

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS

I TRIMESTRE 2017

JAVIER FERNANDO MANCER GARCÍA  
GERENTE

2017

## CAPÍTULO I

### INFORME DE GESTIÓN

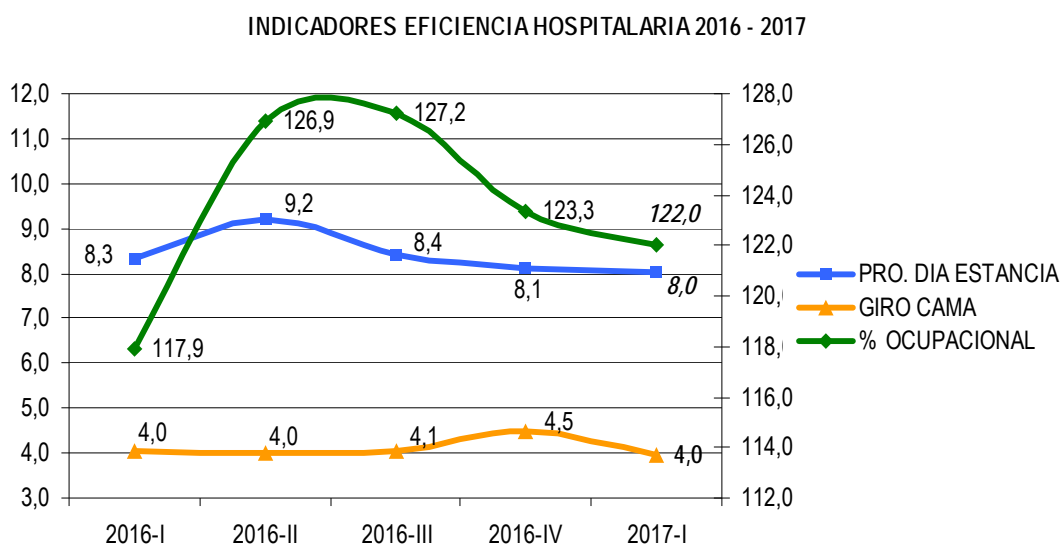
### DIRECCIÓN CIENTÍFICA

# 1. GESTIÓN DEL PROCESO HOSPITALIZACIÓN

## 1.1 GESTIÓN DEL PROCESO

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

Para el periodo se incluyó como elemento de eficiencia técnica, la oportunidad de respuesta de interconsulta de los servicios priorizados, ya que en el mes de marzo de 2017 se completaron 12 meses de seguimiento.



Se explican los datos presentados por los siguientes elementos causales:

\* Persistencia de la demanda elevada de pacientes complejos internados en la unidad de cuidados intermedios adultos (con ventilación mecánica invasiva y/o infecciones complejas), lo que en genera prolongación de la estancia, incluso a la histórica de la unidad de cuidados intensivos adultos, incluso en ciclos del periodo se alcanzaron a tener 7 pacientes con requerimiento de cuidado intensivo de las 9 camas de intermedios.

\* Inconvenientes relacionados con disponibilidad inmediata de insumos (*material medico quirúrgico, reactivos de laboratorios, elementos de bioseguridad, etc.*) y medicamentos (*antibióticos, heparinas, formulas nutricionales, etc.*), generando retrasos en el plan de manejo medico instaurado, por tanto prolongando la estancia hospitalaria esperada o no de los pacientes hospitalizados en todos los servicios, así como complicaciones (*ver datos de infecciones*).

\*Durante febrero el número de egresos se disminuyeron en un 10% aproximadamente, frente a meses anteriores, lo cual se relaciona con retrasos propios de la atención explicados en el punto anterior.

NUMERO DE EGRESOS X MES 2016 - 2017						
SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
824	876	830	898	838	754	833

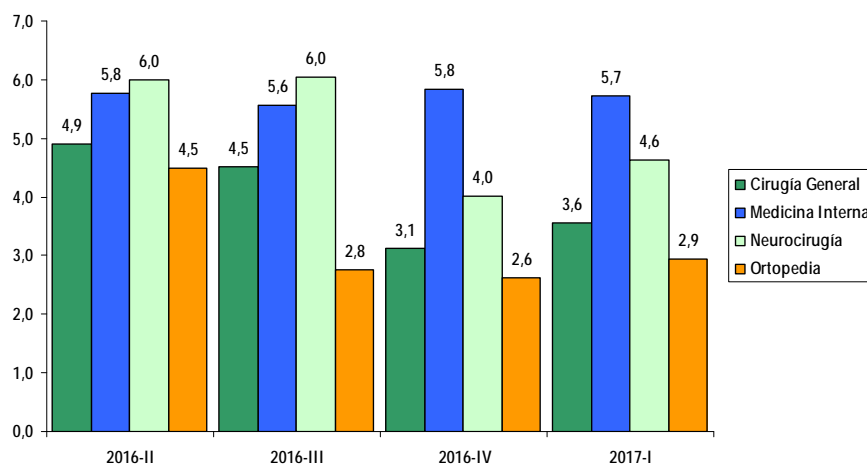
Aumento progresivo de internación de pacientes provenientes de empresas aseguradoras no contratadas con la institución (*principalmente capital salud*), generando periodos y tiempos de hospitalización ineficientes (proceso de remisión administrativa, no autorización oportuna de procedimientos incluso alto costo), en espera de definiciones extra-institucionales para la atención del paciente ya hospitalizado.

Se mantiene el valor del indicador general, gracias a la disminución progresiva de demanda de camas hospitalarias, así como la finalización de obras relacionadas a reforzamiento estructural, lo que permitió la recuperación del número de camas históricas disponibles para el primer trimestre de la vigencia.

CAMAS OFRECIDAS 2016 - 2017						
SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
194	194	193	194	207	207	206

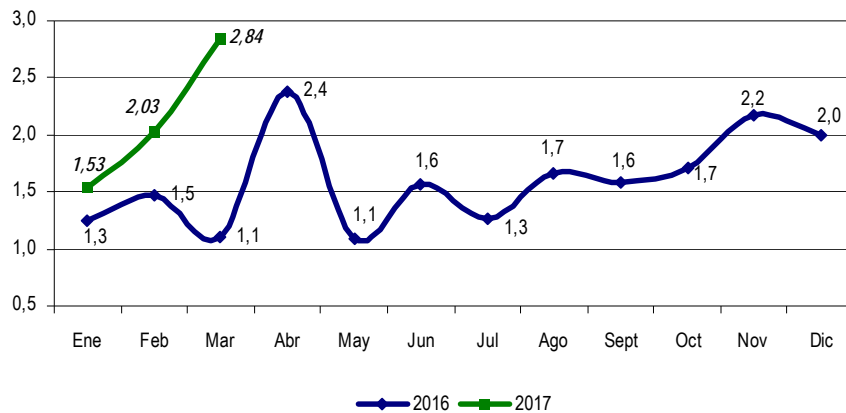
En cuanto a los tiempos de oportunidad de respuesta de interconsulta, se mantiene la tendencia hacia la disminución de tiempos. En el periodo se completaron 12 meses de seguimiento, ampliamente comunicados a los servicios medidos, quienes a su vez, gestionan internamente con el equipo de trabajo las intervenciones necesarias, las cuales están limitadas por disponibilidad suficiente de funcionarios en periodos de tiempo (noches y fines de semana), lo que genera valores extremos en los tiempos registrados.

OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA EN HORAS 2016-2017



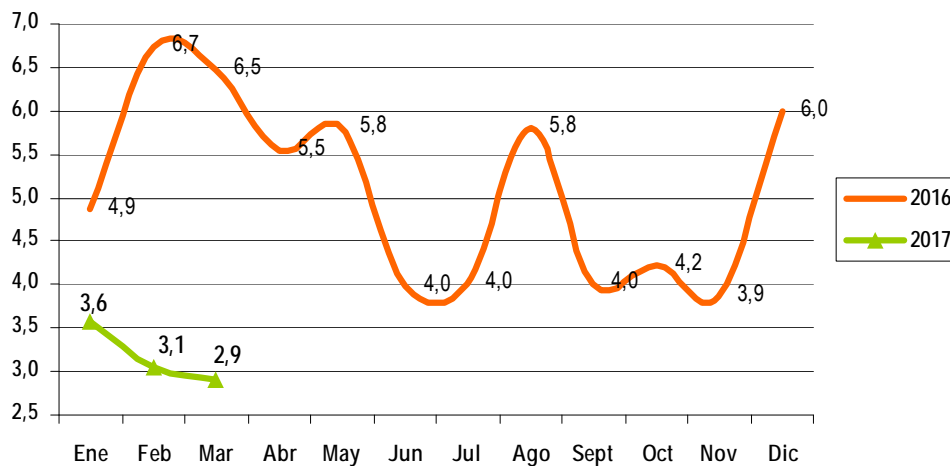
- Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

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

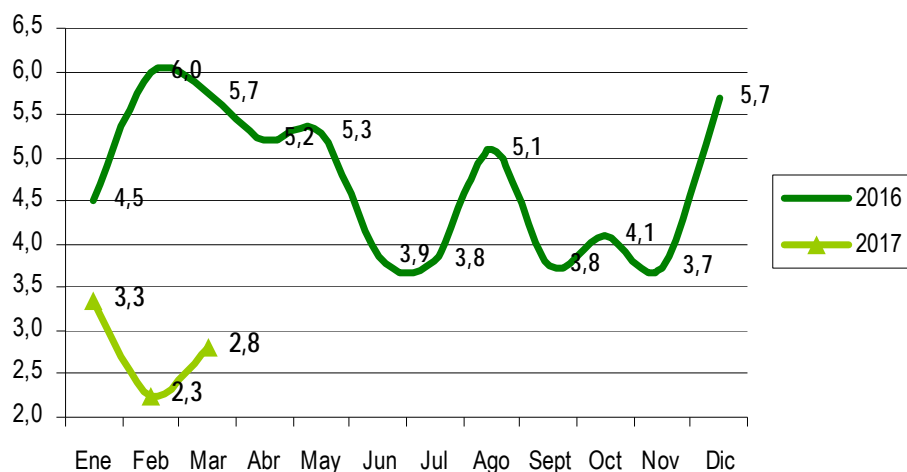


En cuanto a la tasa global de infecciones asociadas al cuidado de la salud para el periodo de la vigencia, se notó un aumento lineal, llegando casi a duplicar valores históricos, explicada por limitaciones relacionadas a no disponibilidad de insumos, entre ellos: batas, desinfectantes, toallas antisépticas, jabón de manos, necesarios para el cumplimiento de las normas de bioseguridad, así mismo la presencia de flebitis adjudicadas a varios elementos causales, incluso relacionado a cambios o no disponibilidad de dispositivos adecuados, lo anterior ampliamente gestionado desde el comité infecciones. De igual manera se mantienen valores por debajo de estándares nacionales (<5).

MORTALIDAD GENERAL 2016 - 2017



## MORTALIDAD > 48 HORAS 2016 - 2017



Frente a los datos presentados de mortalidad (global y >48 horas) durante el periodo, se evidenció una disminución significativa de la incidencia de muertes intrahospitalarias, explicado por eventos relacionados a la operación de la unidad de cuidados intensivos por los siguientes factores asociados consecuentes:

1. La UCI históricamente contribuye en un 40% aproximadamente a la mortalidad institucional general.
2. Hubo en el periodo una reducción significativa de rotación de paciente/cama en la UCI (enero, febrero y marzo 23, 21 y 13 egresos respectivamente), atribuida a la cronificación de pacientes internados es decir con evolución crítica estacionaria, sin desenlace fatal o mejoría (mismos pacientes durante grandes periodos de tiempo)
3. Por tanto la mortalidad de la UCI se disminuyó frente a otros periodos, entre tanto se manifiesta en la mortalidad general institucional.

Por otro lado se resalta que no se presentaron mortalidades maternas en el periodo.

### 1.2 Planes Únicos de Mejora del Proceso

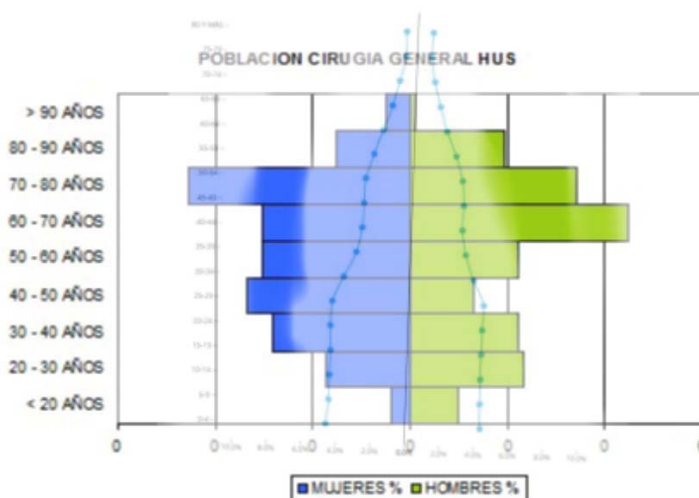
### 1.3 Plan de acción en Salud

Se realizaron análisis generales frente al levantamiento de datos (periodo 2016) para la construcción de Grupos relacionados de diagnóstico en el servicio de cirugía general, obteniendo las siguientes conclusiones:

1. Se realiza revisión del muestreo estadístico, se revisan matrices depuradas de bases de datos recolectadas, las cuales vienen siendo registradas por los médicos hospitalarios del servicio de cirugía general, periodo 2016, tomando como fuente principal las listas de pacientes recolectadas por kárdex general del servicio, incluyendo pacientes inter-consultados por otros servicios hospitalarios.

2. Desde el punto de vista epidemiológico que ingresan al servicio de cirugía general del HUS tiene las siguientes características:

3. La pirámide poblacional atendida por el servicio es:



1. El género de los pacientes se atribuye a una razón de Hombres 48%, mujeres 52%.
2. En términos general el HUS atiende población de Cundinamarca y territorios lejanos en 75 % y Bogotá 25%
3. El diagnóstico principal encontrado se describe así:

ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL	81	21,1%
ENFERMEDAD NEOPLASICA	70	18,3%
ENFERMEDAD BILIAR	67	17,5%
TRAUMA	53	13,8%
NO ESPECIFICADA	40	10,4%
ENFERMEDAD PULMONAR	18	4,7%
DEFECTO DE LA PARED ABDOMINAL	15	3,9%
INFECCIOSA	14	3,7%
OBESIDAD	11	2,9%
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	10	2,6%
EMBARAZO	4	1,0%

4. El diagnóstico correlacionado en primer lugar se encuentran las enfermedades crónicas entre ellas, hipertensión arterial, diabetes mellitas tipo 2.
5. Al hacer un análisis de los diagnósticos relacionados con la enfermedad principal, encontramos que en el grupo mayor de 60 años, la incidencia de comorbilidades está relacionado con enfermedades cardiovasculares y metabólicas.
6. Al contemplar el paciente sin diagnósticos relacionados el promedio de estancia es de 8.6 días, entre tanto los pacientes con mayor promedio de estancias están asociados en un gran porcentaje a comorbilidades y diagnósticos relacionados múltiples.

\* 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 procedimiento 02PH09-V1 PROCEDIMIENTO SOLICITUD SEGUNDO CONCEPTO MEDICO, el cual está en proceso de implementación y cierre de ciclos.

\* 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).

#### 1.4 Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente

Para el primer trimestre de la vigencia se presentaron un total de 600 novedades reportadas para el proceso de hospitalización, de las cuales son de SEGURIDAD CLÍNICA (SAFETY) 596, clasificadas de la siguiente manera:

POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA (Incluye los eventos, incidentes, complicaciones)

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud: 8

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales: 179

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos: 8

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud: 34

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales: 82

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados: 8

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos: 5

Tipo 8: Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales: 0

Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos: 93

Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente: 15

Tipo 11: Caídas de pacientes: 18

Tipo 12: Accidentes de Pacientes: 1

Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico: 6

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: 72

La mayoría de los factores causales ACTUALES (situación coyuntural) están relacionadas (posterior a análisis ANCLA) a faltantes de insumos y desde los componentes de fármaco y tecnovigilancia, entre otros.

NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE VS EGRESOS HOSPITALARIOS		
INCIDENTES	294	12%
EVENTOS ADVERSOS	142	6%
COMPLICACIÓN	61	3%
REPETIDOS	42	2%
DESCARTADOS	57	2%
EGRESOS TRIMESTRE	2425	



Con la proporción de eventos adversos en relación a la atención (exposición), por debajo de lo esperado para las instituciones de salud (11%), entre tanto nos encontramos en un 6% aproximadamente, lo que se puede explicar por sub-reporte.

## 1.5 PQRS

De acuerdo a compromisos de vigencias anteriores, durante el periodo se realizaron análisis relacionados, identificando como causas principales generadoras de quejas y reclamos las siguientes:

1. Falta de calidez y trato amable
2. Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS

Por lo que se realizó la inclusión de una oportunidad de mejora en el PUMP del proceso (luego de análisis causales), relacionada a PQRS, con el objeto de realizar intervenciones objetivas para la vigencia 2017.

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	REGISTRO EN CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VIOLADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA				TIPO DE ACCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aaaa)
							Riesgo	Costo	Volumen	Total			
28	PQRS	18/03/2017	Durante el IV trimestre del 2016 y entre enero y febrero del 2017 se han presentado 12 quejas y reclamos por falta de trato amable frente a los usuarios y sus familias alineados al proceso	1. Por agresividad de los usuarios 2. Falta de capacitación servicio cliente 3. Índice de Rotación 3. Desarrollo de las competencia	HUMANIZACIÓN	1. Capacitar a los colaboradores de la enfermería y médicos que han incurrido en posibles fallas de trato amable 2. Informar las felicitaciones a los servicios y colaboradores.	5	5	5	125	AC	1. Solicitar al proceso de Talento humano capacitar a los colaboradores de servicios generales y vigilancia en temas relacionados con servicio al cliente 2. Realizar despliegue de la información	30/06/2017

## 2. ATENCIÓN DEL PACIENTE EN URGENCIAS

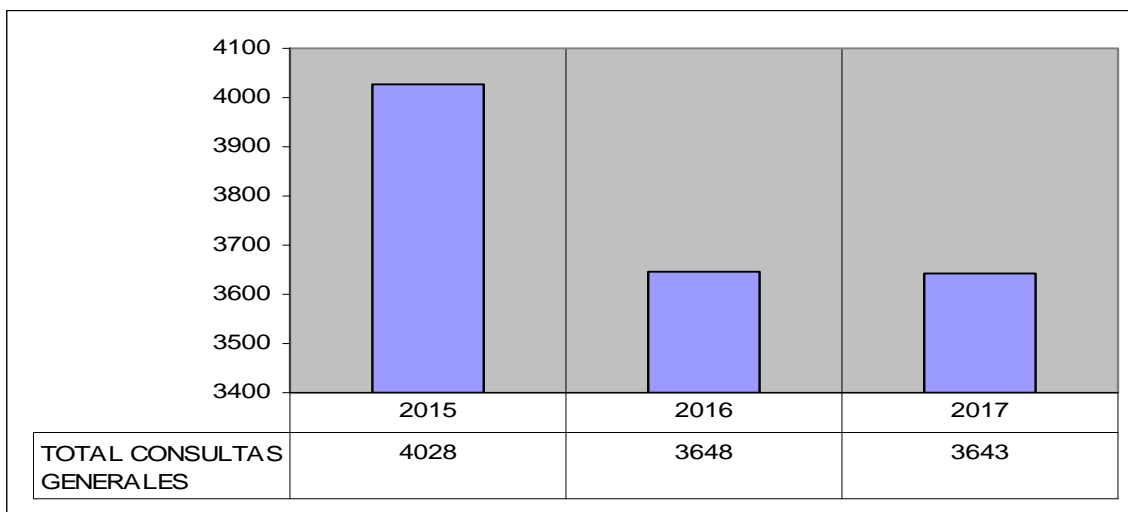
### 2.1 Gestión del Proceso

	2015	2016	2017
	1ER TRIMESTRE		
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	59	82	39
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	3397	3196	102
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	434	399	3257
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	291	573	188
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	47	84	1064
TOTAL PTES CON TRIAGES	4228	4334	4650
TOTAL CONSULTAS	4605	4168	4145
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	30	325	25

N° CONSULTA MEDICINA GENERAL	4028	3648	3643
N° CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	577	520	502
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	80	55	55,59
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	55	37,07	33,56
N° TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	18	73	34
N° DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	12	1	7
TOTAL PACIENTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	3842	2675	2194

### CONSULTA MEDICINA GENERAL

	2015	2016	2017
TOTAL CONSULTAS GENERALES	4028	3648	3643



El comportamiento del Servicio de Urgencias en relación al total de consultas atendidas se mantiene estable con un promedio de 1387/mes consultas por demanda espontánea, 19 consultas/mes por traslados primarios y 363 pacientes remitidos/mes para un total de 1769 atenciones al mes.

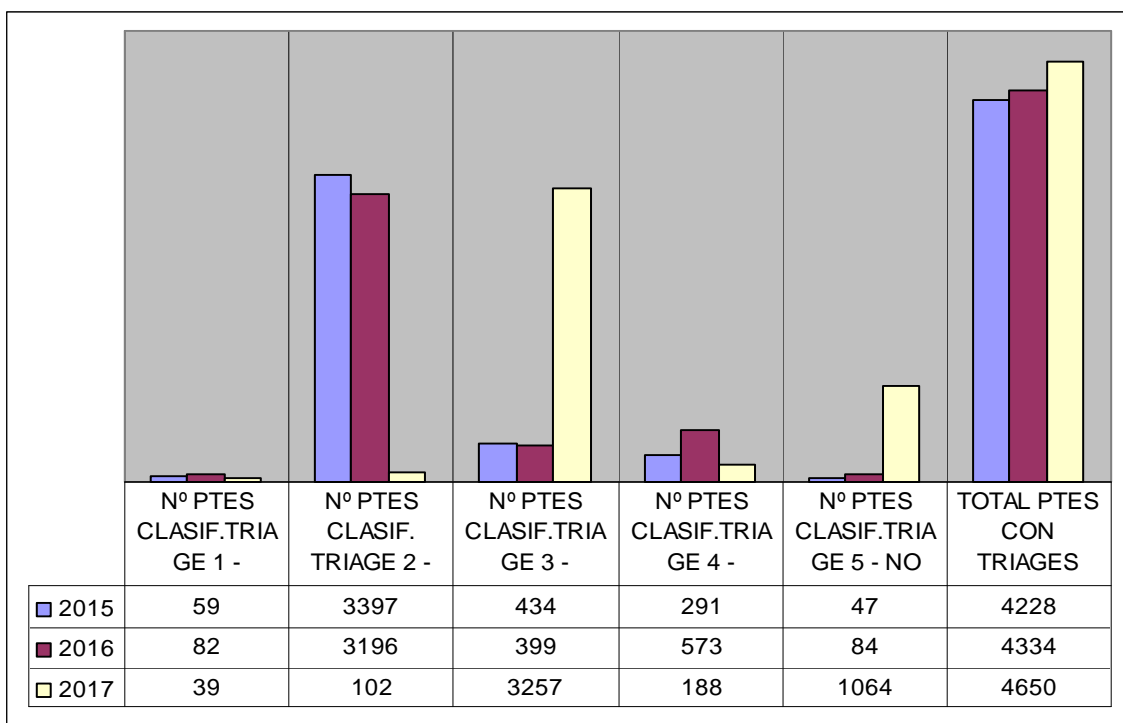
El 60% de nuestros pacientes son adulto mayor y todos presentan 1 o más comorbilidades, lo que complejiza la atención, en tiempo y en recursos.

**NUMERO PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGES:**

PRIMER TRIMESTRE	2015	2016	2017
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	59	82	39
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	3397	3196	102
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	434	399	3257
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	291	573	188
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	47	84	1064
<b>TOTAL PTES CON TRIAGES</b>	<b>4228</b>	<b>4334</b>	<b>4650</b>

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

**GRAFICA NUMERO PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGES:**



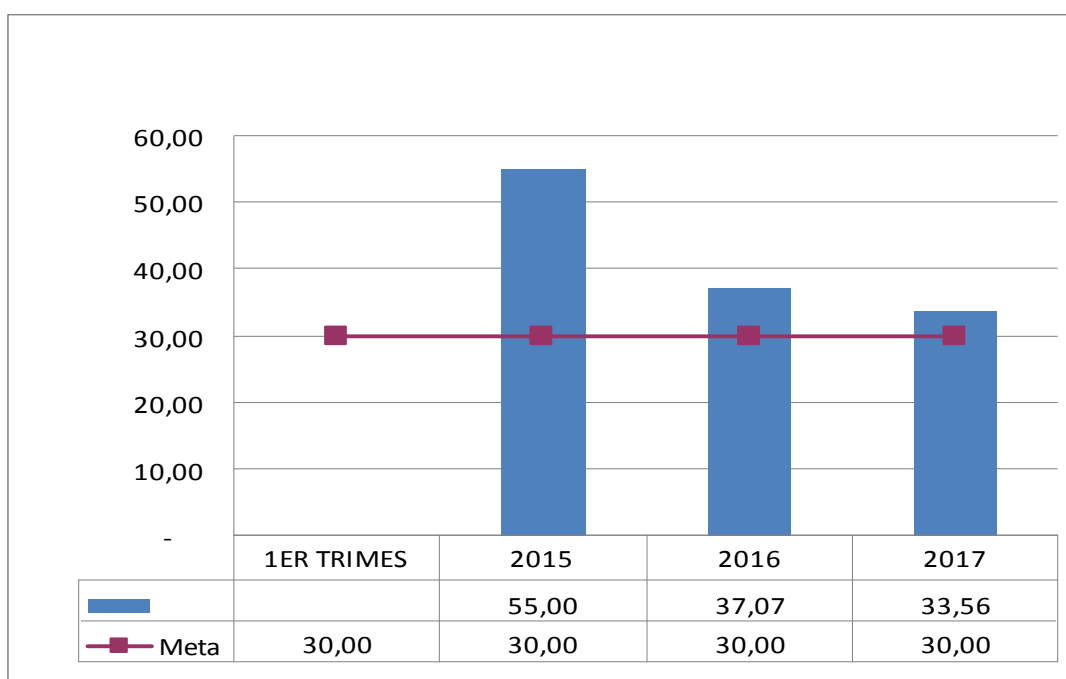
Se observa un incremento del total de clasificaciones de Triage realizados en el Primer trimestre del 2017 en relación a los anteriores años, situación no ajena a la realidad de todos los Servicios de Urgencias, debido a que los Servicios de Urgencias se han convertido en la única opción con que cuentan los pacientes para ingresar al Sistema de Salud. Esta situación se evidencia con el incremento de

clasificación del triage V, patologías que deben ser atendidas en la consulta externa, pero por la falta de oportunidad de las EPS los pacientes intentan ser atendidos en Urgencias.

\*Se debe tener en cuenta que desde el 15 de Enero 2017 no hay Medico de Servicio Social Obligatorio en el Proceso de Referencia y Contrarreferencia, el cual apoya a la consulta prioritaria de los Triage IV y V, la cual no se viene realizando.

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

Año	2015	2016	2017
TIEMPO DE ESPERA TRIAGE III	55	37.07	33.56



Los tiempos de atención para triage III que la normatividad los establece en 30 minutos, el servicio mantiene un promedio de 33.56 minutos, el cual viene en descenso sin poder alcanzar los establecido por la norma. Las razones siguen siendo las siguientes:

Asistenciales:

1. Tardes después de las 16.00 horas y fines de semana y festivos el mismo médico hace triage y consulta.
2. Consultorios con pacientes aislados.
3. Complejidad en las patologías por las que consultan los pacientes. Patologías ya tratadas parcialmente y/o con resultados no adecuados o fallidos.
4. Paciente adulto mayor con 2 o más comorbilidades.

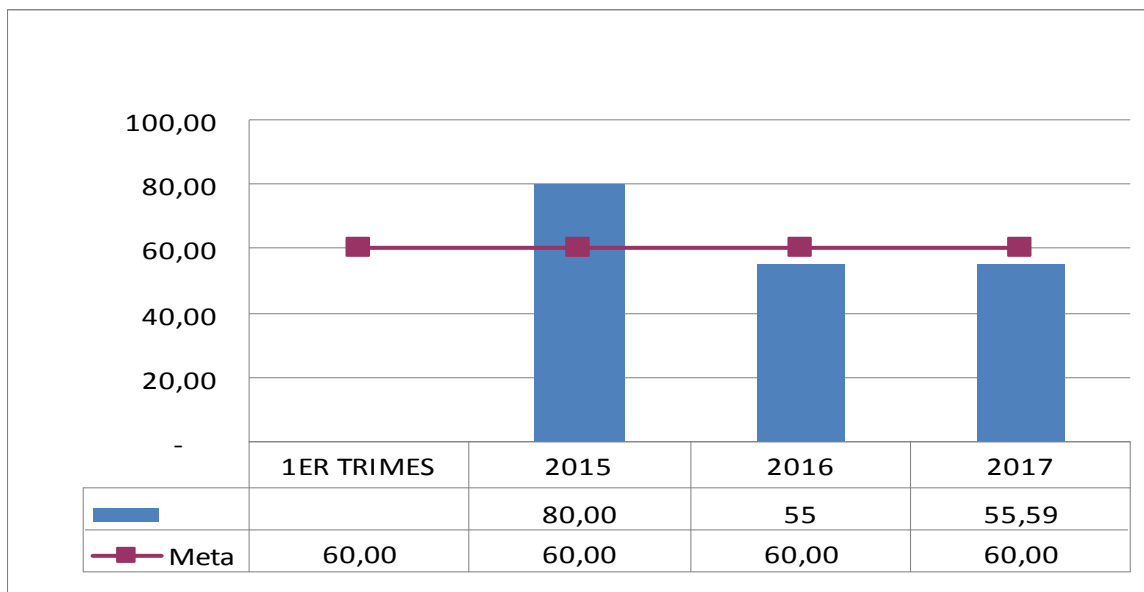
Administrativas:

1. La nueva actualización de DGH presenta demora en el cargue de la Información, como Solicitud de Interconsulta y Formulación.
2. La fecha con la que se registra el Pre-triage está condicionada al tiempo en que el técnico de admisiones mantenga abierta la pantalla del pre-triage anterior sin actualizar, lo que hace que el dato de la hora quede falseada, registrando una hora mucho anterior a la real.
3. Los cortes de Energía y demás cierre del Sistema causa demoras en el cierre de la atención de triage.

**OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE CONSULTA DE URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA**

Año	2015	2016	2017
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN CONSULTA	80	55	55.59

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria.

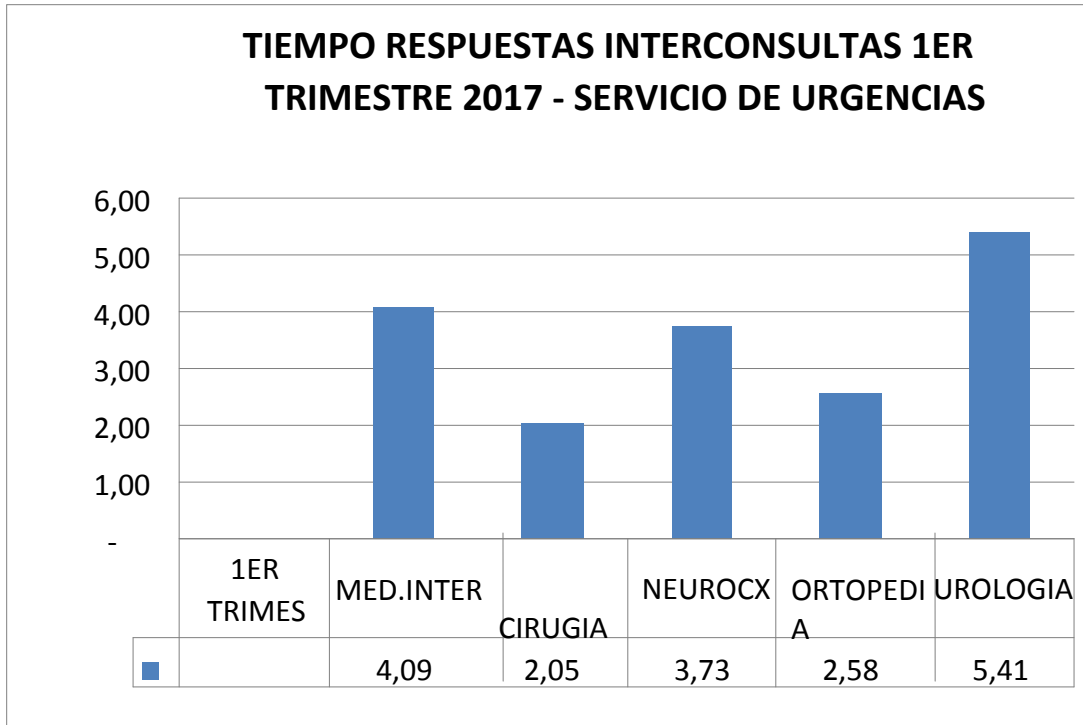


La normatividad vigente establece el tiempo en 60 minutos, el Servicio de Urgencias, desde el año pasado (2016) viene manteniendo la oportunidad dentro los tiempos establecidos.

**INTERCONSULTAS:**

	MED-INT-	CIRUGIA	NEUROCX	ORTOPEDIA	UROLOGIA
ENERO	4,36	1,47	3,55	2,5	6,46
FEBRERO	3,58	1,57	3,37	3,08	5,27
MARZO	4,33	3,11	4,26	2,17	4,5

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria.



El Procedimiento de “Interconsulta” código 02U03-V1 establece que para las especialidades presenciales 24/7 deben responder la solicitud de Interconsulta entre las 2 horas siguientes, y las no presenciales en las 2 horas siguientes al ingreso del día hábil siguiente a la solicitud. Por la dificultad del cumplimiento de esta directriz por parte de las especialidades quirúrgicas, se incluyó en el PAS institucional y se les socializó a todos los Subdirectores Asistenciales sobre la necesidad de mejorar estos tiempos.

**NOVEDADES.**

No información

**2.2 PQR**

Del total de PQRS Institucionales para el primer trimestre son 110 para el Servicio de urgencias se reportaron 12.

**2.3 PUM**

La última evaluación del Plan Único de Mejora por Proceso fue del 5 trimestre año 2016 con 5 actividades de las cuales fueron cerradas 3 y 2 se mantienen abiertas y pasan al PUMP del año 2017.

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.

## 2.4 PAS

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	1. Coordinación con las subdirecciones asistenciales para la Priorización pacientes en urgencias (50%) 2. Asignación de médico para respuesta a interconsulta en el servicio de urgencias (50%)	1,-Dirección Científica 2,-Subdirectores asistenciales (Ortopedia, Neurocirugía, Urología) 3,-Subdirección Urgencias 4,- Dirección Atención al Usuario	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

En reunión del 31 de Marzo 2017 se socializo a todo los Subdirectores asistenciales la actividad de Mejora a los tiempos de Interconsulta consignado en el PAS, buscando resultados que muestren la mejora.

## 2.5 GESTION DEL RIESGO

INDICADOR FLEBITIS 1ER TRIMESTRE SERVICIO DE URGENCIAS 2017					
	Nº PACIENTES	NO. VENOPUNCIONES	DIAS EXPOSICION	FLEBITIS BACTERIANA	FLEBITIS QUIMICA
ENERO	0	0	0	0	0
FEBRERO	0	849	0	2	22
MARZO				0	0

Fuente: COVE

Por ser las Flebitis unos de los riesgos más frecuentes con impacto moderado en el Servicio de Urgencias, se realizó una intervención puntual por parte de Enfermería, 1.- Resocializando la técnica de Venopuncion, 2.- asignando una auxiliar por turno exclusiva para la canalizar. 3.- Acompañamiento por parte de Farmacia en los casos de medicamentos de riesgo.

Cabe resaltar que por los problemas de adquisición de medicamentos e insumos del primer trimestre, tienen responsabilidad en el incremento de la flebitis del mes de Febrero como se manifestó en el COVE correspondiente.

## 2.6 OTROS

- Se realizó 1 autoevaluación de habilitación con un cumplimiento mayor al 90%.
- Se amplió el consultorio del triage, incluyendo una camilla, bascula y lavamanos, para poder cumplir con los estándares mínimos.
- Se están realizando reuniones quincenales con Admisiones. Facturación y estadística para tratar los problemas que surgen del quehacer diario en el Servicio de Urgencias.

- Se realizó una nueva señalización de las camillas de observación y se distribuyeron las camas virtuales por espacios de expansión.
- Se instaló una pantalla para visualizar por número de camillas los pacientes que se encuentran en el Servicio.

### 3. Atención al Paciente Quirúrgico

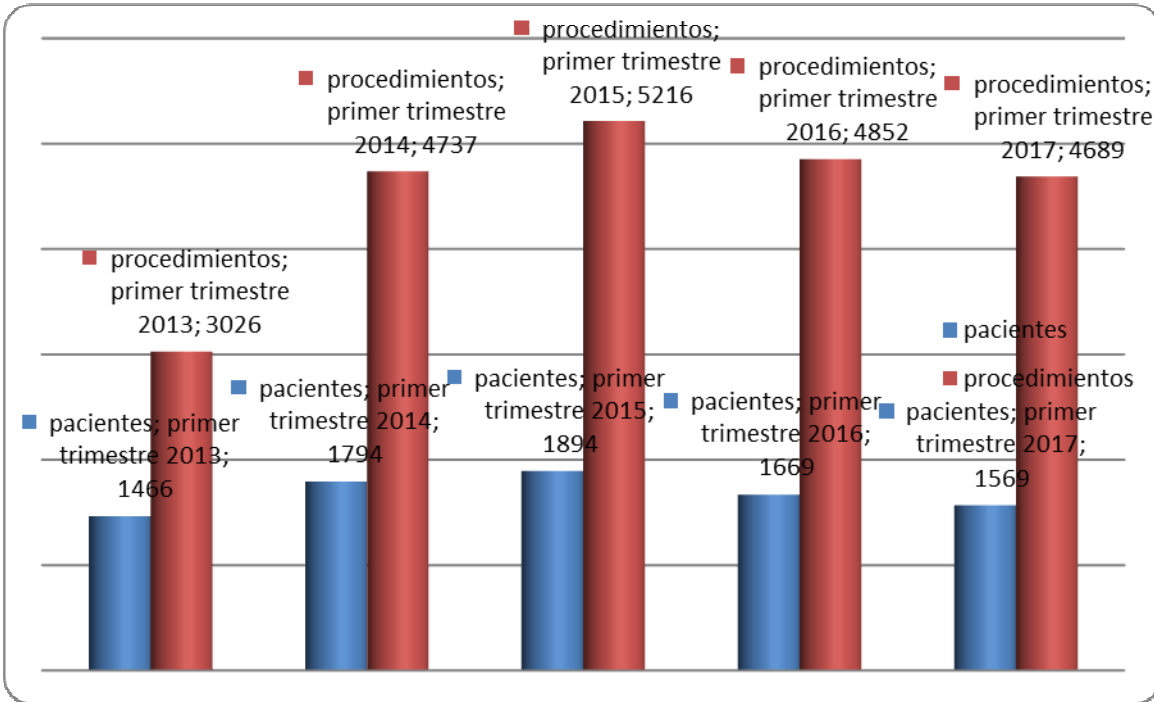
#### 3.1 Gestión del Proceso

Nombre del indicador	ENERO – MARZO 2013	ENERO – MARZO 2014	ENERO – MARZO 2015	ENERO – MARZO 2016	ENERO – MARZO 2017
Número de quirófanos	8	7	7	7	7
Número horas quirófano programadas en cirugía electiva	4380	5364	5526	4752	5250
Número horas quirófano utilizadas en cirugía electiva sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas	3240	4379	4691	2942	2463
Horas disponibles de quirófano para urgencias	2496	2388	2496	2520	2526
Horas utilizada de quirófano en urgencias sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugía de urgencias	1664	1874	1872	1848	1614
Número horas cirujano programadas en cirugía electiva	4380	5364	5526	4752	5250
Número horas cirujano programadas en cirugía de urgencia	2496	2388	2496	2520	2516
Número horas anestesiólogo programadas en cirugía electiva	4380	5364	5526	4752	5250
Número horas anestesiólogo programadas en cirugía de urgencia	2496	2388	3522	2520	2526
Número total intervenciones quirúrgicas realizadas	1466	1794	1894	1669	1569
Electiva con estancia	563	728	772	696	686
Ambulatorias	254	489	456	357	316
Urgentes	649	577	666	616	567
Anestesia	1511	1833	1894	1669	1569
General	791	758	803	749	886
Regional	516	886	961	761	413
Local	159	150	130	159	270
Otro (Catéteres, Swan Ganz, bloqueos)	45	39	54	6	35
Promedio de cirugías por hora quirófano cirugía programada	0,187	0,227	0,222	0,222	0,191



Nombre del indicador	ENERO – MARZO 2013	ENERO – MARZO 2014	ENERO – MARZO 2015	ENERO – MARZO 2016	ENERO – MARZO 2017
Promedio de cirugías por hora quirófano cirugía urgencias	0,260	0,242	0,267	0,244	0,224
Promedio de cirugías por hora cirujano cirugía programada	0,187	0,227	0,222	0,222	0,191
Promedio de cirugías por hora anestesiólogo cirugía programada	0,187	0,23	0,22	0,22	0,19
Número cirugías programadas	861	1262	1279	1085	1052
Cirugías con estancia canceladas	27	30	34	36	37
Cirugías ambulatorias canceladas	17	15	17	12	13
Número Total de cirugías canceladas por	44	45	51	48	50
Criterio médico de anestesia	6	2	11	6	3
Criterio médico de cirujano	21	23	20	25	30
Ropa	6	0	0	0	3
Material quirúrgico	3	3	8	1	3
Por Urgencia Quirúrgica de la Especialidad	0	1	1	0	2
No disponibilidad de UCI	6	2	2	6	2
No disponibilidad de instrumental Quirúrgico	0	0	4	3	1
Ausencia de paciente	2	9	4	2	3
Patología sobreviniente	0	5	1	5	3
% de cancelación de cirugías programadas	5%	4%	4%	4%	5%
Tiempo promedio de retraso en cirugía con estancia	30	30	30	30	30
Tiempo promedio de retraso en cirugía ambulatoria	30	30	30	30	30
Número de pacientes operados en el que el diagnóstico previo no se correlaciona con el diagnóstico postquirúrgico	0	0	0	0	0
Incidentes o eventos adversos trans operatorios	0	15	5	14	5
Quirúrgicos	0	9	4	5	5
Anestésicos	0	5	1	8	1
Otros	0	1	1	1	0
Incidentes o eventos adversos pos operatorio identificados	0	12	8	5	0
Quirúrgicos	0	8	6	5	0
Anestésicos	0	4	2	0	0

Nombre del indicador	ENERO – MARZO 2013	ENERO – MARZO 2014	ENERO – MARZO 2015	ENERO – MARZO 2016	ENERO – MARZO 2017
Otros	0	0	0	0	0
Número de re intervenciones	0	44	2	0	0
Clasificación de las heridas quirúrgicas	0	0	0	0	0
Limpias	0	ND	ND	ND	4
Limpias contaminadas	0	ND	ND	ND	2
Sucias	0	ND	ND	ND	0
Infectadas	0	ND	ND	ND	0
Infecciones identificadas en heridas quirúrgicas	0	ND	0	2	0
Limpias	0	ND	0	1	2
Limpias contaminadas	0	ND	0	0	2
Sucias	0	ND	0	0	1
Infectadas	0	12	0	0	0
Informes quirúrgicos incompletos	0	3	0	0	0
Registros anestésicos incompletos	0	ND	0	2	0
Días espera cirugía electiva	40	8	8	20	33
Cirugía general	22	7	7	18	44
Ortopedia	27	8	8	25	30
Gineco	37	4	4	20	37
Otorrinolaringología	44	5	5	23	24
Urología	51	8	8	28	45
Neurocirugía	18	3	3	5	6
Dermatología	0	0	0	0	0
Maxilofacial	0	0	0	0	0
Oftalmología	89	16	16	11	14
Cirugía plástica	33	9	9	6	8
Cirugía vascular	0	0	0	0	15
Hemodinámica	0	0	0	0	0
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	280	1703	2005	1447	1635
...Cirugías grupos 7-10	570	1773	1883	1977	1850
...Cirugías grupos 11-13	1635	835	798	830	773
...Cirugías grupos 20-23	541	426	530	598	431
Total de procedimientos quirúrgicos	3026	4737	5216	4852	4689



	PRIMER TRIMESTRE 2012	PRIMER TRIMESTRE 2013	PRIMER TRIMESTRE 2013A	PRIMER TRIMESTRE 2013	PRIMER TRIMESTRE 2013A
pacientes	1466	1794	1894	1669	1569
procedimientos	3026	4737	5216	4852	4689

### ANALISIS DEL INFORME ENERO A MARZO 2017 SALAS DE CIRUGÍA

#### OBJETIVO ESTRATEGICO: AUTOSOTENIBILIDAD FINANCIERA

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 2017,2016,2015,2014,2013

Relación 2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	OBSERVACIONES
Aumento en 17%	Disminuyo en 2%	Disminuyo en 5%	Aumento en 9%	Las horas Quirófano programadas en Cirugía electiva inicialmente representan un aumento relativo comparado con 2013, disminuyéndose en el 2014 y 2015 , aumentándose comparativamente en un 9%. De acuerdo a la demanda Quirúrgica.

Número horas quirófano utilizadas en cirugía electiva sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas:

2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Disminuyo en 17%	Disminuyo en 58%	Disminuyo en 69%	Disminuyo en un 6%	La Utilización de Horas Quirófano en cirugía electiva ha venido disminuyendo especialmente comparado con el año 2015, específicamente relacionado a la demanda Quirúrgica, que impacto especialmente los servicios de Cirugía general con disminución de su productividad en un 40%, que incluye grupos mayores. Y Oftalmología que disminuyo en un 50% la productividad a pesar de que la demanda se mantiene especialmente Cirugía de Retina con una sola jornada de especialista de seis horas en la semana.

Horas disponibles de quirófano para urgencias

2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Aumento en un 1%	Aumento en un 5%	Aumento en un 1%	Permanece igual	La oferta de Horas Quirófano para Urgencias se mantiene igual en los diferentes periodos ya que la demanda no varía significativamente.

Horas utilizada de quirófano en urgencias sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugía de urgencias:

2017/2012	2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017
Disminuyo en un 3%	Disminuyo en un 16%	Disminuyo en un 16%	Disminuyo en un 14%	Igual que la Cirugía electiva, los procedimientos de Urgencias presentaron un descenso del 15% en promedio, comparado los tres últimos años, específicamente relacionado con la demanda Quirúrgica.

Número total intervenciones quirúrgicas realizadas:

2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Disminuyo en 7 %	Aumento en un 14%	Disminuyo en 21 %	Disminuyo en 6%	El número de intervenciones Quirúrgicas se disminuyó en un 21% comparado con 2015 y en 6% comparado 2016, obedeciendo a la demanda por las aseguradoras que lo que autorizan es un porcentaje inferior al 20% mes, igualmente Oftalmología que tiene una demanda importante en retina solo atiende una jornada de seis horas semana que atiende en simultánea con consulta lo que dificulta aún más la programación, Cabeza y cuello atiende una jornada de seis horas semana que es una mínima capacidad de oferta frente a la demanda.

Electiva con estancia

2017 /2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Aumento en un 18%	Disminuyo en un 6%	Disminuyo en un 13%	Disminuyo en un 1%	La suspensión de las administradoras del régimen subsidiado y la ejecución del traslado, la autorización por parte de convida del procedimiento, la contratación sujeta a tres aseguradoras de subsidiado afecto la

				demanda de Cirugía Electiva a finales del año 2015 y comienzos del 2016, solamente inicia un proceso de recuperación significativo a partir de junio del 2016. Pero vuelve a tener un descenso importante a finales de año y comienzos del 2017 por autorización y contratos.
<b>Ambulatorias</b>				
2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Aumento en 20%	Se disminuyó en 55%	Se Disminuyó en 44 %	Se Disminuyó en 13 %	La Cirugía Ambulatoria ha ido en descenso de acuerdo a la demanda y a la estructuración de la red cundinamarquesa donde a Hospitales regionales se derivan procedimientos menores que antes se atendían en el H.U.S. Además las autorizaciones por parte de convida que se derivan a otras instituciones.
<b>CIRUGIA DE URGENCIAS</b>				
2017 /2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Disminuyo en un 14%	Disminuyo en un 2%	Disminuyo en 17 %	Disminuyo en 9 %	La Cirugía de Urgencias refleja un descenso en promedio de un 10%, relacionado con autorizaciones y demanda, aun establecido el diagnostico estando el paciente en urgencias se derivan hacia otros prestadores. Igualmente la referencia de Pacientes para el HUS ha disminuido.
<b>Pacientes intervenidos con anestesia</b>				
2017 /2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Aumento en un 4%	Disminuyo en 17 %	Disminuyo en 21 %	Disminuyo en 6 %	La proporción de Paciente intervenidos con Anestesia, Disminuyo proporcionalmente de acuerdo a la demanda de Cirugía.
<b>Pacientes que recibieron Anestesia General</b>				
2017 /2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Disminuyo en 11 %	Aumentó en 14 %	Aumento en 9 %	Aumento en 15 %	El uso de Anestesia general se ha incrementado de acuerdo a la complejidad de procedimientos y a la disminución de Cirugías ambulatorias.
<b>Promedio de cirugías por hora quirófano cirugía programada</b>				
2017 /2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
0.187	0.227	0.222	0.191	Ha disminuido discretamente de acuerdo a la demanda y a la complejidad y a los tiempos quirúrgicos
<b>Promedio de cirugías por hora quirófano cirugía urgencias</b>				
2017 /2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
0.260	0.242	0.267	0.2444	0.224 Se presenta un ligero descenso respecto a la utilización de quirófano de Urgencias obedeciendo a un menor número de Pacientes intervenidos como urgencias.
<b>Número cirugías programadas</b>				
2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Aumento en 18 %	Disminuyo en 20 %	Disminuyó en 22%	Disminuyó en 3 %	La Cirugía electiva programada en caída de acuerdo a la demanda relacionada con autorizaciones y remisiones, siendo los servicios de mayor impacto Cirugía General 40% y Oftalmología con un 50% de

				disminución de programación e intervención Quirúrgica.
<b>Objetivo: gestión de la calidad. Cirugías con estancia canceladas</b>				
2017 /2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Aumento en 27%	Aumento en 19 %	Aumento en un 8%	Aumento en 3%	La cancelación de Cirugía programada con estancia, venia en aumento importante, pero ha venido decreciendo y actualmente se mantiene en un 5%, con factores atribuibles en un 80% a pertinencia médica, asociado a comorbilidad o descompensación de Patología asociada.
<b>Cirugías ambulatorias canceladas</b>				
2017 /2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Disminuyo en 31%	Disminuyo en 15 %	Disminuyo en 31 %	Aumento en 8%.	La cancelación de Cirugía ambulatoria representa el 34 % del total de la cancelación por pertinencia médica y está asociada básicamente a patología no controlada y preexistencias de comorbilidad sin respuesta a tratamientos y controles como Hipertensión Arterial..
<b>Días espera cirugía electiva</b>				
2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Disminuyo en 29 días	Aumento en tres días	Aumento en tres días	Disminuyo en 9 día	Actualmente la oportunidad Quirúrgica está a 11 días, ha disminuido proporcionalmente relacionado con disminución de la demanda, pero se está afectando el indicador directamente por Cabeza y cuello y Cirugía de Retina.
<b>Total de procedimientos quirúrgicos</b>				
2017/2013	2017/2014	2017/2015	2017/2016	2017
Aumento 35%	Disminuyo en 1%	Disminuyo en un 11%	Disminuyo en 3%	Los procedimientos Quirúrgicos han disminuido proporcionalmente a la Cirugía realizada, obedeciendo a la demanda y autorización por parte de las aseguradoras y el mercadeo.

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

### 3.2 PQRS

Las PQR Presentadas en el periodo, se relacionaron en cancelación de Cirugía, 3 evidenciándose demora en la consecución y autorización de Material de Osteosíntesis. Cx Maxilofacial, Ortopedia y CX Vascular periférica. Por insumos. También un caso de Cancelación de Cirugía de Oftalmo por paciente conectado a máquina y restricción de las salas. La no disponibilidad de UCI.

### 3.3 Gestión del Riesgo

1. Se presentó un evento adverso relacionado con un dispositivo médico del cual se realizó el análisis y plan de mejora correspondiente.
2. Se presentó DOS eventos relacionado con el no procesamiento de una muestra de Cultivo de tejido por condiciones inadecuadas de embalaje. Y envió para procesamiento.

3. La programación Quirúrgica presenta un impacto severo por la modificación del subsidiado, contratos y autorizaciones, siendo las especialidades de mayor impacto. Cirugía General quien está en este momento con pérdidas en promedio de 600 millones de pesos mensuales, seguida de Ginecología.
4. El balance general de costos de producción de la Unidad Quirúrgica se refleja con pérdidas relacionadas con. Las pérdidas que representa Cirugía General, Ginecología, la Factura de Cirugía Cardiovascular no se refleja en Quirófanos, se refleja en hemodinámica pero si aparece los gastos como balance negativo para Quirófanos y lo peor se le suma las pérdidas que refleja sala de partos en promedio aproximadamente de tres mil millones de pesos. Pero en Especialidades que tienen demanda como Ortopedia y plástica se observa el rubro importante de Ganancia positiva.
5. La disminución de la demanda tanto de Cirugía electiva como Urgencias, dependiente de las Autorizaciones por parte de convida se refleja explícitamente en los indicadores de productividad Quirúrgica y ocupación de Quirófanos.

#### 4. GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

VARIABLE	2014	2015	2016	2017
	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
Horas programadas consulta especializada	6.610	6.339	5.499	4.897
No de consultas ofertadas (disponibles)	19.168	18.160	15.617	13.473
No de consultas realizadas	15.551	17.204	14.147	12.743
% Inasistencia	12%	13%	11%	12%
% Cancelación Consulta (no atención)	ND	1,0%	0,6%	0,6%
% Cancelación - Institucional	ND	0,3%	0,2%	0,1%
% Cancelación por paciente	ND	0,7%	0,4%	0,5%
% Cancelación por causa externa	ND	0,0%	0,0%	0,0%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizadas/oferta)	81%	95%	91%	95%
Rendimiento hora medico consulta	2,4	2,7	2,6	2,6
% Demanda insatisfecha Total en Consulta	ND	4%	2%	2%
% Demanda Insatisfecha-represamiento	ND	3,4%	1,2%	0,6%
% Demanda Insatisfecha- Físico	ND	0,0%	0,0%	0,0%
% Demanda Insatisfecha- Humano	ND	0,0%	0,0%	0,0%
% Demanda Insatisfecha- Financiero	ND	0,5%	1,2%	0,9%
% Ptes de consulta con conducta Qx	ND	3,5%	2,8%	2,4%

Es preocupante la baja demanda que nos llevó a realizar una reducción del 11% en horas programadas en el I trimestre de 2017, comparado con el año inmediatamente anterior y con los otros años reducción promedio de 24%, 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 10% frente al año 2016 y 26% por debajo comparado con el 2015, año que para el I trimestre 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. La demanda particular es de solo un 10%.

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 6% frente al 2014 y 2015, pero comparado con el 2016 aumentó en un 9%, 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: psicología, dermatología, otorrino, ginecoobstetricia, cirugía de tórax, cardiovascular, cabeza y cuello, nutrición, neurología y oftalmología. También se logró aumentar el seguimiento a la inasistencia en un 50% frente al año anterior, en llamadas a pacientes que no asistieron a la cita programada por cada colaborador auxiliar que apoya la consulta. 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 trimestre de 2017 fueron:

%	Causa de Inasistencia	Motivo y gestión
19%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante),
13%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
13%		INPEC u hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir
4%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
4%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 40 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
3%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
3%		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%		Fallecimiento del paciente
8%	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%		Ya fue atendido en el HUS (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)
0,1%		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 bajó un 35% frente al 2015, gracias a la gestión oportuna ante los inconvenientes presentados y no tuvo cambio frente al 2016.

De la cancelación más alta que correspondió a, "por paciente", el 0.06% fue por no contar con resultados de paraclínicos necesarios en consulta para definir conducta, otro 0.06% a cita mal solicitada y 0.05% relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS), de las no prevenibles el 0.16% correspondió a llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC), 0.08% condición del paciente (enfermo u hospitalizado en el HUS y no cancelaron cita), 0.01% otros motivos, 0.01% No responde al llamado por el especialista a pesar de realizar llamado por altoparlante del HUS, 0.001% Sin acompañante, sin recursos para copago y sin referencia o justificación de la atención; Para minimizar la cancelación institucional, como se refleja en un 32% frente al 2016, se gestionaron las causas prevenibles.

%	Cancelación Institucional	Motivo y gestión
0.06%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
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%		Cambio de agenda por parte del especialista, Se recuerda los tiempos de cambio de agendas establecidos en el Procedimiento.
0.03%	No prevenible	Calamidad o enfermedad del especialista
0.001%		Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita).

No se presentó cancelación por causa externa, los pacientes accedieron a consultas de manera particular, cuando con la EPS no se 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, encontrándose en el 95%.

El rendimiento, no ha tenido mayor cambio en los cuatro años comparados. 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.

### COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA



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 36% frente al año anterior, no a expensas de la comunicación permanente con las especialidades para ajustes en ampliación de oferta de acuerdo a la necesidad como se venía realizando, sino a la 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 0.6% de represamiento. El mayor motivo de Demanda Insatisfecha corresponde a causa financiera por no contrato, en donde los pacinetes que más solicitan son afiliados a Capital salud. El 0.02% corresponde a demanda Insatisfecha por motivo humano por solicitud hacia nutrición que se encontró temporalmente suspendida por retiro de profesionales; y el 0.01% por motivo físico, atribuido a falta de anestésico en oftalmología, necesario para la consulta.

En el HUS no se presenta el consultador crónico, que 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.

De los pacientes que son vistos en consulta el 2,4% tuvieron ordenada conducta quirúrgica, 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 solicito 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 trimestre de 2017 contó con oportunidad a menos de 5 días para consulta, 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 TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
Oportunidad en cita medicina interna (15)	3,1	8,0	2,4	1,1
Oportunidad en cita cirugía (20 días)	6,9	5,9	3,2	1,1
Oportunidad en cita ginecología (10 días)	6,3	4,4	1,6	0,7
Oportunidad en cita obstetricia (5 días)	5,8	3,4	1,6	1,2
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	6,2	5,8	3,8	2,7
Oportunidad en Anestesia (10 días)	7,1	2,6	3,4	0,7

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 garantiza la oportunidad. Se bajaron horas de oferta, para el mes de marzo se bajaron las 40 horas mensuales que se habían aumentado en 2015, en donde estuvo alcanzando los 15 días.

En consulta de Cirugía General mejoró 13% frente al resultado de oportunidad con el año anterior, encontrándose por debajo del máximo aceptable que son 20 días. Esta mejora se presentó a expensas del comportamiento de la demanda. La especialidad y subespecialidades que aquí se tienen en cuenta son: cirugía general, tórax, mama y tejidos blandos, bariátrica y cabeza y cuello.

En Ginecología la oportunidad se ha mantenido muy por debajo del máximo aceptable que son 15 días. Mejoró el indicador, frente a los años anteriores en 28%. 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, se mejoró en promedio 56% frente a los años anteriores. 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.

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.

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 trimestre no se requirió ampliar oferta, sino al contrario, reducir por baja de pacientes. Ninguna de las especialidades como Infectología, endocrinología y neurología se encontraron a más de 12 días. Otorrino por retiro de especialista se aumentó la oportunidad, pero en el consolidado no superó los 12 días.

VARIABLE	2014	2015	2016	2017
	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
CARDIOLOGIA	2,6	5,8	0,8	1,5
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ND	ND	3,5	0,0
CIRUGIA PLASTICA DE LA MANO	6,5	2,1	2,9	1,1
CIRUGIA PLASTICA ESTETICA	3,5	1,4	3,8	0,6
CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA	6,1	4,5	5,2	1,6
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	5,9	7,8	2,8	3,5
DERMATOLOGIA	5,6	8,6	4,2	1,9
ENDOCRINOLOGIA	15,9	8,4	8,5	10,3
GASTROENTEROLOGIA	6,8	3,9	2,6	0,5
HEMATOLOGIA	4,1	3,3	3,7	1,5
INFECTOLOGIA	5,8	11,0	9,5	7,1
MAXILOFACIAL CIRUGIA PLASTICA	3,0	0,9	2,7	3,2
MEDICINA INTERNA	3,1	7,9	2,5	1,1
NEFROLOGIA	5,2	4,6	2,2	0,8
NEONATOLOGIA	1,5	0,1	0,2	0,1
NEUMOLOGIA	2,0	10,1	0,9	2,5
NEUROCIRUGIA	4,7	2,9	3,7	1,4
NEUROLOGIA	10,4	11,7	6,8	6,3
NUTRICION	6,9	5,7	3,5	0,7
CX ORAL MAXILOFACIAL	6,7	1,6	2,6	0,3
OFTALMO - GLAUCOMA	5,8	9,8	7,0	3,3
OFTALMO CORNEA Y CAMARA ANTERIOR	ND	ND	1,7	2,2
OFTALMO OCULOPLASTIA / ONCOLOGIA	5,5	9,9	9,6	6,9
OFTALMO RETINA	9,9	11,0	4,7	8,7
OFTALMOLOGIA	18,8	7,7	3,1	2,1
OPTOMETRIA	3,3	4,5	6,3	4,3
ORTOPEDIA CADERA	4,8	9,7	4,5	1,8
ORTOPEDIA HOMBRO	4,8	1,9	3,9	1,1
ORTOPEDIA RODILLA	3,9	6,1	2,8	0,8
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	5,3	3,6	4,1	1,9
OTORRINOLARINGOLOGIA	3,5	2,3	2,6	2,9
OTO - LARINGOLOGIA	ND	ND	0,7	2,5
PSICOLOGIA	NA	NA	4,2	0,4
REUMATOLOGIA	7,9	4,0	3,1	1,9
UROLOGIA	5,4	5,0	3,4	1,0

Los procedimientos mínimos y menores cuentan con agendas en DGH para todos los procedimientos, los cuales años anteriores se programaban de manera manual en agendas físicas o Excel, por cada servicio. La variación de los tiempos en la ejecución de cada uno de los procedimientos requiere apertura de varias agendas, en razón a que para casos como polisomnogramas y telemetrías los tiempos van de 15 minutos a 72 horas.

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 el área de facturación y mercadeo, sin reflejar incremento. Pendiente continuar ajuste de tarifas y mercadeo de los servicios.

VARIABLE PROCEDIMIENTOS C.EXTERNA	2014	2015	2016	2017
	I TRIM	I TRIM	I TRIM	I TRIM
Horas programadas procedimientos	2.615	3.767	3.533	3.924
No. Procedimientos programados	3.035	6.937	5.256	4.590
No. Procedimientos realizados	2.750	6.125	4.913	4.275
% Inasistencia en procedimientos	9%	11%	6%	6%
% Cancelación Procedimiento(no atención)	ND	0,6%	0,5%	0,5%

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. En procedimientos se incrementó en 5% la cancelación total, frente al 2016. El 0,2% fue cancelación por paciente, el 0.02% fue relacionada con la autorización, otro 0.02% falta de preparación a pesar de las indicaciones y/o envío de las mismas por correo, 0.04% no respondió al llamado a pesar de parlanteo, otro 0.04% desistimiento a pesar del consentimiento informado, el 0.07% por condición del paciente (sin lesión para biopsiar para el caso dermatología, mal estado general al momento de examen en neurología).

De la cancelación institucional que fue del 0,2%, se atribuyó el 0.04% a falla en asignación de cita, otro 0.04% por fallas en códigos de la orden médica (se recuerda a los especialistas verificar previamente los documentos a entregar al paciente), 0,02% falla en equipo de audiología que se cambió por parte del servicio. Se tomaron los mismo correctivos que en consulta. La cancelación por otro o externo, el 0.04% atribuida a autorizaciones con códigos errados, no corregido por EPS, a pesar del trámite desde autorizaciones y el 0.02% por cortes de energía que afectó el equipo de pruebas de función pulmonar.

## 5. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

### 5.1 Gestión del Proceso

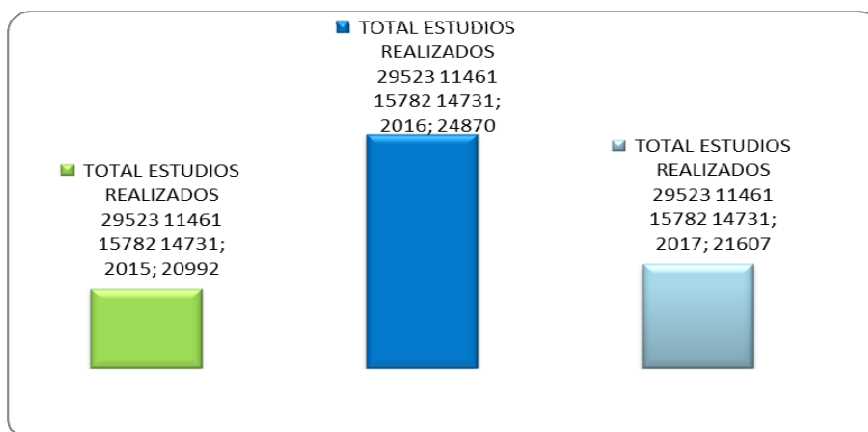
PROCEDIMIENTOS	2015	2016	2017	2015	2016
ECOGRAFIA	2015	2016	2017	V	V
ECOGRAFIAS REALIZ CONSULTA EXTERN	617	397	322	-55%	-23%
ECOGRAFIAS REALIZ HOSPITALIZADOS	1857	1868	1652	1%	-13%
ECOGRAFIAS REALIZA URGENCIAS	891	1197	1122	26%	-7%
ECOGRAFIAS REALIZADAS TOTAL	3365	3462	3096	3%	-12%
RADIOLOGIA CONVENCIONAL					
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	1352	911	771	-48%	-18%
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	6404	4956	4503	-29%	-10%

ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS	1994	6290	5376	68%	-17%
ESTUDIOS REALIZ TOTAL	9750	12157	10650	20%	-14%
RADIOLOGIA / PORTILES SIN FLUOROSCOPIA		21	0		
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	0	0	0		
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	2945	2920	2623	-1%	-11%
ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS	114	371	373	69%	1%
ESTUDIOS REALIZ TOTAL	3059	3291	2996	7%	-10%
OPORTUNIDAD PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA HOSP	18,9	28,5	0	34%	
OPORTUNIDAD PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA URG	17,6	19,4	0		
RADIOLOGIA / PORTILES CON FLUOROSCOPIA					
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	0	0	0	#¡DIV/0!	
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	155	182	229	15%	21%
ESTUDIOS REALIZ TOTAL	163	199	295	18%	33%
OPORTUNIDAD ESTUDIOS CONSULTA EXTERNA (DIAS DE ESPERA DESDE LA SOLICITUD HASTA LA REALIZACION)			0		
OPORTUNIDAD ESTUDIOS HOSPITALIZACION (HORAS DE ESPERA DESDE LA SOLICITUD HASTA LA REALIZACION)	N.D	N.D	0		
OPORTUNIDAD ESTUDIOS URGENCIAS (HORAS DE ESPERA DESDE LA SOLICITUD HASTA LA REALIZACION)	N.D	N.D	0		
EXAMENES NO REALIZADOS POR			0		
TAC			0		
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	224	156	148	-44%	-5%
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	1825	1404	992	-30%	-42%
ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS	553	1585	1532	65%	-3%
ESTUDIOS REALIZ TOTAL	2602	3145	2672	17,3%	-18%
PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA			0		

ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	149	152	76	2%	-100%
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	203	152	119	-34%	-28%
ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS	69	41	37	-68%	-11%
ESTUDIOS REALIZ TOTAL	405	345	232	-17%	-49%
PROMEDIO DE ESTUDIOS POR ORDEN	0,0		0		
MAMOGRAFIA	30,02	29,11	0		
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	184	73	0	-152%	
NRO ORDENES	0	0	0		
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	10	7	0	-43%	
NRO ORDENES	0	0	0		
ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS	0	2	0	100%	
NRO ORDENES	13	0	0	#DIV/0!	
ESTUDIOS REALIZ TOTAL	194	82	0	-137%	
DOPPLER			0		
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	197	147	145	-34%	-1%
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	729	751	469	3%	-60%
ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS	216	599	373	64%	-61%
ESTUDIOS REALIZ TOTAL	1142	1497	987	24%	-52%
HEMODYNAMIA			0		
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	0	21	0	100%	
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	329	172	157	-91%	
ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS	0	20	0	100%	
ESTUDIOS REALIZADOS TOTAL	329	213	157	-54%	-36%
MENORES			0		
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN	53	36	77	-47%	53%
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS	93	130	77	28%	-69%
ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS	31	13	22	-138%	41%
TOTAL ESTUDIOS REALIZADOS	177	179	176	1%	-2%
OPORTUNIDAD ESTUDIOS CONSULTA EXTERNA (DIAS DE ESPERA DESDE LA SOLICITUD HASTA LA REALIZACION)	5,76	5,79	0	0%	

OPORTUNIDAD ESTUDIOS HOSPITALIZACION (HORAS DE ESPERA DESDE LA SOLICITUD HASTA LA REALIZACION)	29,34	30,82	0	5%	
OPORTUNIDAD ESTUDIOS URGENCIAS (HORAS DE ESPERA DESDE LA SOLICITUD HASTA LA REALIZACION)	27,81	15,35	0	-81%	
RESONANCIA MAGNETICA			0		
ESTUDIOS REALIZ CONSULTA EXTERN		48	53		9%
ESTUDIOS REALIZ HOSPITALIZADOS		161	140		-15%
ESTUDIOS REALIZA URGENCIAS		91	153		41%
TOTAL ESTUDIOS REALIZADOS		300	346		13%
			0		
TOTAL ESTUDIOS REALIZADOS	20992	24870	21607	16%	-15%
TOTAL ESTUDIOS REALIZADOS AMBULATORIOS	2776	1941	1592	-43%	-22%

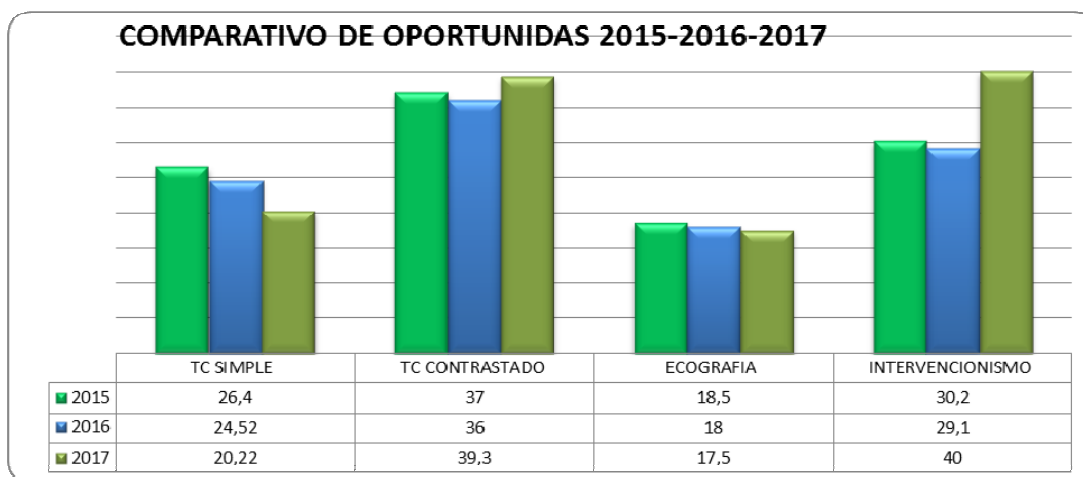
#### COMPARATIVO DE PRODUCTIVIDAD I TRIMESTRE 2015-2016-2017



En la productividad de imágenes diagnosticas se observa un disminución de 15% 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 .



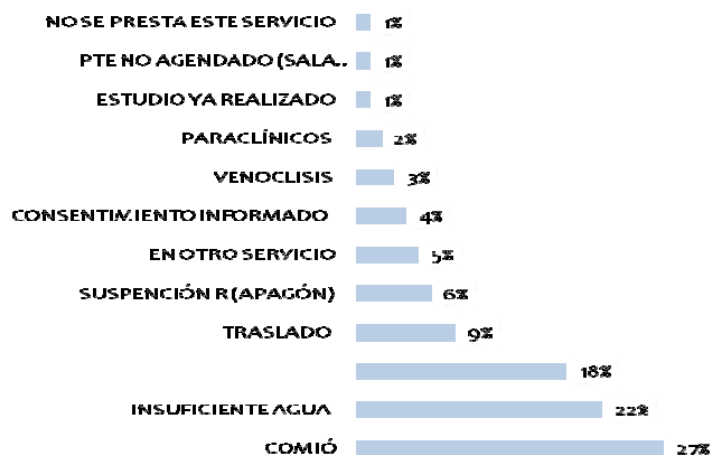
## OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:



En el comparativo de oportunidad se refleja un aumento en los tiempos de atención correspondientes a las modalidades de TC contrastado e Intervencionismo, esto está relacionado con algunos faltantes durante el I trimestre de 2017 de medio de contraste e insumos medico quirúrgicos; que aunque se ha suplido la necesidad, esto impacto sobre los tiempos de atención.

### 5.2 Planes Únicos de Mejora PUM Acreditación

Se realizó actualización al procedimiento Recepción y programación de pacientes, incluyendo formato de captura de variables que corresponde a las causas de retraso en cita, ya que se identificó que el 52% de los pacientes programados llegan tarde a su cita, se realizó la primera medición y con base en los resultados ya se implementaron algunas acciones de mejora, como envió en físico de citas al servicio de urgencias inicialmente y diseño de un instructivo de programación y guías rápidas de preparaciones correspondientes al servicio, que actualmente están en prueba piloto.



## 6. APOYO DIAGNÓSTICO LABORATORIO CLÍNICO

### 6.1 Gestión del Proceso

#### PRODUCTIVIDAD LABORATORIO CLÍNICO SEDE BOGOTÁ

##### EXAMENES POR SERVICIO I TRIMESTRE DE 2016-2017

	I TRIMESTRE 2016	I TRIMESTRE 2017
NÚMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO HOSPITALIZADOS	51.854	44.800
NÚMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO CONSULTA EXTERNA	15.746	7.142
NÚMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO URGENCIAS	30.533	31.713
NÚMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO TOTALES	98.133	83.655

Tabla No. 1

Durante el primer trimestre de 2017 se observa una disminución del 15% en el volumen total de exámenes con respecto al 2016. Esta diferencia obedece a la entrega de la Unidad Funcional de Girardot en febrero de 2016. Adicionalmente en Consulta Externa las EPS solo están autorizando los exámenes de alto costo dado nuestro nivel de complejidad. En consulta externa es donde mayor disminución de exámenes observamos con una disminución del 45%. En hospitalización se observa una disminución del 14%. Mientras en urgencias se observa un incremento del 4%

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

La mayor participación en el Laboratorio Clínico es del Servicio de Hospitalización, con un 53.5% del total de exámenes de laboratorio, siendo la Unidad de Cuidados intensivos el servicio con mayor número de solicitudes.

Otros Indicadores:

Promedio Exámenes por Orden	%
Hospitalización	3,4
Urgencias	3,8
Consulta Externa	2,4
General	3,6

Tabla No. 2

**NÚMERO DE EXÁMENES POR ÁREA DE LABORATORIO I TRIMESTRE  
2016-2017**

	I TRIMESTRE 2016	I TRIMESTRE 2017
QUIMICA	59.609	50.698
HEMATOLOGIA	12.138	10.393
COAGULACION	9.382	8.824
INMUNOQUIMICA	7.117	5.056
MICROBIOLOGIA	4.314	4.226
MICROSCOPIA	3.100	2.631
INMUNOLOGIA	1.696	1.266
REMISIONES	627	343
BIOLOGIA MOLECULAR	150	121
<b>TOTAL DE EXÁMENES</b>	<b>98.133</b>	<b>83.558</b>

Tabla No. 3

En la gráfica 3 se puede ver que la contribución del área de química es la mayor en un 61% seguida de hematología con un 12% y luego coagulación con un 10.5%.

**OPORTUNIDAD LABORATORIO CLÍNICO SEDE BOGOTÁ**

<b>OPORTUNIDAD EN EL LABORATORIO I TRIMESTRE CLÍNICO 2016- 2017</b>	<b>PROMEDIO EN MINUTOS 2016</b>	<b>PROMEDIO EN MINUTOS 2017</b>
OPORTUNIDAD DE FACTURACION EN EL LABORATORIO CLINICO PARA CONSULTA EXTERNA	12,5	11,0
OPORTUNIDAD DE TOMA DE MUESTRAS EN CONSULTA EXTERNA EN EL LABORATORIO CLINICO	8,0	8,0
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DEL LABORATORIO CLINICO - HOSPITALIZADO	59,5	58,0
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DEL LABORATORIO CLINICO - URGENCIAS	50,2	49,0

Tabla No. 4

Con el fin de mejorar los tiempos de oportunidad en el servicio de urgencias el Laboratorio Clínico direcciono en el horario diurno dos auxiliares de Laboratorio para tomar las muestras de 7 a.m a 6 pm. Y se pretende de la misma forma hacer cubrimiento en los turnos nocturnos, no se ha realizado por no disponibilidad del recurso.

En hospitalización se ha direccionado la toma de muestras al personal de enfermería en readaptación laboral y se evidencia una disminución en los tiempos de oportunidad, sin embargo en algunas ocasiones se ve afectado por la ausencia por incapacidad, por permisos sindicales o compensatorios.

Lo planteado y como acción de mejoramiento estamos trabajando en medir el tiempo de oportunidad desde que se genera la orden en DGH hasta que el resultado es visto por el médico. En el servicio de urgencias se tienen datos de medición desde el momento en que se genera la orden hasta el momento en que se valida el resultado con un promedio de oportunidad de 4 horas y en hospitalización de 6 horas.

Con el fin de implementar la medición de resultados entregados a pacientes ambulatorios se crea de manera sistemática un informe estadístico de control de resultados. Esto básicamente para detectar y realizar seguimiento a los usuarios que no recogen sus resultados y se quiere impactar con el seguimiento y llamado a quienes no lo hacen y se implementa el envío de resultados por correo electrónico con previa autorización del usuario, favoreciéndolo y reduciendo la tramitología y desplazamiento de los usuarios a la Institución y garantizando la reclamada de los resultados.

## INFORME DE VALORES CRÍTICOS

### REPORTE VALORES CRÍTICOS I TRIMESTRE DE 2016-2017

	ENERO	FEBRERO	MARZO
2016	310	298	402
	1,12%	1,06%	1,50%
2017	192	244	234
	0,71%	1,05%	0,89%

Tabla No. 5

El laboratorio Clínico en acuerdo con los diferentes servicios ha establecido los exámenes y valores críticos, mitigando los riesgos generados por la no atención oportuna en un resultado CRÍTICO. Para tal fin el Laboratorio llama e informa al médico o enfermera del servicio el valor del resultado que se encuentre en el acuerdo de servicios. Adicionalmente se realizaron los acuerdos entre servicios y se realizaron ajustes a la tabla de Valores Críticos. Quedando de la siguiente manera:



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
APOYO DIAGNÓSTICO



### VALORES CRÍTICOS DE REPORTE INMEDIATO

EXAMEN	MENOR QUE	MAYOR QUE
<b>HEMATOLOGÍA</b>		
Hemoglobina	6 g/dL	NA
Recuento de plaquetas	20.000/mm <sup>3</sup>	NA
Tiempo de Tromboplastina parcial activada (TPT)	N/A	90 segundos
Tiempo de protombina (TP) Expresado en INR	N/A	5
Fibrinógeno	200 mg/dl	N/A
Presencia de parásitos en sangre		
<b>QUÍMICA</b>		

Bilirrubina total (recién nacidos)	N/A	Mayor de 10 mg/dl
Calcio	6 mg / dl	12 mg / dl
Creatinina	N/A	5.0 mg / dl
Glucosa	50 mg / dl	300 mg / dl
Magneemia (magnesio sérico)	1 mg/ dl	4 mg / dl
Glucosa (recién nacidos)	30 mg / dl	150 mg / dl
Potasemia - Caliemia (potasio sérico)	3.0 mEq / L	6.0 mE / L
Potasio (Recién nacidos)	3.0 mEq/L	8 mEq/L
Procalcitonina	N/A	2
Natremia (sodio sérico)	125 mEq/L	160 mEq/L
Troponina	N/A	0,11
<b>MICROBIOLOGÍA</b>		
Todo Hemocultivo positivo		
Todo Gram de LCR con microorganismos		
BK Positivo		
Antígenos bacterianos positivo		
Antígeno de Cryptococcus positivo		
<b>INMUNOLOGÍA</b>		
TSH Neonatal mayor de 15 mu/ml		

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.

## 6.2 PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA

Durante el primer trimestre de 2017 no se presentaron Eventos adversos por reactivovigilancia.

## 7. GESTIÓN DEL PROCESO BANCO DE SANGRE

### 7.1 Gestión del Proceso

Durante el primer trimestre del 2017 en comparación con el año anterior se observa una disminución de unidades producidas en un 15%, 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 municipio nos permite el ingreso pese las autorizaciones por parte del LSPC no podemos realizar las jornadas extramurales, con llevando a la pérdida 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 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. 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.

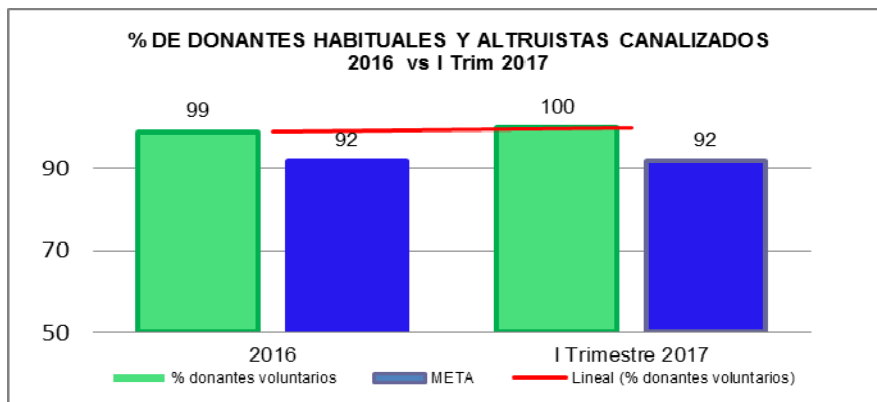
Así mismo, se observa que se aumentan las de las jornadas de donación de sangre en un 52%, evidenciando los esfuerzos por parte del banco para lograr tener unidades de sangre para los convenios; se logra estrategias con varios municipios (Cajicá, Tocancipa, Ubaté y la Mesa) logrando que entiendan que somos la cabeza de red y que apoyamos a todo el departamento para que nos permitan el ingreso y predilección en el municipio.

Sin embargo, un ejemplo claro de esta dificultad la estamos presentando en el municipio de Zipaquirá donde solo al año nos dejan realizar 2 jornadas de donación en un solo punto, donde eventualmente, íbamos cada 2 meses en 2 parques principales recolectando un total de 100 unidades de sangre, por la nueva dirección de la secretaria de salud solo podemos ingresar al parque principal 2 veces al año en la ubicación que ellos crean conveniente donde los donantes captados han disminuido a más de la mitad.

Generando un impacto en la captación de sangre y en la fidelización de donantes voluntarios altruistas y de igual forma, esta misma problemática se tiene en varios municipios con la competencia de los bancos de sangre. Debido a todas estas problemáticas y como se había mencionado anteriormente, se observa una disminución de donantes atendidos.

A pesar de esto; nuestros esfuerzos en 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 en el I trimestre del 2017 se mantiene el indicador en un 100%.

Gráfica 1. % de Donantes Voluntarios

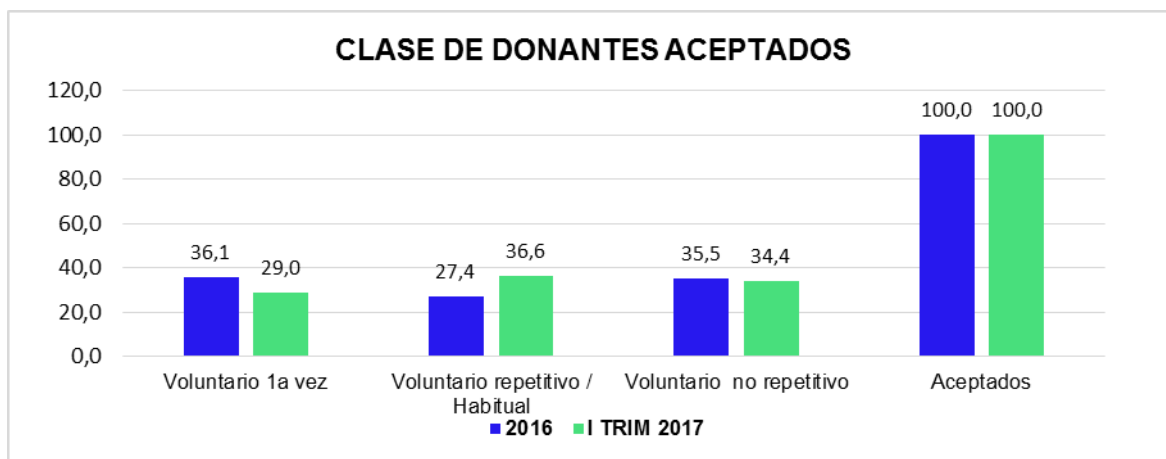


Fuente: % Donantes voluntarios y altruista canalizados. Comparación 2016 vs I Trim 2017

En cuanto al indicador de donantes habituales y altruistas, se evidencia que del 100% de voluntariedad, en el banco de sangre se trabajan constantemente estrategias de disminuir reposición evidenciando que durante este I trim 2017 no se cuentan con este tipo de donantes; generando una disminución de donantes voluntarios primera vez en un 29% voluntarios no repetitivos en un 34,4% disminuyendo con el año anterior y un aumento significativo en un 36.6% de donantes repetitivos, demostrando que nuestra fidelización y sensibilización está teniendo éxito.

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; Sin embargo, se espera logra contratación de otra persona ya que las funciones se duplican a una sola persona, así mismo, se espera de lograr un apoyo mayor por parte de la red departamental para que durante esta vigencia se logre afianzar y fortalecer la prestación de servicios de salud.

Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados



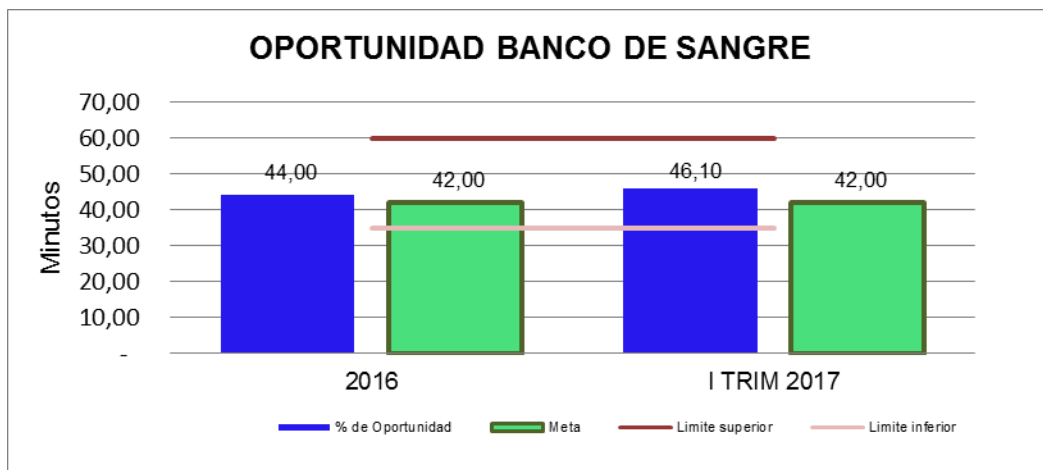
Fuente: Clase de donantes aceptados. Comparación 2016 vs I Trim 2017

Por otro lado, en comparación con el I trim del 2016 se observa una disminución del 31% en las unidades transfundidas, evidenciando una reducción de las transfusiones de glóbulos rojos en un 12%, Plaquetas en un 55%, plasma fresco congelado un 30% y un aumento del 92% en los crioprecipitados. Justificado por una disminución de transfusión en los siguientes servicios como: urgencias en un 52%, ginecología en un 63%, UCI neonatal en un 59%, UCI adultos en un 22%, urología en un 53% y Medicina Interna en un 56% y en el nuevo servicio de cirugía vascular que ha aumentado al 100% consumido en gran cantidad glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitados.

Por otro lado, se tiene una oportunidad de despacho de hemocomponentes en este I Trim 2017 de 46 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, superando la meta establecida actual de 42 minutos, Este comportamiento se debe al cambio del personal colaborador en el STS lo cual incrementa el despacho hacia los diferentes servicios, mientras se logra su curva de aprendizaje, en espera de evidenciar la mejora en el proceso en el II trimestre del 2017, también se aumentó debido a los pacientes que requieren técnicas especiales como lo es la absorción y fenotipaje de unidades para la ubicación de unidades compatibles. Se deja en seguimiento el indicador de oportunidad para ajustes y medidas si se requiere en el siguiente trimestre del 2017

De igual forma, se dio respuesta oportuna las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el I trimestre del 2017 en 3 minutos de oportunidad; observando un aumento en urgencias vitales en comparación con el 2016. Se atiende un 0.53% pacientes en urgencias vitales y un 0.21% de códigos rojos, que no se contemplan dentro de la oportunidad en general ya que el tiempo de respuesta es de 2.2 minutos. Así mismo, se evidencia una disminución del 15% comparado con el 2016 en el número de pacientes transfundidos. Impactando las disminución de las unidades facturadas en un 15% comparado con el I trimestre del 2016.

