generaron un total ventas por un valor de \$ 69,028,572,108, con respecto a las ventas de la vigencia anterior las cuales fueron por \$ 66.975.767.323, se evidencia un incremento en las ventas de las sedes Bogotá y Zipaquirá en un 3.06 % el cual está representado en \$ 2,052,804,785.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

3.	Mantener la Radicación oportuna por encima del 95% de la Facturación	Valor facturación radicada dentro de los términos / Valor de facturación que debe estar radicada	92%	92%
	Justificación Para el primer Semestre de 2017 las sedes de Bogotá y Zipaquirá, se factura un total de \$ 69.028.572.108, de los cuales se pueden radicar \$ 56.520.816.420, ya que lo facturado en Junio \$ 12.507.755.688 se radica en el mes de Julio. Del valor con posibilidad de radicar se realiza la gestión de 53.561.352.711, lo cual da un porcentaje de radicación del 94.76%.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

4.	Mantener el % de Glosa aceptada $\leq 5\%$ en relación con la Facturación	$\% \text{ Aceptación periodo actual} - \% \text{ Aceptación periodo año anterior} / \% \text{ Aceptación periodo anterior} * 100$	100%	100%
	Justificación Se anexa archivo en Excel del seguimiento realizado a la productividad del grupo de glosas y devoluciones (se anexan registros de los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo y Junio queda pendiente mes de marzo ya que los informes se pudieron generar hasta el día 18/4/2017) -Se anexa registro de divulgación vía correo electrónico al área de facturación de Bogotá y Zipaquirá (Carlos Ariza y Angélica Nova) de los motivos de glosa del semestre. -Se realizó capacitación con los funcionarios del área de Glosas y Devoluciones donde se evidenciaron los inconvenientes más relevantes y así de esta forma poder establecer un cronograma de reuniones con las áreas involucradas en los mismos.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

NO.	META DEL PRODUCTO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas últimas	Valor recaudado de cuentas por cobrar vigencias anteriores / Cartera neta de la vigencia anterior *100	26%	26%
	Justificación Para los Indicador de Recaudo Vigencias Anteriores, se tuvo en cuenta el Informe de Contabilidad de Cartera por Edades a corte Diciembre 31 de 2016 por valor de \$148,560,596 (Miles de Pesos) como denominador y el informe de recaudo vigencias anteriores al corte junio 30 de 2017.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

2.	Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas últimas	Valor de la cartera mayor a 360 días recepcionados y aceptados por jurídica para cobro jurídico / Valor total a entregar a la Oficina jurídica	45%	50%
----	--	--	-----	-----

		según saldo con corte a Diciembre 2016 de las empresas que representen el 80%. * 100		
	Justificación Para el Indicador de Entrega a Jurídica de cartera a más de 360 días se tuvo en cuenta los valores que se encuentran con concepto "EN PROCESO" los cuales a corte Junio de 2017 se encuentran por valor de \$28,836,833 (Miles de Pesos) e Informe de Contabilidad de cartera a más de 360 días a diciembre 2016 por valor de \$64,360,663			
	Barrera de mejoramiento N/A			
3.	Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas ultimas	valor recaudado de la vigencia actual / valor total de la facturación radicada de la vigencia actual *100	25%	16%
	Justificación Para el Indicador de Vigencia Actual, se tuvo en cuenta Informe de Contabilidad de Cartera por Edades RADICADA a Junio 30 de 2017 por valor de \$146,653,797 (Miles de pesos) y el informe de recaudo vigencia actual al corte junio 30 de 2017.			
	Barrera de mejoramiento N/A			
4.	Mantener el % de Glosa aceptada ≤5% en relación con la Facturación	% Aceptación periodo actual-% Aceptación periodo año anterior / % Aceptación periodo anterior * 100	100%	100%
	Justificación Se anexa archivo en Excel del seguimiento realizado a la productividad del grupo de glosas y devoluciones (se anexan registros de los meses de Enero y Febrero, queda pendiente mes de marzo ya que los informes se pudieron generar hasta el día 18/4/2017) -Se anexa registro de divulgación vía correo electrónico al área de facturación de Bogotá y Zipaquirá (Carlos Ariza y Angélica Nova) de los motivos de glosa del bimestre. -Se realizó capacitación con los funcionarios del área de Glosas y Devoluciones donde se evidenciaron los inconvenientes más relevantes y así de esta forma poder establecer un cronograma de reuniones con las áreas involucradas en los mismos.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

Gestión del riesgo

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Prescripción de facturas	Perdida derecho a reclamar el reconocimiento de los servicios prestados	3	3
	Justificación LOS CONTROLES EXISTENTES SON EFECTIVOS PERO NO ESTAN DOCUMENTADOS			
	Barrera de mejoramiento N/A			

MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS PRIORIZADOS												
RIESGO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
Sobrejecución de contratos con entidades públicas	0	0	1	0	0	0						
Inadecuado registro de la ratificación de la glosa y/o devolución	6	2	4	1	3	2						

Identificación inadecuada paciente	del	8	9	7	6	4	5						
--	-----	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

2. GESTIÓN FINANCIERA

2.1 PRESUPUESTO

Presupuesto de ingresos

Presupuesto aprobado Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	36.974.368.745	31%	42.190.820.564	30%	39.724.825.215	25%	14%	-6%
Ingresos corrientes	72.794.962.000	60%	76.500.438.000	54%	71.296.013.383	45%	5%	-7%
...Venta de servicios de salud	66.775.314.000	55%	67.770.158.000	48%	64.327.161.317	40%	1%	-5%
.....Régimen Subsidiado	53.618.735.000	45%	48.474.823.000	34%	42.858.161.000	27%	-10%	-12%
.....Régimen Contributivo	2.137.580.000	2%	4.910.065.000	3%	3.934.660.000	2%	130%	-20%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	5.967.158.000	5%	7.902.861.000	6%	10.749.916.000	7%	32%	36%
.....SOAT - Fosyga	1.910.146.000	2%	3.032.777.000	2%	3.080.513.000	2%	59%	2%
.....Otras ventas de servicios de Salud	3.141.695.000	3%	3.449.632.000	2%	3.703.911.317	2%	10%	7%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	5.519.648.000	5%	8.230.280.000	6%	6.468.852.066	4%	49%	-21%
...Otros ingresos corrientes	500.000.000	0%	500.000.000	0%	500.000.000	0%	0%	0%
Ingresos de capital	400.000.000	0%	400.000.000	0%	800.000.000	1%	0%	100%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	10.198.424.878	8%	22.941.723.528	16%	47.257.517.238	30%	125%	106%
TOTAL INGRESOS	120.367.755.623	100%	142.032.982.092	100%	159.078.355.836	100%	18%	12%
TOTAL DE LA VIGENCIA	73.194.962.000	61%	76.900.438.000	54%	72.096.013.383	45%	5%	-6%

El presupuesto aprobado tuvo un aumento comparado de la vigencia 2016 a 2017, en especial en las cuentas por cobrar (otras vigencias), en la Atención a PPNA. Disminución en el valor de ventas de servicios de salud y en los Aportes (no ligados a la venta de servicios) por menor valor presupuestado como aportes de estampillas pro hospitales para esta vigencia.

Reconocimientos Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16

Disponibilidad inicial	36.974.368.745	33% Par	42.190.820.564	37% Par	39.724.825.215	32% Par	14% o	10% o
CONCEPTO	2015		2016		2017		dis %	dis %
Ingresos corrientes	53.735.735.661	20%	53.957.483.916	20%	52.774.440.385	20%	16/15	17/16
...Venta de servicios de Salud	36.974.368.745	45%	42.190.820.564	45%	39.724.825.215	48%	34%	-2%
Disponibilidad inicial	50.305.677.283		51.374.372.216		50.572.066.125		0%	-2%
Ingresos Régimen Subsidiado	39.187.009.450	35%	39.018.620.189	34%	37.224.332.372	28%	0%	-8%
Ingresos corrientes	18.100.150.441		17.459.971.160		20.019.100.599		6%	25%
..... Régimen Contributivo	3.012.407.159	3%	3.201.492.000	3%	4.013.585.544	3%	6%	25%
...Venta de servicios de salud	16.444.337.065	21%	17.459.971.160	22%	20.019.100.599	21%	6%	25%
...Atención a población	8.506.423.443	11%	11.765.356.500	15%	13.476.446.905	14%	38%	15%
...Régimen subsidiado con subsidios a la demanda (incluye contribución de fondos)	2.853.847.287	4%	1.343.220.621	2%	2.198.368.171	2%	-53%	64%
..... SOAT - Fosyga	3.768.480.398	3%	4.313.074.274	4%	5.776.630.719	5%	14%	34%
..... Otras ventas de servicios de Salud	2.193.296.043	2%	3.058.764.094	3%	2.484.635.799	2%	39%	-19%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	2.200.597.244	2%	1.989.418.839	2%	2.570.763.014	2%	-10%	29%
...Otros ingresos corrientes	3.098.053.820	3%	2.132.801.801	2%	1.883.888.256	1%	-31%	-12%
Ingresos de capital	331.804.556	0%	250.309.898	0%	318.484.017	0%	-25%	27%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	923.415.519	1%	1.031.992.139	1%	1.084.549.862	1%	12%	5%
TOTAL INGRESOS	21.411.678.006	19%	16.930.220.649	15%	32.031.326.075	25%	-21%	89%
TOTAL DE LA VIGENCIA	113.045.197.931	100%	114.110.517.268	100%	125.615.141.537	100%	1%	10%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	54.659.151.180	100%	54.989.476.055	48%	53.858.990.247	43%	1%	-2%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	76.070.829.186	139%	71.919.696.704	63%	85.890.316.322	68%	-5%	19%

Los reconocimientos totales han tenido un aumento del 10% para el 2017 comparado con el de la vigencia 2016, mientras que para el 2015 al 2016 aumento solo el 1%. En otros conceptos diferentes a ventas de servicios de salud se evidencia una gran variación mayor en las cuentas por cobrar (otras vigencias) y una disminución en lo correspondiente en la venta de servicios de salud tuvo un -2%, donde su mayor representación principalmente es el régimen subsidiado y en el valor de la disponibilidad inicial por recursos disponibles que quedaron en bancos a Diciembre 31 de 2016.

En los aportes no ligados a la venta de servicios de salud disminuye por menor valor recibido recursos por este concepto como son la Estampilla Pro hospitales, pero se tiene para la vigencia 2017 y el valor recibido de un convenio de recursos dados por el departamento del convenio de "hospital seguro" por la suma de \$51.166.066.

Para la vigencia 2017 del total ejecutado por reconocimiento con respecto al total aprobado por la suma de \$159.078 millones de pesos es del 79%, mostrando un reconocimiento de eficiencia favorable a este trimestre.

Recaudos Bogotá

.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	2.963.156.131	4%	2.655.164.102	3%	2.067.881.265	2%	-10%	-22%
.....SOAT - Fosyga	1.024.837.949	1%	691.834.551	1%	725.635.502	1%	-32%	5%
.....Otras ventas de servicios de Salud	1.096.072.255	1%	1.034.395.386	1%	1.550.768.756	2%	-6%	50%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	3.098.053.820	4%	2.132.801.801	3%	1.883.888.256	2%	-31%	-12%
...Otros ingresos corrientes	331.804.556	0%	250.309.898	0%	318.484.017	0%	-25%	27%
Ingresos de capital	923.415.519	1%	1.031.992.139	1%	1.084.549.862	1%	12%	5%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	21.411.678.006	27%	16.930.220.649	21%	32.031.326.075	34%	-21%	89%
TOTAL INGRESOS	79.183.657.711	100%	80.026.116.211	100%	95.062.174.024	100%	1%	19%
TOTAL DE LA VIGENCIA	20.797.610.960	100%	20.905.074.998	26%	23.306.022.734	25%	1%	11%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	42.209.288.966	203%	37.835.295.647	47%	55.337.348.809	58%	-10%	46%

El recaudo total se incrementó en el 19%, dado por cuanto al aumento en la recuperación de cartera de cuentas por cobrar (otras vigencias) en mayor parte por el pago recibido de CAPRECOM, por el valor recibido siendo de cartera por venta de servicios de salud de la vigencia 2015 hacia atrás. En la disponibilidad inicial una disminución en la vigencia 2017 resultado del ejercicio con corte a Diciembre 31 de 2016 y en Ingresos de Capital por el mayor ingreso de los rendimientos financieros por el dinero en las cuentas bancarias del hospital obtenidos en este trimestre 2017 comparado con el año anterior e incremento a los ingresos recaudados por venta de servicios de salud.

El porcentaje de recaudo total con respecto a los reconocimientos totales es por el 76% y de acuerdo al presupuesto total programado por la suma de \$159.078 millones de pesos con respecto al recaudo total es el 60%.

Presupuesto de Gastos

Presupuesto aprobado Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	46.001.443.000	38%	50.982.440.883	36%	58.513.912.383	37%	11%	15%
...GASTOS DE PERSONAL	33.016.003.000	27%	36.167.089.883	25%	41.937.281.317	26%	10%	16%
.....Gastos de Personal de Planta	17.164.569.000	14%	17.194.906.883	12%	21.039.829.000	13%	0%	22%
.....Servicios personales asociados a la nómina	11.291.529.000	9%	11.137.403.883	8%	14.260.962.000	9%	-1%	28%
.....Sueldos personal de nómina	7.779.034.000	6%	7.541.579.000	5%	10.225.616.000	6%	-3%	36%
.....Horas extras, dominicales y festivos	1.341.550.000	1%	1.218.605.000	1%	1.323.405.000	1%	-9%	9%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	2.170.945.000	2%	2.377.219.883	2%	2.711.941.000	2%	10%	14%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	5.873.040.000	5%	6.057.503.000	4%	6.778.867.000	4%	3%	12%
.....Servicios personales indirectos	15.851.434.000	13%	18.972.183.000	13%	20.897.452.317	13%	20%	10%
...GASTOS GENERALES	12.364.570.000	10%	14.381.894.000	10%	15.911.682.066	10%	16%	11%
.....Adquisición de bienes	1.859.974.000	2%	2.035.608.000	1%	2.262.626.066	1%	9%	11%

.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	4.292.295.000	4%	5.026.977.000	4%	5.321.173.000	3%	17%	6%
.....Mantenimiento	4.545.115.000	4%	5.554.152.000	4%	6.390.973.000	4%	22%	15%
.....Servicios públicos	1.535.633.000	1%	1.583.869.000	1%	1.736.910.000	1%	3%	10%
.....Impuestos y Multas	131.553.000	0%	181.288.000	0%	200.000.000	0%	38%	10%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	620.870.000	1%	433.457.000	0%	664.949.000	0%	-30%	53%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	44.067.637.000	37%	53.008.174.000	37%	54.429.095.000	34%	20%	3%
...Medicamentos	6.977.705.000	6%	8.503.891.000	6%	9.245.373.000	6%	22%	9%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	16.895.250.000	14%	20.635.347.000	15%	19.584.888.000	12%	22%	-5%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	20.194.682.000	17%	23.868.936.000	17%	25.598.834.000	16%	18%	7%
INVERSION	22.121.280.266	18%	26.092.563.009	18%	29.302.395.715	18%	18%	12%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	8.177.395.357	7%	11.949.804.200	8%	16.832.952.738	11%	46%	41%
TOTAL GASTOS	120.367.755.623	100%	142.032.982.092	100%	159.078.355.836	100%	18%	12%
Disponibilidad Final	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
TOTAL MAS DISPONIBILIDAD FINAL	120.367.755.623	100%	142.032.982.092	100%	159.078.355.836	100%	18%	12%
TOTAL DE LA VIGENCIA	112.190.360.266	93%	130.083.177.892	92%	142.245.403.098	89%	16%	9%

Si observamos el presupuesto total de la vigencia 2016 y 2017 aumento 12%, revisado internamente por rubros representativos está en las cuentas por pagar (vigencias anteriores), y en gastos de funcionamiento e inversión.

Se ha presentado mayor aumento en gastos de inversión para ejecutar proyectos con recursos propios y compra de tecnología con recursos de estampillas pro hospitales.

Compromisos Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	29.556.546.067	35%	27.109.940.311	36%	30.773.543.117	35%	-8%	14%
...GASTOS DE PERSONAL	22.113.722.964	26%	18.522.461.158	24%	23.500.826.301	27%	-16%	27%
.....Gastos de Personal de Planta	7.024.453.800	8%	7.324.851.958	10%	6.490.068.636	7%	4%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	4.784.616.968	6%	4.980.793.850	7%	5.262.167.263	6%	4%	6%
.....Sueldos personal de nómina	3.540.571.231	4%	3.581.402.247	5%	3.855.617.023	4%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	542.276.593	1%	544.738.699	1%	556.884.714	1%	0%	2%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	701.769.144	1%	854.652.904	1%	849.665.526	1%	22%	-1%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	2.239.836.832	3%	2.344.058.108	3%	1.227.901.373	1%	5%	-48%
.....Servicios personales indirectos	15.089.269.164	18%	11.197.609.200	15%	17.010.757.665	19%	-26%	52%
...GASTOS GENERALES	7.378.577.122	9%	8.517.834.469	11%	7.190.473.335	8%	15%	-16%
.....Adquisición de bienes	1.227.941.323	1%	1.534.802.826	2%	741.004.170	1%	25%	-52%

.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	3.714.130.818	4%	4.294.548.176	6%	4.490.276.393	5%	16%	5%
.....Mantenimiento	1.625.944.266	2%	1.728.149.698	2%	922.552.929	1%	6%	-47%
.....Servicios públicos	681.214.786	1%	800.062.679	1%	877.748.443	1%	17%	10%
.....Impuestos y Multas	129.345.929	0%	160.271.090	0%	158.891.400	0%	24%	-1%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	64.245.981	0%	69.644.684	0%	82.243.481	0%	8%	18%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	39.814.320.729	48%	37.560.704.417	49%	40.379.967.716	46%	-6%	8%
...Medicamentos	6.017.870.145	7%	6.209.079.128	8%	6.538.572.695	7%	3%	5%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	14.566.541.484	17%	12.079.587.465	16%	16.151.979.111	19%	-17%	34%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	19.229.909.100	23%	19.272.037.824	25%	17.689.415.910	20%	0%	-8%
INVERSION	6.389.788.908	8%	1.252.628.773	2%	0	0%	-80%	-100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	7.759.817.541	9%	9.993.971.394	13%	16.096.271.802	18%	29%	61%
TOTAL GASTOS	83.520.473.245	100%	75.917.244.895	100%	87.249.782.635	100%	-9%	15%
TOTAL DE LA VIGENCIA	75.760.655.704	100%	65.923.273.501	87%	71.153.510.833	82%	-13%	8%

Los compromisos totales han tenido un aumento del 15% para la vigencia 2017, en especial en algunos rubros como servicios personales indirectos y prestación de servicios la contratación esta para 10 meses aproximadamente, y en la vigencia anterior por decisiones gerenciales la contratación de la vigencia 2016 se proyecta solo por 4 meses y adiciones por lo mismo, es decir solo hasta junio de 2016 por el cambio de administración del gerente y no dejar recursos comprometidos.

En otros como compra de insumos está en proceso de convocatorias registrándose presupuestalmente menos contratos de las convocatorias de la compra de insumos y servicios para la vigencia 2016.

La representación de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) aumento del 2016 a 2017 el 61%, de lo ejecutado por este concepto, en mayor parte aumentaron las cuentas por pagar causadas del cierre de una vigencia a la otra.

Se puede observar que la ejecución total de los compromisos con respecto al presupuesto total aprobado por la suma de \$159.078 millones de pesos en gastos para el 2017 es el 55% y en el 2016 es el 53%.

Obligaciones Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	18.348.664.335	44%	22.859.005.861	45%	21.869.554.677	41%	25%	-4%
...GASTOS DE PERSONAL	14.596.280.841	35%	17.145.764.800	34%	17.295.603.626	33%	17%	1%
.....Gastos de Personal de Planta	7.024.453.800	17%	7.324.851.958	15%	6.490.068.636	12%	4%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	4.784.616.968	12%	4.980.793.850	10%	5.262.167.263	10%	4%	6%
.....Sueldos personal de nómina	3.540.571.231	9%	3.581.402.247	7%	3.855.617.023	7%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	542.276.593	1%	544.738.699	1%	556.884.714	1%	0%	2%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	701.769.144	2%	854.652.904	2%	849.665.526	2%	22%	-1%

.....Contribuciones inherentes a la nómina	2.239.836.832	5%	2.344.058.108	5%	1.227.901.373	2%	5%	-48%
.....Servicios personales indirectos	7.571.827.041	18%	9.820.912.842	19%	10.805.534.990	20%	30%	10%
...GASTOS GENERALES	3.688.137.513	9%	5.643.596.377	11%	4.491.707.570	8%	53%	-20%
.....Adquisición de bienes	573.057.059	1%	1.073.314.292	2%	631.288.288	1%	87%	-41%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.914.774.968	5%	2.439.717.388	5%	2.555.455.682	5%	27%	5%
.....Mantenimiento	397.072.127	1%	1.187.767.146	2%	275.975.255	1%	199%	-77%
.....Servicios públicos	673.887.430	2%	782.526.461	2%	870.096.945	2%	16%	11%
.....Impuestos y Multas	129.345.929	0%	160.271.090	0%	158.891.400	0%	24%	-1%
.....Otros	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	64.245.981	0%	69.644.684	0%	82.243.481	0%	8%	18%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	18.073.452.671	44%	18.992.219.570	38%	19.229.112.452	36%	5%	1%
...Medicamentos	2.431.939.814	6%	2.981.347.753	6%	2.594.484.591	5%	23%	-13%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	6.397.070.723	15%	6.331.899.332	13%	5.817.643.003	11%	-1%	-8%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	9.244.442.134	22%	9.678.972.485	19%	10.816.984.858	20%	5%	12%
INVERSION	159.177.520	0%	0	0%	0	0%	-100%	-100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	4.744.923.461	11%	8.656.070.149	17%	11.872.747.046	22%	82%	37%
TOTAL GASTOS	41.326.217.987	100%	50.507.295.580	100%	52.971.414.175	100%	22%	5%
TOTAL DE LA VIGENCIA	36.581.294.526	100%	41.851.225.431	83%	41.098.667.129	78%	14%	-2%

Se presenta una variación de la vigencia 2016 a 2017 del 5% del total de los gastos obligados, estando en gran representación por las cuentas por pagar (vigencias anteriores), servicios personales indirectos y compra de servicios, por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores.

Pagos Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	16.756.991.117	54%	19.762.149.655	53%	20.738.549.443	49%	18%	5%
...GASTOS DE PERSONAL	13.858.094.720	45%	15.449.702.143	41%	17.253.190.241	40%	11%	12%
.....Gastos de Personal de Planta	7.024.453.800	23%	7.324.851.958	20%	6.490.068.636	15%	4%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	4.784.616.968	15%	4.980.793.850	13%	5.262.167.263	12%	4%	6%
.....Sueldos personal de nómina	3.540.571.231	11%	3.581.402.247	10%	3.855.617.023	9%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	542.276.593	2%	544.738.699	1%	556.884.714	1%	0%	2%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	701.769.144	2%	854.652.904	2%	849.665.526	2%	22%	-1%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	2.239.836.832	7%	2.344.058.108	6%	1.227.901.373	3%	5%	-48%
.....Servicios personales indirectos	6.833.640.920	22%	8.124.850.185	22%	10.763.121.605	25%	19%	32%
...GASTOS GENERALES	2.834.650.416	9%	4.242.802.828	11%	3.406.269.221	8%	50%	-20%
.....Adquisición de bienes	143.331.591	0%	352.331.879	1%	161.968.192	0%	146%	-54%

.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.630.091.520	5%	2.090.568.581	6%	2.195.971.030	5%	28%	5%
.....Mantenimiento	288.343.407	1%	934.548.560	2%	19.341.654	0%	224%	-98%
.....Servicios públicos	643.537.969	2%	728.051.904	2%	870.096.945	2%	13%	20%
.....Impuestos y Multas	129.345.929	0%	137.301.904	0%	158.891.400	0%	6%	16%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	64.245.981	0%	69.644.684	0%	79.089.981	0%	8%	14%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	10.099.184.640	33%	9.993.187.290	27%	11.533.544.584	27%	-1%	15%
...Medicamentos	505.111.497	2%	435.724.230	1%	448.140.227	1%	-14%	3%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	2.238.090.487	7%	2.702.637.658	7%	2.106.002.708	5%	21%	-22%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	7.355.982.656	24%	6.854.825.402	18%	8.979.401.649	21%	-7%	31%
INVERSION	0	0%	0	0%	0	0%	#jDIV/0!	#jDIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	4.140.245.440	13%	7.633.931.819	20%	10.342.944.518	24%	84%	35%
TOTAL GASTOS	30.996.421.197	100%	37.389.268.764	100%	42.615.038.545	100%	21%	14%
TOTAL DE LA VIGENCIA	26.856.175.757	100%	29.755.336.945	80%	32.272.094.027	76%	11%	8%

El total de pagos en el presupuesto gastos con respecto a los periodos 2015 a 2016 aumentó en un 21% y para el 2016 a 2017 aumenta en un 14%, su aumento dado que el hospital los gastos de personal que está contratado tercerizado se pagó hasta el mes de junio y en el año anterior no se dio la misma situación, al personal médico y por concepto de compra de insumos.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas Bogotá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	6.719.264.373	82%	10.978.884.524	92%	8.848.617.065	53%	63%	-19%
OBLIGACIONES - PAGOS	1.458.130.984	18%	970.919.676	8%	7.984.335.673	47%	-33%	722%
TOTAL	8.177.395.357	100%	11.949.804.200	100%	16.832.952.738	100%	46%	41%

Como observamos en las cuentas por pagar constituidas del ejercicio de la vigencia 2016 por saldos de contratos (compromisos-obligaciones) disminuye comparado con los de la vigencia 2015, situación dada por contratos firmados en la vigencia 2016 cuya ejecución se proyecta algunos los dos primeros meses en la vigencia 2017 y en cuentas por pagar causadas (obligaciones – pagos) los saldos aumentaron de un año a otro, aumentando en un 722% del 2015 a 2016 por el menor valor pagado, quedando estos valores tomando el tiempo prudencial dado para el pago de la facturas (periodo a 90 fecha de la factura).

Balance presupuestal Bogotá - Gastos comprometidos

Indicador	2015	2016	2017
-----------	------	------	------

Ingresos por venta de salud reconocidos	50.305.877.285	51.574.372.217	50.572.068.112
Gastos de funcionamiento comprometidos	29.556.546.067	27.109.940.311	30.773.543.117
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	39.814.320.729	37.560.704.417	40.379.967.716
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	73	80	71
Ingresos por venta de salud recaudados	16.444.337.065	17.489.971.160	20.019.100.599
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	24	27	28
Ingreso reconocido total	113.045.197.931	114.110.517.268	125.615.141.537
Ingreso recaudado total	79.183.657.711	80.026.116.211	95.062.174.024
Gasto comprometido total	83.520.473.245	75.917.244.895	87.249.782.635
Relación reconocimiento total/ compromiso total	135	150	144
Relación recaudo total/ compromiso total	95	105	109
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	51	50	63

El porcentaje de cubrimiento de los gastos totales habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos disminuye su cubrimiento para la vigencia 2017 comparado con la vigencia 2016 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$71 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2017 de \$28 pesos, siendo mayor con el de la vigencia 2016; teniendo en cuenta que se realizaron los compromisos a contratos que cubren a mediados de Septiembre de 2017 como los gastos de personal tercerizados contratados y en el 2016 en su gran mayoría cubrían menos tiempo y el recaudo son por la venta de servicios al segundo trimestre.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si el ejercicio se hace con el total de reconocimientos y compromisos teniendo en cuenta en ingresos la disponibilidad inicial, aportes recibidos y las cuentas por cobrar y en los gastos las cuentas por pagar (vigencias anteriores) para la vigencia 2017 llega a \$144 pesos siendo menor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$109 en la vigencia 2017 donde es mayor al de la vigencia anterior que fue inferior.

Balance presupuestal Bogotá – Gastos Obligados

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	50.305.877.285	51.574.372.217	50.572.068.112
Gastos de funcionamiento obligados	18.348.664.335	22.859.005.861	21.869.554.677
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	18.073.452.671	18.992.219.570	19.229.112.452
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	138	123	123
Ingresos por venta de salud recaudados	16.444.337.065	17.489.971.160	20.019.100.599
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	45	42	49
Ingreso reconocido total	113.045.197.931	114.110.517.268	125.615.141.537
Ingreso recaudado total	79.183.657.711	80.026.116.211	95.062.174.024
Gasto obligado total	41.326.217.987	50.507.295.580	52.971.414.175
Relación reconocimiento total/ obligado total	274	226	237
Relación recaudo total/ obligado total	192	158	179
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	102	75	104

Al observar el anterior análisis varía en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

Indicadores Presupuestales

Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogotá

		Compromisos 30/06/2017	Compromisos Indexado 30/06/2016	Obligaciones 30/06/2017	Obligaciones Indexado 30/06/2016
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	71.153.510.833	68.389.206.800	41.098.667.129	44.257.670.893
(/) Número de UVR producidas en la vigencia	b	6.162.249,00	7.427.968,00	6.162.249,00	7.427.968,00
Resultado (a/b)		11,547	9,207	6,669	5,958
Resultado Indicador			1,25		1,12
Estandar indicador			<0,90		<0,90

Indicador Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Bogotá

		Compromisos jun-17	Obligaciones jun-17
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	95.062.174.024	95.062.174.024
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	87.249.782.635	52.971.414.175
Resultado Indicador (a/b)		1,09	1,79
Estandar indicador		>1,00	>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-31.740.966.275
Superávit o déficit operacional no corriente	46.101.680.984
Superávit o déficit total	14.360.714.709
Sin Riesgo	0.36
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	38.365.358.902

Presupuesto de ingresos

Presupuesto aprobado Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	614.792.223	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
Ingresos corrientes	14.307.245.000	66%	16.387.735.000	68%	17.793.707.000	65%	15%	9%
...Venta de servicios de salud	13.779.745.000	64%	16.387.735.000	68%	17.793.707.000	65%	19%	9%
.....Régimen Subsidiado	8.199.709.000	38%	9.571.367.000	40%	13.606.374.000	49%	17%	42%
.....Régimen Contributivo	3.533.654.000	16%	4.613.502.000	19%	1.820.478.000	7%	31%	-61%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	417.252.000	2%	510.258.000	2%	603.712.000	2%	22%	18%
.....SOAT – Fosyga	291.480.000	1%	420.691.000	2%	421.592.000	2%	44%	0%
.....Otras ventas de servicios de Salud	1.337.650.000	6%	1.271.917.000	5%	1.341.551.000	5%	-5%	5%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	527.500.000	2%	0	0%	0	0%	-100%	0%
...Otros ingresos corrientes	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
Ingresos de capital	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	6.669.828.777	31%	7.830.294.717	32%	9.753.183.500	35%	17%	25%
TOTAL INGRESOS	21.591.866.000	100%	24.218.029.717	100%	27.546.890.500	100%	12%	14%
TOTAL DE LA VIGENCIA	14.307.245.000	66%	16.387.735.000	68%	17.793.707.000	65%	15%	9%

Dentro de la programación del presupuesto total de ingresos tuvo una variación de la vigencia 2016 a 2017 del 14%, en especial por las cuentas por cobrar (otras vigencias) y la venta de servicios de salud. Pero internamente por rubros se ha aumentado en algunos como son los mercados que han tenido más impacto de aumento es el régimen subsidiado y siendo menor en el mercado contributivo.

Reconocimientos Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	614.792.223	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
Ingresos corrientes	13.249.007.934	59%	14.761.867.801	74%	15.593.994.439	71%	11%	6%
...Venta de servicios de salud	12.689.338.393	56%	14.756.628.202	74%	15.591.398.938	71%	16%	6%
.....Régimen Subsidiado	7.421.355.071	33%	9.166.013.257	46%	9.117.124.529	42%	24%	-1%
.....Régimen Contributivo	3.874.408.797	17%	4.082.806.203	20%	4.859.090.205	22%	5%	19%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	308.305.617	1%	320.244.055	2%	450.548.229	2%	4%	41%
.....SOAT - Fosyga	297.276.154	1%	358.603.613	2%	291.021.828	1%	21%	-19%
.....Otras ventas de servicios de Salud	787.992.754	3%	828.961.074	4%	873.614.147	4%	5%	5%

...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	550.000.000	2%	0	0%	0	0%	-100%	0%
...Otros ingresos corrientes	9.669.541	0%	5.239.599	0%	2.595.501	0%	-46%	-50%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	8.697.703.805	39%	5.200.772.791	26%	6.310.328.503	29%	-40%	21%
TOTAL INGRESOS	22.561.503.962	100%	19.962.640.592	100%	21.904.322.942	100%	-12%	10%
TOTAL DE LA VIGENCIA	13.249.007.934	100%	14.761.867.801	74%	15.593.994.439	71%	11%	6%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	21.946.711.739	166%	19.962.640.592	100%	21.904.322.942	100%	-9%	10%

Los reconocimientos totales han tenido un aumento para la vigencia 2017 comparado con la vigencia anterior en especial por el mayor valor ejecutado en las cuentas por cobrar (otras vigencias), por más recuperación de la cartera que se tiene a diciembre 31 de 2016. Pero en venta de servicios de salud reconocidas aumenta en la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016.

El total de reconocimiento con respecto al total del presupuesto aprobado en la vigencia 2017 es del 80% y en el 2016 era del 82%, mostrando una variación de un año a otro.

Recaudos Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	614.792.223	4%	0	0%	0	0%	-100%	0%
Ingresos corrientes	6.854.329.016	42%	6.116.343.588	54%	7.570.117.510	55%	-11%	24%
...Venta de servicios de salud	6.294.659.475	39%	6.111.103.989	54%	7.567.522.009	55%	-3%	24%
.....Régimen Subsidiado	4.655.990.147	29%	5.497.877.470	49%	6.599.604.805	48%	18%	20%
.....Régimen Contributivo	1.040.620.479	6%	40.138.593	0%	93.012.544	1%	-96%	132%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
.....SOAT - Fosyga	171.345.301	1%	47.800.519	0%	248.697.071	2%	-72%	420%
.....Otras ventas de servicios de Salud	426.703.548	3%	525.287.407	5%	626.207.589	5%	23%	19%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	550.000.000	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
...Otros ingresos corrientes	9.669.541	0%	5.239.599	0%	2.595.501	0%	-46%	-50%
Ingresos de capital	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	8.697.703.805	54%	5.200.772.791	46%	6.310.328.503	45%	-40%	21%
TOTAL INGRESOS	16.166.825.044	100%	11.317.116.379	100%	13.880.446.013	100%	-30%	23%
TOTAL DE LA VIGENCIA	6.854.329.016	100%	6.116.343.588	54%	7.570.117.510	55%	-11%	24%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	15.552.032.821	96%	11.317.116.379	100%	13.880.446.013	100%	-27%	23%

El recaudo total tuvo un aumento en la vigencia 2017 comparado con el de la vigencia 2016, dado por cuanto al mayor recaudo en las cuentas por cobrar (otras vigencias) e igualmente el de venta de servicios de la vigencia 2017.

El porcentaje ejecutado con el recaudo total con respecto a los reconocimientos totales está dado por el 62% y de acuerdo al presupuesto total programado por la suma de \$27.546 millones de pesos con respecto con el recaudo total es el 50%.

Presupuesto de Gastos

Presupuesto aprobado Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	3.641.381.000	17%	3.805.956.000	16%	17.513.754.000	64%	5%	360%
...GASTOS PERSONAL	35.000.000	0%	5.250.000	0%	13.230.993.000	48%	-85%	251919%
.....Servicios personales indirectos	35.000.000	0%	5.250.000	0%	13.230.993.000	48%	-85%	251919%
...GASTOS GENERALES	3.391.381.000	16%	3.683.706.000	15%	4.142.761.000	15%	9%	12%
.....Adquisición de bienes	468.941.000	2%	578.627.000	2%	785.036.000	3%	23%	36%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.419.883.000	7%	1.575.350.000	7%	1.739.585.000	6%	11%	10%
.....Mantenimiento	1.023.904.000	5%	1.027.095.000	4%	1.028.649.000	4%	0%	0%
.....Servicios públicos	379.866.000	2%	398.506.000	2%	474.491.000	2%	5%	19%
.....Impuestos y Multas	98.787.000	0%	104.128.000	0%	115.000.000	0%	5%	10%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	215.000.000	1%	117.000.000	0%	140.000.000	1%	-46%	20%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	15.766.558.786	73%	18.908.000.000	78%	7.673.526.000	28%	20%	-59%
...Medicamentos	802.601.000	4%	1.015.664.000	4%	760.725.000	3%	27%	-25%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.844.167.000	9%	2.228.255.000	9%	2.373.565.000	9%	21%	7%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	13.119.790.786	61%	15.664.081.000	65%	4.539.236.000	16%	19%	-71%
INVERSION	550.000.000	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.633.926.214	8%	1.504.073.717	6%	2.359.610.500	9%	-8%	57%
TOTAL GASTOS	21.591.866.000	100%	24.218.029.717	100%	27.546.890.500	100%	12%	14%
Disponibilidad Final	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
TOTAL MAS DISPONIBILIDAD FINAL	21.591.866.000	100%	24.218.029.717	100%	27.546.890.500	100%	12%	14%
TOTAL DE LA VIGENCIA	19.957.939.786	92%	22.713.956.000	94%	25.187.280.000	91%	14%	11%

El presupuesto total aumento el 14% de la vigencia 2016 / 2017, al interior de los rubros de la vigencia se presenta mayor variación está en servicios personales indirectos y la disminución de prestación de servicios en que se clasifica los gastos tercerizado por gastos de cooperativas o temporal a servicios indirectos quedando solo los servicios de gastos médicos por compra de servicios, y se presenta un aumento en cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el mayor valor de las cuentas por pagar presupuestales de la vigencia 2016.

Compromisos Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	2.082.859.067	11%	2.202.686.022	14%	14.266.700.362	63%	6%	548%
...GASTOS DE PERSONAL	5.000.000	0%	0		12.235.264.297		0%	0%
.....Servicios personales indirectos	5.000.000	0%	0	0%	12.235.264.297	54%	-100%	100%
...GASTOS GENERALES	2.070.695.578	11%	2.185.686.022	14%	2.001.436.065	9%	6%	-8%
.....Adquisición de bienes	239.349.011	1%	358.013.984	2%	170.061.174	1%	50%	-52%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.117.312.278	6%	1.253.232.623	8%	1.339.919.684	6%	12%	7%
.....Mantenimiento	423.130.075	2%	246.902.263	2%	172.317.327	1%	-42%	-30%
.....Servicios públicos	196.764.014	1%	226.415.869	1%	219.900.380	1%	15%	-3%
.....Impuestos y Multas	94.140.200	1%	101.121.283	1%	99.237.500	0%	7%	-2%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.163.489	0%	17.000.000	0%	30.000.000	0%	137%	76%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	14.640.361.857	79%	11.718.323.163	77%	6.066.179.055	27%	-20%	-48%
...Medicamentos	538.331.665	3%	543.294.351	4%	578.681.194	3%	1%	7%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.598.345.192	9%	1.375.560.899	9%	1.993.335.771	9%	-14%	45%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	12.503.685.000	68%	9.799.467.913	64%	3.494.162.090	16%	-22%	-64%
INVERSION	148.583.504	1%	0	0%	0	0%	-100%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.611.818.839	9%	1.344.697.717	9%	2.200.860.129	10%	-17%	64%
TOTAL GASTOS	18.483.623.267	100%	15.265.706.902	100%	22.533.739.546	100%	-17%	48%
TOTAL DE LA VIGENCIA	16.871.804.428	91%	13.921.009.185	91%	20.332.879.417	90%	-17%	46%

Los compromisos totales han tenido un aumento del 97% frente al año anterior, en los gastos de funcionamiento, debido que la gran mayoría de los compromisos adquiridos solo cubren hasta mediados de octubre de 2017 como son los gastos de personal mercerizado a través de cooperativa o empresa temporal y en la vigencia 2016 no se había registrado presupuestalmente estos mismos, porque la directriz era contratar a menor tiempo por directriz de la gerencia por cambio de gerente y de los entes de control.

Se presenta aumento del 97% para la vigencia 2017 comparado con la vigencia 2016, en lo referente a las cuentas por pagar (vigencias anteriores) y en otros rubros como gastos de personal.