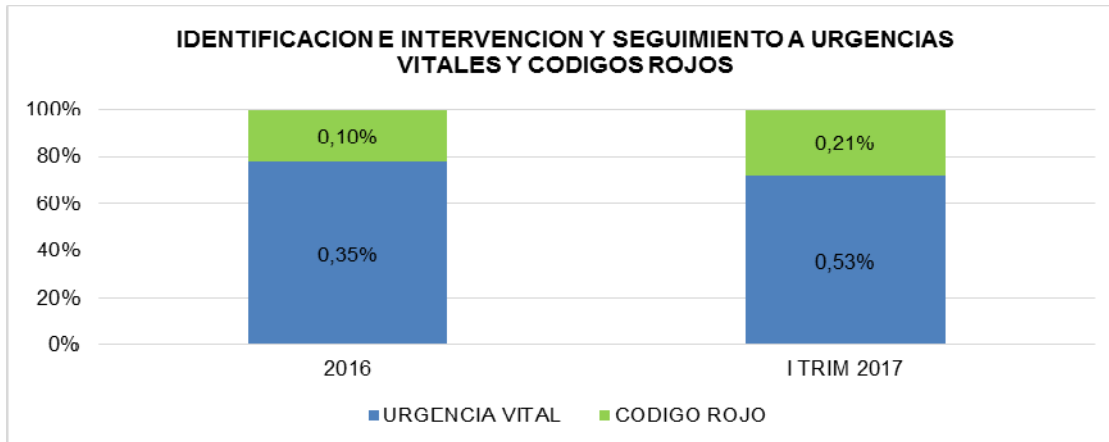
Gráfica 3. Oportunidad de despacho de hemocomponentes



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



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



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

En este I trimestre del 2017 comparado con el mismo periodo del año anterior, se evidencia que hay un aumento de las unidades entregadas a Zipaquirá en un 67%, teniendo un aumento en Glóbulos Rojos en un 56%, plaquetas en un 100% al igual que el PFC. 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.

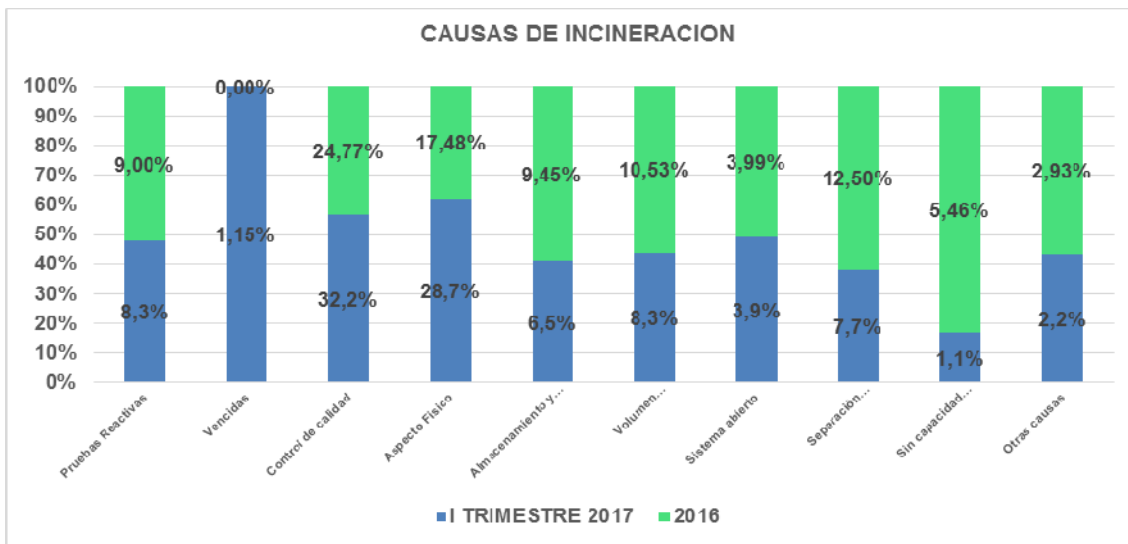
Para este informe del I trimestre del proceso de banco de sangre se observa que el promedio de unidades transfundidas por paciente es de 4.3 con una disminución del 18% comparado con el trimestre del año anterior, evidenciando que el trabajo realizado desde el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre y mayor adherencia a toso los médico ha logrado impactar el proceso, de igual forma, en espera de mayor adherencia a los procesos.

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

En cuanto a las causas de incineración, se evidencia que la causa de mayor descarte es por control de calidad en un 32.2%, seguido de aspecto físico en un 28.7 %; que es inherente al proceso interno del banco de sangre ya que es sujeto a cada donante y dándole cumplimientos a los lineamientos de la ley en cuanto al aspecto del componente deben ser descartadas (Gráfica 5).

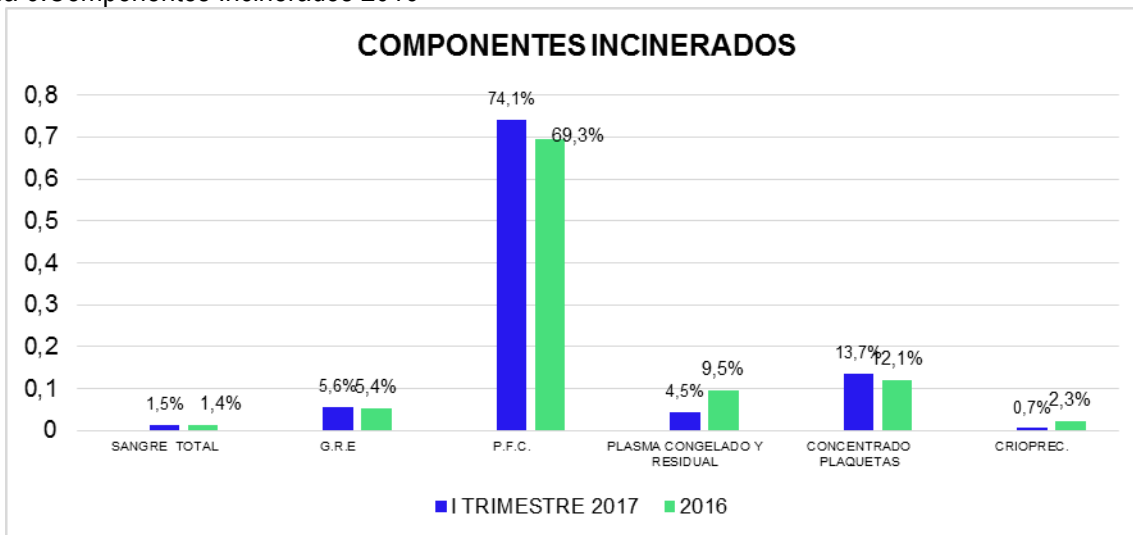
Relacionado con lo anterior, en la Grafica 6 se evidencian que el mayor componentes descartado es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 74.1%, seguido de las plaquetas con un 13.7% por control de calidad ya que pierden el Swiling acercándose al día de vencimiento.

Gráfica 5. Causas de Incineración de Componentes



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

Gráfica 6. Componentes Incinerados 2016

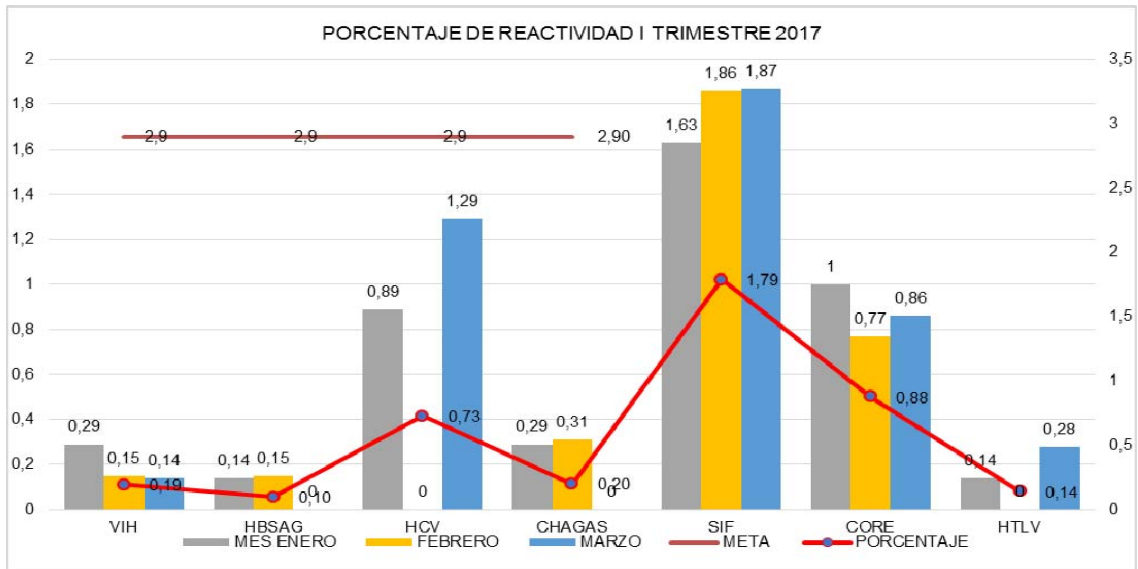


Fuente: Componentes Incinerados. Comparación 2016 vs I Trim 2017

Adicionalmente, en cuanto al porcentaje de reactividad para el I trimestre del 2017, todavía se está cerrando el trimestre y es imposible calcular. Es importante mencionar que para el aumento de la canalización se generaron estrategias de ubicación efectiva del donante de sangre cuando se encuentra reactivo 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.

Por otro lado, para esta vigencia del 2017 se presentó una reactividad mayor en el marcador de Sífilis en 1.79%, seguido de CORE en un 0.88%; cabe recalcar que nuestra reactividad se encuentra en un 0.54% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 7).

Gráfica 7. % de Reactividad



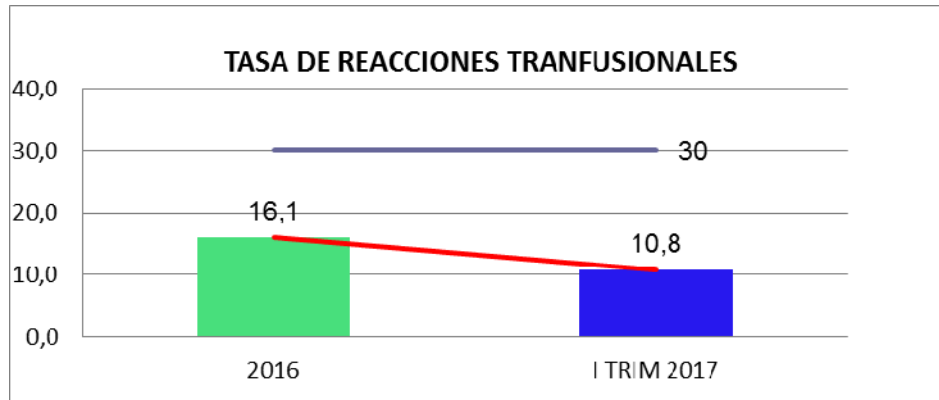
Fuente: % de canalización Efectiva por marcador. I trimestre 2017.

Es necesario recalcar que para este I trimestre del 2017 el porcentaje de despacho externo de glóbulos se disminuyó en un 10%, debido a la falta de contratos y convenios institucionales en el primer trimestre del 2017, donde la falta de apoyo por parte del área de contratos y mercadeo dificultó la obtención de contratos con mayor agilidad, de igual forma se evidencia la falta de mercadeo del banco de sangre; actualmente se siguen con los siguientes convenios: 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 Choconta, Hospital San Rafael de Caqueza, ESE Hospital san Vicente de Paul Nemocón, Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa y Fundación Renal Colombia. En espera de este Trimestre lograr aumentar convenios y lograr la consolidación de convenios con Hospital San Rafael de Facatativá y aumentar convenios con STS de Cundinamarca.

Así mismo; en el Trimestre 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.

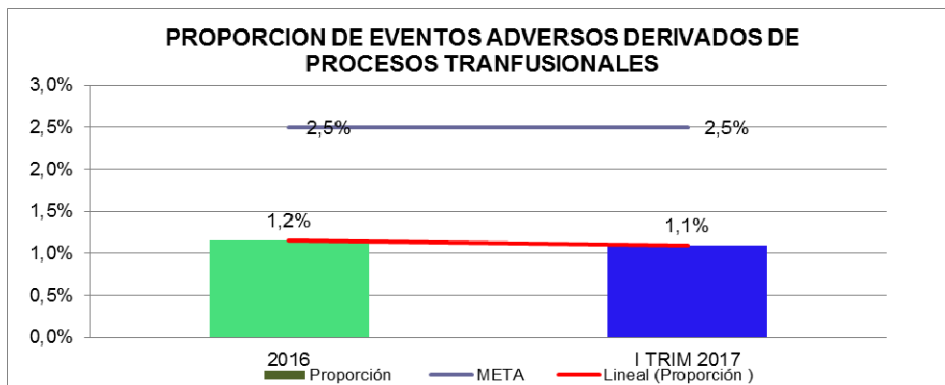
En espera de lograr que se pueda gestionar el envío de las unidades por parte del banco de sangre ya que se cuenta con precios competitivos, pero el envío a los STS dificulta la contratación. Sin embargo, es importante insistir que los procesos administrativos por el área de contratos y mercadeo dificulta y retrasa los procesos ya logrados con las instituciones, en cuanto al envío de la documentación, en la elaboración de los contratos y en demás temas administrativos que pudieran agilizar para lograr varios convenios que se han perdido a la fecha.

Gráfica 8. Tasa de Complicaciones Transfusionales



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

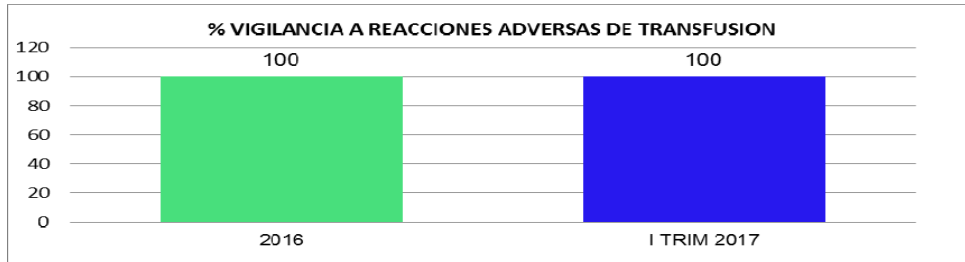
Gráfica 9. Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales



En el primer trimestre del 2017 en cuanto a Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 10,8 y 1,1% por debajo de la meta establecida de 30 y 2,5% del indicador respectivamente (Gráfica 8 y 9), comparado con el trimestre del año anterior, se evidencia que se ha logrado fortalecer el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre, en el reporte y tener mayor adherencia a todos los procesos 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.

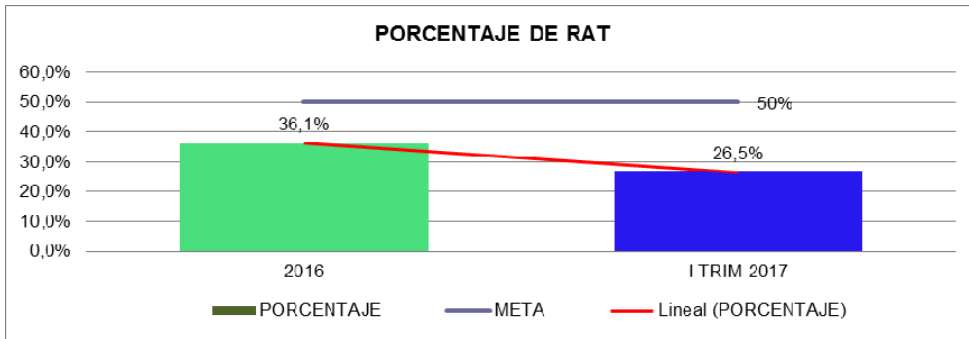
Se analizaron por el comité de transfusiones del Hospital un total de 4 RAT en vigencia generando un cumplimiento del 100% (Gráfica 10) de las RAT notificadas sin embargo, se generó una disminución en el comportamiento de las RAT, ya que en los meses de octubre y noviembre no se presentó ninguna RAT, evidenciando que de 1613 pacientes transfundidos durante el 2016 solo se presenta un porcentaje de RAT del 1,1% en la institución (Gráfica 9) espera que en la próxima vigencia se logre capacitación y seguimiento a todas la cadena transfusional para generar impacto el indicador de tasa de reacciones adversas y así garantizar un sistema integral de gestión de la calidad y manejo de nuestros eventos asociados a la Transfusión.

Grafica 10. % de vigilancia de Reacciones adversas a la Transfusión



Fuente: Tasa de Reacciones Adversa. Comparación 2016 vs I Trim 2017

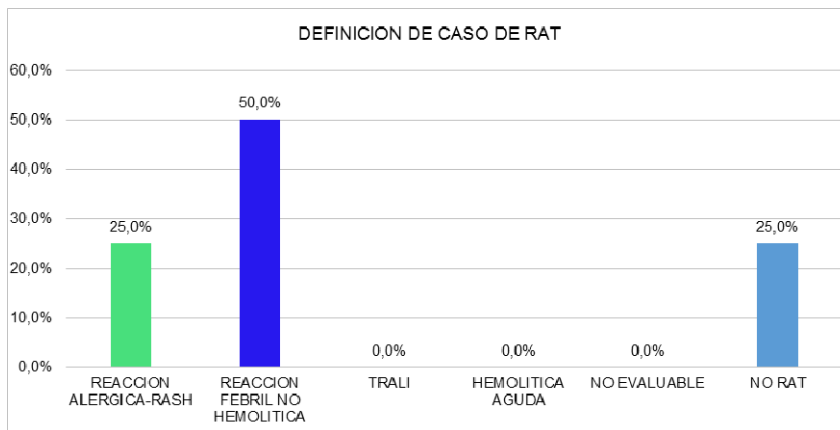
Grafica 11. % de Reacciones adversas a la Transfusión 2016



Fuente: Porcentaje de Reacciones Adversa. Comparación 2016 vs I Trim 2017

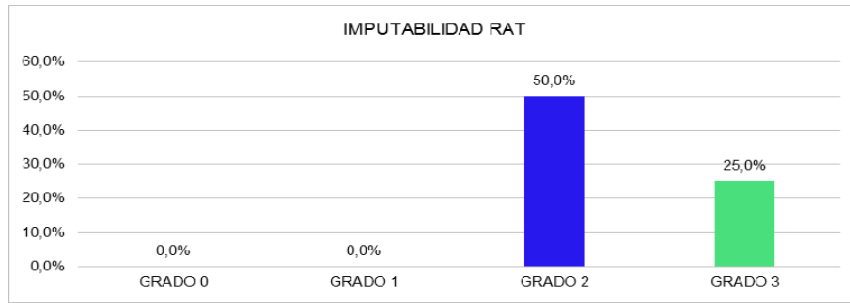
Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS es reacción alérgica en un 25 % (gráfica 12) de nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia más al grado 2 en un 50% (gráfica 13), así mismo, en severidad el grado leve es en un 75% (Gráfica 14) y en cuanto al componente involucrado es el Glóbulo Rojo en un 50% (gráfica 15)

Grafica 12. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión



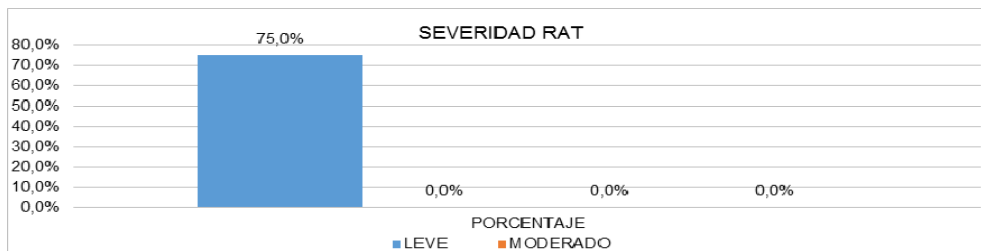
Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. I trimestre 2017.

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



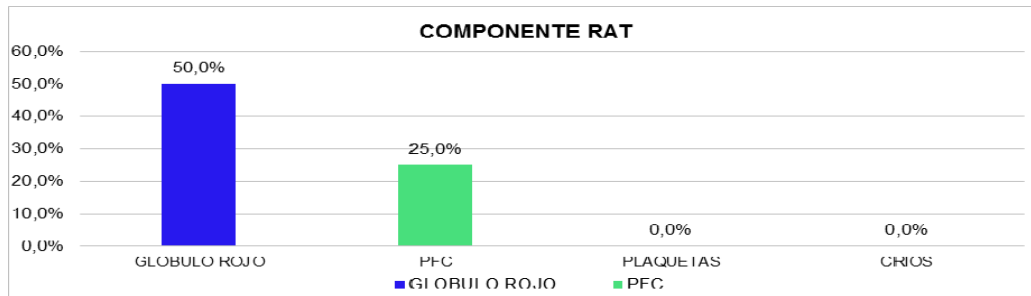
Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. I trimestre 2017.

Grafica 14. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión 2016



Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. . I trimestre 2017

Grafica 15. % de Componente de la Reacciones adversas a la Transfusión 2016



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

Adicionalmente, en cuanto al porcentaje de reactividad para el I trimestre del 2017, todavía se está cerrando el trimestre y es imposible calcular. Es importante mencionar que para el aumento de la canalización se generaron estrategias de ubicación efectiva del donante de sangre cuando se encuentra reactivo 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.

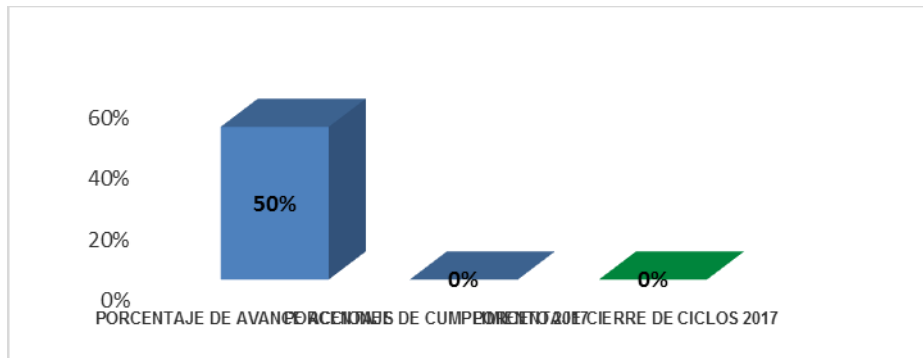
Por otro lado, para esta vigencia del 2017 se presentó una reactividad mayor en el marcador de Sífilis en 1.79%, seguido de CORE en un 0.88%; cabe recalcar que nuestra reactividad se encuentra en un 0.54% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 15).

## 7.2 PQRS

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

## 7.3 Planes Únicos de Mejora PUM

Grafica 16: Cumplimiento del PUMP por procesos 2017.



Fuente: PUMP banco de sangre. Con primer seguimiento

Gráfica 17. Cierre I seguimiento del 2017 PUMP por procesos



Fuente: PUMP banco de sangre 2017

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 7 hallazgos, donde se logró un porcentaje de avance de las acciones de un 50%, observando un porcentaje de cumplimiento del 0% en el cierre de las acciones del trimestre:

De los 7 hallazgos corresponde 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 renunciaciones, 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.

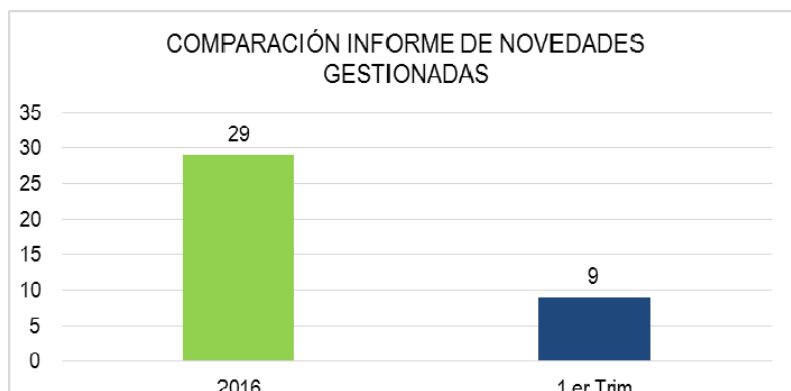
#### 7.4 Gestión del Riesgo

En cuanto al seguimiento de la gestión de riesgo para el I trimestre del 2017 para el banco de sangre se priorizaron 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, se sigue encontrando que por los picos de aprendizaje y la rotación del personal se va a seguir materializando este riesgo.

#### 7.5 Programa Hemovigilancia

En este primer trimestre del 2017 se obtiene un cumplimiento del 74% 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 trimestre se gestionaron y se analizaron un total de 9 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 primer trimestre 2017 evidenciando que todos fueron incidentes relacionados con sangre. Se tomaron medidas en cuanto a los triples chequeos cruzados, disponibilidad y perdida 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 2016 vs I Trim 2017.



Gráfica 19. Tipo de novedad relacionada con Hemovigilancia

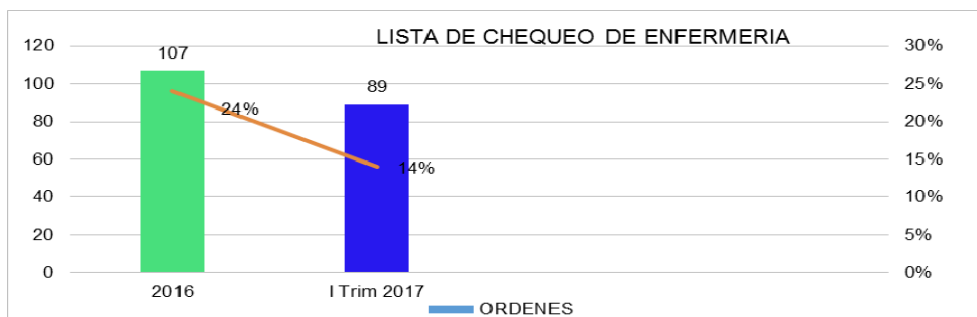


Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia 2016 vs I Trim 2017.

Así mismo, es importante mencionar que gracias al apoyo de la profesional en las actividades de hemovigilancia, se lograron aumentar capacitaciones a médicos de todos los servicios logrando un 16% de cobertura, solo falta por definir servicios de Radiología, Ginecología y UCI; 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

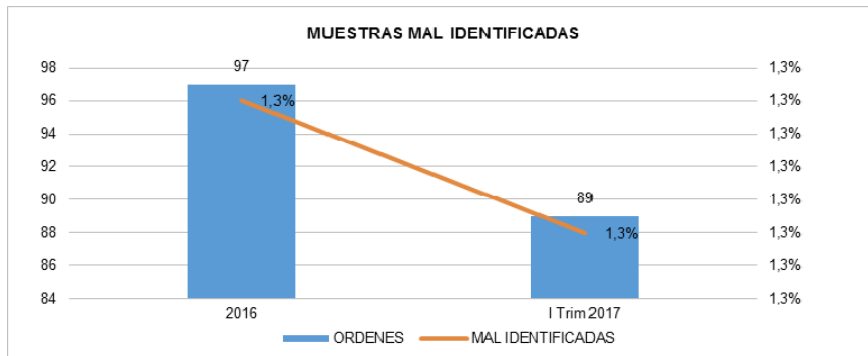
Por otro lado, se incluyeron seguimientos a listas de Chequeo de enfermería evidenciando que se logró una disminución al 14% de ordenes sin diligencias comparado con el 2016, generado por las capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos, marcaje de muestras, etc y todos los procesos que tienen 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 2016 vs I Trim 2017.

Gráfica 21. Muestras mal Identificadas proceso transfusional.



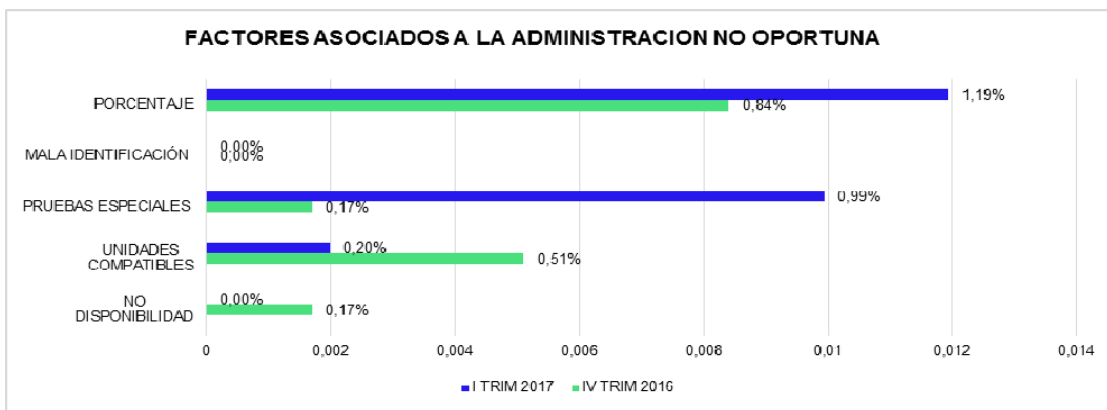
Fuente: muestras mal identificadas en el proceso transfusión. Comparación 2016 vs I Trim 2017.

Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas impactando el proceso llegando a un 1.32% de muestras mal identificadas en 497 órdenes que llegan al servicio en promedio mes (Gráfica 21). Así mismo se observa que los servicios que más impactan son servicios de urgencias y segundo norte sur. En espera de que este trimestre se logre una disminución en estos servicios.

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

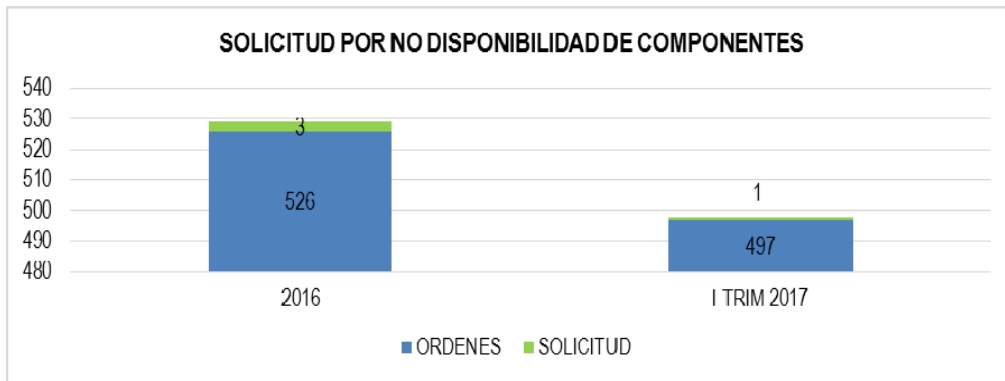
Por otro lado se revisó todo los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 1.19%, teniendo mayor impacto la búsqueda de unidades por pruebas especiales en un 0.99% a los pacientes, lo cual es un proceso que es inherente a cada uno de las patologías y eventos asociados al paciente para la búsqueda de los mismos (Gráfica 22)

Gráfica 22. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2017



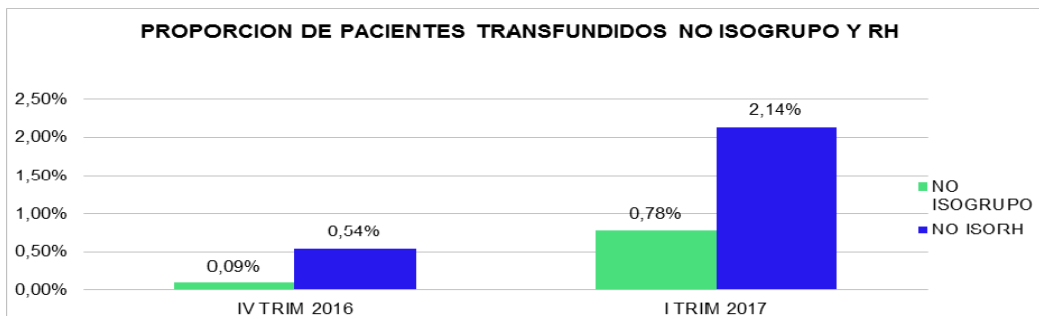
Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación 2016 vs I Trim 2017.

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



Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación 2016 vs I Trim 2017.

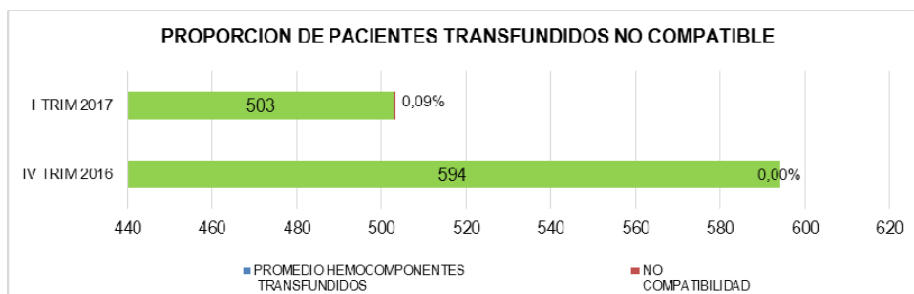
Gráfica 24. Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH. 2016



Fuente: Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo. Comparación 2016 vs I Trim 2017.

Así mismo, en este I trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH en un total de 503 hemocomponentes transfundidos, lo que evidencia que a nivel del STS Lo que más se transfunde sin compatibilidad es el de RH en un 2.14% por evitar vencimiento de unidades negativas o por fenotipos del paciente, a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde el GRUPO ABO o colocando la segunda opción transfusional como lo es "O".

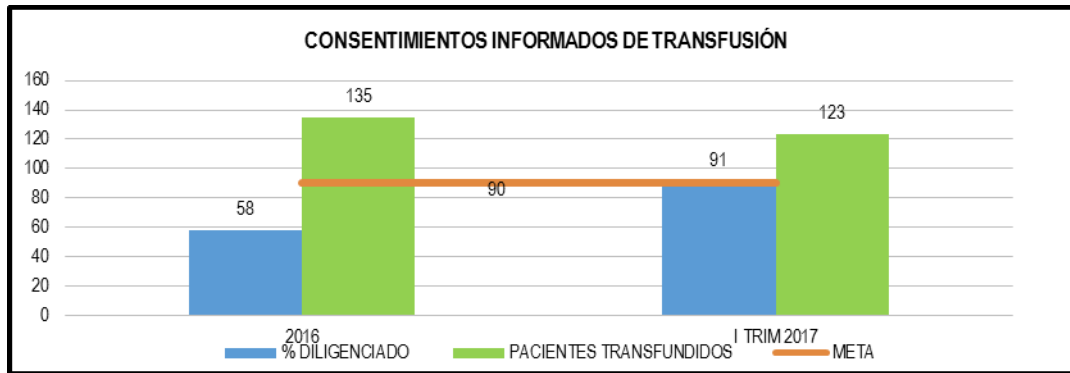
Gráfica 25. Proporción de pacientes transfundidos no compatible



Fuente: Proporción de fallas en la identificación hemocomponentes. Comparación 2016 vs I Trim 2017

Por otro lado, durante I trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible, evidenciando en este mes de marzo que se presentó 1 evento en un total de 503 hemocomponentes transfundidos, teniendo como porcentaje el 0.09% ese evento, se debió a que era una paciente con urgencia vital y al fenotipo propio de la paciente que interfirió con la compatibilidad de la unidad. Es importante recalcar que este caso fue analizado por seguridad del paciente y concluido.

Gráfica 26. Consentimientos informados de Transfusión



Fuente: Porcentaje de consentimientos informados para la transfusión

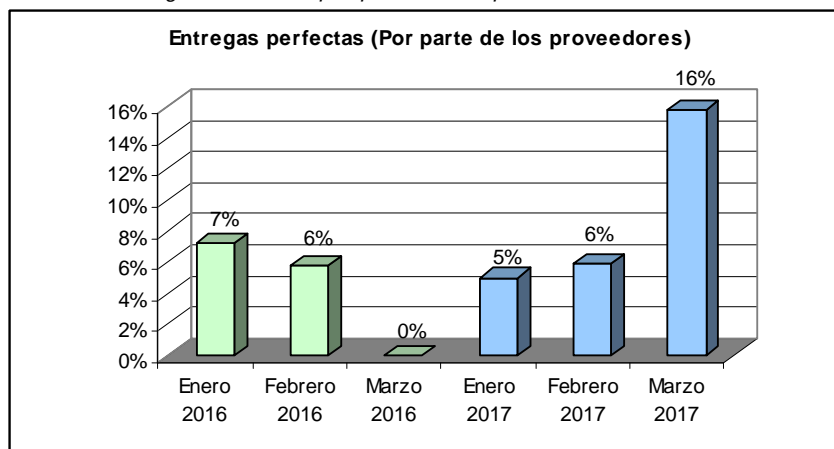
Para finalizar, durante I trimestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados logrando aumentar en comparación con el 2016. Un 91% de diligenciados sobre el total de los pacientes transfundidos; demostrando que las capacitaciones a los médicos y su adherencia está teniendo frutos. De igual forma, se está trabajando nuevas estrategias, para mantener y aumentar el indicador en el HUS como son:

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

## 8. PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

### a. Gestión del Proceso

i. *Indicador Entregas Perfectas por parte de los proveedores:*



El indicador, para el primer trimestre de 2016 se ubicó en el 4%, mientras que para el mismo periodo de 2017 estuvo en el 9%, 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 le exigimos a los proveedores para que realicen una entrega 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.

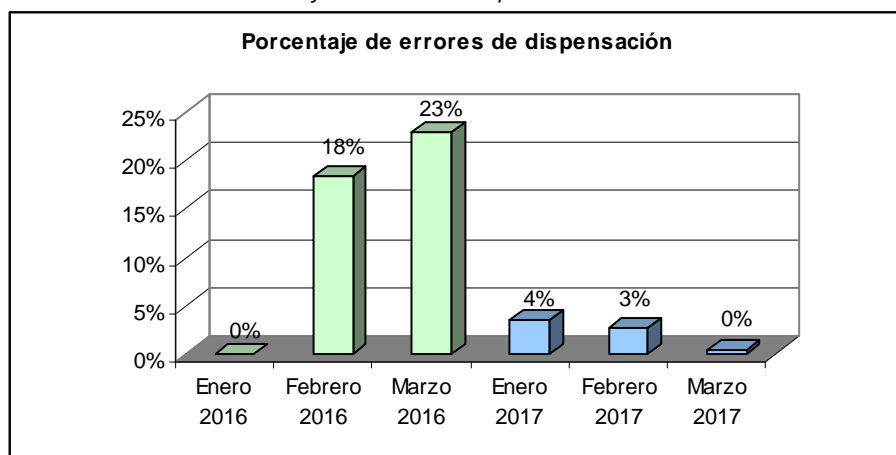
El menor nivel de cumplimiento por parte de los proveedores para el primer trimestre del año 2017 se tiene en el aspecto de la carencia de certificados de calidad a la hora de entregar el pedido, seguido por el incumplimiento en la hora y fecha programada de entrega.

Se resalta el hecho de que en el primer trimestre de 2017 la gestión de la convocatoria se retrasó y consecuentemente no se generaron contratos ni órdenes de compra, por tanto el servicio farmacéutico se ha visto obligado a recibir en cualquier horario, sin cronograma establecido, remisiones, adelantos, anticipos, entregas parciales y además la ausencia de un representante del proveedor. Esto ha generado que en el hospital se aumenten los saldos de préstamos pendientes tanto de proveedores como de otras instituciones hospitalarias.

Los saldos de préstamos pendientes se han venido depurando durante el 2015 y 2016 hasta llegar a un valor de \$ 60.153.073 (de los cuales \$35.104.481 corresponden a hospitales), y para el primer trimestre de 2017 la cuenta de préstamos esta en \$1.058.410.756 (de los cuales \$47.554.129 corresponden a hospitales, el resto es proveedores), la cantidad elevada de préstamos afecta de manera importante al servicio farmacéutico y al hospital, con la necesidad urgente de legalizar a la brevedad dichos préstamos, tanto para responderle a los proveedores como a los entes de control, especialmente La Contraloría.

Se espera que para el segundo trimestre mejore el indicador dado que la convocatoria ya habrá terminado y los contratos se estarán ejecutando

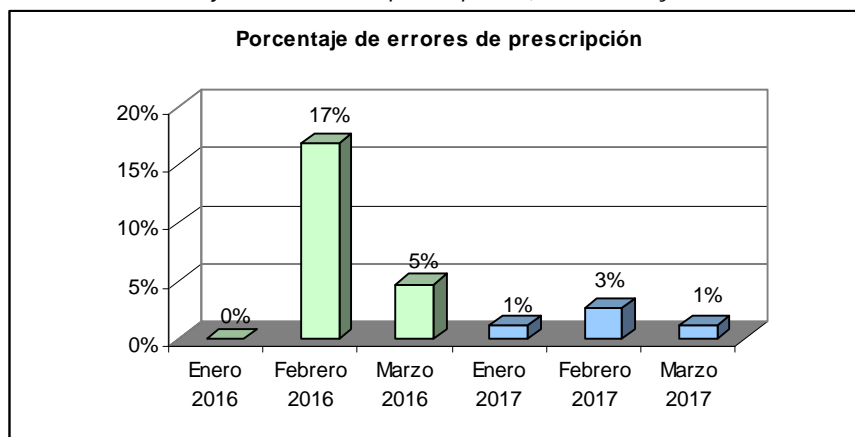
ii. *Indicador de Porcentajes de errores dispensación:*



Este indicador se ubicó en el 21% para el primer trimestre de 2016, y 2% para el mismo periodo del año 2017, una disminución significativa, que se encuentra en el cumplimiento de la meta planteada de ser menor o igual al 10%. Se anota que el porcentaje de errores de dispensación depende del número de fórmulas medicas alistadas auditadas y se realiza de forma aleatoria, la auditoria es realizada por la Regente de Farmacia.

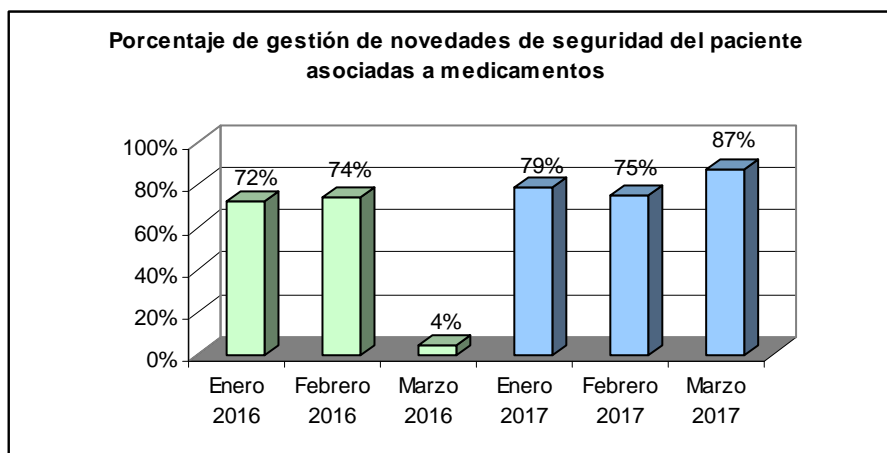
La mejora del indicador denota la mayor adherencia y experiencia de los técnicos auxiliares en servicios farmacéuticos al adecuado alistamiento de productos farmacéuticos en los carros de medicamentos. Sin embargo también se anota que la prescripción tardía hace que solo se puedan revisar los carros parcialmente dado que a la hora de corte hay muchas camas sin formular y por tanto habrán los mismos cajetines sin alistar.

iii. *Indicador Porcentaje de errores de prescripción (Nutriciones y medicamentos adecuados):*



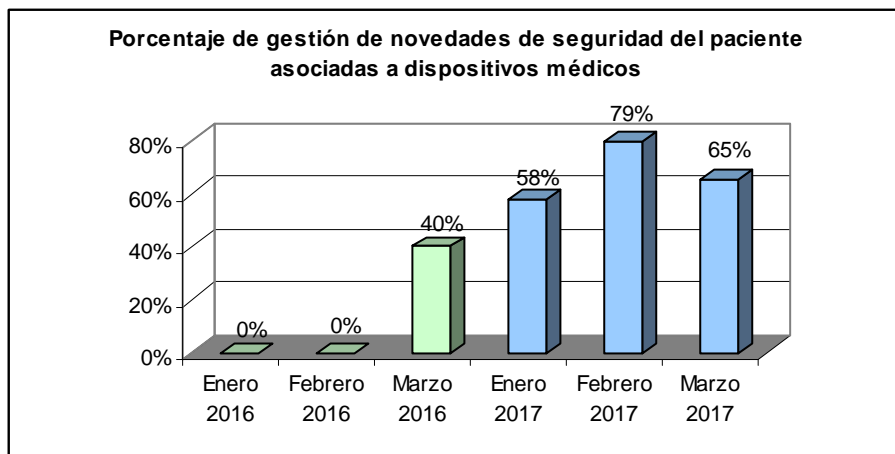
Este indicador paso del 11% para el primer trimestre del año 2016, a ubicarse en un 2% para el primer trimestre de 2017. Al comparar el mismo periodo se observa una mejora significativa que se significa una mejora en la calidad de la prescripción en el 2017 de Nutriciones Parenterales tanto Adulto como neonatales, y prescripciones de medicamentos que se envían al tercero contratado para su adecuación.

iv. *Porcentaje de gestión de novedades de seguridad del paciente asociadas a medicamentos*



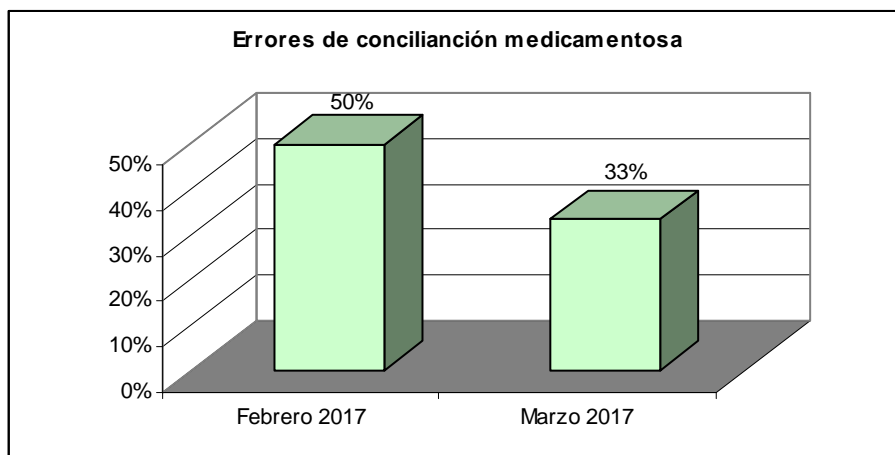
Este indicador paso del 50% en promedio para el primer trimestre de 2016, y se ubico en 80% para el primer trimestre del 2017, observándose un aumento del 61% respecto al mismo periodo de 2016, la mejora del indicador se debe a la asignación exclusiva de las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia a un Químico Farmacéutico quien tiene al cien por ciento de su disponibilidad laboral para a estas funciones.

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



Este indicador se ubicó en 20% en el primer trimestre de 2016, a un 67% en el mismo periodo del año 2017, lo que representa un aumento significativo el cual es debido a la misma razón del numeral anterior, que es 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.

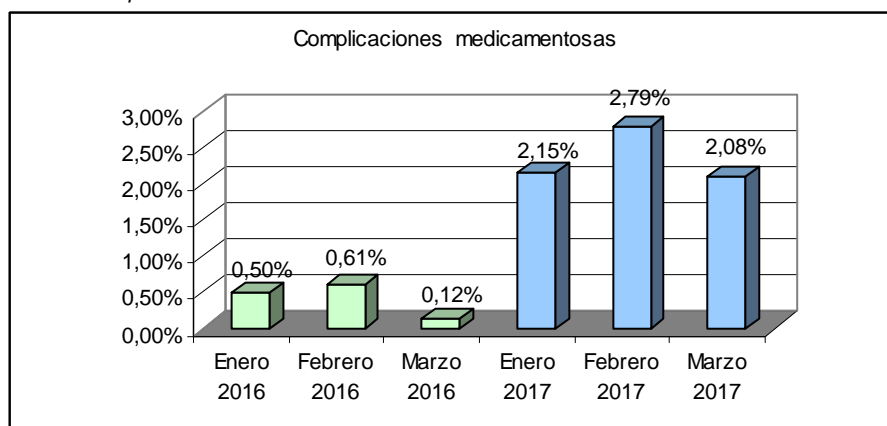
vi. *Errores de conciliación medicamentosa*



Este indicador pasó de un 50% en febrero a un 33% en Marzo de 2017, sin embargo este no nos permite concluir si hay un aumento o disminución de discrepancias; ya que este cambio en el indicador se debe al número de errores o discrepancias encontradas en los pacientes seleccionados a los que se entrevistaron.

A finales del mes de marzo el indicador de conciliación medicamentosa fue modificado debido a que el proceso se realizará según el protocolo empezando la verificación en el servicio de urgencias y teniendo mayor cobertura de los pacientes a los que se les realizará dicha verificación de conciliación.

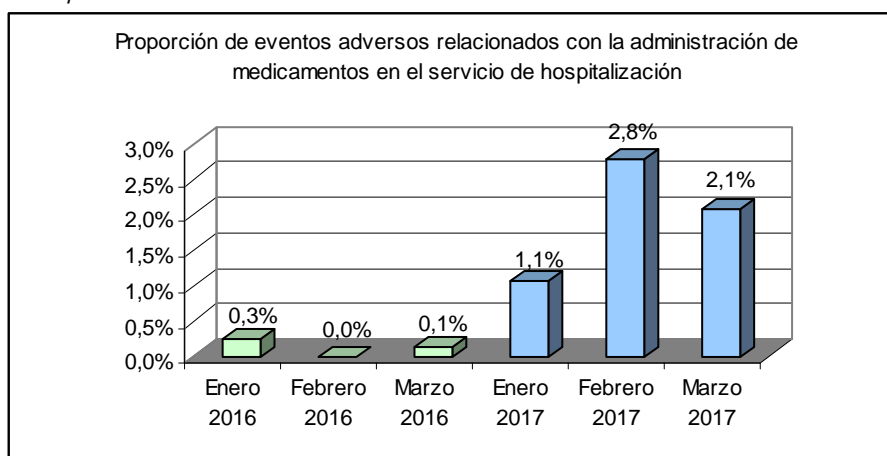
vii. *Complicaciones medicamentosas:*



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 del 469% en el indicador comparando el primer trimestre de 2016 cuyo valor fue de 0.41% a ubicarse en un 2.34% en promedio en el mismo periodo del año 2017. Se anota que para los meses de febrero y marzo de 2017 no hubieron complicaciones, es decir que los porcentajes que se muestran en la gráfica son debidos en su totalidad a eventos adversos.

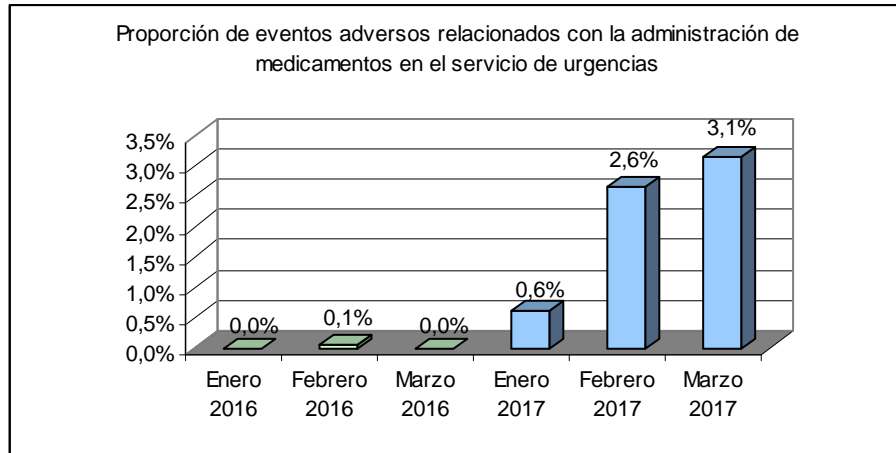
viii. *Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización:*



El indicador paso del 0.12% en promedio para el primer trimestre de 2016, y paso a un 1.98% en 2017, un aumento del 1497%, este fue debido a que un factor contributivo en el primer trimestre de 2017 fueron los faltantes de productos farmacéuticos y teniendo en cuenta que en principio la gran mayoría de faltantes genera prolongación de la estancia hospitalaria, y esta es catalogada por los entes como evento adverso

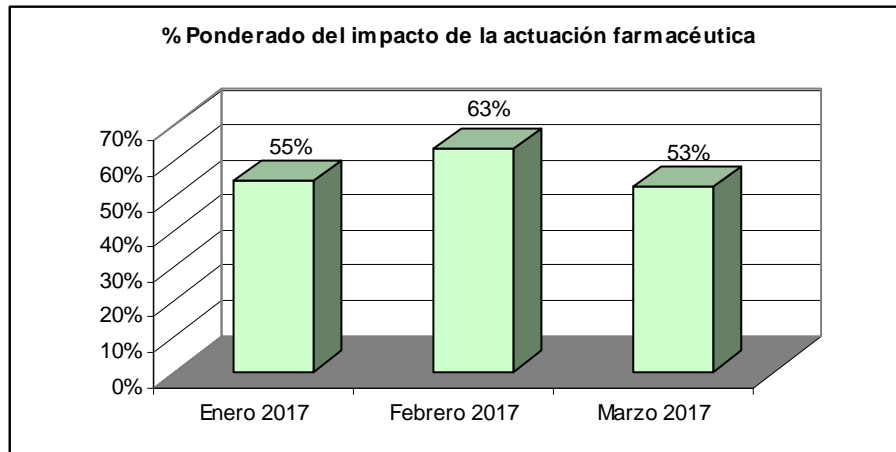


ix. *Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias:*



El indicador paso del 0.02% en promedio para el primer trimestre de 2016, y paso a un 2.14% en 2017, un aumento del 8851%, este fue debido al mismo factor contributivo del numeral anterior el cual es que en el primer trimestre de 2017 fueron los faltantes de productos farmacéuticos y teniendo en cuenta que en principio la gran mayoría de faltantes genera prolongación de la estancia hospitalaria, y esta es catalogada por los entes como evento adverso.

x. *% Ponderado del impacto de la actuación farmacéutica:*



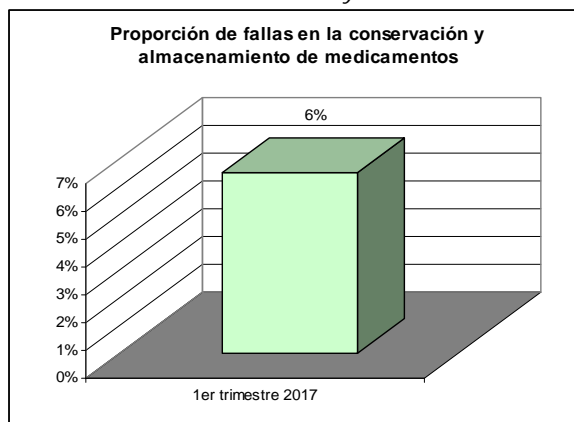
Este nuevo indicador refleja como impacta la actuación que realiza el Químico Farmacéutico luego de realizar seguimiento a 38 medicamentos y encontrar diferentes errores de medicación, realiza intervenciones al personal sanitario (médicos, enfermeros), y si la intervención es aceptada y realizada este dato representa un impacto positivo de la actuación farmacéutica. Sin embargo es dependiente del número de pacientes a los cuales les prescriben uno o más de los 38 medicamentos seguidos, y presento uno o mas errores de medicación en el cual se pudo intervenir.

El impacto de la actuación farmacéutica en el primer trimestre del 2017 se mantuvo por encima del 50% reflejando así que acciones correctivas que permiten brindar mayor seguridad en la utilización de medicamentos, también refleja que el personal sanitario (médicos o enfermeros) aceptan las intervenciones farmacéuticas conformándose un equipo multidisciplinario en pro del paciente, contribuyendo a disminuir los errores de medicación.

Los errores de medicación que se evidencian pueden ser en: la dosis, el medicamento, intervalo posológico, duración del tratamiento, medicamento omitido, dosis duplicada, vía de administración, duplicidad, y otros errores (procesos, registros, comunicación...). Durante el trimestre se evidenció que el error de mayor prevalencia es medicamento omitido, el cual está definido como aquel medicamento que se prescribió, se dispuso pero no hay evidencia de registro en el sistema de información Dinámica de su administración.

xi.

*Proporción de fallas en la conservación y almacenamiento de medicamentos:*



Se implementó este nuevo indicador con el fin de establecer un mecanismo de monitoreo para el seguimiento de la aplicación de buenas prácticas de almacenamiento que contribuyen a la seguridad y disminución de los riesgos en el uso de medicamentos. Se definió el indicador como lo establece el paquete instruccional del ministerio de salud 'Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos' así el numerador es 'Número de fallos detectados en la conservación y almacenamiento de medicamentos en el período' y el denominador 'Número total de posibles fallos evaluados en el período', para evaluar las posibles fallas en el almacenamiento se estableció una lista de chequeo piloto y se aplicó en la farmacia de urgencias de los 31 posibles fallos se detectaron 2 fallos los cuales se le socializaron al personal para su corrección inmediata.

#### b. PQRS

La principal queja por parte de los servicios ha sido la no disponibilidad de productos farmacéuticos, esto se puede evidenciar 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.

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

En la primera el 27 de Marzo el peticionario Martha Roza Martínez sobrina del paciente Jorge Martínez Bustos solicita le informen por qué el hospital no contaba con el dispositivo médico Sonda Nelaton 18 manifestando su inconformidad ya que perdió tiempo y dinero, el Servicio Farmacéutico da respuesta a Atención al Usuario en la que se informa que 'El día 10 de Febrero mediante la solicitud FB20170000031 'se solicitó al área de compras la adquisición de Sondas Nelaton de diferentes calibres, desafortunadamente este proceso no se culminó de forma exitosa, por lo que el servicio farmacéutico ha venido comprando por caja menor diferentes insumos para suplir las necesidades de nuestros pacientes y justamente el día del procedimiento del señor Jorge Martínez Bustos no teníamos existencias'

Una segunda petición fue realizada el 10 de abril por el señor Jose Lopez Cerrud tío del paciente Manuel Jose Lopez Cerrud de nacionalidad Panameña en la que expone que le cancelaron una cirugía de otorrino con el Doctor Mejía por falta de tubos de ventilación, cirugía que fue pago particular el día 6 de abril en donde se habían verificado existencias suficientes de tubos de ventilación y que luego, los llama el Dr. Mejía a informarles que no se puede realizar el procedimiento por falta de este dispositivo, por tanto manifiestan su inconformidad dado que esto les acarrea gastos y cambio de itinerarios de vuelo de vuelta a Panamá. El Servicio Farmacéutico da respuesta a Atención al Usuario en la que se informa que el 7 de abril en reunión de salas de cirugía fueron solicitados tubos de ventilación, se le informó a la Jefe del servicio de salas de cirugía (Ruth) que no se conocía el insumo por este nombre, y se enviaron los tubos que habían en el servicio y nos dieron el aval; el día de la cirugía nos informan que no es el insumo que son los tubos de Donalson, así aparecen en Dinámica. Esto fue un error de comunicación debido a que no hubo claridad en la solicitud del producto, dando lugar a plan de mejora en el proceso de solicitud de insumos para que esta se realice de acuerdo a la codificación institucional, finalmente se informa que el insumo llega el 11 de abril para la cirugía, y se presentan disculpas al paciente y su familia por los inconvenientes presentados.

Una tercera petición fue realizada por la señora Rosa de Saron Buitrago quien expone que requiere conocer la casa que presto las herramientas para una cirugía que le realizaron en el Hospital en el año de 1998, puesto que tiene un quiste maligno nasoplatisino comprometiendo material de osteosíntesis. El Servicio Farmacéutico da respuesta a Atención al Usuario en la que se informa que solo se cuenta con archivo desde el 2008, y que sin embargo se solicitó información al área de osteosíntesis sin encontrar soporte para anexar.

### c. Planes Únicos de Mejora PUM

En el 2017 se tiene un total de trece (13) acciones de mejora, de las cuales cinco (5) corresponden a planes de mejora de hallazgos realizados por la revisoría fiscal, y ocho (8) a planes de mejora de gases medicinales. De las trece acciones de mejora se tiene a la fecha un avance del veintisiete (27%) por ciento. Se aclara que falta incluir las acciones de mejora que quedaron abiertas de 2016, para lo cual se está trabajando junto con el asesor del área de planeación para determinar cuáles acciones del PUMP 2016 pasan al PUMP 2017.

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

#### d. PAS Plan de Atención en Salud

El porcentaje de cumplimiento de las acciones del Plan de Atención en Salud PAS es de un 32.8% dado para el proceso de Atención Farmacéutica quedaron meta de producto anual

##### 8.4.1. Meta de producto anual: Mantener la Certificación en Gases Medicinales (Producción de Aire) en Bogotá. (Cumplimiento 100%)

8.4.1.1. *Primera Actividad: Ejecución de los Planes de Mejora producto de la Auditoria interna de Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales (50%),*

Se informa que el primero (1) de septiembre del año pasado 2016 se realizo 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 aproximado de avance del 65,6%.

8.4.1.2. *Segunda Actividad: Realizar autoinspección en Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales (50%):* Esta autoinspección esta planteada realizarla el 28 de Abril de 2017.

#### e. Gestión del Riesgo

Los riesgos que se materializaron durante el primer trimestre 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 Dinamica 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.

#### f. Otros

##### AREA PLANTA DE PRODUCCIÓN GASES MEDICINALES:

Para la recertificación de la planta de aire medicinal por parte del INVIMA esta pendiente lo siguiente:

8.6.1.1. Mantenimiento preventivo y correctivo de redes de distribución de gases medicinales (en proceso de contratación)

8.6.1.2. Mantenimiento a instalaciones de bancos de cilindros de gases medicinales y mantenimiento manifold de aire medicinal (programada para finales de Abril)

8.6.1.3. Adecuación Final del Vestier (área accesoria): Debe incluir cerramiento total (de piso a techo), con puerta de acceso (No ha salido la orden de compra, esta en proceso de contratación la obra)

## 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 Practicas de Almacenamiento, perdida, vencimientos, falta de oportunidad; por la fragmentación de las áreas de almacenamiento, es importante que se genere un proyecto de expansión de servicios que se tenga en cuenta la farmacia ya que el aumento de camas o servicios genera aumento de insumos, de personal e infraestructura del servicio farmacéutico. 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 esta 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 esta 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 diagnostico de necesidad de las cámaras de seguridad, sin embargo a la fecha no han instalado ninguna.

## 9. PROCESO ATENCIÓN FISIOTERAPIA

### 9.1 Gestión del Proceso

## FACTURACION FISIOTERAPIA

ANO / TRIMESTRE	PROCEDIMIENTOS	OXIGENO	TOTAL
2015 I	\$ 558.000.125	\$ 189.848.485	\$ 589.163.710
2016 I	\$ 611.549.500	\$ 211.127.100	\$ 822.676.600
2017 I	\$ 751.143.500	\$ 315.944.240	\$ 1.067.087.740

El cobro de oxígeno lo realiza Fisioterapia solo donde se dispone de personal permanente en el área, es decir, unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios. Por solicitud de la gerencia, en el mes de Febrero 2017 se realizó seguimiento al cobro de Oxígeno de urgencias por Fisioterapia para comparar con lo que se factura por el medio habitual, de este ejercicio se concluyó:

1. El cobro lo hace facturación de las notas de auxiliares de enfermería y en ocasiones ellos no registran sistemáticamente el dato, es decir, hay pacientes a los que no se les cobra o se les cobra lo que no es.
2. El cobro de la oxigenoterapia de alto flujo, puntualmente la Ventilación Mecánica se hace igual que otros sistemas en los que se administra oxígeno de alto flujo con un litraje de O<sub>2</sub> muy inferior al que se utiliza en ventilación mecánica, lo que genera una pérdida de dinero para el Hospital.
3. El control y registro de los diferentes sistemas de soporte de O<sub>2</sub> mediante pulsoximetría en DGH debe ser realizado por personal idóneo.

Se sugirió a la gerencia ajustar el cobro de O<sub>2</sub> por litros y de esta forma no se pierde dinero y puede aumentar lo facturado generando mayor ingreso para el HUS, lo cual permitiría la contratación de nuevo personal por turno, es decir 4 profesionales en fisioterapia cuyo valor mensual sería de \$13'200.000, los cuales garantizarían no solo el cobro de oxígeno, también la seguridad de los pacientes tan complejos que tenemos en nuestras urgencias.

### PROCEDIMIENTOS HOSPITALIZADOS 2015, 2016, 2017

- Unidad de Cuidado Intensivo Adulto
- Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal
- Hospitalizados y Urgencias

<b>HOSPITALIZADOS</b>	<b>2015 I</b>	<b>2016 I</b>	<b>2017 I</b>
TERAPIA FISICA	5867	6917	5544
TERAPIA RESPIRATORIA	14405	12515	12966
MICRONEBULIZACION	480	552	753
GASES ARTERIALES	3114	2966	3145
GASES VENOSOS	606	559	587
GASES ARTERIOVENOSOS	390	470	343
ACIDO LACTICO	1322	1443	1374
OXIMETRIAS	9656	11326	10224
ACTIVIDAD ACADEMICA	113	161	215
REALIZACION DE INVENTARIO	1057	1246	1055
PROGRAMACION DE PACIENTES	90	91	271
FACTURACION	942	1563	1572
INDUCCION ESTUDIANTES	16	22	8
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	11	37	2
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	1	1	0
CAMBIO DE SONDA Y FILTRO	355	416	446
CAMBIO INMOVILIZADOR	776	1147	1190
CUIDADOS TQT	1527	1707	2706
RECUPERA ATS	22	38	28
VMNI	78	71	99
ASISTENCIA HEMODINAMIA	8	12	1
INTUBACION	95	149	85
EXTUBACION	66	83	62
REANIMACION	45	51	45
MONITOREO VENTILATORIO	3324	4717	4861
TEST APNEA	3	4	3
ASISTENCIA PROCEDIMIENTOS OTROS	2	1	0
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	259	209	219
ASISTENCIA FBC	3	23	21
ASISTENCIA A PARTOS	74	84	91
ASISTENCIA A CESAREAS	103	100	141
ASISTENCIA TQT PERCUTANEA	11	8	6
ENTREGA DE TURNO	1412	1644	1570
INGRESO	563	975	1074
EGRESO	574	698	669
PEDIDO	230	159	168
AUDITORIA	31	1	80
REUNION HOSPITALIZADOS URGENCIAS	0	2	0
REUNION OTROS SERVICIOS	0	1	1
COMITE MORBIMORTALIDAD	0	0	0
COMITE ACADEMICO	1	1	0
COMITE INVESTIGACION	0	1	1
OTROS COMITE	18	28	28
TRASLADO TAC	73	55	58
TRASLADO CX	27	44	27
TRASLADO ECOGRAFIA	0	0	1
TRASLADO HEMODINAMIA	4	10	1
TRASLADOS OTROS	47	98	54
TRASLADO INTERNO	3	11	9
DISTENSIBILIDADES	3043	2627	3055
RESISTENCIA VIA AEREA	3059	2613	3061
CULTIVO DE SECRECION	21	36	22
ADMIN SURFACTANTE	32	38	29
PASO TUBO DE TORAX	1	0	1
MONITOREO Y SEGUIMIENTO O2	573	739	931
PACIENTES CON DIAGNOSTICO O ANTECEDENTES NEUROLOGICO	0	43	219
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
SESIONES REHABILITACION CARDIACA			93

Las actividades que se realizan con pacientes hospitalizados en su mayoría no se facturan, pero es importante conocerlas pues su realización implica personal y tiempo.

Desde el mes de Mayo 2016 se esta realizando Rehabilitación Cardiaca, pero 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 disponer de los mismos para garantizar Rehabilitación Cardiaca fase I en estos pacientes.

<b>COMPORTAMIENTO DE URGENCIAS</b>				
<b>AÑO</b>	<b>TR</b>	<b>TF</b>	<b>TOTAL</b>	<b>No de Procedimientos por FT por 6 Horas</b>
<b>2015 I</b>	1597	75	1672	4,669162826
<b>2016 I</b>	1292	236	1528	4,299406748
<b>2017 I</b>	1567	139	1706	4,738671275

La criticidad de los pacientes que están hospitalizados en urgencias hace que su atención por Fisioterapia requiera de mayor tiempo por el manejo de la ventilación mecánica o traslados, entre otros. Lo anterior y la necesidad de adecuado cobro de O2 hace necesario disponer de un profesional de Fisioterapia por turno en el servicio de Urgencias.

#### PROCEDIMIENTOS CONSULTA EXTERNA 2015, 2016, 2017

- Canguro
- Consulta Externa

<b>PROCEDIMIENTOS FISIOTERAPIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>2015 I</b>	<b>2016 I</b>	<b>2017 I</b>
TERAPIA FISICA	2169	2282	2203
TERAPIA RESPIRATORIA	18	74	20
MICRONEBULIZACION	0	97	4
GASES ARTERIALES	0	19	1
MONITORIZACION O2	36	40	45
OXIMETRIAS	299	535	693
HIGIENE NASAL	50	26	24
TERAPIA FISICA SEGUIMIENTO	0	0	645
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA	56	73	30
TALLERES EDUCATIVOS	62	65	629
ELABORACION ESTADISTICA	123	128	126
ACTIVIDAD ACADEMICA	34	29	0
INDUCCION Y CONTROL DE CPAP	0	4	2
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1787	1869	1564
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	1787	1869	1564
REALIZACION DE INVENTARIO	61	63	63
SOCIALIZACION DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES	171	147	108
PROGRAMACION DE PACIENTES	207	148	104
PLANES CASEROS	142	129	74
FACTURACION	166	137	91
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	118	134	149
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	2	0	0
REUNION ADMINISTRATIVA	21	6	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



El promedio de las sesiones de Fisioterapia (Terapia Física y Terapia Respiratoria), en Consulta Externa no ha variado mucho en el primer trimestre al comparar los últimos tres años, pero es necesario considerar renovación tecnológica ya que algunos equipos 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).

## FONOAUDIOLOGÍA

<b>PROCEDIMIENTOS FONOAUDIOLOGIA</b>	<b>2016 III</b>	<b>2016 IV</b>	<b>2017 I</b>
TERAPIA FONOAUDIOLOGÍA	1445	1816	1192
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1079	1816	1189
ACTIVIDADES DE RASTREO DE PACIENTES Y PROMOCION DEL SERVICIO	399	22	42
REVISIÓN HISTORIAS	1094	1297	1165
INTERCONSULTAS	101	144	104
ASESORIA A FAMILIARES Y PACIENTES	71	67	160
SOLICITUD DE DIETAS	52	76	193
ACTIVIDAD DE ASESORIA A CLIENTE INTERNO	51	6	46
ESTADÍSTICA	64	53	103
REVISION DE TEMA - ESTUDIANTES	13	31	44
ACOMPANAMIENTO A ESTUDIANTES	16	37	21
PROGRAMACION DE PACIENTES	75	76	64
FACTURACION	76	50	884
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	9	0	12
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	6	7	12
ENTREGA DE TURNO	51	34	5
RECIBIDO DE TURNO	47	34	6
PEDIDO	2	3	1
AUDITORIA PAR	15	7	7
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	448	73	889
REUNION ADMINISTRATIVA	8	0	13
COMPLICACIONES	0	0	0
CAIDAS	0	0	0
QUEMADURAS	0	0	0
MICROASPIRACION	0	0	0

El número de sesiones por Fonoaudiología en 2017 I disminuyo con respecto al trimestre anterior hecho asociado a la no rotación de estudiantes hasta mediados de Febrero.

Aunque el próximo mes de Mayo el servicio de Fonoaudiología cumple un año, no disponemos de elementos básicos para su intervención; 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.

**INDICADORES DE OPORTUNIDAD Y COMPLICACIONES  
2015, 2016, 2017**

Indicador	Meta	Ejes de acreditación	Modelo de atención	TRIMESTRE 1 2015	TRIMESTRE 1 2016	TRIMESTRE 1 2017
OPORTUNIDAD URGENCIAS	60 min	Atencion centrada en el usuario	u usuario	37	59	50
OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA	3 días			1	0,3	0
OPORTUNIDAD TR EN HOSPITALIZADOS	3 horas 2016			1,27	1, 8	1,17
OPORTUNIDAD TERAPIA FISICA	6 horas 2016			3,2	1, 20	1,29
COMPLICACIONES QUEMADURAS	0%			0	0	0
COMPLICACIONES CAIDAS	0%			0	0	0
COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS	0%			0	0	0

El servicio de terapias en 2017 I continua garantizando la oportuna atención, en el mes de febrero se realizaron acuerdos de servicio con Ortopedia, Cirugía, Neurología, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Urgencias, Urología y Gineco-obstetricia, en ese espacio se socializaron los Procedimientos Terapia Física y Terapia Respiratoria los cuales especifican los tiempos de oportunidad para cada terapia.

**INDICADOR ICONTEC TRATAMIENTOS TERMINADOS 2017  
TRIMESTRE I**

AÑO	INDICADOR TUCI	2017 I	% CUMPLIMIENTO INDICADOR
2016	TRATAMIENTO TERMINADOS OBJETIVOS ALCANZADOS <u>TERAPIA FISICA</u>	66	100
2016	TERMINADOS	66	
2016	TRATAMIENTO TERMINADOS OBJETIVOS ALCANZADOS <u>TERAPIA RESPIRATORIA</u>	0	100
2016	TERMINADOS	0	
2016	TRATAMIENTO TERMINADOS OBJETIVOS ALCANZADOS <u>FONOAUDIOLOGIA</u>	21	100
2016	TERMINADOS	21	
2016	TRATAMIENTO TERMINADOS OBJETIVOS ALCANZADOS <u>REHABILITACION CARDIACA</u>	5	100
2016	TERMINADOS	5	

En 2017 I todos los tratamientos terminados cumplieron con los objetivos terapéuticos propuestos.

Terapia Física y Respiratoria se continúa midiendo solo en Consulta Externa, se está haciendo un trabajo de investigación para adoptar la escala "EuroQol" como herramienta para medir objetivamente este indicador en nuestra población del HUS.

**SEGUIMIENTO DESERCIÓN CONSULTA EXTERNA FISIOTERAPIA**

AÑO	TRIMESTRE	PACIENTES QUE DESERTARON	PORCENTAJE DESERCIÓN	NUMERO DE LLAMADAS REALIZADAS	CAUSAS
2015	TRIMESTRE I	24	11,5942029	3	DESPLAZAMIENTO

2016	TRIMESTRE I	8	5,40540541	3	DESPLAZAMIENTO
2017	TRIMESTRE I	17	16,3461539	3	1 POR ESTUDIO 2 POR RECURSOS

La deserción al comparar los tres trimestres fue irregular, la causa de deserción en 2017 I fue diferente, se les pregunto cómo iba su recuperación, como en trimestres anteriores, se les hizo recomendaciones y se sugirió buscar un sitio cerca de casa para continuar su tratamiento.

## 9.2 PQRS TRIMESTRE I 2017

En 2017 I no se recibieron PQRS dirigidas al servicio. Se reportaron novedades de seguridad por la adquisición por parte del HUS de insumos sin concepto técnico favorable que podían poner en riesgo la integridad del paciente., como filtros higroscópicos y Sondas Nelaton.

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

Se entrevista un paciente por mes, 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 de manejo de adhesivo no todos los Fisioterapeutas evaluaban la condición de la piel, por eso quienes lo omitieron fueron los encargados de la revisión de tema "Importancia de Evaluación de la Piel en Paciente Hospitalizado" el día 7 de Marzo 2017.

#### INTERVENCION EN COMITES

- Comité Científico mes de Marzo
- Comité de Ética hospitalaria (Mensual)
- Comité Acreditación
- Comité Humanización
- Comité de Investigación (Mensual)
- Comité Docente Asistencial (Trimestral con cada Universidad)

#### PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION FISIOTERAPIA

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

Esta línea se actualizo a partir de 2017 para logra mayor inclusión de pacientes no solo con diagnostico 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, como y por que 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	ene-17	feb-17	mar-17	2017 I	ANALISIS
Asistencia a capacitación prequirúrgica	(Total de Pacientes que asisten a la capacitación prequirúrgica / Total de pacientes programados para RTC ) 100	60%	Trimestral	0	1	2	100	
				0	1	2		
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	0	1	2	100	
				0	1	2		
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	0	1	2	100	
				0	1	2		
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	0	1	2	100	
				0	1	2		
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	0	0	0	0	EN ESTE TRIMESTRE NO SE REALIZARON LLAMADAS A PACIENTES PUES NO CUMPLIAN LOS SEIS MESES AUN.
				0	1	2		

## ATENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES EN POP DE FRACTURAS DE FÉMUR

PREVENCION TERCIARIA	INDICADOR	META	PERIODICIDAD	ene-17	feb-17	mar-17	2017 I	ANALISIS
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	1	8	10	1	100%
				1	8	10	1	
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	0	2	2	0	NO SE ALCANZO LA META, YA QUE LOS PACIENTES TUVIERON PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN MENORES A 8 DIAS. ES NECESARIO CONSIDERAR REJUSTAR LA META
				1	8	10	1	
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	0	2	2	0	EN ESTE TRIMESTRE NO SE REALIZARON LLAMADAS A PACIENTES PUES NO HAN CUMPLIDO TRES MESES DE POSOPERTORIO
				1	8	10	1	

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

Esta línea se actualizo para 2017 para lograr mayor cobertura de población, no solo a cuidadores y/o pacientes con hemiplejia o hemiparesia, sino a cuidadores y/o pacientes con secuelas secundarias a diagnostico 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 2017	META	ene-17	feb-17	mar-17	2017 I	ANÁLISIS
Aplicación del Programa de Educación a pacientes y/o cuidadores	(Pacientes incluidos en el programa /Total de Pacientes interconsultados con secuelas secundarias a diagnóstico neurologico) x 100	60%	12	7	11	88,23529412	CUATRO PACIENTES NO CUMPLIAN CRITERIOS DE INCLUSION
			12	11	11		
Seguimiento en vía telefónica	(Total de seguimientos realizados / Total de Pacientes incluidos en el programa ) x 100	60%	12	7	11	88,23529412	CUATRO PACIENTES NO CUMPLIAN CRITERIOS DE INCLUSION
			12	11	11		
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%	3	0	0	18,75	POR SU DIAGNOSTICO NEUROLOGICO PRESENTARON DETERIORO DE SU CONDICIÓN FUNCIONAL Y FUERON REMITIDOS A UCC. AL SEGUIMIENTO TELEFONICO SE DAN RECOMENDACIONES AL FAMILIAR DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE Y SI LES ES POSIBLE QUE SE ACERQUEN AL HUS POR UN PLAN CASERO
			9	7	0		

### CONVENIOS DOCENCIA ASISTENCIAL 2017 I

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

## 10. GESTIÓN DEL PROCESO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	I TRIMESTRE 2015	I TRIMESTRE 2016	I TRIMESTRE 2017
<b>No. De Remisiones solicitadas por IPS</b>	<b>1690</b>	<b>1891</b>	<b>1761</b>
1. Soacha	62	65	89
2 Zipaquira	126	210	160
3 Fusagasuga	117	137	95
4 Ubate	63	110	96
5 Pacho	71	75	57
6 La Mesa	38	55	42
7 Caqueza	52	69	59
8 Choconta	43	83	70
9 Facatativa	37	43	50
10 Fomeque	22	40	47
11 Chía			19
12 Villeta			40
** Girardot	35	19	20
OTROS	1024	985	917
<b>No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador</b>	<b>1690</b>	<b>1891</b>	<b>1761</b>
Vinculados	93	47	81
Régimen subsidiado	1391	1556	1445
Régimen contributivo	44	67	36
Soat	141	166	172
Particular	3	4	1
FFD	1	3	0
Fisalud	14	47	24
ARL	1	1	2

El número de solicitudes comentadas al HUS disminuye en el trimestre de 2017 con respecto al 2016 en 130 pacientes comentados de los diferentes hospitales del Departamento.

Las remisiones solicitadas por tipo de asegurador aumenta en la línea de pago vinculados en 34 pacientes, disminuye en el régimen subsidiado debido al no contrato con la EPS Capital Salud, la línea de pago Soat aumenta aunque no significativamente, sigue disminuyendo los pacientes comentados del régimen contributivo, ya que los pacientes que llegan al servicio de urgencias se los llevan y los ubican en su red primaria.



No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	1690	1891	1761
Cirugía	231	318	271
Cirugía vascular			25
Cirugía plástica	42	41	69
Gastroenterología	21	21	1
Ginecología	45	51	65
Ginecología y URN	391	238	284
Medicina Interna	299	502	427
Neurocirugía	127	176	128
Oftalmología	34	27	26
Otorrinolaringología	7	19	21
Ortopedia	218	266	280
UCI adultos	38	45	68
URN	51	25	12
Patología	0	0	0
Psiquiatría	1	0	0
Maxilo	1	9	2
Intermedios	156	117	37
Urología	28	36	45

Las remisiones solicitadas por especialidad aumentan en especialidades como : Ginecología y unidad de recién nacidos, Ortopedia, UCI adultos, especialidades como Medicina interna se mantienen en su rango siendo de las que mas pacientes comentan, el resto de especialidades han disminuido el numero de pacientes comentados para este periodo de tiempo.

En este periodo de tiempo se desagrega la especialidad de cirugía vascular ya que antes se registraban dentro de la especialidad de cirugía general

% de Remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	61%	51%	62%
Cirugía	72%	46%	67%
Cirugía Vascular	0%	0%	72%
Cirugía plástica	85%	59%	74%
Gastroenterología	67%	31%	100%
Ginecología	52%	39%	55%
Ginecología y URN	71%	39%	64%
Medicina Interna	26%	20%	46%
Neurocirugía	68%	78%	90%

Oftalmología	85%	87%	88%
Otorrinolaringología	83%	46%	76%
Ortopedia	72%	81%	85%
UCI adultos	21%	14%	6%
URN	61%	73%	67%
Patología	0%	0%	0%
Psiquiatría	0%	0%	0%
Maxilo	33%	67%	0%
Intermedios	46%	34%	22%
Urología	31%	34%	42%

A pesar de la disminución del número de pacientes comentados aumenta el porcentaje de aceptación del año 2017 con respecto al 2016 alcanzando un 62% por parte de las especialidades.

Todas las especialidades aumentaron su porcentaje de aceptación excepto la Unidad de Cuidado Intensivo ya que priman los pacientes que se encuentran dentro de la institución y estos tienen prioridad sobre los pacientes que comentan externamente, y la unidad de cuidados intermedios realiza lo mismo ya que la complejidad de los pacientes que llegan a urgencias lo ameritan.

No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	81	143	55
Medicina Interna	29	63	28
Neurocirugía	9	5	2
Ortopedia	6	9	7
Pediatría	0	0	1
Cirugía general	13	29	5
Psiquiatría	0	4	6
cirugía plástica	2	4	3
urología	1	3	1
oncología	0	0	0
Crónicos	0	0	0
Gineco Obstetricia	1	3	0
Intermedios	0	0	0
Otorrinolaringología	0	1	0
Anestesia	0	0	0
Neurología	1	0	0
Urgencias	15	19	0
UCI adultos	3	2	2
Maxilo	0	0	0
Oftalmología	1	0	0

El número de remisiones realizado desde urgencias hacia otras IPS se disminuye en una forma importante ya que las entidades responsables de pago no ubican los pacientes de manera oportuna ya que algunas como Ecoopsos, Capital salud, Cafesalud, dejan sus pacientes en el HUS hasta que sus patologías son resueltas, por no contar con disponibilidad de camas en su red.

No de remisiones rechazadas por causa	719	923	663
No camas	189	443	189
Consulta externa	0	14	13
Cancelado	9	17	4
II nivel	131	163	150
Indicación de manejo	18	16	42
No contrato	1	11	5
No Especialista	4	39	55
No UCI	60	47	71
NO URN	78	47	38
No equipo	10	7	23
Oncología	9	0	0
No intermedios	47	34	20
No medicamentos			2
Datos incompletos (Para clínicos o evolución)	1	0	51
Otros	85	85	0

El número de remisiones rechazadas disminuye y es proporcional ya que disminuye el número de pacientes comentados al HUS, continua siendo no camas la mayor causa por la cual se rechazan los pacientes.

Los pacientes de II nivel son otra causa de rechazo importante, los médicos especialistas del HUS son los que Determinan la pertinencia de la remisión y en qué nivel de complejidad deben ser atendidos estos pacientes, se dieron 42 indicaciones de manejo a los hospitales de menor complejidad para continuar el tratamiento en su lugar de origen, aumentan las causas de no especialistas por pacientes con patologías Oncológicas y los fines de semana se presentan pacientes con patologías de NEUROLOGIA, HEMATOLOGIA, CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, y no hay disponibilidad de especialistas. No equipo también es otra causa importante de rechazo el daño del TAC también contribuyo al rechazo de los pacientes.

### 10.1 PQRS.

Durante el trimestre de 2017 no tuvimos ninguna queja ni reclamo.

### 10.2 PLANES UNICOS DE MEJORA

El proceso de referencia y contrarreferencia obtuvo una calificación de 67% quedando dos actividades en desarrollo como la simulación de la evacuación al centro camiliano, revisión, actualización de dos procedimientos de referencia y contrarreferencia.

### 10.3 PAS

Se elaboró el planteamiento del proyecto de referencia y contrarreferencia en cuanto a comunicaciones en conjunto con el área de sistemas quedando formulado y listo a ser presentado a la secretaria de salud para buscar financiación a fin de implementarlo en los hospitales del departamento.

### 10.4 OTROS

Se elaboraron los procedimientos Normalizados para Emergencias por Inundación para las áreas de URGENCIAS, RESONANCIA, Y FARMACIA.

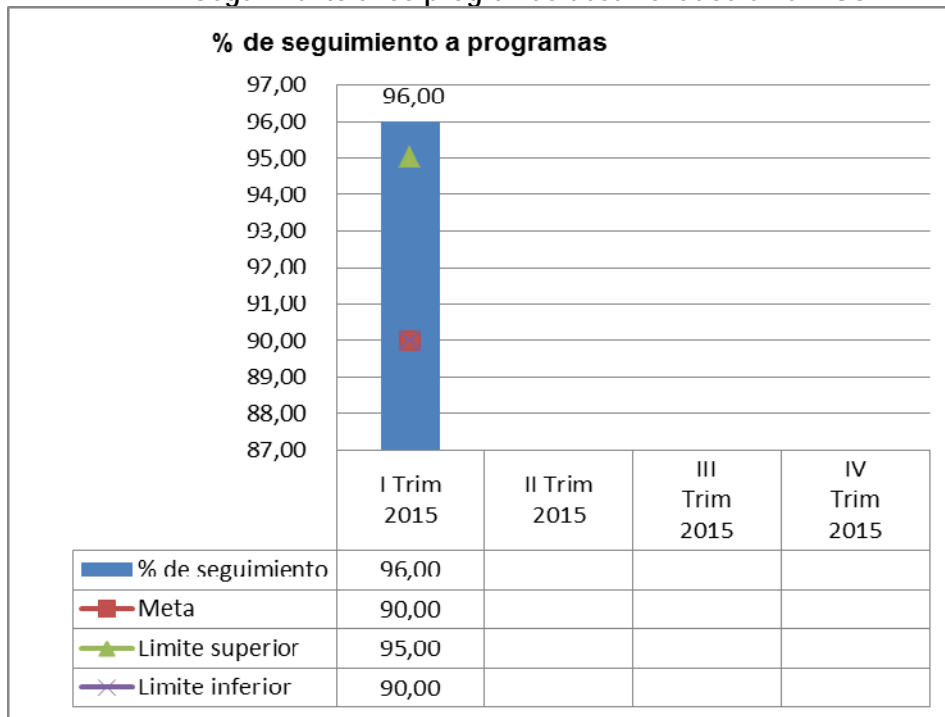
Se obtuvo el préstamo por parte del Centro Regulador de Urgencias de una motobomba a gasolina para ayudar a la contingencia de inundación en el HUS.

## 11. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

### 11.1 Gestión del Proceso

#### INDICADORES

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

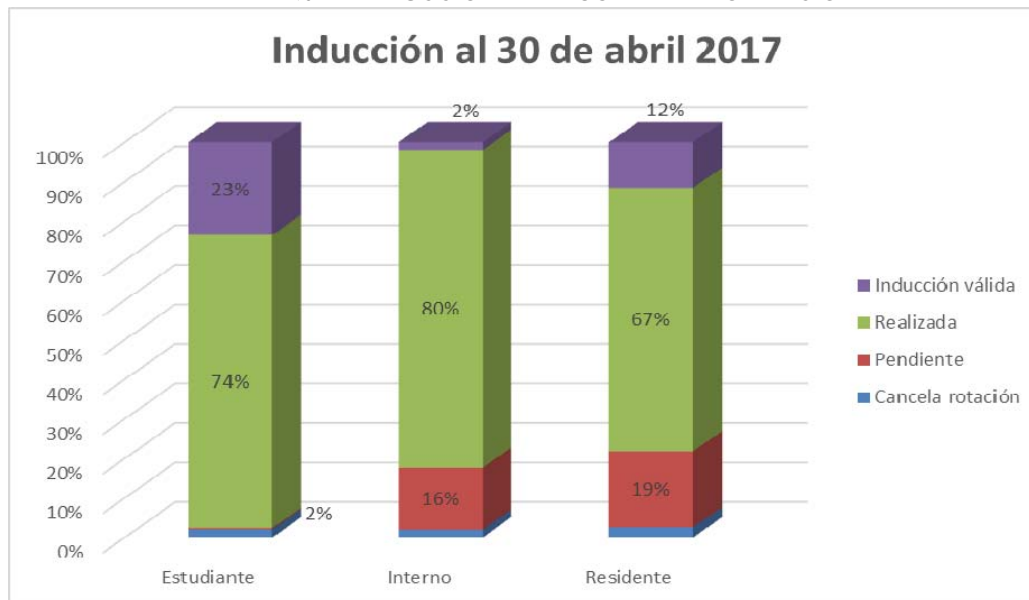


#### Análisis

Para este Trimestre, la Universidad de los Andes aplazo el comité. Este se cumplió en el mes de Abril.