Obligaciones Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1.083.392.210	11%	1.349.331.161	12%	8.236.747.472	63%	25%	510%
...GASTOS DE PERSONAL	0	0%	0		7.013.500.271		100%	100%
.....Servicios personales indirectos	0	0%	0		7.013.500.271		100%	100%
...GASTOS GENERALES	1.076.228.721	11%	1.332.331.161	12%	1.193.247.201	9%	24%	-10%

.....Adquisición de bienes	52.437.867	1%	127.428.602	1%	58.745.669	0%	143%	-54%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	604.483.949	6%	713.073.124	6%	795.461.690	6%	18%	12%
.....Mantenimiento	152.517.876	2%	205.380.651	2%	41.434.678	0%	35%	-80%
.....Servicios públicos	172.648.829	2%	185.327.501	2%	198.367.664	2%	7%	7%
.....Impuestos y Multas	94.140.200	1%	101.121.283	1%	99.237.500	1%	7%	-2%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.163.489	0%	17.000.000	0%	30.000.000	0%	137%	76%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	7.177.832.813	74%	8.516.415.130	77%	3.116.707.537	24%	19%	-63%
...Medicamentos	181.677.231	2%	213.061.642	2%	295.760.819	2%	17%	39%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	517.318.129	5%	864.405.031	8%	636.817.748	5%	67%	-26%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	6.478.837.453	67%	7.438.948.457	67%	2.184.128.970	17%	15%	-71%
INVERSION	148.583.504	2%	0	0%	0	0%	-100%	100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.259.387.553	13%	1.160.812.740	11%	1.803.683.553	14%	-8%	55%
TOTAL GASTOS	9.669.196.080	100%	11.026.559.031	100%	13.157.138.562	100%	14%	19%
TOTAL DE LA VIGENCIA	8.409.808.527	87%	9.865.746.291	89%	11.353.455.009	86%	17%	15%

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 19% del total de los gastos obligados, estando en gran representación por las cuentas por pagar (vigencias anteriores) y seguido los gastos personales indirectos, por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores.

Pagos Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	963.940.725	12%	1.127.219.198	14%	7.493.806.790	67%	17%	565%
...GASTOS DE PERSONAL	0	0%	0		6.442.626.147		100%	100%
.....Servicios personales indirectos	0	0%	0		6.442.626.147		100%	100%
...GASTOS GENERALES	956.777.236	12%	1.110.219.198	14%	1.021.180.643	9%	16%	-8%
.....Adquisición de bienes	35.655.537	0%	20.704.969	0%	19.827.401	0%	-42%	-4%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	525.581.494	7%	623.444.595	8%	700.777.613	6%	19%	12%
.....Mantenimiento	138.187.376	2%	182.974.183	2%	4.353.685	0%	32%	-98%
.....Servicios públicos	163.212.629	2%	181.974.168	2%	196.984.444	2%	11%	8%
.....Impuestos y Multas	94.140.200	1%	101.121.283	1%	99.237.500	1%	7%	-2%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.163.489	0%	17.000.000	0%	30.000.000	0%	137%	76%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	5.616.501.467	72%	6.002.763.881	73%	2.097.678.042	19%	7%	-65%
...Medicamentos	17.408.636	0%	23.562.954	0%	32.640.900	0%	35%	39%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	241.879.185	3%	444.748.564	5%	299.991.409	3%	84%	-33%

...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	5.357.213.646	69%	5.534.452.363	67%	1.765.045.733	16%	3%	-68%
INVERSION	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.167.760.401	15%	1.091.164.778	13%	1.621.176.357	14%	-7%	49%
TOTAL GASTOS	7.748.202.593	100%	8.221.147.857	100%	11.212.661.189	100%	6%	36%
TOTAL DE LA VIGENCIA	6.580.442.192	85%	7.129.983.079	87%	9.591.484.832	86%	8%	35%

Los pagos totales en el presupuesto de gastos con respecto al periodo de 2016 a 2017 aumento en un 36%, esta situación se puede ver en mayor representación por el mayor valor pagado en el concepto de servicios personales indirectos y cuentas por pagar (vigencias anteriores).

Cuentas por pagar presupuestales constituidas – U.F Zipaquirá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS OBLIGACIONES	1.414.938.672	87%	1.281.862.770	85%	1.370.296.504	58%	-9%	7%
OBLIGACIONES - PAGOS	218.987.542	13%	222.210.947	15%	989.313.996	42%	1%	345%
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	1.633.926.214	100%	1.504.073.717	100%	2.359.610.500	100%	-8%	57%

Se puede observar al constituir las cuentas por pagar presupuestales, de la vigencia 2016 se aumentó los saldos por ejecutar (compromisos – obligaciones) quedando algunos contratos para ejecutar en la vigencia siguiente y en las cuentas por pagar correspondiente a las obligaciones – pagos aumento, por menor valor pagado a proveedores por la compra de bienes y servicios recibidos en la vigencia 2016.

Balance presupuestal Zipaquirá – Gastos comprometidos

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	12.689.338.393	14.756.628.202	15.591.398.938
Gastos de funcionamiento comprometidos	2.082.859.067	2.202.686.022	14.266.700.362
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	14.640.361.857	11.718.323.163	6.066.179.055
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	76	106	77
Ingresos por venta de salud recaudados	6.294.659.475	6.111.103.989	7.567.522.009
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	38	44	37
Ingreso reconocido total	22.561.503.962	19.962.640.592	21.904.322.942
Ingreso recaudado total	16.166.825.044	11.317.116.379	13.880.446.013
Gasto comprometido total	18.483.623.267	15.265.706.902	22.533.739.546
Relación reconocimiento total/ compromiso total	122	131	97
Relación recaudo total/ compromiso total	87	74	62
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	84	74	62

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos disminuye su cubrimiento para la vigencia 2017 comparado con el de las vigencias 2016 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$77 pesos, por el mayor valor de contratos comprometidos a este fecha, que cubren hasta mediados de septiembre de 2017 y en el 2016 se tenía contratado por menor tiempo.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos disminuye en la vigencia 2017, por el menor valor recaudado en esta vigencia y también dado que los gastos comprometidos presupuestalmente comparado con el del año pasado es mayor este valor.

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 \$97 pesos inferior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$62 pesos de cubrimiento.

Balance presupuestal Zipaquirá – Gastos obligados

INDICADOR	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	12.689.338.393	14.756.628.202	15.591.398.938
Gastos de funcionamiento obligados	1.083.392.210	1.349.331.161	8.236.747.472
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	7.177.832.813	8.516.415.130	3.116.707.537
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	154	150	137
Ingresos por venta de salud recaudados	6.294.659.475	6.111.103.989	7.567.522.009
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	76	62	67
Ingreso reconocido total	22.561.503.962	19.962.640.592	21.904.322.942
Ingreso recaudado total	16.166.825.044	11.317.116.379	13.880.446.013
Gasto obligado total	9.669.196.080	11.026.559.031	13.157.138.562
Relación reconocimiento total/ obligado total	233	181	166
Relación recaudo total/ obligado total	167	103	105
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	161	103	105

Al observar el anterior análisis varía en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - UF Zipaquirá

	Compromisos 30/06/2017	Compromisos Indexado 30/06/2016	Obligaciones 30/06/2017	Obligaciones Indexado 30/06/2016
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a 20.332.879.417	14.721.467.213	11.353.455.009	10.433.026.703
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b 2.760.130,00	2.888.998,00	2.760.130,00	2.888.998,00
Resultado (a/b)	7.367	5.096	4.113	3.611
Resultado Indicador		1,45		1,14
Estandar indicador		-0,90		-0,90

Indicador Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo UF Zipaquirá

		Compromisos jun-17	Obligaciones jun-17
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	13.880.446.013	13.880.446.013
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	22.533.739.546	13.157.138.562
Resultado Indicador (a/b)		0,62	1,05
Estandar indicador		>1,00	>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-4.729.648.504
Superávit o déficit operacional no corriente	8.861.475.289
Superávit o déficit total	4.131.826.785
Sin Riesgo	0,26
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	-629.416.604

Presupuesto de Ingresos

Presupuesto aprobado consolidado

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	37.589.160.968	26%	42.190.820.564	25%	39.724.825.215	21%	12%	-6%
Ingresos corrientes	87.102.207.000	61%	92.888.173.000	56%	91.691.943.383	48%	7%	-1%
...Venta de servicios de salud	80.555.059.000	57%	84.157.893.000	51%	84.723.091.317	45%	4%	1%
.....Régimen Subsidiado	61.818.444.000	44%	58.046.190.000	35%	58.227.470.000	31%	-6%	0%
.....Régimen Contributivo	5.671.234.000	4%	9.523.567.000	6%	6.227.174.000	3%	68%	-35%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	6.384.410.000	4%	8.413.119.000	5%	11.393.628.000	6%	32%	35%
.....SOAT - Fosyga	2.201.626.000	2%	3.453.468.000	2%	3.569.582.000	2%	57%	3%
.....FOSYGA	0	0%	0	0%	0	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
.....Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)	0	0%	0	0%	0	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
.....Otras ventas de servicios de Salud	4.479.345.000	3%	4.721.549.000	3%	5.305.237.317	3%	5%	12%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	6.047.148.000	4%	8.230.280.000	5%	6.468.852.066	3%	36%	-21%
...Otros ingresos corrientes	500.000.000	0%	500.000.000	0%	500.000.000	0%	0%	0%
Ingresos de capital	400.000.000	0%	400.000.000	0%	800.000.000	0%	0%	100%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	16.868.253.655	12%	30.772.018.245	19%	57.010.700.738	30%	82%	85%
TOTAL INGRESOS	141.959.621.623	100%	166.251.011.809	100%	189.227.469.336	100%	17%	14%
TOTAL DE LA VIGENCIA	87.502.207.000	62%	93.288.173.000	56%	92.491.943.383	49%	7%	-1%

El presupuesto aprobado tuvo un aumento del 14% de la vigencia 2016 a 2017, su mayor incremento esta dado en las cuentas por cobrar (otras vigencias), pero presentando un aumento en la disponibilidad inicial. Hay que aclarar que el presupuesto de la vigencia 2017 se tiene incluido el presupuesto aprobado para la operación de la UF de la vega por \$2.602 millones.

El Presupuesto de Ingresos Aprobado de 2017 por valor de \$189.227 millones, se discrimina así: Bogotá por valor de \$159.078 millones con una participación del 84%, UF Zipaquirá por valor de \$27.547 con una participación del 15% y UF de la Vega por valor de \$2.602 millones con una participación del 1%.

Reconocimientos Consolidados

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2.017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	37.589.160.968	28%	42.190.820.564	31%	39.724.825.215	27%	12%	-6%
Ingresos corrientes	66.984.743.595	49%	68.719.351.717	51%	68.368.434.824	46%	3%	-1%
...Venta de servicios de salud	62.995.215.678	46%	66.331.000.419	49%	66.163.467.050	45%	5%	0%
.....Régimen Subsidiado	46.552.451.521	34%	48.177.636.267	36%	44.843.577.565	30%	3%	-7%
.....Régimen Contributivo	6.886.815.947	5%	7.284.298.203	5%	8.872.675.749	6%	6%	22%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	4.076.786.015	3%	4.633.318.329	3%	6.227.178.948	4%	14%	34%
.....SOAT - Fosyga	2.490.572.197	2%	3.417.367.707	3%	2.775.657.627	2%	37%	-19%
.....Otras ventas de servicios de Salud	2.988.589.998	2%	2.818.379.913	2%	3.444.377.161	2%	-6%	22%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	3.648.053.820	3%	2.132.801.801	2%	1.883.888.256	1%	-42%	-12%
...Otros ingresos corrientes	341.474.097	0%	255.549.497	0%	321.079.518	0%	-25%	26%
Ingresos de capital	923.415.519	1%	1.031.992.139	1%	1.084.549.862	1%	12%	5%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	30.109.381.811	22%	22.130.993.440	17%	38.341.654.578	26%	-26%	73%
TOTAL INGRESOS	135.606.701.893	100%	134.073.157.860	100%	147.519.464.479	100%	-1%	10%
TOTAL DE LA VIGENCIA	67.908.159.114	100%	69.751.343.856	52%	69.452.984.686	47%	3%	0%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBILIDAD INICIAL	98.017.540.925	144%	91.882.337.296	69%	107.794.639.264	73%	-6%	17%

Los reconocimientos totales han tenido un crecimiento del 10% para la vigencia 2017, en lo referente en cuentas por cobrar (otras vigencias) y con una disminución en la Disponibilidad inicial.

El total de reconocimiento comparado con el total del presupuesto aprobado en la vigencia 2017 por la suma de \$189.227 millones es del 78% y en el 2016 era del 81%, mostrando una variación menor de un año a otro, teniendo en cuenta el mayor valor presupuestado en el 2017.

Recaudos Consolidados

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	37.589.160.968	39%	42.190.820.564	46%	39.724.825.215	36%	12%	-6%
Ingresos corrientes	26.728.524.457	28%	25.989.426.447	28%	29.791.590.382	27%	-3%	15%
...Venta de servicios de salud	22.738.996.540	24%	23.601.075.149	26%	27.586.622.608	25%	4%	17%
.....Régimen Subsidiado	13.162.413.590	14%	17.263.233.970	19%	20.076.051.710	18%	31%	16%
.....Régimen Contributivo	3.894.467.766	4%	1.383.359.214	2%	2.291.380.715	2%	-64%	66%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	2.963.156.131	3%	2.655.164.102	3%	2.067.881.265	2%	-10%	-22%
.....SOAT - Fosyga	1.196.183.250	1%	739.635.070	1%	974.332.573	1%	-38%	32%

.....Otras ventas de servicios de Salud	1.522.775.803	2%	1.559.682.793	2%	2.176.976.345	2%	2%	40%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	3.648.053.820	4%	2.132.801.801	2%	1.883.888.256	2%	-42%	-12%
...Otros ingresos corrientes	341.474.097	0%	255.549.497	0%	321.079.518	0%	-25%	26%
Ingresos de capital	923.415.519	1%	1.031.992.139	1%	1.084.549.862	1%	12%	5%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	30.109.381.811	32%	22.130.993.440	24%	38.341.654.578	35%	-26%	73%
TOTAL INGRESOS	95.350.482.755	100%	91.343.232.590	100%	108.942.620.037	100%	-4%	19%
TOTAL DE LA VIGENCIA	27.651.939.976	29%	27.021.418.586	30%	30.876.140.244	28%	-2%	14%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	57.761.321.787	61%	49.152.412.026	54%	69.217.794.822	64%	-15%	41%

El recaudo total del presupuesto de ingresos aumenta en el 19%, por el mayor valor recibido de cuentas por cobrar (otras vigencias). Se presenta un menor recaudo en otros conceptos en venta de servicios de salud y en la Disponibilidad Inicial para la vigencia 2017 del resultado del ejercicio al cierre de la vigencia 2016, presentado un total de recursos con destinación específica comprometidos y no comprometidos por la suma de \$24.319 millones donde están recursos para comprometer en proyecto remodelación y ampliación de la UCI, modernización sistema de ventilación y salas de cirugía y recursos de estampillas pro hospitales y por recursos propios del Hospital el valor de \$15.405 millones de pesos m/cte para funcionamiento.

El porcentaje de recaudo total con respecto a los reconocimientos totales está en el 74% y de acuerdo al presupuesto total aprobado por la suma de \$189.227 millones de pesos con respecto con el recaudo total es el 58%, siendo menor al de la vigencia 2016 que fue por 55%.

Gastos consolidados

Presupuesto aprobado consolidado

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	49.642.824.000	35%	54.788.396.883	33%	78.219.930.383	41%	10%	43%
...GASTOS DE PERSONAL	33.051.003.000	23%	36.172.339.883	22%	56.461.835.317	30%	9%	56%
.....Gastos de Personal de Planta	17.164.569.000	12%	17.194.906.883	10%	21.039.829.000	11%	0%	22%
.....Servicios personales asociados a la nómina	11.291.529.000	8%	11.137.403.883	7%	14.260.962.000	8%	-1%	28%
.....Sueldos personal de nómina	7.779.034.000	5%	7.541.579.000	5%	10.225.616.000	5%	-3%	36%
.....Horas extras, dominicales y festivos	1.341.550.000	1%	1.218.605.000	1%	1.323.405.000	1%	-9%	9%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	2.170.945.000	2%	2.377.219.883	1%	2.711.941.000	1%	10%	14%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	5.873.040.000	4%	6.057.503.000	4%	6.778.867.000	4%	3%	12%
.....Servicios personales indirectos	15.886.434.000	11%	18.977.433.000	11%	35.422.006.317	19%	19%	87%
...GASTOS GENERALES	15.755.951.000	11%	18.065.600.000	11%	20.953.146.066	11%	15%	16%
.....Adquisición de bienes	2.328.915.000	2%	2.614.235.000	2%	3.279.059.066	2%	12%	25%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	5.712.178.000	4%	6.602.327.000	4%	7.483.758.000	4%	16%	13%
.....Mantenimiento	5.569.019.000	4%	6.581.247.000	4%	7.549.622.000	4%	18%	15%

.....Servicios públicos	1.915.499.000	1%	1.982.375.000	1%	2.310.707.000	1%	3%	17%
.....Impuestos y Multas	230.340.000	0%	285.416.000	0%	330.000.000	0%	24%	16%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	835.870.000	1%	550.457.000	0%	804.949.000	0%	-34%	46%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	59.834.195.786	42%	71.916.174.000	43%	62.512.580.000	33%	20%	-13%
...Medicamentos	7.780.306.000	5%	9.519.555.000	6%	10.191.378.000	5%	22%	7%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	18.739.417.000	13%	22.863.602.000	14%	22.178.132.000	12%	22%	-3%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	33.314.472.786	23%	39.533.017.000	24%	30.143.070.000	16%	19%	-24%
INVERSION	22.671.280.266	16%	26.092.563.009	16%	29.302.395.715	15%	15%	12%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	9.811.321.571	7%	13.453.877.917	8%	19.192.563.238	10%	37%	43%
TOTAL GASTOS	141.959.621.623	100%	166.251.011.809	100%	189.227.469.336	100%	17%	14%
TOTAL DE LA VIGENCIA	132.148.300.052	93%	152.797.133.892	92%	170.034.906.098	90%	16%	11%

El presupuesto total tuvo un aumento comparado con la vigencia anterior de un 14% teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede Bogotá y la uf Zipaquirá, donde se debe resaltar que se aprobó el presupuesto para la UF de la Vega por directriz de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, el cual se proyectó que posiblemente empezaría con esta sede a partir del 1 de marzo de 2017, y por decisiones gubernamentales no se empezó con esta sede.

Compromisos Consolidados

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	31.639.405.134	31%	29.312.626.333	32%	45.040.243.479	41%	-7%	54%
...GASTOS DE PERSONAL	22.118.722.964	22%	18.522.461.158	20%	35.736.090.598	33%	-16%	93%
.....Gastos de Personal de Planta	7.024.453.800	7%	7.324.851.958	8%	6.490.068.636	6%	4%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	4.784.616.968	5%	4.980.793.850	5%	5.262.167.263	5%	4%	6%
.....Sueldos personal de nómina	3.540.571.231	3%	3.581.402.247	4%	3.855.617.023	4%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	542.276.593	1%	544.738.699	1%	556.884.714	1%	0%	2%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	701.769.144	1%	854.652.904	1%	849.665.526	1%	22%	-1%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	2.239.836.832	2%	2.344.058.108	3%	1.227.901.373	1%	5%	-48%
.....Servicios personales indirectos	15.094.269.164	15%	11.197.609.200	12%	29.246.021.962	27%	-26%	161%
...GASTOS GENERALES	9.449.272.700	9%	10.703.520.491	12%	9.191.909.400	8%	13%	-14%
.....Adquisición de bienes	1.467.290.334	1%	1.892.816.810	2%	911.065.344	1%	29%	-52%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	4.831.443.096	5%	5.547.780.799	6%	5.830.196.077	5%	15%	5%
.....Mantenimiento	2.049.074.341	2%	1.975.051.961	2%	1.094.870.256	1%	-4%	-45%
.....Servicios públicos	877.978.800	1%	1.026.478.548	1%	1.097.648.823	1%	17%	7%
.....Impuestos y Multas	223.486.129	0%	261.392.373	0%	258.128.900	0%	17%	-1%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	71.409.470	0%	86.644.684	0%	112.243.481	0%	21%	30%
GASTOS DE OPERACION	54.454.682.586	53%	49.279.027.580	54%	46.446.146.771	42%	-10%	-6%

COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS								
...Medicamentos	6.556.201.810	6%	6.752.373.479	7%	7.117.253.889	6%	3%	5%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	16.164.886.676	16%	13.455.148.364	15%	18.145.314.882	17%	-17%	35%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	31.733.594.100	31%	29.071.505.737	32%	21.183.578.000	19%	-8%	-27%
INVERSION	6.538.372.412	6%	1.252.628.773	1%	0	0%	-81%	-100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	9.371.636.380	9%	11.338.669.111	12%	18.297.131.931	17%	21%	61%
TOTAL GASTOS	102.004.096.512	100%	91.182.951.797	100%	109.783.522.181	100%	-11%	20%
TOTAL DE LA VIGENCIA	92.632.460.132	100%	79.844.282.686	88%	91.486.390.250	83%	-14%	15%

Los compromisos totales han tenido un aumento del 20% para el 2017, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos en el presupuesto como gastos indirectos y compra de servicios cubren a mediados de septiembre y en el año anterior por decisiones de la terminación del periodo del Gerente cubrían por menos meses.

El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2017, se discrimina así: Bogotá por valor de \$87.249 millones con una participación del 79% y U.F. Zipaquirá por valor de \$22.533 millones con una participación del 21%.

Obligaciones Consolidadas

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	19.432.056.545	38%	24.208.337.022	39%	30.106.302.149	46%	25%	24%
...GASTOS DE PERSONAL	14.596.280.841	29%	17.145.764.800	28%	24.309.103.897	37%	17%	42%
.....Gastos de Personal de Planta	7.024.453.800	14%	7.324.851.958	12%	6.490.068.636	10%	4%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	4.784.616.968	9%	4.980.793.850	8%	5.262.167.263	8%	4%	6%
.....Sueldos personal de nómina	3.540.571.231	7%	3.581.402.247	6%	3.855.617.023	6%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	542.276.593	1%	544.738.699	1%	556.884.714	1%	0%	2%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	701.769.144	1%	854.652.904	1%	849.665.526	1%	22%	-1%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	2.239.836.832	4%	2.344.058.108	4%	1.227.901.373	2%	5%	-48%
.....Servicios personales indirectos	7.571.827.041	15%	9.820.912.842	16%	17.819.035.261	27%	30%	81%
...GASTOS GENERALES	4.764.366.234	9%	6.975.927.538	11%	5.684.954.771	9%	46%	-19%
.....Adquisición de bienes	625.494.926	1%	1.200.742.894	2%	690.033.957	1%	92%	-43%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	2.519.258.917	5%	3.152.790.512	5%	3.350.917.372	5%	25%	6%
.....Mantenimiento	549.590.003	1%	1.393.147.797	2%	317.409.933	0%	153%	-77%
.....Servicios públicos	846.536.259	2%	967.853.962	2%	1.068.464.609	2%	14%	10%
.....Impuestos y Multas	223.486.129	0%	261.392.373	0%	258.128.900	0%	17%	-1%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	71.409.470	0%	86.644.684	0%	112.243.481	0%	21%	30%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	25.251.285.484	50%	27.508.634.700	45%	22.345.819.989	34%	9%	-19%
...Medicamentos	2.613.617.045	5%	3.194.409.395	5%	2.890.245.410	4%	22%	-10%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	6.914.388.852	14%	7.196.304.363	12%	6.454.460.751	10%	4%	-10%

...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	15.723.279.587	31%	17.117.920.942	28%	13.001.113.828	20%	9%	-24%
INVERSION	307.761.024	1%	0	0%	0	0%	100%	100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	6.004.311.014	12%	9.816.882.889	16%	13.676.430.599	21%	63%	39%
TOTAL GASTOS	50.995.414.067	100%	61.533.854.611	100%	66.128.552.737	100%	21%	7%
TOTAL DE LA VIGENCIA	44.991.103.053	100%	51.716.971.722	84%	52.452.122.138	79%	15%	1%

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 7% del total de los gastos obligados, estando en gran representación los gastos de funcionamiento por la reclasificación de los gastos tercerizado para la sede Zipaquirá en lo correspondiente a los gastos tercerizados (servicios personales indirectos), también por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores, presentando menor valor para esta vigencia 2016 y el aumento del valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el menor valor pagado en la vigencia 2016.

Pagos consolidados

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	17.720.931.842	46%	20.889.368.853	46%	28.232.356.233	52%	18%	35%
...GASTOS DE PERSONAL	13.858.094.720	36%	15.449.702.143	34%	23.695.816.388	44%	11%	53%
.....Gastos de Personal de Planta	7.024.453.800	18%	7.324.851.958	16%	6.490.068.636	12%	4%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	4.784.616.968	12%	4.980.793.850	11%	5.262.167.263	10%	4%	6%
.....Sueldos personal de nómina	3.540.571.231	9%	3.581.402.247	8%	3.855.617.023	7%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	542.276.593	1%	544.738.699	1%	556.884.714	1%	0%	2%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	701.769.144	2%	854.652.904	2%	849.665.526	2%	22%	-1%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	2.239.836.832	6%	2.344.058.108	5%	1.227.901.373	2%	5%	-48%
.....Servicios personales indirectos	6.833.640.920	18%	8.124.850.185	18%	17.205.747.752	32%	19%	112%
...GASTOS GENERALES	3.791.427.652	10%	5.353.022.026	12%	4.427.449.864	8%	41%	-17%
.....Adquisición de bienes	178.987.128	0%	373.036.848	1%	181.795.593	0%	108%	-51%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	2.155.673.014	6%	2.714.013.176	6%	2.896.748.643	5%	26%	7%
.....Mantenimiento	426.530.783	1%	1.117.522.743	2%	23.695.339	0%	162%	-98%
.....Servicios públicos	806.750.598	2%	910.026.072	2%	1.067.081.389	2%	13%	17%
.....Impuestos y Multas	223.486.129	1%	238.423.187	1%	258.128.900	0%	7%	8%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	71.409.470	0%	86.644.684	0%	109.089.981	0%	21%	26%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	15.715.686.107	41%	15.995.951.171	35%	13.631.222.626	25%	2%	-15%
...Medicamentos	522.520.133	1%	459.287.184	1%	480.781.127	1%	-12%	5%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	2.479.969.672	6%	3.147.386.222	7%	2.405.994.117	4%	27%	-24%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	12.713.196.302	33%	12.389.277.765	27%	10.744.447.382	20%	-3%	-13%
INVERSION	0	0%	0	0%	0	0%	100%	100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	5.308.005.841	14%	8.725.096.597	19%	11.964.120.875	22%	64%	37%
TOTAL GASTOS	38.744.623.790	100%	45.610.416.621	100%	53.827.699.734	100%	18%	18%
TOTAL DE LA VIGENCIA	33.436.617.949	86%	36.885.320.024	81%	41.863.578.859	78%	10%	13%

Los pagos totales de gastos en el 2017 aumentan en un 18%, por el mayor valor pagado de los gastos tercerizados siendo menor en la vigencia anterior, en el rubro de cuentas por pagar (vigencias anteriores) aumento donde influye por el mayor valor constituido como cuentas por pagar en este rubro, pero al observar los gastos de solo la vigencia aumenta en un 13%. El Presupuesto de Gastos por Pagos de la vigencia del 2017 por valor de \$53.827 millones, se discrimina así: Bogotá por un valor de \$42.615 millones con una participación del 79% y la U.F. Zipaquirá \$11.212 millones por 21%.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas - Consolidado

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS OBLIGACIONES	8.134.203.045	83%	12.260.747.294	91%	10.218.913.569	53%	51%	-17%
OBLIGACIONES PAGOS	1.677.118.526	17%	1.193.130.623	9%	8.973.649.669	47%	-29%	652%
TOTAL	9.811.321.571	100%	13.453.877.917	100%	19.192.563.238	100%	37%	43%

Se observa en el anterior comparativo para la vigencia 2016 quedo saldos de contratos por ejecutar (compromisos-obligaciones) menor que el 2015 teniendo en cuenta que no se sigue ejecutando el contrato para el reforzamiento estructural del edificio asistencial de la sede Bogotá que inicialmente en el 2014 fue por \$2.984 millones a Diciembre de 2015 quedaron para ejecutar por valor de \$1.525 millones y en el 2016 ya se ejecutaron el 100%. En lo aplicado a las cuentas por pagar (obligaciones-pagos) aumenta, quedando un mayor valor por pagar comparado con el de las vigencias anteriores; donde no se logró pagar el 100% de las cuentas causadas.

Balance presupuestal consolidado - Gastos comprometidos

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	62.995.215.678	66.331.000.419	66.163.467.050
Gastos de funcionamiento comprometidos	31.639.405.134	29.312.626.333	45.040.243.479
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	54.454.682.586	49.279.027.580	46.446.146.771
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	73	84	72
Ingresos por venta de salud recaudados	22.738.996.540	23.601.075.149	27.586.622.608
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	26	30	30
Ingreso reconocido total	135.606.701.893	134.073.157.860	147.519.464.479
Ingreso recaudado total	95.350.482.755	91.343.232.590	108.942.620.037
Gasto comprometido total	102.004.096.512	91.182.951.797	109.783.522.181
Relación reconocimiento total/ compromiso total	133	147	134
Relación recaudo total/ compromiso total	93	100	99
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	57	54	63

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos disminuyen en la vigencia 2017 por el aumento en los gastos comprometidos en funcionamiento y operación y prestación de servicios, teniendo en cuenta que los gastos adquiridos con los proveedores de bienes y servicios están en promedio hasta el mes de Agosto de 2017. Donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$72 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos se logra aumentar su participación llegando a \$30 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 \$134 pesos siendo menor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$99 pesos.

Balance presupuestal consolidado - Gastos comprometidos

INDICADOR	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	62.995.215.678	66.331.000.419	66.163.467.050
Gastos de funcionamiento obligados	19.432.056.545	24.208.337.022	30.106.302.149
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	25.251.285.484	27.508.634.700	22.345.819.989
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	141	128	126
Ingresos por venta de salud recaudados	22.738.996.540	23.601.075.149	27.586.622.608
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	51	46	53
Ingreso reconocido total	135.606.701.893	134.073.157.860	147.519.464.479
Ingreso recaudado total	95.350.482.755	91.343.232.590	108.942.620.037
Gasto obligado total	50.995.414.067	61.533.854.611	66.128.552.737
Relación reconocimiento total/ obligado total	266	218	223
Relación recaudo total/ obligado total	187	148	165
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	113	80	105

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No 743 de 2013 "Indicador No 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producido (1) - Consolidado

	Compromisos 30/06/2017	Compromisos Índice 30/06/2016	Obligaciones 30/06/2017	Obligaciones Índice 30/06/2016
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año	a 91.486.300.250	92.546.299.857	52.452.122.138	53.885.106.883
(/) Número de UR producidas en la vigencia	b 8.922.379,00	11.493.447,00	8.922.379,00	11.493.447,00
Resultado (a/b)	10,254	8,052	5,879	5,123
Resultado Indicador		1,27		1,15
Estándar indicador		<0,90		<0,90

Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"						
Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado						
			Compromisos		Obligaciones	
			jun-17		jun-17	
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a		108.942.620.037		108.942.620.037	
Ejecución de gastos comprometidos (Incluye CxP)	b		109.783.522.181		66.128.552.737	
Resultado Indicador (a/b)			0,99		1,65	
Estándar indicador			>1,00		>1,00	

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-36.480.614.778
Superávit o déficit operacional no corriente	65.445.541.053
Superávit o déficit total	28.964.926.274
Riesgo Alto	0.53
Superávit o déficit presupuestal (Riesgo Alto)	37.735.942.298

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	0.36	0.26	0.53
	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, hay que resaltar que la información financiera de la vigencia es al segundo trimestre, teniendo en cuenta que muchos compromisos a este corte cubren los gastos hasta mediados de diciembre y a la vez la cartera ha ido aumentando por el no pago de las EPS.

El hospital 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 incrementado la productividad del hospital generando incremento en su venta de servicios de salud de la vigencia por reconocimientos. En efecto a estos esfuerzos el recaudo de la vigencia actual se mantienen y el de la facturación de vigencias anteriores se aumenta.

También hay que tener en cuenta a pesar que el hospital busca la reducción de gastos pero hay unos que van de acuerdo a la productividad y teniendo en cuenta que de un año aumenta el Gastos por el incremento en el IPC en los gastos de funcionamiento y operación comercial. La información de la contratación se registra en el presupuesto por compromisos, de acuerdo a los contratos legalizados en la Oficina de Presupuesto y algunos cubren gastos hasta mediados de octubre.

Se viene realizando la radicación de la facturación generada en la vigencia de manera oportuna y según lo indica la norma.

Logros

*El aumento de la productividad por la venta de servicios que inciden directamente en la facturación de los servicios prestados para la sede de Zipaquirá y en Bogotá se mantiene.

*La gestión realizada en la radicación de la facturación que genera recuperación de cartera con gestiones como: demandas, circularización y conciliación de saldos con los clientes y las gestiones de acuerdo a la normatividad vigente.

Dificultades

Aunque la facturación se mantiene pero no dejando de existir las dificultades en el flujo de recursos, siendo en gran porcentaje la facturación de nuestros servicios en las EPS del Régimen Subsidiado llegando a un 30% del presupuesto total por reconocimientos, seguido el mercado contributivo 6% y el 4% de la PPNA (Secretaría de Salud de Cundinamarca SSC y otras secretarías) quien es uno de los mejores pagadores y que el hospital facturaba en gran proporción antes de la unificación del POS.

Este indicador influye los gastos son por los valores contratados (comprometidos) y los no realmente facturados o causados, también por requisitos de habilitación se presentaron gastos o como el cumplimiento a la norma en el mantenimiento hospitalario, entre otros.

También influye que los ingresos recaudados por el Hospital en gran parte las EPS pagan servicios de la vigencia en promedio a 180 días.

Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-36.480.614.778
Superávit o déficit operacional no corriente	65.445.541.053
Superávit o déficit total	28.964.926.274
Sin Riesgo	0.53
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	37.735.942.298

ESTÁNDAR: <0.90

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

RESULTADO: 1.27

CALIFICACIÓN: 0

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	1.25	1.45	1.27

Actividades y estrategias ejecutadas

El Hospital mantiene los ingresos facturados pero disminuyo el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para la sede Bogotá y la UF Zipaquirá, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud.

Los ingresos no suben para Bogotá y se incrementó la productividad en la UF Zipaquirá, y los gastos también se mantienen.

Logros

Al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2016 con la de 2017 en pesos constantes, hay un aumento del 27%, dando como resultado global Gasto de funcionamiento más los gastos de operación comercial y prestación de servicios por UVR en el 2016 un número de 8.052 y en el 2017 un número de 10.254. Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 1.27 comparado con el año anterior al pasar de 9.207 pesos por UVR en el 2016, a 11.547 pesos esto dado principalmente por el menor valor en UVR Producidas porque bajan de una vigencia a otra en el 2016 fue de 7.427.968 y en el 2017 de 6.162.249.
- Sede U.F. Zipaquirá se tiene un gasto por UVR de 1.45 comparado con el año anterior al pasar de 5.096 pesos por UVR en el 2016, a 7.367 pesos esto dado principalmente por el menor valor en UVR Producidas porque bajan de una vigencia a otra en el 2016 fue de 2.888.998 y en el 2017 de 2.760.130.

Hay que resaltar que en la sede Bogotá se tiene centralizado gran parte de los procesos administrativos, financieros y de apoyo logístico y presupuestalmente se cargan en el gasto de la Sede Principal Bogotá logrando así se presente un menor gasto en la sede de Zipaquirá, gastos que se evidencian en los gastos totales del hospital consolidado.

Dificultades

En los gastos de funcionamiento y operación comercial se dio un aumento en la sede Bogotá y la Uf Zipaquirá, debido a:

Que los gastos que se reflejan son los contratados para toda la vigencia y los no realmente facturados o causados, pero a pesar de todo se generó más gastos comprometidos ya que muchos contratos quedan para financiar gastos a mediados de octubre, también dado al aumento de la productividad.

Otro aspecto es la baja oferta de profesional especializado, médicos generales y personal de enfermería que por leyes del mercado condicionan una mayor exigencia remunerativa por parte de estos, a los cuales el hospital tiene que nivelarse para no quedarse sin el recurso humano y en la búsqueda de nuevo mercadeo en servicios que el hospital ha ido implementando y en fortalecer los servicios creados actuales, situación que implica aumentos en el costo superiores a lo contratado en varias especialidades.

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	
ESTÁNDAR: >1.00	
RESULTADO: 0.99	
CALIFICACIÓN: 1	

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIQAQUIRÁ	TOTAL
Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/	95.062.174.024	13.880.446.013	108.942.620.037
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	87.249.782.635	22.533.739.546	109.783.522.181
	INDICADOR	1.09	0.62	0.99

Actividades y estrategias ejecutadas

Teniendo en cuenta la gran labor en la recuperación de cartera de servicios de la vigencia actual y de vigencias anteriores donde el Hospital ha realizado con la circularización mensual de la cartera, el cobro directo a través de derechos de petición y la solicitud de intervención de entidades de control como la Supersalud y Contraloría. Igualmente se adelantan los procesos de cobro jurídico y conciliaciones prejudiciales y fallos judiciales ordenando el pago al hospital, siendo favorable para obtener más ingresos efectivos en el 2017.

Se logra aumento en la productividad del Hospital lográndose un mayor valor en la venta de servicios de salud, pero el recaudo de estas se mantuvo igual al de la vigencia anterior.

Logros

En los ingresos totales recaudados en la vigencia 2017 se mantuvieron, mientras que los gastos comprometidos se aumentaron. Al mirar este comportamiento por sede vemos que sin tener en cuenta el valor del saldo de caja y bancos a Diciembre 31 de 2016, se mantuvo el recaudo comparado al de la vigencia anterior para la sede Bogotá y UF Zipaquirá, hay que tener en cuenta que los ingresos totales para este indicador incluye el valor de la disponibilidad inicial y en gastos las cuentas por pagar (vigencias anteriores).

Otro aspecto es que las cuentas por pagar con proveedores aumentaron comparadas con la vigencia 2016 y como se ha mantenido la misma disponibilidad en las cuentas bancarias con estos se ha logrado rendimientos financieros para así apalancar gastos.

Dificultades

Los contratos están suscritos hasta mediados octubre y el total de recaudo hasta el mes de junio de 2017, algunos gastos comprometidos en la vigencia 2016 quedan para garantizar gastos en la siguiente vigencia 2017 quedando como gastos en la vigencia 2016, como cuentas por pagar presupuestales. Proceso que hace que los compromisos se deben registrar presupuestalmente o toda la nueva contratación arrancara a partir del 1 de enero siendo imposible porque todo tiene efecto de convocatorias, invitaciones públicas, etc.

Otro aspecto es que se tiene saldos disponibles en bancos del resultado del cierre de la vigencia anterior en la disponibilidad inicial presentando valores de estampillas pro hospitales y de recursos propios por la venta propia de servicios de salud. No obstante que los ingresos solo de la actual vigencia 2017 y por recuperación de cartera de vigencias anteriores no aumentaron, pero los gastos si aumentaron. Al observar este comparativo los gastos de la vigencia siempre no dejan de ser superiores a los ingresos recaudos de solo la vigencia, porque la recuperación de cartera de servicios de solo la vigencia llega a un 42% todo el año, apalancándose con ingresos recaudos 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:

<i>Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"</i>					
<i>Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado</i>					
					<i>Compromisos</i>
					<i>jun-17</i>
<i>Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)</i>				<i>a</i>	<i>108.942.620.037</i>

Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)		b	109.783.522.181
Resultado Indicador (a/b)			0,99
Estándar indicador			>1,00

3. Contabilidad

3.1 Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental corte Junio de 2015 – 2016 2017

Información en miles de \$

CUENTAS	jun-15	jun-16	jun-17	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)
INGRESOS OPERACIONALES	97.000.522	75.920.785	69.028.572	(6.892.213)	(0,09)
INGRESOS OPERACIONALES	97.000.522	75.920.785	69.028.572	(6.892.213)	(0,09)
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	72.899.247	62.728.970	58.868.492	(3.860.478)	(0,06)
MARGEN BRUTO	24.101.275	13.191.815	10.160.080	(3.031.735)	(0,23)
GASTOS DE OPERACIÓN	13.992.736	18.920.656	9.696.847	(9.223.809)	(0,49)
DE ADMINISTRACIÓN	3.059.615	3.699.418	4.759.849	1.060.431	0,29
Sueldos y salarios	951.327	1.065.142	828.612	(236.530)	(0,22)
Contribuciones efectivas	161.135	197.892	216.065	18.173	0,09
Aportes sobre la nómina	35.204	43.440	1.294.634	1.251.194	28,80
Gastos generales	1.783.735	2.256.077	2.209.698	(46.379)	(0,02)
Impuestos, contribuciones y tasas	128.214	136.867	210.840	73.973	0,54
PROVIS, DEPRECIACIONES Y AMORT.	10.933.121	15.221.238	4.936.998	(10.284.240)	(0,68)
Provisiones	10.468.820	14.927.584	4.387.468	(10.540.116)	(0,71)
Depreciación	464.301	293.654	549.530	255.876	0,87
EXCEDENTE O DÉFICIT OPERACIONAL	10.108.539	(5.728.841)	463.233	6.192.074	(1,08)
Transferencias ***	3.648.054	2.120.802	1.902.338	(218.464)	(0,10)
OTROS INGRESOS	2.841.548	2.562.863	2.679.419	116.556	0,05
Financieros	1.240.627	1.398.091	1.635.743	237.652	0,17
Otros Ingresos Ordinarios	108.339	153.891	73.573	(80.318)	(0,52)
Margen en la contratación de servicios de salud	91.271	75.256	-	(75.256)	(1,00)
Extraordinarios	800.581	319.957	277.060	(42.897)	(0,13)
Ingresos de ejercicios anteriores	600.730	615.668	693.043	77.375	0,13
OTROS GASTOS	4.210.661	4.393.845	3.320.391	(1.073.454)	(0,24)
Financieros	69.407	55.951	1.954	(53.997)	(0,97)
Pérdida en retiro Act. (glosas Vig.)	536.102	163.667	111.297	(52.370)	(0,32)
Margen en la contratación de los servicios de salud	1.067.718	1.014.349	502.595	(511.754)	(0,50)
Otros Gtos Ordinarios y P. retiro de Bs. Ext.	-	15.896	146.275	130.379	-
Gtos de ejercicios anteriores (Inc. Glosas. V.a)	2.537.434	3.143.982	2.558.270	(585.712)	(0,19)
EXCEDENTE O DÉFICIT DEL EJERCICIO	12.387.480	(5.439.021)	1.724.599	7.163.620	(1,32)

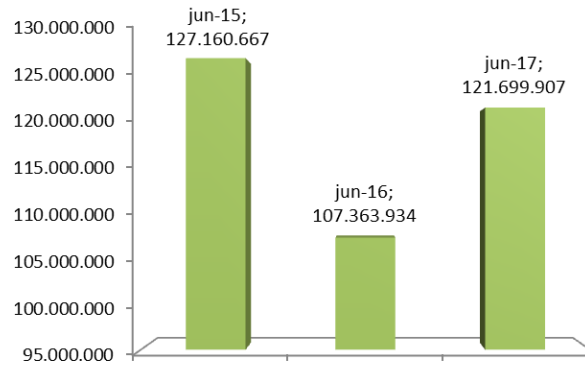
Actividad Económica consolidado por Unidad Funcional

CONCEPTOS	30-JN-16	HUS	ZIQUAIRA	30-JN-17	HUS	ZIQUAIRA
INGRESOS OPERACIONALES	69.096.570	53.903.549	15.193.021	70.930.910	54.424.583	16.506.327
VENTA DE SERVICIOS	66.975.768	51.782.747	15.193.021	69.028.572	52.522.245	16.506.327
TRANSFERENCIAS	2.120.802	2.120.802	0	1.902.338	1.902.338	0
COSTO DE VENTAS	57.067.710	46.652.057	10.415.653	58.868.492	46.596.660	12.271.832
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	57.067.710	46.652.057	10.415.653	58.868.492	46.596.660	12.271.832
UTILIDAD BRUTA	12.028.860	7.251.492	4.777.368	12.062.418	7.827.923	4.234.495
GASTOS OPERACIONALES	14.054.282	9.712.008	4.342.274	9.696.848	8.095.244	1.601.604
ADMINISTRACION	3.365.547	2.751.288	614.259	4.759.850	3.767.603	992.247
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	10.688.735	6.960.720	3.728.015	4.936.998	4.327.641	609.357
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	-2.025.422	-2.460.516	435.094	2.365.570	-267.321	2.632.891
OTROS INGRESOS	2.257.515	2.146.962	110.553	2.679.418	2.623.410	56.008
OTROS GASTOS	2.872.421	1.961.557	910.864	3.320.390	2.336.094	984.296
EXCEDENTE (DEFICIT)	-2.640.328	-2.275.111	-365.217	1.724.598	19.995	1.704.603
EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERC.	-2.640.328	-2.275.111	-365.217	1.724.598	19.995	1.704.603

3.2 INDICADORES FINANCIEROS

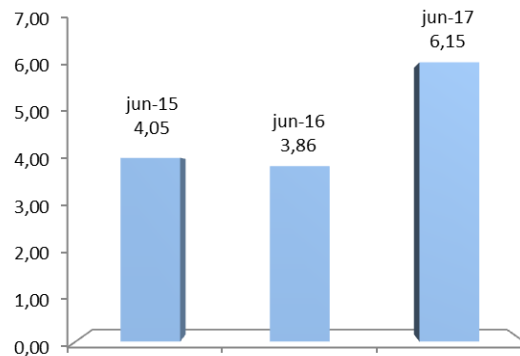
1. LIQUIDEZ	jun-15	jun-16	jun-17
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	127.160.667	107.363.934	121.699.907
1.2 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	47.978.930	40.024.052	59.962.766
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	4,05	3,86	6,15
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	3,98	3,75	6,00
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	2,15	2,07	3,54
2. ENDEUDAMIENTO	jun-15	jun-16	jun-17
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,19	0,17	0,10
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,24	0,20	0,11
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	5,24	5,93	10,07
3. RENTABILIDAD	jun-15	jun-16	jun-17
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	0,13	-0,07	0,02
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	0,06	-0,02	0,01
3.2 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	0,07	-0,03	0,01
4. ACTIVIDAD	jun-15	jun-16	jun-17
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/días)	538.891,79	421.782,14	383.492
4,2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	1,42	1,66	1,99
4,3 ROTACION DE CARTERA DIAS	256	299	358
4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	0,57	0,52	0,47
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,44	0,33	0,27
4.6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	13	7	8
4,7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Días (Inv*360/Costo de Vtas)	14	25	22
5. EBITDA	jun-15	jun-16	jun-17
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	21.041.660	9.492.397	5.400.231
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	22%	13%	8%
EBITDA MENSUAL	3.506.943	1.582.066	900.039

1. CAPITAL DE TRABAJO
(Activo corriente - Pasivo corriente)



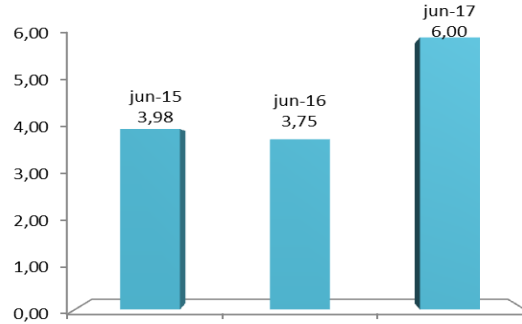
Indica la diferencia existente entre el Activo Corriente y Pasivo Corriente al periodo de corte, y representa el valor del que se dispone después de cancelar las obligaciones que se tienen a corto plazo. El HUS en este rubro tiene en la fecha de análisis \$121.699.907 en miles de pesos, para realizar las actividades normales. En el cuadro de comparación, el HUS del 2015 al 2016 tuvo una notable disminución \$ 19.796.733 diferencia debida a la entrega de la Sede de Girardot en Feb 11/2016. Para el 2017 notamos un incremento de \$ 14.335.973, lo que indica una mejoría en la generación de la facturación, lo que redundo en un incremento de la cartera de \$126.179 a \$137.271 en este último año de análisis.

2. RAZON CORRIENTE
(Activo corriente/Pasivo corriente)



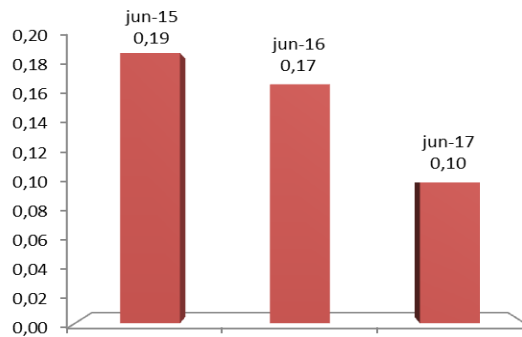
Determina el valor que el HUS posee por cada peso que adeuda a corto plazo. Para el año 2015 se tenía \$4,05 por cada \$1 de deuda, en el 2016 \$3,86 y en el 2017 \$6,15. Lo que indica que año tras año, la entidad ha tenido suficientes activos para realizar en caso de necesitar la cancelación total de las deudas a corto plazo.

3. CORRIENTE DISPONIBLE
 (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)



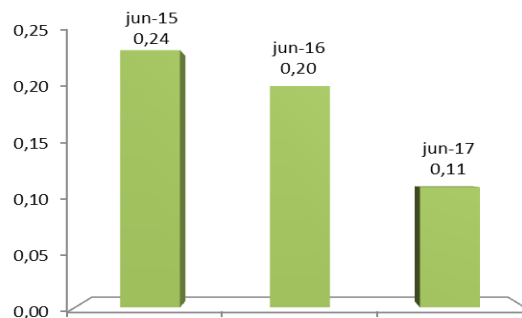
Si en los activos corrientes no tenemos en cuenta los Inventarios para cancelar las deudas a corto plazo, de igual manera el HUS puede responder por sus obligaciones corrientes. Estos valores de activos sin inventarios, superan en cada año de análisis los pasivos a cancelar, lo que muestra una solvencia para cubrir dichas obligaciones a corto plazo.

4. ENDEUDAMIENTO TOTAL
 (Pasivo Total/Activo Total)



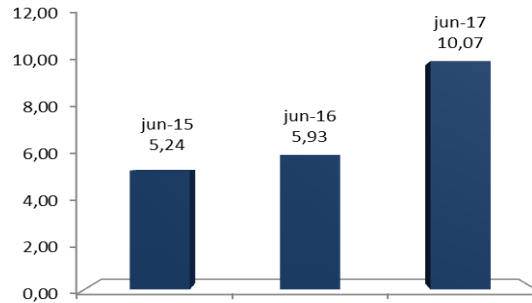
Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de los Activos Totales de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador ha mostrado una disminución de 0,02 en el 2016 y \$0.07 en el 2017, lo que indica que tenemos la tendencia a cumplir con nuestras obligaciones y que cada vez nos endeudamos menos.

5. ENDEUDAMIENTO PATRIMONIAL
 (Pasivo Total/Patrimonio Total)



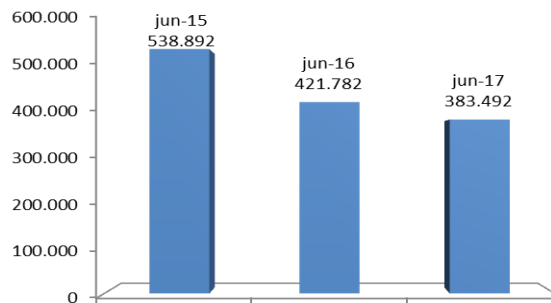
Al igual que el anterior indicador, se establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro del Patrimonio de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador ha mostrado una disminución de 0,04 en el 2016 y \$0.09 en el 2017, lo que indica que el cumplimiento de nuestras obligaciones no permite que nuestro patrimonio sea comprometido con terceros.

**6.SOLIDEZ
 (Activo Total/Pasivo Total)**



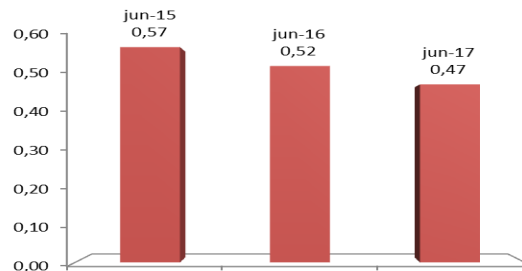
Determina el valor que el HUS posee por cada peso que adeuda tanto a corto como a largo plazo. Para el año 2015 se tenía \$5,24 por cada \$1 de deuda, en el 2016 \$5,93 y en el 2017 \$10,07. Lo que indica que año tras año, la entidad ha tenido suficientes activos para realizar en caso de necesitar la cancelación del total de sus deudas.

**7.VENTAS PROMEDIO DIARIAS
 (Ventas/días)**

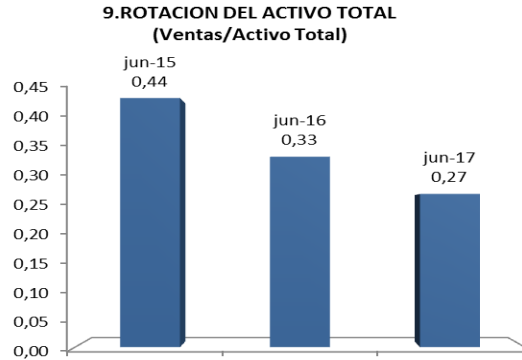


Determinamos por medio de este guarismo, la cifra de ventas diarias, lo que nos muestra el comportamiento año tras año en el periodo de análisis. Notamos que este promedio de ventas va disminuyendo año tras año, principalmente entre 2015 y 2016 por la no participación de la Unidad Funcional desde febrero de 2016.

**8.ROTACION DEL ACTIVO CORRIENTE
 (Ventas/Activo Corriente)**



Determina las veces en que la cifra del Activo Corriente está representado con respecto a las ventas. Tanto en el 2015 con 0.57, en el 2016 con 0.52 y el 2017 con 0.47 nos muestra que no ha alcanzado a rotar ni una vez, y que a su vez indica que las ventas no han sido suficientes para justificar la inversión representada en el Activo Corriente de la entidad.



Si hacemos el mismo cálculo anterior pero incluyendo el Activo Total, podemos analizar de igual manera que la cifra de ventas no justifica la inversión representada en el Total de Activos. No se alcanza ni la unidad de rotación del Activo Total con respecto a las ventas de los periodos analizados.

3.3 Proceso de convergencia normas internacionales de información financiera (NIIF)

El Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. se acogió a la alternativa dispuesta en el artículo 3 del párrafo 1 de la Resolución 663 del 30 de diciembre de 2015, de la Contaduría General de la Nación, que amplió el plazo del periodo de transición para la aplicación del nuevo marco normativo, dispuesto en las resoluciones 743 de 2013 y 414 de 2014, quedando el periodo de aplicación a partir de enero de 2017.

En consecuencia, a partir de dicha fecha, deberá generarse un Estado Financiero de Apertura (ESFA), e iniciar el registro de las operaciones bajo el nuevo marco normativo, para el efecto, el HUS entre otras cosas, deberá contar con un Sistema de Información confiable y actualizado bajo este nuevo marco, de igual manera las Políticas Contables deberán estar actualizadas y aplicadas, de tal forma que garanticen la confiabilidad de la Información Contable y Financiera que se genere, para la Junta Directiva, la Gerencia y los Entes de Control.

Así las cosas, a pesar de los múltiples inconvenientes que se presentaron en el manejo del aplicativo DGH principalmente el módulo NIIF, el primer trimestre se generó bajo el nuevo marco normativo y se presentaron a la Contaduría General de la Nación los reportes solicitados, tanto en marco normativo anterior COLGAAP como en Normas Internacionales de Información Financiera NIIF.

El Estado de Información Financiera convergencia, que se generó para el primer trimestre, comparado con la contabilidad COLGAAP contiene entre otras las siguientes diferencias:

- En el efectivo y equivalente al efectivo por \$7.896.546 se reclasificaron a efectivo de Uso restringido, presentando en el disponible un cambio notorio en los estados financieros.
- En Cartera y la cifra de Ventas, por política contable en el reconocimiento de los ingresos, se contabilizan las Ordenes de Servicio en el momento de generarse, y no al cierre de la factura como sucedía antes. Por esta razón, las cifras de cartera y de Ingresos se incrementan en estas cifras.

- Se terminan de realizar las provisiones de cartera que se efectuaban en el marco anterior, y se determina por cálculo factura a factura, el deterioro real de la cartera. En junio se hizo un cálculo de deterioro por \$3.797 miles.
- Los activos fijos sufren igualmente un cambio notorio. Se realizan por avalúo y por inspección técnica, nuevas vidas útiles para los activos del HUS, lo cual tiene efectos sobre los costos por depreciación y por consiguiente en los resultados de la actividad del periodo.
- En cuanto a Inventarios, también se presenta un nuevo tratamiento en cuanto a deterioro, lo que obliga a realizar nuevos cálculos por cada ítem de este rubro.
- De igual manera, a la cuenta de Diferidos se le hace un nuevo tratamiento y reclasificación. Contabilizando de esta cuenta muchas cifras directamente al gasto por exigencia de la nueva normatividad. Lo que afecta las cifras de los resultados en las actividades del HUS.
- En cuanto a los pasivos, en el nuevo marco normativo, solo se presenta una nueva reclasificación y homologación de cuentas, que no cambian las cifras de estos rubros.
- En el Patrimonio, por efectos de las reclasificaciones, valoraciones y depuraciones principalmente a los activos de la institución, se crea una nueva cuenta denominada "Impactos por la transición al nuevo marco de regulación", en donde se registran las diferencias que se presentan como resultado de los análisis y ajustes a cada uno de sus rubros.

Estado de Situación Financiera Convergencia

El Estado de Situación Financiera Convergencia, generado para este año, por ser el primer informe bajo el nuevo marco normativo, no tiene punto de comparación con otros periodos, sin embargo se presenta un comparativo con el mismo periodo del año anterior en su versión del marco anterior.

BOGOTA DISTRITO CAPITAL
E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
ESTADO DE SITUACION FINANCIERA CONVERGENCIA (COMPARATIVO)
A 30 DE JUNIO DE:
(Cifras en Miles de Pesos)

VIGILADO SUPERSALUD

	2017 Convergenia	2016 Marco Norm. Preced.		2017 Convergenia	2016 Marco Norm. Preced.
1 ACTIVO			2 PASIVO		
CORRIENTE	145.329.004	144.846.672	CORRIENTE	23.629.096	37.482.740
11 EFECTIVO Y EQUIVALENTES A EFEC.	55.279.574	49.641.458	23 OBLIGACIONES FINANCIERAS	0	0
12 INVERSIONES E INSTRU.DERIVADOS	0	0	24 CUENTAS POR PAGAR	16.026.342	21.148.263
13 CUENTAS POR COBRAR	78.571.354	90.919.298	25 OBLIGACIONES LABORALES	5.455.896	5.280.048
15 INVENTARIOS	3.581.530	4.285.916	27 PASIVOS ESTIMADOS	1.287.772	927.061
19 OTROS ACTIVOS	7.896.546		29 OTROS PASIVOS	859.087	10.127.368
NO CORRIENTE	111.241.562	82.065.022	NO CORRIENTE	1.856.804	766.475
12 INVERSIONES E INSTRU.DERIVADOS	283.451	155.244			
13 CUENTAS POR COBRAR	51.699.582	24.027.501	24 CUENTAS POR PAGAR	0	0
15 INVENTARIOS	0		27 PASIVOS ESTIMADOS	1.856.804	766.475
16 PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	58.177.260	32.469.084			
17 BIENES USO PUBL.HISTORIC.-CULT.	0	16.699.870			
19 OTROS ACTIVOS	1.081.269	8.713.323	TOTAL PASIVO	25.485.901	38.249.215
TOTAL ACTIVO	256.570.565	226.911.694	3 PATRIMONIO		
8 CUENTAS DE ORDEN DEUDORA	0	0	32 PATRIMONIO INSTITUCIONAL	231.084.664	188.662.479
81 DERECHOS CONTINGENTES	2.904.064	1.982.758	TOTAL PATRIMONIO	231.084.664	188.662.479
82 DEUDORAS FISCALES	0	0	TOTAL PASIVO+ PATRIMONIO	256.570.565	226.911.694
83 DEUDORAS DE CONTROL	22.324.933	17.377.721			
89 DEUDORAS POR CONTRA (CR)	25.228.997	19.360.479	9 CUENTAS DE ORDEN ACREEDO	0	0
			91 RESPONSABILIDADES CONTINGENTE	36.803.232	32.327.671
			92 ACREEDORAS FISCALES		
			93 ACREEDORAS DE CONTROL	8.774.030	20.052.760
			99 ACREEDORAS POR CONTRA (DB)	45.577.262	52.380.431

BOGOTA DISTRITO CAPITAL
E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
ESTADO DE RESULTADOS CONVERGENCIA (COMPARATIVO)
DEL 01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE :
(Cifras en Miles de Pesos)

VIGILADO SUPERSALUD

	2017 Convergencia	2016 Marco Norm. Preced.
INGRESOS OPERACIONALES	70.930.911	78.041.588
43 VENTA DE SERVICIOS	69.028.572	75.920.786
44 TRANSFERENCIAS	1.902.338	2.120.802
COSTO DE VENTAS	58.868.492	62.728.970
63 COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	58.868.492	62.728.970
UTILIDAD BRUTA	12.062.418	15.312.618
GASTOS OPERACIONALES	9.696.848	18.920.655
51 ADMINISTRACION	4.759.850	3.699.417
53 PROVISIONES, AGOTAM. DEPRECIAC.Y AMORTIZAC.	4.936.998	15.221.238
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL	2.365.571	-3.608.037
48 OTROS INGRESOS	2.679.419	2.562.862
58 OTROS GASTOS	3.320.391	4.393.846
EXCEDENTE (DEFICIT)	1.724.598	-5.439.021
EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERCICIO	1.724.598	-5.439.021

En versión COLGAAP los ingresos ascienden a \$66.944 en miles y en NIIF \$69.028 en miles con un incremento de \$2.084 en miles, correspondientes a los ingresos que quedaron abiertos a junio/2017 y que generaron ingresos adicionales por la contabilización de las Ordenes de Servicio como ingresos reconocidos en el momento de su prestación, como se explicó anteriormente.

Los costos en versión anterior suman \$58.633 y en NIIF \$58.868 lo que representa una pequeña disminución, lo que indica que en ambos sistemas, los costos de ventas corresponden a la misma proporción por las ventas realmente facturadas.

Los gastos de administración en NIIF son mayores por la contabilización directa de algunos gastos diferidos que en COLGAAP quedaron pendientes de amortización.

Las provisiones, depreciaciones y amortizaciones en COLGAAP son superiores a las de NIIF, por la influencia en las vidas útiles en el nuevo marco normativo por una parte, y por las provisiones de cartera que se efectuaron en la versión anterior, en NIIF en el deterioro de cartera se aplicaron \$3.797 miles.

En los rubros de Otros Ingresos se mantuvieron las cifras iguales en ambos sistemas por \$2.679 y en Otros Gastos de \$3.285 en COLGAAP a \$3.320 en NIIF, corresponden a diferencias propias del manejo de cada uno de los marcos normativos. Estas cifras determinan en el marco anterior un excedente de \$205 y en NIIF un excedente de \$1.724 por las razones expuestas anteriormente.

Rentabilidad por unidad de negocio

CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL
APOYO DIAGNÓSTICO			
LABORATORIO CLINICO	1.606.772.571	3.734.602.856	2.127.830.285
LABORATORIO INMUNOLOGIA	71.740.231	2.032.000	-69.708.231
PATOLOGIA	515.979.883	368.310.135	-147.669.748
A.DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	191.966.294	98.516.475	-93.449.819
GASTROENTEROLOGIA	378.833.614	510.504.625	131.671.011
A.DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	1.189.356.017	810.632.350	-378.723.667
A.DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	601.310.538	630.926.985	29.616.447
A.DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	56.091.872	158.480.100	102.388.228
UNIDAD RENAL	887.110.910	172.074.169	-715.036.741
SOPORTE NUTRICIONAL	91.076.324		-91.076.324
CLINICA DEL DOLOR	383.803	0	-383.803
SC- ESTRAMURALES	0		0
TOTAL	5.590.622.057	6.486.079.695	895.457.638

ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO			
CONSULTA MEDICINA GENERAL	0		0
CON. ALERGIAS Y REUMATO	89.486.757	41.411.200	-48.075.557
CONSULTA ANESTESIA	232.844.453	150.534.413	-82.310.040
CONSULTA CARDIOLOGIA	0		0
CONSULTA CIRUGIA GENERAL	234.271.076	1.017.377.748	783.106.672
CONSULTA QX PLASTICA	43.487.671	34.277.200	-9.210.471
CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	15.617.750	280.300	-15.337.450
CONSULTA CURACIONES	96.783.901	8.942.145	-87.841.756
CONSULTA DERMATOLOGIA	277.110.191	265.589.570	-11.520.621
CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	81.168.775	44.889.920	-36.278.855
CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	253.412.268	278.223.655	24.811.387
CONSULTA HEMATOLOGIA	135.093.095	127.902.475	-7.190.620
CONSULTA INFECTOLOGIA	140.834.233	59.845.700	-80.988.533
CONSULTA INMUNOLOGIA	0		0
CONSULTA MEDICINA INTERNA	444.173.433	254.622.498	-189.550.935
CONSULTA NEFROLOGIA	97.172.455	56.820.200	-40.352.255
CONSULTA NEONATOLOGIA	77.971.224	240.185.615	162.214.391
CONSULTA NEUMOLOGIA	0		0
CONSULTA NEUROCIRUGIA	198.061.416	71.579.700	-126.481.716
CONSULTA NEUROLOGIA	473.719.915	561.431.200	87.711.285
CONSULTA DE NUTRICION	149.348.859	81.710.843	-67.638.016
CONSULTA OFTALMO.	260.888.853	152.243.861	-108.644.992
CONSULTA ORTOPEDIA	283.638.889	99.654.358	-183.984.531
CONSULTA OTORRINO	174.975.360	132.542.600	-42.432.760
CONSULTA DE PSICOLOGIA	24.380.930	3.310.272	-21.070.658
CONSULTA DE UROLOGIA	169.619.271	88.233.278	-81.385.993
CONSULTA DE PSIQUIATRIA	70.888.099	45.964.232	-24.923.867
CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	94.803.152	47.000	-94.756.152
FISIOTERAPIA	903.181.714	944.125.697	40.943.983
TERAPIA DEL LENGUAJE	58.071.664		-58.071.664
TOTAL	5.081.005.405	4.761.745.680	-319.259.725

CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD O PÉRDIDA OPERACIONAL
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS			
CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	1.237.707.509	311.580.261	-926.127.248
OBSERVACION-UNIT URGENCIAS	1.597.842.245	2.153.459.227	555.616.982
TOTAL	2.835.549.753	2.465.039.488	-370.510.266
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO			
HOSPITALIZACION QX GRAL.	1.119.452.740	1.989.850.580	870.397.840
HOSPITALIZACION QX.PLASTICA	122.774.869	196.792.556	74.017.687
HOSPITALIZACION GINECO	632.950.337	336.697.864	-296.252.473
HOSPITALIZACION MEDICINA INT.	2.055.533.287	2.606.472.889	550.939.602
HOSPITALIZACION NEUROQX	663.212.165	626.264.085	-36.948.080
HOSPITALIZACION ORTOPEDIA	581.054.652	1.030.192.579	449.137.926
HOSPITALIZACION OTORRINO	163.541.504	14.173.100	-149.368.404
HOSPITALIZACION UROLOGIA	292.571.382	256.541.469	-36.029.913

HOSPITALIZACION U.C.I.	2.340.785.224	2.521.066.017	180.280.793
HOSPITALIZACION CUIDADOS INTERMEDIOS	670.980.917	1.236.358.365	565.377.448
HOSPITALIZACION NEONATO.	2.438.519.926	1.639.458.535	-799.061.391
TOTAL	11.081.377.004	12.453.868.039	1.372.491.035
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO			
ANESTESIA	1.456.295.875	388.870.075	-1.067.425.800
QX CIRUGIA GENERAL	1.213.991.964	1.234.783.877	20.791.913
QX CIRUGIA PLASTICA	805.496.230	1.259.822.322	454.326.092
QX GINECOLOGIA	189.617.277	169.032.065	-20.585.212
QX NEUROCIRUGIA	434.003.426	494.433.801	60.430.375
QX OFTALMOLOGIA	425.003.813	549.963.373	124.959.560
QX ORTOPEdia	938.207.275	1.603.960.426	665.753.151
QX OTORRINOLARINGOLOGIA	103.845.775	266.959.269	163.113.494
QX UROLOGIA	161.098.578	270.757.325	109.658.747
QX ORAL MAXILOFACIAL	0		0
QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	145.813.219	0	-145.813.219
SALAS DE PARTOS	1.640.580.617	385.593.734	-1.254.986.883
TOTAL	7.513.954.049	6.624.176.267	-889.777.782
ATENCIÓN EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA			
OTROS SERVICIOS CONEXOS	0	80.500	80.500
TOTAL	0	80.500	80.500
ATENCIÓN FARMACÉUTICA			
FARMACIA	12.747.737.920	10.895.066.613	-1.852.671.307
TOTAL	12.747.737.920	10.895.066.613	-1.852.671.307
BANCO DE SANGRE			
BANCO DE SANGRE	985.796.335	1.052.881.303	67.084.968
TOTAL	985.796.335	1.052.881.303	67.084.968
DOCENCIA			
SC- DOCENCIA	484.252.038	734.665.283	250.413.245
TOTAL	484.252.038	734.665.283	250.413.245
CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD O PÉRDIDA OPERACIONAL
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS			
IMAGENOLOGIA	3.233.938.020	5.136.289.481	1.902.351.461
TOTAL	3.233.938.020	5.136.289.481	1.902.351.461
INVESTIGACIÓN			
INVESTIGACION CIENTIFICA	24.401.956		-24.401.956
TOTAL	24.401.956	0	-24.401.956
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES			
AMBULANCIAS URGENCIAS	119.518.668	984.000	-118.534.668
	119.518.668	984.000	-118.534.668
GRAN TOTAL RENTABILIDAD POR UNIDAD DE NEGOCIO	49.698.153.205	50.610.876.348	912.723.143

Comparativo de costos por rubro

RUBRO	VIGENCIAS		VARIACION	
	2016	2017	%	RELATIVO
MANO DE OBRA	17.672.373.885,44	18.562.677.665,51	5%	890.303.780,07
INSUMOS	11.877.885.639,85	12.054.198.124,26	1%	176.312.484,41
GASTOS GENERALES	2.055.046.497,33	1.694.677.964,54	-18%	-360.368.532,79
DEPRECIACION	1.236.398.529,00	1.257.680.007,00	2%	21.281.478,00
COSTOS INDIRECTOS	13.810.352.494,57	12.778.478.083,38	-7%	-1.031.874.411,19
GASTOS ADMON	2.796.115.261,19	3.350.441.360,70	20%	554.326.099,52
TOTALES	49.448.172.307,38	49.698.153.205,39	1%	
VENTAS	51.782.746.571	50.610.876.348	-2%	-1.171.870.222,90

En el comportamiento comparativo a segundo trimestre 2016 vs 2017, se evidencia que el incremento en costos de mano de obra, insumos y depreciación oscila en el 1% y el 5% acorde al comportamiento de la producción y al IPC del año 2017, respecto de la contención de costos y la baja de ventas el ajuste se evidencia en los gastos generales y los costos indirectos, que para el caso del Hospital son variables donde el comportamiento se ve influenciado por las bajas y altas de la producción.

En el tema de rentabilidad los indicadores arrojan como resultado que los de mayor rentabilidad son laboratorio clínico, radiología, hospitalización cirugía general, por el contrario las de menor rentabilidad son farmacia, sala de partos, quirúrgicos y anestesia. Sin embargo, para estas áreas se debe hacer una revisión minuciosa ya que en el caso de farmacia se detectó que posiblemente las ventas se están viendo influenciadas de manera negativa por el cambio de régimen de contabilidad, que en Dinámica Gerencial actualmente toma las órdenes de servicio.

Para el caso de salas de parto las ventas se parametrizan a las áreas de ginecología y obstetricia y en anestesia en quirúrgicos se factura al área tratante y no al quirúrgico de anestesia.

3.4 ESTADO DE TESORERÍA

A corte del mes de junio entre los años 2016 y 2017, el total de la disposición de los recursos de que dispone la TESORERÍA del Hospital se incrementó en un 36% pasando de \$8.254 millones en 2016 a \$12.921 millones en 2017.

Lo anterior producto de los siguientes factores representativos:

Los recursos que ingresaron por Estampilla Departamental presentaron un incremento del 48% pasando de \$6.149 millones en 2016 a \$11.756 millones en 2017.

-Producto de Convenios Interadministrativos ingresaron, para Plan de Intervenciones Colectivas transitorias PIC a corte 2016 San Cayetano \$12.000 millones Zipaquirá \$298.152 millones Cogua \$79.655, ruta materna por \$483.567 millones.

- En junio de 2017 ingresaron \$2.347 millones para apertura de la cuenta maestra recaudadora para el pago correspondiente al aporte patronal de los parafiscales

-También impacta en los resultados, que los egresos por pagos del hospital disminuyeron a las fechas de corte del análisis en un 28% (\$4.581. millones menos), debido a que se han venido atendiendo pasivos que estaban acumulados, adicionalmente los recursos con destinación específica (incrementaron en 21% pasando de \$20.566 millones en 2016 a \$26.120 millones en 2017 esto por el ingreso de los recursos de estampilla

-Todas las cuentas bancarias se están manejando para que registren rendimientos financieros y para las dos cuentas que presentan mayores SALDOS, como son la cuenta corriente en el BANCO CAJA SOCIAL y la cuenta de Ahorros en el BBVA, se negocian con los bancos tasas especiales. La única cuenta que no presenta rendimientos es la cuenta corriente número 309-04310-7 en la cual se dejan solo los fondos para eventuales giros de cheques.

Del total de los recursos de tesorería a corte junio de 2017 \$55.279 hay \$26.120 los cuales corresponden a destinación específica representados así; estampilla, proyectos, cuentas por pagar de impuestos e intereses, las demás cuentas por pagar que a esta fecha ascienden a \$16.237 millones, quedando una disposición total de recursos de \$12.921.

	2017	2016	2015	inc o dism \$ 2017- 2016	inc o dism \$ 2016- 2015	inc o dism % 2017- 2016	inc o dism % 2016- 2015
CAJA GENERAL	\$23.415.012	\$18.313.299	\$26.781.457	\$5.101.713	-\$8.468.158	22%	-46%
CUENTAS CORRIENTES	\$27.852.794.551	\$23.649.246.914	\$30.375.947.133	\$4.203.547.637	-\$6.726.700.219	15%	-28%
CUENTAS DE AHORROS	\$27.403.364.197	\$25.973.897.228	\$33.973.376.207	\$1.429.466.969	-\$7.999.478.979	5%	-31%
CUENTAS POR PAGAR	-\$16.237.838.033	-\$20.819.778.755	-\$23.413.189.438	\$4.581.940.722	\$2.593.410.683	-28%	-12%
Cuentas por Pagar Impuestos e intereses	-\$407.687.616	-\$328.485.264	-\$340.067.010	-\$79.202.352	\$11.581.746	19%	-4%
(-)Menos recursos con destinación específica:	-\$26.120.154.588	-\$20.566.787.514	-\$14.975.714.097	-\$5.553.367.074	-\$5.591.073.417	21%	27%
TOTAL RECURSOS DISPOSICION:	\$12.921.581.139	\$8.254.891.172	\$26.327.268.272	\$4.666.689.967	-\$18.072.377.100	36%	-219%

Recursos propios destinados para proyectos**				
	2017		2016	2015
Proyecto ampliación, remodelación y dotación Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos	\$7.860.672.000,00	Implementación actualización del sistema eléctrico primera etapa-Hus	\$1.134.259.000,00	Estampillas y Recursos para proyectos \$14.635.647.087
Modernización sistema ventilación mecánica y salas de Cirugía Integrada de la Unidad Quirúrgica	\$5.000.000.000,00	Ampliación, remodelación y dotación de la unidad cuidado intensivo adultos-Hus	\$7.860.672.000,00	
Implementación actualización Sistema Eléctrico primera etapa (en ejecución)	\$1.095.035.063,00	Modernización sistema ventilación mecánica y salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica-Hus	\$5.000.000.000,00	

Total	\$13.955.707.063,00	Inversión -proyecto reforzamiento estructural (C*P)- Bogota	\$93.463.827,00
		Total	\$14.088.394.827,00

3.5 CUENTAS POR PAGAR

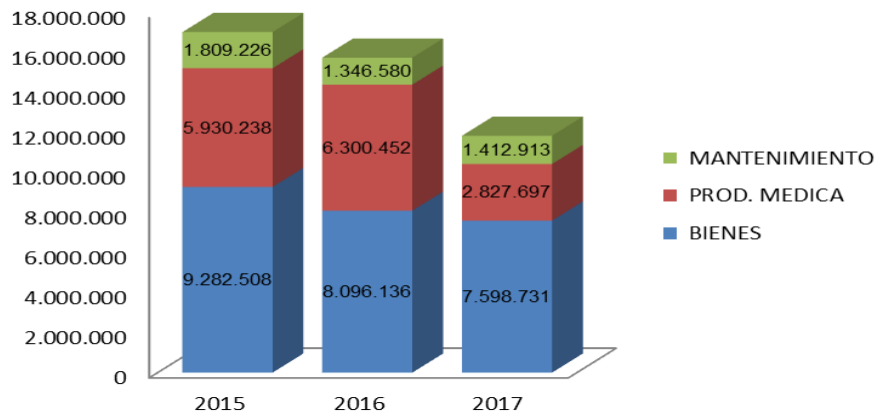
Comparativo cuentas por pagar corte junio 201-2016-2017

Cifras en miles de pesos

	2015	2016	2017
BIENES	9.282.508	8.096.136	7.598.731
PROD. MEDICA	5.930.238	6.300.452	2.827.697
MANTENIMIENTO	1.809.226	1.346.580	1.412.913
TOTAL	17.021.972	15.743.168	11.839.342

2017	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360	Participacion
BTA-24010101 BIENES	7.598.731.100	2.472.690.860	3.587.064.854	849.076.287	364.427.117	323.158.478	2.313.504	64%
BTA-24010102 PROD. MED	2.145.709.271	1.860.228.032	27.246.840	293.141	224.596.275	33.344.983	0	18%
BTA-24010105 MANTEN.	1.234.900.952	682.476.791	298.120.707	120.374.159	115.833.967	18.095.328	0	10%
ZIPA 24010120 BIENES	0	0	0	0	0	0	0	0%
ZIPA 24010121 PROD. MED	681.988.028	593.970.032	3.695.830	0	57.942.185	26.379.981	0	6%
ZIPA 24010122 MANTEN.	178.012.183	164.652.212	0	12.275.971	1.084.000	0	0	1,50%
GDOT 24010130 BIENES	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
GDOT 24010131 PROD. MED	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
GDOT 24010135 MANTEN Y OT.	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
TOTAL	11.839.341.534	5.774.017.927	3.916.128.231	982.019.558	763.883.544	400.978.770	2.313.504	100%

Cuentas por pagar a junio 2015-2016-2017



Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR
ESTÁNDAR: Cero (0) o variación negativa
RESULTADO: -749.005.041
CALIFICACIÓN: 5

Actividades y estrategias ejecutadas

Se mejoró el recaudo, lo cual dio flujo de recursos para el pago de acreencias del hospital, se gestionó la liquidación de contratos de vigencias anteriores lo que permitió el pago de los mismos.

Se efectuaron los pagos de las obligaciones por concepto de salarios y prestaciones del personal de planta, colaboradores y personal especializado, que cumplieron los requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo.

Logros

Los salarios y prestaciones de personal de planta se cancelaron oportunamente.

Dificultades

Es de aclarar que el no pago de las cuentas por pagar no es debido a ausencia de recursos en la ESE Hospital Universitario de La Samaritana sino que corresponden al incumplimiento de la totalidad de los requisitos para el pago de las mismas, estipulados contractualmente; específicamente, la ausencia de radicación oportuna de las certificaciones de Interventoría y/o Actas de liquidación a la oficina de cuentas por pagar por parte de los supervisores de los respectivos contratos.