Pero este cumplimiento de los comités de Docencia Servicio, ha permitido realizar un seguimiento al avance de los programas que se desarrollan en el HUS, de los cuales solo se tuvo que realizar un plan de mejora con el programa de Fisioterapia de la Universidad Iberoamericana, que se cerró satisfactoriamente.

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



#### Análisis

Se logró cubrir un mayor número de estudiantes en el proceso de inducción, dado que se ajustaron los requisitos y seguimiento a los estudiantes, lo que permitió tener un mayor control sobre el cumplimiento de inducción desde el primer día de rotación.

Por otro al ajustar que a través de la plataforma Moodle los estudiantes ingresaran los documentos y Hoja de vida, se hizo más ágil y oportuno el proceso de ingreso el primer día de la inducción, hoy la plataforma permite garantizar que los estudiantes cumplan con todos los requisitos documentales necesarios y solicitados por los entes reguladores.

Como parte de este proceso se inició también la identificación de los estudiantes de acuerdo a su nivel de formación y el control de ingreso y egreso de los estudiantes se restauró poniendo nuevamente en funcionamiento el sistema biométrico del HUS.

Para el primer trimestre se tuvo en cuenta los estudiantes que tiene vigente la inducción, por esta razón baja el porcentaje de estudiantes que realizan inducción en el trimestre.

#### INDICADORES DE INVESTIGACIÓN

##### Porcentaje (%) de Asesorías Realizadas en el CIHUS

Este indicador toma el número de asesorías realizadas sobre el número de asesorías solicitadas al CIHUS, dejando como meta el 90% de cumplimiento. En el tercer trimestre el indicador se estimó de la siguiente manera:

$$\frac{99 \text{ Asesorías realizadas}}{99 \text{ Asesorías solicitadas}} = 1 \times 100 = 100\%$$

El resultado de este indicador evidencia que el Centro de Investigación ha cumplido con el número de asesorías solicitadas por los investigadores del HUS.

El CIHUS realizó un total de 99 asesorías en el primer trimestre, con un promedio mensual de 32.3 asesorías y una media de duración de 1.8 horas (desviación estándar 0.09 h). Esas asesorías se discriminaron de la siguiente forma:

Tabla: Asesorías durante el Primer trimestre de 2017

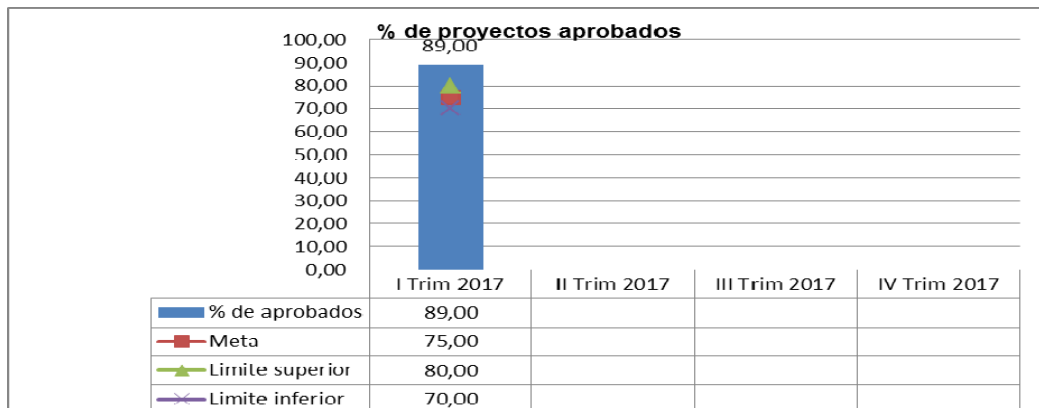
Tipo de Asesoría	No.	%
Inducción a Proyectos	33	33.3
Revisión de Protocolos	31	31.3
Revisión de artículos	0	0
Revisión de Póster	3	3.03
Realización de Base de datos	3	3.03
Seguimiento a Proyectos	21	21.26
GrupLac – CvLac	8	8.08
Inducción a Publicación	0	0
Total	99	

Se observa que la cantidad de asesorías realizadas en este trimestre (n=99) disminuyó con respecto al trimestre anterior (n=114), debido a que la cantidad de estudiantes diligenciando proyectos disminuyó, de la misma manera el centro de investigación solo cuenta con un profesional especializado, no hay secretaria ni personal que apoye en procesos básicos de seguimiento, gestión documental, organización matriz de seguimiento de proyectos de investigación y reportes de caso. Sin embargo, a pesar de tener menor número de asesorías con respecto al trimestre anterior, se observó que se mantuvo dentro del promedio de duración en las asesorías en el tercer trimestre, pasando de un promedio en el cuarto trimestre del 2016 de 2.2 horas a 1.8 horas en el primer trimestre.

Se observa un comportamiento constante en todas las asesorías, respecto a los meses anteriores. Además, se aumentó la revisión de protocolos y el mantenimiento en el número de asesorías de revisión de proyectos demuestra desarrollo constante de investigación; lo que se relaciona con mayor número de proyectos de investigación presentados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la Institución, que demuestra que no hay abandono en los proyectos si no continuidad para ser llevados al comité.

A pesar del cambio trimestral, se observan cifras constantes en cuanto al promedio de duración de asesorías lo que deja ver la estabilidad de los procesos del CIHUS y el mantenimiento de la confianza en el centro de Investigación, por parte de los investigadores.

**Porcentaje (%) de Proyectos Aprobados por el CEIHUS**



El indicador se mide dividiendo el número de proyectos evaluados por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de La Samaritana (CEIHUS) sobre el número de proyectos aprobados por el CEIHUS. La meta propuesta de aprobación de proyectos por parte del CEIHUS es de un 75% de los proyectos evaluados.

$$\frac{9 \text{ Proyectos Aprobados}}{10 \text{ Proyectos Evaluados}} = 0.9 \times 100 = 90\%$$

Discriminación por mes de los proyectos de investigación evaluados y aprobados por el CEIHUS:

Proyectos	Enero	Febrero	Marzo
Evaluados	4	4	2
Aprobados	3(75%)	4(100%)	2 (100%)

Como se evidencia en la tabla anterior, el CEIHUS evaluó un total de 10 proyectos en este primer trimestre, de los cuales el 90% de ellos quedaron aprobados por el Comité. Lo anterior indica que el Centro de Investigación está evaluando sus proyectos con mejores criterios metodológicos y éticos.

Por otro lado respecto a la labor del centro de investigación se puede inferir que la inducción, revisión y asesorías en presentación de trabajos se están fortaleciendo y por eso se observa una constancia en relación al número de proyectos presentados versus los aprobados.

**Porcentaje (%) de Proyectos con Evaluados (seguimiento)**



No. de proyectos con seguimiento 33 =  $0.89 \times 100 = 89.1$  porcentaje de proyectos

No. De proyectos aprobados 37

Los protocolos aprobados hasta ahora en total son 37 correspondientes al año 2016, sin embargo se aclara que de ellos hay siete que se les realizó cierre, dos no se realizaron, por inconvenientes en el tema por parte de los investigadores.

Adicionalmente, en total se han realizado 33 seguimientos al total de número de proyectos de este semestre, con un porcentaje de seguimiento de 1.5 por proyecto.

### Estado del Proyecto de Investigación

El estado de los proyectos de investigación aprobados por el CEIHUS y el CIHUS se determinará anualmente; sin embargo, para este segundo semestre ya se cuentan con resultados preliminares, lo cual se puede discriminar de la siguiente forma:

Estado del Proyecto	No.	%
Cancelado	2	5.4
Terminado	10	27.02
En desarrollo	25	67.58
Total	37	100

Además, se *evaluará anualmente el estado de los proyectos terminados, sin embargo, para este tercer semestre ya se cuentan con resultados preliminares de los proyectos terminados en el año 2016 los cuales se puede discriminar de la siguiente manera:*

Estado del Proyecto Terminado	No.	%
Archivado	8	31
k2Publicado	4	15
En proceso de publicación	14	54
Total	26	100



### 10.1 PLANEACION DE DOCENCIA SERVICIO

En cumplimiento de la normatividad referente a la relación Docencia Servicio, a la Acreditación como Hospital Universitario y al desarrollo de la misión y visión del HUS, se realiza la planeación de la relación Docencia servicio de la siguiente manera:

### 11.2 Análisis de la matriz DOFA en Docencia, en los servicios con actividades académico

DOCENCIA	INVESTIGACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar los modelos pedagógicos para integrarlos en el modelo propio de docencia del HUS</li> <li>• Fomentar la formación docente de los especialistas a través de reconocimientos a su labor y escalafón docente propio del HUS</li> <li>• Fomentar la apertura de otros programas de posgrado en el HUS con las Universidades estratégicas</li> <li>• Optimizar el reconocimiento a todos docentes por parte de las Universidades</li> <li>• Mejorar los procesos de inducción de los estudiantes, resaltando la el reconocimiento de la calidad académica y adherencia de los procesos asistenciales</li> <li>• Articular los procesos académicos y reforzar el seguimiento a los compromisos de las Universidades</li> <li>• Levantar el estudio de capacidad instalada de estudiantes del HUS</li> <li>• Realizar un ajuste en los programas académicos de las rotaciones para el cumplimiento de las competencias de los estudiantes</li> <li>• Desarrollar con las Universidades estratégicas, programas de subespecialidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar metodológicamente los proyectos de investigación presentados por los grupos avalados del HUS</li> <li>• Apoyar a los grupos para conseguir su reconocimiento en Colciencias</li> <li>• Fomentar los semilleros de investigación en los estudiantes de pregrad</li> <li>• Fomentar que los estudiantes de posgrado se adhieran a las líneas de investigación de los grupos avalados</li> <li>• Fomentar la investigación interinstitucional</li> <li>• Revisiones de casos como requisito indispensable para culminar el internado en el HUS</li> <li>• Estimular la investigación hacia el impacto social de la población cundinamarquesa</li> <li>• Divulgar en la página Web del Hospital los avances y resultados de los proyectos de investigación</li> <li>• Fomentar las agendas conjuntas de investigación con las Universidades para la consecución de apoyo en el recurso humano de metodología y epidemiología</li> <li>• Concretar el desarrollo de las agendas conjuntas de investigación como Hospital Universitario</li> <li>• Aumentar la divulgación en revistas nacionales e internacionales, simposios, congresos y seminarios de los resultados de los proyectos de investigación del HUS</li> </ul>

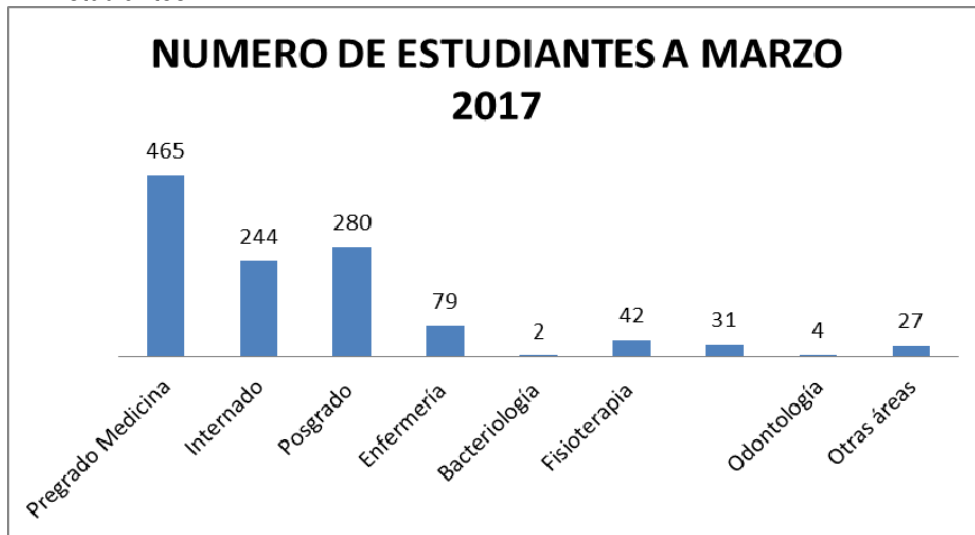
### 11.3 CONVENIOS

CONVENIOS	ACTUAL	NUEVOS	INACTIVOS
Docencia servicio	29	2 internacionales (Universidad Salerno Italia, y Universidad de la Rioja)	2
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

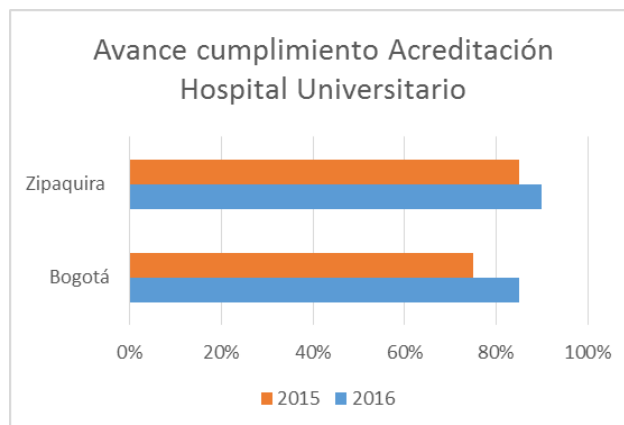
11.4 Estudiantes



11.5 FORTALECIMIENTO A LA FORMACIÓN ACADÉMICA

EVENTO	UNIVERSIDAD	PARTICIPANTES	MODALIDAD
Especialización en Docencia Universitaria	Universidad El Bosque	15	Por Convenio
Diplomado pedagogía y docencia universitaria	HUS	81	Plataforma Moodle HUS
Curso de Seguridad del paciente	Universidad Nacional	116	Plataforma Moodle HUS
<b>TOTAL</b>		<b>212</b>	

11.6 CUMPLIMIENTO NORMATIVIDAD DOCENCIA SERVICIO



El porcentaje de cumplimiento sigue igual, dado que las dos condición que no permite cumplir el 100%, es la realización del documento de costo beneficio de la relación Docencia Servicio, que se tiene planteado como un proyecto de investigación en el grupo de CARDHEA para el 2017, junto con la certificación de Acreditación institucional otorgada por el ICONTEC al HUS.

En cuanto a Zipaquirá son las mismas condiciones pendientes, pero se suman las de los grupos de investigación junto con el mejoramiento del compromiso de los especialistas con la docencia.

## 12. PQRS

### DOCENCIA

Petición	Peticionario Paciente	Clasificación Inicial	Proceso Involucrado
207/2017	Carolina González	<i>Reclamo</i>	Atención a Paciente Hospitalizado
107/2017	<i>Sonia Nelly Burbano</i>	<i>Reclamo</i>	Atención a Paciente Hospitalizado

### *Gestión*

Se citó a las dos estudiantes a la Subdirección, levantando acta para conocer los motivos y versiones acerca las quejas interpuestas. Se les dio trámite satisfactorio y no requirió de planes de mejora.

### INVESTIGACIÓN

No se presentaron casos

## UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA

### 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 trimestre durante las vigencias de 2011 al 2017*

Concepto	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Dosis de Biológicos Aplicados	7.515	21.662	7.187	9.044	4.650	5.049	7.964
Controles de Enfermería	749	560	439	794	1.114	1.249	1.444
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	839	828	1.039	1.086	2.505	4.811	10.095
Citologías Cervicovaginales	897	839	837	1.241	747	843	822

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 2016 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 58% 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 trimestre 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	5.588	5.955	5.490	6.016	6.322	6.402	6.325
capacidad de oferta	16.963	16.676	15.092	17.130	18.139	18.061	17.766
No de consultas agendadas	16.963	16.676	15.092	17.130	18.139	18.061	17.766
No de consultas asignadas	16.492	16.705	14.535	16.680	16.792	16.846	16.972
No de consultas realizadas	16.124	15.190	13.759	15.747	15.788	15.347	16.023
Consulta no realizadas por inasistencia del	368	1.515	776	933	1.004	1.499	949
% Uso capacidad de oferta	95,1%	91,1%	91,2%	91,9%	87,0%	85,0%	90,2%
% de inasistencia	2,2%	9,1%	5,3%	5,6%	6,0%	8,9%	5,6%
rendimiento hora medico consulta	2,9	2,6	2,5	2,6	2,5	2,4	2,5
rendimiento hora medico consulta esperado	3,0	2,80	2,75	2,85	2,87	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 (-1.6%); pero hay un mejor desempeño en el rendimiento expresado tanto en las consultas realmente realizadas (4.4% mayor), como en el indicador de rendimiento hora médico (5.7% mayor); vale la pena

resaltar que hay una disminución importante del 36.7% en la inasistencia de pacientes a la consulta médica general.

En la tabla 3 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 trimestre 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	3.120	3.265	2.882	2.998	3.217	3.149	3.797
Capacidad de oferta	9.360	9.794	8.646	8.994	9.651	9.447	11.391
No de consultas agendadas	9.360	9.794	8.646	8.994	9.651	9.447	11.391
No de consultas asignadas	8.659	8.621	6.978	10.118	10.351	10.982	11.099
No de consultas realizadas	7.895	7.958	6.890	9.196	8.954	10.514	10.017
Consulta no realizadas por inasistencia del pte	764	663	88	702	697	468	1.082
% Uso capacidad de oferta	84,3%	81,3%	79,7%	102,2%	92,8%	111,3%	87,9%
% de inasistencia	8,8%	7,7%	1,3%	6,9%	6,7%	4,3%	9,7%
Rendimiento hora medico consulta	2,5	2,4	2,4	3,1	2,8	3,3	2,6
Horas programadas procedimientos	168	158	163	231	180	336	240
No procedimiento programados	504	473	489	693	540	1.296	960
No procedimientos realizados	686	653	493	814	619	1.265	1.149
Procedimientos no realizados por inasistencia de paciente	0	0	31	0	0	0	0
% de realización de procedimientos	136%	138%	101%	117%	115%	98%	120%
% de inasistencia	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rendimiento hora medico procedimiento	4,1	4,1	3,0	3,5	3,4	3,8	4,8
Días espera asignación cita medicina general	5	11	6	5	1	3	2
Días espera asignación cita medicina interna	8	22	6	24	8	12	9
Días espera asignación cita pediatría	5	5	4	4	2	8	5
Días espera asignación cita cirugía	5	6	5	3	3	3	3
Días espera asignación cita ortopedia	4	19	18	25	5	8	16
Días espera asignación cita ginecología	6	9	6	8	9	11	11
Días espera asignación cita obstetricia	5	5	5	8	2	3	11
Días espera asignación demás especialidades	6	8	8	13	8	8	7
días espera asignación cita anestesiología				1	1	0	0
días espera asignación cita cardiología				26	17	15	10
días espera asignación cita cirugía plástica				7	5	8	7
días espera asignación cita cirugía vascular periférica				25	5	16	6
días espera asignación cita dermatología				7	2	5	6
días espera asignación cita endocrinología				13	NA	NA	NA
días espera asignación cita				23	15	7	6

CONSULTA ESPECIALIZADA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
gastroenterología							
días espera asignación cita neurología				12	NA	17	0
días espera asignación cita neumología				NA	3	6	7
días espera asignación cita oftalmología				15	7	7	3
días espera asignación cita otorrinolaringología				11	12	13	24
días espera asignación cita psiquiatría				9	7	6	5
días espera asignación cita urología				6	8	7	5

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Con el incremento en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia (20.6% mayor), dado por la estabilidad en la contratación y la presencia de nuevas especialidades como neumología, neurología y ortopedia y del consecuente incremento de la capacidad de oferta 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 como ginecología y obstetricia dado que los tiempos de espera se encuentran incrementados por fuera de los valores permitidos por norma.

## 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 trimestre vigencias 2011 al 2017*

URGENCIAS	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
horas médico general programadas	9.486	9.486	9.678	9.498	8.640	8.640	10.560
URGENCIAS							
No pacientes clasificados como Triage 1	393	231	310	1.369	391	100	10
No pacientes clasificados como Triage 2	9.439	5.535	7.444	7.003	6.008	5.483	336
No pacientes clasificados como Triage 3	3.316	4.276	3.034	4.852	4.836	4.553	8.046
No pacientes clasificados como Triage 4	0	0	0	0	1.538	2.922	4.629
No pacientes clasificados como Triage 5	0	0	0	0	0	0	828
Total pacientes con triage	13.148	10.042	10.788	13.224	12.773	13.058	13.849
TOTAL CONSULTAS	9.832	5.766	7.754	8.372	10.989	10.136	11.520
tiempo promedio de espera en minutos para consulta	7	10	22	21	36	37	33
tiempo de espera en minutos atención	7	11	23	25	30	35	31

triage II							
No PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS	1.221	1.101	931	1.543	1.897	1.957	1.270
PTES CON CODIGO AZUL en urgencias	27	32	39	20	36	53	58
No transfusiones en urgencias	47	24	3	13	0	0	0
No de reingresos entre 24 y 72 horas después del egreso	0	0	0	0	0	78	258
Pacientes con soporte vital por más de 1 hora en el servicio	27	32	39	20	36	53	58

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 trimestre fue de 6.1%; 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 en el primer trimestre de la última vigencia se realizó un ajuste que se manifiesta en un incremento del 22.2%. Por otro lado la cantidad de consultas realizadas en el servicio muestra una tendencia al incremento del 13.7% en la vigencia actual.

El tiempo de espera para recibir atención se encuentra incrementado sobre lo esperado explicado por el volumen de consulta que se atiende. Los pacientes complicados que requieren intervenciones importantes en el servicio de urgencias se observan con tendencia al aumento progresivo en el tiempo, estas intervenciones en la mayoría de los casos son efectivas aunque se presentan mortalidades por las patologías asociadas y ocurren cuando ha transcurrido más de una hora de soporte vital.

Los procedimientos realizados en el servicio de urgencias, es decir, las pequeñas suturas, lavados gástricos, retiro de cuerpos extraños en cornea, lavado de oídos, etc., presentan una tendencia al aumento.

### 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 trimestre 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	570	506	232	208	280	228	334
CHÍA	103	36	23	27	32	13	24
CHOCONTÁ	17	19	17	13	16	44	50
TABIO	26	35	16	9	14	14	8

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
SESQUILÉ	24	17	12	23	18	7	29
CAJICÁ	99	65	18	27	20	32	82
TENJO	41	35	14	14	8	7	16
SOPÓ	46	42	9	23	15	13	20
TOCANCIPÁ	23	9	11	7	8	1	7
NEMOCON	29	13	10	10	15	7	19
PACHO	22	27	9	3	7	7	0
SUESCA	12	5	9	7	24	13	9
GUATAVITA	28	19	5	8	12	8	13
BOGOTA	24	25	11	10	5	7	9
GUASCA	19	2	3	3	4	9	2
GACHETÁ	2	9	2	3	4	4	4
OTROS	55	148	63	21	78	42	42
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	570	506	232	208	280	228	334
PPNA - EVENTOS NO POS	108	21	15	11	5	9	28
Régimen subsidiado	402	456	203	178	230	196	273
Régimen contributivo	52	12	10	15	29	18	27
soat ecat	6	10	1	1	14	4	4
Otros	2	7	3	3	2	1	2
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	570	506	232	208	280	228	334
MED. INTERNA	146	215	80	44	65	33	78
CIRUGÍA	126	123	67	72	78	63	83
OBSTETRICIA	172	81	60	74	94	95	118
PEDIATRÍA	48	22	7	12	18	10	35
ORTOPEDIA	48	22	4	0	19	13	8
PSIQUIATRIA	13	26	12	5	4	4	2
CIRUGÍA PLASTICA	1	2	0	0	1	0	0
UROLOGÍA	3	4	1	1	1	0	0
GASTROENTEROLOGÍA	3	4	0	0	0	1	1
OFTALMOLOGÍA	4	1	1	0	0	5	1
OTROS	6	6	0	0	0	4	8
No de remisiones aceptadas por IPS de origen de mayor a menor	350	229	145	128	165	138	248
CHÍA	60	13	14	15	18	8	13
CHOCONTÁ	11	3	9	10	12	35	25
TABIO	16	19	10	3	7	4	6
SESQUILÉ	15	5	8	17	11	2	16
CAJICÁ	59	36	11	23	16	21	58



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
TENJO	25	27	10	7	6	4	10
SOPÓ	33	14	5	11	11	6	9
TOCANCIPÁ	16	8	10	7	5	1	5
NEMOCON	19	7	7	9	13	5	14
PACHO	17	12	6	1	4	4	0
SUESCA	7	4	8	4	10	8	7
OTROS	72	81	47	21	52	40	85
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	350	229	145	128	165	138	202
PPNA - EVENTOS NO POS	65	8	9	6	3	6	22
Régimen subsidiado	251	210	121	111	132	116	158
Régimen contributivo	29	7	10	9	17	12	19
soat ecat	3	4	1	0	11	3	1
Otros	2	0	4	2	2	1	2
No de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	350	229	145	128	165	138	202
OBSTETRICIA	125	54	43	50	48	61	67
CIRUGIA	91	63	48	52	65	42	57
MEDICINA INTERNA	64	73	38	19	27	11	38
PEDIATRIA	28	10	4	6	7	6	26
ORTOPEDIA	23	10	3	0	15	9	5
PSIQUIATRIA	9	13	7	1	3	2	1
CIRUGIA PLASTICA	1	0	0	0	0	0	0
UROLOGÍA	1	0	1	0	0	0	0
GASTROENTEROLOGÍA	3	3	0	0	0	5	1
OFTALMOLOGÍA	3	0	1	0	0	1	1
otras	2	3	0	0	0	1	6
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	61,4%	45,3%	62,5%	61,5%	58,9%	60,5%	60,5%
OBSTETRICIA	72,7%	66,7%	71,7%	67,6%	51,1%	64,2%	56,8%
CIRUGIA	72,2%	51,2%	71,6%	72,2%	83,3%	66,7%	68,7%
MEDICINA INTERNA	43,8%	34,0%	47,5%	43,2%	41,5%	33,3%	48,7%
PEDIATRIA	58,3%	45,5%	57,1%	50,0%	38,9%	60,0%	74,3%
ORTOPEDIA	47,9%	45,5%	75,0%		78,9%	69,2%	62,5%
PSIQUIATRIA	69,2%	50,0%	58,3%	20,0%	75,0%	50,0%	50,0%
CIRUGIA PLASTICA	100,0%	0,0%			0,0%		
UROLOGÍA	33,3%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%		
GASTROENTEROLOGÍA	100,0%	75,0%				50,0%	100,0%
OFTALMOLOGÍA	75,0%	0,0%	100,0%			20,0%	100,0%
otras	33,3%	50,0%				25,0%	75,0%

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
No de remisiones rechazadas por causa	220	277	83	80	115	90	132
NO PERTINENCIA DE LA REMISIÓN	205	268	54	14	3	69	3
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	0	0	0	59	73	14	82
FALTA DE CAMAS	4	1	16	0	0	0	15
FALTA DE ESPECIALISTA	10	0	3	3	21	2	10
NO HAY CONTRATO	1	6	0	0	0	0	1
REQUIERE U. SALUD MENTAL	0	0	0	0	0	0	1
FALTA DE PROCEDIMIENTO (TAC)	0	2	10	4	18	5	20
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	226	270	275	352	336	398	405
HOSPITAL DE LA SAMARITANA	73	68	53	63	73	120	82
CLINICA EUSALUD	19	22	23	30	12	11	20
CLINICA CANDELARIA DIOSALUD	9	7	15	10	0	0	0
CLINICA LA MAGDALENA	6	8	9	11	5	5	9
HOSPITAL CARDIOVASCULAR	6	9	17	10	9	21	15
HOSPITAL SAN RAFAEL	3	11	3	10	10	6	1
HOSPITAL SANTA CLARA	2	5	2	10	6	0	0
CLINICA FUNDADORES	2	6	7	8	18	3	1
HOSPITAL MEREDIC	6	4	7	7	7	7	1
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR	9	7	2	4	9	15	15
CLINICA ZIPAQUIRÁ	3	9	0	0	0	0	16
OTROS	88	114	137	189	187	210	245
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	0	0	275	352	336	398	405
PPNA - EVENTOS NO POS	0	0	5	1	3	7	6
Régimen subsidiado	0	0	130	161	125	147	167
Régimen contributivo	0	0	121	156	178	192	191
soat ecat	0	0	18	31	27	50	40
Otros	0	0	1	3	3	2	1
No de remisiones realizadas por causa	0	0	0	0	7	110	178
FALTA DE ESPECILISTAS					7	42	109
FALTA APOYO DIAGNOSTICO					0	58	47
CONTRAREMISION					0	0	0
REQUIERE UNIDAD DE SALUD MENTAL					0	10	11
REQUIERE INTERMEDIOS					0	0	11
REQUIERE UCI					0	85	80
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD					307	168	111

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NO HAY CONTRATO					13	7	28
TRASLADO PRIMARIO					9	28	8

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 46.5%. En esta tabla se observa una recuperación para el 2017 en la cantidad de solicitudes de pacientes de todos los regímenes vinculado (211.1%), subsidiado (39.3%) y contributivo (50.0%).

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 (136.4%), cirugía general (31.7%), obstetricia (24.2%) y pediatría (250.0%); sin embargo, el porcentaje de aceptación es del 60.5% 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 1.8% la necesidad de remitir pacientes desde la Unidad funcional, el nivel de complejidad que requiere el paciente sigue siendo la primera causa de remisión, luego está la falta de especialidades tales como neurocirugía, hematología, oncología e incluso algunas de las especialidades que se ofertan en la Unidad Funcional pero no de manera permanente como es el caso de neurología, cardiología, ortopedia; luego se ubican la necesidad de UCI para el manejo de los pacientes. El sitio de remisión está determinado principalmente por el asegurador quien a través de su red de prestación de servicios debe garantizar la continuidad y oportunidad de la atención en salud de sus afiliados. Así las cosas y dado que en la Unidad Funcional el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al régimen de aseguramiento subsidiado la institución receptora más frecuentemente utilizada es la sede Bogotá del Hospital Universitario de la Samaritana.

#### 4. APOYO DIAGNOSTICO

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

**TABLA 6.** *Comparativo de la Producción de servicios en el laboratorio clínico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer trimestre 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	6.937	7.035	6.295	7.543	7.746	8.388	8.489
NRO ORDENES	2.361	1.464	1.625	2.883	2.681	3.156	2.955
NRO EXAMENES DE LABORATORIO EXTERNOS	14.903	15.385	14.135	23.880	23.118	24.946	21.193

LABORATORIO CLINICO	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NRO ORDENES	4.443	4.102	4.095	5.443	5.753	5.938	5.107
NRO EXAMENES DE LABORATORIO URGENCIAS	8.937	13.020	12.321	13.247	17.161	18.505	18.642
NRO ORDENES	2.733	3.353	3.850	4.844	5.459	6.849	6.112
NRO EXAMENES DE LABORATORIO TOTALES	30.777	35.440	32.751	44.670	48.025	51.839	48.324
NRO ORDENES TOTALES	9.537	8.919	9.570	13.170	13.893	15.943	14.174
EXAMENES REALIZADOS	30.777	35.440	32.751	44.670	48.025	51.839	48.324
COAGULACION	ND	1.058	714	813	968	1.433	1.373
HEMATOLOGIA	ND	6.108	6.741	8.082	8.865	8.290	7.270
INMUNOHEMATOLOGIA	ND	856	909	900	786	860	756
INMUNOLOGIA	ND	1.005	963	1.282	1.243	1.114	1.168
MICROBIOLOGIA	ND	1.486	1.439	1.448	2.756	3.384	3.942
PARASITOLOGIA	ND	695	820	841	1.126	1.067	862
QUIMICA	ND	18.238	15.204	23.318	24.377	25.235	22.261
ESPECIALES	ND	0	0	1.729	1.578	3.292	3.402
REMISIONES ESPECIALES	ND	2.125	1.840	1.487	1.358	2.577	2.996
UROANALISIS	ND	3.869	4.121	4.770	4.968	4.587	4.288
EXAMENES FACTURADOS	ND	35.440	32.751	44.670	48.025	51.839	48.324
EXAMENES REPETIDOS	0	0	588	508	561	701	456
COAGULACION	ND	ND	161	120	122	121	44
HEMATOLOGIA	ND	ND	145	118	186	210	123
INMUNOHEMATOLOGIA	ND	ND	10	9	7	7	12
INMUNOLOGIA	ND	ND	17	10	9	14	21
MICROBIOLOGIA	ND	ND	22	17	17	43	31
PARASITOLOGIA	ND	ND	7	3	6	6	5
QUIMICA	ND	ND	203	208	182	233	182
ESPECIALES	ND	ND	0	10	15	48	24
REMISIONES ESPECIALES	ND	ND	0	0	0	0	0
UROANALISIS	ND	ND	23	13	17	19	14
EXAMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACION	6.937	7.035	6.295	7.543	7.746	8.388	8.489
Medicina Interna	ND	3.497	2.419	2.890	3.119	2.362	3.089
Cirurgia	ND	982	952	1.342	1.194	1.639	1.038
Go	ND	1.692	2.033	2.222	2.377	2.551	3.124
Ortopedia	ND	30	10	16	10	3	0
Pediatría	ND	430	364	440	520	554	607
Recien Nacidos	ND	404	517	633	526	1.223	616
otras	ND	0	0	0	0	56	15
HORAS BACTERIOLOGA	2.910	2.989	2.873	2.876	2.889	2.889	2.889
EXAM. NO REALIZADOS POR	ND	ND	0	0	20	40	65
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	40	65
OTROS	ND	ND	0	0	5	0	0

LABORATORIO CLINICO	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
REPORTE DE LABORATORIOS NO REVISADOS O EVALUADOS	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
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	10,6	11,9	11,4	15,5	16,6	17,9	16,7
% DE EXAMENS REPETIDOS	ND	ND	1,8%	1,1%	1,2%	1,4%	0,9%
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO HOSPITALIZACION	ND	ND	ND	53	58	53	51
OPORTUNIDAD EN REPORTE DE LABORATORIO URGENCIAS	ND	ND	ND	49	50	47	50

FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

De manera global se observa una disminución del 6.8% en los exámenes solicitados y realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, explicado por la disminución del volumen de atenciones en los servicios ofertados. 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 trimestre de las vigencias 2011 al 2017*

<b>IMÁGENES DIAGNOSTICAS</b>	<b>2.011</b>	<b>2.012</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
Ecografías realizadas consulta externa	821	1.170	660	606	694	956	1.066
Ecografías realizadas hospitalización	415	418	430	534	415	298	418
Ecografías realizadas urgencias	379	327	509	709	860	794	1.159
Total ecografías realizadas	1.615	1.915	1.599	1.849	1.969	2.048	2.643
Oportunidad ecografía en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	3	3	3	3	3	5	3
Radiografías realizadas consulta externa	1.018	951	766	1.102	1.383	1.230	1.128
Radiografías realizadas hospitalizados	270	256	180	143	307	264	217
Radiografías realizadas urgencias	2.125	2.595	2.729	3.238	3.727	3.797	3.617
Total radiografías realizadas	3.413	3.802	3.675	4.483	5.417	5.291	4.962
Oportunidad radiografías en consulta externa (Días de espera desde la solicitud hasta la realización)	1	1	1	2,0	1	1	1

FUENTE: Servicio de radiología, software Dinámica Gerencial

Se observan incrementos en la totalidad de ecografías (29.1%) y un leve descenso en las radiografías realizadas (-6.23%) durante el 2017. En ecografías el servicio que mayormente se incrementó fue el de urgencias (46%) y el de consulta externa (11.5%) 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 en todas las áreas. 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 trimestre de las vigencias 2011 al 2017*

<b>BANCO DE SANGRE</b>	<b>2.011</b>	<b>2.012</b>	<b>2.013</b>	<b>2.014</b>	<b>2.015</b>	<b>2.016</b>	<b>2.017</b>
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	3	3	5	5	7	6	8
UNIDADES RECOLECTADAS	242	216	316	299	351	264	243
UNIDADES PROCESADAS	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES PRODUCIDAS	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES ENTREGADAS ZIPAQUIRA	335	296	201	253	157	155	207
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	240	215	186	198	157	139	169
UNIDADES DE PLAQUETAS	36	43	15	4	0	6	18
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	59	38	0	51	8	10	20
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS ZIPAQUIRA	245	155	162	182	109	101	138
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	163	132	152	149	98	92	117
UNIDADES DE PLAQUETAS	37	41	10	1	0	0	18

BANCO DE SANGRE	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	45	9	0	32	11	9	3
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES TRASFUNDIDAS POR SERVICIO	245	182	162	182	109	101	138
URGENCIAS	47	24	3	13	0	0	0
CIRUGIA	20	77	64	76	44	60	66
PEDIATRIA	0	17	16	6	1	2	8
MEDICINA INTERNA	149	54	37	58	39	19	55
GINECOLOGIA	29	10	42	29	25	20	9
SALAS DE CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0
No UNIDADES CRUZADAS	347	310	309	305	234	178	194
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	67	53	36	56	42	36	56
UNIDADES DISTRIBUIDAS VENDIDAS	76	95	44	41	47	40	15
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	74	84	44	41	47	40	15
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	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	321	277	206	223	156	141	153
UNIDADERS DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	237	216	196	190	145	136	132
UNIDADES DE PLAQUETAS	37	41	10	1	0	0	18
UNIDADES DE CRIOPRESIPITADO	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE PLASMA FRESCO	47	20	0	32	11	5	3
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	321	277	206	223	145	141	153
UNIDADES DESECHADAS ZIPAQUIRA POR	6	18	5	16	2	7	21
VENCIMIENTO	6	9	5	16	2	7	14
REACTIVIDAD	0	0	0	0	0	0	0
ALMACENAMIENTO INADECUADO	0	9	0	0	0	0	0

BANCO DE SANGRE	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE (PLASMA FRESCO SIN PROCESAR)	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0	0	0	7
HORAS Bacterióloga PROGRAMADAS	576	576	576	576	576	576	576
% DE CONSUMO INTERNO	74,9%	58,4%	83,1%	78,3%	70,7%	69,7%	76,8%
% DE DESPACHO EXTERNO	22,7%	32,1%	21,9%	16,2%	29,9%	25,8%	7,2%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	73,1%	52,4%	80,6%	71,9%	69,4%	65,2%	66,7%
UNIDADES TRASFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	70,6%	50,0%	52,4%	59,7%	46,6%	56,7%	71,1%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	3,7	2,9	4,5	3,3	2,6	2,8	2,5
PROPORCION DE UNIDADES DESECHADAS	1,8%	6,1%	2,5%	6,3%	1,3%	4,5%	10,1%
% UNIDADES DESECHADAS POR VENCIMIENTO	100,0%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	66,7%
% 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%	0,0%	0,0%	33,3%

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

Con el paso del tiempo se ha incrementado paulatinamente las jornadas de recolección de unidades en la última vigencia ese incremento fue del 33.3%, sin embargo, la cantidad de unidades recolectadas fue menor en un 8%. Hay un incremento del 36.6% en las unidades transfundidas, especialmente lo concerniente a glóbulos rojos; además hay una fuerte disminución del 62.5% en las unidades vendidas debido a contratación con otras instituciones de salud. Hay una proporción de unidades desechadas del 10.1% básicamente por vencimiento de las mismas.

## 5. SALAS DE CIRUGIA Y SALAS DE PARTO

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

**TABLA 9.** *Comparativo de la producción de servicios en el área quirúrgica por número de procedimientos realizados en la Unidad Funcional de Zipaquirá, primer trimestre 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	744	756	708	610	610	600	630



CIRUGIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NUMERO HORAS QUIROFANO UTILIZADAS EN CIRUGIA ELECTIVA Sumatoria en minutos (hora terminación - hora de inicio) cirugías electivas	ND	660	443	622	474	390	462
HORAS DISPONIBLES DE QUIROFANO PARA URGENCIAS	2.160	2.184	2.160	2.160	2.160	2.184	2.160
HORAS UTILIZADA DE QUIROFANO EN URGENCIAS Sumatoria en minutos (hora terminacion - hora de inicio) cirugia de urgencias	ND	698	678	781	843	1.290	580
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	744	756	708	610	610	600	630
NUMERO HORAS CIRUJANO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	2.160	2.184	2.160	2.160	2.160	2.184	2.160
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX ELECTIVA	744	756	708	610	610	600	630
NUMERO HORAS ANESTESIOLOGO PROGRAMADAS EN QX DE URGENCIA	2.160	2.184	2.160	2.160	2.160	2.184	2.160
NRO TOTAL INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS	964	898	839	1.031	915	969	910
ELECTIVA CON ESTANCIA	62	63	51	27	19	25	15
AMBULATORIAS	421	374	318	498	387	431	358
URGENTES	481	461	470	506	509	513	537
NRO DE PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS REALIZADAS	964	898	839	1.031	915	969	910
GENERAL	329	347	308	392	364	366	363
REGIONAL	337	313	271	334	298	336	277
LOCAL	298	238	260	305	253	267	267
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

CIRUGIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EN SALAS DE CIRUGIA POR GRUPO QX	0	0	0	1696	1607	2011	1693
2	0	0	0	17	20	26	136
3	0	0	0	116	98	187	189
4	0	0	0	115	169	152	130
5	0	0	0	124	85	145	115
6	0	0	0	189	128	131	127
7	0	0	0	246	298	234	227
8	0	0	0	272	212	250	247
9	0	0	0	225	175	195	167
10	0	0	0	312	334	593	278
11	0	0	0	8	12	21	7
12	0	0	0	22	26	25	12
13	0	0	0	26	23	14	11
20	0	0	0	24	26	38	46
21	0	0	0	0	1	0	1
22	0	0	0	0	0	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	990	945	1225	906
No PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS POR CIRUGIA	1,3	1,3	1,4	1,6	1,8	2,1	1,9
NRO CIRUGIAS PROGRAMADAS	584	452	387	557	413	490	391
CIRUGIAS CON ESTANCIA CANCELADAS	0	0	0	0	0	0	0
CIRUGIAS AMBULATORIAS CANCELADAS	33	22	18	32	20	34	13
NRO CIRUGIAS CANCELADAS POR	33	22	18	32	20	34	18
CRITERIO MEDICO DE ANESTESIA	11	7	7	19	6	18	3
CRITERIO MEDICO DE CIRUJANO	4	5	0	0	1	0	0
ROPA	0	0	0	0	0	0	0
MATERIAL QUIRURGICO	2	1	1	2	0	2	4
AUSENCIA DE PROFESIONAL	1	1	1	0	0	6	2
AUSENCIA DE PACIENTE	9	4	7	11	11	5	7
OTROS	6	4	2	0	2	3	2
% DE CANCELACION DE CIRUGIAS PROGRAMADA	5,7%	4,9%	4,7%	5,7%	4,8%	6,9%	4,6%
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA CON ESTANCIA	ND	ND	0	0	0	0	0
TIEMPO PROMEDIO DE RETRASO EN CIRUGIA	ND	ND	54	61	60	43	50

CIRUGIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
AMBULATORIA							
No DE PACIENTES OPERADOS EN EL QUE EL DX PREVIO NO SE CORRELACIONA CON EL DX POSQUIRURGICO	ND	ND	1	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS TRANSOPERATORIOS	0	0	0	0	0	0	0
QUIRURGICOS	ND	ND	0	0	0	0	0
ANESTESICOS	ND	ND	0	0	0	0	0
OTROS	ND	ND	0	0	0	0	0
INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS POSOPERATORIO IDENTIFICADOS	0	0	0	0	0	0	0
QUIRURGICOS	ND	ND	0	0	0	0	0
ANESTESICOS	ND	ND	0	0	0	0	0
OTROS	ND	ND	0	0	0	0	0
No DE REINTERVENCIONES	ND	ND	5	2	4	1	0
CLASIFICACION DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS							
LIMPIAS	350	280	232	323	303	405	281
LIMPIAS CONTAMINADAS	562	557	538	643	541	511	586
SUCIAS	35	41	48	51	67	51	40
INFECTADAS	16	19	19	14	4	2	3
INFECCIONES IDENTIFICADAS EN HERIDAS QX							
LIMPIAS	ND	1	1	0	0	0	1
LIMPIAS CONTAMINADAS	ND	3	4	2	2	5	0
SUCIAS	ND	0	0	0	1	0	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							
Cirugia Gral	3	5	5	4	4	5	4
Ortopedia	5	4	5	4	4	3	4
Gineco	4	7	5	4	4	9	4
OTORRINOLARINGOLOGIA	8	8	6	7	5	6	4
UROLOGIA	3	4	4	6	6	11	6
NEUROCIRUGIA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
DERMATOLOGIA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
MAXILOFACIAL	5	8	8	4	4	3	4
OFTALMOLOGIA	3	4	5	4	5	10	5
CIRUGIA PLASTICA	5	9	9	8	9	5	10
CIRUGIA VASCULAR	5	16	8	20	8	7	8
ODONTOLOGIA INTEGRAL	9	13	11	5	18	8	4

CIRUGIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
Otros procedimientos anestésicos en salas	0	0	0	0	0	0	0
LEGRADOS	98	122	85	82	84	87	79
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	471	335	326	393	472	641	697
...Cirugías grupos 7-10	657	648	774	1.266	1.047	1.272	919
...Cirugías grupos 11-13	56	189	52	23	61	60	30
...Cirugías grupos 20-23	38	15	5	17	27	38	47
TOTAL	1.222	1.187	1.157	1.699	1.607	2.011	1.693

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 6.1% en el 2017. De manera recíproca los procedimientos quirúrgicos también mantienen una tendencia a la disminución (15.8% menos), al comparar por procedimientos equivalentes en el año 2017 se disminuyeron en un 26.0%. 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 33.7%, aunque valga la aclaración que todos fueron reprogramados y realizados. El tiempo de oportunidad para cirugía programada disminuyó a 5,5 días en el 2017 lo que representa un 17.1% 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.

## 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 trimestre de las vigencias 2011 al 2017

HOSPITALIZACION	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
NRO CAMAS	104	99	96	94	92	94	94
DIA CAMA DISPONIBLE	9.332	8.972	8.680	8.445	8.321	8.590	8.457
DIAS CAMAS TEMPORALES (EXPANSIÓN)	0	0	0	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0	0	0	0	0	0	0
DIA CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	0	0	0	10	201	55	0
No DE EGRESOS POR	1.370	1.398	1.407	1.680	1.551	1.545	1.554

HOSPITALIZACION	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
ESPECIALIDAD							
NO QUIRURUGICOS	565	651	870	998	909	856	850
OBSTETRICOS	517	422	310	473	443	522	514
QUIRURGICOS	288	325	227	209	199	167	190
NRO DIAS CAMA OCUPADA	5.145	5.011	5.306	5.873	5.241	5.472	5.726
NRO DIAS ESTANCIA EGRESOS	4.963	5.034	4.898	5.578	5.306	5.550	5.807
NRO DE REINGRESOS	0	4	8	8	5	5	3
% OCUPACIONAL	55,1%	55,9%	61,1%	69,5%	63,0%	63,7%	67,7%
PROMEDIO DIA ESTANCIA	3,6	3,6	3,5	3,3	3,4	3,6	3,7
GIRO CAMA	1,5	1,6	1,6	2,0	1,9	1,8	1,8
% DIAS CAMA PERDIDOS POR AISLAMIENTO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
% DIAS CAMA PERDIDOS POR OTRAS CAUSAS	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	2,4%	0,6%	0,0%
% DE REINGRESOS	0,0%	0,3%	0,6%	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%
PARTOS POR CESAREA	106	96	111	102	85	90	112
PARTOS VAGINALES	210	176	145	213	186	235	220
% DE CESAREAS	33,5%	35,3%	43,4%	32,4%	31,4%	27,7%	33,7%
TOTAL PARTOS	316	272	256	315	271	325	332

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

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

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 0.6%, 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 en todo el periodo observado, el promedio día estancia con una tendencia al aumento (4% más), el giro cama permanece con una tendencia leve al aumento (0.6%).

## CAPÍTULO II

### INFORME DE GESTION FINANCIERA

A PRIMER TRIMESTRE DE  
2015 2016 2017

## 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 el 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; 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; por ello la Subdirección de Mercadeo debe encaminar sus esfuerzos a tener contratos con las diferentes entidades responsables de pago para lograr las metas proyectadas.

Para el cumplimiento de dichas metas las actividades a desarrollar de forma prioritaria es la actualización del portafolio de servicios con nuevas tecnologías, homologación y actualización de los códigos CUPS y tarifas para la vigencia 2017.

Como fortaleza para la oferta y contratación se resalta la red de operación con una Unidad Funcional de Bogotá (III nivel), una 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

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 pero que tuvieron ejecución en el periodo a reportar o que actualmente se encuentran en ejecución.

Como mecanismo de materialización de los objetivos propuestos, en especial para lograr mantener la estabilidad financiera a nivel de contratación de servicios de salud en el Hospital, se tuvo en cuenta la Fidelización de clientes corporativos la ampliación de ventas de servicios para otros regímenes diferentes al subsidiado; metas que se cumplen de acuerdo a los valores que se presentan a continuación.

Por último se presenta un comparativo de contratación de las diferentes vigencias (2015 – 2016 y primer trimestre de 2017.).

### INDICADOR: Contratación Servicios de Salud primer trimestre de 2017

CONCEPTO CONTRATACION	VALOR CONTRATADO POR VIGENCIAS					
	2015	%	2016	%	2017/ 1ER TRIMESTRE	%
Régimen Contributivo	7.896.596.521	10,54%	9.848.668.310	18,45%	1.080.000.000	2,02%
Régimen Subsidiado	117.394.398.512	156,70%	60.612.076.037	80,91%	52.158.785.480	97,70%

Vinculados	9.706.637.771	12,96%	2.123.460.584	3,98%	0	0,00%
PIC (antes PAB)	28.055.000	0,04%	417.807.540	0,78%	0	0,00%
Otras Ventas de Servicios de Salud	2.459.956.200	3,28%	1.912.907.722	3,58%	148.558.854	0,28%
<b>TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS</b>	<b>137.485.644.004</b>	<b>183,52%</b>	<b>74.914.920.193</b>	<b>140,32%</b>	<b>53.387.344.334</b>	<b>0,00%</b>

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2015-2016 y primer trimestre de 2017

Con esta tabla comparativa se pretende dar a conocer en las diferentes vigencias, los valores contratados para la K2prestación de servicios de salud en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y la Unidad Funcional de Zipaquirá con los centros de atención de Cogua y San Cayetano.

Como se puede ver en la tabla anterior 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 156% en relación a la vigencia anterior, de la venta de Planes de Intervenciones Colectivas, con un aumento del 67%. 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.

#### ANÁLISIS CONTRATACIÓN PRIMER TRIMESTRE DE 2017

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que para el primer trimestre de 2017, se cumple con el 95% en la meta para las ventas del régimen contributivo, de acuerdo a lo proyectado para el año 2017, pues se mantiene el porcentaje del 2,02% , con relación al comparativo del primer trimestre de la vigencia del año 2016, en el régimen subsidiado se evidencia un aumento considerable en el valor de la contratación cumpliéndose con el 97,7% de lo proyectado para la vigencia 2017, representado en la contratación de enero a noviembre de 2017 con la EPS Convida

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,

En este orden de ideas se concluye que en el primer trimestre 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. Sin embargo la contratación en la Unidad de Funcionales de Zipaquirá mantiene el mismo comportamiento al del año inmediatamente anterior.

Realizando un análisis comparativo de los valores contratados en los últimos dos 2) años, se evidencia una tendencia decreciente en la contratación del régimen Subsidiado y por ello el año 2017 podra estar en las mismas cifras de contratación que el 2016. 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.



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 monetarios y a nivel porcentual, de los años 2015, 2016 y primer trimestre de 2017.

CONTRATACION BOGOTA.	AÑO 2015	AÑO 2016	PRIMER TRIMESTE 2017
SUBSIDIADO	\$ 37.465.782.000	\$ 35.729.937.942	\$ 39.258.758.480
CONTRIBUTIVO	\$ 4.864.736.240	\$ 5.703.708.129	\$ 655.000.000
VINCULADOS	\$ 6.543.054.200	\$ 7.123.000.000	\$ 0
OTROS SERVICIOS	\$ 865 404 000	\$ 1.254.441.715	\$ 71.106.854
PIC	\$ 0	0	\$ 0
<b>TOTAL CONTRATADO</b>	<b>\$ 43.848.976.440</b>	<b>\$ 49.811.087 786</b>	<b>\$ 39.984.865.334</b>

CONTRATACION ZIPAQUIRA.	AÑO 2015	AÑO 2016	PRIMER TRIMESTE 2017
SUBSIDIADO	\$ 4.325.450.000	\$ 6.949.553.226	\$ 12.900.000.000
CONTRIBUTIVO	\$ 3.652.000.000	\$ 3.799.424.844	\$ 425.000.000
VINCULADOS	\$ 480.000.000	\$ 564.968.199	\$ 0
OTROS SERVICIOS	\$ 532.600.000	\$ 479.334.893	\$ 77.452.000
PIC	\$ 390 654.000	\$ 417.807.540	\$ 0
<b>TOTAL CONTRATADO</b>	<b>\$ 9.380.704.000</b>	<b>\$ 11.731.753.809</b>	<b>\$ 13.402.452.000</b>

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2015-2016 y primer trimestre 2017

En este orden de ideas se concluye que en el primer trimestre 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. Sin embargo la contratación en la Unidad de Funcionales de Zipaquirá mantiene el mismo comportamiento al del año inmediatamente anterior.

Realizando un análisis comparativo de los valores contratados en los últimos dos (2) años, podemos decir que para el 2015 y primer trimestre de 2017 se venía con la Unidad Funcional de Girardot. Para el año 2017 la contratación con la EPS Convida se realiza por separado para Bogotá y Zipaquirá por lo tanto el contrato con HUS Bogotá es representativo con aproximadamente 31 mil millones y para Zipaquirá en 12 mil millones y por ello supera la contratación por este régimen frente a los años anteriores.

Para el año 2017, se proyectó un portafolio que permita mejorar la contratación y la venta de servicios para con el régimen Subsidiado, encontrando que, para el primer trimestre de esta vigencia, se evidencia un porcentaje de crecimiento en la contratación que permitirá cumplir la meta proyectada.

## 2. FACTURACIÓN Y RECAUDO:

El proceso de facturación está compuesto por: Admisiones, Autorizaciones, Facturación y Armado de cuentas, áreas que prestan diferentes servicios los cuales están orientados hacia la calidad y el objetivo de la acreditación.

Con el fin de ser garante del cumplimiento de lo anterior propiamente dicho, se han adoptado diferentes estrategias y planes de mejoramiento traducidos en acciones como:

**Ingresos abiertos:** para este indicador, el cual se identifica como el cierre la facturación inoportuna y da como consecuencia: la información no puntual en los informes de gestión y el cobro tardío de servicios prestados por el hospital, se adelantó la siguiente gestión: se organizó el equipo de facturación de tal manera que se asignara responsabilidades puntuales que permitieran realizar un seguimiento a cada uno de los funcionarios, esta gestión se realizó entregando a cada uno los egresos numerados por camas y se les realiza la entrega de las carpetas para el seguimiento diario de la estancia del paciente hospitalizado.

Una vez realizado esto, se realiza seguimiento a través del sistema de información del hospital DGH, donde se identifica los ingresos pendientes por cerrar, teniendo esta información se realiza reporte via correo electrónico donde se le informa a cada uno sobre los pendientes.

Con el fin de garantizar el cumplimiento de este indicador se realiza reunión los días miércoles y viernes, donde cada uno de los implicados expone las situaciones donde se han presentado falencias y poder dar cumplimiento con este indicador disminuyendo los ingresos abiertos.

**Urgencias:** durante el primer trimestre se identificaron oportunidades de mejora relacionadas en el área de admisiones, las cuales tenían que ver con la asignación del tipo de ingreso, y el seguimiento en el censo, situación que estaba derivando errores en la información para el área de estadística y el área de subdirección de urgencias, para lo cual se realizó capacitación a cada uno de los responsables de la admisión y se realizó reuniones donde se daban a conocer los problemas relacionados con el área de urgencias. Durante estas reuniones se realizaron capacitaciones relacionadas a la sensibilización del trabajo en equipo, autocontrol, gestión de la calidad, normatividad actual y contratación.

Se realizó a su vez conciliaciones de la información con el área de estadística en pro de mejorar la calidad de la información y se realizaron reuniones con los líderes del área de facturación, estadística y urgencias, donde se tomaron decisiones para mejorar los procesos.

**Autorizaciones:** con el área de autorizaciones se evidencio que existían oportunidades de mejora relacionadas con la solicitud y soporte de las autorizaciones, de lo cual se derivaba que no se identificara correctamente las líneas de pago y faltaran autorizaciones. Basado en lo anterior, se programan reuniones con el objetivo de dar capacitación en la normatividad, se crea base de datos con todos los contactos de las diferentes EPS, con el fin de mejorar la comunicación y la entrega del soporte, a su vez, se solicita al área de Objeciones información que permita identificar los diferentes motivos de glosa radicados por las EPS y que están tipificados según la Res. 3047/08, los cuales son socializados con los funcionarios del área.

Además de lo anterior, se controla la autorización de procedimientos con las EPS con las cual no se tiene contrato, este control se lleva acabo informando al líder del área de facturación cada uno de los procedimiento, materiales e insumos, informando el valor, esto con el fin de determinar la línea de pago y obtener la autorización correspondiente, de lo anterior se derivó que parte de los procedimientos debían ser reportados a la superintendencia de salud por el manejo indebido de la EPS ante el caso.

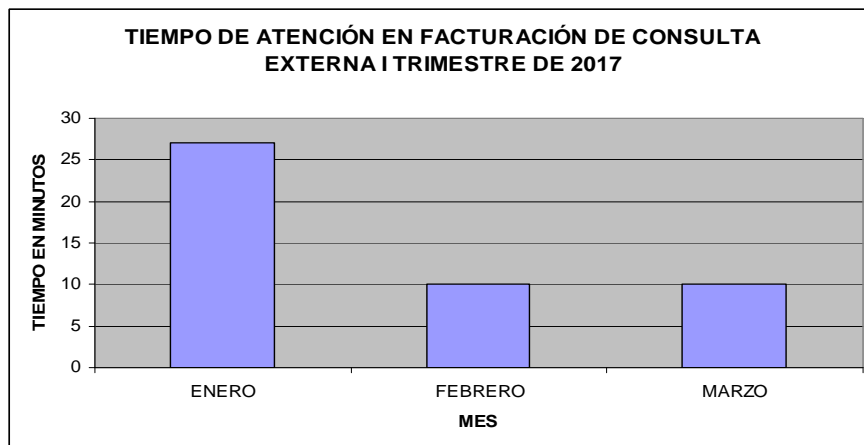
Radicación: el área de radicación ha presentado problemas especialmente con las EPS, para el caso con la mayoría de las que se presentan problemas, estos están relacionados con la validación y soporte de los archivos RIPS según 3374/00, para este caso la mas relevante es la EPS Convida, de lo cual se 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.

A su vez para ello esta implementado un reporte en el sistema de información del hospital el cual se realiza cruce con el área de cartera y contabilidad para garantizar la calidad de la información y aplicar la gestión pertinente ante el proceso que se evidencie alguna oportunidad de mejora.

Anulaciones: se registraron cifras elevadas y que no correspondían a la gestión en busca de la calidad, para lo cual se implementó un correo donde se registra la información de los causales y se justifica la anulación, además de eso, se centraliza al responsable de las anulaciones, la autorización y ejecución de la anulación queda en cabeza del líder de facturación, de tal manera permita tener el control de este procedimiento.

Informes: se estaban presentando oportunidades de mejora con respecto a la calidad de la información que reposa en el sistema de información del hospital, para lo cual se debió continuar con la conciliación de los módulos de contabilidad y facturación, por lo cual al evidenciar falencias se informa a cada una de las áreas con el fin de identificar el origen de la falla y plantear la mejora para evitar que se presente, por lo cual esta comunicación está basada en la interacción a través del correo institucional y reuniones programadas con el fin de garantizar la calidad de la información antes del cierre de cada mes.

**INDICADOR: Tiempo de Facturación Consulta Externa**



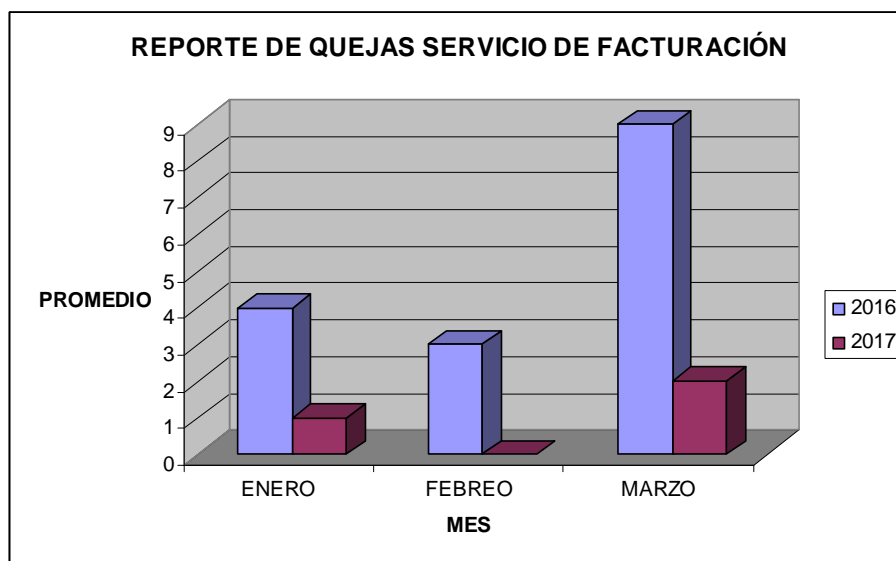
En el área de consulta externa de la sede de Bogotá se está realizando la medición del tiempo de facturación desde el momento de la llegada del paciente a tomar el turno hasta el momento donde se le genera la factura, los resultados generados de esta medición han dado un promedio de 16 minutos, lo cual se encuentra dentro de la meta del servicio que esta de 15 a 30 minutos

Para el valor anterior el área de facturación al momento de realizar la asignación de la cita, informa al usuario que debe acercarse a facturar por lo menos con 45 minutos de anterioridad.

## FACTURACION

### BOGOTA:

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2015		2016		2017	
	TOTAL 2015	% Par 2015	TOTAL 2016	% Par 2016	TOTAL 2017	% Par 2017
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	136.807.955	0,5%	152.266.965	0,7%	147.588.124	0,6%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	3.013.317.720	11,90%	2.716.231.076	12,6%	3.254.646.209	14,0%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	882.947.101	3,5%	692.068.710	3,2%	744.891.767	3,2%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	430.181.150	1,7%	417.373.780	1,9%	481.144.931	2,1%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	941.627.000	3,7%	492.104.600	2,3%	683.971.997	2,9%
QUIROFANOS (11)	3.067.582.564	12,1%	2.835.011.300	13,2%	3.195.501.188	13,8%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	2.059.742.896	8,1%	1.910.646.765	8,9%	1.691.623.204	7,3%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	2.000.412.320	7,9%	1.915.875.694	8,9%	2.448.549.164	10,5%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	150.251.844	0,6%	126.594.422	0,6%	177.446.340	0,8%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	1.215.015.510	4,8%	1.065.323.202	5,0%	1.087.437.042	4,7%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	429.466.029	1,7%	387.036.809	1,8%	414.249.609	1,8%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	435.903.986	1,7%	506.344.134	2,4%	436.692.862	1,9%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	48.525.294	0,2%	53.174.535	0,2%	84.749.714	0,4%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	7.379.513.901	29,1%	5.532.139.987	25,7%	5.285.979.037	22,8%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	339.771.153	1,3%	95.274.957	0,4%	386.853.756	1,7%
FACTURACION MODULO (CTA 43)	25.133.179.404	99%	21.517.655.684	100%	23.222.974.675	100%



Para la vigencia 2017 se evidencia un total de 3 quejas dirigidas para el área administrativa: facturación, y admisiones, por actitud inadecuada de los funcionarios.

Para lo anterior se han tomado acciones correctivas como: actitud inadecuada, se ha realizado retroalimentación a los diferentes funcionarios involucrados, los cuales adquieren compromiso en la mejora y adoptan autocontrol en búsqueda de la calidad. Además de lo anterior, el área de atención al usuario ha programado encuentros con los funcionarios involucrados donde se les da capacitación en sensibilización y calidad en la atención y por parte de la coordinación de facturación se hace un acta de compromiso con el funcionario para que no se repita la situación.

## 2.1 PLANES ÚNICOS 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 LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	4.2.3 literal d: No se asegura que los procedimientos que se encuentran documentados los conozcan todos los colaboradores del proceso.  Se realiza seguimiento al procedimiento 02AD03 - V1 "ADMISIÓN ADMINISTRATIVA DE PACIENTE" el cual no conocen los colaboradores que realizan esta actividad	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	85%	85%
Justificación: Se actualizaron los procedimientos en abril de 2017 y se creó el que faltaba que era consolidación y radicación de cuentas				

Barrera de mejoramiento: N/A				
2.	7.5.1 No se cumple con la disponibilidad de instrucciones de trabajo para la prestación del servicio en condiciones controladas. 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	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	80%	80%
	Justificación: Se está haciendo seguimiento a los riesgos planteados en la matriz de riesgos y está pendiente su evaluación por parte de la oficina de planeación			
	Barreras de mejoramiento N/A			

## 2. PLAN DE ACCIÓN EN 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%
	Justificación 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.			
	Barrera de mejoramiento N/A			
2.	Aumentar la Facturación	valor facturado periodo actual - valor facturado igual periodo del año anterior) / valor facturado del periodo anterior * 100	85%	85%
	Justificación Para el primer trimestre del 2017 las sedes de Bogota y Zipaquira se generaron un total ventas por un valor de \$ 30,880,163,158, con respecto a las ventas de la vigencia anterior las cuales fueron por \$ 28.688.534.080, se evidencia un incremento en las ventas de las sedes Bogota y Zipaquira en un 8 % el cual esta representado en \$ 2,191,629,078.			
	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 trimestre del 2017 las sedes de Bogota y Zipaquira, se factura un total de \$ 30.880.163.159, de las cuales se pueden radicar \$ 20.932.775.817, ya que lo facturado en marzo \$ 9.947.387.342 se radica en el mes de abril. Del valor con posibilidad de radicar se realiza la gestión de 19.311.597.239, lo cual da un porcentaje de radicación del 92%.			



### 3. GESTIÓN FINANCIERA

#### 3.1 PRESUPUESTO

#### PRESUPUESTO DE INGRESOS

#### PRESUPUESTO APROBADO BOGOTA

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%	28.229.887.000	21%	39.724.825.215	25%	-24%	41%
Ingresos corrientes	72.794.962.000	60%	76.500.438.000	57%	71.296.013.383	45%	5%	-7%
...Venta de servicios de salud	66.775.314.000	55%	67.770.158.000	50%	64.327.161.317	40%	1%	-5%
.....Régimen Subsidiado	54.418.735.000	45%	48.474.823.000	36%	42.858.161.000	27%	-11%	-12%
.....Régimen Contributivo	2.137.580.000	2%	4.910.065.000	4%	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)	5.167.158.000	4%	7.902.861.000	6%	10.749.916.000	7%	53%	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	3%	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%	29.707.157.000	22%	47.257.517.238	30%	191%	59%
TOTAL INGRESOS	120.367.755.623	100%	134.837.482.000	100%	159.078.355.836	100%	12%	18%
TOTAL DE LA VIGENCIA	73.194.962.000	61%	76.900.438.000	57%	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 prohospitalares para esta vigencia, cabe resaltar que el presupuesto a marzo de 2017 ya se tiene el ajuste al presupuesto aprobado en el confiscan en Febrero de 2017 y en la vigencia 2016 fue aprobado en el mes de Abril de 2016.



## RECONOCIMIENTOS BOGOTA

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	50%	42.190.820.564	59%	39.724.825.215	48%	14%	-6%
Ingresos corrientes	25.124.491.909	34%	21.606.368.428	30%	23.441.662.507	28%	-14%	8%
...Venta de servicios de salud	25.049.815.140	34%	21.517.618.484	30%	23.221.800.654	28%	-14%	8%
.....Régimen Subsidiado	19.462.501.017	26%	15.878.401.742	22%	16.142.289.965	20%	-18%	2%
.....Régimen Contributivo	1.384.183.753	2%	1.325.704.110	2%	1.778.099.698	2%	-4%	33%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	1.942.105.830	3%	1.777.809.304	2%	2.651.210.213	3%	-8%	49%
.....SOAT – Fosyga	1.109.411.061	1%	1.520.607.949	2%	1.589.454.238	2%	37%	4%
.....Otras ventas de servicios de Salud	1.151.613.479	2%	1.015.095.379	1%	1.060.746.540	1%	-12%	4%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	0	0%	0	0%	51.166.066	0%	0%	100%
...Otros ingresos corrientes	74.676.769	0%	88.749.944	0%	168.695.787	0%	19%	90%
Ingresos de capital	357.248.242	0%	539.391.867	1%	390.282.477	0%	51%	-28%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	12.077.287.921	16%	7.000.431.100	10%	19.197.762.291	23%	-42%	174%
TOTAL INGRESOS	74.533.396.817	100%	71.337.011.959	100%	82.754.532.490	100%	-4%	16%
TOTAL DE LA VIGENCIA	25.481.740.151	100%	22.145.760.295	31%	23.831.944.984	29%	-13%	8%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	37.559.028.072	147%	29.146.191.395	41%	43.029.707.275	52%	-22%	48%

Los reconocimientos totales han tenido un aumento del 16% para el 2017 comparado con el de la vigencia 2016, mientras que para el 2015 al 2016 disminuyó el 4%, en mayor parte por la disminución de las cuentas por cobrar y venta de servicios de salud. En lo correspondiente en la venta de servicios de salud tuvo un 8% importante para el 2017, donde su mayor representación principalmente es el régimen PPNA. 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 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 aumentan sin llegar a recibir recursos por este concepto como son la Estampilla Prohospitales, pero se tiene para la vigencia 2017 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 52%, mostrando un reconocimiento de eficiencia favorable a este trimestre.

## RECAUDOS BOGOTA

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	68%	42.190.820.564	75%	39.724.825.215	62%	14%	-6%
Ingresos corrientes	5.184.547.745	9%	6.439.523.296	11%	4.338.670.966	7%	24%	-33%
...Venta de servicios de salud	5.109.870.976	9%	6.350.773.352	11%	4.118.809.113	6%	24%	-35%
.....Régimen Subsidiado	2.397.361.453	4%	4.537.598.446	8%	3.337.651.419	5%	89%	-26%
.....Régimen Contributivo	264.315.314	0%	22.360.666	0%	91.709.383	0%	-92%	310%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	1.337.492.807	2%	1.295.823.999	2%	23.830.311	0%	-3%	-98%
.....SOAT - Fosyga	436.543.784	1%	35.936.725	0%	255.363.431	0%	-92%	611%
.....Otras ventas de servicios de Salud	674.157.618	1%	459.053.516	1%	410.254.569	1%	-32%	-11%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	0	0%	0	0%	51.166.066	0%	0%	100%
...Otros ingresos corrientes	74.676.769	0%	88.749.944	0%	168.695.787	0%	19%	90%
Ingresos de capital	357.248.242	1%	539.391.867	1%	390.282.477	1%	51%	-28%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	12.077.287.921	22%	7.000.431.100	12%	19.197.762.291	30%	-42%	174%
TOTAL INGRESOS	54.593.452.653	100%	56.170.166.827	100%	63.651.540.949	100%	3%	13%
TOTAL DE LA VIGENCIA	5.541.795.987	100%	6.978.915.163	12%	4.728.953.443	7%	26%	-32%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	17.619.083.908	318%	13.979.346.263	25%	23.926.715.734	38%	-21%	71%

El recaudo total se incremento en el 13%, dado por cuanto al aumento en la recuperacion de cartera de cuentas por cobrar (otras vigencias) por el pago recibido de Caprecom, que valor recibido era de cartera era de 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 menor ingreso de los rendimientos financieros por el dinero en las cuentas bancarias del hospital obtenidos en este trimestre 2017 comparado con el año anterior porque el Hospital.

El porcentaje de recaudo total con respecto a los reconocimientos totales es por el 77% y de acuerdo al presupuesto total programado por la suma de \$159.078 millones de pesos con respecto al recaudo total es el 40%.

## PRESUPUESTO DE GASTOS

### PRESUPUESTO APROBADO BOGOTA

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%	50.386.834.000	37%	58.513.912.383	37%	10%	16%
...GASTOS DE PERSONAL	33.016.003.000	27%	35.931.483.000	27%	41.937.281.317	26%	9%	17%
.....Gastos de Personal de Planta	17.164.569.000	14%	16.959.300.000	13%	21.039.829.000	13%	-1%	24%
.....Servicios personales asociados a la nómina	11.291.529.000	9%	10.901.797.000	8%	14.260.962.000	9%	-3%	31%
.....Sueldos personal de nómina	7.779.034.000	6%	7.541.579.000	6%	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%	2.141.613.000	2%	2.711.941.000	2%	-1%	27%
.....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	14%	20.897.452.317	13%	20%	10%
...GASTOS GENERALES	12.364.570.000	10%	14.021.894.000	10%	15.911.682.066	10%	13%	13%
.....Adquisición de bienes	1.859.974.000	2%	1.915.608.000	1%	2.262.626.066	1%	3%	18%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	4.292.295.000	4%	4.706.977.000	3%	5.321.173.000	3%	10%	13%
.....Mantenimiento	4.545.115.000	4%	5.674.152.000	4%	6.390.973.000	4%	25%	13%
.....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%	141.288.000	0%	200.000.000	0%	7%	42%
...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%	53.368.174.000	40%	54.429.095.000	34%	21%	2%

...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%	24.228.936.000	18%	25.598.834.000	16%	20%	6%
INVERSION	22.121.280.266	18%	17.325.211.000	13%	29.302.395.715	18%	-22%	69%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	8.177.395.357	7%	13.757.263.000	10%	16.832.952.738	11%	68%	22%
TOTAL GASTOS	120.367.755.623	100%	134.837.482.000	100%	159.078.355.836	100%	12%	18%
Disponibilidad Final	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
TOTAL MAS DISPONIBILIDAD FINAL	120.367.755.623	100%	134.837.482.000	100%	159.078.355.836	100%	12%	18%
TOTAL DE LA VIGENCIA	112.190.360.266	93%	121.080.219.000	90%	142.245.403.098	89%	8%	17%

Si observamos el presupuesto total de la vigencia 2016 y 2017 aumento 18%, hay que resaltar que para la vigencia 2016 no había quedado aprobado el ajuste al presupuesto en lo correspondiente al valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) y de inversión, revisado internamente por rubros representativos esta en la proyección de las cuentas por pagar (vigencias anteriores), en gastos de funcionamiento e inversión.

Donde se ha presentado mayor aumento es en gastos de inversión para ejecutar proyectos con recursos propios y compra de tecnología con recursos de estampillas prohospitalares.

### COMPROMISOS BOGOTA

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	23.524.131.029	36%	18.557.532.960	43%	24.922.324.798	40%	-21%	34%
...GASTOS DE PERSONAL	18.173.328.386	27%	14.230.939.190	33%	19.716.980.094	32%	-22%	39%
.....Gastos de Personal de Planta	3.119.418.566	5%	3.167.562.074	7%	2.829.770.767	5%	2%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	2.131.006.798	3%	2.140.244.166	5%	2.360.850.951	4%	0%	10%
.....Sueldos personal de nómina	1.742.995.076	3%	1.754.026.656	4%	1.892.768.476	3%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	221.982.748	0%	226.351.805	1%	241.075.849	0%	2%	7%

.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	166.028.974	0%	159.865.705	0%	227.006.626	0%	-4%	42%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	988.411.768	1%	1.027.317.908	2%	468.919.816	1%	4%	-54%
.....Servicios personales indirectos	15.053.909.820	23%	11.063.377.116	25%	16.887.209.327	27%	-27%	53%
...GASTOS GENERALES	5.331.135.143	8%	4.312.446.770	10%	5.190.205.504	8%	-19%	20%
.....Adquisición de bienes	785.360.374	1%	760.587.593	2%	225.721.710	0%	-3%	-70%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	3.632.720.046	5%	1.973.187.781	5%	4.307.547.339	7%	-46%	118%
.....Mantenimiento	456.281.884	1%	1.234.474.972	3%	129.776.073	0%	171%	-89%
.....Servicios públicos	334.035.410	1%	344.196.424	1%	393.504.782	1%	3%	14%
.....Impuestos y Multas	122.737.429	0%	0	0%	133.655.600	0%	-100%	#¡DIV/0!
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	19.667.500	0%	14.147.000	0%	15.139.200	0%	-28%	7%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	34.718.366.711	52%	13.858.241.894	32%	20.427.890.462	33%	-60%	47%
...Medicamentos	4.941.450.033	7%	1.197.741.838	3%	421.769.643	1%	-76%	-65%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	10.908.408.678	16%	4.549.821.056	10%	2.614.572.819	4%	-58%	-43%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	18.868.508.000	29%	8.110.679.000	19%	17.391.548.000	28%	-57%	114%
INVERSION	0	0%	335.874.089	1%	0	0%	100%	-100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	7.948.581.840	12%	10.837.742.465	25%	16.445.921.442	27%	36%	52%
TOTAL GASTOS	66.191.079.580	100%	43.589.391.408	100%	61.796.136.702	100%	-34%	42%
TOTAL DE LA VIGENCIA	58.242.497.740	100%	32.751.648.943	75%	45.350.215.260	73%	-44%	38%

Los compromisos totales han tenido un aumento del 42% 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, 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 esta en proceso de convocatorias registrandose presupuestalmente menos contratos de las convocatorias de la compra de insumos y servicios para esta vigencia 2017.

La representación de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) aumento del 2016 a 2017 el 52%, 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 39% y en el 2016 es el 32%.

#### OBLIGACIONES BOGOTA

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	8.546.961.599	46%	9.697.834.113	45%	10.062.705.635	37%	13%	4%
...GASTOS DE PERSONAL	6.920.900.810	37%	7.827.488.047	36%	7.929.738.083	29%	13%	1%
.....Gastos de Personal de Planta	3.119.418.566	17%	3.167.562.074	15%	2.829.770.767	10%	2%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	2.131.006.798	11%	2.140.244.166	10%	2.360.850.951	9%	0%	10%
.....Sueldos personal de nómina	1.742.995.076	9%	1.754.026.656	8%	1.892.768.476	7%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	221.982.748	1%	226.351.805	1%	241.075.849	1%	2%	7%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	166.028.974	1%	159.865.705	1%	227.006.626	1%	-4%	42%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	988.411.768	5%	1.027.317.908	5%	468.919.816	2%	4%	-54%
.....Servicios personales indirectos	3.801.482.244	20%	4.659.925.973	22%	5.099.967.316	19%	23%	9%
...GASTOS GENERALES	1.606.393.289	9%	1.856.199.066	9%	2.117.828.352	8%	16%	14%
.....Adquisición de bienes	157.880.058	1%	221.150.588	1%	154.265.764	1%	40%	-30%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	960.916.534	5%	1.265.802.121	6%	1.440.636.310	5%	32%	14%
.....Mantenimiento	41.150.880	0%	37.152.025	0%	6.934.176	0%	-10%	-81%
.....Servicios públicos	323.708.388	2%	332.094.332	2%	382.336.502	1%	3%	15%
.....Impuestos y Multas	122.737.429	1%	0	0%	133.655.600	0%	-100%	100%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	19.667.500	0%	14.147.000	0%	15.139.200	0%	-28%	7%

GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	5.969.082.691	32%	5.703.277.157	26%	6.153.516.603	22%	-4%	8%
...Medicamentos	624.440.779	3%	392.431.302	2%	133.356.087	0%	-37%	-66%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.316.416.197	7%	1.323.314.860	6%	1.173.910.304	4%	1%	-11%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	4.028.225.715	21%	3.987.530.995	19%	4.846.250.212	18%	-1%	22%
INVERSION	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	4.225.789.324	23%	6.134.250.146	28%	11.241.133.527	41%	45%	83%
TOTAL GASTOS	18.741.833.614	100%	21.535.361.416	100%	27.457.355.765	100%	15%	27%
TOTAL DE LA VIGENCIA	14.516.044.290	100%	15.401.111.270	72%	16.216.222.238	59%	6%	5%

Se presenta una gran variación de la vigencia 2016 a 2017 del 27% 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 BOGOTA

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	6.496.589.001	56%	7.010.471.191	58%	9.257.395.046	58%	8%	32%
...GASTOS DE PERSONAL	5.843.559.803	50%	6.125.644.288	51%	7.920.195.069	49%	5%	29%
.....Gastos de Personal de Planta	3.119.418.566	27%	3.167.562.074	26%	2.829.770.767	18%	2%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	2.131.006.798	18%	2.140.244.166	18%	2.360.850.951	15%	0%	10%
.....Sueldos personal de nómina	1.742.995.076	15%	1.754.026.656	15%	1.892.768.476	12%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	221.982.748	2%	226.351.805	2%	241.075.849	2%	2%	7%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	166.028.974	1%	159.865.705	1%	227.006.626	1%	-4%	42%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	988.411.768	9%	1.027.317.908	9%	468.919.816	3%	4%	-54%
.....Servicios personales indirectos	2.724.141.237	23%	2.958.082.214	25%	5.090.424.302	32%	9%	72%
...GASTOS GENERALES	639.805.198	6%	870.679.903	7%	1.322.060.777	8%	36%	52%
.....Adquisición de bienes	8.274.160	0%	71.242.087	1%	1.694.000	0%	761%	-98%

.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	284.349.938	2%	477.033.806	4%	802.377.275	5%	68%	68%
.....Mantenimiento	24.583.553	0%	5.541.573	0%	3.388.000	0%	-77%	-39%
.....Servicios públicos	311.591.118	3%	316.862.437	3%	382.336.502	2%	2%	21%
.....Impuestos y Multas	11.006.429	0%	0	0%	132.265.000	1%	-100%	100%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13.224.000	0%	14.147.000	0%	15.139.200	0%	7%	7%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	2.401.013.337	21%	2.146.088.003	18%	2.859.809.785	18%	-11%	33%
...Medicamentos	47.539.585	0%	33.464.938	0%	28.186.796	0%	-30%	-16%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	38.651.917	0%	59.422.184	0%	13.054.282	0%	54%	-78%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	2.314.821.835	20%	2.053.200.881	17%	2.818.568.707	18%	-11%	37%
INVERSION	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	2.720.897.094	23%	2.839.257.773	24%	3.908.202.508	24%	4%	38%
TOTAL GASTOS	11.618.499.432	100%	11.995.816.967	100%	16.025.407.339	100%	3%	34%
TOTAL DE LA VIGENCIA	8.897.602.338	100%	9.156.559.194	76%	12.117.204.831	76%	3%	32%

El total de pagos en el presupuesto gastos con respecto a los periodos 2015 a 2016 aumento en un 3% y para el 2016 a 2017 aumenta en un 34%, su aumento dado que el hospital los gastos de personal que esta contratado mercerizado se pago hasta el mes de marzo y en el año anterior no se dio la misma situación, al personal medico y por concepto de compra de insumos.

#### CUENTAS POR PAGAR PRESUPUESTALES CONSTITUIDAS BOGOTA

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 BOGOTA-GASTOS COMPROMETIDOS

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	25.049.815.140	21.517.618.484	23.221.800.654
Gastos de funcionamiento comprometidos	23.524.131.029	18.557.532.960	24.922.324.798
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	34.718.366.711	13.858.241.894	20.427.890.462
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	43	66	51
Ingresos por venta de salud recaudados	5.109.870.976	6.350.773.352	4.118.809.113
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	9	20	9
Ingreso reconocido total	74.533.396.817	71.337.011.959	82.754.532.490
Ingreso recaudado total	54.593.452.653	56.170.166.827	63.651.540.949
Gasto comprometido total	66.191.079.580	43.589.391.408	61.796.136.702
Relación reconocimiento total/ compromiso total	113	164	134
Relación recaudo total/ compromiso total	82	129	103
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	27	32	39

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 \$51 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2017 de \$9 pesos, siendo menor 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 mercerizados contratados y en el 2016 en su gran mayoría cubrían menos tiempo y el recaudo son por la venta de servicios del primer 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 \$134 pesos siendo menor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$103 en la vigencia 2017 donde es menor al de la vigencia anterior que fue inferior.

## INDICADORES PRESUPUESTALES

Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogota

		Compromisos 31/03/2017	Compromisos Indexado 31/03/2016	Obligaciones 31/03/2017	Obligaciones Indexado 31/03/2016
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	45.350.215.260	34.279.681.908	15.401.111.270	17.148.655.017
( / )Numero de UVR producidas en la vigencia	b	3.160.433,00	3.602.763,00	3.160.433,00	3.602.763,00
<b>Resultado (a/b)</b>		<b>14.349</b>	<b>9.515</b>	<b>4.873</b>	<b>4.760</b>
<b>Resultado Indicador</b>			<b>1,51</b>		<b>1,02</b>
<b>Estandar indicador</b>			<b>&lt;0,90</b>		<b>&lt;0,90</b>

Indicador Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Bogota

		Compromisos mar-17	Obligaciones mar-17
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	63.651.540.949	63.651.540.949
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	61.796.136.702	27.457.355.765
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>		<b>1,03</b>	<b>2,32</b>
<b>Estandar indicador</b>		<b>&gt;1,00</b>	<b>&gt;1,00</b>

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-14.895.061.686
Superávit o déficit operacional no corriente	43.004.202.362
Superávit o déficit total	28.109.140.676
Sin Riesgo	0.92
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	20.958.395.788

### PRESUPUESTO DE INGRESOS

### PRESUPUESTO APROBADO ZIPAQUIRA

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	66%	17.793.707.000	65%	15%	9%
...Venta de servicios de salud	13.779.745.000	64%	16.387.735.000	66%	17.793.707.000	65%	19%	9%
.....Régimen Subsidiado	8.199.709.000	38%	9.571.367.000	38%	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%
.....FOSYGA	0	0%	0	0%	0	0%	0%	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%	8.497.382.000	34%	9.753.183.500	35%	27%	15%
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>21.591.866.000</b>	<b>100%</b>	<b>24.885.117.000</b>	<b>100%</b>	<b>27.546.890.500</b>	<b>100%</b>	<b>15%</b>	<b>11%</b>
<b>TOTAL DE LA VIGENCIA</b>	<b>14.307.245.000</b>	<b>66%</b>	<b>16.387.735.000</b>	<b>66%</b>	<b>17.793.707.000</b>	<b>65%</b>	<b>15%</b>	<b>9%</b>

Dentro de la programación del presupuesto total de ingresos tuvo una variación de la vigencia 2016 a 2017 del 11%, 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, no sin dejar de mencionar que en el presupuesto a marzo de 2016 no había quedado aprobado el ajuste al presupuesto de esta vigencia.

#### RECONOCIMIENTOS ZIPAQUIRA

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	5%	0	0%	0	0%	-100%	0%
Ingresos corrientes	5.962.357.885	50%	7.043.871.911	67%	7.458.975.903	72%	18%	6%
...Venta de servicios de salud	5.957.805.574	50%	7.039.505.521	67%	7.457.275.443	72%	18%	6%
.....Régimen Subsidiado	3.530.728.200	30%	4.321.893.285	41%	4.342.768.842	42%	22%	0%

.....Régimen Contributivo	1.794.939.106	15%	1.998.090.584	19%	2.264.486.252	22%	11%	13%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	130.318.191	1%	121.024.766	1%	247.387.459	2%	-7%	104%
.....SOAT - Fosyga	130.521.857	1%	190.345.670	2%	152.198.385	1%	46%	-20%
.....Otras ventas de servicios de Salud	371.298.220	3%	408.151.216	4%	450.434.505	4%	10%	10%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
...Otros ingresos corrientes	4.552.311	0%	4.366.390	0%	1.700.460	0%	-4%	-61%
Ingresos de capital	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	5.326.550.463	45%	3.407.989.946	33%	2.886.541.367	28%	-36%	-15%
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>11.903.700.571</b>	<b>100%</b>	<b>10.451.861.857</b>	<b>100%</b>	<b>10.345.517.270</b>	<b>100%</b>	<b>-12%</b>	<b>-1%</b>
<b>TOTAL DE LA VIGENCIA</b>	<b>5.962.357.885</b>	<b>100%</b>	<b>7.043.871.911</b>	<b>67%</b>	<b>7.458.975.903</b>	<b>72%</b>	<b>18%</b>	<b>6%</b>
<b>TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL</b>	<b>11.288.908.348</b>	<b>189%</b>	<b>10.451.861.857</b>	<b>100%</b>	<b>10.345.517.270</b>	<b>100%</b>	<b>-7%</b>	<b>-1%</b>

Los reconocimientos totales han tenido una disminución para la vigencia 2017 comparado con la vigencia anterior en especial por el menor valor ejecutado en las cuentas por cobrar (otras vigencias), por un menor recuperado 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 38% y en el 2016 era del 42%, mostrando una variación de un año a otro.

## RECAUDOS ZIPAQUIRA

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	8%	0	0%	0	0%	-100%	0%
Ingresos corrientes	1.502.583.660	20%	2.383.238.759	41%	2.014.469.097	41%	59%	-15%
...Venta de servicios de salud	1.498.031.349	20%	2.378.872.369	41%	2.012.768.637	41%	59%	-15%
.....Régimen Subsidiado	1.121.186.347	15%	2.128.990.350	37%	1.621.875.088	33%	90%	-24%
.....Régimen Contributivo	150.285.326	2%	4.387.491	0%	19.904.213	0%	-97%	354%

.....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	41.869.387	1%	15.416.651	0%	18.412.191	0%	-63%	19%
.....Otras ventas de servicios de Salud	184.690.289	2%	230.077.877	4%	352.577.145	7%	25%	53%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
...Otros ingresos corrientes	4.552.311	0%	4.366.390	0%	1.700.460	0%	-4%	-61%
Ingresos de capital	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	5.326.550.463	72%	3.407.989.946	59%	2.886.541.367	59%	-36%	-15%
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>7.443.926.346</b>	<b>100%</b>	<b>5.791.228.705</b>	<b>100%</b>	<b>4.901.010.464</b>	<b>100%</b>	<b>-22%</b>	<b>-15%</b>
<b>TOTAL DE LA VIGENCIA</b>	<b>1.502.583.660</b>	<b>100%</b>	<b>2.383.238.759</b>	<b>41%</b>	<b>2.014.469.097</b>	<b>41%</b>	<b>59%</b>	<b>-15%</b>
<b>TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL</b>	<b>6.829.134.123</b>	<b>92%</b>	<b>5.791.228.705</b>	<b>100%</b>	<b>4.901.010.464</b>	<b>100%</b>	<b>-15%</b>	<b>-15%</b>

El recaudo total tuvo una disminución en la vigencia 2017 comparado con el de la vigencia 2016, dado por cuanto al menor 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 esta dado por el 47% y de acuerdo al presupuesto total programado por la suma de \$27.546 millones de pesos con respecto con el recaudo total es el 18%.