Evidencias y soportes

Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo junio de 2016 y 2017

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A JUNIO 2017							
CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360
SERV. M. BTA CUENTA 24010102	2.145.709.271	1.860.228.032	27.246.840	293.141	224.596.275	33.344.983	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	681.988.028	593.970.032	3.695.830	0	57.942.185	26.379.981	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.827.697.299	2.454.198.064	30.942.670	293.141	282.538.460	59.724.964	0
			373.499.235				
SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A JUNIO 2016							
CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360
SERV. M. BTA CUENTA 24010102	4.433.296.698	3.679.265.054	611.127.573	39.248.587	53.749.330	49.906.154	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	1.828.725.093	1.439.094.268	177.707.204	190.683.051	11.558.431	9.682.139	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	38.430.100	0	0	0	38.430.100	0	0
TOTAL	6.300.451.891	5.118.359.322	788.834.777	229.931.638	103.737.861	59.588.293	0
			1.122.504.276				
			DIFERENCIA	-749.005.041			

Por lo que arroja una disminución de \$ -749.005.041

3.6 ACTIVOS FIJOS

Las siguientes cifras son el reflejo de los resultados arrojados por los estados financieros definitivos para los tres trimestres de los años 2015, 2016 y 2017, y de acuerdo a ellos se hace un análisis del área de Activos fijos en cuanto la gestión que se llevó a cabo en dichos periodos para las propiedades, planta y equipo del Hospital Universitario de la Samaritana.

Dicho análisis versa en lo que hace referencia a los movimientos de entradas (ingresos) y salidas (bajas) Como de su depreciación acumulada en dichos periodos o trimestres.

Informe de gestión activos fijos años 2015 -2016 – 2017 comparativo 2º Trimestre

ACTIVOS FIJOS	2er TRIM 2017	2do: TRIM 2016	2do: TRIM 2015	VAR ABSOL 2do T. 2015-2do. T 2016 (ANALISIS HORIZONTAL)	VARIABLE RELATIVA (%)	V.ABS 2do T.2016-2do T.2017 (ANALISIS HORIZONTAL)	Var RL %	ANALISIS VERTICA L 2do t 2015	ANALISIS VERTICA L 2do t 2016	ANALISIS VERTICA L 2do t 2017
TERRENOS	1.704.129	1.704.129	1.704.129	0	0	0	0	3,28%	2,63%	2,65%
EDIFICACIONES	2.501.965	3.217.348	2.362.809	854.538	36	-715.383	-22	4,55%	4,97%	3,90%
CONSTRUCCIONES EN CURSO	0	0	12.999	-12.999	-100	0	0	0,03%	0,00%	0,00%
BIENES MUEBLES EN BODEGA	0	0	37.180	-37.180	-100	0	0	0,07%	0,00%	0,00%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	1.321.939	1.321.939	1.321.939	0	0	0	0	2,55%	2,04%	2,06%
REDES, LINEAS Y CABLES	582.516	582.516	582.516	0	0	0	0	1,12%	0,90%	0,91%
MAQUINARIA Y EQUIPO	938.175	984.739	818.483	166.256	20	-46.564	-5	1,58%	1,52%	1,46%
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	46.544.025	46.883.119	36.344.449	10.538.670	29	-339.094	-1	70,03%	72,43%	72,48%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	1.123.134	1.187.807	1.102.620	85.187	8	-64.673	-5	2,12%	1,83%	1,75%
EQUIPO. COMUNIC. COMPUTACION	5.583.437	4.892.138	4.219.341	672.798	16	691.299	14	8,13%	7,56%	8,70%
EQUIPO DE TRANSPORTE	881.628	881.628	873.943	7.685	1	0	0	1,68%	1,36%	1,37%
EQUIPO. COMEDOR COCINA DESPENSA Y HOT.	3.031.046	3.077.198	2.515.819	561.379	22	-46.152	-1	4,85%	4,75%	4,72%
TOTAL	64.211.995	64.732.562	51.896.229	12.836.333	25	-520.567	-1	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Balances Generales DGH periodos 2 do. Trimestre de 2015-2016-2017.

Para hacer un análisis comparativo de los acuerdo a las cifras tomadas fielmente de los periodos de los años 2015-2016 y 2017 de las variaciones en las diferentes cuentas del grupo 16 de los activos se procede a hacer el siguiente análisis, variaciones absoluta y relativa, para evidenciar la gestión respecto a los movimientos de entradas y salidas de activos, dentro de las cuentas de propiedad planta y equipo.

Análisis comparativo Segundo trimestre 2015 2016 2017

Variación absoluta- Análisis horizontal:

Edificaciones

La variación de 854.538 millones del segundo trimestre del 2015 en comparación con el 2016 reflejada en un posible aumento del 36%, se presenta, dentro del movimiento de esta cuenta en el año 2015 (Nov y dic.) y está dada en unas adecuaciones para el banco de leche, de la unidad funcional de Zipaquirá, y el valor de 715 millones es de una reclasificación hecha en marzo del 2016 de las cuentas de otros bienes históricos y culturales 171590 a esta cuenta de edificaciones.

La variación absoluta del segundo trimestre del 2016 hasta el segundo trimestre del 2017 es de -715.383 y la variación relativa es negativa (-22%) y la explicación a ello se da porque se reclasificaron en el transcurso del 2016, dichas adecuaciones sacándolas de la cuenta "Edificaciones", ya que hacían parte de la cuenta de gastos de interventoría.

Construcciones en curso.

Para el análisis horizontal del segundo trimestre del 2016 en comparación con el segundo trimestre del 2015 la variación en este rubro (12.999), se da debido a un reforzamiento estructural en el mes de junio de 2015; realizado al edificio central presentándose así esta variación del 100%. Para el segundo trimestre del 2016 comparativo con el 2017 no hubo variaciones.

Bienes muebles en bodega.

En el rubro de bienes muebles en bodega presentan una variación del 100%, en el comparativo del segundo trimestre del 2015 en relación con el mismo del 2016, ello obedece a que en la vigencia del 2015 se manejaba la cuenta de bienes en bodega, pero por efectos de cambios en las NIIF y realizando una depuración del contenido de ella se ajustó dejándola en ceros para el trimestre del 2016, ya que en esta vigencia (2016) se procura conciliar esta cuenta para que no quede con ningún saldo, es así que todo lo que haya ingresado a almacén se traslade de esta bodega a las respectivas áreas que hayan pedido los bienes, cumpliendo también con lo estipulado en las políticas establecidas de acuerdo a las NIIF; igual efecto se tiene para el trimestre del 2017 comparativo con el segundo trimestre del 2016.

Maquinaria y equipo:

Para el periodo de 2016 en el rubro maquinaria y equipo que se compone de las cuentas: maquinaria industrial, equipo de música, herramientas y accesorios, las adquisiciones más representativas fueron: un electroimán, una electrobomba, y compresores para la cuenta de herramientas y accesorios, y en junio de 2016 se adquirieron dos aire acondicionado representando esta adquisiciones el 20% en este segundo trimestre del 2016 en relación con el mismo en el 2015.

Para el segundo trimestre del 2017 en comparación con el segundo trimestre del 2016 la variación absoluta presenta un saldo negativo (-46.564) y su comportamiento es producto de las salidas que involucran este rubro debido a la entrega de la operación de la unidad funcional de Girardot, y su afectación contable se dio en septiembre de 2016, por ende su variación relativa es también negativa (-5%); otro factor relevante es que en el comparativo de los dos trimestres 2016 y 2017, en este último no hubo ingresos de activos con un valor importante.

Equipo médico y científico

Para el comparativo de la variación absoluta entre los segundos trimestres del 2015 en relación con el 2016. La variación absoluta es la que tiene más relevancia, lo que significa que a partir del segundo trimestre del 2015 las adquisiciones, y traslados hasta el segundo trimestre del 2016 fueron las que tuvieron mayor variación, (10.538.670) aumentando muy por encima de los demás rubros, y ello se debe a que el rubro de equipo médico y científico sobresale por la naturaleza de la institución al que se desenvuelve en el ámbito de la salud, pero si se analiza las

compras en el trimestre del 2015, para el rubro mencionado, estas alcanzaron los 250 millones, consistentes en un colonovideoscopio, un video gastroscopio y una regla biométrica 1 y para el trimestre del 2016 fueron de 180 millones, adquiriendo entre lo más relevante: un archivador rodante patología y un electro tomo de urología, y en junio un separador esternal octavase, también se registraron dentro del grupo de equipo médico y científico unas donaciones de equipo diagnóstico por 88,8 millones de pesos.

Ahora al hacer la comparación con el segundo trimestre del 2017 con relación al segundo trimestre del 2016...tenemos que tanto la variación absoluta (-339.094) como la relativa (-1) son negativas debido a dos factores importantes: el primero, hubo bajas importantes a lo largo del semestre de 2017 que disminuyeron este grupo de activos, es así que en febrero del 2017 se dieron de baja para equipo médico y científico un valor de 418.468 cuatrocientos diez y ocho millones cuatrocientos sesenta y ocho mil pesos; y segundo; en este semestre del 2017 no hubo ingresos relevantes para este grupo, entonces en consecuencia el análisis arroja unas cifras negativas con respecto a la disminución de activos dentro de este grupo.

Muebles y enseres y equipo de oficina

La variación que se da entre el segundo trimestre del 2015 en comparación con el segundo trimestre del 2016 es de 85,187 millones, donde el movimiento de este grupo no es significativo en comparación al conjunto (8%), cabe mencionar que hubo unos ingresos de unos proyectores como contraprestación de servicios prestados a la universidad de la Sabana; para el mismo trimestre del 2015 no hubo compras.

Para el segundo trimestre del 2017, la variación relativa del - 5% presenta una disminución de -64.673 miles; por dos factores fundamentales: uno.- no hubo compras en este trimestre del 2017 y dos.- se presentaron salidas (bajas) en este grupo de activos, en dicho trimestre.

Equipo de comunicación y computación.

El análisis horizontal que se hace para este grupo de activos nos arroja un aumento de 672.798 millones de pesos que van desde el segundo trimestre del 2015 al segundo trimestre del 2016, con una variación relativa positiva del 16%; lo que demuestra que estos activos ocupan el segundo lugar en cuanto a cifras dentro del conjunto de activos, existentes en el HUS e oyéndonos a las adquisiciones en cada trimestre mencionado nos muestran adquisiciones en el 2do trimestre del 2015 por 114 millones en equipos de cómputo para la unidad funcional de Zipaquirá, para el 2do trimestre del 2016 de 28.9 millones adquiridos en estos equipos y 13.76 millones en equipos de comunicación, como contraprestación con la universidad de la Sabana.

Tenemos también una variación relativa significativa que equivale al 14% para el comparativo de los segundos trimestres del 2016-2017, que viene siendo el reflejo del acumulado de los dos trimestres anteriores del periodo (primer trimestre 2016 y primer trimestre del 2017) y por consecuencia para este comparativo la variación relativa disminuyó en un punto; y su variación absoluta fue de 691.299 millones, donde el grueso de las compras que se realizó, fue en el primer trimestre del 2016 (análisis trimestres enero a marzo), cabe mencionar que en este segundo trimestre del 2017 no hubo compras, sino otros ingresos en contraprestación con la universidad de la Sabana de unos video beam y un computador.

Equipo de transporte.

En este rubro no hubo para este periodo (2015-2016) adquisiciones importantes por ello su variación relativa es del 1%, y en el segundo trimestre del 2016 y el segundo del 2017 no hubo movimientos en esta cuenta.

Equipo de cocina despensa y hotelería.

La variación absoluta respecto del segundo trimestre del 2015 con su homólogo del 2016 es bastante representativa (561.3) millones, y una variación relativa del 22% lo que hace ver que desde el segundo trimestre del 2015 al segundo trimestre del 2016 hubo movimientos positivos en este grupo de activos: adquisiciones, y para el caso específico del 2do trimestre del 2015 no hubo compras de bienes, mientras que para el segundo trimestre del 2016 se adquirieron colchones ortopédicos por 90 millones de pesos.

Al hacer el paralelo entre las variaciones de los segundos trimestres del 2016 y 2017 encontramos que la variación negativa de un punto y su absoluta de -46.152, se da debido a bajas y ninguna adquisición para este grupo de activos. En conclusión la variación relativa para este segundo trimestre del 2016 y su comparativo con el 2017 disminuyó notablemente en comparación con el análisis para los segundos trimestres del 2015 y 2016, debido a dos factores fundamentales:

Uno: las salidas en el 2016 de los bienes que se tenían en la Unidad funcional de Girardot, las bajas por remate de martillo hechas en febrero del 2016, y los ingresos de activos, también en el 2016 que fueron altos, y dos que en el primer semestre del 2017 no hubo ingresos significativos.

Análisis Vertical

Porcentaje de participación del total de las cuentas del grupo 16: activos fijos con relación a cada una de ellas.

Durante los 3 primeros trimestres de las vigencias 2015, 2016 y 2017, la cuenta más representativa dentro de la clase 16 Activos Fijos es **Equipo médico y científico**, con una representación del 70,03%; 72,43% y 72.48%, respectivamente; situación consecuente con el objeto misional del Hospital Universitario de la Samaritana, seguida de la Equipo de comunicaciones y computación con el 8,13%, 7,56% y 8,70%, respectivamente.

En general la variación relativa para el periodo 2015-2016 respecto a la **propiedad planta y equipo** representa una variación total del 25% que obedece a las adquisiciones de equipo en las diferentes cuentas analizadas respecto a los comparativos de los dos segundos trimestres del 2015 con el 2016,

En conclusión: para los trimestres 2016 y 2017 la variación absoluta se torna negativa -1% debido a dos razones poderosas; una no hubo ingresos significativos para el 1er semestre del 2017 y dos, se presentaron bajas y salidas de activos en el periodo corrido de segundo trimestre del 2016 al segundo trimestre del 2017.

Listado Depreciación acumulada – Propiedad Planta y Equipo a Dic 31 de 2016- 2015 -2014

Cifras en pesos

DEPRECIACION ACUMULADA	2do TRIM 2017	2do TRIM 2016	2do TRIM 2015	VAR ABSOL 2do T. 2016 (A HORIZONTAL)	VAR REL% - 2do.T 2015	VAR ABSOL 2DOTRIM. 2016-2017 (A HORIZONTAL)	VAR REL% - 2do.T 2016	ANALIS IS VER 2do.T 2015	ANALIS IS VER 2do.T 2016	ANALISIS VER 2do.t 2017
EDIFICACIONES	640.142	596.920	553.658	43.262	8	43.221	7	1,92%	1,86%	1,82%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	987.984	927.143	860.090	67.053	8	60.841	7	2,98%	2,90%	2,81%

REDES, LINEAS Y CABLES	300.637	286.993	242.144	44.850	19	13.644	5	0,84%	0,90%	0,85%
MAQUINARIA Y EQUIPO	403.300	359.333	307.757	51.576	17	43.967	12	1,07%	1,12%	1,15%
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	25.740.851	22.974.916	20.695.977	2.278.938	11	2.765.935	12	71,68%	71,78%	73,08%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	938.846	964.750	933.392	31.358	3	-25.905	-3	3,23%	3,01%	2,67%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	3.680.813	3.539.419	3.222.225	317.194	10	141.393	4	11,16%	11,06%	10,45%
EQUIPO DE TRANSPORTE	417.456	351.835	272.483	79.352	29	65.621	19	0,94%	1,10%	1,19%
EQUIPO. COMEDOR COCINA ETC.	2.111.596	2.005.273	1.785.817	219.456	12	106.323	5	6,18%	6,27%	6,00%
TOTAL	35.221.625	32.006.583	28.873.543	3.133.040	11	3.215.042	10	100,00 %	100,00 %	100,00%

Fuente: Balances Generales DGH periodos 2do. Trim. 2015-2016-2017.

VARIACION DEPRECIACION		
PERIODOS	VALORES	PORCENTAJE %
2do trim. 2015-2016-2017		
2do Trim.2015 - 1er trim.2016	3.133.040	11
2do Trim2016 – 2do Trim2017	3.215.042	10

Variación Depreciación periodos 2015 – 2016 - 2017

Periodo 2014-2015.

La depreciación acumulada para los trimestres analizados del 2015 en comparación con el segundo trimestre del 2016 es de 3.133.040 que en porcentaje equivale al 11%.

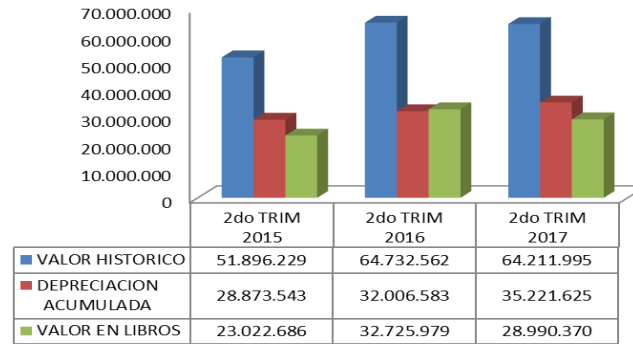
Para el segundo trimestre del 2016 comparado con el segundo trimestre del 2017 la depreciación acumulada fue del 3.215.042 aumentando comparativamente con los dos trimestres anteriores (2015 y 2016) y un porcentaje del 10%.

Análisis vertical de los dos primeros trimestres de las vigencias 2015 2016 y 2017

Respecto a los porcentajes que arroja el análisis vertical referido a las vigencias 2015 2016 y 2017 se puede establecer que la depreciación acumulada representa en un porcentaje alto para el rubro de equipo médico y científico dado que es el rubro de mayor valor que se tiene dentro de los activos fijos, presentando la tendencia más alta para el equipo médico: 71,68%, para el segundo trimestre del 2015, 71,78% para el segundo trimestre del 2016 y 73,08% para el segundo trimestre del 2017 respectivamente, consecuente con sus valores de sus activos en esta cuenta, comparado con los demás rubros y le sigue equipo de comunicación y computación presentando una variación de 11,16%, 11,06% y 10,45% respectivamente, *este último disminuyendo en comparación* con el trimestre anterior: 2016, porque en dicho periodo no hubo nuevas adquisiciones de equipo pero además hubo bajas significativas en febrero del 2017, donde la depreciación acumulada de estos equipos que salieron se ajusta debitándose contra parte del costo histórico según se haya consumido en su vida útil.

En conclusión:

Activos fijos 2015 - 2016 -2017



En la gráfica podemos analizar que el comparativo del valor histórico de del 2do trimestre del 2015, en comparación con sus similares 2016 y 2017 vemos que el aumento en su valor histórico de casi trece mil millones obedece a adquisiciones agresivas de activos fijos, que ya para el comparativo 2016 y 2017 se mantuvieron estables, debido a que a lo largo de estos dos últimos trimestres (2do 2016 y 2do 2017) no hubo compras significativas que influyeran, así mismo se ve la variación en la depreciación acumulada y el valor en libros, no sin antes mencionar que también hubo bajas y salidas importantes de activos fijos que influyeron como la salida de activos fijos por la entrega de la operación de la Unidad funcional de Girardot y otras bajas por remate de activos obsoletos, e inservibles.

PQRS

Para la vigencia 2017 no se presentaron peticiones a través del sistema de Información de Atención al usuario.

Plan Único De Mejora PUMP

Teniendo en cuenta que para el plan único de mejora por procesos (PUMP) se tienen en cuenta los hallazgos estipulados en las auditorías internas, a continuación se mencionan las acciones que quedaron abiertas para el año 2017 según el seguimiento de cierre de 2016 realizado por la oficina de planeación en marzo de este año.

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
1.	Publicar la resolución de creación del comité de sostenibilidad contable a través de la Intranet. Documentar y acopiar todas las actas del comité específicamente en lo que corresponda a ajustes contables.	AUDITORIA CONTROL INTERNO	100%	100%
	Se evidencia un Pantallazo de publicación en intranet de la resolución. Una Carpeta de Actas del Comité con soportes anexos. Corresponde al informe de control interno de 2013, elaborado en la vigencia 2014.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
2.	Realizar y registrar los avalúos técnicos en la contabilidad de conformidad con lo establecido por la Contaduría General De La Nación.	AUDITORIA EXTERNA CONTRALORIA	100%	100%
	Se evidencia un Pantallazo de publicación en intranet de la resolución. Una Carpeta de Actas del Comité con soportes anexos. Corresponde al informe de control interno de 2013, elaborado en la vigencia 2014.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
3.	Hacer seguimiento a la realización de los inventarios de activos fijos de la Unidad Funcional de Zipaquirá.	AUDITORIA EXTERNA CONTRALORIA	100%	100%
	Justificación: Se evidencia una comunicación de solicitud de entrega de los inventarios a corte 30 de junio de 2015 y. Un comprobante contable con registro de los resultados del inventario. Corresponde al informe de control interno de 2013, elaborado en la vigencia 2015.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
4.	Hacer seguimiento al área de cartera en lo que corresponde a partidas por identificar.	OTRAS	50%	50%
	Se evidencia disminución de las partidas por identificar en relación con el periodo anterior.			
	Barrera de mejoramiento: A las partidas por identificar se les hace seguimiento mensual y se compara con la cifra del periodo inmediatamente anterior, donde se determina si hubo incremento o disminución, para el mes de junio de 2017 se presentó una disminución del 13% con relación al mes de mayo de 2017.			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
5.	Sistematización del informe de costos por proceso	ACREDITACIÓN	33%	33%
	Justificación: Pendiente pantallazo con el cuadro de costos y gastos cargado a una hoja de captura de datos de la intranet. Pendiente acta con revisión del cargue de información con el área de estadística.			
	Barrera de mejoramiento: Se presenta dificultades para cumplir con la evidencia del pantallazo con el cuadro de costos y gastos cargado en la intranet dado que depende de sistemas y de esta actividad depende la tercera Evidencia.			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
6.	Controlar la ejecución presupuestal de los gastos de los procesos.	GESTIÓN DEL RIESGO	100%	100%
	Justificación: Se evidencia soportes de correos enviados a los diferentes líderes de proceso y áreas de la ejecución de gastos e Informe mensual de ejecución presupuestal de gastos por rubros			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
7.	Aplicar los controles pertinentes para detectar si se tramitan o se está tramitando un pago para una obligación no cierta	GESTIÓN DEL RIESGO	100%	100%
	Justificación: Se evidencia un archivo en Excel con relación de facturas a pagar Una muestra de comprobantes contables con causación anexos a las órdenes de pago, Un Registro en libro de devoluciones			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
8.	Fortalecer e implementar los controles de seguridad suficientes para llevar a cabo pagos u otro tipo de transacciones a través de los portales empresariales de las Entidades Financieras	GESTIÓN DEL RIESGO	83%	83%
	Justificación: Se evidencia acta de entrega del equipo dedicado, Comunicaciones con Solicitudes realizadas a entidades bancarias para ajuste de perfiles, Acta de entrega de cajas fuertes, Comunicación con solicitud realizada al área de sistemas, Comunicaciones con Solicitudes realizadas a la Dirección Administrativa para las adecuaciones, actualización del procedimiento de pagos a proveedores y pagos a clientes internos y externos. Sin embargo la compra de las cajas fuertes se efectuó hasta la vigencia 2017			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
9.	Implementar mecanismos que permitan tener claridad sobre el ingreso y salida de dinero de las cuentas bancarias y las cajas de la Institución	GESTIÓN DEL RIESGO	100%	100%
	Justificación: Se evidencia movimientos bancarios en medio físico o magnético, Impreso y/o magnético conciliaciones bancarias debidamente firmadas y verificadas, Impreso y/o magnético con las conciliaciones realizadas del módulo frente a la contabilidad y Soportes de arqueos diarios			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
10.	Efectuar las acciones pertinentes para llevar a cabo una adecuada elaboración y presentación de las conciliaciones bancarias, cumpliendo con los requisitos y especificaciones técnicas para tal fin.	AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	100%	100%
	Justificación: Se evidencia formato único de conciliaciones, conciliaciones bancarias firmadas en su totalidad, otras conciliaciones debidamente certificadas por el líder de tesorería, conciliaciones con partidas por aclarar y/o contabilizar revisadas y depuradas. Observación correspondiente al informe de control interno de la vigencia 2015 elaborado en la vigencia 2016.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
11.	Adicionar al presupuesto en su totalidad los recursos de convenios de apalancamiento financiero en caso de que se presenten.	AUDITORIA EXTERNA SUPERSALUD	100%	100%
	Justificación: Se evidencia resoluciones de adición de recursos de apalancamiento y en caso de no existir convenios certificación correspondiente			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
12.	Revelar en las notas a los Estados Financieros todas aquellas partidas que presenten un incremento superior al 5% comparadas con el periodo inmediatamente anterior y Revelar en el Dictamen de Revisor Fiscal los hechos Financieros que se consideren significativos..	AUDITORIA EXTERNA SUPERSALUD	100%	100%
	Justificación: Se evidencia un documento de política contable revisado y aprobado y un documento con las Notas a los Estados Financieros revisado y aprobado.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
13.	Adherencia al procedimiento 02DF21-V1 EXPEDICIÓN CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL en el momento en que se recibe una solicitud de Certificados de Disponibilidad Presupuestal.	AUDITORIA EXTERNA SUPERSALUD	100%	100%
	Justificación: Se evidencia 100% de las solicitudes de CDP revisadas y tramitadas			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
13.	Mantener actualizados los procedimientos con los que cuenta el proceso de gestión financiera e incluirlos en su totalidad dentro de la caracterización.	HSEQ	100%	100%
	Justificación: Se evidencia la caracterización del proceso de Gestión Financiera Código 00GF01-V2 Indicador planteado: total (19) procedimientos del proceso gestión/No (18) de procedimientos incluidos en la caracterización financiera: 105% Se cumplió la meta de documentar todos los procedimientos. Se cierra la oportunidad, las acciones realizadas fueron efectivas.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
14.	Definir los indicadores particulares al proceso de gestión financiera para realizarlos periódicamente (trimestralmente) la medición y el análisis.	HSEQ	100%	100%
	Se evidencia la caracterización código 00GF01-V2 del 06/07/2016 actualizada posterior a la identificación del hallazgo donde se incluyen 15 indicadores: Capital de trabajo, Razón corriente, disponible, Endeudamiento total, Endeudamiento patrimonial, Solidez, Margen de rentabilidad en ventas y patrimonio, Rotación, Activo corriente, Rotación activo total, categorización del riesgo, Resultado de equilibrio presupuestal, Evolución del gasto por UVR, Monto de la deuda superior a 30 días. Se evidencia el informe de gestión del segundo y tercer trimestre de 2016 con el análisis de los 15 indicadores del proceso y los demás indicadores que controlan otras actividades. Al revisar los informes de gestión con relación a los 15 indicadores planteados en la caracterización se evidencian cumplimiento por lo tanto se cierra la oportunidad pues se considera efectiva.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
14.	Analizar, revisar y ajustar el procedimiento para el cálculo y registro contable de la provisión de cartera.	OTRAS	0%	0%
	Justificación: Se evidencia Comprobante contable de ajuste a la provisión, y Comprobante contable de ajuste a la provisión registrada a nombre del Hospital de la Samaritana.			
	Barrera de mejoramiento: Por Directriz de la Dirección Financiera se debe levantar nuevo procedimiento en la provisión de cartera por ajuste al método utilizado para el cálculo de la misma.			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
15.	Desarrollar un plan de trabajo alternativo para dar continuidad a la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF, encaminado a disminuir la manualidad en su aplicación en la contabilidad, para garantizar una mejor calidad de la información resultante.	OTRAS	50%	50%
	Justificación: Se evidencia Acta de con el Plan de Trabajo para la realización de contabilidad NIIF año 2016, Base de datos con contabilidad NIIF periodo 2015 y 2016 y Estado de Situación Financiera de Apertura con corte 31 de diciembre de 2015 presentado a la CGN.			
	Barrera de mejoramiento: En la actualidad el Hospital se encuentra desarrollando mesas de trabajo con la casa de programación SYAC para tener plan alternativo e implementar las NIIF en su totalidad			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
16.	Reportar y hacer seguimiento con las áreas para el envío de los soportes faltantes del pago o para que se adelanten los trámites de manera oportuna.	AUTOCONTROL	100%	100%
	Justificación: En el análisis realizado al indicador indican que este resultado corresponde al incumplimiento de los requisitos para el pago de las cuentas específicamente de certificaciones de interventoría y actas de liquidación en los contratos de prestación de servicios...			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
17.	Implementar un sistema de costos por producto en el que se cuente con todos los elementos técnicos que permitan obtener información de costos que se constituya en una herramienta de evaluación para optimizar los recursos, validar la razonabilidad de los precios establecidos y mejorar los resultados del Hospital.	OTRAS	66%	66%
Justificación: En el análisis realizado al indicador indican que este resultado corresponde al incumplimiento de los requisitos para el pago de las cuentas específicamente de certificaciones de interventoría y actas de liquidación en los contratos de prestación de servicios				
Barrera de mejoramiento: A partir de marzo de 2017 se conformó el equipo de costos por tanto está en proceso el levantamiento de variables y tiempos y movimientos del proceso de costos, alineando este proceso con el PAS en el cual se diseñó como estrategia el levantamiento de 10 unidades de negocio y sus costos por producto.				

Plan Estratégico Hospitalario (PAS – Plan de Acción de Salud)

Evaluación del Plan Estratégico Hospitalario institucional – Plan de Acción en Salud Proceso de Gestión Financiera a junio de 2017

A la meta propuesta se dio cumplimiento así:

INDICADOR DE LA META (Nombre)	INDICADOR (Fórmula)	META (Cumplimiento del año 2017)	% AVANCE 2 Trimestre
Continuar con la implementación de costos por producto	Actividades realizadas de las estrategias / Total de actividades programadas de las estrategia. * 100	67%	43% (Avance meta producto 23%)

Gestión del Riesgo

Evaluación mapa de riesgos

Procesos	Número de riesgos priorizados	Número de riesgos con plan de mejora	Número de acciones planeadas	Porcentaje avance de cumplimiento las acciones de mejora	Número de cierre de ciclos	Número de riesgos con Reducción en la zona de riesgos
Gestión Financiera	21	4	15	96%	4	9

En relación a la evaluación de la matriz de riesgos del Proceso de Gestión Financiera aquellos riesgos 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 21 riesgos, de los riesgos priorizados, según el tipo de riesgo se presenta la siguiente distribución: 14 financieros, 4 operativos, 1 tecnológico, 1 de cumplimiento y 1 estratégico, de los cuales quedaron 4 en riesgo extremo con sus respectivas actividades.

Riesgos de corrupción

- *Pago de obligaciones no adquiridas.* 1. Una (1) comunicación con solicitud de capacitaciones a los supervisores de los contratos. Evidencia del cumplimiento: Un (1) registro en libro devoluciones.
- *Inclusión de gastos no autorizados.* Evidencia del cumplimiento 1. Un (1) informe de tesorería de los pagos realizados en el mes, relacionando tercero y concepto del pago. 2. Una(1) ejecución de gastos del presupuesto mensual, conciliada con el informe de tesorería
- *Adulteración de la información contable y financiera* 1. Informe de gestión con la información contable y financiera, soportado con balance de prueba del período emitido desde el sistema DGH. 2. Estados financieros suscritos por la Revisoría Fiscal.
- *Devolución de dinero a terceros diferentes a los usuarios institucionales* 1. Un (1) procedimiento para la devolución de dineros a terceros diferentes a usuarios institucionales elaborado. 2. Procedimiento publicado en intranet.

Programas

En el Proceso de Gestión Financiera no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

CAPÍTULO V GESTIÓN JURÍDICA

ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA

Tiene como líder al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica (1), cargo que pertenece a la planta de personal del HUS. Dos (2) secretarías que pertenecen la planta de personal.

Actualmente cuenta con seis (6) abogados en misión que están contratados a través de empresa temporal, dos (2) abogados externos y tres (3) técnicos en misión

Los asuntos que conoce tienen que ver con:

- a. Defensa judicial. Las demandas ordinarias y constitucionales ante los jueces en sus diversas modalidades.
- b. Actuaciones de Función Jurisdiccional por cobro de cartera ante la Superintendencia de salud o juzgados.
- c. Defensa administrativa y atención de requerimientos administrativos. Investigaciones por parte de la SNS, Secretaria de Salud del Departamento, así como por parte de la Secretaría de Salud de Bogotá D.C.
- d. Contratos. Esta función se inicia desde la evaluación jurídica de las propuestas, elaboración de los respectivos contratos, aprobación de pólizas y liquidación de los mismos. En caso de requerir modificaciones y/o prórrogas, de igual forma se elabora el respectivo documento contractual. Así mismo, se interviene en los procesos de incumplimiento contractual, en dicho sentido se elaboran los documentos requeridos, como son, autos de apertura, citaciones a audiencias, apoyo en audiencias y proyectar las resoluciones que contienen la decisión, así como resolver los recursos.
- e. Apoyo, asistencia y asesoría en asuntos requeridos por diferentes autoridades.
- f. Apoyo, asistencia, asesoría, PQRs, derechos de petición, de igual forma soporte jurídico en asuntos requeridos por las diferentes autoridades y decisiones administrativas.

1. PROCESOS JUDICIALES:



El HUS hace parte de procesos en las jurisdicciones contenciosa administrativa y ordinaria, el número de procesos contenciosos representa el 89% y los encontrados en la jurisdicción ordinaria al 11%.



Se observa una diferencia aún más marcada si indicamos la participación por valor entre las dos jurisdicciones a favor de la Contenciosa administrativa. Esta diferencia se debe a las características de la entidad pues en la mayoría de los casos los demandantes deben acudir a la jurisdicción contenciosa administrativa. A continuación se encuentra la tabla con los valores ya expuestos:

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS		
Jurisdicción	No. Procesos	Cuantía
Contenciosa administrativa	90	\$ 40.407.190.680
Ordinaria	11	\$ 115.909.008
TOTAL	101	\$40.523.099.688

Los procesos que se adelantan en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, se encuentran discriminados así:

JURISDICCIÓN CONTENCIOSA ADMINISTRATIVA		
Medio de Control	No. Procesos	Cuantía
Reparación directa	60	\$ 38.331.401.502
Nulidad y restablecimiento del derecho	25	\$ 351.071.318
Lesividad	1	\$ 424.819.651
Repetición	3	\$ 1.260.898.209
Restitución de Inmueble arrendado	1	\$ 39.000.000
TOTAL	90	\$ 40.407.190.650

Por su parte los procesos que se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria se discriminan de la siguiente manera:

PROCESOS EN LA JURISDICCIÓN ORDINARIA		
Tipo de proceso	No. Procesos	Cuantía
Laboral	9	\$ 749.180.094
Divisorio	1	\$ 320.779.530
Ejecutivo	1	\$ 86.949.384
TOTAL	11	\$ 1.156.909.008

Demandas contra la Entidad

De las demandas contra la entidad el 90% se encuentran en la jurisdicción contenciosa.

La mayor participación en procesos es a casusa de reparación directa (70%), seguidos por nulidad y restablecimiento por sobresueldo (18%).

En la jurisdicción Ordinaria la mayor participación se encuentra en contrato realidad (56%) seguida por sobresueldo (20%)

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD			
Contencioso Administrativo	No. Procesos	%	Cuantía
Reparación directa (falla médica)	59	70%	\$37.822.834.952
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	15	18%	\$170.396.724
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	8	10%	\$140.305.917
Proceso Disciplinario	1	1%	\$2.466.666
Contrato realidad	1	1%	\$37.902.011
Total parcial	84	90%	\$38.173.906.270
Ordinario	No. Procesos	Part	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	3	33%	\$30.190.140
Laboral contrato realidad	5	56%	\$368.989.954
Ejecutivo Contractual	1	11%	\$86.949.384
Total parcial	9	10%	\$486.129.478
TOTAL	93	100%	\$38.660.035.748

Comparando con el primer semestre del año 2016 se incrementaron las demandas contra la entidad en al 9%.

El incremento se presentó en la jurisdicción contenciosa en un 12% a causa de las reparaciones directas (23%).

En la jurisdicción Ordinaria es importante resaltar que aunque disminuyeron las demandas por sobresueldo, incrementaron las de contrato realidad.

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD				
Contencioso Administrativo	2DO TRIMESTRE 2017	2DO TRIMESTRE 2016	Diferencia	Incremento
	No. Procesos	No. Procesos		
Reparación directa (falla médica)	59	48	11	23%
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	15	19	-4	-21%
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	8	7	1	14%
Proceso Disciplinario	1	1	0	0%
Contrato realidad	1	0	1	100%
Total parcial	84	75	9	12%

Ordinario	No. Procesos	No. Procesos	Diferencia	Incremento
Laboral sobresueldo 20%	3	7	-4	-57%
Laboral contrato realidad	5	2	3	150%
Ejecutivo Contractual	1	1	0	0%
Total parcial	9	10	-1	-10%
TOTAL	93	85	8	9%

Demandas a favor de la entidad

De igual forma se presentan los procesos contenciosos administrativos y ordinarios en que la HUS es la parte actora así:

DEMANDAS PRESENTADAS POR EL HUS			
Contenciosa administrativa	Causas	No. Procesos	Cuantía
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$ 508.566.550
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$ 1.280.898.209
Lesividad	Prima técnica	1	\$ 424.819.651
Restitución de inmueble		1	\$39.000.000
Total parcial		6	\$ 2.233.284.410
Jurisdicción Ordinaria	Causas	No. Procesos	Cuantía
Declarativo	Divisorio	1	\$ 320.779.530
Laboral	Laudo arbitral	1	\$ 350.000.000
Total parcial		2	\$ 670.779.530
TOTAL		8	\$ 2.904.063.940

La diferencia entre el segundo trimestre de las dos vigencias se refiere al proceso de laudo arbitral, por un valor de \$ 350.000.000 equivalente al 14% de incremento

Contenciosa administrativa	Causas	2 semestre 2017		2 Semestre 2016	
		No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$1.280.898.209	3	\$1.280.898.209
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Restitución de inmueble		1	\$39.000.000	1	\$39.000.000
Total parcial		6	\$2.233.284.410	6	\$2.233.284.410

Jurisdicción Ordinaria	Causas	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530

Laboral	Laudo arbitral	1	\$350.000.000	0	\$0
Total parcial		2	\$670.779.530	1	\$320.779.530
TOTAL		8	\$2.904.063.940	7	\$2.554.063.940

Aspectos a tener en cuenta:

1 1. La acción de lesividad incoada el 10 de junio de 2016 contra 25 funcionarios del HUS a la fecha se encuentra al despacho para resolver sobre su admisión.

Se recuerda que en dicho proceso se solicita la declaratoria de nulidad de Resolución No. 000557 de 17 de mayo de 1995, por medio de la cual se ordenó el reconocimiento de la Prima Técnica a los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, así como de las Resoluciones 568 de 1995 del 19 de mayo de 1995, 861 de 1995 del 19 de julio de 1995, 1195 de 1996 del 02 de julio de 1996 y 00006 de 1996 del 12 de enero de 1996.

A título de restablecimiento del derecho se solicita que los demandantes restituyan al HUS lo pagado por concepto de prima técnica durante los tres años anteriores a la radicación de la demanda.

2. La entidad adelanta un proceso de restitución de inmueble arrendado del predio que se encuentra ubicado en frente del HUS, en el cual funciona un parqueadero.

En este proceso se profirió sentencia el 27 de octubre de 2015 en la que se declaró terminado el contrato de arrendamiento y ordenó la restitución del inmueble a favor del HUS, luego de interponerse el recurso de apelación por parte de la demandada, se presentaron por parte del HUS los correspondientes alegatos de conclusión el 24 de marzo de 2017 y el 28 de junio de 2017 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera profirió sentencia a favor del HUS.

El Apoderado Judicial del HUS solicitó el recuento de cada uno de los depósitos judiciales consignados en el proceso para su correspondiente cobro.

3. Se adelanta el proceso de nulidad del Laudo Arbitral proferido por el Tribunal de Arbitramento Obligatorio de fecha 23 de mayo de 2016, como consecuencia de la declaratoria de NO ACUERDO DIRECTO en la negociación del pliego de condiciones que presentó la asociación sindical ANTHOC ante el H.U.S., a la fecha se encuentra al Despacho (Corte suprema de Justicia sala de laboral) para fallo, pero sin que el HUS tenga representación judicial.

4. Respecto de la recolección física de los procesos judiciales en los cuales hace parte el HUS, se suscribió el contrato No. 358 de 14 de julio de 2017, cuyo objeto es *“la prestación de servicios de gestión, revisión y levantamiento de la información física de los procesos judiciales en los que la entidad hace parte activa o pasiva”*.

Dicho contrato comenzó su ejecución el 18 de julio de 2017 conforme al acta de inicio vista en la carpeta contractual.

CONTESTACIONES DE DEMANDA PRIMER SEMESTRE 2017 (indicador de proceso)

Durante el primer semestre del 2017 se presentaron 13 contestaciones de demanda dentro del término establecido, 11 de ellas ante la jurisdicción contencioso administrativa, cuya causa en común es la falla médica y 2 en la jurisdicción ordinaria por contrato realidad.

Contencioso Administrativo	Causas	No. Procesos 1er Trim.	No. Procesos 2er Trim.	Total	Cuantía
Reparación directa	Falla médica	8	2	9	\$ 4.523.547.512
Nulidad y restablecimiento	Sobresueldo 20%	0	0	0	\$ 0
	Bonificación por servicios	0	0	0	\$ 0
Contrato realidad		0	1	1	\$ 37.902.011
Proceso Disciplinario		0	0	0	\$ 0
Total parcial		8	3	10	\$ 4.561.449.523
Ordinario	Causas	No. Procesos	No. Procesos	No. Procesos	Cuantía
Laboral	Sobresueldo 20%	0	0	0	\$ 0
	Contrato realidad	0	2	2	\$ 29.508.680
Ejecutivo Contractual		0	0	0	\$ 0
Total parcial		0	2	2	\$ 0
TOTAL		8	5	13	\$4.590.958.203

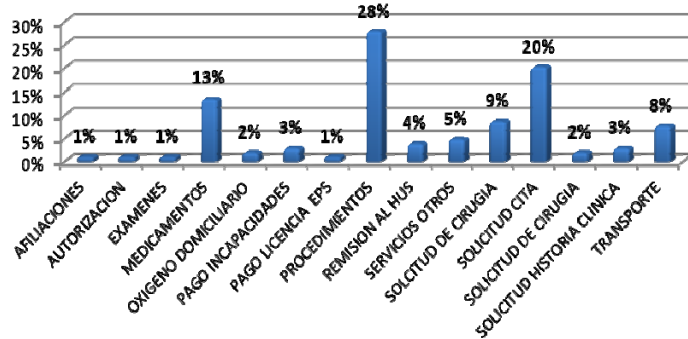
2. ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso)

En el semestre se tramitaron un Total de 104 tutelas (23 Zipaquirá, 79 Bogotá, 1 Girardot y 1 no se prestó atención). En el primer trimestre 49 (11 Zipaquirá y 37 Bogotá) segundo 55 (42 Bogotá, 12 Zipaquirá y 1 de Girardot).

En el primer trimestre del año 2016 se adelantaron 40 tutelas y el segundo 28 para un total de 68. Es decir se presentó un Incremento del 53% en el 1er semestre 2017.

Durante este semestre se profirieron 5 órdenes a la entidad, durante el primer trimestre 3 profirieron órdenes a la entidad y 1 no se identifica con la entidad. (Valoración (i) preanestésica y amigdalectomía, (ii) Capsulotomía, extracción extracapsular del cristalino, implante de lente intraocular secundario y (iii) trasplante de córnea).y durante el segundo trimestre 2 ((i) Cariotipo para estados leucémicos-hematología y (ii) cita de nefrología).

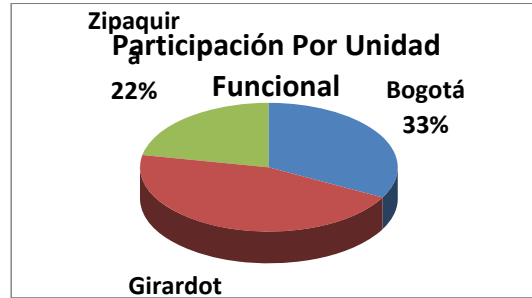
MOTIVO	NUMERO
AFILIACIONES	1
AUTORIZACION	1
EXAMENES	1
MEDICAMENTOS	14
OXIGENO DOMICILIARIO	2
PAGO INCAPACIDADES	3
PAGO LICENCIA EPS	1
PROCEDIMIENTOS	29
REMISION AL HUS	4
SERVICIOS OTROS	5
SOLICITUD DE CIRUGIA	9
SOLICITUD CITA	21
SOLICITUD DE CIRUGIA	2
SOLICITUD HISTORIA CLINICA	3
TRANSPORTE	8
Total general	104



El principal motivo de las tutelas se debe a la solicitud de realización de procedimientos (28%) seguido por las solicitudes de citas (70%) y de medicamentos (13%).

3. INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS: (indicador de proceso)

En lo relacionado con las investigaciones administrativas adelantadas en contra de la entidad por los entes de control (Secretarías de Salud, Superintendencia, etc.), existen 55 activas distribuidas entre las diferentes unidades funcionales así Girardot 25 (17 Girardot, 6 Nilo y 2 Nariño), Bogotá 18 y Zipaquirá 12 (8 Zipaquirá, 2 San Cayetano, 2 Cogua).



Adicional a lo anterior de estos 55 procesos activos 44 son por irregularidades en la Atención (80%) y 11 (20%) incumplimientos normativos. Los incumplimientos normativos corresponden en gran medida a oportunidad de acuerdo al Decreto 1011 y diligenciamiento en la Historia clínica resolución 1195 de 1999.

Aunado a esto al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el 80% de los procesos se encuentran en la secretaría de Salud de Cundinamarca.

ENTIDAD	NUMERO	%
Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Girardot	1	2%
Secretaría de Salud de Cundinamarca	44	80%
Secretaría Distrital de Salud	10	18%
Total general	55	100%

Durante el primer semestre se han realizado 22 actuaciones que comprenden descargos, alegatos e interposición de recursos.

ACTUACION	1er trimestre 2017	2do trimestre 2017	Total 1er semestre
Descargos	11	3	14
Alegato	4	5	9
Interposición De Recurso	2	5	7
Total general	17	13	30

Durante el semestre han sido resueltas 3 investigaciones administrativas, de las cuales 1 fue favorable para la entidad y 2 contra la entidad. Las medidas contra la entidad fueron 1 amonestación por tardanza en la remisión del paciente y 1 multa por valor de \$2.757.816 por irregularidades en la calidad de la atención relacionadas con los estándares de accesibilidad oportunidad y seguridad.

4. DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

TIPO	1ER TRIM	2DO TRIM	1er semestre
CERTIFICACION CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	116	52	168
CERTIFICACION DE CONTRATOS	100	17	117
SOLICITUD COPIAS	3	2	5
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONOMICAS	1	0	1
SOLICITUD APROBACION POLIZAS	1	0	1
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONOMICO	0	2	2
SOLICITUD MODIFICACION RESOLUCION DE ADJUDICACION	0	1	1
SOLICITUD VERIFICACION EVALUACION TECNICA	0	1	1
SOLICITUD INFORMACION	2	0	2
SOLICITUD CERTIFICACIÓN	1	0	1
OTROS	1	0	1
Total general	225	75	300

Se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido.

Como se puede observar el 95% de los derechos de petición dirigidos al área jurídica se refieren a solicitudes de certificación de contratos, seguido por porcentajes muy pequeños de solicitud de copias, y otras solicitudes (contraloría, reconocimiento de prestaciones sociales y solicitud de cesión del contrato).

5. APOYO Y ASISTENCIAL

PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

En materia contractual con empresas administradoras de planes y Beneficios (EAPB) se realizaron las siguientes revisiones:

Mes	CONTRATOS	ADICIONES	MODIFICACIONES	VALOR TOTAL
Enero	9	0	0	
Febrero	5	1	1	
Marzo	2	1	0	
Abril	2	0	4	
Mayo	3	0	1	
Junio	0	3	1	
Total general	21	5	1	\$52.194.844.334

Adicionalmente se han realizados los siguientes conceptos y revisiones a documentos previa firma por parte de la Gerencia:

- Revisión y visto Bueno 2 contratos de comodato (comodato San Cayetano y unidad móvil Cogua)

- Revisión y visto Bueno 6 convenios docente asistenciales (SENA, U de la Rioja, convenio Hosp. Luis Vernaza Ecuador, inst. politécnico de la Sabana Zipa, Fund. Educativa San Juan de Dios Zipa y Humanarte).
- Revisión 2 Resoluciones Gerencia (PAS y plan de desarrollo)
- Revisión 1 resolución revisoría Fiscal
- Revisión 5 resoluciones: (Comité de seguridad del Paciente, comité de bienestar laboral e incentivos, evaluación de acuerdos de Gestión, comité de capacitaciones, Brigadas de emergencia).
- Revisión jurídica a 3 procedimientos y un manual otras áreas
- Conceptos (Cambio de supervisión, precios artificialmente bajos y anormal mente altos, 2 desequilibrio económico del contrato

6. CONTRATACIÓN:

1. Invitaciones a contratar - productividad

Durante el primer semestre se realizó la Revisión de 26 pliegos de condiciones (11 pliegos de condiciones para el primer trimestre y 15 para el segundo). De contratos por productividad se revisaron 58 invitaciones a contratar.

1. Evaluaciones Jurídicas

En el transcurso del semestre se efectuaron 270 evaluaciones jurídicas (186 evaluaciones en el primer trimestre y 151 en el segundo trimestre).

2. Contratos

Se han suscrito 320 contratos (161 bienes y servicios y 159 de productividad, 60 adiciones (33 contratos bienes y servicios y 27 productividad) y 179 liquidaciones (68 contratos bienes y servicios y 111 productividad) durante el 1er semestre

3. Pólizas

Se revisaron 554 Amparos en la contratación por productividad y 324 en la contratación de bienes compras y suministros para un total de 878 amparos.

7. COBRO CARTERA DEL HOSPITAL

En total existen 66 procesos en cobro jurídico que corresponden a un valor de \$50.130.905.577. La cartera en cobro jurídico se clasifica en cartera limpia que corresponde al 55% del total de la cartera en gestión jurídica y en glosas que corresponde al 45%.

Con respecto al monto de la cartera la cartera limpia corresponde al 77% del valor total en gestión jurídica.

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er Tirm 2017	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)	Procesos 2do tirm 2017	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)
CARTERA LIMPIA	36	\$38.515.724.138	46	\$40.303.642.151
GLOSAS	30	\$11.615.181.439	30	\$16.204.981.439

blanco	0	\$0	1	\$16.492.597
Total general	66	\$50.130.905.577	77	\$56.525.116.187

Referente a la cartera limpia el principal cliente con este tipo de cartera corresponde a CONVIDA EPS con un 44%, seguido por Salud Vida EPS-S con 27%.

Etiquetas de fila	Cuenta de Cliente	Cuenta de Cliente 2	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)2
Alcaldía de Cartagena de Indias	2	3%	\$12.106.839	0%
Alianza Medellín Antioquia EPS	1	1%	\$22.157.848	0%
Asociacion Mutual Barrios Unidos de Quibdo	1	1%	\$70.917.297	0%
Caja de Compensacion Familiar Cajacopi Atlantico	2	3%	\$215.994.913	0%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena- Comfamiliar	1	1%	\$6.355.422	0%
Caja de Compesacion familiar de Cundinamarca- Comfacundi	2	3%	\$5.733.746.469	10%
Capital Salud	1	1%	\$41.744.212	0%
Capresoca	8	10%	\$6.102.715.660	11%
Colsubsidio	1	1%	\$18.889.561	0%
Convida	10	13%	\$16.915.660.889	30%
E.P.S. Famisanar Ltda y Colsubsidio.	1	1%	\$18.357.105	0%
Ecoopos	16	21%	\$10.504.580.681	19%
Emdisalud	1	1%	\$1.329.128.419	2%
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	2	3%	\$446.101.559	1%
EPS Cafesalud	4	5%	\$776.545.329	1%
EPS Coomeva	1	1%	\$1.984.248.506	4%
ESE Hospital San Antonio Arbelaez	1	1%	\$3.875.919	0%
ESE Hospital San Rafael de Fusagasuga.	1	1%	\$59.853.933	0%
Famisanar y Convida EPS	1	1%	\$29.459.265	0%
Fondo Financiero Distrital	1	1%	\$16.492.597	0%
Gobernacion de la Guajira - Secretaria Departamental.	1	1%	\$1.372.380	0%
Gobernacion del Tolima	1	1%	\$743.275.720	1%
La Previsora Seguros	1	1%	\$103.779.378	0%
Manexka EPS Indígena	1	1%	\$7.840.058	0%
Médicos Asociados. Con Contrato	1	1%	\$139.085.996	0%
Médicos Asociados. Urgencias	4	5%	\$138.303.232	0%
QBE Seguros S.A	2	3%	\$655.633.630	1%
Salud Total EPS SA	2	3%	\$74.845.236	0%
Salud Vida EPS	1	1%	\$10.218.931.094	18%
Secretaria de Salud de Boyaca	1	1%	\$16.942.597	0%
Secretaria de Salud del Valle	2	3%	\$10.776.243	0%
Secretaria Departamental del Chocó	1	1%	\$101.764.299	0%
Secretaria Seccional del Cauca	1	1%	\$3.633.901	0%
Total general	77	100%	\$56.525.116.187	100%

INDICADORES DEL PROCESO

- Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%)

En total se registraron 314 requerimientos judiciales (49 Tutelas, 8 contestaciones de demandas, 22 actuaciones en investigaciones de entes de control y 238 derechos de petición). Todos contestados dentro de los términos

- Oportunidad de Respuesta a Derechos de petición a usuarios. (100%)

Se dio de respuesta 238 derechos de petición, los cuales fueron resueltos dentro del término previsto 100%

- Porcentaje de procesos administrativos gestionados. (100%)

Se realizaron 22 actuaciones en los procesos administrativos, las cuales fueron gestionadas todos los requerimientos.

Estos indicadores se encuentran analizados en páginas anteriores

8. PLANES Y PROGRAMAS



1. DECALOGO DEL GERENTE

En el decálogo del gerente encontramos 5 ítems bajo la responsabilidad de la Oficina Asesora Jurídica

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	PRIMER SEGUIMIENTO 30 DE junio DE 2017 (segundo semestre)

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	<ol style="list-style-type: none"> 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. Esto dado que Las Entidades Estatales no obligadas por la Ley 80 de 1993 registradas en la TVEC, aceptan la normativa aplicable a los Procesos de Contratación de los Acuerdos Marco de Precios, Contratos de Agregación de Demanda y Compra en Gran Almacén para las transacciones que adelantan en la TVEC. https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/file/s/cce_tienda_virtual/20150819reqlamentotvec.pdf El Estatuto y el manual de contratación están ajustados para revisión de la Junta directiva con la posibilidad o no de incluirlo pues no estamos obligados
----	---------------	--	-----------------------	--	---

Del ítem número 16 es importante resaltar que:

1. Acorde a lo dispuesto por el artículo 2, del párrafo 5, inciso 3 de la ley 1150 del 2007, “...El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales el uso de acuerdos marco de precios se hará obligatorio para las entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el Orden Nacional, sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.” (negrilla, cursiva y subrayado).

2. Confirma lo anterior, concepto emitido por la Agencia Nacional de Contratación Pública, en su portal de Colombia Compra Eficiente, en el siguiente link, <https://www.colombiacompra.gov.co/sites/default/files/amp/20140110preguntasfrecuentesamp.pdf>

“(U): ¿Quién está obligado a comprar al amparo de un Acuerdo Marco de Precios?”

(A): La ley 1150 de 2007 establece que los Acuerdos Marco de Precios son obligatorios para las Entidades Estatales del orden Nacional pertenecientes a la Rama Ejecutiva para la adquisición de bienes y servicios de características técnicas uniformes. En consecuencia, cuando una Entidad Estatal del orden nacional de la rama ejecutiva, obligada por la Ley 1150 de 2007, va a adquirir un bien cubierto por un Acuerdo Marco de Precios debe hacerlo al amparo del mismo. Cuando no existe un Acuerdo Marco de Precios para el bien o servicio que requiere, la Entidad Estatal debe utilizar la modalidad de selección que corresponda de acuerdo con la naturaleza del bien o servicio y su cuantía. Las demás Entidades Estatales”

3. También la Directiva presidencial 001 de 2016. Los acuerdo marco de precios son obligatorios para todas las entidades estatales de la rama ejecutiva del orden Nacional

Por todo lo expuesto anteriormente es importante resaltar que el Hospital Universitario de la Samaritana es una Empresa Social del Estado, que se encuentra sometida a un régimen especial de contratación, de acuerdo al numeral 6 del artículo 195 de la ley 100 de 1993, por lo anterior no estaría sometida a dichos acuerdos marco de precio. Sumado a que somos la E.S.E que Compra más barato en la Región.

Además de acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia

compra eficiente recomienda adecuar los manuales de Contratación para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios. En vista de esto y a que el El Estatuto y el manual de contratación están ajustados para revisión de la Junta directiva se expondrá la posibilidad o no de incluirlo aun sin estar obligados

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	PRIMER SEGUIMIENTO 31 DE MARZO DE 2017 (Primer Trimestre)
17	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	<p>1. El estatuto de contratación esta revisado con los posibles ajustes. Se llevará en el mes de agosto para revisión por parte de la oficina asesora de la Secretaría de salud. En espera para revisión por la Junta Directiva.</p> <p>2. Una vez sea aprobado se realizarán los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos de ser necesario.</p>
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	<p>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.</p> <p>No ha sido procedente realizar acciones repetición porque durante este año no han existido fallos condenatorios.</p>
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	El comité esta implementado bajo la resolución 113 del 2015, existe modelo resolución con las correcciones a la anterior y se realizó procedimiento con sus respectivos formatos. Existen actas de comité por cada reunión.
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	NO HACE PARTE DE MI ÁREA

Los otros tres ítems siguientes se encuentran completamente explicados en la matriz.

Con respecto al ítem número 27 aparece como responsable la oficina asesora jurídica en realidad corresponde al área financiera pues se trata de minimizar el recaudo mediante acción judicial y Qué como es bien sabido las acciones previas a la gestión jurídica en el cobro de cartera corresponden al área financiera.

2. MISION SALUD

Dentro de los compromisos de misión salud encontramos 2 correspondientes al área jurídica los cuales consisten en Revisar y ajustar Manual de Contratación y Establecer plan de defensa jurídica cuyo estado del avance es el siguiente:

COMPROMISOS MISION SALUD	ESTADO DE AVANCE
--------------------------	------------------

25. Revisar y ajustar Manual de Contratación	<p>1. El estatuto de contratación esta revisado con los posibles ajustes. Se llevará en el mes de agosto para revisión por parte de la oficina asesora de la Secretaría de salud. En espera para revisión por la Junta Directiva.</p> <p>2. Una vez sea aprobado se realizarán los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos de ser necesario.</p>
34. Establecer plan de defensa jurídica.	<p>Se realizó el estudio de las causas que generan los problemas jurídicos de la entidad, diligenciando la matriz No. 1 prevista en el Manual de elaboración de Políticas de Prevención del Daño Antijurídico de la Agencia Nacional de defensa Jurídica del Estado . Se tomó como insumo los procesos jurídicos adelantados en contra de la Entidad en los años 2015 y 2016 atendiendo en nivel de litigiosidad de la misma (Nivel 1). Se cuenta con menos de 1000 procesos que suman menos de un (1) billón en pretensiones.</p> <p>Se realizó la clasificación de las acciones judiciales de acuerdo a la causa general de las mismas al medio de control de cada una, la frecuencia en que se generó cada una de las reclamaciones y el valor de las mismas.</p> <p>Luego de diligenciar la Matriz No. 1 con los procesos judiciales adelantados contra el HUS para los años 2015 y 2016, se han adelantado las siguientes actividades: Se elaboró la Matriz No. 2, identificando las causas de los problemas de las reclamaciones judiciales generadoras del daño antijurídico en el HUS de la siguiente forma: Relación del daño de acuerdo a la clasificación del árbol de causas. Número de las reclamaciones con la misma clasificación. La suma de los montos solicitados por la misma causa de acuerdo a la clasificación. Relación de los hechos. Con este segundo informe se pudo establecer las causas de demandas más frecuentes y costosas para la entidad.</p> <p>La información relacionada en la Matriz No. 2 se encuentra pendiente de verificación por parte del comité de conciliaciones y defensa jurídica de la entidad y además será objeto de revisión una vez se tenga el archivo físico de todos los procesos judiciales en los que el HUS hace parte activa o pasiva. Durante la clasificación se evidencio que para la identificación de los daños de cada uno de los procesos es indispensable la recolección física de los expedientes, por lo que se inició la recolección de los mismos. Se estima que a finales del mes de octubre se cumpla con la meta de recolección de los expedientes.</p>

3. PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

Con el objetivo de fortalecer los comportamientos éticos de los servidores públicos y colaboradores de la E.S.E. Se han generado diferentes estrategias para la lucha contrala corrupción componentes a través de diferentes componentes.

La oficina asesora Jurídica tiene asignadas dos actividades que hacen parte de los componentes de transparencia pasiva los cuales tienen los siguientes avances

LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA PASIVA	ACTIVIDADES		META DE PRODCUTO	AVANCE
	2.1	Revisar los estándares del contenido y oportunidad de las Respuestas a las solicitudes de acceso a la información publica	Criterios Institucionales Revisados	Se revisarán los estándares de oportunidad de respuesta en información como: Historia clínica, procesos precontractuales, contractuales y de ejecución contractual e Historias Laborales

	2.2	Actualizar la Directriz Gerencial 002 del 21 de julio de 2015, acerca de los derechos de petición en el sentido de incluir lo relacionado con las PQRSD y otros aspectos legales de los derechos de petición a que haya lugar.	Directriz Gerencial revisada y actualizada	En revisión
--	-----	--	--	-------------

4. PLAN DE ACCION EN SALUD

La oficina registra 8 actividades dentro del PAS las cuales hacen parte del eje departamental de desarrollo COMPETITIVIDAD Y SOSTENIBILIDAD. Las primeras cuatro actividades hacen parte de la meta de producto anual “Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico” las cuales presentan el siguiente avance:

Meta de producto anual	Indicador de producto	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	PESO FRENTE A LA META	Descripción	Evidencia
	Descripción de la fórmula					
Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	80%	Documentación del Procedimiento del Comité de Conciliaciones y Defensa Judicial (25%)	25%	0% Para el segundo trimestre. El procedimiento quedo documentado en el tercer trimestre. Sumado a ello se modificó la resolución de este comité	1. Procedimiento documentado
			Radicar las demandas en los despachos judiciales según el plazo estipulado (25%)	25%	100% de las demandas en los despachos judiciales se radican de acuerdo al plazo estipulado.	2. Tabla de seguimiento a los procesos judiciales
			Identificación de los Daños Jurídicos (25%)	25%	Durante la clasificación se evidencio que para la identificación de los daños de cada uno de los procesos es indispensable la recolección física de los expedientes, por lo que se inició la recolección de los mismos. Se estima que a finales del mes de octubre se cumpla con la meta de recolección de los expedientes.	3. Informe de la identificación de los daños jurídicos
			Actualización del Manual de contratación (25%)	25%	1. El estatuto de contratación esta revisado con los posibles ajustes. Se llevará en el mes de agosto para revisión por parte de la oficina asesora de la Secretaría de salud. En espera para revisión por la Junta Directiva. 2. Una vez sea aprobado se realizarán los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos de ser necesario.	Manual de Contratación actualizado

Las otras actividades hacen parte de la meta de producto anual “Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia” las cuales presentan el siguiente avance:

Meta de producto anual	Indicador de producto	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	PESO FRENTE A LA META	Descripción	Evidencia
	Descripción de la fórmula					
Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la	Número de Contratos que cumplen con las etapas	100%	Capacitación en Estudios Previos a las áreas involucradas (Etapa precontractual) (25%)	25%	Se encuentra montada capacitación, se iniciarán capacitaciones en el mes de septiembre.	Listados de asistencia de capacitación

legislación que permita la eficiencia y la transparencia	contractuales / Total de contratos		Actualización de los procedimientos de Compras y Suministros (Etapa precontractual) (25%)	25%	En revisión	Procedimientos de Compras y Suministros documentados
			Actualización de los procedimientos de Contratación (Etapa Contractual) (25%)	25%	1. El estatuto de contratación esta revisado con los posibles ajustes. Se llevará en el mes de agosto para revisión por parte de la oficina asesora de la Secretaría de salud. En espera para revisión por la Junta Directiva. 2. Una vez sea aprobado se realizarán los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos de ser necesario.	Procedimientos de Contratación documentados
			Capacitación a Supervisores de Contratos en cuanto sus obligaciones (Etapa pos-contractual) (25%)	25%	Se encuentra montada capacitación, se iniciarán capacitaciones en el mes de septiembre.	Listados de asistencia de capacitación

PROGRAMAS

El proceso de gestión jurídica no es responsable de ninguno de los programas de la entidad.

CAPÍTULO VI GESTIÓN CONTROL INTERNO

Objetivo del proceso de evaluación y seguimiento: Asesorar y evaluar la gestión, los sistemas de control interno y gestión de la calidad de la entidad.

En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina de control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana.

1. INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

FACTOR	RESULTADOS DAFP-2016	RESULTADOS DAFP-2015	RESULTADOS DAFP-2014	RESULTADOS DAFP-2013
ENTORNO DE CONTROL	1,23	1,91	2,28	2,19
	INICIAL	BASICO		
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,43	3,71	2,93	3,16
	INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2,98	3,45	2,47	2,44
	INTERMEDIO	INTERMEDIO		
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,64	4,11	2,45	2,47
	INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
SEGUIMIENTO	3,26	3,7	3,09	2,86
	INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	42,75%	59,40%	41,01	40,60%
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO

1.1 INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Fortalezas : 15	Recomendaciones pendientes por atender: 36
-----------------	--

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES PENDIENTES POR ATENDER
El compromiso Institucional permanente de los responsables de los procesos en ejecución	1. Dada la rotación de personal se genera perdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el cumplimiento de la misión y los objetivos institucional. 2. Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, se igual

<p>de las políticas internas para el logro de los objetivos institucionales. La caracterización de procesos de la entidad se está adelantando para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación; sin embargo debe propenderse por que también se agilice en el levantamiento de todos los procedimientos. Se presentó por parte del área estadística el tablero de control de indicadores de la entidad, sin embargo se está en proceso de transición a esta nueva herramienta, de igual manera se informa por parte del área estadística que hay mucha información para los indicadores que se puede traer de dinámica, pero que procedimientos como facturación en ocasiones hacen mal el registro entonces la información es incorrecta, que le ha oficiado a Carlos Pérez, lo que puede ocasionar que algunos indicadores no se alimenten con información cien por ciento exacta. Actualización progresiva de en la intranet de los procesos de la entidad. Levantamiento de mapas de riesgo por procesos. Se está desarrollando la política de cero papel. Pero no se ha adoptado mediante acto administrativo. Implementación de los planes de mejoramiento Reactivación del comité coordinador de control interno Conformación del equipo Mecí Se elaboró por parte del equipo MECI plan de mejora para atender las falencias detectadas en el diagnóstico del MECI-decreto 943 de 2014.</p>	<p>manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. A la fecha la entidad no cuenta con programas de bienestar y programas de incentivos, su elaboración debe producirse de manera oportuna en la vigencia que pretende cubrir. 4. Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados. 5. No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil. 6. La entidad suscribe sus programas de bienestar e incentivos de forma extemporánea. 7. No se ha inscrito a la entidad en el SIGEP, para que los funcionarios actualicen su hoja de vida. 8. La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura necesaria para avanzar en el desarrollo de sus funciones deberes y cumplimiento de sus objetivos institucionales, tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central. 9. El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa. 10. No se cuenta con las mediciones de: <ul style="list-style-type: none"> Comunicación Interna: Percepción de carterelas Interacción página Web Boletines Comités y reuniones 11. Propiciar espacios y escenarios de comunicación efectiva, abierta y fluida al interior de la organización y en todas las direcciones de acuerdo a las necesidades de la gestión institucional. <ul style="list-style-type: none"> • Implementar estrategias de comunicación interna que permitan la socialización de la información necesaria para la gestión institucional • Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés. • Brindar apoyo comunicacional a todos los procesos para desplegar la información que apoye el desarrollo de sus diferentes actividades y el cumplimiento de los objetivos propuestos. 12. Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales). 13. Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública. 14. No se cuenta con el suficiente personal que apoye la actividad de comunicaciones. 15. La caracterización de procesos de la entidad se está adelantando para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación; sin embargo debe propenderse por que también se agilice en el levantamiento de todos los procedimientos. 16. La entidad tiene un mapa de procesos el cual no está estructurado identificando los procesos misionales, de apoyo y de evaluación. 17. No se ha elaborado un plan de mejora para atender las recomendaciones del DAFP, informe vigencia 2013. 18. Aún faltan por caracterizar procesos de la red de procesos socializada. (PROCESO DESARROLLO DE SERVICIOS). 19. La información de los procedimientos que se encuentran en la intranet esta desactualizada en algunos procesos 20. Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se deben formular indicadores COMPUESTOS. 21. Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control. 22. Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales. 23. Persiste la falencia en la falta de articulación del Modelo estándar de Control Interno MECI, con el sistema de Gestión De la Calidad, Gobierno en Línea GEL y sistema integrado de planeación y Gestión. 24. Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias.
---	---

<p> Porcentaje de cumplimiento al finalizar la vigencia 2015 del 90% Se cuenta con un programa de auditorías para la vigencia 2015 a desarrollar por parte de control interno Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol. Se caracterizó el procedimiento de auditoría interna integral y de auditoría de calidad-ambas a cargo de la oficina de control interno. Se cuenta con un aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su primera fase (comunicación externa), acogiendo la directiva presidencial 04 del 3 de abril del 2012, sobre eficiencia administrativa y lineamientos de la política “cero papel” en la administración pública. Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación para su validación. La entidad generó la cartilla (de la cual ha salido una versión) UNIDOS POR NUESTRA ACREDITACIÓN, en la que facilita a los funcionarios el acceso y consulta de la información institucional como: Historia, Misión, Visión, procesos y estándares de acreditación, informando la manera en que el hospital está cumpliendo para alcanzar la acreditación en salud. Las cartillas se han entregado de manera personal a los funcionarios y constituye un esfuerzo importante. </p>	<p> 25. Se encuentra pendiente la primera evaluación a la gestión del riesgo. 26. Las actividades de auto evaluación se realizan de manera periódica y programada, en las reuniones de comités Directivos, en las cuales se les pide a cada Directivo que informe los avances que ha tenido en las tareas asignadas y en las tareas programadas en los distintos planes y programas, las falencias se detectan y se consignan para su seguimiento, pese a que se dio la directriz de que todos los líderes deben reportar el avance de sus tareas antes de cada comité Directivo para que Control Interno haga su seguimiento, es muy escasa la información que reportan y el cumplimiento de algunas tareas no se ha producido en los plazos establecidos por causas como: El Directivo no cuenta con personal que le ayude a desarrollar su labor, el personal a cargo del Directivo no realiza las actividades operativas necesarias para el cumplimiento, algunas actividades asignadas requieren de mucho más tiempo para su ejecución de la que se concedió, algunas de las actividades asignadas requieren el desarrollo de nuevas aplicaciones dentro del sistema de información, algunas actividades requieren que se surtan procesos de contratación. 27. No se evidencia la revisión de controles en los procesos y redefinición de acciones 28. Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora. 29. La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública. 30. La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios. 31. Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control. 32. No se ha socializado el PAMEC a los funcionarios y no se tiene evidencia del documento final ni de la forma en que se construyó el mismo. 33. La entidad no tiene centralizada la información correspondiente a las PQRSD, solo se tiene consolidado lo correspondiente al área asistencial. 34. La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso. 35. La entidad debe fortalecer la capacidad de recolectar información sobre la percepción externa de su gestión, reflejados en PQR, se debe procurar que la herramienta de correspondencia ORFEO permita detectar el trámite, seguimiento, control y oportunidad en las respuestas, así como tabular los servicios de los cuales se reciben más PQR entre otros. De igual manera la Entidad debe implementar y establecer la manera en la cual se recepcionaran, redireccionaran y monitorear la PQR que se reciben a través de la página web. En la actualidad se debe entrar por ORFEO a cada oficina que genera respuestas de PQRSD y allí se arroja una tabla en la que solo se observa o tabula cuantas PQRSD fueron contestadas por los funcionarios de esa oficina, toda vez que si se pide las estadísticas por radicados y sus respuestas de todas las dependencias APARECE UNA GRAFICA DISTORCIONADA 36. La entidad debe fortalecer y esclarecer los mecanismos para recolectar las PQR de los servidores, así como informar y socializar las medidas adoptadas frente a esas PQR, ya que en la actualidad se cuenta con buzones pero no se tiene claridad sobre el análisis y el trámite que se le da a lo allí recolectado. </p>
--	--

15	36
----	----

Se radicaron y publicaron en términos los informes cuatrimestrales de los siguientes cortes:

Noviembre de 2016 – febrero 2017
Marzo de 2017 a junio de 2017

1.2 COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO.

Cumplimiento de reuniones. Se programaron 3 reuniones y se realizaron 2 para un avance del 66.6%

Mediante circular 01 del 22 de febrero de 2017, se estableció el cronograma y la metodología para las tres reuniones del comité programadas para este año. Por lo anterior se informa:

Se surtió reunión el 14 de marzo de 2017.

Se surtió reunión el 3 de mayo y se aprobó el plan de acción del equipo MECI.

1.3 FORTALECIMIENTO DEL MECI

La Oficina de Control Interno ha continuado con la estrategia pedagógica de los MIERCOLES DE CONTROL INTERNO.

También se ha buscado llegar a funcionarios que por sus actividades no tienen acceso al computador para consultar el correo, a través de la creación del grupo en whatsapp MECI-HU de la Samaritana que en la actualidad se aumentó a 89. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

Se produjo video con tips para la elaboración de los PUMP
Se produjo video con información sobre el autocontrol.

2 INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Calificaciones obtenidas luego de rendir el informe de control interno contable en el validador de la CGR – CHIP:

VIGENCIA	CALIFICACIÓN	RANGO	TOTAL RECOMENDACIONES 2013	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	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015	SE DEBE ELABORAR PLAN DE MEJORAMIENTO POR PARTE DE TODOS

		contaduría general de la Nación 1-3 DEFICIENTE 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	15 recomendaciones del año 2016.	LOS PROCESOS INVOLUCRADOS
--	--	--	----------------------------------	---------------------------

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	

4. AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.

EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2013					EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2014					
DEPENDENCIA	FORTALEZAS ENCONTRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO		FORTALEZAS ENCONTRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	
				SI	NO				SI	NO
OFICINA ASESORA JURÍDICA	4	10	0	X		4	16			
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	2	4	0		X	2	25			
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	3	3	0		X	3	7			
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	1	4	0		X	1	20			
DIRECCIÓN FINANCIERA	2	7	0		X	4	19			
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	1	2	0		X	1	7			
	TOTAL DE FORTALEZAS: 12	TOTAL DE OPORTUNIDADES DE MEJORA: 30	TOTAL CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA: 0	TOTAL SUSCRIPCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO: 1		TOTAL DE FORTALEZAS: 15	TOTAL DE OPORTUNIDADES DE MEJORA: 94			

EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2015						EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2016				
DEPENDENCIA	FORTALEZAS ENCONTRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO		FORTALEZAS ENCONTRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	
				SI	NO				SI	NO
OFICINA ASESORA JURÍDICA	3	12					16			
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	2	11				3	15			
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	2	8				2	7			
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	4	18				1	18			
DIRECCIÓN FINANCIERA	5	14				5	18			
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	1	2				1	4			
TOTAL	17	65				12	78			

5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2017	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS
13	8	5	5	14	7	8	6
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI- CUMPLIDA	1	DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE- CUMPLIDA	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR- CUMPLIDA	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1
AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS— CUMPLIDA	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1

AUDITORÍA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS- CUMPLIDA	1			AUDITORÍA DE PQRSD, LEY ANTITRAMITES , CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL A CONTRATOS	1
CUMPLIMIENTOS-PUMP-FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO-CONTROL INTERNO-CONTRALORÍA- CUMPLIDA	1			REPORTE Y VERIFICACIÓN DEL SIA CONTRALORÍA -VIGENCIA 2014	1	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	1
AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS-CUMPLIDA	1			AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA- CUMPLIDA	1	AUDITORÍA DE PQRSD	1				
		EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1				
PORCENTAJE DE AVANCE	62%	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	PORCENTAJE DE AVANCE	50%	PORCENTAJE DE AVANCE	75%
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 AL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL-PUMP DE ACREDITACIÓN	1	AUDITORÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS Y VALORACIÓN DE RIESGOS DE LOS PROCESOS.	1				
		Auditoría realizada por solicitud de junta directiva	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: la revisión del envío del informe mensual del SIA	6		
		Auditoría para verificar el cargue de información a los entes de control SIA OBSERVA Y SIA MENSUAL	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: Mediciones a la adherencia de las directrices de los informes de supervisión	2		
		AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO-18 DE ENERO 2016-OCI-HUS.001-16	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		

				EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
TOTAL	9	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7

NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA DERIBADAS DE LAS RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO INCLUIDAS EN EL PUMP 2016 DOS

5. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL – CONTRALORIA

DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2015	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2014	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2013	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2012
Calificación de:				
Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades
Fenecimiento	No fenece	Se fenece	fenece	fenece
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO				
primer trimestre	37.30%	16,60%	26,38%	
Segundo trimestre	En ejecución	45,50%	54,93%	44,26%
Tercer trimestre	En ejecución	70.00%	73,73%	50,95%
Cuarto trimestre	En ejecución	93,40%	95.20%	90,03%.
CUMPLIMIENTO FINAL				
Nivel de cumplimiento	En desarrollo	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2014.

Se solicitó nuevamente a los responsables los soportes y avance de este plan de mejoramiento el cual tiene un cumplimiento del 58,16, sin embargo los soportes de este porcentaje no están completos.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015.

7. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO PUMP 2016 – FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO/CONTROL INTERNO/CONTRALORÍA

Se radicó y socializó el informe de verificación de las acciones de mejora del PUMP - 2016 que tienen como fuente: gestión del riesgo, auditoría de control interno y Contraloría. Del resultado de la verificación se entregan los resultados de los indicadores de AVANCE DEL MEJORAMIENTO, CUMPLIMIENTO E INDICADOR DE RESULTADO-CIERRE DE CICLO.