## PRESUPUESTO DE GASTOS

### PRESUPUESTO APROBADO ZIPAQUIRA

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%	3.655.956.000	15%	17.513.754.000	64%	0%	379%
...GASTOS DE PERSONAL	35.000.000	0%	5.250.000	0%	13.230.993.000	48%	-85%	100%
.....Servicios personales indirectos	35.000.000	0%	5.250.000	0%	13.230.993.000	48%	-85%	100%
...GASTOS GENERALES	3.391.381.000	16%	3.533.706.000	14%	4.142.761.000	15%	4%	17%
.....Adquisición de bienes	468.941.000	2%	698.627.000	3%	785.036.000	3%	49%	12%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.419.883.000	7%	1.425.350.000	6%	1.739.585.000	6%	0%	22%
.....Mantenimiento	1.023.904.000	5%	907.095.000	4%	1.028.649.000	4%	-11%	13%
.....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%	19.058.000.000	77%	7.673.526.000	28%	21%	-60%
...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%	15.814.081.000	64%	4.539.236.000	16%	21%	-71%
INVERSION	550.000.000	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.633.926.214	8%	2.171.161.000	9%	2.359.610.500	9%	33%	9%
TOTAL GASTOS	21.591.866.000	100%	24.885.117.000	100%	27.546.890.500	100%	15%	11%
Disponibilidad Final	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
TOTAL MAS DISPONIBILIDAD FINAL	21.591.866.000	100%	24.885.117.000	100%	27.546.890.500	100%	15%	11%
TOTAL DE LA VIGENCIA	19.957.939.786	92%	22.713.956.000	91%	25.187.280.000	91%	14%	11%

El presupuesto total aumento el 11% de la vigencia 2016 / 2017, al interior de los rubros de la vigencia se presenta mayor variación esta en servicios personales indirectos y la disminución de prestación de servicios en que se clasifico los gastos tercerizado por gastos de cooperativas o temporal a servicios indirectos quedando solo los servicios de gastos medicos 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, cabe anotar que en la vigencia 2016 a este corte no habia quedado aprobado el ajuste el presupuesto en lo correspondiente a las cuentas por pagar (vigencias anteriores) y a 2017 ya se encuentre aprobado el ajuste al presupuesto correspondiente al cierre de la vigencia 2016.

### COMPROMISOS ZIPAQUIRA

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1.647.011.717	10%	1.071.437.094	11%	13.929.965.016	70%	-35%	1200%
.....Servicios personales indirectos	5.000.000	0%	0	0%	12.250.320.000	61%	-100%	100%
...GASTOS GENERALES	1.642.011.717	10%	1.071.437.094	11%	1.582.499.316	8%	-35%	48%
.....Adquisición de bienes	198.580.353	1%	74.558.919	1%	85.712.185	0%	-62%	15%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.116.976.114	6%	624.513.077	6%	1.285.384.901	6%	-44%	106%
.....Mantenimiento	119.681.386	1%	167.482.158	2%	75.658.009	0%	40%	-55%

.....Servicios públicos	115.204.664	1%	110.566.740	1%	135.744.221	1%	-4%	23%
.....Impuestos y Multas	91.569.200	1%	94.316.200	1%	0	0%	3%	-100%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	0	0%	0	0%	97.145.700	0%	0%	100%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	13.942.596.319	81%	7.689.425.884	76%	3.849.137.162	19%	-45%	-50%
...Medicamentos	433.058.512	3%	41.693.842	0%	90.994.587	0%	-90%	118%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.296.802.807	8%	316.832.042	3%	542.222.575	3%	-76%	71%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	12.212.735.000	71%	7.330.900.000	72%	3.215.920.000	16%	-40%	-56%
INVERSION	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.629.626.214	9%	1.416.161.077	14%	2.251.287.611	11%	-13%	59%
TOTAL GASTOS	17.219.234.250	100%	10.177.024.055	100%	20.030.389.789	100%	-41%	97%
TOTAL DE LA VIGENCIA	15.589.608.036	91%	8.760.862.978	86%	17.779.102.178	89%	-44%	103%

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 presupuesalmente 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 ZIPAQUIRA

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	506.605.348	11%	578.301.321	11%	3.890.202.902	59%	14%	573%
...GASTOS DE PERSONAL	0	0%	0		3.250.297.445		100%	100%
.....Servicios personales indirectos	0	0%	0		3.250.297.445		100%	100%

...GASTOS GENERALES	506.605.348	11%	578.301.321	11%	639.905.457	10%	14%	11%
.....Adquisición de bienes	14.722.380	0%	24.553.649	0%	6.462.685	0%	67%	-74%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	317.905.293	7%	364.426.180	7%	429.455.366	6%	15%	18%
.....Mantenimiento	2.397.797	0%	10.210.237	0%	2.903.485	0%	326%	-72%
.....Servicios públicos	80.010.678	2%	84.795.055	2%	103.938.221	2%	6%	23%
.....Impuestos y Multas	91.569.200	2%	94.316.200	2%	97.145.700	1%	3%	3%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	3.187.205.983	71%	3.411.227.753	67%	1.075.962.703	16%	7%	-68%
...Medicamentos	16.403.486	0%	17.598.014	0%	24.760.199	0%	7%	41%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	137.211.832	3%	98.985.697	2%	93.517.506	1%	-28%	-6%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	3.033.590.665	67%	3.294.644.042	65%	957.684.998	14%	9%	-71%
INVERSION	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	818.741.380	18%	1.117.356.622	22%	1.643.251.783	25%	36%	47%
TOTAL GASTOS	4.512.552.711	100%	5.106.885.696	100%	6.609.417.388	100%	13%	29%
TOTAL DE LA VIGENCIA	3.693.811.331	82%	3.989.529.074	78%	4.966.165.605	75%	8%	24%

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 29% 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 ZIPAQUIRA

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	285.502.545	11%	313.351.674	11%	2.375.261.828	60%	10%	658%



...GASTOS DE PERSONAL	0	0%	0		1.973.212.923		0%	100%
.....Servicios personales indirectos	0	0%	0		1.973.212.923		0%	100%
...GASTOS GENERALES	285.502.545	11%	313.351.674	11%	402.048.905	10%	10%	28%
.....Adquisición de bienes	800.000	0%	11.005.050	0%	968.000	0%	1276%	-91%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	111.922.667	4%	125.103.778	4%	198.544.984	5%	12%	59%
.....Mantenimiento	1.200.000	0%	2.461.437	0%	1.452.000	0%	105%	-41%
.....Servicios públicos	80.010.678	3%	80.465.209	3%	103.938.221	3%	1%	29%
.....Impuestos y Multas	91.569.200	3%	94.316.200	3%	97.145.700	2%	3%	3%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	1.800.089.120	69%	1.737.158.618	59%	466.324.430	12%	-3%	-73%
...Medicamentos	0	0%	2.582.712	0%	1.593.740	0%	100%	-38%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	28.599.287	1%	0	0%	0	0%	-100%	0%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	1.771.489.833	67%	1.734.575.906	59%	464.730.690	12%	-2%	-73%
INVERSION	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	539.785.135	21%	873.396.260	30%	1.121.480.140	28%	62%	28%
TOTAL GASTOS	2.625.376.800	100%	2.923.906.552	100%	3.963.066.398	100%	11%	36%
TOTAL DE LA VIGENCIA	2.085.591.665	79%	2.050.510.292	70%	2.841.586.258	72%	-2%	39%

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. ZIPAQUIRA

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 -	1.414.938.672	87%	1.281.862.770	85%	1.370.296.504	58%	-9%	7%

OBLIGACIONES								
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 aumento 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 ZIPAQUIRA-GASTOS COMPROMETIDOS

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	5.957.805.574	7.039.505.521	7.457.275.443
Gastos de funcionamiento comprometidos	1.647.011.717	1.071.437.094	13.929.965.016
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	13.942.596.319	7.689.425.884	3.849.137.162
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	38	80	42
Ingresos por venta de salud recaudados	1.498.031.349	2.378.872.369	2.012.768.637
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	10	27	11
Ingreso reconocido total	11.903.700.571	10.451.861.857	10.345.517.270
Ingreso recaudado total	7.443.926.346	5.791.228.705	4.901.010.464
Gasto comprometido total	17.219.234.250	10.177.024.055	20.030.389.789
Relación reconocimiento total/ compromiso total	69	103	52
Relación recaudo total/ compromiso total	43	57	24
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	40	57	24

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos aumento su cubrimiento para la vigencia 2017 comparado con el de las vigencias 2015 y 2016 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$42 pesos, por el mayor valor de contratos comprometidos a este fecha, que cubren hasta mediados de septiembre de 2017 y en el 2016 se tenia 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 tambien 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 \$52 pesos inferior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$24 pesos de cubrimiento.

## INDICADORES PRESUPUESTALES

Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"

*Evolucion del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - UF Zipaquirá*

		<b>Compromisos</b> 31/03/2017	<b>Compromisos</b> <b>Indexado</b> 31/03/2016	<b>Obligaciones</b> 31/03/2017	<b>Obligaciones</b> <b>Indexado</b> 31/03/2016
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	17.779.102.178	9.264.612.599	4.966.165.605	4.218.926.996
( / )Numero de UVR producidas en la vigencia	b	1.297.925,00	1.379.469,00	1.297.925,00	1.379.469,00
<b>Resultado (a/b)</b>		<b>13.698</b>	<b>6.716</b>	<b>3.826</b>	<b>3.058</b>
<b>Resultado Indicador</b>			<b>2,04</b>		<b>1,25</b>
<b>Estandar indicador</b>			<b>&lt;0,90</b>		<b>&lt;0,90</b>

Indicador Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"

*Equilibrio Presupuestal con Recaudo UF Zipaquirá*

		<b>Compromisos</b> <b>mar-17</b>	<b>Obligaciones</b> <b>mar-17</b>
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	4.901.010.464	4.901.010.464
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	20.030.389.789	6.609.417.388
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>		<b>0,24</b>	<b>0,74</b>
<b>Estandar indicador</b>		<b>&gt;1,00</b>	<b>&gt;1,00</b>

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	<b>-6.622.690.371</b>
Superávit o déficit operacional no corriente	<b>7.226.329.223</b>
Superávit o déficit total	<b>603.638.851</b>
Sin Riesgo	<b>0.05</b>
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	<b>-9.684.872.519</b>

PRESUPUESTO DE INGRESOS CONSOLIDADO

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%	28.229.887.000	18%	39.724.825.215	21%	-25%	41%
Ingresos corrientes	87.102.207.000	61%	92.888.173.000	58%	91.691.943.383	48%	7%	-1%
...Venta de servicios de salud	80.555.059.000	57%	84.157.893.000	53%	84.723.091.317	45%	4%	1%
.....Régimen Subsidiado	62.618.444.000	44%	58.046.190.000	36%	58.227.470.000	31%	-7%	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)	5.584.410.000	4%	8.413.119.000	5%	11.393.628.000	6%	51%	35%
.....SOAT - Fosyga	2.201.626.000	2%	3.453.468.000	2%	3.569.582.000	2%	57%	3%
.....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%	38.204.539.000	24%	57.010.700.738	30%	126%	49%
TOTAL INGRESOS	141.959.621.623	100%	159.722.599.000	100%	189.227.469.336	100%	13%	18%
TOTAL DE LA VIGENCIA	87.502.207.000	62%	93.288.173.000	58%	92.491.943.383	49%	7%	-1%

El presupuesto aprobado tuvo un aumento del 18% 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. Otro aspecto esta dado que el ajuste al presupuesto en lo correspondiente a la disponibilidad inicial, cuentas por cobrar (otras vigencias) en la vigencia 2016 no habia sido aprobado a este corte y a la vigencia 2017 ya se encuentra aprobado por el CONFISCUN.

El Presupuesto de Ingresos Aprobado de 2017 por valor de \$189.227 millones, se discrimina así: Bogota 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 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	43%	42.190.820.564	52%	39.724.825.215	43%	12%	-6%
Ingresos corrientes	31.086.849.794	36%	28.650.240.339	35%	30.900.638.410	33%	-8%	8%
...Venta de servicios de salud	31.007.620.714	36%	28.557.124.005	35%	30.679.076.097	33%	-8%	7%
.....Régimen Subsidiado	22.993.229.217	27%	20.200.295.027	25%	20.485.058.807	22%	-12%	1%
.....Régimen Contributivo	3.179.122.859	4%	3.323.794.694	4%	4.042.585.950	4%	5%	22%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	2.072.424.021	2%	1.898.834.070	2%	2.898.597.672	3%	-8%	53%
.....SOAT - Fosyga	1.239.932.918	1%	1.710.953.619	2%	1.741.652.623	2%	38%	2%
.....Otras ventas de servicios de Salud	1.522.911.699	2%	1.423.246.595	2%	1.511.181.045	2%	-7%	6%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	0	0%	0	0%	51.166.066	0%	0%	100%
...Otros ingresos corrientes	79.229.080	0%	93.116.334	0%	170.396.247	0%	18%	83%
Ingresos de capital	357.248.242	0%	539.391.867	1%	390.282.477	0%	51%	-28%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	17.403.838.384	20%	10.408.421.046	13%	22.084.303.658	24%	-40%	112%
TOTAL INGRESOS	86.437.097.388	100%	81.788.873.816	100%	93.100.049.760	100%	-5%	14%
TOTAL DE LA VIGENCIA	31.444.098.036	100%	29.189.632.206	36%	31.290.920.887	34%	-7%	7%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	48.847.936.420	155%	39.598.053.252	48%	53.375.224.545	57%	-19%	35%

Los reconocimientos totales han tenido un crecimiento del -14% para la vigencia 2017, en lo referente a la venta de servicios de salud y 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 49% y en el 2016 era del 51%, mostrando una variación menor de un año a otro, teniendo en cuenta el mayor valor presupuestado en el 2017.

## RECAUDOS 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	61%	42.190.820.564	68%	39.724.825.215	58%	12%	-6%
Ingresos corrientes	6.687.131.405	11%	8.822.762.055	14%	6.353.140.063	9%	32%	-28%
...Venta de servicios de salud	6.607.902.325	11%	8.729.645.721	14%	6.131.577.750	9%	32%	-30%
.....Régimen Subsidiado	3.518.547.800	6%	6.666.588.796	11%	4.959.526.507	7%	89%	-26%
.....Régimen Contributivo	414.600.640	1%	26.748.157	0%	111.613.596	0%	-94%	317%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	1.337.492.807	2%	1.295.823.999	2%	23.830.311	0%	-3%	-98%
.....SOAT - Fosyga	478.413.171	1%	51.353.376	0%	273.775.622	0%	-89%	433%
.....Otras ventas de servicios de Salud	858.847.907	1%	689.131.393	1%	762.831.714	1%	-20%	11%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	0	0%	0	0%	51.166.066	0%	0%	-
...Otros ingresos corrientes	79.229.080	0%	93.116.334	0%	170.396.247	0%	18%	83%
Ingresos de capital	357.248.242	1%	539.391.867	1%	390.282.477	1%	51%	-28%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	17.403.838.384	28%	10.408.421.046	17%	22.084.303.658	32%	-40%	112%
TOTAL INGRESOS	62.037.378.999	100%	61.961.395.532	100%	68.552.551.413	100%	0%	11%
TOTAL DE LA VIGENCIA	7.044.379.647	11%	9.362.153.922	15%	6.743.422.540	10%	33%	-28%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	24.448.218.031	39%	19.770.574.968	32%	28.827.726.198	42%	-19%	46%

El recaudo total del presupuesto de ingresos aumenta en el 11%, 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 destinacion especifica comprometidos y no comprometidos por la suma de \$24.319 millones donde estan recursos para comprometer en proyecto remodelación y ampliación de la UCI, modernizacino sistema de ventilación y salas de cirugia y y recursos de estampillas prohospitales 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 esta 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 36%, siendo menor al de la vigencia 2016 que fue por 39%.

PRESUPUESTO DE GASTOS CONSOLIDADO

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%	28.229.887.000	18%	39.724.825.215	21%	-25%	41%
Ingresos corrientes	87.102.207.000	61%	92.888.173.000	58%	91.691.943.383	48%	7%	-1%
...Venta de servicios de salud	80.555.059.000	57%	84.157.893.000	53%	84.723.091.317	45%	4%	1%
.....Régimen Subsidiado	62.618.444.000	44%	58.046.190.000	36%	58.227.470.000	31%	-7%	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)	5.584.410.000	4%	8.413.119.000	5%	11.393.628.000	6%	51%	35%
.....SOAT - Fosyga	2.201.626.000	2%	3.453.468.000	2%	3.569.582.000	2%	57%	3%
.....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%	38.204.539.000	24%	57.010.700.738	30%	126%	49%
TOTAL INGRESOS	141.959.621.623	100%	159.722.599.000	100%	189.227.469.336	100%	13%	18%
TOTAL DE LA VIGENCIA	87.502.207.000	62%	93.288.173.000	58%	92.491.943.383	49%	7%	-1%

El presupuesto total tuvo un aumento comparado con la vigencia anterior teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede bogota y la uf zipaquira, donde se debe resaltar lo siguiente: En la vigencia 2016 el ajuste al presupuesto en los conceptos de cuentas por pagar (vigencias anteriores), gastos de inversion para proyectos con recursos que quedaron en los bancos al corte de la vigencia anterior, ya esta aprobado por el Confiscun para la vigencia 2017 y en la vigencia anterior quedo aprobado por ente en el mes de Abril y se aprobo el presupuesto para la UF de la Vega por directriz de la Secretaria de Salud de Cundinamarca se proyectaba que empezaron con esta sede a partir del 1 de marzo de 2017, y por decisiones gubernamentales no se empezo con esta sede.

## COMPROMISOS CONSOLIDADO

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	25.171.142.746	30%	19.628.970.054	37%	38.852.289.814	47%	-22%	98%
...GASTOS DE PERSONAL	18.178.328.386	22%	14.230.939.190	26%	31.967.300.094	39%	-22%	125%
.....Gastos de Personal de Planta	3.119.418.566	4%	3.167.562.074	6%	2.829.770.767	3%	2%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	2.131.006.798	3%	2.140.244.166	4%	2.360.850.951	3%	0%	10%
.....Sueldos personal de nómina	1.742.995.076	2%	1.754.026.656	3%	1.892.768.476	2%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	221.982.748	0%	226.351.805	0%	241.075.849	0%	2%	7%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	166.028.974	0%	159.865.705	0%	227.006.626	0%	-4%	42%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	988.411.768	1%	1.027.317.908	2%	468.919.816	1%	4%	-54%
.....Servicios personales indirectos	15.058.909.820	18%	11.063.377.116	21%	29.137.529.327	36%	-27%	163%
...GASTOS GENERALES	6.973.146.860	8%	5.383.883.864	10%	6.772.704.820	8%	-23%	26%
.....Adquisición de bienes	983.940.727	1%	835.146.512	2%	311.433.895	0%	-15%	-63%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	4.749.696.160	6%	2.597.700.858	5%	5.592.932.240	7%	-45%	115%
.....Mantenimiento	575.963.270	1%	1.401.957.130	3%	205.434.082	0%	143%	-85%
.....Servicios públicos	449.240.074	1%	454.763.164	1%	529.249.003	1%	1%	16%
.....Impuestos y Multas	214.306.629	0%	94.316.200	0%	133.655.600	0%	-56%	42%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	19.667.500	0%	14.147.000	0%	112.284.900	0%	-28%	694%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	48.660.963.030	58%	21.547.667.778	40%	24.277.027.624	30%	-56%	13%



...Medicamentos	5.374.508.545	6%	1.239.435.680	2%	512.764.230	1%	-77%	-59%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	12.205.211.485	15%	4.866.653.098	9%	3.156.795.394	4%	-60%	-35%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	31.081.243.000	37%	15.441.579.000	29%	20.607.468.000	25%	-50%	33%
INVERSION	0	0%	335.874.089	1%	0	0%	100%	100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	9.578.208.054	11%	12.253.903.542	23%	18.697.209.053	23%	28%	53%
TOTAL GASTOS	83.410.313.830	100%	53.766.415.463	100%	81.826.526.491	100%	-36%	52%
TOTAL DE LA VIGENCIA	73.832.105.776	100%	41.512.511.921	77%	63.129.317.438	77%	-44%	52%

Los compromisos totales ha tenido un aumento del 52% 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 4 meses.

El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2017, se discrimina así: Bogota por valor de \$61.796 millones con una participación del 75% y U.F. Zipaquirá por valor de \$20.030 millones con una participación del 25%.

#### OBLIGACIONES CONSOLIDADO

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	9.053.566.947	39%	10.276.135.434	39%	13.952.908.537	41%	14%	36%
...GASTOS DE PERSONAL	6.920.900.810	30%	7.827.488.047	29%	11.180.035.528	33%	13%	43%
.....Gastos de Personal de Planta	3.119.418.566	13%	3.167.562.074	12%	2.829.770.767	8%	2%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	2.131.006.798	9%	2.140.244.166	8%	2.360.850.951	7%	0%	10%
.....Sueldos personal de nómina	1.742.995.076	7%	1.754.026.656	7%	1.892.768.476	6%	1%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	221.982.748	1%	226.351.805	1%	241.075.849	1%	2%	7%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	166.028.974	1%	159.865.705	1%	227.006.626	1%	-4%	42%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	988.411.768	4%	1.027.317.908	4%	468.919.816	1%	4%	-54%
.....Servicios personales indirectos	3.801.482.244	16%	4.659.925.973	17%	8.350.264.761	25%	23%	79%

...GASTOS GENERALES	2.112.998.637	9%	2.434.500.387	9%	2.757.733.809	8%	15%	13%
.....Adquisición de bienes	172.602.438	1%	245.704.237	1%	160.728.449	0%	42%	-35%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.278.821.827	5%	1.630.228.301	6%	1.870.091.676	5%	27%	15%
.....Mantenimiento	43.548.677	0%	47.362.262	0%	9.837.661	0%	9%	-79%
.....Servicios públicos	403.719.066	2%	416.889.387	2%	486.274.723	1%	3%	17%
.....Impuestos y Multas	214.306.629	1%	94.316.200	0%	230.801.300	1%	-56%	145%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	19.667.500	0%	14.147.000	0%	15.139.200	0%	-28%	7%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	9.156.288.674	39%	9.114.504.910	34%	7.229.479.306	21%	0%	-21%
...Medicamentos	640.844.265	3%	410.029.316	2%	158.116.286	0%	-36%	-61%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.453.628.029	6%	1.422.300.557	5%	1.267.427.810	4%	-2%	-11%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	7.061.816.380	30%	7.282.175.037	27%	5.803.935.210	17%	3%	-20%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	5.044.530.704	22%	7.251.606.768	27%	12.884.385.310	38%	44%	78%
TOTAL GASTOS	23.254.386.325	100%	26.642.247.112	100%	34.066.773.153	100%	15%	28%
TOTAL DE LA VIGENCIA	18.209.855.621	100%	19.390.640.344	73%	21.182.387.843	62%	6%	9%

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 28% del total de los gastos obligados, estando en gran representación los gastos de funcionamiento por la reclasificación de los gastos mercerizados para la sede Zipaquirá en lo correspondiente a los gastos mercerizados (servicios personales indirectos), 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 CONSOLIDADO

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	6.782.091.546	48%	7.323.822.865	49%	11.632.656.874	58%	8%	59%
...GASTOS DE PERSONAL	5.843.559.803	41%	6.125.644.288	41%	9.893.407.992	49%	5%	62%
.....Gastos de Personal de Planta	3.119.418.566	22%	3.167.562.074	21%	2.829.770.767	14%	2%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	2.131.006.798	15%	2.140.244.166	14%	2.360.850.951	12%	0%	10%
.....Sueldos personal de nómina	1.742.995.076	12%	1.754.026.656	12%	1.892.768.476	9%	1%	8%

.....Horas extras, dominicales y festivos	221.982.748	2%	226.351.805	2%	241.075.849	1%	2%	7%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	166.028.974	1%	159.865.705	1%	227.006.626	1%	-4%	42%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	988.411.768	7%	1.027.317.908	7%	468.919.816	2%	4%	-54%
.....Servicios personales indirectos	2.724.141.237	19%	2.958.082.214	20%	7.063.637.225	35%	9%	139%
...GASTOS GENERALES	925.307.743	6%	1.184.031.577	8%	1.724.109.682	9%	28%	46%
.....Adquisición de bienes	9.074.160	0%	82.247.137	1%	2.662.000	0%	806%	-97%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	396.272.605	3%	602.137.584	4%	1.000.922.259	5%	52%	66%
.....Mantenimiento	25.783.553	0%	8.003.010	0%	4.840.000	0%	-69%	-40%
.....Servicios públicos	391.601.796	3%	397.327.646	3%	486.274.723	2%	1%	22%
.....Impuestos y Multas	102.575.629	1%	94.316.200	1%	229.410.700	1%	-8%	143%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13.224.000	0%	14.147.000	0%	15.139.200	0%	7%	7%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	4.201.102.457	29%	3.883.246.621	26%	3.326.134.215	17%	-8%	-14%
...Medicamentos	47.539.585	0%	36.047.650	0%	29.780.536	0%	-24%	-17%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	67.251.204	0%	59.422.184	0%	13.054.282	0%	-12%	-78%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	4.086.311.668	29%	3.787.776.787	25%	3.283.299.397	16%	-7%	-13%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	3.260.682.229	23%	3.712.654.033	25%	5.029.682.648	25%	14%	35%
TOTAL GASTOS	14.243.876.232	100%	14.919.723.519	100%	19.988.473.737	100%	5%	34%
TOTAL DE LA VIGENCIA	10.983.194.003	100%	11.207.069.486	75%	14.958.791.089	75%	2%	33%

Los pagos totales de gastos en el 2017 aumentan en un 34%, por el mayor valor pagado de los gastos mercerizados siendo menor en la vigencia anterior, en el rubro de cuentas por pagar (vigencias anteriores) aumento donde influye por el mayor valor constituido en este rubro, pero al observar los gastos de solo la vigencia aumenta en un 33%.

El Presupuesto de Gastos por Pagos de la vigencia del 2017 por valor de \$19.988 millones, se discrimina así: Bogota por un valor de \$16.025 con una participación del 80% y la U.F. Zipaquirá \$3.963 por 20%.

## 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 bogota 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 logro pagar el 100% de las cuentas causadas.

### BALANCE PRESUPUESTAL CONSOLIDADO -GASTOS COMPROMETIDOS

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	31.007.620.714	28.557.124.005	30.679.076.097
Gastos de funcionamiento comprometidos	25.171.142.746	19.628.970.054	38.852.289.814
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	48.660.963.030	21.547.667.778	24.277.027.624
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	42	69	49
Ingresos por venta de salud recaudados	6.607.902.325	8.729.645.721	6.131.577.750
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	9	21	10
Ingreso reconocido total	86.437.097.388	81.788.873.816	93.100.049.760
Ingreso recaudado total	62.037.378.999	61.961.395.532	68.552.551.413
Gasto comprometido total	83.410.313.830	53.766.415.463	81.826.526.491
Relación reconocimiento total/ compromiso total	104	152	114
Relación recaudo total/ compromiso total	74	115	84
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	29	37	35

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 estan 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 \$49 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 \$10 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 \$114 pesos siendo menor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$84 pesos.

#### 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	0.92	0.05	0.98
	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 tercer 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 EPSs.

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 al aumento en la productividad 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.

\*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 ha aumentado 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 22% del presupuesto total por reconocimientos, seguido el mercado contributivo 4% y el 3% 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 POSs.

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	- 21.517.752.059
Superávit o déficit operacional no corriente	62.289.252.025
Superávit o déficit total	40.771.499.966
Sin Riesgo	0.98
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	11.273.523.269

<b>INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA</b>
ESTÁNDAR: <0.90
RESULTADO: 1.61
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)	1.51	2.04	1.61

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

El Hospital ha mejorado los ingresos facturados pero disminuyo el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para la UF Zipaquirá, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud.

Se gestionó el aumento de la productividad en servicios para bogota y la Uf Zipaquirá, mejorando el uso de capacidad instalada con lo cual para soportar esta mayor producción se aumenta el gasto de personal y en insumos, siendo el mayor incremento de la productividad en la UF Zipaquirá y en la sede Bogotá.

## LOGROS

Las UVRs producidas por el hospital según tabla para su cálculo desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se incrementaron en la sede U.F. Zipaquirá, y para Bogotá fue menor.

Con lo anterior tenemos que al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2016 con la de 2017 en pesos constantes, hay una disminución del 13%, dando como resultado global Gasto de funcionamiento más los gastos de operación comercial y prestación de servicios por UVR en el 2016 un número de 8.771 y en el 2017 un número de 14.160.

Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 1.51 comparado con el año anterior al pasar de 9.515 pesos por UVR en el 2016, a 14.349 pesos esto dado principalmente por el mayor valor de gastos comprometidos, y el número de UVR producidas bajan de una vigencia a otra en el 2016 fue de 3.602.763 y en el 2017 de 3.160.433.
- Sede Zipaquirá el gasto por UVR en el 2016 es de 6.716 pesos y pasa a 13.698 pesos dado principalmente por el aumento de los gastos comprometidos de un año a otro, y el numero de UVR producidas bajan de una vigencia a la otra de 1.379.469 y en el 2017 de 1.297.925.

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 las sedes 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.

<b>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</b>
---

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.

- Suministros.

<b>ESTÁNDAR:</b> Cero (0) o variación negativa
<b>RESULTADO:</b> -58.912.215
<b>CALIFICACIÓN:</b> 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 contractualmete para realizar el pago dentro del periodo.

## LOGROS

Los salarios y prestaciones de personal de planta se cancelaron oportunamente.



## DIFICULTADES

Es de aclarar que el no pago de las cuentas por pagar no es debido a ausencia de recursos en la ESE Hospital Universitario de La Samaritana sino que corresponden al incumplimiento de la totalidad de los requisitos para el pago de las mismas, estipulados contractualmente; específicamente, la ausencia de radicación oportuna de las certificaciones de Interventoría y/o Actas de liquidación a la oficina de cuentas por pagar por parte de los supervisores de los respectivos contratos; adicionalmente a temas relacionados con el cambio de administración

## EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo marzo de 2016 y 2017  
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

### CUENTAS POR PAGAR POR EDADES AÑOS 2016 Y 2017 MESES DE MARZO

#### SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A DICIEMBRE 2016

#### SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A MARZO 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	2.472.695.304	1.758.321.814	242.151.105	274.734.526	34.497.687	157.103.126
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	1.809.367.745	1.591.562.773	108.830.629	82.594.362	26.379.981	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4.282.063.049	3.349.884.587	350.981.734	357.328.888	60.877.668	157.103.126	5.887.046

La sumatoria de lo mayor a treinta días es 932.178.462

#### SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A MARZO 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	3.986.450.186	3.422.412.961	204.343.781	281.179.119	78.514.325	0
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	1.591.480.312	1.304.760.584	207.897.953	56.189.494	22.632.281	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	189.281.977	48.948.253	133.878.178	1.082.013	5.373.533	0	0
TOTAL	5.767.212.475	4.776.121.798	546.119.912	338.450.626	106.520.139	0	0

La sumatoria de lo mayor a treinta días es 991.090.677

DIFERENCIA 58.912.215

La sumatoria de lo mayor a 30 días

0

Por lo que arroja una disminución de \$ 58.912.215.

<b>INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO</b>
ESTÁNDAR: >1.00
RESULTADO: 0.84
CALIFICACIÓN: 1

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/	63.651.540.949	4.901.010.464	68.552.551.413
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	61.796.136.702	20.030.389.789	81.826.526.491
	INDICADOR	1.03	0.24	0.84

### 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 marzo 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 47% 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:

*Indicadores Resolucion No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"*

<i>Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado</i>		<i>Compromisos mar-17</i>
<i>Ejecucion de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)</i>	<i>a</i>	<i>68.552.551.413</i>
<i>Ejecucion de gastos compromisos (Incluye CxP)</i>	<i>b</i>	<i>81.826.526.491</i>
<i>Resultado Indicador (a/b)</i>		<hr/> <i>0,84</i>
<i>Estandar indicador</i>		<i>&gt;1,00</i>

#### 4. CONTABILIDAD

##### 4.1 BALANCE CONTABLE

**E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**  
**BALANCE GENERAL Con Corte a Marzo 2015 - 2016 - 2017**  
información en miles de \$

CONCEPTO / VIGENCIA	mar-15	mar-16	mar-17	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)
<b>ACTIVO</b>	<b>209.790.667</b>	<b>220.708.628</b>	<b>234.300.052</b>	<b>13.591.424</b>	<b>6,16%</b>
Activo Corriente	149.770.831	141.862.032	147.517.011	5.654.979	3,99%
Efectivo	52.879.526	49.818.929	48.570.264	(1.248.665)	- 2,51%
Deudores	94.222.483	88.647.001	95.902.962	7.255.961	8,19%
Deudores Servicios de Salud Pend. Radicar	22.264.337	18.795.830	12.907.859	(5.887.971)	- 31,33%
Deudores Servicios de Salud Radicada.	80.216.717	69.319.289	80.447.804	11.128.515	16,05%
Giro Directo por abonar (-)	(13.831.787)	(7.128.848)	(5.327.275)	1.801.573	- 25,27%
Otros Deudores (Ant, Cesan, SGP)	7.580.629	7.660.730	7.874.574	213.844	2,79%
Provisión (-)	(2.007.413)	-	-	-	0,00%
Inventarios	2.668.822	3.396.102	3.043.785	(352.317)	- 10,37%
Inventarios para Prest. De servicios	3.038.269	3.798.934	3.502.525	(296.409)	- 7,80%
Provisión de Inventarios (-)	(369.448)	(402.832)	(458.740)	(55.908)	13,88%
Activo No corriente	60.019.836	78.846.596	86.783.041	7.936.445	10,07%
Inversiones	152.287	163.723	173.755	10.032	6,13%
Inversiones Clinica	152.287	163.723	173.755	10.032	6,13%
Inversiones Sector Solidario	96.358	102.801	109.696	6.895	6,71%
Provisión Sector Solidario (-)	(96.358)	(102.801)	(109.696)	(6.895)	6,71%
Deudores	12.344.546	21.996.434	30.131.584	8.135.150	36,98%

Deudores Serv. de Salud Pend. Radicar	-	156.724	1.842.412	1.685.689	100,0 0%
Deudores Servicios de Salud Radicada.	56.786.472	48.529.305	70.124.055	21.594.749	44,50 %
Otros Deudores	-	2.795.020	4.278.590	1.483.570	100,0 0%
Difícil Cobro	18.010.209	53.710.463	48.211.012	(5.499.451)	- 10,24 %
Provisión (-)	(62.452.136)	(83.195.078)	(94.324.485)	(11.129.407)	13,38 %
Propiedades, planta y equipos	23.940.546	33.071.649	29.647.241	(3.424.408)	- 10,35 %
Bienes de Uso Público y Gnal (17)	14.781.210	14.781.210	18.105.868	3.324.658	22,49 %
Otros activos	8.801.247	8.833.580	8.724.593	(108.987)	- 1,23%
<b>PASIVO</b>	<b>35.732.805</b>	<b>31.716.579</b>	<b>36.216.735</b>	<b>4.500.156</b>	<b>14,19 %</b>
Pasivo Corriente	34.916.081	30.950.104	34.941.952	3.991.848	12,90 %
Cuentas por pagar Bienes y SS med. Y O.	12.769.729	12.278.999	12.825.503	546.505	4,45%
Otras cuentas por pagar 2425/2450/240103 otras	4.680.503	4.874.288	3.751.417	(1.122.871)	- 23,04 %
Oblig. laborales y de Seg. Social - (Cesan Cons)	3.329.825	4.584.200	5.670.117	1.085.917	23,69 %
Pasivos estimados	1.324.071	787.390	563.340	(224.050)	- 28,45 %
Provisión para prestaciones sociales	511.046	383.897	676.145	292.248	76,13 %
Otros pasivos (Cg x Ident Ent y Pac.)	12.300.908	8.041.330	11.455.430	3.414.100	42,46 %
Pasivo NO Corriente	816.724	766.475	1.274.783	508.308	66,32 %
Pasivos estimados (deman)	816.724	766.475	1.274.783	508.308	66,32 %
<b>PATRIMONIO</b>	<b>174.057.862</b>	<b>188.992.049</b>	<b>198.083.317</b>	<b>9.091.268</b>	<b>4,81%</b>
Patrimonio institucional	167.036.447	194.033.362	201.109.877	7.076.515	3,65%
Excedente del ejercicio	7.021.415	(5.041.313)	(3.026.560)	2.014.753	- 39,96 %
<b>TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO</b>	<b>209.790.667</b>	<b>220.708.628</b>	<b>234.300.052</b>	<b>13.591.424</b>	<b>6,16%</b>

## 5. AREA DE ACTIVOS FIJOS.

ACTIVOS FIJOS	1er TRIM 2017	1er: TRIM 2016	1er: TRIM 2015	VAR ABSOL 1ER T. 2015-1ER T 2016 (ANALISIS HORIZONTAL)	VRL%	VAR ABS 1er T.2016-1er T.2017 (ANALISIS HORIZONTAL)	V RL%	ANALISIS VERTICAL 1er t 2015	ANALISIS VERTICAL 1er t 2016	ANALISIS VERTIC1er t 2017
TERRENOS	1.704.129	1.704.129	1.704.129	0	0	0	0	3,28%	2,65%	2,66%
EDIFICACIONES	2.501.965	3.217.348	2.362.809	854.538	36	-715.383	-22	4,55%	5,00%	3,90%
CONSTRUCCIONES EN CURSO	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
BIENES MUEBLES EN BODEGA	0	0	635.346	-635.346	-100	0	0	1,22%	0,00%	0,00%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	1.321.939	1.321.939	1.321.939	0	0	0	0	2,54%	2,05%	2,06%
REDES, LINEAS Y CABLES	582.516	582.516	548.029	34.487	6	0	0	1,05%	0,91%	0,91%
MAQUINARIA Y EQUIPO	915.960	934.025	815.641	118.384	15	-18.065	-2	1,57%	1,45%	1,43%
EQUIPO MEDICO Y CIENTÍFICO	46.496.330	46.706.645	36.198.798	10.507.847	29	-210.315	0	69,66%	72,58%	72,51%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	1.123.134	1.170.658	1.183.445	-12.787	-1	-47.524	-4	2,28%	1,82%	1,75%
EQUIPO. COMUNIC. COMPUTACION	5.568.147	4.849.477	4.105.244	744.233	18	718.671	15	7,90%	7,54%	8,68%
EQUIPO DE TRANSPORTE	881.628	881.628	572.194	309.434	54	0	0	1,10%	1,37%	1,37%
EQUIPO. COMEDOR COCINA DESPENSA Y HOT.	3.031.046	2.983.198	2.515.819	467.379	19	47.848	2	4,84%	4,64%	4,73%
TOTAL	64.126.795	64.351.563	51.963.395	12.388.168	24	-224.768	0	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Balances Generales DGH períodos 1er 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.

### 5.1 VARIACIÓN ABSOLUTA - ANÁLISIS HORIZONTAL:

#### Edificaciones

Este rubro presenta una variación absoluta de 854.538 millones del 1er trim. del 2015 en comparación con el 2016 reflejada en un aumento del 36%, debido a unas adecuaciones cargadas a las edificaciones, pero para el 1er trimestre del 2017, la variación 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, en el valor reflejado en la variación (\$-715.383).

## Bienes muebles en bodega.

En el rubro de bienes muebles en bodega presentan una variación del 100%, teniendo en cuenta que para la vigencia del 2015 se procedió a efectuar una conciliación con el propósito que todo ingreso de bienes no se deje en esta cuenta que es temporal sino que sea trasladado inmediatamente al servicio que requirió la compra de estos activos; también por efecto de las NIIF que dentro de sus directrices conceptuó que esta cuenta no debería figurar en los estados financieros.

## Maquinaria y equipo:

Para el periodo del 2016 en la cuenta de maquinaria industrial, y herramientas y accesorios las variaciones más representativas consistieron en la adquisición para el primer trimestre de 2016 de dos electrobombas, por \$20.000.000 millones y de una correa trapex para los ascensores, en el 1er. Trim. De 2017 no hubo compras que influyeran en este rubro, pero si bajas que hacen que la variación absoluta presente una cifra negativa.

## Equipo médico y científico

Para el comparativo de la variación absoluta entre los trimestres del 2015 con el 2016, la variación en este rubro es notoria ya que en el trimestre del 2016 hubo adquisiciones bien importantes: \$ 10.507.847 que representan el 29% para el comparativo 2015-2016.

En el primer trimestre de 2017 este rubro disminuyó en comparación con el trimestre del 2016 y ello se debió a varios factores, entre otros: en ambos trimestres del 2016 y 2017 hubo salidas (bajas) en este grupo de activos, pero a la vez en el trimestre del 2016 se hicieron adquisiciones importantes de equipo médico y científico y sobresalen entre otras, una lavadora termodesinfectadora por \$235.973.000.00 como adquisición para equipo de laboratorio; para equipo de quirófano se adquirieron entre otros: centrifugas, torniquetes un fibroscopio y un electrocauterio, un equipo de ecógrafo por valor de \$249.180.954,00 y un tomógrafo por valor de \$359.600.000,00; como no hubo compras para el 1er trim. Del 2017 este rubro disminuyó debido al movimiento de bajas realizado en el mes de febrero de este año, presentando así un comportamiento negativo en su variación absoluta (trim 2016 comparado con trim 2017) en \$ -210.315.

Muebles y enseres la variación relativa en este rubro fue resultado de que en el 1er trimestre del 2016 hubo bajas significativas que hicieron que su comportamiento fuera negativo, Disminuyeron en \$-12.787 representando una variación relativa del 1%

La variación relativa del - 4% presenta una disminución de -47.524.miles; para el trimestre del 2017 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.

Para el primer trimestre de 2015 en comparativo con el 2016, las variaciones demuestran que en esta cuenta se vienen haciendo adquisiciones importantes para cada trimestre, entonces en el 1er. Trimestre de 2015 se compraron en el mes de enero de 2015 \$ 131.672.096,00 en equipos de sistemas y para el

trimestre del 2016, se adquirieron recursos tecnológicos por \$ 231.000.000,00 y 136.034.483,00 en enero y febrero respectivamente. Tenemos también una variación significativa que equivale al 15% para el comparativo 2016-2017 que obedece para el primer trimestre de 2016 a un contrato de adquisición y puesta en funcionamiento de recursos tecnológicos para el HUS por \$ 123.000.000,00 y de unos swich por \$34.800.000,00 y otro contrato de compra y puesta en funcionamiento de unos firewall por \$267.960.000,00 es preciso mencionar que para el mes de febrero de 2017 hubo bajas dentro de este rubro,

**Equipo de transporte;** la adquisición más representativa se hizo en el 1er. trimestre del 2015 como fue una unidad móvil para donación de sangre.

**Equipo de cocina despensa y hotelería.**

Este rubro aumento en \$467.379 con una variación relativa equivalente al 19% que se traduce en adquisiciones de 11 camas eléctricas, en el 1er, trimestre del 2016.y otros elementos de restaurante y hotelería; y para el trimestre de 2016comparado con el 2017, el aumento mucho menor (2%).

## 5.2 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 69,66%; 72,58% y 72,51%, respectivamente; situación consecuente con el objeto misional del Hospital Universitario de la Samaritana, seguida de la Equipo de comunicaciones y computación con el 7,90%, 7,54% y 8,63%, respectivamente.

En general la variación relativa para el periodo 2014-2015 respecto a la propiedad planta y equipo representa una variación total del 24% que obedece a las adquisiciones de equipo en las diferentes cuentas analizadas respecto a los comparativos de los trimestres 2015 con 2016; pero para los trimestres 2016 y 2017 la variación absoluta se torna negativa a dos razones poderosas; una no hubo ingresos para el 1er trimestre del 2017 y dos, se presentaron bajas de activos en enero del 2017.

## LISTADO DE DEPRECIACION ACUMULADA - PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO A DIC 31 DE 2016 – 2015-2014

Cifras en pesos

DEPRECIACION ACUMULADA	1er TRIM 2017	1er TRIM 2016	1er TRIM 2015	VAR ABSOL 1ER T. 2015 2016 (A HORIZONTAL)	VAR REL %-1er. T 2015	VAR ABSOL 1ER T. 2014-2015 (A HORIZONTAL)	VAR REL %-1er. T 2016	A VER 1er.T 2015	A VER 1er.T 2016	A VER 1er.t 2017
EDIFICACIONES	629.336	586.115	543.538	42.577	8	43.221	7	1,96%	1,89%	1,84%
PLANTA,	972.77	911.933	838.793	73.140	9	60.841	7	3,02%	2,94%	2,84%



DUCTOS Y TUNELES	4									
REDES, LINEAS Y CABLES	297.226	283.583	236.940	46.643	20	13.644	5	0,85%	0,91%	0,87%
MAQUINARIA Y EQUIPO	391.170	345.612	294.413	51.199	17	45.558	13	1,06%	1,11%	1,14%
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	24.977.641	22.182.495	19.985.491	2.197.004	11	2.795.146	13	71,98%	71,50%	72,99%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	930.383	955.128	912.266	42.863	5	-24.746	-3	3,29%	3,08%	2,72%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	3.551.346	3.454.749	3.011.446	443.303	15	96.598	3	10,85%	11,14%	10,38%
EQUIPO DE TRANSPORTE	401.346	335.318	253.744	81.574	32	66.028	20	0,91%	1,08%	1,17%
EQUIPO. COMEDOR COCINA ETC.	2.071.433	1.968.083	1.689.320	278.763	17	103.350	5	6,08%	6,34%	6,05%
TOTAL	34.222.655	31.023.016	27.765.950	3.257.066	12	3.199.639	10	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Balances Generales DGH periodos 1er. Trim. 2015-2016-2017.

VARIACION DEPRECIACION		
PERIODOS	VALORES	PORCENTAJE %
1er trim. 2015-2016-2017		
1er Trim.2015 - 1er trim.2016	3.257.066	12
1er Trim2016 - 1er Trim2017	3.199.639	10

Periodo 2014-2015.

La depreciación acumulada aumento en 3.257.066 que en porcentaje equivale al 12%, para el primer trimestre del 2016 comparado con el del 2015 y aumento del 10% para el primer trimestre del 2016 comparado con el 2017.reflejando un aumento progresivo en la depreciación acumulada en cada trimestre, que hace ver que algunos rubros de las cuentas de activos fijos aumentan por las nuevas adquisiciones aumentando por consecuencia la depreciación, pero aunque no se refleje las bajas de activos en algunos rubros, la disminuyen proporcionalmente, la tendencia en otros rubros, la depreciación varia pero va de la mano de los valores que estos tienen en el balance.

## Análisis vertical de los tres primeros trimestres de las vigencias 2015-2016 y 2017.

Respecto a los porcentajes que arroja el análisis vertical referido a las vigencias 2014-2015 y 2016 se puede establecer que la depreciación acumulada influye 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: 71,98%, 71,50%, 72,99% respectivamente en cada uno de los años 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 10,85%, 11,14% y 10,38% respectivamente, este último disminuyendo en comparación con el trimestre anterior: 2017, porque en dicho periodo no hubo nuevas adquisiciones de equipo pero además hubo bajas significativas en enero del 2017.

### 6. ACTIVIDAD ECONOMICA

**E.S.E HOSPITAL DE LA SAMARITANA**  
**ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA, SOCIAL Y AMBIENTAL Con Corte a Marzo de 2015- 2016**  
**- 2017**

información en miles de \$

CUENTAS	mar-15	mar-16	mar-17	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)
INGRESOS OPERACIONALES	47.166.802	37.616.163	30.880.163	(6.736.000)	-21,81%
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	33.893.245	32.229.320	28.599.609	(3.629.711)	-12,69%
COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	33.893.245	32.229.320	28.599.609	(3.629.711)	-12,69%
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	33.893.245	32.229.320	28.599.609	(3.629.711)	-12,69%
MARGEN BRUTO	13.273.557	5.386.843	2.280.554	(3.106.289)	-136,21%
GASTOS DE OPERACIÓN	5.637.284	9.206.531	4.863.980	(4.342.551)	-89,28%
DE ADMINISTRACIÓN	1.784.945	1.586.882	2.066.529	479.647	23,21%
Sueldos y salarios	444.028	492.689	975.905	483.216	49,51%
Contribuciones efectivas	79.173	93.093	106.448	13.355	12,55%
Aportes sobre la nómina	16.148	18.161	21.845	3.684	16,86%
Gastos generales	1.126.729	978.602	830.164	(148.438)	-17,88%
Impuestos, contribuciones y tasas	118.867	4.337	132.167	127.830	96,72%
PROVIS, DEPRECIACIONES Y AMORT.	3.852.339	7.619.649	2.797.451	(4.822.198)	-172,38%
Provisiones	3.621.799	7.480.330	2.603.956	(4.876.374)	-187,27%
Depreciación	230.540				28,00%

		139.319	193.495	54.176	
EXCEDENTE O DÉFICIT OPERACIONAL	7.636.273	(3.819.688)	(2.583.426)	1.236.262	-47,85%
Transferencias ***	-	-	51.166	51.166	100,00%
OTROS INGRESOS	1.274.933	1.060.973	1.365.206	304.233	22,28%
Financieros	489.072	669.754	603.059	(66.695)	-11,06%
Otros Ingresos Ordinarios	120.921	71.713	35.258	(36.455)	-103,39%
Extraordinarios	258.395	159.657	201.722	42.065	20,85%
Ingresos de ejercicios anteriores	406.545	159.849	525.167	365.318	69,56%
OTROS GASTOS	1.889.791	2.282.598	1.859.506	(423.092)	-22,75%
Financieros	37.541	44.906	939	(43.967)	-4682,32%
Pérdida en retiro Act. ( glosas Vig.)	100.840	65.759	32.596	(33.163)	-101,74%
Margen en la contratación de los servicios de salud	256.535	444.653	199.906	(244.747)	-122,43%
Gtos de ejercicios anteriores (Inc. Glosas. V.a)	1.494.875	1.727.280	1.626.065	(101.215)	-6,22%
<b>EXCEDENTE Ó DÉFICIT DEL EJERCICIO</b>	<b>7.021.415</b>	<b>(5.041.313)</b>	<b>(3.026.560)</b>	<b>2.014.753</b>	<b>-66,57%</b>

### Actividad Económica Bogotá

DETALLE	31-MZ-15	31-MZ-16	31-MZ-17	inc o dis \$ 2017/2016	inc o dis % 17/16
INGRESOS OPERACIONALES	25.133.179.404	21.517.655.683	23.222.974.675	1.705.318.992	8%
VENTA DE SERVICIOS	25.133.179.404	21.517.655.683	23.222.974.675	1.705.318.992	8%
COSTO DE VENTAS	19.592.277.002	21.546.114.833	22.745.214.425	1.199.099.592	6%
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	19.592.277.002	21.546.114.833	22.745.214.425	1.199.099.592	6%
UTILIDAD BRUTA	5.540.902.402	-28.459.150	477.760.250	506.219.400	-1779%
GASTOS OPERACIONALES	2.896.429.587	4.473.182.406	4.067.531.045	-405.651.361	-9%
ADMINISTRACION	1.031.802.318	1.060.870.678	1.643.506.927	582.636.249	55%
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	1.864.627.269	3.412.311.728	2.424.024.118	-988.287.610	-29%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	2.644.472.815	-4.501.641.556	-3.589.770.795	911.870.761	-20%
TRANSFERENCIAS	0	0	51.166.066	51.166.066	100%
OTROS INGRESOS	1.146.376.586	847.482.357	1.350.023.902	502.541.545	59%
OTROS GASTOS	952.805.718	1.127.192.909	1.234.899.495	107.706.586	10%
EXCEDENTE (DEFICIT) DEL EJERC.	2.838.043.683	-4.781.352.108	-3.423.480.322	1.357.871.786	-28%

## Actividad Económica Zipaquirá

DETALLE	31-MZ-15	31-MZ-16	31-MZ-17	inc o dis \$ 2016/2015	inc o dis % 16/15
INGRESOS OPERACIONALES	6.009.844.276	7.170.878.397	7.657.188.483	486.310.086	7%
COSTO DE VENTAS	4.523.459.385	5.016.028.366	5.854.395.153	838.366.787	17%
UTILIDAD BRUTA	1.486.384.890	2.154.850.031	1.802.793.330	-352.056.701	-16%
GASTOS OPERACIONALES	780.325.380	2.311.921.463	796.449.136	-1.515.472.327	-66%
ADMINISTRACION	238.222.228	246.975.264	423.022.567	176.047.303	100%
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	542.103.152	2.064.946.199	373.426.569	-1.691.519.630	-82%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	706.059.511	-157.071.432	1.006.344.194	1.163.415.626	-741%
OTROS INGRESOS	19.948.594	10.873.122	15.181.531	4.308.409	40%
OTROS GASTOS	219.108.500	377.838.297	624.607.047	246.768.750	65%
EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERC.	506.899.604	-524.036.607	396.918.678	920.955.285	-176%

## Actividad Económica consolidado por Unidad Funcional

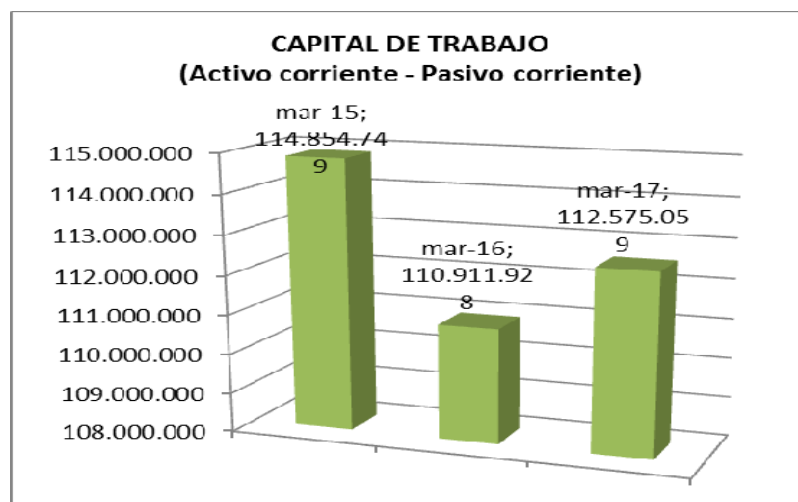
CONCEPTOS	31-MZ-16	HUS	ZIPAQUIRA	31-MZ-17	HUS	ZIPAQUIRA
INGRESOS OPERACIONALES	37.616.162	21.517.655	7.170.878	30.931.329	23.222.975	7.657.188
VENTA DE SERVICIOS	37.616.162	21.517.655	7.170.878	30.880.163	23.222.975	7.657.188
TRANSFERENCIAS	0	0	0	51.166	51.166	0
COSTO DE VENTAS	32.229.318	21.546.114	5.016.028	28.599.609	22.745.214	5.854.395
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	32.229.318	21.546.114	5.016.028	28.599.609	22.745.214	5.854.395
UTILIDAD BRUTA	5.386.844	-28.459	2.154.850	2.331.720	528.927	1.802.793
GASTOS OPERACIONALES	9.206.531	4.473.183	2.311.921	4.863.979	4.067.531	796.448
ADMINISTRACION	1.586.882	1.060.871	246.975	2.066.529	1.643.507	423.022
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	7.619.649	3.412.312	2.064.946	2.797.450	2.424.024	373.426
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	-3.819.687	-4.501.642	-157.071	-2.532.259	-3.538.604	1.006.345
OTROS INGRESOS	1.060.974	847.482	10.873	1.365.204	1.350.023	15.181
OTROS GASTOS	2.282.599	1.127.193	377.838	1.859.506	1.234.899	624.607
EXCEDENTE (DEFICIT)	-5.041.312	-4.781.353	-524.036	-3.026.561	-3.423.480	396.919
EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERC.	-5.041.312	-4.781.353	-524.036	-3.026.561	-3.423.480	396.919

## 7. INDICADORES FINANCIEROS

### INDICADORES MARZO DE 2015- 2016 - 2017

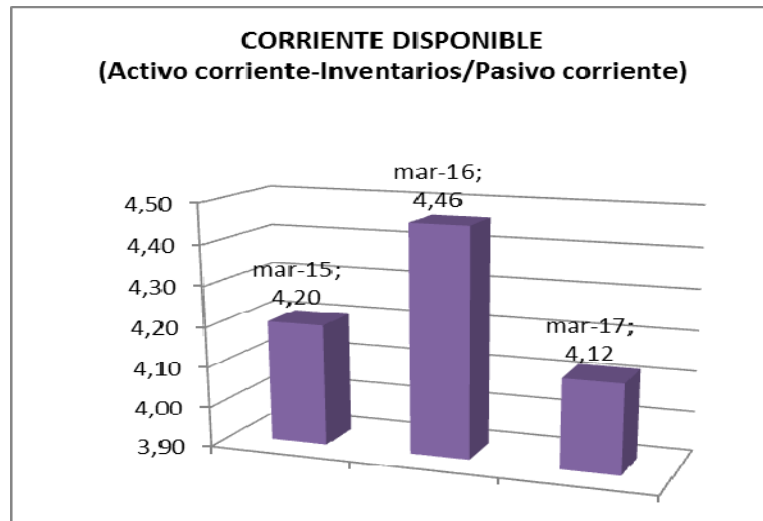
1. LIQUIDEZ	mar-15	mar-16	mar-17
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	114.854.749	110.911.928	112.575.059
1.2 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	12.373.695	22.796.809	19.219.396
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	4,29	4,58	4,22
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo)	4,20	4,46	4,12

corriente)			
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	1,35	1,74	1,55
2. ENDEUDAMIENTO	mar-15	mar-16	mar-17
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,17	0,17	0,18
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,21	0,14	0,15
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	5,87	6,96	6,47
3. RENTABILIDAD	mar-15	mar-16	mar-17
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	0,15	-0,13	-0,10
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	0,03	-0,03	-0,02
3.3 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	0,04	-0,02	-0,01
4. ACTIVIDAD	mar-15	mar-16	mar-17
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/dias)	524.076	417.957	343.113
4.2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	0,34	0,32	0,21
4.3 ROTACION DE CARTERA DIAS	261	211	272
4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	0,31	0,27	0,21
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,22	0,17	0,13
4.6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	11	8	8
4.7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Dias (Inv*360/Costo de Vtas)	8	11	11
5. EBITDA	mar-15	mar-16	mar-17
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	11.488.612	3.799.961	214.025
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	24%	10%	1%
EBITDA MENSUAL	957.384	316.663	17.835

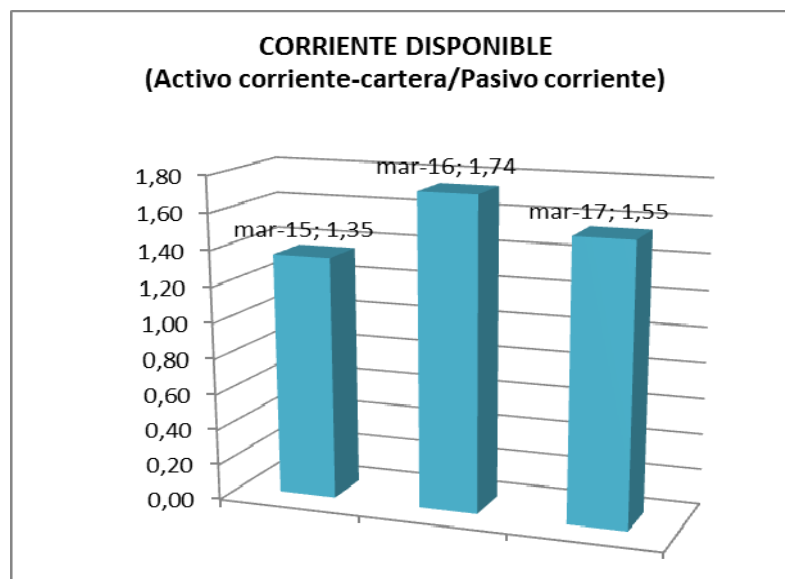


Indica la diferencia existente entre el Activo Corriente y Pasivo Corriente, y representa el valor del que se dispone después de cancelar las obligaciones que se tengan a corto plazo. El HUS en este rubro tiene en la fecha de análisis \$112.575.059 en miles de pesos, para realizar las actividades normales.

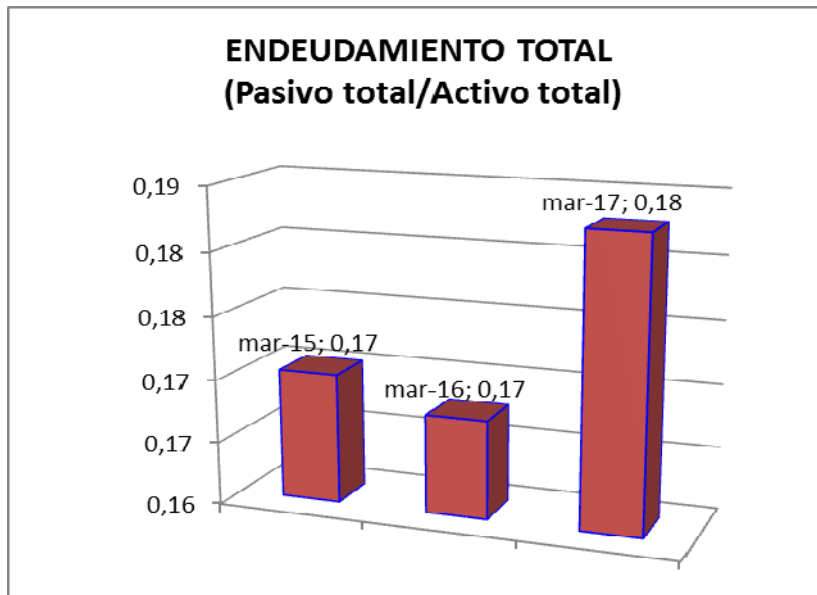
En estos tres últimos años de comparación, el HUS del 2015 al 2016 tuvo un incremento de \$3.942.821 y en el último año un incremento de \$1.663.131. La entrega de la Sede de Girardot en Feb 11/2016, tuvo influencia en este índice, y el flujo de cartera disminuyó en el 2016, pero a pesar de estos cambios hemos mejorado en el 2017 en este parámetro.



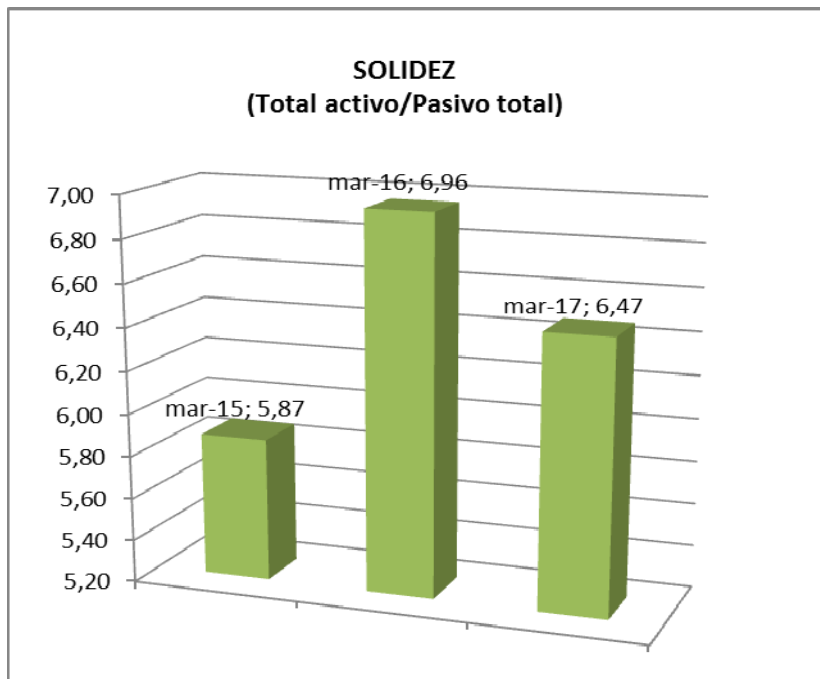
Con este indicador queremos demostrar que, sin tener en cuenta la realización del inventario, qué tanto tenemos en disposición para enfrentar las obligaciones a corto plazo. En el HUS en el periodo de análisis y comparando con dos años anteriores, vemos que poseemos más de \$4 por cada peso que adeudamos, lo cual se considera aceptable en nuestra posición financiera.



En este indicador excluimos la cartera, para sopesar la situación de la entidad, en caso de que no podamos realizar la cartera. Estamos en promedio de \$1.5 por cada peso que se adeuda, lo que nos indica que de una manera apretada podríamos enfrentar nuestras obligaciones más próximas.



Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador ha mostrado una disminución de 0,01 anuales, lo que indica que tenemos la tendencia a cumplir con nuestras obligaciones y que cada vez nos endeudamos menos. Para el 2017 se mejoró en \$0.01



Por cada peso que adeudamos, poseemos 5.87 , 6.96 y 6.47 para los años 2015 a 2017 respectivamente en este primer trimestre de análisis. Lo que indica que vamos con tendencia a la estabilidad año tras año en solidez, teniendo en cuenta que se deben realizar todos los activos para el pago total de los pasivos de la entidad.

## 8. PROCESO DE CONVERGENCIA NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA

### 8.1 ESTADO DE TESORERIA

El estado de tesorería nos muestra los saldos del primer trimestre de 2017 comparativos con la vigencia de los primeros trimestres de los años 2015 y 2016.

La cuenta caja general durante el primer trimestre de 2017-2016 ha tenido un aumento del 8%, representado en el incremento de los recaudos en efectivo, hubo una disminución del 36% en la vigencia 2015 a 2016, por el menor recaudo de efectivo.

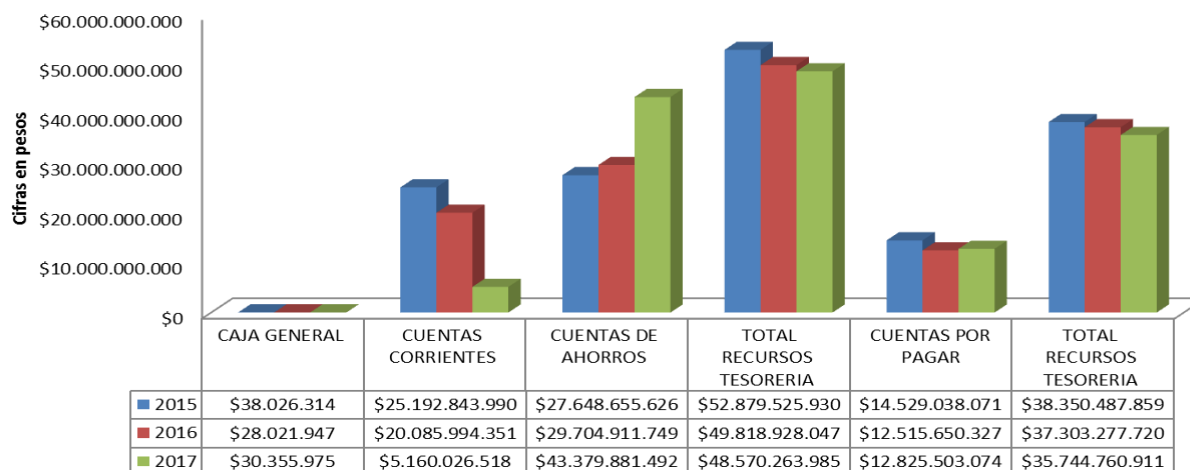
Las cuentas corrientes presentan una disminución durante la vigencia 2015-2016- 2017, esto es debido a que se realizaron traslado de fondos a las cuentas de ahorro para obtener mayores ingresos por rendimientos financieros.

En general los recursos de tesorería presentan un comportamiento constante durante el primer trimestre de cada año.

	2017	2016	2015	inc o dism \$ 2016-2017	inc o dism \$ 2015-2016	inc o dism % 2015- 2016	inc o dism % 2016- 2017
CAJA GENERAL	\$30.355.975	\$28.021.947	\$38.026.314	-\$2.334.028	\$10.004.367	36%	-8%
CUENTAS CORRIENTES	\$5.160.026.518	\$20.085.994.351	\$25.192.843.990	\$14.925.967.833	\$5.106.849.639	25%	289%
CUENTAS DE AHORROS	\$43.379.881.492	\$29.704.911.749	\$27.648.655.626	- \$13.674.969.743	- \$2.056.256.123	-7%	-32%
TOTAL RECURSOS TESORERIA	\$48.570.263.985	\$49.818.928.047	\$52.879.525.930	\$1.248.664.062	\$3.060.597.883	6%	3%
CUENTAS POR PAGAR	\$12.825.503.074	\$12.515.650.327	\$14.529.038.071	-\$309.852.747	\$2.013.387.744	16%	-2%
TOTAL RECURSOS TESORERIA	\$35.744.760.911	\$37.303.277.720	\$38.350.487.859	\$1.558.516.809	\$1.047.210.139	3%	4%



**ESTADO DE TESORERIA  
2015-2016-2017**



Del total de los recursos de tesorería \$48.570.263.985,00 hay \$24.521.790.033,00 que corresponden a destinación específica representados así; estampilla, proyectos, impuestos e intereses, quedando una disposición total de recursos de \$ 11.222.970.878,00

	2017	Recursos propios destinados para proyectos*	2017
CAJA GENERAL	\$30.355.975,00		
CUENTAS CORRIENTES	\$5.160.026.518,00	Proyecto ampliación, remodelación y dotación Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos	\$ 7.860.672.000,00
CUENTAS DE AHORROS	\$43.379.881.492,00	Modernización sistema ventilación mecánica y salas de Cirugía Integrada de la Unidad Quirúrgica	\$ 5.000.000.000,00
TOTAL RECURSOS TESORERIA	\$48.570.263.985,00	Implementación actualización Sistema Eléctrico primera etapa (en ejecución)	\$ 1.095.035.063,00
TOTAL RECURSOS TESORERIA	\$48.570.263.985,00	Total	\$ 13.955.707.063,00
CUENTAS POR PAGAR	\$12.825.503.074,00		
Estampilla Departamental	\$ 10.302.108.479,00		

Cuentas por Pagar Impuestos e intereses	\$263.974.491,00
Recursos propios destinados para proyectos*	\$ 13.955.707.063,00
(-) Menos Recursos con destinación específica:	\$ 24.521.790.033,00
<b>TOTAL RECURSOS DISPOSICION:</b>	<b>\$ 11.222.970.878,00</b>

## 9. PQRS

Para la vigencia 2017 no se presentaron peticiones a través del sistema de Información de Atención al usuario.

## 10. PLANES ÚNICOS 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 LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
5.	Contar con una herramienta para evaluar la rentabilidad por procesos.	ACREDITACIÓN	33%	33%
	Justificación: Se elaboró el cuadro de Excel de costos y gastos , facturación y proyección de costos y gastos 2014 a 2015 con corte a junio de 2016. Se presentó dificultad 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 3 evidencia.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

9.	Falta de control de los recursos de la institución	GESTIÓN DEL RIESGO	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017
	Justificación: Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017.			
	Barreras de mejoramiento N/A			

14.	Análisis de la política de provisión y de los registros contables, efectuando los ajustes y correcciones que consideren necesarios para establecer saldos razonables ajustados al nivel de riesgo y cobrabilidad de la cartera por pagador. O ajustar la provisión de cada pagador de acuerdo con la política definida por la administración del 33% anual sobre saldos vencidos mayores a 360 días, con causación mensual del 2,75%. El saldo a nombre del Hospital de la Samaritana debe reversarse contra cuenta de resultados de ejercicios anteriores.	OTRAS	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017
<b>Justificación:</b> Pendiente cierre con el área de planeación con corte marzo de 2017.				
<b>Barreras de mejoramiento</b> N/A				

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,	OTRAS	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017
<b>Justificación:</b> Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017.				
<b>Barreras de mejoramiento</b> N/A				

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	OTRAS	0%	0%
<b>Justificación:</b> Se inicia el proyecto con la contratación de dos personas que apoyarán en la implementación, por tanto se mostrarán avances en el próximo corte trimestral.				
<b>Barreras de mejoramiento</b> N/A				

18.	El proceso no determina toda la secuencia e interacción de los procesos que realiza. Durante la auditoría se evidencia que la caracterización de Gestión Financiera código 02DF22-V1 que esta publicada en la intranet no contiene el procedimiento Contabilización de activos fijos	AUDITORIA INTERN A HSEQ	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017
-----	--	-------------------------	--	--

	código 02GF02-V1 que está vigente.			
	Justificación: Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017..			
	Barreras de mejoramiento N/A			

19.	No son recopilados, analizados los datos para demostrar la adecuación y eficiencia del sistema y evaluar donde se puede hacer una mejora continua. Durante la auditoria se solicitaron los indicadores establecidos por caracterización en el proceso (Razón corriente y Porcentaje de cumplimiento plan de pagos) los cuales carecen de medición y su respectivo análisis.	AUDITO RIA INTERN A HSEQ	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017	Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017
	Justificación: Pendiente cierre con el área de planeación con corte a marzo de 2017			
	Barreras de mejoramiento N/A			

## 11. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

NO.	META DEL PRODUCTO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Continuar con la Implementación de costos por producto	% de avance según actividades y estrategias.	0%	0%
	Justificación Se ha realizado levantamiento de equivalencias, cruce de productividad y Mano de obra, documentado mediante actas. 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.			
	Barrera de mejoramiento N/A			

## 12. 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	96,25%	0	0

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 a saber:

### *Riesgos corrupción*

- *No tener un adecuado control y seguimiento periódico de la ejecución de gastos del presupuesto.* 1. Soportes de correos enviados a los diferentes líderes de proceso y áreas de la ejecución de gastos. 2. Informe mensual de ejecución presupuestal de gastos por rubros. Al cierre del mes de diciembre presenta un porcentaje de avance de 48%.
- *Pago de obligaciones no adquiridas.* 1. Un (1) Archivo en Excel con relación de facturas a pagar. 2. Una (1) muestra de comprobantes contables con causación anexos a las órdenes de pago. 3. Un (1) Registro en libro de devoluciones. Al cierre del mes de diciembre presenta un porcentaje de avance de 50%.

### Riesgos de corrupción

- *Controles deficientes para el manejo de transacciones por medios electrónicos.* 1. Acta de entrega del equipo dedicado. 2. Comunicaciones con Solicitudes realizadas a entidades bancarias para ajuste de perfiles. 3. Acta de entrega de cajas fuertes. 4. Comunicación con solicitud realizada al área de sistemas. 5. Comunicaciones con Solicitudes realizadas a la Dirección Administrativa para las adecuaciones. 6. Actualización del procedimiento de pagos a proveedores y pagos a clientes internos y externos. Al cierre del mes de diciembre presenta un porcentaje de avance de 100%.
- *Falta de control de los recursos de la Institución.* 1. Movimientos bancarios en medio físico o magnético. 2. Impreso y/o magnético conciliaciones bancarias debidamente firmadas y verificadas. 3. Impreso y/o magnético con las conciliaciones realizadas del módulo frente a la contabilidad. 4. Soportes de arqueos diarios. Al cierre del mes de diciembre se presenta porcentaje de avance de un 85%.

### Programas

En el Proceso de Gestión Financiera no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

## CAPÍTULO III

### INFORME DE GESTIÓN DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Primer trimestre de 2017

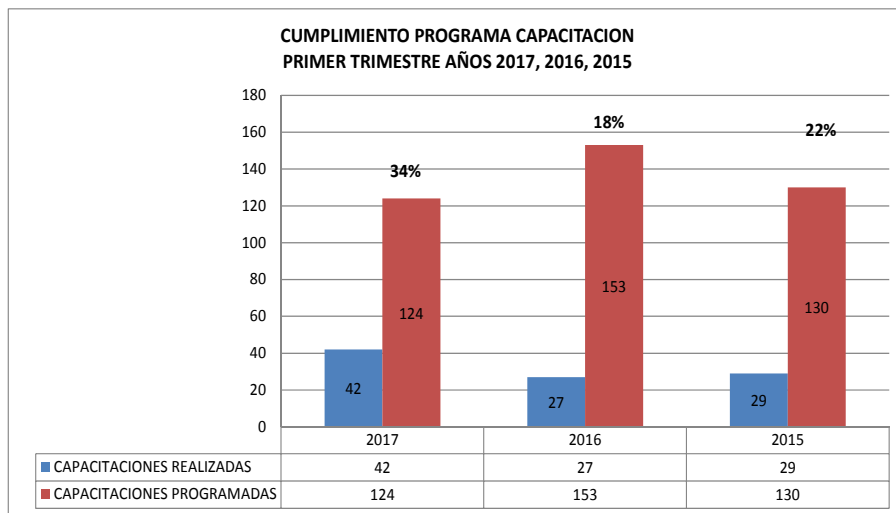
# 1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

## 1.1. GESTION DEL PROCESO: INDICADORES

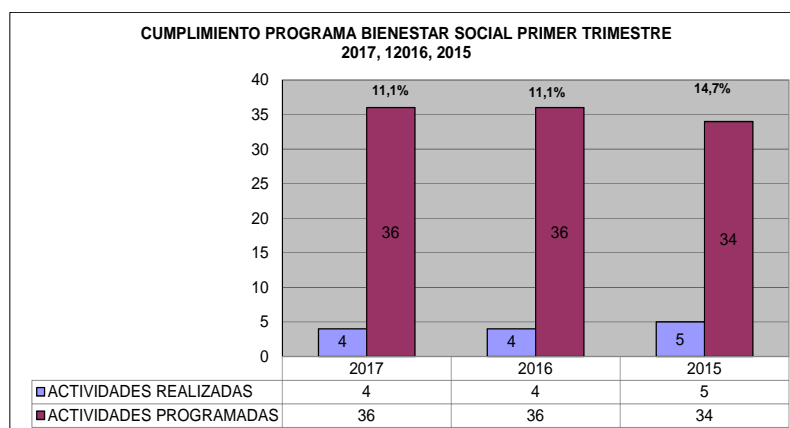
### PORCENTAJE DE VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Durante el primer trimestre del año 2017, se presentaron 5 accidentes de trabajo a los cuales se les realizó el reporte e investigación dando un porcentaje del 100% de vigilancia.,

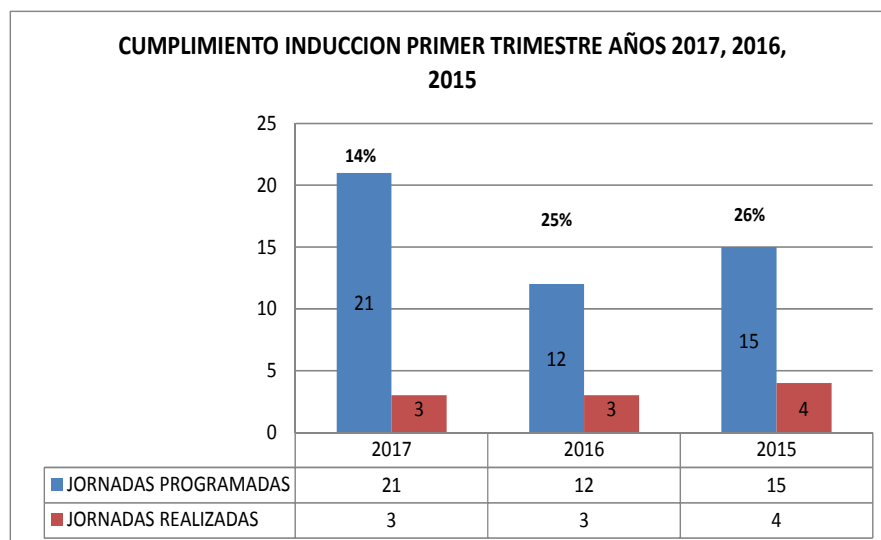
### PORCENTAJE CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACIONES



### PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE BIENESTAR



## PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA DE INDUCCION Y REINDUCCION



### 1.2 PQRS

#### VOZ DE CLIENTE INTERNO

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, en vista de lo anterior se realizó la apertura correspondiente al primer trimestre encontrando 7 así:

- 1 Inconformidad referente servicio de Nutrición
- 1 Queja frente a la empresa LASU
- 2 Felicitaciones para enfermería
- 1 Queja de atención por parte de paciente
- 1 Inconformidad frente a aseo en los servicios
- 1 Inconformidad frente a respuesta de incidencia de sistemas

Todos estos soportes fueron trasladados a las áreas correspondientes del trámite, las cuales se han venido dando únicamente

Por otra parte a partir del mes de Febrero se implementó el módulo de PQRS para cliente Interno a través de Orfeo, recibiendo durante el este primer trimestre 44 PQRS:

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO 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	Compras	40	Se realizó respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en



No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
	salud			carteleras
3342	Vacantes de empleo	Personal	2	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3352	Vacantes de empleo	Personal	2	Se envió la respuesta al correo electrónico del
3362	Felicitaciones por seguridad al personal calle 1	Dirección Administrativa	0	Felicitación que no amerita respuesta. En coordinación con comunicaciones se publicará
3372	Queja tempora no pago eps mes febrero	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3382	Queja temporal	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3392	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3402	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3412	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3422	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3432	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3442	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario el 6 de abril
3462	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3472	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3482	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3512	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3522	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3532	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3542	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3552	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3622	Ruido pantallas y televisores	Hotelería	3	Se envió la respuesta al correo electrónico del petionario
3632	Falta de insumos para recién nacidos	Compras	29	Se realizó respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
3652	Uniformes para personal de coltempora	Personal	4	Se realizó respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
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
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	Felicitación que no amerita respuesta. En coordinación con comunicaciones se publicará
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 envía correo electrónico el 27 de abril informando vencimiento y solicitud de respuesta
4112	Solicitud seguimiento a entregas de turno	Dirección Administrativa	17	Se realizó respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4122	Solicitud informe de gestión	Gerencia		Pendiente respuesta. Se envía correo electrónico el 27 de abril informando vencimiento y solicitud de respuesta
4202	Certificación Laboral			Se envía respuesta parcial a correo electrónico el 18 de abril, solicitando aclaración solicitud
4232	Puesto de Trabajo	Arquitectura	3	Respuesta dada por arquitectura y desarrollo humano. Se envió respuesta al correo electrónico del peticionario
4372	Negligencia por parte técnico radiología	Imágenes Diagnósticas	27	Respuesta dada por imágenes Diagnósticas. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4622	Queja - LASU	Hotelería	3	Se realizó respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4672	Solicitud cambio de jornada	Enfermería	11	Respuesta dada por enfermería. Se remite por correo electrónico al peticionario
4682	Comportamiento funcionaria de Planta	Enfermería	1	Se realizó respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
				cartelera
4702	Petición información	Desarrollo Humano	3	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario
4732	Mal funcionamiento del registro funcionarios	Sistemas	22	Respuesta dada por sistemas. Se envía a comunicaciones para publicación en cartelera
4742	Cumplimiento de funciones	Personal	27	Respuesta dada por personal. Se envía a comunicaciones para publicación en cartelera
4752	Solicitud información - postulación hojas de vida hospital la vega	Personal	22	Respuesta dada por personal. Enviada por correo electrónico al peticionario

## 1.2. 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.

Se está a la espera por parte de la Oficina de Planeación y Oficina de Control Interno, el cierre definitivo al PUMP de la vigencia. Por el área de Planeación se realizó el seguimiento dando una calificación de avance del 85% y se hizo entrega de los soportes solicitados por la Oficina de Control Interno.

## 1.3 PLAN DE ACCION

Para la presente vigencia, se encuentra las siguientes actividades definidas en el PAS, se presenta el avance a primer trimestre 2017

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Colaboradores con desarrollo de competencias hacia la humanización del servicio, independiente del tipo de contratación	Elaborar y ejecutar cronograma de Capacitación que incluya talleres, etc, de manera sistemática en temas relacionados incluidos en el Pla Institucional	Informe con la medición de resultados de adherencia a la estrategia Vs indicador QR por fallo en calidez y trato digno	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	De acuerdo a la revisión adelantada por la oficina de Control Interno, esta actividad se solicitará concepto a la Oficina de Planeación ya que la evidencia no es acorde para la meta a medir

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
		de Capacitación (PIC)			
Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	Desarrollar los componentes o productos requeridos por el SG-SST de acuerdo al ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA)	Establecer el plan de trabajo de la vigencia para la implementación a partir de la evaluación del cumplimiento de la norma (1072/2015) en coordinación con ARL.	1. Lista de chequeo revisión de la norma aplicada institución y ARL 2. Plan anual de trabajo aprobado.	Dirección Administrativa Subdirección Desarrollo humano	Se entregó la lista de chequeo junto con el plan de trabajo anual
Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.	Implementar el Modelo de Gestión del Talento Humano enmarcado en los estándares de acreditación y sus ejes evaluativos, con alcance a las Unidades Funcionales según el tipo de contratación	Identificar a través de los documentos transversales los derechos del cliente interno, formalizar y divulgar	1. Acto administrativo de derechos del cliente interno formalizado y socializado.	Dirección Administrativa Subdirección Desarrollo humano	El acto administrativo se encuentra en revisión
		Implementar Procedimientos de planeación, selección y evaluación del desempeño del talento humano	2. Procedimientos de planeación, selección y evaluación de desempeño actualizados, socializados e implementados		Los procedimientos fueron actualizados los cuales se encuentran en revisión por la Oficina de Planeación
		Priorizar en el Programa de Capacitación, la formación e inducción de atención al cliente externo,	Listado de Funcionarios que atienden público contra		

funcionarios capacitados en atención al

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
		haciendo énfasis hacia el recurso humano que tiene contacto directo con el Cliente Externo	cliente		
		Ejecutar el programa de capacitación enmarcado en los estándares de acreditación y sus ejes evaluativos y tendencia hacia estándares de excelencia	3. Soportes de ejecución del programa.		Para el primer trimestre se tuvo un cumplimiento del 34%, con 42 capacitaciones realizadas de 124
		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	4. Soportes de ejecución del programa.		El programa de bienestar durante el primer trimestre tuvo un cumplimiento del 40%
		Ejecutar el cronograma de compensaciones y elementos relacionados en todos los sistemas de vinculación (seg. social, prestaciones, pagos a contratistas, costos relacionados)	5. Cumplimiento del cronograma	Dirección Administrativa Subdirección Personal	Se viene ejecutando el cronograma de ocompensaciones el cual para el primer trimestre tuvo un porcentaje de cumplimiento del 25% con 3 pagos cumplidos en las fechas establecidas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
		Fortalecer proceso de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo, y reinducción	6. Cumplimiento del cronograma.		Se viene ejecutando el cronograma de inducción el cual para el primer trimestre tiene un porcentaje de cumplimiento del 14%, con tres jornadas realizadas de 21 programadas para la vigencia

#### 1.4 PROGRAMAS

##### PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUADA

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

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

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 trimestre se han realizado 42 capacitaciones con una asistencia de 3464 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 en Incentivos código 01TH02-V1

Para la presente vigencia se tiene contempladas realizar 35 actividades dentro de nuestro cronograma. Durante el primer trimestre se realizaron 4 actividades. Sin embargo para el seguimiento de Control Interno se agruparon en 10 actividades de acuerdo a la celebración:

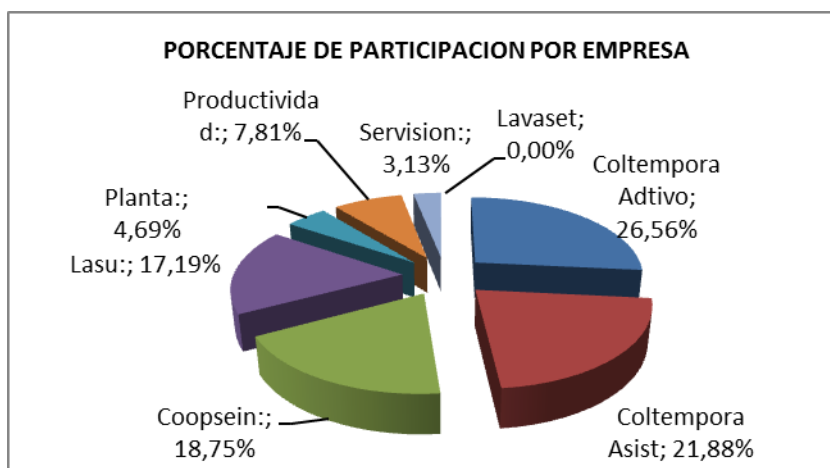
1. Acompañamiento momentos de duelo
2. Acompañamiento momentos familiares especiales
3. Celebración cumpleaños
4. Celebración días (profesiones)
5. Campeonatos deportivos
6. Despedida médicos internos
7. Semana Samaritana
8. Celebración fin de año trabajadores
9. Celebración fin de año hijos trabajadores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

De este seguimiento se tuvo un cumplimiento del 40%, con 4 actividades de las 10.

## INDUCCION Y REINDUCCION

A la fecha se han realizado las jornadas de inducción programadas (3 jornadas correspondientes a los meses de Enero, Febrero y Marzo) de un total de 21 jornadas programadas para un cumplimiento 14%.

Para las jornadas de inducción se contó la una participación de 64 colaboradores de 108 citados para un porcentaje de asistencia del 60%. Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los interventores de los contratos solicitando la respectiva intervención.