CONSOLIDADO DE RESULTADOS

FUENTE	AVANCE DEL MEJORAMIENTO	CUMPLIMIENTO	RESULTADO CIERRE DE CICLO
GESTIÓN DEL RIESGO	47%	28%	9%
CONTROL INTERNO	100%	100%	100%
CONTRALORÍA	100%	100%	100%

TABLA CON EL DETALLE QUE SOPORTA LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE LA FUENTE DE GESTIÓN DEL RIESGO DISCRIMINADO POR PROCESOS

SEGUIMIENTO A LOS HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES FUENTE 'GESTIÓN EL RIESGO'
VIGENCIA 2016

PROCESO	PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO PUBLICADO INTRANET					PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO MODIFICADO/ REFORMADO - INFORMADO POR LOS LIDERES DE LOS PROCESOS (NO PUBLICADO)			
	HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS AL 100%	CIERRE CICLOS	HALLAZGOS INCORPORADOS	TOTAL DE HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO PARA EL TOTAL DE HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	2	88%	2	1		2	4	4	44%
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	3	100%	3	3	3		3	3	100%
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	2	30%	14				2	14	30%
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	3	56%	3	1		3	6	6	28%
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	9	56%	9	5			9	9	56%
APOYO DIAGNOSTICO	1	30%	1				1	1	30%
ATENCION FARMACEUTICA	3	67%	3	2			3	3	67%
BANCO DE SANGRE	2	50%	2	1			2	2	50%
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	3	7%	3				3	3	7%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE P	3	0%	3				3	3	0%
INVESTIGACION	1	0%	1				1	1	0%
DOCENCIA	3	100%	5	3	1		3	5	100%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6	22%	6		1		6	6	22%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	4	67%	4	1	1		4	4	67%
GESTION FINANCIERA	4	96%	4	3	1		4	4	96%
GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOME	4	25%	4	1			4	4	25%

DICA									
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	1	75%	1				1	1	75%
GESTION DE LA INFORMACION	2	100%	2	2			2	2	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	5	0%	5				5	5	0%
HOTELERIA HOSPITALARIA	1	100%	1	1	1		1	1	100%
DESARROLLO DE SERVICIOS	4	75%	4	3	1		4	4	75%
FACTURACION Y RECAUDO	9	27%	9	2			9	9	27%
ESTERILIZACION	1	50%	1				1	1	50%
GESTION DE LA CALIDAD	0	0%				2	2	2	0%
GESTION JURIDICA	0	0%				3	3	6	17%
EXTRAMURAL	0	0%	0				0	0	
TOTAL	76	1221%	90	29	9	10	86	103	1166%

INDICADORES

NUMERADOR:
SUMATORIA DE
AVANCE DE LOS
PLANES DE MEJORA
POR PROCESO
DENOMINADOR :
NUMERO TOTAL DE
PROCESO CON PLAN
DE MEJORA

1221%

1166%

25

25

**INDICADOR DE
AVANCE DE LOS P MP**

49%

47%

**INDICADOR DE
CUMPLIMIENTO**

32%

28%

NUMERADOR:
NUMERO DE
ACCIONES DE
MEJORA EJECUTADAS
AL 100%

29

29

DENOMINADOR:
TOTAL DE ACCIONES
DE MEJORA

90

103

**INDICADOR DE
RESULTADO**

10%

9%

NUMERO DE
ACCIONES CERRADAS
EN EL PERIODO

9

9

NUMERO TOTAL DE
ACCIONES
GENERADAS EN EL
PERIODO

90

103

8. SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES

Se elaboró matriz de seguimiento autoevaluación de indicadores riesgos y controles, para que los líderes de los procesos la diligenciaran

Una vez se entregaron las matrices de los procesos de apoyo, se tabuló y se sacó los indicadores correspondientes. En todo caso se recomienda que la matriz que cada proceso diligenció sea publicada en la intranet del hospital, en la pirámide documental de cada proceso en donde dice OTROS.

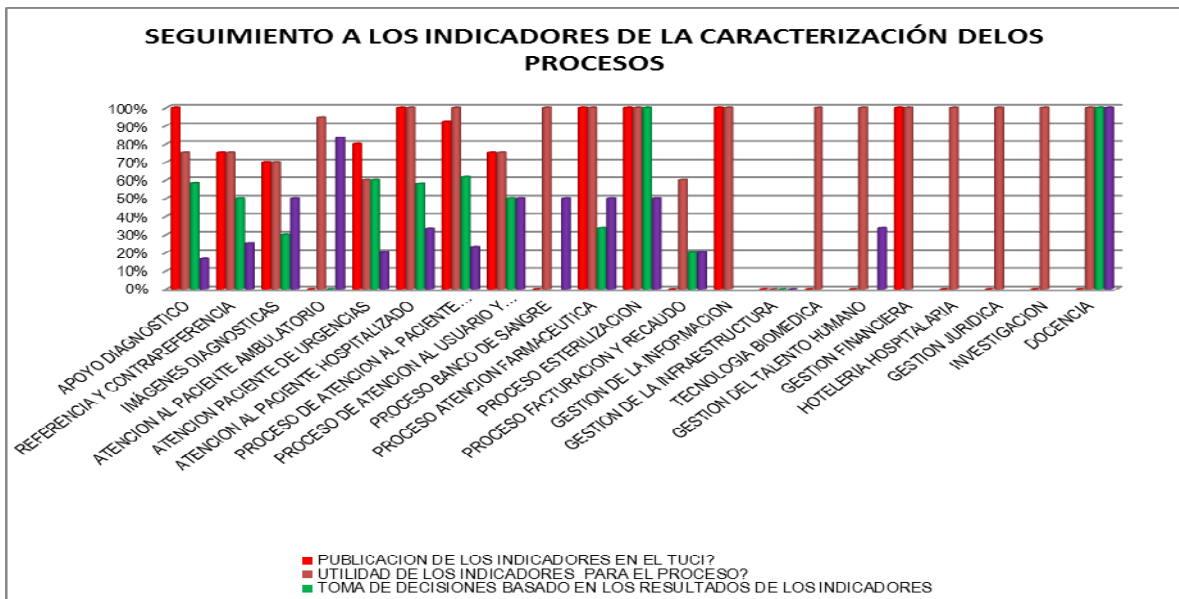
De igual manera, se solicitó al comité directivo el 28 de abril de 2017 enviar el avance y soportes del plan de mejoramiento de los riesgos de corrupción que se encuentra publicado en la página web, a la fecha solo se recibió información sobre este asunto por parte de la Dirección Financiera.

Se radicó el correspondiente informe de auditoría y se socializó el resultado a todos los servidores del Hospital.

Los resultados del seguimiento a RIESGOS, CONTROLES DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS Y MATRIZ INSTITUCIONAL DEL RIESGOS ASI COMO EL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS ES EL SIGUIENTE:

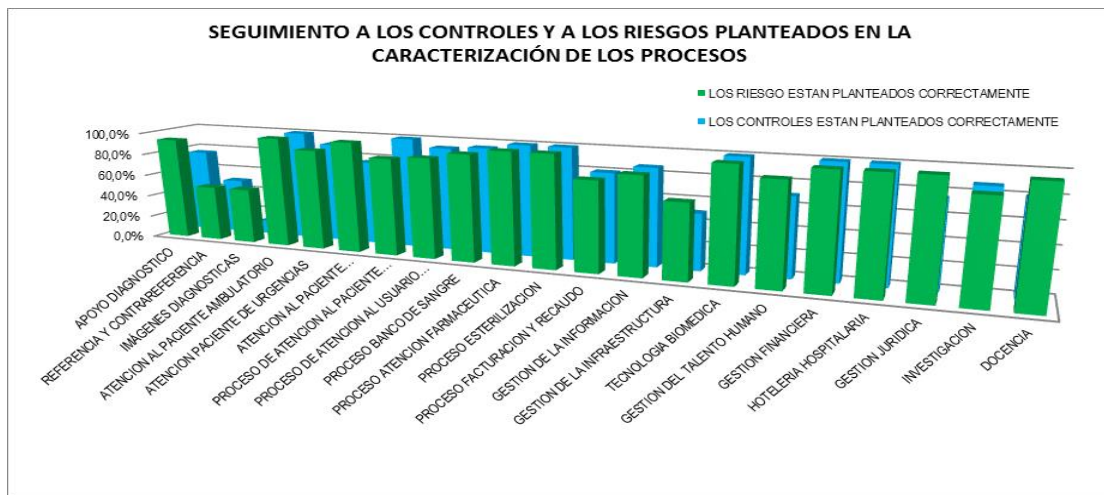
RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

PROCESO	PUBLICACION DE LOS INDICADORES EN EL TUCI?	UTILIDAD DE LOS INDICADORES PARA EL PROCESO?	TOMA DE DECISIONES BASADO EN LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	MEJORAS LOGRADAS CON LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	REPORTE EN EL INFORME DE GESTIÓN MENSUAL DE LOS INDICADORES	SOCIALIZACION DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	LOS INDICADORES SE REPORTAN A LOS ENTES DE CONTROL	CORRESPONDENCIA DE LOS INDICADORES CON EL PROCESO
PROMEDIO	47%	86%	48%	40%	64%	76%	21%	87%



RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES Y A LOS RIESGOS PLANTEADOS EN LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

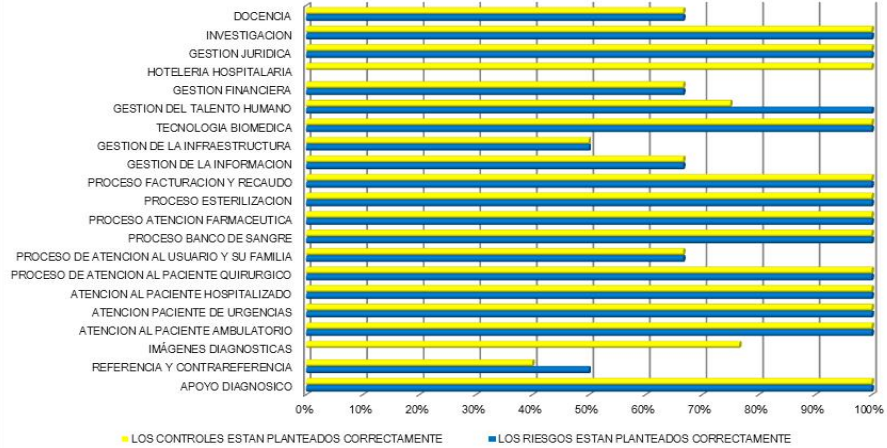
PROCESO	LOS RIESGO ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES CON EL PERSONAL VINCULADO AL PROCESO	FRECUENCIA DE LA SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO O A LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES	COMUNICACIÓN A LA GERENCIA DE LA GESTIÓN REALIZADA A LOS RIESGOS Y CONTROLES	CORRESPONDENCIA DE LOS RIESGOS CON EL PROCESO
PROMEDIO	89%	82%	67%	54%	74%	64%	45%	80%



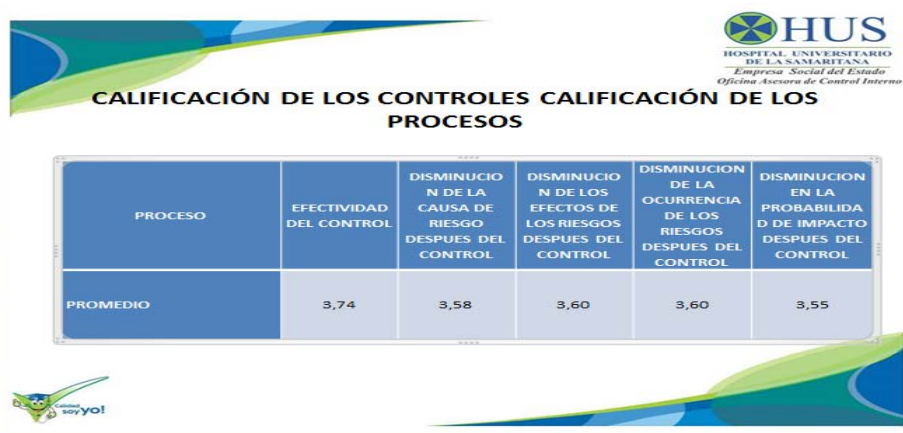
RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE LA MATRIZ DE RIESGOS - MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

PROCESOS	LOS RIESGOS ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y SU CONTROLES CON EL PERSONAL VINCULADO AL PROCESO	FRECUENCIA DE LA SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO O A LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES	COMUNICACIÓN A LA GERENCIA DE LA GESTIÓN REALIZADA A LOS RIESGOS Y CONTROLES	CORRESPONDENCIA DE LOS RIESGOS CON EL PROCESO
PROMEDIO	88%	86%	82%	59%	75%	71%	50%	76%

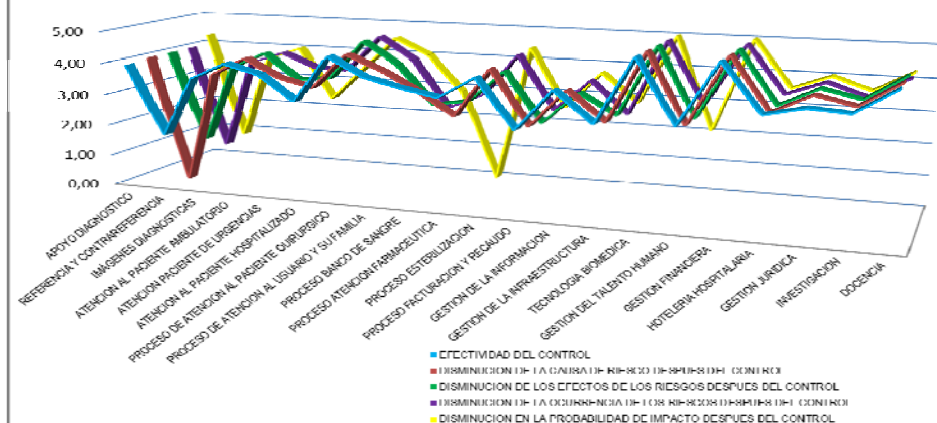
SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS - MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

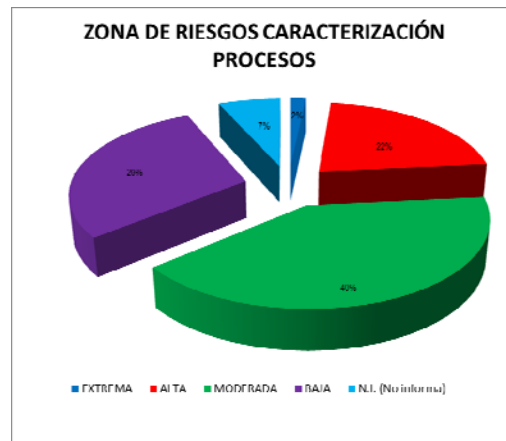
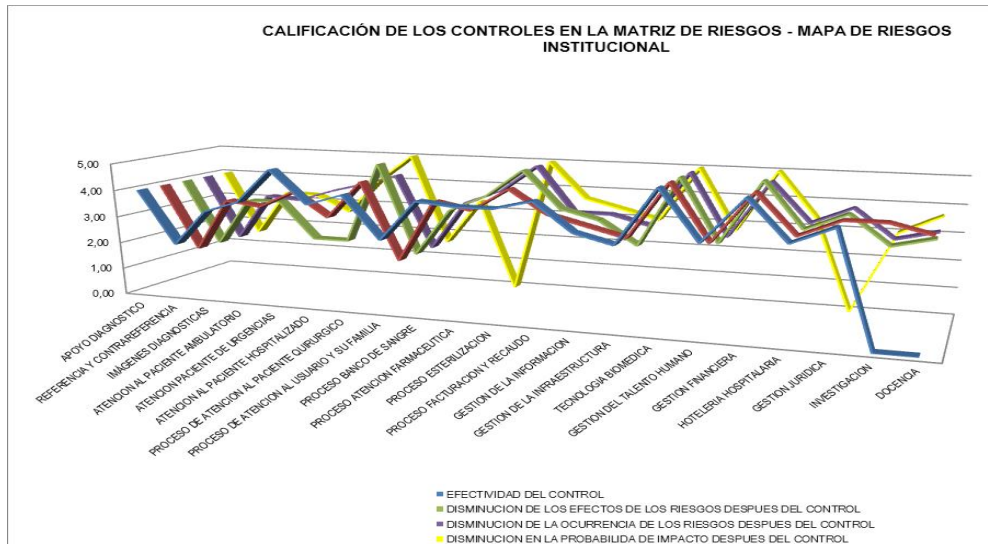


■ LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE ■ LOS RIESGOS ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE



CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES EN LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS





Las conclusiones del seguimiento así como las correspondientes recomendaciones se dejaron en el informe de auditoría radicado en la gerencia y socializado a todos los funcionarios del hospital.

9. CUMPLIMIENTO DEL PAS

2014	CUMPLIMIENTO	91,48%
2015	CUMPLIMIENTO	89,3%
2016	CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE	56%
CUMPLIMIENTO DEL PAS SEGUNDO SEMESTRE DE 2016	SEGUNDO SEMESTRE	75,44%
PAS 2017	PRIMER TRIMESTRE	6,17%
PAS 2017	PRIMER SEMESTRE	49,6%

El cumplimiento del plan indicativo para el cuatrienio es del 90,7% 2012-2015.

Se encuentra pendiente establecer el cumplimiento al primer semestre de 2017 del plan indicativo toda vez que aún se están revisando los soportes del PAS, se recomienda que la Unidad funcional de Zipaquirá remita cuanto antes los soportes de las actividades.

10. SEGUIMIENTO ENTREGAS DE TURNO

Porcentaje de asistencia.

MES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
ENERO	71,94%	63,80%	48,71%	54,67%	51,37	52.02	PROMEDIO DEL SEMESTRE 51.5
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8	55.27	
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51.50	50.17	
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51.59	50,6%	
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60,75%	57.11	55.27	
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60.64	51.96	45.66	
JULIO	69,24%	53,64%	70,22%	53.4%	50.14		
AGOSTO	77,47%	55,56%	61,76%	53.92%	43.82		
SEPTIEMBRE	76,30%	55,61%	58,93%	57.58%	46.81		
OCTUBRE	69,10%	58,33%	49,37%	53.68%	50%		
NOVIEMBRE	61,39%	47,78%	58,43%	54,24	48.90%		
DICIEMBRE	47,23%	46,40%	52,94%	46,57	53.55%		
Total	72,35%	56,92%	54,73%	56,67	50.96		

De los inconvenientes reportados en las entregas de turno se observa que en ellos hay oportunidades de mejora para distintos procesos de la entidad, en general se observa:

Mantenimiento: se reportó REITERADAMENTE fallas en los ascensores, camas dañadas, llamados de enfermería, controles de camas, lavamanos, goteras, pintura. Estos aspectos deben ser revisados por el proceso de gestión de la infraestructura y el proceso de planeación y calidad, con el fin de hacer una verificación periódica de los requisitos de infraestructura y mantenimiento para HABILITACIÓN.

Faltantes Farmacia: Se reportó de manera reiterada faltante de medicamentos y material medicoquirurgico, motivo por el cual debe revisarse el tema con el proceso de ATENCIÓN FARMACEUTICA, GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS Y GESTIÓN JURÍDICA. Desde ya la oficina de control interno pone en consideración de la entidad la posibilidad de reformar el estatuto de contratación para que se pueda contratar con uniones temporales, Y DE ESTA MANERA EVITAR LA MULTIPLE CONTRATACIÓN para los MEICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO que en la actualidad se hace con muchos proveedores que en ocasiones incumplen, y se realizan múltiples adiciones y reversiones, retrasando en ocasiones la atención. Esta multiplicidad de contratos dificulta la monitorización por parte de los supervisores.

Cancelación de cirugías y oportunidad en la atención: Se observa que por faltantes en farmacia y conductas desviadas del código de ética por parte de los funcionarios se puede correr el riesgo de cancelación en cirugías y falta de oportunidad en la atención.

Por último, se observa que pese a que se le solicita a las direcciones científica, administrativa y financiera la gestión realizada para superar los inconvenientes reportadas en las entregas de turno, la única dirección que informa las actividades realizadas es la DIRECCIÓN CIENTÍFICA.

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	10	65,9%
2017	41	1	2.4%

12. SEGUIMIENTO AL SIA OBSERVA

SIA OBSERVA

La oficina de control interno está elaborando el informe de verificación sobre la información subida al SIA observa, correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017.

13. ACUERDOS DE GESTIÓN

Se encuentra pendiente la evaluación de los acuerdos de gestión del primer semestre. Se informó a la Oficina de Control Interno que la Dirección de Atención al Usuario no ha suscrito el acuerdo de Gestión.

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

CAPÍTULO VII GESTIÓN OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

1.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.

- Estándar de Talento Humano:

El estándar de Talento Humano en el aspecto de certificados de formación (pendientes de habilitación de acuerdo a la dinámica de la rotación del personal asistencial del HUS), según lo dispuesto en la Resolución 2003 de 2014, ha venido adelantado las siguientes formaciones con el apoyo de los líderes de cada proceso, según la tabla No 1.

Se observa un avance del 28% de acuerdo a la formación realizada o terminada sobre la programada (de los pendientes).

De un total de veinte y un (21) servicios a realizar procedimiento de formación, se observa que existen seis (6) servicios que presentan certificado de formación, diez (10) servicios que se encuentran en desarrollo y cinco (5) servicios pendientes de iniciar el proceso de formación. El seguimiento se puede observar en el siguiente formato

Tabla No 1 Estándar de Talento Humano –Certificados de Formación

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN II TRIMESTRE 2017				
ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO - CERTIFICADOS DE FORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL				
SERVICIO	PERSONAL	CERTIFICADO	RESPONSABLE DE HACER LA FORMACIÓN	SEGUIMIENTO 13 Y 22 DE JUNIO DE 2017
Urgencias , hospitalización y consulta externa	TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA	Certificado de formación de atención integral en salud de víctimas de violencias sexuales.	Se encuentra en Moodle. Educación médica y/o SENA	Este año se inició la formación el día 23 de Julio.
Protección específica y -Detección Temprana	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Certificado de formación para administrar inmunobiológicos	SENA - Secretaría de Salud de Cundinamarca.	Secretaría de Salud de Cundinamarca capacitó a 8 personas el día 13 de Junio de 2017.
Urgencias de mediana y alta complejidad	ENFERMERA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA	*Certificado de formación en soporte vital básico. *Certificado de formación en soporte Vital avanzado	* William Gómez -* Para los médicos Entidad externa .EJM Salamanca u otros.	Realizó pensum, pendiente cronograma para enviar a talento humano Se han realizado cursos de formación. Se compromete el jefe William Gómez hoy 13 de junio a enviar a talento humano el cronogramam . Pendiente envío de listados del personal participante a talento humano para generar el respectivo certificado. Soporte vital avanzado No aplica la capacitación porque los médicos ingresan a la institución con este requisito.

Diagnóstico cardiovascular	ENFERMERA	Certificado de formación en la realización del procedimiento ofertado y en soporte vital básico.	Dr. Ortiz- Hemodinamia	Pendiente envío de pensum y cronograma a Talento Humano, compromiso para el día 20 de junio de 2017.
Transfusión sanguínea	TODO EL PERSONAL TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	Certificado de formación para el manejo de transfusión Sanguínea	Dra Tatiana Guerrero	Se cuenta con pensum y cronograma se ha realizado formación en los servicios de Gineco, Neurocirugía, Unidad de intermedios, Ortopedia, Medicina Interna y Neonatos.
Toma de muestras de laboratorio clínico	AUXILIAR DE LABORATORIO O DE ENFERMERÍA	Certificado de formación en toma de muestras	Dra Ruth Rojas	Pendiente cronograma el cual enviarán a Talento Humano el día 14 de junio de 2017, se cuenta con pensum. Se realizó una capacitación a auxiliares de enfermería.
Laboratorio de baja, mediana y alta complejidad. (hospitalización, urgencias y cirugía)	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS Y CIRUGÍA BACTERIÓLOGA CON CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL PROCESAMIENTO DE LAS TÉCNICAS ESPECIALIZADAS OFERTADAS O BACTERIÓLOGA ESPECIALIZADA.	Certificado de la formación en toma de muestra.	Dra Ruth Rojas	Aplica la misma de toma de muestras de laboratorio.
Tamización de cáncer de cuello uterino	TODO EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA TOMA DE CITOLOGÍA	Certificado de formación en toma de citologías.	Dr. García.	Se aclara que las Dras Zambrano y Salamanca son quienes realizan citología en el HUS y cuentan con el certificado de formación de Habilitación. No se requiere capacitar a otros médicos.
Hemodiálisis.	AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ENFERMERA	Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal.	Epresa Baxter (Dr. Silva)	El personal cuenta con el certificado de formación a excepción de una auxiliar de enfermería nueva.
Neumología - Laboratorio de Función Pulmonar	ENFERMERA TERAPEUTA RESPIRATORIA. FISIOTERAPEUTA O AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Certificado de formación para la realización de los estudios.	Dr. Neumólogo.	La terapeuta respiratoria quien realiza los procedimientos de función pulmonar cuenta con el certificado de formación.

Cuidado básico Neonatal	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA	Certificado de formación en atención para el paciente neonatal.	Jefe Doris Torres , Dr. García y Dra Maritza Quijano.	Pendiente entrega a talento humano de pensum y cronograma, actualmente se encuentran organizando los temas con la jefe Martha Arias, Dr. García.
Cuidado Intermedio Neonatal	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA, PEDIATRA	Certificado de formación para el área neonatal.	Jefe Doris Torres , Dr. García y Dra Maritza Quijano.	Aplica lo mismo de Cuidado Básico Neonatal.
Cuidado intermedio adulto	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA, MÉDICO ANESTESIOLOGO, INTERNISTA , CIRUGÍA GENERAL, MEDICINA DE URGENCIAS.	Certificado de formación en atención del paciente de cuidado intermedio adulto	Dr. Kristian- Dra Maria Teresa , jefe Doris y Dra.Pilar Mogollon.	Pendiente entrega a talento humano de pensum y cronograma.
Cuidado intensivo neonatal	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA PEDIATRA	Certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo neonatal	Jefe Doris Torres , Dr. García y Dra Maritza Quijano. Jefe Martha Arias	Aplica lo mismo de Cuidado Básico Neonatal.
Cuidado intensivo adulto	1. ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA, ANESTESIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA , GINECOBISTETRICIA, CIRUGÍA GENERAL, MEDICINA DE URGENCIAS 2. MEDICO ESPECIALISTA 3. ENFERMERA	1. Certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo adulto 2.* Certificado de la formación de la gestión operativa de la donación 3. Certificado de formación de control del paciente en cuidado intensivo adulto	1 y 3 Dra Maria Teresa - Dr. Alexander y Dra Pilar Mogollon. 2. * Instituto Nacional de Salud.	Los médicos de unidad de cuidado intensivo son intensivistas y las fisioterapeutas no aplica curso. Pendiente enfermería , auxiliares de enfermería y nutricionistas.
Transporte asistencial básico	1. TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA O TÉCNICO PROFESIONAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA 2. CONDUCTOR	1. Certificado de formación en soporte vital básico. 2. Certificado de formación en primeros auxilios.	1. William Gómez 2. Cruz Roja u otros	Los conductores cuentan con los certificados de formación de primeros auxilios y soporte vital básico. Las auxiliares de enfermería cuentan con certificado soporte vital básico.

TELEMEDICINA	MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CONSULTA EXTERNA , URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	El personal asistencial que presta directamente el servicio bajo la modalidad de telemedicina cuenta con certificado de formación en el manejo de la tecnología utilizada por el prestador.	Ingeniero Jairo Beltran - Proveedores Equipos.	El ingeniero Biomédico se encuentra programando la fecha de capacitación para especialistas de consulta externa.
Protección específica y -Detección Temprana	ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS.	Certificado de formación en protección específica o Detección temprana según	Fundación Canguro	Cuenta la jefe de Plan canguro con el certificado de formación.
Seguridad del paciente	TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DE TODOS LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	Certificado de Formación de Seguridad del Paciente	Se encuentra en Moodle. Educación médica	43 personas realizaron en este periodo formación de seguridad del paciente y 53 personas deben recuperar para poder aprobar la formación lo que permitiría un total de 96 personas formadas.
Esterilización	PERSONAL DE ESTERILIZACIÓN	Certificado de formación en manejo de Esterilización	Jefe Ruth Chaparro- Dra Andrea Morales.	Se encuentra en proceso de gestión de búsqueda de realización de formación de esterilización con la universidad Area andina para el mes de agosto de 2017.
Equipo biomédico	PROFESIONAL , TECNÓLOGO O TÉCNICO	Certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales.	Ing.jairo Beltran - Ing Jeffrey	El personal de equipo biomédico se encuentra desarrollando el pensum y el cronograma de la formación a desarrollar por ellos o por un externo.

Fuente: Informe de Seguimiento de Planeación y Calidad.

- Estándar de Infraestructura:

En el estándar de Infraestructura de acuerdo al seguimiento del PUMP del proceso se observa que de diez y siete (17) actividades definidas se han realizado uno punto cinco actividades (1.5) correspondiente a los pendientes de Habilitación 2017. Se adjunta PUMP del proceso. Para un avance de 8.8%.

Tabla No 2 Estándar de Infraestructura y Mantenimiento

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN 2017		
ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA		SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2017. Junio 13 de 2017
TODOS LOS SERVICIOS: Se debe separar el residuo reciclable del ordinario , inerte y biodegradable en el deposito temporal del cuarto piso B de hospitalización.	Con Recurso propio.	Se encuentra solicitada la contratación dentro del estudio previo radicado en enero 16 de 2017 "contratación de obras físicas para adecuación de infraestructura hospitalaria. Item en mampostería
TODOS LOS SERVICIOS: Se comparte el ambiente de aseo del servicio de Neonatos con el servicio de partos. (obstétricos).	Ejecución del Proyecto de remodelación del servicio de Ginecología incluido en el Plan Bienal 2016-2017.	Se observa proyecto de arquitectura elaborado con estudio técnico, radicado el 24 de Abril de 2017. Se espera asignación de cita para su revisión por parte de la Secretaria de Salud Distrital.

CONSULTA EXTERNA (SOTANO Y 4-TO PISO): El consultorio DE NEUMOLOGIA no cuenta con ventilación mecánica para recambio del aire (aproximadamente 10 cambios por hora).	Instalación de los equipos adquiridos de ventilación mecánica en el consultorio de neumología.	No se ha realizado la instalación. Se cuenta con concepto de la SSD.
CONSULTA EXTERNA (SOTANO Y 4-TO PISO): con 9, No cumple para procedimientos, se realizan curaciones. Falta media caña. En cuarto sucio falta mesón y lavamanos con censor / CONS 16 A No cumple área para procedimiento menor, retiro de puntos / CONS 16 B No cumple área para procedimiento menor, retiro de puntos / CONS 16 C No cumple área para procedimiento menor, retiro de puntos / Procedimientos: Pendiente adecuar con requerimientos la sala de retiro de puntos de oftalmología, No hay media caña // sala de yesos falta meson de trabajo / sala de procedimientos oftalmología sin terminar/ no cuenta con ambiente de trabajo sucio/	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado y radicado el 22 de marzo de 2017 .
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	Pendiente
	Ejecución de las actividades contratadas para los consultorios mencionados.	Pendiente
ENDOSCOPIAS Faltan puertas para que se delimita el área de procedimientos (ambiente).	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado y radicado 22 de marzo de 2017 .
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación	Pendiente
	Ejecución de las actividades contratadas para el consultorio de gastro	Pendiente
HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICA BAJA COMPLEJIDAD No se cuenta con Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro ni con Ambiente de vestier para pacientes que funciona como filtro.	Ejecución del Proyecto de remodelación del servicio de Ginecología incluido en el Plan Bienal 2016-2017	Se observa proyecto de arquitectura elaborado con estudio técnico, radicado el 24 de Abril de 2017. Se espera asignación de cita para su revisión por parte de la Secretaria de Salud Distrital.
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS No cuenta con ambiente de ropas	Radicación de estudios previos para contratación	Estudio previo realizado y radicado el 22 de marzo de 2017
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación	Pendiente
	Ejecución de las actividades contratadas para Cuidado Intermedio.	Pendiente
CIRUGIA BAJA - MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD . Capacidad de recambio de aire de la Ventilación mecánica existente es insuficiente, tampoco existe aclimatización del servicio	Ejecución del Proyecto Modernización del sistema de recambio de aire, implementación del sistema de aclimatización para salas de cirugía, incluido en el Plan Bienal 2016-2017.	Actualmente se cuenta con propuesta de diseño por ingeniería por un valor de 53 millones de pesos.
CIRUGIA BAJA COMPLEJIDAD . No existe area de trabajo limpio en recuperacion	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado y radicado el 22 de marzo de 2017
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	Pendiente
	Ejecución de las actividades contratadas para recuperación.	Pendiente
CIRUGIA AMBULATORIA . No se observa mesón en el área de recuperación de cirugía ambulatoria (se consultó con al SSD quienes refieren que debe ser fijo	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado y radicado el 22 de marzo de 2017
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	Pendiente

ESTERILIZACION No se cuenta con la unidireccional y la circulación no es restringida EN EL FILTRO VESTIER DE LOS FUNCIONARIOS	Radicación de estudios previos para contratación	Estudio previo realizado el 31 de enero de 2017 . Pendiente revision de este proyecto en este mes de junio en el servicio de esterilización y la activación del montacargas. El filtro de vestier es obra y se encuentra dentro del radicado de enero de 2017 . Se llevará a revisión por parte de la Secretaría de Salud Distrital.
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de habilitacion	Pendiente
	Ejecucion de las actividades contratadas para esterilizacion.	Pendiente
MICROBIOLOGIA No cumple con LA TEMPERATURA DEL MEDIO AMBIENTE	Radicación del oficio con consulta para concepto de la SSD.	La coordinadora de laboratorio llevará a cabo traslado de microbiología a otra área que permite cumplir con adecuada temperatura.
	Radicación de estudios previos para contratación.	NA
	Contratacion de actividades permitidas en el concepto de SSD.	NA
	Ejecucion de las actividades contratadas .	NA
LABORATORIO Requiere Cambio de muebles y puertas microbiología, inmunología y laboratorio, cambio puertas	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado y radicado el 21 de marzo de 2017
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de habilitacion.	Pendiente
	Ejecucion de las actividades contratadas para laboratorio clinico.	Pendiente
FARMACIA no cuenta con alarmas de humo	Radicación de estudios previos para contratación.	Pendiente
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de habilitacion.	Pendiente
	Ejecucion de las actividades contratadas para farmacia.	Pendiente
BANCO DE SANGRE nuevos requerimientos INVIMA	Realizar nuevo diseño aprobado por servicio.	Pendiente
	Radicación de estudios previos para contratación.	Pendiente
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de INVIMA.	Pendiente
	Ejecucion de las actividades contratadas para banco de sangre.	Pendiente
MANTENIMIENTO todos los servicios asistenciales Habilitación.	Contratación Ferreteria	Se encuentra el estudio de ferreteria radicado el 7 de febrero. En Mayo y Junio de 2017 se lleva a cabo el inicio de mantenimiento de unas áreas teniendo en cuenta las necesidades de Habilitación a saber: Esterilización: Se realizó 100% mantenimiento preventivo entre los que se incluyen pintura, cambio de lámparas, instalación de vidrios, techos y pisos. Salas de cirugía: Se realizó avance del 80% de salas pintadas , pendiente sala de recuperación. Morgue: Se llevó a cabo intervención de aguas residuales y 100% mantenimiento preventivo. Laboratorio clínico: Adecuación de cajones y retiro de madera y cemento expuesto , aplicación pintura , cambio de tubos y aplicación de pintura en pisos de laboratorio , microbiología , biología molecular y toma de muestras. Banco de sangre: Iluminación y adecuación de salas de donación y pintura. Neonatos: Pintura y resane de cuarto sucio y área nueva de UCI (aislados), instalación de lavamanos y reparación de mueble de ducha de bebés. Urgencias: Pendiente Pintura general.

Fuente: Informe de Seguimiento de Planeación y Calidad.

- Estándar de dotación:

Se encuentra en un cumplimiento del 71% de avance de sus acciones pendientes establecidas como mejora. De 7 pendientes se cumplieron 5 actividades. Relacionado en el siguiente formato se encuentran los pendientes.

Tabla No 3 Estándar de Dotación

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION 2017 II Trimestre.		
ESTANDAR DE DOTACION		
SERVICIO	EQUIPO	
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Infantómetro	Pendiente
FARMACIA CENTRAL	Se requieren neveras en los servicios de enfermería y validar la cadena de frío, termómetros	Pendiente
GINECOLOGIA - CONSULTORIO-SALA DE PARTOS	Cama ginecológica con estribos	Pendiente

Fuente: Informe de Seguimiento Planeación y Calidad.

- Estándar de Procesos prioritarios:

En el estándar de Procesos prioritarios se observa que de 10 documentos pendientes por realizar se realizaron 4 para un cumplimiento de 40%. Se relaciona cuadro.

Tabla No 4 Estándar de Procesos Prioritarios

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION 2017		
ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS		SEGUIMIENTO II TRIMESTRE (Pirámide documental)
FARMACIA	Se documentara el Manual de procedimientos para el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria.	Pendiente
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	En desarrollo se encuentran el procedimiento de toma de muestras y el proc de recepción y análisis de reporte de resultados procesados en el laboratorio externo, se encuentra incluido en el manual de bioseguridad institucional pendiente actualizar	Pendiente
LABORATORIO CLÍNICO	Pendiente publicar procedimiento de control de calidad En desarrollo se encuentran el proc. De toma de muestras y el proc de recepción y análisis de reporte de resultados procesados en el laboratorio externo, proc. Procesamiento y lectura de muestras No se realiza limpieza y desinfección de matrál, nada es reutilizable No aplica para transplantes	Pendiente
TAMIZACION DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Se cuenta con protocolo de toma citología cervicouterina 03AS28-V2 desactualizado, incluir aspectos del procedimiento 02AD01 Embalaje y transporte de muestras intrahospitalarias, no hay evidencia documental del control de calidad de las muestras tomadas ni del procedimiento de control de resultados No hay evidencia del análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas. No hay evidencia de protocolo que defina el procedimiento para el cumplimiento obligatorio de las acciones realizadas para el control de calidad externo realizado por los laboratorios de salud pública.	Pendiente
ENDOSCOPIAS	No se encuentra protocolo de limpieza y desinfección de equipos	El procedimiento. Se encuentra en desarrollo. (se encuentra además incluido en el Manual de Bioseguridad).
ESTERILIZACION	Se debe ajustar el protocolo recibo de material de acuerdo a la adaptación de la infraestructura. Se debe actualizar el protocolo lavado ,secado y lubricación de acuerdo a la adaptación del nuevo equipo de lavado (lavadora termodesinfectora) . Falta socialización al personal asistencial del proceso de lavado y desinfección en consulta externa, urgencias, hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico y transporte asistencial básico, del año 2016. Se debe articular con los servicios de Ginecología , Terapia respiratoria, Urología , Ortopedia y Salas de cirugía, el registro y la trazabilidad de los dispositivos que se encuentran permitidos por el fabricante para reesterilizar.	Pendiente

Fuente: Informe de Seguimiento Planeación y Calidad.

2. REFERENCIACIÓN COMPARATIVA:

De 38 Referenciaciones Comparativas programadas en esta vigencia 2017, a la fecha se han realizado 23, que permite observar un avance de un 60%. Del total programadas ocho Referenciaciones se han solicitado, en espera de la confirmación para su realización por la entidad de Referencia y siete referenciaciones se encuentran por solicitar e iniciar proceso.

Tabla No 5 Referenciación Comparativa Programada en 2017

 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA CRONOGRAMA DE DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS 2017 05DS02-V1						
PROCESO A RERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACIÓN	INSTITUCIÓN A REFERENCIAR	CIUDAD	FECHA	RESPONSABLE	ESTADO DE LA REFERENCIACIÓN
APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Revisar el proceso que se lleva a cabo en el laboratorio clínico de esta institución, con el fin de realizar comparación en el manejo integral de muestras biológicas, programa de reactivo vigilancia, informe de resultados críticos, medición de oportunidad y socializar los indicadores que se llevan en dicho proceso	HOSPITAL SAN JOSÉ	BOGOTÁ	MARZO 31 DE 2017	DRA. RUTH ROJAS	Realizado en San José y presentado el informe
APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Observar el proceso de retrasos y demoras. Y como se informa al paciente	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	DRA. RUTH ROJAS	Realizado en Banco de sangre y presentado el informe
BANCO DE SANGRE	Conocer el proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Realizado en laboratorio clínico y presentado el informe
BANCO DE SANGRE	Conocer el procedimiento de consentimiento informado	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	MARZO 18 DE 2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Realizado en Hospital San Jose y presentado el informe.
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Conocer el procedimiento de cancelación de citas consulta externa	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	JEFE YAMILE UBAQUE	Realizado en consulta externa y presentado el informe.
ATENCIÓN AL USUARIO	Procedimiento entrega de turno de Medicina interna	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	JEFE NUBIA GUERRERO	
ATENCIÓN AL USUARIO	Humanización del paciente	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	JEFE NUBIA GUERRERO	
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	Tiempos de triage	FUNDACION CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	Abril de 2017	DRA. GINA LACORAZA	Solicitado a Cardioinfantil
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Proceso de preparación, dispensación, almacen, distribución y facturación de meicamentos de cirugía en Farmacia.	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Programación quirúrgica	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	Abril de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	Realizado en Hospital San Jose, pendiente presentacion de informe
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO		CARDIO INFANTIL		MAYO 18 DE 2017		Realizado en el Hospital Cardio infantil, pendiente presentar informe
ESTERILIZACIÓN	Proceso de Esterilización	CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	MAYO 18 DE 2017		Realizado en el Hospital Cardio infantil, pendiente presentar informe.
ESTERILIZACIÓN	Proceso de Esterilización	SAN JOSE	BOGOTÁ	Marzo de 2017		Realizado en Hospital San Jose, pendiente presentacion de informe

ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Central de mezclas	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Solicitado y Confirmado en el cancerológico
ATENCIÓN FARMACEÚTICA		CLÍNICA DEL COUNTRY				Solicitado a Clínica del Country
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	FUNDACION SANTA FE	BOGOTÁ	Abril de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Solicitado a Fundacion Santa Fe
ATENCIÓN FARMACEÚTICA		FUNDACION CARDIO INFANTIL				Realizado en cardio infantil e informe presentado
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Procedimiento Manual de Gestión de la Tecnología	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	MIPRES	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Realizado pendiente presentación de informe.
INVESTIGACIÓN	Comité de Ética en Investigación	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	DRA. MARLEN	Realizado en cancerológico y presentado informe
INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Gastroenterología	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Marzo 7 de 2017	DRA. MARLEN ORDÓÑEZ	Realizado en gastro y presentado informe
INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Fisioterapia	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Febrero de 2017	DRA. MARLEN ORDÓÑEZ	Realizado en fisio y presentado informe
GESTIÓN DE LA INFORMACION	Gestión de equipos y mantenimiento de equipos de Gestión de la Tecnología	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Abril de 2017	INGENIERO ALFREDO TELLEZ	
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Gestión de la Tecnología	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	INGENIERO JAIRO BELTRAN	Solicitado en San Ignacio
FACTURACIÓN Y RECAUDO	Proceso de facturación y recaudo	HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	MEDELLÍN	Agosto de 2017	DR. CARLOS PEREZ	
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	Gestión de la Tecnología	FUNDACION CARDIO INFANTIL			INGENIERO JAIRO BELTRAN	Realizado en Cardio infantil y presentado informe
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Arquitectura y mantenimiento	FUNDACION CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	ABRIL O JUNIO DE 2017	ING. JEFFREY TORRES	Realizado en Cardio infantil y presentado informe
		HOSPITAL SAN IGNACIO				Solicitado a San Ignacio
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Proceso de Talento Humano (Contratación), salu y Seguridad en el trabajo, Bienestar, Desarrollo y capacitación	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	Dr. CESAR MORENO	
ADMÓN-HOTELERIA Y JURIDICA	servicio de cafetería y alimentación	INS CANCEROLÓGICO FUNDACION SANTA FE	BOGOTA	MARZO DE 2017	NELSY FLOREZ	Realizado en cancerológico y presentado informe.
	Servicios complementarios a la salud	INSTITUTO CANCEROLÓGICO		MARZO DE 2017	DRA. DIANA GARCIA DRA. NEIDY TINJACA	
ATENCIÓN AL USUARIO	Módulo de PQRS	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	MARTHA GONZÁLEZ	Solicitado al Ministerio de Salud y Protección social.
GESTIÓN FINANCIERA	Contratacion , Mercadeo	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	DR PINZON	Realizado en Mercadeo y presentado el informe
GESTIÓN FINANCIERA	Subdireccion de personal	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	DR. PINZON	Realizado en Personal y presentado el informe
GESTIÓN DE LA CALIDAD	Seguridad del paciente	FUNDACION SANTA FE	BOGOTÁ	ABRIL DE 2017	JEFE MIREYA SUAREZ	Solicitado a Cardio infantil
EDUCACIÓN	Historia Clínica de docencia	HOSPITAL DE DUITAMA	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Dra Andrea Morales	Realizado en Duitma y presentado el informe
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Consentimiento Informado	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Maria del Pilara Garzón	Realizado en cardio infantil pendiente presenta informe
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Proceso de gases arteriales	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Nair Diaz Delgado	Realizado en laboratorio pendiente informe
APOYO DIAGNÓSTICO	Proceso de patología	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Samuel Morales	Realizado pendiente informe

Fuente: Base de Datos Planeación y Calidad.

Tabla No 6. Referenciación Comparativa implementadas de las realizadas en 2017

REFERENCIACION COMPARATIVA REALIZADA E IMPLEMENTADA EN EL AÑO 2017		
PROCESO A RERENCIAR	REFERENCIACION COMPARATIVA IMPLEMENTADA	IPS DE REFERENCIA
APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	MANEJO INTEGRAL DE MUESTRAS BIOLÓGICAS, PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA, INFORME DE RESULTADOS CRÍTICOS, MEDICIÓN DE OPORTUNIDAD	HOSPITAL SAN JOSÉ
APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	PROCESO DE RETRASOS Y DEMORAS Y COMO SE INFORMA AL PACIENTE	REFERENCIACIÓN. INTERNA
BANCO DE SANGRE	PROCESO DE LABORATORIO CLÍNICO	REFERENCIACIÓN. INTERNA
BANCO DE SANGRE	PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	HOSPITAL SAN JOSE
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	TECNOVIGILANCIA Y FARMACOVIGILANCIA	FUNDACION CARDIO INFANTIL
INVESTIGACIÓN	COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	INS CANCEROLÓGICO
INVESTIGACIÓN	INVESTIGACION EN GASTROENTEROLOGÍA	REFERENCIACIÓN. INTERNA
INVESTIGACIÓN	INVESTIGACION EN FISIOTERAPIA	REFERENCIACIÓN. INTERNA
GESTIÓN FINANCIERA	CONTRATACION , MERCADEO	REFERENCIACIÓN. INTERNA
GESTIÓN FINANCIERA	SUBDIRECCION DE PERSONAL	REFERENCIACIÓN. INTERNA

Fuente: Base de Datos Planeación y Calidad.

Tabla No 7 Implementación de Referenciación Comparativa 2016 en 2017

REFERENCIACION COMPARATIVA 2016 IMPLEMENTADA EN LA VIGENCIA 2017		
PROCESO	REFERENCIACIÓN COMPARATIVA IMPLEMENTADA	IPS DE REFERENCIA
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	CONCILIACIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEÚTICO	FUNDACION SANTA FE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	NORMAS NIFF-CARTERA -COSTOS .INVENTARIOS	CLINICA DEL OCCIDENTE
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	METODOLOGÍA UTILIZADA POR EL COMITÉ DE ETICA	HOSPITAL SAN IGNACIO
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	PROCESO DE ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA	HOSPITAL SAN IGNACIO
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	PROGRAMA CLÍNICA DE HERIDAS	HOSPITAL SAN IGNACIO
APOYO DIAGNÓSTICO	PROGRAMA REACTIVO VIGILANCIA Y PROCESO DE LABORATORIO CLINICO	HOSPITAL SAN IGNACIO
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	FARMACOVIGILANCIA	CLINICA DE LA SABANA
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	CLINICA DE ANTICOAGULACION	CLINICA SANITAS

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad.

3. SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES - SUIT

Se llevó a cabo seguimiento de avance a la implementación de la Racionalización del proceso de Laboratorio clínico, en el cual se evidencia implementación de la mejora en el HUS Bogotá y en la Unidad Funcional de Zipaquirá, observándose un cumplimiento del 100% finalizándose el proceso de Racionalización.

Tabla No 13 Racionalización de Trámite de laboratorio Clínico –SUIT.

AVANCE DE IMPLEMENTACIÓN DE RACIONALIZACIÓN SUIT HUS I SEMESTRE DE 2017						
SITUACIÓN ACTUAL	MEJORA POR IMPLEMENTAR	BENEFICIO AL CIUDADANO O ENTIDAD	TIPO	ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN	SEGUIMIENTO	AVANCE I SEMESTRE
Actualmente los resultados de laboratorio clínico se entregan de manera presencial de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 4.00 p.m. en las sedes Bogotá y Unidad Funcional de Zipaquirá. La entrega de resultados de laboratorio clínico se realiza de manera prese	La mejora consiste en entregar resultados de laboratorios clínicos de lunes a viernes de 8.00 a.m a 4.00 p.m y sábados de 7:00 a.m 12.00 m en las sedes Bogotá y Unidad Funcional de Zipaquirá. Además de realizarse la entrega de resultados de laboratorio	El usuario se beneficia de esta manera en oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico , se evita el desplazamiento del usuario o familia hasta las sedes Bogotá y Unidad Funcional de Zipaquirá, disminución de gastos de transporte para e	Administrativa	Extensión en horarios de Atención.	Se observa implementación de extensión de horarios para los días sábados y envío de resultados vía mail en la sede Bogotá . En la sede Zipaquirá se está realizando envío de resultados vía mail y se ha implementado extensión de horarios al día sábado.	70%

Fuente: Seguimiento de Planeación y Calidad a la Racionalización del Trámite del HUS.

4. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2017

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en la Vigencia 2017 se desarrolla a través de un Cronograma de Cumplimiento (Ver Anexo. 1) con actividades programadas para ser realizadas mes a mes consolidadas trimestralmente, las cuales permiten implementar los objetivos y líneas estratégicas del Programa y por ende de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de actividades al cierre del II Trimestre de 2017, se identifica que del total de actividades programadas que son 58, se lograron ejecutar 55 de ellas, de esta forma se da un cumplimiento del 94.8% .(Ver Tabla No.1); al comparar el resultado con el cumplimiento del 94,4% obtenido al finalizar el II Trimestre del 2016, se evidencia el fortalecimiento y la continuidad en el desarrollo del programa de Seguridad del Paciente.

Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente II Trimestre 2017

AÑO 2016		AÑO 2017	
Al II Trimestre	Total en la Vigencia 2016	Al II Trimestre	Total en la Vigencia 2017
94,4%%	67 de 187 : 35.9%	94.8%	55 de 195 : 28.2 %

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente con cierre a Diciembre del 2016 y 2017

A continuación se describirán los principales desarrollos y actividades pendientes por cada una de las 6 líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente, lo que soporta el porcentaje de cumplimiento anteriormente mencionado:

1. INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL:

- Se programaron 4 actividades, las cuales se desarrollaron en su totalidad

-La primera es la Medición de indicadores relacionado con la Seguridad del Paciente (Indicadores definidos por el Programa de Seguridad del Paciente), actividad realizada y presentada en el Comité de Seguridad del Paciente.

-La segunda es el seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento para Acreditación (PAMEC) en lo relacionado a la Seguridad del Paciente: corresponde a 23 oportunidades de mejoras distribuidas así: programa de seguridad (3), Prevención y control de infecciones (4), Gestión de medicamentos y farmacovigilancia (5), Hemovigilancia (1), Gestión de Eventos Adversos (5), Comunicación (1), Manejo Seguro del ambiente físico (2) Cultura de seguridad (2). Las acciones propuestas quedaron contempladas en el PUM, a las cuales se les realiza seguimiento a través de la asistencia a las reuniones organizadas desde la Dirección Científica para el estándar de PACAS, donde se encuentra la mayoría de las actividades, allí se da a conocer los avances y dificultades para su cumplimiento, de otro lado se ha realizado acercamiento a los responsables de las actividades que no hacen parte de este estándar.

-Tercera actividad corresponde a la Actualización del Normograma en Seguridad del Paciente, en construcción y definición se encuentra las actividades que garanticen el cumplimiento de los mínimos requeridos en la normatividad

-Cuarta actividad se refiere al Seguimiento a la ejecución de Tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se llevó a cabo de forma mensual en cada comité durante el II Trimestre.

- Soportes: 1 Informe de Gestión I Trim 2017, 2. Normograma, 3. Actas Comité de Seguridad del Paciente. 4. PUMP de Seguridad del Paciente para Acreditación, Actas de Reunión del estándar de PACAS.

2. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FÁRMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

- Se programaron 6 actividades desarrolladas así:

-Implementación del Programa de Biovigilancia que permita fortalecer la prestación de servicios de Trasplantes de Tejidos, se dio cumplimiento con el Diseño e implementación del Programa de Biovigilancia por el Líder Designado Dra. Gina Lacorazza.

-Seguimiento de la ejecución de los Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia Hemovigilancia, Reactivovigilancia y Programa de Control de Infecciones, actividad que está programada para hacerlo de forma trimestral y la cual se desarrolló a cabalidad por las profesionales de Seguridad del Paciente; adicionalmente en cada sesión del Comité de Seguridad del Paciente, los líderes de los 5 Programas de Vigilancia Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, informan las gestiones realizadas en sus programas.

- Soportes: 1. Programa de Biovigilancia 2. Actas de Seguimiento a la Ejecución de los Programas de Vigilancia.

3. FORTALECIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS INDIVIDUOS INMERSOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (CLIENTE INTERNO Y EXTERNO)

- Para este Segundo Trimestre se programaron 24 actividades, todas desarrolladas

- Adopción de GPC según la metodología institucional: De acuerdo a lo reglamentado en la Resolución 2003 de 2014 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, establece que todos los prestadores deben contar con procedimientos documentados e implementados para poder prestar los servicios en salud. Uno de estos procedimientos es el de adopción e implementación de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia, este procedimiento conduce a que las instituciones de salud, desarrollen de forma más homogénea la práctica de los servicios de salud, evitando la variabilidad innecesaria y de otra parte, mejorando las características de la prestación de los servicios de salud. EL Hospital Universitario de la Samaritana, ha suscrito un contrato con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, con el objeto de recibir acompañamiento adecuado para el desarrollo de las actividades necesarias conducentes al cumplimiento de la normatividad y encaminarse en el destino de la acreditación en salud. Para lo anterior se desarrollaron las siguientes actividades: Revisión de procedimientos institucionales de adopción e implementación: Este documento fue suministrado por el hospital al IETS, y producto de la revisión se actualiza el procedimiento 02GC06 versión 2 Adopción de Guías de Práctica Clínica que contiene la descripción de la metodología definida. Desarrollo del taller de adopción de GPC: - Se desarrolló seminario de introducción y de articulación conceptual, en este se abordaron las siguientes temáticas: Resolución 2003 de 2014, Guías de práctica clínica, Elaboración de guías de práctica clínica, Adopción de guías de práctica clínica, Rutas integrales de atención, Evaluación de tecnologías sanitarias, Protocolos clínicos, Procedimientos en salud, Manuales de procedimientos, Diferencias entre adopción e implementación. - Se da inicio al taller para la adopción de guías de práctica clínica, para esto se inicia con la explicación de las fases de la adopción así: Definición de alcance y objetivos, pregunta PICO, Búsqueda de Guías de Práctica Clínica, Tamización y evaluación de GPC, Selección de GPC. - Búsqueda de guías y tamización con la herramienta 7, de la guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social: Búsqueda en: Pubmed, NICE, Cenetec, Guíasalud, Google Scholar, SIGN, New Zealand Group, GIN, Guideline, Sociedades científicas. - Se realizó el Taller de AGREE II y selección de GPC, se desarrolló el componente práctico. El proceso de Adopción e Implementación de las GPC basadas en la Evidencia con la metodología nacional, se dio inicio desde el mes de febrero de 2017 y se ha desarrollado de manera constante según el cronograma establecido entre el HUS y el ITES, con la participación de un equipo multidisciplinario (Médicos Especialistas, Médicos Generales, Residentes, Químicos Farmacéuticos, Bacteriólogas, Enfermeras) el cual a la fecha se continúa desarrollando. Producto del acompañamiento que el HUS viene recibiendo del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS se han realizado las siguientes acciones que buscan fortalecer el proceso de implementación de las Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia: Desarrollo del taller de implementación de GPC: Este taller se realizó con sesiones presenciales y con trabajo para desarrollo autónomo con el acompañamiento virtual del tutor donde se realizó la explicación de las generalidades de implementación y el desarrollo de los 4 primeros pasos del proceso de implementación descrito en el anexo 2 del Manual de Implementación de GPC basadas en evidencia para IPS, que incluye: o Articulación de la GPC con el modelo de prestación de la IPS y las políticas institucionales o Conformación y alcance del equipo de implementación o Priorización de recomendaciones o Análisis de Barreras y facilitadores de implementación Del proceso se han seleccionado las siguientes Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia: o Infección Urinaria complicada, se adopta la GPC Complicated urinary tract infection in adults, desde Canadian Journal Infectious Disease o Fractura de cadera, se adopta la GPC de Cenetec de México o Glaucoma de ángulo abierto, se adopta la GPC de México o Enterocolitis necrotizante, fuente Cenetec, México o Miomatosis uterina, se adopta la GPC de México o Neumonía adquirida en la comunidad en adultos, se adopta la GPC de México

- Aplicación de Metodología de Paciente Trazador: Se llevó a cabo en los servicios de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Cirugía General, Ortopedia; el objetivo del paciente trazador es Identificar fallos de no calidad en los diferentes procesos de la atención en salud, desde el ingreso y durante su estancia hospitalaria, con el fin de realizar una mejora continua y contribuir a la seguridad del paciente, se logran identificar fallos de no calidad durante la prestación del servicio de salud que pueden afectar la seguridad del paciente, evaluar la calidad de la atención de los pacientes y su interacción con los diferentes procesos, generar procesos de retroalimentación orientados a la mejora continua de los fallos evidenciados.

Los pacientes trazadores se realizan de acuerdo a lo establecido en el procedimiento técnico de Metodología de paciente trazador 06GC01-V1 y la aplicación de la Herramienta de verificación de paciente trazador código 05GC19-V2. Los resultados fueron informados a los líderes de cada servicio y al Comité de Seguridad del Paciente.

-Rondas de Seguridad: Se programaron 3 rondas, todas fueron desarrolladas así: en los servicios de Banco de Sangre, Esterilización y Hospitalización Quinto Sur. En el cierre de las rondas se contó con la participación de los directivos.

- Seguimiento de los Paquetes Instruccionales para la Seguridad del Paciente: la periodicidad de su ejecución es cuatrimestral y se dio cumplimiento según cronograma con la participación del líder designado, apoyados en el formato establecido para tal fin y verificación de soportes; Posterior a este primer seguimiento, a partir del mes de Mayo se cuenta con líder para el paquete: GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES, con el acompañamiento de un profesional de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, quien le está colaborando en su implementación.

-Teniendo en cuenta el proceso de mejora continua el cual se encuentra desarrollando el Hospital y con la amplia necesidad de fortalecer el conocimiento, despliegue y adherencia de los Paquetes Instruccionales que le aplican al HUS, como parte del Sistema Único de Habilitación (obligatorio) y del Sistema Único de Acreditación, se llevó a cabo la socialización de la implementación de los paquetes instruccionales por cada líder de Paquete en el Comité Directivo Ampliado del 6 de Junio de 2017, adicional se presentó el consolidado al interior del Comité de Seguridad del Paciente.

-Se cumplió con el Acompañamiento a líderes de los paquetes instruccionales que presentan puntaje menor del 50% de implementación con corte a Diciembre de 2016, los cuales son: Gestionar y Desarrollar la Adecuada Comunicación Entre las Personas que Atienden y Cuidan a los Pacientes, otro paquete es Reducir el Riesgo en la Atención a Pacientes Cardiovasculares; actividad que estaba pendiente desarrollar en el I trimestre y se logró realizar en este II trimestre.

- Soportes: 1. Listados de asistencia de los participantes a los Talleres, Soportes de cada uno de los Talleres realizados con el acompañamiento del IETS: Guías adoptadas, diligenciamiento de la herramienta 7. 2. Informe Paciente Trazador. 3. Informe de Rondas de Seguridad mensuales. 4. Formatos de Seguimiento a la Implementación de Paquetes instruccionales. 5. Actas del Comité de Seguridad del Paciente. 6. Acta de reunión con líderes de paquetes que presentan puntaje menor a 50% de implementación. 7. Agenda, Listado de Asistencia y Acta Comité Directivo Ampliado.

4. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CONSISTENTE EN LA IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN, ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN E IDENTIFIQUEN EN LA INSTITUCIÓN.

- Se programaron 10 actividades, las cuales fueron completamente desarrolladas así:
- -Documentar, implementar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se actualizo el procedimiento GESTIÓN DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Código 02GC04-V2, donde el análisis y la investigación de las Novedades de Seguridad en el HUS es realizado en primera instancia bajo la Metodología ANCLA, la cual permite el establecimiento de los Factores contributivos que inciden en la ocurrencia de los Eventos Adversos e Incidentes por medio del análisis de 5 Niveles de Investigación.

Ante el incremento de los reportes de Novedades de Seguridad en el año 2016, se requirió ajustar la conformación de los grupos de investigación para mejorar la cobertura de los análisis de novedades de seguridad, para lo cual se convocó a más colaboradores a quienes se les realizó socialización en Metodología ANCLA el 8 y 10 de Marzo de 2017. Entre los participantes están los miembros del Comité de Seguridad del Paciente e integrantes de los grupos de investigación, logrando así que los grupos sean más integrales y con un mismo enfoque de investigación de acuerdo a su perfil profesional. El Equipo de Investigación presenta el Informe de los casos investigados y analizados al Comité de Seguridad del Paciente. El informe debe contener como mínimo: Confirmación de la Novedad (Evento Adverso, Incidente o Complicación), La identificación del Paciente que corresponde al Consecutivo asignado desde el momento del reporte, el Resumen de Caso, Causa Probable que incluye las fallas activas, los Factores Contribuyentes que incluye fallas latente y otras fallas presentes en el momento del evento y propuesta de Oportunidades de Mejora. El resumen del caso investigado junto con la propuesta de oportunidades de mejora, es presentado al (los) líderes de procesos, subdirectores y/o jefes de área para que definan el Plan de Mejora en caso necesario.

-Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad. Se está haciendo búsqueda activa de Novedades de Seguridad en el Recibo de turno asistencial, así como través de las PQR, Rondas de Seguridad, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia activa. La Unidad Funcional de Zipaquirá está haciendo el reporte de sus Novedades de Seguridad del Paciente por medio del aplicativo digital institucional. Durante el II Trimestre de 2017 se reportaron e identificaron un total de 810 Novedades de Seguridad, de las cuales 273 (33.7%) corresponden a la Unidad Funcional de Zipaquirá y las restantes 537 (66.3 %) son de Bogotá. Se han realizado 10 análisis de investigación Ancla de casos de alta prioridad del HUS

-Diseño e implementación del Tablero de Control de Indicadores del Programa de Seguridad del Paciente: actividad realizada a partir del desarrollo de una prueba piloto de Mejoramiento de la Calidad basada en Indicadores (Res 256 de 2016); el Ministerio de Salud (Oficina de Calidad) definió un convenio con la Secretaría de Salud de Cundinamarca para desarrollar la prueba piloto y como resultado se generó la matriz de indicadores de calidad Resolución 256 con la participación de la Líder de Proyecto de estadística Gloria Stella Bernal, Referente de Seguridad del Paciente Mireya Suárez, Asesora de Calidad Claudia Reyes, Asesor de Calidad ing Alexander Naranjo y Jefe Oficina Asesora Planeación Vivian Castañeda.

- Implementación de la retroalimentación al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad, esta actividad es nueva dentro del Programa de Seguridad del Paciente, para ello luego identificar la novedad extrainstitucional, se procede a llamar telefónicamente al referente de seguridad o Coordinador de calidad de la institución respectiva, se le explica la finalidad de esta actividad y vía correo electrónico se retroalimenta.

- Soportes: 1. Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35 con corte a 30 de Junio de 2017) 2.Procedimiento Gestión de Novedades de Seguridad Código 02GC04-V2. 3.Matriz indicadores de Calidad 4.Comunicación a través del correo electrónico al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad

- PENDIENTE: Verificar que los hallazgos de los análisis Ancla estén consignados en los PUMP de los procesos correspondientes.

5. FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN.

- Se programaron 14 actividades fueron desarrolladas 11 de la siguiente manera:

-Ejecución del Plan de Formación por diferentes mecanismos: Presencial el HUS tiene implementado paquetes instruccionales en: prevención de caídas, detección, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales, prevención de úlceras por presión, manejo adecuado de medicamentos tanto del ámbito ambulatorio, hospitalario y de urgencias; cada uno con un líder asignado para su implementación. La institución cuenta con protocolo de prevención de caídas, protocolo prevención úlceras por presión, manual terapéutica, programa de infecciones todos enmarcadas dentro de las metas internacionales de seguridad del paciente. Estos temas son tratados en la inducción institucional, en la inducción virtual y capacitaciones en puestos de trabajo donde se refuerza los conocimientos aprendidos en las inducciones. Adicionalmente la Subdirección de Enfermería realizó capacitaciones en humanización, seguridad del paciente, IAMI –Maternidad Segura, terapia farmacológica los días 22 y 23 de marzo de 2017 con una participación de alrededor de 310 colaboradores. En lo Virtual se cuenta con el Curso de “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”, tercera (3) Versión, con la colaboración activa de los Líderes de los Paquetes Instruccionales priorizados, la integración con Educación Médica a través de la TICS y la plataforma Moodle y un profesional del área de Calidad designado para su organización, posteriormente se realizó la convocatoria para inscripciones del personal asistencial y el administrativo priorizado. El curso se desarrolla a través de diez (10) módulos, uno por semana, se espera alcanzar en los participantes competencias disciplinarias generales como: Detectar cuáles son los errores, fallas y acciones inseguras en la atención clínica y conceptualización sobre los riesgos asociados con la atención en salud como evento adverso, Identificar y analizar los factores contributivos que favorecen la aparición del riesgo, Identificar y proponer nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente, Implementa y aplica, en su desempeño, buenas prácticas (políticas administrativas y asistenciales) que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente. Para lograr que la mayor cantidad de colaboradores inscritos aprobaran y fueran certificados se generaron estrategias tales como: Seguimiento vía telefónica, creación grupo Whatsapp, seguimiento en la plataforma virtual de forma periódica para la verificación de la adecuada realización del curso y envió de esta información a los líderes de áreas y procesos, como también el apoyo desde el proceso de Talento Humano. El curso inició el 21 de marzo de 2017, en el cual se certificaron 141 colaboradores y está en desarrollo.

-Retroalimentación de los resultados de las Novedades de Seguridad por diferentes mecanismos Comité de Seguridad del Paciente, Remisión de Novedades a Líderes de Paquetes Instruccionales, Referentes de Programas de Vigilancia y Jefes de áreas.

-Fortalecer el proceso de inducción y reinducción institucional en lo referente a Seguridad del Paciente, se asiste y participa activamente a la tres Jornadas de Inducción y reinducción organizadas por la Subdirección de desarrollo Humano, dirigidas al personal de planta y tercerizados.

-Aplicación de Encuesta sobre percepción de seguridad a paciente y familia: Teniendo en cuenta que la percepción del paciente sobre su seguridad en el entorno hospitalario se convierte en uno de los pilares de la calidad de la atención en salud, pues permite monitorear y establecer de manera confiable la capacidad, consistencia e impacto de las estrategias de seguridad del paciente implementadas, se requirió Incrementar la periodicidad de la evaluación de la percepción de seguridad del paciente y familia, en el cronograma de Seguridad del Paciente para la vigencia 2017, paso de una (1) a tres 3 mediciones en el año. La primera medición se realizó en Mayo de 2017, la encuesta se aplicó a 280 pacientes de 16 servicios. Los resultados obtenidos mostraron que la percepción de seguridad del paciente hospitalizado, tanto para el usuario y su familia ha sido positiva con un porcentaje del 95%, el cual demuestra que los profesionales de la salud tienen adherencias a la política de seguridad del paciente implementada en la institución.

Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente: En el II Trimestre de 2017, un total de 447 beneficiarios entre pacientes y familiares.

-Se está documentando el procedimiento de Atención a la Segunda Víctima (dirigido a los colaboradores involucrados en los eventos de seguridad) con el fin de brindar un apoyo emocional en el seguimiento de eventos de

adversos, una vez se cuente con el procedimiento aprobado en conjunto con la Subdirección de Desarrollo Humano se hará las respectivas socializaciones y capacitaciones para dar a conocer a todos los colaboradores y se buscará los espacios adecuados para las intervenciones correspondientes.

- **Soportes:** 1. Tercera versión del Curso virtual “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente” publicado en la plataforma Moodle, Certificado que se otorga al participante que aprobó el Curso Virtual “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente” y Listado de asistencia jornadas capacitación días 22 y 23 de marzo de 2017. 2. Comunicación a través del correo electrónico informando las novedades presentadas y actas del Comité de Seguridad; 3. Listado de asistencia Inducción y re inducción. 4. Informe de Percepción del paciente y la familia sobre la seguridad de la atención en el hospital de la samaritana y Aplicativo de Encuesta Survery Monkey. 5. Listado de Educación a paciente y familia en seguridad del paciente.
 - **Pendientes:** 1. Terminar el procedimiento de Atención a la Segunda Víctima y Socialización. 2. Dados los inconvenientes con el Aplicativo de Encuesta Survery Monkey se atrasó la Aplicación, Tabulación y Análisis de Encuesta de Cultura de Seguridad que incluye preguntas sobre necesidades de educación continua, por lo anterior y pese que su inicio se dio en Junio se espera terminar su aplicación en Julio 2017 y posterior a ello realizarla Remisión de resultados de Necesidades en formación para Seguridad del Paciente al Proceso de Talento Humano en Agosto.
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 Segundo Trimestre una estudiante de la ECCI de Enfermería se acercó para solicitar realizar su proyecto de Investigación en Seguridad del paciente, se le ofreció la información y fue direccionada a Educación Médica e Investigación del HUS, para que continuará con el proceso de autorización respectivo.

7. **INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2017, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

1. Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en el II Trim

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma	
55 / 58 = 94.8% %	Para el II trimestre de 2017 se tiene un cumplimiento de 94.8% como se puede observar en el cronograma anexo.

2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.

Todos los Eventos Adversos se han gestionado según el procedimiento establecido, cada uno con diferente grado de avance en el ciclo; un total para este II trimestre de 182 eventos Adversos No todos cuentan con todo el cierre del ciclo de mejora (Ver Tabla 2 y Grafica 1).

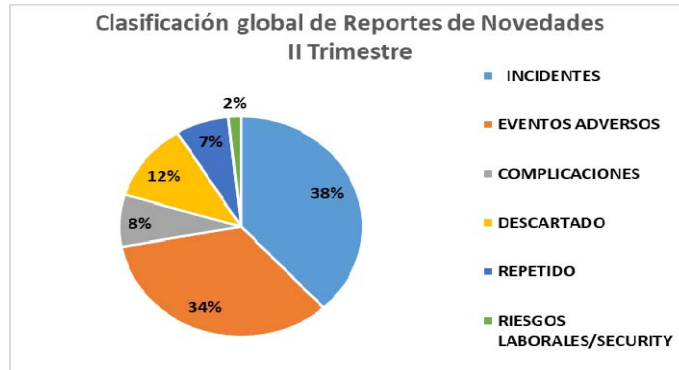
Tabla 2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
II Trimestre 2017	182 / 182 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

Grafica 1: Clasificación global de Reportes de Novedades II Trimestre 2017 en el HUS

NOVEDADES DE SEGURIDAD II TRIMESTRE DEL 2017		
TIPO DE NOVEDAD	No	%
INCIDENTES	205	38
EVENTOS ADVERSOS	182	34
COMPLICACIONES	41	8
DESCARTADO	62	12
REPETIDO	38	7
RIESGOS LAB / SECURITY	9	2
TOTAL	537	100%



Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Se ha visto fortalecimiento en el aumento del reporte de los incidentes en los años 2015, 2016 y ahora en el 2017, lo cual muestra el impacto de las gestiones institucionales realizadas en el fomento del reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Vigilancia, es este el tipo de novedad más reportada con el 38 %. Todos los incidentes se han gestionado según el procedimiento establecido según el tipo de reporte y si es de alta, media o baja prioridad (proporción de 1), cada uno con diferente grado de avance en el ciclo; no todos cuentan con todo el cierre del ciclo de mejora (Ver Tabla 3 y Grafica 1)

Tabla 3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados/ Número total de incidentes detectados	
II Trimestre 2017	205 /205 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Comparando cada Trimestre del 2015, 2016 y 2017, se evidencia una tendencia general de aumento en la Proporción de Reporte de Novedades de Seguridad, existiendo en el II Trimestre del 2015 una disminución notoria la cual fue solventada en los próximos trimestres, en los primeros tres Trimestres del 2016 una estabilización de la tendencia en el reporte, para el IV Trimestre, si bien se evidencia una disminución en el reporte, esta se debe a que las circunstancias que los motivaron fueron controladas, nuevamente para el I Trimestre 2017 el reporte aumenta considerablemente y se encuentra relacionado con faltantes de insumos, para luego en este II trimestre luego de controlar lo relacionado a los faltantes y problemas de calidad con un dispositivo específico, se presenta un descenso en el reporte. (Ver Tabla 4)

Tabla 4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Formula: (No. Total de novedades reportadas en el trimestre actual – No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior) / No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior				Datos: IV Trimestre 2014: 67 I Trimestre 2015: 232 II Trimestre 2015: 190 III Trimestre 2015: 392 IV Trimestre 2015: 667 I Trimestre 2016: 745		II Trimestre 2016: 766 III Trimestre 2016: 720 IV Trimestre 2016: 557 I Trimestre 2017: 746 II Trimestre 2017: 537	
AÑO 2016				AÑO 2017			
I TRIM.	II TRIM.	III TRIM	IV TRIM	I TRIM.	II TRIM.		
(745-667)/667= 0,11(11,5%)	766-745)/745= 0.281(2.81%)	(720-766)/766= -0,06(-6%)	(557-720)/720= -0,22 (-22%)	(746-557) /557 =0.33 (33 %)	(537-746)/ 746=-0.28 (-28%)		

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años 2014 – 2015 – 2016- 2017

5. Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación.

Durante el II Trimestre del 2017 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo Digital 526 (98%) (Ver Tabla 5); Las novedades identificadas por atención al usuario y Ente de Control se ingresaron al aplicativo, posterior a ello se verifico si con anterioridad ya se había reportado su ocurrencia y se deja el consecutivo con el cual ingreso por primera vez a la base de datos. En este trimestre No se obtuvieron reportes por Auditorías Externas de EPS.

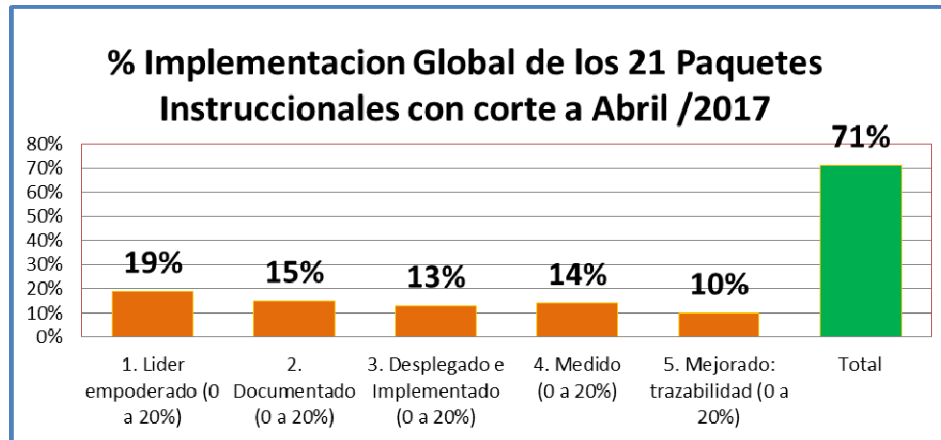
Tabla 5: Proporción Novedades de Seguridad por forma de identificación

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	Total II Trimestre 2017
Aplicativo:	526 / 537 =0.97 (98%)
Atención al Usuario	9/537= 0.016 (1.6 %)
Ente de Control	2/537= 0.004 (0.4%)

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

6. Porcentaje de Cumplimiento de Paquetes Instruccionales

Se cuenta con un porcentaje de implementación global del 71% de los Paquetes Instruccionales con corte a Abril de 2017, con resultado hacia la mejora, por cuanto en la primera medición en Mayo de 2016 fue de 63% y en la segunda medición a Diciembre de 2016 un 69% de Implementación. Tras la medición de los criterios establecidos se identifican como fortalezas globales que los Paquetes Instruccionales son liderados por funcionarios conocedores y empoderados del tema (19% sobre 20%) y que se cuenta con documentación de las recomendaciones que da cada paquete en relación a políticas, programas, guías, protocolo, procedimientos y demás documentos institucionales (15% sobre 20%). Como oportunidades de mejora que deben fortalecerse esta la implementación con una alta adherencia de lo que se encuentra documentado (13% sobre 20%), la medición de los datos e indicadores que muestran la gestión realizada por cada paquete (14% sobre 20%) y su posterior resultado que es el contar con una trazabilidad de esta medición que evidencie la mejora continua (10% sobre 20%).



Fuente: informe de implementación Paquetes Instruccionales.

7. Proporción de novedades de seguridad por tipo de la novedad

Las Novedades de Seguridad más frecuentemente reportadas por Tipo de Atención en salud insegura en el II Trimestre del 2017 se relacionan con fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (46%), Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (15.9%), las infecciones asociadas a la atención en salud (10.7%) Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (9.1%) Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología (3.3%) ;dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes los dos primeros; mientras que para los Relacionados con los dispositivos y equipos médicos ha disminuido y esto se debe al control realizado a faltantes y al retiro de los dispositivos que generaron un aumento significativo de flebitis Mecánica Asociado a uso de dispositivo, Laboratorio clínico o de patología ha mejorado el reporte de novedades Ver Tabla. 6).

Tabla 6: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2017

Formula: No de novedades de seguridad por Tipo de Atención Insegura / No total de novedades de seguridad identificadas en el periodo		
AL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2017		
Tipo de atención insegura	n.	%
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	197	46%
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	68	15.9%
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	46	10.7%
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	39	9.1%
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	14	3.3%
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	12	2.8%
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	12	2.8%
Tipo 11: Caídas de pacientes	10	2.3%
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	10	2.3%
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión Organizacional	9	2.1%
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	3	0.7%
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	3	0.7%
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	3	0.7%
Tipo 12: Accidentes de pacientes	2	0.5%
Total:	428	100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

8. Porcentaje de Eventos Adversos

Para el II trimestre de 2017 el porcentaje de Eventos Adversos es del 0.7%, frente al total de atenciones que incluyen: los Egresos Hospitalarios (2.601), las Consultas generadas en Consulta Externa (12.054), Consultas de Urgencias (4.261) y los Procedimientos Quirúrgicos (4.478). (Ver Tabla 7).

Tabla 7: Porcentaje de Eventos Adversos II Trimestre de 2017

Formula: Número total de eventos adversos en el periodo / Número total de Atenciones en el periodo
182 / 23.394 = 0.7 % Para el II trimestre de 2017 el porcentaje de Eventos Adversos es del 0.7%.

Fuente: Oficina de Estadística Archivos 2017/Indicadores/Indica General y Base de Datos Novedades de Seguridad 2017.

5. GESTIÓN AMBIENTAL

De acuerdo con los programas desarrollados por el área ambiental se tiene la evaluación del PGIRSHYS y de RECICLAJE que podemos verificar su efectividad a través de los siguientes indicadores de segregación que determinan la efectividad de las acciones realizadas a través del programa y que responden de igual manera a los numerales propuestos por la Norma ISO 14001:2008 en este momento reevaluados de acuerdo a la nueva modificación de la norma ISO 14001:2015.

En aras de responder a las necesidades del desempeño ambiental de la institución y de acuerdo a la evaluación de riesgos de los impactos generados por la prestación de servicios de salud, se han venido desarrollando actividades que responden a la mitigación de los mismo y al control responsable de aquellos que continúan generando resultados que afectan los recursos naturales.

Esta gestión se enfoca en los siguientes aspectos así:

Atendiendo a los datos de producción suministrados por el área de estadística, encontramos que esta ha disminuido con relación al comportamiento histórico llevado a promedio de los últimos 6 años en un 5.59% por debajo, y que de la misma manera con relación al mismo periodo de la vigencia inmediatamente anterior la producción se redujo en un 16.94%, en este sentido podremos interpretar a través de los siguientes análisis las posibles causas de la variación de muchos de los aspectos aquí tratados, tanto de generación de residuos como el consumo de servicios públicos.