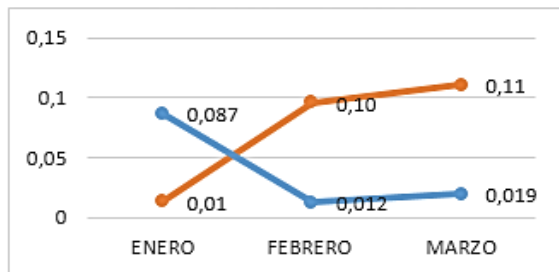


## 1.5 SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SGSST)

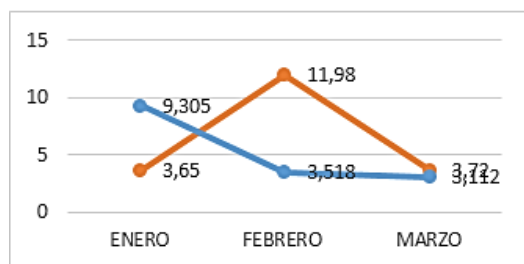
# ÍNDICES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO HUS PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2016 Y 2017

—●— AÑO 2016  
—●— AÑO 2017

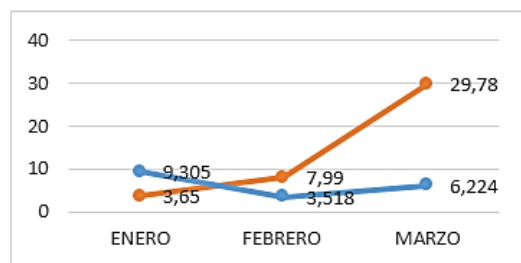
## IFAT: INDICE DE FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO



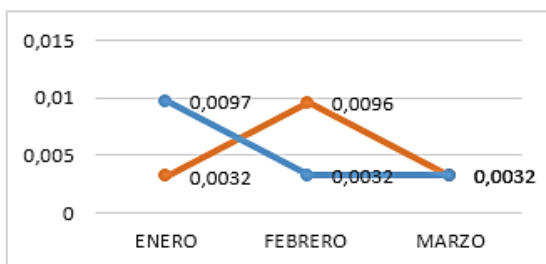
## ILIAT: INDICE DE LESIONES INCAPACITANTES POR ACCIDENTE DE TRABAJO



## ISAT: INDICE DE SERVERIDAD DE ACCIDENTES DE TRABAJO

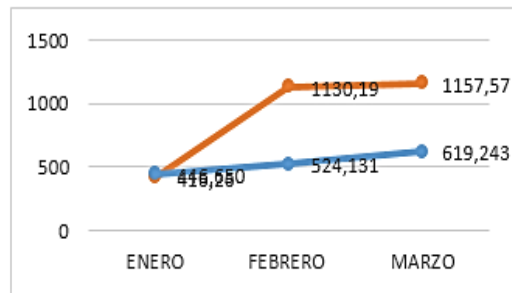


## TA: TASA DE ACCIDENTALIDAD

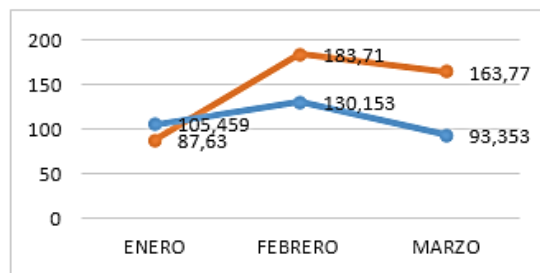




**ISA: INDICE DE SEVERIDAD DEL AUSENTIMOS**



**IFA: INDICE DE FRECUENCIA DEL AUSENTISMO**



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 y días de incapacidad para el trimestre se presentaron 5 AT igual que en 2016.

Los índices de ausentismo por enfermedad común también han disminuido del año 2016 al 2017, lo que indica una reducción en los días perdidos por cada caso.

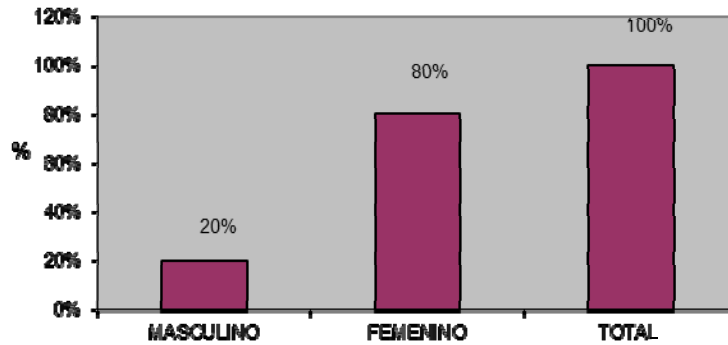
**CUADRO No 1  
FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN MESES**

MES	No. AT	%
ENERO	3	80%
FEBRERO	1	10%
MARZO	1	10%
TOTAL	5	100%

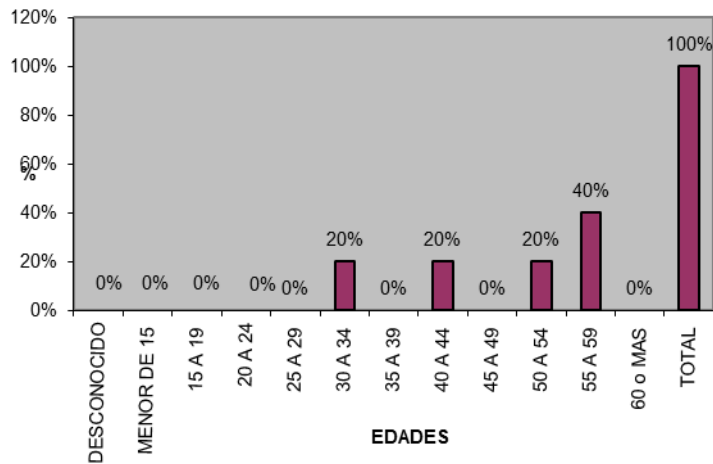
FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

Durante el mes de MARZO se presentó un (1) accidente de trabajo con 2 días perdidos por el mismo. Respecto de mes de los dos primeros meses, se tuvo una disminución en la accidentalidad

**GRAFICO 1**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO**  
**SEGUN GENERO DEL TRABAJADOR**

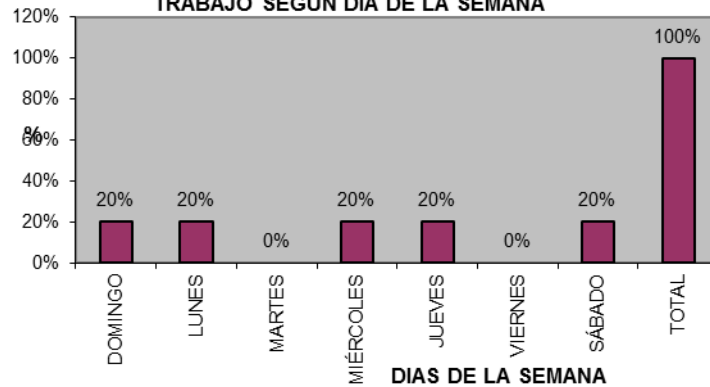


**GRAFICO 2**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIDENTES DE**  
**TRABAJO SEGUN EDAD DEL ACCIDENTADO**



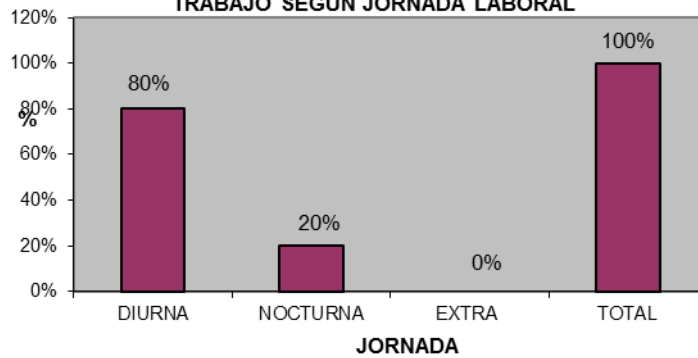
La mayor accidentalidad corresponde a personas entre 55 y 59 años de edad.

**GRAFICO 4**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIDENTES DE**  
**TRABAJO SEGUN DIA DE LA SEMANA**



No hay evidencia de un día especial en el que se acreciente la accidentalidad.

**CUADRO 7  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIDENTES DE  
TRABAJO SEGUN JORNADA LABORAL**



Predomina la accidentalidad del personal de planta en el día, ya que esta el 83% de la planta concentrada en dicho turno y solo el 17% pertenece al turno de la noche.

\*El 3,9% de la planta que corresponde a 12 personas son de turnos rotatorios.

**CUADRO No 2  
FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN NATURALEZA DE LA LESION**

NATURALEZA DE LESION	No. AT	%
CONTUSIÓN, MACHUCÓN	1	20%
CORTADA, LACERACIÓN, PINCHAZO	2	40%
SIN CLASIFICAR, NO DETERMINADA	2	40%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA  
EMPRESA

Los dos accidentes sin clasificar corresponden a salpicaduras y contacto con fluidos lo cual está catalogado como riesgo biológico.

**CUADRO No3  
FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO SEGUN AGENTE DE LA  
LESION**

AGENTE DE LA LESION	No. AT	%
AGENTES INFECCIOSOS	2	40%
ARTICULOS DE METAL	1	20%
ARTICULOS DE VIDRIOS	1	20%
MOBILIARIO	1	20%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

**CUADRO No 4**  
**FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO SEGÚN**  
**PARTE DEL CUERPO AFECTADA**

PARTE DEL CUERPO AFECTADA	No. AT	%
CARA	1	0%
DEDOS MANO D	1	0%
DEDOS MANO I	1	13%
EXTREMIDAD INF. I	1	0%
OTROS	1	13%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

**CUADRO No 5**  
**FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN TIPO DE ACCIDENTE**

TIPO DE ACCIDENTE	No. AT	%
COGIDO EN, DEBAJO, ENTRE	1	20%
GOLPEADO POR	2	40%
REACCIÓN CORPORAL	2	40%
SOBRE ESFUERZO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

**CUADRO No 6**  
**FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN CONDICION AMBIENTAL PELIGROSA**

CONDICION AMBIENTAL PELIGROSA	No. AT	%
NO HAY CONDICION AMBIENTAL PELIGROSA	1	20%
RIESGOS AMBIENTALES NO ESPECIFICADOS EN OTRA PARTE	2	40%
RIESGOS PÚBLICOS	1	20%
USO DE MATERIAL Y EQUIPO DE POR SÍ PELIGROSO	1	20%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

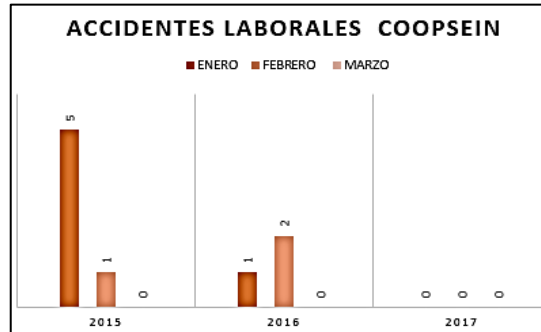
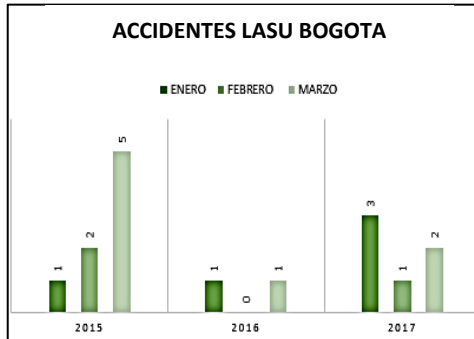
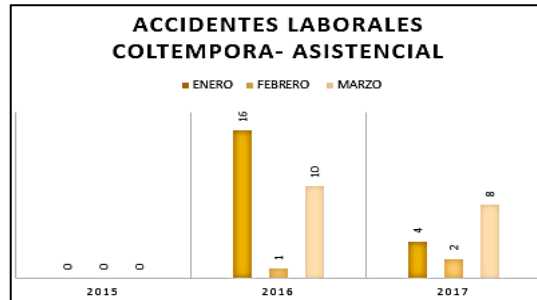
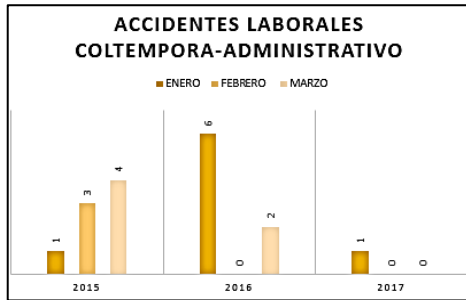
FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

**CUADRO No 7**  
**FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO SEGUN ACTOS INSEGUROS**

ACTOS INSEGUROS	No. AT	%
COLOCAR, MEZCLAR, COMBINAR, ETC. INSEGURAMENTE	1	20%
NINGÚN ACTO INSEGURO	1	20%
NO ASEGURAR, ADVERTIR	2	40%
SIN CLASIFICACIÓN, DATOS INADECUADOS	1	20%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

## ACCIDENTALIDAD TERCERIZADOS PRIMER TRIMESTRE AÑOS 2015, 2016 Y 2017



COLTEMPORA: ha presentado una reducción del 80% en el número de accidentes en el área administrativa, sin embargo en asistencial solo fue del 52%.

SERVISION: ha presentado variabilidad en la accidentalidad

COOPSEIN: ha presentado una reducción importante en sus índices de accidentalidad presentando 0% accidentes

LASU: ha presentado un aumento del 300% en el número de accidentes en la sede de Bogotá con respecto a 2016, en Zipaquirá no ha reportado accidentalidad.

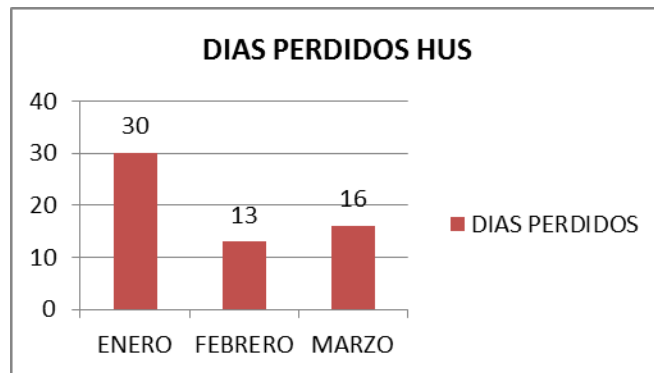
LAVASET: Es el único contratista que no ha presentado accidentes en el desarrollo de sus labores.

### ACCIDENTALIDAD EMPRESAS TERCERIZADAS

Respecto de tercerizados, el reporte del mismo por parte de las empresas se realiza los 10 primeros días del mes, la accidentalidad del mes de marzo correspondió a:

INDICADORES HUS MARZO								
EMPRESA	AT	DIAS P	TRABAJAD	HHT	IF	IS	ILI	TASA
COOPSEIN	0	0	147	36456	0,00	0,00	0,00	0,00
SAMARITANA	1	2	308	76880	26,18	5,24	0,1	0
SERVISION	1	1	21	7812	25,60	25,60	0,7	0,05
LASSU	2	4	90	22320	17,92	35,84	0,6	0,02
COLTEMPORA	8	9	625	117264	2,18	2,45	0,0	2,03
LAVASET	0	0	6	1488	0,00	0,00	0,0	0

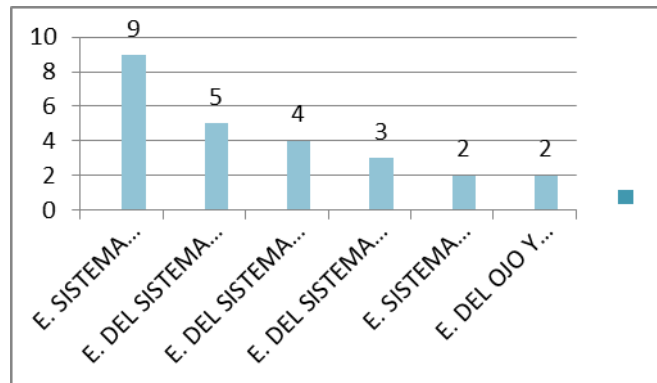
La Accidentalidad en el conjunto de socios estratégicos aumento del mes de febrero a marzo de manera significativa.



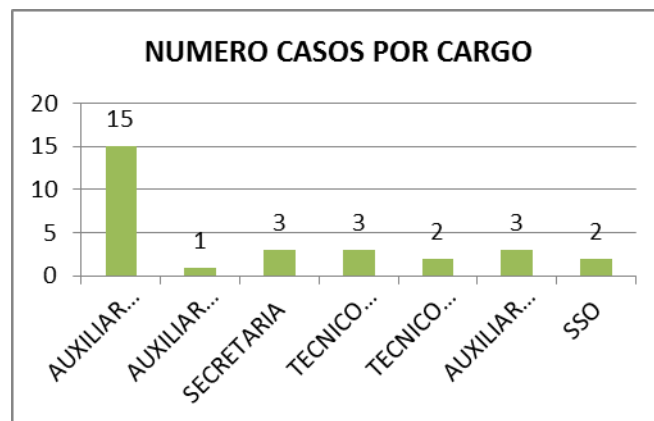
**AUSENTISMO:**

Durante el mes de Marzo el ausentismo del HUS SAMARITANA TOTAL correspondió a 201 días. por enfermedad general 199 días y 2 días por accidente de trabajo.

Las patologías que prevalecieron en el mes de Marzo fueron las siguientes:



De acuerdo a los cargos,

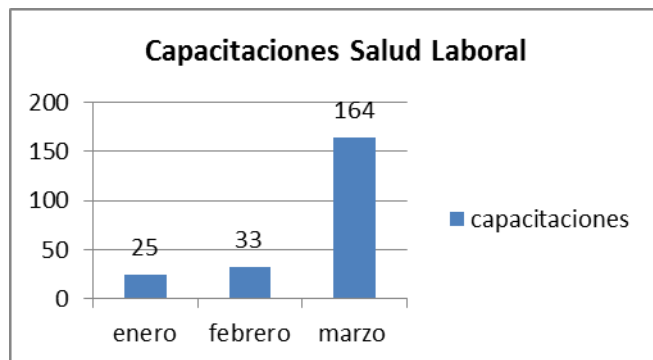


El personal de enfermería siguen presentando el mayor numero de incapacidades durante el mes.

De acuerdo al registro, el número de eventos osteomusculares durante este tercer mes (marzo) registra 2 casos nuevos de lesiones y/o incapacidades por este concepto.

## ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION

CAPACITACIONES. Actualmente, nos encontramos cultura de orden y limpieza como un factor determinante en los accidentes de trabajo



Dentro de los ajustes que se hicieron durante este 2017 para aumentar la participación de las empresas tercerizadas en la educación de sus colaboradores se programó en las reuniones de COPASST SOCIOS ESTRATEGICOS realizar capacitaciones para todo el personal los lunes de la salud en el auditorio así.

1ER LUNES DE CADA MES SAMARITANA Y SERVISION (SVE PSICOLABORAL- RIESGO PULBICO).	2° LUNES DE CADA MES COOPSEIN (SVE RIEGO BIOLOGICO).
3er LUNES DE CADA MES COLTEMPORA (SVE DME)	4 LUNES DEL MES (PROGRAMA ORDEN Y ASEO) LASU Y LAVASET

### 1.6 SEGUIMIENTO HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL:

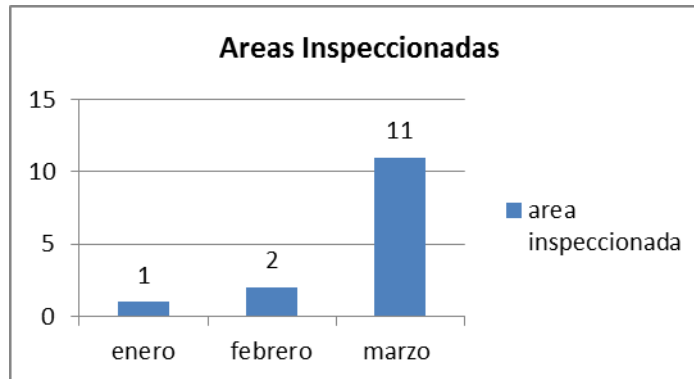
#### Inspección de áreas:

Se realiza actualmente la campaña de Orden y limpieza para ello se han realizado visitas de diferentes áreas.

MARZO
área de obra (campamento)
cartera
cuentas medicas
equipo medico
casa archivo
gases medicinales
mantenimiento

farmacia central y dispensacion
antigua central de mezclas
bodega farmacia central
farmacia urgencias
farmacia radiologia
farmacia salas cx
oficina NO POS
bodega calle 1a
bodega liquidos (cancha)

Se ha incrementado las visitas de inspección mensualmente.



## SEGUIMIENTO A CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

**Evaluaciones medicas ocupacionales:** se iniciaron las citaciones para exámenes médicos ocupacionales las cuales se realizaran con la IPS GERIZIM Salud y Seguridad en el Trabajo Calle 40 # 19 -16 La Soledad para el cual deben pedir cita, así mismo, se envió copia a los correos institucionales, se publicó en carteleras y se notificó por escrito a quienes no tienen correo institucional el primer grupo del 2017c correspondió a personal del área administrativa. Termina este grupo sus citas el 15 de abril de 2017.

**Vacunación de hepatitis b:** se inició en las 5 personas programadas, para lo cual se dirigieron a la IPS asignada, pendiente seguimiento.

### Readaptaciones puestos de trabajo:

Se realizó la encuesta y el seguimiento de las 11 personas que fue readaptadas en el área de cocinetas, las cuales en su totalidad han sentido mejoría de su salud. Se realizó el respectivo reporte de readaptación.

## 1.7 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Se continúan reuniones para acoso laboral, se reciben casos y se da trámite correspondiente. Pendiente informe del 1 trimestre del año al gerente.



## COMITÉ COPASST

Se realizan reuniones quincenales de acuerdo a la norma.

### 1.8 PLANTA DE EMPLEOS PUBLICOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

A continuación se relaciona la planta global de empleos públicos, para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, aprobada según Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016, así:

TABLA No.\_\_\_\_ PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - EMPLEADOS PÚBLICOS

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
<b>NIVEL DIRECTIVO</b>					
1	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	085	04	P. F	8
4	DIRECTOR OPERATIVO	009	03	LNR	8
20	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	02	LNR	8
1	SUBDIRECTOR OPERATIVO	070	01	LNR	8
<b>NIVEL ASESOR</b>					
1	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	P. F	8
2	JEFE DE OFICINA ASESORA	115	01	LNR	8
<b>NIVEL PROFESIONAL</b>					
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	LNR	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	15	CA	8
2	LIDER DE PROYECTO	208	10	LNR	8
5	LIDER DE PROYECTO	208	10	CA	8
5	MÉDICO ESPECIALISTA	213	12	CA	4
3	MÉDICO ESPECIALISTA	213	13	CA	6
8	MÉDICO ESPECIALISTA	213	14	CA	8
1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	15	CA	8
1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	11	CA	8
3	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	09	CA	8
2	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	05	CA	8
3	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	237	05	CA	8
51	ENFERMERO	243	07	CA	8
4	PROFESIONAL OBLIGATORIO SERVICIO SOCIAL	217	08	P. F	8
2	PROFESIONAL OBLIGATORIO SERVICIO SOCIAL	217	03	P. F	8
2	PROFESIONAL OBLIGATORIO SERVICIO SOCIAL	217	03	P. F	8
<b>NIVEL TECNICO</b>					
1	TECNICO OPERATIVO	314	12	CA	8
2	TECNICO OPERATIVO	314	11	CA	8
1	TECNICO OPERATIVO	314	09	CA	8
3	TECNICO OPERATIVO	314	06	CA	8
2	TECNICO OPERATIVO	314	04	CA	8

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
14	TECNICO AREA SALUD	323	10	CA	8
1	TECNICO AREA SALUD	323	05	CA	8
3	TECNICO AREA SALUD	323	01	CA	8
<b>NIVEL ASISTECIAL</b>					
1	SECRETARIO EJECUTIVO	425	16	CA	8
32	SECRETARIO	440	13	CA	8
1	SECRETARIO	440	07	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	14	CA	8
7	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	11	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	10	CA	8
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	02	CA	8
172	AUXILIAR AREA SALUD	412	15	CA	8
1	AUXILIAR AREA SALUD	412	09	CA	8
3	AUXILIAR AREA SALUD	412	05	CA	8
3	AUXILIAR AREA SALUD	412	02	CA	8
375	TOTAL				

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

**TABLA No. \_\_\_\_ 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

### 1.9 NOMINA DE PLANTA

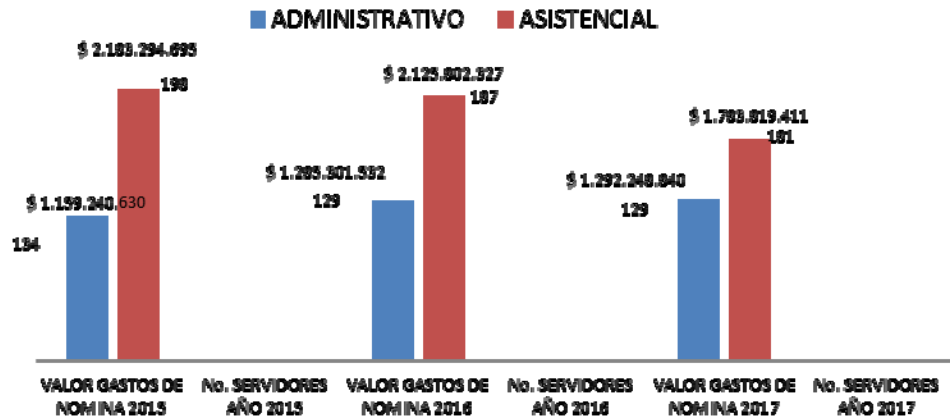
**TABLA No. \_\_\_\_ GASTOS NÓMINA PRIMER TRIMESTRE BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015-2016-2017**

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	\$ 1.159.240.630	134	\$ 1.285.301.532	129	\$ 1.292.248.840	127
ASISTENCIAL	\$ 2.183.294.695	198	\$ 2.125.802.327	187	\$ 1.783.819.411	181
TOTALES	\$ 3.342.535.325	332	\$ 3.411.103.859	316	\$ 3.076.068.251	308

Fuente: Subdirección de Personal HUS

GRAFICA No.\_\_\_\_ GASTOS NÓMINA PRIMER TRIMESTRE BOGOTA COMPARATIVO  
AÑOS 2015-2016-2017

**GASTOS NÓMINA PRIMER TRIMESTRE BOGOTA COMPARATIVO  
AÑOS 2015-2016-2017**



Fuente: Subdirección de Personal HUS

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 59% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 41% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para el mes de marzo de 2017 en un 18%.

TABLA No.\_\_\_\_ DISCRIMINADO PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE MARZO DE 2017

TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
PERIODO FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO			
PERIODO FIJO DIRECTIVO	1		1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION DIRECTIVO	22	3	25
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION ASESOR	2	0	2
PERIODO FIJO ASESOR (NORMATIVO)	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	4	0	4
PERIODO FIJO PROFESIONAL SSO	7	0	7
<b>TOTAL FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>40</b>
CARRERA ADMINISTRATIVA			
INSCRITOS	121		121
PENDIENTES INSCRIPCION	0		0
EN PROCESO DE INSCRIPCION	0		0
EN PERIODO DE PRUEBA	0		0
ENCARGOS	3		3
PROVISIONALES	98		98
VACANTES		113	113
<b>TOTAL EMPLEADOS PUBLICOS DE PLANTA</b>	<b>259</b>		

TRABAJADORES OFICIALES	49	0	49
<b>CONTRATOS DE TRABAJO</b>			
TRABAJADORES OFICIALES	49	0	49
<b>TOTAL CONTRATOS DE TRABAJO</b>			<b>49</b>
<b>TOTAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL</b>	<b>308</b>	<b>116</b>	<b>424</b>

<b>REGIMEN DE CESANTIAS</b>			
REGIMEN DE CESANTIAS RETROACTIVAS	129		129
REGIMEN DE CESANTIAS ANUALIZADAS	179		179
<b>TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS</b>	<b>308</b>		<b>308</b>

<b>ADMINISTRATIVO O ASISTENCIAL</b>			
ADMINISTRATIVOS	127		127
ASISTENCIALES	181		181
<b>TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS</b>	<b>308</b>		<b>308</b>

Fuente: Subdirección de Personal HUS

TABLA No. \_\_\_\_ RESUMEN GENERAL GASTOS ACUMULADOS NOMINA DE MARZO 2017

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2017	COMPROMISO TOTAL (2017)	SALDO POR EJECUTAR (2017)
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 14.260.962.000	\$ 2.384.171.241	\$ 11.876.790.759
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 10.225.616.000	\$ 1.915.822.168	\$ 8.309.793.832
11002	GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$ 39.640.000	\$ -	\$ 39.640.000
11003	PRIMA TECNICA	\$ 168.364.000	\$ 38.697.858	\$ 129.666.142
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 199.018.000	\$ 27.360.887	\$ 171.657.113
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 1.323.405.000	\$ 241.075.849	\$ 1.082.329.151
	PRIMAS EXTRALEGALES Y EXTRAORD.	\$ 2.304.919.000	\$ 161.214.479	\$ 2.143.704.521
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 288.674.000	\$ 51.160.131	\$ 237.513.869
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	\$ 103.748.000	\$ 22.504.889	\$ 81.243.111
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 441.740.000	\$ 9.840.484	\$ 431.899.516
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 487.031.000	\$ 69.217.655	\$ 417.813.345
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 935.051.000	\$ 1.562.768	\$ 933.488.232
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 48.675.000	\$ 6.928.552	\$ 41.746.448
14101	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.119.143.000	\$ 129.070.666	\$ 990.072.334
14102	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.580.425.000	\$ 183.166.888	\$ 1.397.258.112
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 315.813.000	\$ 27.468.327	\$ 288.344.673
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 534.691.000	\$ 62.562.200	\$ 472.128.800

14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 267.346.000	\$ 31.388.923	\$ 235.957.077
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 387.766.000	\$ 47.074.600	\$ 340.691.400
		\$ 1.189.803.000	\$ 141.025.723	\$ 1.048.777.277

Fuente: Subdirección de Personal HUS

TABLA No. \_\_\_\_\_ AVANCES SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES A MARZO 2017

ENTIDAD	AVANCE	VIGENCIAS	VALOR	TOTAL ENTIDAD
ALIANSA LUD EPS	REALIZARON TRANSFERENCIA	2012	\$ 737.538	\$ 116.775.706
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013- 2014 - 2015	\$ 73.441.489	
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2016	\$ 42.596.679	
CAFESALUD EPS	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 2.508.391	\$ 54.779.594
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013	\$ 7.435.629	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2014	\$ 9.857.248	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 12.830.345	
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2016	\$ 22.147.981	
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	\$ 93.134.909
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 25.426.144	
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	ACEPTACION SALDOS	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 28.022.973	\$ 43.660.213
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 15.637.240	
CRUZ BLANCA EPS	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2014	\$ 5.048.557	\$ 22.932.235
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2015	\$ 7.274.992	

ENTIDAD	AVANCE	VIGENCIAS	VALOR	TOTAL ENTIDAD
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	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	
NUEVA EPS	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2008	\$ 17.766.675	\$ 116.656.125
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2009	\$ 635.585	
	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	
SALUDCOOP	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 9.624.855	\$ 36.044.700
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013 - 2014 -2015	\$ 26.419.845	
SALUD TOTAL EPSk2	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2013	\$ 4.532.764	\$ 22.771.763
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2014	\$ 3.793.418	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 6.984.703	
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 7.460.878	
SANITAS	SALDO A FAVOR	ANTERIOR	\$ 958.356	\$ 171.497.374
	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	

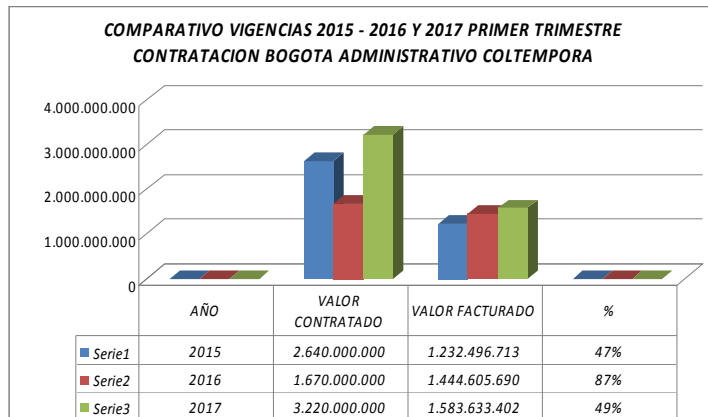
ENTIDAD	AVANCE	VIGENCIAS	VALOR	TOTAL ENTIDAD
	EXCEDENTES			
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 52.254.672	
SURAMERICAN A S.A.	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012 -2013 - 2014 - 2015	\$ 15.645.588	\$ 25.423.780
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 9.778.192	
COLFONDOS PENSIONES	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	
OLD MUTUAL	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 28.100.085	\$ 50.765.086
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 22.665.001	
FNA	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2012 - 2013 - 2014 - 2015 -2016	\$ 42.498.399	\$ 42.498.399
HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS .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	2015	\$ 3.070.711.436	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.	ACEPTACION SALDOS	2015	\$ 92.062.433	\$ 225.677.096
	ACEPTACION SALDOS	2016	\$ 133.614.663	

## 1.10 CONTRATACIÓN

### BOGOTA

En Bogotá D C., se tiene contratado el suministro de personal – trabajadores en misión con la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S A. – COLTEMPORA S. A. y con la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA se tiene contratado el suministro de procesos y subprocesos asistenciales. A continuación se relaciona el comparativo a primer trimestre de las vigencias 2015, 2016 y 2017 – Empresa de Servicios Temporales Bogotá - Administrativo:

**GRAFICA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE CONTRATACION BOGOTA ADMINISTRATIVO COLTEMPORA**



FUENTE: Area Contratos – Subdirección de Personal HUS

En este comparativo para las vigencias 2015, 2016 y 2017 de la parte administrativa, se tiene en cuenta el valor contratado comparado con el valor facturado para el primer trimestre en el área administrativa - Bogotá.

En la anterior gráfica se observa que para el primer trimestre de la vigencia 2016 el porcentaje facturado es del 87 %, este porcentaje es el más alto con relación al primer trimestre de las vigencias 2015 y 2017, dado que se incrementó la vinculación de nuevos cargos en la parte administrativa y se realizaron promoción de cargos, además de los para cubrimientos de contingencias tales como el proceso de Acreditación, cobro de cartera de Caprecom y Salud coop, estos valores ejecutados por trimestre se relaciona a continuación:

**TABLA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE CONTRATACION BOGOTA ADMINISTRATIVO COLTEMPORA**

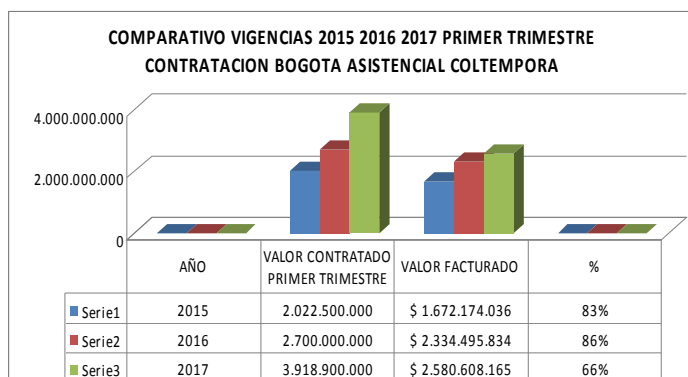
ADMINISTRATIVO			
AÑO	VALOR CONTRATADO PRIMER TRIMESTRE	VALOR FACTURADO	%
2015	2.640.000.000	1.232.496.713	47%
2016	1.670.000.000	1.444.605.690	87%
2017	3.220.000.000	1.583.633.402	49%

FUENTE: Area Contratos – Subdirección de Personal HUS



A continuación se relaciona el comparativo a primer trimestre de las vigencias 2015, 2016 y 2017 – Empresa de Servicios Temporales Bogotá - Asistencial:

**GRAFICA. \_\_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE CONTRATACION BOGOTA ASISTENCIAL COLTEMPORA**



FUENTE: Área Contratos – Subdirección de Personal HUS

En este comparativo para las vigencias 2015, 2016 y 2017 del área asistencial, se tiene en cuenta el valor contratado comparado con el valor facturado para el primer trimestre en el área asistencial - Bogotá.

De la anterior gráfica se observa que en la vigencia 2016 el porcentaje facturado es del 86 % el más alto con relación al primer trimestre de las vigencias 2015 y 2017, dado que para la vigencia 2016 se aumentaron actividades en los procesos y subprocesos contratados. Estos valores ejecutados por trimestre se relacionan a continuación:

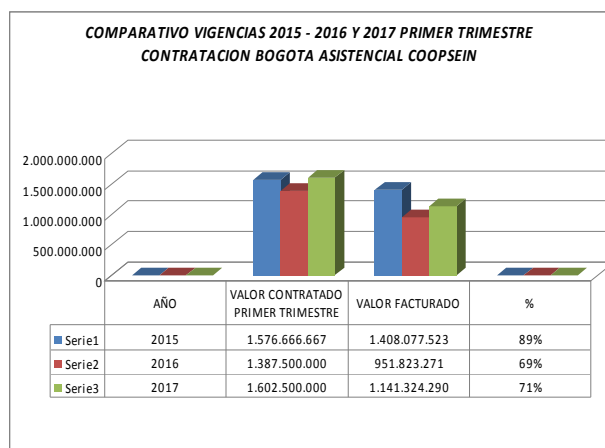
**TABLA. \_\_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE CONTRATACION BOGOTA ASISTENCIAL COLTEMPORA**

AÑO	VALOR CONTRATADO PRIMER TRIMESTRE	VALOR FACTURADO	%
2015	2.022.500.000	\$ 1.672.174.036	83%
2016	2.700.000.000	\$ 2.334.495.834	86%
2017	3.918.900.000	\$ 2.580.608.165	66%

FUENTE: Área Contratos – Subdirección de Personal HUS

A continuación se relaciona el comparativo a primer trimestre de las vigencias 2015, 2016 y 2017 – Cooperativa de Trabajo Asociado Bogotá - Asistencial:

**GRAFICA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE  
CONTRATACION BOGOTA ASISTENCIAL COOPSEIN CTA**



FUENTE: Área Contratos – Subdirección de Personal HUS

En este comparativo para las vigencias 2015, 2016 y 2017 de la parte asistencial de la contratación de procesos y subprocesos, se tiene en cuenta el valor contratado comparado con el valor facturado para el primer trimestre.

Se observa que en la vigencia 2015 el porcentaje facturado es del 89 %, es el más alto comparado con la vigencia 2016 y 2017 dado que en enero de 2015 se tenía contratado el proceso de enfermería que a partir de febrero de 2015 se contrató a través de la empresa de servicios temporales.

Con relación a la vigencia 2017 con un porcentaje facturado del 71%, es decir un 2% más alto respecto a la vigencia 2016 para el trimestre, este incremento se dio por el Convenio Interadministrativo 0880 de Suscrito entre el Departamento de Cundinamarca - Secretaria de Salud y Hospital Universitario de La Samaritana. Ruta de atención integral para la maternidad segura, saludable y feliz. Estos valores ejecutados por trimestre se relacionan a continuación:

**TABLA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE  
CONTRATACION BOGOTA ASISTENCIAL COOPESEIN CTA**

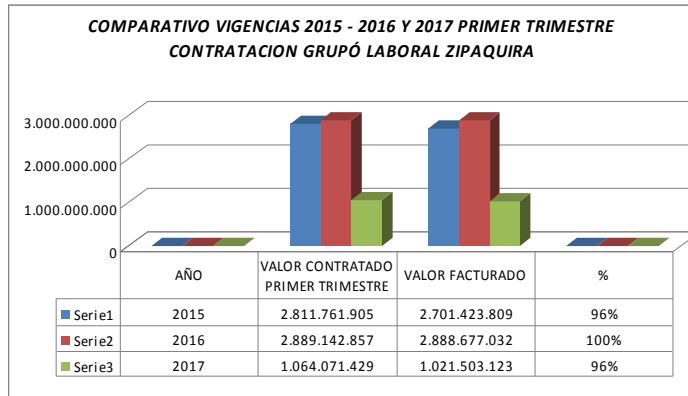
ASISTENCIAL			
AÑO	VALOR CONTRATADO PRIMER TRIMESTRE	VALOR FACTURADO	%
2015	1.576.666.667	1.408.077.523	89%
2016	1.387.500.000	951.823.271	69%
2017	1.602.500.000	1.141.324.290	71%

FUENTE: Área Contratos – Subdirección de Personal HUS

## 1.11 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

En la Unidad Funcional de Zipaquirá, actualmente se tiene contratado el suministro de trabajadores en misión con la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A para el área administrativa y asistencial; a partir del mes de febrero de 2017, en las anteriores vigencias se tenía contratado el suministro de procesos y subprocesos con la Cooperativo de Trabajo Asociado Grupo Laboral IPS.

**GRAFICA. \_\_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE CONTRATACION BOGOTA ASISTENCIAL GRUPO LABORAL CTA**



FUENTE: Área Contratos – Subdirección de Personal HUS

En este comparativo para las vigencias 2015, 2016 y 2017 en el área administrativa y asistencia para la Unidad Funcional de Zipaquirá, se tiene en cuenta el valor contratado comparado con el valor facturado para el primer trimestre.

Se observa que en la vigencia 2016 el porcentaje facturado es del 100% es el mas alto con relación al primer trimestre de la vigencia 2015, debido a que en el primer trimestre de 2016 se refleja un incremento en las actividades propias de los subprocesos y procesos contratados para esta unidad funcional.

Con relación al primer trimestre de la vigencia 2017 se refleja una disminución en la facturación debido a que a partir del mes de febrero de 2017 como ya se mencionó, se contrató la prestación con la Empresa de Servicios Temporales a través del suministro de trabajadores en misión.

Es de aclarar que en el mes de febrero 2017 se suscribió un contrato con la Cooperativa de Trabajo Asociado – Grupo laboral IPS, para el cubrimiento de dos subprocesos en los cuales realizan actividades tres asociadas que gozan de fuero materno. Estos valores ejecutados por trimestre se relacionan a continuación:

**TABLA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE  
CONTRATACION BOGOTA ASISTENCIAL GRUPO LABORAL CTA**

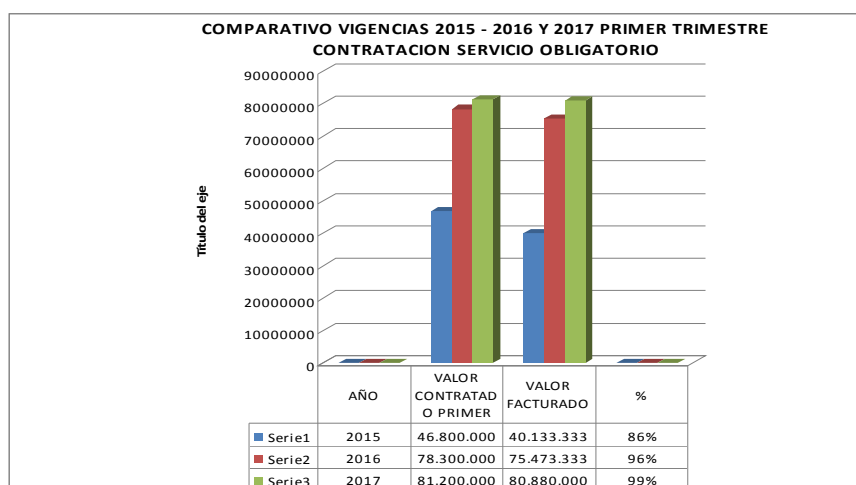
AÑO	VALOR CONTRATADO PRIMER TRIMESTRE	VALOR FACTURADO	%
2015	2.811.761.905	2.701.423.809	96%
2016	2.889.142.857	2.888.677.032	100%
2017	1.064.071.429	1.021.503.123	96%

FUENTE: Área Contratos – Subdirección de Personal HUS

### PROFESIONALES SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

A corte 31 de marzo de 2017 se cuenta con 8 contratos de servicio social obligatorio en la Unidad Funcional de Zipaquirá, a continuación se hace el comparativo a primer trimestre de las vigencias 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE  
CONTRATACION PROFESIONALES SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**



FUENTE: Área Contratos – Subdirección de Personal HUS

En este comparativo para el primer trimestre de las vigencias 2015, 2016 y 2017 de los Profesionales de Servicio Obligatorio, se tiene en cuenta el valor contratado comparado con el valor facturado para el primer trimestre.

Se observa que en la vigencia 2017 tiene un 99% facturado siendo el mas alto, con relación a primer trimestre de las vigencias 2015 y 2016, debido a en enero de 2015, habían 2 rurales los demás ingresaron a partir de febrero del mismo año. Estos valores ejecutados por trimestre se relacionan a continuación:

**TABLA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE  
CONTRATACION BOGOTA ASISTENCIAL GRUPO LABORAL CTA**

AÑO	VALOR CONTRATADO PRIMER TRIMESTRE	VALOR FACTURADO	%
2015	46.800.000	40.133.333	86%
2016	78.300.000	75.473.333	96%
2017	81.200.000	80.880.000	99%

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

**BOGOTA**

Existen 107 contratos vigentes para la prestación de servicios Bogotá para la ejecución de 33 objetos contractuales de los cuales 87 fueron suscritos con personas naturales y 20 con personas jurídicas.

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR DE CONTRATO MAS ADICIONES	% EJECUTADO A 31 DE MARZO	VALOR EJECUTADO A 31 DE MARZO	% POR EJECUTAR A 31 DE MARZO	VALOR POR EJECUTAR A 31 DE MARZO
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	22	\$2.159.988.000	30%	\$654.433.600	70%	\$1.505.554.400
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD - HEMODINAMIA	1	\$1.596.000.000	28%	\$443.830.530	72%	\$1.152.169.470
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1	\$294.000.000	20%	\$59.500.000	80%	\$234.500.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1	\$126.000.000	33%	\$41.475.000	67%	\$84.525.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	1	\$126.000.000	33%	\$42.000.000	67%	\$84.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	7	\$500.200.000	25%	\$125.304.000	75%	\$374.896.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	1	\$470.400.000	22%	\$105.837.617	78%	\$364.562.383
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$504.000.000	21%	\$106.203.471	79%	\$397.796.529
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	1	\$252.000.000	17%	\$43.224.150	83%	\$208.775.850
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS	1	\$105.000.000	20%	\$20.892.000	80%	\$84.108.000

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR DE CONTRATO MAS ADICIONES	% EJECUTADO A 31 DE MARZO	VALOR EJECUTADO A 31 DE MARZO	% POR EJECUTAR A 31 DE MARZO	VALOR POR EJECUTAR A 31 DE MARZO
PEDIÁTRICO Y FETAL						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	2	\$58.800.000	33%	\$19.680.000	67%	\$39.120.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	1	\$319.200.000	24%	\$75.923.755	76%	\$243.276.245
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	18	\$1.295.000.000	30%	\$389.796.000	70%	\$905.204.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	1	\$100.800.000	33%	\$33.167.640	67%	\$67.632.360
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGIA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIOTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	1	\$112.560.000	32%	\$35.644.000	68%	\$76.916.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	12	\$1.434.720.000	31%	\$451.474.000	69%	\$983.246.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	1	\$222.600.000	33%	\$74.133.333	67%	\$148.466.667
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	1	\$84.000.000	33%	\$28.000.000	67%	\$56.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	1	\$632.000.000	0%	\$0	100%	\$632.000.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	1	\$823.200.000	20%	\$166.884.703	80%	\$656.315.297
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	2	\$59.640.000	34%	\$20.427.000	66%	\$39.213.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA	1	\$588.000.000	20%	\$118.798.542	80%	\$469.201.458
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEdia	10	\$761.040.000	34%	\$259.870.762	66%	\$501.169.238
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	\$168.000.000	23%	\$38.054.280	77%	\$129.945.720
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	1	\$260.400.000	35%	\$90.666.667	65%	\$169.733.333
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	1	\$83.160.000	34%	\$28.066.500	66%	\$55.093.500
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$1.520.000.000	28%	\$425.722.674	72%	\$1.094.277.326
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	3	\$130.200.000	24%	\$31.598.000	76%	\$98.602.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	1	\$264.000.000	33%	\$86.652.000	67%	\$177.348.000

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR DE CONTRATO MAS ADICIONES	% EJECUTADO A 31 DE MARZO	VALOR EJECUTADO A 31 DE MARZO	% POR EJECUTAR A 31 DE MARZO	VALOR POR EJECUTAR A 31 DE MARZO
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	1	\$499.800.000	32%	\$159.780.000	68%	\$340.020.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	1	\$235.200.000	21%	\$50.048.288	79%	\$185.151.712
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	7	\$731.640.000	32%	\$231.540.000	68%	\$500.100.000
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA	1	\$864.000.000	33%	\$288.000.000	67%	\$576.000.000
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>107</b>	<b>\$17.381.548.000</b>		<b>\$4.746.628.512</b>		<b>\$12.634.919.488</b>

FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

## ZIPAQUIRA

Existen 49 contratos vigentes para la prestación de servicios en la unidad funcional de Zipaquira para la ejecución de 22 objetos contractuales de los cuales 38 fueron suscritos con personas naturales y 11 con personas jurídicas.

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR DE CONTRATO MAS ADICIONES	% EJECUTADO A 31 DE MARZO	VALOR EJECUTADO A 31 DE MARZO	% POR EJECUTAR A 31 DE MARZO	VALOR POR EJECUTAR A 31 DE MARZO
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	7	\$735.000.000	19%	\$140.572.200	81%	\$594.427.800
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA	1	\$420.000.000	30%	\$127.797.910	70%	\$292.202.090
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	5	\$391.000.000	23%	\$89.573.600	77%	\$301.426.400
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	2	\$137.800.000	31%	\$43.169.384	69%	\$94.630.616
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$210.000.000	10%	\$21.322.665	90%	\$188.677.335
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	1	\$100.800.000	12%	\$11.710.200	88%	\$89.089.800
SERVICIOS	1	\$170.100.000	65%	\$109.914.720	35%	\$60.185.280

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR DE CONTRATO MAS ADICIONES	% EJECUTADO A 31 DE MARZO	VALOR EJECUTADO A 31 DE MARZO	% POR EJECUTAR A 31 DE MARZO	VALOR POR EJECUTAR A 31 DE MARZO
ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS GINECOLOGIA	7	\$476.000.000	23%	\$111.067.500	77%	\$364.932.500
SERVICIOS ESPECIALIZADOS MEDICINA GENERAL	1	\$2.176.000.000	25%	\$541.828.430	75%	\$1.634.171.570
SERVICIOS ESPECIALIZADOS MEDICINA INTERNA	1	\$403.200.000	41%	\$166.951.800	59%	\$236.248.200
SERVICIOS ESPECIALIZADOS NEUMOLOGIA	1	\$46.400.000	33%	\$15.466.666	67%	\$30.933.334
SERVICIOS ESPECIALIZADOS NEUROLOGIA	1	\$48.400.000	42%	\$20.353.700	58%	\$28.046.300
SERVICIOS ESPECIALIZADOS ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGIA	1	\$44.000.000	25%	\$11.025.000	75%	\$32.975.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS OFTALMOLOGIA OPTOMETRIA	1	\$546.000.000	27%	\$149.635.860	73%	\$396.364.140
SERVICIOS ESPECIALIZADOS ORTOPIEDIA	4	\$264.600.000	20%	\$53.641.580	80%	\$210.958.420
SERVICIOS ESPECIALIZADOS OTORRINOLARINGOLOGIA	1	\$67.200.000	0%	\$0	100%	\$67.200.000
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PATOLOGIA	1	\$77.000.000	23%	\$17.529.600	77%	\$59.470.400
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PEDIATRIA	6	\$505.000.000	24%	\$120.647.200	76%	\$384.352.800
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PSIQUIATRIA	2	\$52.000.000	25%	\$12.848.400	75%	\$39.151.600
SERVICIOS ESPECIALIZADOS RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$686.400.000	30%	\$205.503.268	70%	\$480.896.732
SERVICIOS	1	\$15.120.000	3%	\$459.760	97%	\$14.660.240



OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR DE CONTRATO MAS ADICIONES	% EJECUTADO A 31 DE MARZO	VALOR EJECUTADO A 31 DE MARZO	% POR EJECUTAR A 31 DE MARZO	VALOR POR EJECUTAR A 31 DE MARZO
ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	2	\$134.400.000	32%	\$42.707.175	68%	\$91.692.825
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>49</b>	<b>\$7.706.420.000</b>		<b>\$2.013.726.618</b>		<b>\$5.692.693.382</b>

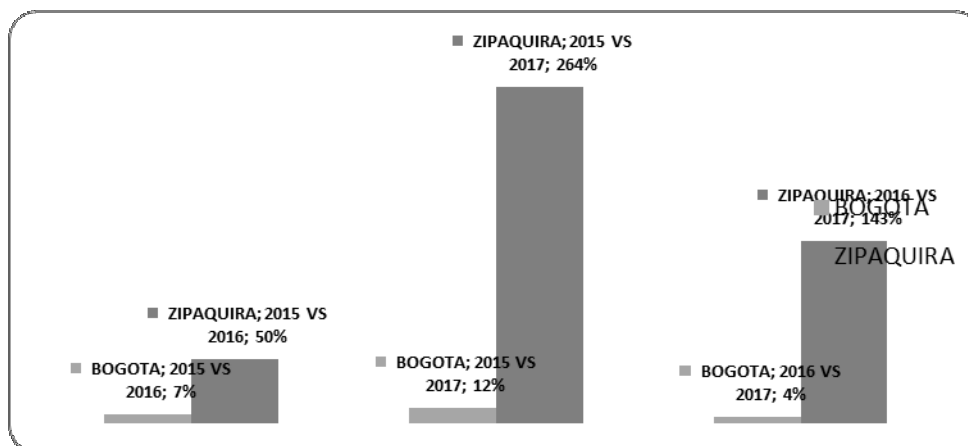
FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

TABLA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD BOGOTA – U.F ZIPAQUIRA

PRODUCTIVIDAD	2015	2016	2017
BOGOTA	\$4.925.696.535	\$5.275.474.800	\$5.508.609.760
ZIPAQUIRA	\$588.660.792	\$881.624.744	\$2.140.182.781
TOTALES	\$5.514.357.327	\$6.157.099.544	\$7.648.792.541

PRODUCTIVIDAD	2015 VS 2016	2015 VS 2017	2016 VS 2017
BOGOTA	7%	12%	4%
ZIPAQUIRA	50%	264%	143%

GRAFICA. \_\_\_\_ COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE CONTRATACION BOGOTA Y U.F ZIPAQUIRA – CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD



FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

La facturación del periodo comparativo presento un incremento del 12% para Bogotá y del 200% periodo del 2015 al 2017. Con respecto esto hay que señalar que: El incremento a los valores de los contratista fue de 5% de 2015 a 2017. Así mismo en Bogotá incremento en la demanda de los servicios y procedimientos de las especialidades, y para el año 2016 se inició el proceso de Cirugía Cardiovascular, como también Patología aumento debido a la contratación de esta especialidad como parte jurídica.

Con respecto al incremento de la facturación en la unidad funcional de Zipaquirá, se efectúa un incremento del 5% al presupuesto y en la parte asistencial se es evidente el aumento en la todo el trimestre de 2017, dado que se realizó para el mes de Febrero la contratación por prestación de servicios dk2e 7 Anestesiólogos, 5 Cirujanos Generales, 1 Cirujano Plástico, 7 Ginecólogos, 1 Estomatólogo, 1 Patólogo, 6 Pediatras, 2 Psiquiatras, y 52 médicos generales para la unidad funcional de zipaquirá los cuales se encontraban contratados por Cooperativa.

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	13
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	4	5	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	0	0	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	7	7	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DOOPLER	4	6	4
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	9
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	17	17	18
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	14	13	13
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	13
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	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	6	8	8

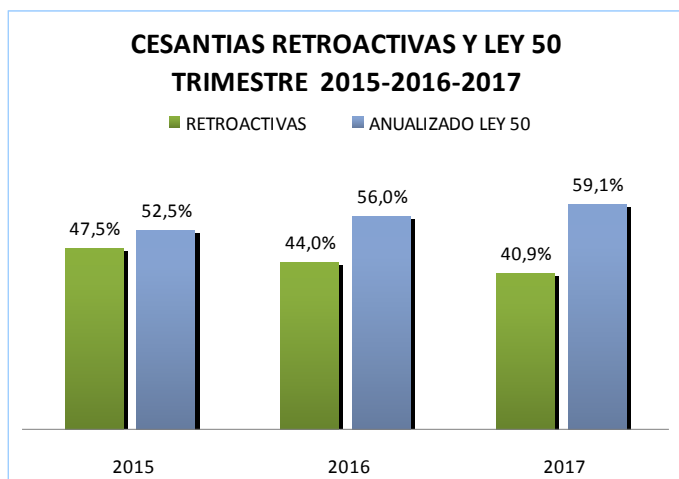
OBJETO	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	4	4	4
SERVICIOS Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	3	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	0	9	10
Total general	217	260	262

FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

### 1.13 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 de la jornada laboral, para posteriormente realizar el respectivo proceso.

Se liquidan Cesantías de Retroactivas y Anualizado-Ley 50 parciales y definitivas conforme a la Ley y se hace comparativo de los totales del primer trimestre de los años 2015, 2016 y 2017.



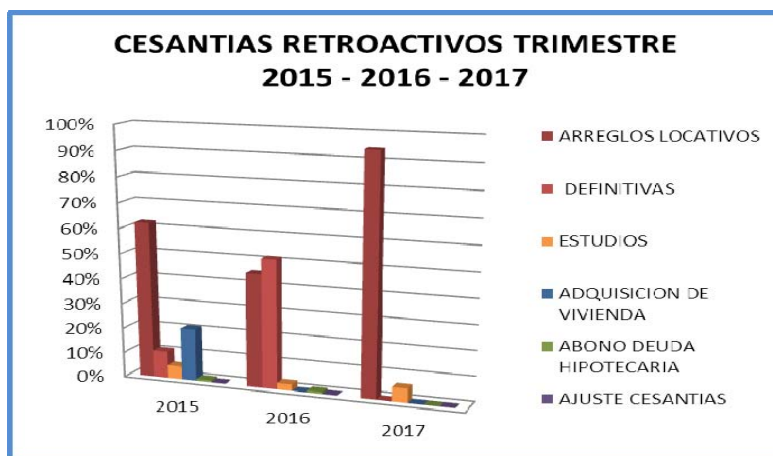
FUENTE: BASE DE CESANTIAS TRIMESTRE 2015-2016-2017 – Subdirección de Personal

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. Los valores por trimestre se relacionan a continuación:

CESANTIAS LIQUIDADAS RETROACTIVAS Y LEY 50 DEL TRIMESTRE AÑOS 2015 - 2016 - 2017			
REGIMEN	2015	2016	2017
	PRIMER TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE
RETROACTIVAS	157.220.345	178.887.705	129.087.680
ANUALIZADO LEY 50	173.629.043	227.959.328	186.551.317
TOTALES	330.849.388	406.847.033	315.638.997

FUENTE: BASE DE CESANTIAS TRIMESTRE 2015-2016-2017 – Subdirección de Personal

Se liquidan Cesantías Retroactivas primer trimestre años 2015, 2016 y 2017 de acuerdo a la destinación, valor y el total.



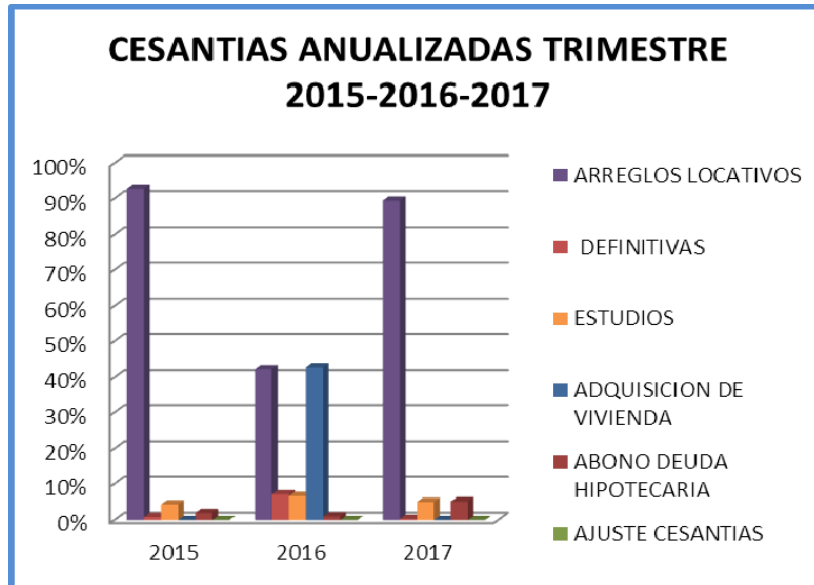
FUENTE: BASE DE CESANTIAS TRIMESTRE 2015-2016-2017 – Subdirección de Personal

En el gráfico se observa que el mayor porcentaje en la liquidación a las cesantías retroactivas con destinación arreglos locativos, el porcentaje del año 2017 es mayor a los años 2015 y 2016. . Los valores por trimestre se relacionan a continuación:

CESANTIAS LIQUIDADAS RETROACTIVO DE TRIMESTRE AÑOS 2015 - 2016 - 2017			
RETROACTIVAS	2015 PRIMER TRIMESTRE	2016 PRIMER TRIMESTRE	2017 PRIMER TRIMESTRE
ARREGLOS LOCATIVOS	97.744.500	81.081.400	121.691.100
DEFINITIVAS	16.904.570	91.775.805	0
ESTUDIOS	8.433.775	4.637.500	7.396.580
ADQUISICION DE VIVIENDA	32.990.000	0	0
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	1.147.500	1.393.000	0
AJUSTE CESANTIAS	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>157.220.345</b>	<b>178.887.705</b>	<b>129.087.680</b>

FUENTE:BASE DE CESANTIAS TRIMESTRE 2015-2016-2017 – Subdirección de Personal

Se liquidan Cesantías Anualizado Ley 50 trimestral 2015, 2016 y 2017, de acuerdo destinación, valor y el total.



FUENTE: BASE DE CESANTIAS TRIMESTRE 2015-2016-2017 – Subdirección de Personal

En el grafico se observar 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 y el menor es ajuste de cesantías ya que se espera el incremento del 2017 para liquidar los ajustes de las cesantías de los funcionarios retirados. Los valores por trimestre se relacionan a continuación:

CESANTIAS LIQUIDADAS ANUALIZADO TRIMESTRE AÑOS 2015 - 2016 - 2017			
ANUALIZADAS	2015	2016	2017
	PRIMER TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE
ARREGLOS LOCATIVOS	161.033.819	96.509.042	133.750.452
DEFINITIVAS	1.492.424	16.183.776	18.758.473
ESTUDIOS	7.616.000	15.183.935	15.532.097
ADQUISICION DE VIVIENDA	0	97.732.575	0
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	3.486.800	2.350.000	18.510.295
AJUSTE CESANTIAS	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>173.629.043</b>	<b>227.959.328</b>	<b>186.551.317</b>

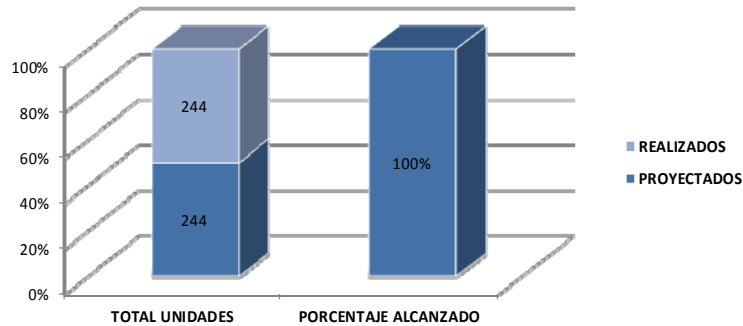
FUENTE: BASE DE CESANTIAS TRIMESTRE 2015-2016-2017 – Subdirección de Personal

## 2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

### 2.1 INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO

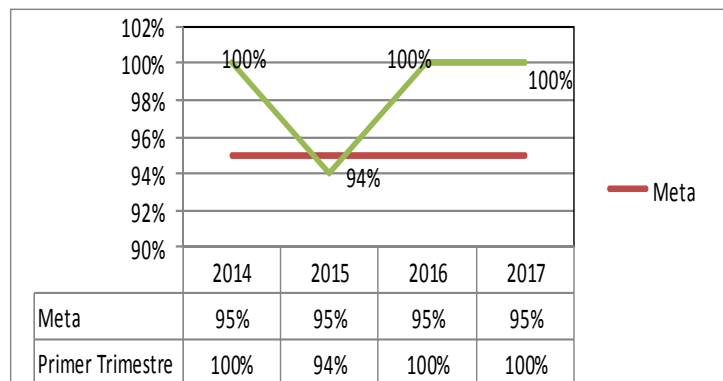
## % de Mantenimientos Preventivos realizados Bogotá

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEL 1ER TRIMESTRE DE 2017	TOTAL UNIDADES	PORCENTAJE ALCANZADO
PROYECTADOS	244	100%
REALIZADOS	244	



Se tuvo un resultado del 100% del cumplimiento de los mantenimientos preventivos programados para el 1er Trimestre de 2017

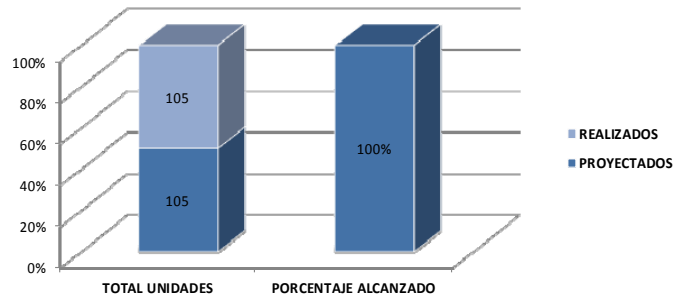
## Comparativo del indicador en Años



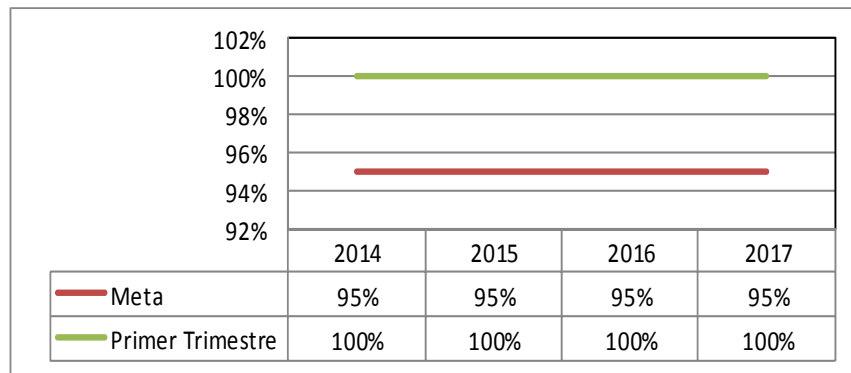
## % de Mantenimientos Preventivos realizados Zipaquirá

Se cumple con el cronograma global en 2016.

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEL 1ER TRIMESTRE DE 2017	TOTAL UNIDADES	PORCENTAJE ALCANZADO
PROYECTADOS	105	100%
REALIZADOS	105	



Se tuvo un resultado del 100% del cumplimiento de los mantenimientos preventivos programados para el 1er Trimestre de 2017



### % Disponibilidad de Sistemas de Información:

En el mes de enero se presentaron las siguientes fallas:

Falla en canal Mpls Zipaquirá el día 1 de enero a las 10:00 a.m y dando solución telefónica a 4:00 no obstante no se presentó indisponibilidad del servicio ya que subió redundancia de claro.

En el mes de febrero se presentaron las siguientes fallas:

Actualización de dinámica el día 17 de febrero iniciando a las 8:00 p.m. y terminando a las 10:00 pm

En el mes de marzo se presentaron las siguientes fallas: Se presentó caída general de todo el data center el día 30 de Marzo de 12:00 a.m a 8:00 p.m, se realizó apagado asistido por fallas eléctricas, dicho apagado se realizó para proteger los equipos de los cortes eléctricos

ITEM	FECHA	APLICATIVO	MINUTOS online
1	17 de Febrero	Act. DGH	120
1	30 de Marzo	Data Center- Falla Electrica	1500
		TOTAL	1620

No obstante calculamos el porcentaje del mes con la siguiente formula:

$$\frac{\text{Minutos disponibles del sistema (127980)} * 100}{\text{Minutos totales del mes (129600)}}$$

Minutos disponibles del sistema: Minutos Totales del mes (129600) – Minutos fuera (1620) = 127980

Obteniendo como resultado: % disponibilidad de sistema en el primer trimestre de 2017 98,5 %

% de ataques informáticos recibidos en la entidad que impidieron la Prestación de alguno de sus servicios

$$\frac{\text{Número de ataques efectivos (0)} * 100}{\text{Número de ataques recibidos}}$$

El indicador se comenzó a llevar a partir del 3er trimestre de 2016 y se tienen los siguientes datos:

3er trimestre 2016 - 65780 ataques no efectivos

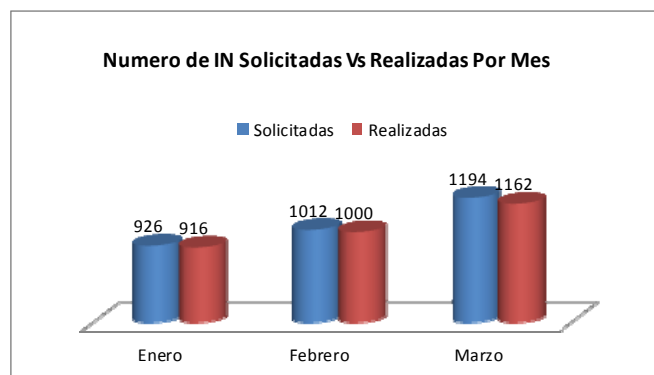
4to trimestre 2016 - 72322 Ataques no efectivos

En el 1er Trimestre de 2107 – 83320 ataques no efectivos

Lo que continua confirmando que la solución de seguridad perimetral adquirida por el HUS continua siendo efectiva se ha evidenciado el no daño de equipos de cómputo por virus y el mejoramiento en la velocidad de red de datos.

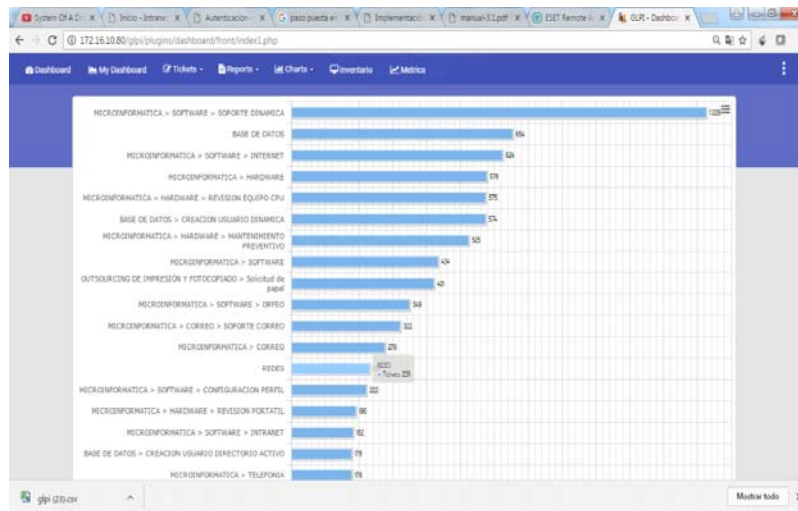
### Informe de Mesa de Ayuda

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 1000 por mes con un porcentaje de solución de 97% de las mismas.



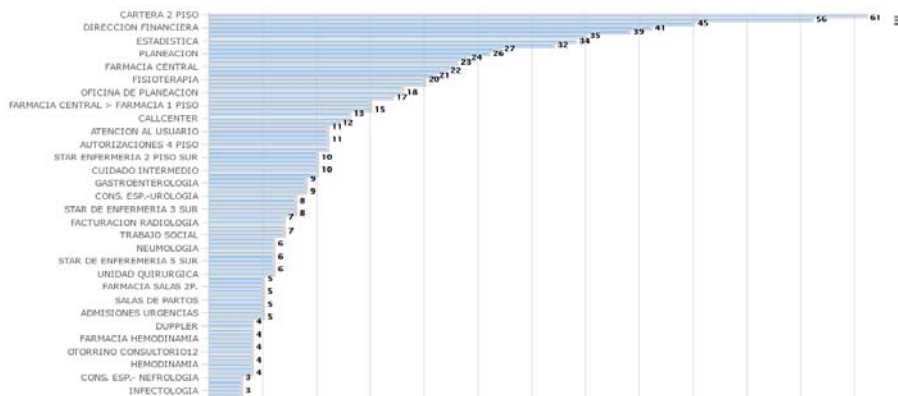
### Solicitudes de Soporte por Categoría





Dentro de las categorías que más generaron soporte es en software Dinámica debido a la actualización que se realizó.

### Solicitudes de Soporte por Área



## 2.2. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Se tuvo un avance en el PAS del 17%, A continuación se detalla el detalle de las actividades realizadas:

- % de Avance en la formulación e implementación de centro de referencia en el HUS:

Se realizó reunión en enero con la secretaria de salud para determinar el alcance para la formulación del proyecto.

Se realizó la validación de las características de los equipos de telemedicina que tienen cada una de las instituciones de Cundinamarca.

Se realizó la validación de los servicios de telemedicina que se tienen habilitados en el HUS y se le radico a la secretaria para su conocimiento.

Se realizó reunión con el hospital de Tabio para proyectar realizar pruebas de conectividad y de integración para realizar la teleconsulta y teleradiología.

Se realizó la referenciación con la Empresa ITMS empresa que presta el servicio de Telemedicina a nivel nacional.

- Implementación de Aplicativo Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI)

Recolección de variables e indicadores por proceso asistencial

Validación, Resumen y firma de actas con indicadores definidos y cargue de variables al aplicativo de las áreas de urgencias y referencia

Validación, Resumen y firma de actas con indicadores definidos y cargue de variables con hospitalización

Parametrización y actualización de graficas de indicadores

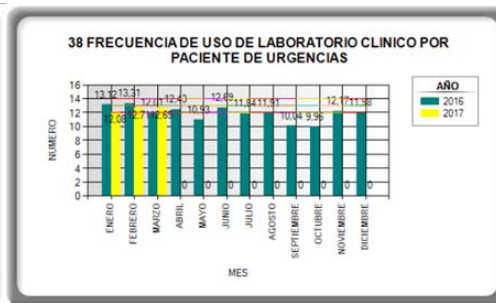
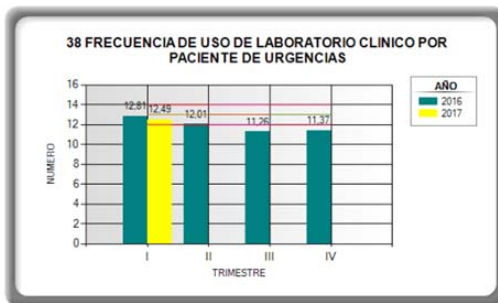
SELECCIONE EL PROCESO :

CONSECUTIVO	NOMBRE
Ver Grafico 38	FRECUENCIA DE USO DE LABORATORIO CLINICO POR PACIENTE DE URGENCIAS
Ver Grafico 41	EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO POR EGRESO DE URGENCIAS
Ver Grafico 49	PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR ORDEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Ver Grafico 55	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Ver Grafico 68	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMENES DE BANCO DE SANGRE A PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS
Ver Grafico 95	OPORTUNIDAD EN LA ADMINISTRACION DE HEMOCOMPONENTES A PACIENTES DE URGENCIAS
Ver Grafico 275	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN LA CONSULTA DE URGENCIAS DE DEMANDA ESPONTANEA
Ver Grafico 276	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION EN URGENCIAS DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE II
Ver Grafico 277	PROPORCION DE PACIENTES QUE REINGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS DESPUES DEL EGRESO
Ver Grafico 278	PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN URGENCIAS ANTES DE LAS 24 HORAS

DESCRIPCION DEL INDICADOR

CONSECUTIVO	UNIDAD	FRECUENCIA	DEFINICION
38	NUMERO	MENSUAL	NUMERO TOTAL DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO REALIZADO EN URGENCIAS

2011
  2012
  2013
  2014
  2015
  2016
  2017
  2018
  2019
  2020



Created By: Maria Stella Bernal y Jorge Amador Flores 2016 - 2017 v3

HOJA DE DATOS

AÑO	TRIMESTRE	VALOR
2016	1	12,81
2016	2	12,01
2016	3	11,26
2016	4	11,37
2017	1	12,49

HOJA DE DATOS

MES	VALOR
1	13,12
2	13,31
3	12,49
4	10,93
5	12,49
6	11,84
7	11,51
8	10,04
9	9,95
10	12,71
11	11,35
12	11,98

Activar Window  
a Configuración p

## 2.2 PLAN ANTICORRUPCIÓN

Se tuvo un avance en el plan del 71%, 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. Se adjunta archivo Evidencia Publicación SUIT.doc



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	<b>81,7</b>
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).

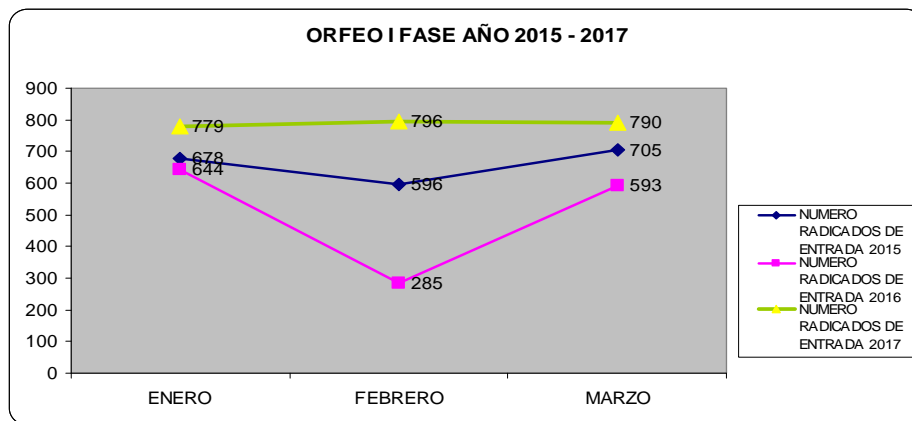
Se realizó el reforzamiento de capacitación a usuarios del Sistema ORFEO Correspondencia Interna, Se realizó los reportes del módulo de PQRD de acuerdo a la solicitud de los usuarios, Se realizó el reforzamiento en la capacitación del manejo de PQRD y se realiza los ajustes al módulo de PQRD.

El área de comunicaciones no entregó informe de gestión del primer trimestre de 2017.

### 2.3 GESTIÓN DOCUMENTAL

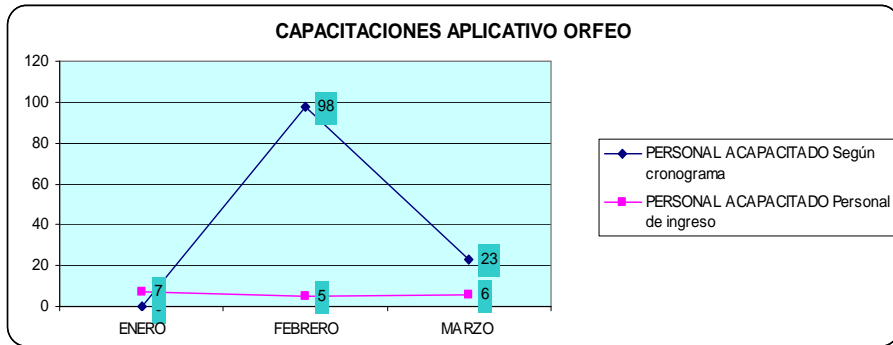
Implementación, adecuación Oficina central de Correspondencia y Radicación. Se llevó a cabo la centralización de la oficina de Correspondencia y radicación la cual cuenta con dos fases de acuerdo a lo establecido por la entidad, así:

Sistema Gestión Documental ORFEO I fase. Se han recibido en lo que va corrido del año un total 3.076 radicados de entrada en la oficina de correspondencia de la entidad.

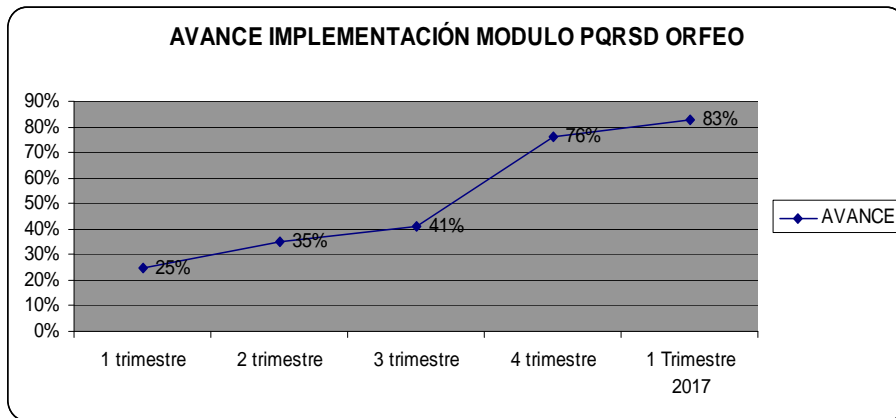


Donde se lleva a cabo comparación del comportamiento de tres años donde se evidencia que se tiene tendencia a la disminución con respecto a los años anteriores, debido a que se normalizó el procedimiento y se definió el ingreso de documentos a través del sistema.

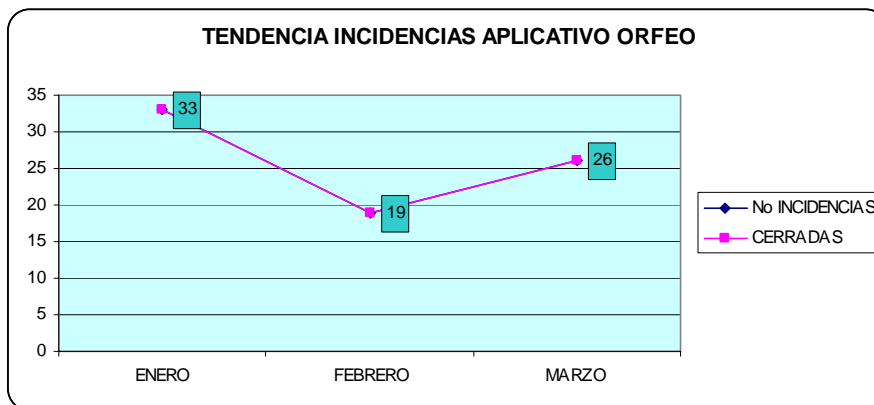
K2 Sistema Gestión Documental ORFEO II fase. Se establece cronograma de implementación de la segunda fase de ORFEO, con 51 actividades, Se llevó a cabo capacitación y recapitación dirigida al personal de la entidad del Sistema de Gestión Documental ORFEO en un total de 132 funcionarios en el primer trimestre del año,



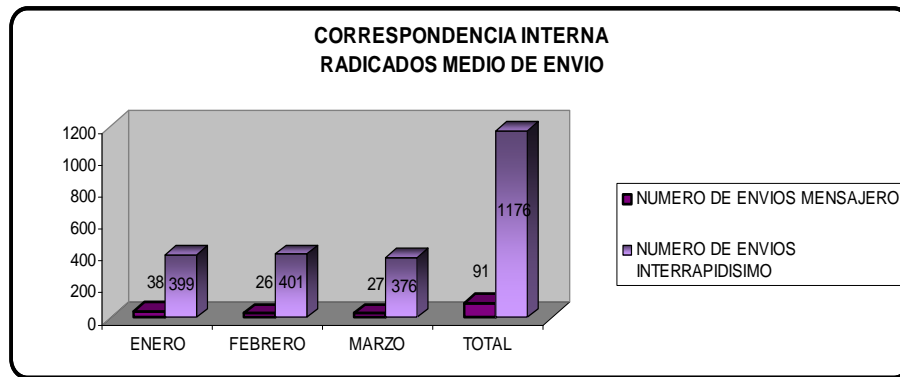
Se lleva a cabo configuración de código, pruebas, implementación, capacitación y seguimiento al modulo PQRSD.



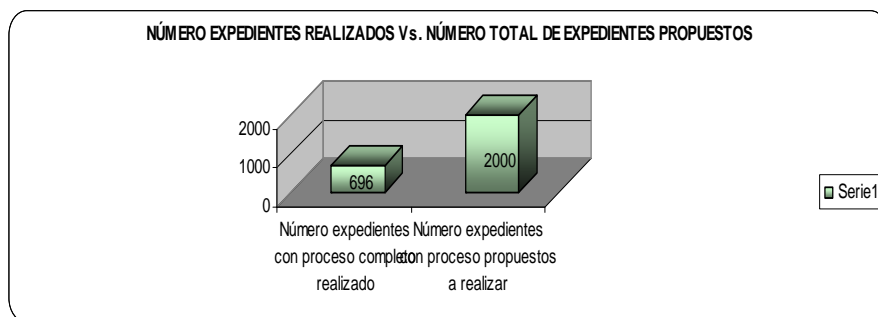
**INCIDENCIAS SOPORTE DE LA MESA AYUDA.** Se registran un total de 123 incidencias registradas en la mesa de ayuda de las diferentes áreas de la entidad.



**MEDIO DE ENVIO CORREO.** Se cuenta con dos medios de envío de la correspondencia por mensajería personalizada y por empresa de correo certificado, de las cuales el más utilizado es el correo certificado.

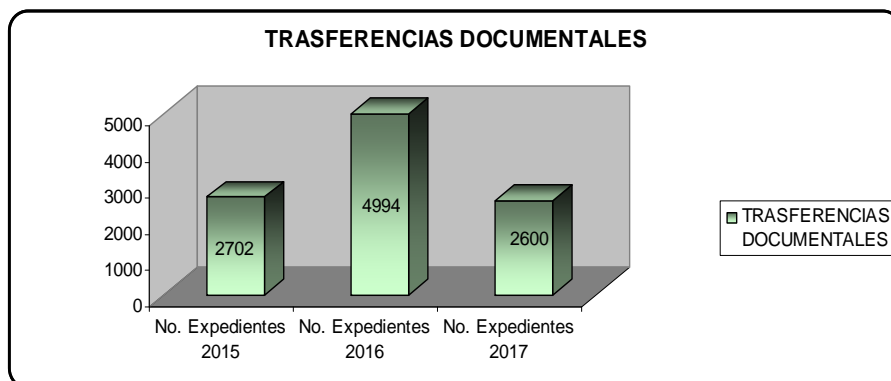


Organización del Acervo Documental. Se proyectó realizar proceso completo (organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo documental) de la serie Boletines de Egreso de las vigencias 2003 a 2014 del área de Tesorería del acervo documental de la entidad

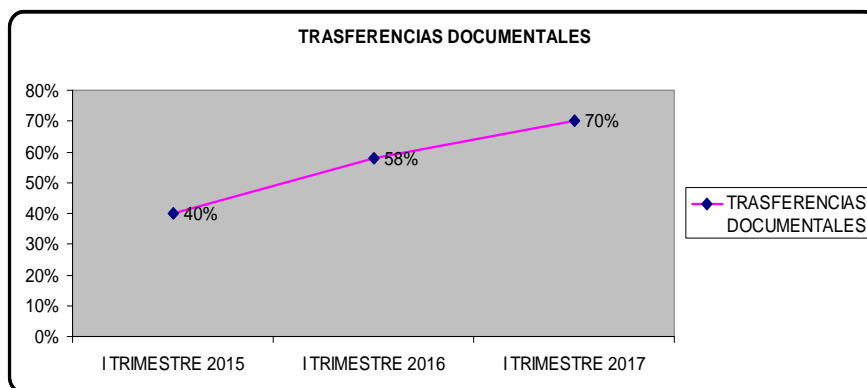


Adicionalmente desde el área de Gestión Documental se llevo a cabo traslado del total del acervo documental donde se busca mejorar el espacio físico con que se cuentan en el área para poder contar con espacio adecuado para custodia del acervo documental.

TRASFERENCIAS DOCUMENTALES. Se establece el programa de transferencias documentales de la entidad en el año 2017 con un total de 2.600 expedientes.



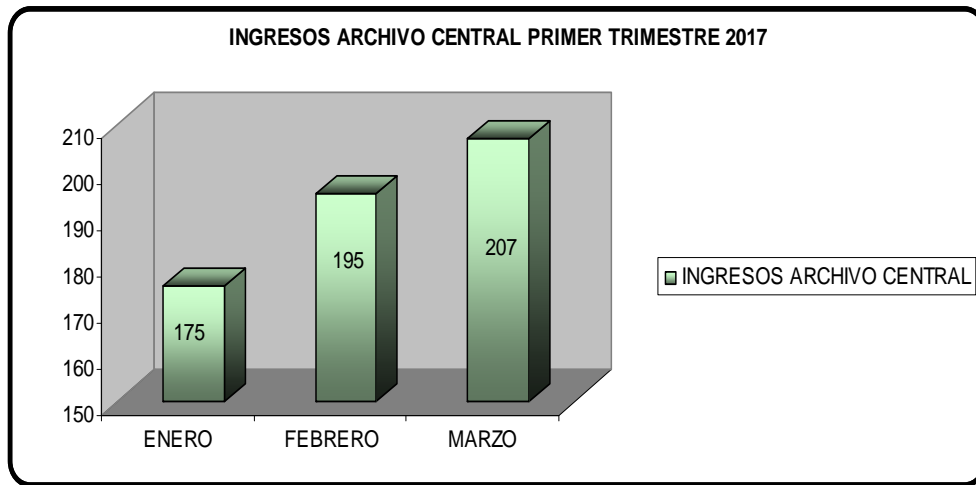
Se evidencia que la adherencia a este procedimiento a resultado muy alta ayudando a descongestionar las oficinas de la entidad. Se lleva a cabo comparación entre los últimos tres años desde que se implementó el proceso en la entidad.



El Hospital Universitario La Samaritana cuenta con 47 dependencias, donde se dio cumplimiento a lo establecido en el cronograma de trasferencias, se trasladada al Archivo Central de la Entidad para custodia de la oficina de Gestión Documental la cual es ubicada físicamente en la estantería e incluida en el Inventario Único Documental (FUID) para consulta de las diferentes áreas, donde se lleva a cabo a través de prestamos documentales.



**Ingreso Casa de Archivo.** Se cuenta con la custodia y acompañamiento en el ingreso de personal que tiene elementos en el Archivo Central de la Entidad, donde se han registrado 577 ingresos en el primer trimestre del año.

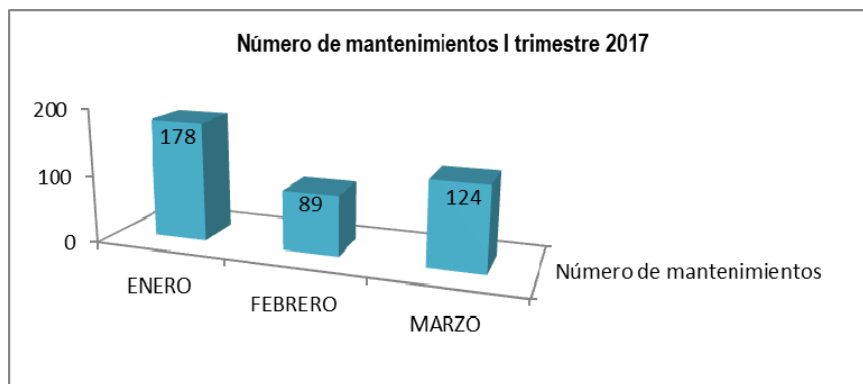


### 3. INFORME DE GESTION PROCESO DE INFRAESTRUCTURA

#### 3.1 GESTIÓN DEL PROCESO

#### ANÁLISIS DE MANTENIMIENTOS

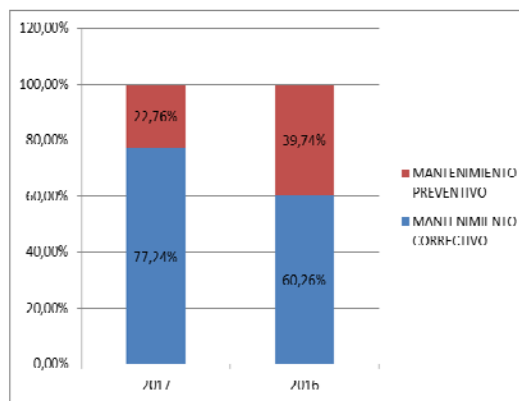
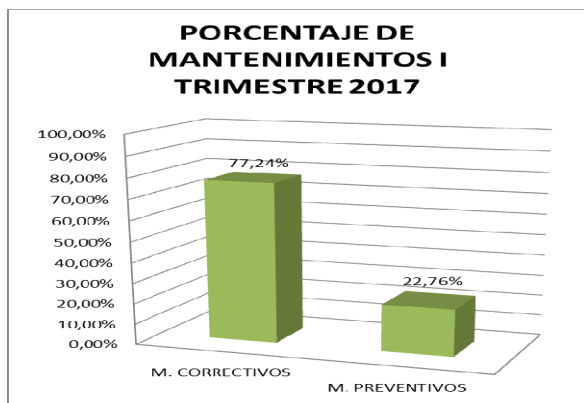
Sede Bogotá



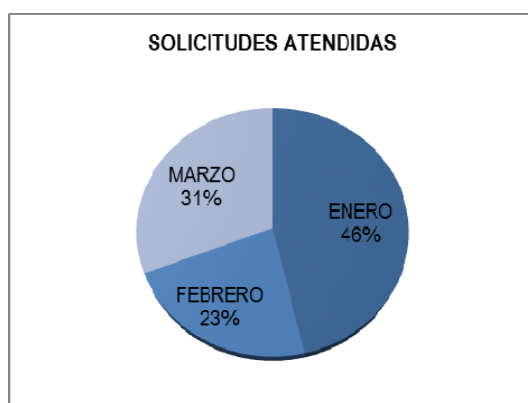
La gráfica representa la cantidad de mantenimientos realizados en el I trimestre del 2017, en comparación al año 2016 el mes de Enero y Febrero hubo un aumento y en el mes de Marzo se mantuvo constante.

#### INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO





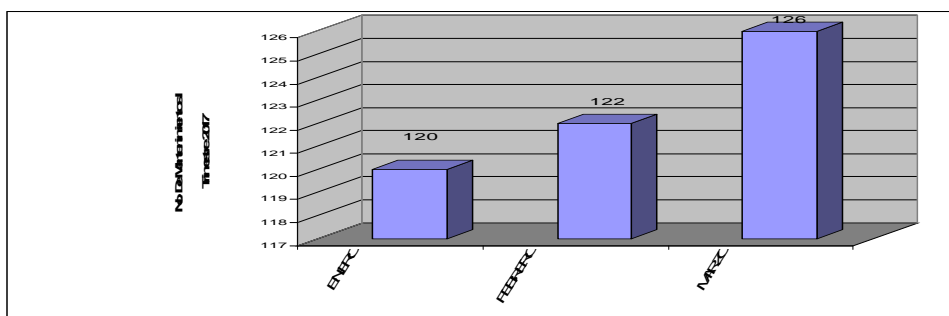
En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2016 el mantenimiento correctivo aumento un 16.98% y el preventivo disminuyo en la misma proporción.



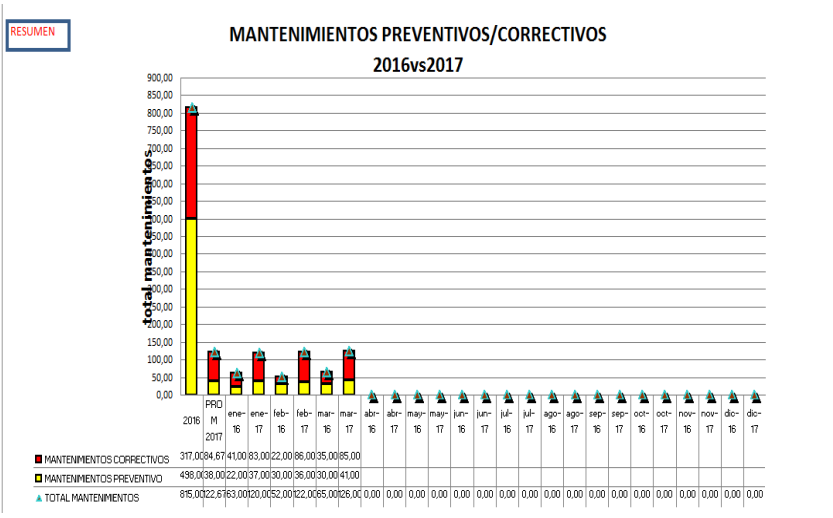
Las solicitudes atendidas durante el I trimestre disminuyeron en el mes de Marzo aumentando en un 8% las solicitudes no atendidas.

Sede Zipaquirá

### Primer Trimestre de 2017 UFZ



La gráfica corresponde a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados en el primer trimestre de 2017, con un promedio mensual de 123 acciones de mantenimiento.

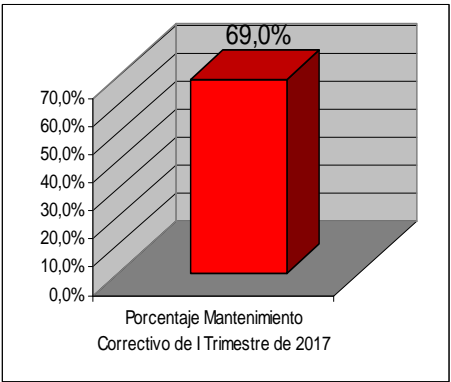
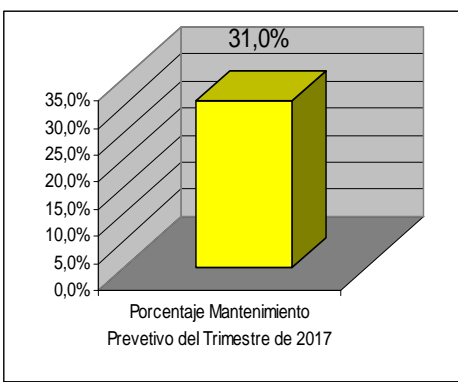


Trabajos Área de Mantenimiento hasta el mes de Marzo de 2017, en la grafica se Evidencia que en que en el 1ER trimestre el promedio de Mantenimientos Correctivos se encuentra en 84.67 y los mantenimientos preventivos en 38 y con diferencia al I trimestre 2016 aumentaron 10.1%

Matriz a la fecha

	ene-17	feb-17	mar-17
Mantenimientos Correctivos	83	86	85
Mantenimientos Preventivos	37	36	41
Total Mantenimientos	120	122	126
% Efectividad Mantenimientos	100%	100%	100%

**INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO**



Los mantenimientos preventivos se encontraron en un 31% en la totalidad del primer trimestre de 2017, se observa que en los mantenimientos correctivos hubo un 69%.

**3.2 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.

### 3.2 PLAN OPERATIVO ANUAL

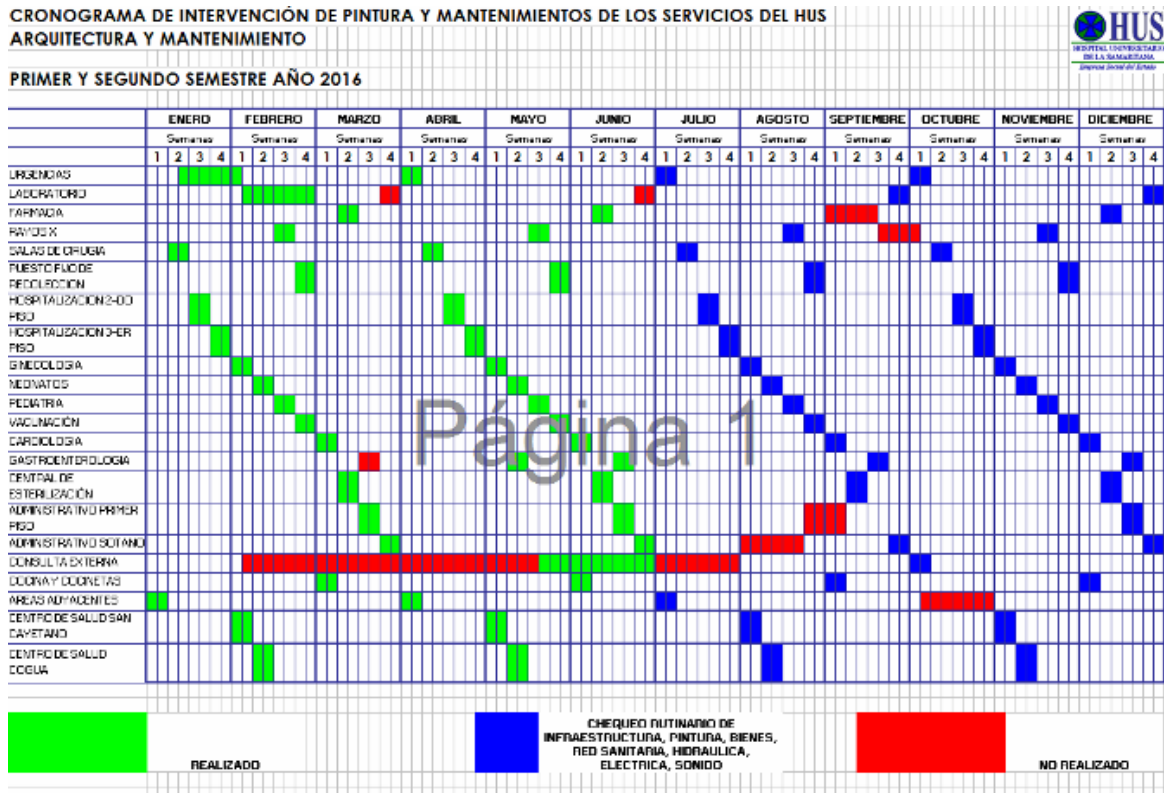
#### Sede Bogotá

PISO	SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
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												
3-ER PISO	HOSPITALIZACION 2-DO NORTE												
	SALA DE PARTOS												
	NEONATOS												
4-TO PISO	HOSPITALIZACION 3-RO SUR												
	HOSPITALIZACION 3-RO NORTE												
	CONSULTA EXTERNA ( 4-TO PISO)												
	HOSPITALIZACION 4-TO SUR												
5-TO PISO	HOSPITALIZACION 4-TO NORTE												
	HOSPITALIZACION 4-TO " B"												
	HOSPITALIZACION 5-TO SUR												
5-TO PISO	HOSPITALIZACION 5-TO NORTE												
	CUIDADO INTEREMEDIO												
HALLES, ESCALERAS, PASILLOS													

MANTENIMIENTO PREVENTIVO  
 MANTENIMIENTO CORRECTIVO

Sede Zipaquirá

El Cumplimiento del Cronograma de Mantenimiento Año 2017 va en un 22.32% y en el mes de Marzo en un 96.15%.

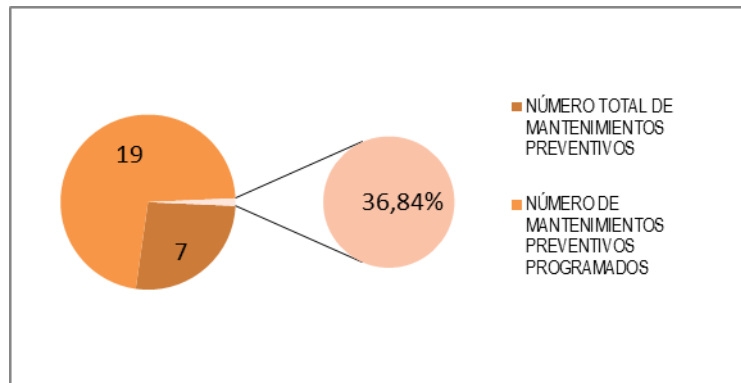


3.3 INDICADORES DE GESTIÓN

Sede Bogotá

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

$$\frac{\# \text{ DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS}}{\# \text{ DE MANTENIMIENTOS PROGRAMADOS}} * 100$$



En el trimestre se obtuvo un 36,84% de cumplimiento, lo que indica un plan de mejora y seguimiento para el cumplimiento de la meta programada.

### PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO

$$\frac{\# \text{ SOLICITUDES ATENDIDAS EN MENOS DE 30 MIN}}{\# \text{ DE MANTENIMIENTOS I TRIMESTRES 2017}} * 100$$

SOLICITUDES ATENDIDAS EN MENOS DE 30 MIN		
ENERO	8	4,49%
FEBRERO	3	3,37%
MARZO	3	2,42%
TOTAL	14	3,58%

N° DE MANTENIMIENTOS I TRIMESTRES 2017	
ENERO	178
FEBRERO	89
MARZO	124
TOTAL	391

El indicador muestra un cumplimiento del 3,58%, lo que con lleva a un plan de mejora en la eficiencia y eficacia del servicio prioritario.

### 3.3 PRINCIPALES LOGROS EN EL AREA DE MANTENIMIENTO I TRIMESTRE 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, tramite del Proyecto ante Secretaria de Salud de Cundinamarca)
- Remodelación del Servicio de Consulta Externa primer y segundo nivel de la Unidad Funcional de Zipaquira 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, tramite 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 Bogota
- Remodelación Mantenimiento Bogota
- 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 bogota HUS:
- Reforzamiento de muro de cerramiento en mampostería del lote kr 8 0-22 sur sede Bogota HUS:
- Adquisición con instalación de carpintería en acero inoxidable y/o aluminio del área de consulta externa, apoyo diagnostico 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 Bogota y Sede Zipaquirá

## Sede Zipaquirá

- Desinstalar lámparas ginecología cambio de tubos y balastros debido a que estaban por caerse.
- Destapar baños con sonda sala de parto Ginecología.
- Mantenimiento preventivo y correctivo toma corrientes UFZ
- Fijar balas de oxigeno diferentes servicios.
- Instalación de dispensadores UFZ.
- Mantenimiento correctivo tele-duchas 2 piso.
- Instalación de cachapas unidad 212, 211, 201, 203, 205
- Instalación griferia 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

### Registro Fotográfico

#### Instalación de barandas Consulta Externa



#### Mantenimiento correctivo consulta externa



#### Mantenimiento carpintería de madera





Manteniendo lámparas UFZ



Mantenimiento sillas UFZ



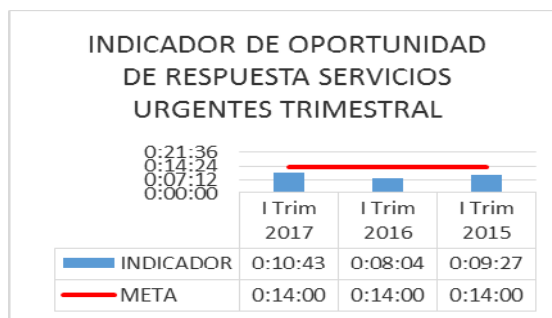
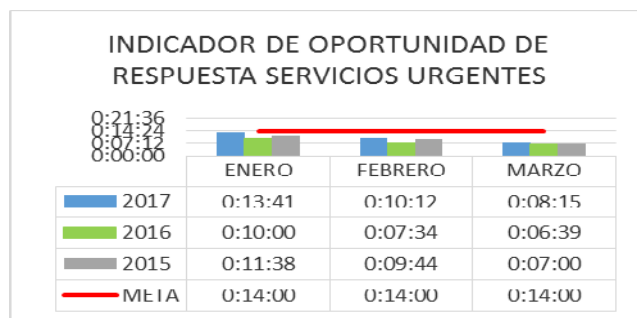
## 4 INFORME DE GESTION PROCESO DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

### 4.1 Gestión del Proceso

#### INDICADOR OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS

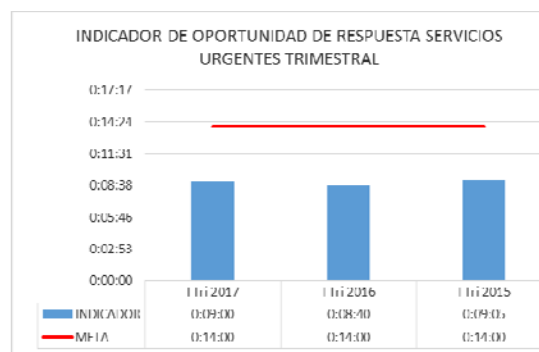
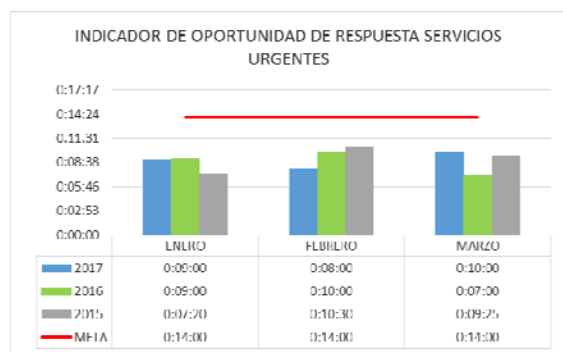
Áreas Urgentes (Urgencias, UCI Adulto, Unidad Quirúrgica, UCI Neonatal, Neonatos).

Sede Bogotá



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.

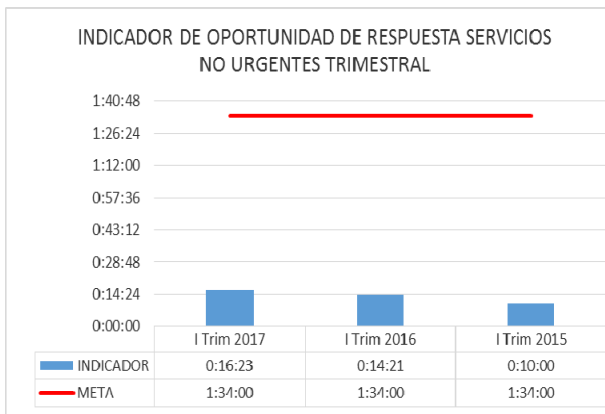
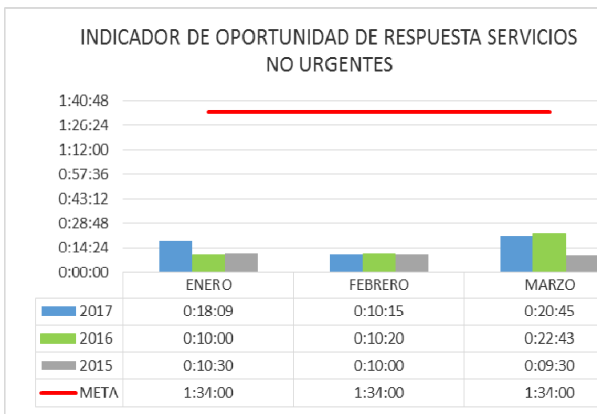
#### Unidad Funcional Zipaquirá



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 2013, 2014 y 2015, están saliendo de garantía lo cual deberán empezar a ser atendidos por los dos ingenieros con que cuenta la unidad funcional y esto puede repercutir en este indicador de manera negativa.

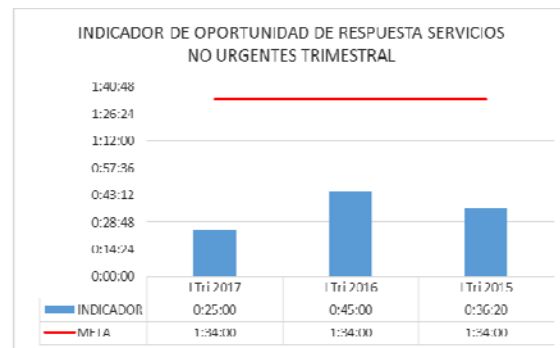
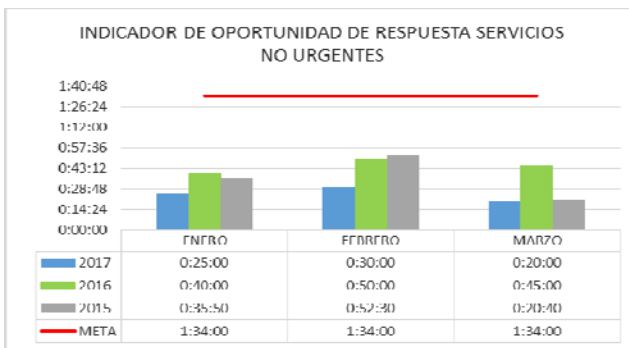
Áreas No Urgentes (Hospitalización, Consulta Externa y otros).

Sede Bogotá



Se cumplió esta meta a satisfacción 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.

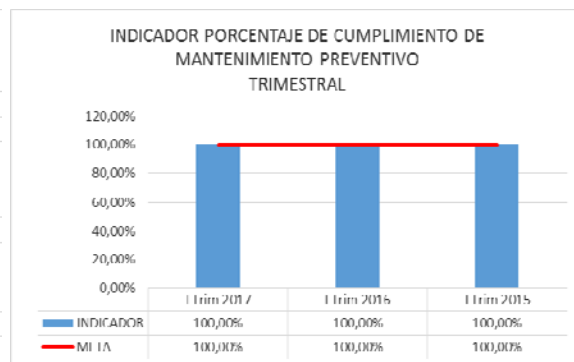
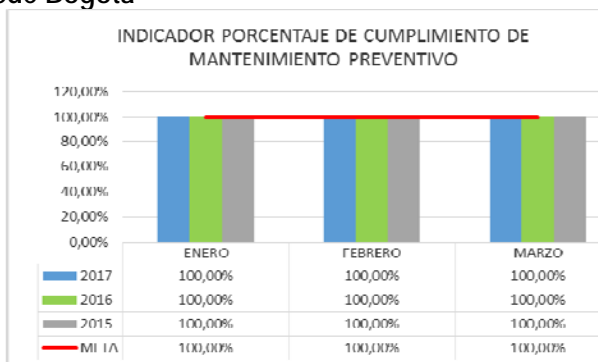
### Unidad Funcional Zipaquirá



Se cumplió la meta estipulada y se puede observar que en el 2016 tuvo un aumento y en el 2017 este aumento ya fue controlado, gracias que se cuenta con una distribución uniforme para la atención de los servicios estipulados como no urgentes.

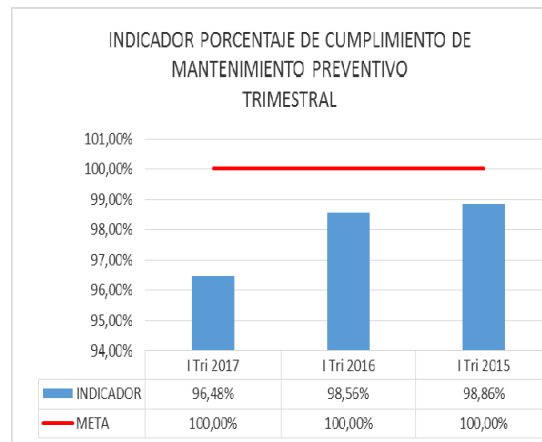
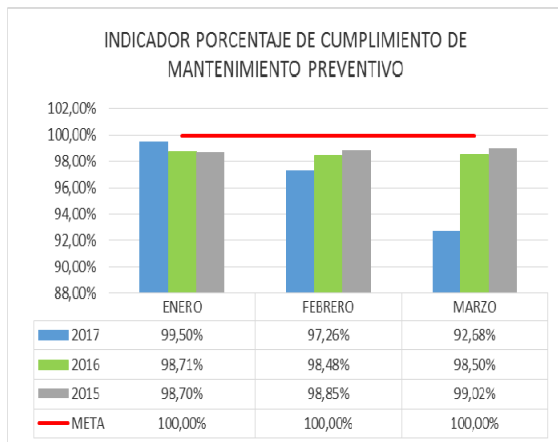
### PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (EQUIPOS MÉDICOS)

#### Sede Bogotá



Se han implementado seguimientos más rigurosos al mantenimiento preventivo por parte de los servicios utilizadores de la Tecnología Biomédica, gracias a que se implementó la instalación de los stickers y 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.

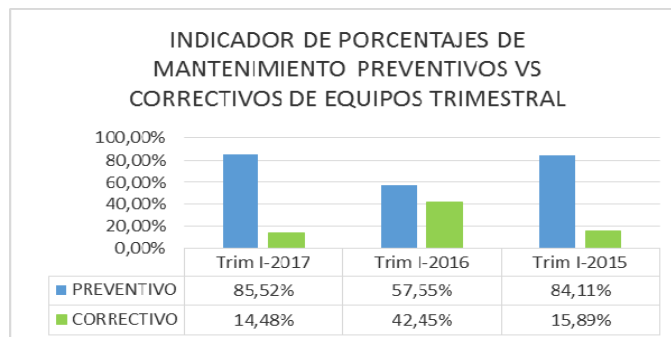
## Unidad Funcional Zipaquirá



Se observa como resultado para para todos los años que se está ejecutando el cronograma de mantenimiento en un promedio del 95%, aun con dificultades para el cumplimiento del 100% debido a la disponibilidad de los equipos y falta de personal, pero año tras se mantiene un cumplimiento cerca al 100%.

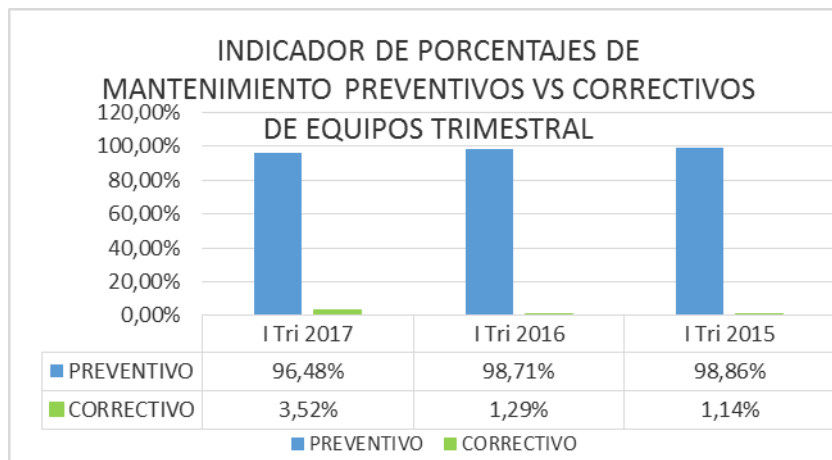
## INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS VS MANTENIMIENTO CORRECTIVO

### Sede Bogotá



Este indicador nos muestra que la estrategia de las inspecciones diarias ha funcionado ya que todos los años el mantenimiento preventivo fue mayor al correctivo en una proporción superior al 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.

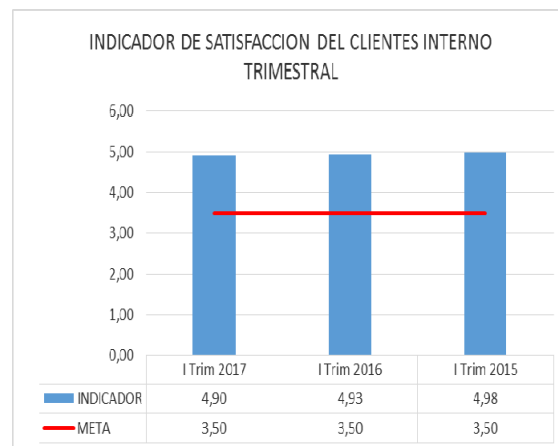
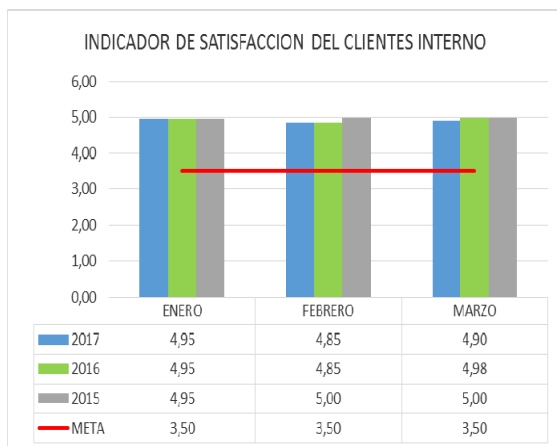
## Unidad Funcional Zipaquirá



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.

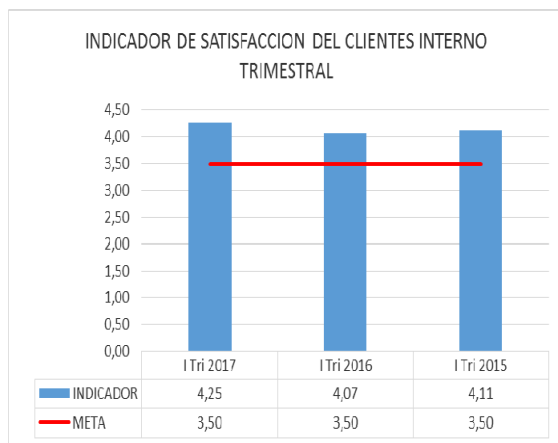
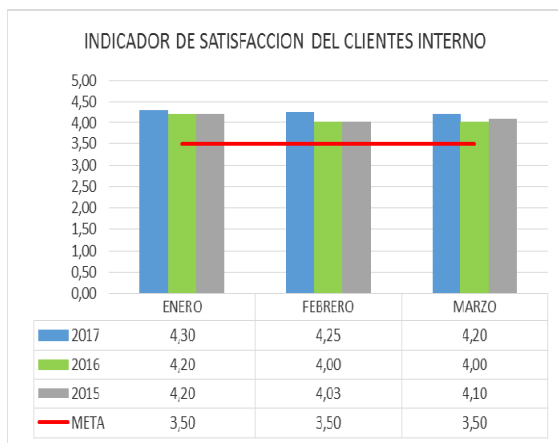
## INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO

### Sede Bogotá



Se puede observar que la meta se está cumpliendo, que entre el año 2015 y 2017 se mantiene el indicador, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento y una atención oportuna.

### Unidad Funcional Zipaquirá



Se puede observar que la meta se cumplió para el año 2015, 2016 y 2017 y 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.

#### 4.2 PQRS. A la fecha no existe PQRS relacionadas al proceso de Tecnología Biomédica

#### 4.3 PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

En el primer trimestre no se tuvieron ningún tipo de hallazgos, y las actividades a realizar para la acción de mejora que se tiene en el PUMP, ya se encuentran realizadas. Según procedimiento de seguimiento al PUMP, el primer seguimiento que realizara la oficina asesora de calidad, se realizará en el II Trimestre del 2017.

#### 4.4 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: 0/314 = 0%.

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.

## 4.5 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
1	Incumplimiento del proveedor	0	0	0
2	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología nueva	0	0	0
3	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología existente	0	0	0
4	Repuestos, insumos, herramientas o equipo patrón necesarios insuficientes	0	0	0
5	Mantenimiento preventivo inadecuado o sin realizar	0	0	0
6	Realización del mantenimiento inoportunamente	0	0	0
7	Inoportunidad en la calibración de los equipos biomédicos	0	0	0
8	Ingreso inadecuado de Tecnología en Transito Rapido	0	0	0
9	Dar de baja un equipo que no lo requería	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.

## 4.6 Programas

### PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

- 3 Líneas Estratégicas
- 5 Metas
- 5 Indicadores
- 1 Cronograma

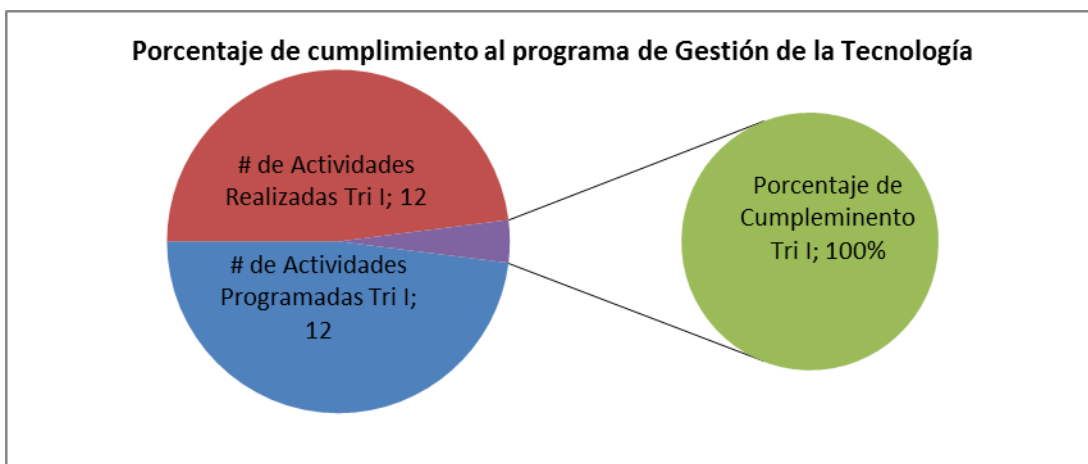
Identificar, Priorizar y Adquirir las necesidades presentes en el HUS entorno a las tecnologías en Salud requeridas en los servicios asistenciales y administrativos, dando cumplimiento a la normatividad de Habilitación vigente y al portafolio de servicios de la entidad.

Meta: Dar cumplimiento al 90% del cronograma del Programa de Gestión de la Tecnología

Indicador: Porcentaje de cumplimiento al programa de Gestión de la Tecnología

$$\frac{\# \text{ Total de actividades realizadas del Programa de Gestión de la Tecnología}}{\# \text{ Total de Actividades planeadas del Programa de Gestión de la Tecnología}} \times 100\%$$



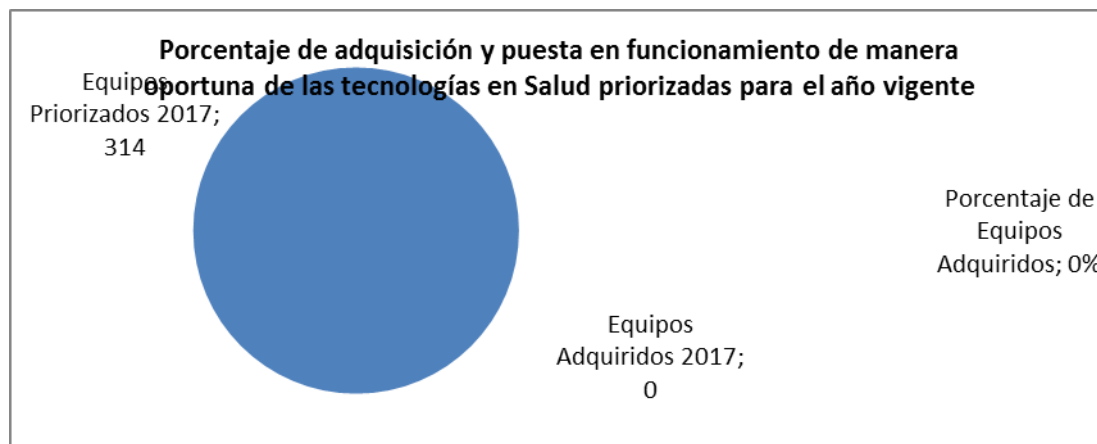


En el Trimestre I del año 2017 se realizaron 12 actividades de las 12 programadas para este trimestre, las cuales nos equivalen al 100% de cumplimiento.

**Meta:** Garantizar la adquisición y puesta en funcionamiento de manera oportuna de por lo menos el 90% de las tecnologías en Salud priorizadas para el año vigente

**Indicador:** Porcentaje de adquisición y puesta en funcionamiento de manera oportuna de las tecnologías en Salud priorizadas para el año vigente

$$\frac{\# \text{ Total de Equipos Priorizados para el año Vigente}}{\# \text{ Total de Equipos Adquiridos en el año Vigente}} \times 100\%$$



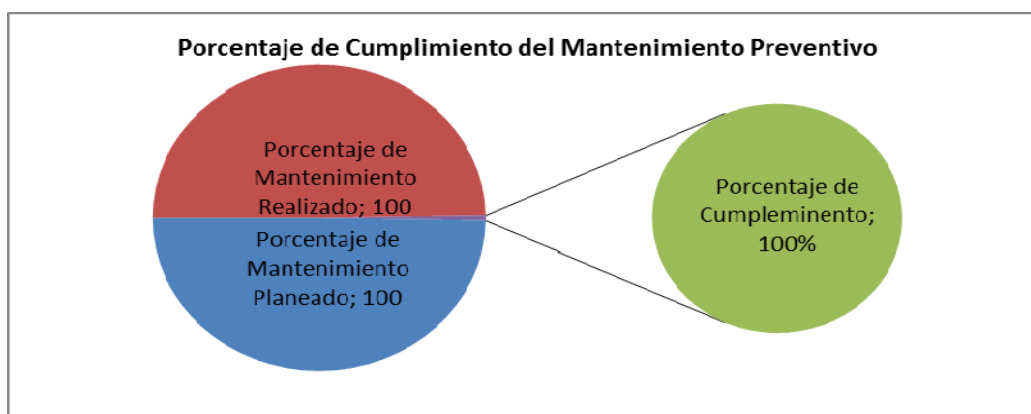
De 314 equipos que se priorizaron para ser adquiridos en la vigencia, no se ha adquirido ninguno, actualmente ya se encuentran radicados en el área de compras lo estudios para la adquisición de los equipos de la UCI del 4 piso, pero no se ha podido iniciar convocatoria pública debido a que estamos esperando la aprobación del proyecto por parte de Ministerio de Salud y Protección Social.

**Garantizar** que la tecnología con que cuenta la entidad y la que sea adquirida cuente con procesos de adquisición, Instalación, puesta en funcionamiento, evaluación, post-implantación y disposición final.

**Meta:** Cumplir con el 100% del Cronograma de Mantenimiento Preventivo

Indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Mantenimiento Preventivo

$$\frac{\# \text{ Total de Mantenimientos Preventivos Realizados}}{\# \text{ Total de Mantenimientos Preventivos Planeados}} \times 100\%$$

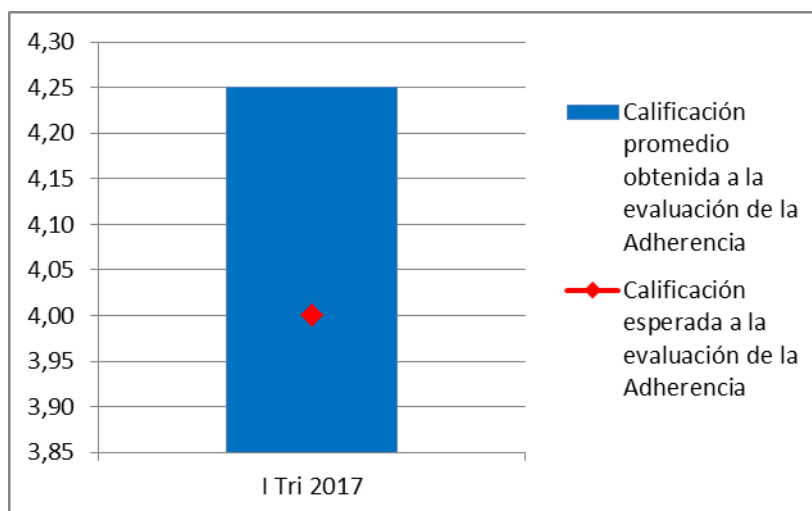


Estamos cumpliendo el 100% de los mantenimientos preventivos a la fecha, esto debido a que se hace un seguimiento mensual del cumplimiento del cronograma.

Meta: Obtener línea base para la medición de la Adherencia al uso adecuado de las tecnologías.

Indicador: Porcentaje a la Adherencia al uso adecuado de las tecnologías

$$\frac{\text{Promedio de Calificación obtenida por el personal capacitado}}{\text{Máxima Calificación posible a obtener}} \times 100$$



Se realizaron evaluaciones de adherencia a las capacitaciones dictadas en el primer trimestre del 2017 de uso adecuado de tecnologías, las cuales arrojaron un promedio de calificación de 4.25, lo cual nos muestra que la adherencia a las capacitaciones está superando la meta establecida.

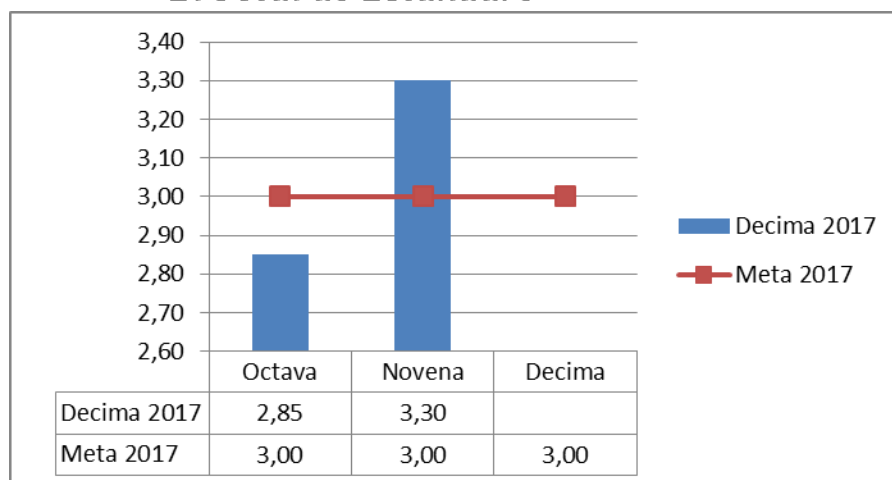
Dar cumplimiento al Proceso de Acreditación en salud desde el cumplimiento de los estándares de Gestión de la tecnología.

Meta: Obtener una calificación de 3 en la próxima de autoevaluación de los estándares de Gestión de la Tecnología

Indicador: Calificación De autoevaluación de estándares de Gestión de la Tecnología

### ***Sumatoria de la calificación de todos los estandares***

#### ***El Total de Estandares***



A corte de 31 de marzo no se ha realizado la décima autoevaluación, la cual está programada para realizar a finales del mes de junio o a principios del mes de julio..

### **PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA**

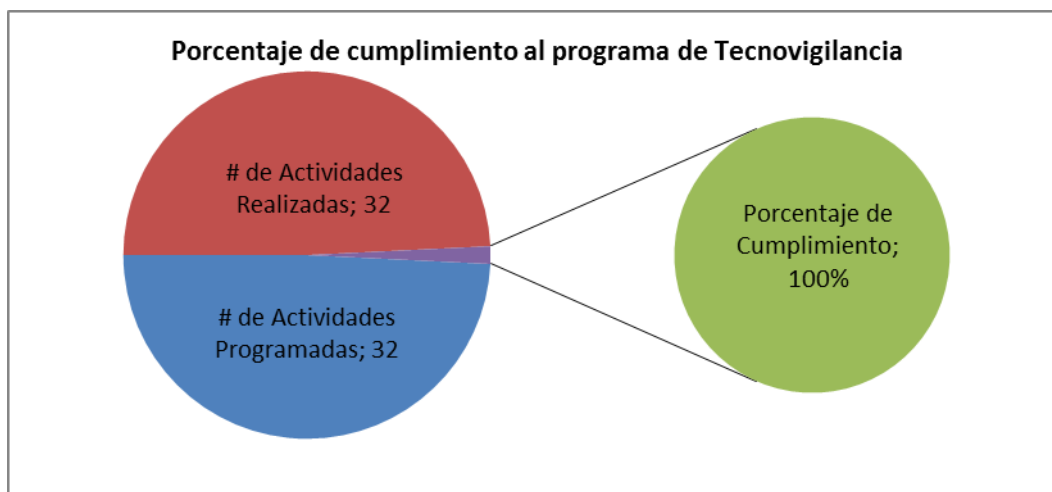
- 3 Líneas Estratégicas
- 6 Metas
- 6 Indicadores
- 1 Cronograma

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

$$\% \text{cumplimiento} = \left( \frac{\text{actividades realizadas Trim}}{\text{actividades programadas Trim}} \right) * 100\%$$

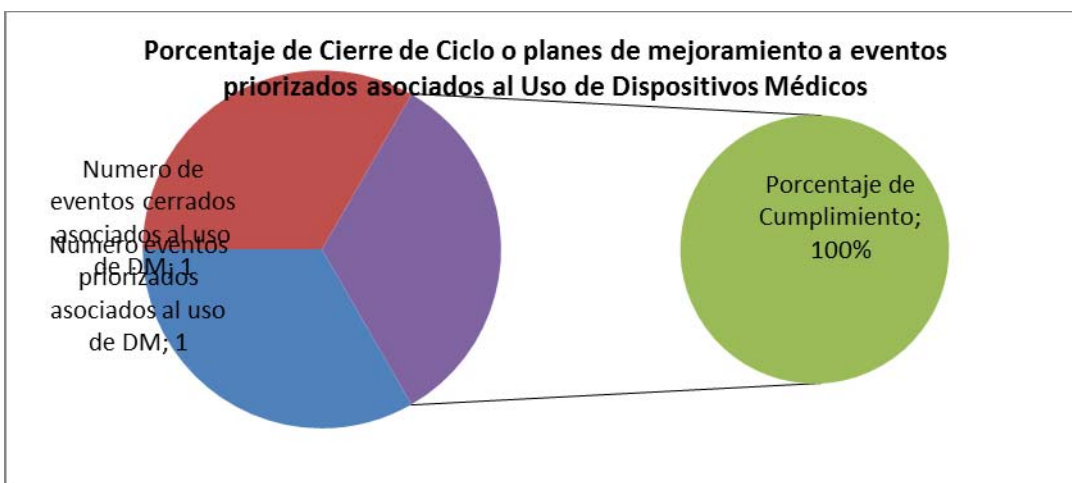


Se dio cumplimiento al 100% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 32 actividades realizadas en el primer trimestre frente a 32 actividades programadas para el primer trimestre del año 2017.

**Meta:** Cierre de Ciclo o planes de mejoramiento priorizados al 10% de la novedades de seguridad asociadas al uso de dispositivos médicos

**Indicador:** Porcentaje de Cierre de Ciclo o planes de mejoramiento a eventos priorizados asociados al Uso de Dispositivos Médicos

$$\% \text{Cierre de ciclo} = \left( \frac{\# \text{novedades de seguridad priorizadas cerradas}}{\# \text{total novedades de seguridad priorizadas DM}} \right) * 100\%$$



A la fecha se tiene 1 novedad de seguridad que se catalogo como complicación médica, a la cual se le realizó análisis ancla y no se determinaron oportunidades de mejora por su resultado en el analisis como complicación médica.

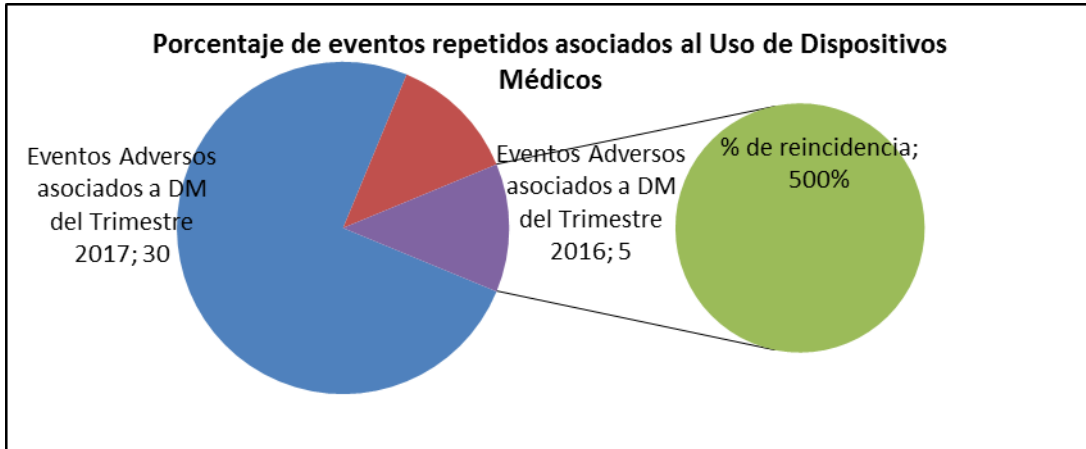
Mantener procesos seguros en el ciclo de utilización de los Equipos Biomédicos y dispositivos médicos (Selección, adquisición (Con parámetros de calidad y humanización),

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

$$\% \text{reincidencia EA} = \left( \frac{\# \text{reincidencias AV} - \# \text{reincidencias AV TRI anterior}}{\# \text{reincidencias AV TRI anterior}} \right) * 100\%$$

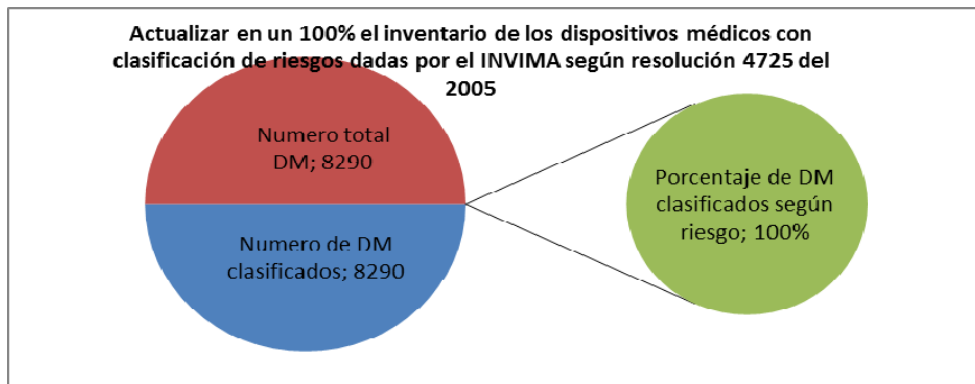


Para el año 2016 en el primer trimestre se registraron 5 eventos adversos, comparados con el 2017 que hubieron 30 eventos adversos en el primer trimestre, esto quiere decir que tuvimos un porcentaje del 500% de reincidencia, se hizo la investigación y este evento fue causado por la falta de capacitación en el uso de un catéter, el cual ya fue solventado por el proveedor.

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

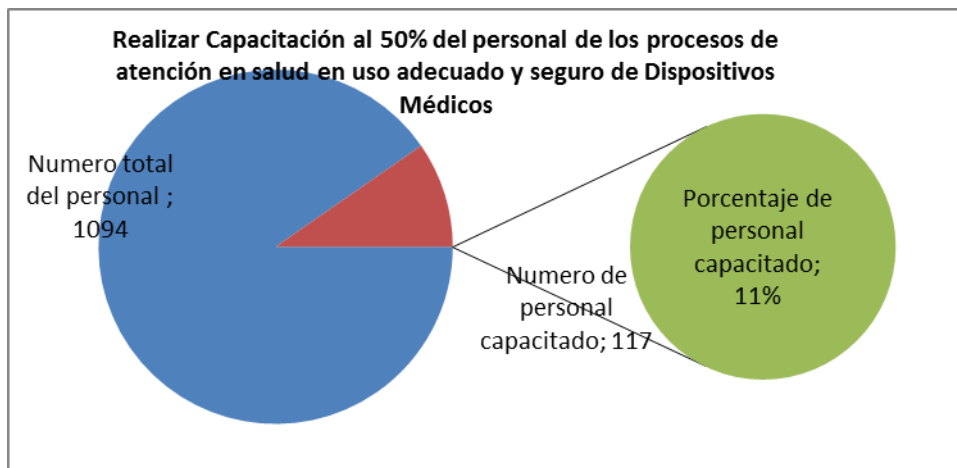
con el fin de conocer la clasificación de riesgo y su ubicación de cada dispositivo médico que se encuentra en el HUS.

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

$$\% \text{Personas capacitadas} = \left( \frac{\# \text{personas capacitadas}}{\# \text{total personal asistencial}} \right) * 100\%$$

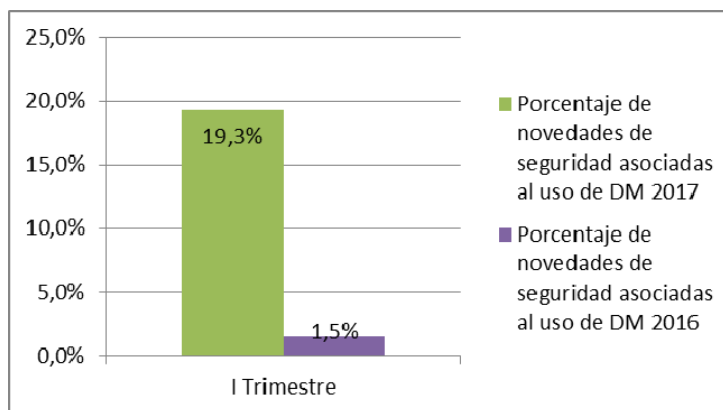


A la fecha se tiene el 11% del personal vinculado capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico.

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 trimestre del 2016 se tuvo se tuvo la porción de un 1.5% de novedades de seguridad asociadas a DM del total en ese trimestre, en el 2017 la porción del reporte fue del 19.3%, esto quiere decir que tuvo un aumento de más del 18%, lo cual nos muestra que los colaboradores del HUS cada vez son más conscientes de la importancia del reporte.

#### 4.7 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

La Gestión de compras y suministros como parte de los procesos de apoyo de la ESE Hospital Universitario De La Samaritana, es la encargada de atender de manera oportuna y eficiente los requerimientos que las demás áreas realizan a través de los diferentes almacenes como lo son el almacén general, farmacia, hotelería, nutrición y osteosíntesis, estas áreas son las encargadas de canalizar las necesidades de suministros y de insumos hacia el área de compras donde son adquiridas por medio de los diferentes procesos de contratación los cuales se encuentran estipulados en el Estatuto de Contratación Interno del Hospital, Acuerdo 008 de 2014, el cual establece los montos y parámetros de contratación que la institución debe seguir con el fin de garantizar la oportunidad y transparencia en los procesos d adquisición del Hospital.

Durante el periodo de Enero a Abril del año 2017 el área de Compras y Suministros adelanto y ejecuto 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, Osteosíntesis, 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 acabo las convocatorias y compras directas las cuales pretendían primero que todo atender las necesidades del hospital y finalmente llevar acabo todas las necesidades de la institución por medio de 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 FORMALS ADELANTADOS DE ENERO A ABRIL DEL 2017

Durante el periodo de Enero a Abril 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

PROCESOS PUBLICOS	2016	2017
	NUMERO	NUMERO
CONVOCATORIAS PUBLICAS	24	16

FUENTES: Subdirección Compras y Suministros

El resultado de estas convocatorias fue la adjudicación en promedio del 75% de los ítem, los demás se declararon desierto 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.

### SOLICITUDES RADICADAS Y TRAMITADAS

Ordenes de Compras y Servicios: Durante el periodo del año 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

ORDEN	2017
ORDENES DE SERVICIO	19
ORDENES DE COMPRA	149

FUENTES: Subdirección Compras y Suministros.

PARTICIPACION DE LAS SOLICITUDES DE SEGUN EL RUBRO MÁS PARTICIPATIVO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016

PRESUPUESTO EJECUTADO EN EL PERIODO  
SEDE BOGOTA

RUBROS	CODIGO	Apropiación	C.D.P. Total	Compromiso Total (R.P.)
21001	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	2.526.636.000	721.515.795	173.168.832
21002	COMPRA DE EQUIPO	210.719.066	45.750.000	22.214.920
21003	COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	145.150.000	106.415.861	78.705.410
21004	MATERIALES	1.906.757.000	1.334.467.984	426.814.564
22001	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	3.864.337.000	871.756.883	381.403.326
22003	SEGUROS	540.000.000	489.626.792	489.339.323
22004	IMPRESOS Y PUBLICACIONES	599.183.000	295.298.838	204.898.838
22005	COMUNICACION Y TRANSPORTE	136.475.000	50.401.677	40.531.181
22007	VIGILANCIA Y ASEO	3.700.624.000	3.502.834.466	3.502.834.466
22010	ARRENDAMIENTOS	83.230.000	48.535.632	26.614.404
22013	GESTION AMBIENTAL	69.238.000	68.363.545	59.112.336
41001	MEDICAMENTOS	9.245.373.000	8.244.505.131	5.947.604.323
41002	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	10.059.041.000	7.001.780.874	4.052.495.664
41003	MATERIAL PARA OSTEOSINTESIS	5.142.481.000	4.800.891.501	2.485.102.032
41004	MATERIAL PARA LABORATORIO	3.163.371.000	3.084.420.502	2.537.188.184
41006	ALIMENTACION	1.195.051.000	1.043.211.724	1.035.123.878
		42.587.666.066	31.709.777.205	21.463.151.681

SEDE ZIPAQUIRA

RUBROS	CODIGO	Apropiación	C.D.P. Total	Compromiso Total (R.P.)
22013	GESTION AMBIENTAL	31.795.000	29.120.377	0
41001	MEDICAMENTOS	760.725.000	645.493.692	578.516.686
41002	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	824.689.000	541.035.592	352.852.965
41003	MATERIAL PARA OSTEOSINTESIS	191.550.000	175.000.000	94.640.000
41004	MATERIAL PARA LABORATORIO	858.362.000	833.917.141	700.662.550
41005	MATERIAL PARA RAYOS X	6.184.000	3.607.163	0
41006	ALIMENTACION	420.000.000	420.000.000	420.000.000
41007	MATERIAL PARA ODONTOLOGIA	72.780.000	71.947.240	0
		3.166.085.000	2.720.121.205	2.146.672.201

Fuente: EJECUCION PRESUPUESTAL 2017

En los cuadros anteriores podemos observar unidad por unidad funcional, como ha sido el comportamiento del valor total de los rubros más representativos de las solicitudes hechas por las áreas.

En la sede Bogotá de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal solicitados a la fecha se ha comprometido el 67%, lo cual corresponde al 50% del valor de las apropiaciones con que se contaba en los rubros descritos.

En la sede de Zipaquirá de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal solicitados a la fecha se ha comprometido el 79%, lo cual corresponde al 68% del valor de las apropiaciones con que se contaba en los rubros descritos. En total sean comprometido \$23.609.823.882 y se tiene en procesos el valor de \$10.820.074.528

### RESUMEN CONVOCATORIAS REALIZADAS EN EL PERIODO

N° Convocatoria	Objeto	Valor	Fecha de Apertura	Fecha de Adjudicación	Observaciones
1	1) ASEO Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ Y ASEO, DESINFECCIÓN DE ÁREAS DE PREPARACION Y ALISTAMIENTO DE ALIMENTOS PARA PACIENTES Y DISTRIBUCIÓN DE LOS MISMOS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ. 2) ASEO Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD	\$2.060.646.794	06/01/2017	20/01/2017	
2	PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PROVISION (ROPA DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA) CON RECOLECCION, LAVADO, DESINFECCIÓN, PLANCHADO Y DISTRIBUCIÓN, DE ROPA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E., DE ACUERDO AL VOLUMEN POR DEMANDA DE SERVICIOS, EN LAS UNIDADES FUNCIONALES DE BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD.	\$1.074.324.550	06/01/2017	20/01/2017	
3	SERVICIO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN A LOS PACIENTES Y MEDICOS INTERNOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA DE ACUERDO A SUS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES	\$380.000.000	27/01/2017	16/02/2017	

N° Convocatoria	Objeto	Valor	Fecha de Apertura	Fecha de Adjudicación	Observaciones
	NUTRICIONALES.				
4	SUMINISTRO DE PRODUCTOS CARNICOS, CARNE DE RES Y SUS DERIVADOS CERDO Y PESCADO MATERIA PRIMA PARA LA ELABORACION DE ALIMENTOS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL.	\$341.441.100	27/01/2017	09/02/2017	
5	SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES PARA LA EMPESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA	\$ 415.150.000	03/02/2017	13/02/2017	
6	SUMINISTRO DE ALIMENTOS PERECEDEROS, FRUTAS, VERDURAS, TUBERCULOS (FRUVER), MATERIA PRIMA PARA LA ELABORACION DE LA ALIMENTACION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ D.C.	\$284.120.525	03/02/2017	14/02/2017	
7	SUMINISTRO DE ALIMENTOS NO PERECEDEROS (ABARROTES) MATERIA PRIMA PARA LA ELABORACION DE LA ALIMENTACION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ D.C	\$288.347.378	03/02/2017	Desierta	Sin ofertas
8	SERVICIO DE OUTSOURCING DE IMPRESIÓN PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA BOGOTA Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ	\$ 690.000.000	03/02/2017	Desierta	Propuestas no pasan evaluaciones
10	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS (MATERIAL MEDICOQUIRÚRGICO) PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA	\$6.977.160.000	14/02/2017	31/03/2017	Cantidad de proponentes y de ítems a evaluar demoraron el proceso
11	SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (MEDICAMENTOS) PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL	\$6.589.000.000	14/02/2017	24/03/2017	Cantidad de proponente

N° Convocatoria	Objeto	Valor	Fecha de Apertura	Fecha de Adjudicación	Observaciones
	ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA				s y de ítems a evaluar demoraron el proceso
12	SELECCIONAR UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE CONSTITUIDA EN COLOMBIA QUE SUSCRIBA PÓLIZAS DE SEGUROS PARA AMPARAR LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES DE LA ENTIDAD	\$585.000.000	06/03/2017	16/03/2017	
13	SUMINISTRO DE MATERIALES DE OSTEOSINTESIS PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ D C. Y SUS UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA	\$ 3.976.406.092	09/03/2017	19/04/2017	
14	SUMINISTRO DE MATERIAL PARA LABORATORIO CLINICO, PATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ D.C. Y SU UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ	\$ 3.683.000.000	15/03/2017	04/04/2016	
15	SUMINISTRO DE MATERIALES DE APOYO CLÍNICO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA.	\$801.103.597	24/04/2017	05/05/2017	Quedan las propuestas para enviar a evaluación
16	SUMINISTRO DE PRODUCTOS E INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	\$ 405.055.358	24/04/2017	05/05/2017	Quedan las propuestas para enviar a evaluación

#### INFORMES REPORTADOS A LAS ENTIDADES DE CONTROL

Es importante mencionar que en cuanto a los informes que se deben reportar a la Contraloría mensualmente estos se encuentran reportados al día hasta el mes de abril de 2017, dentro de los tiempos estipulados por la misma.

En cuanto al informe que se debe reportar al SIA OBSERVA, este se encuentra al día hasta el mes de abril de 2017.

## CAPÍTULO IV

### DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

#### 1. ATENCION AL USUARIO

## 1.1 HUS SEDE BOGOTÁ

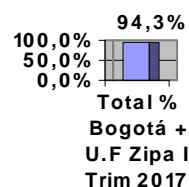
### 1.1.1 VOZ DEL USUARIO

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

FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	434/460
Total % satisfacción Global HUS 2016	<b>94.3%</b>

FORMULA		
FORMULA	Bogota 2017	U.F. Zipa 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	270/271 (99,6%)	164/189 (87%)

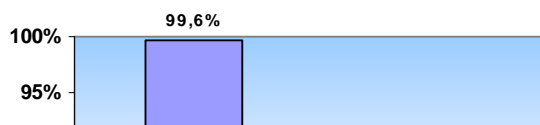
**% Satisfaccion Global HUS :  
Bogota + U.F. Zipaquirá I  
Trim 2017**



En el I Trimestre de 2017, la tasa de Satisfacción Global ( general), del HUS fue del 94% de un total de 460 usuarios encuestados, usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá y la sede de Zipaquirá, la tasa de satisfacción continua alto, lo cual afirma que a pesar de las quejas, reclamos y no conformidades que manifiestan nuestros usuarios en la prestación de los servicios detectados a través de las PQRSD, Encuestas de satisfacción, auditorias internas, externas, nuestro Usuario paciente y familia se encuentra muy satisfecho con la atención brindada en el HUS.

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global I Trimestre 2017 HUS por cada sede del HUS : Circular Única – Supersalud:

**% Satisfaccion Global HUS I Trim de  
cada una de las sedes: Bogota y U.F.  
Zipaquirá, 2017**



Para el I Trimestre de 2017 la tasa de Satisfacción Global, fue del 99,6% para HUS Bogotá es decir estuvo por encima de la meta establecida que fue de 97% sobre 271 usuarios encuestados en el HUS Bogotá, y en la Sede de Zipaquirá fue del 87% el cual se mantuvo frente al trimestre anterior.-

**Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS Bogotá 2017: Circular Única – Supersalud:**

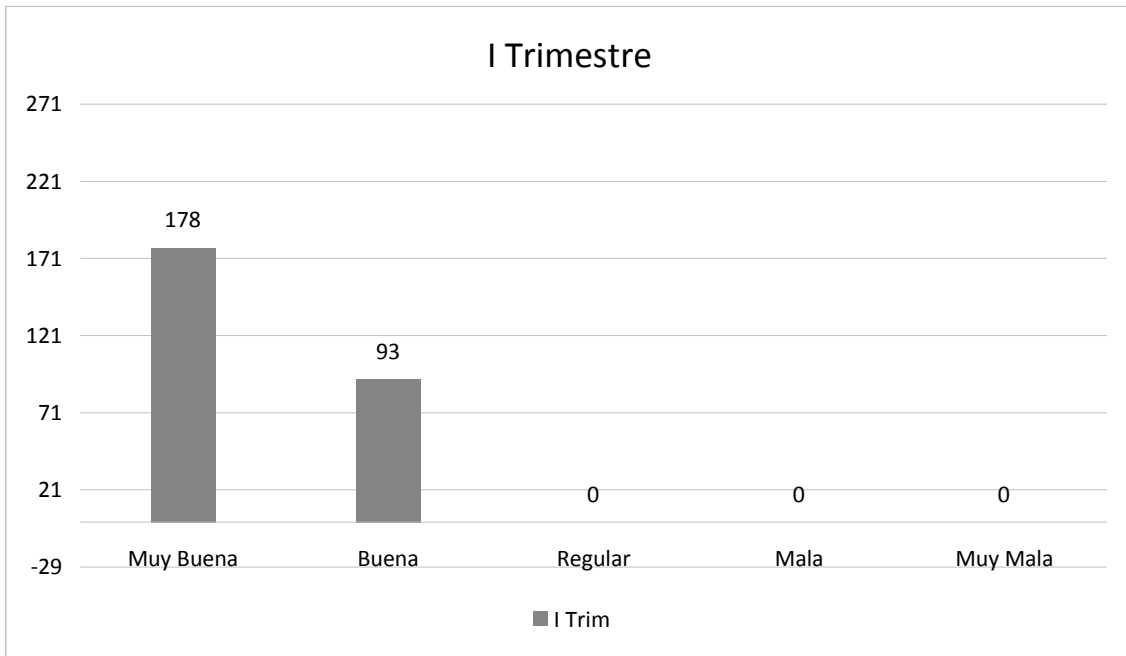


**ENERO A MARZO 2017**

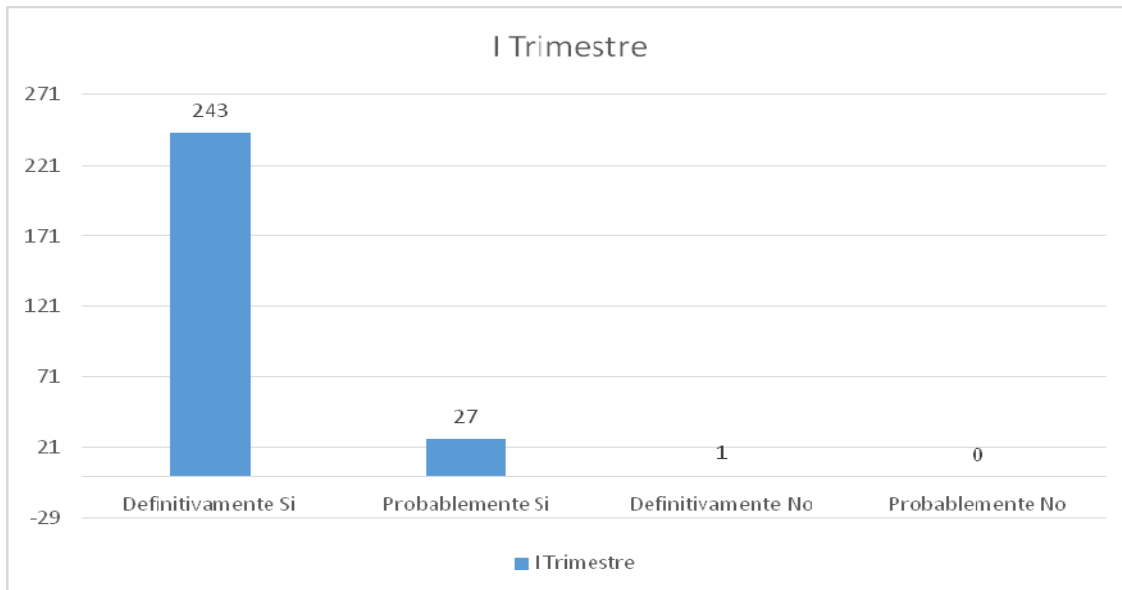
FORMULA	ENE	FEB	MAR	I TRIM 2016	I TRIM 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	92/92 (100%)	90/91 (99%)	88/88 (100%)	229/233 (98%)	270/271 (99.6%)

**INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO SEGÚN RESOLUCIÓN 0256/ 2016. I TRIMESTRE 2017:** Se implementó a partir del II Semestre del 2016.

- Total de Usuarios Encuestados: 271
1. PREGUNTA: ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"



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



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

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

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS -(PRIMER TRIMESTRE 2017)
----------	---



UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO	En el área administrativa hay mucha negligencia. E.A. Las enfermeras del turno de la noche son groseras. E.A.
HOSPITALIZACION	Ortopedia: Los baños y las duchas no sirven, el agua sale fría. El desayuno llega muy tarde E.A. Ginecología: Las enfermeras del turno noche son groseras. El desayuno lo suben muy tarde. E.A. Neurocirugía: En la tarde no desocupan las canecas. En algunas ocasiones las enfermeras no acuden al llamado. E.A. Cirugía general: Los médicos no dan el reporte médico y las enfermeras de la noche son displicentes. E.A. Quinto piso: Los vigilantes de la entrada son groseros. E.A.
CONSULTA EXTERNA	No presentaron Sugerencias
URGENCIAS	En general hacen mucho ruido. Las enfermeras son desatentas. El trámite para hospitalizar es demorado. E.A.
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO	Los vigilantes de la entrada son groseros. E.A.
CIRUGIA AMBULATORIA	NINGUNO
NEONATOS	NINGUNO
SALA DE PARTOS	NINGUNO
RADIOLOGIA	NINGUNO
BANCO DE SANGRE	NINGUNO
UNIDAD RENAL	NINGUNO
LABORATORIO	NINGUNO

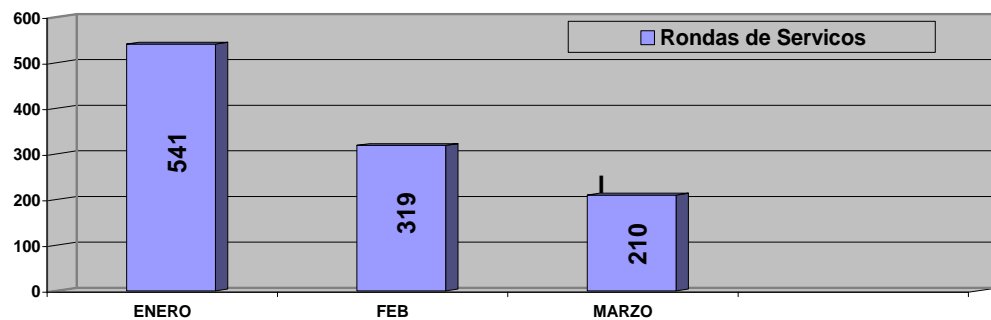
**Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de RONDAS Y VISITAS DE SERVICIO a pacientes hospitalizados en el mes evaluado. 2017**

ASPECTO	CAMA	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS – PACIENTE VISITADO
Mantenimiento		NINGUNA
Hotelería	311,417	Baños y duchas dañados, el agua sale fría. En la tarde no desocupan las canecas. E.A.
Médico	203	Los médicos no dan el reporte médico. E.A.
Hotelería		NINGUNA
Enfermería	Ginecología, 233, 444, unidad cuidado intermedio	Las enfermeras del turno de la noche son groseras, las auxiliares de enfermería no acuden al llamado. E.A.
Seguridad	UCI,512	Los vigilantes de la entrada son groseros. E.A.
Nutrición	311, ginecología	El desayuno llega tarde. E.A.
	209,305,340	Los alimentos los traen fríos. E.A.

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DIRECCION DE ATENCION AL USUARIO, I TRIMESTRE DE 2017

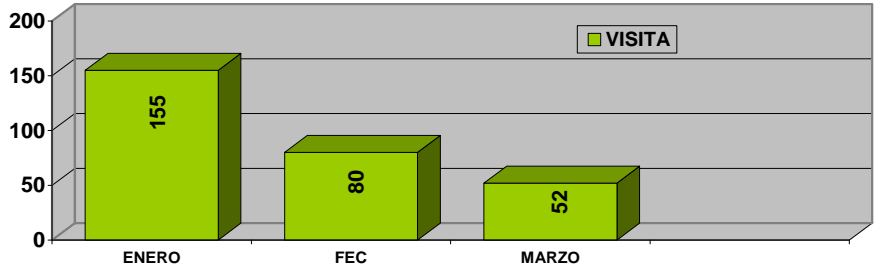
1. RONDAS DE  
SERVICIO

ACTIVIDAD I TRIM 2017	ENERO	FEB	MARZO	TOTAL
RONDAS DE SERVICIO  A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	541	319	210	1070



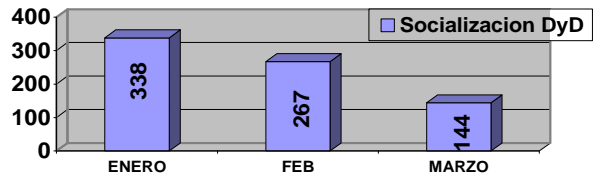
Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente las 2 informadoras de la Dirección de Atención al Usuario realizan RONDAS DE SERVICIO que son visitas cortas de máximo 10 minutos a nuestros pacientes hospitalizados.

2. VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS



ACTIVIDAD I TRIM 2017	ENERO	FEB	MARZO	TOTAL
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	155	80	52	287

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.



ACTIVIDAD I TRIM 2017	ENERO	FEB	MARZO	TOTAL
SOCIALIZACION DE LA DECLARACION INSTITUCIONAL DERECHOS Y DEBERES	338	267	144	749

ACTIVIDAD I TRIM 2017	ENE	FEB	MAR	TOTAL
# DE ENCUESTAS APLICADAS	92	91	88	271
# DE USUARIOS INSATISFECHOS	0	1	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, los cuales se tabularon parcialmente y de manera manual en razón a que desde el 5 de febrero de 2017 No se contó con el software Survey Monkey por vencimiento de su licencia.

Durante el I Trimestre se identificaron con los Subdirectores y/o Coordinadores de área Líderes de proceso oportunidades de mejora en relación a los resultados de las encuestas obtenidos durante la vigencia 2016 los cuales se llevarían al PUMP.

#### OTRAS ACTIVIDADES realizadas:

- Apertura de Buzones de Sugerencias 2 veces por semana de acuerdo al procedimiento institucional establecido. En el I trimestre se realizaron 26 aperturas, se elaboraron las actas respectivas y se contó con la participación de los integrantes de la Asociación de los usuarios del HUS 1 vez al mes.
- Atención diaria de Usuarios (paciente o familia) en la oficina de la Dirección de Atención al usuario por parte del Informador asignado a la oficina permanentemente y de la Secretaria de la Dirección para apoyar la atención, brindar información y orientación, consecución de citas, recepción de quejas o reclamos, acompañamiento a los diferentes servicios según necesidad, contacto telefónico con su EPS para trámites entre otros.
- Acompañamientos a los pacientes durante el proceso de atención en los casos especiales: pacientes de 3 a edad, en condición de discapacidad, materna.
- Realización de charlas a los usuarios en las salas de espera buscando educar y capacitar al paciente sobre temas de mecanismo de peticiones, emergencias y desastres, cuidados de las áreas del hospital, declaración de los deberes y derechos, entre otros.
- Seguimientos a casos especiales: Pacientes hospitalizados que interpusieron una queja o reclamo, funcionarios o familiares de funcionarios hospitalizados, Pacientes en los cuales se presentó posibles novedades de seguridad, etc.
- Socialización y entrega del Manual de Atención al usuario.

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

Consiste en que todo colaborador interno involucrado en alguna queja o reclamo por posible falta de trato amable se cita y se realiza un taller de sensibilización buscando fortalecer la cultura de atención humanizada en el HUS como parte del Programa de Humanización

PACTO POR EL TRATO AMABLE I TRIM 2017	
<i>ENERO</i>	6
<i>FEBRERO</i>	11
<i>MARZO</i>	5
<b>TOTAL I TRIM 2017</b>	<b>22</b>

### 11.1.4. PAS 201 DAU

1. Actualizar el Procedimiento " Atención Humanizada del Dolor" dando alcance al manejo en servicios ambulatorios. EN DESARROLLO.
2. Continuar la Implementación de la estrategia Manejo del Paciente crónico(4%). SE CUMPLIO de acuerdo al Cronograma establecido.
3. Incluir en la Lista de Chequeo de registros de enfermería de hospitalización el item de explicación al paciente sobre el uso de dispositivos para realizar seguimiento a su cumplimiento. EN DESARROLLO.
4. Realizar resocialización de la L.E de Ambiente y Tecnología amigable. SE CUMPLIO.
5. ADICIONALMENTE se realizó resocialización de todas las Líneas Estratégicas del Programa de Humanización, de la Declaración Institucional de Derechos y Deberes en Salud y del Código de Etica Institucional. TOTAL DE FUNCIONARIOS, COLABORADORES sensibilizados y capacitados aproximadamente 950, capacitación adelantada por los Integrantes del comité de Humanización.

### 11.1.5. PUMP 2016 DAU

Se continua actualizando los procedimientos de la DAU de acuerdo a la caracterización vigente.

Trimestralmente se analizaron las PQRS a través de los Informes de gestión trimestral, se clasificaron, identificaron las 5 primeras causas de QR de nuestros usuarios, se formularon acciones de corrección solo se establecieron 2 Planes de Mejoramiento ( 1 en el proceso de hospitalización y otro en el de Hoteleria hospitalaria). Las QR relacionadas con eventos adversos se notificaron al Referente de Seguridad para su análisis e intervención y las relacionadas con Falta de trato amable, calidez, se intervienen transversalmente a través del programa de Humanización.

Desde el PUMP se intervino riesgo sicosocial relacionado con:

1-Consolidar base de datos de los casos de violencia sexual, maltrato infantil y/o violencia doméstica identificados en el HUS.

2. Se Realizó seguimiento luego del egreso a las víctimas de violencia sexual, maltrato infantil y/o violencia doméstica.

3. Se realizaron las acciones a que hubo lugar de acuerdo al seguimiento realizado. Información confidencial que se encuentra en la HC de los pacientes y en el archivo digital de trabajo Social.

## SUBDIRECCION DE LA DEFENSORIA DEL USUARIO GESTION DE PQRS Y DEMAS RELACIONADOS

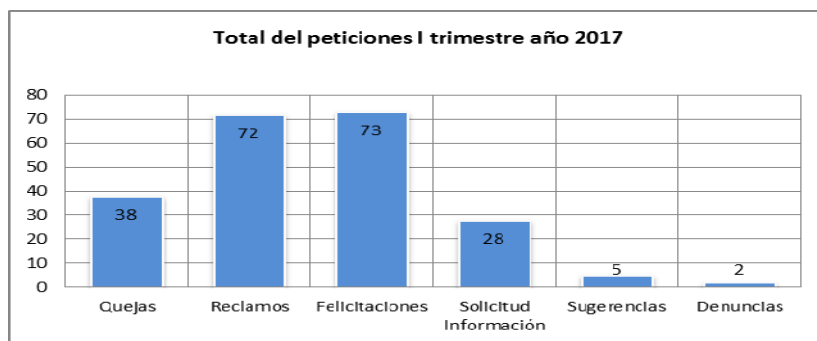
Se presenta el informe trimestral del seguimiento y gestión a las PQRSD elaborado por la Oficina de la Defensoría del Usuario que junto con la Dirección de Atención al Usuario son las encargadas de velar por los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud y al igual que la Subdirección gestiona las peticiones con los resultados del seguimiento, control al trámite y a la respuesta suministrada por las dependencias de la Institución, con el fin de reconocer las necesidades de los mismos frente al servicio y reflejar información sobre los trámites y servicios sobre los que los ciudadanos manifiestan inconformidad, además de las propuestas de mejoramiento Al Sistema de Atención al Ciudadano.

### INFORMACIÓN DE LAS PETICIONES (PQRS)

#### 1.1 Total del peticiones I trimestre año 2017

CLASIFICACIÓN	PQRSD I TRIM 2017				COMPARATIVO AÑO 2014 - 2017							
	ENE	FEB	MAR	TOTAL	ITRIM 14	%	ITRIM 15	%	ITRIM 16	%	ITRIM 17	%
Quejas	15	10	13	38	28	25%	36	25%	35	24,6%	38	17%
Reclamos	18	29	25	72	45	40%	44	31%	66	46,5%	72	33%
Felicitaciones	23	18	32	73	25	22%	33	23%	23	16,2%	73	33%
Solicitud Inf.	8	9	11	28	12	11%	25	17%	9	6,3%	28	13%
Sugerencias	2	2	1	5	2	2%	5	3%	9	6,3%	5	2%
Denuncias	0	2	0	2	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>82</b>	<b>218</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>	<b>218</b>	<b>100%</b>

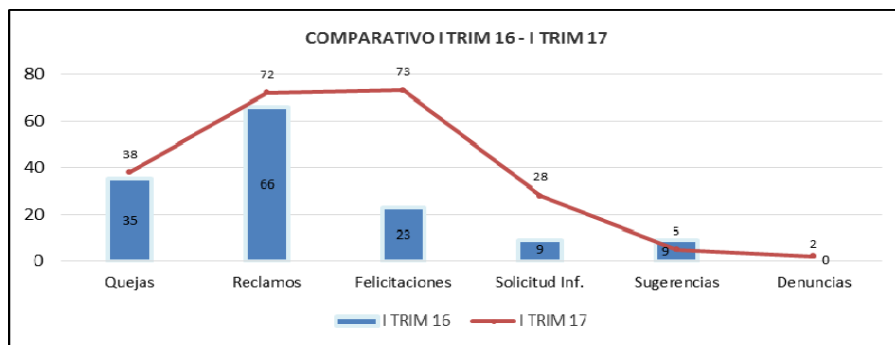
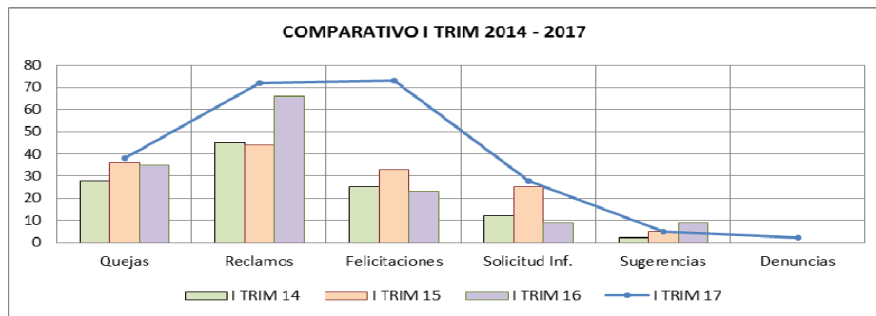
Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario



El Hospital Universitario de la Samaritana, recibió durante el primer trimestre del año 2017, un total de 218 peticiones. La grafica muestra que las felicitación son las más representativas cifra importante para el trimestre según la evaluación con un total de 73 que equivalen al 33.5%.

Como tipología de inconformidad que equivalen al 51.3% del total de peticiones siendo en primer lugar los Reclamos con un total de 72 que equivalen al 33% del total, las quejas alcanzaron un segundo lugar con 38 es decir un 17.4%. Continúan las solicitudes de información con 28 un 12.8%, sugerencias con 5 para un 2.3% y las denuncias un total de 2 que equivalen al 0.9%.

### 1.2 Comparativo I trimestre año 2016 y 2017

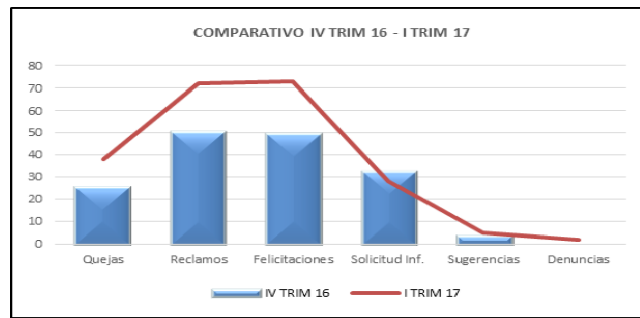


La recepción de PQRSD a nivel general aumento en el I trimestre 2017 frente al I trimestre de los años 2014, 2015 y 2016 con un promedio del 34% con respecto al año 2016, ya que en el I trimestre 2016 ingresaron 142 y en este primer trimestre del 2017 fueron 218. En su orden las quejas aumentaron en un 4%, los reclamos en un 8%, las felicitaciones aumentaron en un 66%, las solicitudes en 25%, las denuncias se incrementan en un 3% y se observa que las sugerencias disminuyen en un 3%.

### 1.3 Comparativo IV trimestre año 2016 vs I Trimestre año 2017

CLASIFICACIÓN	PQRSD I TRIM 2017				COMPARATIVO AÑO 2016 - 2017			
	ENE	FEB	MAR	TOTAL	IV TRIM 16	%	I TRIM 17	%
Quejas	15	10	13	38	26	16%	38	17%
Reclamos	18	29	25	72	51	31%	72	33%
Felicitaciones	23	18	32	73	50	30%	73	33%
Solicitud Inf.	8	9	11	28	33	20%	28	13%
Sugerencias	2	2	1	5	4	2%	5	2%
Denuncias	0	2	0	2	0	0%	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>82</b>	<b>218</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>	<b>218</b>	<b>100%</b>

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

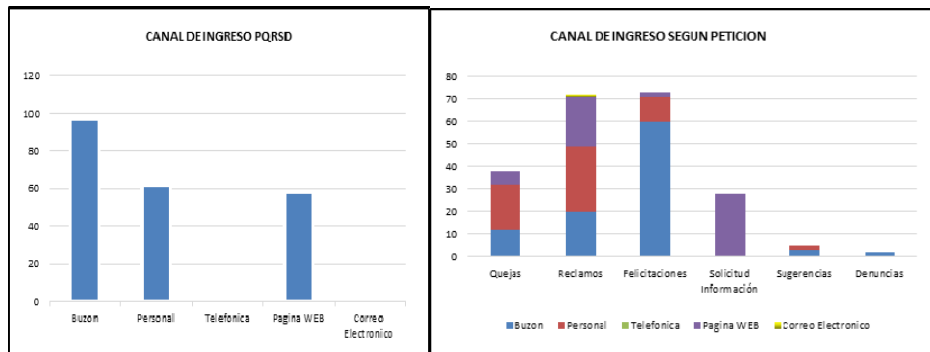


La variación de radicación de PQRSD a nivel general aumento en el I trimestre 2017 frente al IV trimestre 2016 en un 24% ya que en el IV trimestre 2016 ingresaron 164 y en este primer trimestre del 2017 fueron 218. En su orden las quejas aumentaron un 22%, los reclamos en un 39%, las felicitaciones aumentaron en un 43%, las sugerencias en 2%, las denuncias se incrementan en un 4% y se observa que las solicitudes de información disminuyen en un 9%.

#### 1.4 Clasificación de PQRSD por canal de ingreso I trimestre 2017

CANAL DE INGRESO PQRSD I TRIM 2017					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefonica	Pagina WEB	Correo Electronico
Quejas	12	20	0	6	0
Reclamos	20	29	0	22	1
Felicitaciones	60	11	0	2	0
Solicitud Inf.	0	0	0	28	0
Sugerencias	3	2	0	0	0
Denuncias	2	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>62</b>	<b>0</b>	<b>58</b>	<b>1</b>

Fuente: Matriz PQRSD 2017



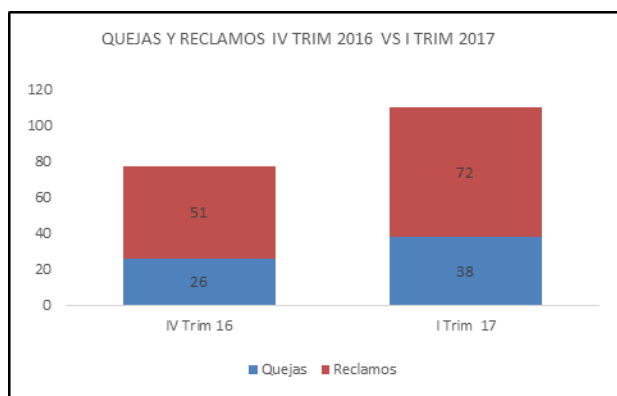
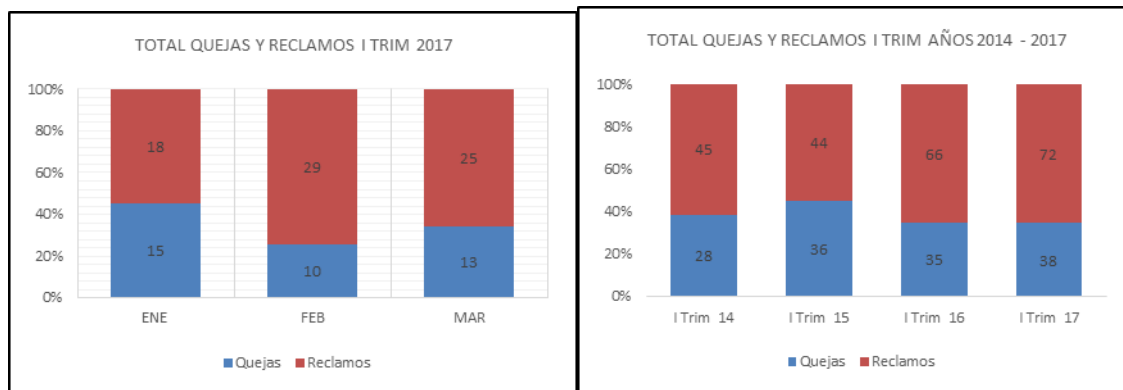
De los canales oficiales dispuesta para la recepción de PQRSD se puede observar su comportamiento; el buzón de sugerencias es el canal más utilizado por los ciudadanos para la presentación de PQRSD con un total de 97 peticiones que equivalen al 44% del total, seguido por las peticiones personales o verbales que son el 28%, por página web el 28% y por correo electrónico 0,5%.

#### 2. Quejas y Reclamos recepcionadas

Quejas y Reclamos	ENERO A MARZO 2017				COMPARATIVO I TRIMESTRE 2014 – 2017							
	ENE	FEB	MAR	TOTAL	I Trim 14	%	I Trim 15	%	I Trim 16	%	I Trim 17	%
Quejas	15	10	13	38	28	38%	36	45%	35	35%	38	35%
Reclamos	18	29	25	72	45	62%	44	55%	66	65%	72	65%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>110</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>



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

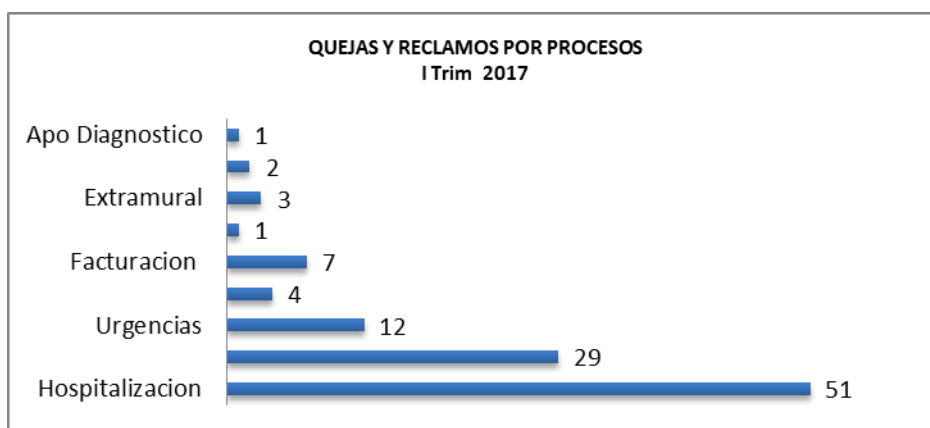


Se observa que para el I trimestre del 2017 del total de PQRS el 50.5% corresponden a quejas y reclamos, donde las quejas aumentan en un 22% y los reclamos en un 39% respecto al comportamiento del IV trimestre del 2016. Comparando el I trimestre del 2016 con el del año presente se observa un comportamiento promedio de aumento del 8%.

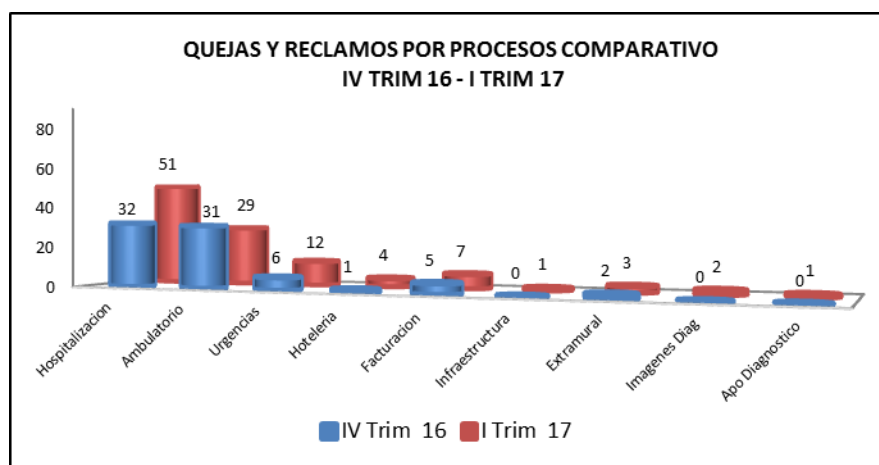
## 2.1 Clasificación de Quejas y Reclamos por proceso

PROCESOS INVOLUCRADO	ENERO A MARZO 2017				COMPARATIVO IV TRIM 2016 - I TRIM 2017			
	ENE	FEB	MAR	TOTAL	IV Trim 16	%	I Trim 17	%
Hospitalización	16	21	14	51	32	42%	51	46%
Ambulatorio	6	10	13	29	31	40%	29	26%
Urgencias	5	3	4	12	6	8%	12	11%
Hotelería	1	1	2	4	1	1%	4	4%
Facturación	1	3	3	7	5	6%	7	6%
Infraestructura	1	0	0	1	0	0%	1	1%
Extramural	3	0	0	3	2	3%	3	3%
Imágenes Diag	0	1	1	2	0	0%	2	2%
Apo Diagnostico	0	0	1	1	0	0%	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>110</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz PQRS 2017



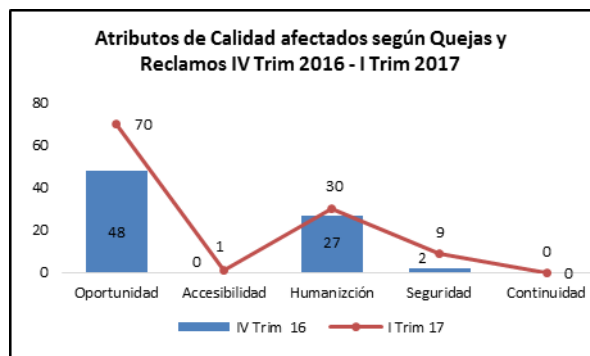
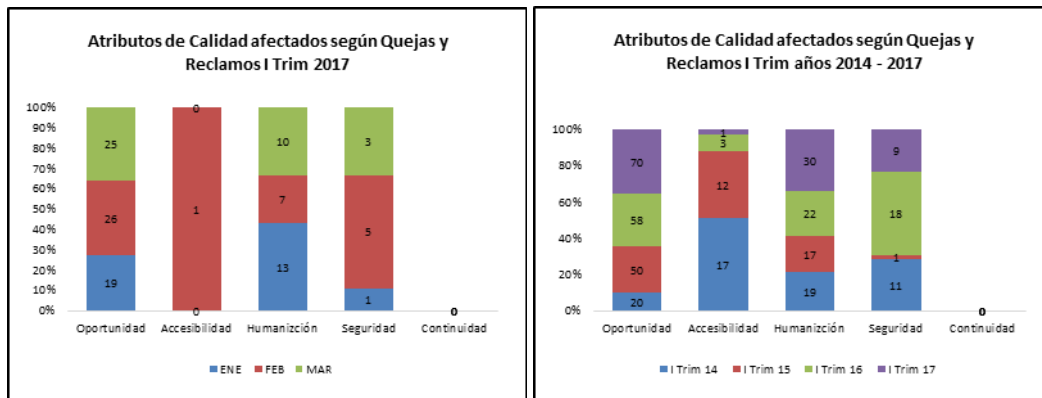
Del 110 quejas y reclamos se observa que el procesos que más registra es el de hospitalización como el proceso misional más grande y el procesos ambulatorio con el 73% del total de QR y un 11% el procesos de urgencias, en cuanto los procesos de apoyo facturación y hotelería con un 10%.



De acuerdo a la recepción de PQRS asociada a los procesos durante este primer trimestre se puede observar el aumento en el proceso de hospitalización del casi un 57% en comparación con el anterior trimestre, a diferencia el proceso ambulatorio disminuye en un 6%, urgencias aumenta en un 18% en proporción al aumento del total de quejas y reclamos en el periodo comparando el IV trimestre del 2016.

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

Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos gestionados	ENERO A MARZO 2017				COMPARATIVO I TRIMESTRE 2014 – 2017							
	ENE	FEB	MAR	TOTAL	I Trim 14	%	I Trim 15	%	I Trim 16	%	I Trim 17	%
Oportunidad	19	26	25	70	20	30%	50	63%	58	57%	70	64%
Accesibilidad	0	1	0	1	17	25%	12	15%	3	3%	1	1%
Humanización	13	7	10	30	19	28%	17	21%	22	22%	30	27%
Seguridad	1	5	3	9	11	16%	1	1%	18	18%	9	8%
Continuidad	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>110</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>



Se observa en las gráficas que de 110 quejas y reclamos presentadas en el I trimestre del 2017 el atributo de calidad más afectado es el de oportunidad con un 64% y en segundo lugar el de humanización con un 27%, donde se tiene un aumento proporcional al aumento en comparación del IV Trimestre del 2016.

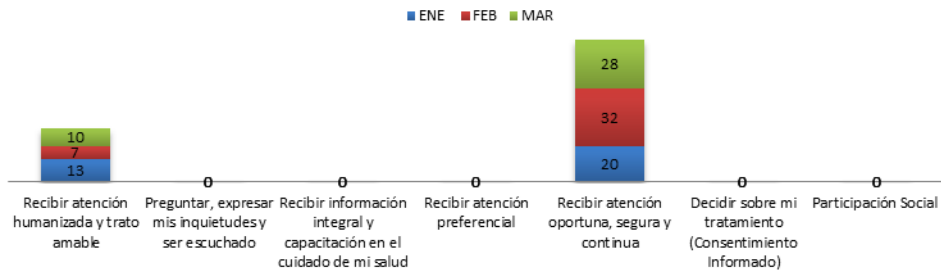
Comparando

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

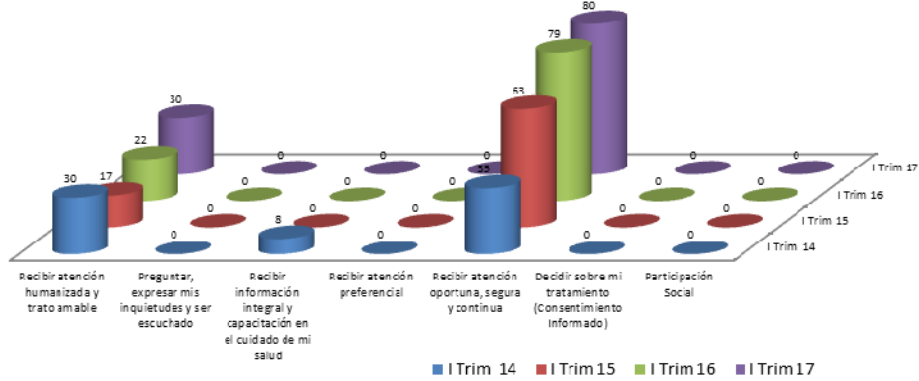
DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS DURANTE I TRIMESTRE DEL 2017	COMPARATIVO I TRIMESTRE 2014 – 2017											
	ENE	FEB	MAR	TOTAL	I Trim 14	%	I Trim 15	%	I Trim 16	%	I Trim 17	%
Recibir atención humanizada y trato amable	13	7	10	30	30	41%	17	21%	22	22%	30	27%
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	0	0	0	0	8	11%	0	0%	0	0%	0	0%
Recibir atención preferencial	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Recibir atención oportuna, segura y continua	20	32	28	80	35	48%	63	79%	79	78%	80	73%
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	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%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>110</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

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

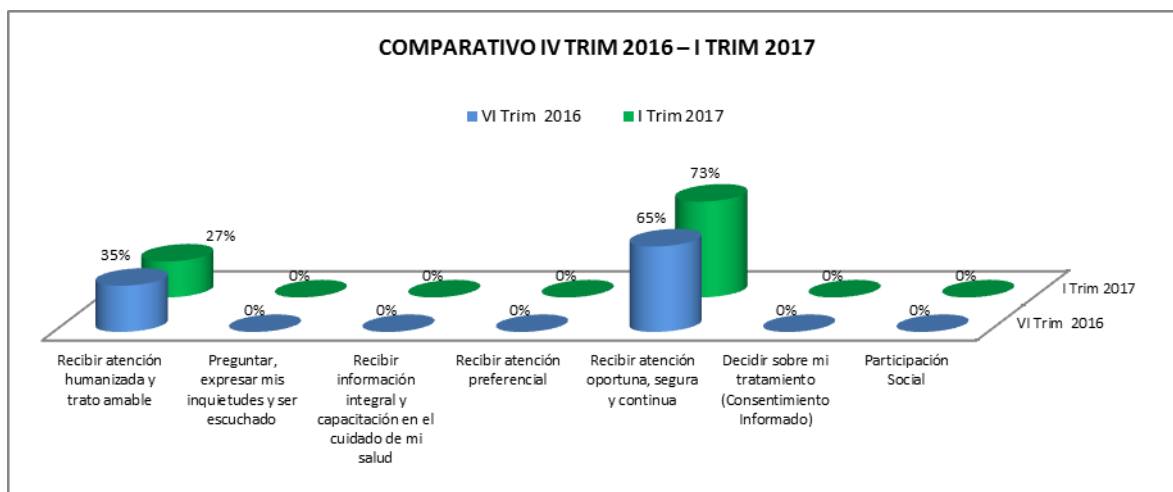
**DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS DURANTE I TRIMESTRE DEL 2017**



**COMPARATIVO I TRIMESTRE 2014-2017**



DERECHO EN SALUD AFECTADO EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS DURANTE I TRIMESTRE DEL 2017					COMPARATIVO IV TRIMESTRE 2016 VS I TRIMESTRE 2017			
DERECHO DEL USUARIO	ENE	FEB	MAR	TOTAL	VI Trim 16	%	I Trim 17	%
Recibir atención humanizada y trato amable	13	7	10	30	27	35%	30	27%
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Recibir atención preferencial	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Recibir atención oportuna, segura y continua	20	32	28	80	50	65%	80	73%
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Participación Social	0	0	0	0	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>110</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>



Se observa que el derecho mayor vulnerado es el de Recibir atención oportuna, segura y continua con un 73% de 110 quejas y reclamos, seguido por recibir atención humanizada y trato amable con un 27%. Realizando un comparativo con respecto al IV trimestre del 2016 se puede observar que en proporción del total de quejas y reclamo se tiene una disminución entre estos dos trimestres del 8%.

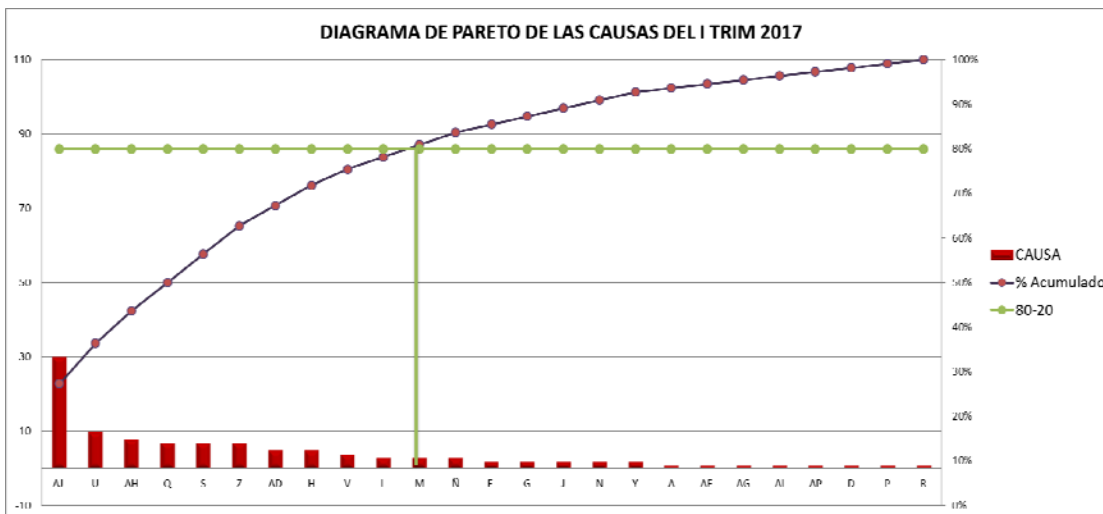
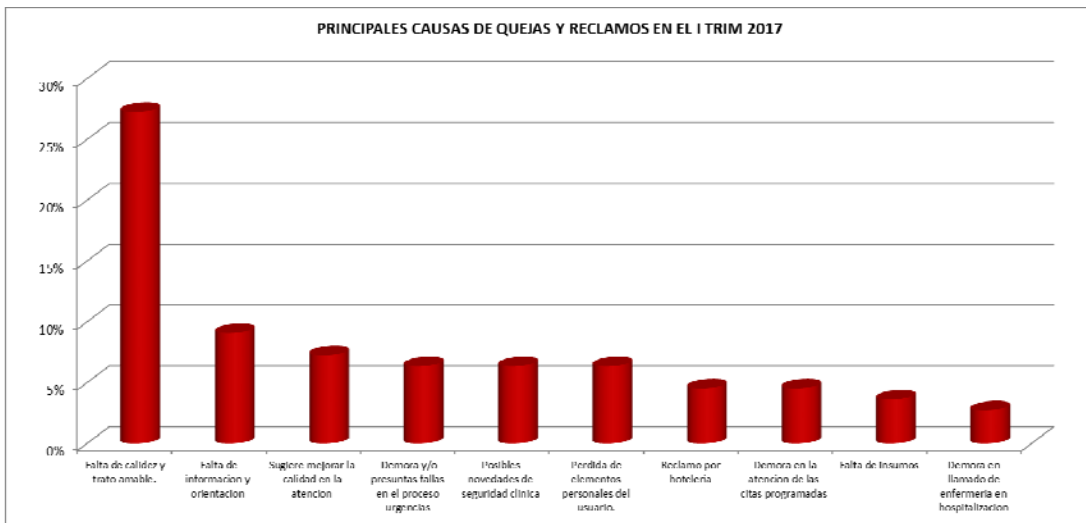
Para el año 2017 se definió la estrategia de resaltar las felicitaciones junto con la Subdirección de Desarrollo Humano para incentivar y motivar a los colaboradores promoviendo el reconocimiento y generando expectativas en los mismo, adicionalmente la realización del análisis causal producto de las quejas y reclamos por fallas en el trato amable junto con los líderes de proceso y subdirectores para identificar las causas que posiblemente generan este tipo de quejas y reclamos con el fin de plantear acciones de mejoramiento en el plan único de mejoramiento por procesos.

### 2.3 Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el período evaluado:

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	13	7	10	30	27%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	3	3	4	10	9%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	5	1	2	8	7%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	0	4	3	7	6%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	4	2	1	7	6%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	1	4	2	7	6%
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	1	1	3	5	5%
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	0	4	1	5	5%
V	Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención elementos	0	2	2	4	4%

	suministrados de mala calidad.					
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	0	2	1	3	3%
M	Demora en la entrega de resultados: lab.clinico, rx,gastro cardio,neumo, orl,etc.	0	0	3	3	3%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	2	0	1	3	3%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalizacion,Urgencias)	0	1	1	2	2%
G	Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	1	0	1	2	2%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0	2	0	2	2%
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos,etc.	0	2	0	2	2%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	2	0	0	2	2%
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	1	0	1	1%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias,vigilantes.	0	1	0	1	1%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, tecnicos de Rx.	1	0	0	1	1%
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales ( Discapacidad)	0	0	1	1	1%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.	0	0	1	1	1%
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización.	0	0	1	1	1%
P	P Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	1	0	1	1%
R	R Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la citas: call center, gasto, neumo, Rx, cardiología, etc.	0	1	0	1	1%
<b>TOTAL</b>		<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz PQRSD 2017



De acuerdo a las causas registradas en este periodo evaluado se observa que del 100% de quejas y reclamos se encuentran clasificadas en 25 causas de las cuales el 72% son porque su frecuencia es mayor a 5. Se observa que de 110 quejas y reclamos 30 están asociadas a la falta de calidez y trato amable que representan un 27%, seguida por falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención con un 9%, mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico, demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias, posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente, pérdida de elementos personales del usuario, reclamo por hotelería, demora en la atención de las citas programadas para consulta , falta de insumos siendo las causas más recurrentes.

En cuanto a las acciones de mejoramiento de acuerdo a las primeras causas se están definiendo planes únicos de mejoramiento por procesos para analizar las causas de falta de calidez y trato amable, falta de información y orientación al usuario, mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico, demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias, pérdida de elementos personales del usuario, reclamo por hotelería, demora en la atención de las citas programadas para

consulta, falta de insumos. En cuanto a las quejas y reclamos relacionadas a posibles novedades de seguridad del paciente estas son informadas al equipo de seguridad del paciente para su gestión.

### Causas por Procesos involucrados

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOSPITALIZACION	AMBULATORIO	URGENCIAS	FACTURACION	HOTELERIA	EXTRAMURAL	IMÁGENES D	APOYO DIAG	INFRAESTRUCTURA
AJ	Falta de calidez y trato amable.	16	7	2	3	1	0	1	0	0
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	1	0	0	0	0	0	0	0
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	0	0	3	0	0	0	1
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarías, vigilantes.	1	0	0	0	0	0	0	0	0
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	0	0	1	0	0	0	0	0	0
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	3	1	3	0	0	1	0	0	0
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales ( Discapacidad)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	0	1	0	0	0	0	0	0	0
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización.	0	1	0	0	0	0	0	0	0
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	2	0	0	0	0	0	0	0
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	0	5	0	0	0	0	0	0	0
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	2	0	1	0	0	0	0	0	0
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	2	0	0	0	0	0	0	0	0
M	Demora en la entrega de resultados: lab clínico, rx, gastro cardio,neumo, orl, etc.	1	1	0	0	0	0	0	1	0
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	0	3	0	0	0	0	0	0	0
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	1	1	5	0	0	0	0	0	0
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignación de las citas: call center, gastro, neum, Rx, cardiología, etc.	0	0	0	0	0	0	1	0	0
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	7	0	0	0	0	0	0	0	0
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	5	1	0	2	0	2	0	0	0
V	Falta de insumos y / o elementos medicos y / o quirurgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	3	1	0	0	0	0	0	0	0
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	7	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>51</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Durante el mes de marzo se inició un trabajo junto con los líderes de procesos para iniciar las intervenciones de las causas más reiterativas para realizar análisis causas de las cuales el procesos de hospitalización, ambulatorio y de hotelería cuentan con acciones de mejoramiento en el plan único de mejoramiento PUM.



### 3. Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley

I Trimestre año 2017						Respuesta en el termino de la Ley		
Peticiones según clasificación	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 dias habiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion)	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Quejas	15	10	13	38	26%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 dias habiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo	32	84%
Reclamos	18	29	25	72	50%		61	85%
Solicitud Inf.	8	9	11	28	19%		28	100%
Sugerencias	2	2	1	5	3%		4	80%
Denuncias	0	2	0	2	1%		2	100%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>52</b>	<b>50</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>		<b>127</b>	<b>88%</b>

Fuente: Matriz PQRSD 2017

Respuesta en el termino de la Ley					
Formula	ENE	FEB	MAR	I TRIM 2017	IV TRIM '16
# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 dias habiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo * 100	43/43	52/52	32/50	127/145	114/114
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>64%</b>	<b>88%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz PQRSD 2017

Para el I trimestre del 2017, se observa que se radicaron 145 peticiones que se realiza respuesta al peticionario entre reclamos, quejas, solicitudes de información y sugerencias de las cuales se dio respuesta oportuna dentro de términos de ley al 100%, aclarando que el 88% corresponde al total de peticiones que se debían haber contestado en términos de ley ya que el 12% son peticiones que se vencen sus términos en el mes de Abril del 2017.

#### 4. 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 y de cordialidad necesarios para el cuidado a los usuarios.
- ✓ Realizar socialización de limpieza y desinfección de baños y se reforzó la limpieza de los baños de salas de espera en el servicio de hospitalización.
- ✓ Generar alternativas para la entrega de resultados de patología
- ✓ Retroalimentar al personal de enfermería a cerca de la importancia de hacer los traslados de forma coordinada entre los servicios.
- ✓ Solicitar la compra de sillas de ruedas
- ✓ Capacitar a los colaboradores de la empresa de vigilancia y servicios generales en servicio al cliente
- ✓ Orientar a los pacientes y su familia en el ingreso del HUS brindando información general a tener en cuenta en el HUS.

#### 5. Plan Unico de Mejoramiento

La defensoría del usuario cuenta con 16 acciones de mejoramiento alienadas en el formato del PUM, que se encuentran definidas por las fuentes de auditoria de control interno y acreditación.

En cuanto a los 6 hallazgos producto de la auditoría de control interno se cuenta con 10 actividades específicas de mejoramiento de las cuales según autoevaluación se ha cumplido en un 51%.

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 40%.

## 6. Plan Anual en Salud

Para la disminución progresiva de PQRSD por falla en calidez y trato digno se 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.

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.

De acuerdo a la disminución progresiva de PQRSD por fallo en calidez y trato digno, se observa una disminución porcentual de las quejas y reclamos relacionadas a la calidez y trato digno, donde se observa que baja en un 8% con respecto al trimestre anterior, ya que durante el IV Trimestre del 2016 el 35% de las quejas y reclamos están asociadas a esta causa y para el I trimestre del 2017 se obtuvo un 27% del total de las quejas y reclamos por esta causa.

Se definió en el Plan de Capacitación Institucional capacitaciones al cliente interno para el desarrollo de competencias hacia la humanización y servicio al cliente, del cual ya se gestionó con el SENA curso virtual para estos temas.

## 7. Peticiones informadas a Seguridad del paciente y la Oficina Jurídica

Durante el I Trimestre del 2017 se informaron cuatro peticiones que tenían posible relación con seguridad del paciente que de igual forma son comentadas a la referente de seguridad del paciente para la gestión correspondiente del registro de posibles novedades.

En cuanto al riesgo jurídico se informaron cinco peticiones de las cuales fueron asesoradas por parte de la Oficina Jurídica con el fin de identificar el posible riesgo antijurídico.

## 8. Módulo de PQRSD del sistema Orfeo

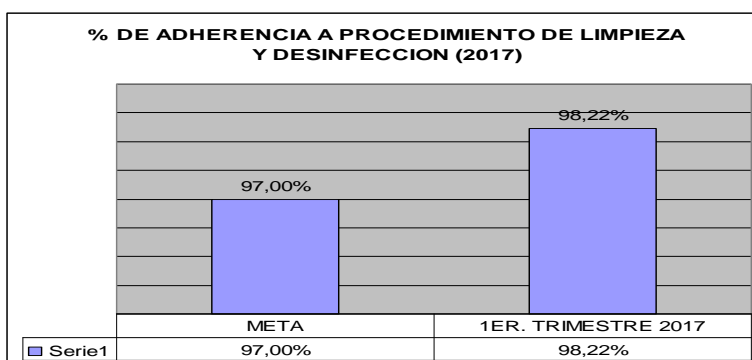
La cultura del registro de PQRSD a través del sistema ORFEO para este trimestre se observa que del total de peticiones el 27% ingresaron directamente por el formulario de la página web o intranet disponible, adicionalmente las manifestación y peticiones del cliente interno ya se están registrando a través de este aplicativo el cual se puede observar un aumento significativo de voz de cliente interno en este trimestre donde estas peticiones son reasignadas a la Subdirección de Desarrollo Humano y se informan a los posibles subdirectores o directores de acuerdo a las peticiones con el fin de generar una cultura y comunicación efectiva entre los procesos.

Con la implementación del módulo de PQRSD del sistema Orfeo se ha venido realizando mejoras y ajustes de acuerdo a las necesidades que se han presentado como la parametrización de los informes estadísticos que en la actualidad se cuenta con aproximadamente cuatro, de los cuales se están realizando a través del sistema Dinámica gerencial de los cuales se está verificando como las alertas de las fechas de vencimiento.

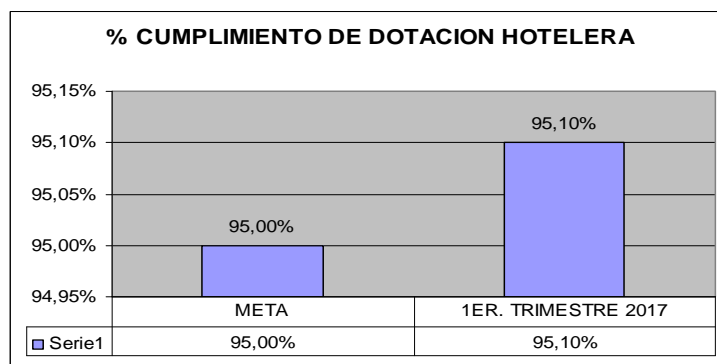
Se realiza la solicitud de la modificación del formulario de PQRSD ya que se debe parametriza de acuerdo a las variables que requiere la Secretaria de Salud de Cundinamarca junto con la Oficina de Participación Ciudadana.

## GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

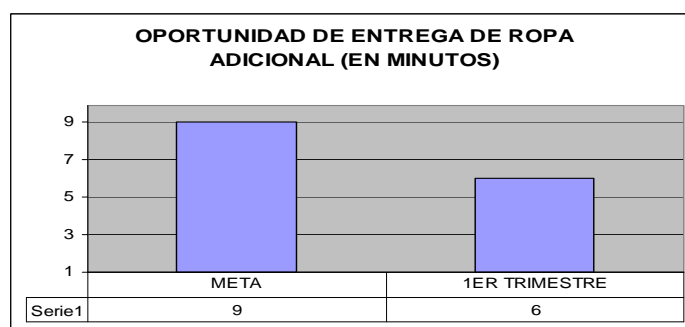
### INDICADORES DE CALIDAD A 1ER. TRIMESTRE DE 2017



Para el actual periodo, de acuerdo a las 89 listas de chequeo aplicadas en áreas críticas, semicríticas y no críticas, se sigue observando que el indicador cumple con la meta; sin embargo se evidencia que se deben fortalecer algunos temas puntuales, con lo cual ya se han realizado capacitaciones y 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; sin embargo se debe tener en cuenta que se han deteriorado elementos de dotación hotelera, en donde la institución tiene pendiente iniciar el proceso de compra de éstos elementos en el segundo trimestre de 2017



Para el actual periodo el indicador continúa cumpliendo con la meta, es decir hay agilidad y oportunidad en la entrega de la ropa, gracias a las acciones implementadas como capacitación en los procesos verificadas, así como la sensibilización del personal. Igualmente se continuará con el seguimiento permanente de las actividades y mantener así el porcentaje de cumplimiento de indicador.

### 13. PQRS

Motivo	Accione de mejora
FALTA DE TRATO AMABLE	Se concertó plan de mejoramiento con la Subdirección de Desarrollo Humano para intervenir los colaboradores y también la empresa de Vigilancia, esta realizando charlas con los usuarios desde el acceso principal
BAÑOS SUCIOS (2 QUEJAS)	Se reforzó la capacitación del personal de Aseo en procedimientos de limpieza y desinfección. Se fortaleció el seguimiento continuo al aseo de baños públicos.
PERDIDA DE ELEMENTOS PERSONALES DE USUARIOS	Se están adelantado acciones en Urgencias para asegurar la custodia de objetos de valor de los pacientes
FALTA DE SILLA DE RUEDAS	La institución adelantará el proceso de compra para 2do semestre de 2017, que incluye compra de sillas de ruedas

### 14. PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA

#### A. CIERRE DE ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2016: SE CUMPLE CON EL 92.3% DE ACTIVIDADES

De las 13 acciones de mejora se cumplieron 12 y se plasma para PUM de 2017, fortalecer IDENTIFICACION DE PACIENTES CON RIESGO DE FUGA; PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS HOSPITALARIAS.

B. PLAN DE MEJORA ACREDITACION (HOTELERIA HOSPITALARIA): se presentan avances al primer 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
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	Cronograma en marcha: 1. Se encuentra en ajuste 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
HOTELERIA HOSPITALARIA	Fortalecer la cultura de uso de mecanismos para identificación de visitantes y otros clientes, en áreas de urgencias y consulta externa	1. Resocializar el procedimiento o2HH05 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	Se socializó o2HH05 ingreso y egreso de visitantes y pacientes a de guardas de seguridad, personal de enfermería de urgencias, consulta externa, facturación y admisiones y se están aplicando listas de chequeo
		2. Medir la adherencia por medio de listas de chequeo	2. Listas de chequeo aplicadas		
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 están aplicando listas de chequeo con apoyo del área de Salud Laboral
HOTELERIA HOSPITALARIA	Desarrollar iniciativas que garanticen mejoren 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.	1. Cronograma con de campañas para mejora condiciones de silencio en toda la institución	Subdirección de Hotelería Hospitalaria	El área de Comunicaciones ha apoyado campañas por medios audiovisuales.
		2. Verificar y medir por medio de entrevistas a usuarios en servicios de consulta externa y hospitalización donde manifiesten si el ruido ha interrumpido su tranquilidad	2. Entrevistas registradas y analizadas		

### C. PUM HOTELERIA HOSPITALARIA: Primer Trimestre de 2017

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA			DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA	
FECHA	DESCRIPCION DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO
21/11/2016	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 INTERÉS DE LOS COLABORADORES 3. FALTA RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO Y SEGUIMIENTO	RESOCIALIZAR Y MEDIR ADHERENCIA PARA TOMA DE ACCIONES DEL PROCEDIMIENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTOS 02HH03 CON EL PERSONAL DEL SERVICIO DE ALIMENTACION	1. RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO 02HH03 2. APLICAR LISTAS DE VERIFICACION A LA ADHERENCIA 3. TOMA DE DECISIONES
21/11/2016	El plan de saneamiento del servicio de alimentación no se encuentra en el formato estandarizado por la institución dentro del sistema de gestión documental	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 calidad	AJUSTAR Y APROBAR EL PLAN DE SANEAMIENTO EN EL FORMATO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
21/11/2016	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 para toma de decisiones el protocolo de fumigación y control de plagas 03HH06, que incluye específicamente el servicio de alimentación	Ajustar, implementar y medir protocolo de fumigación y control de plagas 03HH06, que incluye específicamente el servicio de alimentación con anexos
01/01/2017	SE EVIDENCIA EN EL INFORME CONSOLIDADO DE ANALISIS DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION DE PACIENTES CON RIESGO DE FUGA 02HH09, 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 02hh09 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	RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO 02HH09	1. RESOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO 02HH09 EN EL PERSONAL DE VIGILANCIA 2. APLICAR LISTAS DE VERIFICACION A LA ADHERENCIA 3. TOMA DE DECISIONES
15/01/2017	Se evidencia en sala de partos y patología deficiencia en el procedimiento de limpieza y desinfección	1. No están en uso las áreas de socialización de la información 2. Falta de socialización de la información 3. Falta de adherencia al procedimiento de Limpieza y desinfección en sala de partos	RESOCIALIZAR AL 100% PERSONAL DE ASEO DE SALA DE PARTOS Y PATOLOGIA EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION HOSPITALARIA	Resocializar y medir la adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección al personal de aseo de sala de partos y patología.
28/03/2017	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. Capacitar a los colaboradores de la empresa de vigilancia y servicios generales en servicio al cliente 2. Orientar a los pacientes y su familia en el ingreso del HUS sobre información general a tener en cuenta al ingreso del HUS	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 de finida 2.2 Realizar despliegue de la información
29/03/2017	El servicio de Urgencias no se encuentra descrito como área crítica específicamente en el procedimiento de LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS HOSPITALARIAS 02HH07	1. En la clasificación de los servicios no se evidencia Urgencias como Área Crítica 2. No se evidenció que el área de Urgencias faltaba en la clasificación 3. No se ha ajustado el procedimiento de Limpieza y Desinfección de Áreas Hospitalarias	Ajustar, implementar y medir el procedimiento LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA 02HH07, describiendo urgencias como área crítica dentro de la capacitación.	1. Ajustar el procedimiento 2. Socializar el procedimiento ajustado 3. Medir la Adherencia al procedimiento 4. Analisis de resultados con toma de decisiones

## 15. 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 I 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,
DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE HUMANIZACION, CODIGO DE ETICA Y DERECHOS Y DEBERES	SE SOCIALIZO A NUTRICIONISTAS, PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES Y VIGILANCIA

## 16. GESTION DEL RIESGO

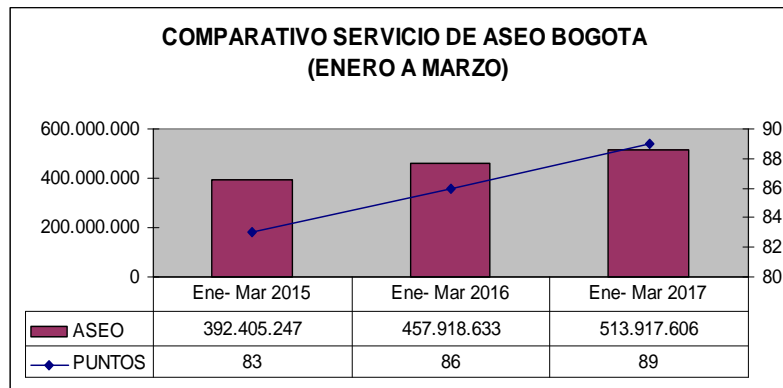
A la fecha se está actualizando la matriz de riesgos por ajustes en la caracterización; sin embargo se describe el comportamiento del riesgo con mayor impacto a primer trimestre de 2017:

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	

## 17. INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

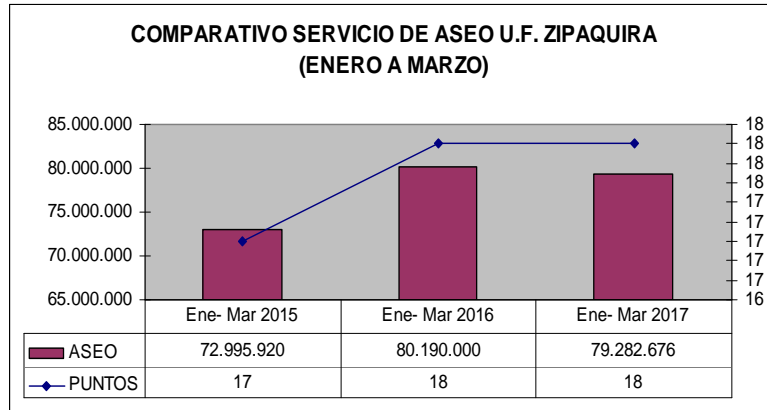
### COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2015, 2016 Y 2017 PRIMER TRIMESTRE

#### SERVICIO DE ASEO Y DESINFECCION



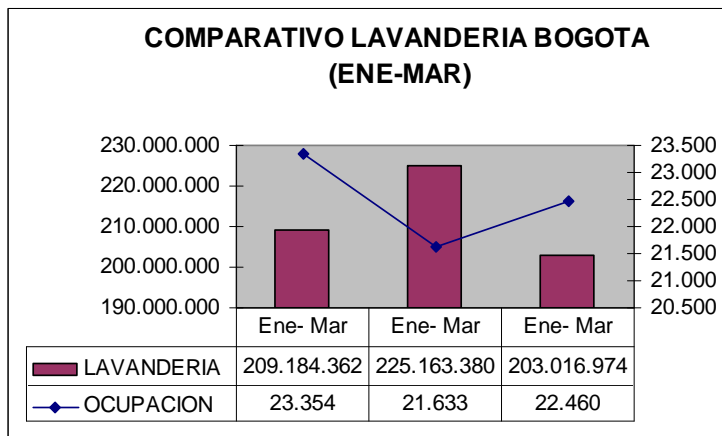
De acuerdo al evidenciado, a través de las vigencias se justifica el aumento en el costo del servicio de aseo en primera instancia por que los Auxiliares de Servicios Generales que se han pensionado, son reemplazados por personal de la empresa de aseo tercerizada; por otra parte y como parte del Plan de Mejoramiento de Acreditación, se aumentaron para la vigencia 2017, dos puntos de aseo adicionales para mejorar las condiciones del área de Urgencias, precisamente por la sobre ocupación permanente,

se analizó y concluyó que se debe fortalecer el aseo en el área y baños públicos. De igual forma se debe tener en cuenta años tras año el aumento del IPC y los precios de referencia promedio del mercado



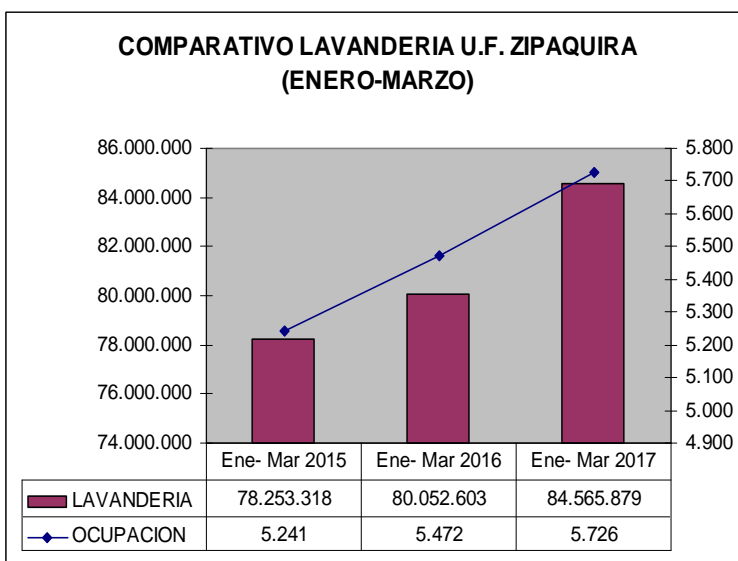
Para la Unidad Funcional se evidencia una disminución del 1.1%, impacto del precio de contratación para la vigencia 2017.

**SERVICIO DE RECOLECCION, LAVADO Y PROVISION DE ROPA HOSPITALARIA**



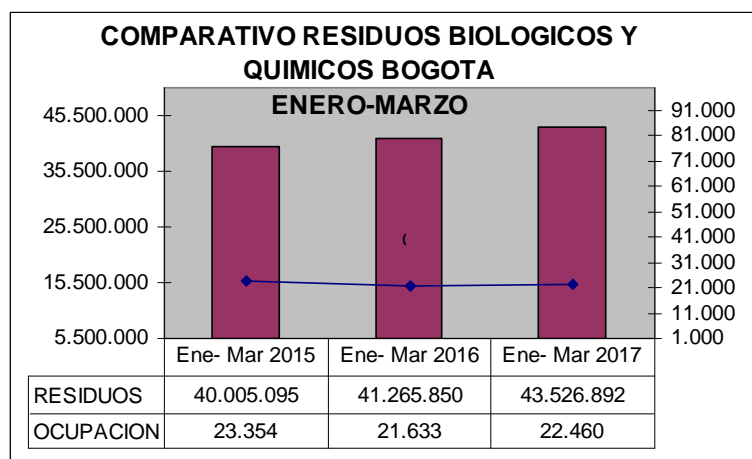
El costo del servicio es disminuyó en un 10% para la actual vigencia, por el precio de contratación por kilogramo, con una ocupación que varió en 3.8%



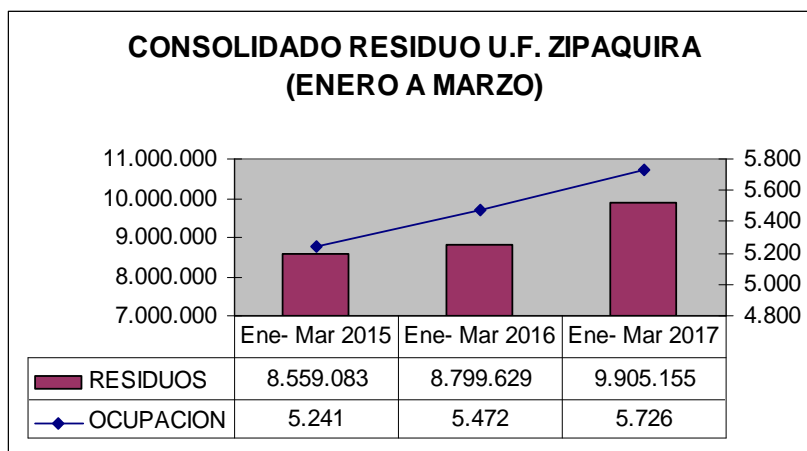


El aumento del 5% se justifica por el aumento en el precio en para la vigencia 2017, calculado en el precio de contratación por el aumento del IPC y por el precio real del mercado; adicionalmente por el aumento de los kilogramos de ropa solicitada por la Unidad Funcional para mejorar la calidad del servicio y evitar quejas que se suscitaron por falta de ropa y precisamente oportunidad.

**SERVICIO DE RECOLECCION, TRATAMIENTO Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS  
HOSPITALARIOS**



El costo para vigencia 2017 aumentó en un 5%, por el precio de contratación que aumentó en la misma proporción, con una ocupación mayor del 3.8%



Se evidencia el costo mayor en la actual vigencia por un aumento en la ocupación y la generación de residuos de patología, que se encontraban almacenados por varios años (xilol con parafina y láminas de citotecnología); adicionalmente el precio para la vigencia 2017 aumento en un 3.2%.

### SUBDIRECCION DE ENFERMERIA

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

Primer trimestre de 2017

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

Cargo	PLANTA	COLTEMPORA	TOTAL
Enfermeros Asistenciales	13	77	90
Enfermeros supervisores	4		
Enfermeros programas especiales	6	4	10
Enfermeros grupo mejoramiento	2	2	4
Líder de proyecto	1		1
Subdirectora de Enfermería	1		1
Auxiliares de Enfermería	94	285	379
Camilleros	7	18	25
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>386</b>	<b>510</b>

Como se puede evidenciar 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. Sin embargo la institución adelanta el proceso de concurso de carrera administrativa que permitirá en un futuro mejorar el índice de personal de planta y estabilidad en el recurso humano que favorezca la calidad y seguridad de la atención de enfermería.

## 2. Consolidado de principales causas de rotación del recurso humano.

AUSENTISMO LABORAL PERSONAL DE ENFERMERIA COLTEMPORA			
NOVEDAD	N.PERSONAS	DIAS PERDIDOS	%
INCAPACIDADES	40	260	68,4
CALAMIDADES	10	30	7,9
AUSENCIAS NO JUSTIFICADAS	10	10	2,6
RENUNCIAS - TERMINOS MISION	10	80	21,1
TOTAL	70	380	100,0
AUSENTISMO LABORAL PERSONAL DE ENFERMERIA PLANTA			
NOVEDAD	N.PERSONAS	DIAS PERDIDOS	%
INCAPACIDADES	20	101	56,7
CALAMIDADES	5	20	11,2
AUSENCIAS NO JUSTIFICADAS	2	2	1,1
PERMISOS OTRAS CAUSAS	52	47	26,4
RENUNCIAS	1	8	4,5
PERMISOS SINDICALES	21	118	
TOTAL	80	178	100,0

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

Con respecto a las ausencias no justificadas del personal de contrato, se hace trámite por parte del coordinador técnico en cuanto a remisión de los casos a proceso disciplinario establecido por la empresa Coltempora, producto de lo cual se establecen las sanciones respectivas o términos de misión de ser necesario.

Otro aspecto a considerar son las renunciaciones y términos de misión que corresponden al 21% 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.

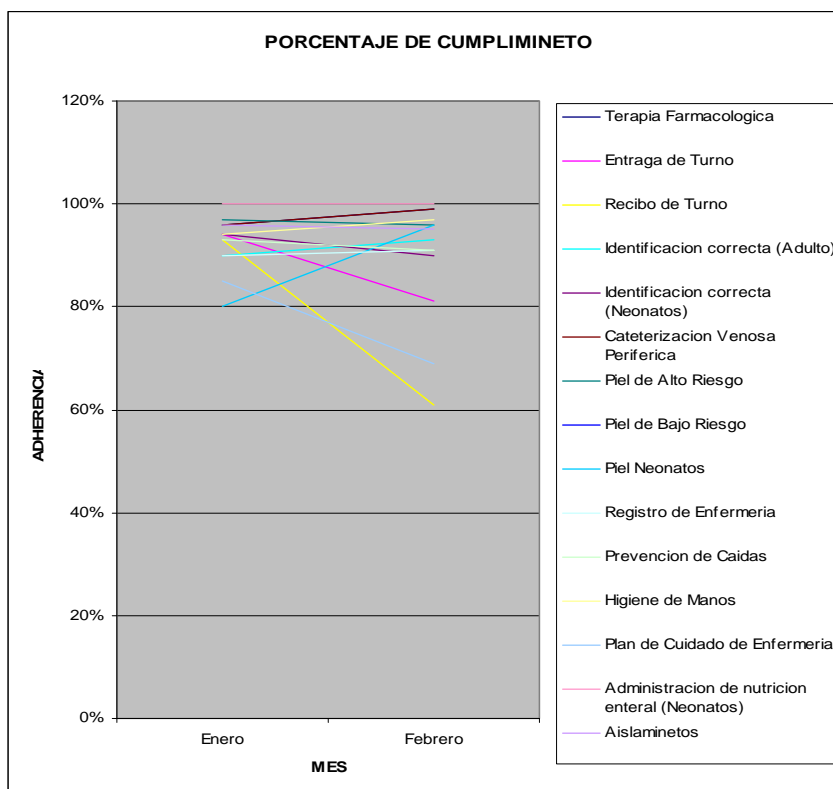
Los términos de misión obedecen a causas relacionadas con competencias técnicas, falencias comportamentales, procesos disciplinarios y no adherencia a normas institucionales.

Otro aspecto a considerar son el número de permisos sindicales que aunque se gestiona su cubrimiento a través de la empresa Coltempora si aportan alta rotación del personal.

Por lo anterior la rotación del personal es un factor multicausal no fácil de controlar y que influye en la continuidad, seguridad, calidad en la atención de enfermería brindada a nuestros pacientes.

### 3. Consolidado medición a la adherencia de procedimientos, protocolos prioritarios.

Listas de Chequeo/Meses	Enero	Febrero
Terapia Farmacológica	96%	99%
Entrega de Turno	94%	81%
Recibo de Turno	93%	61%
Identificación correcta (Adulto)	90%	93%
Identificación correcta (Neonatos)	94%	90%
Cateterización Venosa Periférica	96%	99%
Piel de Alto Riesgo	97%	96%
Piel de Bajo Riesgo		93%
Piel Neonatos	80%	96%
Registro de Enfermería	90%	91%
Prevención de Caídas	93%	91%
Higiene de Manos	94%	97%
Plan de Cuidado de Enfermería	85%	69%
Administración de nutrición enteral (Neonatos)	100%	100%
Aislamientos	96%	95%



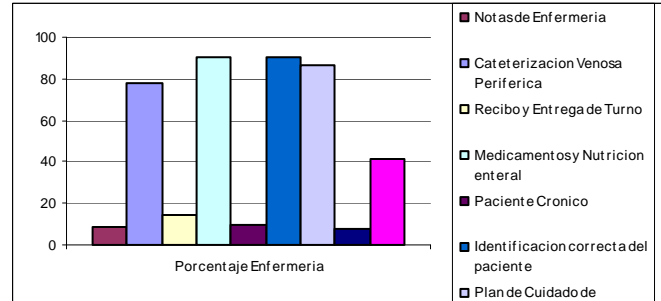
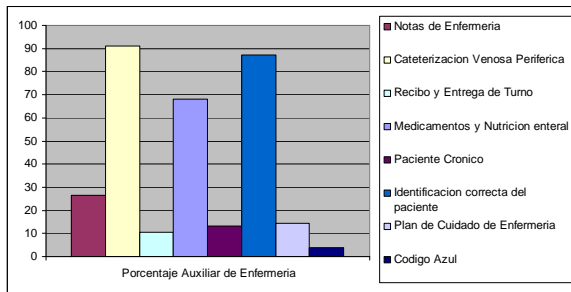
Como se evidencia hay una adecuada adherencia a los protocolos institucionales mayores a 90% para Terapia Farmacológica, Identificación correcta (Adulto), Identificación correcta (Neonatos), Cateterización Venosa Periférica, Piel de Alto Riesgo, Piel de Bajo Riesgo, Piel Neonatos, Registro de Enfermería, 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 71% por lo que por parte de los supervisores de enfermería y Enfermeros del grupo de calidad se continua haciendo retroalimentación a los equipos de trabajo de acuerdo con las no conformidades encontradas en este procedimiento.

#### 4. Información Referente a Capacitación

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

A continuación se presenta el consolidado de los temas priorizados en los meses de enero a abril de 2017.

Temas	Personal				Otros
	Enfermeros	Porcentaje Enfermería	Aux. Enfermería	Porcentaje Auxiliar de Enfermería	
	109	%	399	%	
Notas de Enfermería	9	8	106	27	7
Cateterización Venosa Periférica	85	78	363	91	
Recibo y Entrega de Turno	16	15	42	11	
Medicamentos y Nutrición enteral	99	91	272	68	
Paciente Crónico	11	10	53	13	
Educación a la Familia					64
Identificación correcta del paciente	99	91	347	87	60
Plan de Cuidado de Enfermería	94	86	58	15	
Código Azul	8	7	15	4	
Transplante de Órganos	45	41			



## Resocialización Temática de seguridad del paciente y humanización.

Con el fin de continuar reforzando temas prioritarios para la calidad en la atención de enfermería, se realizó una jornada masiva de capacitación en estos temas los días 22 y 23 de marzo de 2017 de 7:30 am a 5 pm, en el cuarto piso, dando cubrimiento a las 4 jornadas, en la cual se logro la asistencia de 401 personas. (los soportes de este eventos fueron remitidos por correo por la Jefe Sandra Pulido)

*Temas abordados:*

- Control de Infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Identificación correcta del paciente
- Prevención de Ulceras por presión
- Administración segura de medicamentos
- Humanización: se tocaron aspectos como Política de humanización, código de ética, derechos y deberes de los pacientes.

Adjunto los soportes de las 401 personas que participaron, los cuales sirven para los informes de los líderes de las 7 líneas estratégicas, ya que se socializaron todas las líneas estratégicas del Programa de Humanización, la política de humanización, El Código de Ética y los derechos y deberes de los pacientes.

## 5. Grupos de apoyo asistencial y administrativo liderados por enfermería

### Soporte Metabólico y Nutricional

Programa liderado por Enfermería, quien durante el año participó el seguimiento a los requerimientos de los pacientes de hospitalización y de urgencias a través del grupo de soporte, quienes apoyan los procesos de atención asistenciales.

La Enfermera en el grupo de soporte nutricional constituye el principal nexo de unión entre el paciente y el resto del equipo asistencial, apoyando con los cuidados de la vía de administración, manejo de las diferentes técnicas de administración para la alimentación. Así mismo cumple un papel fundamental como educadora de los pacientes y/o familiares en el caso de nutrición domiciliaria y del personal de enfermería de toda la institución.

Se logro Diplomado en nutrición en el 2016 de la profesional asignada.

### Grupo de Clínica de heridas y otomías

Desde la apertura de este grupo de apoyo, liderado por enfermería, centralizó la atención de los pacientes con alto riesgo de lesiones de piel, y/o con heridas complejas, se unificaron criterios de manejo mediante documentación de programa de cuidado de piel, protocolos establecidos para la prevención de Ulceras

por presión, lesiones por adhesivos y humedad, heridas complejas y otomías, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio. Actualmente lidera el paquete instruccional para la prevención de UPP.

### **Soporte nutricional y Clínica del dolor**

La enfermera hace parte del equipo interdisciplinario para la atención de pacientes que requieren atención integral ante problemas nutricionales tanto de forma enteral y parenteral, a través de las valoraciones diarias, seguimiento a la adherencia al tratamiento, así como también apoyo en la educación al recurso humano de enfermería para el fortalecimiento en la adherencia a los procedimientos establecidos para el soporte nutricional.

Se hace seguimiento directo a dispositivos como sondas de nutrición, catéteres centrales ( Paso de sondas, curación de gastrostomias, curaciones de catéteres centrales, vigilancia de administración correcta de formulas nutricionales enterales y parenterales, valoración diaria a intolerancia de formulas) En cuanto clínica del dolor, la Enfermera lidera desde el programa de humanización la línea de dolor, participando activamente en la revista de grupo de clínica de dolor y en la administración de analgesia controlada a través de las bombas de infusión PCA, tratamiento endovenoso y vía oral, verificación de clasificación de nivel de dolor y seguimiento a pacientes en la adherencia a tratamiento. Apoyo en la capacitación de la escala de EVA instaurada para la valoración del dolor por parte del personal de enfermería.

### **Programa Madre canguro**

La Enfermera asignada a este programa lidera las actividades educación integral a las madres y padres, monitoreo pos egreso con el objetivo de lograr adherencia al programa. Apoya procesos de vacunación, educación en lactancia materna, cuidados del recién nacido, logrando excelente adherencia al programa y fortaleciendo el apropiamiento del rol materno con base en las necesidades del recién nacido e involucrando al padre en el cuidado integral.

### **Estrategia IAMI**

El Hospital Universitario de la Samaritana ha acogido la estrategia IAMI como una metodología para el mejoramiento continuo de los servicios ambulatorios y hospitalarios de Ginecobstetricia, que le permita evaluarse sistemáticamente, analizar su práctica de atención mediante indicadores trazados e implementar un plan de acción que responda a los pilares de integralidad, calidad y continuidad para ser evaluados por profesionales externos y finalmente ser acreditados como una Institución amiga de la mujer y la infancia, liderado por parte de Enfermería en conjunto con el grupo de la Unidad de Ginecología.

### **Grupo de salud pública – SIVIGILA**

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública es un componente esencial que articula la recolección de datos, análisis, interpretación, orientación y divulgación de la información de las enfermedades de interés en salud pública. Las funciones de la Enfermera son notificación de los eventos de salud pública de obligatorio reporte y realizar el seguimiento; manejo de Programas especiales como VIH y Tuberculosis, Asistir a charlas que lidera la Secretaría de Salud y divulgar dicho conocimiento. Liderar políticas de salud Pública dentro de la institución.

## Referente de Infecciones

La enfermera asignada a este programa lidera el programa de prevención y control de las IACS (infecciones asociadas al cuidado de la salud), para lo cual la enfermera asignada junto con el equipo de trabajo realiza seguimiento del cumplimiento de las normas establecidas en el manual de bioseguridad, como principal directriz en la prevención de infecciones, reportando de forma permanente los hallazgos al comité de infecciones.

Lidera la operatividad del comité de infecciones.

Consolida el sistema de información requerida para el seguimiento y monitoreo de las IACS, realiza reportes a los entes de control y secretaria distrital de salud de Bogotá, este reporte se hace a los entes del distrito por el sistema de WHONET.

Como parte del equipo se cuenta con una enfermera dedicada a liderar la implementación de la estrategia multimodal de lavado de manos, la cual ha avanzado de forma positiva en la institución, los indicadores se presentan de forma mensual en el comité de vigilancia epidemiológica.

## Enfermera de Educación

La función de educación tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y crea la necesidad de transmitirla al personal asistencial, capacitando a todos los integrantes. Capacitación planeada y desarrollada directamente por la Subdirección de Enfermería. Conferencias, cursos y talleres planeados y desarrollados por la subdirección de enfermería, esta se planea de acuerdo con los indicadores de adherencia a los protocolos, procedimientos, manuales establecidos para el cuidado de enfermería, que reportan menor porcentaje de adherencia o por su criticidad. Se mantiene un sistema de información en educación que apoya a todos los procesos de forma transversal y es fundamental para el proceso de acreditación.

## Sala de Infusiones

Los pacientes con enfermedades de alta complejidad pueden encontrar sus medicamentos y su aplicación en un mismo lugar.

De acuerdo a la especialidad del medicamento y el paciente cada uno se trata de manera personalizada. Aplicamos medicamentos Intravenosos (IV), Intramusculares (IM), Subcutáneos (SC).

Los pacientes encuentran medicamento y servicios de aplicación en un mismo lugar. Los servicios con los que cuenta la Sala de Infusión son apoyados por Enfermería con amplio conocimiento en el tema.

## 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: Miryam vergara
- Autocuidado: Sandra P Pulido



## 6. 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 un trayectoria de 10 años.

Se ha venido avanzando en el tema de formación del los profesionales contando con tres profesionales que cursan 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

## 7. Convenios docencia servicio.

En la actualidad para el área de enfermería se cuenta rotaciones de programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, Universidad ECCI, Uiversidad 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 adiestrameinteo de procedimientos básicas asistenciales.

## 8. Gestión de PQR

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.

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

Con respecto a las felicitaciones, estas se comunican de forma escrita a los servicios que corresponda.

## 9. 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.

Se han actualizado protocolo de Cateterizacion venosa periférica, Plan de cuidado de Enfermeria.

INFORME DE GESTION

OFICINA DE ESTADISTICA

ENERO A MARZO DE 2017

Tomando como referente nuestros procedimientos Macro en el primer trimestre de 2017 se han tenido los siguientes resultados.

Se realizó la consolidación y publicación en la intranet de los cuadros de mando de indicadores generales del HUS y por cada una de las especialidades que generan egresos hospitalarios, a la fecha se encuentran publicados indicadores de los meses de enero y febrero de 2017, los datos del mes de marzo se está terminando la consolidación para la respectiva publicación.

Durante este mismo periodo se han realizado los reportes de norma requeridos en lo referente a producción, calidad y capacidad instalada; Se presenta el detalle de los informes presentados.

RESOLUCION	DESCRIPCION RESOLUCION	PERIODICIDAD	NUMERO DE REPORTES DEL I TRIMESTRE DE 2017
RES 4505 DE 2012	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	MENSUAL	3 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 0247 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER	ANUAL	1 reporte a las diferentes aseguradoras
RES 0123 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMOFILIA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 4725 DE 2011 RES 783 DE 2012 (MODIFICACIONES EN LA RESOLUCION 4725 DE 2011)	VIH SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	SEMESTRAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras. Correspondiente al segundo semestre de 2016
RESOLUCION 1552	AGENDAS ABIERTAS PARA ASIGNACION DE CITAS	MENSUAL	3 reportes a las diferentes aseguradoras
RESOLUCION 2193 DE 2004	CALIDAD	SEMESTRAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO, Correspondiente al segundo semestre de 2016
RESOLUCION 2193 DE 2004	PRODUCCION	TRIMESTRAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Correspondiente al IV trimestre de 2016
RESOLUCION 2193 DE 2004	CAPACIDAD INSTALADA	ANUAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Correspondiente al consolidado del año 2016

RESOLUCION 256 DE 2016	CALIDAD	SEMESTRAL	1 reporte subido a la plataforma PISIS del Ministerio de Protección Social, correspondiente al segundo semestre de 2016
MATRIZ DE GESTION	PRODUCCION	TRIMESTRAL	1 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Correspondiente al IV trimestre de 2016
OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS	CAPACIDAD INSTALADA HORAS MEDICOS	ANUAL	1 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, correspondiente al año 2016

Se viene liderando el tema de la Construcción del Tablero único de Indicadores TUCI

Se ha culminado la construcción del TUCI en los siguientes procesos

PROCESO	FECHA ACTA DE ENTREGA	INDICADORES PARAMETRIZADOS
Proceso de Atención al paciente de Urgencias	Febrero 24 de 2017	40
Proceso de Referencia y Contrarreferencia de pacientes	Febrero 24 de 2017	25
Proceso de Atención a paciente hospitalizado	Marzo 23 de 2017	237
TOTAL 3 PROCESOS		302 INDICADORES


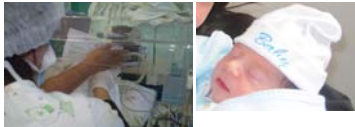
Se está trabajando paralelamente los procesos de Apoyo diagnóstico – Laboratorio Clínico y Banco de Sangre.

Nos encontramos en periodo de socialización de la herramienta para la consulta de los indicadores, la cual desde ya se puede utilizar por las diferentes áreas y especialidades y paulatinamente serán integrados más procesos con sus indicadores.

Se ha tenido la continuidad en la consecución de soportes de las facturas requeridas por la oficina de cartera para los cobros jurídicos a las diferentes entidades, durante el I trimestre de 2017 se gestionaron los soportes de 3 empresas con un total de 3.600 facturas por un valor de \$4.669 millones

EMPRESA	CANTIDAD DE FACTURAS	VALOR
Gobernación del Tolima	148	597 millones
Ecoopsos	2.219	3.854 millones
Medicos Asociados	1.233	218 millones
TOTAL I TRIMESTRE 2017	3.600 facturas	\$4.669 millones

De las demás actividades macro se tienen los siguientes datos de producción del I trimestre de 2017

ACTIVIDAD	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Pre crítica a certificados de Nacido Vivo 	215 certificados de nacido vivo	
Pre crítica a certificados de defunción	115 certificados de defunción	
Registro Civil de Nacimiento 	60	Con un porcentaje de registro del 27.9%. Porcentaje que ha venido en aumento; La decisión de registrar el recién nacido en el HUS depende de la decisión de los padres del recién nacido
Respuesta información de historia clínica	233	Con una oportunidad de respuesta de 3.0 días, estando por debajo de la meta en un 4.0 días. La meta de 7 días es calendario.
Seguimiento y realización de cambios de datos de identificación de los usuarios en DGH	200	De los 200 cambios realizados, 99 corresponden a tipo y número de documento de identidad y 101 a corrección en la digitación de nombres y/o apellidos
Revisión de calidad en la epicrisis	2425 epicrisis	Se realizó la validación de diagnóstico, estado de egreso, fecha y evoluciones a las 2425 epicrisis generadas en el primer trimestre de 2017; Se realizó el procedimiento de corrección a 983, con un porcentaje de epicrisis con inconsistencia del 40.5%

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.

## 1.2. SEDE ZIPAQUIRA

### 1.2.10. ATENCION AL USUARIO – SEDE ZIPAQUIRÁ

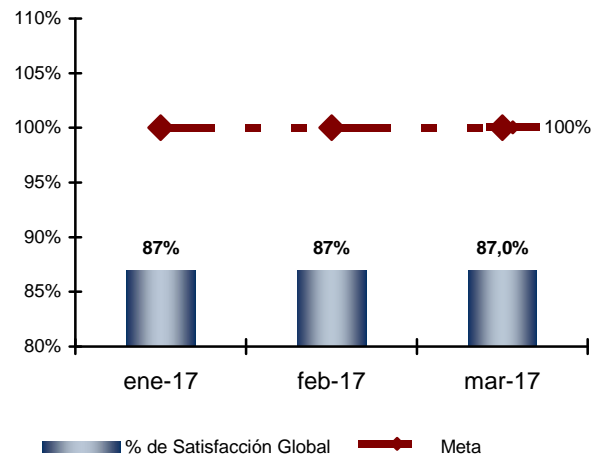
#### 1.2.10.1. Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global: Circular Única – Supersalud

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	1083/1240 87%	1233/1440 86%	328/378 87%

FORMULA	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	55/63 (87%)	54/63 87%	55/63 87%

Porcentaje de Satisfacción Global HUS  
PRIMER TRIMESTRE DE 2017



Fuente: Base de datos PQR 2014 – 2016 SIAU

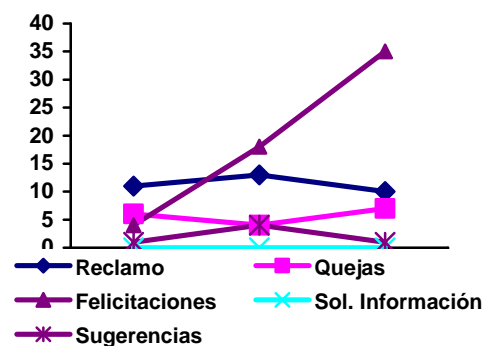
Referente al comparativo del primer trimestre de 2017 se observa que el porcentaje de satisfacción de los usuarios se mantuvo con el mismo porcentaje 87% y frente a las vigencias de los dos años anteriores fue muy similar el porcentaje de satisfacción cambiando tan solo un punto de diferencia en el 2016. Esto hace pensar que a pesar de los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios ofrecidos los usuarios no reconocen estos, sienten satisfacción pero no los ven como mejoramiento continuo.

0.2. Gestión de Peticiones: Quejas, Reclamos, Sugerencias, Solicitud de Información, Felicitaciones.

a). Clasificación de Peticiones de Usuarios radicadas en la SIAU:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
Reclamo	2(1%)	29 (41 %)	34(230%)
Felicitaciones	64(52%)	22( 31%)	29(25%)
Quejas	52 ( 43%)	14 ( 20%)	45(39%)
Sol. Información	0	5 ( 7%)	1(0.8%)
Sugerencias	4(3%)	1( 1%)	5(4%)
<b>TOTAL</b>	<b>122 (100%)</b>	<b>71 (100%)</b>	<b>114 (100%)</b>

Número de Peticiones radicadas  
PRIMER TRIMESTRE 2017



Fuente: Base de datos PQR 2015 - 2017  
SIAU

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017
Reclamo	11 (50 %)	13(33%)	10 (19 %)
Quejas	6 ( 27%)	4(10%)	7 ( 13%)
Felicitaciones	4 ( 18%)	18(46%)	35 (66% )
Sugerencias	1 ( 4%)	4(10%)	1(1%)
Sol Información	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>22(100%)</b>	<b>39 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>

Con respecto al comportamiento del primer trimestre del 2017 en la clasificación de las PQRS se observa un aumento para el mes de marzo de 2017 de peticiones, sin embargo el numero aumento por el incremento de felicitaciones de los usuarios a los servicios ofertados.

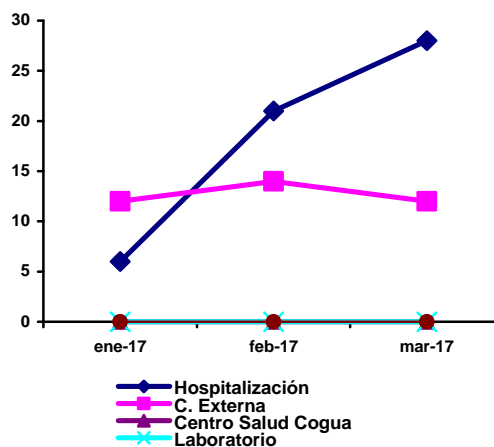
#### b). Clasificación de Peticiones de Usuarios por Servicio:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
SERVICIO	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
C. Externa	23 ( %)	28 ( %)	38(33%)
Hospitalización	69 ( %)	32 ( %)	55(48%)
Centro Salud Cogua	11( %)	6 ( %)	0
Urgencias	0	13( %)	21(18%)
Centro Salud San Cayetano	19 ( %)	1 ( %)	0
Laboratorio	0	0	0

Número de Peticiones por Servicio  
PRIMER TRIMESTRE 2017

Clínico			
TOTAL	122(100%)	80(100%)	114(100%)

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERIODO			
SERVICIO	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017
C. Externa	12 ( 54%)	14(36%)	12 (22%)
Hospitalización	6 ( 27%)	21(54%)	28 (52%)
Centro Salud Cogua	0	0	0
Urgencias	4 ( 18%)	4(10%)	13 (24%)
Centro Salud San Cayetano	0	0	0
Laboratorio Clínico	0	0	0



Clasificación de Peticiones Primer Trimestre 2017

Fuente: Base de datos PQR 2015 – 2017 SIAU

El numero de peticiones por servicio analizadas durante el primer trimestre nos arroja que el servicio con mayor numero de peticiones de los usuarios corresponde a hospitalización, pero en virtud a felicitaciones que los usuarios han manifestado y que han ido en aumento progresivamente en el tiempo para satisfacción de los usuarios y del hospital. Por otra parte analizando la vigencia 2015-2017 se observa que los servicios mas activos han sido consulta externa y hospitalizacion.

c). Clasificación de Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos gestionados:

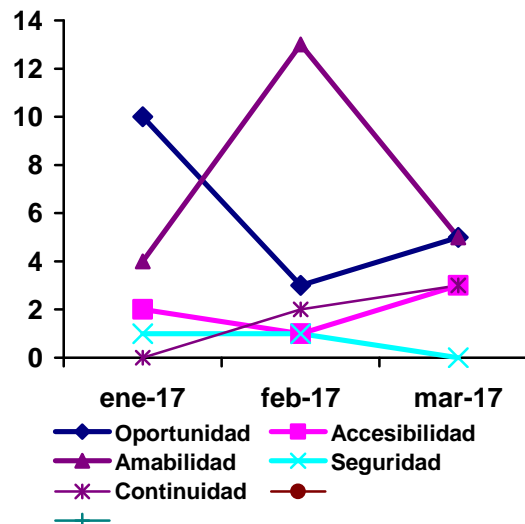
ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
ATRIBUTO CALIDAD	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
Accesibilidad	9( %)	20 ( %)	6 (11 %)
Amabilidad	21 ( %)	19 ( %)	22 ( 41%)
Continuidad	0	0	5( 9%)
Oportunidad	22( %)	3 ( %)	18( 33%)
Seguridad	3( %)	6( %)	2 ( 3%)
TOTAL QYR	55 (100%)	48 (100%)	53 (100%)

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

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
ATRIBUTO CALIDAD	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017



Accesibilidad	2 (11 %)	1(5 %)	3(20%)
Amabilidad	4 ( 23%)	13(65 %)	5(33%)
Continuidad	0	2( 10%)	3(20%)
Oportunidad	10 ( 59%)	3( 15%)	5(33%)
Seguridad	1 ( 5%)	1( 5%)	0
TOTAL QYR	17(100%)	20 (100%)	15(100%)



Fuente: Base de Datos PQR 2015 - 2017. SIAU

Con respecto al comparativo del primer trimestre respecto a los atributos de calidad afectados por peticiones de los usuarios se puede observar que de enero a marzo que la oportunidad la amabilidad y la continuidad y de los cuales se destaca en el año 2015 la oportunidad con 59% en el 2016 la amabilidad con 65% y para el 2017 existe una similitud entre el numero de peticiones frente a los atributos afectados. Y con respecto a la vigencia 2016 y 2017 disminuyo la afectación en calidad de los servicios

#### d) Procesos de atención involucrado vs Causas de Quejas y Reclamos, Atributos de Calidad y

Derechos en salud del usuario afectados. (Detectado a través de quejas y reclamos de usuarios en el período evaluado: Enero, febrero Marzo de 2017)

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO				
Proceso de Atención	Oportunidad / Continuidad	Amabilidad	Accesibilidad	Seguridad
Paciente Hospitalizado	Usuaría que se queja por la información que se da en el hospital la Samaritana de Zipaquirá, por la remisión que se hace al familiar Teodolfo Sánchez, dice le parece una falta de respeto	Usuaría que se comunica al teléfono 8524986 para pedir información sobre una incapacidad. Pero dice que le contestan de una forma grosera que además ya le había ayudado una vez que no lo haría de nuevo y le colgo.  Familiar de paciente quien hace reclamo por el mal trato de la doctora de Neurología		Familiar de paciente quien hace reclamo por mal servicio dice: que desde el área de admisiones hasta los profesionales que atienden a las personas; que asisten al servicio de urgencias desde la 1:30 am y siendo las 3:30 am no lo han llamado al triage, también dice que en la espera se fueron dos niños menores de 1 año sin atención, además que llamaron a dos pacientes más que ya se habían ido del servicio, hablan con las personas encargadas de admisiones quien les contestan que

	<p>que no le expliquen los procedimientos en cada entidad ya que no sabían que el ingreso de los pacientes remitidos a Bogotá se debe hacer por urgencias para realizar laboratorios correspondientes al tratamiento. Además muestra inconformidad en la atención del área de enfermería, en los turnos de la noche dice son muy groseras, no dan información clara en la administración de los medicamentos, pasan por encima los protocolos de la institución, no hay un evidente lavado de manos, ni uso de guantes para la administración, además dice que la entrega de turno no se hace una revisión del paciente.</p>	<p>el 11 de febrero día hacia el esposo quien tenía programado un polisomnograma a las 7 pm, la técnica dice: no le recibió el resumen de historia clínica, ni sugerencias que habían dado técnicos antes. El día domingo dice que el señor llega a la casa con inflamación en las mejillas, que esto es debido a la forma en que la doctora le puso la mascarilla.</p>		<p>hablaran con la doctora que dicen ellos de mal genio contesto que tenía mucho trabajo. "se fueron sin ser atendidos"</p>
Paciente Urgencias	<p>El día miércoles 29 de marzo vino la paciente</p>	<p>Paciente que durante la atención que recibió en urgencias, evidencio como la</p>	<p>paciente que reclama por el servicio de</p>	

	<p>a un cambio de cateter por el servicio de urgencias ella fue atendida por el procedimiento solicitado .Ella dice que las enfermeras del servicio fueron a buscarla a la casa acusandola de robo de un celular de una de ellas , ella refiere que las enfermeras fueron muy groseras ;al dia siguiente las enfermeras nuevamente fueron a la casa a pedirle disculpas porque ya habian encontrado el celular</p>	<p>dra Bibiana Bernal trata de mala manera a los compañeros de trabajo y pacientes, además dioce el peticionario que ella en el momento dijo que no le importaban los pacientes, que si ella atiendemas pacientes no le pagaran mas o menos.</p> <p>Paciente que se queja de la atención de la Jefe de enfermeria del servicio de urgencias porque dice el usuario que la jefe no lo atiende siendo el primero en llamar con 12 pacienes más,porque según el señor está con chaqueta puesta, dice recibe a los pacientes de mal genio, y además lo hace sacar de la institución sin voleta de salida.</p> <p>Familiar de paciente que hace reclamo porque el guardia de seguridad no le permite el ingreso a observación de urgencias el dia 02/03/2017 a las 9:00 am quien visitaria a la hermana que estaba en el momento en el servicio además dice que fue grosero con ella, tambien refiere que el camillero del servicio tambien fue grosero le trató con actitud irrespetuosa, e hizo que la sacaran y regñaran al guardia de seguridad.</p> <p>Paciente gestante que se queja por la atención del día 28/02/2017 de la doctora Vivian Bernal por la forma que se dirige hacia los pacientes dice el usuario es grosera y ofensiva</p>	<p>urgencias, ya que dice que no se tiene prioridad con los niños, además dice que mientras espera los enfermeros estan con los celulares sin importar la vida de los niños.</p> <p>Paciente que hace reclamo porque ingreso a urgencias con dolor de estomago fue atendida a los 20 min de llegad, pasadas tres horas solicitan salida voluntaria,pero según la usuaria dice que la señorita que en el momento atendia la ventanilla numero 1 de urgencias no habia pasado los papeles dice porque estaba hablando por telefono.</p>	
--	--	---	---	--

<p>Paciente Consulta externa</p>	<p>Usuario que sugiere ubicar una persona que facture con más rapidez, dice llego alas 6:30 y que no le rinde, no se mueve la fila.</p> <p>Usuario quien hace reclamo por la mala atención del jefe de seguridad de la institución, dice es una persona con falta de conciencia, además quemaltrata a los empleados, porque no tiene liderazgo.</p> <p>Paciente que hace reclamo porque el dia 27 de febrero llega a cumplir cita de alteraciones del joven, pero el doctor no asistio, dice que no es justo oprque no fue llamada para reprogramar , ni tampoco dan constancia para el colegio del niño .</p> <p>paciente a quien le dan orden medica para maxilofacialpero el tratamiento que necesitaba era para</p>	<p>Paciente que se queja por la atención de la doctora Diana Reyes del día 04/02/2017 ya que según dice se acerca al consultorio 24 para acompañar al esposo en su consulta, porque es complejo para el señor atender a examnes solicitados, dice cuando entra la doctora le grita diciendo que el podía entrar sólo, le explica la señora que lo acompaña por no poder expresarse solo, y ella de manera agresiva le contesta que no le importa y que se debe salir .</p> <p>Usuaría que hace reclamo por el servicio de archivo quien dice que llega faltando 15 minutos para las 12:00m para solicitar una historia clínica y no la atienden, porque no había nadie sale alas 12:05m una señora quien le dijo que hasta las 2:30 pm ella expresa que había llegado 20 minutos antes, y le dicen que es una mentirosa, dice le parece una falta de respeto que no la atiendan y además la traten de mentirosa.</p> <p>Paciente que se dirige a las ventanilla 4 a hacer una pregunta dice que la señora no esta atendiendo en el momento a nadie, que además ella le responde mal diciendo que no es función de ella que tiene mas cosas que hacer, no le ayuda voltea la cara y coje su celular, el usuario le dice que mire ala cara y la señora le contesta con groserias de alto calibre.</p> <p>Paciente que se queja de la</p>		
----------------------------------	---	--	--	--

	<p>endodoncia dice la paciente se demoran más de un mes en el tramite pero hasta ahora cuando acude a la cita le dicen que lo que necesita es consulta de endodoncia, el paciente dice que no ah podido comer normalmente porque el nervio está expuesto además que la doctora que la atendio dice que no es algo grave.</p> <p>Paciente gestante que hace reclamo porque el dia 01/03/2017 se acerca a facturación laboratorios en consulta externa ventanilla 4 pero la señorita que la atendió la envia a autorizar en convida, luego de esperar por dos horas dice la paciente que le informan que los laboratorios no deben ser autorizados.</p>	<p>atención de la señora Janeth Arevalo porque en repetidas ocasiones dice ah sido grosera cerrando la puerta en la cara o empujando al paciente para su salida o entrada .</p> <p>Paciente que se queja de la atención de la Srta Paola del área de facturación de Cogua, paciente que dice que la señora es grosera e irrespetuosa con los usuarios.</p> <p>paciente que se queja de la Doctora Diana Reyes porque dice le hace falta respeto por los compañeros ya que le grita y trta de una forma inadecuada a la auxiliar Elsa Vasquez .</p> <p>El día 17 de marzo en el area de facturación de odontologia al acudir al servicio de dicha oficina la trabajadora respondió a una solicitud de la siguiente manera "ahorita no puedo atenderlo porque estoy ocupada</p>		
Facturación			-	
Call Center				
Paciente Centro de Salud Cogua				

Paciente c salud San Cayetano			-	
	Atención Oportuna, Segura y Continua	Atención Humanizada y trato Amable	Atención Humanizada y trato Amable	Atención Oportuna, Segura y Continua
<b>DERECHOS EN SALUD POSIBLEMENTE VULNERADOS</b>				

e. Clasificación de Derechos del Usuario afectados según Quejas y Reclamos gestionados:

DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS				DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
DERECHO DEL USUARIO	Vigenci a 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017	DERECHO DEL USUARIO	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017
Recibir atención humanizada y trato amable	14 (27 %)	24(57 %)	22( 41%)	Recibir atención humanizada y trato amable	3(18 %)	13(65 %)	6(40%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	0	0	2( 3%)	Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	1( 5%)	0	1( 6%)
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	0	0	3( 5%)	Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	3( 17%)	0	0
Recibir atención preferencial	16( 31%)	1( %)	2( 3%)	Recibir atención preferencial	0	2( 10%)	0
Recibir atención oportuna, segura y continua	22( 42%)	17( %)	24( 45%)	Recibir atención oportuna, segura y continua	10( 58%)	5( 25%)	9( 60%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0	Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0
<b>TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS</b>	<b>52</b>	<b>42</b>	<b>53</b>	<b>TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>15</b>

Fuente: Base de Datos PQR 2014 - 2015. SIAU

En cuanto al derecho en salud mas afectado según quejas y reclamos en el comparativo de enero a marzo de 2017 se observa que Recibir Atención Oportuna segura y Continua es el derecho en salud mas afectado según la percepción de los usuarios en este primer trimestre del año. Seguido de la atención Humanizada y Trato Amable; de igual manera para la vigencia 2015 -2017 se observa que en el 2016 el mayor porcentaje de vulneración lo tenía recibir atención Humanizada ( 57%) y para el 2017 Atención Oportuna con un (45%)

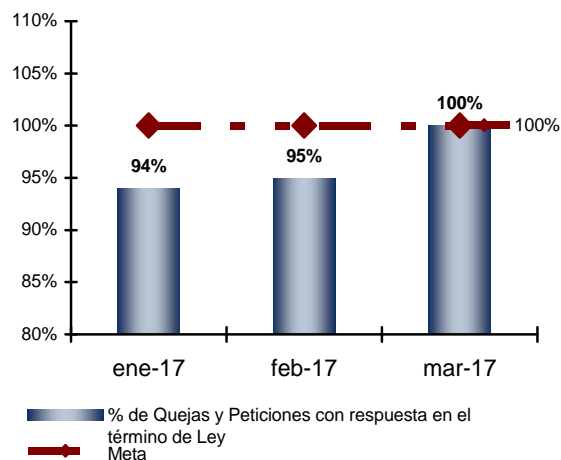
### 1.2.10.3. Porcentaje de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus

% de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus (*)			
	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	62	27	37
# de Peticiones recibidas en el período	62	29	39
% Cumplimiento	100%	93%	94%

% de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus (*)			
	Enero 2017	Febrer 2017	Marzo 2017
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	17	20	18
# de Peticiones recibidas en el período	18	21	18
% Cumplimiento	94%	95%	100%

Fuente: Base de Datos PQR 2015 - 2017. SIAU

(\*) # total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (Quejas, Reclamos, Sugerencias, Sol. Información) / Número total de Peticiones recibidas en el período \*100



En la grafica arriba presentada se observa que durante el primer trimestre de 2017 el porcentaje de cumplimiento ha sido muy bueno con valores de 94% en el mes de enero; 95% febrero y 100% marzo. De igual manera durante la vigencia 2015 -2017 se tiene un análisis similar.

### 1.2.10.4. Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de Encuestas de Satisfacción y Rondas de Servicios y PQR'S, en el trimestre

a). Encuestas de Satisfacción: Enero, Febrero, Marzo de 2017

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS/COMENTARIO
URGENCIAS	MAS AMABILIDAD POR PARTE DE LOS MEDICOS MEJOR ATENCION EN VENTANILAS DE URGENCIAS AGILIZAR SALIDAS MAS INFORMACION RESPECTO A LAS RECOMENDACIONES EN SALUD ESPACIOS MUY REDUCIDOS Y LOS LLENAN CON MUCHAS PERSONAS MEJORAR EL ASEO EN EL SERVICIO (MAS FRECUENTE) NO HAY VENTILACION ADECUADA
HOSPITALIZACION	FALTAN SILLAS
	AGILIZAR AUTOTIZACIONES EXAMENES Y REMISIONES MAS Y MEJORES EQUIPOS MAS ESPECIALISTAS MEDICAMENTOS MAS EFECTIVOS MAS MEDICOS TRATO AMBLE DE LOS MEDICOS
LABORATORIO CLINICO	MAS PERSONAL PARA LA TOMA DE MUESTRAS MAS AGILIDAD EN LA ATENCION SE REQUIERE MAS PRIVACIDAD EN EL CUBICULO
CONSULTA EXTERNA	BAÑOS MAS LIMPIOS MAS ESPECIALISTAS MEDICOS MAS AMABLES MICROFONO PARA LLAMAR AL PACIENTE VENTANILLA ESPECIFICA PARA FACTURAR CITAS DEL DIA AGILIDAD PARA FACTURAR MAS ATENCION AL ADULTO MAYOR MAS SEGURIDAD PORQUE SE ESTAN PRESENTANDO ROBOS MAS PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS Y ESPECIALISTAS MAS SEGURIDAD PORQUE SE ESTAN PRESENTANDO ROBOS
CENTRO DE SALUD DE COGUA	MEJORAR SERVICIO DE URGENCIAS EN ZIPAQUIRA
	MEJOR VALORACION MEDICA EN URGENCIAS
	FELICITACION A LA ATENCION DEL CENTRO DE SALUD.
CENTRO DE SALUD SAN CAYETANO GINECOLOGIA IMAGENOLOGIA CX AMBULATORIA	MUY BUENA LA TELEMEDICINA AGILIDAD EN LA FACTURACION DE CITAS MAS PERSONAL PARA FACTURACION (MUCHA FILA) VESTIER PARA LOS PACIENTES LOKER PARA LAS PERTENENCIAS DE LOS PACIENTES CLARIDAD DE INFORMACION EN LAS VENTANILLAS MAS ESPECIALISTAS

OTRAS ACTIVIDADES DEL PRIMER TRIMESTRE

OTRAS ACTIVIDADES DEL MES DE ENERO



Se realiza orientación en información permanente en salud a los usuarios que llegan a la oficina  
Se continúa con la jornada de socialización de la declaración de los derechos y deberes a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales. También se realizan capacitaciones por servicio.  
Se aplican las encuestas de satisfacción a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano.  
Se participo en el Comité de Ética  
Se participo en la Reunión de la Asociación de usuarios  
Se participo en reunión de veeduría y se elaboro acta  
Se realizo entrega de Informe de Humanización  
Se participo en la reunión de Consejo Territorial en Salud  
Se participo en comité administrativo y se presento el informe mensual de los indicadores por proceso. PQRS  
SIAU  
Se realizo apoyo en el servicio de Trabajo Social según cronograma asignado en dos fines de semana.  
Se realiza la coordinación de los estudiantes de servicio social

#### OTRAS ACTIVIDADES DEL MES DE FEBRERO

Se realiza orientación en información permanente en salud a los usuarios que llegan a la oficina  
Se continúa con la jornada de socialización de la declaración de los derechos y deberes a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales. También se realizan capacitaciones por servicio.  
Se aplican las encuestas de satisfacción a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano.  
Se participo en el Comité de Ética  
Se participo en la Reunión de la Asociación de usuarios  
Se participo en reunión de veeduría y se elaboro acta  
Se Participo en reunión con SISBEN  
Se participo en comité administrativo y se presento el informe mensual de los indicadores por proceso. PQRS  
SIAU  
Se realizo apoyo en el servicio de Trabajo Social según cronograma asignado en dos fines de semana.  
Se realiza la coordinación de los estudiantes de servicio social

#### OTRAS ACTIVIDADES DEL MES DE MARZO

Se realiza actividad de humanización en el marco de la semana santa, donde se lleva a cabo una jornada de imposición de la ceniza y una charla de sensibilización espiritual.  
Se participa en reunión IAMMI  
Se Realiza reunión de Humanización  
Se realiza resocialización de las 3 líneas del programa de Humanización al equipo de enfermería y camilleros  
Se realiza orientación en información permanente en salud a los usuarios que llegan a la oficina

Se continúa con la jornada de socialización de la declaración de los derechos y deberes a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales. También se realizan capacitaciones por servicio.

Se aplican las encuestas de satisfacción a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano.

Se participo en el Comité de Ética

Se participo en la Reunión de la Asociación de usuarios

Se participo en reunión de veeduría y se elaboro acta

Se participo en la jornada de sensibilización Madre Canguro y Banco de Leche

Se brindo capacitación a equipo de enfermería

Se participo en la reunión de COPACO municipal con elaboración de informe respectivo

Se recibe visita de Gobernación (área de calidad)

Se Participo en reunión con SISBEN

Se participo en comité administrativo y se presento el informe mensual de los indicadores por proceso. PQRS SIAU y presentación del PUM

Se participa en capacitación IAMII

Se realiza Comité de Humanización Y se elabora acta

Se realizo apoyo en el servicio de Trabajo Social según cronograma asignado en dos fines de semana.

Se realiza la coordinación de los estudiantes de servicio social

Elaboración informes

Se lleva a cabo la jornada del SALUDATON HUS UFZ dentro de las actividades de Humanización del 27 de marzo al 12 de abril.

Se recibe visita de MINISTERIO D EDEFENSA para el tema de DDR Población especial en condición de desmovilización

Se participa en las entregas de turno semanales

Se participa en la apertura de buzón semanal

Las demás que consideren en la institución el coordinador general.

## ACCIONES IMPLEMENTADAS EN VIRTUD A LAS PQRS

- Respecto al trato amable que solicitan los usuarios durante este primer trimestre de 2017 se reforzaron actividades de Humanización donde se busco sensibilizar a todos los funcionarios del hospital específicamente en la primera línea estratégica "Comunicación Asertiva y Prudente entre nosotros con el paciente y su familia.
- Se desarrollo el SALUDATON SAMARITANO, charlas de espiritualidad
- Se presento la estrategia SSAMITO
- Al personal de línea de frente de urgencias y consulta externa se le ha retroalimentado el proceso para hacer mas ágil y amable la atención
- En las entregas de turno se hace énfasis y solicita a la líder supervisar el aseo permanente en el servicio de urgencias especialmente los baños y de igual manera en las unidades sanitarias de consulta externa
- Una de las solicitudes permanentes de los usuarios es aumentar los médicos y especialistas por ello la dirección general hizo un gran esfuerzo y se obtuvo para la Unidad Funcional y para satisfacción de los

- usuarios aumentar los médicos generales en el servicio de urgencias; se contrato un medico Internista exclusivo para urgencias, se tiene medico exclusivo para atención de gestantes.
- Se contrato otro ortopedista, 3 dermatólogos, 3 Neurólogos, un psiquiatra, un pediatra, un cirujano vascular
  - Durante el primer trimestre se ha realizado múltiples mejoras a la infraestructura del hospital especialmente pintura nueva en el área administrativa
  - Se inauguro el programa CANGURO y se capacito integralmente al equipo de funcionarios elegidos para el programa
  - Se diseño pintura artística para el pasillo donde funciona el programa Canguro como estrategia de identificación y humanización en la atención del programa.
  - Se han desarrollado varias jornadas de capacitación y evaluación IAMII con el fin de garantizar una atención integral a todas las usuarias maternas y los menores de edad y se han reforzado medidas para agilizar la atención a esta población y atenderlos de forma muy preferencial
  - Se implemento nuevamente el Digiturno en consulta externa para organizar la atención de los usuarios que facturan y solicitan y servicios del HUS
  - Se incorporo una auxiliar para Trabajo social y SIAU que brinde apoyo en el desarrollo de los procesos.
  - Se continúa desarrollando los talleres artísticos de lectura y dibujo con los niños hospitalizados de pediatría y urgencias.
  - Se continúa realizando sensibilización a padres de los niños hospitalizados respecto a la importancia de la motivación de lectura en los niños.

En el hospital universitario de la samaritana como empresa social del estado, la prestación de los servicios de salud se encuentra centrada en el paciente y su familia, SU RAZON DE SER.

La humanización se define como una serie de compromisos operativos “que afectan las relaciones de poderlas relaciones interpersonales, la comunicación y la vida afectiva en un centro asistencial”.

A partir de lo planeado institucionalmente en la misión, valores, código de ética y política de humanización, este programa de humanización se incorpora al interior del HUS como una política de gestión por parte de la alta dirección, contando con la participación y respaldo de todos los servicios de la institución, sin importar su forma de vinculación tarea que se facilitara con la implementación de este programa comprometiendonos por un sueño común para todos, destacarse por su alto grado de sensibilidad ante la fragilidad del ser humano enfermo.

Por lo tanto se muestra a continuación los avances en el desarrollo del programa de Humanización.

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 continúo desarrollando los talleres lúdico 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. VER ANEXOS (6 folios)

Se realizó 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. (VER ANEXOS)

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 saludo.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE
5	5	100%

## CAPÍTULO V

### INFORME DE GESTIÓN

#### OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

## 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	<p>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.</p> <p>2. Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en</p>

<p>ejecución de las políticas internas para el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil acceso y entendible para todos los funcionarios.</p> <p>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.</p> <p>4. Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados.</p> <p>5. No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil.</p> <p>6. La entidad suscribe sus programas de bienestar e incentivos de forma extemporánea.</p> <p>7. No se ha inscrito a la entidad en el SIGEP, para que los funcionarios actualicen su hoja de vida.</p> <p>8. La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura necesaria para avanzar en el desarrollo de sus funciones deberes y cumplimiento de sus objetivos institucionales, tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central.</p> <p>9. El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.</p> <p>10. No se cuenta con las mediciones de: Comunicación Interna: Percepción de carterelas Interacción página Web Boletines Comités y reuniones</p> <p>11. Propiciar espacios y escenarios de comunicación efectiva, abierta y fluida al interior de la organización y en todas las direcciones de acuerdo a las necesidades de la gestión institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar estrategias de comunicación interna que permitan la socialización de la información necesaria para la gestión institucional</li> <li>• Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>12. Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales).</p> <p>13. Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.</p> <p>14. No se cuenta con el suficiente personal que apoye la actividad de comunicaciones.</p> <p>15. La caracterización de procesos de la entidad se está adelantando para enfrentarse a</p>
---	--

--	--



--	--

<p>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>	
15	36

Se radicaron y publicaron en términos los informes cuatrimestrales de los siguientes cortes:

Noviembre de 2016 – febrero 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

## 2 INFORME AUAL 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	2015	En desarrollo
			13 correspondiente a años anteriores. 16 correspondiente al año 2015 Total 29	
2016	3.65	ADECUADO  Nuevos rangos resolución 193 de 2016 exp por la contaduría general de la Nación 1-3 DEFICIENTE 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	Se está elaborando el informe de auditoría.	

## 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 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		
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>65</b>			<b>12</b>	<b>78</b>		

## 5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS
5	5	14	7	8	6
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1
CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1
DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1
		EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1
		AUDITORÍA DE PQRSD, LEY ANTITRAMITES, CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL A CONTRATOS	1

		<p>REPORTE Y VERIFICACIÓN DEL SIA CONTRALORÍA – VIGENCIA 2014</p> <p>AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>PROCESO DE ESTERILIZACIÓN</p>	<p>1</p>
AUDITORÍA DE PQRSD	1				
EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1				
PORCENTAJE DE AVANCE	100%	PORCENTAJE DE AVANCE	50%	PORCENTAJE DE AVANCE	75%
AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS
AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN	
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	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO	1		

TURNO ADMINISTRATIVO-18 DE ENERO 2016-OCI-HUS.001-16		ADMINISTRATIVO			
		EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
TOTAL	9		17		7

## NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA DERIBADAS DE LAS RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO INCLUIDAS EN EL PUMP 2016 DOS

### 6. 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 gestión	La Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
Opinión sobre Estados contables	los Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades
Fenecimiento	No fenece	Se fenece	fenece	fenece
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO				
primer trimestre	34,43%	16,60%	26,38%	
Segundo trimestre	En ejecución	45,50%	54,93%	44,26%
Tercer trimestre	En ejecución	70,00%	73,73%	50,95%
Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	En ejecución	93,40%	95,20%	90,03%.
Nivel de cumplimiento	En desarrollo	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido

### 7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

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.

## 8. CUMPLIMIENTO DEL PUMP

Se realizó auditoría para determinar el porcentaje de avance de los planes, programas y proyectos del HUS, cuyo pre-informe fue remitido a los responsables de los procesos para que hagan sus observaciones. Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora plasmadas en el PUMP con corte a junio de 2016:

DESCRIPCION PROCESO	ACCIONES DE MEJORA 2016	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2016	CUMPLIMIENTO ACCIONES DE MEJORA 2016
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	9	21	33,3%
GESTION DE LA CALIDAD	11	29	34,8%
GESTIÓN DE LA INFORMACION	8	20	44,8%
GESTIÓN JURIDICA	ND	ND	ND
ESTERILIZACIÓN	7	8	25,7%
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	6	13	33,3%
FACTURACIÓN Y RECAUDO	17	20	27,9%
GESTIÓN DE TECNOLOGIA BIOMEDICA	14	28	11,9%
HOTELERIA HOSPITALARIA	12	17	66,0%
GESTIÓN DE BIENES SERVICIOS	12	30	9,4%
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	13	22	73,8%
GESTIÓN FINANCIERA	15	40	54,3%
DESARROLLO DE SERVICIOS	4	4	25,0%
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	ND	ND	ND
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	12	16	11,3%
ATENCION PACIENTE HOSPITALIZADO	28	49	44,0%
ATENCION FARMACEUTICA	23	60	42,3%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	8	13	54,6%
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	15	49	10,0%
BANCO DE SANGRE	16	48	60,6%
APOYO DIAGNOSTICO	7	17	61,9%
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO.	3	4	60,0%
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	7	15	95,1%
INVESTIGACIÓN	5	11	20,0%
DOCENCIA	16	44	47,8%
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	7	16	51,0%
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>594</b>	<b>41,62%</b>



## 1. SEGUIMIENTO A RIESGOS Y CONTROLES

Se elaboró matriz de seguimiento a riesgos y controles, a la fecha se realizó el seguimiento a los riesgos vigencia 2016, a todos los procesos asistenciales.

Se envió la matriz de seguimiento a los procesos de apoyo quienes la entregaran antes del 15 de mayo.

Una vez se tengan las matrices de los procesos de apoyo, se tabulará y se sacaran 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, sin que a la fecha se haya recibido información.

## 10. CUMPLIMIENTO DEL POA

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%

El cumplimiento del plan indicativo para el cuatrienio es del 90,7% 2012-2015.

## 11. 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 TRIMESTRE 2017 52.48
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		
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60.75%	57.11		
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60.64	51.96		

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		

Principales inconvenientes reportados en las entregas de turno.

VIGENCIA	INCONVENIENTES REPORTADOS
2017	<b>ENERO</b>
	Reportado por el Director científico
	Daño en ascensor
	No hay insumos en hemodinamia
	Remisión de pacientes al cancerológico
	Faltantes de medicamentos y agujas de bloqueo
	Ausentismo del personal fin de semana en esterilización
	Daño del arco en c en salas de cirugía
	<b>FEBRERO</b>
	Reportado por Dirección científica
	Faltantes de medicamentos
	Cama dañada
	Control de cama dañado
	<b>MARZO</b>
	Reportado por Dirección científica
	Daño en baño de dos habitaciones
	No hay insumos de ciprofloxacina ampollas enalapril- catéter intravenoso
	Gotera en 3 habitaciones
	Baranda dañada en una cama
Faltante de medicamentos buretrol- brazalete adulto-tirofiban ampolla	
Faltante de clonidina	
Faltante de manilla neonatal y cinta de enmascarar	

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.

## 12 ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

VIGENCIA	ACTIVIDADES EJECUTAR	A	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%

## 13. ENVIO DE LA CUENTA MENSUAL SIA-CONTRALORIA

Desde el mes de febrero de 2017 se suspendió el envío mensual del SIA CONTRALORÍA 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.

## CAPÍTULO VI

### INFORME DE GESTIÓN I TRIMESTRE 2017

#### OFICINA ASESORA JURÍDICA

## I. Gestión del Proceso

### 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 a la planta de personal.

Actualmente cuenta con cuatro (4) abogados en misión que están contratados a través de empresa temporal y un (1) abogado en licencia de maternidad, 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, Secretaría 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.

#### A) PROCESOS JUDICIALES:

El HUS hace parte de procesos en las jurisdicciones contenciosa administrativa y ordinaria, el número de procesos, la cuantía de las pretensiones se discrimina de la siguiente forma:

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS		
Jurisdicción	No. Procesos	Cuantía
Contenciosa administrativa	75	\$ 40.121.856.855
Ordinaria	11	\$ 818.463.106
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>\$ 40.940.319.961</b>

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	59	\$ 38.236.451.502
Nulidad y restablecimiento del derecho	11	\$ 160.687.493
Lesividad	1	\$ 424.819.651
Repetición	3	\$ 1.260.898.209
Restitución de Inmueble arrendado	1	\$ 39.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>\$ 40.121.856.855</b>

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	\$ 410.734.192
Divisorio	1	\$ 320.779.530
Ejecutivo	1	\$ 86.949.384
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>\$ 818.463.106</b>

Las causas más frecuentes de demandas contra la entidad se representan en el siguiente cuadro:

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD			
Contencioso Administrativo	Causas	No. Procesos	Cuantía
Reparación directa	Falla médica	58	\$ 37.727.884.952
Nulidad y restablecimiento	Sobresueldo 20%	5	\$ 78.133.022
	Bonificación por servicios	5	\$ 80.087.805
Proceso Disciplinario		1	\$ 2.466.666
<b>Total parcial</b>		<b>69</b>	<b>\$ 37.888.572.445</b>

Ordinario	Causas	No. Procesos	Cuantía
Laboral	Sobresueldo 20%	6	\$ 71.252.918
	Contrato realidad	3	\$ 339.481.274
Ejecutivo Contractual		1	\$ 86.949.384
Total parcial		10	\$ 497.683.576
<b>TOTAL</b>		<b>79</b>	<b>\$ 38.386.256.021</b>

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
Total parcial		1	\$ 320.779.530
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>\$ 2.554.063.940</b>

Aspectos a tener en cuenta:

1. Se encuentra la acción de lesividad impetrada el día 10 de junio de 2016, contra 25 funcionarios del HUS, la cual luego de ser inadmitida se subsanó y a la fecha se encuentra al despacho para admisión.

En dicho proceso se solicita la declaratoria de nulidad del Artículo 13 del Decreto 2164 de 1991, en razón a que el Consejo de Estado consideró que se desbordaron los límites de la potestad reglamentaria, al hacerse extensivo el otorgamiento del régimen de prima técnica a las entidades territoriales y a sus entes descentralizados (Sentencia de 19 de marzo de 1998, expediente 11955 M.P. Silvio Escudero).

Las pretensiones de la demanda son 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, sin embargo dicha decisión fue objeto de apelación y a la fecha el proceso se encuentra para fallo de segunda instancia en el Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

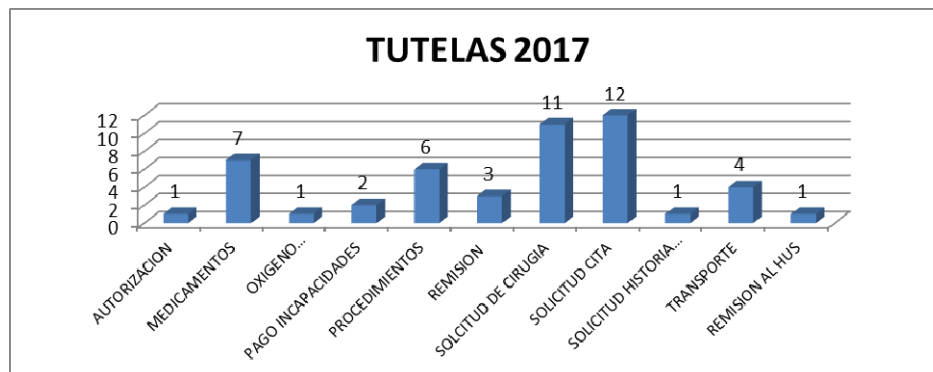
Como actuación del HUS se tiene que el 24 de marzo de 2017 se presentaron los correspondientes alegatos de conclusión en segunda instancia por parte de la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la entidad.

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. Se dará inicio a la recolección física de los expedientes la cual no existe en la institución. Esta se ha demorado debido a que primero se levantó la información y se cruzó con la página de la rama, posteriormente inicio los traslados de los juzgados al CAN.

## B) ACCIONES DE TUTELA:

En el trimestre se tramitaron 49 (11 Zipaquirá y 37 Bogotá) acciones de tutela las cuales se relacionan a continuación.





De estas acciones de tutela han fallado 37 a favor y en 3 se profirieron órdenes al HUS y 1 no se identifica con la entidad.

Las Órdenes proferidas a la entidad consisten en prestación del (valoración (i) preanestésica y amigdalectomía, (ii) Capsulotomía, extracción extracapsular del cristalino, implante de lente intraocular secundario sod y (iii) trasplante de córnea).

### C) INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS:

En lo relacionado con las investigaciones administrativas adelantadas en contra de la entidad por los entes de control (Secretarías de Salud, Superintendencia, etc.), existen 92 activas (40 de Bogotá, 35 de Girardot, 15 Zipaquirá, y 2 la Vega) de las cuales 61 se encuentran en la secretaria de salud de Cundinamarca, 30 en la Secretaria de salud de Bogotá y una en la Inspección de Trabajo y seguridad social de Girardot.

MOTIVO	Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Girardot	Secretaría de Salud de Cundinamarca	Secretaría de Salud Distrital	Total general
Corrupción		1		1
Incumplimientos Normativos		9		9
Irregularidades en el traslado			1	1
Irregularidades en la Atención Médica (En Blanco)	1	50	29	80
		1		1
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>61</b>	<b>30</b>	<b>92</b>

Durante el primer trimestre del 2017 se han realizado 22 actuaciones (6 en enero, 6 en febrero y 10 en marzo)

ACTUACION	FEBRERO	ENERO	MARZO	Total general
Alegato	1		7	8
Descargos	5	6	2	13
Interposición De Recurso			1	1
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>22</b>

El proceso administrativo de corrupción es origen de un anónimo por la compra de materiales de la subdirección de sistemas en el proceso contractual.

Los incumplimientos normativos son de oportunidad Decreto 10111, diligenciamiento en la Historia clínica resolución 1195 de 1999.

## D) APOYO Y ASISTENCIA

### PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

En materia contractual se han adelantado las siguientes revisiones:

Mes	CONTRATOS	ADICIONES	MODIFICACIONES	VALOR TOTAL
Enero	9	0	0	\$49.579.892.334
Febrero	5	1	1	\$2.354.952.000
Marzo	2	1	0	\$260.000.000
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>\$52.194.844.334</b>

Revisión y visto Bueno 2 contratos de comodato

Revisión y visto Bueno 5 convenios docente asistenciales

Revisión 4 Resoluciones Gerencia

## E) CONTRATACIÓN:

### 1. Pliegos de condiciones – invitaciones a contratar

Se revisaron 11 pliegos de condiciones para el caso de convocatorias públicas, para el caso de contratos por productividad se revisaron 56 invitaciones a contratar.

Se realizaron 186 evaluaciones Jurídicas

### Pliegos

TIPO	Enero	Febrero	Marzo	Total general
Outsourcing		1		1
Prestación De Servicios	1		1	2
Suministro		5	3	8
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>11</b>

### Invitaciones a contratar - productividad

TIPO	Enero	Febrero	Marzo	Total general
Prestación de servicios	52	2	2	56
<b>Total general</b>	<b>52</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>56</b>

## 2. Contratos

Se elaboraron 202 contratos durante el primer trimestre: 156 de productividad y 46 de bienes compras y suministros.

Se realizaron 30 adiciones (6 productividad y 24 bienes y compras)

93 liquidaciones (60 productividad y 33 bienes y compras).

## 3. Pólizas

Se revisaron 499 Amparos en la contratación por productividad y 90 en la contratación de bienes compras y suministros para un total de 589 amparos.

### F) PQRS

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

Etiquetas de fila	Enero	Febrero	Marzo	Total general
Certificación De Contratos	26	48	36	110
Certificación Productividad	118			118
Copias	1		2	3
Otros	3			3
Solicitud Aprobación Pólizas			1	1
Solicitud De Información		1		1
Solicitud Entes De Control	1			1
Solicitud Pago Facturas			1	1
<b>Total general</b>	<b>149</b>	<b>49</b>	<b>40</b>	<b>238</b>

### G) 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.

Etiquetas de fila	Suma de No. Procesos	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)
CARTERA LIMPIA	36	\$38.515.724.138
GLOSAS	30	\$11.615.181.439
<b>Total general</b>	<b>66</b>	<b>\$50.130.905.577</b>

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%.

### CARTERA LIMPIA

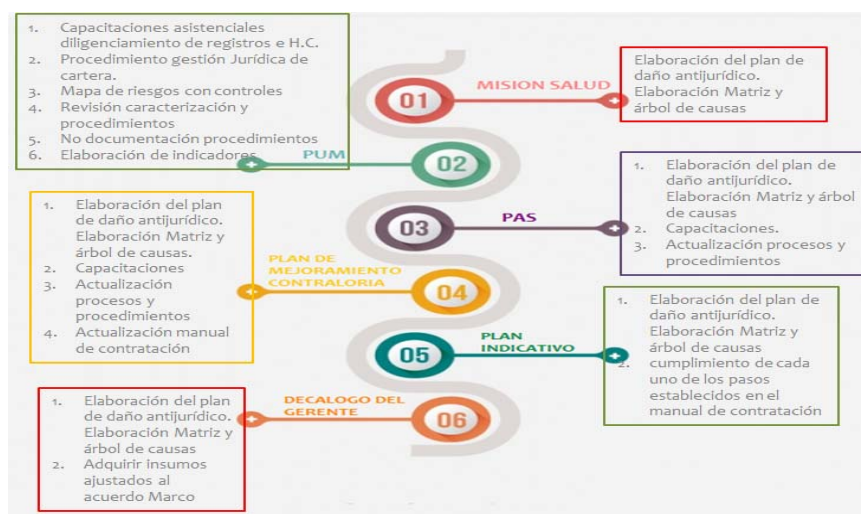
Etiquetas de fila	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)2	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)
Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.	0,06%	\$22.157.848
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	0,18%	\$70.917.297
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	0,31%	\$119.373.151
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca-Comfacundi.	1,65%	\$633.969.083
Capresoca	15,84%	\$6.102.715.660
CONVIDA	43,92%	\$16.915.660.889
Emdisalud	3,45%	\$1.329.128.419
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	0,43%	\$167.162.471
EPS Cafesalud	2,02%	\$776.545.329
EPS Coomeva	5,15%	\$1.984.248.506
ESE Hospital San Antonio Arbeláez NURC: 1-2016-163381	0,01%	\$3.875.919
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá. NURC: 1-2016-163379	0,16%	\$59.853.933
Gobernación de la Guajira - Secretaria Departamental. NURC: 1-2016-155007	0,00%	\$1.372.380
Salud Vida EPS - Subsidiado	26,53%	\$10.218.931.094
Secretaria de Salud del Valle.	0,01%	\$4.413.959
Secretaria Departamental del Chocó	0,26%	\$101.764.299
Secretaria Seccional del Cauca.	0,01%	\$3.633.901
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>\$38.515.724.138</b>

En relación a la glosa la mayor participación esta encabeza de ECOOPSPS EPS con el 90%

### GLOSA

CLIENTE	PART	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)
Alcaldía Cartagena de Indias	0,10%	\$12.106.839
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	0,83%	\$96.621.762
Caja de Compensación Familiar de Cartagena-Comfamiliar.	0,05%	\$6.355.422
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca- Comfacundi.	4,39%	\$509.977.386
Capital Salud	0,36%	\$41.744.212
Colsubsidio	0,16%	\$18.889.561
E.P.S. Famisanar Ltda. y Colsubsidio.	0,16%	\$18.357.105
ECOOPSOS EPS	90,44%	\$10.504.580.681
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	2,40%	\$278.939.089
Famisanar y Convida EPS NURC: 1-2017-017166	0,25%	\$29.459.265
Salud Total EPS	0,64%	\$74.845.236
Secretaria de Salud de Boyacá.	0,15%	\$16.942.597
Secretaria de Salud del Valle.	0,05%	\$6.362.284
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>\$11.615.181.439</b>

### H) Planes y programas



## PLAN DE ACCION EN SALUD

La Oficina Asesora Jurídica tiene como actividad en el plan de atención en salud la creación de la política de prevención del daño antijurídico, el cual se ha venido adelantando en el año 2017, desarrollando las siguientes actividades:

Se realizó el estudio de fondo del manual para la elaboración de políticas de prevención del daño antijurídico, expedido por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, iniciándose la metodología, de la siguiente manera:

1. Se identificaron las causas o puntos que generan daños en la entidad (Matriz 1), identificando los siguientes ítems:
  - a. La clasificación del árbol de causas que hace referencia a la clasificación de las acciones judiciales (ordinaria, contenciosa).
  - b. El tipo de medio de control o acción judicial (laboral, nulidad y restablecimiento del derecho, repetición, reparación directa).
  - c. Los demandantes
  - d. Los demandados.
  - e. Los hechos base de la reclamación.
  - f. El monto solicitado.
  - g. El número del proceso.
  - h. La identificación si está activo o no el proceso.
  - i. La sede en la que se desarrollaron los hechos de la demanda.

Para la consecución y consolidación de la información que es materia prima para la elaboración del plan de daño antijurídico de la entidad, se hizo necesario realizar la actualización de la base de datos de los procesos judiciales cruzando la información existente en la base Excel con la contaba el HUS a 31 de diciembre de 2016 con la información contenida en la página web de la rama judicial, así como la visita a los despachos judiciales y la información remitida por la aplicación 2193.

Una vez realizado lo anterior se deberá continuar con la materialización del plan adelantando las actividades previstas para tal fin como son:

2. Identificar las causas de los problemas de reclamaciones judiciales (Matriz 2):
  - a. Relación del daño de acuerdo a la clasificación del árbol de causas.
  - b. Número de las reclamaciones con la misma clasificación.
  - c. La suma de los montos solicitados por la misma causa de acuerdo a la clasificación.
  - d. lugar de ocurrencia de los hechos (sedes del Hospital: Bogotá – Zipaquirá – Girardot).
  - e. Relación de los Hechos.

La anterior matriz tiene como objeto establecer las causas de las demandas más frecuentes y más costosas para la entidad.

Asimismo, se establecerán las causas más representativas de los riesgos que se presenten en cada una de las dependencias de la entidad.

3. Que el Comité de Conciliación y Defensa Judicial defina:

- Cuáles serán los asuntos susceptibles de desarrollar en la política de prevención del daño antijurídico.
  - Defina cuáles son las direcciones, unidades o grupos del HUS que deberán proponer las soluciones. Es importante destacar que el área o áreas donde se genera el daño, problema o falencia que origina la reclamación judicial, son las llamadas a proponer las soluciones, por cuanto son las personas que conocen la situación que produce el problema.
4. el Secretario del Comité se reúna con los grupos definidos. Para el cumplimiento de lo anterior y una vez se adopte la decisión por parte del Comité, el Secretario del Comité deberá reunirse con los grupos definidos para buscar las falencias administrativas que generan las demandas e identificara para cada demanda el error cometido, con dicha información los grupos deberán realizar un análisis del cual se derivara las posibles causas de las demandas en contra del Hospital.

Lo anterior, deberá estar plasmado en el anexo tres del manual para la elaboración de políticas de prevención del daño antijurídico expedido por la Agencia Nacional de Defensa del Estado.

Estos resultados serán expuestos al comité de Defensa y Conciliación, el cual decidirá desarrollar las políticas de prevención para las causas prevenibles.

Teniendo lo anterior, se deberá iniciar el tercer paso de la metodología que es el de diseñar las medidas para corregir el problema. En este paso de desarrollar una política cuyo fin es la prevención del daño antijurídico generada por las causas encontradas, lo que significa que se construirá un plan de acción para solucionar el problema que incluya medidas que mitiguen o resuelvan su causa, así mismo, se incluirá el presupuesto estimado que costara la solución, el cronograma para su desarrollo, los resultados esperados y la medición de los indicadores.

El documento de diseño de la política de prevención deberá hacer explícito al responsable de su implementación; dado que el equipo que participa en el diseño de la política de prevención es escogido por sus conocimientos del problema, los funcionarios que contribuyen a la definición de las medidas correctivas deberán ser los mismos que las implementan o, por lo menos, deben sugerir al responsable de la implementación.

La guía para este paso se puede encontrar en el anexo 4 del manual para la elaboración de políticas de prevención del daño antijurídico expedido por la Agencia Nacional de Defensa del Estado, este anexo es un formato que resume los pasos desarrollados y que sirve como guía de lo que el documentos de la política de

prevención debe incluir. Este documento deberá ser adoptado por el Hospital mediante resolución o de instrumento administrativo idóneo para el cumplimiento de sus fines.

Se recomienda tener en cuenta las causas de las sanciones que se han impuesto al HUS por las Secretarías de Salud y demás entes de control, así como el oficio con radicado Orfeo 20161100123831, de la Dra. Yética Hernández Ariza, donde hace recomendaciones sobre la política de prevención del daño antijurídico.

Se encuentra pendiente adelantar las capacitaciones a supervisores establecidos en el PAS. Se recomienda cambiar las fechas de las capacitaciones dado que se deben actualizar los procesos y procedimientos.

### PLAN UNICO DE MEJORA PUM

Encontramos seis hallazgos relacionados con los siguientes temas

1. Capacitaciones asistenciales diligenciamiento de registros e H.C: primero se debe realizar el plan de dolo antijurídico.
2. Procedimiento gestión Jurídica de cartera: Se terminará su elaboración en el primer trimestre de 2017
3. Mapa de riesgos con controles
4. Revisión caracterización y procedimientos: en proceso
5. No documentación procedimientos: En proceso
6. Elaboración de indicadores: primero se actualizarán procesos y procedimientos.

### PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORIA – MISION SALUD

Se remitió la información relacionada con el avance en la elaboración del plan del daño antijurídico de la entidad, junto con la actualización de la base de datos de los procesos judiciales en los que la entidad hace parte.

Se encuentra pendiente adelantar las capacitaciones establecidas en el plan de mejoramiento de la contraloría, la actualización del manual de contratación de la entidad y la elaboración de los procedimientos del área jurídica de la entidad.

### PLAN INDICATIVO 2017 – 2020

Como metas de producto anual se encuentra la de implementar y mantener la política del riesgo antijurídico, información que ya se suministró en literales anteriores.

De igual forma se consolidó y actualizó la base de datos de los procesos judiciales cruzando la información existente en la base Excel con la contaba el HUS a 31 de diciembre de 2016 con la información contenida en la página web de la rama judicial, así como la visita a los despachos judiciales y la información remitida por la aplicación 2193.



Respecto del cumplimiento de cada uno de los pasos establecidos en el manual de contratación de la entidad, ha la fecha los mismos se han seguido con rigurosidad con el objetivo de evitar posibles demandas contractuales contra la entidad.

## DECALOGO DEL GERENTE

Se recibió por parte de un funcionario del área jurídica de la entidad la capacitación en SECOP II, la cual fue dictada por parte de la Gobernación de Boyacá, se encuentra en espera de determinar la obligatoriedad de la implementación de esta herramienta tecnológica al interior de la entidad, por cuanto, en principio corresponde solo a entidades del Orden Nacional su manejo y puesta en marcha, además porque no existe en el momento parametrización de los valores de los insumos o medicamentos para poder contratarlos por SECOP II, es decir no se cuenta con Acuerdo Marco de Precios.

Se realizó el estudio del manual de contratación de la entidad, evidenciado que el procedimiento de contratación directa de la entidad, luego de que una convocatoria pública o una subasta inversa fuera declarada desierta conlleva un trámite dispendioso lo cual dificulta la efectividad de la prestación del servicio, razón por la cual se propondrá a la junta directiva de contratación de la entidad, la reforma al estatuto contractual, así como al manual, conforme lo preceptuado en la ley 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normatividad remitida por Colombia Compra Eficiente.

Se realizó reunión con el Jefe de la oficina Jurídica de la Gobernación el Dr. Gómez para una primera aproximación al manual de contratación del HUS.

Luego de determinar las causas más comunes por la cuales ha sido condenado el HUS, se procedió a evaluar la posibilidad de adelantar las reclamaciones administrativas y judiciales pertinentes en aras de hacer efectivas las pólizas de responsabilidad que amparan los servicios prestados por la entidad, con el fin del recobro de las sumas de dinero pagadas como consecuencia del actuar negligente de los funcionarios de la Institución, conforme lo preceptúa la Ley 678 de 2001 y el Código de Procedimiento Administrativo y de lo contencioso Administrativo - CPACA.

Se verificó la resolución 113 de 2015 encontrando pertinente poner bajo consideración del Comité de Conciliación y Defensa Judicial del HUS las siguientes modificaciones

1. Agregar en el Artículo Quinto - Numeral 3 Una copia del mismo será remitida a la Dirección de Defensa Jurídica del Estado del Ministerio del Interior y de Justicia.
2. Agregar la parte pertinente conforme lo señalado en el Artículo 25 del Decreto 1716 de 2009.

Formato único de información litigiosa y conciliaciones.

La Dirección de Defensa Jurídica del Estado del Ministerio del Interior y de Justicia diseñará un formato para la recolección de la información el cual será solicitado por cada ente con el fin de que a través del Secretario Técnico del Comité de Conciliación respectivo sea diligenciado y remitido semestralmente.

Las entidades del nivel central deberán enviar el formato diligenciado directamente a la Dirección de Defensa Jurídica del Estado del Ministerio del Interior y de Justicia. En el nivel territorial, las alcaldías y gobernaciones, a través de su Comité de Conciliación, centralizarán el recibo de los informes de sus entidades descentralizadas, para remitirlos a la misma dependencia.

3. Agregar la parte pertinente conforme lo señalado en el Artículo 28. Informes sobre repetición y llamamiento en garantía. En los meses de junio y diciembre, se remitirá a la Dirección de Defensa Jurídica del Estado del Ministerio del Interior y de Justicia un reporte que deberá contener como mínimo la siguiente información:

- a) Número de casos sometidos a estudio en el semestre correspondiente, y la indicación de la decisión adoptada por el Comité de Conciliación o por el representante legal, según el caso;
- b) Número de acciones de repetición iniciadas durante el semestre correspondiente y la descripción completa del proceso de responsabilidad que les dio origen, en especial, indicando el valor del pago efectuado por la entidad;
- c) Número de acciones de repetición culminadas mediante sentencia, el sentido de la decisión y el valor de la condena en contra del funcionario si fuere el caso;
- d) Número de acciones de repetición culminadas mediante conciliación con descripción del acuerdo logrado;
- e) Número de condenas y de conciliaciones por repetición pagadas a la entidad y su correspondiente valor;
- f) Número de llamamientos en garantía y de fallos sobre ellos indicando el sentido de la decisión.

Se adelantó la revisión de los procesos jurídicos de la entidad - trámite que se extendió por más de 2 meses y que aún en la actualidad se adelanta, necesitándose el nombramiento de un abogado para la consecución y levantamiento de la información física y magnética de los procesos judiciales en los cuales hace parte la entidad.

Al realizar la tarea anteriormente indicada se pudo observar que en varios procesos judiciales adelantados en los años 2012 a 2016 no se ha realizado el respectivo llamamiento en garantía con fines de repetición y que para el año 2017 en el comité de conciliaciones de la entidad no se ha resuelto algún caso que amerite la interposición del medio de control de repetición contra los funcionarios del HUS. "

Se designó a la funcionaria encargada de adelantar el procedimiento de cobro pre y jurídico de acreencias en el sistema general de seguridad social en salud, se hace necesario además designar un funcionario que coadyuve con la discriminación y conciliación del tipo de cartera de la entidad para determinar la jurisdicción competente ante la cual se van a interponer las demandas para el cobro de cartera.

Para el cumplimiento de esta actividad se debe contar con la participación de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección Financiera.

De igual forma se realizó análisis de los diferentes tipos de cartera y del modo en el cuál derivado de los diferentes tipos de deudas de las Entidades Responsables de pago, la reclamación se debe realizar por diferentes vías así:

1. Para los conflictos derivados de glosas y devoluciones se debe tener en cuenta lo estipulado en la normatividad vigente sobre la materia así:

Es competente la Superintendencia Nacional de Salud en su Función Jurisdiccional para conocer del asunto, en virtud del artículo 22 del Decreto 1018 de 2007 y Sentencias C-117/08 y C-119/08 de la Honorable Corte Constitucional, y en especial lo estipulado en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 adicionado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 que dicta:

“Artículo 126. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Adiciónense los literales e), f) y g), al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, así:

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

2. Para los conflictos derivados de cartera limpia y glosas saneadas se debe tener en cuenta lo estipulado en la normatividad vigente de la materia de la siguiente forma:

Es competente la Jurisdicción ordinaria Laboral para conocer del asunto, en virtud del Artículo 02 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, modificado por la Ley 712 de 2001, en su Artículo 2do, y por el Artículo 622 del Código General del Proceso que establece los asuntos que conoce la Jurisdicción Laboral:

“Artículo 2 Competencia General. La jurisdicción ordinaria en sus especialidades laboral y de la seguridad social conoce de:

(...) Numeral 4. Las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos.

Numeral 5. La ejecución de obligaciones emanadas de la relación de trabajo y del sistema de seguridad social integral que no correspondan a otra autoridad.”

Por otro lado, en lo que corresponde a la competencia en los procesos en contra de las entidades del Sistema de Seguridad Social Integral, el Artículo 11, modificado por el artículo 8 de la Ley 712 de 2001 se define:

En los procesos que se sigan en contra de las entidades que conforman el sistema de seguridad social integral, será competente el juez laboral del circuito del lugar del domicilio de la entidad de la seguridad SOCIAL demandada o del lugar donde se haya surtido la reclamación del respectivo derecho, a elección del demandante.

## CAPÍTULO VII

### INFORME DE GESTIÓN I TRIMESTRE 2017

OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

## 18. PLANES INSTITUCIONALES

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad brinda la asesoría y el acompañamiento para la elaboración de los Planes Gerenciales logrando la siguiente gestión:

### 1. PLAN DE GESTIÓN

Según lo define la Resolución 710 de 2012 Condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de gestión del Gerente de las ESEs y su evaluación por parte de la Junta Directiva y Resolución 743 de 2013 Modifica la Resolución 710 de 2012, se define el Plan de Gestión del Gerente el cual da Respuesta a 20 Indicadores específicos para IPS de Mediana y Alta complejidad y es aprobado por Junta Directiva mediante Acuerdo 020 de 09 de diciembre de 2016.

### 2. PLAN DE DESARROLLO

En cumplimiento con los lineamientos definidos en el Decreto 2145 de 1999: Artículo 12 y Decreto 2482 de 2012 Lineamientos generales para la integración de la Planeación y su gestión, se define el Plan de Desarrollo el cual contiene la Definición de Plataforma Estratégica y su alineación con el Plan Indicativo 2017-2020. Este documento es aprobado por Junta Directiva mediante Acuerdo 002 de 14 de febrero de 2017.

### 3. PLAN INDICATIVO 2017 – 2020

Según lo dispone la Ley 152 de 1994 Ley Orgánica del Plan de Desarrollo en sus Artículos 26 y 29, y los Lineamientos para la Elaboración del Plan de Desarrollo definidos por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca se define el Plan Indicativo 2017 – 2020 en el cual se definen 36 Metas de Resultado y 82 Metas Producto Anual, de las cuales 80 se desarrollarán a partir de la vigencia 2017. Este Plan Indicativo es aprobado por Junta Directiva mediante Acuerdo 002 de 14 de febrero de 2017.

### 4. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD – PAS VIGENCIA 2017.

Siguiendo los Lineamientos definidos por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y en cumplimiento a la Resolución 1536 de 2015 Proceso de Planeación Integral para la Salud Art. 34 al 38, se define Plan de Acción en Salud para la vigencia 2017 el cual contiene 80 Metas Producto Anual y 231 Estrategias y Actividades.

### 5. RESPUESTA A CONTROL POLÍTICO ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA

En cumplimiento a la Ordenanza de Asamblea Departamental frente al Control Político realizado a las Empresas Sociales del Estado – ESE del Departamento, el día 18 de abril de 2017, se rindió la presentación de la respuesta a 10 preguntas y la consolidación de los 34 compromisos adquiridos por el Hospital ante la Estrategia Misión Salud de la Gobernación de Cundinamarca.

## 19. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

### 19.1 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 lo dispuesto en la Resolución 2003 de 2014, cuenta en esta vigencia con el inicio de la formación de toma de muestras por parte del proceso de apoyo diagnóstico, el proceso de Banco de sangre realizó el pensum, promoción y prevención (plan canguro) llevó a cabo su formación. En los otros procesos, los cuales son la mayoría, falta gestionarse todo el proceso de formación como se puede observar en el siguiente formato: 5% de avance sobre los pendientes. De un total de 20 procesos a realizar el proceso de formación, un proceso presenta inicio.

Tabla No 1 Estándar de Talento Humano –Certificados de Formación

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN I TRIMESTRE 2017				
ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO - CERTIFICADOS DE FORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL				
SERVICIO	PERSONAL	CERTIFICADO	Persona Responsable de hacer la formación	SEGUIMIENTO I SEMESTRE 2017 Marzo 23 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	Se encuentra en moodle. Pendiente el formato pensum.
Protección específica y - Detección Temprana	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Certificado de formación para administrar inmunobiológicos	SENA - Secretaría de Salud de Cundinamarca.	No se cuenta con pensum. Falta una persona nueva Auxiliar de enfermería para recibir el curso. Lo va a realizar la Secretaría de salud de Cundinamarca.
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.	No se cuenta con pensum.
Diagnóstico cardiovascular	ENFERMERA	Certificado de formación en la realización del procedimiento ofertado y en soporte vital básico.	Dr. Ortiz	No se cuenta con pensum.
Transfusión sanguínea	TODO EL PERSONAL TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	Certificado de formación para el manejo de transfusión Sanguínea	Dra Tatiana Guerrero	Banco de sangre realizó el pensum en el cual se refiere curso virtual de manejo de trasfusión sanguínea, falta determinar el cronograma de la formación. Falta organizarlo en moddle y derminar el cronograma.
Toma de muestras de laboratorio clínico	AUXILIAR DE LABORATORIO O DE ENFERMERÍA	Certificado de formación en toma de muestras	Dra Ruth Rojas	Se llevo a cabo capacitación en el mes de marzo . Falta el envío de pensum y cronograma de capacitaciones.
Laboratorio de baja , mediana y alta complejidad. (hospitalización , urgencias y cirugía)	ENFERMERA , AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACION, 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	No se cuenta con pensum.
Tamización de cáncer de cuello uterino	TODO EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA TOMA DE CITOLOGÍA	Certificado de formación en toma de citologías.	Dr. Gallo	No se cuenta con pensum.
Hemodiálisis.	AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ENFERMERA	Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal.	Epresa Baxter (Dr. Silva )	No se cuenta con pensum.
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 profesional ya cuenta con el certificado.
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.	No se cuenta con pensum.

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.	No se cuenta con pensum.
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.	No se cuenta con pensum.
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.	No se cuenta con pensum.
Cuidado intensivo adulto	1. ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA, ANESTESIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA , GINECOBSTERICIA, 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.	No se cuenta con pensum.
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	No se cuenta con pensum.
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.	No se cuenta con pensum.
Protección específica y - Detección Temprana	ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS.	Certificado de formación en protección específica o Detección temprana según	Jefe Catalina (Zipaquirá) Res 412	Plan Canguro - Fundación Bebé Canguro, Ya se realizó en el mes de marzo , la profesional de enfermería cuenta 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	No se cuenta con pensum. Cada mes se llevará a cabo inscripciones del personal. Se inició el 21 de marzo dce 2017 con 206 personas , El curso dura alrededor de 10 semanas.
Esterilización	PERSONAL DE ESTERILIZACIÓN	Certificado de formación en manejo de Esterilización	Universidad Javeriana	No se cuenta con pensum. La jefe Ruth Chaparro. Solicito apoyo para que la U Javeriana realice formación a tres auxiliares de esterilización.

Fuente: Seguimiento de Planeación y Calidad.



- Estándar de Infraestructura:

De acuerdo al seguimiento del PUMP del proceso no se ha dado inicio a las actividades de infraestructura y mantenimiento correspondiente a los pendientes de Habilitación 2017, se adjunta PUMP del proceso. 0% de avance.

Tabla No 2 Estándar de Infraestructura y Mantenimiento

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN 2017		
ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA		PRIMER SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2017
TODOS LOS SERVICIOS: Se debe separar el residuo reciclable del ordinario, inerte y biodegradable en el depósito 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. Ítem en mampostería
TODOS LOS SERVICIOS: No se cumple, 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 y estudio técnico, se encuentra pendiente el aval de dirección administrativa para continuar curso dependiendo de complejidad de la remodelación.
CONSULTA EXTERNA (SOTANO Y 4-TO PISO): El consultorio DE NEUMOLOGÍA 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.	Se instalará próxima semana 25 y 26 de marzo de 2017. 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 sensor. / 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 para radicar mañana 17 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 delimite el área de procedimientos (ambiente).	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado para radicar mañana 17 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 y estudio técnico, se encuentra pendiente el aval de dirección administrativa para continuar curso dependiendo de complejidad de la remodelación. (De la mano con Neonatos)
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS No cuenta con ambiente de ropas	Radicación de estudios previos para contratación	Estudio previo realizado para radicar mañana 17 de marzo de 2017.
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación	Pendiente
	Ejecución de las actividades contratadas para Cuidado Intermedio.	Pendiente
CIRUGÍA BAJA 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.
CIRUGÍA BAJA COMPLEJIDAD . No existe área de trabajo limpio en recuperación	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado para radicar mañana 17 de marzo de 2017.
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	Pendiente
	Ejecución de las actividades contratadas para recuperación.	Pendiente
CIRUGÍA AMBULATORIA . No se observa mesón en el área de recuperación de cirugía ambulatoria (se consultó con al SSD quienes refieren que debe ser fijo de fácil limpieza.	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado para radicar mañana 17 de marzo de 2017.
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	Pendiente
	Ejecución de las actividades contratadas para cirugía ambulatoria	Pendiente

ESTERILIZACION No cumple 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 para radicar mañana 17 de marzo de 2017 . Pendiente activación de montacargas. El filtro es obra y se encuentra dentro del radicado de enero.
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación	Pendiente
	Ejecución de las actividades contratadas para esterilización.	Pendiente
MICROBIOLOGIA No cumple con LA TEMPERATURA DEL MEDIO AMBIENTE	Radicación del oficio con consulta para concepto de la SSD.	Se cuenta con el concepto.
	Radicación de estudios previos para contratación.	Hacer el estudio de mini split , proxima semana. Hablar con dra Ruth Rojas.
	Contratación de actividades permitidas en el concepto de SSD.	Pendiente
LABORATORIO Cambio muebles y puertas microbiología, inmunología y laboratorio, cambio puertas	Ejecución de las actividades contratadas.	Pendiente
	Radicación de estudios previos para contratación.	Estudio previo realizado para radicar mañana 17 de marzo de 2017
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	Pendiente
FARMACIA no cuenta con alarmas de humo	Ejecución de las actividades contratadas para laboratorio clinico.	Pendiente
	Radicación de estudios previos para contratación.	Pendiente
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	Pendiente
BANCO DE SANGRE nuevos requerimientos INVIMA	Ejecución de las actividades contratadas para farmacia.	Pendiente
	Realizar nuevo diseño aprobado por servicio.	Pendiente
	Radicación de estudios previos para contratación.	Pendiente
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de INVIMA.	Pendiente
MANTENIMIENTO todos los servicios asistenciales - Habilitación.	Ejecución de las actividades contratadas para banco de sangre.	Pendiente
	Contratación Ferreteria	Se encuentra el estudio de ferreteria radicado el 7 de febrero.

Fuente: 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. Se relacionado formato.

Tabla No 3 Estándar de Dotación

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN 2017		
ESTANDAR DE DOTACION		
SERVICIO	EQUIPO	1ER SEGUIMIENTO MARZO 24 DE 2017
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Infantómetro	Se encuentra incluido en el PAC, pendiente su adquisición.
TERAPIA RESPIRATORIA	Camilla con freno y barandas	El servicio cuenta con la camilla.
OFTALMOLOGIA	Faltan lentes de oftalmoscopia de 20D (cantidad 3), 30D (cantidad 1), 90D (cantidad 3) falta regilla milimetrada (cantidad 3)	El servicio cuenta con los lentes.
	Falta caja de lentes de contacto	
URGENCIAS	Báscula para infantes y cinta métrica.	El servicio cuenta con la báscula y la cinta métrica.
	En el consultorio de triage falta bascula, tallimetro y fonendo. en el consultorio 1A falta bascula, tallimetro, fonendoscopio, camilla fija, martillo. Tensiometro, escalerilla. consultorio 1B falta la bascula,el tallimetro, el equipo de organos,el tensiometro, el fonendo, el martillo, una camilla fija y la Escalerilla. Consultorio 2A falta Martillo, bascula, tallimetro, tensiometro, fonendo. Y escalerilla. Consultorio 2B falta martillo, bascula, tallimetro, tensiometro, fonendo y escalerilla. Consultorio 3 falta camilla fija, martillo y fonendoscopio,	El servicio cuenta con la dotación para cada consultorio.
FARMACIA CENTRAL	Se requieren neveras en los servicios de enfermería y validar la cadena de frío, termómetros	El servicio cuenta con los termómetros. Las neveras se encuentran incluidas en el PAC, pendiente su adquisición.
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	Camilla con ruedas y freno	El servicio cuenta con la camilla.
TRANSFUSION SANGUINEA	Descongelador de plasma	Se encuentra incluido en el PAC, pendiente su aprobación.
GASTROENTEROLOGIA	Carro de paro	No aplica
GINECOLOGIA - CONSULTORIO- SALA DE PARTOS	Cama ginecológica con estribos	Se encuentra pendiente la solicitud de una camilla con estribos por parte del servicio de Ginecología.

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad.

- Estándar de Procesos prioritarios:

En el estándar de Procesos prioritarios se observa que de 8 documentos pendientes por realizar se realizó 1 para un cumplimiento de 12%.

Tabla No 4 Estándar de Procesos Prioritarios

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION 2017		SEGUIMIENTO I TRIMESTRE (Pirámide documental)
ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS		
<b>URGENCIAS</b>	Se encuentra pendiente actualizar documento que incluya información al paciente sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos del manejo ambulatorio de pacientes.	Egreso de urgencias 02PU06
<b>FARMACIA</b>	Se documentara el Manual de procedimientos para el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria.	Pendiente
<b>TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO</b>	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
<b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	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 material, nada es reutilizable No aplica para trasplantes	Pendiente
<b>TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO</b>	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	Pendiente
	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
<b>ENDOSCOPIAS</b>	No se encuentra protocolo de limpieza y desinfección de equipos	Pendiente
<b>CIRUGIA</b>	No se encuentra procedimiento identificación del riesgo anestésico y gestión del riesgo que contemple: 1. Identificación del riesgo anestésico, valoración de posibles contraindicaciones, definición de criterios de inclusión que contengan, entre otros aspectos, los psicosociales, respecto de la elegibilidad de pacientes para cirugía ambulatoria. 2. Tipo de cirugía elegible de realizar como procedimiento ambulatorio que contemple, entre otros, la duración, la extensión, manejo del dolor, etc. 3. Entrega de Información al paciente sobre preparación, y recomendaciones postoperatorias. 4. Actividades de seguimiento post- quirúrgico.	Pendiente
<b>ESTERILIZACIÓN</b>	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: Seguimiento Planeación y Calidad.

## 19.2 Referenciación Comparativa:

De 29 Referenciaciones Comparativas programadas 2017 a la fecha se han realizado 4 para un avance de un 14%. Cinco Referenciaciones se han solicitado, en espera de la confirmación para su realización por la entidad de Referencia.

Tabla No 5 Referenciación Comparativa 2017

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						05DS02-V1
CRONOGRAMA DE DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS						
2017						
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	31/03/2017	DRA. RUTH ROJAS	Solicitado y enviado a Hospital San Jose
APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Observar el proceso de retrasos y demoras. Y como se informa al paciente	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	28/02/2017	DRA. RUTH ROJAS	
BANCO DE SANGRE	Conocer el proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	28/02/2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Realizado e informe presentado
BANCO DE SANGRE	Conocer el procedimiento de consentimiento informado	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	18/03/2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Solicitado y enviado a Hospital San Jose
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Conocer el procedimiento de cancelación de citas consulta externa	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	28/02/2017	JEFE YAMILE UBAQUE	
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 pendiente registrar formato y enviarlo
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Proceso de preparación, dispensación, almacén, distribución y facturación de medicamentos de cirugía en Farmacia.	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Marzo de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Programación quirúrgica	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	Abril de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	
		CLINICA SHAI0				Solicitado pendiente registrar formato y enviarlo
ESTERILIZACIÓN	Proceso de dispositivos médicos de Farmacia	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Marzo de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Central de mezclas	INS CANCEROLÓGICO CLÍNICA DEL COUNTRY	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	
		FUNDACION SANTA FE		Abril de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	FUNDACION CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ		Q.F. AURA AHUMADA	Solicitado pendiente registrar formato y enviarlo
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 informe
INVESTIGACIÓN	Comité de Ética en Investigación	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	DRA. MARLEN	
INVESTIGACIÓN	Proyectos con Industria	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	Abril de 2017	DRA. MARLEN ORDOÑEZ	
INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Gastroenterología y Fisioterapia	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Febrero de 2017	DRA. MARLEN ORDOÑEZ	Realizado, pendiente informe

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
CRONOGRAMA DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS						
2017						
05DS02-V1						
PROCESO A REFERENCIAR	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	31/03/2017	DRA. RUTH ROJAS	Solicitado y enviado a Hospital San Jose
APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Observar el proceso de retrasos y demoras. Y como se informa al paciente	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	28/02/2017	DRA. RUTH ROJAS	
BANCO DE SANGRE	Conocer el proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	28/02/2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Realizado e informe presentado
BANCO DE SANGRE	Conocer el procedimiento de consentimiento informado	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	18/03/2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Solicitado y enviado a Hospital San Jose
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Conocer el procedimiento de cancelación de citas consulta externa	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	28/02/2017	JEFE YAMILE UBAQUE	
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 pendiente registrar formato y enviarlo
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Proceso de preparación, dispensación, almacen, distribución y facturación de medicamentos de cirugía en Farmacia.	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	Marzo de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Programación quirúrgica	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	Abril de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	Solicitado pendiente registrar formato y enviarlo
		CLINICA SHAIO				
ESTERILIZACIÓN	Proceso de dispositivos médicos de Farmacia	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	Marzo de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Central de mezclas	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	
		CLÍNICA DEL COUNTRY				
ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	FUNDACION SANTA FE	BOGOTÁ	Abril de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Solicitado pendiente registrar formato y enviarlo
		FUNDACION CARDIO INFANTIL				
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 informe
INVESTIGACIÓN	Comité de Ética en Investigación	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	DRA. MARLEN	
INVESTIGACIÓN	Proyectos con Industria	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	Abril de 2017	DRA. MARLEN ORDOÑEZ	
INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Gastroenterología y Fisioterapia	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	Febrero de 2017	DRA. MARLEN ORDOÑEZ	Realizado, pendiente informe



GESTIÓN DE LA INFORMACION	Telemedicina	ITMS	BOGOTÁ	Febrero de 2017	INGENIERO ALFREDO TELLEZ	
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 pendiente registrar formato y enviarlo
		FUNDACION CARDIO INFANTIL				
FACTURACIÓN Y RECAUDO	Proceso de facturación y recaudo	HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	MEDELLÍN	Agosto de 2017	DR. CARLOS PEREZ	
DOCENCIA	Proceso de Docencia	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ		DRA. ANDREA MORALES	
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	Arquitectura y mantenimiento	FUNDACION CARDIO INFANTIL	BOGOTA	ABRIL O JUNIO DE 2017	ING. JEFFREY TORRES	Solicitado pendiente formato
		HOSPITAL SAN IGNACIO				
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Proceso de Talento Humano (Contratación), salud y Seguridad en el trabajo, Bienestar, Desarrollo y capacitación	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	MARZO DE 2017	Dr. CESAR MORENO	
HOTELERÍA HOSPITALARIA, DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GESTION JURIDICA	Nómina servicio de cafetería y alimentación	INS CANCEROLOGICO	BOGOTA	MARZO DE 2017	NELSY FLOREZ	Solicitado y enviado a INS Cancerologico
	Servicios complementarios a la salud	FUNDACION SANTA FE				
		INSTITUTO CANCEROLOGICO	BOGOTA	MARZO DE 2017	DRA. DIANA GARCIA DRA. NEIDY TINJACA	Realizado e informe presentado
ATENCIÓN AL USUARIO	Módulo de PQRS	SAN RAFAEL DE TUNJA	TUNJA	MARZO DE 2017	MARTHA GONZÁLEZ	
GESTIÓN FINANCIERA	Contratación, Mercadeo y Subdirección de personal	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTA	MARZO DE 2017	DRA. MARLESBY	Solicitud realizada a facturación, nómina y mercadeo
GESTION DE LA CALIDAD	Seguridad del paciente	FUNDACION SANTA FE	BOGOTA	ABRIL DE 2017	JEFE MIREYA SUAREZ	

Todas Programadas	Aparte
Realizadas 4	14%
Solicitadas 5	

Fuente: Base de Datos Planeación y Calidad.

- Implementación de Referenciación Comparativa del año 2016.

Tabla No 6 Resultado de Referenciación Comparativa 2016.

Resultado Referenciación Comparativa 2016
CUMPLIMIENTO DE REALIZACION DE REFERENCIACION COMPARATIVA 2016: 63%
TOTAL PROGRAMADAS 29
14 REALIZADAS
2 EN GESTION
5 POR GESTIONAR
1 NO REALIZADAS
7 NO APLICARON

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad.

Tabla No 7 Implementación de Referenciación Comparativa 2016 en el primer trimestre 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.

### I. CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2017

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en la Vigencia 2017 se desarrolla a través de un Cronograma de Cumplimiento (Ver Anexo. 1) con actividades programadas para ser realizadas mes a mes consolidadas trimestralmente, las cuales permiten implementar los objetivos y líneas estratégicas del Programa y por ende de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de actividades al cierre del I Trimestre de 2017, se identifica que del total de actividades programadas que son 24, se lograron ejecutar 23 de ellas, de esta forma se da un cumplimiento del 95.8% .(Ver Tabla No. 1); al comparar el resultado con el cumplimiento del 90.5 % obtenido al finalizar el I 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 I Trimestre 2017

AÑO 2016		AÑO 2017	
Al I Trimestre 90.5 %	Total en la Vigencia 2016 19 de 187 : 10.1%	Al I Trimestre 95.8 %	Total en la Vigencia 2017 23 de 195 : 11.8 %

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 2 actividades, las cuales se desarrollaron en su totalidad

La primera 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.

La Segunda actividad se refiere al Seguimiento a la ejecución de Tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se llevó a cabo en el comité de Enero de 2017.

- Soportes: 1.Actas de Reunión del estándar de PACAS, 2.Verificación en la Pirámide documental, 3. Actas Comité de Seguridad del Paciente. 4. PUMP de Seguridad del Paciente para Acreditación.

## 2. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FÁRMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

- No se programa en este trimestre ninguna actividad específica. En cada sesión del Comité de Seguridad del Paciente se hace seguimiento a las gestiones realizadas por los líderes de los 5 Programas de Vigilancia Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, los cuales dentro de sus tareas tenían ajustar sus Programas al Programa de Seguridad del Paciente 2017 Código 01GC02-V4 y elaborar su respectivo cronograma para su ejecución, sobre el cual se realizara el seguimiento. Para esta vigencia se tiene el Diseño e implementación del Programa de Biovigilancia, ya se cuenta con el Líder a cargo, a quien se le viene realizando acompañamiento desde Seguridad del Paciente y la Oficina de Planeación para la creación del Programa y su cronograma de ejecución.

### 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 Primer Trimestre se programaron dos actividades, se desarrolló en su totalidad una.

- Rondas de Seguridad: Se programaron 3 rondas, todas fueron desarrolladas así: en los servicios de Unidad Neonatal, Hospitalización Cuarto B, Laboratorio clínico. En el cierre de algunas rondas se contó con la participación de los directivos.
- Soportes: 1. Informe de Rondas de Seguridad mensuales.

**PENDIENTE:** 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, en este paquete se logró avanzar con la designación en Marzo del Líder para el paquete ya que no se contaba con líder, pero por motivo de vacaciones del nuevo líder no se llevó a cabo la revisión del Paquete y el otro paquete es Reducir el Riesgo en la Atención a Pacientes Cardiovasculares, con el cual por motivo de agendas no se logró concertar cita, por lo anterior esta actividad está pendiente de desarrollar en su totalidad.

### 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 7 actividades, las cuales fueron completamente desarrolladas así:

- Documentar, implementar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad.
- 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 farmacovigilancia 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 I Trimestre de 2017 se reportaron e identificaron un total de 1104 Novedades de Seguridad, de las cuales 358 (32.4 %) corresponden a la Unidad Funcional de Zipaquirá y las restantes 746 (67.6 %) son de Bogotá. Se han realizado 4 análisis de investigación Ancla de casos de alta prioridad del HUS
- Implementación de la retroalimentación al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad, esta actividad es nueva dentro del Programa de Seguridad del Paciente, para ello luego identificar la novedad extrainstitucional, se procede a llamar telefónicamente al referente de seguridad o Coordinador de calidad de la institución respectiva, se le explica la finalidad de esta actividad y vía correo electrónico se retroalimenta.

- **Soportes:** Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35 con corte a 31 de Marzo de 2017 y 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 11 actividades fueron todas desarrolladas de la siguiente manera

- Diseño y actualización del Plan de Formación según necesidades identificadas, presentado en la oficina de Talento Humano.
  - Revisión y ajuste de los módulos del curso virtual en Buenas Prácticas Clínicas de Seguridad del Paciente (3 Versión), actividad desarrollada por la profesional Claudia Reyes, con la colaboración de los líderes de los paquetes respectivos y Angélica Castaño de Educación Medica desde la Coordinación de Tics, donde se monta el curso virtual en la plataforma Moodle
  - 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.
  - Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente: En el I Trimestre de 2017, un total de 107 beneficiarios entre pacientes y familiares.
  - **Soportes:** 1. Plan de Formación según necesidades identificadas. 2. Versión No. 3 de Curso Virtual en Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente disponible en la plataforma de Moodle del Hospital y Comunicación a través del correo electrónico con los Líderes de Paquetes; 3. Comunicación a través del correo electrónico informando las novedades presentadas y actas del Comité de Seguridad; 4. Soporte de Actividades de educación a paciente y familia.
- 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 este Primer Trimestre se brindó información relacionada con Seguridad del Paciente en una oportunidad y

solo con fines investigativos. **Soportes:** Comunicación a través del correo electrónico solicitando y enviando la información

## II. 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 I Trim

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma	
23 / 24 = 95.8%	Para el I trimestre de 2017 se tiene un cumplimiento de 95.8% como se puede observar en el cronograma anexo

### 2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.

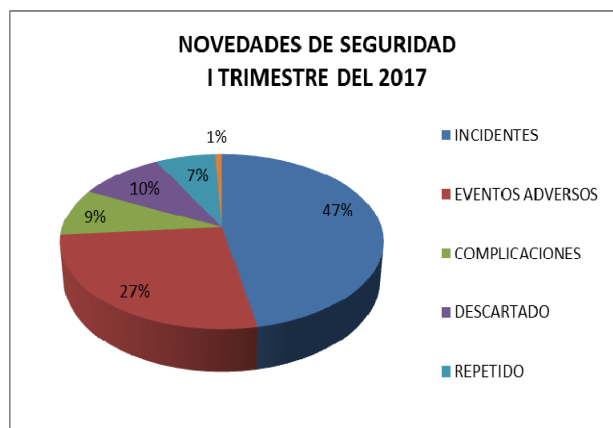
Todos los Eventos Adversos se han gestionado según el procedimiento establecido, cada uno con diferente grado de avance en el ciclo; Si bien hay un total para este trimestre de 199 eventos estos pueden aumentar, por cuanto algunos clasificados como incidentes, pero tiene relación directa con los faltantes de insumos, están sujetos a la revisión final que se está llevando a cabo desde Farmacovigilancia y Tecnovigilancia y posterior análisis con ANCLA para casos especiales, por lo cual pueden estos pasar a ser clasificados como eventos adversos, de igual manera falta incluir el reporte de las IAAS del mes de Marzo. 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	
I Trimestre 2017	199 /199= 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

Grafica 1: Clasificación global de Reportes de Novedades I Trimestre 2017 en el HUS



Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

TIPO DE NOVEDAD	No	%
INCIDENTES	350	47%
EVENTOS ADVERSOS	199	27%
COMPLICACIONES	66	9%
DESCARTADO	73	10%
REPETIDO	52	7%
RIESGOS LABORALES/SECURITY	6	1%
TOTAL	746	100%

### 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 47%. 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	
I Trimestre 2017	350 /350= 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 y se encuentra relacionada con faltantes de insumos.(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	
AÑO 2016				AÑO 2017			
I TRIM.	II TRIM.	III TRIM	IV TRIM	I 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 %)			

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 I 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 (99.7%) (Ver Tabla 5), se constituye una mejora pues a Diciembre del 2016 se obtuvo un 98.3% de los reportes por este medio; el restante 0.3 % fueron identificados por atención al usuario, 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 I Trimestre 2017
Aplicativo:	744 / 746 = 0.99 (99.7%)
Atención al Usuario	2 / 746 = 0.0026 (0,3%)

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

## 6. Proporción de novedades de seguridad por tipo de la novedad

Las Novedades de Seguridad más frecuentemente reportadas por Tipo de Atención en salud insegura en el I Trimestre del 2017 se relacionan con fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (33%), Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (16%) Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (13%) Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología (10.3) y las infecciones asociadas a la atención en salud (5,2%); dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes los tres primeros, pero su reporte para este trimestre especialmente se ha visto aumentado considerablemente y esto está vinculado a los faltantes de insumos que se han presentado y reportado por el personal de salud; mientras que para Laboratorio clínico o de patología es la primera vez que se encuentran dentro de los cinco tipos más reportados.(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 PRIMER TRIMESTRE DEL 2017		
Tipo de atención insegura	n.	%
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	246	33
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	120	16
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	94	13
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	77	10.3
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	39	5.2
Tipo 11: Caídas de pacientes	23	3.1
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	19	2.5
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	13	1.8
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	10	1.3
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	8	1.1
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	7	0.9
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	7	0.9

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	5	0.7
Tipo 12: Accidentes de pacientes	2	0.2
DESCARTADO / REPETIDO /SECURITY / RIESGOS LABORALES	76	10
<b>Total:</b>	<b>746</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2017

## 1. 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.

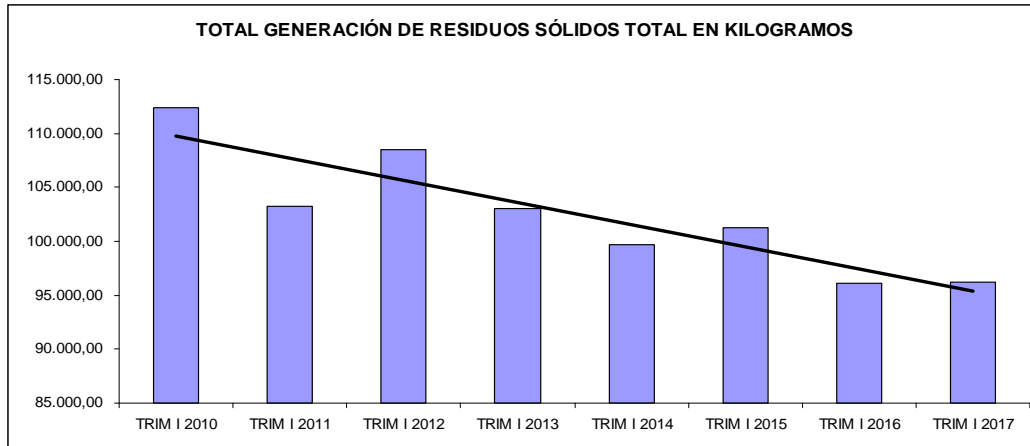
En aras de responder a las necesidades del desempeño ambiental de la institución y de acuerdo a la evaluación de riesgos de los impactos generados por la prestación de servicios de salud, se han venido desarrollando actividades que responden a la mitigación de los mismo y al control responsable de aquellos que continúan generando resultados que afectan los recursos naturales.

Esta gestión se enfoca en los siguientes aspectos así:

### INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

	TRIM I 2010	TRIM I 2011	TRIM I 2012	TRIM I 2013	TRIM I 2014	TRIM I 2015	TRIM I 2016	TRIM I 2017
<b>ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLE</b>	70.227,00	59.760,00	59.764,00	56.990,00	54.893,00	54.226,00	55.847,00	58.979,00
Ordinarios	36.116,00	32.114,00	36.682,00	35.656,00	34.422,00	33.403,00	36.118,00	38.484,00
Inertes	2.552,00	1.584,00	1.465,00	1.340,00	1.250,00	1.188,00	1.169,00	1.201,00
BIODEGRADABLES RECICLABLES	6.992,00	7.061,00	7.161,00	7.082,00	7.072,00	7.103,00	7.317,00	7.228,00
24.567,00	19.001,00	14.456,00	12.912,00	12.149,00	12.532,00	11.243,00	12.066,00	
<b>RIESGO BIOLOGICO</b>	40.793,00	41.632,00	45.824,00	43.622,00	42.691,00	44.728,00	37.401,00	34.141,00
Anatomopatologicos	4.165,00	4.622,00	4.821,00	4.289,00	4.698,00	4.912,00	5.063,00	3.939,00
biosanitarios	36.089,00	36.534,00	40.514,00	38.906,00	37.558,00	39.364,00	31.858,00	29.762,00
cortopunzantes	539,00	476,00	489,00	427,00	435,00	452,00	480,00	440,00
<b>QUIMICOS</b>	1.332,23	1.813,14	2.899,97	2.398,14	2.083,14	2.318,14	2.911,56	3.154,45
Farmacos	1.260,00	1.799,00	1.307,00	1.558,00	1.524,00	1.733,00	2.181,00	2.283,00
Reactivos	57,00	-	1.578,61	826,00	545,00	571,00	715,00	856,00
Contenedores Presurizados	15,23	14,14	14,36	14,14	14,14	14,14	15,56	15,45
<b>TOTAL</b>	<b>112.352,23</b>	<b>103.205,14</b>	<b>108.487,97</b>	<b>103.010,14</b>	<b>99.667,14</b>	<b>101.272,14</b>	<b>96.159,56</b>	<b>96.274,45</b>

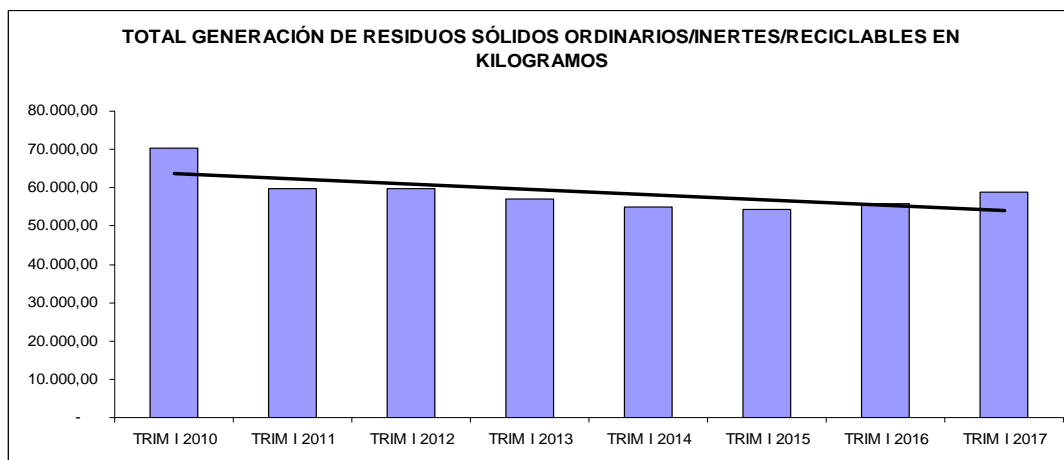
De acuerdo al comportamiento de los últimos 8 años y vemos que para la vigencia 2017 ha aumentado de acuerdo a la vigencia anterior para el mismo periodo en un 0.12% la generación de residuos a nivel general a pesar que para algunos tipos estos hayan disminuido como es el caso de los biológicos, estas variaciones serán analizadas en el ítem correspondiente.



No Contamos con las UVR para el análisis de tendencia

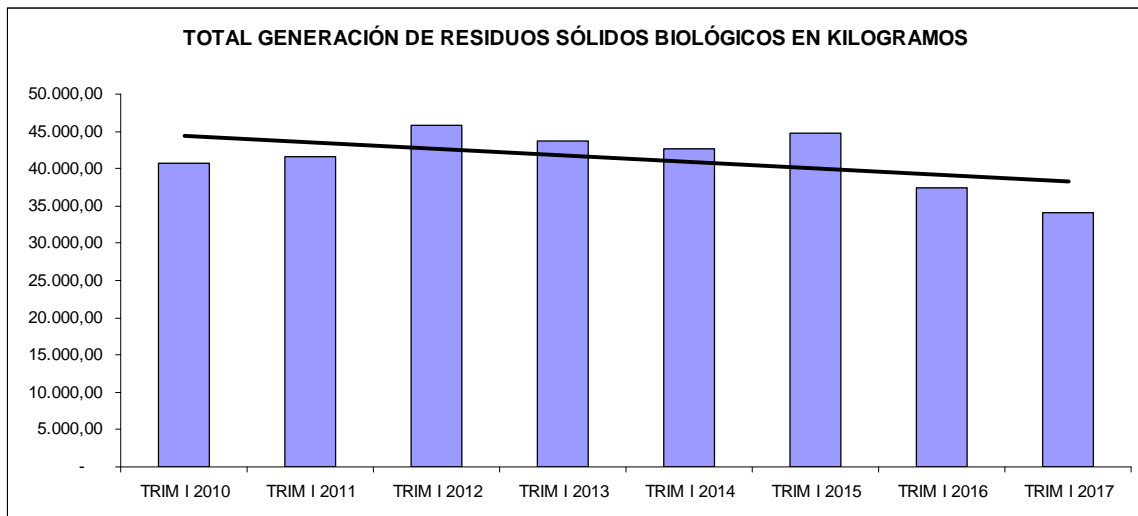
En concordancia con el análisis anterior se ha generado la interpretación de la relación de producción de residuos total que nos permiten medir en este caso la generación de residuos, en este sentido se observa que para el año 2017 en cuanto a producción o generación de residuos el periodo tuvo un comportamiento un 0.12% menos eficiente en comparación con los años anteriores.

A continuación discriminaremos a través de gráficos comparativos el análisis de cada una de las corrientes de residuos observadas en el cuadro.



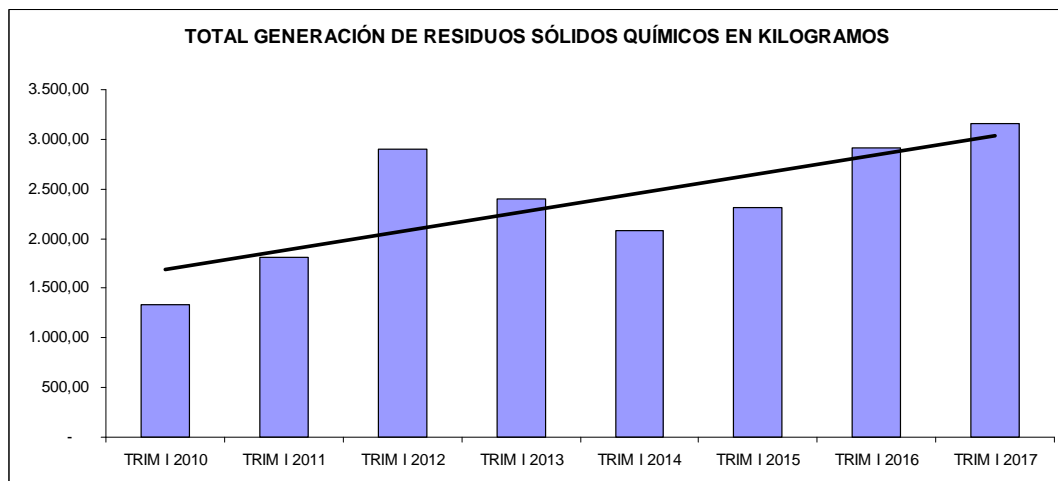
No Contamos con las UVR para el análisis de tendencia

Los residuos evaluados en el gráfico anterior reportan el comportamiento de residuos no peligrosos observando un incremento en relación con las vigencias anteriores en una quinta posición en eficiencia con relación a la producción de estos residuos.



No Contamos con las UVR para el análisis de tendencia

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 la vigencia se ubica en el primer lugar en relación a los años anteriores siendo mas eficientes a la hora de generar residuos en la atención en salud.



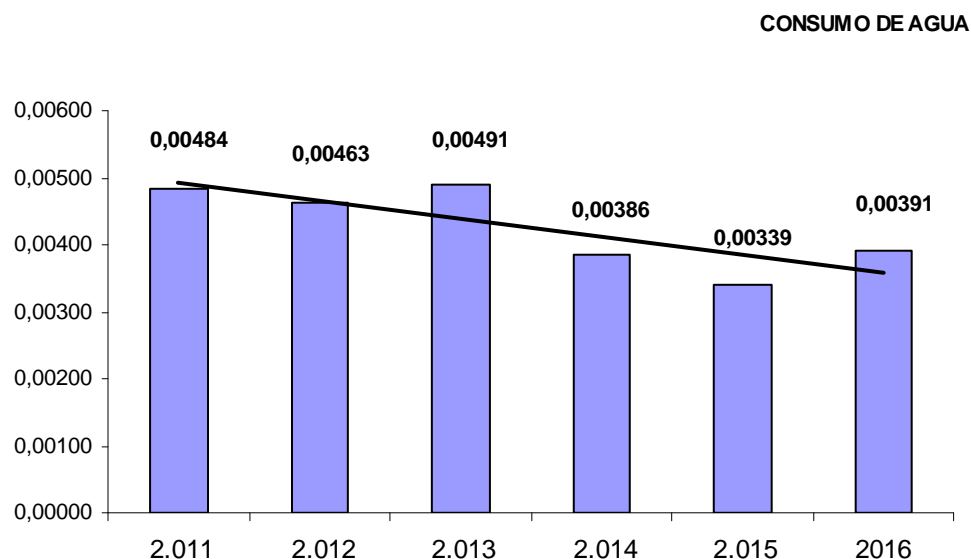
No Contamos con las UVR para el análisis de tendencia

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 ultimo 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.

### INDICADORES DE GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.

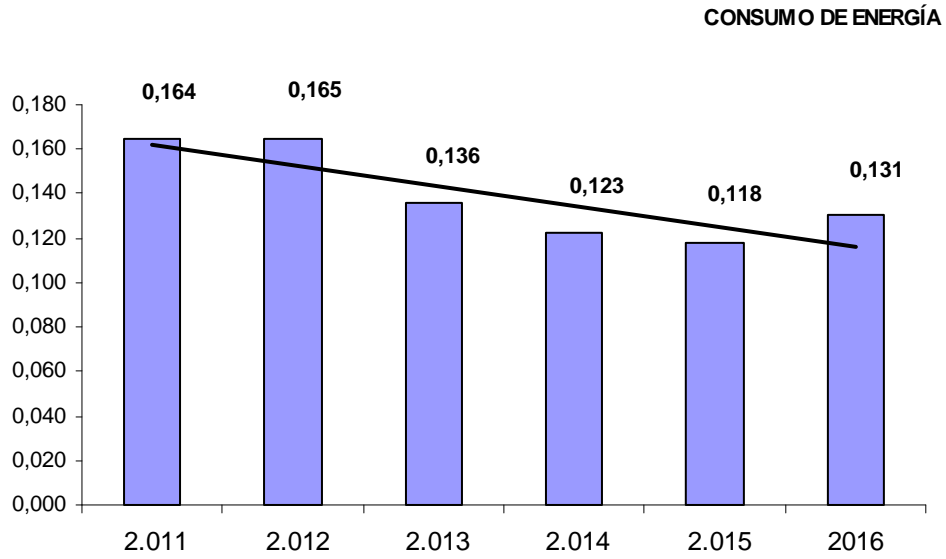
De acuerdo a la información suministrada, esta carece de datos lo cual no permite establecer de manera clara los consumos generados por la prestación de servicios por lo cual se hace necesario establecer un mecanismo de control de indicadores en donde las fuentes de generación del dato reporte de manera oportuna el ingreso de las facturas al mismo tiempo que se generen sus reportes de pago oportuno.

A continuación presentamos los comportamientos observados en las vigencias anteriores de acuerdo a las UVR'S reportadas por el área de estadística.



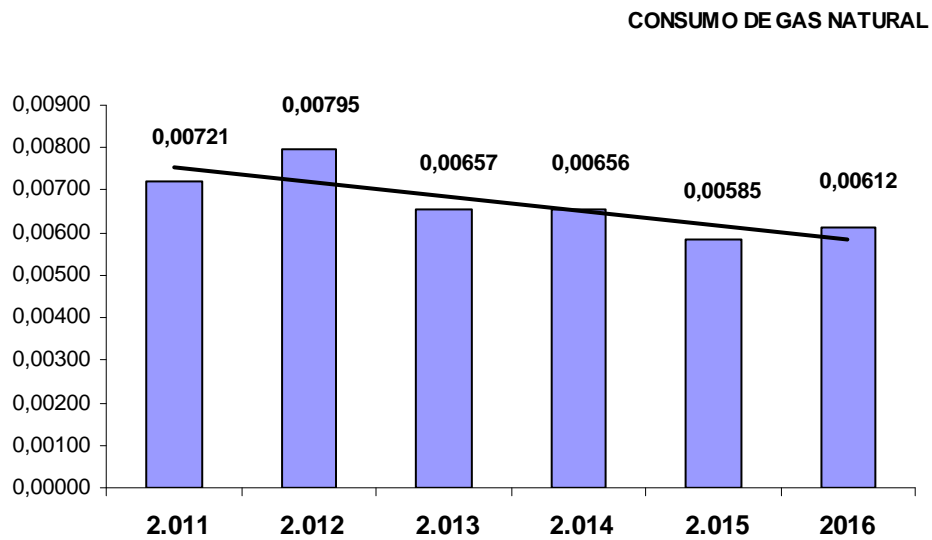
De acuerdo a los consumos evaluados y teniendo en cuenta que el comportamiento de los consumos se evalúa directamente con las UVR's reportadas, el consumo obtenido en el 2016 se incrementa en relación con los dos periodos inmediatamente anteriores.

**CONSUMO DE ENERGÍA EN KWH**



De acuerdo a los consumos evaluados y teniendo en cuenta que el comportamiento de los consumos se evalúa directamente con las UVR's reportadas, el consumo obtenido en el 2016 se incrementa en relación con los dos periodos inmediatamente anteriores.

**CONSUMO DE GAS EN M<sup>3</sup>**



De acuerdo a los consumos evaluados y teniendo en cuenta que el comportamiento de los consumos se evalúa directamente con las UVR's reportadas, el consumo obtenido en el 2016 se incrementa en relación con el periodo inmediatamente anterior.

Estos comportamientos se deben al uso indiscriminado de los recursos sin tener en cuenta los criterios de buenas prácticas ambientales socializados en diferentes estancias a través de los programas de capacitación que posee la organización.

## 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
CONTRATO 175 DE 2017 UNIDAD RENAL	En ejecución fecha de inicio: 27/02/2017 Presupuesto: 59.112.336
ALIMENTOS.	En aprobación de estudios previos.
EMISIONES	En estudios previos.
CUARTOS DE RESIDUOS	En estudios previos.
VERTIMIENTOS	Aprobada pendiente de ejecución
MONITOREO AGUA POTABLE	Aprobada pendiente de ejecución

## 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	Reporte realizado en el primer semestre de 2017 de la vigencia 01/07/2016 - 31/12/2016. a través del aplicativo dispuesto por la SDS SIRHO, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.
CIRCULAR 116 -15 SSC SEM II 2016	Reporte realizado en el primer semestre de 2017 de la vigencia 01/07/2016 - 31/12/2016. 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 IMPRESIÓN	COPIADO E
CONTRATO VEHICULOS	MANTENIMIENTO
CONTRATO PLANTAS ELÉCTRICAS	MANTENIMIENTO

## 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 necesario 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 calculo 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 plantea en junta directiva la necesidad de dar cumplimiento normativo a través de acciones que permitan definir las acciones y destinación de recursos para la adquisición de un sistema que permita atender los requerimientos técnicos de la norma generada para tal fin Res. 631 de 2015.
EFICIENCIA ENERGÉTICA EDIFICIO ADMINISTRATIVO	De igual manera a la junta directiva se le plantea la necesidad de dar continuidad a los proyectos que permitan generar ahorro y menos desperdicios de recurso como es la actualización de las redes eléctricas del HUS, sugieren adelantar estudios encaminados a la cogeneración de energía y energías alternativas a través de paneles solares.

## 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.

## 1. PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO

En el primer trimestre del 2017 aún no se ha actualizado el programa de gestión del riesgo, debido a la demora en la entrega del seguimiento a los controles de los riesgos por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, al igual se está actualizando la política en la cual se incluirá lo concerniente al Sistema de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), y se incluirá un nuevo objetivo el cual busca la integración de todos los sistemas de riesgos del Hospital y dando un valor importante a los riesgos individuales de los pacientes, una vez definida la política se realizará el programa y se ajustará el procedimiento para dar cumplimiento a estos aspectos.

En cuanto a la línea estratégica 4 del programa de gestión del riesgo 2016, se tenía pendiente dar el resultado de la cultura de gestión del riesgo para la cual se realizó la encuesta a través del software web SURVEYMONKEY para medir esta, con la siguiente ficha técnica.

- Objetivo de la encuesta: Medir el grado de cultura de gestión del riesgo del Hospital universitario de La Samaritana.
- Periodo evaluado: I trimestre del año 2017
- Población objeto: Todos los colaboradores del HUS incluyendo estudiantes
- Población: 1556 colaboradores incluyendo estudiantes
- Tamaño de la muestra: 296 calculado a través de la formula 
$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$
  - Donde n= Tamaño de la muestra
  - Z= Nivel de confianza que para este caso fue del 95% siendo el Z=1.645
  - p= Proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato al ser desconocido se estadísticamente se suele suponer que es 0.5 ya que es la opción más segura
  - q= Proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.
  - N= Tamaño de la población
  - E= Error muestral deseado, que para este caso es del 5%
  - Captura y tabulación de la información: Profesional de calidad
  - Escala de preguntas: Tipo 1: Relación de si conoce o no conoce  
Tipo 2: Respuesta abierta

En la cual se plantearon 6 preguntas de respuesta SI y NO y adicionalmente se formuló una pregunta abierta para verificar el grado de conocimiento de aspectos de gestión del riesgo y su respectiva evaluación, para lo cual se encuestaron 228 colaboradores, no cumpliendo con la muestra calculada, esto debido a que se venció la licencia del Software y todas las encuestas se diligenciaron en este aplicativo vía web, cabe resaltar que el resultado de la tabulación se realizó con un informe parcial de 160 encuestas el cual se descargó con anterioridad al vencimiento de la licencia, porque en este momento no se puede hacer exportaciones de la base de datos para ser analizada. Por tal motivo se realiza un informe parcial de la cultura de Gestión del Riesgo el cual se resume y se compara en la siguiente Tabla:

COMPARATIVO CULTURA GESTIÓN DEL RIESGO					
PREGUNTA	RESULTADO I ENCUESTA		RESULTADO II ENCUESTA		RESULTADO CULTURA
	SI	NO	SI	NO	
¿Conoce la política de gestión del Riesgo del Hospital?	27.50%	72.50%	6.88%	93.13%	-75%
¿Sabe en dónde puede encontrar los mapas de riesgo del Hospital?	10.00%	90.00%	12.50%	87.50%	25%
¿Conoce los riesgos de su proceso?	64.17%	35.83%	46.25%	53.75%	-28%
¿Sabe cuáles son los controles / barreras de los riesgos de su proceso?	45.00%	55.00%	48.13%	51.88%	7%
¿Sabe cuáles son los riesgos priorizados de su proceso?	22.50%	77.50%	25.00%	75.00%	11%
¿Conoce las acciones de mejora que se están trabajando para los riesgos priorizados?	9.24%	90.76%	26.88%	73.13%	191%
<b>CULTURA GESTIÓN DEL RIESGO</b>	<b>29.74%</b>		<b>27.60%</b>		<b>-7%</b>

En la Tabla se observa que el resultado general de la Cultura de Gestión del Riesgo disminuyó en un 7% no cumpliéndose con la meta propuesta que era aumentar en 20 puntos porcentuales. En la tabla también se observa que disminuyó el conocimiento de la Política de Gestión del Riesgos y los riesgos propios del Proceso temas que se reforzaron desde el programa para este año.

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.

## 2. 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.