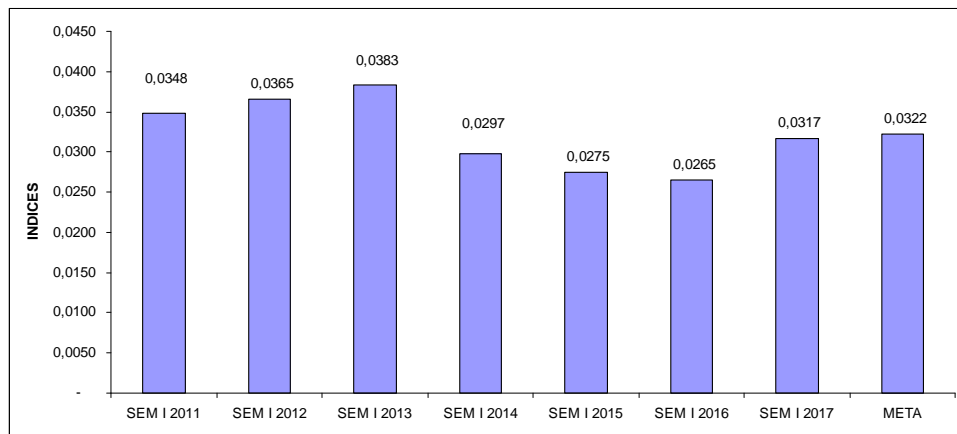
INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

	SEM I 2011	SEM I 2012	SEM I 2013	SEM I 2014	SEM I 2015	SEM I 2016	SEM I 2017
ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLE	120.047,00	119.562,00	114.179,00	112.816,00	110.354,00	114.420,00	119.319,00
Ordinarios	61.196,00	71.778,00	71.714,00	69.624,00	68.822,00	74.400,00	76.844,00
Inertes	3.095,00	2.977,00	2.658,00	2.643,00	2.413,00	2.433,00	2.356,00
BIODEGRADABLES	14.230,00	14.315,00	14.247,00	14.258,00	14.253,00	14.607,00	14.547,00
RECICLABLES	41.526,00	30.492,00	25.560,00	26.291,00	24.866,00	22.980,00	25.572,00
RIESGO BIOLÓGICO	86.884,00	91.428,00	89.226,00	86.457,00	90.733,00	75.894,00	69.720,00
Anatomopatológicos	9.316,00	9.398,00	9.118,00	9.580,00	10.011,00	10.257,00	8.589,00
Biosanitarios	76.639,00	81.057,00	79.285,00	76.015,00	79.784,00	64.679,00	60.182,00
Cortopunzantes	929,00	973,00	823,00	862,00	938,00	958,00	949,00
QUÍMICOS	3.871,94	5.202,73	4.690,94	4.105,94	5.017,94	6.254,12	6.565,01
Farmacos	3.843,00	2.972,00	3.132,00	3.091,00	3.634,00	4.714,00	4.978,00
Reactivos	-	2.201,57	1.530,00	986,00	1.355,00	1.509,00	1.556,00

Contenedores Presurizados	28,94	29,16	28,94	28,94	28,94	31,12	31,01
TOTAL	210.802,94	216.192,73	208.095,94	203.378,94	206.104,94	196.568,12	195.604,01

De acuerdo al comportamiento de los últimos 6 años, vemos que para la vigencia 2017 ha disminuido la cantidad de residuos TOTAL generados, comparado con la vigencia anterior para el mismo periodo en un 0.49% representado en 954 kilogramos de residuos, a nivel general para algunos tipos estos han disminuido como es el caso de los biológicos, estas variaciones serán analizadas en el ítem correspondiente.

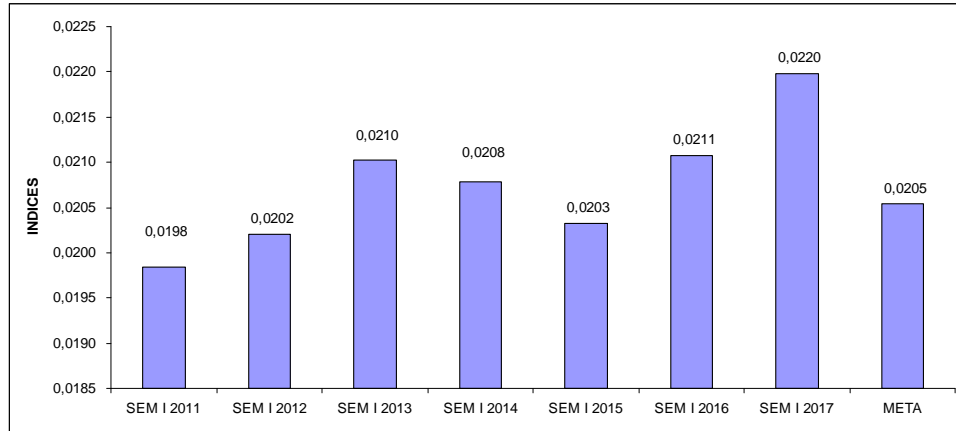
GRÁFICA: Generación de residuos sólidos TOTAL en Kilogramos por UVR producida



En concordancia con el análisis anterior se ha generado la interpretación de la relación de producción de residuos total que nos permiten medir en este caso la generación de residuos a través de la producción, en este sentido se observa que para el año 2017 en cuanto a producción o generación de residuos el periodo tuvo un aumento con relación al periodo inmediatamente anterior en un 16.53% mientras que de acuerdo a la META propuesta que representa el promedio de los índices evaluados en los mismos periodos de los años inmediatamente anteriores el resultado se mantiene por debajo, esto a pesar de que hubo una disminución lineal en la producción de residuos (en Kgs, sin tener en cuenta las UVR's), encontramos que de acuerdo al comportamiento de la producción ha sido mas la generación de residuos por parte del cliente interno y visitantes (Personal Administrativo, Personal Asistencial, Estudiantes, Familiares y Visitantes), que se encuentran de manera permanente dentro de la institución y que no afectan la producción pero si producen residuos y consumen servicios públicos.

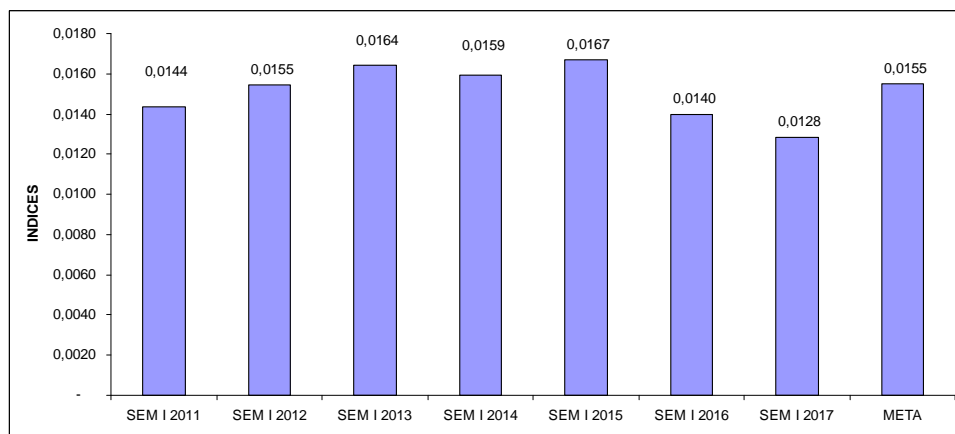
A continuación discriminaremos a través de gráficos comparativos el análisis de cada una de las corrientes de residuos observadas en el cuadro.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLES en Kilogramos por UVR producida.



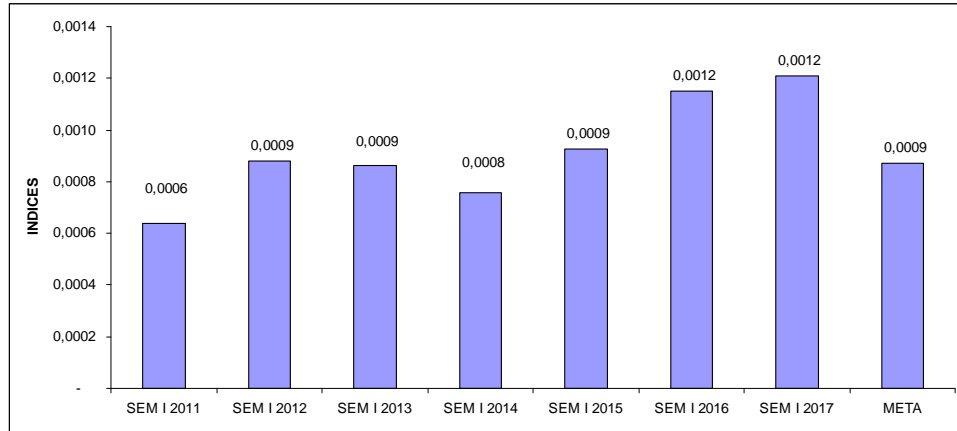
Se ha evaluado una disminución importante en la producción del HUS representada en UVR's de un 16.59% esto deja ver que el comportamiento de los residuos NO PELIGROSOS generados por personal que no tiene acceso a los servicios de salud y cuya permanencia es frecuente, superando la META en un 6.52% y respecto al mismo periodo de la vigencia anterior superado en un 4.11%.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos BIOLÓGICOS en Kilogramos por UVR producida.



Unos de nuestros residuos peligrosos de mayor generación y que requieren mayor control es la generación de los residuos de riesgo biológico, esta categoría encierra residuos como los anatomopatológicos, biosanitarios y cortopunzantes, en el análisis podemos observar que su generación ha disminuido, es en este sentido que podemos evidenciar que la producción ha alterado su tendencia con una disminución importante en la prestación de los servicios de salud reflejando en un 17.03% en relación a la META propuesta, con relación al periodo de la vigencia anterior, la disminución es de 8.14%.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos QUÍMICOS en Kilogramos por UVR producida.



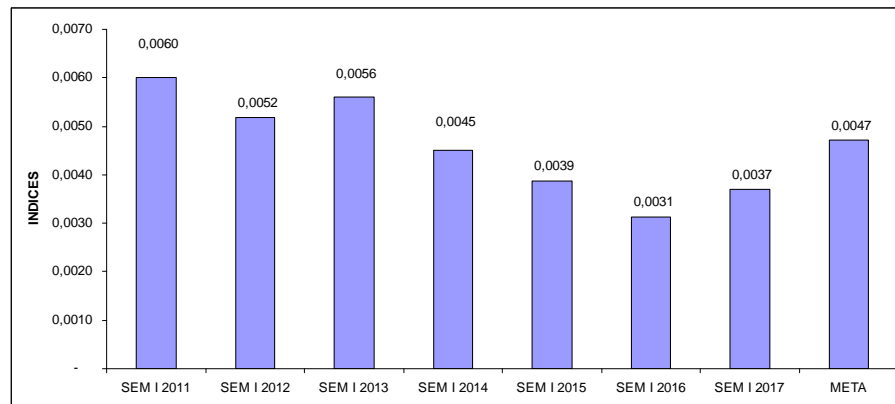
Uno de los grandes retos identificados en cuanto al manejo de residuos peligrosos al interior de la institución es la categorización y control de los residuos peligrosos químicos ya que como se puede observar, la vigencia 2017 se ubica en el último lugar de eficiencia al generar mayor cantidad de residuos, esto obedece básicamente a la identificación y disposición final de residuos químicos relacionados con medicamentos vencidos, deteriorados y/o parcialmente consumidos y muestras médicas generadas por los procesos de convocatorias o aquellos identificados en áreas de consulta, es así como estas segregaciones de residuos han tomado fuerza y se han incrementado de manera súbita, al tener en cuenta el comportamiento y la tendencia identificada el periodo de la vigencia supera la meta en un 28.11% y al periodo de la vigencia anterior en un 4.74%, esta última diferencia nos muestra una estabilización de la generación de residuos en las dos últimas vigencias.

INDICADORES DE GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.

El consumo racional de los servicios públicos es uno de los comportamientos que nos permite evaluar la adherencia e innovación tecnológica que permita generar ahorros en el consumo, de igual manera están ligados a la producción representada por las UVR's, de acuerdo a esto, los servicios que más influyen a la hora de evaluar de acuerdo a la producción son, Agua Energía y Gas Natural los cuales analizaremos a continuación

A continuación presentamos los comportamientos observados en las vigencias anteriores de acuerdo a las UVR'S reportadas por el área de estadística.

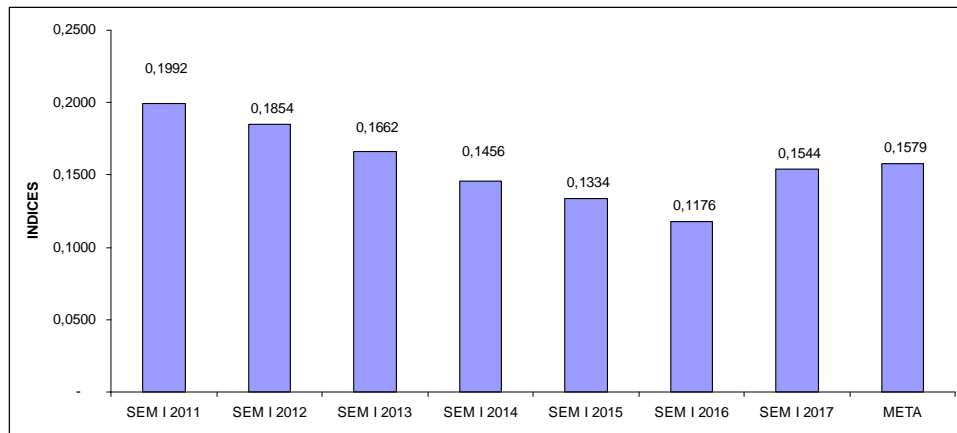
GRÁFICA: Consumo de servicios públicos AGUA en Metros Cúbicos por UVR producida.



De acuerdo a los consumos evaluados y teniendo en cuenta que el comportamiento se evalúa directamente con las UVR's reportadas, el consumo obtenido en el periodo evaluado se encuentra por debajo de la META propuesta evidenciando en este sentido una diferencia del 21.46% en ahorro, que de acuerdo a las inversiones realizadas, implementación de la estrategia multimodal (Lavamanos de Censor), Elementos ahorradores, cisternas de menor capacidad y sensibilización podemos ver que la tendencia en los últimos años ha mejorado.

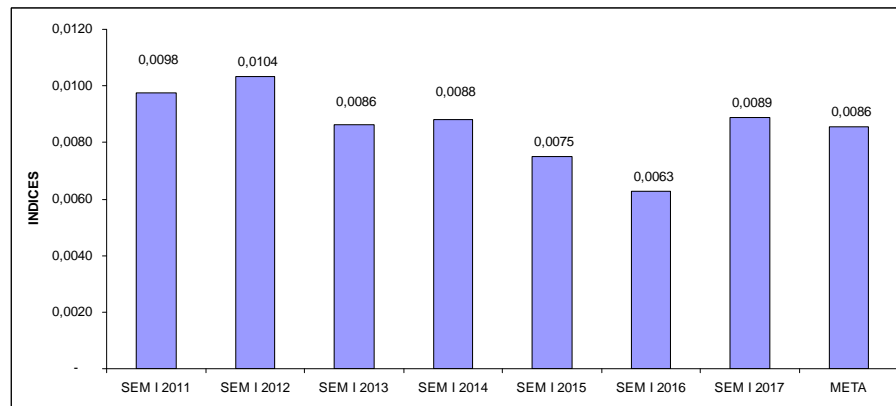
Desde otra perspectiva, en respuesta al comportamiento del periodo de la vigencia anterior podemos determinar que la causa del incremento evaluado en un 15.33%, es la disminución en la producción y la permanencia del personal que no accede a los servicios de salud, lo que hace que el consumo llegue a un índice tan elevado al verse distribuido en menos cantidad de UVR's producidas.

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos ENERGÍA en Kilovatios Hora por UVR producida.



Vemos una tendencia importante en este periodo la cual es desfavorable desde el punto de vista de la producción ya que impacta en el consumo de los servicios públicos, para el caso de la energía, en comparación con la tendencia que viene presentando, ha sufrido un aumento representativo en consumo del 23.85% lo cual denota no precisamente un mal comportamiento en la adherencia a buenas ambientales, que se vienen fortaleciendo de manera constante, es la permanencia frecuente de personal que no acceden a los servicios de salud. Atendiendo la META propuesta, el periodo evaluado se encuentra con un comportamiento favorable casi al ras con un 2.23% por debajo.

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos GAS NATURAL en Metros Cúbicos por UVR producida.



No es de manera coincidente que se hallan incrementado los valores en los índices de consumo de los servicios públicos, en la práctica estos están relacionados con las actividades que permiten prestar una atención segura y poder garantizar el buen funcionamiento de la institución, adicional a su condición de universitario que hace que el tráfico de personal sea permanente, es esta constante la que hace que la evaluación de los índices se presenten con fluctuaciones importantes como las que observamos en este periodo. Para el caso del consumo de gas, las actividades supeditadas a este consumo se dan tanto para el área de esterilización como para hospitalización y nutrición, son actividades constantes y representan gran parte de los consumos de este combustible que frente a la META tuvo un aumento del 3.78% y frente al periodo evaluado de la vigencia anterior, se evidencia un aumento del 29.59%.

CONTRATACIÓN

De acuerdo a las necesidades de la organización para la vigencia se han solicitado servicios de apoyo de laboratorios acreditados y debidamente certificados para las áreas de alimentos, unidad renal, mantenimiento y de monitoreo para gestión ambiental así:

ORDENES DE SERVICIO Y/O CONTRATOS	ESTADO	RIESGO
CONTRATO 175 DE 2017 UNIDAD RENAL	En ejecución. fecha de inicio: 27/02/2017 Presupuesto: 59.112.336	
ALIMENTOS.	En estudios previos, Sin presupuesto	Incumplimiento Normativo
EMISIONES	En estudios previos, Sin presupuesto	Incumplimiento Normativo
CUARTOS DE RESIDUOS	En estudios previos. Sin presupuesto	Incumplimiento Normativo
VERTIMIENTOS	En ejecución.	
MONITOREO AGUA POTABLE	En estudios previos. Sin presupuesto	Incumplimiento Normativo

INFORMES A ENTES DE CONTROL

De acuerdo a las directrices normativas se presentaron los informes de acuerdo a los tiempos estimados.

INFORMES ENTES DE CONTROL 2017	ESTADO
SIRHO SEM II 2016 SIRHO SEM I 2017	Reportes realizados en el primer y segundo semestre de 2017. a través del aplicativo dispuesto por la SDS y SDA SIRHO, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.
CIRCULAR 116 -15 SSC SEM II 2016 CIRCULAR 116 -15 SSC SEM I 2017	Reportes realizados en el primer y segundo semestre de 2017 a través de las directrices dispuestas por la SSC (Anexos en Excel, diligenciados y enviados vía electrónica y posterior radicación ante la SSC en físico con su respectivo soporte de pantallazo, el reporte se encuentra disponible en formato físico para consulta.
IDEAM 2016	Reporte realizado en el primer semestre de 2017 de la vigencia 01/01/2016 - 31/12/2016. a través de las directrices dispuestas para su reporte por medio del aplicativo destinado, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.

AUDITORIAS

AUDITORIAS	ESTADO
ECOCAPITAL	De acuerdo a la programación de Ecocapital se realizó la auditoría el día 23 de Febrero de 2017, Pendiente verificación plan de cumplimiento presentado a la car por parte del aliado estratégico PROSARC. Pendiente Retroalimentación de actuaciones de los expedientes de los aliados estratégicos para operación y posible plan de contingencia frente a la CAR por parte de Ecocapital.

OUTSOURCING COPIADO E IMPRESIÓN	Se ha solicitado bajo las consideraciones del Decreto 4741 de 2005, la corresponsabilidad en el manejo de residuos peligrosos administrativos la documentación necesaria que avale la disposición final de los consumibles de impresión, luego de la revisión no se ha evidenciado dificultad en su manejo, tratamiento y disposición final, la empresa contratada para tal fin, se encuentra debidamente constituida y avalada por la SDA para el tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos administrativos generados.
CONTRATO MANTENIMIENTO VEHICULOS	Se ha solicitado a apoyo administrativo el acercamiento al contratista para realizar las verificaciones pertinentes ya que el mantenimiento de vehículos requiere una verificación especial ya que allí se realizan cambios de neumáticos, cambio de aceite, reemplazo de repuestos, filtros y demás los cuales se deben gestionar de manera adecuada con entes especializado de igual manera con el manejo y disposición final del aceite usado, este ultimo es gestionado a través de empresa especializada y avalada por la SDA..
CONTRATO MANTENIMIENTO PLANTAS ELÉCTRICAS	Se ha solicitado a apoyo administrativo el acercamiento al contratista para realizar las verificaciones pertinentes ya que el mantenimiento de las plantas eléctricas requieren cambio de aceite, reemplazo de repuestos, filtros y demás los cuales se deben gestionar de manera adecuada con entes especializado de igual manera con el manejo y disposición final del aceite usado, No se ha gestionado el acercamiento.

GENERACIÓN DE DOCUMENTOS

DOCUMENTACIÓN	ESTADO
PROGRAMA PGIRSHYS	El programa PGIRSHYS se encuentra en aprobación por parte de la oficina de planeación y garantía de la calidad actualizado al 24/01/2017, en donde se tuvieron en cuenta las recomendaciones de habilitación y se incorporó la caracterización de residuos por área de manera específica incluyendo el área de gases medicinales.

La documentación adicional relacionada para dar cumplimiento al sistema de gestión ambiental se encuentra en estudio como parte del proyecto de implementación del Sistema de Gestión Ambiental bajo la Norma ISO 14001:2015 adelantado con estudiantes de la universidad libre.

REVISIONES

De acuerdo a las revisiones realizadas, se definen como principales las siguientes:

REVISIONES	ESTADO
RESIDUOS RH1	Revisión periódica, corresponde verificar posibles errores de digitación y diferencias entre los diferentes documentos que requieren control para su gestión y reporte, Manifiestos de transporte, planillas, formato digital, tablas dinámicas, comparativos, certificaciones de disposición final.
RESIDUOS PELIGROSOS ADMINISTRATIVOS	Verificación de generación y almacenamiento adecuado, reporte en las planillas destinadas para tal fin.
RESIDUOS RECICLABLES	Su entrega es cada 3 días generando un peso por tipo y que de acuerdo a esto se genera el recibo de pago para ser consignado en la caja de urgencias, se verifica su peso para ser incorporado a la estadística al igual que el monto reportado por comercialización.
ACCIDENTES LABORALES	Se verifica a través de Talento Humano los accidentes relacionados con residuos, de igual manera a través de las empresas con riesgo de exposición No se presentan accidentes.

VERIFICACIONES DE CAMPO

De acuerdo a las actividades planteadas que corresponden al área se han priorizado las siguientes:

VERIFICACIONES CAMPO	ESTADO
RUTAS SANITARIAS	Se tienen proyectadas para instalación en el segundo trimestre.

CUARTOS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	A través de recorridos y atendiendo al cumplimiento normativo, se han realizado verificaciones de los cuartos de almacenamiento de residuos encontrando como una de las principales falencias la ausencia de extintores.
TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	Se verifica el estado y se hacen las adecuaciones necesarias por parte del área de arquitectura y mantenimiento para garantizar el suministro, se realizan las actividades de limpieza y desinfección y los monitoreos de calidad de agua.
ESTADO DE REGILLAS	Se realizan recorridos y se verifican los estados de las rejillas en patios, morgue y perimetrales solicitando en caso de ser necesaria su limpieza de manera informal al área de arquitectura y mantenimiento.
ESTADO TRAMPA DE GRASAS	Se realiza la verificación y cumplimiento de los mantenimientos periódicos de la trampa de grasas, se evidencia dificultad en la tubería de llegada de las aguas negras del HUS, tubería defectuosa y sistema de inspección inexistente, se debe realizar la identificación y el reemplazo por tramos de la tubería, dejar memorias de cálculo y salida gráfica.

PROYECTOS PRIORIZADOS

En aras de dar cumplimiento normativo y mejorar el desempeño ambiental de la organización se priorizan los siguientes proyectos:

PROYECTOS	ESTADO
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL	Se define a través del comité de Gestión Ambiental, la necesidad de generar un proyecto que permita la implementación de la planta de tratamiento con la contratación de un estudio que permita definir la cantidad de obra y el tipo de tecnología que requiere la organización para garantizar un cumplimiento normativo Res. 631 de 2015.
COMPACTACIÓN DE RESIDUOS	A través de comité y atendiendo a las directrices normativas en relación con el manejo de residuos, se define la implementación de una compactadora que permita hacer un manejo adecuado de los residuos sólidos ordinarios afectando de esta manera la facturación del servicio público.

ACOMPañAMIENTO A ÁREAS

De acuerdo a los alcances del área de gestión ambiental y su transversalidad en los procesos se ha realizado un acompañamiento individualizado a las siguientes áreas:

ACOMPañAMIENTO ÁREAS	ESTADO
ENFERMERÍA	Se han enfocado esfuerzos en la capacitación en área a diferentes servicios y turnos para el equipo de enfermería.

REUNIONES Y COMITES

COMITÉS	ESTADO
GAGAS	Se da cumplimiento al 100% de los comités mensuales durante la presente vigencia, se encuentra en revisión la modificación de la resolución y la aprobación de la política ambiental.
GASES MEDICINALES	Se hace el acompañamiento al comité de obras para la evaluación de los posibles cambios que puedan afectar el desarrollo de la operación del manejo de residuos al interior del HUS, se verifica el manejo de escombros y todos aquellos materiales de desechos generados por las obras desarrolladas.
INVITADO	Se participa en reuniones y demás comités como invitado con el propósito de generar conceptos técnicos que avalen procesos que permitan el cumplimiento normativo en el componente ambiental, Gestión Documental, COVE, entre otros.

6. PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO

Se actualizó la política de gestión del riesgo a la cual se le dio alcance al Sistema de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), de acuerdo A la circular EXTERNA 009 de 2016, expedida por la superintendencia de Nacional de Salud y también se dio alcance a la prevención del daño antijurídico, para de esta manera tener una política integral que abarque los diferentes posibles riesgos a los que está expuesto el hospital.

De acuerdo a la actualización de la política de Gestión del riesgo se vio la necesidad de actualizar el programa de Gestión y Administración del Riesgo para dar cumplimiento, para lo cual se incluyó una línea estratégica adicional la cual es: “Articulación de los sistemas de riesgos (Emergencias y desastres, seguridad y salud laboral, gestión ambiental, Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Modelo Estándar de Control interno (MECI), Riesgo Jurídico, seguridad del paciente, entre otros) a uno institucional que dé respuesta a las necesidades del Hospital”, teniendo como objetivo principal tener una Gestión Integral del Riesgo y no se tengan sistemas funcionando individualmente.

Para lo cual se actualizó la metodología en la identificación de los riesgos, en la cual se debe tener en cuenta es por objetivo del proceso y no por cada uno de los procedimientos del proceso, con esto se está buscando que no se repitan riesgos dentro del mismo proceso, al igual que depurarlos y que se identifiquen realmente los riesgos que afectan los objetivos del Hospital.

Con el fin de dar una mayor objetividad en el momento de calificar un riesgo y de esta manera poder realizar un seguimiento de mejor manera y teniendo trazabilidad de la mejora en cuanto a la Administración del riesgo en los procesos.

En cuanto a los controles se modificó la forma de describirlos y se generó que se debe realizar con la siguiente estructura: **Quién, Cuándo, Qué, Cómo, Para qué y Medio de Verificación**, por ejemplo: RIESGO IDENTIFICACIÓN INADECUADA DE PACIENTE Y LUGAR A INTERVENIR **La enfermera profesional antes de ingresar el paciente a sala de Cirugía confirma con el paciente despierto la identidad, el sitio operatorio, conocimiento sobre la cirugía, la Historia Clínica completa, sitio operatorio marcado, si conoce y firmo el consentimiento informado, para prevenir que se presente un evento relacionado con identidad de paciente y con la identificación del sitio a intervenir.** Registro en la lista de chequeo para la seguridad del paciente Quirúrgica firmada por el anesthesiologo, cirujano, instrumentadora y circulante), estos controles con los que cuenta el hospital se deben describir ya sea en la fuente, en el proceso o en las personas.

Por último, se adoptó la metodología de calificación de los riesgos dada por la guía de Administración del Riesgo de corrupción del DAFP. El objetivo de estos cambios es que el hospital mejore toda su Gestión y Administración Integral del Riesgo.

En la implementación se han identificado los siguientes Riesgos:

No.	Proceso	Riesgo Identificado
1	Atención al Paciente de Urgencias	inoportunidad de exámenes de apoyo Inoportunidad en Interconsultas
2	Atención al Paciente Hospitalizado	Neumonía Asociadas a ventilación mecánica Infecciones Asociadas a Sonda Vesical
3	Apoyo Diagnostico	Riesgo operativo Riesgo de Seguridad del paciente
4	Banco de Sangre	Desabastecimiento de hemocomponentes
5	Direccionamiento Estratégico	Inoportuna comunicación e implementación de acciones estratégicas Incumplimiento del Plan de Gestión y POA (PAS)
6	Gestión de la Calidad	Inoportunidad en el seguimiento a acciones de mejora
7	Gestión de la Tecnología Biomédica	Gestión de la Tecnología Biomédica
8	Gestión de Bienes y Servicios	Mala descripción del insumo o servicio Mal manejo del inventario

9	Gestión Jurídica	Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prestación del mismo para favorecer un tercero
10	Gestión de la Información	Perdida de información
11	Atención al Usuario y su familia	Identificación inoportuna de las necesidades del Usuario Socialización inoportuna de los resultados de Encuestas de Satisfacción al Usuario (Pte/fmla) Falla en la detección de casos para la intervención social Diagnostico Social erróneo Fallas en el reporte a entidades de control de casos sociales especiales Gestión inadecuada del trámite de solicitudes médicas de servicios (Oxígenos, ambulancia, medicamento, remisiones y contra remisiones y citas para toma de exámenes) No gestionar la petición del usuario

Es de aclarar que en este momento el hospital se encuentra realizando la respectiva identificación de los riesgos de acuerdo con las nuevas directrices y las respectivas verificaciones de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad. Por tal motivo no se puede hacer comparación en cuanto al cumplimiento de los indicadores del Programa de Gestión y Administración del Riesgo con respecto al 2016, porque se encuentra en proceso de construcción los mapas de riesgo del Hospital.

Adicionalmente en la inducción y reinducción que se realiza mensualmente en el hospital, se explica que tiene el hospital en cuanto a la gestión del riesgo.

Se ha capacitado en la metodología de identificación del riesgo a los líderes de proceso y directores del Hospital.

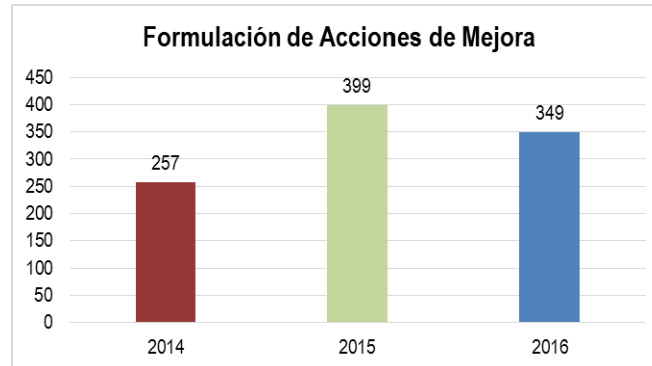
7. PUMP

En el hospital durante el 2016 se tuvieron 349 hallazgos, distribuidos de la siguiente manera por fuente:

FUENTE	Total, Hallazgos	Porcentaje de Participación
AUTOCONTROL	24	6,88%
AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	12	3,44%
AUDITORÍA INTERNA HSEQ	65	18,62%
AUDITORÍA CONTROL INTERNO	2	0,57%
ACREDITACIÓN	55	15,76%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	14	4,01%
GESTIÓN DEL RIESGO	86	24,64%
AUDITORÍA EXTERNA EPS	10	2,87%
AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	3	0,86%
AUDITORÍA EXTERNA SS CUNDINAMARCA	12	3,44%
AUDITORÍA EXTERNA CONTRALORÍA	15	100,00%
AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	3	0,86%
AUDITORÍA EXTERNA INVIMA	17	4,87%
AUDITORÍA EXTERNA DIAN	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA SECRE. IMPUESTOS	0	0,00%
INDICADORES DE GESTIÓN	5	1,43%
REVISIÓN GERENCIAL	3	0,86%
SERVICIO NO CONFORME	7	2,01%

FUENTE	Total, Hallazgos	Porcentaje de Participación
PQRS	2	0,57%
OTRAS	14	4,01%
TOTAL	349	

Para dar respuesta a estos hallazgos se formularon en total 349 acciones de mejora 50 menos que el año anterior, pero 92 más comparado con el 2014, como se muestra en la siguiente gráfica. Esto debido a que se decidió que las acciones de mejora

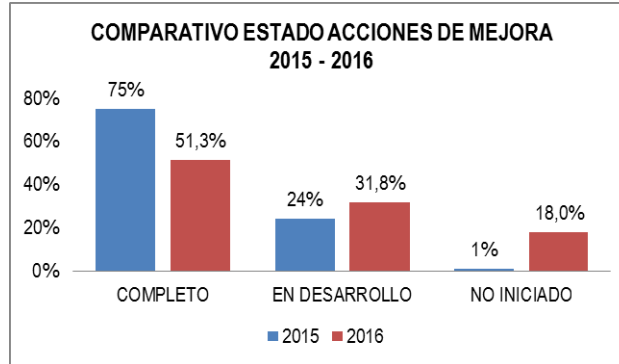


Para el 2016 se realizó el seguimiento por parte de la oficina Asesora de Planeación y la Oficina Asesora de Control Interno en donde control Interno le realizó seguimiento a las acciones de mejora que tenían como fuente Gestión del Riesgo, Auditoría Externa de Contraloría y Auditoría Interna de Control Interno, para las demás fuentes de mejora el seguimiento fue realizado por la oficina de Planeación. Dando los siguientes resultados:

RESULTADO SEGUIMIENTO POR FUENTE										
FUENTE	Total Hallazgos	Porcentaje de Participación	Porcentaje Avance	Porcentaje de Cumplimiento	Porcentaje Cierre de Ciclos	Acciones Cerradas	Total Acciones	Completas	En Desarrollo	No Iniciadas
AUTOCONTROL	24	6,88%	78%	43,48%	39%	9	23	10	8	5
AUDITORIA INTERNA HABILITACION	12	3,44%	84%	66,67%	75%	9	12	8	4	0
AUDITORIA INTERNA HSEQ	65	18,62%	62%	49,15%	32%	19	59	29	19	11
AUDITORIA CONTROL INTERNO	2	0,57%	100%	100,00%	100%	2	2	2	2	2
ACREDITACION	55	15,76%	76%	57,41%	39%	21	54	31	22	1
SEGURIDAD DEL PACIENTE	14	4,01%	75%	71,43%	71%	10	14	10	3	1
GESTION DEL RIESGO	86	24,64%	47%	28,16%	9%	9	103	29	32	42
AUDITORIA EXTERNA EPS	10	2,87%	83%	80,00%	70%	7	10	8	1	1
AUDITORIA EXTERNA SS DISTRITAL	3	0,86%	100%	100,00%	100%	3	3	3	0	0
AUDITORIA EXTERNA SS CUNDINAMARCA	12	3,44%	76%	45,45%	55%	6	11	5	6	0
AUDITORIA EXTERNA CONTRALORIA	15	100,00%	100%	100,00%	100%	15	15	15	0	0
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC	3	0,86%	60%	0,00%	0%	0	3	0	3	0
AUDITORIA EXTERNA INVIMA	17	4,87%	84%	76,47%	71%	12	17	13	4	0
AUDITORIA EXTERNA DIAN	0	0,00%	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND
AUDITORIA EXTERNA SECRE. IMPUESTOS	0	0,00%	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND
INDICADORES DE GESTION	5	1,43%	86%	60,00%	20%	1	5	3	2	0
REVISION GERENCIAL	3	0,86%	100%	100,00%	67%	2	3	3	0	0
SERVICIO NO CONFORME	7	2,01%	95%	85,71%	71%	5	7	6	1	0
PQRS	2	0,57%	75%	50,00%	0%	0	2	1	1	0
OTRAS	14	4,01%	75%	50,00%	42%	5	12	6	5	1
TOTAL	349		81%	51,27%	38%	135	355	182	113	64

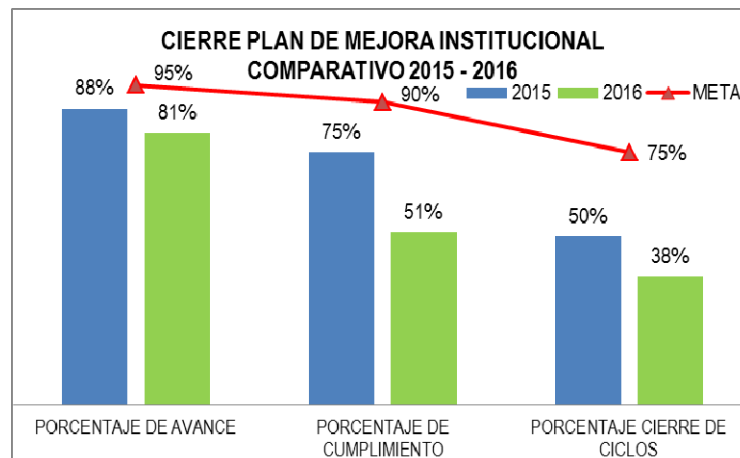
A comparación con el 2015 se observó que hubo una disminución en el cumplimiento de las acciones de mejora que paso de un 75% a un 51,3%, esto debido a que se dio prioridad a las oportunidades de mejora de Acreditación tanto de la autoevaluación como de la evaluación realizada por el ente Acreditador en el segundo semestre del año.

En cuanto a las acciones de mejora No Iniciadas para el 2015 fueron 6 acciones de mejora, pero para el 2016 No se iniciaron 64, esto muestra que se debe dar mayor énfasis en la cultura de la mejora porque estas acciones de mejora se encontraban priorizadas para realizarse y pasan para el PUMP del 2017, en donde se deberá evaluar la conveniencia de dar inicio a estas o si ya no son necesarias, a continuación, se muestra la gráfica del comparativo del estado de las acciones de mejora 2015 – 2016.



En cuanto al Cierre del plan de mejora Institucional se evaluó la efectividad de las acciones de mejora implementadas y se cerraron los ciclos de mejoramiento al 38% de las acciones planificadas, aunque el porcentaje de cumplimiento cerro en un 51%, este resultado permite identificar una oportunidad de mejora institucional, fortalecer la metodología de análisis de causa raíz a los líderes de los procesos que permita formular acciones de mejora que generen impacto, mejora en los procesos y eliminen el hallazgo encontrado garantizando que no se vuelvan a presentar hallazgos por la misma causa. Fomentando la cultura de autocontrol. Cabe resaltar que el porcentaje de cierre de ciclos a comparación con el 2015 disminuyo, y no se cumplió la meta propuesta para el 2016 que era del 75% de cierre de ciclos, para lo cual se debe evaluar si esta meta es adecuada para el HUS, de acuerdo con el comportamiento del indicador en los últimos dos años.

Las acciones de mejora que no fueron efectivas y que el ciclo de mejoramiento quedo abierto, las acciones de mejora en desarrollo o no iniciadas se trasladan al plan de mejora de la vigencia 2017 para iniciar un nuevo ciclo o para continuar su ejecución. Lo cual se encuentra en desarrollo por parte de los líderes de proceso con acompañamiento de la oficina asesora de planeación y Garantía de la Calidad.



BARRERAS DE CUMPLIMIENTO

- Ausencia de un software que permita diligenciar, hacer seguimiento, evaluar y consolidar toda la información para facilitar el análisis de datos para evidenciar la mejora de la institución de manera oportuna.
- No se incluye todas las mejoras que realizan los procesos en el plan único de mejora por proceso PUMP
- Debilidad de los líderes de proceso en metodología de análisis de causa y formulación de acciones que generen impacto en el proceso.
- No claridad en describir que registros evidencia el cumplimiento de las acciones, lo cual dificulta el seguimiento y cierre de los PUMP.
- Se han tenido como barreras para el cumplimiento que algunos líderes de proceso no dan el tiempo para el seguimiento de las acciones de mejora, ya que se priorizan otras actividades.
- Se tiene una gran debilidad en la realización de acciones de mejora definidas por hallazgos de las PQRS, porque para el 2016 solo se formuló dos acciones de mejora por esta Fuente de Mejora.

PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESO (PUMP)

Para el primer trimestre del año no se ha consolidado el PUMP 2017 debido a que no se realizó el cierre del 2016 por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, por este motivo se decidió en el mes de Marzo que la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad realizará el seguimiento de cierre de PUMP 2016, excluyendo las acciones de mejora de fuente de Entes de Control, Gestión del Riesgo y Auditorías de Control Interno, lo cual se espera que el informe sea entregado para el mes de abril.

Se está modificando el procedimiento de Formulación, seguimiento y cierre de Plan Único de Mejora por Proceso, para ajustarlo a los nuevos lineamientos estipulados por la gerencia y los cambios presentados en el 2016.

Cordialmente,

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA
Gerente
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA